

**Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit als Präventionsstrategien
gegen postpartale Depression:
Ein App-basiertes Programm zur Bewältigung der Transition in die
Mutterschaft**



Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Maria Anna Christiana Kuhn
aus
Schweinfurt

im Jahr
2024

Dekan: Prof. Dr. Dirk Hellwig
Betreuer: Prof. Dr. Thilo Hinterberger
Betreuer: Prof. Dr. Niko Kohls
Mentorin: Prof. Dr. Sara Fill Malfertheiner
Tag der mündlichen Prüfung: 25. Oktober 2024

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	XI
1 Einführung	1
1.1 Transitionsprozess der Mutterschaft	2
1.2 Biopsychosoziale Perspektive auf das Wochenbett	4
1.2.1 Physische Anpassungen	5
1.2.2 Psychische Anpassungen	10
1.2.3 Soziale Anpassungen	15
1.3 Postpartale Depression	18
1.3.1 Symptome, Prävalenz und Abgrenzung	18
1.3.2 Auswirkungen auf das Neugeborene und die Partnerschaft	21
1.3.3 Risiko- und Protektivfaktoren	24
1.3.4 Präventionsprogramme	27
1.4 Gesundheitsförderliche Ansätze im Wochenbett	28
1.4.1 Selbstfürsorge	29
1.4.2 Selbstregulationsfähigkeit	30
1.5 Schlussfolgerungen für die Forschung	31
2 Methodik	33
2.1 Fragestellung und Forschungsdesign	33
2.2 Stichprobe	35
2.2.1 Berechnung der Stichprobengröße	35
2.2.2 Rekrutierung	36

2.2.3	Ein- und Ausschlusskriterien	36
2.2.4	Aufklärungsgespräch	38
2.2.5	Randomisierung und Verblindung	38
2.3	Interventionsentwicklung	38
2.4	Datenschutz- und Sicherheitsaspekte im Studienverlauf	39
2.5	Datenerhebung und Analyse	40
2.5.1	Messinstrumente	40
2.5.2	Statistische Analysen	45
3	Ergebnisse	47
3.1	Entwicklung der Intervention	47
3.2	Stichprobenbeschreibung	51
3.2.1	Demographie	51
3.2.2	Schwangerschaftsbezogene Angaben	54
3.2.3	Geburtsbezogene Angaben	56
3.2.4	Wochenbettbezogene Angaben	58
3.2.5	Weltgeschehen	58
3.2.6	Gesundheitsverhalten und Einschätzung des Gesundheitszustandes	59
3.2.7	Statistische Einordnung der Messinstrumente	61
3.3	Voraussetzung für die Analyse	63
3.4	Deskriptive Ergebnisse der validierten Messinstrumente	64
3.5	Hypothesenüberprüfung	64
3.5.1	Veränderungen über den zeitlichen Verlauf	64
3.5.2	Gruppenunterschiede	104
3.5.3	Schutzfaktoren postpartaler Depression	108
3.5.4	App Nutzung	111
4	Diskussion	112
4.1	Einordnung der Ergebnisse	112
4.1.1	Stichprobengröße und Rekrutierung	112
4.1.2	Demografie	113
4.1.3	Schwangerschafts-, geburts- und wochenbettbedingte Faktoren	114
4.1.4	Gesundheitsverhalten	118
4.1.5	Einfluss des Weltgeschehens	120
4.2	Bearbeitung der Fragestellungen	121
4.2.1	Veränderungen im Transitionsprozess	121
4.2.2	Prävention postpartale Depression	125
4.2.3	Wirkungsanalyse der Intervention	127
4.3	Limitationen	130
4.4	Zusammenfassung	131

5 Fazit	134
A Anhang	VIII
A.1 Ergebnistabellen	VIII
A.1.1 Veränderungen im zeitlichen Verlauf	VIII
A.2 Bewerbung der Studie	XXIII
A.3 Aufklärungsdokumente und Leitfäden	XXVI
A.4 Studienregistrierung	XXXI
A.5 Ethikvotum	XXXVIII
A.6 Fragebögen	XLI
A.7 App MeBa	LXXVII
A.7.1 Entwicklungsschritte der Intervention	LXXX
A.8 Entwicklungsschritte der Intervention	LXXXVI
B Danksagung	

Abbildungsverzeichnis

3.1	Studienverlauf	52
3.2	Ernährungsverhalten in den Lebensmittelgruppen Fette/Eiweiß, Kohlenhydrate, Obst/Gemüse und kalorienfreie Getränke, aufgeteilt nach Messzeitpunkten mit Referenzwerten, n = 39	61
3.3	Ernährungsverhalten in den Lebensmittelgruppen Milchprodukte, Zucker, Koffein und Alkohol, aufgeteilt nach Messzeitpunkten mit Referenzwerten, n = 39	62
3.4	Die Mittelwerte der Skala <i>Pacing</i> des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe n = 39	72
3.5	Die Mittelwerte der Skala <i>Pacing</i> des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	72
3.6	Die Mittelwerte der Skala <i>Pacing</i> des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	73
3.7	Die Mittelwerte der Skala <i>Positive Experience</i> des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	75
3.8	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung leichter Intensität im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	86
3.9	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung leichter Intensität im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	87
3.10	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung leichter Intensität im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	87
3.11	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung mittlerer Intensität im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	89
3.12	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung mittlerer Intensität im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	89

3.13	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung mittlerer Intensität im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	90
3.14	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung hoher Intensität im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	92
3.15	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung hoher Intensität im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	92
3.16	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher Bewegung hoher Intensität im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	93
3.17	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher aktiver Entspannung im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	95
3.18	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher aktiver Entspannung im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	95
3.19	Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher aktiver Entspannung im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	96
3.20	Die Mittelwerte der Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	98
3.21	Die Mittelwerte der Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	98
3.22	Die Mittelwerte der Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	99
3.23	Die Mittelwerte der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	101
3.24	Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	103
3.25	Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	103
3.26	Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	104
A.1	Die Mittelwerte der Skala Positive Experience des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	IX
A.2	Die Mittelwerte der Skala Positive Experience des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	IX
A.3	Die Mittelwerte der Skala Locomotion des LAF im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	X
A.4	Die Mittelwerte der Skala Locomotion des LAF im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	X
A.5	Die Mittelwerte der Skala Locomotion des LAF im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	XI

A.6 Die Mittelwerte der Skala Assessment des LAF im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	XI
A.7 Die Mittelwerte der Skala Assessment des LAF im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	XII
A.8 Die Mittelwerte der Skala Assessment des LAF im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17	XII
A.9 Die Mittelwerte der EPDS im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	XIII
A.10 Die Mittelwerte der EPDS im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	XIII
A.11 Die Mittelwerte der EPDS im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17 . .	XIV
A.12 Die Mittelwerte der SWE im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	XIV
A.13 Die Mittelwerte der SWE im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	XV
A.14 Die Mittelwerte der SWE im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17 . . .	XV
A.15 Die Mittelwerte der SOC-L9 im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	XVI
A.16 Die Mittelwerte der SOC-L9 im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	XVI
A.17 Die Mittelwerte der SOC-L9 im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17 .	XVII
A.18 Die Mittelwerte der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39	XXI
A.19 Die Mittelwerte der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22	XXII
A.20 Anmeldebildschirm der App MeBa	LXXVII
A.21 Willkommensbildschirm der App MeBa	LXXVII
A.22 Einstellungen in der App MeBa	LXXVIII
A.23 Beispielmodul mit Video der App MeBa	LXXVIII
A.24 Angebotsseite mit angeleiteten Entspannungen in der App MeBa	LXXIX
A.25 Beispielmodul mit Checkboxes in der App MeBa	LXXIX
A.26 Logic Model of the Problem, nach dem Intervention-Mapping-Ansatz von Eldredge et al. [2016], eigene Darstellung	LXXXVI

Tabellenverzeichnis

2.1	Cut-off-Werte für den ICD-10-Symptom-Rating von TRITT et al. [2010]	37
2.2	Übersicht über die vier Messzeitpunkte mit den jeweiligen Fragebögen, der Itemzahl und der kalkulierten Bearbeitungsdauer	41
3.1	Übersicht des modularen Aufbaus der Interventions- und Kontrollgruppe in der App MeBa	49
3.2	Stichprobenbeschreibung: Demografie der Studienteilnehmerinnen	53
3.3	Schwangerschafts- und geburtsbedingte Daten der Studienteilnehmerinnen . . .	56
3.4	Deskriptive Statistik mit Mittelwert und Standardabweichung der validierten Messinstrumente je Messzeitpunkt im Gruppenvergleich, Interventionsgruppe n = 22, Kontrollgruppe n = 18	65
3.5	Deskriptive Auswertung mit Mittelwert und Standardabweichung zum Gesund- heitsverhalten abhängig der Gruppenzugehörigkeit, Interventionsgruppe (IG) n = 22, Kontrollgruppe (CG) n = 17	66
3.6	Deskriptive Statistik mit Mittelwert und Standardabweichung der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zu allen Messzeitpunkten für die gesamte Stichprobe, n = 39	67
3.7	Ergebnisse des Friedman-Tests der validierten Fragebögen und der Erhebungen zum Gesundheitsverhalten der gesamten Stichprobe, n = 39	68
3.8	Ergebnisse des Friedman-Tests der validierten Fragebögen und der Erhebungen zum Gesundheitsverhalten der Interventionsgruppe, n = 22	69
3.9	Ergebnisse des Friedman-Tests der validierten Fragebögen und der Erhebungen zum Gesundheitsverhalten der Kontrollgruppe, n = 17	70

3.10	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala Pacing des Hamburger Selbstfürsorge Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	71
3.11	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala Positive Experience des Hamburger Selbstfürsorge Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	74
3.12	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala Locomotion des Locomotion-Assessment-Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	76
3.13	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala Assessment des Locomotion-Assessment-Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	77
3.14	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	78
3.15	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	79
3.16	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Kurzversion der Sense of Coherence Scale (SOC-L9) und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	80
3.17	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$ gruppenunabhängig, $n = 55$	82
3.18	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$ der Interventionsgruppe, $n = 31$	83

3.19	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zwischen den Messzeitpunkten t_0 und t_1 der Kontrollgruppe, $n = 24$	84
3.20	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe zu Bewegung leichter Intensität pro Woche und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	85
3.21	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe zu Bewegung mittlerer Intensität pro Woche und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	88
3.22	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe zu Bewegung hoher Intensität pro Woche und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	91
3.23	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe aktiver Entspannung pro Woche und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	94
3.24	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten zur Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	97
3.25	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten zur Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	100
3.26	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten zur Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen	102
3.27	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt t_0 , $n = 41$	105

3.28	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt $t1$, $n = 41$	106
3.29	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt $t2$, $n = 41$	107
3.30	Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt $t3$, $n = 41$	108
3.31	Ergebnisse der Korrelationsanalyse nach Spearman zwischen der EPDS und den validierten Messinstrumenten zu den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$, $n = 39$	109
3.32	Ergebnisse der Korrelationsanalyse nach Spearman zwischen der EPDS und den validierten Messinstrumenten zu den Messzeitpunkten $t2$ und $t3$, $n = 39$	110
A.1	Deskriptive Statistik unter Angabe des Mittelwertes (MW) und der Standardabweichung (SD) mit der Stichprobengröße $n = 55$, differenziert nach den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$	XVIII
A.2	Deskriptive Statistik unter Angabe des Mittelwertes (MW) und der Standardabweichung (SD) der Interventionsgruppe mit der Stichprobengröße $n = 31$, differenziert nach den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$	XIX
A.3	Deskriptive Statistik unter Angabe des Mittelwertes (MW) und der Standardabweichung (SD) der Kontrollgruppe mit der Stichprobengröße $n = 24$, differenziert nach den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$	XX
A.4	Matrix des Outcome „Frauen entwickeln die innere Einstellung, sich liebevoll und wertschätzend zu begegnen und steigern ihre Selbstachtung.“	LXXX
A.5	Matrix des Outcome „Frauen entwickeln die innere Haltung, ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen.“	LXXXI
A.6	Matrix des Outcome „Frauen handeln, um aktiv zu ihrem eigenen Wohlergehen beizutragen.“	LXXXII
A.7	Matrix des Outcome „Frauen nähern Bewegungsverhalten, Entspannungsverhalten und Ernährungsverhalten den offiziell geltenden Empfehlungen an.“	LXXXIII
A.8	Matrix des Outcome „Frauen gewinnen Wissen über Veränderungen im Wochenbett und bekommen eine wirklichkeitstreue Auffassung der Mutterrolle.“ . .	LXXXIV
A.9	Matrix des Outcome „Frauen verbessern ihre Kommunikationsfähigkeit“	LXXXV

Abkürzungsverzeichnis

CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, in deutscher Sprache
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HCG	Humanes Choriongonadotropin
HPL	Humanes Plazenta-Laktogen
IBDS	Initiale Brustdrüsenschwellung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
PDA	Periduralanästhesie
PPD	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
p. m.	post menstruationem
SC	Sectio

Die **Transition zur Mutterschaft** ist ein Prozess, der die Physis, die Psyche und die sozialen Beziehungen auf eine Weise verändert, die im Vorfeld kaum zu ermessen war und die von vielen Frauen individuell erlebt wird.

Auch die Zeit vor, während und nach der Geburt kann unterschiedlich wahrgenommen werden. In manchen ostasiatischen Ländern wie Taiwan, Malaysia oder Singapur haben Frauen die Möglichkeit, sich nach der Geburt in ein Confinement-Center zu begeben (Böhnke, 2023). Sie können ihre Wochenbettphase in einer hotelähnlichen Einrichtung verbringen und sich dort erholen, während Hebammen bei Bedarf die Pflege der Neugeborenen übernehmen (Chou et al., 2023). In diesen teuren Einrichtungen werden wochenbettgerechtes Essen, Gesprächsangebote, Massagen und ungestörter Nachtschlaf offeriert, um den Übergang zur Mutterschaft zu erleichtern. Diese Möglichkeit wird auch in westlich geprägten Ländern zusehends beliebter (Krueger, 2022).

Die Lebensrealität von Frauen am 9. März 2022 in der Geburtsklinik in Mariupol zeigt ein anderes Bild: Schwangere, Mütter und ihre Kinder bringen sich im Keller der Klinik vor den Bombenangriffen des Krieges in Sicherheit (Chernov, 2024). Einige Frauen bringen dort ihre Kinder zur Welt und verbringen die ersten Stunden ihrer Mutterschaft im Untergrund.

Im Spannungsfeld der Extreme erfahren Frauen weltweit die Geburt ihres Kindes und die Zeit danach sehr unterschiedlich: Manche Frauen genießen ein unterstützendes und schützendes Umfeld, während andere Bedrohung, Einsamkeit und Traumatisierung erleben.

Das Wochenbett gilt kulturübergreifend als eine **vulnerable und herausfordernde Phase** (Eberhard-Gran et al., 2010). Die Mütter haben grundlegende Bedürfnisse nach Schlaf, Ruhe und Erholung, um wieder zu Kräften zu kommen und diese Phase im Transitionsprozess in die Mutterschaft gesund zu erleben (Lambermon et al., 2020). Gleichzeitig sind Frauen in dieser

Phase heute stärker gefordert als je zuvor, da sie oft weniger stark in familiäre Strukturen eingebunden sind. Darüber hinaus müssen sie sich von verzerrten Eindrücken in sozialen Medien und den gesellschaftlichen Erwartungen an die Mutterrolle abgrenzen. Die erlebte Pandemie, die Klimakrise und Kriege führen ebenso in den letzten Jahren zu spürbaren psychischen Belastungen (Massag et al., 2023; Mauz et al., 2023).

Psychische Erkrankungen in der peripartalen Phase erschweren die Bewältigung dieses Lebensabschnitts zusätzlich. In Deutschland erkrankt Studien zufolge jede zehnte bis jede fünfte Frau nach der Geburt an einer **POSTPARTALEN DEPRESSION** (kurz PPD)¹ (Mehta et al., 2012; Reck et al., 2008). Durch die Symptome der Erkrankung, wie z. B. Schlafstörungen, Appetit- und Antriebslosigkeit oder Zwangsgedanken, gelingt es den Frauen nicht immer ihr Kind adäquat zu versorgen. Folglich nehmen sie ihre eigenen Mutter-Kind-Gefühle als unzureichend wahr (Rohde, 2014). Die Erkrankung der Mutter kann sich auch negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken (Feldman et al., 2009; Field, 2010; Lang, 2009) und die Partnerschaft beeinträchtigen (Ruffell et al., 2019).

Vor dem Hintergrund der weitreichenden Auswirkungen ist ein Blick auf schützende und gesundheitsförderliche Merkmale umso entscheidender. Der Frage „Was macht Frauen stark?“ folgend, beschäftigt sich das vorliegende Forschungsprojekt mit der Identifikation von Protektivfaktoren und ihrem Einfluss auf postpartale Depression.

Um die Erkrankung und die **ineinandergreifenden Präventionsmöglichkeiten** zu erfassen, ist ein Verständnis für das Geburtserleben und die Wochenbettphase im deutschen Gesundheitssystem unerlässlich. Die Betrachtung der physischen, psychischen und sozialen Veränderungsprozesse stellt in Auszügen die Komplexität des Erlebens dar und eröffnet ein Spannungsfeld zwischen Erwartungen und Wünschen sowie den Herausforderungen in dieser Lebensphase.

1.1 Transitionsprozess der Mutterschaft

Der Beginn der Mutterschaft ist individuell: Für manche Frauen beginnt diese mit dem Vorliegen einer Schwangerschaft oder dem ersten Blick auf das Ungeborene über den Ultraschall. Für andere ist der erste Schrei, die erste Berührung oder der erste Blickkontakt markant. Für Frauen, die ihr Kind nicht selbst geboren haben (z. B. durch Adoption), beginnt die Mutterschaft zu einem ganz anderen Zeitpunkt.

Ein Ansatz, um die Transition als Prozess zu beschreiben, stellt das Phasenmodell von GLOGER-TIPPELT dar, in dem der emotional-kognitive Bewältigungsprozess der Frau verdeutlicht und die

¹Im Verlauf wird der Begriff *postpartal* im Kontext der mütterlichen Sicht verwendet und der Begriff *postnatal* aus der Perspektive des Kindes. Daher wird auch nachfolgend von *postpartaler Depression* gesprochen (Salis, 2007)

besondere Bedeutung von Geburt und Wochenbett offengelegt wird. Das Modell zur Elternschaft von GLOGER-TIPPELT beschreibt acht Phasen. Vier Phasen liegen in der Schwangerschaft, eine Phase beschreibt die Geburt und drei Phasen folgen postnatal. Die zeitliche Unterteilung der Phasen orientiert sich an empirischen Forschungsergebnissen und unterliegt doch individuellen Schwankungen (Gloger-Tippelt, 1988):

- die Verunsicherungsphase (bis zur 12. SSW)
- die Anpassungsphase (bis zur 20. SSW)
- die Konkretisierungsphase (bis zur 32. SSW)
- die Antizipations- und Vorbereitungsphase (bis zur 40. SSW)
- die Geburtsphase
- die Erschöpfungs- und Überwältigungsphase (4 bis 8 Wochen postnatal)
- die Herausforderungs- und Umstellungsphase (bis zum 6. Lebensmonat)
- die Gewöhnungsphase (bis zum 12. Lebensmonat)

Die Feststellung der Schwangerschaft und die Geburt des Kindes stellen zwei kritisches Lebensereignisse dar, denen jeweils ein Zyklus der kognitiv-emotionalen Verarbeitung folgt. Dieser beginnt mit der Verarbeitung von vielen neuen Informationen, die zu Gefühlen der Verunsicherung und Angst führen können und teilweise mit dem Empfinden von Kontrollverlust einhergehen (Gloger-Tippelt, 1988). Durch die Integration der neuen Situation folgt eine allmähliche Anpassung, die sich zu einer Phase der Vertrautheit entwickelt und Gefühle des Wohlbefindens, der Selbstsicherheit und der Kontrolle auslöst.

Bestimmte Faktoren beeinflussen die Lebenssituation beim Bekanntwerden der Schwangerschaft. Hierzu zählen beispielsweise das Alter der Mutter, ihre Schwangerschafts- und Menstruationsgeschichte, die Qualität der Partnerbeziehung oder die Familienplanung (Gloger-Tippelt, 1988).

Abhängig von der Erwünschtheit der Schwangerschaft werden Erwartungen und/oder Befürchtungen in der **Verunsicherungsphase** deutlich. Diese nehmen Einfluss auf das eigene Selbstkonzept und die Zukunftsvisionen. Der Körper verändert sich und zeigt Schwangerschaftszeichen wie Übelkeit, veränderter Geruchs- und Geschmackssinn oder Kreislaufprobleme (Gloger-Tippelt, 1988; Hezel, 1998). Gleichzeitig erleben manche Frauen einen Schwangerschaftskonflikt und Unsicherheiten in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft.

In der **Anpassungsphase** steigt das Wohlbefinden, oftmals hervorgerufen durch die bewusste Entscheidung, die Schwangerschaft aufrecht zu erhalten und durch das Mitteilen der Schwangerschaft. Als ein Meilenstein in der frühen Phase der Schwangerschaft wird die erste Ultraschalluntersuchung betrachtet, auf der das Kind zum ersten Mal sichtbar wird und die Frau sich in ihrer mütterlichen Identität wahrnimmt.

In der darauffolgenden **Konkretisierungsphase** werden die Kindsbewegungen erstmals gespürt

und die körperlichen Veränderungen nehmen zu, sodass die Schwangerschaft nun nach außen hin sichtbar ist (Gloger-Tippelt, 1988). Durch die Vorstellungskraft der Frau entstehen Bindungsgefühle (Begriffsbestimmung, siehe Kapitel 1.2.2), das Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der Partnerschaft sind hoch (Gloger-Tippelt, 1988; Niemelä, 1982).

In der letzten Phase vor der Geburt, der **Antizipations- und Vorbereitungsphase** erreichen die körperlichen Veränderungen ihren Höhepunkt, sodass die Belastungen und Schmerzen am deutlichsten hervortreten (Gloger-Tippelt, 1988; Wolkind, 1981). Die innere Vorbereitung auf die Geburt beginnt und wird von einer Informationssuche begleitet (Gloger-Tippelt, 1988). Negative Emotionen und Ängste vor der Geburt und vor Komplikationen werden berichtet, die zu Stimmungsschwankungen, Hilflosigkeit und einem erhöhten Schutzbedürfnis führen (Gloger-Tippelt, 1988; Wertz et al., 1981). In Deutschland beginnt in dieser Phase ein Beschäftigungsverbot (§ 3 Absatz 1 Satz 1 MuSchG).

Zentral im Phasenmodell ist die **Geburtsphase**, deren Verlauf für die nachfolgende Verarbeitung relevant ist. Die Erlebnisse sind von der Wahrnehmung der Geburtsschmerzen (Gloger-Tippelt, 1988; Nilsson et al., 2010; Toohill et al., 2014), vom Geburtsverlauf, dem Geburtsmodus, aber auch von der Unterstützung unter der Geburt abhängig. Der wesentlichste Meilenstein ist das Kennenlernen des Neugeborenen (Gloger-Tippelt, 1988).

In der **Erschöpfungs- und Überwältigungsphase** kommt es zu physischen Veränderungen des Körpers, u. a. der Rückbildung der Geburtsorgane, der Umstellung der Hormonproduktion, dem Beginn des Stillens, zu psychischen Veränderungen wie dem Verarbeiten des Geburtserlebnisses, dem Bindungsaufbau mit dem Kind und der Ruhe und Erholung, um diese Prozesse gut bewältigen zu können.

In der **Herausforderungs- und Umstellungsphase** wird die Bindung zwischen den Eltern und dem Kind intensiviert, sodass die Äußerungen des Kindes nun eingeordnet werden können (Gloger-Tippelt, 1988). Mit dem Ende des offiziellen Mutterschutzes werden die Rollen in der Partnerschaft verteilt.

Diese Gefühle werden in der **Gewöhnungsphase** noch intensiver und es stellt sich ein Sicherheitsgefühl hinsichtlich der kindlichen Bedürfnisse ein. Das Empfinden von Bewältigungschancen reduziert den wahrgenommenen Stress.

Um ein tieferes Verständnis für die Erschöpfungs- und Überwältigungsphase, also des Wochenbetts zu bekommen, unterstützt die biopsychosoziale Perspektive.

1.2 Biopsychosoziale Perspektive auf das Wochenbett

Das Wochenbett wird in die frühe Phase (die ersten 10 Tage postnatal) und die späte Phase (ab dem 10. Tag postnatal) unterschieden und bezeichnet die ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt (Chalupka, 2021). Das Wochenbett beginnt direkt nach der Geburt der Plazenta (Harder et al., 2022), darum fokussieren die folgenden Anpassungsprozesse diesen Zeitraum. Der ganzheitliche Ansatz nach ENGEL soll die Komplexität in den Bewältigungs- und Anpassungsprozessen abbilden.

sungsprozessen durch die Betrachtung der physischen, psychischen und sozialen Dimension deutlich machen (Engel, 1977). Es erfolgt eine Zuordnung der einzelnen Aspekte, die sich jedoch gegenseitig bedingen und ineinandergreifen.

1.2.1 Physische Anpassungen

Extragenitale und genitale Involution

Die **extragenitale Involution** beschreibt die Rückbildung aller Organe, die nicht die Geburtsorgane betreffen (Harder et al., 2022). In einem typischen Verlauf ist der Kreislauf unmittelbar nach der Entbindung instabil und führt zu einem Zustand der Erschöpfung und Müdigkeit (Harder et al., 2022). Dies ist unter anderem auf den Blutverlust durch die Abstoßung der Plazenta zurückzuführen (Harder et al., 2022), passt sich aber nach einiger Zeit wieder an (Heller, 2002). Während der Schwangerschaft erhöht sich das Blutvolumen um 30 - 40 % und normalisiert sich nach etwa acht Wochen postnatal. Die Herzleistung normalisiert sich in den ersten drei bis fünf Tagen nach der Geburt (Heller, 2002).

Die Frau verliert unmittelbar nach der Geburt im Durchschnitt sechs Kilogramm Gewicht, nach acht Wochen weitere zehn bis zwölf Kilogramm (Heller, 2002). Die während der Schwangerschaft entstandenen Wassereinlagerungen werden langsam abgebaut, doch Schwellungen an Händen, Armen, Füßen, Beinen und im Gesicht bleiben zunächst bestehen. Später wird das Wasser über Blut und Urin abgebaut.

Durch die Neuorganisation der inneren Organe gewinnt die Harnblase im Frühwochenbett an Fassungsvermögen. Es wird mehr Harn produziert, was durch den Abbau der Wassereinlagerungen zu erklären ist (Heller, 2002). In den ersten Tagen verliert die Frau täglich zwischen zwei und vier Liter, jedoch nehmen nicht alle Frauen den Harndrang wahr. Durch das Fehlen des Kindes, welches zuvor auf die Blase drückte, fehlt die Empfindung. Außerdem haben manche Frauen Angst vor den Schmerzen bei der Miktion oder Druckschädigungen durch die Geburt (Harder et al., 2022).

Auch die Darmfunktion normalisiert sich, ausgelöst durch den Progesteron-Abfall postnatal (Heller, 2002). Am zweiten und dritten Tag nach der Geburt setzt die Peristaltik wieder ein. Währenddessen normalisieren sich die Platzverhältnisse im Bauchraum, Durch verminderte Nahrungsaufnahme während der Geburt, vermehrte Flüssigkeitsausscheidung, Bewegungsmangel, falsche Ernährung oder einem Dammriss bzw. Darmschnitt oder einem Hämatom an der Vulva kann es zu verzögerter Darmentleerung kommen.

Nach zwei bis vier Wochen normalisiert sich die Darmtätigkeit. In diesem Zusammenhang ist auch die Flatusinkontinenz zu erwähnen, die häufig auftritt. Für viele Frauen ist dies unangenehm, spricht jedoch für eine Reorganisation des Darms (Harder et al., 2022).

Da sich das Volumen des Rumpfes nach der Geburt deutlich verringert, passt sich die Bauchdecke und die -muskulatur entsprechend an, wird aber anfänglich von den Frauen als weich und ausgedehnt empfunden und als ungewohnt beschrieben (Harder et al., 2022). Die Dehnungs-

und Schwangerschaftsstreifen verblassen durch die hormonelle Umstellung mit der Zeit (Harder et al., 2022; Heller, 2002) und auch die in der Schwangerschaft entstandene Pigmentierungen der Haut, insbesondere im Gesicht, an der Vulva, am Anus, an den Brustwarzen und in der Bauchmittellinie bilden sich zurück (Harder et al., 2022).

Die **genitale Involution** schließt alle Rückbildungen der Geburtsorgane ein. Je nach Geburtsmodus erlebt die Frau unterschiedliche körperliche Veränderungen. Unabhängig davon zieht sich die Gebärmutter sofort zusammen, wodurch es zu einer Blutstillung der Wunde kommt, an der zuvor die Plazenta war (Harder et al., 2022; Heller, 2002). Die Rückbildung der Gebärmutter wird durch die Nachwehen ausgelöst, die wiederum durch die Ausschüttung von Oxytocin hervorgerufen werden.

Die Nachwehen unterscheiden sich zwischen den Dauerkontraktionen und den Reizwehen (Heller, 2002). Unmittelbar nach der Entwicklung des Kindes beginnen die Dauerkontraktionen der Gebärmutter, die noch vier bis fünf Tage nach der Geburt anhalten. Außerdem erleben Frauen spontane, rhythmische Kontraktionen und Reizwehen, die durch das Stillen, Massagen oder Wehenmittel ausgelöst werden (Heller, 2002).

Während der Rückbildung der Gebärmutter reinigt sie sich durch die Wundheilung selbst. Sieben bis acht Wochen nach der Geburt fließen daher die sogenannten Lochien aus, die im Verlauf Farbe, Geruch und Menge ändern (Heller, 2002).

Relevant sind außerdem Verletzungen des Beckenbodens, die sowohl bindegewebigen, faszialen, muskulären oder neurogenen Ursprungs sein können (Heller, 2002). Durch die Geburt wird der Beckenboden stark gedehnt, wodurch Mikrorisse entstehen (Harder et al., 2022). Diese führen zu einem Kraftverlust und einer verminderten oder fehlenden Beckenbodenkontraktion. Für die Frau sind diese Empfindungen ungewohnt, es fühlt sich empfindlich und *ausgeleiert* an. Nach einigen Tagen heilen die Risse von selbst, nach einem Dammriss oder einer Episiotomie dauert der Heilungs- und Straffungsprozess länger (Heller, 2002).

Nach einer vaginalen Entbindung (Häufigkeit von 68 % der Geburten im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt, 2023d) hat die Mutter mit akuten Schmerzen durch den Geburtsvorgang zu kämpfen, die durch Geburtsverletzungen an Zervix, Vagina und Vulva entstanden sind (Heller, 2002). Hier kann es zu Quetschungen, Rissen und Abschürfungen kommen. Die Vagina und die Vulva können gerissen, geschwollen und blutunterlaufen sein (Heller, 2002). Bei vaginalen Entbindungen kann es zu einem Dammriss, einem Scheidenriss, einem Labienriss oder einer Episiotomie kommen (Harder et al., 2022). Im Jahr 2022 kam es bei 43 % der Geburten zu einem Dammriss (IGTIG, 2022). Derartige Verletzungen können durch vaginal-operative Entbindungen mit der Vakuumextraktion oder der Forzeptsentbindung entstehen (Papsdorf et al., 2017). Die Vakuumextraktion kam im Jahr 2022 bei 47.761 Geburten zum Einsatz, wohingegen die Forzeptsentbindung lediglich bei 1.417 Geburten angewandt wurde (IGTIG, 2022; Statistisches Bundesamt, 2023a, 2023b). Die Wunden werden nach der Geburt unter einer

lokalen Anästhesie genäht und die Naht schwillt im Anschluss an. Nach dem Abklingen der Anästhesie erleben die Frauen starke Schmerzen, insbesondere am ersten Tag postnatal und etwa fünf Tage, wenn die Fäden gedehnt werden (Harder et al., 2022).

Besondere Geburtsbedingungen

In Deutschland kamen im Jahr 2022 32 % der Kinder per **Sectio caesarea** zur Welt (Statistisches Bundesamt, 2023d). Davon waren 43 % primäre Sectiones und 49 % sekundäre Sectiones (8 % gelten als nicht näher bezeichnet) (IGTIG, 2022). Die primäre Sectio (geplanter Kaiserschnitt) wird vor Beginn der Wehentätigkeit durchgeführt, wobei die Frau eine Periduralanästhesie (kurz PDA) erhält, die das Schmerzempfinden während der Geburt reduziert. Die Frauen haben postnatal zum Teil Atembeschwerden, Wundschmerzen, Schmerzen im Ober- und Unterbauch, in den Beinen und im Rücken, sowie starke lokale Ödeme und Bewegungsunlust. Frauen mit Sectio erleben auch stärkere Schmerzen durch die Nachwehen, als Frauen, die vaginal entbunden haben (Heller, 2002).

Nach einer Sectio, die unter Vollnarkose durchgeführt wird, erleben die Frauen als Nebenwirkung der Narkose Übelkeit, Schmerzen, unangenehme Nachwehen, Atemprobleme und beschreiben das Gefühl *völlig fertig* zu sein (Heller, 2002). Durch die Vollnarkose entfällt die erste Bonding-Phase, weshalb manche Frauen Schwierigkeiten haben, ihr Kind anzunehmen (siehe Kapitel 1.2.2).

Am ersten Tag nach einer Sectio ist die Gabe von Analgetika notwendig, da die Mobilisation der Frauen gefördert werden soll, um eine Thrombose zu vermeiden (Harder et al., 2022). An der Nahtstelle können sich druckempfindliche Hämatome oder Schwellungen bilden, die in der Regel nach einigen Tagen abheilen. Frauen mit einer Sectio erleben im Vergleich zu Frauen, die vaginal entbinden, häufiger starke Blutungen, Verletzungen an Harnblase und Darm, Harnwegsinfektionen, Wundheilungsstörungen, Infektionen oder Endomyometritis (Harder et al., 2022; Schrey-Petersen et al., 2021). Zu der häufigsten Todesursache im Wochenbett zählt die Thromboembolie, deren relevantester Risikofaktor ebenfalls die Sectio ist (Schrey-Petersen et al., 2021). Die Auswirkungen einer Sectio auf die Bindung zum Kind und die Stillbeziehung werden im weiteren Verlauf beleuchtet.

Ergänzend ist an dieser Stelle auf die Geburt von Frühgeburten und Mehrlingen zu verweisen, deren Geburt häufig eine zusätzliche Belastung darstellt.

Kommt ein Kind vor der 37 + 0 Schwangerschaftswoche zur Welt, wird von einer **Frühgeburt** gesprochen. Für die Frauen ist eine Frühgeburt oft mit Selbstzweifeln und Schuldgefühlen verbunden (Harder et al., 2022). Sie erleben häufig ein erhöhtes Stresslevel und erhöhte Ängstlichkeit (Ionio et al., 2019; Pisoni et al., 2019), denn mögliche Unruhe und Hektik durch das Personal beherrschen schon während der Geburt den Raum (Heller, 2002). Ist ein Kind bei der Geburt krank oder kommt mit Beeinträchtigung auf die Welt, sind Untersuchungen oder Behandlungen auf der Neonatologie notwendig (Harder et al., 2022), sodass keine Zeit für den körperlichen

Kontakt zwischen Mutter und Kind bleibt und so kaum Bindung entstehen kann. Ist die Erkrankung oder Beeinträchtigung des Kindes vor der Geburt nicht bekannt, erleben Eltern eine starke Belastung und durchlaufen einen Trauerprozess. Die Diskrepanz zwischen den eigenen Erwartungen und der Realität stehen sich gegenüber, welche mit Schock, verwirrenden Emotionen, Schuldgefühlen und Abwehrreaktionen einhergehen kann (Harder et al., 2022). Es besteht die Sorge, dass das Kind nicht überlebt, Folgeschäden oder Entwicklungsschwierigkeiten davonträgt.

Bei einer Verlegung auf eine andere Station erleben Frauen häufig keine Erholung oder Regeneration, denn die täglichen Besuche des Kindes sind eine nicht zu unterschätzende Belastung für die Mutter (Harder et al., 2022). Es ist häufig nicht möglich, dass die Mutter auf der Wochenbettstation bleibt oder ein anderes Zimmer zur Verfügung gestellt bekommt. Nach der Entlassung liegt es an ihr, die Besuche zu organisieren. Manche Kinder werden aufgrund medizinischer Notwendigkeiten in ein anderes Haus verlegt. Dadurch entlassen sich die Mütter häufig früher selbst, um bei ihrem Kind zu sein.

Mancherorts werden Übernachtungsmöglichkeiten angeboten, in denen die Eltern schlafen und sich erholen können. Die Nutzung dieser Möglichkeit besteht jedoch nicht immer, sodass Eltern weite Autofahrten auf sich nehmen, um ihr Kind täglich zu besuchen (Heller, 2002).

Das Stillen sowie der Körperkontakt und die dadurch entstehende Bindung zwischen Eltern und ihrem Kind unterstützt bei den Entwicklungs- und Heilungsprozessen, sodass die Intensivstationen dies fördern. Das Sitzen während des Stillens oder am Inkubator verlangsamt die Rückbildung sowie die Wundheilung und kann zu psychischen oder körperlichen Erkrankungen, wie z. B. einem Lochialstau führen (Heller, 2002). Vor dem Hintergrund der zahlreichen körperlichen Veränderungs- und Anpassungsprozesse nach der vaginalen Entbindung oder einer Sectio (siehe Kapitel 1.2.1) sowie der Schmerzen und Stimmungsschwankungen ist auf das eigentliche Bedürfnis nach Ruhe, Erholung und Schlaf hinzuweisen. Insgesamt vernachlässigt die Mutter häufig ihre eigenen Bedürfnisse nach Erholung, nach Schlaf und nach Essen (Harder et al., 2022) und priorisiert die Bedürfnisse ihres Kindes.

Nach der Entlassung des Kindes sind viele Mütter mit der Pflege und der Fürsorge für ihr Kind überfordert, auch weil sie einen Erschöpfungszustand aus den vergangenen Wochen erleben (Harder et al., 2022).

Mehrlinge kommen in zahlreichen Fällen als Frühgeburten zwischen der 30. und der 36. Schwangerschaftswoche per Einleitung oder primärer Sectio auf die Welt (Harder et al., 2022). Viele Mehrlinge bleiben aufgrund der Frühgeburtslichkeit oder des niedrigen Geburtsgewichts auf der neonatologischen Intensivstation, was zu den bereits genannten physischen und psychischen Belastungen führen kann.

Für Mütter stellt diese postnatale Phase aus verschiedenen Gründen eine Belastung dar. Angst, Depression und elterlicher Stress sind signifikant höher als bei Einlingsmüttern (Wenze et al., 2015). Als Gründe werden der erhöhte Schlafmangel, Erschöpfung und Gefühlen der Über-

wältigung angeführt (Wenze et al., 2020). Durch den Aufenthalt auf einer neonatologischen Intensivstation wird sowohl der Bindungsaufbau als auch das Stillen erschwert. Zu Hause benötigen die Säuglinge dann mehr Aufmerksamkeit und Fürsorge (Harder et al., 2022).

Hormonelle Anpassungen

Mit der Geburt der Plazenta, dem Produktionsort von Östrogen, Progesteron, HPL und HCG, kommt es zu einem starken Hormonabfall. Durch die verminderte Hormonproduktion beginnen die Rückbildungs- und Anpassungsprozesse der Organe (Heller, 2002). Postnatal werden vermehrt Prolaktin und Oxytocin ausgeschüttet. Oxytocin fördert die Nachwehen und die Rückbildung des Uterus, außerdem verändert es die Muskulatur der Brustdrüsen (Harder et al., 2022). Es wird auch als „Bindungshormon“ bezeichnet, welches bei der Mutter ein selbstloses und uneigennütziges Denk- und Handlungsverhalten auslöst. Außerdem wirkt es angstlösend und fördert das zwischenmenschliche Vertrauen. Neben den positiven psychischen und physischen Auswirkungen schränkt die Oxytocinproduktion die Gedächtnisleistung ein (Harder et al., 2022). Das Hormon Prolaktin veranlasst die Milchbildung und wird durch den Saugreiz des Säuglings produziert (Heller, 2002). Die Veränderungen im Hormonhaushalt erleben die Frauen als erhebliche Stimmungsschwankungen oder durch Haarausfall (Harder et al., 2022; Heller, 2002). Ausgelöst durch den starken Abfall von Östrogen, HCG und HPL sind diese Stimmungsschwankungen am 3. bis 5. Tag postnatal durch erhöhte Reizbarkeit, plötzliches (grundloses) Weinen, Vergesslichkeit oder mangelndes Selbstvertrauen gekennzeichnet. Diese Symptome werden als postpartale Dysphorie bezeichnet (siehe 1.3.1).

Die Stimmungslabilität ist in ihren Auswirkungen oftmals bei Primipara deutlich stärker ausgeprägt als bei Mehrgebärenden (Harder et al., 2022). Durch die Hormonveränderungen werden auch Regionen im Gehirn mit Beginn der Schwangerschaft beeinflusst, die sechs Jahre nach der Geburt noch sichtbar sind (Martínez-García et al., 2021). Diese neuronalen Veränderungen im „elterlichen Betreuungsnetzwerk“ (Feldman et al., 2009) beeinflussen die Reaktion auf Stimuli des Säuglings, die Bindung zum Kind und führen zu einem positiven Betreuungsverhalten (Feldman et al., 2009; Hoekzema et al., 2020; Noriuchi et al., 2008; Strathearn et al., 2009). Ausgelöst durch diese Anpassungen im Gehirn, zeigt die Mutter eine erhöhte Vulnerabilität und höheres Stressempfinden (Hillerer et al., 2014; P. Kim, 2021; Pawluski et al., 2016).

Milchbildung und Stillverhalten

Durch die Veränderungen im Hormonhaushalt setzt der Milchbildungsreflex ein (Harder et al., 2022). Nach zwei bis fünf Tagen postnatal setzt die initiale Brustdrüsenschwellung (kurz IBDS, Milcheinschuss) ein und der Körper reagiert mit einem Anstieg der Körpertemperatur und einem Wärmegefühl in den Brüsten.

Nach der Entbindung versuchen fast alle Frauen (97 %) ihr Kind zu stillen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus stillen noch 77 % und nach zwei Monaten postnatal stillen

noch 67 % ausschließlich mit eigener Milch (Kersting et al., 2020). Im Verlauf des Wochenbettes stillt eine Frau ihr Kind im Durchschnitt 10- bis 15-mal in 24 Stunden, wobei die Stilldauer zwischen 5 bis 60 Minuten variieren kann (Harder et al., 2022). Für einige Frauen stellt diese hohe Dauer eine Belastung dar. Sie kann zu schmerzenden Brüsten, mehrfach unterbrochenen Nächten und zunehmender Müdigkeit führen. Etwa ein Fünftel der Frauen (20 %) hat in den ersten Tagen nach der Geburt wunde Brustwarzen (Ahrendt & Friedrich, 2015; Borrmann, 2005). Entscheidet sich eine Frau für das Stillen, beginnt für sie und ihr Kind eine „sehr intensive und sensible Phase“ (Heller, 2002, S. 91), die von manchen als „befriedigende Erfahrung“ (Gloger-Tippelt, 1988, S. 108) beschrieben wird. Der Frau wird empfohlen, ihr Kind nach dessen Bedürfnissen zu stillen. Sie bewegt sich somit in einem Spannungsfeld zwischen 1) ihren eigenen Bedürfnissen, nach benötigter Ruhe und Nachtschlaf, 2) den Bedürfnissen ihres*ihres Partner*in, 3) den Bedürfnissen des Kindes und 4) der notwendigen Stimulation der Brust (Heller, 2002). Das Stillen stellt einen anstrengenden Lernprozess für Mutter und Kind dar, der die Beobachtung der Reflexe des Kindes und das richtige Anlegen des Kindes beinhaltet (Harder et al., 2022). Gelingt es der Mutter, die Bedürfnisse des Kindes als wichtigen eigenen Beitrag zur Mutterrolle wahrzunehmen, kann das Stillen als „Genuß und Lust“ (Gloger-Tippelt, 1988) empfunden werden. Das gelingende Stillen wirkt sich auf die selbst wahrgenommene Selbstwirksamkeit aus. Sie nimmt sich selbst als gute Mutter wahr, die die Bedürfnisse des Kindes befriedigen kann (Harder & Friedrich, 2015). Treten beim Stillen Probleme auf, z. B. durch den Mangel an produzierter Milch, unzureichende Qualität oder Milchstau (Heller, 2002), gelangt die Mutter in einen Kreislauf, der Angst, Frustration und Stress auslöst, der wiederum den Milchfluss negativ beeinflusst (Murdhiono & Okinarum, 2022). Eine Stillbeziehung aufzubauen ist für die Mutter grundsätzlich physisch sowohl psychisch anstrengend. Befindet sich das Kind auf der Neonatologie (siehe Kapitel 1.2.1) wird das Stillen erschwert, gleichzeitig ist dies aber für die Entwicklung des Kindes wichtig (Heller, 2002). In manchen Fällen ist das direkte Anlegen nicht möglich, sondern erfordert das Abpumpen von Milch, was zusätzlich für die Mutter emotional belastend sein kann (Harder et al., 2022).

1.2.2 Psychische Anpassungen

Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung und der mütterlichen Identität

Für die Wochenbettphase ist der **Bindungsaufbau der Mutter zum Neugeborenen** bedeutsam. Darunter wird das emotionale Band verstanden, welches zwischen dem Kind und den Eltern entsteht (Lang, 2009). Die Beziehung ist die erste, auf die sich das neugeborene Kind einlässt und die für dessen Entwicklung von Bedeutung ist (Heller, 2002) und die auch für die Mutter wichtig ist. Sie beeinflusst ihre Psyche (Lehnig et al., 2019) und auch ihr Verhalten (Maestriperi, 2001). Ausgelöst wird sie besonders durch die vermehrte Ausschüttung von Oxytocin während und kurz nach der Geburt (Leidenberger et al., 2014). Bei manchen Frauen entsteht das Gefühl der Verbundenheit mit dem Kind bereits in der Schwangerschaft (Harder & Friedrich, 2015).

Durch den Körperkontakt unmittelbar nach der Geburt empfinden Mütter emotionale Wärme, Zuneigung und ein Zugehörigkeitsgefühl gegenüber ihrem Kind. Auch passen sie ihr Verhalten an die Signale des Kindes an, zeigen eine expressive Mimik und verwenden Ammensprache (Klaus et al., 1996; Mitscherlich-Schönherr & Anselm, 2021). In den ersten ein bis zwei Stunden entwickelt sich diese Bindung zwischen Mutter und Kind durch den Haut-zu-Haut-Kontakt stark (Heller, 2002). Nach dem Geburtsstress des Kindes und dem Verlassen der Fruchtblase, kann durch die Nähe der Mutter, ihren Geruch, ihren Geschmack und ihre Stimme ein Sicherheitsgefühl aufgebaut werden (Heller, 2002). Liegt bspw. das Neugeborene auf der Brust der Mutter, erwärmt sich diese Region durch die Weitung der Blutgefäße, sodass die mütterliche Wärme an das Kind abgegeben wird (Moberg, 2016). Darüber hinaus entspannen sich Mutter und Kind durch die Nähe.

Es wird davon ausgegangen, dass durch das Gefühl der Verbundenheit mit dem Kind die Versorgung des Kindes gewährleistet wird und die Anstrengungen und Belastungen der Geburt und auch der nachfolgenden Anpassungsprozesse besser bewältigt werden können (Maestriperi, 2001; Mitscherlich-Schönherr & Anselm, 2021). Faktoren wie medizinische Eingriffe nach der Geburt können als störend empfunden werden (Heller, 2002).

Frauen berichten über die erste Begegnung mit ihrem Kind auch von Gefühlen wie Fremdheit, Distanziertheit und Unvertrautheit (Røseth & Bongaardt, 2019). In manchen Fällen ist der erste Kontakt nicht oder nur eingeschränkt möglich. Insbesondere unter der Sectio, wenn das Kind bereits geboren wurde, die Mutter aber noch genäht wurde und das Kind für weitere Untersuchungen von der Hebamme mitgenommen wird. Gleiches gilt für die Sectio unter Vollnarkose, bei der die Frau ihr Kind erst nach dem Aufwachen sieht (Nitahara et al., 2020).

Auch im Falle einer direkten Weiterleitung auf die Neonatologie oder einer Reanimation, findet der erste Kontakt erst später statt (Heller, 2002). Im weiteren Verlauf wird der Mutter jedoch Zugang auf die Intensivstation gewährt, denn der Haut-zu-Haut-Kontakt fördert die Entwicklung eines frühgeborenen, kranken oder behinderten Kindes und ist auch für die Entwicklung von mütterlichen Gefühlen und die Laktation wichtig (Harder et al., 2022). Auch in solchen Fällen kann durch Hautkontakt, Geruch oder die Stimme des Kindes Oxytocin freigesetzt werden, was das Bindungsgefühl unterstützt (Leidenberger et al., 2014).

Die Bindung zum Kind soll auf der Wochenbettstation durch das Rooming-in gefördert werden, sodass das Kind während des gesamten Aufenthalts bei der Mutter bleibt und nur zu Untersuchungen von den Pfleger*innen versorgt wird (Chalupka, 2021). Insbesondere nach der Entlassung erleben Mütter das Bedürfnis nach Ruhe, Ungestörtheit, Intimität mit ihrem Kind und dem*der Partner*in. Besuche werden als unangenehm empfunden (Heller, 2002), teilweise wünscht sich die Mutter auch Ruhe „vor dem Kind“ (Harder & Friedrich, 2015, S. 217).

Durch das Tragen des Kindes (Chalupka, 2021) oder ein gemeinsames Bad (Harder et al., 2022) wird das Bindungsgefühl und die Stillbeziehung weiter gefördert (Lang, 2009). Überdies erfährt die Mutter durch die entstehende Bindung ein verstärktes Bedürfnis, ihr Kind vor Gefahren zu schützen (Moberg, 2016) und zieht sich in die häusliche Atmosphäre zurück (Hoffbauer &

Fischer, 2005). Erlebt die Mutter hingegen Stress, Unruhe oder Angst, wird der Milchspendereflex aufgrund einer verringerten Oxytocinausschüttung gehemmt und die Mutter-Kind-Bindung gestört (Harder et al., 2022).

Mütter mit einer guten subjektiven Bindung zum Kind haben das Gefühl, es gut zu verstehen, genießen das Stillen, tauschen gerne Zärtlichkeiten aus, reden viel mit ihrem Kind, empfinden ihr eigenes Kind hübscher als andere Kinder, fühlen sich ihrem Kind nah und sind mit ihm zufrieden (Lang, 2009).

So wie sich die Physis verändert, verändert sich auch die **mütterliche Identität**. Mit der Geburt des Kindes ist die Mutter für das Überleben ihres Kindes verantwortlich, unabhängig ob sie psychisch darauf vorbereitet ist oder nicht (Stern et al., 2000). In diesem Entwicklungsprozess gibt es neben dem Geburtserlebnis, laut STERN [2000] drei Schlüsselerlebnisse kurz nach der Geburt, die die Mutterrolle deutlich machen: Der erste Schrei, das Liegen auf der mütterlichen Brust und der erste Blick (Stern et al., 2000, S. 66ff).

Durch das Fehlen dieser Schlüsselmomente, wie z. B. bei einer Notsectio oder bei sofortiger Verlegung auf die Neonatologie kann dies die Entwicklung der mütterlichen Identität erschweren (Spinelli et al., 2016). In den Tagen nach der Geburt entwickelt sich ein Schutz- und Sicherheitsbedürfnis seitens der Mutter (Harder et al., 2022). Dies äußert sich zum Beispiel in Schlaflosigkeit trotz Erschöpfung und dem Beobachten des Neugeborenen, um Signale und Bedürfnisse des Kindes abzuleiten (Geist, 1998). Das Sicherheitsbedürfnis begründet sich unter anderem in einer erhöhten Sensibilität gegenüber Umweltreizen. STERN [2000] beschreibt den Zustand der Mutter als „schöpferische Zerbrechlichkeit, in dem sie alle Nuancen dessen aufnimmt, was um sie und „[das] Baby herum gesagt oder getan wird, und sei es noch so beiläufig“ (Stern et al., 2000, S. 70). So kann sie einerseits Gefahren frühzeitig erkennen, andererseits empfindet sie ihre eigenen Gefühle intensiver (Harder & Friedrich, 2015). Dieser Zustand tritt häufig zeitgleich mit dem Abfall der Hormone und der initialen Brustdrüsenanschwellung auf (Harder & Friedrich, 2015).

Verarbeitung des Geburtserlebnisses

In Deutschland finden über 98 % der Geburten in einer Klinik statt (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V., 2023). Unabhängig des Geburtsortes möchte die Frau bereits beim ersten Hebammenkontakt nach einer vaginalen Entbindung (bei Sectiones ein paar Tage später) über ihre Erfahrungen und Erlebnisse hinsichtlich des Geburtsablaufs sprechen (Harder & Friedrich, 2015), um ihr eigenes Erleben mit der Realität abzugleichen. In Vorbereitung auf die Geburt wünschen sich Frauen eine ruhige Atmosphäre, Natürlichkeit, eine unkomplizierte Geburt, eine erträgliche Geburtsdauer und Sicherheit (David & Kentenich, 2008). Die tatsächlichen Erfahrungen reichen von dem schönsten bis hin zum schlimmsten Ereignis des Lebens (Ahrendt & Friedrich, 2015).

Viele Frauen beschreiben die Geburt als Grenzerfahrung (Harder & Friedrich, 2015). Die Wahrnehmung der Geburt ist von früheren Schmerzerfahrungen und den Erwartungen an die Geburt

abhängig. Bei vaginalen Entbindungen erlebt die Frau in einer bestimmten Phase Gefühle der Angst und der Todesfurcht (Gloger-Tippelt, 1988) und zugleich können Gefühle des Ausgeliefertseins, der Macht- und Schutzlosigkeit auftreten, welche verarbeitet werden müssen (Harder & Friedrich, 2015). Bezüglich des Geburtsschmerzes zeigen 69.3 % der Frauen ein normales Empfinden, bei 15.5 % der Frauen ist der Schmerz besonders ausgeprägt, bei 15.1 % der Frauen niedrig und bei 1.6 % sehr niedrig (Lütje, 2007).

Zu hohe Erwartungen an die Schmerztoleranz, die Belastbarkeit und die körperlichen Fähigkeiten rufen bei den Frauen Gefühle der Enttäuschung, des Versagens und der Scham über das eigene Versagen hervor (Harder & Friedrich, 2015). Werden entgegen der Erwartungen Analgetika in Anspruch genommen oder die Geburt operativ beendet, wirkt sich das auf das Selbstwertgefühl der Frau aus (Harder & Friedrich, 2015).

Für die Verarbeitung sind besonders die Erlebnisse nach einer Sectio wichtig. Die geäußerten Gefühle reichen von Erleichterung, Glück, Dankbarkeit bis zu Enttäuschung, Sorge, Schuldgefühlen oder Trauer (Harder & Friedrich, 2015). Auch Schuldzuweisungen, insbesondere an das Geburtshilfeteam oder den*der Partner*in, finden statt.

Im Jahr 2022 wurde mehr als ein Fünftel der Geburten eingeleitet (21.4 %) (IGTIG, 2022). Der Prozess der Geburtseinleitung geht mit Gefühlen des Kontrollverlusts und mangelnder Information einher und führt zu einem frustrierenden Geburtserlebnis (König-Bachmann et al., 2017). 86 % der Frauen empfinden nach der Geburt ein Gefühl der Erfüllung, 14 % empfinden dies nicht (Lütje, 2007).

Zentral für die Verarbeitung ist die Frage nach der Selbst- oder der Fremdkontrolle unter der Geburt, die im Nachgespräch geklärt werden muss. Oftmals wird die Autonomie der Frau nicht gewahrt (Ahrendt & Friedrich, 2015). Die mangelnde Selbstbestimmung äußert sich durch unzureichende Aufklärung seitens des Klinikpersonals (Reime, 2003), subtile Manipulation (Tegethoff, 2011), erhebliche Druckausübung, Zwangsmaßnahmen oder körperlicher Gewalt (Grieschat, 2023; Mitscherlich-Schönherr & Anselm, 2021). Hierzu zählen auch Berührungen und Untersuchungen unter der Geburt. Sie können als sehr unangenehm wahrgenommen werden und Schamgefühle auslösen (Ahrendt & Friedrich, 2015).

Einige Frauen erleben eine traumatische Geburt, bei der während des Geburtsvorgangs tatsächliche oder drohende Verletzungen für die Mutter oder/und das Kind eintreten. Dies führt zu erheblichen Ängsten der Mutter, Gefühle der Hilflosigkeit, des Kontrollverlustes oder der Panik (C. Beck, 2004). Die Erfahrung des Kontrollverlustes oder der traumatischen Geburt können eine posttraumatische Belastungsstörung auslösen. Darüber hinaus ist die Rolle des*der Partner*in rund um die Geburt relevant (Ahrendt & Friedrich, 2015). Erlebt die Mutter die Geburt positiv und erfüllend, wirkt sich dies unmittelbar auf die Mutter-Kind-Beziehung aus (Chabbert et al., 2021).

Versorgung des Kindes und die Kontroverse um eigene Erwartungen

In den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt beginnt der **Lernprozess in der Neugeborenenpflege**, in dem den Frauen noch einmal besonders bewusst wird, dass sie „von nun an umfassend und langfristig Verantwortung für ihr Kind zu tragen haben“ (Harder et al., 2022, S. 44) und dass sie nun für die Bedürfnisse des Kindes zuständig sind (Gloger-Tippelt, 1988). Dabei geht es darum, die Bedürfnisse des Kindes zu verstehen, den pflegerischen Tätigkeiten nachzugehen, das Stillen und das Kind zu beruhigen, wenn es weint oder schreit (Taşdemir, 2022).

Hilfreich ist die erhöhte Wachsamkeit der Mutter, indem sie die mimischen, akustischen und körpersprachlichen Verhaltensweisen des Kindes wahrnimmt und versucht, Informationen über dessen Bedürfnisse zu sammeln. Durch die neuen Anforderungen kommt es häufig zu ambivalenten Gefühlen, die von Schuldgefühlen begleitet werden (Harder & Friedrich, 2015) und der Sorge der Mutter, ob sie die Fürsorge für das Kind erfüllt (Geist, 1998). Diese Gedanken führen zu Gefühlen der Überforderung, der Erschöpfung, der Nervosität und der Angst (Gloger-Tippelt, 1988). Auch Sorgen bezüglich Unfällen, Verletzungen oder dem plötzlichen Kindstod treibt die Mütter um. So treten manche Frauen regelmäßig an das Bett ihres schlafenden Kindes, um zu fühlen, ob es noch lebt (Gloger-Tippelt, 1988) oder sorgen sich, dass die Milch nicht ausreicht (Harder et al., 2022) oder dass sie die Signale ihres Kindes nicht richtig deuten (Geist, 1998). Die Unsicherheiten und Fragen, sowie längeres oder unstillbares Weinen und Schreien bewirken ein Stresserleben, wodurch die Frauen noch schwieriger zur Ruhe finden (Gloger-Tippelt, 1988; Pilkington et al., 2016; Sidor et al., 2012). Besonders in den ersten Wochen erscheint das Verhalten des Kindes unvorhersehbar, wodurch die Reaktionsbereitschaft und ihr Erregungsniveau permanent hoch ist (Stern et al., 2000).

Der Alltag orientiert sich zukünftig an den Bedürfnissen des Kindes. Alltagsprozesse müssen neu strukturiert werden und die Versorgung des Kindes, dessen Schlaf- und Wachrhythmus entscheiden über die Tagesstruktur der Familie (Harder & Friedrich, 2015).

Der Umgang mit dem Kind stellt einen anstrengenden Lern- und Adaptionsprozess im Wochenbett dar (Harder et al., 2022; Mitscherlich-Schönherr & Anselm, 2021). Die Mutter erlernt erst nach einiger Zeit eigene Strategien und entwickelt sukzessiv Vertrauen in ihre Kompetenzen hinsichtlich der Versorgung des Kindes (Gloger-Tippelt, 1988).

Unterstützung und Hilfestellung erhält die Frau von einer betreuenden Hebamme. 93 % aller Frauen werden im Wochenbett von einer Hebamme besucht (Bauer et al., 2020). Der häufigste Grund für die Nichtinanspruchnahme ist die erfolglose Suche nach einer verfügbaren Hebamme. Der erste Hebammenbesuch findet bei 13 % noch am Tag der Entlassung statt, bei 44,8 % einen Tag danach, bei 15,6 % zwei Tage danach und bei 26,6 % drei Tage danach oder später. Im Durchschnitt erhalten die Frauen zwölf mal Besuch, wobei ein durchschnittlicher Besuch 38,8 Minuten dauerte. 89 % empfinden die Besuche als ausreichend.

Die **Erwartungen an die Mutterschaft**, die die Frau an sich selbst hat, sind meist unerreichbar und unrealistisch und werden durch die gesellschaftlichen Anforderungen und soziale Medien formuliert Stamm, 2020. In ihrer Vorstellung gelingt es ihr, zu stillen, sich immer über das Neugeborene zu freuen, dabei gut auszusehen und gemeinsam mit dem*der Partner*in die Säuglingspflege zu übernehmen (Ahrendt & Friedrich, 2015). Auch gehen viele Frauen davon aus, zeitnah nach der Geburt wieder fit zu sein (Harder et al., 2022), um den Haushalt gut zu führen und Gäste freundlich zu begrüßen. Es wird gesellschaftlich von der Mutter erwartet, dass sie in jeder Situation ab der Geburt intuitiv weiß, was getan werden muss (Kaiser, 2021; Stern et al., 2000). Neben dem Phänomen des Mutterinstinkts wird auch die mütterliche Liebe ab der Geburt lanciert. Es wird erwartet, dass die mütterlichen Verpflichtungen aus Liebe erfüllt werden (Kaiser, 2021). Im Abgleich mit der Realität entstehen so Erschöpfung, Enttäuschung und Schuldgefühle.

1.2.3 Soziale Anpassungen

Neben den physiologischen und psychischen Anpassungen kommt es darüber hinaus zu Veränderungen in der sozialen Dimension. Besonders bedeutend ist die Beziehung zwischen der Mutter und 1) dem*der Partner*in², 2) den bereits geborenen Kindern und 3) dem erweiterten Familien- und Freundeskreis. Die Ausführungen zu sozialen Anpassungen fokussieren sich auf den Partner und die bereits geborenen Kinder.

Partnerschaftliche Beziehung

Der*die Partner*in beeinflusst die Verarbeitung des Geburtserlebnisses und übernimmt gemeinsam mit der Mutter die Versorgung des Kindes und der Geschwister. Er*Sie gilt als die wichtigste Bezugsperson für die Mutter im gesamten Verlauf.

An dieser Stelle ist es bedeutsam die herausfordernde Situation von Alleinerziehenden in Deutschland zu erläutern. So sind 22.6 % Alleinerziehende, von denen 88 % alleinerziehende Mütter sind und 12 % alleinerziehende Väter (Lenze et al., 2021). Unklar ist, ab welchem Zeitpunkt nach Bekanntwerden der Schwangerschaft die Trennung folgt. Es existieren lediglich statistische Zahlen, die zwischen verheiratet und nicht verheiratet unterscheiden (Statistisches Bundesamt, 2023a).

Mit der Geburt des Kindes entsteht eine neue Beziehungsdynamik, in dessen Verlauf durch die **emotionalen Veränderungen** aus der Partnerbeziehung eine Elternbeziehung wird. Es gilt nun, das neugeborene Kind in die Beziehung zu integrieren (Gloger-Tippelt, 1988; Hobbs, 1965). Dadurch steht den Eltern weniger Zeit für Zweisamkeit zur Verfügung als zuvor (Fthenakis et al., 2002). Die gemeinsamen Gespräche fokussieren häufig organisatorische Themen; die individuellen Bedürfnisse werden eher vernachlässigt, denn die gemeinsame Verantwortung für

²In verwendeten Studienergebnissen wurde das Geschlecht des*der Partnerin nicht explizit erwähnt, daher wird in Ausführungen die männliche Form verwendet. In generellen Aussagen wird jedoch keine Unterscheidung getroffen.

das Kind ist vorrangig. Obgleich der verbale Ausdruck von Zuneigung und Wertschätzung für beide wichtig wäre, nimmt dieser nach der Geburt ab (Fthenakis et al., 2002) (Fthenakis et al., 2002).

Bei Erstgebärenden nimmt die Beziehungszufriedenheit nach der Geburt des Kindes stark ab, bei Mehrgebärenden sinkt sie weniger stark (Van Scheppingen et al., 2018). Empfindet die Frau die Aufgabenverteilung wie beispielsweise der Haushaltsbewältigung, die Versorgung des Kindes oder in Entscheidungsfindungsprozessen als ungerecht, wirkt sich dies auf die Zufriedenheit aus (Krieg, 2007).

Trotz der veränderten Dynamik bleibt der Partner für die Frau die bedeutendste soziale Unterstützung (Krieg, 2007). Vor diesem Hintergrund ist die Perspektive des Partners auf die Wochenbettzeit relevant, denn sie prägt das Handeln und die Emotionen. Partner empfinden häufig einen intrinsischen Druck, eine stärkere Unterstützung zu sein, gepaart mit dem Gefühl der Ohnmacht (Chalupka, 2021). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, entscheiden sich einige Männer die berufliche Laufbahn zu fokussieren, um durch verbesserte Karrierechancen die Versorgung der Familie zu gewährleisten (Griebel & Niesel, 2021). Für die Zufriedenheit in der Partnerbeziehung ist jedoch die Aufgabenverteilung im Haushalt in der Versorgung der Kinder relevant (Fthenakis et al., 2002).

Das Bedürfnis der Frau nach **Sexualität** wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Die sexuelle Erregbarkeit ist während der Wochenbettzeit physiologisch reduziert (Ahrendt & Friedrich, 2015). Darüberhinaus wirkt die Rolle des Partners³ während der Geburt, die selbstwahrgenommene Attraktivität, das Schmerzempfinden im Genitalbereich oder das Schlafdefizit hinzu (Harder & Friedrich, 2015). Aus medizinischer Sicht kann der Geschlechtsverkehr nach dem Verheilen der Wunden und Nähte wieder aufgenommen werden (Heller, 2002).

Wenn die Frauen innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt mit sexuellen Aktivitäten beginnen, kommt es zumeist erst zu Oralsex, bei dem erst der Partner befriedigt wird, im weiteren Verlauf folgt die Masturbation, dann erhalten die Frauen selbst Oralsex und schließlich verkehren die Paare vaginal miteinander (Hipp et al., 2012). 43,4 % der Frauen geben an, innerhalb der ersten sechs Wochen wieder Vaginalverkehr zu haben, 27 % beginnen erst später (Sok et al., 2016). Beim ersten Koitus nach der Geburt erleben 40 % der Frauen Probleme, wie zum Beispiel Schmerzen, vaginale Trockenheit oder mangelnde Introitus Befeuchtung (Harder & Friedrich, 2015). Nach einer schmerzhaften sexuellen Erfahrung vermeiden Frauen weiteren Geschlechtsverkehr (von Sydow, 2006). Wird ein Orgasmus erlebt, kommt es bei etwa 20 % der Frauen zum Milchspendereflex (Ahrendt & Friedrich, 2015). Jede zweite Frau hat nach der Geburt Sorge, ihren Partner nicht mehr sexuell befriedigen zu können (von Sydow, 2006). Das Bedürfnis nach sexueller Aktivität wird durch den starken Leistungsdruck, den Belastungen durch Haushalt und

³In diesem Unterkapitel wird die männliche Form gewählt, auch wenn diese Rolle auch von einer Frau erfüllt werden kann.

die Versorgung des Kindes, sowie die hohe Erwartungshaltung gehemmt (Ahrendt & Friedrich, 2015). So sinkt die Häufigkeit der Selbstbefriedigung im Wochenbett (von Sydow, 2006). Anstatt des penetrierenden Geschlechtsverkehrs oder sexueller Berührungen wünschen sich die Frauen häufig Wärme und Geborgenheit von ihrem Partner (Ahrendt & Friedrich, 2015). Der Hormonstatus der Frau sowie die veränderte Bedeutung der Brüste; weg vom Sexsymbol hin zur Nahrungsquelle, beeinflussen die weiblichen Bedürfnisse und die partnerschaftliche Sexualität (Ahrendt & Friedrich, 2015). Die Reduktion der sexuellen Lust gewährleistet die Versorgung des Neugeborenen und wird erst zum Problem, wenn die Unlust länger andauert und die Paare ihre Ängste nicht miteinander kommunizieren (Harder et al., 2022).

Transition der älteren Kinder

Neben der Mutter erleben auch die bereits geborenen Kinder eine Transition: den Übergang vom Einzelkind zum Geschwisterkind. Die Reaktionen der Geschwister auf die Geburt eines neuen Familienmitglieds sind sehr unterschiedlich. Dies ist sowohl vom Alter des Kindes als auch von der vorherigen Vorbereitung durch die Eltern abhängig (Kramer & Ramsburg, 2002). Meist reagieren die Geschwisterkinder mit einer Mischung aus Freude und Eifersucht (Volling et al., 2014). In den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt reagieren sie interessiert, liebevoll und wollen bei der Pflege des Neugeborenen helfen. Nach etwa drei Wochen reagieren Kinder häufig mit frechem und forderndem Verhalten und erhöhen dadurch das Stressempfinden der Eltern (Kendrick & Dunn, 1982).

Entgegen der geläufigen Meinung, dass Frauen bei der Geburt eines zweiten Kindes weniger soziale Unterstützung benötigen, da sie die Abläufe bereits kennen, ist dies in der Realität nicht der Fall. Mehrgebärende haben im Vergleich zu Erstgebärenden höhere Stresswerte (Gameiro et al., 2009; Krieg, 2007).

Bereits vor der Geburt machen sie sich Sorgen, wie das Geschwisterkind auf das Neugeborene reagieren wird (Chapman & Hart, 2017). Insgesamt zweifeln Mütter mit mehreren Kindern daran, den Herausforderungen und der Fürsorge für ein zweites Kind gewachsen zu sein (Young et al., 1983). Der Krankenhausaufenthalt und die Abwesenheit von zuhause wird von den Müttern und bereits geborenen Kindern als belastend empfunden (Field & Reite, 1984; Stewart & Marvin, 1984). Viele Frauen berichten von Schuldgefühlen und Traurigkeit, die mit dem Verlust der Exklusivität der Beziehung zum Erstgeborenen zusammenhängen (Young et al., 1983). Studien zeigen, dass sich das mütterliche Verhalten gegenüber dem erstgeborenen Kind verändert und sich in verminderter Aufmerksamkeit oder gemeinsamen Spiel äußert (Dunn & Kendrick, 1980; Volling, 2012). Nach der Geburt intensiviert sich häufig die Beziehung zwischen dem Erstgeborenen und dem anderen Elternteil (Volling et al., 2023), was wiederum zu Verlustängsten bei der Mutter führen kann (Young et al., 1983). Wird die elterliche Beziehung durch das Kind als angespannt erlebt, wird die Transition zusätzlich erschwert (Belsky et al., 1983).

Die Transition des Erstgeborenen kann durch Thematisierung in der Schwangerschaft oder den

ersten Kontakt im Krankenhaus unterstützt werden. Die erlebten Schuldgefühle, insbesondere der Mutter, tragen jedoch auch zum Unterlassen dieser Unterstützungsmöglichkeiten bei. Geschwisterkinder, die nicht entsprechend auf ein Neugeborenes vorbereitet wurden oder nicht im Krankenhaus Mutter und Kind besucht hatten, reagierten später eher negativ (Kramer & Ramsburg, 2002). Die Eltern müssen sich im Wochenbett daher auch mit dem Transitionsprozess der bereits geborenen Kinder beschäftigen, Frustration aushalten und mit ihren eigenen Schuldgefühlen umgehen lernen. Durch die Integration des Neugeborenen verändert sich die Familiendynamik nachhaltig (Volling et al., 2023).

1.3 Postpartale Depression

1.3.1 Symptome, Prävalenz und Abgrenzung

Die postpartale Depression (kurz PPD, Wochenbettdepression) ist laut ICD-11 unter der Diagnose F53 eine „psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett“ (DIMDI, 2020), die typischerweise innerhalb der ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt eines Kindes auftritt, aber auch noch innerhalb des ersten Jahres auftreten kann (Dilling et al., 2016). Sie differenziert sich je nach Symptomschwere in unterschiedliche Grade (DIMDI, 2020).

Die **Symptome** können stark in ihrer Intensität variieren. Sie reichen von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, über Denkverlangsamung oder -hemmung zu Grübeln, Antriebs- und Lustlosigkeit, Apathie und sozialem Rückzug (Rohde, 2014). Weitere Symptome sind Bewegungsunruhe, Depressivität, unbestimmte Ängste, Panikattacken und Ein- oder Durchschlafstörungen. Schwere Symptome zeigen sich in lebensmüden Gedanken, Suizidgedanken oder -handlungen, selbstverletzenden Handlungen oder depressivem Wahn. Zentral sind Versagensängste und Schuldgefühle. Die Frauen nehmen ihre Mutter-Kind-Gefühle als unzureichend wahr und erleben Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen.

Zu den körperlichen Symptomen zählen Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, ein Druckgefühl in der Brust, ein Kloßgefühl im Hals oder auch vielfältige körperliche Missempfindungen und Schmerzen (Rohde, 2014). Etwa 20 - 40 % aller erkrankten Frauen leiden unter Zwangsgedanken, das Kind schädigen zu wollen und berichten von einer Gefühllosigkeit ihrem Neugeborenen gegenüber (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006).

Entsprechend der ICD-11 müssen einige Kriterien für eine **Diagnose** erfüllt sein. Hierzu zählen, dass „über zwei Wochen [...] fast den ganzen Tag mindestens fünf der zehn [genannten] Symptome vorhanden“ sein müssen (Wolkenstein, 2023, S. 8). Zusätzlich muss entweder eine depressive Verstimmung oder ein deutlicher Verlust an Freude oder Interesse an Alltagsaktivitäten festzustellen sein. Oftmals geht der Diagnose ein ausgefüllter Selbstbeurteilungsfragebogen voraus. Der am häufigsten genutzte Fragebogen ist die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (kurz EPDS) (J. Cox, 1996), ferner wird auch das *Beck Depression Inventory* verwendet (A. T. Beck et al.,

1961), die *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (kurz CES-D) (Radloff, 1977) und die *Zung's Self Rating Depression Scale* (Zung, 1965). Die Items messen die Symptomstärke einer Depression, wie Schlaflosigkeit, Appetit- und Interessensverlust oder Suizidalität. Items, die die Bindung zum Kind, dessen Versorgung oder die eigene Rolle als Mutter abfragen, sind nicht formuliert.

Die **Ursache** einer postpartalen Depression unterliegt komplexen Vorgängen und wird von diversen biopsychosozialen Faktoren beeinflusst (Salis, 2007). In der Forschung zu Entstehungsursachen werden primär hormonelle und genetische Faktoren untersucht, die in der Kombination mit weiteren Risikofaktoren (siehe 1.3.3) das Auftreten begünstigen. Zu den hormonellen Ursachen zählen die starken Schwankungen von Östrogen und Progesteron seit Beginn der Schwangerschaft, gefolgt von einem erheblichen Tief nach der Geburt, ausgelöst durch den Ausstoß der Plazenta (Gawlik & Reck, 2011; Sonnenmoser, 2007). Auch Biomarker stehen im Verdacht, bei der Entstehung einer PPD eine Rolle zu spielen (Osborne et al., 2016). Studien zeigen außerdem, dass ein Mangel an Vitamin D während der Schwangerschaft einen ursächlichen Faktor darstellt (Serati et al., 2016). Studien deuten darauf hin, dass die PPD durch multifaktorielles Zusammenspiel ausgelöst wird (Serati et al., 2016).

Die **Prävalenzen** der PPD haben eine große Spannweite. Weltweit wird von einer Prävalenz von 17.7 % ausgegangen, wobei der niedrigste Wert bei 3.6 % und der höchste bei 38 % liegt (Hahn-Holbrook et al., 2018). In Deutschland liegen die Werte zwischen 11.2 % (Mehta et al., 2012) und 23.6 % (Reck et al., 2008). Die Unterschiede werden unter anderem auf Unterschiede in den Gesundheitssystemen sowie der wirtschaftlichen Lage einzelner Länder zurückgeführt. Außerdem liegen den Berechnungsgrundlagen unterschiedliche Messzeitpunkte mit unterschiedlichen Instrumenten zugrunde (Hahn-Holbrook et al., 2018). Einige Forschungsgruppen messen drei bis fünf Tage postnatal, andere messen sieben Tage bis zwei Wochen postnatal und nutzen unterschiedliche Cut-off-Werte (Hahn-Holbrook et al., 2018).

Die **Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen** in der peripartalen Phase ist wichtig. Denn Frauen, die an einer PPD erkranken, weisen teilweise die gleichen Symptome auf, wie Frauen, die an einer **Mayor Depression** erkranken (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Nachfolgend werden zur besseren Einordnung die statistischen Kennzahlen für depressive Erkrankungen von Frauen im gebärfähigen Alter in Deutschland herangezogen. Die Frauen sind bei der Geburt ihres ersten Kindes im Durchschnitt 30.4 Jahre alt, bei ihrem zweiten Kind 32.4 Jahre alt und bei ihrem dritten Kind im Durchschnitt 33.5 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2023c).

In der GEDA-Studie wurden in einer ersten Welle zwischen April 2019 und Januar 2020 und in einer zweiten Welle zwischen April 2020 und Januar 2021 Daten zu depressiven Symptomen in Deutschland erhoben (Hapke et al., 2022). Parallel zum zweiten Erhebungszeitraum (siehe

1.3.3) war Deutschland mit der SARS-CoV-2 Pandemie konfrontiert, wodurch sich die Werte der beiden Messzeitpunkte deutlich unterscheiden. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen erreichten in der ersten Erhebungswelle 12.2 % der Frauen erhöhte Risikowerte einer Depression, in der zweiten 10.5 %. In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen zeigte sich ebenfalls ein Abwärtstrend: 10.5 % der Frauen wiesen eine depressive Symptomatik im ersten Erhebungszeitraum auf; 6.6 % im zweiten. Ergänzend werden die Studienergebnisse aus den Jahren 2014 und 2015 betrachtet, die in der Altersgruppe 18 - 29 Jahre eine Prävalenz von 16.4 % und in der Altersgruppe 30 - 44 Jahre von 10.9 % identifizierten. Für den bayerischen Raum wird für Frauen insgesamt eine Prävalenz von 11.3 % angegeben (RKI, 2017). Diese Art der Depression ist aber dennoch von der PPD abzugrenzen, bei der sich die ausgeprägte emotionale Labilität, die auftretenden Schuldgefühle und das Grübeln primär auf das Kind und die Mutterschaft bezieht (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006).

In der Wochenbettzeit sind neben der postpartalen Depression noch zwei weitere Belastungs- und Krankheitsbilder aufzuzeigen, die von einer PPD abzugrenzen sind.

Die **postpartale Dysphorie** (Baby Blues) tritt bei 80 % der Frauen drei bis fünf Tage nach der Entbindung auf (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006) und dauert wenige Tage an (Rohde, 2014). Nach der Geburt kommt es bei Frauen aufgrund der Hormonumstellung zu Überempfindlichkeit, Stimmungslabilität und erhöhter Reizbarkeit. Dieser Zustand ist in der Regel nicht behandlungsbedürftig, denn durch Ruhe, Abschirmung und Fürsorge reguliert sich der Hormonhaushalt und folglich die Stimmungslabilität von selbst.

Die **postpartale Psychose** hingegen tritt mit einer geringen Prävalenz von 0.2 bis 0.3 % in einem großen Zeitraum auf: entweder bereits nach wenigen Tagen postnatal oder auch erst nach Wochen oder Monaten (Rohde, 2014). Sie ist aufgrund von Schlafstörungen, Verhaltensveränderungen, irrationalen Ängsten oder auch produktiv-psychotischen Symptomen behandlungsbedürftig. Durch schizophrene Wahnvorstellungen, gereizt-aggressive Stimmung oder weiterer Symptome kann eine Kindeswohlgefährdung entstehen. Psychosen werden mit Medikamenten und/oder einer Therapie behandelt.

In der Phase des Wochenbetts kann auch eine **posttraumatische Belastungsstörung** (kurz PTBS) mit einer Prävalenz von 3.1 % als Folge der Geburt auftreten (Grekin & O'Hara, 2014). Wird diese als Trauma erlebt, in der beispielsweise akute Lebensgefahr bestand, kann sich daraus eine psychische Erkrankung entwickeln. Weitere Symptome, die einer PPD ähneln sind z. B. Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten oder Interessenverminderung (Maercker & Augsburger, 2019). Bei einer PTBS kommt es zum wiederkehrenden Erleben, teilweise durch symbolisierte Auslöser wie Geräusche, Gerüche etc. und verursacht physiologische Reaktionen. Die Symptome halten über mehrere Wochen an und beeinträchtigen den Alltag.

Um das Bild der Prävalenz einer PPD zu vervollständigen, ist es ratsam die Auftretungswahrscheinlichkeit einer **präpartalen Depression** zu berücksichtigen, also einer Depression, die während der Schwangerschaft auftritt. Im Verlauf der Schwangerschaft schwanken die Werte teilweise stark, sodass es relevant ist, die jeweilige Schwangerschaftswoche anzugeben. Im letzten Trimester liegen die Werte unter Nutzung des gleichen Messinstruments EPDS (J. Cox, 1996) und dem gleichen Cut-off-Wert zwischen 12.8 % (Bennett et al., 2004), 13.5 % (Evans et al., 2001) und 19.1 % (Zhang et al., 2021). Die Prävalenzwerte für eine präpartale Depression sind nicht unerheblich für die Voraussage einer postpartalen Depression.

In Deutschland stehen erkrankten Frauen verschiedene Möglichkeiten zur Behandlung der Depression zur Verfügung. Meist wird eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie empfohlen (Rohde, 2014). Je nach Schweregrad und Verfügbarkeit kommt eine Mutter-Kind-Therapie in Frage.

1.3.2 Auswirkungen auf das Neugeborene und die Partnerschaft

Die Erkrankung wird häufig erst nach der Manifestation erkannt, wodurch die Behandlung verzögert erfolgt oder gar nicht stattfindet. Obwohl es bereits einige Diagnose-Möglichkeiten gibt, zögern Frauen, aufgrund des sozialen Stigmas, sich Hilfe zu holen (Agrawal et al., 2022). Die Erkrankung wirkt sich bis dahin auf das Neugeborene aus, aber auch auf den*die Partner*in und die Familie.

Einflüsse auf das Neugeborene

Basierend auf den unzureichend wahrgenommenen Mutter-Kind-Gefühlen und der Sorge, keine gute Mutter zu sein, zeigen Studien als Folge einer PPD primär Schwierigkeiten beim Stillen und das vorzeitige Abstillen (Field, 2010). Die Mutter-Kind-Bindung ist oftmals beeinträchtigt (Lang, 2009), sodass das sozial-emotionale Wachstum erschwert ist und eine wachstumsfördernde Umgebung nicht gegeben sind (Feldman et al., 2009). Folglich lernen Säuglinge nicht, negative Emotionen zu regulieren und mit physiologischem Stress und sozialen Prozessen umzugehen (Feldman et al., 2009). Die Kinder haben erhöhte negative Emotionalität und eine erhöhte Cortisol Reaktivität (Feldman et al., 2009). Dies hängt auch mit der Erkenntnis zusammen, dass die Mutter nicht in der Lage ist, die kindliche Mimik zu spiegeln, da sie selbst eine reduzierte Mimik zeigt (Righetti-Veltma et al., 2002). Sie kommuniziert insgesamt weniger mit dem Kind, berührt es weniger, lächelt weniger (Righetti-Veltma et al., 2002) und agiert insgesamt weniger sensibel (Murray et al., 1996).

Eine amerikanische Studie deckt auch die niedrigere Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsangeboten für das Kind auf, wie beispielsweise Impfungen (Field, 2010). In Langzeitstudien hatten Kinder depressiver Mütter häufiger niedrigere IQ-Werte, Aufmerksamkeitsprobleme und ihnen wurde überdurchschnittlich häufig ein sonderpädagogischer Förderbedarf diagnostiziert (Hay et al., 2001). Es kommt zu Verzögerungen in der emotionalen (Giallo et al., 2014; Goodman

et al., 2011; Murray et al., 1999), intellektuellen (Hay et al., 2001; Sharp et al., 1995) und kognitiven Entwicklung (Grace et al., 2003; Kurstjens & Wolke, 2001).

Einflüsse auf die Partnerschaft

Der*die Partner*in erlebt ebenfalls einen Transitionsprozess zum Elternwerden, indem er*sie seine*ihre neue Rolle erkennt und annimmt, die Versorgung des Kindes erlernt und gleichzeitig eine wichtige Rolle für die Geschwisterkinder spielt.

In einer Meta-Analyse werden relevante Themen untersucht, die für einen Vater und Partner⁴ in dieser Phase von Relevanz sind (Ruffell et al., 2019). Antriebslosigkeit und starke Müdigkeit der erkrankten Mutter führen zu einer reduzierten Fürsorge des Kindes, welche vom sozialen Umfeld aufgefangen werden muss. Der Partner übernimmt die Versorgung des neugeborenen Kindes, was einerseits die Bindung stärkt, andererseits Ängste und Einsamkeit auslösen kann und als Herausforderung wahrgenommen wird. Manche Studien berichten von einer gemeinsamen und harmonischen Elternschaft (Reid et al., 2017), andere Studien von kritischen Äußerungen der Frau und dem Ausschluss des Vaters bei der Versorgung des Kindes (Beestin et al., 2014; Boddy et al., 2017; Engqvist & Nilsson, 2011). Durch die Erkrankung der Frau gelingt es manchen Vätern besser, in die Vaterrolle zu finden (Beestin et al., 2014; Boddy et al., 2017; Reid et al., 2017), andere werden in ihrer Transition behindert und gestört (Boddy et al., 2017; Reid et al., 2017). Die gemeinsame Zeit mit dem Kind wird als positive und glückliche Ablenkung von den negativen Gefühlen, die mit der Erkrankung der Frau verbunden sind, empfunden (Beestin et al., 2014; Boddy et al., 2017; Mizukoshi et al., 2016; Reid et al., 2017). Durch die psychische Erkrankung der Mutter sorgen sich die Partner auch um die Auswirkungen, die die Symptomatik auf das Kind hat und versuchen gegenzusteuern (Beestin et al., 2014; Boddy et al., 2017; Engqvist & Nilsson, 2011; Reid et al., 2017).

Doch nicht nur die Elternrolle wird als belastend empfunden, auch die Fürsorge als Partner in der Beziehung ist herausfordernd (Engqvist & Nilsson, 2011; Everingham et al., 2006; Letourneau et al., 2011). Die zentralen Gefühle sind Hilflosigkeit und Unsicherheit (Letourneau et al., 2011), welche durch die unvorhersehbaren Stimmungen und Verhaltensweisen der Mutter ausgelöst werden (Engqvist & Nilsson, 2011) und durch das Fehlen von passenden Coping-Strategien im Umgang mit ihrer erkrankten Frau (Engqvist & Nilsson, 2011; Letourneau et al., 2011). Partner berichten auch von Kommunikationsschwierigkeiten, dem Verlust von Vertrauen und Intimität oder der Beendigung einer Beziehung (Boddy et al., 2017; Engqvist & Nilsson, 2011; Reid et al., 2017): *„I felt so lost and confused I didn't know what to do. It was like a stranger had come and replaced my warm and loving best friend with a woman with dead eyes and a cold heart.“* (Engqvist & Nilsson, 2011). Andere Paare berichten, dass die Partnerschaft durch die Erkrankung stärker und resilienter geworden ist (Mizukoshi et al., 2016) und dass sich der Partner durch

⁴Diese Studien fokussieren Väter, daher wird nur die männliche Form gewählt.

diese Erfahrung selbstbewusster in seiner Rolle fühlt und positive Emotionen erlebt (Bell et al., 2016; Mizukoshi et al., 2016).

Auch bei einer stationären Behandlung der Frau wird der Partner umfassender in die Säuglingspflege eingebunden (Kowlessar et al., 2015). Ist die Frau physisch oder psychisch abwesend, berichten Väter von Gefühlen der Einsamkeit und Belastung (Beestin et al., 2014). Väter, die von ihren Kindern getrennt werden, beispielsweise durch den stationären Aufenthalt der Mutter gemeinsam mit dem Kind, erleben ein gestörtes Bindungsverhalten und berichten von großen Sorgen, im Leben ihrer Kinder abwesend zu sein und ihnen nicht genügend Aufmerksamkeit schenken zu können (Beestin et al., 2014; Boddy et al., 2017; Reid et al., 2017).

Partner erleben durch die Erkrankung der Frau mehr Stress (Engqvist & Nilsson, 2011; Mizukoshi et al., 2016; Reid et al., 2017), emotionale und physische Isolation (Beestin et al., 2014), depressive Symptome, Erschöpfung oder Hoffnungslosigkeit (Beestin et al., 2014; Bell et al., 2016; Boddy et al., 2017; Letourneau et al., 2011). Die Erkrankung der Frau ist der größte Risikofaktor für den Partner ebenfalls an einer PPD zu erkranken (Edhborg et al., 2005; Roberts et al., 2006). Zu den vorrangigen Emotionen zählen Hilflosigkeit und Erschöpfung im Umgang mit der Partnerin (Engqvist & Nilsson, 2011), insbesondere auch ihren Schutz sicherzustellen (Engqvist & Nilsson, 2011) und das Gefühl in der Beziehung gefangen zu sein (Everingham et al., 2006).

Partner zeigen unterschiedliche Strategien im Umgang mit der Erkrankung. Zu den häufigsten zählen die Informationssuche zu der Erkrankung (Boddy et al., 2017; Engqvist & Nilsson, 2011; Reid et al., 2017), die emotionale Unterstützung der Partnerin (Mizukoshi et al., 2016; Reid et al., 2017) und die Anfrage nach sozialer Unterstützung aus dem nahen Umfeld (Boddy et al., 2017; Letourneau et al., 2011; Reid et al., 2017). Aber auch Vermeidungsverhalten und der Rückzug aus sozialen Strukturen werden genannt (Engqvist & Nilsson, 2011; Letourneau et al., 2011). Väter erleben auch das Fehlen von sozialer Unterstützung aus dem nahen Umfeld. Sie berichten von fehlendem Wissen über die Erkrankung und infolgedessen mangelndem Verständnis für die familiäre Situation (Letourneau et al., 2011; Reid et al., 2017).

Bei der Suche nach professioneller Unterstützung werden Väter auch mit ihrer eigenen Erwartungshaltung konfrontiert. Zu den hemmenden Haltungen zählen das Eingeständnis persönlicher Schwäche oder der Wunsch, keine Belastung für andere zu sein (Beestin et al., 2014; Reid et al., 2017). Diese Sorgen kommen vor allem dann zum Tragen, wenn die Frau selbst keine Hilfe in Anspruch nehmen möchte, da sie selbst kein Problem sieht (Bell et al., 2016; Letourneau et al., 2011; Mizukoshi et al., 2016). Diese Wahrnehmung erschwert die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe (Bell et al., 2016; Letourneau et al., 2011). Obwohl der Wunsch nach professioneller Hilfe besteht, nehmen Väter auch dort wenig Verständnis und Kenntnis für PPD wahr (Boddy et al., 2017; Letourneau et al., 2011; Mizukoshi et al., 2016), infolgedessen sie

diese nicht in Anspruch nehmen. Sie wünschen sich, auch selbst als Partner gesehen zu werden und Hilfe im Umgang mit der Erkrankung der Mutter zu erhalten (Boddy et al., 2017; Letourneau et al., 2011; Reid et al., 2017).

1.3.3 Risiko- und Protektivfaktoren

Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren, die das Auftreten einer postpartalen Depression begünstigen, zählen biologisch-genetische, verhaltensbezogene und umweltbezogene Faktoren. Die Einflussstärke von Risikofaktoren bedingen sich u. a. durch kulturelle und ökonomische Parameter (Norhayati et al., 2015). Nachfolgend werden hauptsächlich Risikofaktoren benannt, die Einfluss in westlich geprägten Kulturen haben.

Einige Faktoren sind bereits präkonzeptionell, also **vor Beginn der Schwangerschaft**, vorhanden. Hierzu zählt ein niedriger sozioökonomischer Status (Beck, 2001; Ozdemir et al., 2005; Räisänen et al., 2013; Vrcić Amar & Sejfović, 2023), der wahrgenommene Lebensstress (Beck, 2001; Escriba-Aguir & Artazcoz, 2011; Norhayati et al., 2015; O'hara & Swain, 1996; Rajendran et al., 2023), das Selbstwertgefühl (Beck, 2001; J.-W. Han & Kim, 2020), Depressionen in der Vergangenheit (Beck, 2001; Johansen et al., 2020; Norhayati et al., 2015; O'hara & Swain, 1996; Räisänen et al., 2013; Rajendran et al., 2023), der Familienstand (Lindgren, 2001) und die Qualität der Beziehung (Beck, 2001; Escriba-Aguir & Artazcoz, 2011; Norhayati et al., 2015). Auch genetische und epigenetische Faktoren können eine Rolle spielen (Elwood et al., 2019). In Deutschland sind bei der Geburt ihres Kindes im Jahr 2022 31.7 % verheiratet, 30.7 % sind unverheiratet (Statistisches Bundesamt, 2023c). Es ist unklar, wie viele der unverheirateten Mütter tatsächlich in einer festen Partnerschaft leben und wie viele alleinstehend sind. Das monatliche Nettohaushaltseinkommen im Jahr 2021 beträgt 3813 Euro (Statistisches Bundesamt, 2022).

Während der Schwangerschaft können weitere Risikofaktoren hinzukommen. Hierzu zählt die ungeplante bzw. ungewollte Schwangerschaft (Barber & Steinberg, 2022; Beck, 2001; Qiu et al., 2020; Quintero-Cuero et al., 2023; Shirzad et al., 2022), die fehlende soziale Unterstützung (Barkin et al., 2019; Norhayati et al., 2015; O'hara & Swain, 1996; Solikhah et al., 2022; Vrcić Amar & Sejfović, 2023), insbesondere auch durch den Hebammenmangel in Deutschland (Blum & Löffert, 2021) und die veränderten familiären Strukturen (Foltys, 2014), die präpartale Ängstlichkeit und die präpartale Depression (Escriba-Aguir & Artazcoz, 2011; Norhayati et al., 2015; Räisänen et al., 2013). Vereinzelt wird auch starkes Übergewicht (J.-W. Han & Kim, 2020), sowie einige schwangerschaftsbedingte Erkrankungen wie Gestationsdiabetes (Hinkle et al., 2016; Räisänen et al., 2013) oder hypertensive Erkrankungen (Strapasson et al., 2018) wie Präeklampsie (Caropreso et al., 2020) genannt. Die Ernährungsweise in der Schwangerschaft konnte auch bereits als Risikofaktor festgestellt werden (Fish-Williamson & Hahn-Holbrook,

2023), sowie der Mangel an Schlaf in der Schwangerschaft (Lin-Lewry et al., 2023; Sinow et al., 2023; Yun et al., 2021).

Durch die Geburt können weitere Faktoren hinzukommen. Negative Geburtserfahrungen (Ahmadpour et al., 2023; Paiz et al., 2022; Urbanová et al., 2021) oder eine traumatische Geburt (Rodríguez-Almagro et al., 2019) werden als Risikofaktoren identifiziert. Auch die Frühgeburt (Girchenko et al., 2022; Räisänen et al., 2013; Rajendran et al., 2023) oder die Geburt von Mehrlingen (Ystrom et al., 2014) wird diskutiert. Schlafmangel im Wochenbett wird als Risikofaktor identifiziert (Baattaiah et al., 2023; Lin-Lewry et al., 2023; Okun & Lac, 2023), ebenso wie der erlebte Stress durch die Versorgung des Kindes (Falah-Hassani et al., 2016; Leung et al., 2005; Merchant et al., 1995). Unklar bleibt der Einfluss eines niedrigen Geburtsgewichts (Rajendran et al., 2023) oder das Temperament des Kindes (Vrcić Amar & Sejfović, 2023). Auch der kindliche Aufenthalt auf der Neonatologie oder die Verarbeitung einer traumatischen Geburt können belastend sein. Der Einfluss dieser Faktoren auf die Entstehung einer PPD ist nicht eindeutig. Möglicherweise kann die Kombination aus mehreren Faktoren, wie fehlende soziale Unterstützung, depressive Vorerkrankungen oder präpartale Depressionen eine Erkrankung in belastenden Situationen erhöhen (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006).

Doch es sind auch politische und gesundheitliche Umweltfaktoren, die die Belastung erhöhen, auf die die Frauen jedoch keinen Einfluss haben. Hierzu zählt die **SARS-CoV-2 Pandemie**, die im Jahr 2020 in Deutschland ausbrach (Schilling et al., 2021) und in deren Folge die Mortalität in der Gesellschaft anstieg. Durch soziale Isolation und Einschränkung des öffentlichen Lebens sollte dieser Entwicklung begegnet werden (Schilling et al., 2021). Schwangere Frauen wurden aufgrund ihrer Vulnerabilität als Risikogruppe bezeichnet (Hall et al., 2021), in dessen Folge auch für sie stärkere Einschränkungen bestanden. Diese äußerten sich im reduzierten oder fehlenden Angebot für Geburtsvorbereitungskurse oder in der Akutphase durch das Verbot der Anwesenheit des*der Partner*in unter der Geburt (Bathke, 2020) und den zeitlich reduzierten Kontakt auf der Wochenbettstation (Hagenbeck et al., 2020). Die Ungewissheit der Folgen einer Infektion für das Ungeborene bzw. Neugeborene waren für die Frauen belastend (Hagenbeck et al., 2020). Besonders belastende Zeiten wurden in Deutschland, während der wellenartigen Infektionszahlen im Zeitraum vom März bis Mai 2020 und von Oktober 2020 bis Februar 2021 erreicht (Mauz et al., 2023). Die allgemeine psychische Belastung stieg während der Pandemie in Deutschland stark an, was an erhöhten Stresswerten, vermehrten Symptomen einer Depression und verstärkt wahrgenommener Ängstlichkeit deutlich wurde (Peters et al., 2020).

Im Februar 2022 beherrschte außerdem der **Kriegsbeginn** in der Ukraine das politische Weltgeschehen und belastet die psychische Gesundheit der Menschen in Deutschland erneut (Mauz et al., 2023). Durch die Medien verfolgen die Menschen das Geschehen auf europäischem Grund und erleben sich in einer hilflosen Situation (Jawaid et al., 2022). In der ersten Woche des Krieges berichten in Deutschland 19.5 % von depressiven Symptomen, sechs Monate später noch 16.4 % (Massag et al., 2023).

Bei der Untersuchung von psychischen Symptomen im Vergleich zwischen dem Beginn der Pandemie und sechs Monate nach Ausbruch des Krieges stellten Studien eine zwei- bis dreifache Zunahme an klinisch relevanten Symptomen von Angst und Depressivität fest (Massag et al., 2023). Zum letzten Messzeitpunkt der Studie waren ökonomische Sorgen aufgrund des Krieges dominant, die auch in eigenen finanziellen Engpässen münden. Aber auch die Ausweitung des militärischen Konflikts wurden benannt, ebenso wie die Klimakrise (Massag et al., 2023).

Die finanziellen Sorgen gelten auch als Risikofaktoren für die Entwicklung einer PPD (Santos et al., 2023), daher sind diese politischen Perspektiven für die Zielgruppe von Relevanz. Die Pandemie wird als solche ebenfalls zu einem Risikofaktor, denn zahlreiche Studien belegen, dass fehlende soziale Unterstützung für Frauen im Wochenbett essenziell für eine gesunde Bewältigung ist (Baran et al., 2021; Ceulemans et al., 2021; Florea et al., 2023; Meister et al., 2022; Santos et al., 2023).

Protektivfaktoren

Neben den Risikofaktoren werden auch Protektivfaktoren untersucht. Entsprechend des hohen Risikos bei fehlender sozialer Unterstützung, reduziert das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes das Risiko einer PPD (Falah-Hassani et al., 2016; Fields et al., 2023; Hung, 2004; Lin et al., 2022; Rajendran et al., 2023; Shorey et al., 2014; Taylor et al., 2022). Dies betrifft jedoch nicht nur den*die Partner*in, sondern auch professionelles Personal (Barkin et al., 2019; Haslam et al., 2006; Leahy-Warren et al., 2011; White et al., 2023), besonders unter der Geburt (Fukuzawa & Park, 2023).

Die allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (Weidner et al., 2013) sowie das mütterliche Selbstwertgefühl (Falah-Hassani et al., 2016) wirken sich positiv aus. Auch die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (L. Han et al., 2022; Haslam et al., 2006; Pertiwi et al., 2021; Shorey et al., 2014), die Selbstwirksamkeit beim Stillen (Falah-Hassani et al., 2016), das Stillen selbst (Lin et al., 2022) zeigen dieses Ergebnis. **Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung** meint die „persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein im täglichen Leben mit Schwierigkeiten und Barrieren zurecht zu kommen und kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können“ (Hinz et al., 2006, S.2). Auch die geplante und erwünschte Schwangerschaft, die Zufriedenheit mit dem Partnerschaft, positive Erfahrungen unter der Geburt (Hung, 2004) und der frühe Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Neugeborenen (Lin et al., 2022) wirken sich reduzierend auf depressive Symptome aus. Auch ein höheres **Kohärenzgefühl** zeigt diese Wirkung (Goren et al., 2020; Weidner et al., 2013). Das Kohärenzgefühl ist ein wesentlicher Aspekt in der Salutogenese, die durch den israelisch-amerikanischen Soziologen Aaron ANTONOVSKY geprägt wurde. Der Begriff stellt „eine globale Orientierung dar, die ausdrückt in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung

stellen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1993, S. 36). Die drei Dimensionen, die das Kohärenzgefühl bilden sind Verstehbarkeit (Comprehensibility), Handhabbarkeit (Manageability) und Bedeutsamkeit (Meaningfulness).

Studien untersuchen auch gesundheitsförderliches Verhalten und den Einfluss auf die Erkrankung. Einige Studien zeigen den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität in der Schwangerschaft und im Wochenbett (Brown et al., 2016; Department of Midwifery (Diploma) Medicine Faculty, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Indonesia & Pratiwi, 2023; Yuan et al., 2022), doch die Studienlage ist hierzu nicht eindeutig. Vermutlich spielt die Art der Anleitung und der soziale Austausch bei der körperlichen Aktivität eine wesentliche Rolle. Dies deckt sich mit der großen Bedeutung von sozialer Unterstützung (Sánchez-Polán et al., 2021). Auch ein schützender Einfluss von Ernährungsweisen wird diskutiert, ist jedoch nicht eindeutig (Jiang, 2022).

Neurologische und hormonelle Veränderungen fördern das selbstlose Handeln nach der Geburt und dennoch ist die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und der Gesundheit im Wochenbett relevant (Faria-Schützer et al., 2020). Dies wird zum einen durch die Erkenntnis gestützt, dass Achtsamkeit (Bear et al., 2022) mit der Dimension Akzeptanz als Schutzfaktor für PPD identifiziert wurde (Tharwat et al., 2022) und zum anderen, dass sich ein offener Umgang mit den eigenen Emotionen ebenfalls positiv auswirkt (Gröhe, 2003).

1.3.4 Präventionsprogramme

Es werden weltweit verstärkt digitale Programme zur Stärkung der psychischen Gesundheit und zur Prävention postpartaler Depression entwickelt. Die Programme unterscheiden sich hinsichtlich zahlreicher Kriterien, wie der Zielsetzung, dem Zeitraum der Intervention, der Methodik und der Umsetzung.

Die meisten Programme begrenzen sich auf die Schwangerschaft (Goetz et al., 2020; Hayes et al., 2001; Vargas-Terrones et al., 2019), andere laufen von der Schwangerschaft bis ins Wochenbett (Arakawa et al., 2023; Barrera et al., 2022; Bryant et al., 2023; Drozd et al., 2015) und wieder andere bieten das Angebot ausschließlich nach der Geburt an (Denis et al., 2022; Franco et al., 2023; Qin et al., 2022; Shorey et al., 2019; Sun et al., 2019).

Einige Programme transportieren die Inhalte in Form von Applikationen über digitale Medien (Franco et al., 2023; Goetz et al., 2020; Sun et al., 2019), andere nutzen Anrufe und E-Mail-Verkehr (Shorey et al., 2019). Inhaltlich setzen die Programme unterschiedliche Schwerpunkte und thematisieren Sport (Vargas-Terrones et al., 2019), Ehezufriedenheit (Drozd et al., 2015), emotionale (Sun et al., 2019) und soziale Unterstützung (Drozd et al., 2015), Achtsamkeit (Goetz et al., 2020) und kognitive Verhaltenstherapie (Barrera et al., 2022; Franco et al., 2023; Qin et al., 2022). Nur wenige Programme sprechen die psychische Erkrankung PPD direkt an (Arakawa et al., 2023) und klären darüber auf (Hayes et al., 2001; Sun et al., 2019). Lediglich ein Programm

zielt auf die Erkennung einer postpartalen Depression durch Symptomabfrage ab (Denis et al., 2022).

Im europäischen Raum wurden Programme in verschiedenen Sprachen wie norwegisch (Drozd et al., 2015), spanisch (Vargas-Terrones et al., 2019), französisch (Denis et al., 2022) und deutsch angeboten (Goetz et al., 2020). Digitale Programme offerieren Flexibilität hinsichtlich der Zeit und des Ortes, können sich so an den Bedürfnissen der Frauen, insbesondere im Wochenbett, orientieren und wirken dem möglichen Problem der (Selbst-)Stigmatisierung einer psychischen Erkrankung entgegen (Cacciola & Psouni, 2020). Seit Ausbruch der Pandemie und der Einschränkung von persönlichen Kontakten wird die Entwicklung digitaler Programme vorangetrieben, auch jener, die sich speziell auf die Prävention von PPD fokussieren. In einer kanadischen Studie wurde untersucht, welche Bedürfnisse Frauen, die an einer PPD erkrankt sind bezüglich eines digitalen Interventionsprogramms haben (Siddhpuria et al., 2022). Neben der Übersichtlichkeit in der Darstellung der Inhalte, wurde vor allem die Aufklärung über Symptome und die Weiterleitung an ein Unterstützungs- und Behandlungsnetzwerk genannt. Auch wird der sozialen Unterstützung eine wichtige Rolle beigemessen, ebenso wie Erzählungen von anderen Betroffenen. Aus der Studie wird auch deutlich, dass das Thema nicht nur Frauen betreffen sollte, die bereits an einer PPD erkrankt sind, sondern auch schwangere Frauen frühzeitig einschließt. Besonders wichtig sind auch evidenzbasierte Methoden, wie angeleitete Entspannungen und die Vergegenwärtigung der sozialen Unterstützung (Siddhpuria et al., 2022).

Eine Meta-Analyse untersuchte die Wirkung von digitalen Interventionen auf die Symptome einer postpartalen Depression im Vergleich mit herkömmlicher Behandlung und kam zu dem Schluss, dass die digitalen Anwendungen die Symptombelastung signifikant reduzieren kann. Jedoch wurde kein signifikanter Unterschied zu herkömmlicher Behandlung festgestellt. Die Dropout-Rate war bei den App-basierten Anwendungen deutlich erhöht, sodass die Forschungsgruppe noch Untersuchungsbedarf hinsichtlich des kontinuierlichen Engagements sehen (Lewkowitz et al., 2024).

1.4 Gesundheitsförderliche Ansätze im Wochenbett

Dem salutogenetischen Ansatz ANTONOVSKYS folgend, ist eine gesundheitsförderliche Perspektive auf das Wochenbett relevant (Antonovsky, 1993): „Was hält Frauen in dieser Lebensphase gesund?“. In der Wissenschaft konnte der schützende Einfluss des Kohärenzgefühls und der Selbstwirksamkeit gezeigt werden. Dennoch gibt es weitere mögliche Einflussfaktoren, die im Kontext mit der Mutterschaft und auch als schützende Faktoren gegen eine PPD betrachtet werden können. Sowohl zu Selbstfürsorge als auch zu Selbstregulationsfähigkeit wurde im Kontext mit Mutterschaft noch wenig geforscht und doch scheinen diese besonders im Wochenbett eine Bedeutung zu bekommen.

1.4.1 Selbstfürsorge

Selbstfürsorge meint laut KÜCHENHOFF die Fähigkeit, „mit sich gut umzugehen, zu sich selbst gut zu sein, sich zu schützen und nach sich selbst zu schauen“ (Küchenhoff, 1999, S.151). Weiter zählt dazu, die eigenen Bedürfnisse zu sehen, anzunehmen, sich selbst nicht zu überfordern und sensibel auf Überforderung zu reagieren (Dahl, 2018). Eine wichtige Voraussetzung ist jedoch die vorherige Erkenntnis, dass die eigene Person wichtig ist und dass ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden sollen (Potreck-Rose & Jacob, 2015). Die positive Einstellung und die Absicht zum fürsorglichen Handeln benötigen auch das Planen und das aktive Handeln (Potreck-Rose & Jacob, 2015). So kann Selbstfürsorge laut DAHL in drei grundlegende Aspekte unterteilt werden: „sich selbst liebevoll und wertschätzend zu begegnen, das eigene Befinden und die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen und aktiv zum eigenen Wohlergehen beizutragen“ (Dahl, 2018, S. 70). Der Aspekt des aktiven Handelns zielt darauf ab, sowohl Aktivitäten auszuüben, die das Wohlbefinden stärken, jedoch auch Anforderungen und Belastungen zu reduzieren (Dahl, 2018). Selbstfürsorge kann auf mehreren Ebenen stattfinden. Zu diesen möglichen Ebenen zählt die körperliche Selbstfürsorge, die emotionale Selbstfürsorge, die soziale Selbstfürsorge, die spirituelle Selbstfürsorge und die kognitive Selbstfürsorge (Brechtbühl, Gandhera & Pfeifer-Burri, Silvia, 2012).

Selbstfürsorge im Wochenbett

Mögliche Bedürfnisse im Wochenbett, die selbstfürsorgliches Handeln bedürfen, sind die Pflege von Wunden, das Behandeln von Schmerzen, ausreichend Essen und Trinken, Schlaf, Erholung und die eigene Körperhygiene (Y. Kim & Dee, 2017; Lambermon et al., 2020). Auch das Bedürfnis mit den neuen Aufgaben nicht allein zu sein, ist relevant. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge scheint im Wochenbett eher in den Hintergrund zu geraten, da für die Mütter die Fürsorge und die Verantwortung für das Kind im Vordergrund stehen (Dodou et al., 2016; Gloger-Tippelt, 1988). Selbstfürsorge spielt jedoch in herausfordernden Situationen eine relevante Rolle, da sie sich auf das Stresserleben auswirkt. Sie führt zu höherer Resilienz, reduziert depressive Stimmungen (Meine et al., 2021) und beeinflusst den erlebten Stress sowie die Lebensqualität (Ayala et al., 2018). Zusätzlich beeinflusst sie auch das fürsorgliche Verhalten gegenüber dem Kind (Barbosa et al., 2016).

Es gibt Hinweise darauf, dass Selbstfürsorge im Transitionsprozess zur Mutter ausgebildet werden kann (Barbosa et al., 2016; Chamangasht et al., 2021; Ghiasvand et al., 2017). Die Bedeutung von Selbstfürsorge im Wochenbett wird zwar erkannt, jedoch als Aufgabe an die Hebammen transferiert (Dodou et al., 2016; Houshmandpour et al., 2019; Khatun et al., 2021). Forschungsarbeiten zeigen auf, dass es für Selbstfürsorge soziale Unterstützung braucht (Y. Kim & Dee, 2017). Durch die Auseinandersetzung mit bereits durchgeführter Forschung wird jedoch deutlich, dass meist ausschließlich das aktive Handeln als ein Aspekt von Selbstfürsorge erhoben wurde und dass die innere Einstellung zu sich selbst nicht berücksichtigt wird (Di Bene-

detto et al., 2020; Khatun et al., 2021; Y. Kim et al., 2019; Myers et al., 2012; O'Neill et al., 2019).

In einem Modell zur postnatalen, mütterlichen Gesundheitsförderung werden die mütterlichen Aufgaben mit Fähigkeiten zur Bewältigung kombiniert (Fahey & Shenassa, 2013). Zu den mütterlichen Aufgaben zählen die physische Erholung, die Übernahme der mütterlichen Rolle und die Versorgung der eigenen Person, des Kindes und der Familie. Als Fähigkeiten zur Bewältigung dieser Aufgaben werden die Selbstwirksamkeit, positives Coping, realistische Erwartungen und die Mobilisation von sozialer Unterstützung gesehen (Fahey & Shenassa, 2013).

Aus den Darlegungen zum Wochenbett und den zahlreichen Anpassungs- und Verarbeitungsprozessen wird jedoch deutlich, dass das Modell die Komplexität der Transition nicht greift.

1.4.2 Selbstregulationsfähigkeit

Doch Selbstfürsorge kann als Ressource nicht alleine stehen. Die Anforderungen an die neue Situation sind für Mütter nach der Geburt hoch und belastend. Durch mangelnden Schlaf und körperliche Einschränkungen sind nur begrenzt Ressourcen vorhanden. Selbst wenn der Wunsch der Frauen besteht, mehr Energie in Selbstfürsorge zu investieren, ist dies mit der Situation oft nicht vereinbar. Es besteht eine Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In der Selbstregulationstheorie von HIGGINS und KRUGLANSKI wird der Zusammenhang von Motivation und zielgerichtetem Verhalten dargestellt. Die Theorie wurde primär für den Arbeitskontext entwickelt. Die gewonnenen Erkenntnisse haben jedoch einen Einfluss auf das Privatleben (Kruglanski et al., 2000). In der Theorie werden zwei Dimensionen benannt: *Locomotion* und *Assessment*. Die Dimension *Locomotion* beschreibt den Wunsch, sich auf den Weg zu machen, ohne dabei eine genau definierte Richtung zu wählen. Ziel ist das Wegbewegen vom Ist-Zustand, nach dem Leitsatz „just do it“ (Higgins et al., 2003). Es geht bei *Locomotion* nicht darum, einen negativen Zustand zu verlassen, sondern die Zielverfolgung durch Fortbewegung zu realisieren und Bewegung ein- und aufrechtzuerhalten.

In der Dimension *Assessment* wird der Ist-Zustand in der aktuellen Situation mit dem Sollzustand verglichen (Higgins et al., 2003), jedoch ist dieser mit einer Einschätzung der Wertigkeit und Bedeutsamkeit verbunden. Diese Dimension zielt auf eine kritische Evaluation und Abwägung verschiedener Möglichkeiten nach dem Prinzip „do the right thing“ ab (Kruglanski et al., 2000). Je nach Situation kann die Ausprägung der beiden Dimensionen variieren (Higgins et al., 2003). In zahlreichen Forschungsarbeiten wurden die beiden Dimensionen mit Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht, die für die Wochenbettbetrachtung wichtig sind, ohne dabei das Wochenbett als solches zu betrachten.

Es zeigt sich, dass Menschen, die ihren eigenen Gedanken und Gefühlen mehr Beachtung schenken, sowie eine höhere Sensibilität gegenüber externen Erwartungen haben, höhere Werte in der Dimension *Assessment* zeigen (Higgins et al., 2003). Es wird davon ausgegangen, dass Individuen mit Ausprägung in der Dimension *Assessment* sensibel auf soziale Normen reagieren

und das *Richtige* tun möchten (Higgins et al., 2003). Dies zeigt sich auch in der Untersuchung zu Leistungs- und Lernorientierung (Button et al., 1996). Während sich Leistungsorientierung vermehrt an sozialen Normen ausrichtet, geht bei der Lernorientierung um das Ausbilden neuer Fähigkeiten (Higgins et al., 2003). Die Dimension *Assessment* korreliert positiv mit der Leistungsorientierung, die Dimension *Locomotion* eher mit Lernorientierung. Um Ziele zu erreichen, spielt auch das Zeitmanagement eine wesentliche Rolle. Individuen mit hohen *Locomotion* Ausprägungen planen laut einer Studie deutlich mehr, machen Listen, setzen Prioritäten und erhalten so ein Gefühl der Kontrolle über die Zeit (Amato et al., 2014). Das Fehlen von Kontrolle über die Zeit kann hingegen zu Stress und Unwohlsein führen (Major et al., 2002).

In der Rückschau auf Vergangenes bestehen Unterschiede in den beiden Dimensionen. Individuen mit hoher Ausprägung in der Dimension *Assessment* bereuen eher Vergangenes und grübeln mehr, als Individuen mit einer hohen Ausprägung in der Dimension *Locomotion* (Pierro et al., 2018). Diese zeigen häufig mehr Selbstvergebung (Pierro et al., 2018). HIGGINS und KRUGLANSKI schlussfolgern, dass beide Dimensionen kontextabhängig Stärken und Schwächen haben, jedoch bei einer hohen Ausprägung beider Dimensionen eher dazu geneigt sind, ihr Verhalten tatsächlich zielgerichtet umzusetzen (Pierro et al., 2006).

Zusammengefasst lässt sich schließen, dass die Dimension *Assessment* positiv mit Neurotizismus, geringem Selbstwertgefühl und negativer Stimmung korreliert. Die Dimension *Locomotion* hingegen positiv mit Entschlussfreudigkeit, Optimismus, Selbstwertgefühl und negativ mit Angst und Depressivität zusammenhängt (Hong et al., 2004; Morris & Pinelli, 2022).

Selbstregulationsfähigkeit im Wochenbett

Für die Bewältigung des Wochenbetts kann aus diesen Ergebnissen geschlussfolgert werden, dass hohe Werte in der Dimension *Locomotion* und niedrige Werte in der Dimension *Assessment* für das Wochenbett hilfreich sind. Frauen mit einer hohen Ausprägung in der Dimension *Locomotion* könnten sich möglicherweise bei den zahlreichen Anpassungsprozessen durch höhere Entschlussfreudigkeit und höherer Lernorientierung besser an die neuen Herausforderungen adaptieren. Durch die Planung und Kontrolle der Zeit fällt es ihnen möglicherweise leichter, Ressourcen aktiv anzufragen und so ihre Ziele zu erreichen.

Mütter mit niedriger Ausprägungen in der Dimension *Assessment* grenzen sich möglicherweise besser von den externen Erwartungshaltungen ab.

1.5 Schlussfolgerungen für die Forschung

Die Ausführungen machen deutlich, dass die Forschungslandschaft und die damit einhergehende Identifikation von Risikofaktoren weitaus mehr Ergebnisse liefert als die Betrachtung von schützenden Faktoren der Gesundheitsförderung. Durch die hormonellen und neurologischen Veränderungen im Gehirn stellt sich ein starkes Verantwortungsgefühl gegenüber dem Kind ein,

vor dem die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund geraten. Doch die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen, Wünschen und Emotionen ist entscheidend als Schutzfaktor für eine PPD. Das Wochenbett steht diesbezüglich im starken Kontrast zur Schwangerschaft, in der die Bedürfnisse der Schwangeren nach Ruhe und Erholung wichtige Bausteine sind. Nach der Geburt ist der Alltag im Wochenbett von wenig Schlaf und körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen geprägt. Der Erkenntnisgewinn durch die Identifikation von weiteren persönlichen Ressourcen neben Kohärenz und Selbstwirksamkeit, kann zu einem gesunden Transitionsprozess beitragen. Um diesen Komplex näher zu verstehen, liegt Forschung aus salutogenetischer Perspektive nahe.

Als Ressource im Wochenbett könnte neben der Selbstwirksamkeit und der Kohärenz auch die **Selbstfürsorge** und die **Selbstregulationsfähigkeit** gesehen werden. Der Ansatz die Selbstfürsorge mit dem Transitionsprozess der Mutterschaft in Verbindung zu bringen, wurde bereits von FAHEY [2013] verfolgt. Der Status Quo zeigt allerdings, dass bisher eine eher einseitige Perspektive verfolgt wird, wodurch die Selbstfürsorge und die dafür nötige innere Einstellung zu sich selbst, nicht beachtet wurde. Die Selbstfürsorge wird darüberhinaus bis dato noch nicht auf ihren Einfluss auf die PPD untersucht.

Die Selbstregulationsfähigkeit wurde bis jetzt nicht in Forschungen zur peripartalen Phase einbezogen. Im Wochenbett ist der Umgang mit der eigenen Einstellung zu Lern- und Leistungsprozessen und dem Abgleich mit gesellschaftlichen Erwartungen relevant. Gelingt es Frauen im Wochenbett sich von externalen Erwartungen abzugrenzen oder einfacher in Lernprozessen zurecht zu kommen und die Erfahrungen unter der Geburt besser zu verarbeiten, kann dies einen positiven, schützenden Einfluss auf die mentale Gesundheit im Wochenbett haben.

Aus den vorangegangenen Darstellungen wird ersichtlich, dass im Transitionsprozess des Mutterwerdens eine Forschungslücke hinsichtlich der Betrachtung von Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit besteht. Es zeigt sich, dass die bestehenden digitalen Angebote in Deutschland nicht ausreichend sind, um diese Themen zur Prävention von postpartaler Depression zu adressieren.

2.1 Fragestellung und Forschungsdesign

Die postpartale Depression ist eine psychische Erkrankung, die mit einem großen Leidensdruck für die Mutter, aber auch für die Familie einhergeht. Die Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten für den deutschsprachigen Raum ist daher nötig. Außerdem ist die Forschung zu unterstützenden Faktoren bislang noch nicht weit vorangeschritten. Daher wird ein empirischer Forschungsansatz gewählt, bei dem Erkenntnisse mit Primärdaten gewonnen werden. Bis dato wurde die Selbstregulationsfähigkeit im Kontext der Mutterschaft nicht erforscht und auch die Selbstfürsorge wurde nur in Teilen betrachtet. Folglich wird die Veränderung dieser beiden Faktoren im zeitlichen Verlauf und deren Einfluss auf die Symptome einer PPD untersucht. Obwohl Selbstwirksamkeit und Kohärenz bereits als Protektivfaktoren identifiziert sind, ist nicht klar, wie sie sich im Verlauf der Transitionsprozesses verändern und auch welchen Einfluss sie möglicherweise auf die Selbstfürsorge und die Selbstregulationsfähigkeit haben. Zusätzlich ist das aktive Handeln ebenfalls Teil von Selbstfürsorge und sollte ebenfalls untersucht werden, mit dem Fokus auf Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsverhalten.

In der Annahme, dass die Faktoren eine protektive Wirkung haben, schließt sich die Frage an, ob Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit ausgebildet werden können. Dem Ansatz der bereits existierenden Präventionsprogramme für schwangere Frauen folgend, kann eine Intervention sinnvoll sein (Martínez-Borba et al., 2020), welche Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit fördert. Seit der Einschränkung des öffentlichen Lebens durch die SARS-CoV-2 Pandemie gewinnen **digitale Interventionen** an Bedeutung. Diese sind geeignet, um auch Frauen zu erreichen, die aufgrund einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung das Bett nicht verlassen dürfen oder bereits im Krankenhaus sind. Auch können Frauen erreicht werden, die eher im ländlichen

Bereich wohnen und die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung sozial zurückziehen.

Es stellen sich folgende **primäre Forschungsfragen**:

- Welchen Einfluss hat die Geburt auf die Faktoren Selbstfürsorge, Selbstregulationsfähigkeit, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten?
- Welche Faktoren schützen vor einer postpartalen Depression?
- Inwiefern kann die Teilnahme an einem App-basierten Programm unter Einbezug von Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit die Symptomstärke einer postpartalen Depression reduzieren?

Daraus ableitend werden **sekundäre Forschungsfragen** formuliert:

- Wie verändert sich die Selbstfürsorge im Verlauf der Schwangerschaft bis ins Wochenbett?
- Wie verändert sich die Selbstregulationsfähigkeit im Verlauf der Schwangerschaft bis ins Wochenbett?
- Wie verändern sich Kohärenz und Selbstwirksamkeit im Verlauf der Schwangerschaft bis ins Wochenbett?
- Wie verändert sich das Bewegungs- und Entspannungsverhalten im Verlauf der Schwangerschaft bis ins Wochenbett?
- Können Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit als Protektivfaktoren für die Entwicklung einer postpartalen Depression angesehen werden?
- Kann soziale Unterstützung als schützender Faktor bestätigt werden?
- Wie sieht ein digitales Präventionsprogramm aus, das die Steigerung von Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit zum Ziel hat?

Als **Forschungsdesign** wird die randomisiert-kontrollierte Studie gewählt, die als Interventionsstudie prospektiv und im experimentellen Design durchgeführt wird. Das Längsschnittdesign wird gewählt, um die Veränderungen zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und zwölf Wochen postnatal zu erfassen. Als experimentelle Intervention wird eine App-basierte Intervention entwickelt und eingesetzt. Das Design ermöglicht die Beobachtungen von zeitlichen Veränderungen zwischen dem letzten Trimester und drei Monaten nach der Geburt innerhalb und zwischen den beiden Gruppen und den Auswirkungen der Intervention auf salutogene Faktoren.

Anhand der theoretischen Überlegungen werden von den sekundären Forschungsfragen Hypothesen abgeleitet:

Welchen Einfluss hat die Geburt auf die Faktoren Selbstfürsorge, Selbstregulationsfähigkeit, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und das Gesundheitsverhalten?

- Selbstfürsorge nimmt über den Erhebungszeitraum ab.
- Selbstregulationsfähigkeit bleibt als Faktor über den Zeitraum stabil.
- Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeit bleiben über den Zeitraum stabil.

Welche Faktoren schützen vor einer postpartalen Depression?

- Eine erhöhte Selbstfürsorge führt zu niedrigerem Risiko einer PPD.
- Höhere Werte der LOCOMOTION-Dimension und niedrigere Werte in ASSESSMENT-Dimension führen zu niedrigerem Risiko einer PPD.

Inwiefern kann die Teilnahme an einem App-basierten Programm unter Einbezug von Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit die Symptomstärke einer postpartalen Depression reduzieren?

- Frauen, die in der Interventionsgruppe teilgenommen haben, weisen postnatal höhere Selbstfürsorge auf als Frauen aus der Kontrollgruppe.
- Frauen, die in der Interventionsgruppe teilgenommen haben, zeigen vermehrt Bewegungs- und Entspannungsverhalten und zeigen ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten.
- Je höher die wahrgenommene soziale Unterstützung ist, desto niedriger sind die Symptome einer PPD.
- Über den Zeitraum bleibt das Ernährungsverhalten stabil, das Bewegungsverhalten erhöht sich und das Entspannungsverhalten reduziert sich.

Die Studie wurde vom Ethikausschuss der Universität Regensburg positiv votiert und wird im deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS 00032384).

2.2 Stichprobe

2.2.1 Berechnung der Stichprobengröße

Für die Berechnung des benötigten Stichprobenumfangs wird das Tool G*Power verwendet. Um zu prüfen, wie sich die erreichten Mittelwerte der beiden Gruppen über den zeitlichen Verlauf unterscheiden, wird als Testverfahren die multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Stichprobenberechnung verwendet. Dafür wird von einer Effektstärke $f = 0.25$ und einem Signifikanzniveau von $.05$ ausgegangen. Als statistische Power wird $.80$ gewählt, als Korrelation zwischen den Messzeitpunkten wird ein r von 0.5 angenommen. Daraus ergibt sich ein Stichprobenumfang von 86 Frauen (43 Frauen je Gruppe). Da es sich um einen langen Erhebungszeitraum von bis zu einem halben Jahr handelt, wird von einer Dropout-Rate von 30% ausgegangen. Folglich werden 112 Frauen benötigt, von denen 56 in die Interventionsgruppe und 56 in die Kontrollgruppe zugeordnet werden.

2.2.2 Rekrutierung

Um Probandinnen für die Studie zu rekrutieren, werden Plakate und Handzettel an Hebammen, FrauenärztInnen, Kliniken, Beratungsstellen, Familienzentren und Eltern-Kind-Gruppen in Bayern verteilt (siehe Anhang ??). Hebammen und FrauenärztInnen werden vorab persönlich kontaktiert, um über die Studie und den Inhalt aufzuklären (siehe Anhang A.3. Die Hebammen sprechen Frauen direkt an und geben die Handzettel weiter. FrauenärztInnen legen diese im Wartebereich der Praxis aus oder geben diese direkt in der Beratung an Frauen weiter. In Summe informieren 60 Hebammen, 60 FrauenärztInnen und zehn Kliniken potentielle Probandinnen über die Studie.

Außerdem wird über Social Media, das Radio, den Einzelhandel, die lokale Zeitung und Zeitschriften über die Studie berichtet. Interessierte Frauen gelangen über den Link oder einen QR-Code auf eine Website, auf der noch weitere Informationen zu finden sind. Über die Website können Nachfragen gestellt werden und die Frauen können sich registrieren. Bei der Registrierung werden die ersten Ein- und Ausschlusskriterien erhoben. Weiter erklären sich die Frauen bereit, für ein Aufklärungsgespräch kontaktiert zu werden. Bei der Online-Registrierung werden alle notwendigen Kriterien vorgestellt und die Teilnehmerinnen bestätigen durch ihre schriftliche Zustimmung, dass diese Kriterien auf sie zutreffen und sie mit den Bedingungen einverstanden sind.

2.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

An der Studie nehmen Frauen hauptsächlich aus Bayern, Deutschland teil, die bei der Registrierung zwischen Juni 2021 und März 2022 die 32. SSW noch nicht beendet haben und zwischen 18 und 40 Jahren alt sind. Die Einhaltung ethischer Richtlinien wird durch die Volljährigkeit erleichtert. Die altersbedingte Obergrenze orientiert sich an Studienergebnissen, die zeigen, dass schwangerschaftsbedingte Erkrankungen der Mutter steigen sowie die Frühaborte ebenfalls häufiger sind (Billmann et al., 2010). Da die entwickelte Intervention ausschließlich in deutscher Sprache angeboten wird, sollen die Frauen die deutsche Sprache in Wort und Schrift verstehen. Weiter wird als Einschlusskriterium der Besitz eines internetfähigen Gerätes in Form eines Smartphones oder eines Tablets genannt, denn das Herunterladen der entwickelten Applikation ist wesentlich, ebenso wie die Erreichbarkeit über eine E-Mail-Adresse. Diese Merkmale werden bei der Registrierung erhoben.

Frauen, die mit Mehrlingen schwanger sind, eine Frühgeburt erleben, bereits Kinder geboren haben, in der Vergangenheit bereits die Diagnose zu einer psychischen Erkrankung haben oder die alleinerziehend sind, werden explizit in die Studie eingeschlossen. Um diese Einflussgrößen zu kontrollieren, werden diese Informationen abgefragt.

Entsprechend des Effektes werden sie eventuell aus den Berechnungen im Anschluss ausgeschlossen. Frauen, auf die diese Merkmale zutreffen und auch Frauen, die einen schweren Schwangerschaftsverlauf erleben, können möglicherweise besonders durch die Intervention

Skala	Verdacht auf	Geringe Symptombelastung	Mittlere Symptombelastung	Schwere Symptombelastung
Depression	ab 0.75	ab 1.0	ab 2.0	> 3
Angst	ab 0.75	ab 1.0	ab 2.0	> 3
Zwang	ab 0.67	ab 1.0	ab 2.0	> 3
Somatoform	ab 0.33	ab 0.75	ab 1.33	> 2.67
Essstörung	ab 0.33	ab 0.67	ab 1.67	> 2.67
Zusatzskala	ab 1.0 sollte eine ärztliche Exploration erfolgen			
Gesamtskala	ab 0.5	ab 0.6	ab 0.9	> 1.7

Tabelle 2.1: Cut-off-Werte für den ICD-10-Symptom-Rating von TRITT et al. [2010]

profitieren.

Um die psychische Gesundheit der Frauen zum Studienbeginn zu messen, wird der **ICD-10-Symptom-Rating** ISR Fragebogen von TRITT et al. verwendet (siehe 2.5.1. Erreicht eine Probandin in der Unterskala „Depression“ einen Wert höher 3.0, in der Unterskala „Angst“ einen Wert von höher 3.0, in der Unterskala „Zwang“ einen Wert von höher 3.0, in der Unterskala „Somatoform“ einen Wert von höher 2.67, in der Unterskala „Essstörung“ einen Wert von höher 2.75, in einer der Zusatzskalen einen Wert von 1 oder höher oder in der Gesamtskala einen Wert von 1.7 oder höher, werden die Probandinnen nach Begutachtung aus der Studie ausgeschlossen, denn alle angegebenen Werte deuten auf eine schwere Symptombelastung hin (siehe Tabelle 2.1). Die schwere Symptombelastung bedarf einer therapeutischen Behandlung und die Sicherheit der Probandinnen kann nicht gewährleistet werden.

Erreichen die Frauen in den Skalen Depression, Angst oder Zwang einen Wert > 2 werden sie über diesen kritischen Wert per E-Mail informiert, jedoch aus der Studie nicht ausgeschlossen. Erreichen sie in den Skalen Somatoform einen Wert > 1.33 oder in der Skala Essstörung einen Wert > 1.67 werden sie ebenfalls informiert. Auch bei einem Wert > 0.9 erhalten sie eine E-Mail. Voraussetzung für den Erhalt dieser E-Mail ist die vorausgegangene Zustimmung zur Kontaktaufnahme, sollte ein kritischer Wert erreicht werden. Neben dem erreichten Wert und dessen Bedeutung werden auch Kontaktmöglichkeiten versendet, die im Umkreis des Wohnortes liegen.

Wird ein Wert erreicht, der auf eine schwere Symptombelastung hindeutet oder eine Suizidalität angegeben, werden alle relevanten Informationen an den Chefarzt der Psychosomatischen Medizin des Universitätsklinikums Regensburg weitergeleitet, der über den Verbleib in der Studie entscheidet und ggf. für die Weiterleitungen an Fachstellen sorgt.

Des Weiteren werden Frauen ausgeschlossen, sollten sie auch nach Erinnerung an den nächsten Fragebogen nicht reagieren.

2.2.4 Aufklärungsgespräch

Bei der Registrierung geben die Frauen an, ob sie an einem Aufklärungsgespräch per Telefon, per Videotelefonie oder per E-Mail teilnehmen möchten. Ihnen wird das Ziel, der Ablauf und die möglichen Risiken vorgestellt (Leitfaden siehe Anhang A.1.1) und sie haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Im Vorfeld wird der Aufklärungsbogen (siehe Anhang A.1.1) versendet und ihnen wird freigestellt, an der Studie teilzunehmen und diese nach ihrem Wunsch zu jedem Zeitpunkt zu beenden. Sie werden auf Hilfsangebote hingewiesen. In der nachfolgenden E-Mail finden die Frauen eine individuelle Identifikationsnummer aus zufälligen Zahlen und Buchstaben, anhand derer sie in einer pseudonymisierten Liste der Studienleitung geführt werden, außerdem Zugang zum Einwilligungsbogen (siehe Anhang A.6) und dem ersten Messzeitpunkt. Die Probandinnen können an dieser Stelle angeben, ob sie über kritische Werte informiert werden möchten oder nicht. Des Weiteren erhalten Sie Zugang zum App-basierten Programm.

2.2.5 Randomisierung und Verblindung

Um weitere Störvariablen zu kontrollieren, die nicht im Rahmen der Studie erhoben werden (z. B. traumatische Geburt, Temperament des Kindes), werden die Probandinnen nach dem ersten Messzeitpunkt durch das Programm Microsoft Excel durch die alternierende Randomisierung in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt. Die Studie ist einfach verblindet. Da der Ablauf jeder Gruppe von vorneherein festgelegt ist und es auch keinen Kontakt zur Studienleitung im Verlauf gibt, ist eine Doppelverblindung nicht notwendig.

2.3 Interventionsentwicklung

Das digitale Programm soll nach dem Intervention-Mapping-Ansatz entwickelt werden (Eldredge et al., 2016), da dieses auf die Entwicklung von gesundheitsförderlichem Verhalten ausgerichtet ist und verschiedene bereits existierende Lern- und Verhaltensveränderungsmodelle nutzt.

Viele Risikofaktoren einer PPD sind bereits in der Schwangerschaft bekannt. Daher ist es zielführend, ein Programm zu entwickeln, welches bereits in der Schwangerschaft beginnt. Die neuronalen Veränderungen im Gehirn fördern die Adaption und die Anpassung von gesundheitsförderlichem Verhalten (Carmona et al., 2019; Hotham et al., 2008). In Anlehnung an das Modell von GLOGER-TIPPELT suchen schwangere Frauen besonders im letzten Trimester nach Informationen rund um die Geburt und bereiten sich auch mental auf die Zeit nach der Geburt vor. Durch die starken körperlichen Einschränkungen sinkt das Wohlbefinden und den Frauen wird empfohlen, sich stärker zu erholen. Durch den Beginn des Mutterschutzes haben die Frauen Zeit für sich und die Vorbereitung auf die Zeit mit dem Kind. Besonders in dieser letzten herausfordernden Phase vor der Geburt als Meilenstein im Transitionsprozess scheint die Teilnahme an einem Programm sinnvoll. Da sich die genannten Ziele auf die Wochenbettzeit richten, ist es schlüssig, eine **Intervention zu entwickeln**, die von der Schwangerschaft, über

die Geburt bis ins Wochenbett dauert. Es ist darauf zu achten, in der Phase der *Überwältigung und Erschöpfung* keine neuen Inhalte und Verhaltensweisen zu thematisieren, sondern eher unterstützende und schützende Aspekte anzusprechen. Es wird darauf geachtet, im Wochenbett ausschließlich an bereits Gelerntes zu erinnern. Außerdem ist in der Phase des Wochenbetts auf die zeitlichen und psychischen Ressourcen der Teilnehmerinnen zu achten.

Bislang wurden unterschiedliche digitale Programme genutzt, neben web- und App-basierten Angeboten, zählen auch E-Mail-Verkehr oder Telefonate und Nachrichtendienste in diese Kategorie. Ein App-basiertes Angebot bietet den Vorteil, über das Smartphone Push-Nachrichten zu versenden. Dadurch können Erinnerungen an die Teilnahme der Intervention sowie an bereits Gelerntes verschickt werden. Ein App-basiertes Angebot, welches bereits in der Schwangerschaft sensibilisiert und begleitet und auf bestehende Hilfsangebote verweist, kann präventiv agieren und möglicherweise der Entwicklung einer postpartalen Depression entgegensteuern bzw. für die Erkrankung sensibilisieren und zu einer schnelleren Behandlung und Therapie führen. Bislang existiert noch kein App-basiertes Programm im deutschsprachigen Raum, welches die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt rückt und gleichzeitig die Themen Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit vermittelt.

Darüber hinaus können durch ein App-basiertes Programm auch Frauen teilnehmen, die aufgrund von einer Risikoschwangerschaft im letzten Trimester nicht mehr nach draußen gehen und ihre sozialen, persönlichen Kontakte einschränken. Frauen mit psychischer Vorerkrankung umgehen durch die digitale Möglichkeit auch der Selbststigmatisierung.

Im Programm können für die inhaltliche Vermittlung Audio-, Video-, und Textformate genutzt werden. Bereits bekannte Schutzfaktoren sollen in die Intervention eingebaut werden, wie die soziale Unterstützung. Forschungsergebnisse zu der Entwicklung von digitalen Programmen zum Thema PPD sollen berücksichtigt werden (Siddhpuria et al., 2022).

2.4 Datenschutz- und Sicherheitsaspekte im Studienverlauf

Im Verlauf der Studienteilnahme ist das Auftreten einer postpartalen Depression erwartbar, aufgrund dessen besondere Maßnahmen im Studienverlauf ergriffen werden, um den Schutz der Probandinnen zu sichern. Die vier Erhebungen, sowie die anfängliche Registrierung finden über das datenschutzkonforme Programm der Hochschule Coburg „QuestorPro“ statt. In der App selbst werden keine Daten für die Studie erhoben (siehe Anhang A.6). Zu jedem Messzeitpunkt erhalten die Frauen per E-Mail einen Link zum Online Fragebogen und ggf. eine Erinnerung wenige Tage später. Unter der Angabe der **individuellen Identifikationsnummer** sind die Erhebungen zuordenbar.

Täglich werden eingehende Fragebögen auf **kritische Werte** geprüft und die Probandin wird nach gegebener Zustimmung über erhöhte Werte informiert, zusammen mit weiterführenden

Informationen und einem Kontakt in ihrer geografischen Nähe. Um diesen Kontakt zu ermöglichen, wurden Kliniken in Bayern angefragt, die Frauen mit postpartaler Depression behandeln, insbesondere wurden Einrichtungen ausgewählt, die über eine Mutter-Kind-Einheit verfügen. Der Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin der Universitätsklinik Regensburg wird über kritische Werte¹ informiert und entscheidet über den Verbleib in der Studie.

Aufgrund der **Weiterleitung an eine Klinik** und durch die erwartbare (schwere) Symptombelastung wird die **Pseudonymisierung** der Daten angestrebt, sodass ein Eingreifen denkbar wäre, sollte ein neugeborenes Kind durch eine schwere Symptombelastung der Mutter in Gefahr sein. Des Weiteren ist die pseudonymisierte Liste notwendig, um termingerecht die passenden Fragebögen zu verschicken, infolge der individuellen Schwangerschaftsverläufe.

Alle an dem Forschungsvorhaben beteiligten Personen sind auf das Datengeheimnis (§5 BDSG) verpflichtet, die Daten werden im Sinn guter wissenschaftlicher Praxis für zehn Jahre aufbewahrt. Der Datenschutz wird zu jeder Zeit gewährleistet.

2.5 Datenerhebung und Analyse

2.5.1 Messinstrumente

Zu vier Messzeitpunkten werden für die Forschungsfrage relevante Fragebögen an die Probandinnen ausgegeben. In der Tabelle 2.2 sind die Messzeitpunkte mit den jeweiligen Fragebogenkatalogen, der Itemgesamtzahl und der berechneten Bearbeitungsdauer ersichtlich.

Es werden vier Messzeitpunkte definiert:

- t_0 als Messzeitpunkt gilt als Beginn der Intervention und findet zwischen der SSW 29+0 und 31+6 statt, bevor die Probandin die Intervention beginnt. In dieser Zeit beginnt laut GLOGER-TIPPELT die Antizipations- und Vorbereitungsphase (siehe 1.1).
- t_1 findet zwischen der SSW 36 + 0 und 38 + 6 statt. Es gilt sicherzustellen, dass die Frau das Kind zu diesem Zeitpunkt noch nicht geboren hat.
- t_2 findet acht Wochen postnatal statt.
- t_3 findet zwölf Wochen postnatal statt.

In der vorliegenden Forschung werden die Selbstfürsorge und die Selbstregulationsfähigkeit als **unabhängige Variablen** definiert, wohingegen das Risiko für eine postpartale Depression eine **abhängige Variable** darstellt, die durch die unabhängigen Variablen beeinflusst werden kann. Außerdem werden die allgemeine Selbstwirksamkeit, die Kohärenz und die soziale Unterstützung als unabhängige Variablen aufgenommen.

¹Die Definitionen der kritischen Werte sind in Kapitel 2.2.3 erläutert.

Messinstrumente	t0	t1	t2	t3
HamSCQ	12 Items	12 Items	12 Items	12 Items
LAF	22 Items	22 Items	22 Items	22 Items
EPDS	10 Items	10 Items	10 Items	10 Items
SOC-L9	9 Items	9 Items	9 Items	9 Items
SWE	10 Items	10 Items	10 Items	10 Items
Gesundheitsverhalten	14 Items	14 Items	14 Items	14 Items
ISR	36 Items			
F-Soz K14			14 Items	
Weltpolitisches Geschehen				5 Items
Schwangerschaftsbedingte Fragen	10 Items	7 - 16 Items		
Geburtssbedingte Fragen			21 - 33 Items	
Wochenbettbezogene Fragen			15 Items	
Soziodemographie	17 Items			
Summe der Items	140 Items	84 - 93 Items	127 - 139 Items	82 Items
Bearbeitungszeit	ca. 56 min	ca. 40 - 43 min	ca. 45 - 50 min	ca. 32 min

Tabelle 2.2: Übersicht über die vier Messzeitpunkte mit den jeweiligen Fragebögen, der Itemzahl und der kalkulierten Bearbeitungsdauer

- Die **Selbstfürsorge** wird durch den *Hamburger Selbstfürsorge Fragebogen* (HAMSCQ) von HARFST et al. [2009] erhoben. Die Skala umfasst zwölf Items auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (1 = Gar nicht zutreffend bis 5 = Sehr zutreffend), in der zwei Unterskalen identifiziert wurden (Harfst et al., 2009): Die Skala *Pacing* misst z. B. mit dem Item „Ich wusste, was mir gut tut“ den achtsamen Umgang mit der eigenen Person und ihren Grenzen. Die Skala *Positives Erleben* misst z. B. mit dem Item „Ich konnte positive Erlebnisse annehmen“ das Annehmen und Genießen positiver Erlebens- und Verhaltensweisen. Es wird davon ausgegangen, dass mit steigender Summenwerte der Subskalen, eine höhere Selbstfürsorge einhergeht. Laut HARFST weisen beide Skalen eine hohe innere Konsistenz auf ($\alpha \geq 0.9$) und stellen ein reliables und änderungssensitives Instrument dar. Jedoch besteht noch Forschungsbedarf hinsichtlich der Validität. In der Auswahl dieses Messinstrumentes wurde auf den Aspekt der positiven inneren Einstellung zu sich selbst geachtet, wie aus den Erläuterungen in Kapitel 1.4.1 deutlich wird.
- Die **Selbstregulationsfähigkeit** wird mit dem *Locomotion-Assesment-Fragebogen* (LAF) von SELLIN ET AL. [2003] mit 22 Items auf einer 6-Punkt-Likert-Skala (1 = Lehne stark ab bis 6 = Stimme stark zu) gemessen. Durch die Faktoranalyse können zwei Dimensionen erkannt werden: *Locomotion* und *Assesment*. Die Dimensionen betrachten die Ausprägung von verschiedenen Strategien zur Zielverfolgung. In der Dimension *Locomotion* wird dies durch die alleinige Fortbewegung vom Ist-Zustand weg versucht zu erreichen, die

Dimension Assessment versucht dies durch das Einholen von Informationen und deren Abwägung. Teilnehmende schätzen sich anhand von Items wie „Ich vergleiche mit oft mit anderen.“ oder „Wenn ich eine Sache anfangen, halte ich gewöhnlich durch.“ selbst ein. Je höher die Werte, desto höher ist die jeweilige Dimension ausgeprägt. Die Skala *Locomotion* erreicht ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .80$ und die Skala *Assessment* ein Cronbachs Alpha von $\alpha = .71$ (Sellin et al., 2003).

- **Postpartale Depression** wird mithilfe der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) von COX et al. 1987 in deutscher Übersetzung von BERGANT et al. [2008] gewählt (Bergant et al., 2008; J. L. Cox et al., 1987). Die Skala beinhaltet zehn Items, die für die letzten sieben Tage anhand einer 4-Punkt-Likert-Skala (z. B. „Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte“, 0 = Ja, sehr oft bis 3 = Nein, nie) eingeschätzt werden sollen. So können Werte zwischen 0 und 30 erreicht werden, wobei eine höhere Punktzahl auf ein erhöhtes Risiko für eine Depression hinweist. Durch das Erreichen bestimmter Cut-off-Werte kann Handlungsbedarf abgeleitet werden. Wenn der Fragebogen bereits während der Schwangerschaft verwendet wird, wird ein höherer Cut-off-Wert von > 13 (J. Cox, 1996; Matthey et al., 2006) festgelegt, der auf einen Handlungsbedarf hinweist, als im Wochenbett. Postnatal weist ein Cut-off-Wert von > 9 auf ein erhöhtes Risiko hin (Bergant et al., 2008). Die deutsche Übersetzung von BERGANT et al. [2008] zeigt für die Guttman-Split-half-Reliabilität einen Wert von 0.82 und für den α Koeffizienten einen Wert von 0.81.
- Um über den gesamten Verlauf die **allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung** SWE zu messen, wird der Fragebogen von JERUSALEM und SCHWARZER [2003] mit zehn Items, wie z. B. „Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen“ auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (1 = Stimmt nicht bis 4 = Stimmt genau) verwendet. Mit diesem Fragebogen wird die subjektive Gewissheit einer Person gemessen, neue oder schwierige Anforderungen durch die eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Eine höhere Gesamtsumme deutet auf eine höhere Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung hin. Die innere Konsistenz in deutschen Stichproben liegt zwischen $\alpha = .80 - .90$ (Jerusalem & Schwarzer, 2003).
- Um das **Kohärenzgefühl** (Sense of Coherence) der Probandinnen über den zeitlichen Verlauf zu erheben, wird die *Leipziger Kurzsкала* (SOC-L9) von SCHUMACHER et al. [2000] verwendet, welche sich aus der *Sense of Coherence Scale* (SOC-29) von ANTONOVSKY entwickelt hat (Schumacher et al., 2000). Die Kurzsкала hat neun Items, die von den Frauen auf einer 7-Punkt-Likert-Skala (z. B. „Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...“ von ...eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung. bis ...eine Quelle von Schmerz und Langeweile.) abgefragt werden. SCHUMACHER et al. beschreiben ein Cronbach α von .87. Ebenso kommen sie auf eine Korrelation von $r = 0.94$ mit der Originalskala von Antonovsky (Schumacher et al., 2000).

- **Soziale Unterstützung** wird einmalig im Wochenbett mit dem *Fragebogen zur sozialen Unterstützung* (F-Soz K14) verwendet, welcher auf die emotionale, praktische Unterstützung, sowie die soziale Integration eingeht (Fydrich, Thomas et al., 1999). Sie wird als „Fremdhilfen [definiert], die dem einzelnen durch Beziehungen und Kontakte mit seiner sozialen Umwelt zugänglich sind und die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten bzw. die Krankheiten vermieden, psychische und somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheit bewältigt werden“ (Franzkowiak, 2018). Mit 14 Items auf einer 5-Punkt-Likert-Skala (0 = Trifft nicht zu bis 5 = Trifft genau zu) schätzen die Frauen Aussagen wie z. B. „Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann“ ein. Durch die Summierung der Werte wird auf das Ausmaß sozialer Unterstützung geschlossen. Es wird ein α von .94 erreicht und eine Stabilität von $r = .96$.
- Die **psychische Symptomlage** der Probandinnen wird anhand des ISR-ICD-10- Symptom-Rating von TRITT et al. [2008] erfasst. Dieser wird als Diagnoseinstrument für psychische Symptome genutzt und besteht aus 29 Items, die in folgende Subskalen unterteilt werden: Depressives Syndrom (Vier Items), Angstsyndrom (Vier Items), Zwangssyndrom (Drei Items), Somatoformes Syndrom (Drei Items), Essstörungssyndrom (Drei Items) und eine Zusatzskala (Zwölf Items), die Einzelitems enthält, wie zum Beispiel zu einer Anpassungsstörung oder einem Depersonalisationssyndrom (Tritt et al., 2008). Aussagen wie z. B. „Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde“ sollen auf einer 5-Punkt-Likert-Skalierung (0 = Trifft nicht zu bis 4 = Trifft extrem zu) für die letzten zwei Wochen eingeschätzt werden. Je höher die Werte in den Subskalen sind, desto ausgeprägter ist die Symptomatik, wobei für jede Subskala unterschiedliche Grenzwerte angegeben sind.

Neben den validierten Fragebogenkatalogen werden für die Forschungsfrage auch eigene Fragen formuliert, die für die Thematik von Relevanz sind.

- Das **Gesundheitsverhalten** wird nach den Kategorien von SCHWARZER anhand von drei Items erfasst, die in einem Freitext abfragen, wie viele Minuten leichter, moderater und intensiver körperlicher Aktivität sie in der Woche nachgehen. Das *Entspannungsverhalten* wird mit einem Item abgefragt, das in einer Freitextantwort die Minuten aktiver Entspannung am Tag abfragt. Als großer weiterer Bereich zählt die *Ernährung*. Aus der Abfrage zu Flüssigkeit, Obst/Gemüse, Kohlenhydraten, Fetten/Eiweißen, Milchprodukten, Zucker, Alkoholkonsum, Rauchverhalten und Koffein werden neun Items formuliert, die eingeschätzt werden sollen (gar nicht, sparsam, mäßig, reichlich). Supplements werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

Bezüglich der *körperlichen Aktivität* wird sich an die Empfehlung des bundesweiten Netzwerkes „Gesund ins Leben“ (Koletzko et al., 2018) ausgerichtet, die sich wiederum auf die Publikation von FERRARI et al. [2017] stützt (Ferrari & Graf, 2017). Die

Ernährungsempfehlungen orientieren sich an das Bundeszentrums für Ernährung und des bundesweiten Netzwerkes „Gesund ins Leben“ (Koletzko et al., 2018). Hinsichtlich des *Entspannungsverhalten* wird sich an die Empfehlungen von Esch [2013] gehalten (Esch, 2016).

- Ergänzend zum Gesundheitsverhalten werden drei Items zur allgemeinen **Wahrnehmung der Gesundheit** formuliert: „Wie würden Sie Ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?“ und „Wie würden Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand beschreiben?“ wird mit einer Skala zwischen 10 (Sehr gut) und 0 (Sehr schlecht) eingeschätzt und die Aussage „Ich bin aktuell mit meiner Gesundheit zufrieden.“ mit einer Skala zwischen 0 (Gar nicht) und 5 (Vollkommen).
- In den theoretischen Darstellungen sind auch Krisen und Kriege in der Vergangenheit zur Sprache gekommen. Um den Einfluss des **weltpolitischen Geschehens** einzuordnen, wurden zum Messzeitpunkt $t3$ fünf Items formuliert und teilweise mit einer Likert-Skalierung und teilweise mit Freitextantworten abgefragt. In einer Freitext-Möglichkeit wird gefragt: „Wenn Sie an das aktuelle Weltgeschehen denken, was belastet Sie am stärksten?“. Anschließend wird die Frage gestellt: „Warum belastet Sie dies am stärksten?“. Auf einer 5-Punkt-Likert-Skalierung (von sehr stark bis gar nicht) schätzen die Probandinnen ein, wie die Stimmung dadurch beeinflusst wird. Außerdem sollen die Probandinnen auf einer 4-Punkt-Likert-Skalierung (ständig, häufig, manchmal, nie) angeben, wie häufig sie Bedenken über die Zukunft haben, in der das Kind aufwachsen wird. Schließlich wird in einer Freitext-Frage die Frage gestellt: „Welche tröstlichen Gedanken können Sie angesichts des aktuellen Weltgeschehens fassen?“

Die Erhebung von **schwangerschafts-, geburts- und wochenbettbezogenen Daten** ist ebenfalls für die Einordnung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse relevant. Daher wurden hier weitere zusätzliche Daten erhoben. In der Darstellung wurde eine stichpunktartige Auflistung präferiert und der verwendete Messzeitpunkt vermerkt.

- Erster Tag der letzten Periode ($t0$), aktuelle Schwangerschaftswoche ($t1$), Datum des errechneten Geburtstermins, Entbindungswoche ($t2$), Datum der Geburt ($t2$)
- Schwangerschaftsbezogene Daten: Parität ($t0$), Gravidität ($t0$), Erwünschtheit der Schwangerschaft ($t0$), psychische Erkrankungen ($t0$) und ggf. Diagnosen ($t0$), Medikamente ($t1$) und schwangerschaftsbezogene Erkrankungen ($t1$), Risikoschwangerschaft ($t1$), Empfinden der Schwangerschaft ($t2$)
- Geburtsbezogene Daten: Geburtsort ($t2$), -modus ($t2$), -einleitung ($t2$) und ggf. Dauer ($t2$) und Folgebehandlungen ($t2$), Anzahl der geborenen Kinder ($t2$) und deren Geburtsgewicht und Größe, deren weiterführende Behandlung ($t2$) und das Stillverhalten und ggf. Abstillmedikament, Zufriedenheit mit der Ärzteschaft ($t2$), dem Pflegepersonal ($t2$) und den Hebammen ($t2$), Empfinden der Geburt ($t2$)

- Wochenbettbezogene Daten: Postpartale Dysphorie (t_2), psychische Belastung durch die Geburt (t_2) und dessen Relevanz für den Alltag (t_2), Empfinden des Wochenbetts (t_2), psychische Erkrankung und Medikation seit Geburt (t_2), Häufigkeit und Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung (t_2), Stillverhalten (t_2)

Zum ersten Messzeitpunkt werden **soziodemografische Daten** wie das Alter, der Familienstand, das Beziehungsverhältnis zum anderen Elternteil, die im Haushalt lebenden Kinder, das monatliche Nettohaushaltseinkommen, der höchste Bildungsabschluss, der aktuelle Beschäftigungsstatus und die Veränderungen der Beschäftigung seit Beginn der Schwangerschaft erhoben. Zu jedem Messzeitpunkt gibt es auch die Option, in einem Freitext-Feld relevante Informationen zu ergänzen, die für das Verständnis wichtig sein können.

2.5.2 Statistische Analysen

Die Datenerfassung und Auswertung erfolgt mit RStudio (Version 2022.12.0+353). Bei allen statistischen Berechnungen wird von einem Signifikanzniveau von $p < .05$ ausgegangen. Für die Beschreibung der **deskriptiven Statistik** der kategorialen und kontinuierlichen Variablen werden Mittelwerte inkl. Standardabweichung oder Häufigkeit inkl. Prozentangaben verwendet. Diese Informationen werden in Kreuztabellen, Säulendigrammen und Liniendiagrammen veranschaulicht. Die statistischen Analysen werden entsprechend der Hypothesen ausgewählt. Fehlende Werte in den validierten Messinstrumenten werden durch die Median **Imputation** ergänzt. Fehlende Werte in den Fragen zum Bewegungs- und Entspannungsverhalten werden durch die Mittelwert Imputation korrigiert.

Zur Vorbereitung der Daten wird die Faktorstruktur durch eine **Faktorenanalyse** für die Skala HAMSCQ und für die Skala LAF durchgeführt, bei denen laut vorheriger Studien je zwei Faktoren identifiziert wurden (Harfst et al., 2009; Sellin et al., 2003).

Die genutzten validierten Fragebögen werden außerdem auf ihre **innere Konsistenz** durch die Ermittlung des Chronbach α untersucht, dessen Ergebnis zwischen 0 und 1 liegt. Für die Interpretation des Wertes dienen folgende Orientierungen: ab Werten > 0.7 kann ein guter interner Zusammenhang interpretiert werden, Werte < 0.7 gelten als fragwürdig (Blanz, 2021). Die **Normalverteilung** der validierten Messinstrumente wird mit dem Shapiro-Wilk-Test ermittelt. Die Messung der Gruppenunterschiede hinsichtlich der Demografie zum Messzeitpunkt t_0 wird mit dem Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Um die **Veränderung im zeitlichen Verlauf** der Variable Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit mit je zwei Unterskalen, die depressiven Symptome, die Selbstwirksamkeit und das Kohärenzgefühl auf signifikante Veränderungen zu untersuchen, wird das nicht-parametrische Testverfahren des Friedman-Tests verwendet. Bei der Identifikation von signifikanten Zusammenhängen wird zusätzlich die Effektgröße durch Kendall's ω erhoben, die nach Grenzen

von COHEN [1992] interpretiert werden (Cohen, 1992). Zur Identifikation der Messzeitpunkte, deren Mittelwerte sich unterscheiden, wird der Dunn-Bonferroni-Test durchgeführt. Für die Berechnung der Effektstärke wird der halbierte unkorrigierte p -Wert durch die Wurzel der Stichprobengröße berechnet. Der daraus resultierende r -Wert wird folglich ebenfalls nach den Grenzen von COHEN interpretiert (Cohen, 1992). Zusätzlich wird die Effektstärke nach der Berechnung von MEIER-RIEHLE und ZWINGMANN [2000] genutzt (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Ergänzend zum Friedman-Test wird der Wilcoxon-Rangsummen-Test verwendet, um bereits kleine Unterschiede zwischen den Mittelwerten zu den vier Messzeitpunkten der Messinstrumente zu identifizieren.

Die **Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe** hinsichtlich der Mittelwerte der Selbstfürsorge, der Selbstregulationsfähigkeit, der Depressivität, der Selbstwirksamkeit, des Kohärenzgefühls und der sozialen Unterstützung werden ebenfalls durch den Wilcoxon-Rangsummen-Test auf Unterschiede getestet.

Außerdem soll der Zusammenhang zwischen den salutogenen Faktoren Selbstfürsorge, Selbstregulationsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl und soziale Unterstützung und der Erkrankung PPD untersucht werden. Für die Untersuchung wird die Rangkorrelation nach Spearman verwendet. Da es sich bei den vorliegenden Hypothesen um gerichtetes Testen handelt, wird von einem negativen Zusammenhang ausgegangen. Dadurch wird bei der Analyse der p -Wert halbiert. Bei der Feststellung eines Zusammenhangs kann der r -Wert eine Aussage für die Effektstärke treffen, die sich mit der Interpretation an den Werten von COHEN ausrichtet (Cohen, 1992).

Für die **Auswertung der Freitext-Antworten** wird die quantitative Inhaltsanalyse genutzt, bei der die Häufigkeit bestimmter Merkmale erfasst wird (Früh, 2017). Hierfür werden in einem ersten Schritt theoriegestützte Kategorien gebildet, die im weiteren Verlauf in Unterkategorien weiter differenziert werden können. Es wird darauf geachtet, dass die Kategorien, die Bedeutung des Inhalts greifen.

3.1 Entwicklung der Intervention

Die Intervention wird nach dem Intervention-Mapping-Ansatz entwickelt (Eldredge et al., 2016), da salutogene Faktoren und Gesundheitsverhalten nachhaltig aufgebaut werden soll. Der Ansatz verfolgt mit sechs Schritten das Ziel, das Risiko zu minimieren, an einer postpartalen Depression zu erkranken. Diesem Ansatz folgend wird in einem ersten Schritt die Erkrankung mit ihren Wirkzusammenhängen in einer Matrix formuliert, aus der verhaltens- und umweltbedingten Einflüssen mit den zugehörigen Determinanten hervorgehen und auch mit den Konsequenzen der Erkrankung ergänzt wird. Aus diesem „Logic Model of the Problem“ (siehe Anhang A.8) wird im Anschluss ein „Logic Model of the Change“, aus dem der Wirkzusammenhang der Intervention hervorgeht. Für dieses Model werden Verhaltensziele, Leistungsziele und Unterziele formuliert.

Als Verhaltensziele (Behavioural Outcomes) werden die Steigerung des selbstfürsorglichen Verhaltens, die Steigerung der Selbstregulationsfähigkeit, die Annäherung von gesundheitsförderlichem Verhalten an die gängigen Empfehlungen und die Aufklärung über psychische Gesundheit im Wochenbett und die Mutterrolle benannt. Aus diesen Zielen werden Leistungsziele (Performance Objectives) abgeleitet (siehe Anhang A.8), aus diesen entstehen wiederum insgesamt 96 Change Objectives, zu denen jeweils eine Methode zugeordnet wird. Für die Entwicklung des Programms werden Determinanten (Bewusstsein, Reflexion, Wissen und Fähigkeit) genannt, die in einer Matrix die Ziele mit Methoden aus lerntheoretischen Methoden wie z. B. dem transtheoretischen Modell oder der sozial-kognitiven Theorie kombiniert werden.

Folgende Performance Objectives werden formuliert:

3.1. ENTWICKLUNG DER INTERVENTION

- Frauen entwickeln die innere Einstellung, sich liebevoll und wertschätzend zu begegnen und steigern ihre Selbstachtung.
- Frauen entwickeln die innere Haltung, ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen.
- Frauen handeln, um aktiv zu ihrem eigenen Wohlergehen beizutragen.
- Frauen nähern ihr Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsverhalten den offiziell geltenden Empfehlungen an.
- Frauen gewinnen Wissen über Veränderungen im Wochenbett und bekommen eine wirklichkeitsgetreue Auffassung der Mutterrolle.
- Frauen verbessern ihre Kommunikationsfähigkeit.

Es entsteht ein modular aufgebautes Programm mit 14 Einheiten, von denen acht Module in der Schwangerschaft zwischen der 30. und der 38. SSW präsentiert werden und weitere sechs Module zwischen einer Woche und sechs Wochen postnatal. Der Modulplan ist in Tabelle 3.1 einzusehen. Zu den einzelnen inhaltlichen Elementen zählt neben der Selbstfürsorge, der Selbstregulationsfähigkeit und gesundheitsförderlichem Verhalten auch die soziale Unterstützung, Kommunikation, Schlafenzug, eigene Erwartungen etc. Des Weiteren wird über psychische Erkrankungen im Wochenbett aufgeklärt, besonders über die postpartale Depression mit möglichen Symptomen und dem Umgang, wenn der Verdacht besteht.

Jedes Modul beginnt mit einer Themenübersicht und einer durchschnittlichen Lesezeit (5 - 15 Minuten) und angegebener Zeit für Übungen und Fragen (5 - 17 Minuten). Zwischen den Inhalten werden auch Übungen aus der positiven Psychologie eingeflochten, um Gelerntes für sich persönlich anzuwenden, z. B. eine Übung zur sozialen Unterstützung oder zum Zeitmanagement. In den Einheiten wechseln sich Textbereiche mit Bild-, Audio- und Videoformaten ab.

Am Ende folgen Fragen, die ebenfalls die eigene Reflexion und Vergegenwärtigung von Themen und die Vorbereitung auf die Wochenbettzeit fördern. Zu den Fragen zählen bspw. „Bei welcher Tätigkeit verlierst du das Gefühl von Zeit?“ oder „Wie sorgst du gerade selbst für dich?“.

Die Frauen sollen in diesem individuellen Prozess begleitet werden, daher wird das Programm in ein hybrides, App-basiertes Programm übertragen („Mein Baumhaus“, kurz „MeBa“) und ermöglicht den Versand von Push-Nachrichten nach Einwilligung der Nutzerinnen, die ebenfalls an bereits Gelesen und Gelerntes erinnert (siehe Anhang A.7). Durch die Eingabe des ersten Tages der letzten Periode bzw. des Geburtstermins erkennt das Programm automatisch die jeweilige Woche und schaltet die passenden Module frei.

Um den Einfluss der inhaltlichen Aspekte zu untersuchen und nicht nur den Erhalt einer Intervention zu prüfen, erhält die Kontrollgruppe ebenfalls das App-basierte Programm mit 14 Modulen im gleichen Schema. Auch werden zu Beginn eine Themenübersicht und die benötigte Lesezeit

Zeitpunkt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
31 + 0 SSW	Ich bin es mir wert!	Willkommen in der App!
32 + 0 SSW	Ich bin es mir wert - besonders jetzt!	Ernährung in der Schwangerschaft
33 + 0 SSW	Was ist Selbstfürsorge?	Bewegung in der Schwangerschaft
34 + 0 SSW	Wie kann ich selbstfürsorglich mit mir umgehen?	Entspannung in der Schwangerschaft
35 + 0 SSW	Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft	Meine Hormone und mein Körper
36 + 0 SSW	Mein Körper nach der Geburt	Bedeutung der Kommunikation
37 + 0 SSW	Mutter werden und der Einfluss von Perfektionismus	Bedeutung von sozialer Unterstützung
38 + 0 SSW	Bedeutung guter Kommunikation	Erstausstattung für das Baby
1 Woche pp	Selbstachtung im Wochenbett	Stillen und Ernährung im Wochenbett
2 Wochen pp	Gefühlswelten im Wochenbett	Entspannung im Wochenbett
3 Wochen pp	Umgang mit schwierigen Situationen	Bewegung im Wochenbett
4 Wochen pp	Selbstfürsorge im Wochenbett	Erkrankungen im Wochenbett
5 Wochen pp	Deine Rolle als Mutter	Erinnerung an Kommunikation
6 Wochen pp	Gesundheitsförderung nach der Geburt	Abschied

Tabelle 3.1: Übersicht des modularen Aufbaus der Interventions- und Kontrollgruppe in der App MeBa

angegeben. Inhaltlich erinnern die Module jedoch eher an ein Ratgeberbuch ohne persönlichen Bezug, Beispiele oder Lernmethoden. Auch die Reflexionsfragen sind nicht verfügbar. Im Pretest werden Probandinnen aus beiden Gruppen in einem Interview zu ihren Erfahrungen mit dem Programm befragt.

Für alle Nutzerinnen stehen zu jeder Zeit Entspannungseinheiten als Audio-Dateien zur Verfügung sowie Videos zur Bewegungsförderung in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Für alle Frauen sind die Module nach der Geburt auch als Audio-Datei hinterlegt, sodass sie diese nicht lesen müssen, sondern auch anhören können.

Entsprechend der individuellen Identifikationsnummer bei der Anmeldung in der App erkennt das Programm, welcher Gruppe die Frau angehört und zeigt entsprechend die Module.

In einer Studie über die Nutzungsfreundlichkeit von digitalen Programmen bei PPD wurden einige Aspekte im vorliegenden MEBA Programm umgesetzt. Es wurden die Vermittlung hilfreicher Kontakte und Gruppen gewünscht sowie Verständlichkeit des Textes, zusammenfassende Informationen und die Vermittlung von wissenschaftlich fundierten Informationen über die Erkrankung einschließlich der Symptombelastung (Siddhpuria et al., 2022). Im vorliegenden Programm wurden diese Aspekte berücksichtigt. Zum einen wechseln sich in den Modulen die methodische Vermittlung ab, um auf die verschiedenen Lerntypen einzugehen, zum anderen wurden die Texte über Online Tools (leichtlesbar oder Wortliga) auf Verständlichkeit getestet. Zudem wurde ein **Pretest** durchgeführt, der den Lesefluss und die Verständlichkeit berücksichtigte. Die Übersicht der Themen und der Lesezeit hatte ebenfalls zum Ziel die zentralen Themen zu adressieren und die Erwartungen zu lenken. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe wurde die soziale Unterstützung thematisiert und auf die Website verwiesen, auf der die Frauen ebenfalls Kontakte erhielten. Zentral ist die wissenschaftliche Fundierung unter Angabe von verwendeter Literatur am Ende jedes Moduls, die für alle Themen gilt.

Schließlich wurde das Layout, die Farben und die verwendeten Bilder nach verschiedenen Kriterien ausgewählt, die für die Frauen ansprechend und angenehm sein sollen. Der Name *MeBa* wurde abgeleitet von *Mein Baumhaus*. Dieses Bild wurde wegen positiver, warmer Emotionen gewählt, die symbolisch für einen Ort des Rückzugs, der bewussten Abgrenzung und des Einnehmens einer Meta-Perspektive stehen. Passend wurden hier die Farben grün und braun gewählt, Farben die als geschlechtsneutral wahrgenommen werden. Bei der Auswahl der Bilder wurde auf Diversität geachtet, indem Bilder von Mehrlingsgeburten, gleichgeschlechtlichen Paaren und Menschen mit unterschiedlichen Körperformen verwendet wurden.

Die App wurde mit Typerscript (Java, Javascript, c#, html, css) mit einem Ionic-Angular Framework erstellt. Das Backend wurde mit PHP und Angular 9 programmiert. Die Push-Nachrichten sind mithilfe von Cron-Job (Strato) und OneSignal möglich. Das Konto über OneSignal erlaubt personalisierte Benachrichtigungen (z. B. die Benachrichtigung über ein neues Modul entsprechend der Schwangerschaftswoche), wenn diese in der App aktiviert wurden.

Weiter ist ein Admin-Bereich programmiert, der ebenfalls Push-Nachrichten an die verschiedenen

Gruppen (Interventions- oder Kontrollgruppe) versendet.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Zwischen März 2022 und Mai 2023 nahmen 87 schwangere Frauen rekrutiert, von denen 73 Frauen der Studienteilnahme zustimmten und den ersten Fragebogen ausfüllten, 57 Frauen beantworteten den zweiten Fragebogen, 52 Frauen füllten den dritten Fragebogen aus und 42 Frauen verblieben bis zum Ende in der Studie und füllten den vierten Fragebogen aus. Zwei Probandinnen konnten den zweiten Fragebogen nicht ausfüllen, da ihre Kinder zu diesem Zeitpunkt bereits geboren waren (siehe Abbildung 3.1)

Unter den 42 Frauen wurden 23 der Interventionsgruppe und 18 der Kontrollgruppe zugeordnet. Die jüngste Teilnehmerin war 24 Jahre alt und die älteste 40 Jahre ($M = 31.8$, $SD = 3.55$). Im Verlauf der Studie betrug die Dropout-Rate 43.84 % ($n = 32$). Zwischen der Registrierung und dem ersten Messzeitpunkt verließen 15 Frauen die Studie, zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt 16 Frauen, den dritten Messzeitpunkt füllten 6 Frauen weniger aus und den letzten Messzeitpunkt füllten 10 Frauen nicht mehr aus. Insgesamt fielen somit 20 Frauen aus der Interventionsgruppen 12 Frauen aus der Kontrollgruppe.

Der Messzeitpunkt t_0 wurde zwischen 182 und 222 Tagen nach dem ersten Tag der letzten Periode ausgefüllt (kurz p. m. (post menstruationem)), dies entspricht in etwa dem Zeitraum zwischen der 29. und der 31. Schwangerschaftswoche. Der Messzeitpunkt t_1 wurde zwischen 240 und 269 Tagen p. m. ausgefüllt. Dies entspricht in etwa der 36. - 38. Schwangerschaftswoche. Postnatal wurde der dritte Fragebogen zwischen 53 und 67 Tagen postnatal ausgefüllt und der vierte Fragebogen 82 und 103 Tagen postnatal.

Nachfolgend werden die Probandinnen als „Mütter“ bezeichnet, obwohl ihr biologisches Geschlecht nicht explizit erhoben wurde, jedoch alle die Geburt erlebten, und daher davon ausgegangen wird, dass es sich um biologische Frauen handelt.

3.2.1 Demographie

Die Probandinnen leben alle in festen Partnerschaften, von ihnen sind 75.6 % ($n = 31$) verheiratet und 24.4 % ($n = 10$) ledig, jedoch zusammenlebend. In sieben Haushalten lebt bereits ein Kind unter 18 Jahren und in drei Haushalten leben bereits zwei Kinder unter 18 Jahren (siehe Tabelle 3.2). Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen wurde anhand einer Skala abgefragt. 2.4 % ($n = 1$) haben weniger als 900 Euro, 14.6 % ($n = 6$) haben zwischen 1.300 und 2.600 Euro zur Verfügung, 43.9 % ($n = 18$) leben im Monat von einem Einkommen zwischen 2.600 und 3.600 Euro. 41.5 % ($n = 17$) der Frauen haben sogar mehr als 3.600 Euro im Monat an Einkommen.

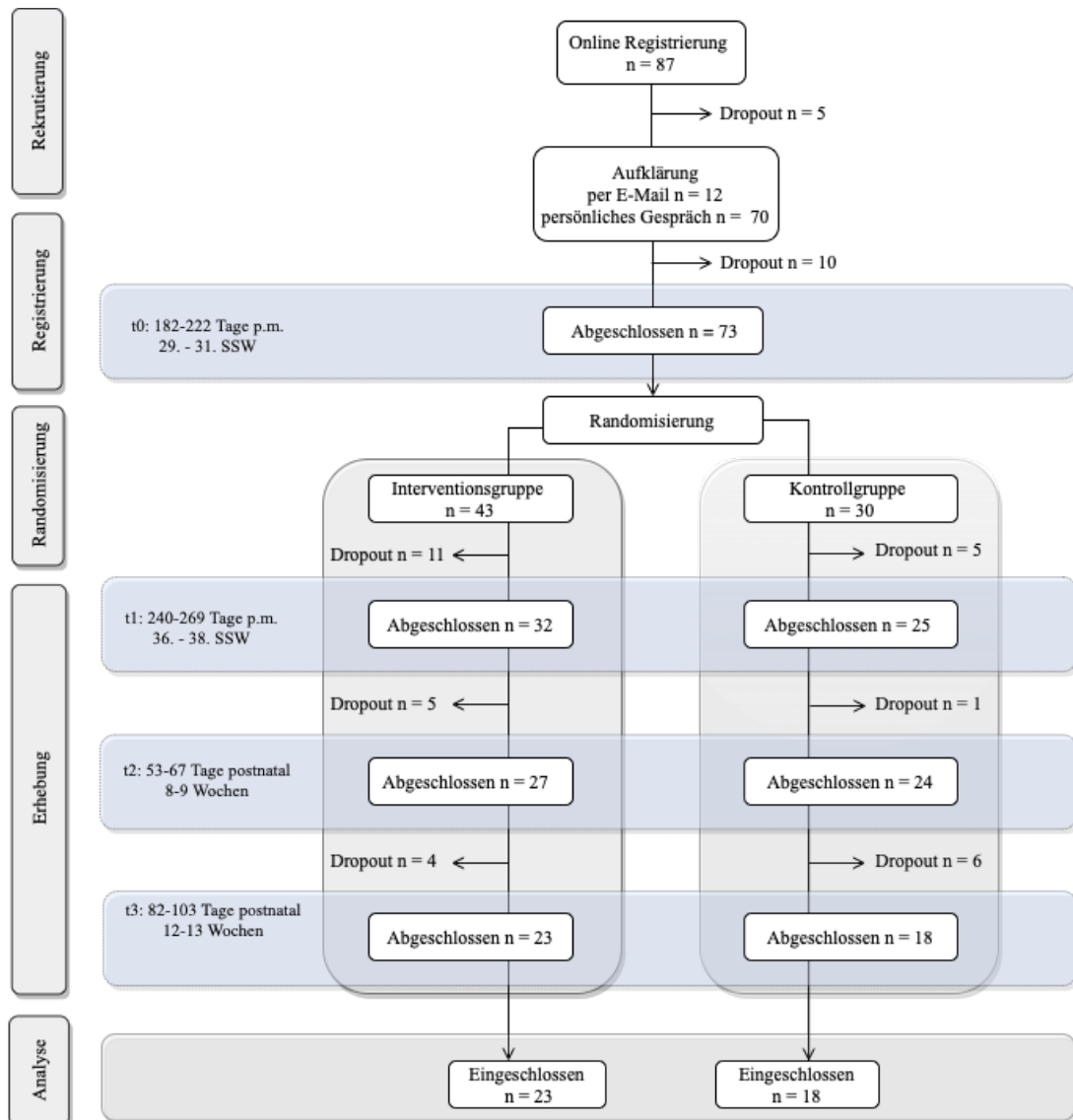


Abbildung 3.1: Studienverlauf

Tabelle 3.2: Stichprobenbeschreibung: Demografie der Studienteilnehmerinnen

	Gesamte Stichprobe		Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	n	in %	n	in %	n	in %
Beziehungsstatus¹						
Ledig, mit festem Partner	10	24.4	6	26.1	4	22.2
Verheiratet, zusammen lebend	31	75.6	17	73.9	14	77.8
Einkommen (in Euro)						
< 900	1	2.4	1	4.4	0	0
900 - > 1300	0	0	0	0	0	0
1300 - > 2600	6	14.6	3	13.0	2	11.1
2600 - > 3600	18	43.9	7	30.4	11	61.1
> 3600	17	41.5	12	52.2	5	27.8
Höchster Abschluss²						
Abitur	5	12.2	2	8.7	3	16.7
Abgeschlossene Berufsausbildung	3	7.3	1	4.4	2	11.1
Bachelorabschluss	13	31.7	8	34.8	5	27.8
Masterabschluss	13	31.7	8	34.8	5	27.8
Doktorgrad	3	7.3	2	8.7	1	5.6
Weitere	4	9.8	2	8.7	2	11.1
Psychische Diagnose						
Nein	34	82.9	18	78.3	16	88.9
Ja ³	7	17.1	5	21.7	2	11.1
Depression	5	12.2	3	13.0	2	11.1
Ängstlichkeit	2	4.9	2	8.7	0	0
Weitere	2	4.9	1	4.4	1	5.6
Psychische Diagnosen in der Familie						
Nein	13	31.7	15	65.2	13	72.2
Ja	28	68.3	8	34.8	5	27.8

¹Es wurden weitere Optionen zur Auswahl gegeben: Ledig, ohne festen Partner; Verheiratet, getrennt lebend; Geschieden, Verwitwet. Diese Antworten wurden nicht ausgewählt. ²Es wurden weitere Optionen zur Auswahl gegeben: noch in schulischer Ausbildung; Hauptschulabschluss, Realschulabschluss. Diese Antworten wurden nicht ausgewählt. ³Zwei Teilnehmerinnen wiesen komorbide psychische Diagnosen auf.

Bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses zeigt sich kein normalverteiltes Bild der Gesellschaft. 12.2 % (n = 5) der Befragten haben Abitur, 7.3 % (n = 3) haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, 31.7 % (n = 13) der Frauen haben einen Bachelorabschluss, 31.7 % (n = 13) der Frauen haben einen Masterabschluss, 7.3 % (n = 3) haben einen Doktorgrad und 9.8 % (n = 4) haben sonstige, nicht näher ausgeführte Abschlüsse.

17 Frauen (40.5 %) geben an, seit Beginn der Schwangerschaft keiner Beschäftigung mehr

nachzugehen, sechs Frauen (14.3 %) haben ihre Beschäftigung reduziert, eine Frau (2.4 %) hat ihre Beschäftigung erhöht und 16 Frauen (38.1 %) geben keine Veränderungen an.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Abschlusses, des Alters, des Einkommens, des Beziehungsstatus, der Gravität, der Parität, der Geplantheit, der Risikoschwangerschaft, des Geburtsmodus und -ortes, der Anzahl der geborenen Kinder und der psychischen Diagnosen. Auch konnten keine signifikanten Unterschiede zum Messzeitpunkt t_0 zwischen den Subskalen der HAMSCQ, *Pacing* und *Positive Experience*, den Subskalen der LAF, *Locomotion* und *Assessment* und der EPDS festgestellt werden.

Psychische Vorerkrankungen

Bezüglich psychischer Vorerkrankungen gaben 17.1 % ($n = 7$) eine Diagnose erhalten zu haben, fünf Frauen (12.2 %) waren an einer Depression erkrankt, zwei Frauen (4.9 %) an einer Angststörung, eine Frau an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und eine weitere Frau an einer Essstörung. Von den erkrankten Frauen gaben 6 an, dass diese aktuell nicht behandelt wird, drei Frauen behandeln ihre Erkrankung mit Medikamenten. In 68.3 % ($n = 28$) der Familien gibt es psychische Erkrankungen, in 31.7 % ($n = 13$) der Fälle nicht (siehe Tabelle 3.2). Neben der Auskunft der Frauen selbst, wurde der ISR verwendet, um psychische Auffälligkeiten vor der Randomisierung der Frauen zu identifizieren. In der Auswertung konnten zwei Frauen mit dem Verdacht auf eine symptomatische Belastung gefunden werden, elf Frauen mit leichten Symptomen, drei Frauen mit moderaten Symptomen und eine Frau mit schweren Symptomen (Tritt et al., 2008). Insgesamt konnten 15 Frauen mit psychischen Symptomen festgestellt werden, was 36.59 % der Stichprobe entspricht. Im Vergleich mit den selbstgegebenen Angaben ist die Analyse durch den ISR doppelt so hoch.

3.2.2 Schwangerschaftsbezogene Angaben

Von den Teilnehmerinnen planten 92.7 % ($n = 38$) die Schwangerschaft. 65.9 % ($n = 27$) waren in ihrer ersten Schwangerschaft, 34.2 % waren bereits mehr als einmal schwanger (siehe Tabelle 3.3). Von ihnen waren 26.8 % ($n = 11$) zum zweiten Mal, 4.9 % ($n = 4$) zum vierten Mal und weitere 2.4 % ($n = 1$) zum fünften Mal schwanger. Insgesamt nahmen 33 Frauen (78.6 %) an einem Geburtsvorbereitungskurse teil, bezüglich der Zufriedenheit gaben 18 Frauen an, sehr zufrieden gewesen zu sein, 14 Frauen waren zufrieden und eine Frau waren sehr unzufrieden. Nach den Aussagen der Frauen erlebten 22.0 % ($n = 9$) der Frauen eine Risikoschwangerschaft, die Mehrheit 70.7 % ($n = 29$) gab an, diese nicht zu haben. Bei 3 Frauen (7.3 %) war dies unbekannt. Vier Frauen geben an, durch die Risikoschwangerschaft, häufiger einen Arzt aufsuchen zu müssen. Als Gründe für die Risikoschwangerschaft werden Bluthochdruck ($n = 3$), Adipositas ($n = 3$), Schwangerschaftsdiabetes ($n = 3$), rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) ($n = 1$), starkes Erbrechen in den ersten drei Monaten und nach den ersten drei

3.2. STICHPROBENBESCHREIBUNG

Monaten (n = 1), vorzeitige Wehentätigkeit mit stationärem Aufenthalt (n = 1), Morbus Chron zusammen mit kindlichem Herzfehler (n = 1), Diabetes mellitus Typ 1 (n = 1), Strepto B (n = 1) und Cervixinsuffizienz (n = 1) genannt. Der Gestationsdiabetes wird bei einer Frau mit Insulin, bei drei Frauen mit einer Diät und bei einer Frau mit dem Medikament Medformin behandelt. In der ergänzenden Freitext-Möglichkeit gibt eine Probandin an, eine künstliche Befruchtung gehabt zu haben [Probandin 20], eine andere Probandin befindet sich zum Messzeitpunkt t1 aufgrund einer vorzeitigen Blasensprungs im Krankenhaus [Probandin 28]. Bezüglich der Medikamenteneinnahme geben 26 Frauen (61.9 %) an, keine zu sich zu nehmen, 13 Frauen (31.0 %) nehmen Medikamente ein, drei Frauen machten hierzu keine Angabe. Von 39 Frauen geben 13 Frauen (33.3 %) an, homöopathische oder naturheilkundliche Verfahren in der Schwangerschaft oder zur Geburtsvorbereitung durch die Empfehlung ihrer Hebamme genutzt zu haben, zehn Frauen (27.8 %) geben an, dies aus eigener Entscheidung getan zu haben und 16 Frauen (41.0 %) verneinen die Nutzung gänzlich.

Tabelle 3.3: Schwangerschafts- und geburtsbedingte Daten der Studienteilnehmerinnen

	Gesamte Stichprobe		Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	n	in %	n	in %	n	in %
Gravidität						
Primigravid	27	65.9	16	69.6	11	61.1
Multigravid	14	34.2	7	30.4	7	38.9
2	11	26.8	4	17.4	7	38.9
4	2	4.9	2	8.7	0	0
5	1	2.4	1	4.4	0	0
Parität						
Nulliparous	30	73.2	17	73.9	13	72.2
1	9	22.0	4	17.4	5	27.8
2	2	4.9	2	8.7	2	11.1
Geplantheit der Schwangerschaft						
Ja	39	92.9	22	95.7	16	88.9
Nein	3	7.1	1	4.4	2	11.1
Risikoschwangerschaft						
Nein	29	70.7	16	69.6	13	72.2
Ja	9	22.0	5	21.7	4	22.2
Unbekannt	3	7.3	2	8.7	1	5.6
Geburtsort						
Klinik	37	90.2	21	91.3	16	88.9
Geburtshaus	2	4.9	2	8.7	0	0
Zuhause	2	4.9	0	0	2	11.1
Geburtsmodus						
Vaginale Entbindung	30	73.2	17	73.9	13	72.2
Geplante SC	4	9.8	3	13.0	1	5.6
Ungeplante SC	7	17.1	3	13.0	4	22.2
Geborene Kinder						
1	37	90.2	21	91.3	16	88.9
2	4	9.8	2	8.7	2	11.1

¹Gesamtstichprobe n = 41, Interventionsgruppe = 23, Kontrollgruppe n = 18

3.2.3 Geburtsbezogene Angaben

73.8 % (n = 30) hatten bis dato noch keine Geburt erlebt, 22.0 % (n = 9) bereits eine Geburt und 4.9 % (n = 2) bereits zwei Geburten (siehe Tabelle 3.3). Im Durchschnitt gebären die Frauen ihre Kinder in der 40. Schwangerschaftswoche (min = 36, max = 43). Bezüglich des Geburtsortes wurde am häufigsten mit 90.2 % (n = 37) im Krankenhaus geboren, und je zwei Frauen brachten

3.2. STICHPROBENBESCHREIBUNG

ihre Kinder im Geburtshaus (4.9 %) und zuhause (4.9 %) auf die Welt.

73.2 % (n = 30) gebären ihr Kind vaginal und 9.8 % (n = 4) erhielten einen primären Kaiserschnitt und 17.1 % (n = 7) einen ungeplanten Kaiserschnitt. Von den sekundären Kaiserschnitten waren 9.7 % (n = 4) sekundäre Kaiserschnitte, 2.4 % (n = 1) eilige Kaiserschnitte und 4.9 % (n = 2) Notkaiserschnitte. 90.2 % (n = 37) gebären ein Kind und 9.8 % (n = 4) der Frauen brachten zwei Kinder auf die Welt. 19 Frauen (45.2 %) erhielten unter der Geburt Schmerzmittel, 21 Frauen (50.0 %) nicht (fehlende Angabe n = 3). 33.3 % (n = 14) erhielten eine PDA, 61.9 % (n = 26) nicht (fehlende Angabe n = 2). Bei neun Frauen (21.4 %) wurde die Geburt eingeleitet. Im Durchschnitt hat es 14.8 Stunden ($SD = 18.4$), $min = 1$, $max = 50$) gedauert, bis die Wehen einsetzten. Eine Frau berichtet in der Freitext-Möglichkeit, dass die Wehen nach der Medikamenteneinnahme „*rasant losgingen*“ [Probandin 44] und ihr dies vom Personal „*nich[t] geglaubt*“ [Probandin 44] wurde. Eine andere Frau schildert, dass „*eine Assisenzärztin sehr sehr unsensibel zur Einleitung drängte*“ [Probandin 18] und die Frau „*damit sehr überrumpelt[] wurde*“ [Probandin 18].

Bei sechs Frauen (14.3 %) kam es im Nachgang zu einem operativen Eingriff (z. B. Ausschabung, Komplikationen mit der Nachgeburt). Eine Frau schildert, dass nach vier Wochen „*zufällig Plazentarestes entdeckt wurden*“ [Probandin 13], die zu einer Ausschabung führten. Auf die Frage, ob es zu Geburtsverletzungen kam, die nach der Entlassung Probleme bereitete, wurde dies von 14 Frauen (33.3 %) bestätigt, 27 (64.3 %) widersprachen (fehlende Angabe n = 1).

Außerdem wurde die Zufriedenheit mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal und den Hebammen abgefragt. 42.9 % (n = 18) gaben an, mit dem Pflegepersonal sehr zufrieden gewesen zu sein, 38.1 % (n = 16) waren zufrieden, 2.4 % (n = 1) waren unzufrieden und 4.8 % (n = 2) waren sehr unzufrieden. Bezüglich des ärztlichen Personals zeigt sich ein ähnliches Bild. 38.1 % (n = 16) waren sehr zufrieden, 38.1 % (n = 16) waren zufrieden und 11.9 % (n = 5) waren unzufrieden. Die Zufriedenheit mit den Hebammen wird deutlich besser bewertet. 61.9 % (n = 26) waren sehr zufrieden, 19.0 % (n = 8) waren zufrieden, 4.8 % (n = 2) waren unzufrieden und 2.4 % (n = 1) machte keine Angabe. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Probandinnen mit den Hebammen die höchste Zufriedenheit angaben, Pflegepersonal und ärztlichen Personal werden relativ gleich bewertet.

Drei Kinder wurden nach der Geburt aus der Neonatologie weiter behandelt. Ein Kind blieb dort zwei Tage, eines fünf Tage und eines 26 Tage. Eine Probandin berichtet in der Freitext-Option, dass ihre Tochter „*an Tag 4 zurück in die Klinik wegen Neugeborenenikterus*¹ [musste]“ [Probandin 13].

¹Bei einem Neugeborenenikterus oder Hyperbilirubinämie zeigt das Neugeborene starke Müdigkeit, es trinkt wenig und die Haut schimmert gelblich. Es entsteht bei erhöhter Bilirubinkonzentration im Blut (Chalupka, 2021)

3.2.4 Wochenbettbezogene Angaben

41 Frauen (97.6 %) geben an, von einer Hebamme im Wochenbett besucht worden zu sein. 35.7 % (n = 15) wurden 3 bis 7 mal besucht, 35.7 % (n = 15) 8 bis 11 mal und 26.2 % (n = 11) häufiger. 81.0 % (n = 34) gaben an, mit der Häufigkeit als ausreichend empfunden zu haben, für 16.7 % (n = 7) war dies nicht ausreichend.

Auf die Frage, ob die Frauen das Stimmungstief postpartale Dysphorie im Wochenbett erlebt haben, bestätigten dies 54.8 % (n = 23), 40.5 % (n = 17) verneinten dies. Es berichten außerdem 40.5 % (n = 17) der Frauen seit der Geburt an Belastungen zu leiden. Auf einer Einschätzungsskala zwischen 1 (gar nicht) und 4 (sehr) erreichten diese Frauen einen Mittelwert von 2.14 (min = 1, max = 4). Außerdem geben drei Frauen an, bezüglich der psychischen Belastung ärztlichen Rat gesucht zu haben, ohne dass eine psychische Erkrankung diagnostiziert und weitere therapeutische Maßnahmen wie Medikamente oder Therapie ergriffen worden wären. Relevant ist auch die Abfrage des Stillens. 78.6 % (n = 33) der Frauen geben an, ihr Kind direkt mit der Brust zu stillen, 16.7 % (n = 7) geben die Muttermilch mit der Brust und der Flasche und eine Frau (2.4 %) stillt ihr Kind nicht. Zum Zeitpunkt t_2 stillten 85.7 % (n = 36) ihr Kind voll und 9.5 % (n = 4) fütterten es bei. Die Frau, die abgestillt hatte, erhielt hierfür ein Medikament und stillte bereits in der ersten Wochen nach der Geburt ab.

Abschließend wurde abgefragt, wie die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett erlebt wurden, in dem die Frauen auf einer Skala von 1 (sehr angenehm) bis 10 (sehr unangenehm) ihre Einschätzung abgaben. Die Wahrnehmung der Schwangerschaft gibt einen Mittelwert von 3.1 (min = 1, max = 10), die Geburt einen Mittelwert von 4.54 an (min = 1, max = 10) und die Wochenbettzeit einen Mittelwert von 4.51 (min = 1, max = 10).

In den Freitext-Antworten wurden außerdem noch weitere Themen genannt, die nicht als Items abgefragt wurden. Zu diesen Faktoren zählt das Temperament des Kindes und die Beziehung zum Partner, die von den eigenen Erwartungen beeinflusst wird. Eine Probandin berichtet, dass ihre Tochter „mit Koliken zu kämpfen [hat]“ [Probandin 18]. „[S]ie weinte oft gefühlt den ganzen Tag“, worunter die Mutter „sehr gelitten [hat]“ [Probandin 18]. Eine andere Teilnehmerin schreibt von Schuldgefühlen ihrem Partner gegenüber, dass sie sich „nicht aufrufen kann mit [ihr]em Freund Sex zu haben“ [Probandin 71]. Dieser habe „geföhlt ständig Lust“ [Probandin 72], doch ihr „gehen ständig andere [D]inge durch den Kopf als das Thema Sex mit ihm“ [Probandin 18]. Sie äußert Bedauern und möchte ihn nicht verletzen.

3.2.5 Weltgeschehen

Zu den häufigsten Themen des weltpolitischen Geschehens, die als belastend wahrgenommen werden (n = 41), wurden der *Krieg in der Ukraine* (n = 23), die *Klimakrise* (n = 17), das Erleben von *Politik und Gesellschaft* (n = 12), die steigenden *Preise und die Inflation* (n = 10), die *Energieversorgung* (n = 4), die *wirtschaftliche Lage* (n = 3) und letztlich die *Corona-Pandemie*

(n = 1) genannt.

Als Gründe für die Belastung werden die *Angst um die eigenen Kinder und die Familie* genannt (n = 12), die Bedrohung der eigenen Lebensgrundlage (n = 9) sowie die *Existenzangst* (n = 6). Auch die *Ungewissheit vor der Zukunft* (n = 9), die *Gefährdung der Demokratie* (n = 3) und die empfundene *Hilflosigkeit* (n = 3).

In der Einschätzung der Einflussnahme auf die Stimmung wurde ein Mittelwert von 3.24 ($SD = 0.8$) erreicht und bei der Frage nach der Häufigkeit der Bedenken über die Geburt und das Aufwachsen des Kindes in dieser Welt wurde ein Mittelwert von 2.61 ($SD = 0.77$) erreicht.

Zu den tröstlichen Gedanken in dieser Situation wurde die *Wertschätzung der eigenen Situation* (n = 11) und die *persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten* (n = 11) genannt. Eine Probandin schreibt dazu: „*Wenn ich für mich und meine Familie das Beste tue[,] wird die [L]iebe reichen*“ [Probandin 12]. Eine andere Frau schreibt „*Die Welt ist definitiv ein besserer Ort als sie es jemals war. Wir sind auf einem guten Weg endlichen Gleichberechtigung für alle Menschen zu bekommen.*“ [Probandin 22]. Die *Hoffnung auf Besserung* (n = 9), die *Gegenwart als wiederkehrende Abfolge der Vergangenheit* (n = 8), die *Verbesserung durch andere Menschen* (n = 5) und die *Unbeteiligtheit* (n = 2) sind für andere tröstende Gedanken. Eine Probandin schreibt dazu: „*Ich tue das[,] was in meinem Machtbereich liegt, um die Welt besser zu machen, das ist okay und ausreichend*“ [Probandin 29]. Eine andere schreibt: „*Es besteht die Möglichkeit, dass unser Kind aktiv positiven Einfluss auf das aktuelle Weltgeschehen nimmt und das gibt mir Hoffnung*“ [Probandin 35]. Es wird aber auch die Antwort *keine* (n = 1) genannt: „*Leider keine, ich lese bewusst keine täglichen Nachrichten darüber, da ich sonst meistens sehr traurig [...] werde*“ [Probandin 51]. 13 Frauen beantworten diese Frage nicht.

3.2.6 Gesundheitsverhalten und Einschätzung des Gesundheitszustandes

Zu allen vier Messzeitpunkten wurde das Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsverhalten erhoben, zuzüglich der Einschätzung des eigenen physischen und psychischen Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden Zufriedenheit.

In der Einschätzung zum physischen Gesundheitszustand zeigt sich zum Messzeitpunkt t_0 ein Mittelwert von 2.9 ($SD = 1.51$, n = 39), ebenso wie zum Messzeitpunkt t_1 $M = 2.9$ ($SD = 1.79$, n = 39), sodass diese Werte die niedrigsten im Verlauf abbilden. Postnatal steigt der Wert auf $M = 3.56$ ($SD = 1.6$, n = 39) und fällt dann zum Messzeitpunkt t_3 wieder $M = 3.05$ ($SD = 0.95$, n = 39).

Bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes ist der gleiche Rhythmus zu beobachten. Der Mittelwert von Messzeitpunkt t_0 beträgt 2.97 ($SD = 1.82$, n = 34), zum Messzeitpunkt t_1 sinkt er leicht auf 2.87 ($SD = 1.54$, n = 39), steigt zum Messzeitpunkt t_2 auf den Höchststand $M = 3.32$ ($SD = 1.78$, n = 39) und sinkt wieder $M = 2.88$ ($SD = 1.4$, n = 39).

3.2. STICHPROBENBESCHREIBUNG

Die Zufriedenheit der Frauen bleibt über den Zeitraum relativ konstant: t_0 : $M = 3.93$ ($SD = 1.01$, $n = 39$), t_1 : $M = 4$ ($SD = 0.97$, $n = 39$), t_2 : $M = 3,68$ ($SD = 0.91$, $n = 39$) und t_3 : $M = 3.93$ ($SD = 0.69$, $n = 39$).

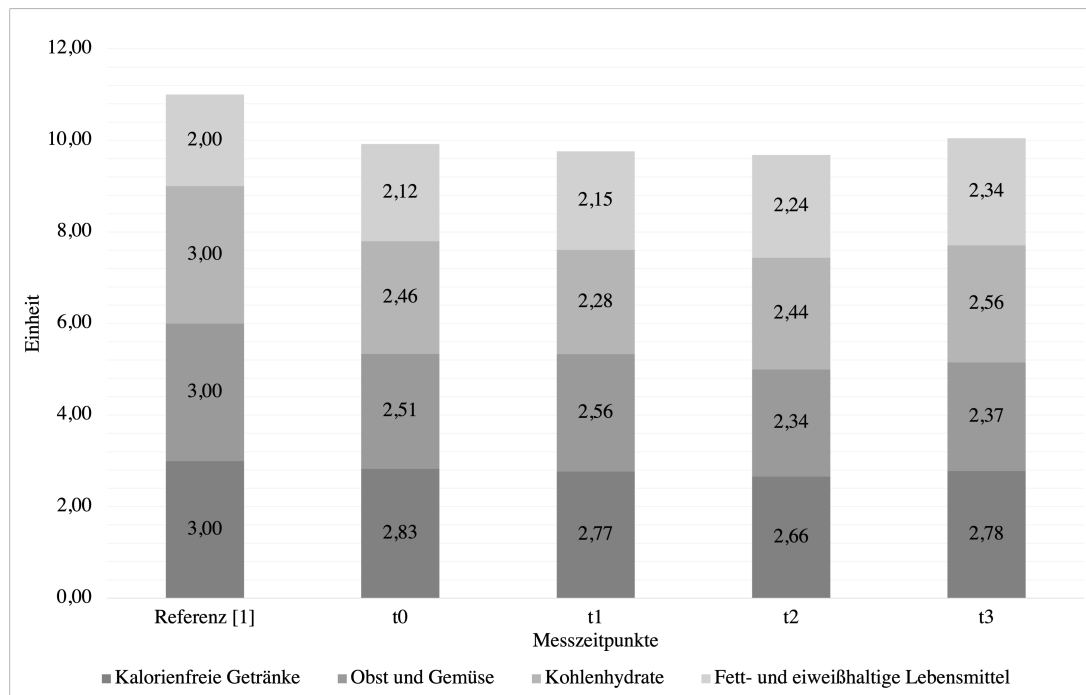
Je höher die Intensität wird, desto weniger Minuten zeigen die Frauen **körperliche Aktivität** im Durchschnitt der Wochen. So zeigen die Frauen ein hohes Maß an körperlicher Aktivität von leichter Intensität. Der Höchstwert wird zum Messzeitpunkt t_3 erreicht mit einem Mittelwert von 300.49 ($SD = 237.45$, $\min = 40$, $\max = 1.000$, $n = 41$), gefolgt vom Messzeitpunkt t_2 von 246.46 ($SD = 207.43$, $\min = 45$, $\max = 840$, $n = 41$), t_0 $M = 178.33$ ($SD = 135.4$, $\min = 30$, $\max = 600$, $n = 33$) und t_1 $M = 174.41$ ($SD = 159.85$, $\min = 2$, $\max = 840$, $n = 37$).

Körperliche Aktivität mittlerer Intensität wird am meisten während der Schwangerschaft zum Messzeitpunkt t_0 gezeigt. Es wird ein Mittelwert von 105.25 ($SD = 150.16$, $\min = 0$, $\max = 840$, $n = 40$) erreicht. Zum Messzeitpunkt t_1 ein Mittelwert von 53.11 ($SD = 67.5$, $\min = 0$, $\max = 300$, $n = 38$), zum Messzeitpunkt t_2 sinkt der Mittelwert auf 33.41 ($SD = 51.65$, $\min = 0$, $\max = 200$, $n = 41$) und steigt später wieder auf 84.88 ($SD = 143.44$, $\min = 0$, $\max = 840$, $n = 41$).

Die Minuten von körperlicher Aktivität von hoher Intensität sinken im Verlauf deutlich ab und erreichen ihren Tiefstand zum Messzeitpunkt t_2 mit einem Mittelwert von 8.29 ($SD = 25.97$, $\min = 0$, $\max = 120$, $n = 41$) und den höchsten Mittelwert zum ersten Messzeitpunkt mit 36.22 ($SD = 47.86$, $\min = 0$, $\max = 180$, $n = 41$) und zum zweiten Messzeitpunkt mit 30.61 ($SD = 46.57$, $\min = 0$, $\max = 180$, $n = 38$). Dieser Wert wird aber auch nach 3 Monaten postnatal nicht mehr erreicht ($M = 16.59$ ($SD = 37.12$, $\min = 0$, $\max = 180$, $n = 41$)).

Das **Entspannungsverhalten** variiert ebenfalls sehr stark zwischen den Messzeitpunkten. In der Schwangerschaft zeigen die Frauen doppelt so viele Minuten pro Woche, wie im Wochenbett. t_0 : $M = 62.44$ ($SD = 86.4$, $\min = 0$, $\max = 500$, $n = 41$), t_1 : $M = 61.24$ ($SD = 58.01$, $\min = 0$, $\max = 210$, $n = 37$). Im Wochenbett sinken die Minuten auf einen Mittelwert von 27.68 ($SD = 46.93$, $\min = 0$, $\max = 210$, $n = 41$), um dann drei Monate postnatal wieder zu steigen auf $M = 34.15$ ($SD = 46.56$, $\min = ,0$, $\max = 210$, $n = 41$).

Auch das **Ernährungsverhalten** wurden nach der Skalierung sparsam (= 1) bis reichlich (= 3) abgefragt. Über den Messzeitraum wurden bezogen auf die Zunahme von kalorienfreien Getränke Mittelwerte zwischen 2.66 (t_2) und 2.83 (t_0) erreicht (siehe Abbildung 3.2). Obst und Gemüse wurde im Zeitraum auf einer Bandbreite zwischen 2.34 (t_2) und 2.56 (t_1) konsumiert. Bei der Aufnahme von Kohlenhydraten wurden Werte zwischen 2.28 (t_1) und 2.56 (t_3) erreicht. Die Aufnahme von eiweiß- und fetthaltigen Lebensmitteln wurden im Verlauf zwischen 2.12 (t_0) und 2.34 (t_3) angegeben. Milchprodukte werden gleichbleibend konsumiert, die Mittelwerte liegen zwischen 2.00 (t_0) und 2.12 (t_3) (siehe Abbildung 3.3). Es war keine Teilnehmerin dabei,



¹Die Referenz bezieht sich auf die Empfehlung des Bundeszentrums für Ernährung und des bundesweiten Netzwerkes „Gesund ins Leben“ (Koletzko et al., 2018)

Abbildung 3.2: Ernährungsverhalten in den Lebensmittelgruppen Fette/Eiweiß, Kohlenhydrate, Obst/Gemüse und kalorienfreie Getränke, aufgeteilt nach Messzeitpunkten mit Referenzwerten, n = 39

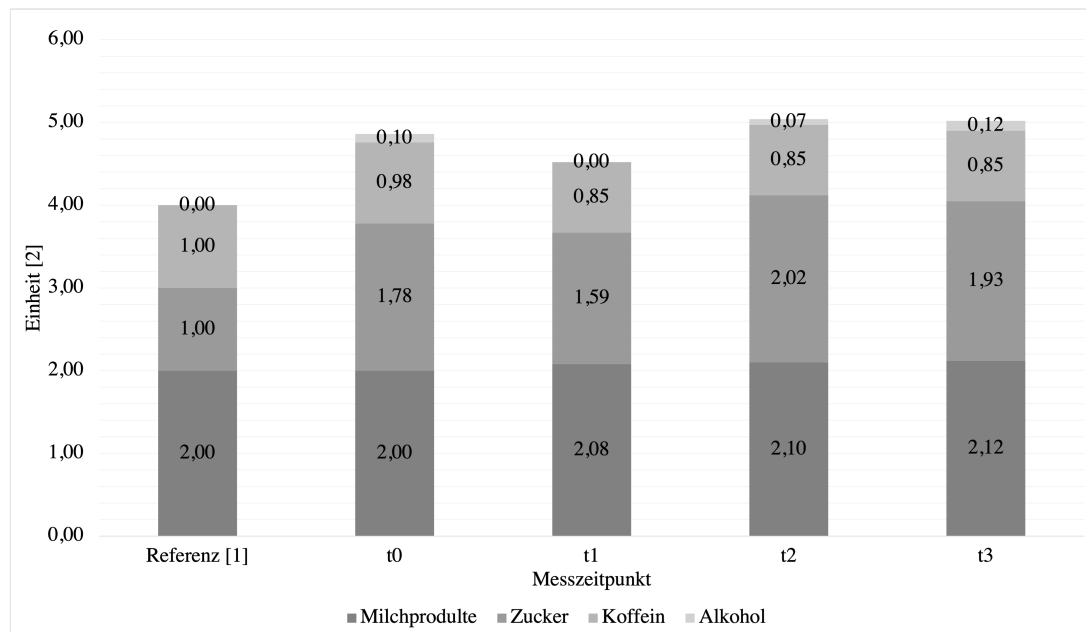
die auf Milchprodukte über den gesamten Zeitraum verzichtete. Der Zuckerkonsum kann als eher mäßig eingeschätzt werden, denn er liegt zwischen 1.59 (*t1*) und 2.02 (*t2*). Die Einnahme von koffeinhaltigen Getränken wurde im Verlauf sparsam eingegeben und liegt auf der Skala zwischen 0.85 (*t1*, *t2*, *t3*) und 0.98 (*t0*). Über den gesamten Studienverlauf gaben insgesamt 8 Frauen an, Alkohol zu konsumieren, daher liegen die Mittelwerte zwischen 0 (*t1*) und 0.12 (*t3*). Eine Probandin gibt zu drei Messzeitpunkten an, sparsam Alkohol zu konsumieren. Ein Rauchverhalten verneinten alle Probandinnen zu allen Zeitpunkten. Eine Übersicht stellt die Verhältnisse zwischen den Lebensmittelgruppen im Zeitverlauf dar.

Die Freitexte wurden nicht systematisch ausgewertet. Sie werden im weiteren Verlauf lediglich zur Veranschaulichung von anderen Ergebnissen verwendet.

3.2.7 Statistische Einordnung der Messinstrumente

Bevor die Forschungsergebnisse mit den Hypothesen diskutiert werden, sollen die validierten Fragebögen auf deren Aussagekraft die Ergebnisse gestützt werden, betrachtet werden. Die **Faktorenanalyse** des HAMSCQ ergibt für die Dimension *Positive Experience* Faktorladungen zwischen 34.2 % und 40.5 % und für die Skala *Pacing* Werte zwischen 26.6 % und 35.7 %. Gemeinsam klären sie eine Gesamtvarianz von 62.6 % und 75.7 % auf. Im Vergleich mit den Validierungsergebnissen von HARFST et al. [2009] wird eine Gesamtvarianz von 72 % erreicht.

3.2. STICHPROBENBESCHREIBUNG



¹Die Referenz bezieht sich auf die Empfehlung des Bundeszentrums für Ernährung und des bundesweiten Netzwerkes „Gesund ins Leben“ (Koletzko et al., 2018)

Abbildung 3.3: Ernährungsverhalten in den Lebensmittelgruppen Milchprodukte, Zucker, Koffein und Alkohol, aufgeteilt nach Messzeitpunkten mit Referenzwerten, n = 39

Dies spiegelt sich auch in der inneren Konsistenz wider. Für die Skala *Pacing* könnten Alpha-Werte zwischen .81 bis .96 erreicht werden, für die Skala *Positive Experience* Werte zwischen .87 und .94. In der Vergleichsstudie werden ähnlich hohe Werte erreicht (Harfst et al., 2009). Für die Skala *Pacing* zwischen .90 und .93 und für die Skala *Positive Experience* Werte zwischen .93 und .95. Somit kann die innere Konsistenz als sehr gut bezeichnet werden (Blanz, 2021).

Die Faktorenstruktur der LAF kann durch die Faktorenanalyse repliziert werden. Die Dimension *Locomotion* zeigt jedoch lediglich Faktorladungen zwischen 19 % und 21.2 %. Die Dimension *Locomotion* noch niedrigere Werte zwischen 17.4 und 18.3 %. Gemeinsam klären sie eine Gesamtvarianz von 37.3 % und 39 %. Der Faktor *Locomotion* klärt in der Validierungsstudie von SELLIN et al. [2003] einen Wert von 32.4 % der Varianz auf, der Faktor *Assessment* einen Wert von 27.04 %. Sie kommen auf eine Gesamtvarianzaufklärung von 32.2 % (Sellin et al., 2003). Bezüglich der **inneren Konsistenz** wird in der Validierungsstudie für *Locomotion* ein Alpha-Wert von .80 und für *Assessment* ein Alpha-Wert von .71 erreicht. In der vorliegenden Studie werden zu allen vier Messzeitpunkten für *Locomotion* niedrigere Alpha-Werte erreicht, für die Skala *Assessment* höhere Werte. Diese liegen für die Skala *Locomotion* zwischen .72 und .78 und für die Skala *Assessment* zwischen .74 und .84. Für die vorliegenden Studienergebnisse können die Werte für *Locomotion* als akzeptabel und für die Skala *Assessment* als gut bis akzeptabel beschrieben werden (Blanz, 2021).

Für die SOC-L9 werden Alpha Werte zwischen .75 und .87 erreicht, die ebenfalls als gut bis

akzeptabel beschrieben werden können (Blanz, 2021). Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung erzielt mit Alpha-Werte zwischen .83 und .90 gute bis sehr gute innere Konsistenz. Die F-Soz K14 erreicht zum Messzeitpunkt ein Chronbachs Alpha von .91, ebenfalls eine sehr gute innere Konsistenz.

3.3 Voraussetzung für die Analyse

Faktoranalyse

In den Validierungsstudien wurden die inneren Konsistenzen und die Faktorstruktur evaluiert. Da teilweise nur akzeptable Chronbachs Alpha berichtet wurden und auch die Faktorenstruktur teilweise fraglich ist, sollen diese Berechnungen für die vorliegende Studie vor den statistischen Berechnungen wiederholt werden, um die Ergebnisse im Nachgang besser interpretieren zu können.

In der Validierung der HAMSCQ und der LAF wurden je zwei Unterskalen gefunden, deren Struktur auch teilweise in der vorliegenden Erhebung repliziert werden konnte.

In einer Faktoranalyse konnten die bekannte Struktur (Harfst et al., 2009) repliziert werden, in dem zwei Subskalen identifiziert wurden. Für die Skala *Positive Experience* ($\alpha = .87$ bis $.94$) liegen die Faktorladungen zwischen 34.2 % und 40.5 %. Für die Skala *Pacing* ($\alpha = .81$ bis $.96$) liegen die Faktorladungen zwischen 26.6 % und 35.7 %. Zusammen klären die Skalen eine Gesamtvarianz zwischen 62.6 % bis 75.7 % auf.

In einer weiteren Faktoranalyse der LAF konnte die bereits publizierte Struktur repliziert werden (Sellin et al., 2003) und es wurden die beiden Subskalen *Locomotion* ($\alpha = .72$ bis $.78$) und *Assessment* ($\alpha = .74$ bis $.84$) identifiziert. Für die Skala *Locomotion* konnten Faktorladungen zwischen 19.0 % und 21.2 % gezeigt werden, für die Skala *Assessment* 17.4 % bis 18.3 %. Gemeinsam klären die Skalen eine Gesamtvarianz zwischen 37.3 % und 39.0 % auf.

Normalverteilung

Die Skalen sind unterschiedlich normalverteilt. Die EPDS ist zu den Messzeitpunkten t_0 , t_2 und t_3 nicht normalverteilt, die Skala *Positive Experience* der HAMSCQ ist zu keinem Zeitpunkt normalverteilt, die Skala *Pacing* ist zum Messzeitpunkt t_0 nicht normalverteilt. Die Skalen der LAF sind zu jedem Zeitpunkt normalverteilt.

Ergänzend werden auch die Skalen der Kohärenz, der Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung durch den Shapiro Wilk Test untersucht. Es zeigt sich, dass auch hier in vielen Fällen keine Normalverteilung vorliegt, wie bei der Selbstwirksamkeit zum Zeitpunkt t_2 , bei der Kohärenz zum Messzeitpunkt t_0 und t_2 und bei der sozialen Unterstützung zum Zeitpunkt t_2 . Folglich werden Auswertungsmethoden gewählt, die keine Normalverteilung voraussetzen.

3.4 Deskriptive Ergebnisse der validierten Messinstrumente

Unabhängig der Gruppen wurde zum Messzeitpunkt in der Skala *Pacing* für $t0$ ein Mittelwert von 3.66 ($SD = 0.96$, $\alpha = .92$) erreicht, für $t1$ ein Mittelwert von 3.94 ($SD = 0.63$, $\alpha = .84$), für $t2$ ein Mittelwert von 3.24 ($SD = 0.81$, $\alpha = .89$) und für $t3$ ein Mittelwert von 3.37 ($SD = 0.66$, $\alpha = .81$) (siehe Tabelle 3.6).

In der Skala *POSITIVE EXPERIENCE* zeichnet sich im Verlauf ein anderes Bild ab. Der niedrigste Mittelwert findet sich zum Messzeitpunkt $t0$ mit 4.43 ($SD = 0.64$, $\alpha = .93$), zum Messzeitpunkt $t1$ ein Mittelwert von 4.54 ($SD = 0.5$, $\alpha = .87$), für $t2$ ein Mittelwert von 4.56 ($SD = 0.64$, $\alpha = .94$) und für $t3$ ein Mittelwert von 4.66 ($SD = 0.41$, $\alpha = .88$).

Zum Messzeitpunkt $t0$ zeigt die Subskala *Locomotion* einen Mittelwert von 51.29 ($SD = 6.99$, $\alpha = .73$), für $t1$ 51.77 ($SD = 7.14$, $\alpha = .78$), für $t2$ 51.63 ($SD = 6.42$, $\alpha = .72$) und für $t3$ 52.78 ($SD = 6.22$, $\alpha = .72$). Für die Skala *Assessment* wurde für $t0$ ein Mittelwert von 39.20 ($SD = 7.26$, $\alpha = .76$) berechnet, für $t1$ 39.05 ($SD = 6.25$, $\alpha = .74$), für $t2$ 39.15 ($SD = 7.65$, $\alpha = .82$) und für $t3$ 40.2 ($SD = 8.1$, $\alpha = .84$).

Gruppenunabhängig wurde zum Messzeitpunkt für die EPDS $t0$ ein Mittelwert von 7.27 ($SD = 5.36$, $\alpha = .90$) erreicht, zum Messzeitpunkt $t1$ ein Wert von 6.85 ($SD = 4.90$, $\alpha = .90$), zum Zeitpunkt $t2$ ein Wert von 7.17 ($SD = 4.36$, $\alpha = .82$) und zum Messzeitpunkt $t3$ ein Mittelwert von 5.85 ($SD = 4.41$, $\alpha = .87$).

Das Kohärenzgefühl zeigt zum Messzeitpunkt $t3$ den höchsten Mittelwert von 50.37 ($SD = 6.25$, $\alpha = .75$) und den niedrigsten Wert zum Zeitpunkt $t0$ von 46.9 ($SD = 8.36$, $\alpha = .86$) ($t1$: $M = 47.72$ ($SD = 8.23$, $\alpha = .87$), $t2$: $M = 47.95$ ($SD = 8.0$, $\alpha = .85$)).

Auch die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung Die Mittelwerte erreichen zum Messzeitpunkt $t3$ den höchsten Wert mit 31.93 ($SD = 3.32$, $\alpha = .83$) und den niedrigsten Wert zu $t0$ von 30.32 ($SD = 3.90$, $\alpha = .83$) ($t1$: $M = 31.44$ ($SD = 4.00$, $\alpha = .87$), $t2$: $M = 31.76$ ($SD = 4.43$, $\alpha = .90$))

Die soziale Unterstützung wurde lediglich zum Messzeitpunkt $t2$ abgefragt und es ergab sich ein Mittelwert von 4.45 ($SD = 0.51$, $\alpha = .91$).

In Tabelle 3.4 sind die Mittelwerte mit den jeweiligen Standardabweichungen über den Interventionszeitraum hinweg abhängig der Gruppe zu sehen. Tabelle 3.5 zeigt die deskriptive Statistik differenziert nach Gruppen bezüglich des Gesundheitsverhaltens. Weiter ist in der Tabelle 3.6 die deskriptive Statistik der validierten Messinstrumente zu sehen unabhängig der Gruppenzugehörigkeit.

3.5 Hypothesenüberprüfung

3.5.1 Veränderungen über den zeitlichen Verlauf

Für die Betrachtung der Mittelwerte im zeitlichen Verlauf wird primär der Friedman-Test gerechnet. Ergänzend wird aufgrund der niedrigen Stichprobe der Wilcoxon-Rangsummentest

Tabelle 3.4: Deskriptive Statistik mit Mittelwert und Standardabweichung der validierten Messinstrumente je Messzeitpunkt im Gruppenvergleich, Interventionsgruppe n = 22, Kontrollgruppe n = 18

		t0				t1			
		IG		CG		IG		CG	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
HamSCQ	Pacing	3.58	1.01	3.76	0.90	3.90	0.68	3.98	0.58
	PE	4.28	0.77	4.61	0.37	4.46	0.58	4.64	0.36
LAF	LOC	51.48	7.92	51.06	5.80	52.32	8.20	51.06	5.63
	ASS	39.87	7.45	38.33	7.12	39.64	8.74	38.29	6.03
EPDS		8.3	6.32	5.9	3.54	7.55	5.02	5.94	4.75
SOC-L9		45.09	9.37	49.22	6.39	45.86	8.74	50.12	7.25
SWE		30.35	4.62	30.28	2.85	31.55	4.89	31.29	2.57
		t2				t3			
		IG		CG		IG		CG	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
HamSCQ	Pacing	3.36	0.88	3.08	0.72	3.43	0.69	3.30	0.64
	PE	4.62	0.71	4.49	0.56	4.61	0.45	4.73	0.35
LAF	LOC	52.09	7.20	51.06	5.41	54.04	6.41	51.17	5.74
	ASS	38.48	7.96	40.00	7.37	40.22	8.40	40.17	7.93
EPDS		7.04	4.34	7.33	4.51	6.00	4.29	5.67	4.69
SOC-L9		47.52	9.23	48.50	6.29	49.91	6.75	50.94	5.68
SWE		32.39	5.47	30.94	2.51	32.26	3.90	31.50	2.43
F-Soz K14		4.32	0.55	4.62	0.44				

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

Tabelle 3.5: Deskriptive Auswertung mit Mittelwert und Standardabweichung zum Gesundheitsverhalten abhängig der Gruppenzugehörigkeit, Interventionsgruppe (IG) n = 22, Kontrollgruppe (CG) n = 17

	t0				t1			
	IG		CG		IG		CG	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Bewegung¹								
leicht	181.36	127.44	186,43	139,81	160.84	168.35	198.35	140.73
mittel	75.87	91.88	100.59	94.24	42.1	47.28	68.29	84.89
hoch	35.45	51.43	39.71	46.45	27.26	42.87	34.47	50.75
Entspannung	46.36	41.03	81.18	125.19	63.73	61.49	56.88	52.63
Einschätzung								
physischer GZ ²	3.14	1.96	2.57	0.76	3.27	2.1	2.41	1.18
psychischer GZ	3.32	2.03	2.57	1.02	3.09	1.77	2.59	1.18
Zufriedenheit GZ	3.77	1.11	4.06	0.09	3.91	0.97	4.12	0.99

	t2				t3			
	IG		CG		IG		CG	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Bewegung¹								
leicht	184.09	148.95	282.06	218.75	234.55	174.43	378.82	284.4
mittel	42.27	60.23	25.88	40.01	108.18	186.15	61.18	64.21
hoch	12.73	32.83	3.53	14.55	8.18	18.93	29.41	51.66
Entspannung	22.95	43.22	24.71	29.82	25.23	33.82	32.06	40.93
Einschätzung								
physischer GZ ²	3.95	1.81	3	1.17	3.23	1.07	2.82	0.81
psychischer GZ	3.5	1.99	3.12	1.45	3	1.48	2.82	1.33
Zufriedenheit GZ	3.55	1.1	3.82	0.81	3.86	0.71	4	0.71

¹Die Minuten von körperlicher Aktivität werden nach Intensitätsstufen unterteilt. ²GZ = Gesundheitszustand

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

Tabelle 3.6: Deskriptive Statistik mit Mittelwert und Standardabweichung der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zu allen Messzeitpunkten für die gesamte Stichprobe, n = 39

	t0		t1		t2		t3	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
HamSCQ								
Pacing	3.66	0.96	3.94	0.63	3.24	0.81	3.37	0.66
PE	4.43	0.64	4.54	0.50	4.56	0.64	4.66	0.41
LAF								
LOC	51.29	6.99	51.77	7.14	51.63	6.42	52.78	6.22
ASS	39.20	7.26	39.05	6.25	39.15	7.65	40.20	8.10
EPDS	7.27	5.36	6.85	4.90	7.17	4.36	5.85	4.41
SWE	30.32	3.90	31.44	4.00	31.76	4.43	31.93	3.32
SOC-L9	46.90	8.36	47.72	8.23	47.95	8.00	50.37	6.25
Soz-K 14								
	t0		t1		t2		t3	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Bewegung								
leicht	178.33	135.4	174.41	159.85	246.46	207.43	300.49	237.45
mittel	105.25	150.16	53.11	67.5	33.41	51.65	84.88	143.44
hoch	36.22	47.86	30.61	46.57	8.29	25.97	16.59	37.12
Entspannung	62.44	86.4	60.46	56.57	27.68	46.93	34.15	46.56
Einschätzung								
physischer GZ	2.9	1.51	2.9	1.79	3.56	1.6	3.05	0.95
psychischer GZ	2.97	1.82	2.87	1.54	3.32	1.78	2.88	1.4
Zufriedenheit	3.93	1.01	4.00	0.97	3.68	0.91	3.93	0.69

gerechnet, um signifikante Veränderungen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten zu identifizieren. Durch die gezeigte Faktorenstruktur der HAMSCQ wird die Skala *Pacing* und die Skala *Positive Experience* separat betrachtet. Ebenso der Fragebogen LAF in die Skalen LOCOMOTION (kurz LOC) und ASSESSMENT (kurz ASS) unterteilt wird.

Die Ergebnisse des Friedman-Tests für die gesamte Stichprobe zeigen signifikante Veränderungen in der Skala *Pacing*, in der Selbstwirksamkeit, in der körperlichen Aktivität leichter und mittlerer Intensität an sowie im Entspannungsverhalten und in der Wahrnehmung des physischen Gesundheitszustandes (siehe Tabelle 3.7).

Tabelle 3.7: Ergebnisse des Friedman-Tests der validierten Fragebögen und der Erhebungen zum Gesundheitsverhalten der gesamten Stichprobe, n = 39

			Friedman-Test			
			Chi^2	df	p	Kendall's ω
Gesamte Stichprobe (n = 39)	HamSCQ	Pacing	29.00	3	0.00	0.25
		PE	6.72	3	0.08	0.06
	LAF	LOC	6.32	3	0.10	0.05
		ASS	3.01	3	0.39	0.03
		EPDS	7.09	3	0.07	0.06
		SWE	12.99	3	0.01	0.11
		SOC	5.17	3	0.16	0.04
		sport_light	9.18	3	0.03	0.08
		sport_mid	11.06	3	0.01	0.09
		sport_high	21.94	3	0.07	0.19
		relaxation	25.91	3	0.01	0.22
		satis_phy	14.79	3	0.00	0.13
		satis_psy	3.95	3	0.27	0.03
		satis_health	6.85	3	0.08	0.06

Der Friedman-Test zeigt für die Interventionsgruppe auch signifikante Veränderungen über den zeitlichen Verlauf an. Diese beziehen sich auf beiden Skalen der Selbstfürsorge, auf die Kohärenz, auf körperliche Aktivität hoher Intensität, Entspannung und die Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes (siehe Tabelle 3.8).

Die Ergebnisse des Friedman-Tests in der Betrachtung der Kontrollgruppe zeigen ebenfalls ein paar Veränderungen im zeitlichen Verlauf. Insbesondere werden Veränderungen in der Skala *Pacing*, in körperlicher Aktivität mittlerer und hoher Intensität sichtbar sowie in der Entspannung (siehe Tabelle 3.9).

Tabelle 3.8: Ergebnisse des Friedman-Tests der validierten Fragebögen und der Erhebungen zum Gesundheitsverhalten der Interventionsgruppe, n = 22

			Friedman-Test			
			<i>Chi</i> ²	df	p	Kendall's ω
Interventionsgruppe (n = 22)	HamSCQ	Pacing	10.46	3	0.02	0.16
		PE	11.70	3	0.01	0.18
	LAF	LOC	7.69	3	0.05	0.12
		ASS	1.87	3	0.60	0.03
		EPDS	3.56	3	0.31	0.05
		SWE	7.49	3	0.06	0.11
		SOC	13.41	3	0.00	0.20
		sport_light	5.51	3	0.14	0.08
		sport_mid	2.47	3	0.48	0.04
		sport_high	11.22	3	0.01	0.17
		relaxation	15.19	3	0.00	0.23
		satis_phy	9.77	3	0.02	0.15
		satis_psy	2.38	3	0.50	0.04
		satis_health	4.66	3	0.20	0.07

Tabelle 3.9: Ergebnisse des Friedman-Tests der validierten Fragebögen und der Erhebungen zum Gesundheitsverhalten der Kontrollgruppe, n = 17

			Friedman-Test			
			Chi^2	df	p	Kendall's ω
Kontrollgruppe (n = 17)	HamSCQ	Pacing	21.08	3	0.00	0.41
		PE	2.27	3	0.52	0.04
	LAF	LOC	0.49	3	0.92	0.01
		ASS	4.38	3	0.22	0.09
		EPDS	4.03	3	0.26	0.08
		SWE	3.36	3	0.34	0.07
		SOC	4.24	3	0.24	0.08
		sport_light	5.69	3	0.13	0.11
		sport_mid	13.40	3	0.00	0.26
		sport_high	13.53	3	0.00	0.27
		relaxation	11.25	3	0.01	0.22
		satis_phy	6.76	3	0.08	0.13
		satis_psy	2.18	3	0.54	0.04
		satis_health	3.03	3	0.39	0.06

Validierte Messinstrumente

Selbstfürsorge

Der Friedman-Test zeigt für die Skala *Pacing* gruppenunabhängig signifikante Unterschiede über den zeitlichen Verlauf für die gesamte Stichprobe ($Chi^2(3) = 29.00, p < .001, \omega = .25$) (siehe Tabelle 3.7). Diese Unterschiede werden sowohl gruppenunabhängig (siehe Abbildung 3.4) als auch für die Interventionsgruppe ($Chi^2(3) = 10.46, p = .02, \omega = .16$) (siehe Abbildung 3.5) und die Kontrollgruppe ($Chi^2(3) = 21.08, p < .001, \omega = .41$) (siehe Abbildung 3.6) sichtbar. Der Wilcoxon-Rangsummentest offenbart die signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Messzeitpunkten (siehe Tabelle 3.10). Der Vergleich zwischen $t0$ und $t2$ zeigt gruppenunabhängig und in der Kontrollgruppe ein signifikantes Ergebnis und gleichzeitig eine hohe Effektstärke. Ebenfalls wird eine große Effektstärke zwischen $t1$ und $t2$ erreicht mit hohen d Werten von bis zu 1.55 (in der Kontrollgruppe). Auch zwischen $t1$ und $t3$ sind große Effekte zu sehen. In beiden Gruppen ist zu sehen, dass sich die Mittelwerte postnatal signifikant reduzieren.

Tabelle 3.10: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala **Pacing** des Hamburger Selbstfürsorge Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Pacing Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	-1.25	0.29	689.5	-0.20	-0.29
	t0 : t2	2.58	0.04	1067.5	-0.41	0.44
	t1 : t2	3.82	0.00	1188	-0.61	1.11
	t0 : t3	1.95	0.09	1024	-0.31	0.3
	t1 : t3	3.20	0.00	1160.5	-0.51	0.9
	t2 : t3	-0.62	0.53	773	-0.10	-0.16
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-1.24	0.32	209	-0.26	-0.38
	t0 : t2	0.79	0.49	295.5	-0.17	0.21
	t1 : t2	2.03	0.59	289.5	-0.43	0.79
	t0 : t3	0.63	0.03	350.5	-0.13	0.14
	t1 : t3	1.87	0.03	346.5	-0.40	0.69
	t2 : t3	-0.16	0.91	259	-0.03	-0.08
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.53	0.78	144	-0.13	-0.20
	t0 : t2	3.11	0.02	235	-0.75	0.79
	t1 : t2	3.64	0.00	258	-0.88	1.55
	t0 : t3	2.38	0.07	219.5	-0.58	0.55
	t1 : t3	2.91	0.00	243.5	-0.71	1.17
	t2 : t3	-0.73	0.42	136	-0.18	-0.31

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

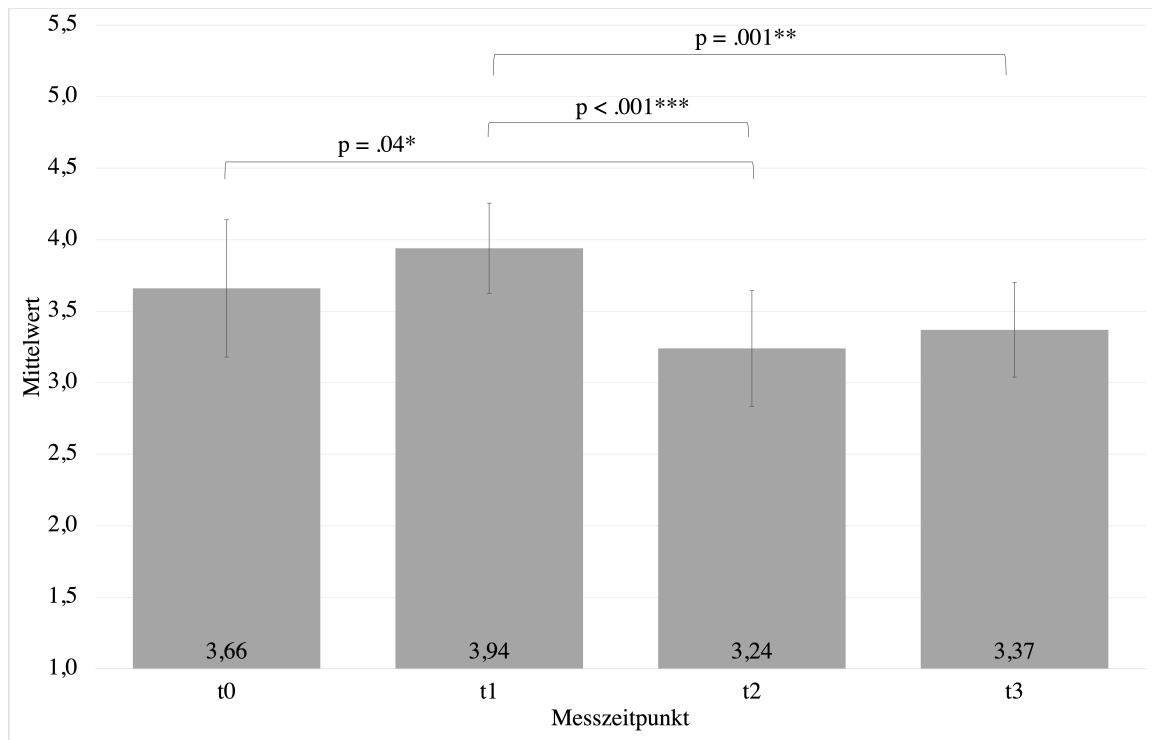


Abbildung 3.4: Die Mittelwerte der Skala Pacing des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe n = 39

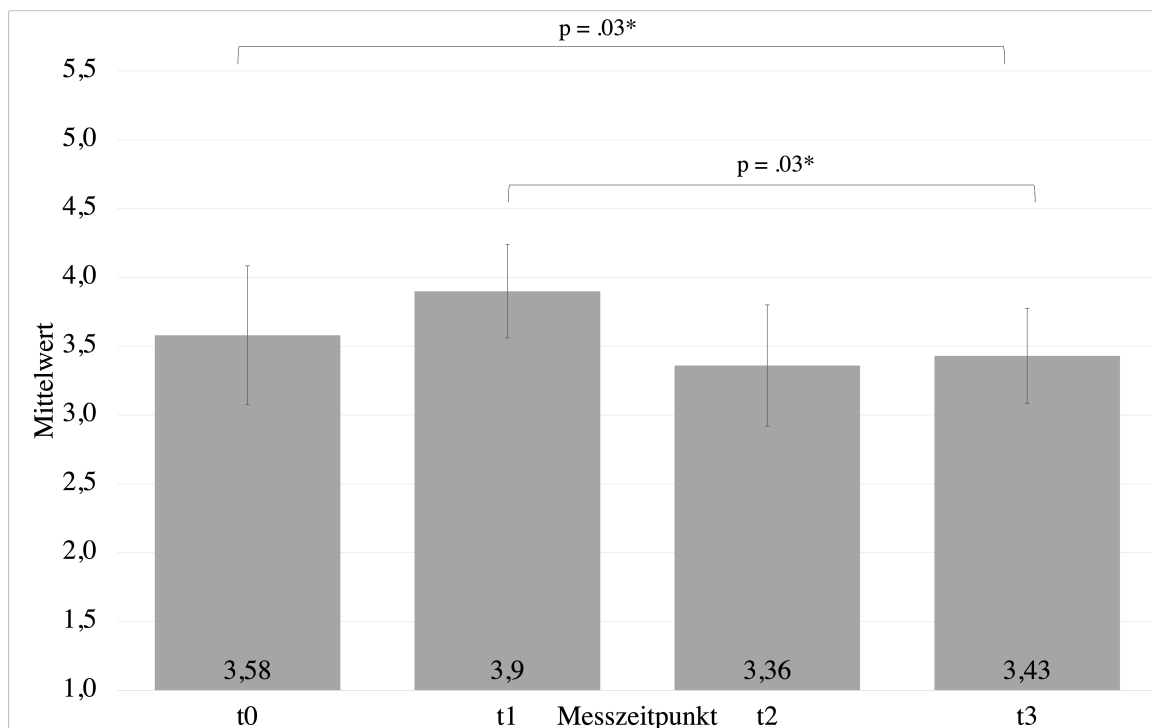


Abbildung 3.5: Die Mittelwerte der Skala Pacing des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

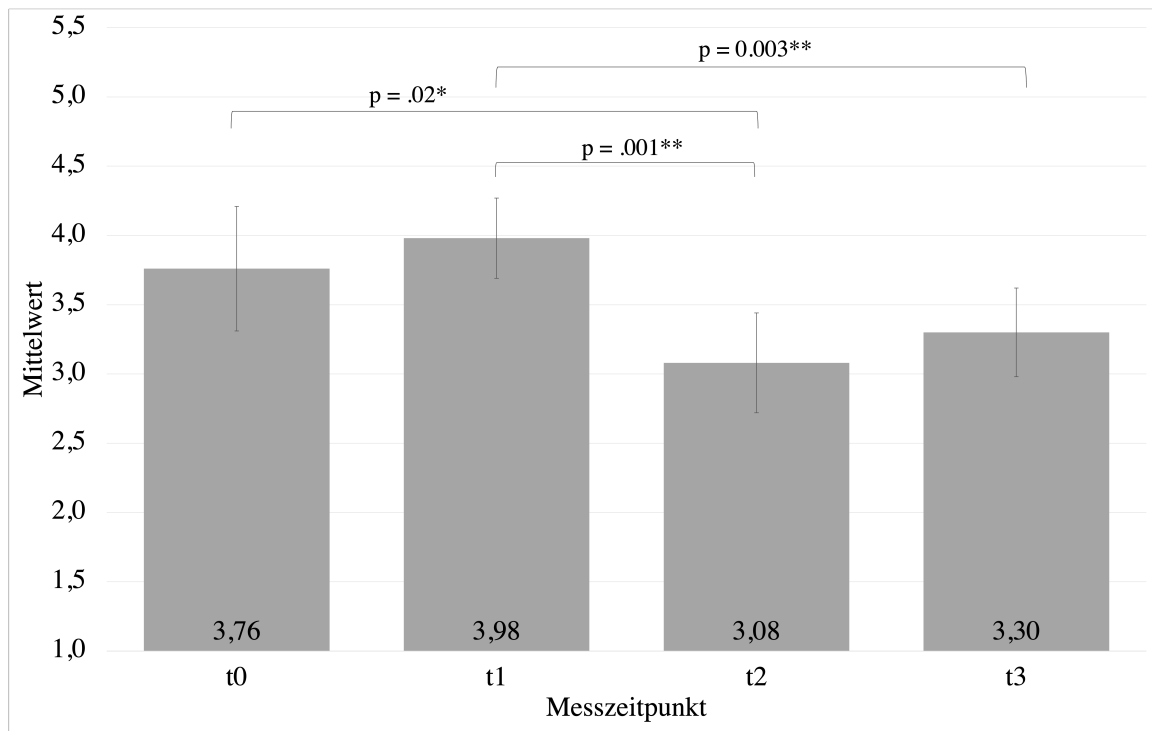


Abbildung 3.6: Die Mittelwerte der Skala *Pacing* des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

Die zweite Skala der HamSCQ Positive Experience zeigt laut den Ergebnissen des Friedman-Tests gruppenunabhängig keine signifikanten Veränderungen der Mittelwerte im zeitlichen Verlauf ($Chi^2(3) = 6.72, p = .08$) (siehe Tabelle 3.7), jedoch in der Betrachtung der Interventionsgruppe ($Chi^2(3) = 11.70, p = .01, \omega = 0.18$) (siehe Tabelle 3.8). Die Ergebnisse der Wilcoxon-Rangsummentest bestätigen die gruppenunabhängige fehlende Signifikanz (siehe Tabelle 3.11). Der einzige signifikante Zusammenhang besteht in der Interventionsgruppe zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t2$. Die Mittelwerte steigen im Wochenbett signifikant an (siehe Abbildung 3.7). Die Darstellung der Mittelwerte für die gesamte Stichprobe und die Kontrollgruppe findet sich im Anhang (siehe Abbildung A.1 und Abbildung A.2).

Tabelle 3.11: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala **Positive Experience** des Hamburger Selbstfürsorge Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

PE		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	-0.65	0.52	733	-0.10	-0.17
	t0 : t2	-1.67	0.14	683	-0.27	-0.2
	t1 : t2	-1.02	0.36	706.5	-0.16	0.04
	t0 : t3	-1.83	0.07	651.5	-0.29	-0.36
	t1 : t3	-1.18	0.23	677	-0.19	-0.24
	t2 : t3	-0.16	0.86	822	-0.03	-0.16
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-0.81	0.52	224.5	-0.17	-0.27
	t0 : t2	-2.25	0.04	173.5	-0.48	-0.47
	t1 : t2	-1.44	0.14	199	-0.31	-0.28
	t0 : t3	-1.51	0.37	214	-0.32	-0.46
	t1 : t3	-0.70	0.11	184	-0.15	-0.26
	t2 : t3	0.74	0.43	299.5	-0.16	0.01
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.04	0.81	145.5	-0.01	0.03
	t0 : t2	0.12	0.81	170	-0.03	0.46
	t1 : t2	0.16	0.64	167.5	-0.04	0.42
	t0 : t3	-1.10	0.26	127	-0.27	-0.23
	t1 : t3	-1.07	0.40	128	-0.26	-0.25
	t2 : t3	-1.22	0.25	126	-0.30	-0.43

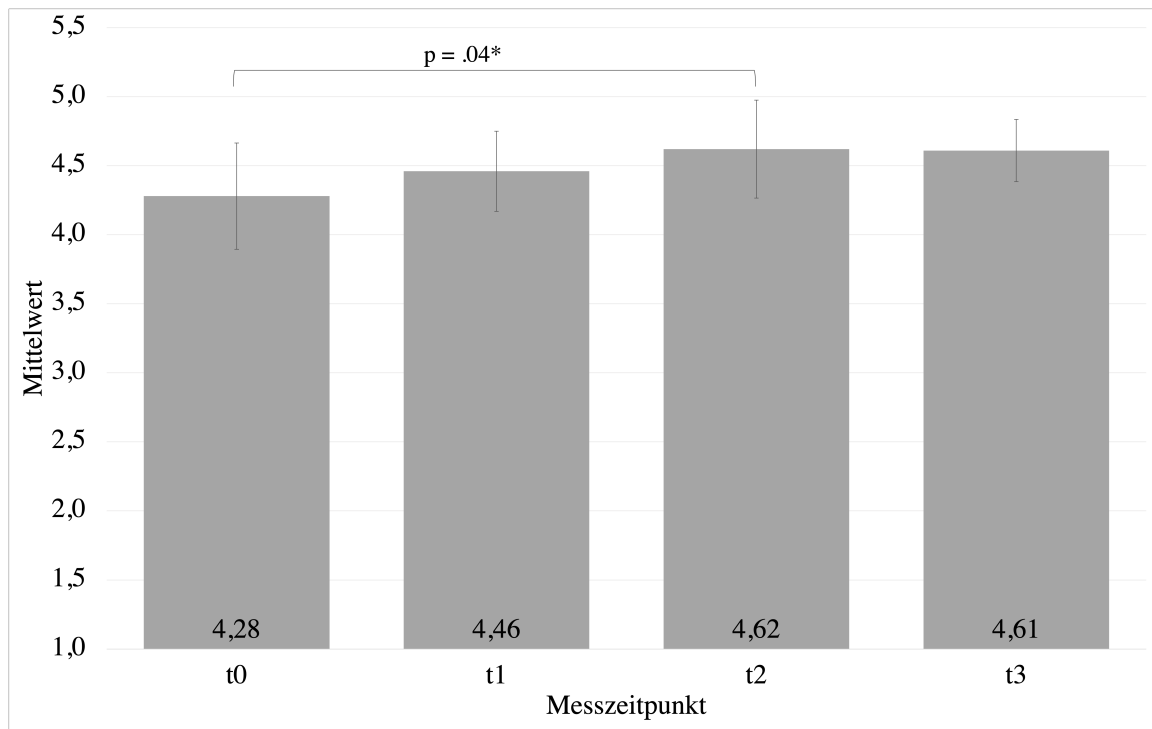


Abbildung 3.7: Die Mittelwerte der Skala Positive Experience des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

Durch die Faktorenanalyse kann die Struktur der zwei Faktoren der LAF ebenfalls bestätigt werden, sodass diese im Folgenden ebenfalls separat betrachtet werden. In der Betrachtung der LAF Skalen zeigen sowohl sich gruppenunabhängig als auch für die Interventions- und die Kontrollgruppe über den Verlauf für *Locomotion* ($Chi^2(3) = 6.32, p = .10$) und für *Assessment* ($Chi^2(3) = 3.01, p = .39$) keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 3.7). Nähere Betrachtung durch die Wilcoxon-Rangsummentest der Skala *Locomotion* bestätigt dieses Ergebnis. Auch sind für die Skala *Locomotion* keine Effekte nachzuweisen (siehe Tabelle 3.12). Die grafischen Darstellungen der Mittelwerte im Vergleich finden sich im Anhang (siehe Abbildung A.3, Abbildung A.4 und Abbildung A.5).

Tabelle 3.12: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala **Locomotion** des Locomotion-Assessment-Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

LOC		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.06	0.96	793.5	-0.01	-0.06
	t0 : t2	0.23	0.90	855	-0.04	-0.04
	t1 : t2	0.18	0.85	820	-0.03	0.01
	t0 : t3	-0.83	0.40	749.5	-0.13	-0.2
	t1 : t3	-0.89	0.48	726.5	-0.14	-0.14
	t2 : t3	-1.06	0.36	741.5	-0.17	-0.17
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.07	0.97	251	-0.02	-0.07
	t0 : t2	0.12	0.90	270.5	-0.03	-0.04
	t1 : t2	0.05	0.85	262	-0.01	0.03
	t0 : t3	-0.86	0.38	224	-0.18	-0.28
	t1 : t3	-0.93	0.47	220.5	-0.20	-0.21
	t2 : t3	-0.98	0.41	226.5	-0.21	-0.27
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.22	0.82	145.5	-0.05	0
	t0 : t2	0.13	0.96	164	-0.03	0
	t1 : t2	0.34	0.91	157	-0.08	0
	t0 : t3	-0.48	0.57	143.5	-0.12	-0.02
	t1 : t3	-0.27	0.87	147.5	-0.06	-0.02
	t2 : t3	-0.61	0.61	145.5	-0.15	-0.02

In der näheren Betrachtung der einzelnen Messzeitpunkte für die Skala Assessment durch den Wilcoxon-Rangsummentest zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 3.13). Auch die Effektstärken sind als niedrig einzuschätzen. Die grafische Darstellung der Mittelwerte im zeitlichen Verlauf findet sich im Anhang (siehe Abbildung A.6, Abbildung A.7 und Abbildung A.8).

Tabelle 3.13: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Skala **Assessment** des Locomotion-Assessment-Fragebogens und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

ASS		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.10	0.90	813.5	-0.02	0.02
	t0 : t2	0.01	0.97	844	0.00	0.01
	t1 : t2	-0.09	0.86	781	-0.01	-0.2
	t0 : t3	-0.49	0.54	774.5	-0.08	-0.14
	t1 : t3	-0.59	0.48	725	-0.09	-0.18
	t2 : t3	-0.51	0.68	795	-0.08	-0.14
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.15	0.65	273.5	-0.03	-0.01
	t0 : t2	0.61	0.58	290	-0.13	0.15
	t1 : t2	0.46	0.62	275.5	-0.10	0.13
	t0 : t3	-0.20	0.81	253	-0.04	-0.08
	t1 : t3	-0.35	0.61	230	-0.07	-0.07
	t2 : t3	-0.81	0.48	232	-0.17	-0.19
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	0.08	0.88	148	-0.02	0.03
	t0 : t2	-0.66	0.58	144	-0.16	-0.2
	t1 : t2	-0.75	0.42	128	-0.18	-0.28
	t0 : t3	-0.53	0.50	140	-0.13	-0.22
	t1 : t3	-0.61	0.60	136.5	-0.15	-0.311
	t2 : t3	0.13	0.82	169.5	-0.03	-0.02

Die Depressivität, gemessen durch die EPDS zeigt gruppenunabhängig in den Ergebnissen des Friedman-Tests keine signifikanten Veränderungen über den beobachteten Zeitraum ($Chi^2(3) = 7.09, p = .07$) (siehe Tabelle 3.7). Eine nähere Betrachtung durch den Wilcoxon-Rangsummentest bestätigt diese Annahme (siehe Tabelle 3.14). Die Berechnung des Effektstärkemaß d zeigt jedoch höhere Effekt von 0.41 für die Interventionsgruppe zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t3$, in dessen Verlauf die Summenwerte sinken und auf eine reduzierte Symptombelastung hindeuten. In der Kontrollgruppe zeigt sich ebenfalls ein Effekt mit -0.42 zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t2$, deren Mittelwerte im Verlauf steigen und auf eine gesteigerte Symptombelastung hindeuten. Die grafischen Darstellungen finden sich im Anhang (siehe Abbildung A.9, Abbildung

A.10 und Abbildung A.11).

Tabelle 3.14: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
EPDS						
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.20	0.88	815.5	-0.03	0.08
	t0 : t2	-0.10	0.76	807.5	-0.02	0.02
	t1 : t2	-0.30	0.79	771	-0.05	-0.07
	t0 : t3	1.01	0.35	942.5	-0.16	0.26
	t1 : t3	0.82	0.39	889	-0.13	0.20
	t2 : t3	1.12	0.26	961.5	-0.18	0.30
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.32	0.78	266	-0.07	0.16
	t0 : t2	0.94	0.60	289	-0.20	0.25
	t1 : t2	0.62	0.50	283	-0.13	0.1
	t0 : t3	1.31	0.25	317.5	-0.28	0.41
	t1 : t3	0.99	0.27	301.5	-0.21	0.31
	t2 : t3	0.37	0.72	281.5	-0.08	0.24
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	0.24	0.62	168.5	-0.06	-0.03
	t0 : t2	-0.94	0.33	131	-0.23	-0.42
	t1 : t2	-1.17	0.27	119.5	-0.28	-0.29
	t0 : t3	0.28	0.79	171	-0.07	0.04
	t1 : t3	0.05	0.95	155.5	-0.01	0.06
	t2 : t3	1.22	0.22	201	-0.30	0.37

Die Selbstwirksamkeit verändert sich signifikant im zeitlichen Verlauf gruppenunabhängig ($Chi^2(3) = 12.99, p = .005, \omega = .11$).

Bei der näheren Betrachtung durch den Wilcoxon-Rangsummentest kann dies jedoch nicht bestätigt werden (siehe Tabelle 3.15). Zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t3$ steigt die Selbstwirksamkeit in der gruppenunabhängigen Betrachtung jedoch an, was einen mittleren Effekt ($d = -0.41$) auslöst. Auch in der Interventionsgruppe ist dieser Effekt zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t2$ ($d = -0.46$) und zwischen $t0$ und $t3$ ($d = -0.43$) zu beobachten. Die Kontrollgruppe

weist ebenso einen mittleren Effekt zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$ ($d = -0.44$) und zwischen $t0$ und $t3$ ($d = -0.52$) auf. Die grafischen Darstellungen finden sich im Anhang (siehe Abbildung A.12, Abbildung A.13 und Abbildung A.14).

Tabelle 3.15: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung** (SWE) und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

SWE		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	-1.24	0.31	693	-0.20	-0.28
	t0 : t2	-1.46	0.20	703	-0.23	-0.37
	t1 : t2	-0.23	0.76	767	-0.04	-0.08
	t0 : t3	-1.77	0.06	641.5	-0.28	-0.41
	t1 : t3	-0.54	0.43	717	-0.09	-0.12
	t2 : t3	-0.31	0.74	805	-0.05	-0.04
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-0.78	0.49	222	-0.17	-0.28
	t0 : t2	-1.49	0.23	210	-0.32	-0.46
	t1 : t2	-0.71	0.57	227.5	-0.15	-0.17
	t0 : t3	-1.28	0.16	199.5	-0.27	-0.43
	t1 : t3	-0.50	0.51	223.5	-0.11	-0.15
	t2 : t3	0.21	0.84	274	-0.04	0.02
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-1.07	0.43	129	-0.26	-0.44
	t0 : t2	-0.65	0.53	142	-0.16	-0.32
	t1 : t2	0.42	0.91	157	-0.10	0.14
	t0 : t3	-1.24	0.24	125	-0.30	-0.52
	t1 : t3	-0.17	0.70	141	-0.04	-0.08
	t2 : t3	-0.59	0.60	145	-0.14	-0.22

Der Friedman-Test, der die Mittelwerte des Kohärenzgefühls im zeitlichen Verlauf untersucht, zeigt kein signifikantes Ergebnis ($Chi^2(3) = 5.17, p = .16$) (siehe Tabelle 3.7). Auch der anschließende Wilcoxon-Rangsummentest zeigt unabhängig und abhängig der Gruppen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwerten (siehe Tabelle 3.16). Werden lediglich die Effektstärken betrachtet, fallen die mittleren Effekte der Interventionsgruppe zwischen den

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

Messzeitpunkten t_0 und t_3 ($d = -0.54$) und zwischen t_1 und t_3 ($d = -0.46$) auf. In deren Verlauf steigen die Werte der Kohärenz an. Die grafischen Darstellungen finden sich im Anhang (siehe Abbildung A.15, Abbildung A.16 und Abbildung A.17).

Tabelle 3.16: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Kurzversion der **Sense of Coherence Scale** (SOC-L9) und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

SOC		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	-0.41	0.78	770.5	-0.07	-0.1
	t0 : t2	-0.55	0.70	798	-0.09	-0.13
	t1 : t2	-0.14	0.83	777	-0.02	-0.3
	t0 : t3	-1.45	0.10	661	-0.23	-0.42
	t1 : t3	-1.04	0.26	682	-0.17	-0.32
	t2 : t3	-0.90	0.32	733.5	-0.14	-0.3
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-0.15	0.99	254	-0.03	-0.11
	t0 : t2	-0.92	0.42	227.5	-0.20	-0.28
	t1 : t2	-0.77	0.38	214	-0.17	-0.19
	t0 : t3	-1.43	0.10	189.5	-0.30	-0.54
	t1 : t3	-1.28	0.18	193	-0.27	-0.46
	t2 : t3	-0.51	0.69	246	-0.11	-0.26
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.47	0.66	139	-0.11	-0.14
	t0 : t2	0.33	0.68	175.5	-0.08	0.1
	t1 : t2	0.79	0.39	179.5	-0.19	0.22
	t0 : t3	-0.52	0.60	145	-0.13	-0.27
	t1 : t3	-0.05	0.88	148	-0.01	-0.11
	t2 : t3	-0.84	0.29	128.5	-0.20	-0.39

Berücksichtigung der Messzeitpunkte t_0 und t_1 mit der Stichprobengröße $n = 55$

Aus der Entwicklung der Stichprobengröße wird deutlich, dass die Dropout-Rate nach der Geburt gestiegen ist. Um zeitliche Veränderungen in der Schwangerschaft zu untersuchen, kann eine größere Stichprobe in die Berechnungen integriert werden. Folglich kann von einer Stichpro-

Stichprobengröße von 55 ausgegangen werden, wobei 31 Frauen der Interventionsgruppe und 24 der Kontrollgruppe angehören. Die deskriptive Statistik der angepassten Stichprobe ist im Anhang ersichtlich (siehe Anhang für die gesamte Stichprobe A.1, für die Interventionsgruppe A.2 und für die Kontrollgruppe A.3).

Der durchgeführte Wilcoxon-Rangsummentest mit einer Stichprobengröße von $n = 55$ zeigt gruppenunabhängig zwischen dem Messzeitpunkt t_0 und t_1 bei keinem Faktor eine signifikante Veränderung an (siehe Tabelle 3.17). Zwischen dem Messzeitpunkt t_0 und t_1 steigt der Mittelwert der Selbstwirksamkeit an. In der Berechnung des Effektstärkemaß d kann ein kleiner Effekt erkannt werden ($d = -0.28$). Auch steigt der Mittelwert der Skala Pacing im Verlauf an, wodurch ebenfalls ein kleiner Effekt erkennbar wird ($d = -0.22$).

Tabelle 3.17: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$ gruppenunabhängig, $n = 55$

	Wilcoxon-Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-0.83	0.41	1373.5	-0.11	-0.22
PE	-0.49	0.62	1431	-0.07	-0.11
LAF					
LOC	-0.29	0.77	1464	-0.04	-0.12
ASS	0.13	0.90	1535	-0.02	0.03
EPDS	0.40	0.69	1579	-0.05	0.12
SWE	-1.41	0.16	1277.5	-0.19	-0.28
SOC-L9	-0.35	0.73	1454	-0.05	-0.06
Bewegung					
leicht	0.73	0.46	1635	-0.10	0.14
mittel	1.32	0.19	1730	-0.18	0.18
hoch	0.82	0.41	1640.5	-0.11	0.14
Entspannung	-0.49	0.63	1431.5	-0.07	0.01
Einschätzung					
physischer GZ	0.34	0.74	1566	-0.05	-0.06
psychischer GZ	0.30	0.77	1561	-0.04	0.06
Zufriedenheit	0.51	0.61	1592.5	-0.07	0.14

Auch in der Betrachtung der Interventionsgruppe können keine signifikanten Veränderungen in der Schwangerschaft identifiziert werden (siehe Tabelle 3.18). Auch hier können lediglich kleine Effekte berechnet werden. Im Verlauf steigen auch die Mittelwerte der Skala Pacing ($d = -0.24$), der Skala Positive Experience ($d = -0.25$) und die Selbstwirksamkeit ($d = -0.21$). die Minuten körperlicher Aktivität mittlerer Intensität ($d = -0.33$) und die Minuten aktiver Entspannung ($d = -0.26$) sinken jedoch. Außerdem kann ein Rückgang der depressiven Symptomatik mit einem kleinen Effekt identifiziert werden ($d = 0.20$)

Tabelle 3.18: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$ der Interventionsgruppe, $n = 31$

	Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-0.86	0.39	419.5	-0.15	-0.24
PE	-1.02	0.31	409	-0.18	-0.25
LAF					
LOC	-0.16	0.88	469.5	-0.03	-0.09
ASS	0.35	0.73	505.5	-0.06	0.05
EPDS	0.71	0.48	531	-0.13	0.20
SWE	-0.64	0.53	435.5	-0.11	-0.21
SOC-L9	-0.20	0.85	466.5	-0.04	-0.06
Bewegung					
leicht	0.91	0.37	545	-0.16	0.07
mittel	0.77	0.45	534.5	-0.14	0.33
hoch	0.67	0.51	525	-0.12	0.19
Entspannung	-0.49	0.63	446	-0.09	-0.26
Einschätzung					
physischer GZ	-0.07	0.95	475.5	-0.01	-0.08
psychischer GZ	0.03	0.98	482.5	-0.01	0.07
Zufriedenheit	-0.05	0.96	477	-0.01	-0.03

Wird die Kontrollgruppe separat betrachtet, zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Veränderungen zwischen $t0$ und $t1$ (siehe Tabelle 3.19). Wie in der Interventionsgruppe steigt auch in der Kontrollgruppe die Selbstwirksamkeit an und es kann ein mittlerer Effekt beobachtet werden ($d = -0.43$). Ein kleiner Effekt kann in der Steigung der Skala Pacing verzeichnet werden ($d = -0.20$). Die Minuten körperlicher Aktivität leichter Intensität sinken ab und zeigen lediglich einen kleinen Effekt ($d = -0.21$). Die Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand sinkt ebenfalls in der Kontrollgruppe ab. Es zeigt sich ein kleiner Effekt ($d = 0.35$).

Tabelle 3.19: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] der validierten Messinstrumente und des Gesundheitsverhaltens zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$ der Kontrollgruppe, $n = 24$

	Wilcoxon-Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-0.31	0.76	273	-0.06	-0.2
PE	0.44	0.67	309	-0.09	0.13
LAF					
LOC	-0.45	0.66	266	-0.09	-0.16
ASS	-0.20	0.85	278.5	-0.04	0
EPDS	0.15	0.89	295	-0.03	-0.03
SWE	-1.61	0.11	210.5	-0.33	-0.43
SOC-L9	-0.23	0.83	277	-0.05	-0.06
Bewegung					
leicht	0.22	0.84	298.5	-0.04	0.21
mittel	1.02	0.31	337	-0.21	0.02
hoch	0.47	0.65	309	-0.10	0.07
Entspannung	-0.19	0.86	279	-0.04	0.15
Einschätzung					
physischer GZ	0.60	0.55	315.5	-0.12	-0.04
psychischer GZ	0.48	0.86	310	-0.10	0.04
Zufriedenheit	0.85	0.40	326	-0.17	0.35

Gesundheitsverhalten

Zu den Ergebnisdarstellungen des Gesundheitsverhaltens zählen im Folgenden die Minuten körperlicher Aktivitäten nach Intensitätsstufen sowie der Entspannung. Des Weiteren werden Veränderungen der Einschätzung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden Zufriedenheit betrachtet.

Körperliche Aktivität

Die körperliche Aktivität wird in drei Intensitätsstufen unterschieden und entsprechend im nachfolgenden dargestellt. Für die gesamte Stichprobe zeigt die Variable der **leichten Intensität**

signifikante Veränderungen im zeitlichen Verlauf an ($Chi^2(3) = 9.18, p = .03$) (siehe Tabelle 3.7). Der Wilcoxon-Rangsummentest zeigt für die gesamte Stichprobe signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 3.20). Der Mittelwert steigt signifikant zwischen dem Messzeitpunkt t_0 und t_3 an ($d = -0.88$), sowie zwischen dem Messzeitpunkt t_1 und t_3 ($d = -0.77$), was auch in der grafischen Darstellung auffällt (siehe Abbildung 3.8).

Tabelle 3.20: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe zu **Bewegung leichter Intensität pro Woche** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
sport light						
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.71	0.36	894.5	-0.11	0.08
	t0 : t2	-0.53	0.47	763	-0.09	-0.32
	t1 : t2	-1.25	0.12	639.5	-0.20	-0.32
	t0 : t3	-1.93	0.04	620	-0.31	-0.88
	t1 : t3	-2.65	0.01	527.5	-0.42	-0.77
	t2 : t3	-1.40	0.29	725	-0.22	-0.38
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.79	0.44	207	-0.17	0.12
	t0 : t2	-0.41	0.54	183.5	-0.09	-0.10
	t1 : t2	-1.26	0.16	171.5	-0.27	-0.17
	t0 : t3	-1.33	0.13	149.5	-0.28	-0.46
	t1 : t3	-2.20	0.02	134	-0.47	-0.46
	t2 : t3	-0.96	0.41	226.5	-0.20	-0.34
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.24	1.00	152.5	-0.06	-0.09
	t0 : t2	-1.19	0.26	126	-0.29	-0.68
	t1 : t2	-1.00	0.23	116.5	-0.24	-0.59
	t0 : t3	-2.04	0.09	107.5	-0.50	-1.38
	t1 : t3	-1.90	0.08	99	-0.46	-1.28
	t2 : t3	-0.90	0.55	142.5	-0.22	-0.44

In der Interventionsgruppe steigt der Mittelwert zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_3 ebenfalls an, was durch einen mittleren Effekt unterstützt wird ($d = -0.46$) (siehe Abbildung 3.9). Darüber hinaus sind weitere Effekte in der Interventionsgruppe ersichtlich, wie beispielsweise

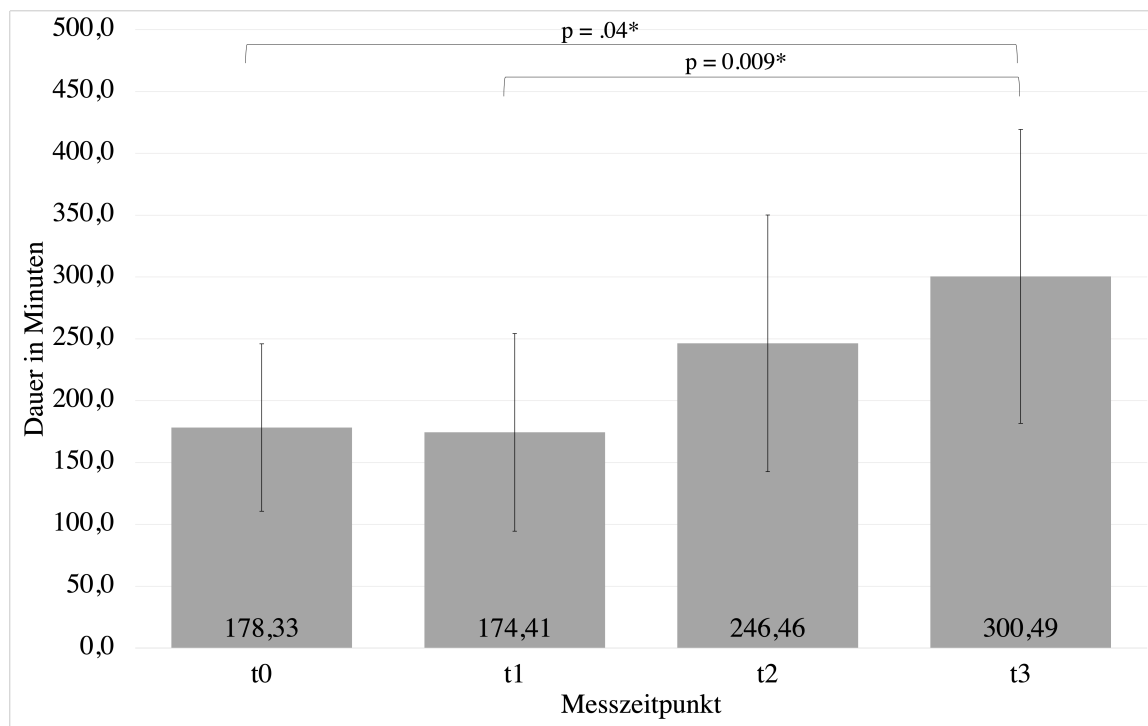


Abbildung 3.8: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung leichter Intensität** im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, $n = 39$

zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t3$ ($d = -0.46$). Auch in der Kontrollgruppe sind starke Effekte zu identifizieren. Diese werden sichtbar zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t2$ ($d = -0.68$), zwischen $t1$ und $t2$ ($d = -0.59$), zwischen $t0$ und $t3$ ($d = -1.38$), zwischen $t1$ und $t3$ ($d = -1.28$) und zwischen $t2$ und $t3$ ($d = -0.44$) (siehe Abbildung 3.10).

In der statistischen Betrachtung durch den Friedman-Test der körperlichen Aktivität mittlerer Intensität werden signifikante Veränderungen sichtbar ($Chi^2(3) = 11.06, p = .01$) (siehe Tabelle 3.7). Der nachfolgende Wilcoxon-Rangsummentest offenbart für die gesamte Stichprobe eine signifikante Reduktion der Minuten zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t2$ ($d = 0.56$) sowie zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.28$) (siehe Tabelle 3.21). Zwischen $t2$ und $t3$ steigen die Minuten jedoch wieder signifikant an ($d = 1.00$). Zwischen $t1$ und $t3$ ist jedoch ein mittlerer Effekt zu sehen ($d = 0.51$) (siehe Abbildung 3.11).

Auch in der Kontrollgruppe sind signifikante Veränderungen sichtbar. Zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t2$ sinken die Minuten ab ($d = 0.79$), ebenso wie zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.50$). Zwischen $t2$ und $t3$ steigen die Minuten signifikant an ($d = -0.88$) (siehe Abbildung 3.13). In der Interventionsgruppe sind keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen, jedoch werden nichtsdestotrotz starke Effekte berechnet. Diese lassen sich zwischen $t1$ und $t3$ ($d = -1.40$) und zwischen $t2$ und $t3$ ($d = -1.09$) identifizieren (siehe Abbildung 3.12).

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

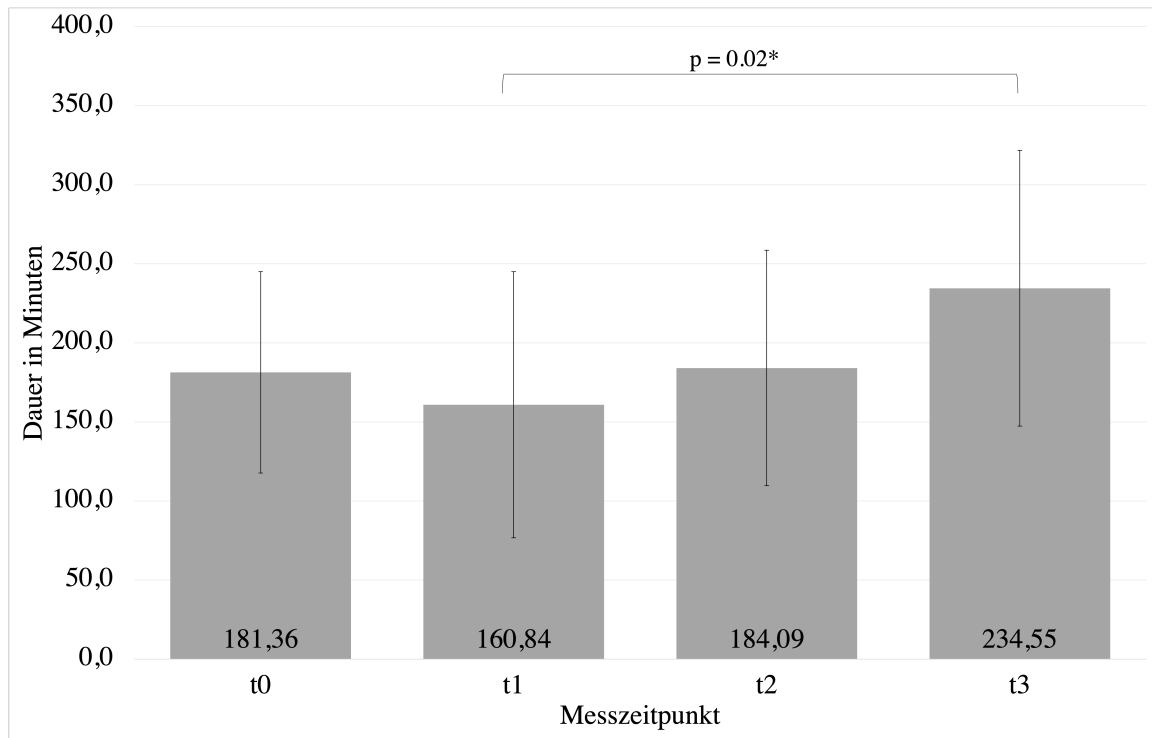


Abbildung 3.9: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung leichter Intensität** im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

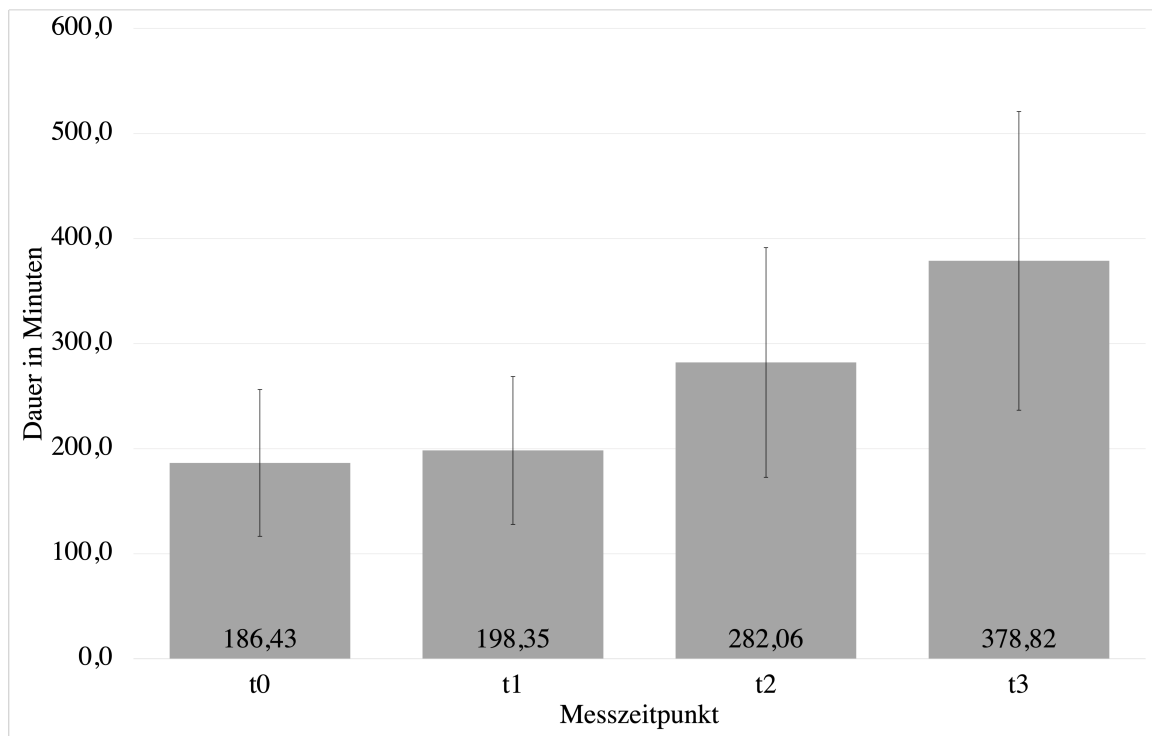


Abbildung 3.10: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung leichter Intensität** im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17

Tabelle 3.21: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe zu **Bewegung mittlerer Intensität pro Woche** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon-Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
sport mid		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	1.39	0.11	961.5	-0.22	0.36
	t0 : t2	2.94	0.00	1165.5	-0.47	0.56
	t1 : t2	1.54	0.05	994	-0.25	0.28
	t0 : t3	0.40	0.37	935.5	-0.06	-0.01
	t1 : t3	-0.99	0.31	694.5	-0.16	-0.51
	t2 : t3	-2.53	0.01	561.5	-0.41	-1.00
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.66	0.41	265	-0.14	0.38
	t0 : t2	1.13	0.15	314	-0.24	0.36
	t1 : t2	0.46	0.44	273.5	-0.10	-0.03
	t0 : t3	-0.56	0.84	244	-0.12	-0.34
	t1 : t3	-1.23	0.14	178.5	-0.26	-1.40
	t2 : t3	-1.71	0.07	185	-0.37	-1.09
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	1.21	0.30	184.5	-0.29	0.34
	t0 : t2	2.99	0.00	252.5	-0.73	0.79
	t1 : t2	1.78	0.05	208	-0.43	0.50
	t0 : t3	1.20	0.10	214	-0.29	0.42
	t1 : t3	0.00	0.95	155.5	0.00	0.08
	t2 : t3	-1.79	0.05	102.5	-0.43	-0.88

Der Friedman-Test offenbart für die gesamte Stichprobe im zeitlichen Verlauf keine signifikanten Veränderungen der Minuten körperlicher Aktivität mit hoher Intensität ($Chi^2(3) = 21.94, p = .07$) (siehe Tabelle 3.7). Jedoch in der separaten Betrachtung der Gruppen scheint doch eine Veränderungen vorhanden zu sein. In der Interventionsgruppe zeigt der Friedman-Test die Veränderungen an ($Chi^2(3) = 11.22, p = .01$) (siehe Tabelle 3.8) sowie in der Kontrollgruppe ($Chi^2(3) = 13.53, p = .00$) (siehe Tabelle 3.9). Aus den Ergebnissen des Wilcoxon-Rangsummentests der gesamten Stichprobe zeigt sich eine signifikante Reduktion der Minuten zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.47$), zwischen $t0$ und $t3$ ($d = 0.41$) und zwischen $t1$ und $t3$ ($d = 0.28$) (siehe Abbildung 3.14). Darüber hinaus ist ein mittlerer Effekte zwischen $t0$ und $t2$ zu sehen (d

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

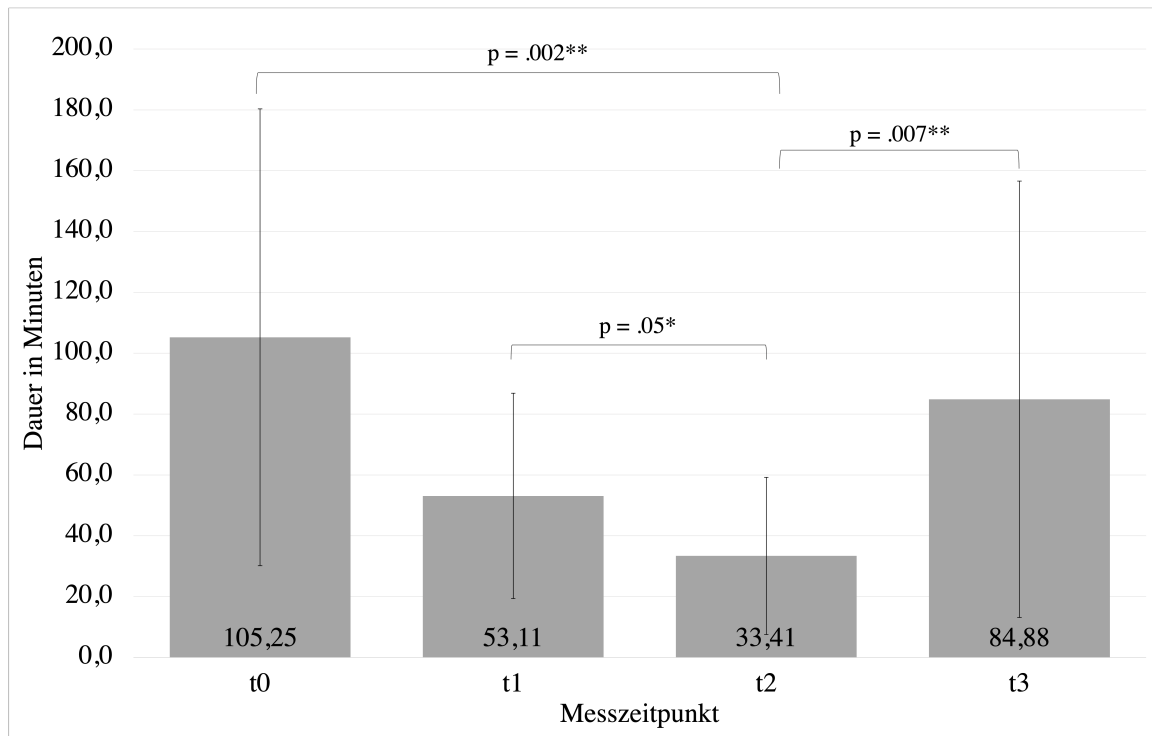


Abbildung 3.11: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung mittlerer Intensität** im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

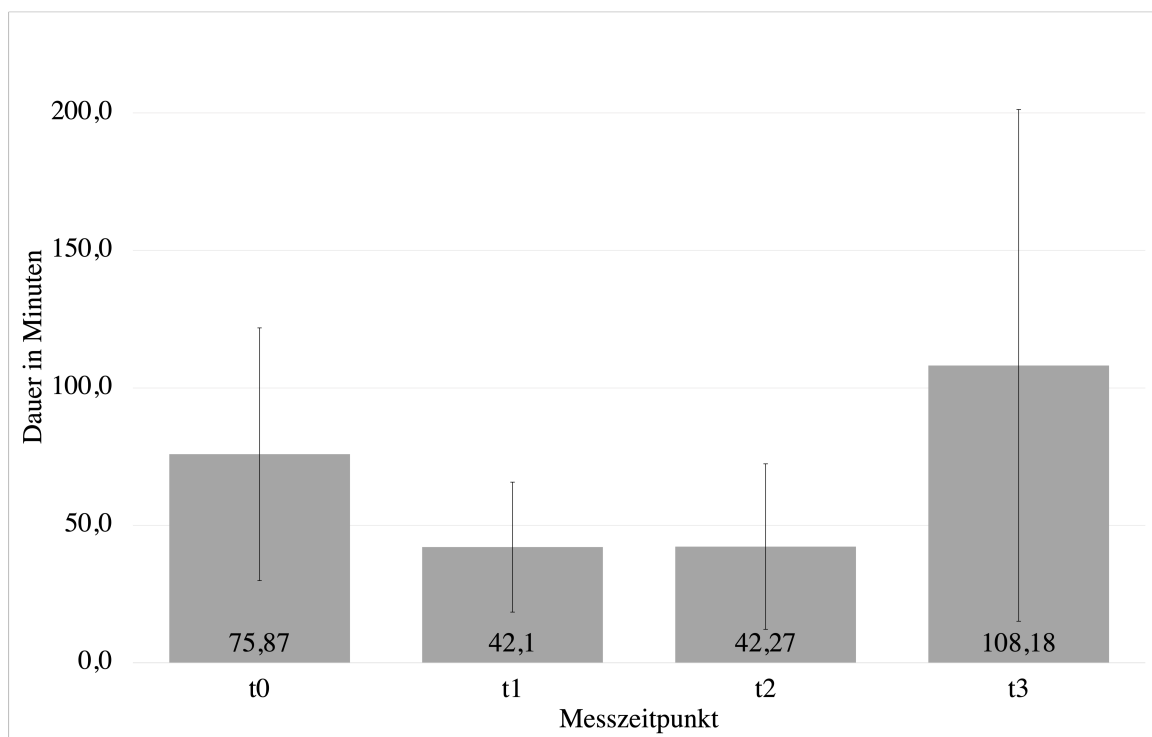


Abbildung 3.12: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung mittlerer Intensität** im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

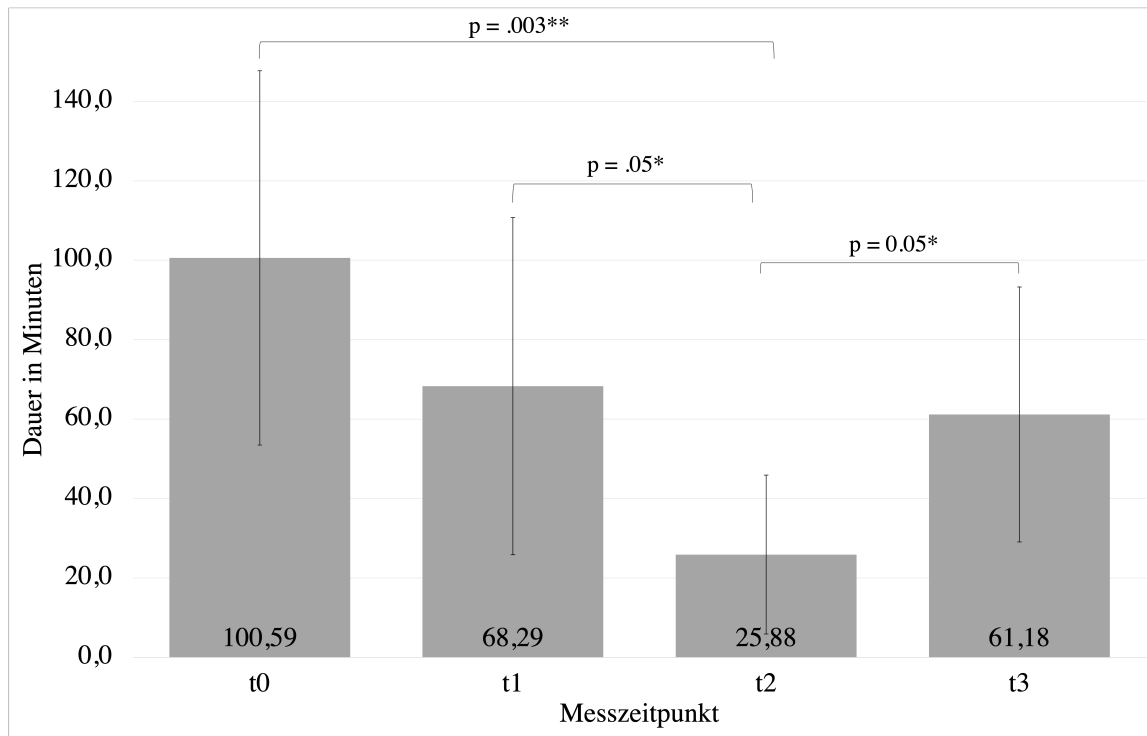


Abbildung 3.13: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung mittlerer Intensität** im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

= 0.59) (siehe Tabelle 3.22). Wird lediglich die Interventionsgruppe betrachtet reduzierten sich hier ebenfalls die Minuten zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t3$ ($d = 0.53$), zwischen $t0$ und $t2$ ($d = 0.44$) und zwischen $t1$ und $t3$ ($d = 0.44$) (siehe Abbildung 3.15). In der Kontrollgruppe reduzieren sich ebenfalls die Minuten zwischen $t0$ und $t2$ ($d = 0.78$) und zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.61$), zwischen $t2$ und $t3$ steigen die Minuten signifikant an ($d = -1.78$) (siehe Abbildung 3.16). Insbesondere der Effekt im Wochenbett ist als stark einzuschätzen.

Tabelle 3.22: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe zu **Bewegung hoher Intensität pro Woche** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
sport high		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.65	0.55	858	-0.10	0.14
	t0 : t2	3.85	0.07	1201.5	-0.62	0.59
	t1 : t2	3.20	0.00	1100.5	-0.51	0.47
	t0 : t3	2.76	0.01	1104	-0.44	0.41
	t1 : t3	2.11	0.03	1002.5	-0.34	0.28
	t2 : t3	-1.10	0.18	741.5	-0.18	-0.33
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.38	0.64	261	-0.08	0.15
	t0 : t2	2.38	0.01	364.5	-0.51	0.44
	t1 : t2	1.99	0.06	309.5	-0.43	0.34
	t0 : t3	2.50	0.01	369	-0.53	0.53
	t1 : t3	2.12	0.03	317.5	-0.45	0.44
	t2 : t3	0.12	0.93	267.5	-0.03	0.14
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	0.55	0.69	165	-0.13	0.11
	t0 : t2	3.10	0.00	243	-0.75	0.78
	t1 : t2	2.55	0.00	224.5	-0.62	0.61
	t0 : t3	1.34	0.23	196.5	-0.33	0.22
	t1 : t3	0.79	0.39	177	-0.19	0.10
	t2 : t3	-1.76	0.04	117	-0.43	-1.78

Entspannung

Die Minuten der aktiven Entspannung zeigen über den Verlauf signifikante Veränderung für die gesamte Stichprobe ($Chi^2(3) = 25.91, p = .00$) (siehe Tabelle 3.7). Auch in der gruppenspezifischen Betrachtung wird dies deutlich (siehe Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9). Durch den nachfolgenden Wilcoxon-Rangsummentest werden diese Veränderungen deutlich (siehe Tabelle 3.23). Für die gesamte Stichprobe zeigen sich Reduktionen der Minuten zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t2$ ($d = .43$), zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.65$), zwischen $t0$ und $t3$ ($d = .38$) und zwischen $t1$ und $t3$ ($d = 0.57$) (siehe Abbildung 3.17). Das gleiche Bild zeigt sich in der Interventionsgruppe. Auch hier reduzieren sich die Minuten signifikant zwischen $t0$ und $t2$ ($d =$

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

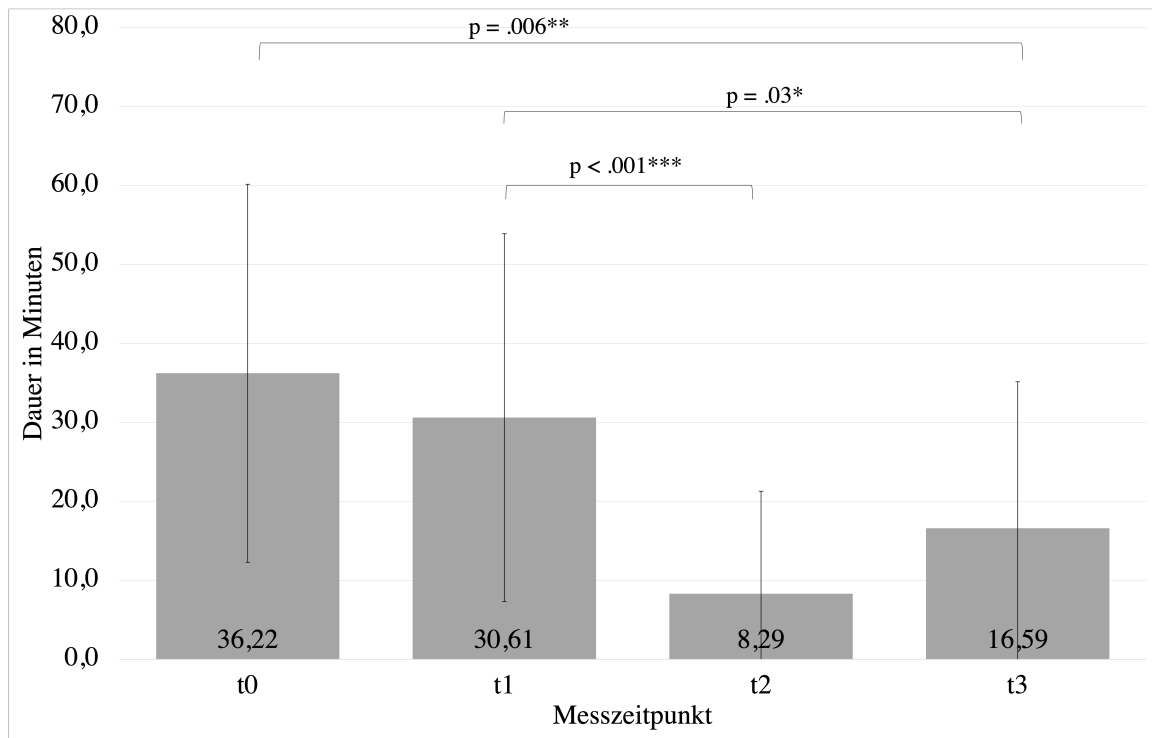


Abbildung 3.14: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung hoher Intensität** im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

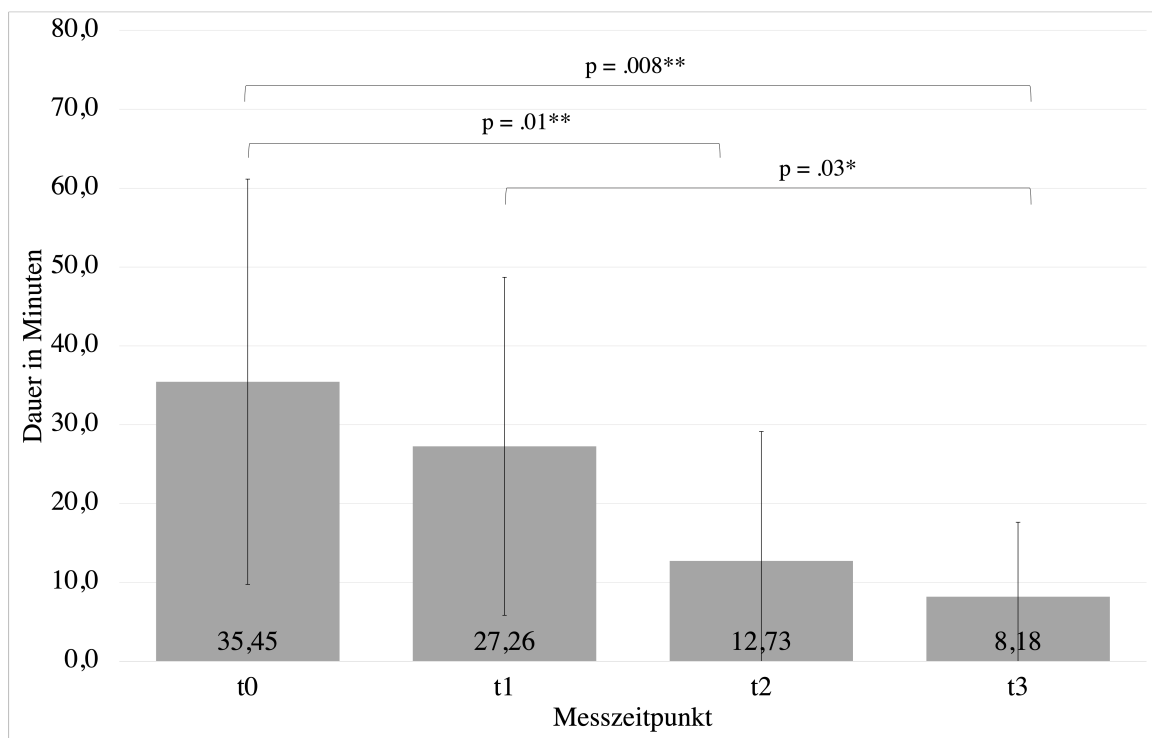


Abbildung 3.15: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung hoher Intensität** im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

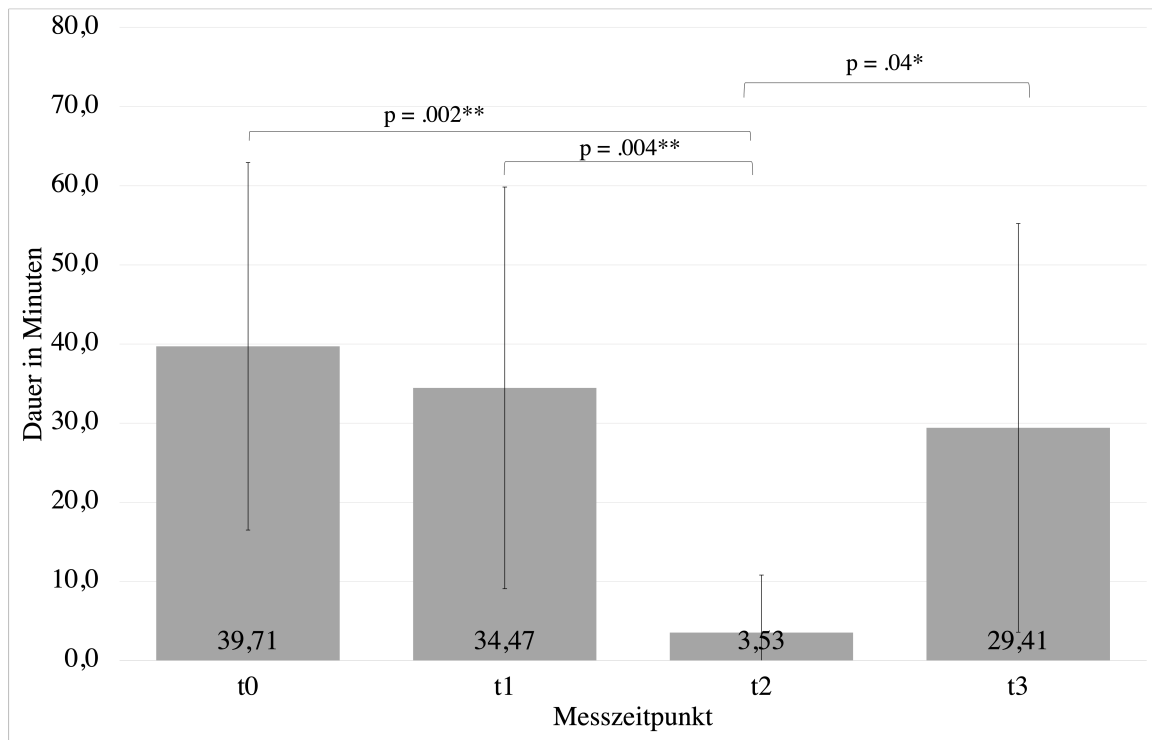


Abbildung 3.16: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **Bewegung hoher Intensität** im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

0.57), zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.66$) sowie zwischen $t1$ und $t3$ ($d = 0.64$) (siehe Abbildung 3.18). Diese Effekte sind als mittel einzuschätzen. Außerdem ist ein mittlerer Effekt zwischen $t0$ und $t1$ auffällig ($d = -0.47$), bei dem die Minuten im Verlauf steigen. Auch zwischen $t0$ und $t3$ ist ein mittlerer Effekt sichtbar ($d = 0.68$).

In der Kontrollgruppe sind keine signifikanten Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten zu finden, jedoch werden hier auch mittlere Effekte identifiziert. Zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t2$ ($d = 0.45$) reduzieren sich die Minuten, ebenso wie zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.61$) und zwischen $t1$ und $t3$ ($d = 0.47$) (siehe Abbildung 3.19).

Tabelle 3.23: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten der Minutenangabe **aktiver Entspannung pro Woche** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

Entspannung		Wilcoxon-Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	-0.83	0.61	746.5	-0.13	0.01
	t0 : t2	2.99	0.00	1157.5	-0.48	0.43
	t1 : t2	3.82	0.00	1170	-0.61	0.65
	t0 : t3	2.28	0.04	1062.5	-0.36	0.38
	t1 : t3	3.11	0.01	1079	-0.50	0.57
	t2 : t3	-0.71	0.31	736	-0.11	-0.12
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-0.79	0.56	216	-0.17	-0.47
	t0 : t2	2.45	0.01	382.5	-0.52	0.57
	t1 : t2	3.24	0.00	377	-0.69	0.66
	t0 : t3	1.83	0.07	346	-0.39	0.68
	t1 : t3	2.62	0.02	341.5	-0.56	0.64
	t2 : t3	-0.63	0.26	217	-0.13	-0.05
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.38	0.93	150	-0.09	0.19
	t0 : t2	1.74	0.13	209	-0.42	0.45
	t1 : t2	2.12	0.07	207.5	-0.52	0.61
	t0 : t3	1.36	0.25	198	-0.33	0.39
	t1 : t3	1.74	0.18	193.5	-0.42	0.47
	t2 : t3	-0.38	0.77	152.5	-0.09	-0.25

Physische und psychischer Gesundheitszustand

Die Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes über den zeitlichen Verlauf verändert sich laut den Ergebnissen des Friedman-Tests für die gesamte Stichprobe ($Chi^2(3) = 14.79, p = .00$) (siehe Tabelle 3.7). Auch in der Interventionsgruppe zeigen sich signifikante Veränderungen, jedoch nicht in der Kontrollgruppe (siehe Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9). Durch den Wilcoxon-Rangsummentest können die Unterschiede deutlich gemacht werden (siehe Tabelle 3.24). Für die gesamte Stichprobe zeigt sich, dass die Probandinnen ihren physischen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt $t2$ signifikant schlechter einschätzen als zu $t0$ ($d = -.38$) und zu $t1$ ($d = -0.36$). Diese Effekt sind eher als klein einzuschätzen. Außerdem schätzen die Frauen ihren physischen

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

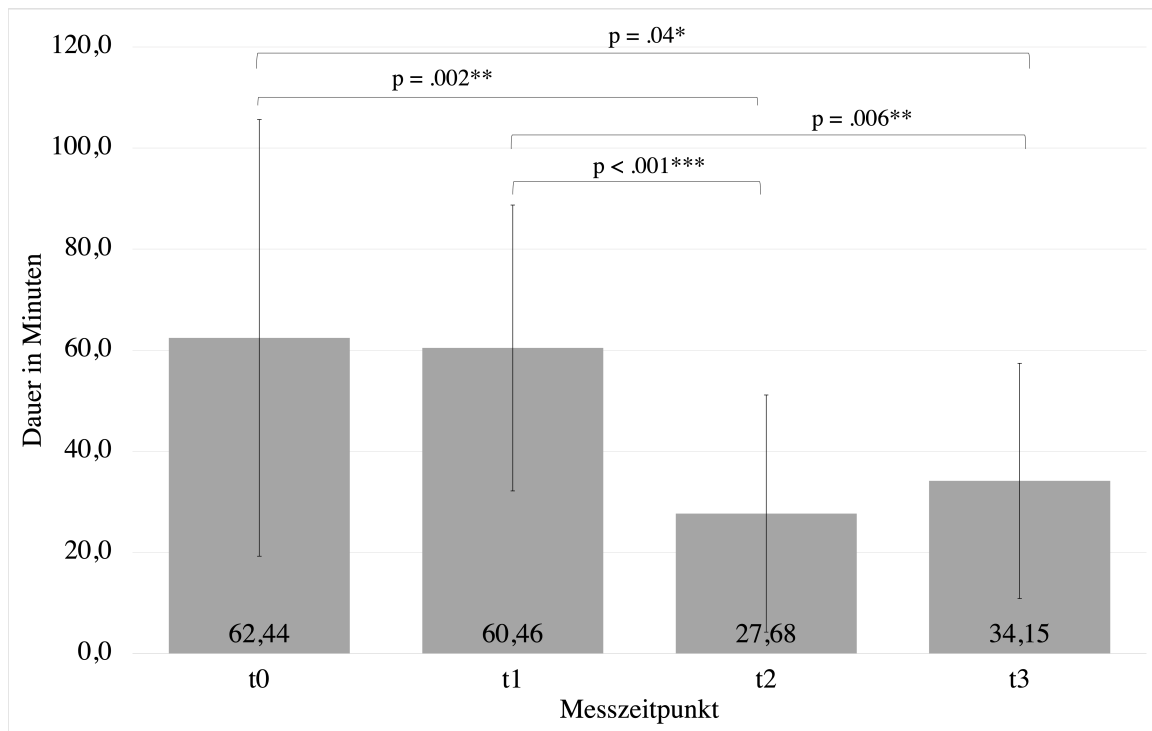


Abbildung 3.17: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **aktiver Entspannung** im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

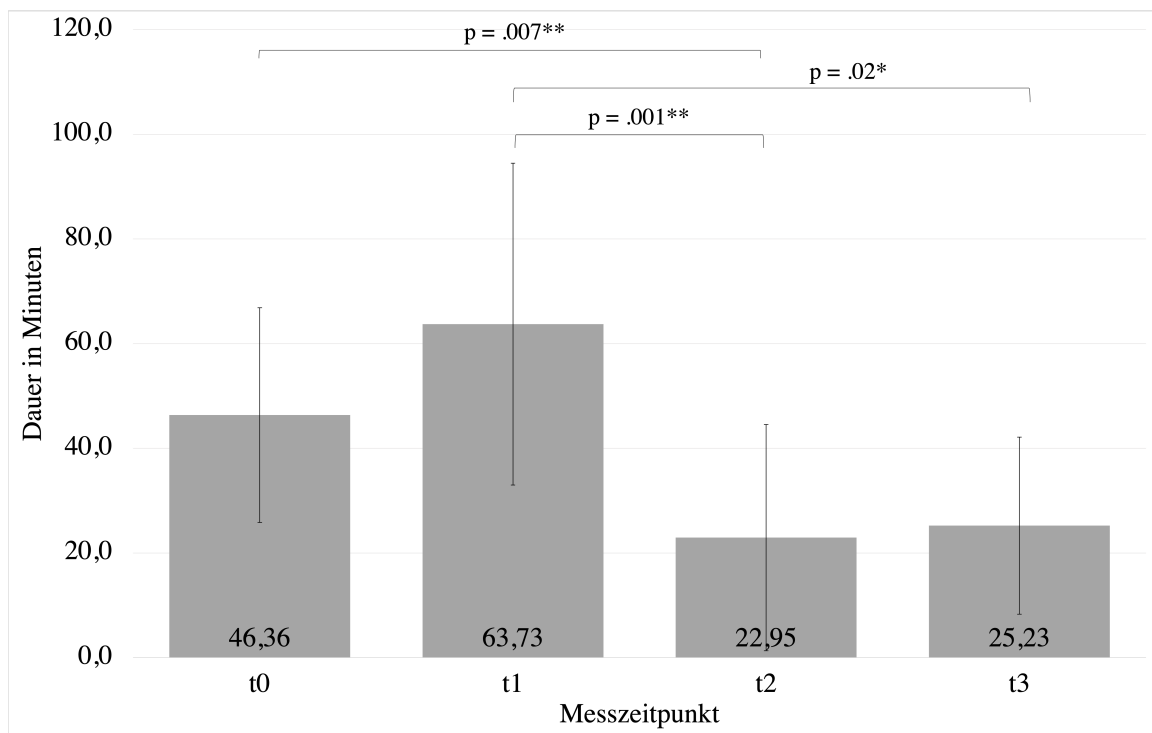


Abbildung 3.18: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **aktiver Entspannung** im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

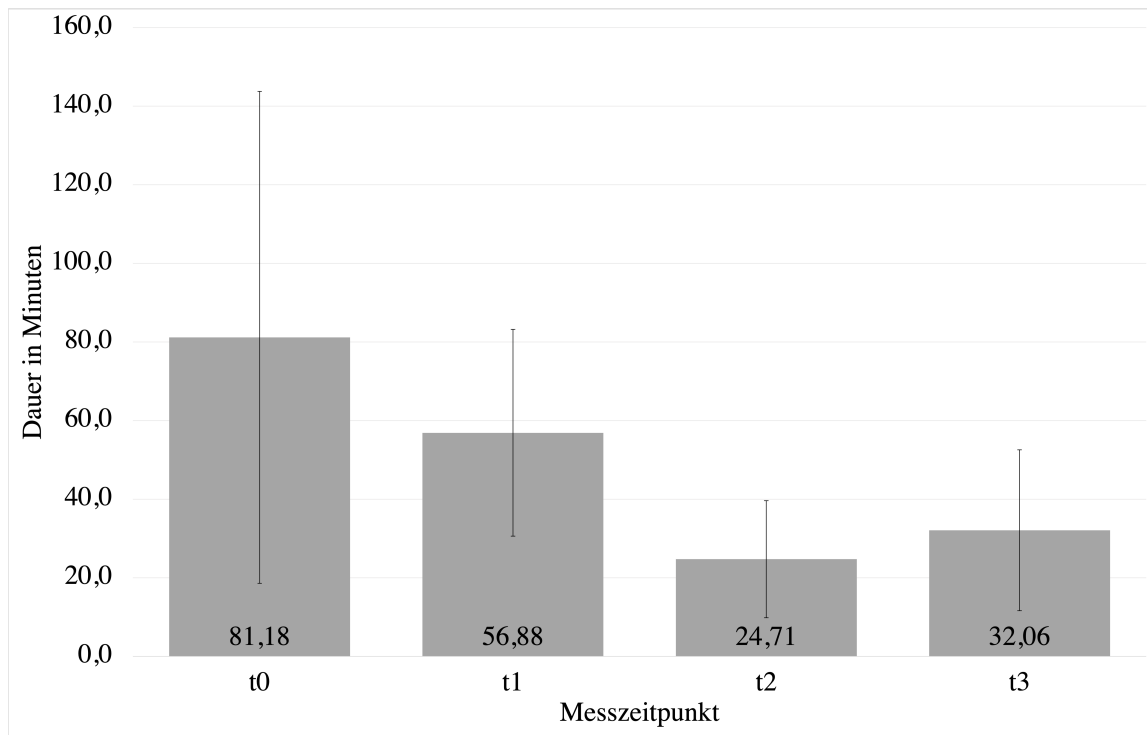


Abbildung 3.19: Die Mittelwerte der Minuten wöchentlicher **aktiver Entspannung** im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

Gesundheitszustand zwischen $t1$ und $t3$ ebenfalls signifikant schlechter ein ($d = 0.08$). Dieser Effekt ist jedoch als sehr gering einzuschätzen (siehe Abbildung 3.20). In der Interventionsgruppe geben die Probandinnen eine signifikante Verschlechterung zwischen den Messzeitpunkten $t0$ und $t2$ ($d = -0.16$) und zwischen $t1$ und $t2$ ($d = -0.11$) an (siehe Abbildung 3.21). Diese Effekte sind jedoch als klein einzuordnen. In der Kontrollgruppe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 3.22). Jedoch können mittlere Effekte zwischen $t0$ und $t2$ ($d = -0.57$) und zwischen $t1$ und $t2$ ($d = -0.50$) festgestellt werden, die ebenfalls auf eine schlechtere Einschätzung hindeuten.

Tabelle 3.24: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten zur **Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

satis_phy		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.58	0.42	879.5	-0.09	0.03
	t0 : t2	-2.23	0.01	581	-0.36	-0.38
	t1 : t2	-2.81	0.01	530	-0.45	-0.36
	t0 : t3	-1.35	0.09	668.5	-0.22	-0.06
	t1 : t3	-1.93	0.05	602	-0.31	-0.08
	t2 : t3	0.88	0.23	965.5	-0.14	0.30
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-0.10	0.92	205	-0.02	-0.05
	t0 : t2	-2.09	0.04	137.5	-0.45	-0.16
	t1 : t2	-1.99	0.05	169.5	-0.42	-0.11
	t0 : t3	-1.08	0.22	170.5	-0.23	-0.03
	t1 : t3	-0.99	0.34	211.5	-0.21	0.02
	t2 : t3	1.01	0.17	325.5	-0.21	0.15
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	0.82	0.24	186.5	-0.20	0.21
	t0 : t2	-0.99	0.31	131.5	-0.24	-0.57
	t1 : t2	-1.90	0.07	100.5	-0.46	-0.50
	t0 : t3	-0.83	0.35	135	-0.20	-0.33
	t1 : t3	-1.74	0.07	100.5	-0.42	-0.35
	t2 : t3	0.16	0.81	169.5	-0.04	0.15

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

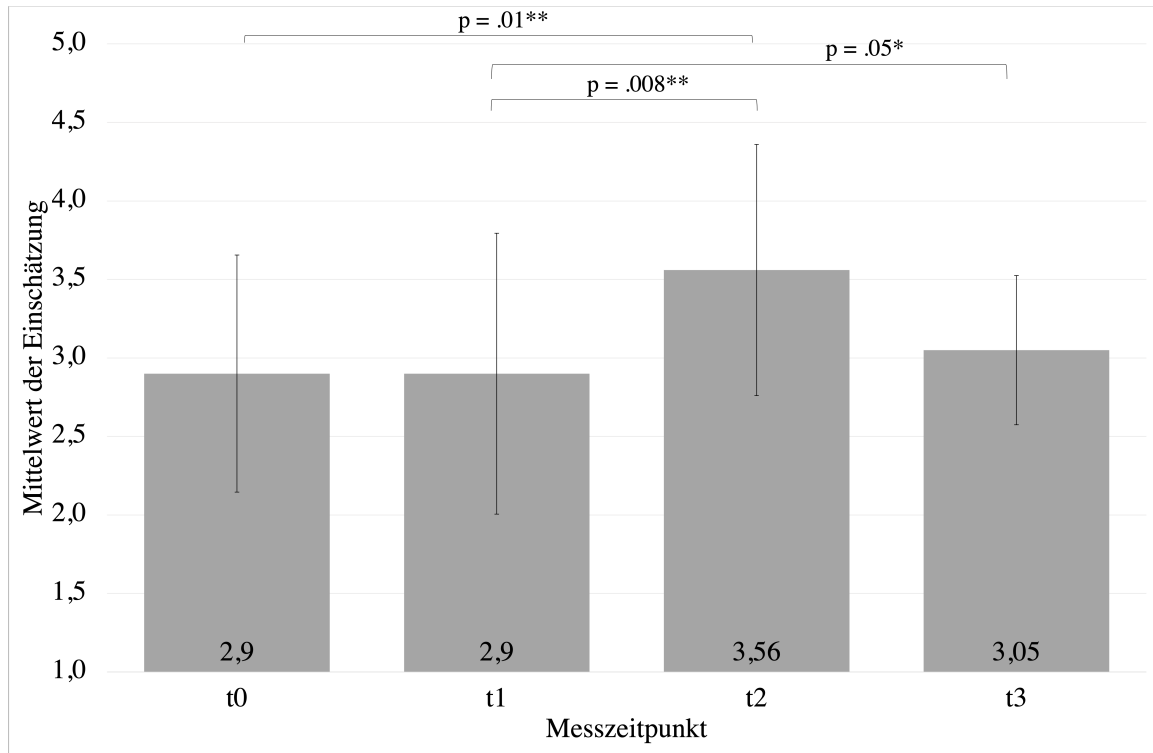


Abbildung 3.20: Die Mittelwerte der Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

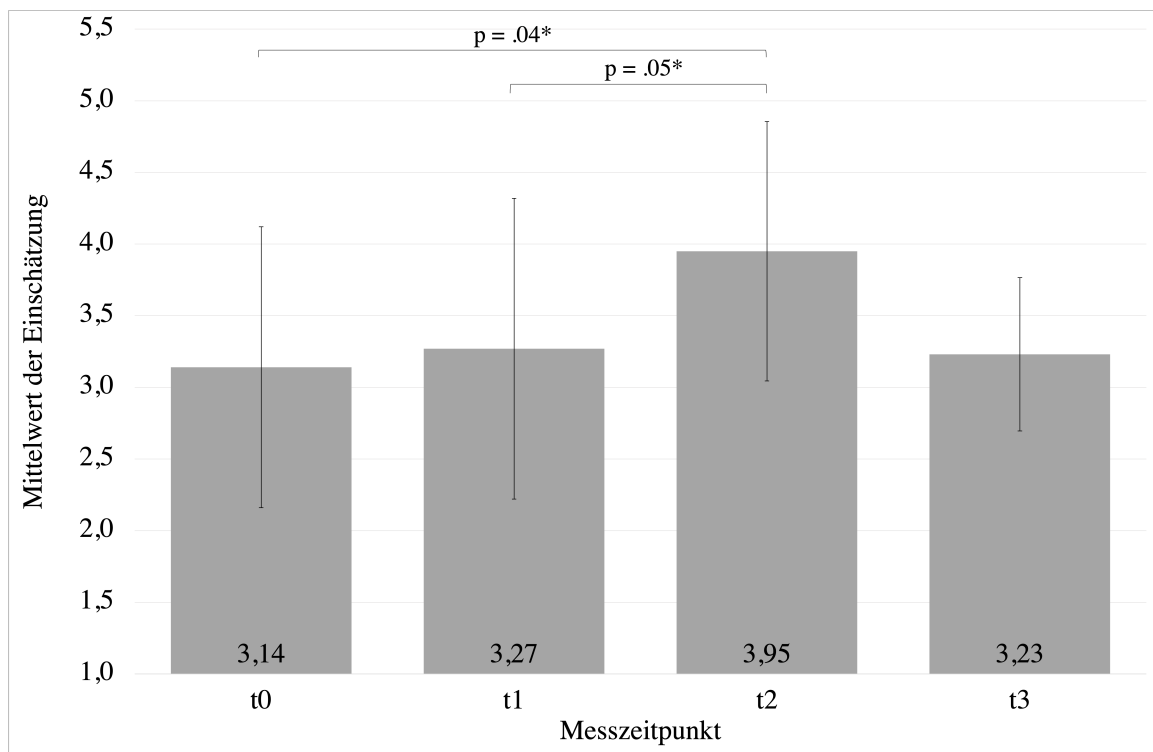


Abbildung 3.21: Die Mittelwerte der Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

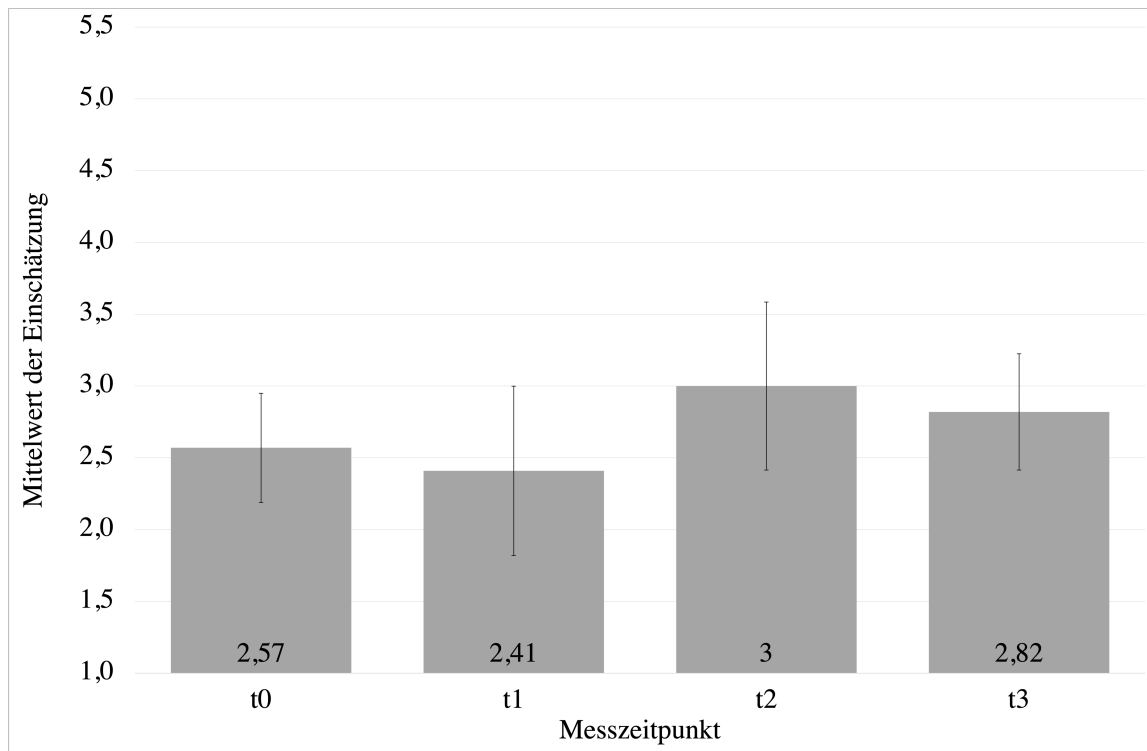


Abbildung 3.22: Die Mittelwerte der Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

Die Wahrnehmung des psychischen Gesundheitszustandes über den zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe zeigen keine signifikanten Unterschiede ($Chi^2(3) = 3.95, p = .27$) (siehe Tabelle 3.7). Auch in der separaten Gruppeneinteilung ist kein Unterschied zu erkennen (siehe Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9).

In folgenden Wilcoxon-Rangsummentest werden weder gruppenunabhängig, noch in der Interventions- oder Kontrollgruppe signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Messzeitpunkten identifiziert (siehe Tabelle 3.25). Die berechnete Effektstärke für die gesamte Stichprobe zwischen $t1$ und $t2$ ist als klein einzuschätzen ($d = -0.30$). Es zeigen sich jedoch in der Kontrollgruppe moderate Effekte zwischen $t0$ und $t2$ ($d = -0.54$) und zwischen $t1$ und $t2$ ($d = -0.45$). Diese weisen darauf hin, dass die Probandinnen ihren psychischen Gesundheitszustand nach der Geburt als schlechter einschätzen als davor (siehe Abbildung 3.23).

Tabelle 3.25: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten zur **Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
satis_psy						
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	0.39	0.82	822.5	-0.06	0.10
	t0 : t2	-0.66	0.47	764.5	-0.11	-0.18
	t1 : t2	-1.05	0.32	697.5	-0.17	-0.30
	t0 : t3	0.09	0.96	846	-0.01	0.07
	t1 : t3	-0.30	0.86	781.5	-0.05	-0.03
	t2 : t3	0.75	0.38	934	-0.12	0.23
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	0.11	0.94	212.5	-0.02	0.13
	t0 : t2	-0.35	0.65	200.5	-0.07	-0.06
	t1 : t2	-0.47	0.53	225.5	-0.10	-0.23
	t0 : t3	0.26	0.96	228	-0.06	0.17
	t1 : t3	0.16	0.91	258.5	-0.03	0.05
	t2 : t3	0.63	0.44	299.5	-0.13	0.25
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	0.15	0.80	161	-0.04	-0.02
	t0 : t2	-0.87	0.56	143.5	-0.21	-0.54
	t1 : t2	-1.08	0.46	131	-0.26	-0.45
	t0 : t3	-0.42	0.81	154	-0.10	0.25
	t1 : t3	-0.61	0.79	144.5	-0.15	-0.19
	t2 : t3	0.47	0.65	176.5	-0.11	0.21

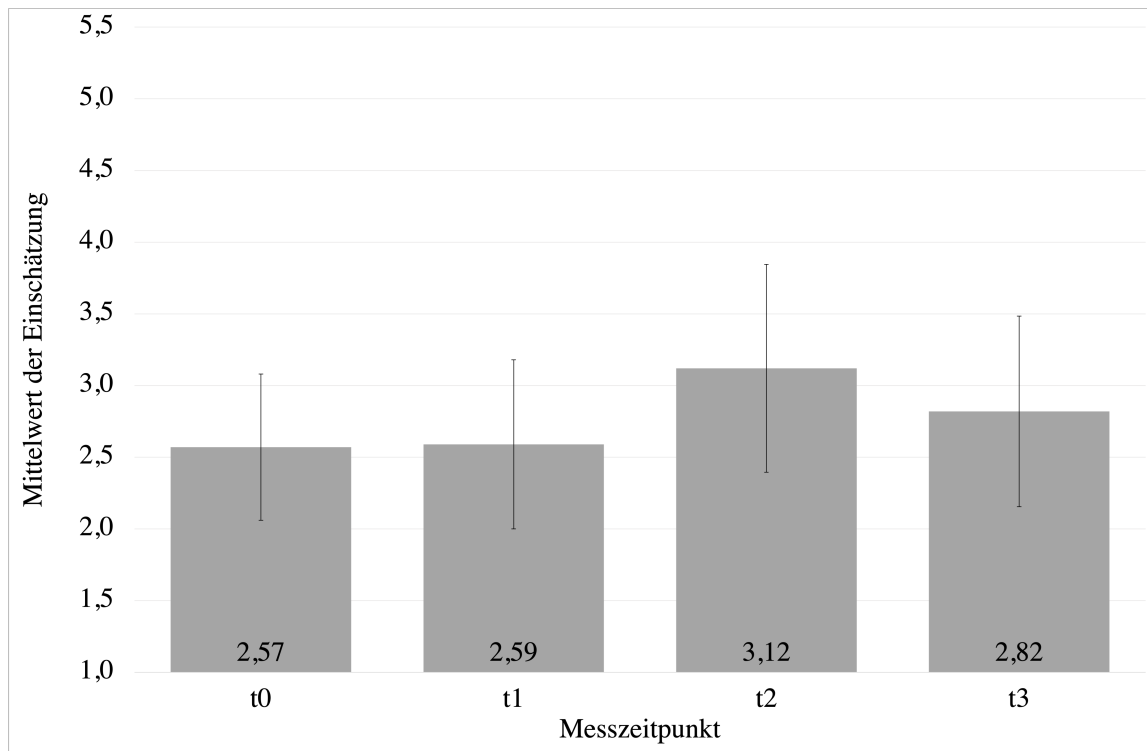


Abbildung 3.23: Die Mittelwerte der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand

Der Friedman-Test zeigt für die gesamte Stichprobe keine signifikanten Veränderungen der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand an ($Chi^2(3) = 6.85, p = .08$) (siehe Tabelle 3.7). Auch in der separaten Betrachtung der Gruppen besteht kein Unterschied der Mittelwerte (siehe Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9).

Der nachfolgende Wilcoxon-Rangsummentest zeigt ebenfalls im Vergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede, weder für die gesamte Stichprobe als auch für die Interventions- und Kontrollgruppe (siehe Tabelle 3.26). Daher ist ein besonderes Augenmerk auf die Berechnung der Effektstärke zu legen. Für die gesamte Stichprobe sind lediglich moderate Effekte zwischen $t0$ und $t2$ ($d = 0.25$) und zwischen $t1$ und $t2$ ($d = 0.37$) vorzuweisen, in dessen Verlauf sich die Zufriedenheit reduziert. Zwischen den Messzeitpunkten $t2$ und $t3$ findet sich ein kleiner Effekt, in dessen Verlauf sich die Zufriedenheit erhöht ($d = -0.30$) (siehe Abbildung 3.24). In der Interventionsgruppe zeigen sich ein moderater Effekt zwischen $t0$ und $t3$ ($d = 0.37$), in dessen Verlauf die Zufriedenheit sinkt und zwischen $t2$ und $t3$ ($d = -0.31$) in dessen Verlauf, sie sich verbessert (siehe Abbildung 3.25). Auffällig sind die starken Effekte in der Kontrollgruppe. Zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t1$ scheint sich die Zufriedenheit zu erhöhen ($d = -0.67$). Zwischen dem Messzeitpunkt $t0$ und $t2$ reduziert sie sich ($d = 2.67$), ebenfalls zwischen $t0$ und $t3$ ($d = 0.67$). Diese Effekte sind als groß einzuschätzen (siehe Abbildung 3.26).

Tabelle 3.26: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentests zu allen Messzeitpunkten zur **Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand** und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000], differenziert nach Gruppen

		Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
		z	p	W	r	d
satis_health						
Gruppenunabhängig (n = 39)	t0 : t1	-0.42	0.78	772.5	-0.07	-0.10
	t0 : t2	1.42	0.13	988.5	-0.23	0.25
	t1 : t2	1.84	0.08	966	-0.29	0.37
	t0 : t3	0.37	0.55	898	-0.06	-0.02
	t1 : t3	0.79	0.39	880	-0.13	0.08
	t2 : t3	-1.05	0.23	729.5	-0.17	-0.30
Interventionsgruppe (n = 22)	t0 : t1	-0.31	0.78	241	-0.07	-0.13
	t0 : t2	0.87	0.41	299.5	-0.18	0.20
	t1 : t2	1.17	0.27	298.5	-0.25	-0.08
	t0 : t3	0.03	0.96	267	-0.01	0.37
	t1 : t3	0.33	0.75	266.5	-0.07	0.05
	t2 : t3	-0.84	0.37	228.5	-0.18	-0.31
Kontrollgruppe (n = 17)	t0 : t1	-0.30	0.96	151	-0.07	-0.67
	t0 : t2	1.19	0.19	200	-0.29	2.67
	t1 : t2	1.49	0.16	192	-0.36	0.30
	t0 : t3	0.51	0.40	185	-0.12	0.67
	t1 : t3	0.82	0.37	177	-0.20	0.12
	t2 : t3	-0.68	0.45	141	-0.16	-0.22

3.5. HYPOTHESENÜBERPRÜFUNG

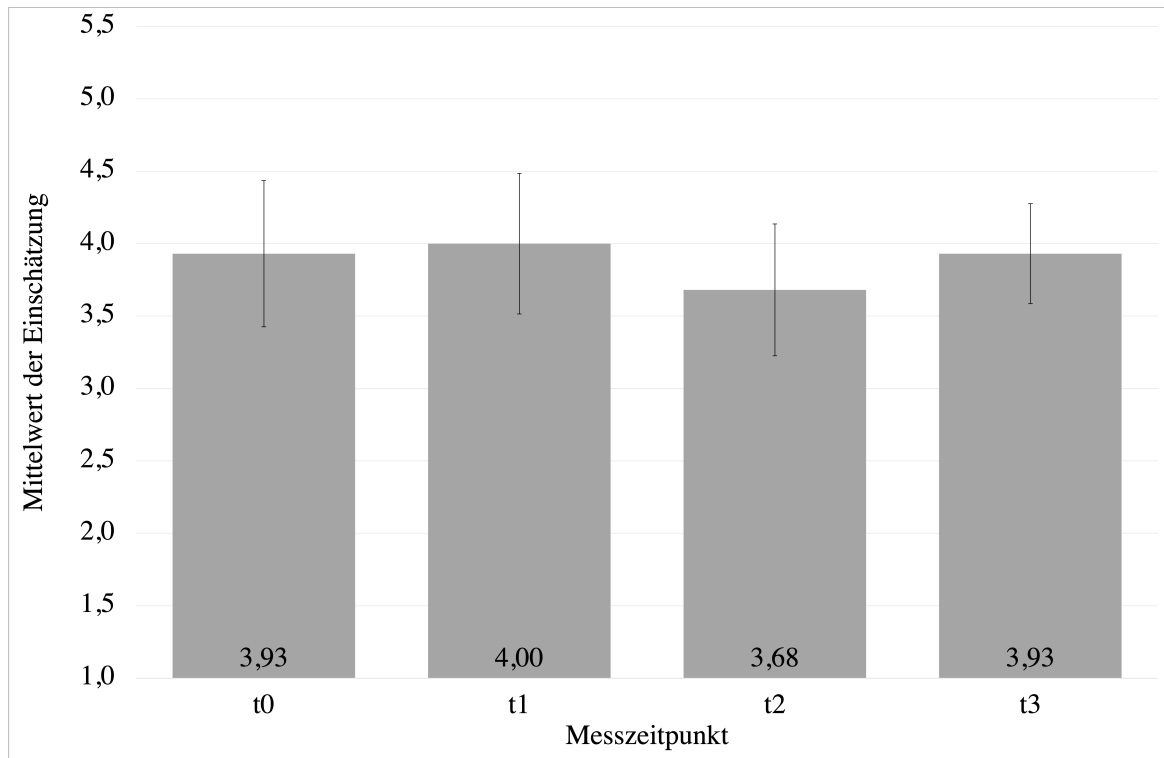


Abbildung 3.24: Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

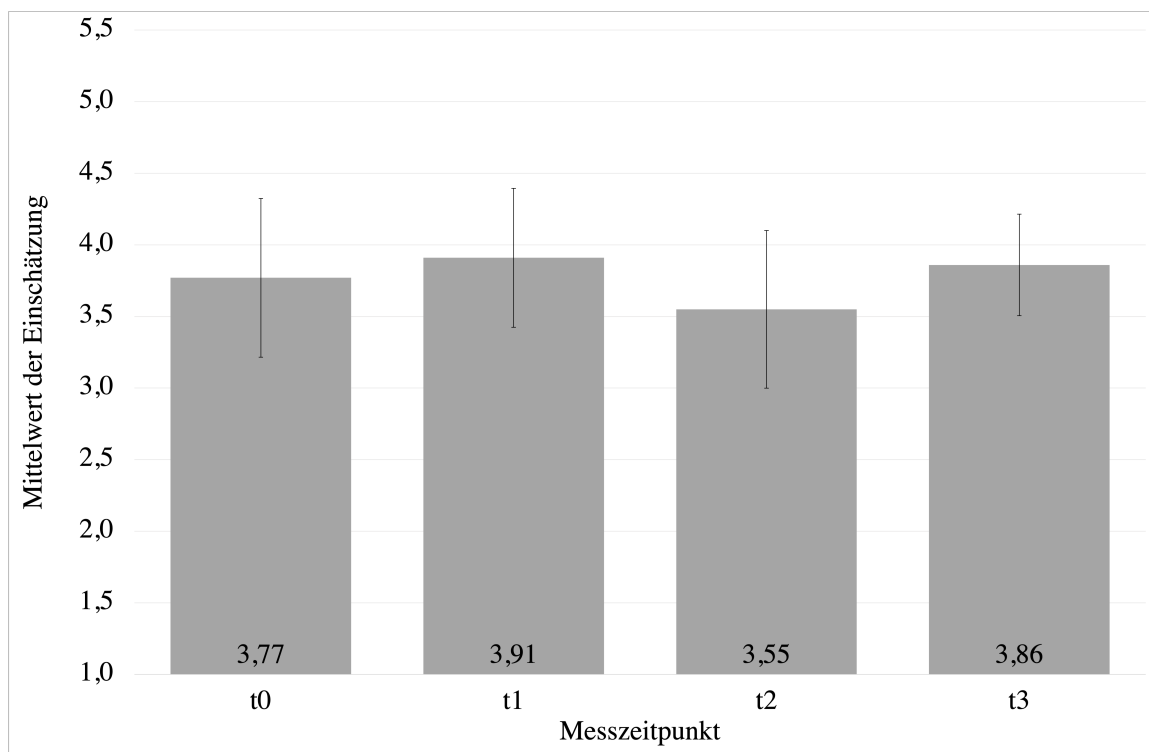


Abbildung 3.25: Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

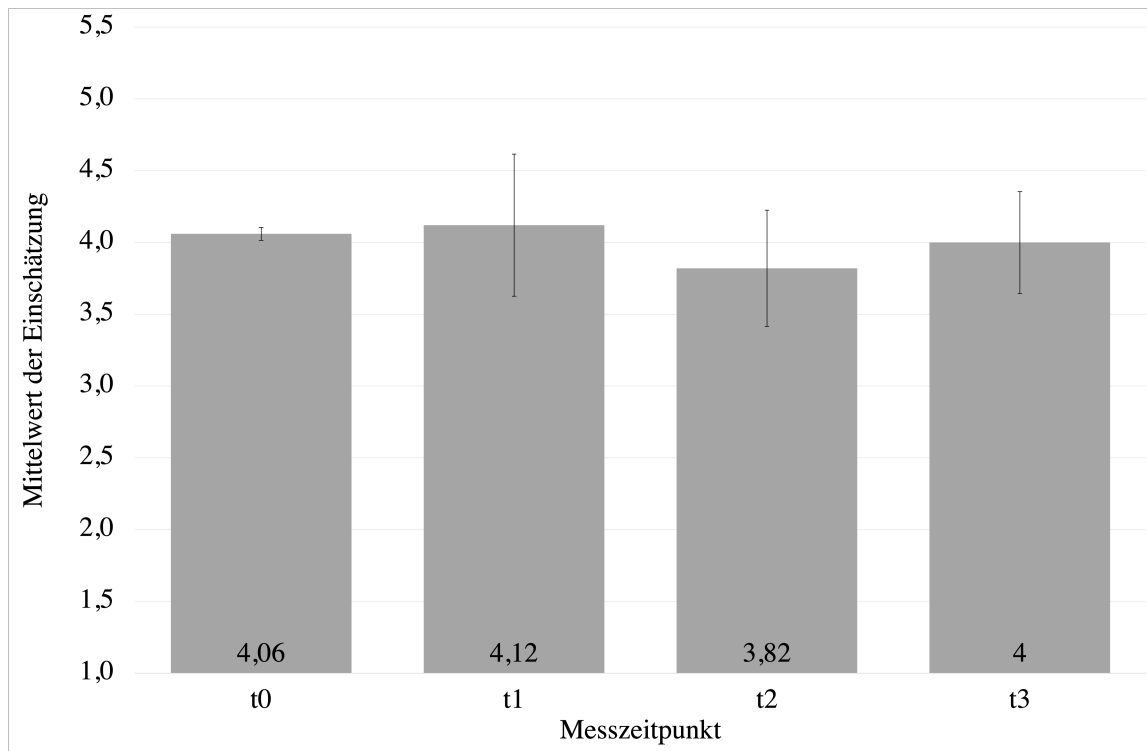


Abbildung 3.26: Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

3.5.2 Gruppenunterschiede

Um Unterschiede zwischen den Gruppen zu identifizieren, werden die einzelnen Messzeitpunkte separat betrachtet. Da die notwendige Stichprobengröße nicht gegeben ist, wird der Wilcoxon-Rangsummentest verwendet und zusätzlich der Rangkorrelationskoeffizient r und das Effektstärkemaß d berechnet.

Zum ersten Messzeitpunkt t_0 wurde die Intervention noch nicht begonnen, dennoch wird dieser Zeitpunkt in die Betrachtung integriert. Der Wilcoxon-Rangsummentest zeigt keine signifikanten Unterschiede zum Messzeitpunkt t_0 (siehe Tabelle 3.27), jedoch zeigen sich große Effekte in der Skala Positive Experience (PE) ($d = 0.89$), in der EPDS ($d = 0.68$), in der Betrachtung der Kohärenz ($d = -0.65$), in der Einschätzung der physischen ($d = 0.75$) und der psychischen Gesundheit ($d = 0.74$) sowie der Zufriedenheit mit dem allgemeinen Gesundheitszustand ($d = -3.22$). Die Interventionsgruppe weist höhere Werte in der Skala Positive Experience und in der Kohärenz auf und zeigt eine höhere Symptombelastung in der EPDS. Die Kontrollgruppe gibt eine höhere Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand an sowie eine bessere Bewertung der physischen und psychischen Gesundheit.

Tabelle 3.27: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt t_0 , $n = 41$

	Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-0.54	0.59	186	-0.08	-0.20
PE	-0.19	0.24	162	-0.19	-0.89
LAF					
LOC	-0.12	0.26	250	-0.17	0.07
ASS	-0.74	0.46	235.5	-0.12	0.22
EPDS	-0.82	0.41	238.5	-0.13	0.68
SWE	-0.38	0.70	222	-0.06	0.02
SOC-L9	-1.30	0.19	157	-0.20	-0.65
Bewegung					
leicht	-0.44	0.66	122.5	-0.07	0.04
mittel	-0.72	0.47	171.5	-0.11	-0.26
hoch	-0.32	0.75	195	-0.05	-0.09
Entspannung	-0.19	0.85	199.5	-0.03	-0.28
Einschätzung					
physischer GZ	-0.20	0.84	148.5	-0.03	0.75
psychischer GZ	-0.94	0.35	169.5	-0.15	0.74
Zufriedenheit	-1.04	0.30	170	-0.16	-3.22

Zum Messzeitpunkt t_1 werden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede identifiziert (siehe Tabelle 3.28). In der Betrachtung der Skala Positive Experience (PE) zeigt die Kontrollgruppe erneut höhere Werte als die Interventionsgruppe ($d = -0.50$), dessen Effekt als groß eingeschätzt werden kann. Auch in der Skala der Kohärenz weist die Kontrollgruppe einen höheren Mittelwert auf ($d = -0.59$), dessen Effekt ebenfalls als groß zu beschreiben ist.

Die Einschätzung des physischen Gesundheitszustandes zeigt den größten Effekt ($d = 0.73$). Die Interventionsgruppe schätzt ihren physischen Gesundheitszustand schlechter ein als die Kontrollgruppe. Das gleiche Bild zeichnet auch die Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes ($d = 0.42$).

Tabelle 3.28: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt $t1$, $n = 41$

	Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-0.14	0.89	181.5	-0.02	-0.14
PE	-0.72	0.47	161.5	-0.11	-0.50
LAF					
LOC	-0.47	0.64	204	-0.07	0.22
ASS	-0.18	0.85	194	-0.03	0.22
EPDS	-1.00	0.32	222.5	-0.16	0.34
SWE	-0.40	0.69	201.5	-0.06	0.10
SOC-L9	-1.52	0.13	133	-0.24	-0.59
Bewegung					
leicht	-1.42	0.16	123	-0.22	-0.27
mittel	-0.52	0.60	160	-0.08	-0.31
hoch	-0.30	0.76	168.5	-0.05	-0.14
Entspannung	-0.11	0.91	172	-0.02	0.13
Einschätzung					
physischer GZ	-1.03	0.30	222	-0.16	0.73
psychischer GZ	-0.96	0.34	220.5	-0.15	0.42
Zufriedenheit	-0.82	0.41	159.5	-0.13	-0.21

Nach der Geburt zum Messzeitpunkt $t2$ zeigt sich ein leichter signifikanter Unterschied in der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung ($p = 0.05$). Die Kontrollgruppe zeigt einen höheren Mittelwert auf ($M = 4.62$ (0.44)) als die Interventionsgruppe ($M = 4.30$ (0.55)), dessen Effekt als groß einzuschätzen ist ($d = -0.73$). Obwohl keine weiteren signifikanten Unterschiede erkennbar sind, werden teilweise große Effekte zwischen den Gruppen berechnet. Erneut schätzt die Kontrollgruppe ihren physischen Gesundheitszustand besser ein als die Interventionsgruppe ($d = 0.81$). Jedoch weist die Interventionsgruppe eine höhere Selbstwirksamkeit postnatal auf ($d = 0.58$). Auch dieser Effekt kann als groß beschrieben werden. In der Betrachtung des Bewegungsverhaltens gibt die Interventionsgruppe im Durchschnitt höhere Minuten körperliche Aktivität hoher Intensität an als die Kontrollgruppe ($d = 0.63$).

Tabelle 3.29: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt t_2 , $n = 41$

	Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-1.36	0.17	259	-0.21	0.39
PE	-1.17	0.24	250	-0.18	0.23
LAF					
LOC	-0.51	0.61	227	-0.08	0.22
ASS	-0.82	0.41	175.5	-0.13	-0.21
EPDS	-0.11	0.92	202.5	-0.02	-0.06
SWE	-1.08	0.28	248.5	-0.17	0.58
SOC-L9	-0.09	0.93	211	-0.01	-0.16
F-Soz K14	-1.97	0.05	132	-0.31	-0.73
Bewegung					
leicht	-1.40	0.16	153.3	-0.22	-0.45
mittel	-0.85	0.39	236.5	-0.13	0.41
hoch	-1.13	0.28	232	-0.18	0.63
Entspannung	-0.05	0.30	170	-0.16	-0.06
Einschätzung					
physischer GZ	-1.98	0.05	280.5	-0.31	0.81
psychischer GZ	-0.83	0.41	238	-0.13	0.26
Zufriedenheit	-0.68	0.50	183.5	-0.11	-0.33

Auch zum letzten Messzeitpunkt drei Monate nach der Geburt zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Jedoch werden auch hier in einigen Skalen hohe Effektstärken berechnet. Die Interventionsgruppe gibt im Durchschnitt mehr Minuten körperliche Aktivität von mittlerer Intensität an als die Kontrollgruppe ($d = 0.73$), jedoch weniger Minuten von leichter Intensität an ($d = -0.51$). Ihren physischen Gesundheitszustand schätzt sie schlechter ein als die Kontrollgruppe ($d = 0.51$). Auch erreicht die Interventionsgruppe in der Skala Locomotion einen höheren Wert ($d = 0.50$).

Tabelle 3.30: Ergebnisse des Wilcoxon-Rangsummentest und der Post-Hoc-Tests mit dem Rangkorrelationskoeffizienten r und dem Effektstärkemaß d nach Meier-Riehle und Zwingmann [2000] zur Untersuchung auf Gruppenunterschiede zum Messzeitpunkt t_3 , $n = 41$

	Wilcoxon- Rangsummentest			Post-Hoc-Analyse	
	z	p	W	r	d
HamSCQ					
Pacing	-0.92	0.36	242.5	-0.14	0.20
PE	-0.77	0.44	178.5	-0.12	-0.34
LAF					
LOC	-1.24	0.22	254.5	-0.19	0.50
ASS	-0.16	0.87	213.5	-0.02	0.01
EPDS	-0.37	0.71	221.5	-0.06	0.07
SWE	-1.06	0.29	247.5	-0.17	0.31
SOC-L9	-0.43	0.66	190	-0.07	-0.18
Bewegung					
leicht	-1.36	0.18	155	-0.21	-0.51
mittel	-0.74	0.46	235	-0.11	0.73
hoch	-1.31	0.19	169	-0.20	-0.41
Entspannung	-0.46	0.64	189.5	-0.07	-0.17
Einschätzung					
physischer GZ	-0.27	0.20	253.5	-0.20	0.51
psychischer GZ	-0.52	0.60	227	-0.08	0.14
Zufriedenheit	-0.73	0.46	183.5	-0.11	-0.20

3.5.3 Schutzfaktoren postpartaler Depression

Die Ergebnisse zeigen keinen signifikanten Gruppenunterschied zu den Messzeitpunkten. Die Untersuchung auf den reduzierenden Einfluss der Selbstfürsorge, der Selbstregulationsfähigkeit, der Kohärenz und der Selbstwirksamkeit auf die Symptome einer PPD wird daher gruppenunabhängig durchgeführt. Die soziale Unterstützung wird gruppenabhängig dargestellt.

Zum Messzeitpunkt t_0 zeigen sich die negative Korrelationen der Skalen *Pacing* (Spearman's $\rho = -.461, p = .001$), *Positive Experience* (Spearman's $\rho = -.600, p < .001$), Kohärenz (Spearman's $\rho = -.638, p < .001$) und Selbstwirksamkeit (Spearman's $\rho = -.423, p = .003$) auf die EPDS (siehe Tabelle 3.31). Die Skalen *Locomotion* (Spearman's $\rho = .175, p = .137$) und *Assessment*

(Spearman's $\rho = .120, p = .772$) zeigen keinen signifikanten Einfluss.

Zum Messzeitpunkt *t1* zeigt sich das gleiche Bild. Die Skalen *Pacing* (Spearman's $\rho = -.358, p = .013$), *Positive Experience* (Spearman's $\rho = -.502, p = .001$), Kohärenz (Spearman's $\rho = -.719, p < .001$) und Selbstwirksamkeit (Spearman's $\rho = -.514, p < .001$) korrelieren negativ mit der EPDS. *Locomotion* (Spearman's $\rho = -.250, p = .063$) und *Assessment* (Spearman's $\rho = .418, p = .996$) hingegen zeigen diesen nicht.

Tabelle 3.31: Ergebnisse der Korrelationsanalyse nach Spearman zwischen der EPDS und den validierten Messinstrumenten zu den Messzeitpunkten *t0* und *t1*, n = 39

		<i>t0</i>		<i>t1</i>	
		Spearman- Rho	<i>p</i>	Spearman- Rho	<i>p</i>
EPDS	Pacing	-.461	.00	-.358	.01
	Positive Experience	-.600	.00	-.502	.00
	Locomotion	.175	.14	-.250	.06
	Assessment	.120	.78	.418	.99
	SWE	-.423	.00	-.514	.00
	SOC-L9	-.638	.00	-.719	.00

Zum Messzeitpunkt *t2* zeigen die Skalen *Pacing* (Spearman's $\rho = -.418, p = .003$), *Positive Experience* (Spearman's $\rho = -.368, p = .009$), Kohärenz (Spearman's $\rho = -.539, p < .001$) und Selbstwirksamkeit (Spearman's $\rho = -.500, p < .001$) signifikant negative Korrelationen mit der EPDS, wohingegen die beiden Skalen *Locomotion* (Spearman's $\rho = .242, p = .063$) und *Assessment* (Spearman's $\rho = .179, p = .869$) dies nicht tun (siehe Tabelle 3.32). In der Betrachtung der Gruppenunterschiede ist ein signifikanter Gruppenunterschied zum Messzeitpunkt *t2* sichtbar geworden. Es zeigt sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und der EPDS zum Messzeitpunkt *t2* der Interventionsgruppe (Spearman's $\rho = -.329, p = .08$), ebenso wie in der Kontrollgruppe (Spearman's $\rho = .052, p = .58$). Unabhängig der Gruppe zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang (Spearman's $\rho = -.119, p = .23$).

Die Skalen *Pacing* (Spearman's $\rho = -.435, p = .002$), *Positive Experience* (Spearman's $\rho = -.370, p = .009$), Kohärenz (Spearman's $\rho = -.470, p = .001$) und Selbstwirksamkeit (Spearman's $\rho = -.473, p < .001$) zeigen auch beim letzten Messzeitpunkt eine signifikant negative Korrelation, außerdem noch die Skala *Locomotion* (Spearman's $\rho = -.265, p = .047$). Lediglich die Skala *Assessment* (Spearman's $\rho = .147, p = .82$) zeigt auch zum letzten Messzeitpunkt keine signifikante Korrelation.

Tabelle 3.32: Ergebnisse der Korrelationsanalyse nach Spearman zwischen der EPDS und den validierten Messinstrumenten zu den Messzeitpunkten t_2 und t_3 , $n = 39$

		t_2		t_3	
		Spearman- Rho	<i>p</i>	Spearman- Rho	<i>p</i>
EPDS	Pacing	-.418	.00	-.435	.00
	Positive Experience	-.368	.01	-.370	.01
	Locomotion	.242	.06	-.265	.05
	Assessment	.179	.87	.147	.82
	SWE	-.500	.00	-.473	.00
	SOC-L9	-.539	.00	-.470	.00
	F-Soz K14	-.119	.23		

Die beiden Skalen der Selbstfürsorge, die Selbstwirksamkeit und der Kohärenz haben einen positiven Einfluss auf die EPDS. Folglich soll ermittelt werden, ob die Interaktion zwischen der Skala Pacing, der Skala Positive Experience, der Selbstwirksamkeit und der Kohärenz für die Symptomschwere einer PPD zu den Messzeitpunkten vorhergesagt werden kann. Zum Messzeitpunkt t_0 zeigt das Gesamtmodell einen signifikanten Zusammenhang ($F(15, 25) = 4.98 \%$, $p = .0002$) und klärt insgesamt 74,91 % der Gesamtvarianz auf. Es zeigen sich jedoch keine Signifikanzen zwischen den einzelnen Faktoren. Auch zum Messzeitpunkt t_1 ist das Gesamtmodell zwar signifikant ($F(15, 23) = 2.91 \%$, $p = .01$) und klärt 65,48 % der Varianz auf, jedoch wird keine Signifikanz zwischen den einzelnen Faktoren festgestellt. Im Ergebnis des Messzeitpunktes t_2 ist das Gesamtmodell signifikant ($F(15, 25) = 3.83$, $p = .002$), mit einer Varianzaufklärung von 69,66 %. Die Analyse zeigt zwischen allen Parametern signifikante Zusammenhänge. Die Kohärenz ($p = .01$), die Selbstwirksamkeit ($p = .01$), die Skala *Pacing* ($p = .02$) und die Skala *Positive Experience* ($p = .01$) zeigen einzeln betrachtet leichte Signifikanz. In der Kombination von Kohärenz und Selbstwirksamkeit ($p = .01$), in der Kombination Kohärenz und der Skala *Positive Experience* ($p = .01$), in der Kombination Selbstwirksamkeit und der Skala *Positive Experience* ($p = .01$), in der Kombination Kohärenz und der Skala *Pacing* ($p = .02$), in der Kombination Selbstwirksamkeit und der Skala *Pacing* ($p = .02$), in der Kombination der beiden Skalen *Pacing* und *Positive Experience* ($p = .02$) zeigen sich ebenfalls leichte Signifikanzen. Das gleiche Bild zeichnet sich auch in der Kombination von drei Parametern miteinander ab. Zwischen Kohärenz, Selbstwirksamkeit und der Skala *Positive Experience* besteht ein leichter signifikanter Zusammenhang ($p = .01$), zwischen der Skala Kohärenz, Selbstwirksamkeit und der Skala *Pacing* ebenso ($p = .02$), wie zwischen der Kohärenz, der Skala *Pacing* und der Skala *Positive Experience* ($p = .02$) und zwischen der Selbstwirksamkeit und den beiden Skalen ($p = .02$). Auch in der Kombination aller vier Faktoren besteht dieser Effekt ($p = .02$).

Zum Messzeitpunkt t_3 ist das Gesamtmodell nicht mehr signifikant ($F(15, 25) = 1.73, p = .109$). Die Häufigkeit des Bedenkens bezüglich der globalen Situation für die Zukunft des Kindes steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Symptomstärke der EPDS ($p = .30$), ebenso wenig wie die Einschätzung der Situation auf die eigene Stimmung ($p = .50$).

Der Fisher-Test zeigt an, dass auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer psychiatrischen Vorerkrankung und der Symptomstärke einer Depression liegt ($p = .27$). Auch die Spearman-Rangkorrelation ergibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Symptomstärke und den ISR Ergebnissen ($p = 1$).

3.5.4 App Nutzung

Da keine Daten über die App für die Bearbeitung der Forschungsfragen genutzt wurden, wurde die Nutzung des Programms auch nicht direkt erhoben. In der Interventionsgruppe konnten in jedem Modul Fragen beantwortet werden, in der Kontrollgruppe gab es eine Notizfunktion mit Freitextmöglichkeiten. Aufgrund dieser Möglichkeiten kann gesagt werden, dass 15 von 23 Probandinnen in mehr als ≥ 1 Modul (min = 0, max = 13) aktiv waren und 11 Teilnehmerinnen ≥ 6 Modulen genutzt haben. In der Kontrollgruppe nutzte nur eine Frau die Notizfunktion.

4.1 Einordnung der Ergebnisse

Die Stichprobengröße und die Rekrutierung stellen wesentliche Erfolgsfaktoren der vorliegenden Studie dar. Folglich wird neben den Einordnungen der erzielten Ergebnisse auf diese Aspekte eingegangen, bevor die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen anschließt.

4.1.1 Stichprobengröße und Rekrutierung

Für die Rekrutierung der Stichprobe wurden zahlreiche Kooperationspartner*innen und Kommunikationskanäle genutzt, dennoch wurde die benötigte Stichprobengröße für die statistische Power nicht erreicht. Als Teilnahmebarrieren sind die eher textlastigen Flyer und Plakate anzumerken sowie die Registrierung zur Studienteilnahme durch die Eingabe von persönlichen Daten wie des Namens, der E-Mail-Adresse oder des Alters. Auch wurden die Rekrutierungswege nicht erhoben, wodurch häufig genutzte Kanäle nicht weiter in den Fokus gestellt wurden, um weitere Frauen über diesen Weg über die Studie zu informieren.

Auch die Gründe für den Studienabbruch wurden nicht erhoben. Im Verlauf kann der größte Verlust zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt identifiziert werden. Obwohl im Aufklärungsgespräch darauf eingegangen wurde, dass der erste Fragebogen die meisten Items beinhaltet und alle nachfolgenden Fragebögen weniger Zeit in Anspruch nehmen, könnte die Ausfülldauer als möglicher Grund in Frage kommen.

Ein anderes Motiv kann auch mit der Schwangerschaft oder der Geburt des Kindes begründet sein. Anlass könnten Probleme in der Schwangerschaft sein, die eine erhöhte Ressourcenaktivie-

nung in der Bewältigung brauchen oder auch die frühere Geburt des Kindes, in deren Verlauf die Frauen viel Zeit für die Verarbeitung und die Versorgung ihres Kindes brauchen und die Teilnahme an der Studie in den Hintergrund gerät.

Dennoch ist die Dropout-Rate von 43.84 % für den langen Zeitraum der Studie von mindestens sechs Monaten als normal einzuschätzen. Hilfreich ist der persönliche Kontakt und das Kennenlernen der Studienleitung während des Aufklärungsgesprächs. Die Dropout-Raten liegen bei App-basierten Angeboten höher, da möglicherweise der persönliche Kontakt während des Studienverlaufs fehlt und so Einfluss auf das Commitment nimmt.

4.1.2 Demografie

Die durchschnittliche Teilnehmerin ist zum Zeitpunkt des ersten Messzeitpunktes 31.8 Jahre alt. Die jüngste Teilnehmerin der Studie ist 24 Jahre alt. Auch nehmen Frauen an der Studie teil, die bereits ein oder zwei Kinder geboren haben und dadurch tendenziell älter sind.

Alle Probandinnen geben an, zum ersten Messzeitpunkt in einer festen **Partnerschaft** zu leben, von denen 76 % verheiratet und 24 % unverheiratet sind. In Deutschland sind im Jahr 2022 bei der Geburt 31.7 % verheiratet und 30.7 % unverheiratet (Statistisches Bundesamt, 2023c). Aus der Statistik geht jedoch lediglich das Attribut der Heirat hervor, nicht aber der tatsächlichen Partnerschaft. In Deutschland leben 22 % als alleinerziehende Frauen ohne Partner*in (Lenze et al., 2021). In der vorliegenden Studie ist diese Zielgruppe nicht abgedeckt, obgleich diese mit einem erhöhten Risiko für eine PPD konfrontiert ist.

Darüber hinaus wurde in der Abfrage des Familienstandes nicht die Beziehungsqualität ermittelt. Lediglich zum Messzeitpunkt t_2 wurde nach der sozialen Unterstützung gefragt, bei der sieben Frauen (17.5 %, $n = 40$) angeben, keine **soziale Unterstützung** zu erhalten. Neben der F-SOZ K14 wurde eine nominal skalierte Frage gestellt, bei der die Antwortmöglichkeit lediglich aus Ja und Nein bestanden. Derartige Fragen werden meist intuitiv beantwortet. Diese Wahrnehmung der Frauen acht Wochen nach der Geburt ist bedenklich und sollte differenzierter untersucht werden.

Knapp 85 % haben ein **Haushaltsnettoeinkommen** von über 2600 Euro. 42 % berichten von einem monatlichen Einkommen von mehr als 3600 Euro. Damit liegen über 60 % unter dem deutschen Durchschnitt von 3813 Euro (Statistisches Bundesamt, 2022). Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich die finanziellen Mittel auch im **Bildungsabschluss** widerspiegeln, doch diese Ergebnisse stehen einander entgegen. Über 70 % der Frauen geben an, ein Studium abgeschlossen zu haben. Im deutschen Durchschnitt von 2019 erreichten dies nur 18.5 % (Statistisches Bundesamt, 2020). Somit zeigt die vorliegende Stichprobe einen deutlich höheren Bildungsabschluss. Ein möglicher Erklärungsansatz kann auch in der Berufstätigkeit der Frauen liegen. Seit Beginn der Schwangerschaft geben mehr als die Hälfte an, ihre Tätigkeit reduziert zu haben, manche Frauen unterliegen dem Beschäftigungsverbot. Diese berufliche Veränderung

kann sich zum Messzeitpunkt $t1$ auf die finanzielle Lage auswirken.

Resümierend bleibt festzuhalten, dass sich Frauen mit höherer Bildung und festen Beziehungsstrukturen beteiligt haben. Aus den bekannten Erkenntnissen wirken sich diese Faktoren eher positiv auf die Bewältigung des Wochenbetts aus und reduzieren das Risiko an einer PPD zu erkranken. Sie spiegeln jedoch nicht den Durchschnitt in der Bevölkerung.

4.1.3 Schwangerschafts-, geburts- und wochenbettbedingte Faktoren

Neben den soziodemografischen Informationen sind für die Psyche im Wochenbett auch Faktoren relevant, die während der Schwangerschaft, der Geburt oder im Wochenbett auftreten. Die drei Phasen werden von den Frauen unterschiedlich bewertet. Im Vergleich der Phasen wird die Schwangerschaft ($M = 3.1$) am angenehmsten empfunden. Die Geburt ($M = 4.54$) und das Wochenbett ($M = 4.51$) werden nahezu gleich angenehm bewertet. Die Frauen nehmen alle drei Phasen insgesamt eher als angenehm wahr.

Die Ergebnisse, bezogen auf die Geburt, entsprechen vorherigen Studienergebnissen (Lütje, 2007). Auffällig ist jedoch die Wahrnehmung der Wochenbettzeit. Obwohl sie eher angenehm als unangenehm bewertet wird, bekommt sie nahezu die gleiche Bewertung wie die Geburt. An dieser Stelle ist außerdem festzuhalten, dass auf der Skala mit den Polen *sehr angenehm* und *sehr unangenehm* sechs Frauen den höchsten positiven Wert angeben und weitere sechs Frauen den zweithöchsten, positiven Wert.

Die Zeit der Schwangerschaft

Die **Geplantheit** der Schwangerschaft zählt ebenfalls zu den einflussnehmenden Faktoren. In der Stichprobe geben über 90 % der Frauen an, die Schwangerschaft geplant zu haben, wodurch ein weiterer Risikofaktor reduziert wird. Aus den Daten der **Parität** und der **Gravidität** wird jedoch auch deutlich, dass fünf Frauen bereits Fehlgeburten, Abtreibungen oder Totgeburten erlebt haben. Auch **Risikoschwangerschaften** können das Auftreten einer PPD begünstigen. In der vorliegenden Stichprobe ist dies in 22 % der Schwangerschaften der Fall, die mit unterschiedlichen Begründungen angeführt werden. Jede Risikoschwangerschaft beeinflusst das alltägliche Leben anders. Während manche Frauen lediglich ihre Ernährung umstellen, müssen andere die Zeit bis zur Geburt in stationärer Überwachung verbringen (Papsdorf et al., 2017). Eine Probandin gibt an, dass ihre mentale und körperliche Gesundheit zwischen der 6. und der 27. SSW „wegen künstlicher Befruchtung“ beeinträchtigt war, diese aber „seit [der] Lebensfähigkeit des Kindes gut [ist]“ [Probandin 20]. Eine andere Probandin befindet sich zum Messzeitpunkt $t1$ „aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs im Krankenhaus“ [Probandin 28]. So unterschiedlich die Faktoren und der Umgang mit diesen ist, so einflussreich sind sie auf die Psyche im Wochenbett. Aufgrund der geringen Stichprobe kann ein spezifischer Einfluss nicht gemessen werden.

Geburtsphase

4.1. EINORDNUNG DER ERGEBNISSE

In Deutschland werden fast alle Kinder in einer Klinik geboren (98 %) (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V., 2023). Auch in der vorliegenden Stichprobe ist das der Fall (90 %), jedoch konnten auch Frauen für die Studie gewonnen werden, die zuhause oder im Geburtshaus entbunden haben (je 5 %). Den Einfluss des Geburtsortes in die Analyse für die PPD zu erheben, wäre sinnvoll. Jedoch sind durch die außerklinischen Geburten einige Risikofaktoren bereits im Vorfeld auszuschließen. Folglich kommt es weniger zu Frühgeburten oder Notsectiones, die die Ergebnisse verzerren.

In der Studie kam es in 27 % der Geburten zu einer Sectio, von denen 17 % ungeplant waren. Dies entspricht in etwa der deutschlandweiten Sectio-Rate von 32 % im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt, 2023d). Auch das Verhältnis zwischen primärer und sekundärer Sectio ist ähnlich. Aus den Forschungserkenntnissen ist klar, dass die Erwartungen an die Geburt Einfluss auf die Bindung und die eigene Psyche haben. Manchen Frauen gelingt es, diese unerwartete Erfahrung mit den eigenen Erwartungen und Wünschen in Einklang zu bringen. Andere reagieren auf die ungeplante Sectio mit Enttäuschung, Trauer und Schuldgefühlen (Harder & Friedrich, 2015).

Als weiterer Faktor wurden die **Früh- und die Mehrlings-Geburten** erhoben. Drei Frauen geben an, dass ihre Kinder in der 37. SSW und früher geboren wurden, vier Frauen brachten Zwillinge auf die Welt. Drei Kinder wurden nach der Geburt auf die **Neonatalogie** aufgenommen. Eine Probandin gibt zusätzlich in der Freitext-Möglichkeit an, dass ihr Kind nach einigen Tagen aufgrund eines Neugeborenenikterus zurück in die Klinik musste. Diese Bedingungen können als Belastung der Frauen wahrgenommen werden. Jedoch sind die Prozentzahlen zu gering, um einen sinnvollen Einfluss auf die PPD messen zu können. Positive Geburtsberichte oder Äußerungen wurden im Freitext nicht angegeben.

Sowohl im deutschen Durchschnitt als auch in der vorliegenden Stichprobe kam es bei etwa 21 % zu einer **Einleitung** der Geburt (IGTIG, 2022). Die Zeit, bis die Wehen einsetzen, variiert stark und liegt zwischen einer und 50 Stunden. Dieses Vorgehen löst Gefühle des Kontrollverlusts aus und wird von den Frauen eher negativ bewertet. In den geschilderten Geburtsberichten wird negativ über die Einleitung und die Rahmenbedingungen gesprochen.

Es geben 33 % an, eine **PDA** und 19 % **Schmerzmittel** erhalten zu haben. Bei 14 % kam es nach der Geburt zu einem **operativen Eingriff**.

Im Verlauf der Geburt kann es auch zu unangenehmen Kontakten mit dem Personal der Klinik kommen, so wie Probandin 44 und Probandin 18 dies schildern. Die Ergebnisse zeigen, dass die Frauen mit der Arbeit der **Hebammen** und dem **Pflegepersonal** zu 81 % zufrieden bis sehr zufrieden waren. Mit dem **ärztlichen Team** zeigt sich ein ähnliches, wenn auch weniger zufriedenes Bild. 76.2 % der Frauen waren zufrieden bis sehr zufrieden.

Auf der anderen Seite gibt eine Frau an, mit dem Pflegepersonal unzufrieden zu sein, zwei Frauen

sogar sehr unzufrieden. Weitere zwei Frauen waren mit der Hebammenbetreuung unzufrieden und fünf Frauen mit dem ärztlichen Personal.

Unter der Geburt sind die betreuenden Hebammen und teilweise ein ärztliches Team im Kreissaal anwesend, wodurch das Pflegepersonal in der Betrachtung vernachlässigt werden kann, wenn es um das Geburtserlebnis geht. In Kombination mit den Ergebnissen der **Wahrnehmung der Geburt** geben zwei Frauen den Höchstwert von 10 an und zwei Frauen einen Wert von 9 und bewerten die Geburt als *sehr unangenehm*. Sie machten im Freitext keine ergänzenden Angaben und bewerteten das Personal auch überdurchschnittlich gut. Daraus lässt sich schließen, dass die Geburten zwar sehr unangenehm waren, dass die Frauen aber mit dem Personal dennoch zufrieden waren. Das Auftreten der hohen Werte in der Wahrnehmung der Geburt ist jedoch zu niedrig, sodass statistische Berechnung nicht sinnvoll erscheinen.

Das Wochenbett

Die Wochenbettzeit wird ähnlich wie die Geburt negativ bewertet. Dies wird sowohl an den Freitext-Antworten als auch an der Frage der Belastungen deutlich, die nach der Geburt aufgetreten sind. 41 % der Frauen leiden seit der Geburt an **Belastungen**. Eine Probandin berichtet beispielsweise von einem Nierenversagen nach der Geburt und der Entwicklung der Krankheit aHUS¹. „Daher waren wir als komplette Familie knapp 3 Wochen nach der Geburt in der Klinik und ich bin immer noch nicht ganz bei Kräften“ [Probandin 66].

Neben den physischen Belastungen geben auch drei Frauen an, aufgrund der Schwere der psychischen Belastungen ärztlichen Rat aufgesucht zu haben. In der Gesamtbetrachtung der Einschätzung, wie sehr diese Belastung den Alltag beeinträchtigen, wird auf der Skala 1 (gar nicht) bis 4 (sehr) ein Mittelwert von 2 angegeben. Keine der Frauen nimmt zum Messzeitpunkt t2 therapeutische oder medikamentöse Behandlungen in Anspruch. Die geäußerten Belastungen können verschiedene Ursachen haben und in den Rückbildungs- und Heilungsprozessen, Müdigkeit, Erschöpfung oder auch durch die psychische Belastung des Transitionsprozess begründet sein.

Eine Herausforderung kann auch der Aufbau der **Stillbeziehung** darstellen. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass 79 % der Frauen zwei Monate nach der Geburt ihr Kind direkt mit der Brust stillen, 17 % geben dem Kind die Flasche mit Muttermilch und eine Frau gibt an, ihr Kind nicht zu stillen. 86 % stillen ihr Kind ausschließlich mit Muttermilch und knapp 10 % füttern bei. Damit liegt der Prozentsatz der stillenden Mütter in der Stichprobe deutlich über den Durchschnittswerten von 67 % (Kersting et al., 2020). Die Stillbeziehung kann sich positiv auf die Bindung zwischen Mutter und Kind auswirken. Durch die Angabe, dass ausschließlich mit Muttermilch gestillt wird, ist davon auszugehen, dass es bei der vorliegenden Stichprobe in den

¹Das atypische hämolytisch-urämischen Syndrom ist eine seltene Erkrankung, die in Folge einer Schwangerschaft auftreten kann. Es kann zu einer hämolytischen Anämie, Thrombozytopenie und einer akuten Nierenschädigung kommen (Menne et al., 2012)

meisten Fällen nicht zu geringer Milchmenge oder schlechter Qualität kommt. Dies wirkt sich positiv auf die mütterliche Selbstwirksamkeitserwartung aus und hat somit einen gesundheitsförderlichen Mehrwert für Mutter und Kind. Auf der anderen Seite wird die Nacht vermutlich durch das Stillen mehrfach unterbrochen, was zu einer erhöhten Müdigkeit und Erschöpfung führt. Das Stillen ist zeitintensiv und kann auch zur Belastung werden (Harder et al., 2022), wenn die Bedürfnisse der Mutter nicht berücksichtigt werden.

Die **Hebamme** berät die Mutter bei ihren Besuchen im Wochenbett und achtet insbesondere auf den gelingenden Aufbau der Stillbeziehung. In der vorliegenden Stichprobe erhielten alle Frauen Besuch einer Hebamme. In Deutschland erhalten im Vergleich 7 % keine Unterstützung einer Hebamme, da keine Hebamme mit freien Kapazitäten gefunden werden kann.

Im Vergleich zu den Durchschnittswerten in Deutschland von zwölf Besuchen, erhielten 71 % der Frauen in dieser Stichprobe weniger als zwölf Besuche. 36 % wurden lediglich drei bis sieben Mal besucht. Nichtsdestotrotz waren die Besuche für 83 % ausreichend, für 17 % jedoch nicht. Gemäß der gesetzlichen Lage haben Frauen Anspruch auf bis zu 44 Kontakte (Harder et al., 2022). Es ist jedoch überraschend, dass Frauen mehr Unterstützung benötigen würden, dies offensichtlich nicht äußern bzw. nicht erhalten. Die Gründe für die Diskrepanz können aus dem Kontext heraus nur vermutet werden. Die begrenzten zeitlichen Ressourcen der betreuenden Hebammen können unter anderem angeführt werden sowie ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen der Hebamme und der Frau. Darüber hinaus können Persönlichkeitsmerkmale der Frau zu einem unsicheren Verhalten führen, durch das sie ihren Bedarf nicht äußert.

Gleichwohl stellen die unterschiedlichen Arten der sozialen Unterstützung die relevantesten Protektivfaktoren für die Entwicklung einer PPD dar. Neben der emotionalen Unterstützung bietet die Hebamme auch fachliche und praktische Unterstützung, die besonders im Wochenbett bedeutend sind.

Durch die Freitext-Möglichkeit werden auch weitere belastende Themen genannt. Darunter fallen das Temperament bzw. der Gesundheitszustand des Kindes, aber auch die Paarbeziehung. Die Einblicke in eine Familiendynamik geben einen Eindruck von der Komplexität der Psyche der Mutter und dem Spannungsfeld, in dem sich alle Familienmitglieder in der Zeit nach der Geburt bewegen. Die Balance zwischen den externen und den internen Interessen und Bedürfnissen zu halten, wird als herausfordernd beschrieben.

In der Abgrenzung zu anderen Belastungsfaktoren in der postnatalen Phase ist auch die **postpartale Dysphorie** zu nennen. In der gängigen Literatur wird von einer Prävalenz von 80 % ausgegangen (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). In der Stichprobe geben dieses Stimmungstief lediglich 55 % an. Die große Differenz lässt sich vermutlich durch die Art der Abfrage erklären. Im Gegensatz zu anderen Studien wurden in dieser Untersuchung nicht einzelne Symptome in ihrer Häufigkeit abgefragt, sondern die Frauen wurden über die Symptome

aufgeklärt und konnten angeben, ob sie auf sie in der Vergangenheit zutrafen.

4.1.4 Gesundheitsverhalten

Ernährungsverhalten

Laut den Empfehlungen des Bundeszentrums für Ernährung und der Empfehlung des Netzwerks „Gesund ins Leben“, sollte auf das **Rauchen** in der Schwangerschaft und während des Stillens verzichtet werden (Koletzko et al., 2018). In der Empfehlung bezüglich des Alkoholkonsums wird lediglich von einer *Vermeidung* gesprochen (Koletzko et al., 2018, S. 5). In den vorliegenden Ergebnissen geben alle Frauen an, nicht zu rauchen. Die KIGGS Studie deckt auf, dass etwa 10.9 % aller schwangeren Frauen rauchen, insbesondere jünger Frauen und Frauen mit einem niedrigen Bildungsniveau (RKI, 2018). In der vorliegenden Studie ist das Bildungsniveau überdurchschnittlich hoch, was das fehlende Rauchverhalten erklären kann.

Bezüglich des **Alkohol**verhaltens geben acht Probandinnen an, Alkohol sparsam zu konsumieren. Die Ausnahme besteht zum Messzeitpunkt *t1*, also kurz vor der Geburt des Kindes. An der Empfehlung „Alkohol zu vermeiden“ (Koletzko et al., 2018, S. 5) orientiert, halten sich die Frauen. Jedoch ist dem entgegenzuhalten, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit einer hohen Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung nimmt (Bereda, 2022; Hoppen, 2019) und ist daher aus dieser Perspektive kritisch zu sehen.

Kalorienfreie Getränke sollten sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett reichlich konsumiert werden. Laut der erreichten Mittelwerte erreichen dies viele Frauen nicht, ebenso wie die Aufnahme von Obst, Gemüse und Kohlenhydraten. Bezüglich fett- und eiweißhaltigen Lebensmitteln liegen die Frauen im Durchschnitt über der Empfehlung, ebenso wie bei dem Konsum von Zucker. Insbesondere nach der Geburt geben die Frauen einen doppelt so hohen Konsum an Zucker an, verglichen mit der Empfehlung.

Milchprodukte werden im Durchschnitt entlang der Empfehlung konsumiert, ebenso wie Koffein. Der Koffein-Konsum bleibt über den gesamten Erhebungszeitraum konstant.

Bewegungs- und Entspannungsverhalten

Im Studienverlauf verändert sich das Bewegungs- und Entspannungsverhalten signifikant. Die Frauen zeigen in der Schwangerschaft zwischen 174 und 178 Minuten pro Woche körperliche Aktivität leichter Intensität, zwischen 53 und 105 Minuten körperliche Aktivität mittlerer Intensität und zwischen 31 und 36 Minuten hoher Intensität. Den Empfehlungen folgend sollen schwangere Frauen an mindestens fünf Tagen der Woche, am besten täglich, etwa 30 Minuten moderat körperlich aktiv sein (Koletzko et al., 2018, S. 11). Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft aktive Sportlerinnen waren, dürfen auch körperlicher Aktivität höherer Intensität nachgehen.

Folglich liegt die Empfehlung in der Woche bei durchschnittlich 150 Minuten. Werden die Minuten summiert, erreichen die Frauen während der Schwangerschaft Werte zwischen 250 und 320 Minuten pro Woche und erfüllen so die Empfehlung.

Die Minuten der leichten Intensität verändern sich signifikant zwischen dem zweiten und dem vierten Messzeitpunkt und erreichen fast den doppelten Wert. Dies kann mit den regelmäßigen Spaziergängen mit Kinderwagen erklärt werden, womit die Frauen täglich etwa eine Stunde verbringen.

Nach acht Wochen postnatal erreicht die Minutenzahl den niedrigsten Stand, dieser unterscheidet sich signifikant vom ersten Messzeitpunkt und ist mit den körperlichen Rückbildungsprozessen zu begründen. Das gleiche Muster zeigt sich auch in der Betrachtung der Minuten körperlicher Aktivität hoher Intensität. Die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten sind jedoch auch zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt und zwischen dem ersten und dem dritten Messzeitpunkt signifikant. Am Ende der acht Wochen postnatal zeigen die Frauen im Schnitt nur noch acht Minuten in der Woche. Nach zwölf Wochen steigt die Minutenzahl zwar wieder, erreicht aber nicht das Niveau von vor der Geburt.

In der Interpretation der Daten ist einzubeziehen, dass einige Probandinnen aufgrund schwangerschaftsbedingter Erkrankungen bzw. nachgeburtlichen Bedingungen, auf körperliche Aktivität verzichten sollen.

Das aktive Entspannungsverhalten zeigt ebenfalls das gleiche Muster mit den investierten Minuten. Den niedrigsten Wert erreicht der dritte Messzeitpunkt. Die Minuten aktiver Entspannung vor der Schwangerschaft sind relativ stabil und obwohl die Minuten nach zwölf Wochen wieder steigen, erreichen sie ebenfalls nicht mehr das Niveau vor der Geburt. Die Bedürfnisse im Wochenbett sind an sich geprägt von Ruhe, Erholung und Schlaf, jedoch auch von Lern- und aktiven Anpassungsprozessen. In der Formulierung des Items wurde explizit aktives Entspannungsverhalten abgefragt, wodurch die niedrigste Minutenzahl zu erklären ist. ESCH empfiehlt aufgrund der Vielzahl an positiven Auswirkungen auf die Gesundheit täglich 15 bis 20 Minuten aktive Entspannung einzuplanen. Diese Empfehlung wird über den gesamten Erhebungszeitraum nicht erreicht. Im Durchschnitt erreichen die Frauen in der Schwangerschaft auf den Tagesdurchschnitt gerechnet acht Minuten, im Wochenbett nur vier bis fünf Minuten.

Die Veränderungen der körperlichen Aktivität über den Erhebungszeitraum waren erwartbar. In Summe sind Frauen zwölf Wochen nach der Geburt am aktivsten, was durch die vielen Minuten an körperlicher Aktivität leichter Intensität zu begründen ist. Sie erreichen in Summe mehr als 400 Minuten körperliche Aktivität. Die niedrigste Gesamtsumme wird kurz vor der Geburt erreicht. Dies ist mit dem Höhepunkt an körperlichen Veränderungen zu begründen, die alltäglichen Bewegungsabläufe fallen zunehmend schwer und die körperlichen Beschwerden nehmen zu (Gloger-Tippelt, 1988). Jedoch verzichtet keine der Frauen auf körperliche Aktivität, weder kurz vor der Geburt noch im Wochenbett.

Die statistischen Auswertungen zeigen im Bewegungs- und Entspannungsverhalten keinen

gruppenspezifischen Unterschied. Dies kann in der Verfügbarkeit von bewegungsfördernden Videos und angeleiteten Meditationen begründet sein, die für beide Gruppen zu jeder Zeit zugänglich waren.

Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit

Die Ausführungen zu den Belastungen im letzten Trimester sowie nach der Geburt lassen vermuten, dass sich diese in der Wahrnehmung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes widerspiegeln. Doch lediglich die Wahrnehmung des physischen Gesundheitszustandes verändert sich signifikant wenige Wochen vor der Geburt und acht Wochen nach der Geburt. Auffallend ist dennoch, dass die Mittelwerte auf einer Skala von 1 (Sehr schlecht) bis 10 (Sehr gut) im Bereich zwischen 2.9 und 3.56 liegen. Folglich schätzen die Frauen ihren physischen Gesundheitszustand als schlecht ein. Auch der psychische Gesundheitszustand liegt im gleichen Bereich zwischen 2.87 bis 3.32, was darauf hinweist, dass die Frauen auch ihren psychischen Gesundheitszustand als eher schlecht einschätzen. In der Einordnung ist daher auch die gemessene Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand wichtig. Dieser wird auf der Skala von 1 (Gar nicht) bis 5 (Vollkommen) von den Frauen im Bereich zwischen 3.68 und 4 eingestuft und kann daher als eher zufriedenstellend bewertet werden.

Möglicherweise interpretieren die Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter im Vergleich zu den vorherigen beiden Trimestern oder dem Gesundheitszustand vor der Schwangerschaft, sind jedoch grundsätzlich zufrieden. Wahrscheinlich ist ihnen klar, dass dieser Lebensabschnitt herausfordernd ist. Laut GLOGGER-TIPPELT [1988] sinkt das Wohlbefinden von Frauen im letzten Trimester. In den vorliegenden Ergebnissen kann dies jedoch nur bedingt bestätigt werden, da der erste Messzeitpunkt dieser Studie bereits im letzten Trimester liegt und sich nicht wesentlich von den beiden Messzeitpunkten postnatal unterscheidet. Er wird von den Frauen aber dennoch als eher schlecht bewertet.

Die neuronalen Veränderungen im Gehirn durch den Beginn der Schwangerschaft beeinflussen die Bindungsfähigkeit und die Empathie (Feldman, 2015; Hoekzema et al., 2020; Noriuchi et al., 2008; Strathearn et al., 2009). Die eher krisenbehaftete Zeit kann auch die Wahrnehmung des psychischen Gesundheitszustandes teilweise erklären.

4.1.5 Einfluss des Weltgeschehens

Die belastendsten Themen zwischen September 2022 und 2023 decken sich mit den Ergebnissen von MASSAG et al. [2023], die im September 2022 bis Oktober 2023 in Deutschland, sechs Monate nach Kriegsausbruch erhoben wurden. Auch in dieser Studie bestehen Sorgen bezüglich der Auswirkungen des Krieges (Massag et al., 2023), wie der finanziellen Situation, die wirtschaftliche Krise, eine Ausweitung des Konflikts, aber auch die Klimakrise werden genannt. Die in dieser Studie identifizierten Themen wie die Existenzangst oder die Angst vor der Zukunft können unter dem Terminus Auswirkungen des Krieges zusammengefasst werden. Auch die

Klimakrise, die gesellschaftlichen Veränderungen und die Sorge um die Demokratie wurden in dieser Studie benannt. Darüber hinaus konnten tröstliche Gedanken erhoben werden. Die meisten Antworten beziehen sich auf das „gute Leben“, welches in Deutschland geführt werden kann, aber auch die persönlichen Fähigkeiten werden genannt. Es fällt jedoch auf, dass anderen Menschen und deren Kompetenzen eine tragende Rolle beimessen wird. Gleichzeitig geben 13 Probandinnen auf die Frage keine Antwort, obwohl sie die vorherigen Fragen beantwortet haben, eine Frau formuliert sogar „keine“ Antwort zu haben.

Die Studienlage zeigt, dass die depressiven Symptome und Erkrankungen in den letzten Jahren durch die Pandemie und auch durch den Krieg in Europa zugenommen haben (Jawaid et al., 2022; Mauz et al., 2023; Peters et al., 2020).

4.2 Bearbeitung der Fragestellungen

4.2.1 Veränderungen im Transitionsprozess

In den vorherigen Annahmen über die Veränderungen im zeitlichen Ablauf wurde der Fokus im Besonderen auf die Selbstfürsorge und die Selbstregulationsfähigkeit gelegt. Wie sich zeigte, verändert sich die **Selbstregulationsfähigkeit** unabhängig ihrer beiden Dimensionen *Locomotion* und *Assessment* im zeitlichen Verlauf nicht und bleibt trotz dieses einschneidenden Erlebnisses stabil.

Es kann kein Zusammenhang zwischen **Assessment** und Depressivität gefunden werden, insbesondere, da Frauen mit höheren Werten, eine höhere Sensibilität gegenüber ihren eigenen Gedanken und Gefühlen haben. Der Rückblick auf Geschehenes spielt im Wochenbett ebenfalls eine zentrale Rolle. Denn die Geburt als besonderes Ereignis im Leben verläuft meist anders als vorab geplant. Dies bestätigen auch die vorliegenden Forschungsergebnisse, die die Häufigkeit einer sekundären Sectio nahelegen. Frauen mit hoher Ausprägung der Dimension **Locomotion** kommen mit den Erlebnissen besser zurecht und vergeben sich eher selbst. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Versagens- und Schuldgefühle der Frauen wichtig. *Locomotion* korreliert in anderen Studien negativ mit Angst und Depressivität. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

Insgesamt korrelieren beide Skalen der LAF zu keinem Zeitpunkt mit anderen Faktoren. Dies lässt entweder darauf schließen, dass die Stichprobe für diese Aussage nicht groß genug war oder sie stellt einen eigenständigen Faktor dar, der unabhängig anderer Eigenschaften für sich steht. Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse, dass die Perspektive auf die Selbstregulationsfähigkeit im Lebensbereich der Mutterschaft durchaus Anknüpfungspunkte und Potentiale hat, auf die zukünftig geachtet werden kann. Die Fähigkeit, Strategien für eine Zielerreichung zu wählen, ist vor dem Hintergrund des Transitionsprozesses bedeutsam.

In der Validierungsstudie von SELLIN et al. [2003] erreichen Studierende in der Skala *Locomotion* Mittelwerte zwischen 43.68 und 46.34 und in der Skala *Assessment* Mittelwerte zwischen 37.74 und 46.23. Im Vergleich zu der Stichprobe dieser Studie liegen die schwangeren Frauen und die Frauen im Wochenbett mit den Mittelwerten der Skala *Locomotion* mit 51.29 bis 52.78 darüber. Die Mittelwerte der Skala *Assessment* liegen zwischen 39.05 und 40.2 und entsprechen den Ergebnissen der Vergleichsstudie. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Selbstregulationsfähigkeit aus dieser Perspektive ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, wodurch eine Interpretation der Unterschiede zwischen schwangeren Frauen und Studierenden nicht sinnvoll möglich ist. Es bräuchte weitere Studie mit der Zielgruppe von Frauen rund um die Geburt.

Es wurde angenommen, dass sich die **Selbstfürsorge** im zeitlichen Verlauf verändert. Während der Schwangerschaft liegt der Fokus eher auf dem Gesundheitszustand der Mutter, während er sich nach der Geburt verschiebt und primär auf die Bedürfnisse des Kindes gerichtet ist. Die Selbstfürsorge der Mutter tritt in den Hintergrund. Aus den Ergebnissen wird jedoch deutlich, dass sich lediglich die Skala ***Pacing*** gruppenunabhängig verändert, nicht jedoch die Skala ***Positive Experience***. Diese zeigt jedoch signifikante Veränderungen in der Interventionsgruppe zwischen t_0 und t_2 . Daraus lässt sich schließen, dass gruppenunabhängig das Annehmen und Genießen positiver Erlebens- und Verhaltensweisen gleichbleibend ist. Die Veränderung ist jedoch lediglich in der Interventionsgruppe zu beobachten, ohne dass ein Gruppenunterschied festgestellt werden kann. Der achtsame Umgang mit der eigenen Person und individuellen Grenzen verändert sich signifikant. Dieser erreicht, wie vermutet, seinen Höchstwert kurz vor der Geburt ($M = 3.94$) und den niedrigsten Wert acht Wochen nach der Geburt ($M = 3.24$). Die Frauen geben an, dass sie weniger auf ihr körperliches Befinden geachtet haben und dass sie weniger gut für sich selbst gesorgt haben.

Die Art der Selbstfürsorge ist individuell, im Fragebogen wird auf Ruhe und Entspannung eingegangen, sowie auf Nähe und Geborgenheit, schöne Dinge und positive Erlebnisse. Zweifelsohne ist die Geburt eines Kindes für die Frau ein besonderes und auch schönes Ereignis. Die Frauen berichten häufig von Glücksgefühlen und Stolz.

In einer Vergleichsstichprobe wurden Mittelwerte für die Skala *Pacing* von 2.77, 3.69 und 3.46 erreicht. Es wurden Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsablauf befragt. Die Frauen erreichen kurz vor der Geburt einen höheren Wert als die Vergleichsstichprobe. Am Ende des Wochenbetts, bei denen die Frauen ihren niedrigsten Wert erreichen, ist dieser dennoch höher als der niedrigste Wert bei der Vergleichsstichprobe, der beim Behandlungsbeginn zu sehen ist.

Das Messinstrument HAMSCQ wurde bislang wenig eingesetzt, wodurch die Vergleichswerte eingeschränkt sind. Auch wenn sich die Skala *Positive Experience* über den zeitlichen Verlauf gruppenunabhängig nicht verändert (M zwischen 4.43 - 4.66), weisen die Frauen in dieser

Stichprobe höhere Werte auf als die Vergleichsstichprobe. Diese erreichen im Verlauf ihrer Behandlung in einer Klinik lediglich Werte zwischen 2.91, 3.60 und 3.66. Die Skala *Positive Experience* ist als links schief anzusehen und weist zu keinem Zeitpunkt eine Normalverteilung auf. Dies kann in dem Erleben der Geburt an sich begründet sein. Denn die Geburt stellt für viele Frauen ein glückliches Ereignis in ihrem Leben dar, das zu positiven Gefühlen führt. Dieser Zeitraum ist auch markiert durch besondere und einmalige Ereignisse, wie das Spüren des Kindes im Bauch, der erste Schrei, die erste Berührung, das Betrachten der Hände und Füße und das beruhigende Gefühl, welches sich ggf. beim Stillen einstellt. Folglich kann die Hypothese in Teilen bestätigt werden, wonach sich ein Teilaspekt der Selbstfürsorge über den zeitlichen Verlauf verändert, der andere Teil aber relativ stabil bleibt.

Das Kohärenzgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung verändern sich über den zeitlichen Verlauf nicht signifikant, sondern bleiben als Faktoren stabil.

In der Betrachtung des **Kohärenzgefühls** wurden Summenwerte zwischen 46.90 bis 50.37 im Erhebungszeitraum erreicht. Eine andere Studie mit schwangeren Frauen gibt zwischen der 28. und der 32. SSW einen Mittelwert von 51.36, der sechs Wochen postnatal auf 53.36 ansteigt (Leidenfrost et al., 2012). Eine weitere Studie aus Deutschland erhält drei bis fünf Monate nach der Geburt einen Mittelwert von 53.3 (Weidner et al., 2013). Folglich liegen die Werte in der aktuellen Studie unterhalb der beiden anderen Studien, obgleich die Messzeitpunkte in etwa übereinstimmen. Zwischen der Durchführung der genannten und der aktuellen Studie liegen jedoch mehr als zehn Jahre. Es ist davon auszugehen, dass das Weltgeschehens negativen Einfluss ausübt.

In der Altersgruppe zwischen 18 und 40 Jahren wird in der Normstichprobe der Frauen ein Mittelwert von 48.05 gemessen, welcher deutlich unter den Zeitpunkten rund um die Geburt liegt (Schumacher et al., 2000).

In der Kombination der vorgestellten Werte wird festgestellt, dass sich das Kohärenzgefühl im Verlauf dieser Studie nicht signifikant verändert, dennoch oberhalb der Normstichprobe liegen. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Lebenssituation mit Familiengründung, Geburt und Kontrolle über lebensverändernde Entscheidungen einen positiven Einfluss auf das Kohärenzgefühl hat.

Unter Nutzung des Fragebogens zur allgemeinen **Selbstwirksamkeitserwartung** wurden Werte zwischen 30.21 und 31.93 über den gesamten Zeitraum erreicht. Eine Studie, die Frauen mit Gestationsdiabetes befragte, erreichte zwischen der 25. und der 39. Schwangerschaftswoche einen Mittelwert von 28.81 (Bień et al., 2023). Eine andere Studie erreichte durch die Messung im letzten Trimester einen Mittelwert von 26.25 (L. Han et al., 2022). Folglich liegen die erreichten Werte in der vorliegenden Studie deutlich darüber. Die Frauen im Alter zwischen 14 und 30 Jahren weisen einen Mittelwert von 29.65 auf, die Frauen zwischen 31 und 60 Jahren einen Mittelwert von 28.88 (Hinz et al., 2006). Auch in diesem Vergleich, der auch Frauen in anderen Lebenslagen einschließt, liegen die Frauen aus dieser Stichprobe über den Mittelwerten

der Normstichprobe. Die höheren Werte in der vorliegenden Stichprobe könnten mit der Schwangerschaft an sich verknüpft sein. Den Frauen wird bewusst, dass ihr Körper in der Lage ist, ein Kind zu entwickeln, dieses zu gebären und es zu versorgen.

Die **Symptome einer Depression** wurden auch über den gesamten Verlauf erhoben und zeigen keine signifikante Veränderung. Dies ist insofern erstaunlich, als dass die postpartale Depression aus den vorliegenden Ergebnissen ein möglicherweise nicht durch die Geburt ausgelöstes Phänomen ist, sondern die Anzeichen einer solchen bereits in der Schwangerschaft vorhanden waren. Lediglich die Cut-off-Werte unterscheiden sich, wodurch die Prävalenz Änderungen unterliegt. Die Geburt ist dennoch ein lebensveränderndes Ereignis, welches umfangreiche Anpassungs- und Veränderungsprozesse auslöst.

In der Analyse von depressiven Symptomen von Frauen werden definierte Cut-off-Werte von > 13 in der Schwangerschaft (J. Cox, 1996; Matthey et al., 2006) und > 9 im Wochenbett (Bergant et al., 2008) in nicht-englischsprachigen Ländern genutzt. Zum Messzeitpunkt t_0 erreichen 17.07 % ($n = 7$) einen Wert von > 13 , zum Zeitpunkt t_1 überschritten 7.32 % ($n=3$) den Cut-off-Wert. Für die postpartale Zeit wurde bei 24.39 % ($n = 10$) ein Risikowert zum Messzeitpunkt t_2 festgestellt und zum Messzeitpunkt t_3 21.95 % ($n = 9$).

In publizierten Studien aus Deutschland wurden postnatal Werte zwischen 11 % und 24 % erreicht (Mehta et al., 2012; Reck et al., 2008), jedoch liegen diese Studien mindestens 10 Jahre in der Vergangenheit. Die erreichten Werte in der vorliegenden Studie überschreiten die in der gängigen Literatur verwendeten Werte von 10 bis 15 % deutlich (Rohde, 2014).

Ein Erklärungsansatz für die hohen Prävalenzzahlen im gesamten Erhebungszeitraum kann der krisenbehaftete Zeitraum sein, der durch die Pandemie wie dem Kriegsausbruch in Europa begründet werden kann. Insbesondere der Kriegsbeginn wird als belastend wahrgenommen, wie aus den vorliegenden Daten ersichtlich wird. Von 41 Frauen haben 23 diesen als belastend wahrgenommen, zuzüglich der damit einhergehenden Einflüsse wie der steigenden Preise, der Energieversorgung und die allgemeine wirtschaftliche Lage.

Die Studie von MASSAG et al. [2023] bestätigt die Sorgen, die mit dem Krieg in der Ukraine einhergehen, insbesondere der finanziellen Engpässe oder der Ausweitung der Kriegsparteien. Die Depressionszahlen sind deutschlandweit gestiegen (Massag et al., 2023).

Die weltweite Pandemie hat in Deutschland vielschichtige Auswirkungen auf die Menschen. Aufgrund der sozialen Isolation und der zahlreichen Einschränkungen zeigen sich in der Gesellschaft hohe Stresswerte und depressive Symptome (Peters et al., 2020). In der vorliegenden Studie wurde die Pandemie jedoch lediglich einmal genannt. Dies kann im langen Erhebungszeitraum begründet sein, wodurch die Auswirkungen auf den Alltag nicht mehr feststellbar sind, die psychischen Symptome aber noch länger spürbar sein können.

Im Hintergrund kann auch die Klimakrise einen Einfluss haben, denn dieser wurde in der Freitext-

Möglichkeit 17- von 41-mal genannt. Gepaart mit dieser Nennung fallen als Gründe die Angst vor der Zukunft für sich selbst und für das Kind und die Familie. Leitend ist die Frage „In welcher Welt wird mein Kind aufwachsen?“, die in Kombination mit dem Krieg in Europa zur Belastung wird.

Die hohen Prävalenzwerte aus der Schwangerschaft zwischen 7 und 17 % geben einen Hinweis, dass bereits eine psychische Belastung vorliegt. 17 % geben zum ersten Messzeitpunkt an, eine diagnostizierte psychische Vorerkrankung zu haben, die von sechs Frauen nicht behandelt wird. Die Analyse zeigt jedoch, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Frauen mit psychischer Vorerkrankung und den Werten der EPDS besteht. Neben der Angabe zu psychischen Vorerkrankungen wurde der ISR ausgegeben, der aufzeigt, dass in der Stichprobe 37 % der Teilnehmerinnen psychische Symptome zeigen. Doch auch zwischen den Werten des ISR und der EPDS besteht kein signifikanter Zusammenhang. Überdies kann ein möglicher Selektionsbias in den Rekrutierungswegen zur Geltung gekommen sein, wodurch schwangere Frauen mit psychischen Erkrankungen bzw. bekannten Risikofaktoren gezielt auf das Programm durch Hebammen und Frauenärzte aufmerksam gemacht wurden.

Nichtsdestotrotz sind die in dieser Studie erreichten Prävalenzzahlen alarmierend. Es gewinnt zunehmend an Bedeutung, Präventionsmöglichkeiten zu nutzen und gesundheitsförderliche Faktoren zu stärken. Diese Studie zeigt, dass Präventionsangebote absolut notwendig sind, denn die depressiven Symptome sind bereits in der Schwangerschaft erkennbar und sollten berücksichtigt werden.

4.2.2 Prävention postpartale Depression

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen die schützenden Einflüsse von Selbstfürsorge, Kohärenz und Selbstwirksamkeitserwartung. Es war bereits vor Studienbeginn davon ausgegangen worden, dass sich die schützenden Effekte von Kohärenz und Selbstwirksamkeitserwartung bestätigen lassen. Die Selbstfürsorge wurde bis dato noch nicht mit der Erkrankung PPD in Verbindung gebracht, zeigt jedoch ihren schützenden Einfluss.

Dieser Einfluss zeigt sich nicht nur nach der Geburt zu den Messzeitpunkten t_2 und t_3 , sondern auch bereits vor der Geburt. Zum letzten Messzeitpunkt kann auch ein positiver Einfluss der Selbstregulationsfähigkeit mit der Skala *Locomotion* sichtbar gemacht werden.

Durch die Erhebung der Selbstfürsorge wurde die innere Einstellung zu sich selbst sowie der achtsame Umgang mit der eigenen Person, ihren Bedürfnissen und Grenzen erhoben, außerdem das Annehmen positiver Erlebnisse und Gefühlen. Frauen, die höhere Werte in der HAMSCQ aufweisen, zeigen niedrigere Werte bei der Messung Symptomstärke einer PPD. Zu den Leitsymptomen der Depression zählen, die Wahrnehmung der Frau, keine gute Mutter zu sein und auch

das Fehlen von Mutter-Kind-Gefühlen. Die Bindungsempfinden ist eingeschränkt. Das Genießen von positiven Momenten mit dem Kind, der Haut-zu-Haut-Kontakt und auch das Liebkosten werden bei reduzierter Symptomstärke der Depression häufiger gezeigt und womöglich auch als positiver Moment wahrgenommen.

Durch die empfundene Traurigkeit, soziale Isolation und Gefühle der Überforderung fällt es den Frauen schwer, die Anwesenheit des Kindes zu genießen und die Atmosphäre positiv zu gestalten. Ergänzend sind auch die Versagens- und Schuldgefühle in der neuen Rolle ausschlaggebend. Das Motiv, dem Kind durch die eigenen Empfindungen nicht gerecht werden zu können, wird eine erkrankte Frau Schwierigkeiten haben, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und auch ernst zu nehmen. Folglich wird sie ihre eigenen Grenzen nicht wahren. Diese Empfindungen erleben Frauen mit reduzierten oder fehlenden Depressionssymptomen weniger. Auch das Item des HAMSCQ „Ich konnte positive Gefühle zulassen.“ wird positiver bewertet.

Die Selbstwirksamkeit kann ebenfalls als Protektivfaktor bestätigt werden. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung ausgeprägt ist, desto geringer ist der Summenwert der EPDS. Die Schwangerschaft und die Geburt des Kindes sind für Frauen herausfordernd und manche empfinden auch Angst, Sorge und die Frage, wie diese neue Lebensphase bewältigt werden kann. Je höher die Selbstwirksamkeit ausgeprägt ist, desto sicherer sind die Frauen, dass die auch diese Aufgabe durch ihre Fähigkeiten meistern können. Frauen, die diese Zuversicht nicht haben und die sich eher überfordert als herausgefordert sehen, zeigen daher eine höhere Ausprägung der Symptome einer PPD.

In den statistischen Analysen konnte auch das Kohärenzgefühl als schützender Faktor gezeigt werden. Viele Studien konnten bereits die positiven Wirkungen auf die psychische Gesundheit nachweisen. Es unterstützt den Bewältigungsprozess, wenn sich die Frau in dieser herausfordernden Situation als einflussreich erlebt. Nimmt sie diese Phase als sinnhaft wahr und erlebt sich in einer Position, in der sie Kontrolle haben kann, wirkt sich das positiv auf ihr Kohärenzgefühl aus. Besonders unter der Geburt ist das Gefühl der Kontrolle und der Verstehbarkeit nicht immer gegeben, doch durch gelingende Kommunikation zwischen dem Personal und der gebärenden Frau, können diese Gefühle im Rahmen der Möglichkeiten vermittelt werden. Aber auch das Vertrauen in das Fachpersonal spielt eine wesentliche Rolle.

Zum Messzeitpunkt t_0 zeigt das Interaktionsmodell, dass die Faktoren der Selbstfürsorge, der Selbstwirksamkeitserwartung und der Kohärenz zusammen 75 % der Gesamtvarianz hinsichtlich der depressiven Symptomatik aufklären. Die Ausprägung der untersuchten Merkmale kann somit einen Hinweis auf die potenzielle Symptomstärke der Depression geben. Eine ähnliche hohe Aufklärung zeigt sich auch zu den späteren Messzeitpunkten.

Entgegen der Literatur kann in dieser Studie kein positiver Einfluss der sozialen Unterstützung

auf die Depressivität nach der Geburt gezeigt werden. Wie bereits zuvor verdeutlicht, geben einige Frauen an, *keine* soziale Unterstützung zu erhalten. Es ist nicht klar, welcher Interpretationsspielraum bei der Beantwortung dieser Frage zu Grunde lag, obgleich der Beziehungsstand lediglich zum ersten Messzeitpunkt erhoben wurde. Dieser kann im Verlauf Änderungen unterlegen sein. Die Frauen könnten jedoch auch die Unterstützung durch Fachpersonal gemeint haben, was zu dem Messzeitpunkt keine aktive Rolle mehr hatte. Darüber hinaus könnte auch die erweiterte Unterstützung unabhängig der Partnerschaft gemeint sein, die an einem anderen Ort lebt und daher nicht in Präsenz vor Ort ist. Soziale Unterstützung und deren Intensität und Art kann sehr unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert werden. Nichtsdestotrotz bleibt offen, weshalb der positive Einfluss von sozialer Unterstützung in dieser Studie statistisch nicht gezeigt werden kann.

Diese Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass Präventionsangebote unerlässlich sind, denn der positive Einfluss der Kohärenz und der Selbstwirksamkeitserwartung auf die depressiven Symptome kann in dieser Studie bestätigt werden. Eine neue Erkenntnis liegt in der schützenden Wirkung der Selbstfürsorge. Als Teil von Präventionsprogrammen kann die Selbstfürsorge die Erwartungen an die Mutterschaft und die gleichberechtigte Fürsorge für das Kind thematisieren und Frauen ermutigen, sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst zu werden, diese zu formulieren und aktiv zu ihrem eigenen Wohlbefinden beizutragen.

Die Herausforderung in der Thematisierung der Selbstfürsorge besteht in den individuellen Bedarfen und der verschiedenen Grundannahmen, die eine Person über sich selbst hat. Außerdem spielt in der Umsetzung von selbstfürsorglichem Handeln häufig auch das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle. Damit ein messbarer Unterschied durch eine Intervention erzielt werden kann, müssen diese Aspekte in der Entwicklung berücksichtigt werden.

4.2.3 Wirkungsanalyse der Intervention

Vergleich der Gruppen

Die statistischen Analysen zeigen zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Sowohl die depressiven Symptome als auch die Selbstfürsorge, die Selbstregulationsfähigkeit, die Kohärenz und die Selbstwirksamkeitserwartung. Somit kann durch diese Studie kein Wirksamkeitsnachweis für die Intervention gegeben werden.

Die soziale Unterstützung wurde einmalig acht Wochen nach der Geburt erhoben und es wurde für die Interventionsgruppe ein Mittelwert von 4.32 erreicht und für die Kontrollgruppe ein Wert von 4.62. Es zeigt sich, dass die Kontrollgruppe einen signifikant höheren Wert erreicht als die Interventionsgruppe. Die Normstichprobe hat einen Mittelwert von 3.97 und liegt damit unterhalb der Werte in dieser Studie (Fydrich, Thomas et al., 1999). Beide Gruppen wurden über die Bedeutung von sozialer Unterstützung im Programm aufgeklärt und wie diese konkret

aussehen kann. Als Begründung könnte das sog. Achtsamkeitsparadoxon in Frage kommen. Durch die Thematisierung der Selbstfürsorge kann es zu einer Sensibilisierung der Frauen für ihre Bedürfnisse gekommen sein und dadurch auch zu der Erkenntnis, dass sie aktuell nicht die Unterstützung erhalten, die sie eigentlich bräuchten. Folglich bewerten sie ihre Situation schlechter als die Kontrollgruppe, die das Fehlen von sozialer Unterstützung nicht wahrnimmt. Die fehlenden Unterschiede der Interventions- und der Kontrollgruppe kann auch durch die Interventionsentwicklung an sich erklärt werden. Daher muss die Entwicklung der Intervention sowie die Zielsetzung betrachtet werden.

Bewertung der App und deren Nutzung

Das Programm unterscheidet sich von bereits existierenden Angeboten, nicht alleine im deutschsprachigen Raum, sondern weltweit. Ein zentraler Unterschied stellt der Zeitpunkt des Beginns und des Ende dar. Um ein Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot sinnvoll einzusetzen, muss dieses rechtzeitig beginnen. Aus den Erläuterungen zum Wochenbett ist deutlich geworden, dass im Wochenbett selbst kaum Zeit und Energie bleibt, um Neues zu lernen, welches nicht im direkten Kontext mit dem Kind steht. Es ist daher nur folgerichtig, das Programm bereits in der Schwangerschaft beginnen zu lassen. In dieser Vorbereitungsphase sind Frauen offen für Informationen und suchen gezielt danach. Ergänzend hinzu kommen die neuronalen Veränderungen in der Schwangerschaft, die den Aufbau von gesundheitsförderlichem Verhalten unterstützen. Entsprechend der Theorien, die den Prozess des Aufbaus von Gesundheitsverhalten beschreiben, spielt die Selbstwirksamkeitserwartung hierbei eine zentrale Rolle, ebenso wie die Erinnerung und das Wiederholen, wodurch das Weiterführen bis an das Ende der Wochenbettzeit schlüssig ist.

Auch thematisch ist das Programm einzigartig und unterscheidet sich deutlich von anderen digitalen Programmen, die ebenfalls die Prävention PPD zum Ziel haben (Arakawa et al., 2023; Denis et al., 2022; Hayes et al., 2001; Sun et al., 2019). Die fokussierten Themen wie Beziehungszufriedenheit, Sport oder soziale Unterstützung sind zweifelsohne einflussnehmende Faktoren, jedoch stellt die Selbstfürsorge ein Grundgerüst dar, auf welches die anderen Themen fußen. Die grundlegende Einstellung, dass eine Person wertvoll und wichtig ist, nimmt grundlegend Einfluss auf die Beziehung und das soziale Netz. Weiter stellt auch das aktive Handeln zum eigenen Wohlergehen einen Schwerpunkt der Selbstfürsorge dar. Die folglich entstehenden Verhaltensweisen, worunter auch körperliche Aktivität in seiner Vielschichtigkeit verstanden werden können, sind an die Situation angepasst und entsprechen daher eher dem Bedarf der schwangeren Frau. Es ist nicht zu vergessen, dass einigen Frauen aufgrund schwangerschaftsbedingter Risikofaktoren untersagt ist, körperlicher Aktivität nachzugehen oder diese nur in einem begrenzten Ausmaß zu realisieren ist. Nichtsdestotrotz ist erwiesen, dass körperliche Aktivität an sich, aber auch durch den damit verbundenen Austausch mit anderen oder die Ausübung in der Natur gesundheitsfördernd wirken. Diese Ermutigung der Frauen zu körperlicher Aktivität ist wichtig, jedoch grenzen diese Programme Frauen aus, denen dies nicht möglich ist.

Im Vergleich verschiedener Präventionsprogramme für PPD ist auffällig, dass die Erkrankung als solche nur begrenzt thematisiert wird. Eine Aufklärung oder Erklärungsansätze finden sich kaum. Auch in dieser Hinsicht ist das Programm MEBA hervorzuheben. Dies wird auch durch die Ergebnisse der Studie von SIDDHPURIA et al. [2022] bestätigt. Das Modul 6 „Mein Körper nach der Geburt“ in der 37. SSW greift die hormonellen Umstellungen nach der Geburt auf, verweist auf die damit einhergehenden Stimmungsschwankungen und lenkt gezielt auf die Symptome einer PPD. Es wird erklärt, warum diese Erkrankung im Wochenbett auftreten kann, wie sie erkannt und wie damit umgegangen werden kann. Gleichzeitig wird auf Angebote und ein unterstützendes Netzwerk verwiesen, die helfen können.

Das soziale Netzwerk stellt einen wesentlichen Faktor in der Prävention dar. Fehlt diese Unterstützung, erschwert es den Transitionsprozess und stellt einen einflussreichen Risikofaktor dar. Vor allem digitale Präventionsprogramme, die nicht über eine web- oder App-basierte Anwendung angeboten werden, nutzen die soziale Komponente durch E-Mail-Verkehr, regelmäßige Telefonate oder auch lediglich die Option, jemanden anrufen zu können als wichtigsten Faktor. Präventionsprogramme, die regelmäßige Kurse in Präsenz anbieten, nutzen in diesem Setting ebenfalls gezielt den sozialen Austausch und das entstehende Netzwerk der Frauen untereinander, neben den gesundheitsförderlichen Aspekten von Bewegung und/oder Entspannung.

Die Teilnahme an Angeboten in Präsenz birgt neben den genannten positiven Effekten, aber auch Barrieren, die besonders in der vulnerablen Zeit nicht zu vernachlässigen sind. Neben den bereits genannten schwangerschaftsbedingten Erkrankungen, die eine Teilnahme außer Haus unmöglich machen, können auch psychische Erkrankungen eine Rolle spielen. Insbesondere, wenn die Frau Symptome des sozialen Rückzugs erlebt, kann eine Teilnahme in Präsenz erschwert sein. Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft psychisch erkrankt sind oder eine präpartale Depression oder Ängstlichkeit haben, sollten im Besonderen an einem Präventionsprogramm teilnehmen. Auch die erwähnte (Selbst-)Stigmatisierung ist ein nicht zu unterschätzender Faktor.

Digitale Programme erreichen Frauen, die weniger am sozialen Leben und den offerierten Angeboten teilnehmen können, sei dies aufgrund schwangerschaftsbedingter Erkrankungen, ärztlich angeordneter Einschränkungen, psychischer Erkrankungen oder der eigenen Entscheidung. Diese Faktoren können gleichzeitig jedoch zu Risikofaktoren werden und bedürfen daher besonders zugeschnittenen Angeboten. Ein weiterer nützlicher Effekt der digitalen Angebote ist das Nachlesen von Modulen und Inhalten. Treten beispielsweise im Wochenbett die Symptome einer PPD auf, besteht die Möglichkeit, die Liste erneut zu studieren und die hinterlegten Ansprechpartner*innen zu kontaktieren. Auch ist die Teilnahme zeitlich und örtlich flexibel gestaltbar. Dennoch ist die regelmäßige Teilnahme der Frauen und erzielte Effekte schwieriger messbar als bei regelmäßigen Angeboten in Präsenz. Die erhöhte Bildschirmzeit kann als Barriere wahrgenommen werden und auch die Textlastigkeit kann den Lernprozess erschweren. Das Stellen von (spezifischen) Rückfragen ist nur eingeschränkt möglich und der Kontakt zu anderen Teilnehmerinnen fehlt im vorliegenden Programm gänzlich.

Das Programm MEBA kombiniert in Summe gesundheitsförderliche Aspekte, thematisiert die Erkrankung PPD und verweist auf hilfreiche Netzwerkangebote. Außerdem bietet es angeleitete Meditationen und Bewegungsangebote und nutzt für die Module verschiedene methodische Techniken, inklusive Reflexionsfragen, Audio- und Videoformate. Es ist das einzige digitale Präventionsprogramm in deutscher Sprache, welches den Zeitraum Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett inkludiert und gleichzeitig auf Bedeutung von Selbstfürsorge, den eigenen Erwartungen an die Mutterschaft und weitere relevante Themen miteinander kombiniert und frühzeitig aufgreift.

Um den Datenschutz zu gewährleisten wurden keine forschungsrelevanten Daten über die App erhoben. Die Frauen konnten lediglich angeben, ob die eingetragenen Antworten auf die Reflexionsfragen bzw. die Notizen der Forschungsgruppe zugänglich gemacht werden dürfen. Das Nutzungsverhalten dieser Funktion gibt einen Eindruck über die Nutzungshäufigkeit des Programms. Daraus lässt sich ableiten, dass ca. 48 % der Frauen aus der Interventionsgruppe das Programm mindestens sechs von 14-mal genutzt haben. Aus den Gesprächen des Pretests ist bekannt, dass die Frauen die Module gelesen haben und die Reflexionsfragen beantworteten, jedoch die Antworten selbst nicht in der App angaben.

Es ist als Schwäche des Forschungsdesigns anzusehen, dass keine expliziten Daten zum Nutzungsverhalten, der -häufigkeit, der -zufriedenheit und der persönlichen Relevanz abgefragt wurden. Aufgrund des Fehlens des Nutzungsverhaltens kann auch nicht evaluiert werden, warum keine Gruppenunterschiede sichtbar geworden sind. Somit fehlt auch der Wirksamkeitsnachweis. Jedoch unterliegt das Nutzungsverhalten der subjektiven Bewertung und möglicherweise dem Bias der sozialen Erwünschtheit, sodass auch diese Angabe in der Bewertung berücksichtigt werden muss.

4.3 Limitationen

In der Berücksichtigung der Ergebnisinterpretation ist auf Limitationen einzugehen. Hierzu zählt das **Nichterreichen der statistischen Power** durch die Stichprobengröße. Trotz der verschiedenen Rekrutierungswege und Kommunikationskanäle konnten die benötigten Frauen nicht für die Teilnahme rekrutiert werden. Auf die Drop-out-Rate wurde bereits eingegangen. Durch die geringe Stichprobe und das Nichterreichen einer Normalverteilung wurde daher ausschließlich nicht-parametrische Testverfahren verwendet. Spezifische Effekte, z. B. zu Risikoschwangerschaft, vorherigen Erkrankungen, Geburtsbedingungen und nachgeburtliche Herausforderungen konnten daher nicht sinnvoll auf ihren Einfluss gemessen werden, obwohl diese nachweislich Wirkfaktoren darstellen.

Weiter ist das Fehlen von **konkretem Nutzungsverhalten** der App zu bemerken. In welchem Umfang die App tatsächlich verwendet wurde, bleibt offen. Einige Indikatoren geben Hinweise auf die regelmäßige Nutzung, jedoch bleibt auch die Intensität der Nutzung, insbesondere des aktiven Aufrufens der Übungen in den Modulen, der Videos und der angeleiteten Meditationen

unklar. An dieser Stelle ist jedoch auch auf die Wahrung des Datenschutzes zu verweisen, der durch derlei technische Lösungen gewahrt werden muss. Das Nutzungsverhalten wäre insofern wichtig gewesen, als das kein statistischer Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe vorhanden ist.

Drei mögliche Schlussfolgerungen können daraus abgeleitet werden. 1) Die Interventionsgruppe hat das Programm nicht genutzt oder dies nur partiell getan. 2) Die Kontrollgruppe hat die Teilnahme an dem Programm genutzt, um sich Zeit für sich zu nehmen und durch die Begleitung durch das Programm aktiv zu ihrem Wohlbefinden beigetragen. 3) Die Intervention hat trotz Nutzung der Frauen keinen Einfluss auf die Depressivität, auf die Selbstfürsorge und die Selbstregulationsfähigkeit.

Zukünftig kann eine dritte Gruppe im Studiendesign berücksichtigt werden, die keine Intervention oder ein Programm erhält. Aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit der Zielgruppe reduziert diese dritte Gruppe jedoch die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe.

Schwangere Frauen sind eine insgesamt schwer zu erreichende Zielgruppe. In der Bewerbung wurde daher auf den Vorteil der Teilnahme verwiesen. Jedoch wurden in dieser Stichprobe durch den Aufruf viele Frauen mit höherem Bildungsabschluss gewonnen, die möglicherweise eher ein Interesse an Wissenschaft haben und sich aktiv am Forschungsprozess beteiligen wollen.

Auch ist die Anpassung der Intervention für die Zukunft sinnvoll. Aus dieser Studie wird deutlich, dass ein Präventionsprogramm bereits früher starten könnte und möglicherweise auch nach dem Wochenbett länger dauert. Die Textlastigkeit und die Methodik kann ebenfalls überarbeitet werden, sodass das Programm auch für andere Frauen attraktiv sind. Auf Barrierefreiheit ist außerdem zu achten. Zielführend kann außerdem der aktive Einbezug des*der Partner*in sein, der parallel ein ähnliches Programm durchläuft und ihn*sie in seiner*ihrer Transition unterstützt.

4.4 Zusammenfassung

Aus den Ergebnissen und der anschließenden Einordnung lassen sich folgende relevante Punkte zusammenfassen:

- Die Selbstfürsorge mit der Skala *Pacing* verändert sich im Verlauf. Der achtsame Umgang mit den eigenen Bedürfnissen und Grenzen verändert sich im Verlauf. Diese Annahme lässt sich auch durch die neuronalen Veränderungen im Gehirn erklären, die das selbstlose Handeln und die Bindung gegenüber dem Kind stärker fördert. Jedoch kann auch festgestellt werden, dass *Pacing* ein schützender Faktor gegenüber einer postpartalen Depression sein kann. Für eine gesunde Bewältigung der Transition ist der Fokus auf Selbstfürsorge wichtig, ohne die Bedürfnisse des Kindes außer Acht zu lassen. Daher ist die soziale

Unterstützung an dieser Schnittstelle von besondere Relevanz.

- Als schützende Faktoren gegenüber einer postpartalen Depression konnten sowohl Selbstfürsorge als auch Selbstwirksamkeit und Kohärenz identifiziert bzw. bestätigt werden, die ihre schützende Wirkung bereits in der Schwangerschaft zeigen und dies auch postnatal fortsetzen. Präventionsangebote sollten bereits in der Schwangerschaft ansetzen und diese Aspekte bspw. im Geburtsvorbereitungskurs thematisieren.
- Die **Selbstwirksamkeitserwartung** und die **Kohärenz** verändern sich laut der vorliegenden Daten im zeitlichen Verlauf nicht und bleiben stabil. Beide Faktoren sind bereits als schützende Faktoren in anderen Studien hervorgetreten. Präventionsprogramme könnten sich diese Erkenntnisse zu Nutze machen und explizit unterstützend zur gezielten Entfaltung beitragen. Im vorliegenden Programm wurde versucht, die Selbstwirksamkeitserwartung durch Wortbeiträge von Müttern zu festigen. Dies kann insbesondere vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit mit anderen zielführend sein. In der Phase der Schwangerschaft verändert sich durch die neuronalen Veränderungen die Sensibilität gegenüber der Umwelt, was zu einer veränderten eigenen Erwartungshaltung an die Mutterschaft führen kann. Den verzerrten Eindrücken der sozialen Medien kann an dieser Stelle ein wohlwollendes, selbstfürsorgliches Bild entgegengesetzt werden.
- Die Teilnahme an der Intervention zeigt kein reduziertes Risiko für eine postpartale Depression. Vermutlich ist dies auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen. Erschwerend kommt die fehlende Abfrage zum Nutzungsverhalten hinzu, die eine Identifikation von weiteren Gründen erschweren. Es besteht noch Potential in der Weiterentwicklung des Programms unter Einbezug des sozialen Netzwerks.
- Die Symptome einer **Depression** sind in der Schwangerschaft in dieser Erhebung im Vergleich zu anderen Studien hoch. Doch nicht alleine diese Erkenntnis lässt innehalten, sondern auch die gleichbleibende Symptomstärke über den Zeitraum hinweg. Die Symptome verschlechtern oder verbessern sich über das letzte Trimester bis drei Monate nach der Geburt nicht wesentlich.
- Die körperliche Aktivität, in verschiedenen Intensitätsstufen nimmt nach der Geburt des Kindes zu, dies unterstützt nicht nur die Rückbildungsprozesse, sondern fördert auch aus vielerlei Hinsicht die Gesundheit der Frau. Die frische Luft und die Sonne sind als gesundheitsförderlich und unterstützend anzusehen, insbesondere die positiven Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sind nicht von der Hand zu weisen.
- Ist es äußerst bedenklich, dass **Alkoholkonsum** im Verlauf überhaupt festgestellt wurde, insbesondere da die Zielgruppe im Verhältnis zu dem deutschen Durchschnitt eine höhere Bildung aufweist. Es ist darüber hinaus zu kritisieren, dass in den Empfehlungen für die

Schwangerschaft und die Stillzeit lediglich von einer *Vermeidung* von Alkohol gesprochen wird, und nicht von einem *Verzicht*. Die Studienlage ist diesbezüglich eindeutig.

- Es fällt auf, dass die **wahrgenommen** physische und psychische **Gesundheit** als eher schlecht wahrgenommen wird, die Zufriedenheit hingegen aber hoch ist. Es stellt sich die Frage, welche Erwartungen die Frauen an diese Phase haben und ob sie bereits einen schlechteren Gesundheitszustand erwarten. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Zufriedenheit die Erwartungen widerspiegelt, wonach die Erwartungen an die eigene psychische und physische Gesundheit eher gering sind. Es wird bereits davon ausgegangen, dass sich die Physis und die Psyche verschlechtern. Die gesellschaftlichen und allgemein bekannten Perspektiven auf diese Lebensphase spiegeln diese Annahmen wider, die Folgerichtigkeit kann allerdings in Frage gestellt werden.
- Jede sechste Frau gibt aus dem Bauch heraus an, keine soziale Unterstützung zu erhalten. Diese Wahrnehmung ist besorgniserregend, denn besonders in dieser Phase ist das Netzwerk bedeutend und unterstützt die Bewältigungs- und Anpassungsprozesse. Unklar ist, ob die Frauen ein allgemeines Gefühl ausdrücken, ob diese Wahrnehmung auf die Partnerschaft, auf den erweiterten Familien- und Freundeskreis bezogen ist oder auf das fachliche Personal. Doch alleine die Wahrnehmung keine soziale Unterstützung zu erhalten, prägt ein Gefühl, was wiederum auf Körper und Psyche wirkt.

*Kein Wunder, dass die innere Landschaft einer Mutter kaum erforscht und erklärt wurde:
Schließlich hat sie selbst kaum Zeit, sie zu erkennen!*

(Stern et al., 2000, S. 10)

Die innere Landschaft einer Mutter – das sind ihre Bedürfnisse, ihre Ängste, ihre Wünsche, ihre Erwartungen. So unterschiedlich jede Frau den Transitionsprozess erlebt, so unterschiedlich sind ihre Ressourcen, die sie für die Bewältigung zur Verfügung hat.

Manche *gönnen* es sich, in einem Confinement-Center versorgt zu werden, andere sind glücklich, wenn sie überhaupt in Sicherheit ihr Kind zur Welt bringen können. Die Geburt ist ein besondere Ereignis und für die meisten Menschen einer der glücklichsten Momente in ihrem Leben.

In Deutschland ist die Versorgung der Frauen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett gesetzlich geregelt. Durch das Versicherungssystem erhalten die Frauen die Behandlung und Versorgung, die für sie nötig ist. Im Wochenbett werden die Frauen von Hebammen unterstützt und erhalten finanziellen Ausgleich. Auch ist es möglich für eine bestimmte Zeit in Elternzeit zu gehen, um wieder selbst zu Kräften zu kommen und für das Kind zu sorgen. Dennoch gibt es Frauen, die mit den Veränderungs- und Anpassungsprozessen dieser Lebensphase weniger gut zurecht kommen. Bis zu 25 % der Mütter mit Neugeborenen erkranken an einer postpartalen Depression. Menschen, die diese Krankheit nicht selbst erlebt haben, können das individuelle Leid kaum ermessen. Auch für die Partner*innen und für die Kinder stellt die Erkrankung eine Belastung und teilweise Überforderung dar.

Der Ruf nach geeigneten Präventions- und gesundheitsförderlichen Angebote, die die individuelle Lebenssituation miteinbeziehen, muss hörbar sein. Bereits existierende Angebote decken

jedoch lediglich den normalen Schwangerschaftsverlauf ab.

Was ist mit der Gesundheitsförderung von Frauen, die mit vorzeitigem Blasensprung bereits in der 30. SSW im Krankenhaus liegen? Was ist mit den Frauen, die durch eine künstliche Befruchtung schwanger geworden sind und mit der Angst kämpfen, ihr Kind wieder zu verlieren? Was ist mit den Frauen, die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett alleine durchstehen? Was ist mit den Frauen, die um ihre Kinder kämpfen, weil sie wochenlang auf der Neonatologie sind? Diese herausgeforderten Frauen sind keine Ausnahme. Sie leben mitten in unserer Gesellschaft.

Digitale Angebote können eine Möglichkeit sein, diese Frauen zu begleiten – zeitlich und örtlich flexibel, mit Auswahlmöglichkeiten unter Einbezug teilnehmender Menschen. Sie offerieren verschiedene Möglichkeiten, die die Frau nach Bedarf annehmen, wiederholen und teilen kann. Auch wenn diese Studie durch die geringe Stichprobengröße kein Wirksamkeitsnachweis für die App *MeBa* liefern kann, so wird dennoch das Ausmaß der Belastung der Frauen deutlich: die hohen Prävalenzzahlen in der Schwangerschaft, die Einschätzung einen schlechten psychischen Gesundheitszustand zu haben, das Fehlen von sozialer Unterstützung, die Häufigkeit der Belastungen durch die Geburt und nicht zuletzt die Prävalenzzahlen der postpartalen Depression. Die vorliegende Arbeit deckt in Teilen besorgniserregende Erkenntnisse auf und ist zugleich ein erster Schritt, die Perspektive der individuellen Gesundheitsförderung durch das Thema Selbstfürsorge auch in diesem Bereich in den Vordergrund zu rücken.

Daher muss eine Weiterentwicklung der Angebote angestrebt werden, die bedarfsgerecht, barrierefrei und nutzbar für besonders herausgeforderte Frauen ist. Es stellen sich weiterführende Fragen zu den Bedarfen von Frauen, deren Kinder auf der Neonatologie sind, deren Partner*in nicht unterstützend ist, deren physiologische und psychologische Gesundheit die Versorgung des Kindes nicht gewährleisten kann.

Die Unterstützungsmöglichkeiten des deutschen Sozialsystems müssen an die veränderte Bedarfslage angepasst sein. Ein System, das die Verantwortung an Hebammen und Fachärzt*innen übergibt, ist aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht zielführend. Integrative Versorgungsmodelle, die die Gesundheitsförderung in vollem Umfang mitdenken und die Zugangswege mitdenken, sind für den Transitionsprozess der Mutterschaft notwendig.

Diese Studie zeigt, dass Selbstfürsorge und Mutterschaft zusammengedacht werden können. Es ist kein egoistisches Verhalten, sich als Mutter seiner eigenen Bedürfnisse bewusst zu sein. Doch kann dies nur in einem System gelingen, das wohlwollend und wertschätzend mit Müttern und Eltern umgeht. Die Forschung legt den Grundstein, die Gesellschaft kann darauf bauen.

- Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- Ahmadpour, P., Faroughi, F., & Mirghafourvand, M. (2023). The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, *11*(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01105-6>
- Ahrendt, H. J., & Friedrich, C. (Hrsg.). (2015). *Sexualmedizin in Der Gynäkologie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-42060-3>
- Amato, C., Pierro, A., Chirumbolo, A., & Pica, G. (2014). Regulatory modes and time management: How locomotors and assessors plan and perceive time. *International Journal of Psychology: Journal International De Psychologie*, *49*(3), 192–199. <https://doi.org/10.1002/ijop.12047>
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine (1982)*, *36*(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
- Arakawa, Y., Haseda, M., Inoue, K., Nishioka, D., Kino, S., Nishi, D., Hashimoto, H., & Kondo, N. (2023). Effectiveness of mHealth consultation services for preventing postpartum depressive symptoms: A randomized clinical trial. *BMC medicine*, *21*(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02918-3>
- Ayala, E. E., Winseman, J. S., Johnsen, R. D., & Mason, H. R. C. (2018). U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Medical Education*, *18*(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1296-x>
- Baattaiah, B. A., Alharbi, M. D., Babteen, N. M., Al-Maqbool, H. M., Babgi, F. A., & Albatati, A. A. (2023). The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: An emphasis on maternal mental health. *BMC Psychology*, *11*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01043-3>

- Baran, J., Leszczak, J., Baran, R., Biesiadecka, A., Weres, A., Czenczek-Lewandowska, E., & Kalandyk-Osinko, K. (2021). Prenatal and Postnatal Anxiety and Depression in Mothers during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(14), 3193. <https://doi.org/10.3390/jcm10143193>
- Barber, G. A., & Steinberg, J. R. (2022). The association between pregnancy intention, fertility treatment use, and postpartum depression. *Social Science & Medicine*, *314*, 115439. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115439>
- Barbosa, E. M. G., Sousa, A. A. S. de, Vasconcelos, M. G. F., Carvalho, R. E. F. L. de, Oriá, M. O. B., & Rodrigues, D. P. (2016). Educational technologies to encourage (self) care in postpartum women. *Revista Brasileira De Enfermagem*, *69*(3), 582–590. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690323i>
- Barkin, J. L., Stausmire, J. M., Te, M. N., Pazik-Huckaby, A., Serati, M., Buoli, M., Harding, R. S., Bruss, C. A., & Stausmire, K. L. (2019). Evaluation of Maternal Functioning in Mothers of Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Women's Health*, *28*(7), 941–950. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7168>
- Barrera, A. Z., Morris, S. Y., & Ruiz, A. (2022). Mothers and Babies Online Course: Participant Characteristics and Behaviors in a Web-Based Prevention of Postpartum Depression Intervention. *Frontiers in Global Women's Health*, *3*, 846611. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.846611>
- Bathke, B. (2020). Väter Müssen Draußen Bleiben (Zeit Magazin) [newspaper]. Verfügbar 1. Mai 2024 unter <https://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2020-07/geburten-coronavirus-vaeter-kreisssaal-krankenhaus>
- Bauer, N., Schäfers, Rainhild, Peters, Mirjam & Villmar, Andrea. (2020). *HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburts- Hilflche Versorgung Durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“*. Abschlussbericht Der Teilprojekte Mütterbefragung Und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum.
- Bear, K. A., Barber, C. C., & Medvedev, O. N. (2022). The Impact of a Mindfulness App on Postnatal Distress. *Mindfulness*, *13*(11), 2765–2776. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01992-7>
- Beck. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nursing research*, *50*(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, C. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, *53*(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beestin, L., Hugh-Jones, S., & Gough, B. (2014). The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, *29*(6), 717–735. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.885523>

- Bell, L., Feeley, N., Hayton, B., Zelkowitz, P., Tait, M., & Desindes, S. (2016). Barriers and Facilitators to the Use of Mental Health Services by Women With Elevated Symptoms of Depression and Their Partners. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 651–659. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1180724>
- Belsky, J., Spanier, G. B., & Rovine, M. (1983). Stability and Change in Marriage across the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 45(3), 567. <https://doi.org/10.2307/351661>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Bereda, G. (2022). Risk of Alcohol Consumption during Pregnancy on Fetus. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 12(2), 77–80. <https://doi.org/10.15406/jpnc.2022.12.00460>
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (2008). Deutschsprachige Fassung Und Validierung Der »Edinburgh Postnatal Depression Scale«. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(03), 35–40. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1023895>
- Bień, A., Pieczykolan, A., Korzyńska-Piętas, M., & Grzesik-Gąsior, J. (2023). Body Esteem and Self-Efficacy of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2171. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032171>
- Billmann, M.-K., Rath, W., & Beinder, E. (2010). Schwangerschaften bei erhöhtem mütterlichen Alter: Ergebnisse aus Zürich und Literaturübersicht. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 70(04), 273–280. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1241025>
- Blanz, M. (2021). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen* (2. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- Blum, K., & Löffert, S. (2021). Gibt es einen Hebammenmangel in Deutschland? *Public Health Forum*, 29(2), 163–165. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0025>
- Boddy, R., Gordon, C., MacCallum, F., & McGuinness, M. (2017). Men's experiences of having a partner who requires Mother and Baby Unit admission for first episode postpartum psychosis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 399–409. <https://doi.org/10.1111/jan.13110>
- Böhnke, A. (2023). Nach Den Wehen Kommt Die Wellness (Zeit Online) [newspaper]. *Zeit*. <https://www.zeit.de/gesundheit/2023-08/wochenbett-muetter-erholung-post-partum-center-asien>
- Borrmann, B. (2005). *Kurz- Und Mittelfristige Auswirkungen Des Stillens Auf Die Maternale Gesundheit Post Partum*.
- Brechbühl, Gandhera & Pfeifer-Burri, Silvia. (2012). Warum Selbstfürsorge so Wichtig Ist Und Uns Dennoch Oft Schwerfällt [magazine]. *IBP Institut*, 3, 8–10. https://www.ibp-institut.ch/files/client_data/Dokumente/IBP/Publikationen%20Shop%20Downloads/IBP%20Artikel/Artikel_Warum%20Selbstf%C3%BCrsorge%20so%20wichtig%20

- 20ist%20und%20uns%20dennoch%20oft%20schwer%20f%C3%A4hlt_Magazin%203_SP_120915.pdf
- Brown, W., Hayman, M., Moran, L., Redman, L., & Harrison, C. (2016). The Role of Physical Activity in Preconception, Pregnancy and Postpartum Health. *Seminars in Reproductive Medicine*, 34(02), e28–e37. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1583530>
- Bryant, A. S., Coleman, J., Shi, X., Rodriguez, M., Papadopoulos, A. S., Merz, K., Leonard, J., Samia, N., & Marceau, L. (2023). The Power and Promise of Postpartum Self Care: Evaluation of a Web-Based Tool for Underserved Women. *Maternal and Child Health Journal*, 27(3), 548–555. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03605-8>
- Button, S. B., Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1996). Goal Orientation in Organizational Research: A Conceptual and Empirical Foundation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 67(1), 26–48. <https://doi.org/10.1006/obhd.1996.0063>
- Cacciola, E., & Psouni, E. (2020). Insecure Attachment and Other Help-Seeking Barriers among Women Depressed Postpartum. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3887. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113887>
- Carmona, S., Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Barba-Müller, E., Wierenga, L. M., Alemán-Gómez, Y., Pretus, C., Marcos-Vidal, L., Beumala, L., Cortizo, R., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Peper, J. S., Crone, E. A., Ballesteros, A., ... Hoekzema, E. (2019). Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes. *Human Brain Mapping*, 40(7), 2143–2152. <https://doi.org/10.1002/hbm.24513>
- Caropreso, L., de Azevedo Cardoso, T., Eltayebani, M., & Frey, B. N. (2020). Preeclampsia as a risk factor for postpartum depression and psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 493–505. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01010-1>
- Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., Lambelet, V., Cleary, B., O'Shaughnessy, F., Passier, A., Richardson, J. L., Hompes, T., & Nordeng, H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1219–1229. <https://doi.org/10.1111/aogs.14092>
- Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- Chalupka. (2021). *Wochenbett Und Neugeborenenpflege*. Facultas.
- Chamangasht, M., Akbari Kamrani, M., & Farid, M. (2021). Efficacy of an Early Self-care-Based Education Program on the Self-evaluation of Primiparous Postpartum Mothers: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Shiraz E-Medical Journal*, 22(9). <https://doi.org/10.5812/semj.108132>

- Chapman, J. K., & Hart, S. L. (2017). The transition from mother-of-one to mother-of-two: Mothers' perception of themselves and their relationships with their firstborn children. *Infant Mental Health Journal*, 38(4), 475–485. <https://doi.org/10.1002/imhj.21650>
- Chernov (**typedirector**). (2024). *20 Tage in Mariupol* [tvbroadcast]. Das Erste. <https://www.ardmediathek.de/video/dokumentation-und-reportage/20-tage-in-mariupol/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RlLmRlL3JlcG9ydGFnZSBfIGRva3VtZW50YXRpb24gaW0gZXJzdGVuLzIw>
- Chou, Y.-C., Linda, L., & Lu, C.-H. (2023). User-Centered Care, Engagement, and User's Orientation Preference in Postpartum Care of Quality: Practitioner-Postpartum Women Interdependence Mediation Analysis (V. P. Gurupur, T. T. Wan, R. R. Rudraraju & S. A. Kulkarni, Hrsg.). *Journal of Integrated Design and Process Science*, 27(1), 7–26. <https://doi.org/10.3233/JID-220005>
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cox, J. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Non-Postnatal Women. *Journal of Affective Disorders*, 39(3), 185–189. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00008-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00008-0)
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dahl, C. (2018). Warum Es Sich Lohnt, Gut Für Sich Zu Sorgen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(1), 69–78. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0650-5>
- David, M., & Kentenich, H. (2008). Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Der Gynäkologe*, 41(1), 21–27. <https://doi.org/10.1007/s00129-007-2088-2>
- Denis, F., Maurier, L., Carillo, K., Ologeanu-Taddei, R., Septans, A.-L., Gepner, A., Le Goff, F., Desbois, M., Demurger, B., Silber, D., Zeitoun, J.-D., Assuied, G. P., & Bonnot, O. (2022). Early Detection of Neurodevelopmental Disorders of Toddlers and Postnatal Depression by Mobile Health App: Observational Cross-sectional Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(5), e38181. <https://doi.org/10.2196/38181>
- Department of Midwifery (Diploma) Medicine Faculty, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Indonesia & Pratiwi, D. (2023). THE EFFECT OF PRENATAL EXERCISE ON THE INCIDENCE OF POST PARTUM DEPRESSION. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*, 4(1), 30–32. <https://doi.org/10.21776/ub.jppbr.2023.004.01.8>
- Di Benedetto, M., Towt, C. J., & Jackson, M. L. (2020). A Cluster Analysis of Sleep Quality, Self-Care Behaviors, and Mental Health Risk in Australian University Students. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(3), 309–320. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1580194>
- Dilling, H., Freyberger, H. J., Cooper, J. E., & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR*

- (8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016). Hogrefe.
- DIMDI. (2020). Verhaltensauffälligkeiten Mit Körperlichen Störungen Und Faktoren. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f50-f59.htm>
- Dodou, H. D., Paiva Rodrigues, D., Araújo Chagas Costa, A. C. M., Oliveira Batista Oriá, M., Barbosa Castro, R. C. M., Azevedo Queiroz, A. B., & Souza De Mesquita, N. (2016). Self-Care And Empowerment In Postpartum: Social Representations Of Puerperae. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/2041>
- Drozd, F., Haga, S. M., Brendryen, H., & Slinning, K. (2015). An Internet-Based Intervention (Mamma Mia) for Postpartum Depression: Mapping the Development from Theory to Practice. *JMIR research protocols*, 4(4), e120. <https://doi.org/10.2196/resprot.4858>
- Dunn, J., & Kendrick, C. (1980). The arrival of a sibling: Changes in patterns of interaction between mother and first-born child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21(2), 119–132. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1980.tb00024.x>
- Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., Garthus-Niegel, K., & Eskild, A. (2010). Postnatal care: A cross-cultural and historical perspective. *Archives of Women's Mental Health*, 13(6), 459–466. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0175-1>
- Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Lundh, W., & Widström, A.-M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum—a study of new mothers and fathers. *Archives of Women's Mental Health*, 8(4), 221–231. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0097-5>
- Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., & Kok, G. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. JOSSEY BASS. https://www.ebook.de/de/product/23957211/l_kay_bartholomew_eldredge_christine_m_markham_robert_a_c_ruiter_maria_e_fernandez_gerjo_kok_planning_health_promotion_programs_an_intervention_mapping_approach.html
- Elwood, J., Murray, E., Bell, A., Sinclair, M., Kernohan, W. G., & Stockdale, J. (2019). A systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 253, 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.059>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engqvist, I., & Nilsson, K. (2011). Men's experience of their partners' postpartum psychiatric disorders: Narratives from the internet. *Mental Health in Family Medicine*, 8(3), 137–146.
- Esch, T. (2016). *Stressbewältigung Mind-Body-Medizin, Achtsamkeit, Selbstfürsorge*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft/Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Escriba-Aguir, V., & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *65*(4), 320–326. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.085894>
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ (Clinical research ed.)*, *323*(7307), 257–260. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257>
- Everingham, C. R., Heading, G., & Connor, L. (2006). Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication. *Social Science & Medicine*, *62*(7), 1745–1756. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.039>
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *58*(6), 613–621. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C.-L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *198*, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010>
- Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Rodrigues, L., Paulino, D. S. d. M., & Turato, E. R. (2020). Self-Care and Health Care in Postpartum Women with Obesity: A Qualitative Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, *42*(01), 019–025. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3400456>
- Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends in Neurosciences*, *38*(6), 387–399. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.004>
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 919–927. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>
- Ferrari, N., & Graf, C. (2017). Bewegungsempfehlungen Für Frauen Während Und Nach Der Schwangerschaft. *Das Gesundheitswesen*, *79*, S36–S39. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123698>
- Field, T. (2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant behavior & development*, *33*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Field, T., & Reite, M. (1984). Children's Responses to Separation from Mother during the Birth of Another Child. *Child Development*, *55*(4), 1308. <https://doi.org/10.2307/1130000>
- Fields, K., Shreffler, K. M., Ciciolla, L., Baraldi, A. N., & Anderson, M. (2023). Maternal childhood adversity and prenatal depression: The protective role of father support. *Archives of Women's Mental Health*, *26*(1), 89–97. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01278-w>
- Fish-Williamson, A., & Hahn-Holbrook, J. (2023). Nutritional Factors and Cross-National Postpartum Depression Prevalence: An Updated Meta-Analysis and Meta-Regression of

- 412 Studies from 46 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1193490. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1193490>
- Florea, C., Preiß, J., Gruber, W. R., Angerer, M., & Schabus, M. (2023). Birth and early parenting during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the Austrian and German population. *Comprehensive Psychiatry*, 126, 152405. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152405>
- Foltys, J. (2014). *Geburt Und Familie*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01994-5>
- Franco, P., Olhaberry, M., Cuijpers, P., Kelders, S., & Muzard, A. (2023). App-based intervention for reducing depressive symptoms in postpartum women: Protocol for a feasibility randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 32, 100616. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100616>
- Franzkowiak, P. (2018). Soziale Unterstützung. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I110-2.0>
- Früh, W. (2017). *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis* (9. Aufl.). utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838547350>
- Fthenakis, W. E., Kalicki, B., & Peitz, G. (mit für Bildungsforschung und Bildungsinformation, D. I. L.-I.). (2002). Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie, 559 pages. <https://doi.org/10.25656/01:2089>
- Fukuzawa, R. K., & Park, C. G. (2023). Role of Intrapartum Social Support in Preventing Postpartum Depression. *The Journal of Perinatal Education*, 32(2), 104–115. <https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0003>
- Fydrich, Thomas, Geyer, Michael, Hessel, Aike, Sommer, Gert & Brähler, Elmar. (1999). Fragebogen Zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an Einer Repräsentativen Stichprobe. *Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG*, 34(4), 212–216.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 269–286. <https://doi.org/10.1080/02646830802350898>
- Gawlik, S., & Reck, C. (2011). Erschöpfung Und Depression in Der Schwangerschaft. 56(3), 224–230. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0820-9>
- Geist, C. (1998). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (C. Geist & C. Ahrendt, Hrsg.; 2., vollst. überarb. und erw. Aufl). de Gruyter.
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (2023). *Bei QUAG Dokumentierte Und Außerklinisch Geborene Kinder in Bezug Zu Allen in Deutschland Geborenen Kidner Seit 2001*. Verfügbar 22. Januar 2024 unter <https://www.quag.de/quag/geburtenszahlen.htm>

- Ghiasvand, F., Riazi, H., Hajian, S., Kazemi, E., & Firoozi, A. (2017). The effect of a self-care program based on the teach back method on the postpartum quality of life. *Electronic Physician, 9*(4), 4180–4189. <https://doi.org/10.19082/4180>
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D’Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2014). Maternal postnatal mental health and later emotional–behavioural development of children: The mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health and Development, 40*(3), 327–336. <https://doi.org/10.1111/cch.12028>
- Girchenko, P., Robinson, R., Rantalainen, V. J., Lahti-Pulkkinen, M., Heinonen-Tuomaala, K., Lemola, S., Wolke, D., Schnitzlein, D., Hämäläinen, E., Laivuori, H., Villa, P. M., Kajantie, E., & Räikkönen, K. (2022). Maternal postpartum depressive symptoms partially mediate the association between preterm birth and mental and behavioral disorders in children. *Scientific Reports, 12*(1), 947. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-04990-w>
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt: psychologische Veränderungen der Eltern*. Kohlhammer.
- Goetz, M., Schiele, C., Müller, M., Matthies, L. M., Deutsch, T. M., Spano, C., Graf, J., Zipfel, S., Bauer, A., Brucker, S. Y., Wallwiener, M., & Wallwiener, S. (2020). Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(8), e17593. <https://doi.org/10.2196/17593>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Goren, G., Sarid, O., Philippou, P., & Taylor, A. (2020). Sense of Coherence Mediates the Links between Job Status Prior to Birth and Postpartum Depression: A Structured Equation Modeling Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(17), 6189. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176189>
- Grace, S., Evindar, A., & Stewart, D. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women’s Mental Health, 6*(4), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6>
- Grekin, R., & O’Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Griebel, W., & Niesel, R. (2021). *Übergänge verstehen und begleiten: Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern* (6. Auflage 2020, unveränderter Nachdruck 2021). Verlag an der Ruhr.
- Grieschat, M. (2023). *Gewalt in Der Geburtshilfe*. online. Verfügbar 13. März 2023 unter <https://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/>

- Gröhe, F. (2003). *Nehmt Es Weg von Mir. Depressionen Nach Der Geburt Eines Kindes*. <https://www.amazon.com/Nehmt-Depressionen-Geburt-eines-Kindes/dp/3525461771?SubscriptionId=AKIAIOBINVZYXZQZ2U3A&tag=chimbiori05-20&linkCode=xm2&camp=2025&creative=165953&creativeASIN=3525461771>
- Hagenbeck, C., Pecks, U., Fehm, T., Borgmeier, F., Schleußner, E., & Zöllkau, J. (2020). Im Zeichen der Pandemie. *Hebammen Wissen*, 1(1), 48–51. <https://doi.org/10.1007/s43877-020-0008-z>
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hall, M., Hölbfer, S., Endress, D., & Maier, B. (2021). Schwangere als Risikogruppe in der Corona-Pandemie: Daten zum maternalen und neonatalen Outcome, s-0041–1739786. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739786>
- Han, J.-W., & Kim, D.-J. (2020). Longitudinal Relationship Study of Depression and Self-Esteem in Postnatal Korean Women Using Autoregressive Cross-Lagged Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3743. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103743>
- Han, L., Zhang, J., Yang, J., Yang, X., & Bai, H. (2022). Between Personality Traits and Postpartum Depression: The Mediated Role of Maternal Self-Efficacy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 597–609. <https://doi.org/10.2147/NDT.S346327>
- Hapke, U., Kersjes, C., Hoebel, J., Kuhnert, R., Eicher, S., & Damerow, S. (2022). Depressive symptoms in the general population before and in the first year of the COVID-19 pandemic: Results of the GEDA 2019/2020 study. *Journal of Health Monitoring*, 7(4), 3–21. <https://doi.org/10.25646/10664>
- Harder, U., Borchard, C., Bach, J., & Friedrich, J. (Hrsg.). (2022). *Wochenbettbetreuung* (5. überarbeitete und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b000000574>
- Harder, U., & Friedrich, J. (2015). *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (4., aktualisierte Aufl). Hippokrates.
- Harfst, T., Ghods, C., Mösko, M., & Schulz, H. (2009). Erfassung von Positivem Verhalten Und Erleben Bei Patienten Mit Psychischen Und Psychosomatischen Erkrankungen in Der Rehabilitation – Der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen (HSF). *Die Rehabilitation*, 48(05), 277–282. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239546>
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social Support and Postpartum Depressive Symptomatology: The Mediating Role of Maternal Self-Efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 276–291. <https://doi.org/10.1002/imhj.20092>
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual Problems Shown by 11-Year-Old Children Whose Mothers Had Postnatal Depression. *Journal of*

- child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(7), 871–889. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00784>
- Hayes, B. A., Muller, R., & Bradley, B. S. (2001). Perinatal Depression: A Randomized Controlled Trial of an Antenatal Education Intervention for Primiparas. *Birth*, 28(1), 28–35. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00028.x>
- Heller, A. (2002). *Nach der Geburt: Wochenbett und Rückbildung*. Thieme.
- Hezel, D. (1998). Diagnose Und Dauer Der Schwangerschaft. In *Hebammenkunde: Lehrbuch Für Schwangerschaft* (S. 85–88). De Gruyter.
- Higgins, E., Kruglanski, A. W., & Pierro, A. (2003). Regulatory Mode: Locomotion and Assessment as Distinct Orientations. In *Advances in Experimental Social Psychology* (S. 293–344, Bd. 35). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01005-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01005-0)
- Hillerer, K. M., Jacobs, V. R., Fischer, T., & Aigner, L. (2014). The maternal brain: An organ with peripartur plasticity. *Neural Plasticity*, 2014, 574159. <https://doi.org/10.1155/2014/574159>
- Hinkle, S. N., Buck Louis, G. M., Rawal, S., Zhu, Y., Albert, P. S., & Zhang, C. (2016). A longitudinal study of depression and gestational diabetes in pregnancy and the postpartum period. *Diabetologia*, 59(12), 2594–2602. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-4086-1>
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung Der Skala Zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In *Diagnostica* (S. 26–32). Hogrefe Verlag Göttingen. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.52.1.26>
- Hipp, L. E., Kane Low, L., & van Anders, S. M. (2012). Exploring Women’s Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2330–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x>
- Hobbs, D. F. (1965). Parenthood as Crisis: A Third Study. *Journal of Marriage and the Family*, 27(3), 367. <https://doi.org/10.2307/350281>
- Hoekzema, E., Tamnes, C. K., Berns, P., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., Martínez-García, M., Desco, M., Ballesteros, A., Crone, E. A., Vilarroya, O., & Carmona, S. (2020). Becoming a mother entails anatomical changes in the ventral striatum of the human brain that facilitate its responsiveness to offspring cues. *Psychoneuroendocrinology*, 112, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104507>
- Hoffbauer, G., & Fischer, D. (2005). *Gerne Frau! Mein Körper - meine Gesundheit*. Springer.
- Hong, R. Y., Tan, M. S., & Chang, W. C. (2004). Locomotion and assessment: Self-regulation and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.006>
- Hoppen, T. (2019). Alkohol in der Schwangerschaft. *Pädiatrie*, 31(5), 14–14. <https://doi.org/10.1007/s15014-019-1761-y>
- Hotham, E., Ali, R., White, J., & Robinson, J. (2008). Pregnancy-related changes in tobacco, alcohol and cannabis use reported by antenatal patients at two public hospitals in South

- Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(3), 248–254. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00827.x>
- Houshmandpour, M., Mahmoodi, Z., Lotfi, R., Tehranizadeh, M., & Kabir, K. (2019). The Effect of Midwife-Oriented Group Counseling, Based on Orem's Model on Self-Care and Empowerment, in Primiparous Women: A Clinical Trial. *Shiraz E-Medical Journal, In Press*. <https://doi.org/10.5812/semj.70685>
- Hung, C.-H. (2004). Predictors of Postpartum Women's Health Status. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 345–351. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04062.x>
- IGTIG. (2022). *Perinatalmedizin: Geburtshilfe* (Bundesauswertung). Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Verfügbar 25. Januar 2024 unter https://iqtig.org/downloads/auswertung/2022/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2022_BUAW_Bund_2023-07-20.pdf
- Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e81. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000021>
- Jawaid, A., Gomolka, M., & Timmer, A. (2022). Neuroscience of trauma and the Russian invasion of Ukraine. *Nature Human Behaviour*, 6(6), 748–749. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01344-4>
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (2003). SWE - Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *ZPID (Leibniz Institute for Psychology Information) – Testarchiv*. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.307>
- Jiang, D. (2022). Dietary Factors in the Prevention and Management of Postpartum Depression: A Literature Review. *Journal of Food and Nutrition Research*, 10(2), 123–143. <https://doi.org/10.12691/jfnr-10-2-6>
- Johansen, S. L., Stenhaug, B. A., Robakis, T. K., Williams, K. E., & Cullen, M. R. (2020). Past Psychiatric Conditions as Risk Factors for Postpartum Depression: A Nationwide Cohort Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12929>
- Kaiser, M. (2021). *Das Unwohlsein der modernen Mutter* (Originalausgabe). Rowohlt Polaris.
- Kendrick, C., & Dunn, J. (1982). Protest or pleasure? The response of first-born children to interactions between their mothers and infant siblings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 117–129. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1982.tb00057.x>
- Kersting, M., Hockamp, N., Burak, C., & Lücke, T. (2020). *Studie Zur Erhebung von Daten Zum Stillen Und Zur Säuglingsernährung in Deutschland - SuSe II* (Vorveröffentlichung Kapitel 3). Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Bonn. Verfügbar 16. März 2023 unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/14-dge-eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel3.pdf>
- Khatun, F., Lee, T. W., Lee, H. J., Park, J., Song, J. E., & Kim, S. (2021). Does a nurse-led postpartum self-care program for first-time mothers in Bangladesh improve postpartum fatigue, depressive mood, and maternal functioning?: A non-synchronized quasi-

- experimental study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(3), 196–208. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.09.08>
- Kim, P. (2021). How stress can influence brain adaptations to motherhood. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 60, 100875. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100875>
- Kim, Y., & Dee, V. (2017). Self-Care for Health in Rural Hispanic Women at Risk for Postpartum Depression. *Maternal and Child Health Journal*, 21(1), 77–84. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2096-8>
- Kim, Y., SookbinIm, S., Dee, V., Brandt, C., & Hong, E. (2019). Feelings, Self-Care, and Infant Care Reported by Korean Women at Risk for Postpartum Depression. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING*, 6(1). <https://doi.org/10.15640/ijn.v6n1a1>
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (1996). *Bonding: Building the foundations for secure attachment and independence*. Cedar. OCLC: 60265282.
- Koletzko, B., Cremer, M., Flothkötter, M., Graf, C., Hauner, H., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Przyrembel, H., Röbl-Mathieu, M., Schiffner, U., Vetter, K., Weißenborn, A., & Wöckel, A. (2018). Diet and Lifestyle Before and During Pregnancy – Practical Recommendations of the Germany-wide Healthy Start – Young Family Network. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 78(12), 1262–1282. <https://doi.org/10.1055/a-0713-1058>
- König-Bachmann, M., Schwarz, C., & Zenzmaier, C. (2017). Women's Experiences and Perceptions of Induction of Labour: Results from a German Online-Survey. *European Journal of Midwifery*, 1. <https://doi.org/10.18332/ejm/76511>
- Kowlessar, O., Fox, J. R., & Wittkowski, A. (2015). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(1), 4–14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.971404>
- Kramer, L., & Ramsburg, D. (2002). Advice Given to Parents on Welcoming a Second Child: A Critical Review *. *Family Relations*, 51(1), 2–14. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00002.x>
- Krieg, D. B. (2007). Does Motherhood Get Easier the Second-Time Around? Examining Parenting Stress and Marital Quality Among Mothers Having Their First or Second Child. *Parenting*, 7(2), 149–175. <https://doi.org/10.1080/15295190701306912>
- Krueger, A. (2022). It Takes a Village to Care for a Baby. And, for a Lucky Few, a Luxury Hotel [newspaper]. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/06/01/style/postpartum-boram-postnatal-retreat.html>
- Kruglanski, A. W., Thompson, E. P., Higgins, E. T., Atash, M. N., Pierro, A., Shah, J. Y., & Spiegel, S. (2000). To "do the right thing" or to "just do it": Locomotion and assessment as distinct self-regulatory imperatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 793–815. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.793>

- Küchenhoff, J. (1999). *Selbsterstörung Und Selbstfürsorge*. Psychosozial Verlag GbR. https://www.ebook.de/de/product/5201417/joachim_kuechenhoff_selbsterstoerung_und_selbstfuersorge.html
- Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001). Postnatale Und Später Auftretende Depressionen Bei Müttern: Prävalenz Und Zusammenhänge Mit Obstetrischen, Soziodemographischen Sowie Psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), 33–41. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.30.1.33>
- Lambermon, F., Vandenbussche, F., Dedding, C., & Duijnhoven, N. van. (2020). Maternal Self-Care in the Early Postpartum Period: An Integrative Review. *Midwifery*, 90, 102799. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102799>
- Lang, C. (2009). *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe* (1. Aufl). Elsevier, Urban & Fischer.
Gelesen.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First-Time Mothers: Social Support, Maternal Parental Self-Efficacy and Postnatal Depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
- Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2426-0>
- Leidenberger, F. A., Strowitzki, T., & Ortmann, O. (Hrsg.). (2014). *Klinische Endokrinologie Für Frauenärzte*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38043-3>
- Leidenfrost, C., Schleußner, E., Strauß, B., & David, M. (2012). *Kohärenzgefühl, Resilienz Und Stimmungslage in Der Schwangerschaft: Eine Prospektive Studie*. Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek Jena. <https://books.google.de/books?id=70LymAEACAAJ>
- Lenze, A., Funcke, A., & Menne, S. (2021). *Alleinerziehende in Deutschland*. Bertelsmann Stiftung. https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/News/2021-07_Factsheet_WB_Alleinerziehende_in_Deutschland_2021.pdf
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Dennis, C.-L., Stewart, M., & Tryphonopoulos, P. D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: A pilot study: Support for fathers affected by post-partum depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 41–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x>
- Leung, S. S., Martinson, I. M., & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*, 28(1), 27–38. <https://doi.org/10.1002/nur.20053>
- Lewkowitz, A. K., Whelan, A. R., Ayala, N. K., Hardi, A., Stoll, C., Battle, C. L., Tuuli, M. G., Ranney, M. L., & Miller, E. S. (2024). The effect of digital health interventions on postpartum depression or anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized

- controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(1), 12–43. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.06.028>
- Lin, Y.-H., Chen, C.-P., Sun, F.-J., & Chen, C.-Y. (2022). Risk and protective factors related to immediate postpartum depression in a baby-friendly hospital of Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 61(6), 977–983. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.08.004>
- Lindgren, K. (2001). Relationships among Maternal-Fetal Attachment, Prenatal Depression, and Health Practices in Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24(3), 203–217. <https://doi.org/10.1002/nur.1023>
- Lin-Lewry, M., Tzeng, Y.-L., Li, C.-C., Lee, G. T., Lee, P.-H., Chen, S.-R., & Kuo, S.-Y. (2023). Trajectories of sleep quality and depressive symptoms in women from pregnancy to 3 months postpartum: A prospective cohort study. *Journal of Sleep Research*, 32(5), e13918. <https://doi.org/10.1111/jsr.13918>
- Lütje, W. (2007). Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit und das Erleben in der Geburtshilfe? *Die Hebamme*, 20(1), 44–51. <https://doi.org/10.1055/s-2007-977478>
- Maercker, A., & Augsburger, M. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 13–45). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5_2
- Maestriperi, D. (2001). Biological Bases of Maternal Attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 10(3), 79–83. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00120>
- Maier-Riehle, B., & Zwingmann, C. (2000). [Effect strength variation in the single group pre-post study design: a critical review]. *Die Rehabilitation*, 39(4), 189–199. <https://doi.org/10.1055/s-2000-12042>
- Major, V. S., Klein, K. J., & Ehrhart, M. G. (2002). Work time, work interference with family, and psychological distress. *The Journal of Applied Psychology*, 87(3), 427–436. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.427>
- Martínez-Borba, V., Suso-Ribera, C., Osmá, J., & Andreu-Pejó, L. (2020). Predicting Postpartum Depressive Symptoms from Pregnancy Biopsychosocial Factors: A Longitudinal Investigation Using Structural Equation Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), E8445. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228445>
- Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Barba-Müller, E., Martín de Blas, D., Beumala, L., Cortizo, R., Pozzobon, C., Marcos-Vidal, L., Fernández-Pena, A., Picado, M., Belmonte-Padilla, E., Massó-Rodríguez, A., Ballesteros, A., Desco, M., Vilarroya, Ó., Hoekzema, E., & Carmona, S. (2021). Do Pregnancy-Induced Brain Changes Reverse? The Brain of a Mother Six Years after Parturition. *Brain Sciences*, 11(2), 168. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020168>
- Massag, J., Diexer, S., Klee, B., Costa, D., Gottschick, C., Broda, A., Purschke, O., Opel, N., Binder, M., Sedding, D., Frese, T., Girndt, M., Hoell, J., Moor, I., Rosendahl, J., Gekle, M., & Mikolajczyk, R. (2023). Anxiety, Depressive Symptoms, and Distress over the

- Course of the War in Ukraine in Three Federal States in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1167615. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1167615>
- Matthey, S., Henshaw, C., Elliott, S., & Barnett, B. (2006). Variability in Use of Cut-off Scores and Formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – Implications for Clinical and Research Practice. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(6), 309–315. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0152-x>
- Mauz, E., Walther, L., Junker, S., Kersjes, C., Damerow, S., Eicher, S., Hölling, H., Müters, S., Peitz, D., Schnitzer, S., & Thom, J. (2023). Time Trends in Mental Health Indicators in Germany's Adult Population before and during the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1065938. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1065938>
- Mehta, D., Quast, C., Fasching, P. A., Seifert, A., Voigt, F., Beckmann, M. W., Faschingbauer, F., Burger, P., Ekici, A. B., Kornhuber, J., Binder, E. B., & Goecke, T. W. (2012). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 1192–1197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.042>
- Meine, L. E., Strömer, E., Schönfelder, S., Eckhardt, E. I., Bergmann, A. K., & Wessa, M. (2021). Look After Yourself: Students Consistently Showing High Resilience Engaged in More Self-Care and Proved More Resilient During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 784381. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.784381>
- Meister, S., Dreyer, E.-M., Hahn, L., Thomann, M., Keilmann, L., Beyer, S., Mayer, C., Prins, G., Hasbargen, U., Mahner, S., Jeschke, U., Kolben, T., & Burges, A. (2022). Risk of postpartum depressive symptoms is influenced by psychological burden related to the COVID-19 pandemic and dependent of individual stress coping. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06854-0>
- Menne, J., Kielstein, J., Wenzel, U., & Stahl, R. (2012). Therapie des typischen hämolytisch-urämischen Syndroms: Erkenntnisse aus dem E.-coli-Ausbruch 2011. *Der Internist*, *53*(12), 1420–1430. <https://doi.org/10.1007/s00108-012-3107-5>
- Merchant, D. C., Affonso, D. D., & Mayberry, L. J. (1995). Influence of marital relationship and child-care stress on maternal depression symptoms in the postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *16*(4), 193–200. <https://doi.org/10.3109/01674829509024469>
- Mitscherlich-Schönherr, O., & Anselm, R. (Hrsg.). (2021). *Gelingende Geburt: Interdisziplinäre Erkundungen in Umstrittenen Terrains*. De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110719864>
- Mizukoshi, M., Ikeda, M., & Kamibeppu, K. (2016). The experiences of husbands of primiparas with depressive or anxiety disorders during the perinatal period. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *8*, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.002>
- Moberg, K. U. (2016). *Oxytocin, das Hormon der Nähe* (U. Streit & F. Jansen, Hrsg.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47359-7>

- Morris, R., & Pinelli, F. (2022). The Cognitive, Neural, and Social Aspects of Regulatory Mode and Its Implications on Well-Being and Decision-Making. *Journal of European Psychology Students, 13*(1), 78–92. <https://doi.org/10.5334/568>
- Murdhiono, W. R., & Okinarum, G. Y. (2022). The Relationship between Psychological Stress with Breastfeeding Frequency and Breastmilk Volume during the COVID-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan Soedirman, 17*(3), 117. <https://doi.org/10.20884/1.jks.2022.17.3.6292>
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development, 67*(5), 2512–2526.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 40*(8), 1259–1271.
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/a0026534>
- Niemelä, P. (1982). Idealized Motherhood and the Later Reality. In H.-J. Prill, M. Stauber & P.-G. Pechatschek (Hrsg.), *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (S. 348–353). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-81876-9_119
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 39*(3), 298–309. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- Nitahara, K., Hidaka, N., Sakai, A., Kido, S., & Kato, K. (2020). The Impact of General Anesthesia on Mother-Infant Bonding for Puerperants Who Undergo Emergency Cesarean Deliveries. *Journal of Perinatal Medicine, 48*(5), 463–470. <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0412>
- Norhayati, M., Nik Hazlina, N., Asrenee, A., & Wan Emilin, W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders, 175*, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- Noriuchi, M., Kikuchi, Y., & Senoo, A. (2008). The functional neuroanatomy of maternal love: Mother's response to infant's attachment behaviors. *Biological Psychiatry, 63*(4), 415–423. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.018>
- O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and Risk of Postpartum Depression—a Meta-Analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Okun, M., & Lac, A. (2023). Postpartum Insomnia and Poor Sleep Quality are Uniquely Predictive of Postpartum Mood Disorders. *SLEEP, 46*, A275–A276. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad077.0627>

- O'Neill, M., Yoder Slater, G., & Batt, D. (2019). Social Work Student Self-Care and Academic Stress. *Journal of Social Work Education*, 55(1), 141–152. <https://doi.org/10.1080/10437797.2018.1491359>
- Osborne, L., Clive, M., Kimmel, M., Gispen, F., Guintivano, J., Brown, T., Cox, O., Judy, J., Meilman, S., Braier, A., Beckmann, M. W., Kornhuber, J., Fasching, P. A., Goes, F., Payne, J. L., Binder, E. B., & Kaminsky, Z. (2016). Replication of Epigenetic Postpartum Depression Biomarkers and Variation with Hormone Levels. *Neuropsychopharmacology*, 41(6), 1648–1658. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.333>
- Ozdemir, H., Ergin, N., Selimoglu, K., & Bilgel, N. (2005). Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 96–107. <https://doi.org/10.1080/135485005123315407>
- Paiz, J. C., De Jesus Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., Dos Santos Ahne, S. M., Aqua, C. B. D., & Giugliani, C. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 664. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4>
- Papsdorf, M., Wöckel, A., & Kranke, P. (2017). Risikoschwangerschaft, Schwangerschaftserkrankungen und pathologische Geburt. In P. Kranke (Hrsg.), *Die geburtshilfliche Anästhesie* (S. 215–255). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54375-7_12
- Pawluski, J. L., Lambert, K. G., & Kinsley, C. H. (2016). Neuroplasticity in the maternal hippocampus: Relation to cognition and effects of repeated stress. *Hormones and Behavior*, 77, 86–97. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.06.004>
- Pertiwi, C. E., Armini, N. K. A., & Has, E. M. M. (2021). Relationship of Family Support and Self-Efficacy with Postpartum Depression among Postpartum Mothers. *Pedimaternal Nursing Journal*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v7i1.21793>
- Peters, A., Rospleszcz, S., Greiser, K. H., Dallavalle, M., & Berger, K. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Health. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0861>
- Pierro, A., Kruglanski, A. W., & Higgins, E. T. (2006). Regulatory mode and the joys of doing: Effects of 'locomotion' and 'assessment' on intrinsic and extrinsic task-motivation. *European Journal of Personality*, 20(5), 355–375. <https://doi.org/10.1002/per.600>
- Pierro, A., Pica, G., Giannini, A. M., Higgins, E. T., & Kruglanski, A. W. (2018). "Letting myself go forward past wrongs": How regulatory modes affect self-forgiveness. *PloS One*, 13(3), e0193357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193357>
- Pilkington, P. D., Whelan, T. A., & Milne, L. C. (2016). Maternal crying and postpartum distress: The moderating role of partner support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(1), 64–76. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1067884>
- Pisoni, C., Spairani, S., Manzoni, F., Ariaudo, G., Naboni, C., Moncecchi, M., Balottin, U., Tinelli, C., Gardella, B., Tzialla, C., Stronati, M., Bollani, L., & Orcesi, S. (2019). Depressive

- symptoms and maternal psychological distress during early infancy: A pilot study in preterm as compared with term mother–infant dyads. *Journal of Affective Disorders*, 257, 470–476. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.039>
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2015). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl* (9. Aufl). Klett-Cotta.
- Qin, X., Liu, C., Zhu, W., Chen, Y., & Wang, Y. (2022). Preventing Postpartum Depression in the Early Postpartum Period Using an App-Based Cognitive Behavioral Therapy Program: A Pilot Randomized Controlled Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16824. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416824>
- Qiu, X., Zhang, S., Sun, X., Li, H., & Wang, D. (2020). Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 138, 110259. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110259>
- Quintero-Cuero, G., Castro-López, E., Freire-Silva, J., Rojas-Granizo, M., Humanante-Jara, C., Mendoza-Zambrano, J., & Arcos-Simaluisa, J. (2023). Relationship between Postpartum Depression and Unwanted Pregnancy in Ecuadorian Women: A Quantitative Study. *Journal of Medical and Health Studies*, 4(4), 12–24. <https://doi.org/10.32996/jmhs.2023.4.4.3>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), e004047. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>
- Rajendran, B., Ibrahim, S. U., & Ramasamy, S. (2023). Maternal and Neonatal Risk Factors Associated with Perinatal Depression—A Prospective Cohort Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 02537176231176405. <https://doi.org/10.1177/02537176231176405>
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459–468. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x>
- Reid, H., Wieck, A., Matrunola, A., & Wittkowski, A. (2017). The Experiences of Fathers When Their Partners are Admitted with Their Infants to a Psychiatric Mother and Baby Unit. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 919–931. <https://doi.org/10.1002/cpp.2056>
- Reime, B. (2003). Wer Erfährt Was? Informationen Und Fehlinformationen in Der Geburtshilfe. In *Selbstbestimmung Der Frau in Der Gynäkologie Und Geburtshilfe* (S. 9–20). Vandenhoeck & Ruprecht.

- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, *70*(3), 291–306. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00367-6)
- RKI. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
- RKI. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-009>
- Roberts, S. L., Roberts, S. L., Bushnell, J. A., Roberts, S. L., Bushnell, J. A., Collings, S. C., & Purdie, G. L. (2006). Psychological Health of Men with Partners who have Post-Partum Depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(8), 704–711. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01871.x>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women’s Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Rohde, A. (2014). *Postnatale Depressionen Und Andere Psychische Probleme*. Kohlhammer W. https://www.ebook.de/de/product/18934773/anke_rohde_postnatale_depressionen_und_andere_psychische_probleme.html
- Røseth, I., & Bongaardt, R. (2019). “I Don’t Love My Baby?!”: A Descriptive Phenomenological Analysis of Disturbances in Maternal Affection. *Journal of Phenomenological Psychology*, *50*(1), 90–111. <https://doi.org/10.1163/15691624-12341355>
- Ruffell, B., Smith, D., & Wittkowski, A. (2019). The Experiences of Male Partners of Women with Postnatal Mental Health Problems: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(10), 2772–2790. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01496-4>
- Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett: Möglichkeiten der Hebammenkunst* (1. Aufl.). Urban & Fischer in Elsevier.
- Sánchez-Polán, M., Franco, E., Silva-José, C., Gil-Ares, J., Pérez-Tejero, J., Barakat, R., & Refoyo, I. (2021). Exercise During Pregnancy and Prenatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Physiology*, *12*, 640024. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.640024>
- Santos, I. S., Tovo-Rodrigues, L., Maruyama, J. M., Barros, A. J. D., Bierhals, I., Del Ponte, B., & Matijasevich, A. (2023). Impact of covid-19 pandemic over depressive symptoms among mothers from a population-based birth cohort in southern brazil. *Archives of Women’s Mental Health*, *26*(4), 513–521. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01331-2>
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S., Haas, W., Schuler, E., Altmann, D., Grote, U., Diercke, M., & RKI COVID-19 Study Group. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse

- von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(9), 1093–1106. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03394-x>
- Schrey-Petersen, S., Tauscher, A., Dathan-Stumpf, A., & Stepan, H. (2021). Diseases and Complications of the Puerperium. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0168>
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky - Teststatistische Überprüfung in Einer Repräsentativen Bevölkerungsstichprobe Und Konstruktion Einer Kurzsкала -. *PPmP - Psychotherapie & Psychosomatik & Medizinische Psychologie*, 50(12), 472–482. <https://doi.org/10.1055/s-2000-9207>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept Der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik Beiheft*, 44, 28–53.
- Sellin, I., Schütz, A., Kruglanski, A., & Higgins, E. (mit (ZPID), L. I. F. P. I. U. D., & (ZPID), L. I. F. P. I. U. D.). (2003). L-A-F - Locomotion-Assessment-Fragebogen. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.356>
- Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., & Altamura, A. (2016). Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 193, 391–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.027>
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmücker, G., Allen, H., & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 36(8), 1315–1336. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01666.x>
- Shirzad, T., Yazdkhasti, M., Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran, Rahimzadeh, M., Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran, Salehi, L., Associate Professor, Department of health education, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran, Esmaelzadeh –Saeieh, S., & Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. (2022). The Relationship between Pregnancy Intention, Pregnancy Outcomes, Postpartum Depression, and Maternal Role Adaptation. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, 32(2), 152–160. <https://doi.org/10.32598/jhnm.32.2.2200>
- Shorey, S., Chan, S. W.-C., Chong, Y. S., & He, H.-G. (2014). Predictors of Maternal Parental Self-Efficacy Among Primiparas in the Early Postnatal Period. *Western Journal of Nursing Research*, 37(12), 1604–1622. <https://doi.org/10.1177/0193945914537724>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Lau, Y., Dennis, C.-L., & Chan, Y. H. (2019). Evaluation of a Technology-Based Peer-Support Intervention Program for Preventing Postnatal Depression (Part 1): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(8), e12410. <https://doi.org/10.2196/12410>

- Siddhpuria, S., Breau, G., Lackie, M. E., Lavery, B. M., Ryan, D., Shulman, B., Kennedy, A. L., & Brotto, L. A. (2022). Women's Preferences and Design Recommendations for a Postpartum Depression Psychoeducation Intervention: User Involvement Study. *JMIR formative research*, 6(6), e33411. <https://doi.org/10.2196/33411>
- Sidor, A., Thiel-Bonney, C., Kunz, E., Eickhorst, A., & Cierpka, M. (2012). Das exzessive Schreien bei 5 Monate alten Säuglingen und prä-, peri- und postnatale Belastungen ihrer Mütter in einer Hoch-Risiko-Stichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(4), 239–250. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000177>
- Sinow, C., Avalos, L., Beck, A., Felder, J., Stark, J., & Sujana, A. (2023). Prenatal Sleep Linked to Postpartum Mental Health Outcomes [ID: 1375042]. *Obstetrics & Gynecology*, 141, 79S–79S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000930944.82945.80>
- Sok, C., Sanders, J. N., Saltzman, H. M., & Turok, D. K. (2016). Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(2), 158–165. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12409>
- Solikhah, F. K., Nursalam, N., Subekti, I., Winarni, S., & Yudiernawati, A. (2022). Determination of Factors Affecting Post-Partum Depression in Primary Healthcare during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Public Health in Africa*, 13(s2). <https://doi.org/10.4081/jphia.2022.2408>
- Sonnenmoser, M. (2007). Postpartale Depression: Vom Tief Nach Der Geburt. *Dtsch Arztebl International*, 6(2), [82]–. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=54466>
- Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., & Mangili, G. (2016). 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & Health*, 31(2), 184–204. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1088015>
- Stamm, M. (2020, 3. August). *Du Musst Nicht Perfekt Sein, Mama!* Piper Verlag GmbH. https://www.ebook.de/de/product/38821855/margrit_stamm_du_musst_nicht_perfekt_sein_mama.html
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Bevölkerung Im Alter von 15 Jahren Und Mehr Nach Allgemeinen Und Beruflichen Bildungsabschlüssen Nach Jahren*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html?view=main[Print])
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Durchschnittliche Höhe Des Monatlichen Brutto- Und Nettoeinkommens Je Privatem Haushalt in Deutschland von 2005 Bis 2021*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/261850/umfrage/brutto-und-nettoeinkommen-je-privatem-haushalt-in-deutschland/#:~:text=Im%20Jahr%202021%20betrug%20das,rund%203.813%20Euro%20im%20Monat.>
- Statistisches Bundesamt. (2023a). *Anzahl Der Geburten Durch Vakuumextraktion (Saugglocke) in Deutschland in Den Jahren 2004 Bis 2022*. Verfügbar 22. Januar 2024 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/448735/umfrage/anzahl-der-geburten-durch-vakuumextraktion-in-deutschland/>

- Statistisches Bundesamt. (2023b). *Anzahl Der Geburten Durch Zangengeburt in Deutschland in Den Jahren 2004 Bis 2022*. Verfügbar 22. Januar 2024 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/448720/umfrage/anzahl-der-zangengeburt-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt. (2023c). *Daten Zum Durchschnittlichen Alter Der Mutter Bei Der Geburt in Deutschland Für Die Jahre 2018 Bis 2022*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburt-mutteralter.html?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburt-mutteralter.html?view=main[Print])
- Statistisches Bundesamt. (2023d). *Krankenhausentbindungen in Deutschland Jahre 1991 Bis 2022*. Verfügbar 22. Januar 2024 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhausentbindungen-kaiserschnitt.html>
- Stern, D. N., Buschweiler-Stern, N., & Freeland, A. (2000). *Geburt Einer Mutter. Die Erfahrung, Die Das Leben Einer Frau Für Immer Verändert*. Piper. <https://www.amazon.com/Geburt-einer-Mutter-Erfahrung-ver%C3%A4ndert/dp/3492036635?SubscriptionId=AKIAIOBINVZYXZQZ2U3A&tag=chimbori05-20&linkCode=xm2&camp=2025&creative=165953&creativeASIN=3492036635>
- Stewart, R. B., & Marvin, R. S. (1984). Sibling Relations: The Role of Conceptual Perspective-Taking in the Ontogeny of Sibling Caregiving. *Child Development*, 55(4), 1322. <https://doi.org/10.2307/1130002>
- Strapasson, M. R., Ferreira, C. F., & Ramos, J. G. L. (2018). Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(3), 367–373. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12665>
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 34(13), 2655–2666. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.103>
- Sun, M., Tang, S., Chen, J., Li, Y., Bai, W., Plummer, V., Lam, L., Qin, C., & Cross, W. M. (2019). A Study Protocol of Mobile Phone App-Based Cognitive Behaviour Training for the Prevention of Postpartum Depression among High-Risk Mothers. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6941-8>
- Taşdemir, H. İ. (2022). Neonatal Care Needs of Newborn Mothers in the Postpartum Period: A Phenomenological Study. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 5(3), 230–236. <https://doi.org/10.56150/tjhsl.1148867>
- Taylor, B. L., Nath, S., Sokolova, A. Y., Lewis, G., Howard, L. M., Johnson, S., & Sweeney, A. (2022). The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(7), 1435–1444. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02269-z>

- Tegethoff, D. (2011). Patientinnenautonomie in Der Geburtshilfe. In *Soziologie Der Geburt* (S. 101–128). Campus Verlag.
- Tharwat, D., Trousselard, M., Fromage, D., Belrose, C., Balès, M., Sutter-Dallay, A.-L., Ezto, M.-L., Hurstel, F., Harvey, T., Martin, S., Vigier, C., Spitz, E., & Duffaud, A. M. (2022). Acceptance Mindfulness-Trait as a Protective Factor for Post-Natal Depression: A Preliminary Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1545–1545. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031545>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., & Ryding, E. L. (2014). Psycho-Social Predictors of Childbirth Fear in Pregnant Women: An Australian Study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, *04*(09), 531–543. <https://doi.org/10.4236/ojog.2014.49075>
- Tritt, K., Heymann, F. von, Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W., & Loew, T. (2008). Entwicklung Des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *54*(4), 409–418. <http://www.jstor.org/stable/23871428>
- Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19), 10458. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- Van Scheppingen, M. A., Denissen, Jaap. J. A., Chung, J. M., Tambs, K., & Bleidorn, W. (2018). Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *114*(6), 973–991. <https://doi.org/10.1037/pssp0000156>
- Vargas-Terrones, M., Barakat, R., Santacruz, B., Fernandez-Buhigas, I., & Mottola, M. F. (2019). Physical Exercise Programme during Pregnancy Decreases Perinatal Depression Risk: A Randomised Controlled Trial. *British Journal of Sports Medicine*, *53*(6), 348–353. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098926>
- Volling, B. L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: An empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological Bulletin*, *138*(3), 497–528. <https://doi.org/10.1037/a0026921>
- Volling, B. L., Oh, W., Gonzalez, R., Bader, L. R., Tan, L., & Rosenberg, L. (2023). Changes in children's attachment security to mother and father after the birth of a sibling: Risk and resilience in the family. *Development and Psychopathology*, *35*(3), 1404–1420. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001310>
- Volling, B. L., Yu, T., Gonzalez, R., Kennedy, D. E., Rosenberg, L., & Oh, W. (2014). Children's responses to mother–infant and father–infant interaction with a baby sibling: Jealousy or joy? *Journal of Family Psychology*, *28*(5), 634–644. <https://doi.org/10.1037/a0037811>
- von Sydow, K. (2006). Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Entbindung. *Sexuologie*, *13*(2-4), 148–153. https://www.researchgate.net/publication/287900617_Sexuality_during_pregnancy_and_postpartum
Artikel ist online auf ihrem Profil.

- Vrcić Amar, A., & Sejfović, H. (2023). Perceived Social Support, Newborn Temperament and Socioeconomic Status in Postpartum Depression: Report from Southwest Serbia. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 25(1), 33–41. <https://doi.org/10.12740/APP/152779>
- Weidner, K., Bittner, A., Pirling, S., Galle, M., Junge-Hoffmeister, J., Einsle, F., & Stöbel-Richter, Y. (2013). Was Hält Schwangere Gesund? Protektive Faktoren Für Postpartale Depression. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(4), 391–407. <https://doi.org/10.13109/zptm.2013.59.4.391>
- Wenze, S. J., Battle, C. L., & Tezanos, K. M. (2015). Raising multiples: Mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 163–176. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0484-x>
- Wenze, S. J., Miers, Q. A., & Battle, C. L. (2020). Postpartum Mental Health Care for Mothers of Multiples: A Qualitative Study of New Mothers' Treatment Preferences. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(3), 201–214. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000469>
- Wertz, D. C., Grossman, F. K., Eichler, L. S., & Winickoff, S. A. (1981). Pregnancy, Birth, and Parenthood. *Contemporary Sociology*, 10(5), 689. <https://doi.org/10.2307/2066560>
- White, L. K., Kornfield, S. L., Himes, M. M., Forkpa, M., Waller, R., Njoroge, W. F. M., Barzilay, R., Chaiyachati, B. H., Burris, H. H., Duncan, A. F., Seidlitz, J., Parish-Morris, J., Elovitz, M. A., & Gur, R. E. (2023). The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 531–541. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01330-3>
- Wimmer-Puchinger, B., & Riecher-Rössler, A. (Hrsg.). (2006). *Postpartale Depression*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/3-211-29956-4>
- Wolkenstein, L. (2023). *Postpartale Depression* (1. Auflage). hogrefe.
- Wolkind, S. (Hrsg.). (1981). *Pregnancy: A psychological and social study*. Acad. Press.
- Young, P. C., Boyle, K., & Colletti, R. B. (1983). Maternal reaction to the birth of a second child: Another side of sibling rivalry. *Child Psychiatry & Human Development*, 14(1), 43–48. <https://doi.org/10.1007/BF00709633>
- Ystrom, E., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Magnus, P., Torgersen, A. M., & Gustavson, K. (2014). Multiple Births and Maternal Mental Health from Pregnancy to 5 Years after Birth: A Longitudinal Population-Based Cohort Study. *Norsk Epidemiologi*, 24(1-2). <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1823>
- Yuan, M., Chen, H., Chen, D., Wan, D., Luo, F., Zhang, C., Nan, Y., Bi, X., & Liang, J. (2022). Effect of Physical Activity on Prevention of Postpartum Depression: A Dose-Response Meta-Analysis of 186,412 Women. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 984677. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.984677>
- Yun, B. S., Shim, S. H., Cho, H. Y., Heo, S.-J., Jung, I., Jeon, H. J., Han, Y. J., Kwak, D. W., Kim, M. H., Park, H. J., Chung, J. H., Cha, D. H., Kim, M. Y., Ryu, H. M., Shim, S. S., & Lee, S. Y. (2021). The impacts of insufficient sleep and its change during pregnancy

- on postpartum depression: A prospective cohort study of Korean women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(1), 125–131. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13602>
- Zhang, L., Wang, L., Cui, S., Yuan, Q., Huang, C., & Zhou, X. (2021). Prenatal Depression in Women in the Third Trimester: Prevalence, Predictive Factors, and Relationship With Maternal-Fetal Attachment. *Frontiers in Public Health*, 8, 602005. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.602005>
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

A.1 Ergebnistabellen

A.1.1 Veränderungen im zeitlichen Verlauf

Validierte Messinstrumente

Selbstfürsorge

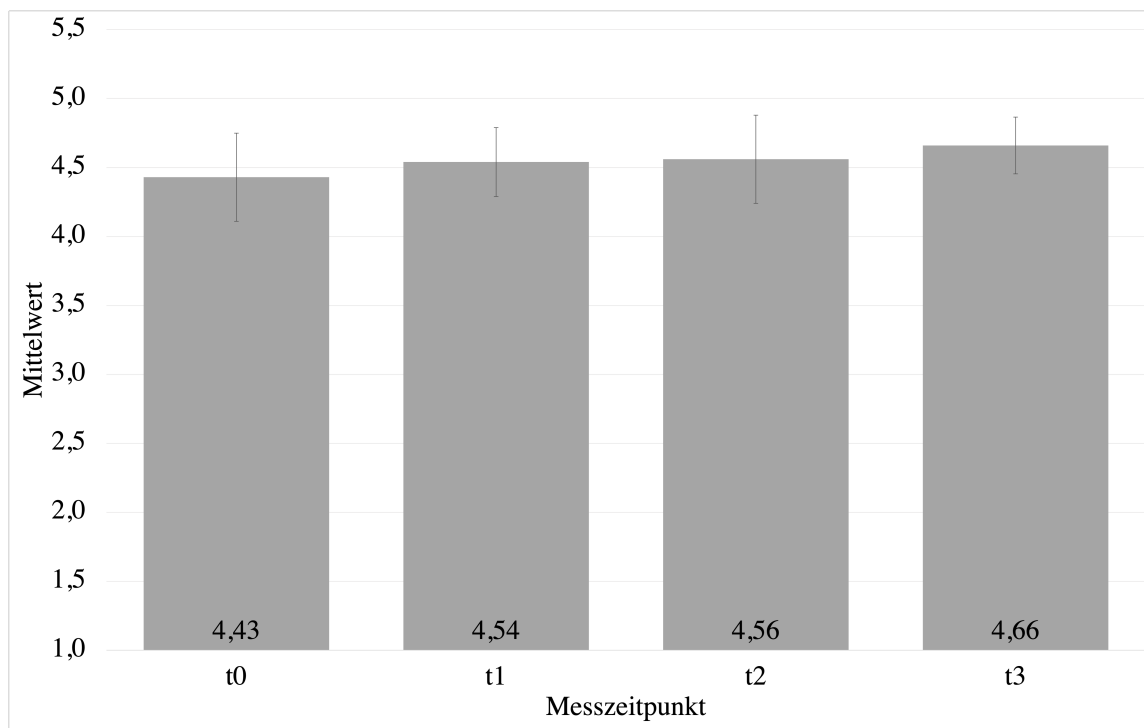


Abbildung A.1: Die Mittelwerte der Skala Positive Experience des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

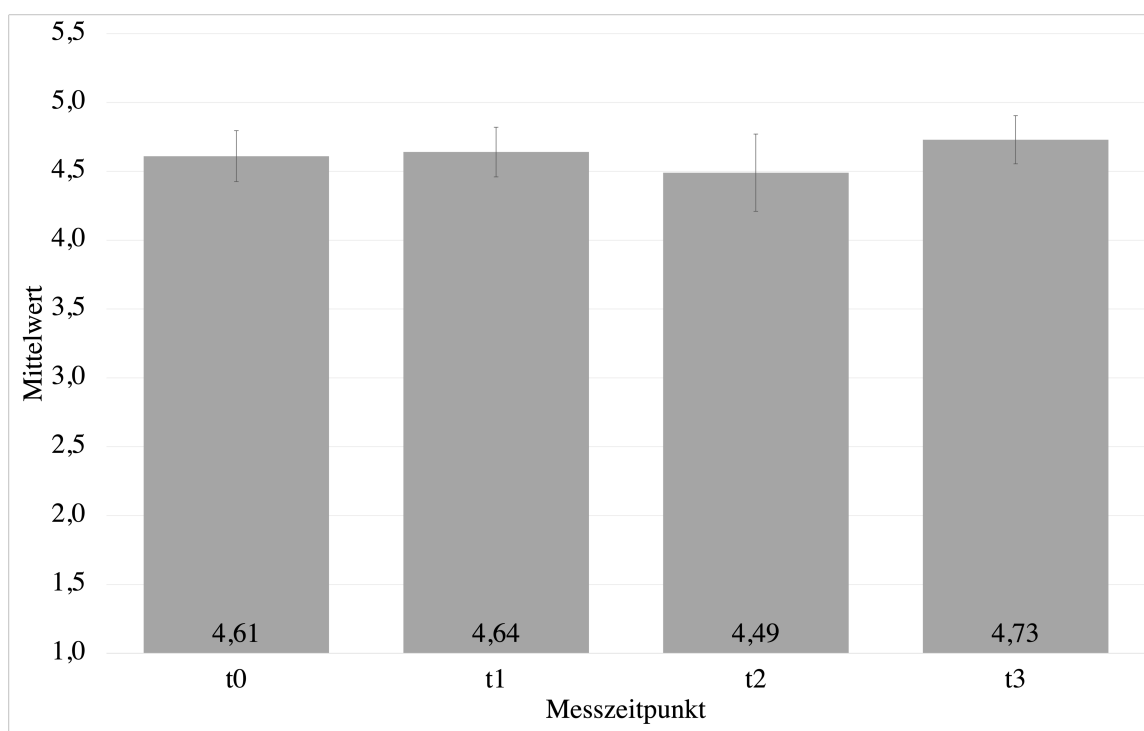


Abbildung A.2: Die Mittelwerte der Skala Positive Experience des HamSCQ im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17

Selbstregulationsfähigkeit

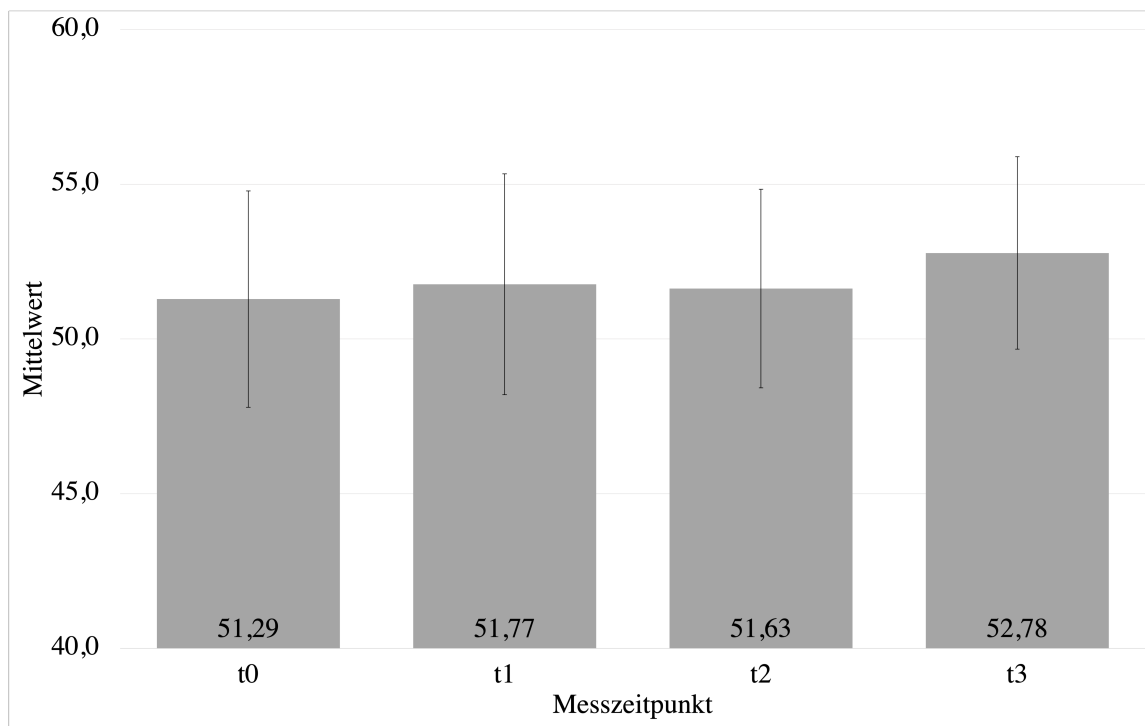


Abbildung A.3: Die Mittelwerte der Skala Locomotion des LAF im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

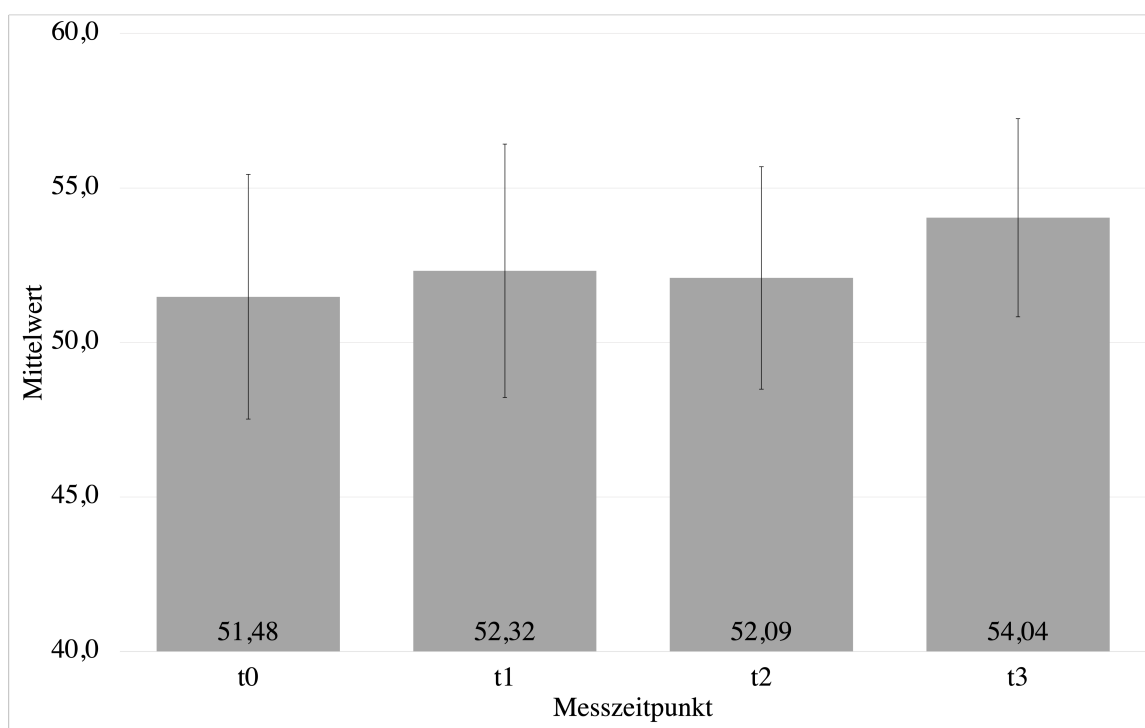


Abbildung A.4: Die Mittelwerte der Skala Locomotion des LAF im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

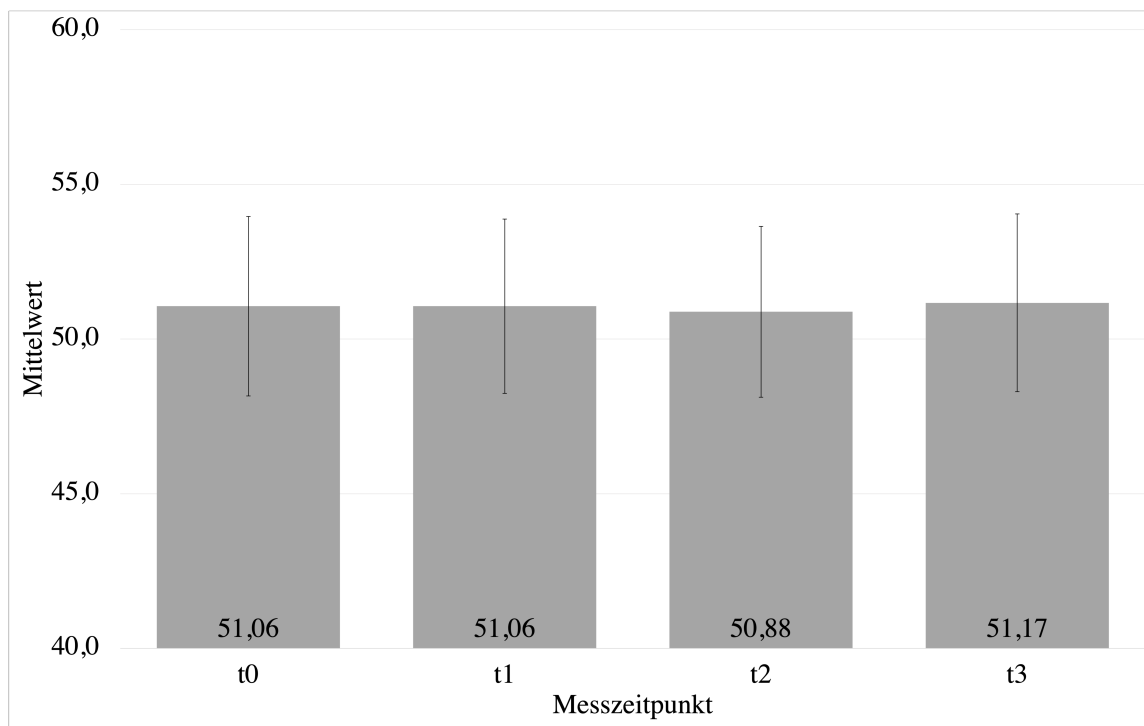


Abbildung A.5: Die Mittelwerte der Skala Locomotion des LAF im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17

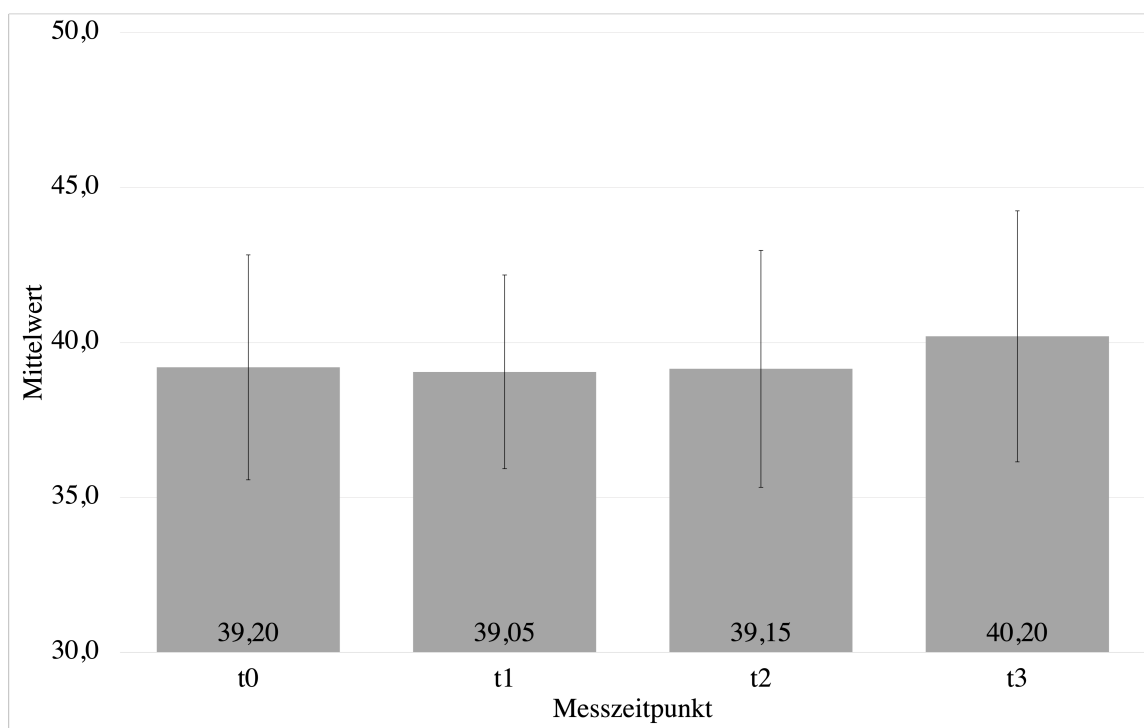


Abbildung A.6: Die Mittelwerte der Skala Assessment des LAF im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

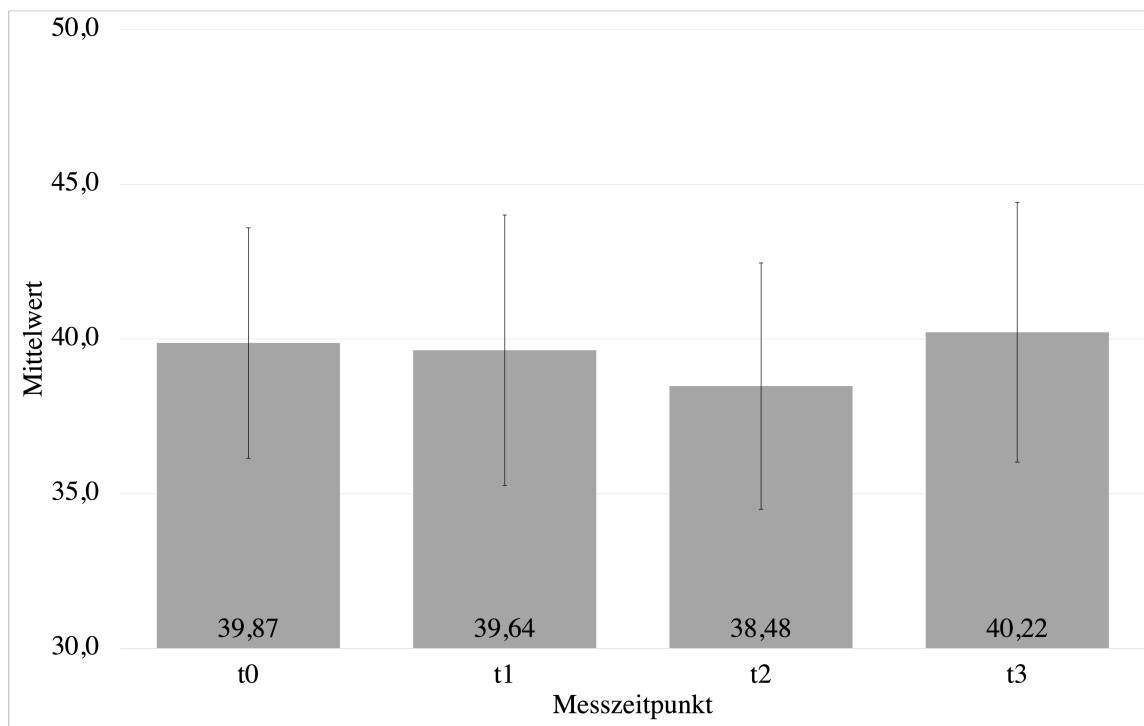


Abbildung A.7: Die Mittelwerte der Skala Assessment des LAF im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

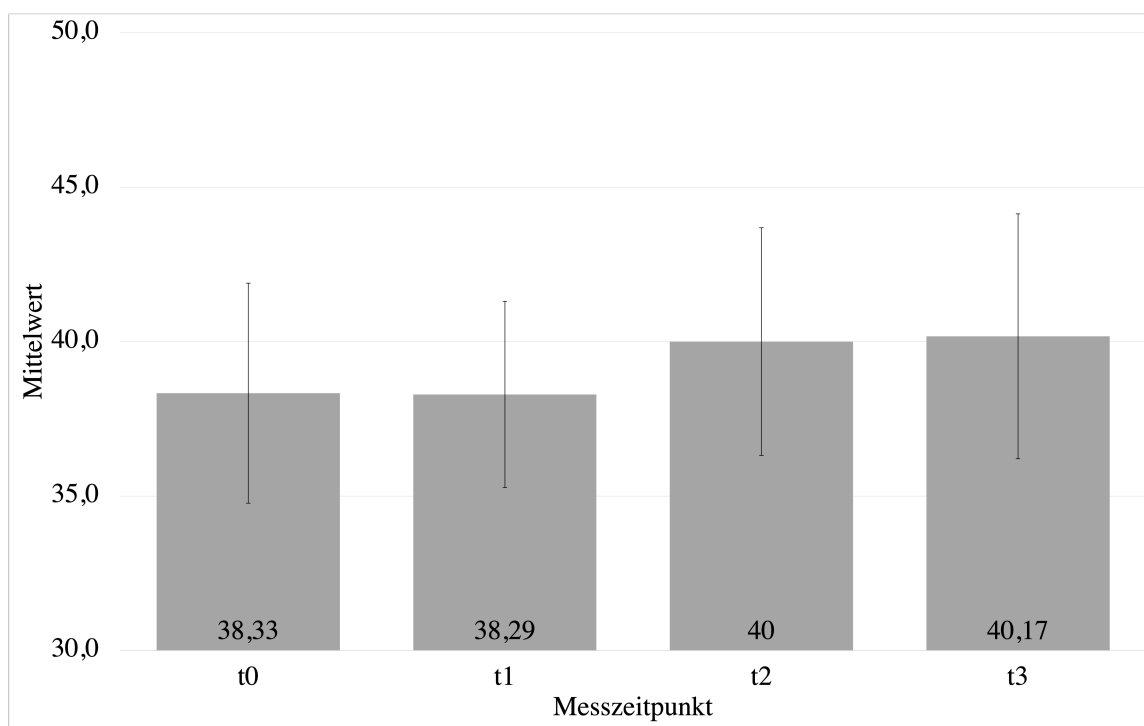


Abbildung A.8: Die Mittelwerte der Skala Assessment des LAF im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17

Depressive Symptomatik

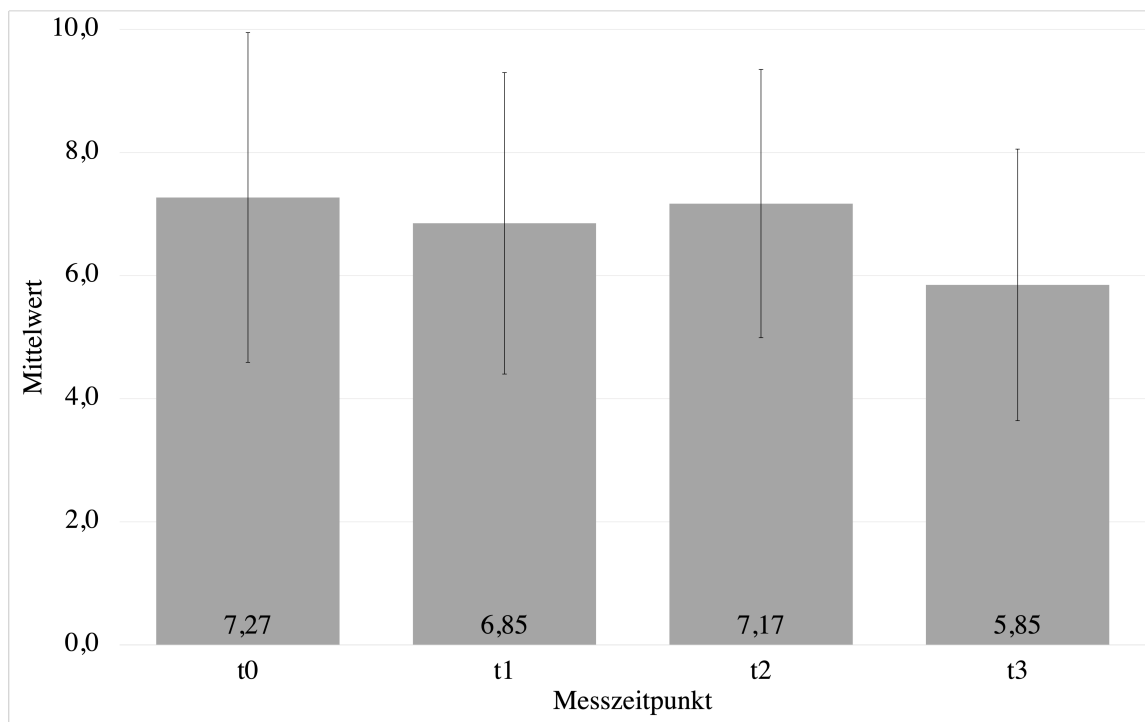


Abbildung A.9: Die Mittelwerte der EPDS im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

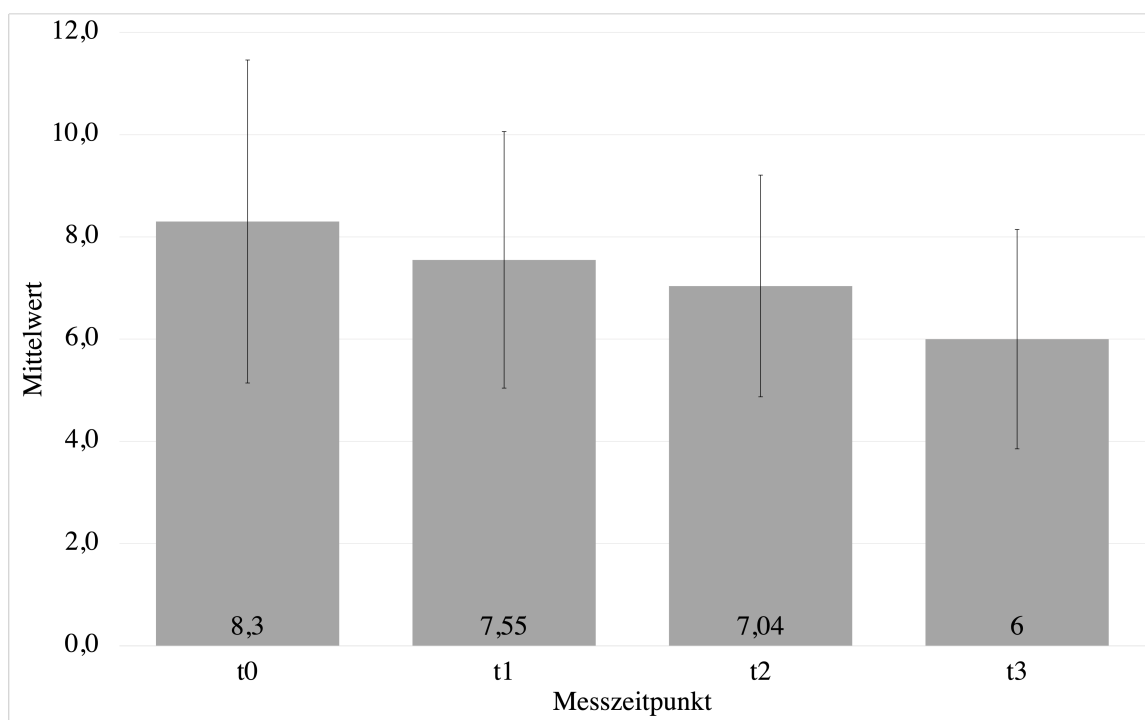


Abbildung A.10: Die Mittelwerte der EPDS im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

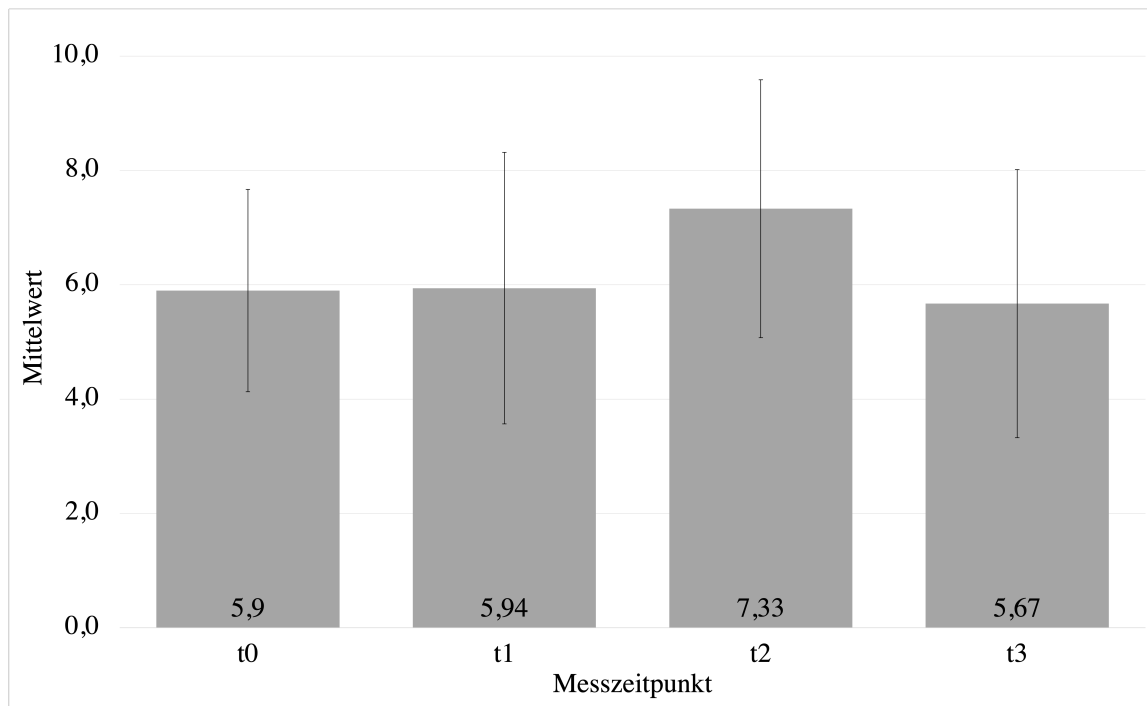


Abbildung A.11: Die Mittelwerte der EPDS im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17

Selbstwirksamkeit

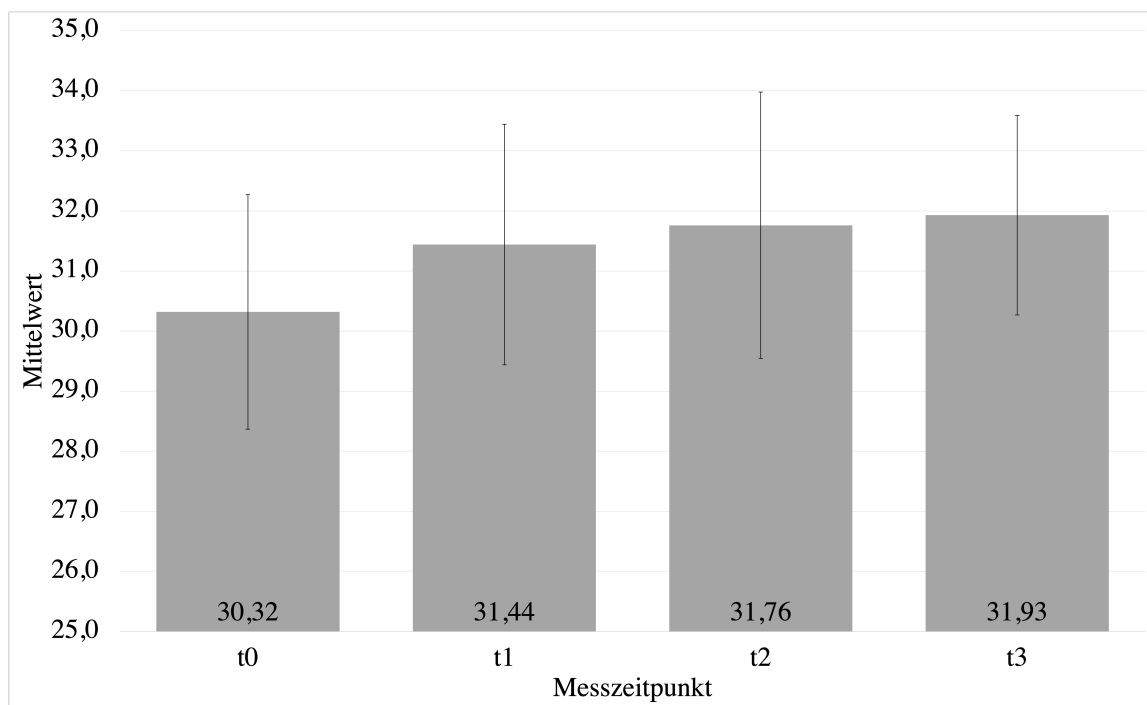


Abbildung A.12: Die Mittelwerte der SWE im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

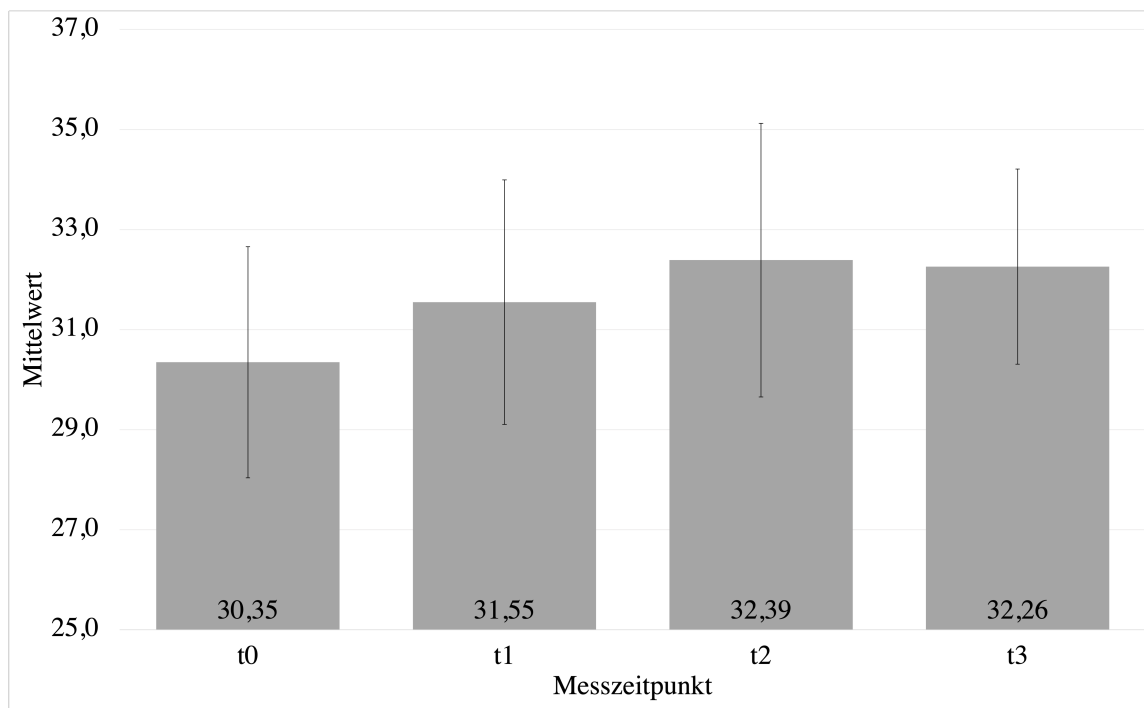


Abbildung A.13: Die Mittelwerte der SWE im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

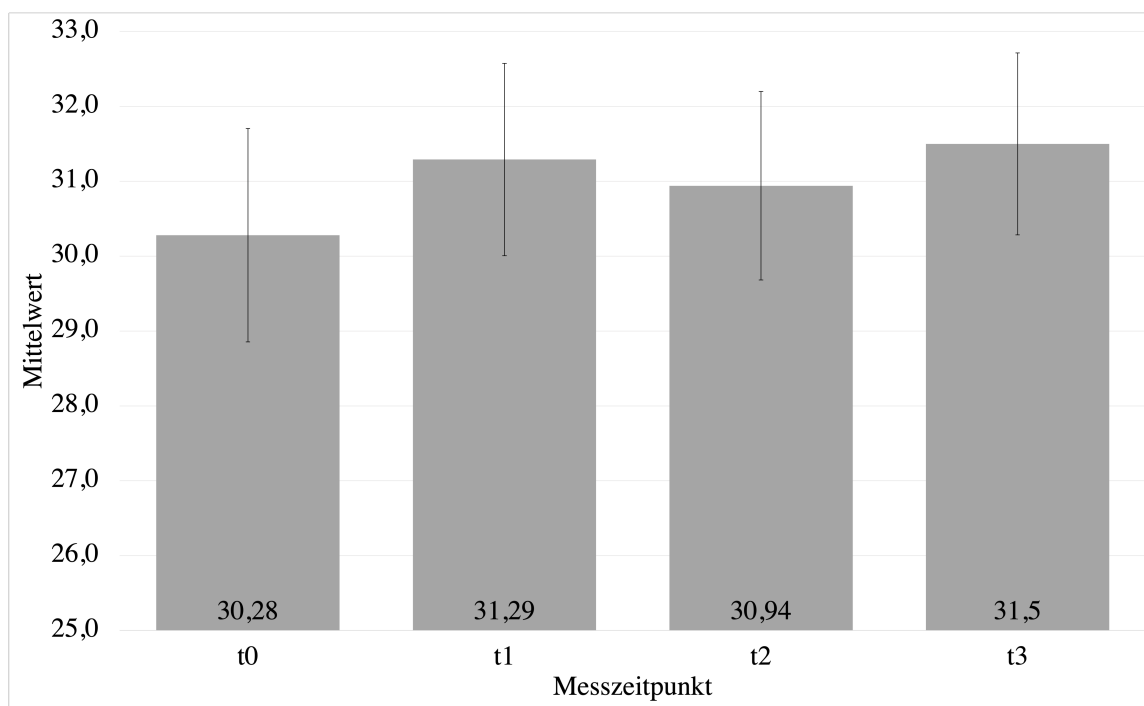


Abbildung A.14: Die Mittelwerte der SWE im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, n = 17

Kohärenz

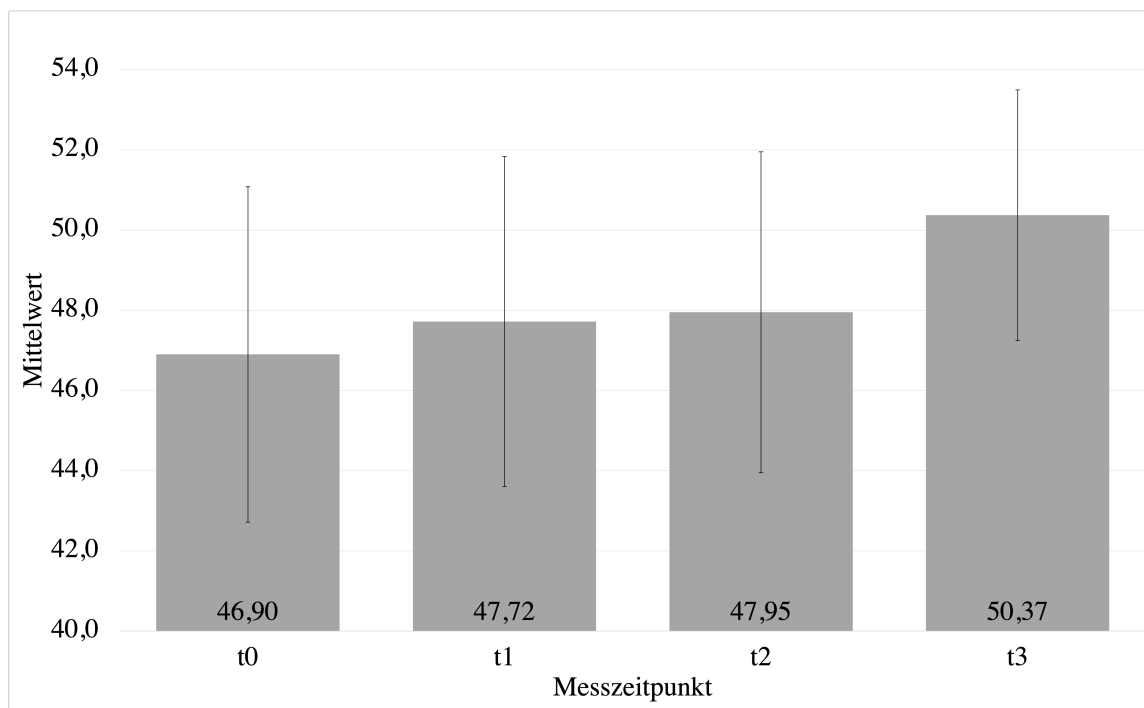


Abbildung A.15: Die Mittelwerte der SOC-L9 im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

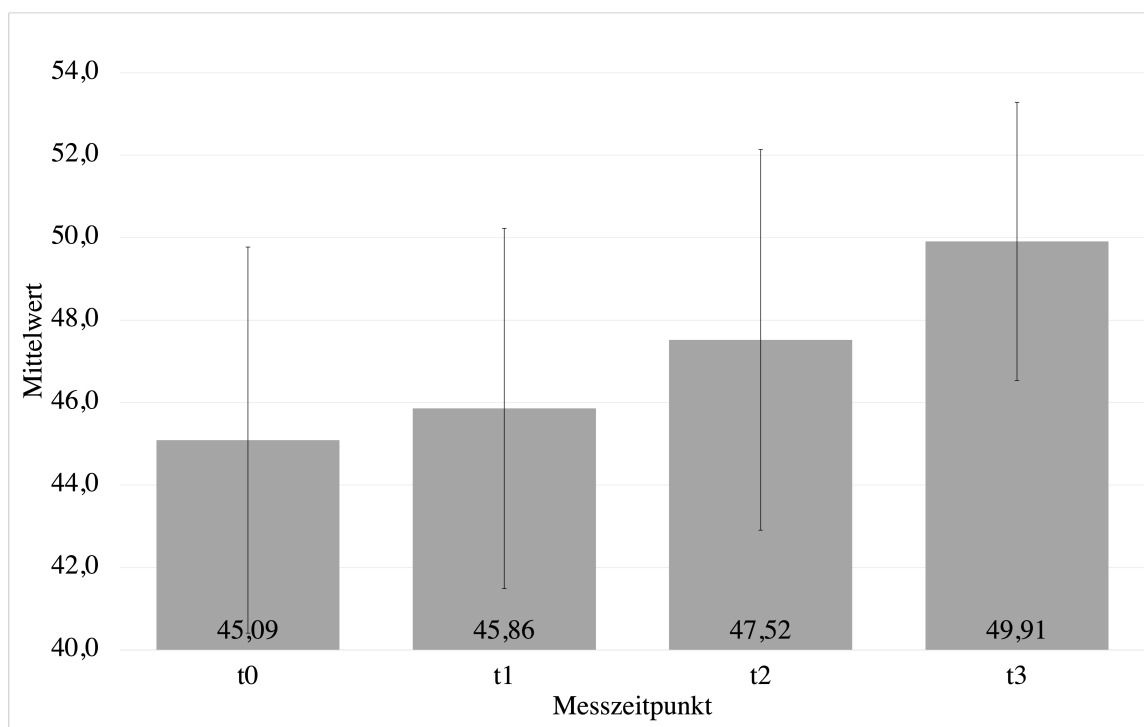


Abbildung A.16: Die Mittelwerte der SOC-L9 im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

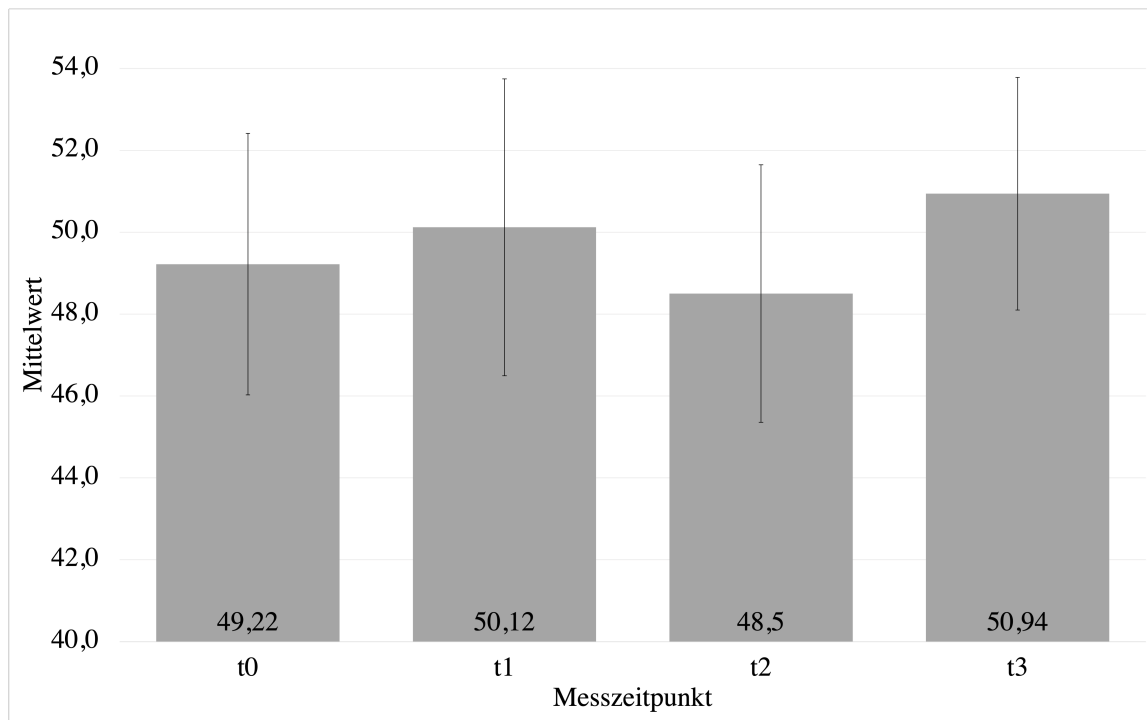


Abbildung A.17: Die Mittelwerte der SOC-L9 im zeitlichen Verlauf der Kontrollgruppe, $n = 17$

Deskriptive Statistik für $n = 55$

Die nachfolgenden Tabellen betrachten lediglich die Messzeitpunkte $t0$ und $t1$, wodurch ein $n = 55$ berücksichtigt wird.

Tabelle A.1: Deskriptive Statistik unter Angabe des Mittelwertes (MW) und der Standardabweichung (SD) mit der Stichprobengröße $n = 55$, differenziert nach den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$

	t0		t1	
	MW	SD	MW	SD
HamSCQ				
Pacing	3.66	0.91	3.86	0.64
PE	4.39	0.64	4.46	0.53
LAF				
LOC	51.33	6.94	52.15	7.12
ASS	39.64	7.43	39.42	7
EPDS	7.62	5.27	7	5.03
SWE	29.84	4.25	31.02	4.26
SOC-L9	46.27	9.1	46.82	9.47
Soz-K 14				
	t0		t1	
	MW	SD	MW	SD
Bewegung				
leicht	208.92	168.1	184.8	146.9
mittel	93.62	97.55	76.2	126.6
hoch	31.36	43.77	25.1	40.61
Entspannung	60.36	78.91	59.75	57.31
Einschätzung				
physischer GZ	2.89	1.4	2.98	1.69
psychischer GZ	3.07	1.57	2.98	1.52
Zufriedenheit	3.91	0.95	3.78	1.08

Tabelle A.2: Deskriptive Statistik unter Angabe des Mittelwertes (MW) und der Standardabweichung (SD) der Interventionsgruppe mit der Stichprobengröße $n = 31$, differenziert nach den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$

	t0		t1	
	MW	SD	MW	SD
HamSCQ				
Pacing	3.61	0.96	3.84	0.72
PE	4.25	0.71	4.43	0.56
LAF				
LOC	51.58	7.61	52.29	7.9
ASS	40.29	7.21	39.9	7.17
EPDS	8.39	5.86	7.19	5.08
SWE	30.16	4.99	31.23	4.82
SOC-L9	44.77	9.59	45.35	9.91
Soz-K 14				
	t0		t1	
	MW	SD	MW	SD
Bewegung				
leicht	183.32	113.1	175.5	155.9
mittel	82.87	90.62	53.25	52.59
hoch	31.45	45.37	22.76	37.32
Entspannung	49.03	45.28	60.6	61.46
Einschätzung				
physischer GZ	2.97	1.68	3.1	1.83
psychischer GZ	3.23	1.8	3.1	1.64
Zufriedenheit	3.84	0.97	3.87	0.96

Tabelle A.3: Deskriptive Statistik unter Angabe des Mittelwertes (MW) und der Standardabweichung (SD) der Kontrollgruppe mit der Stichprobengröße $n = 24$, differenziert nach den Messzeitpunkten $t0$ und $t1$

	t0		t1	
	MW	SD	MW	SD
HamSCQ				
Pacing	3.73	0.85	3.9	0.54
PE	4.57	0.48	4.51	0.49
LAF				
LOC	51	6.11	51.96	6.11
ASS	38.79	7.78	38.79	6.87
EPDS	6.62	4.32	6.75	5.07
SWE	29.42	3.12	30.75	3.48
SOC-L9	48.21	8.22	48.71	8.69
Soz-K 14				
	t0		t1	
	MW	SD	MW	SD
Bewegung				
leicht	242	218.29	196.75	136.9
mittel	107.5	106.17	105.83	179.9
hoch	31.25	42.59	28.11	45.15
Entspannung	75	107.46	58.65	52.75
Einschätzung				
physischer GZ	2.79	0.93	2.83	1.52
psychischer GZ	2.88	1.23	2.83	1.37
Zufriedenheit	4	0.93	3.67	1.24

Gesundheitsverhalten

Wahrnehmung der eigenen Gesundheit

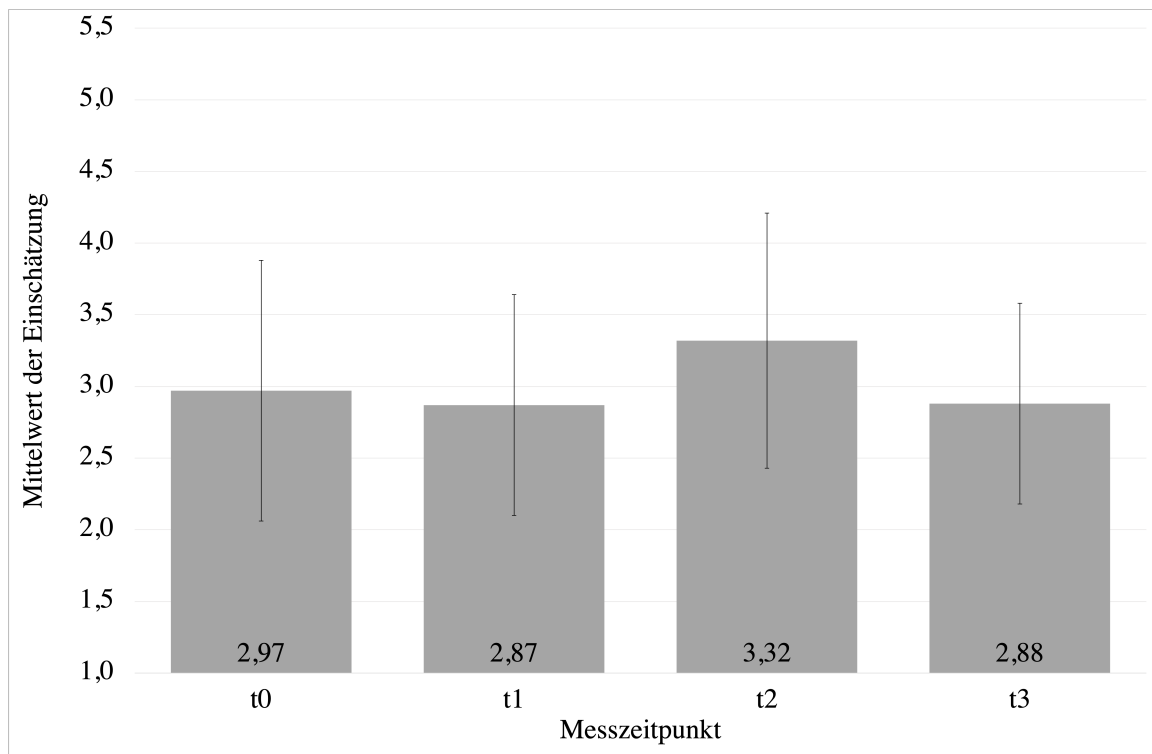


Abbildung A.18: Die Mittelwerte der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der gesamten Stichprobe, n = 39

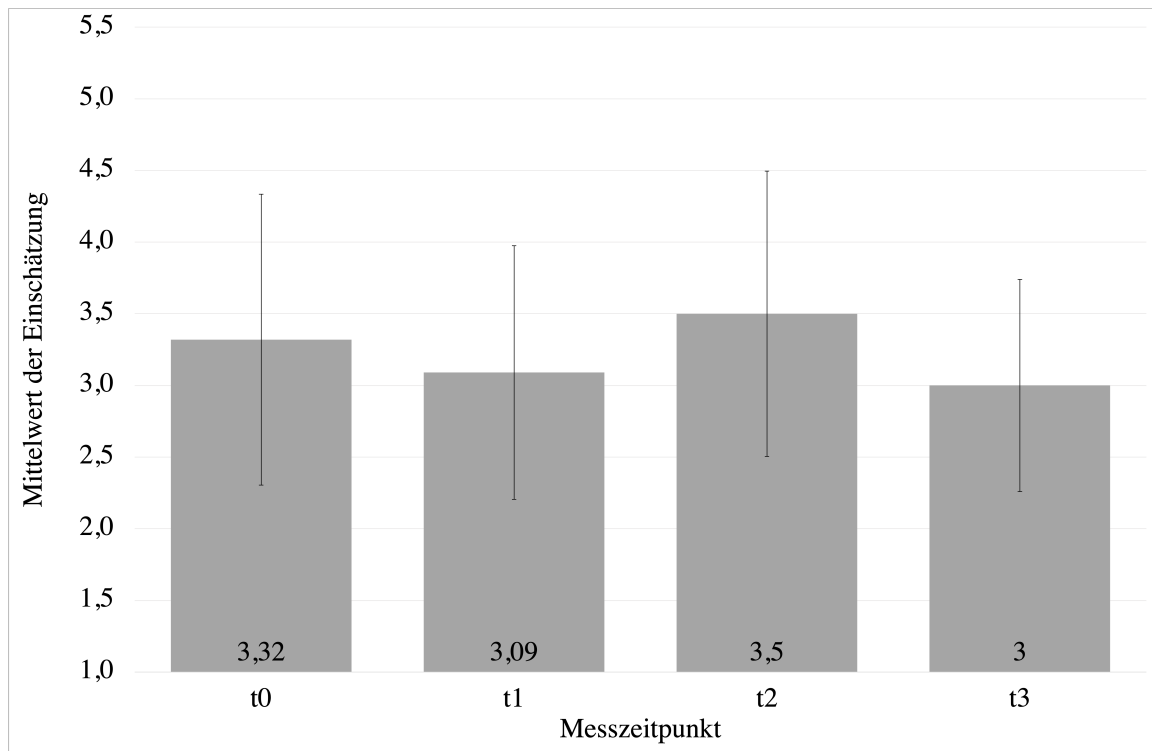


Abbildung A.19: Die Mittelwerte der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im zeitlichen Verlauf der Interventionsgruppe, n = 22

A.2 Bewerbung der Studie

vielen Dank, dass wir Ihnen heute unsere Materialien zukommen lassen dürfen.

Wie bereits vorab besprochen, finden Sie in diesem Schreiben nochmals die wichtigsten Informationen, die für interessierte Frauen von Bedeutung sein können. Außerdem stellen wir Ihnen schriftlich unser Vorgehen, unsere Ziele und mögliche Risiken, Ein- und Ausschlusskriterien vor.

Wer ist an dem Forschungsprojekt beteiligt?

Das Forschungsprojekt wird von dem Universitätsklinikum Regensburg und der Hochschule Coburg betreut. Als Kooperationspartner unterstützen das St. Hedwig Klinikum Regensburg und das Deutsche Herzzentrum München. Namentlich sind Prof. Dr. Thilo Hinterberger, Prof. Dr. Niko Kohls, Prof. Dr. Thomas Loew und Maria Kuhn M.Sc. zu nennen.

Was ist das Ziel der Forschung?

Ziel der Forschung ist die Prävention von Wochenbettdepression und die gleichzeitige Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung von werdenden Müttern. Mit unserer Intervention begleiten wir die Frauen im letzten Trimester der Schwangerschaft bis drei Monate postnatal.

Wer darf sich an der Studie beteiligen? Wer nicht?

An der Studie dürfen sich schwangere Frauen beteiligen, die die 30. Schwangerschaftswoche noch nicht beendet haben, zwischen 18 und 40 Jahren alt sind, einen Wohnsitz in Bayern haben und die deutsche Sprache gut verstehen.

Wie ist der zeitliche Ablauf?

Auf der Website www.meba-studie.de besteht die Registrierungsmöglichkeit. Dort werden einige Daten abgefragt, die von uns geprüft werden. Im Anschluss werden die interessierten Frauen zu einem unverbindlichen Aufklärungsgespräch eingeladen. Dort können sie alle Fragen stellen. Wenn sie sich bereit erklären an der Studie teilzunehmen, erhalten Sie Zugang zu unserer App, die insgesamt 14 Module zu verschiedenen Themen rund um die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bereithält. Neben gesundheitsförderlichen Themen wie Ernährung, Entspannung und Bewegung werden Kommunikation, Hormonveränderungen und Stillverhalten beleuchtet. Insgesamt wird es vier Messzeitpunkte geben, in denen die Frauen online Fragebögen zu ihrem Verhalten und ihrem Empfinden ausfüllen.

Welche Risiken bestehen für die Frauen?

Es ist denkbar, dass sich Frauen an der Studie beteiligen, die eine psychische Erkrankung haben bzw. in diesem Zeitraum diese entwickeln. Durch verschiedene Fragebögen können wir dies ermitteln oder die Frauen treten mit einem entsprechenden Bedarf an uns heran.

Wir haben sowohl in der App als auch auf der Website Kontaktmöglichkeiten hinterlegt, falls die Frauen einen Beratungsbedarf entwickeln. Des Weiteren werden sie, falls die Zustimmung der Probandin vorliegt, über kritische Werte in den Fragebögen informiert und Hilfsangebote werden sofort bereitgestellt. Wir stehen mit klinischen Einrichtungen in Kontakt, die über das Stattfinden der Studie Bescheid wissen und ihre enge Zusammenarbeit angeboten haben.

Wie soll mit den Materialien umgegangen werden?

Wir übersenden Ihnen mit diesem Brief auch Materialien. Wir freuen uns, wenn sie diese gut sichtbar platzieren oder bei Gelegenheit aktiv einen Flyer weiterreichen. Eine Registrierung für die Studie ist bis Herbst 2022 möglich.

An wen können Sie sich bei Rückfragen wenden?

Bei Rückfragen steht Ihnen Frau Maria Kuhn unter maria.kuhn@hs-coburg.de zur Verfügung.

Das Forschungsteam bedankt sich herzlich für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

GESUND MUTTER WERDEN

EIN KOSTENLOSES PROGRAMM FÜR DEINE GESUNDHEIT

Darum geht es.

Mutterwerden gehört häufig zu den aufregendsten Erlebnissen im Leben. In dieser Zeit soll unsere kostenlose App **MeBa** für Dich ein Raum der Geborgenheit sein.

Wir wollen Dich in dieser Zeit mit unserem Programm begleiten und Deine Gesundheit und Dein Wohlbefinden stärken.

Wer teilnehmen kann.

An diesem Programm können schwangere Frauen teilnehmen, die...

- ... zwischen 18 - 40 Jahren alt sind
- ... sich noch vor der 30. SSW befinden
- ... einen Wohnsitz in Bayern haben



Was macht diese App einzigartig?

Unsere App **MeBa** orientiert sich an Deinem individuellen Schwangerschaftsverlauf.

Wir nehmen Deine Gedanken und Gefühle ernst. Deshalb zeigen wir Dir alltagstaugliche und wirksame Techniken, wie Du mit ihnen umgehen kannst.

Gemeinsam mit Hebammen, Frauenärzt:innen, Psycholog:innen und Wissenschaftler:innen haben wir an diesen Themen gearbeitet.

So kannst du mitmachen.

Registrierte Dich unter :
www.meba-studie.de

Bei einem persönlichen Gespräch erhältst Du mehr Informationen zu den Modulen und zu dem zeitlichen Ablauf.

Durch Deine Teilnahme unterstützt Du unsere bayernweite Studie. Sie wird finanziell gefördert. Daher können wir Dir das Programm kostenlos zur Verfügung stellen.



PRÄVENTIONSANGEBOT UND- STUDIE

Darum geht es.

Mutterwerden gehört häufig zu den schönsten Erlebnissen des Lebens.

Doch nicht immer gelingt es, sich in diese neue Rolle glücklich einleben zu können. Und so sind Depressionen in und nach der Schwangerschaft ein nicht seltenes Phänomen.

Wir haben ein Programm für Sie entwickelt, das Sie davor schützen soll und mit zahlreichen Tipps und praktischen Übungen zu einem stabilen Wohlbefinden auf psychischer und körperlicher Ebene führt.



Wer teilnehmen kann.

Schwangere Frauen...

- ... zwischen 18 - 40 Jahren
- ... die sich noch vor der 31. SW befinden
- ... die einen Wohnsitz in Bayern haben

Warum es sich lohnt teilzunehmen.

Das Programm ist *individuell* auf Sie zugeschnitten und bietet ein *reichhaltiges* und *einzigartiges* Angebot zu vielen spannenden Themen rund um die Geburt und das Mutterwerden.

Mit Beiträgen von WissenschaftlerInnen, PsychologInnen und Müttern verknüpfen wir wissenschaftliche Erkenntnisse mit alltagsnahen Tipps und Übungen. Durch die wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes können wir Ihnen ein **hochwertiges Angebot gratis** zur Verfügung stellen.

So ist der Ablauf.

1. **Registrierung** unter www.meba-studie.de
2. **Erhalt von Informationen** in einem **unverbindlichen Aufklärungsgespräch**
3. **Zustimmung** zur Teilnahme an der Studie
4. **Download und Anmeldung** in unserer App
5. **Nutzung der 14 Module**
Entspannung, Kommunikation, Stillen etc.
6. **Ausfüllen von Fragebögen zu vier Zeitpunkten**
 1. Zeitpunkt nach der Registrierung
 2. Zeitpunkt in der 37. SW
 3. Zeitpunkt acht Wochen nach der Geburt
 4. Zeitpunkt drei Monate nach der Geburt

Noch Fragen?

Informieren & Mitmachen unter:

www.meba-studie.de



A.3 Aufklärungsdokumente und Leitfäden

Leitfaden für das Aufklärungsgespräch

Begrüßung

- Persönliche Vorstellung
- Rolle im Projekt

Informationen über das Gespräch:

- Dauer: 15 Minuten
- Anlass: Ich möchte die wichtigsten Punkte aus dem Aufklärungsblatt nochmal mit Ihnen durchsprechen und Sie können alle Fragen stellen, die Sie haben.
- Freiwilligkeit: Sie nehmen **freiwillig** an diesem Gespräch teil. Wenn Sie gehen wollen, dürfen Sie das ohne Erklärungen.
- **Unverbindlichkeit:** Ich stelle Ihnen alles über die Studie vor, aber das bedeutet nicht, dass Sie daran teilnehmen.
- Jederzeit gibt es die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Informationen zur Studie an sich

- **Forschungsteam** ist von der Hochschule Coburg, dem Universitätsklinikum Regensburg und dem Deutschen Herzzentrum München
- Jederzeit besteht die Möglichkeit, die Studie **abzubrechen**, ohne Begründung
- Es geht um das Thema Gesundheitsförderung und wir untersuchen auch die Erkrankung Wochenbettdepression

Informationen zur App

- Wir haben eine App entwickelt.
- Download ist wichtig, die App läuft sowohl auf einem Android Smartphone *als auch auf Iphone*.
- Für die Anmeldung brauchen wir Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme, dann eine Identifikationsnummer und ein Passwort, beides erhalten Sie von uns per Mail.
- SSW 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38
- 1 Woche pp, 2, 3, 4, 5, 6
- Wichtig ist, den Geburtstermin bzw. den ersten Tag der letzten Periode zu hinterlegen
- Alles Übrige ist selbsterklärend
- Interventions- und Kontrollgruppe: verschiedene Methoden, wir testen, welche Methodik wie wirkt

Informationen zum Ablauf

- Vier Fragebögen: 2 Schwangerschaft, 2 danach
 - o 1. Messzeitpunkt: Nachdem Sie die Einwilligung ausgefüllt haben
 - o 2. Messzeitpunkt: SSW 37
 - o 3. Messzeitpunkt: 8 Wochen pp
 - o 4. Messzeitpunkt 3 Monate pp (entspricht 12 Wochen pp)

- Dauer des Fragebogens ist länger, etwa 30- 40 Minuten
- Fragebogen kann nicht unterbrochen werden
- Freitext Möglichkeit für sonstige Informationen
- Wenn Sie einen Fragebogen nicht ausfüllen, bedeutet das das Ende der Studie. Wir können die Daten dann nicht nutzen.

Informationen zu den Daten

- Sie erhalten eine persönliche Identifikationsnummer. Diese Nummer brauchen Sie für die App und geben Sie bei den jeweiligen Messzeitpunkten an.
- Wir werden Ihre E-Mail-Adresse nutzen, um Ihnen die App zu schicken und die Fragebögen
- Daten aus der App werden nicht abgerufen, das ist Ihr persönlicher Bereich

Informationen zur Absicherung:

- Wenn Ihnen etwas unklar ist, oder Ihr Arzt o. Ä. Ihnen andere Empfehlungen gibt, als in unserem Programm steht, richten Sie sich bitte in erster Linie an diese Empfehlungen, nicht an unsere.
- Wenn wir bei der Auswertung Ihrer Daten Abweichungen von Normwerten sehen, können wir Ihnen das mitteilen. Wir fragen bei der Einwilligung nochmal nach.
- Bei Problemen oder Schwierigkeiten, psychischen Problemen: Uns kontaktieren

Informationen zum weiteren Verlauf:

- Nach unserem Gespräch erhalten Sie eine E- Mail mit Ihrer ID und dem Passwort.
- Und Sie erhalten eine E-Mail mit der Einwilligungserklärung und der Datenschutzerklärung und dem ersten Fragebogen. Diese müssen Sie bitte ausfüllen, wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten. Dieser Fragebogen ist auch mit Abstand der längste Fragebogen.
- Wenn Sie zustimmen, erhalten Sie die App

Haben Sie Fragen?

War etwas missverständlich?

Soll ich etwas nochmal erklären?

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich an unserer Studie beteiligen!

Pretest

Da Sie zu den ersten gehören, die sich für die Studie registriert haben, möchten wir Sie fragen, ob wir Sie in ca. zwei Wochen nochmals anrufen dürfen?

Dann würden wir Ihnen ein paar Fragen stellen, wie es Ihnen mit der App geht, mit den Fragebögen, mit diesem Gespräch hier? Dann können wir Ihre Rückmeldung einarbeiten und für die anderen Teilnehmerinnen noch Verbessern.

Ja, nein?

Informationsschreiben und Aufklärung für die wissenschaftliche MeBa-Studie

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Das Ziel dieser Studie ist es, Gesundheitsförderung und Wohlbefinden im Verlauf der Schwangerschaft und im Wochenbett zu untersuchen. Wie verändert sich das Wohlbefinden? Welchen Einfluss hat die Geburt an sich? Wie wirkt sich Unterstützung aus dem Umfeld aus? Ihre Antworten helfen, Erkenntnisse über diese Lebensphase zu gewinnen und Frauen besser zu unterstützen.

Wer leitet diese Studie?

Die Studie wird vom einem Forschungsteam des Universitätsklinikums Regensburg, der Hochschule Coburg, der Universität Regensburg, dem Deutschen Herzzentrum München geleitet und in Kooperation mit dem Klinikum St. Hedwig in Regensburg durchgeführt. Studienleitung sind Prof. Dr. Thilo Hinterberger, Prof. Dr. Niko Kohls und Maria Kuhn.

Ablauf der Studie und Ihre Aufgaben

- 1. Schritt: Unverbindliche Aufklärungsgespräch**
 - Dauer etwa 15-20 Minuten
- 2. Schritt: Ausfüllen des ersten Online Fragebogens**
 - Dauer etwa 30-40 Minuten
- 3. Schritt: Download der App**
- 4. Schritt: Nutzung der App**
 - 14 Module (8 Module in der Schwangerschaft, 6 Module nach der Geburt)
 - ab der 31. Schwangerschaftswoche bis 7 Wochen nach der Geburt
 - Benötigte Zeit pro Modul etwa 10 Minuten
- 5. Schritt: Ausfüllen des zweiten Online Fragebogens**
 - in der 37. Schwangerschaftswoche
 - Dauer etwa 30-40 Minuten
- 6. Schritt: Ausfüllen des dritten Online Fragebogens**
 - 8 Wochen nach der Geburt
 - Dauer etwa 30-40 Minuten
- 7. Schritt: Ausfüllen des vierten Online Fragebogens**
 - 12 Wochen nach der Geburt
 - Dauer etwa 30-40 Minuten

Sie erhalten an jedem Messzeitpunkt eine E-Mail mit dem Link zu dem Fragebogen. Wichtig ist, dass Sie ihn zeitnah nach Erhalt der E-Mail ausfüllen.

Nutzung der App

Erst nach Ihrer Zusage zur Teilnahme an der Studie erhalten Sie die App. Hier melden Sie sich mit Ihrer Identifikationsnummer und dem Passwort (Erhalt per E-Mail) an. Wichtig ist, den geplanten Geburtstermin anzugeben und nach der Geburt des Kindes den Termin zu aktualisieren. In der App selbst wird die Verwendung nochmal genauer erklärt.

Auswertung der Fragebögen

Nachdem Sie einen Fragebogen ausgefüllt haben, werden die Ergebnisse zeitnah ausgewertet. Es ist möglich, dass bei Ihren Ergebnissen Abweichungen von Normalwerten sichtbar werden. Wenn Sie über solche Abweichungen informiert werden wollen, geben Sie das bitte bei der Zustimmung zur Teilnahme mit an. Wir werden Sie danach fragen.

Welche Risiken sind mit der Teilnahme verbunden?

Als schwangere Frau erleben Sie gerade vor der Geburt eine ganz besondere Phase. Vielleicht erleben Sie viele verschiedene Gefühle wie Trauer, Freude und Überforderung. In der App wird genau darüber gesprochen. Dadurch können sich diese Gefühle verstärken. Auch werden Informationen zu Gesundheitsverhalten an Sie weitergegeben und Empfehlungen ausgesprochen. Diese sind nur in Abstimmung mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt, Ihrer Hebamme oder einem anderen Fachpersonal anzuwenden. Da jede Schwangerschaft und jede Wochenbettphase anders verläuft, sind die Empfehlungen in dieser Studie an alle gerichtet und kennen Ihre individuelle Situation nicht. Daher gelten vorrangig die Empfehlungen, die Ihnen persönlich von Fachpersonal mitgeteilt wurden.

Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie entstehen für Sie im Normalfall keine Kosten. Wir gehen davon aus, dass Sie Zugang zu WLAN haben oder Mobile Internetdaten verwenden. Für Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie erhalten Sie keine Aufwandsentschädigung.

Bin ich während der wissenschaftlichen Prüfung versichert?

Für das geplante Vorgehen und Ihre Teilnahme ist keine Versicherung notwendig.

Werden mir neue Erkenntnisse während der wissenschaftlichen Studie mitgeteilt?

Alle Ergebnisse werden im Anschluss an die Studie zusammengetragen, ausgewertet und im Anschluss der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. In diesem Rahmen ist es Ihnen möglich, über die Erkenntnisse zu lesen. Auch auf der Internetseite werden die Studienergebnisse veröffentlicht, sobald diese vorliegen.

Was passiert mit Ihren Daten?

- Alle Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen (Ihre E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Alter etc.) werden unverzüglich nach ihrer Aufnahme durch einen Code verschlüsselt (Pseudonymisierung). Dies schließt eine Identifizierung Ihrer Person durch Unbefugte nach heutiger Kenntnis weitestgehend aus.
- Sie erhalten einen Identifikationscode, der aus Nummern und Buchstaben besteht.
- Die unmittelbar identifizierbaren Daten sind passwortgeschützt, sodass nur Personen, die unmittelbar an der Studie beteiligt sind, Zugriff darauf haben. Ihre E-Mail-Adresse wird ausschließlich zur Kontaktaufnahme verwendet, um Sie auf die jeweiligen Messzeitpunkte aufmerksam zu machen und Ihnen den Zugang für die App zu gewähren. Die Weitergabe der personenbezogenen Daten an Forscher oder andere unberechtigte Dritte erfolgt nicht. Nach Abschluss der Studie werden diese nicht erneut genutzt.
- Wissenschaftliche Veröffentlichungen von Ergebnissen erfolgen ausschließlich anonymisiert, also in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt.
- Die Daten müssen 10 Jahre gespeichert werden. Das gibt das Gesetz vor.
- Wenn Sie in die erhobenen personenbezogenen Daten einsehen wollen, senden wir Ihnen dieser gerne zu.

- Unser Kontakt für datenschutzbezogene Fragen: Maria Kuhn, erreichbar unter maria.kuhn@hs-coburg.de

Wer entscheidet, ob ich aus der wissenschaftlichen Studie ausscheide?

Sie können Ihre Einwilligung zur Verwendung Ihrer Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für Sie widerrufen. Im Falle eines Widerrufs können Sie entscheiden, ob Ihre Daten gelöscht werden sollen, oder ob sie in anonymisierter Form für weitere Forschungsvorhaben verwendet werden dürfen. Es steht Ihnen zu jeder Zeit frei, die Studie ohne Angaben von Gründen zu beenden.

Von Seiten der Studienleitung sind keine Gründe definiert, aufgrund derer Sie aus der Studie ausgeschlossen werden. Sollten Angaben zu einer Erkrankung von Ihnen oder Ihrem Kind vorliegen, kann es sein, dass Ihre Daten nicht berücksichtigt werden. Diese Berechnungen finden allerdings erst nach Abschluss der Studie statt.

Was können Sie tun, wenn Sie während Ihrer Teilnahme Hilfe brauchen?

Es ist möglich, dass Sie allgemeine Fragen zu der App oder den Inhalten haben. Oder Sie lesen in den Modulen Inhalte, die Sie psychisch belasten oder während Ihrer Teilnahme entwickeln sich psychische Probleme. Sie dürfen sich an Frau Maria Kuhn wenden. Über die Website, die App oder unter info@meba-studie.de ist sie erreichbar.

Das Forschungsteam nimmt Ihre Fragen oder Empfindungen ernst und wir melden uns sehr zeitnah bei Ihnen.

Das Wichtigste zum Schluss:

Sie nehmen freiwillig an der Studie teil. Sie dürfen jederzeit die Studie verlassen, ohne uns Gründe zu nennen. Wenn Sie möchten, dass Ihre Daten gelöscht werden, machen wir das.

Haben Sie Fragen? Ist etwas unklar?

Hier können Sie Fragen für das Aufklärungsgespräch notieren:

A.4 Studienregistrierung

<p>Randomisiert- kontrollierte Längsschnittstudie zur Prävention postpartaler Depression</p>	
<p>Studienakronym/Studienabkürzung</p> <p>Kein Eintrag</p>	<p>Organisatorische Daten</p> <p>DRKS-ID der Studie: DRKS00032384</p> <p>Status der Rekrutierung: Rekrutierung abgeschlossen, Studie abgeschlossen</p> <p>Registrierungsdatum in DRKS: 31.07.2023</p> <p>Letzte Aktualisierung in DRKS: 31.07.2023</p> <p>Art der Registrierung: Retrospektiv</p>
<p>Internetseite der Studie</p> <p>Kein Eintrag</p>	
<p>Allgemeinverständliche Kurzbeschreibung</p> <p>Das Forschungsprojekt ist Teil des Dissertationsvorhabens zum Thema „Prävention postpartaler Depression“. Es zielt darauf ab, bei schwangeren Frauen Protektivfaktoren zu identifizieren, die vor einer Erkrankung schützen können und ein unterstützendes Angebot bereitzustellen und dieses wissenschaftlich zu evaluieren. Im Besonderen werden die Themen Selbstfürsorge und Selbstregulationsfähigkeit betrachtet.</p>	
<p>Wissenschaftliche Kurzbeschreibung</p> <p>Kein Eintrag</p>	
<p>Untersuchte Krankheit, Gesundheitsproblem</p> <p>ICD10: F53 - Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>Gesunde Probanden: Ja</p>	

Interventionsgruppen, Beobachtungsgruppen

Arm 1:

Interventionsgruppe mit dem Erhalt eines digitalen Programms nach dem Intervention-Mapping Ansatz, beginnen in der 31. Schwangerschaftswoche bis einschließlich sieben Wochen postnatal. Wöchentlich werden Module freigeschaltet, die die Probandinnen durchlaufen. Module bestehen aus Text-, Audio-, Video- und Ausfüllformaten.

Arm 2:

Kontrollgruppe mit dem Erhalt eines digitalen Programms mit Wissens-elementen, beginnen in der 31. Schwangerschaftswoche bis einschließlich sieben Wochen postnatal. Wöchentlich werden Module freigeschaltet, die die Probandinnen durchlaufen. Module bestehen aus Text-, Audio-, Videoformaten.

Endpunkte

Primärer Endpunkt:

Erfassung des Risikos an einer postnatalen Depression innerhalb von 3 Monaten nach der Geburt zu erkranken, anhand der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ab einem Gesamtpunktwert von >9

Sekundärer Endpunkt:

Erfassung von Veränderungen von Selbstfürsorge (Hamburger Selbstfürsorge Fragebogen) und Selbstregulationsfähigkeit (Locomotion-Assesment-Fragebogen) und dessen Einfluss auf das Risiko einer postnatalen Depression, Wirkung der Teilnahme an einem digitalen Gesundheitsförderungsprogramm,

Studiendesign

Studienzweck:

Prävention

Studientyp:

Interventionell

Gruppendesign:

Parallelverteilung

Zuteilung zur Intervention:

Kontrollierte, randomisierte Studie

Art der verdeckten Zuteilung:

Kein Eintrag

Art der Sequenzgenerierung:

Kein Eintrag

Kontrolle:

Placebo

Verblindung:

Ja

Wer ist verblindet:

Patient/in oder Proband/in

Studienphase:

Nicht zutreffend

Rekrutierung

Status der Rekrutierung:

Rekrutierung abgeschlossen, Studie abgeschlossen

Grund, falls Rekrutierung eingestellt oder zurückgezogen:

Kein Eintrag

Rekrutierungsorte

Rekrutierungsländer:

Deutschland

Anzahl Prüfzentren:

Multizentrisch

Rekrutierungsstandort(e):

Klinik Klinik St. Hedwig, Barmherzige Brüder Regensburg, Klinik Deutsches Herzzentrum München München, Klinik Hebammengemeinschaft Klinikum Ingolstadt Ingolstadt, Praxis Ingolstadt, Praxis Pfaffenhofen, Praxis Coburg, Praxis Bayreuth, Praxis Bamberg, Praxis Forchheim, Praxis Erlangen, Praxis Wasserburg am Inn, Praxis Würzburg, Praxis Schweinfurt, Praxis Regensburg, Praxis Kulmbach, Praxis München

Rekrutierungszeitraum und Teilnehmerzahl

Geplanter **Tatsächlicher**

Studienstart: **Studienstart:**
Kein Eintrag 01.03.2022

Geplantes **Tatsächliches**
Studienende: **Studienende:**
Kein Eintrag 26.03.2023

Geplante **Tatsächliche**
Teilnehmeranzahl: **Teilnehmeranzahl:**
120 42

Einschlusskriterien

Geschlecht:

Weiblich

Mindestalter:

18 Jahre

Höchstalter:

40 Jahre

Weitere Einschlusskriterien:

Vorliegen einer Schwangerschaft, Schwangerschaft nicht weiter als bis zur 30. Schwangerschaftswoche, deutsches Sprach- und Leseverständnis

Ausschlusskriterien

Schwere, psychische Erkrankung (ISR)

Adressen

**Initiator der Studie
(Primärer Sponsor)**

Universität
Regensburg
Universitätsstraße 31
93053 Regensburg
Deutschland

Telefon:
Kein Eintrag

Fax:
Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:
Kein Eintrag

**Wissenschaftsinitiierte
Studie (IST/IIT):**
Ja

**Kontakt tur
wissenschaftliche
Anfragen**

Universitätsklinikum
Regensburg
Prof. Dr. Thilo
Hinterberger
Franz-Josef-Strauß-
Allee 11
93053 Regensburg
Deutschland

Telefon:
0941 944-2748

Fax:
Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:
Kein Eintrag

**Kontakt tur allgemeine
Anfragen**

Universitätsklinikum
Regensburg
Prof. Dr. Thilo
Hinterberger
Franz-Josef-Strauß-
Allee 11
93053 Regensburg
Deutschland

Telefon:
0941 944-2748

Fax:
Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:
Kein Eintrag

**Wissenschaftliche
Leitung (PI)**

Universitätsklinikum
Regensburg
Prof. Dr. Thilo
Hinterberger
Franz-Josef-Strauß-
Allee 11
93053 Regensburg
Deutschland

Telefon:
0941 944-2748

Fax:
Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:
Kein Eintrag

**Weiterer Kontakt für
wissenschaftliche
Anfragen**

Hochschule für
angewandte
Wissenschaften
Coburg
Prof. Dr. Niko Kohls
Friedrich-Streib-
Straße 2
96450 Coburg
Deutschland

Telefon:
Kein Eintrag

Fax:
Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:
Kein Eintrag

**Weiterer Kontakt für
wissenschaftliche
Anfragen**

Hochschule für
angewandte
Wissenschaften
Coburg
Maria Kuhn
Friedrich-Streib-
Straße 2
96450 Coburg

Telefon:
Kein Eintrag

Fax:
Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:
Kein Eintrag

Weiterer Kontakt für allgemeine Anfragen

Klinik St. Hedwig
Dr. med. Sara Fill Malfertheiner
Steinmetzstraße 1-3
93049 Regensburg

Telefon:

Kein Eintrag

Fax:

Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:

Kein Eintrag

Finanzierungsquellen

Öffentliche Förderinstitutionen, aus Steuermitteln getragene Institutionen (DFG, BMBF u. a.)

BayWiss Verbundkolleg Gesundheit
93053 Regensburg
Deutschland

Telefon:

Kein Eintrag

Fax:

Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:

Kein Eintrag

Private Gelder (Stiftungen, Studiengesellschaften etc.)

Donau Stiftung
93059 Regensburg
Deutschland

Telefon:

Kein Eintrag

Fax:

Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:

Kein Eintrag

Ethikkommission

Adresse der Ethikkommission

Ethikkommission der Universität Regensburg
Landshuter Straße 4
93047 Regensburg
Deutschland

Telefon:

+49-941-9435370

Fax:

Kein Eintrag

[Kontakt per E-Mail](#)

URL der Einrichtung:

<http://www.uni-regensburg.de/ethikkommission/startseite/index.html>
(Link: <http://www.uni-regensburg.de/ethikkommission/startseite/index.html>)

Votum der federführenden Ethikkommission

Antragsdatum bei der

Ethikkommission:
19.02.2011

Bearbeitungsnummer der

Ethikkommission:
21-2219-101

Votum der Ethikkommission:

Zustimmende Bewertung

Datum des Votums:

24.02.2021

Weitere Identifikationsnummern

Andere Primär-Register-ID:

Kein Eintrag

UTN (Universal Trial Number):

Kein Eintrag

EudraCT-Nr.:

Kein Eintrag

EUDAMED-Nr.:

Kein Eintrag

IPD - Individual Participant Data / Teilnehmerbezogene Daten

Planen Sie, die teilnehmerbezogenen Daten (IPD) anderen Forschern anonymisiert zur Verfügung zu stellen?:

Nein

IPD Sharing Plan:

Kein Eintrag

Studienprotokoll und weitere Studiendokumente

Studienprotokolle:

Kein Eintrag

Abstract zur Studie:

Kein Eintrag

Weitere Studiendokumente:

- [Ethikantrag zum Forschungsvorhaben](#)

Hintergrundliteratur:

Kein Eintrag

Verwandte DRKS-Studien:

Kein Eintrag

Veröffentlichung der Studienergebnisse

Geplante Publikation:

Kein Eintrag

Publikationen/Studienergebnisse:

Kein Eintrag

Datum der ersten Publikation von Ergebnissen:

Kein Eintrag

DRKS-Eintrag erstmalig mit Ergebnissen publiziert:

Kein Eintrag

Grundlegende Ergebnisse


Basic Reporting/Ergebnistabellen:

Kein Eintrag

Kurzzusammenfassung der Ergebnisse:

Kein Eintrag

A.5 Ethikvotum

 Universität Regensburg	Ethikkommission bei der Universität Regensburg				
Ethikkommission · Universität Regensburg · 93040 Regensburg	Prof. Edward K. Geissler, PhD , Vorsitzender Dr. iur. Frederike Seitz, M.A. , Geschäftsführerin				
Maria Kuhn Mühlgasse 4 96450 Coburg Deutschland	Geschäftsstelle: Telefon +49 941 943-5370 Telefax +49 941 943-5369 Postanschrift: Universität Regensburg ETHIKKOMMISSION D-93040 Regensburg ethikkommission@ur.de http://ethikkommission.uni-regensburg.de				
24.02.2021	Unser Zeichen: 21-2219-101				
Beratung nach § 15 Abs. 1 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns für das Forschungsvorhaben:					
<table border="1"><tr><th>Forschungsvorhaben</th><th>Dissertationsprojekt zum Thema "Prävention postpartaler Depression"</th></tr><tr><td>Antragssteller</td><td>Maria Kuhn</td></tr></table>	Forschungsvorhaben	Dissertationsprojekt zum Thema "Prävention postpartaler Depression"	Antragssteller	Maria Kuhn	
Forschungsvorhaben	Dissertationsprojekt zum Thema "Prävention postpartaler Depression"				
Antragssteller	Maria Kuhn				
Die Ethikkommission der Universität Regensburg hat in Ihrer Sitzung am 24.02.2021 über das o.g. Forschungsvorhaben auf Grundlage der im Anhang aufgeführten Unterlagen beraten. Es ergeben sich daraus keine berufsethischen oder rechtlichen Bedenken gegen das vorgelegte Forschungsvorhaben.					
Die Ethikkommission geht dabei davon aus, das folgende Hinweise berücksichtigt werden, die Gegenstand der Beratung waren:					
Im Rahmen der Aufklärung muss klargestellt werden, ob tatsächlich beide Gruppen Zugang zu der App erhalten oder nur eine. Insoweit erweisen sich die Angaben in Aufklärung und Protokoll als widersprüchlich. Zu spezifizieren ist ferner, mit welchen Zufallsbefunden gerechnet werden könnte. Klarzustellen ist überdies, ob die App mit allen gängigen Betriebssystemen kompatibel ist.					
Es wird auf folgendes grundsätzlich hingewiesen:					
Unabhängig vom Beratungsergebnis verbleibt die ärztliche und juristische Verantwortung beim Forscher und seinen Mitarbeitern. Eine Nichtbeachtung des Beratungsergebnisses kann berufs- und haftungsrechtliche Folgen nach sich ziehen.					
Die Auflagen der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in ihrer aktuellen Fassung hinsichtlich ethischen und rechtlichen Aspekten biomedizinischer Forschung am Menschen sind strikt zu beachten.					
Die Ethikkommission erwartet bei Interventionsstudien, dass ihr alle schwerwiegenden oder unerwarteten unerwünschten Ereignisse (u.a. Todesfälle), die während der Studie auftreten und die Sicherheit der Studienteilnehmer oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können,					

unverzöglich schriftlich mitgeteilt werden. Dieses sollte in Verbindung mit einer Stellungnahme des Antragsstellers geschehen, ob aus seiner Sicht die Nutzen-Risiko-Relation des Vorhabens verändert ist.

Die Ethikkommission bittet darum, dass ihr der Abbruch oder Abschluss einer Studie mitgeteilt werden.

Dieses Schreiben ist mit den Studienunterlagen jederzeit sorgfältig aufzubewahren. Duplikate oder Abschriften dieses Schreibens können im Nachhinein nicht erstellt werden.

Auf die Rechtspflichten zum Umgang mit dienstlichem Schriftgut bzw. Urkunden wird verwiesen.

Auf Grundlage dieser rein berufsrechtlichen Beratung können Sie nachträgliche Änderungen am Protokoll dieses Forschungsvorhabens vornehmen, ohne dafür eine erneute Beratung (umgangssprachlich 'Amendmentvotum') durch die Ethikkommission beantragen zu müssen. Zur Begrenzung rechtlicher Risiken wird eine solche Beratung aber gleichwohl dringend empfohlen.

Sobald Sie jedoch ein neues Forschungsvorhaben durchführen wollen, müssen Sie dieses einer eigenständigen Beratung durch die Ethikkommission zuführen. Hierfür gilt gemäß Grundsatzbeschluss unserer Ethikkommission vom 02.08.2016:

In der Regel handelt es sich noch um ein und dasselbe Forschungsvorhaben, wenn sich lediglich ergänzende Fragestellungen im Rahmen der selben Hypothese, methodische Erweiterungen oder Beschränkungen oder Erweiterungen oder Beschränkungen in der Studienpopulation nachträglich ergeben. Um ein neues Forschungsvorhaben handelt es sich aber in der Regel, wenn die Formulierung einer neuen Hypothese, wesentliche Änderungen am Studiengegenstand bzw. der Entität sowie wesentliche Änderungen an der wissenschaftlichen oder technischen Vorgehensweise vorgenommen werden sollen, was dann eine Pflicht zur neuerlichen Beratung durch die Ethikkommission begründet. Gesetzliche Vorschriften bleiben unberührt.

Die Ethikkommission bestätigt die Bearbeitung gemäß der GCP/ICH-Richtlinien.

Die Ethikkommission empfiehlt im Einklang mit der Deklaration von Helsinki nachdrücklich die Registrierung der Studie vor Studienbeginn in einem öffentlich zugänglichen Register, das die von der WHO geforderten Voraussetzungen erfüllt.

Falls kein gesetzlicher Kostenbefreiungstatbestand greift, wird ein gesonderter Kostenbescheid für die Gebühren und Auslagen der Ethikkommission ergehen.

Die Übermittlung personenbezogener Daten einschließlich DNA-tragender Biomaterialien in datenschutzrechtlich unsichere Drittstaaten, wie etwa die USA, bedarf einer gesonderten datenschutzrechtlichen Beurteilung und Risikoaufklärung.

Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 16. Juli 2020 [Aktenzeichen C3-11/18] stellen die Regelungen des EU-US-Privacy Shield insbesondere vor dem Hintergrund des Clarifying Lawful Overseas Use of Data Act (CLOUD Act) bzw. des Foreign Surveillance Act (FISA) keinen tauglichen Rechtsrahmen mehr dar. Es sollte seitens der Verantwortlichen im Einzelfall geprüft werden, inwieweit personenbezogene/personenbeziehbare Daten (also auch i.S.d. Art. 4 Abs. 5 DSGVO pseudonymisierte Datensätze) rechtssicher entweder auf Basis geeigneter Garantien (etwa verbindlicher Unternehmensregeln, Standardvertragsklauseln oder auf Basis einer ausdrücklichen Einwilligung nach erfolgter Risiko-Aufklärung nach Art. 49 Abs. 1 lit. a) DSGVO) übermittelt werden können. Es bleiben v.a. hinsichtlich der Standardvertragsklauseln die Auswirkungen des

3

Urteils und die voraussichtlich folgenden regulatorischen Leitlinien seitens der zuständigen Behörden aufmerksam zu verfolgen. Es ist daher den Sponsoren dringend zu raten, sich mit dem zuständigen Landesbeauftragten für den Datenschutz abzustimmen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Prof. Edward K. Geissler, PhD
Vorsitzender

Anlage

A.6 Fragebögen

Seite 1 von 9
Messzeitpunkt 0

Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: ○ ⊗ ○.
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus,
ungefähr so: ○ ⊗ ⊗.

Ziffern sollen ungefähr so aussehen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

, Korrekturen so:

Einwilligungserklärungen zu Studie und Datenschutz

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung folgende freiwillige angegebene Einwilligungserklärung voraus. Das heißt, **ohne** die nachfolgende Einwilligung kann ich **nicht** an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine **Gesundheit** und meine **E-Mail Adresse** über mich erhoben werden und auf passwortgeschützten elektronischen Datenträgern in der Hochschule Coburg aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) weitergegeben werden, ausschließlich zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung.
- Ich bin einverstanden, dass die Studienleitung meine angegebene **E-Mail Adresse** zur Kontaktaufnahme nutzen darf, um mich auf die vier **Messzeitpunkte** aufmerksam zu machen.
- Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich **jederzeit** die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs kann ich entscheiden, ob meine Daten **gelöscht** werden sollen, oder ob sie in **anonymisierter** Form für weitere Forschungsvorhaben verwendet werden dürfen. Durch meinen **individuellen** Identifikationscode, kann ich jederzeit die Löschung meiner Daten veranlassen. Ich nehme jedoch zur Kenntnis, dass bei einer Kontaktaufnahme mit Nennung des Codes meine Anonymität kurzfristig bis zur **endgültigen** Löschung des Datensatzes aufgehoben ist.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie die gesetzlich vorgeschriebenen zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten **gelöscht**.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in nicht **rück-entschlüsselbarer (anonymer) Form**, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass bei suizidaler Absichtserklärung und bei Indikatoren, die auf eine solche aus Sicht der Forschungsgruppe schließen lassen, die Daten (insbesondere die Telefonnummer) an Fachpersonen außerhalb der Forschungsgruppe weitergegeben werden.

Bitte kreuzen Sie an wenn,	<input type="radio"/> Sie sich mit der Erhebung, der Speicherung und der Verarbeitung Ihrer Daten im Kontext der Studie einverstanden erklären.
Bitte kreuzen Sie an wenn,	
<input type="radio"/> Sie damit einverstanden sind, dass die Studienleitung Sie über Ihre angegebene E-Mail Adresse kontaktieren darf, um Sie auf die Befragung aufmerksam zu machen und Ihnen den Link für diese weiterzuleiten.	

Einwilligungserklärung für die Teilnahme an der Studie

Ich möchte an der Studie „**Prävention postpartaler Depression**“ teilnehmen. Ich hatte Zeit, die Aufklärung zu lesen bzw. habe ich ein Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe verstanden, worum es bei der Studie geht, welches Risiko besteht und was mit meinen Daten passiert. Ich weiß, dass ich jederzeit die Studie abbrechen kann und dass mir dadurch kein Nachteil entsteht. Ich hatte die Möglichkeit, alle offenen Fragen zu stellen, persönlich bzw. schriftlich und sie wurden mir auch verständlich beantwortet.

Sollte es durch die Befragung auffällige Werte geben, möchte ich, dass Sie mir diese mitteilen.	<input type="radio"/> Ja, ich möchte benachrichtigt werden. <input type="radio"/> Nein, ich möchte nicht benachrichtigt werden.				
Bitte setzen Sie hier Ihr Kreuz wenn,	<input type="radio"/> Sie die Auswahl bestätigen und freiwillig an der Studie teilnehmen wollen.				
Wie lautet Ihre Identifikationsnummer (ID)? (Großbuchstabe Großbuchstabe / Zahl Zahl)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
(Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer bzw. einen Buchstaben ein)					

0.1

Schwangerschaft T0

In diesem Fragenblock geht es um Ihre Schwangerschaft.	
Wie groß sind Sie? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="radio"/> Keine Angabe
In der wievielten Schwangerschaft befinden Sie sich? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 99 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Keine Angabe
Wieviele Kinder haben Sie bereits entbunden? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 99 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Keine Angabe
Wann war der ersten Tag Ihrer letzten Periode? (Bitte geben Sie ein Datum im Format TT.MM.JJJJ an)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viel wogen Sie vor der Schwangerschaft? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie haben Sie im letzten halben Jahr vor der Schwangerschaft verhütet?	
<input type="radio"/> Gar nicht <input type="radio"/> Pille <input type="radio"/> Kondom <input type="radio"/> Spirale <input type="radio"/> Andere Hormonpräparate (Dreimonatsspritze, Hormonpflaster, Hormonstäbchen, Kunststoffimplantat, Vaginalring, Nuva-Ring) <input type="radio"/> Temperatur messen, Kalendermethode (Tage zählen), Schleimbeobachtung <input type="radio"/> Babycomputer (z.B. Persona) <input type="radio"/> Coitus interruptus <input type="radio"/> Diaphragma, Pessar, Portiokappe, Femidom (Kondom für die Frau) <input type="radio"/> Chemische Verhütungsmittel (Zäpfchen, Cremes, Gels, Schaum, Sprays oder Salben, die vor dem GV in die Scheide eingeführt werden wie z.B. Patentex) <input type="radio"/> Keine Angabe <input type="radio"/> Sonstiges <input type="text"/>	
War die Schwangerschaft geplant?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gibt es in Ihrer Familie diagnostizierte psychische Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurde bei Ihnen bereits vor dieser Schwangerschaft eine psychische Erkrankung ärztlich diagnostiziert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Welche Erkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? (Mehrfachantworten möglich.)	<input type="checkbox"/> Angststörungen <input type="checkbox"/> Bipolare Störungen <input type="checkbox"/> Borderline-Persönlichkeitsstörung <input type="checkbox"/> Depression (depressive Störungen) <input type="checkbox"/> Essstörungen <input type="checkbox"/> Schizophrenie <input type="checkbox"/> Suchtstörungen
Wird diese Erkrankung aktuell behandelt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, mit Medikamenten <input type="radio"/> Ja, mit einer Therapie <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> Keine Angabe
Welche haben Sie?	<input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> Drogen <input type="radio"/> Keine Angabe
In dieser Frage geht es um eine Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes.	

	10 (sehr gut)	0 (sehr schlecht)
Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Gar nicht	Vollkommen
Ich bin aktuell mit meiner Gesundheit zufrieden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Gesundheitsverhalten

In diesen nächsten beiden Bereichen soll es um Ihr Bewegungs- und Entspannungsverhalten gehen. Es werden auch Fragen zu Ihrer Ernährung gestellt. Bitte beantworten Sie die Fragen für die **die letzten vier Wochen**.

Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von mittlerer Intensität? (z. B. Walken) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von leichter Intensität? (z. B. Spazieren gehen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von höherer Intensität? (z. B. Joggen, Schwimmen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit aktiver Entspannung? (z. B. Achtsamkeit, Yoga, QiGong, Autonomes Training etc.) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="radio"/> sparsam <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> reichlich <input type="radio"/> Ich nehme davon nichts zu mir
Wie viel kalorienfreie Getränke nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Wasser)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Obst und Gemüse nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel kohlehydrathaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Vollkornprodukte)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel fett- und eiweißhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Milchprodukte nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Zucker nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Alkohol nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel koffeinhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Kaffee, Energiedrinks, Koffeintabletten etc.)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich ? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 30 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="radio"/> Ich rauche nicht

Auf den nächsten Seiten soll es um Ihre Einschätzung gehen.

	<input type="radio"/> Stimmt nicht	<input type="radio"/> Stimmt kaum	<input type="radio"/> Stimmt eher	<input type="radio"/> Stimmt genau	<input type="radio"/> Keine Angabe
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	Keine Angabe
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbstregulation

	Lehne stark ab	Lehne leicht ab	Stimme leicht zu	Stimme stark zu
Ich setze mich gern für etwas ein, selbst wenn das zusätzliche Mühe mit sich bringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein "Workaholic".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich ein Ziel fast erreicht habe, versetzt mich das in Erregung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir mehr Spaß, aktiv zu handeln als nur zuzuschauen und zu beobachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe viel Zeit mit der "Bestandsaufnahme" meiner positiven Merkmale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir Spaß, die Pläne anderer Leute zu beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Tatmensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergleiche mich oft mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kritisiere oft meine eigene Arbeit, wie auch die anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Angelegenheit beendet habe, warte ich oft ein bisschen, bevor ich mit der nächsten anfangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft das Gefühl, von anderen taxiert zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich beschlossen habe, etwas zu tun, kann ich es kaum erwarten, damit anzufangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein kritischer Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin selbstkritisch und befangen im Bezug auf das, was ich sage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobald ich eine Aufgabe erledigt habe, ist mir schon die Nächste im Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke oft, dass die Entscheidungen anderer Leute falsch sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft energielos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gedanken sind meistens auf die Aufgabe gerichtet, die ich gerade erledigen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selten denke ich im Nachhinein über Gespräche mit anderen nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Sache anfangen, halte ich für gewöhnlich durch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Draufgänger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich jemanden kennenlerne, schätze ich gewöhnlich ab, wie er/sie in verschiedener Hinsicht einzustufen ist (Aussehen, Leistung, gesellschaftliche Stellung, Kleidung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kohärenz

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten
Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann oft so, dass...	
Sie spüren, wie schön es ist zu leben.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.
Die Dinge die Sie täglich tun, sind für Sie...	
eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eine Quelle von Schmerz und Langeweile.
Wie oft sind Ihre Gedanken oder Gefühle ganz durcheinander?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie

Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...	
dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.	
Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben,...	
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
voller Sinn und Zweck sein wird.	
Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?	
Sehr oft <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie	
Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...	
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Sie es nicht schaffen werden die Schwierigkeiten zu überwinden.	
Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?	
Sehr oft <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie	
Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 4 Wochen beschreiben, nicht, wie Sie sich gerade heute fühlen.	
	gar nicht zutreffend <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sehr zutreffend
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich wusste, was mir gut tut.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte mich freuen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 7 Tagen beschreiben. Es geht nicht darum, wie Sie sich gerade heute fühlen.	
Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.	<input type="radio"/> Genauso oft wie früher <input type="radio"/> Nicht ganz so oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Überhaupt nie
Es gab vieles, auf das ich mich freute.	<input type="radio"/> So oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Viel seltener als früher <input type="radio"/> Fast gar nicht
Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war ängstlich und machte mir unnötig Sorgen.	<input type="radio"/> Nein, nie <input type="radio"/> Ganz selten <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Ja, sehr oft
Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.	<input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, fast nie <input type="radio"/> Nein, überhaupt nie

Mir ist alles zu viel geworden.	
<input type="radio"/> Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich wusste mir meistens zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen	
Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.	<input type="radio"/> Ja, fast immer <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war traurig und fühlte mich elend.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Nur manchmal <input type="radio"/> Nein, nie
Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun.	<input type="radio"/> Ja, oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nein, nie

ISR - ICD 10

Auf den nächsten fünf Seiten geht es um Ihre psychische Gesundheit.

**ICD 10 Symptom-Ra
Seite 1**

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen.
Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z.B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ICD 10 Symptom-Ra
Seite 2**

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter der ständig quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ICD 10 Symptom-Rating
Seite 3

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schlafprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ICD 10 Symptom-Rating
Seite 4

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Ich habe einen schlechten Appetit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin vergesslich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastung (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ICD 10 Symptom-Rating
Seite 5

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


	1 Tag in der Woch e	2 Tage in der Woch e	3 Tage in der Woch e	4 Tage in der Woch e	5 Tage in der Woch e	6 Tage in der Woch e	7 Tage in der Woch e	Gar nicht
Im dritten Trimester (25.-40. Schwangerschaftswoche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier soll es um Ihre Berufstätigkeit während der Schwangerschaft gehen. Bitte nennen Sie ungefähre Durchschnittswerte der Stunden .								
	Gar nicht	1-3 Stunden	3-6 Stunden	6-8 Stunden	Mehr als 8 Stunden			
Im ersten Trimester (1.-12. Schwangerschaftswoche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Im zweiten Trimester (13.-24. Schwangerschaftswoche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Im dritten Trimester (25.-40. Schwangerschaftswoche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Möchten Sie der Forschungsgruppe noch etwas mitteilen?								

MUSTER
Nicht ausfüllen!



Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: .
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus,
ungefähr so: .

Ziffern sollen ungefähr so aussehen: , Korrekturen so: 

Einwilligungserklärungen zu Studie und Datenschutz

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung folgende freiwillige angegebene Einwilligungserklärung voraus. Das heißt, **ohne** die nachfolgende Einwilligung kann ich **nicht** an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine **Gesundheit** und meine **E-Mail Adresse** über mich erhoben werden und auf passwortgeschützten elektronischen Datenträgern in der Hochschule Coburg aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) weitergegeben werden, ausschließlich zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung.
2. Ich bin einverstanden, dass die Studienleitung meine angegebene **E-Mail Adresse** zur Kontaktaufnahme nutzen darf, um mich auf die vier **Messzeitpunkte** aufmerksam zu machen.
3. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich **jederzeit** die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs kann ich entscheiden, ob meine Daten **gelöscht** werden sollen, oder ob sie in **anonymer** Form für weitere Forschungsvorhaben verwendet werden dürfen. Durch meinen **individuellen** Identifikationscode, kann ich jederzeit die Löschung meiner Daten veranlassen. Ich nehme jedoch zur Kenntnis, dass bei einer Kontaktaufnahme mit Nennung des Codes meine Anonymität kurzfristig bis zur **endgültigen** Löschung des Datensatzes aufgehoben ist.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie die gesetzlich vorgeschriebenen zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten **gelöscht**.
5. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in nicht **rück-entschlüsselbarer (anonymer) Form**, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.
6. Ich bin damit einverstanden, dass bei suizidaler Absichtserklärung und bei Indikatoren, die auf eine solche aus Sicht der Forschungsgruppe schließen lassen, die Daten (insbesondere die Telefonnummer) an Fachpersonen außerhalb der Forschungsgruppe weitergegeben werden.

Bitte kreuzen Sie an wenn,

Sie sich mit der Erhebung, der Speicherung und der Verarbeitung Ihrer Daten im Kontext der Studie einverstanden erklären.

Bitte kreuzen Sie an wenn,

Sie damit einverstanden sind, dass die Studienleitung Sie über Ihre angegebene E-Mail Adresse kontaktieren darf, um Sie auf die Befragung aufmerksam zu machen und Ihnen den Link für diese weiterzuleiten.

Einwilligungserklärung für die Teilnahme an der Studie

Ich möchte an der Studie „**Prävention postpartaler Depression**“ teilnehmen. Ich hatte Zeit, die Aufklärung zu lesen bzw. habe ich ein Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe verstanden, worum es bei der Studie geht, welches Risiko besteht und was mit meinen Daten passiert. Ich weiß, dass ich jederzeit die Studie abbrechen kann und dass mir dadurch kein Nachteil entsteht. Ich hatte die Möglichkeit, alle offenen Fragen zu stellen, persönlich bzw. schriftlich und sie wurden mir auch verständlich beantwortet.

Sollte es durch die Befragung auffällige Werte geben, möchte ich, dass Sie mir diese mitteilen.

Ja, ich möchte benachrichtigt werden.
 Nein, ich möchte nicht benachrichtigt werden.

Bitte setzen Sie hier Ihr Kreuz wenn,

Sie die Auswahl bestätigen und freiwillig an der Studie teilnehmen wollen.

Wie lautet Ihre Identifikationsnummer (ID)? (Großbuchstabe
Großbuchstabe / Zahl Zahl)

(Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer bzw. einen Buchstaben ein)

Schwangerschaft T0

In diesem Fragenblock geht es um Ihre Schwangerschaft.	
Wie groß sind Sie? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="radio"/> Keine Angabe
In der wievielten Schwangerschaft befinden Sie sich? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 99 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Keine Angabe
Wieviele Kinder haben Sie bereits entbunden? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 99 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Keine Angabe
Wann war der ersten Tag Ihrer letzten Periode? (Bitte geben Sie ein Datum im Format TT.MM.JJJJ an)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viel wogen Sie vor der Schwangerschaft? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie haben Sie im letzten halben Jahr vor der Schwangerschaft verhütet?	
<input type="radio"/> Gar nicht <input type="radio"/> Pille <input type="radio"/> Kondom <input type="radio"/> Spirale <input type="radio"/> Andere Hormonpräparate (Dreimonatsspritze, Hormonpflaster, Hormonstäbchen, Kunststoffimplantat, Vaginalring, Nuva-Ring) <input type="radio"/> Temperatur messen, Kalendermethode (Tage zählen), Schleimbeobachtung <input type="radio"/> Babycomputer (z.B. Persona) <input type="radio"/> Coitus interruptus <input type="radio"/> Diaphragma, Pessar, Portiokappe, Femidom (Kondom für die Frau) <input type="radio"/> Chemische Verhütungsmittel (Zäpfchen, Cremes, Gels, Schaum, Sprays oder Salben, die vor dem GV in die Scheide eingeführt werden wie z.B. Patentex) <input type="radio"/> Keine Angabe <input type="radio"/> Sonstiges: <input type="text"/>	
War die Schwangerschaft geplant?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gibt es in Ihrer Familie diagnostizierte psychische Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurde bei Ihnen bereits vor dieser Schwangerschaft eine psychische Erkrankung ärztlich diagnostiziert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Welche Erkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? (Mehrfachantworten möglich.)	<input type="checkbox"/> Angststörungen <input type="checkbox"/> Bipolare Störungen <input type="checkbox"/> Borderline-Persönlichkeitsstörung <input type="checkbox"/> Depression (depressive Störungen) <input type="checkbox"/> Essstörungen <input type="checkbox"/> Schizophrenie <input type="checkbox"/> Suchtstörungen
Wird diese Erkrankung aktuell behandelt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, mit Medikamenten <input type="radio"/> Ja, mit einer Therapie <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> Keine Angabe
Welche haben Sie?	<input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> Drogen <input type="radio"/> Keine Angabe
In dieser Frage geht es um eine Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes.	

	10 (sehr gut)	0 (sehr schlecht)
Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
	Gar nicht	Vollkommen
Ich bin aktuell mit meiner Gesundheit zufrieden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Gesundheitsverhalten

In diesen nächsten beiden Bereichen soll es um Ihr Bewegungs- und Entspannungsverhalten gehen. Es werden auch Fragen zu Ihrer Ernährung gestellt. Bitte beantworten Sie die Fragen für die **die letzten vier Wochen**.

Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von mittlerer Intensität? (z. B. Walken) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von leichter Intensität? (z. B. Spazieren gehen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von höherer Intensität? (z. B. Joggen, Schwimmen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit aktiver Entspannung? (z. B. Achtsamkeit, Yoga, QiGong, Autonomes Training etc.) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="radio"/> sparsam <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> reichlich <input type="radio"/> Ich nehme davon nichts zu mir
Wie viel kalorienfreie Getränke nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Wasser)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Obst und Gemüse nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel kohlehydrathaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Vollkornprodukte)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel fett- und eiweißhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Milchprodukte nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Zucker nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel Alkohol nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viel koffeinhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Kaffee, Energiedrinks, Koffeintabletten etc.)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich ? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 30 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="radio"/> Ich rauche nicht

Auf den nächsten Seiten soll es um Ihre Einschätzung gehen.

	<input type="radio"/> Stimmt nicht	<input type="radio"/> Stimmt kaum	<input type="radio"/> Stimmt eher	<input type="radio"/> Stimmt genau	<input type="radio"/> Keine Angabe
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	Keine Angabe
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbstregulation

	Lehne stark ab	Lehne leicht ab	Stimme leicht zu	Stimme stark zu
Ich setze mich gern für etwas ein, selbst wenn das zusätzliche Mühe mit sich bringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein "Workaholic".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich ein Ziel fast erreicht habe, versetzt mich das in Erregung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir mehr Spaß, aktiv zu handeln als nur zuzuschauen und zu beobachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe viel Zeit mit der "Bestandsaufnahme" meiner positiven Merkmale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir Spaß, die Pläne anderer Leute zu beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Tatmensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergleiche mich oft mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kritisiere oft meine eigene Arbeit, wie auch die anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Angelegenheit beendet habe, warte ich oft ein bisschen, bevor ich mit der nächsten anfangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft das Gefühl, von anderen taxiert zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich beschlossen habe, etwas zu tun, kann ich es kaum erwarten, damit anzufangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein kritischer Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin selbstkritisch und befangen im Bezug auf das, was ich sage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobald ich eine Aufgabe erledigt habe, ist mir schon die Nächste im Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke oft, dass die Entscheidungen anderer Leute falsch sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft energielos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gedanken sind meistens auf die Aufgabe gerichtet, die ich gerade erledigen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selten denke ich im Nachhinein über Gespräche mit anderen nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Sache anfangen, halte ich für gewöhnlich durch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Draufgänger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich jemanden kennenlerne, schätze ich gewöhnlich ab, wie er/sie in verschiedener Hinsicht einzustufen ist (Aussehen, Leistung, gesellschaftliche Stellung, Kleidung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kohärenz

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten
Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann oft so, dass...	
Sie spüren, wie schön es ist zu leben.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.
Die Dinge die Sie täglich tun, sind für Sie...	
eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eine Quelle von Schmerz und Langeweile.
Wie oft sind Ihre Gedanken oder Gefühle ganz durcheinander?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie

Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...	
dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.	
Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben,...	
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
voller Sinn und Zweck sein wird.	
Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?	
Sehr oft <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie	
Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...	
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Sie es nicht schaffen werden die Schwierigkeiten zu überwinden.	
Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?	
Sehr oft <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie	
Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 4 Wochen beschreiben, nicht, wie Sie sich gerade heute fühlen.	
	gar nicht zutreffend <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sehr zutreffend
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich wusste, was mir gut tut.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte mich freuen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 7 Tagen beschreiben. Es geht nicht darum, wie Sie sich gerade heute fühlen.	
Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.	<input type="radio"/> Genauso oft wie früher <input type="radio"/> Nicht ganz so oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Überhaupt nie
Es gab vieles, auf das ich mich freute.	<input type="radio"/> So oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Viel seltener als früher <input type="radio"/> Fast gar nicht
Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war ängstlich und machte mir unnötig Sorgen.	<input type="radio"/> Nein, nie <input type="radio"/> Ganz selten <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Ja, sehr oft
Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.	<input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, fast nie <input type="radio"/> Nein, überhaupt nie

Mir ist alles zu viel geworden.	
<input type="radio"/> Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich wusste mir meistens zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen	
Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.	<input type="radio"/> Ja, fast immer <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war traurig und fühlte mich elend.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Nur manchmal <input type="radio"/> Nein, nie
Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun.	<input type="radio"/> Ja, oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nein, nie

ISR - ICD 10

Auf den nächsten fünf Seiten geht es um Ihre psychische Gesundheit.

**ICD 10 Symptom-Ra
Seite 1**

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen.
Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z.B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ICD 10 Symptom-Ra
Seite 2**

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter der ständig quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ICD 10 Symptom-Rating
Seite 3

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schlafprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ICD 10 Symptom-Rating
Seite 4

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Ich habe einen schlechten Appetit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin vergesslich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastung (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ICD 10 Symptom-Rating
Seite 5

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie ist Ihr aktueller Familienstand?																									
<input type="radio"/> Ledig, mit festem Partner <input type="radio"/> Verheiratet, zusammen lebend <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Keine Angabe																									
<input type="radio"/> Ledig, ohne festen Partner <input type="radio"/> Verheiratet, getrennt lebend <input type="radio"/> Verwitwet																									
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 10 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/>																								
Wie ist der Beziehungsstatus zum anderen Elternteil des Kindes, von dem Sie schwanger sind? (Mehrfachantworten möglich.)	<input type="checkbox"/> In einer festen Partnerschaft <input type="checkbox"/> In keiner festen Partnerschaft <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Zusammen lebend <input type="checkbox"/> Ich kenne den anderen Elternteil nicht.																								
Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Nettohaushaltseinkommen?	<input type="radio"/> unter 900 Euro <input type="radio"/> 900 bis unter 1300 Euro <input type="radio"/> 1300 bis unter 2600 Euro <input type="radio"/> 2600 bis unter 3600 Euro <input type="radio"/> 3600 und mehr Euro <input type="radio"/> Landwirtschaftliches Einkommen <input type="radio"/> Keine Angabe																								
Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?																									
<input type="radio"/> Noch in schulischer Ausbildung <input type="radio"/> Realschulabschluss <input type="radio"/> Abgeschlossene Berufsausbildung <input type="radio"/> Masterabschluss <input type="radio"/> Sonstiges: <input type="text"/>																									
<input type="radio"/> Hauptschulabschluss <input type="radio"/> Abitur/ Hochschulreife <input type="radio"/> Bachelorabschluss <input type="radio"/> Doktorgrad																									
Wie alt sind Sie? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 18 und 40 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/>																								
Welche der Kategorien beschreibt am besten Ihren Beschäftigungsstatus?	<input type="radio"/> Keine Angabe <input type="radio"/> Ich arbeite 1-39 Stunden pro Woche <input type="radio"/> Ich arbeite 40 oder mehr Stunden die Woche <input type="radio"/> Arbeitslos <input type="radio"/> Arbeitssuchend <input type="radio"/> Arbeitsunfähig																								
Wie hat sich Ihre Beschäftigung seit Beginn der Schwangerschaft verändert?	<input type="radio"/> Ich gehe keiner Beschäftigung (mehr) nach. <input type="radio"/> Ich habe meine Beschäftigung reduziert. <input type="radio"/> Ich habe meine Beschäftigung erhöht. <input type="radio"/> Es hat sich nichts verändert. <input type="radio"/> Keine Angabe																								
An wievielen Tagen in der Woche haben Sie vor der Schwangerschaft gearbeitet? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text"/> Tag(e)																								
Wie viele Stunden haben Sie im Durchschnitt an diesen Tagen/ an diesem Tag gearbeitet? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text"/> Stunden																								
Hier soll es um Ihre Berufstätigkeit während der Schwangerschaft gehen. Bitte nennen Sie ungefähre Durchschnittswerte der Tage .																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 Tag in der Woche</th> <th>2 Tage in der Woche</th> <th>3 Tage in der Woche</th> <th>4 Tage in der Woche</th> <th>5 Tage in der Woche</th> <th>6 Tage in der Woche</th> <th>7 Tage in der Woche</th> <th>Gar nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	1 Tag in der Woche	2 Tage in der Woche	3 Tage in der Woche	4 Tage in der Woche	5 Tage in der Woche	6 Tage in der Woche	7 Tage in der Woche	Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tag in der Woche	2 Tage in der Woche	3 Tage in der Woche	4 Tage in der Woche	5 Tage in der Woche	6 Tage in der Woche	7 Tage in der Woche	Gar nicht																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Im ersten Trimester (1.-12. Schwangerschaftswoche)																									
Im zweiten Trimester (13.-24. Schwangerschaftswoche)																									

	1 Tag in der Woch e	2 Tage in der Woch e	3 Tage in der Woch e	4 Tage in der Woch e	5 Tage in der Woch e	6 Tage in der Woch e	7 Tage in der Woch e	Gar nicht
Im dritten Trimester (25.-40. Schwangerschaftswoche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier soll es um Ihre Berufstätigkeit während der Schwangerschaft gehen. Bitte nennen Sie ungefähre Durchschnittswerte der Stunden .								
	Gar nicht	1-3 Stunden	3-6 Stunden	6-8 Stunden	Mehr als 8 Stunden			
Im ersten Trimester (1.-12. Schwangerschaftswoche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Im zweiten Trimester (13.-24. Schwangerschaftswoche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Im dritten Trimester (25.-40. Schwangerschaftswoche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Möchten Sie der Forschungsgruppe noch etwas mitteilen?								

MUSTER
Nicht ausfüllen!



Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: ○ ⊗ ○.
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus,
ungefähr so: ○ ● ⊗.

Ziffern sollen ungefähr so aussehen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

, Korrekturen so:

Wie lautet Ihre Identifikationsnummer (ID)? (Großbuchstabe Großbuchstabe / Zahl Zahl)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
(Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer bzw. einen Buchstaben ein)					

Schwangerschaft T1

In diesem Frageblock soll es um Ihre Schwangerschaft gehen.					
In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich aktuell? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 43 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="radio"/> Keine Angabe				
Haben Sie an einem Kurs zur Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik oder Säuglingspflege teilgenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe				
Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung in diesem Kurs?	<input type="radio"/> Sehr zufrieden <input type="radio"/> Zufrieden <input type="radio"/> Unzufrieden <input type="radio"/> Sehr unzufrieden				
Haben Sie naturheilverbäugliche oder homöopathische Verfahren während der Schwangerschaft oder zur Geburtsvorbereitung in Anspruch genommen?	<input type="radio"/> Ja, durch meinen Arzt verordnet <input type="radio"/> Ja, durch meinen Heilpraktiker empfohlen <input type="radio"/> Ja, von meiner Hebamme empfohlen <input type="radio"/> Ja, aus eigener Entscheidung <input type="radio"/> Nein				
Wieviel wiegen Sie heute? (in Kilogramm) (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="radio"/> Keine Angabe				
Nun soll es eine mögliche Risikoschwangerschaft und um schwangerschaftsbedingte Erkrankungen gehen.					
Folgende Fragen können Sie aus dem Mutterpass bzw. Kinderheft entnehmen:					
Liegt bei Ihnen eine Risikoschwangerschaft vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe				
Müssen Sie aufgrund einer Auffälligkeit oder Risikoschwangerschaft häufiger einen Arzt aufsuchen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe				
Wenn ja, warum? (Mehrfachantworten möglich.)					
<input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Angeborener Herzfehler <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Mehrlingsschwangerschaft <input type="checkbox"/> Präeklampsie <input type="checkbox"/> Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes <input type="checkbox"/> Starkes Erbrechen (Mehrere Male am Tag, in den ersten drei Monaten) <input type="checkbox"/> Starkes Erbrechen (Mehrere Male am Tag, nach den ersten drei Monaten) <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehentätigkeit mit stationärem Aufenthalt <input type="checkbox"/> Zustand nach Sterilitätsbehandlung <input type="checkbox"/> Zustand nach zwei oder mehr Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Weitere: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					

Sind Sie Patientin am Deutschen Herzzentrum München?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie wird Ihr Schwangerschaftsdiabetes behandelt? (Mehrfachantworten möglich.)	<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Medikament Medformin
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Nehmen Sie Medikamente gegen Angst oder Depressionen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosis, seit wann nehmen Sie dieses ein?)	

Gesundheitsverhalten

In diesen nächsten beiden Bereichen soll es um Ihr Bewegungs- und Entspannungsverhalten gehen. Es werden auch Fragen zu Ihrer Ernährung gestellt. Bitte beantworten Sie die Fragen für die **die letzten vier Wochen**.

Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von mittlerer Intensität? (z. B. Walken) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																				
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von leichter Intensität? (z. B. Spazieren gehen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																				
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von höherer Intensität? (z. B. Joggen, Schwimmen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																				
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit aktiver Entspannung? (z. B. Achtsamkeit, Yoga, QiGong, Autonomes Training etc.) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>sparsam</th> <th>mäßig</th> <th>reichlich</th> <th>Ich nehme davon nichts zu mir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	sparsam	mäßig	reichlich	Ich nehme davon nichts zu mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sparsam	mäßig	reichlich	Ich nehme davon nichts zu mir																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																		
Wie viel kalorienfreie Getränke nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Wasser)	<input type="radio"/>																																				
Wie viel Obst und Gemüse nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>																																				
Wie viel kohlehydrathaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Vollkomprodukte)	<input type="radio"/>																																				
Wie viel fett- und eiweißhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>																																				
Wie viel Milchprodukte nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>																																				
Wie viel Zucker nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>																																				
Wie viel Alkohol nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>																																				
Wie viel koffeinhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Kaffee, Energiedrinks, Koffeintabletten etc.)	<input type="radio"/>																																				
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich ? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 30 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="radio"/> Ich rauche nicht																																				
In dieser Frage geht es um eine Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes.																																					
	10 (sehr gut) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 0 (sehr schlecht)																																				
Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																				
Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																				

	Gar nicht					Vollkommen
Ich bin aktuell mit meiner Gesundheit zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf den nächsten Seiten soll es um Ihre Einschätzung gehen.						
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	Keine Angabe	
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbstregulation

	Lehne stark ab	Lehne leicht ab	Stimme leicht zu	Stimme stark zu
Ich setze mich gern für etwas ein, selbst wenn das zusätzliche Mühe mit sich bringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein "Workaholic".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich ein Ziel fast erreicht habe, versetzt mich das in Erregung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir mehr Spaß, aktiv zu handeln, als nur zuzuschauen und zu beobachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe viel Zeit mit der "Bestandsaufnahme" meiner positiven Merkmale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir Spaß, die Pläne anderer Leute zu beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Tatmensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergleiche mich oft mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kritisiere oft meine eigene Arbeit, wie auch die anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Angelegenheit beendet habe, warte ich oft ein bisschen, bevor ich mit der nächsten anfangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft das Gefühl, von anderen taxiert zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich beschlossen habe, etwas zu tun, kann ich es kaum erwarten, damit anzufangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein kritischer Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin selbstkritisch und befange mich im Bezug auf das, was ich sage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobald ich eine Aufgabe erledigt habe, ist mir schon die Nächste im Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke oft, dass die Entscheidungen anderer Leute falsch sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft energieelos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gedanken sind meistens auf die Aufgabe gerichtet, die ich gerade erledigen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selten denke ich im Nachhinein über Gespräche mit anderen nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Sache anfangen, halte ich für gewöhnlich durch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Draufgänger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Lehne stark ab	Lehne leicht ab	Stimme leicht zu	Stimme stark zu
Wenn ich jemanden kennenlerne, schätze ich gewöhnlich ab, wie er/sie in verschiedener Hinsicht einzustufen ist (Aussehen, Leistung, gesellschaftliche Stellung, Kleidung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kohärenz

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?				
Sehr oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr selten
Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann oft so, dass...				
Sie spüren, wie schön es ist zu leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.
Die Dinge die Sie täglich tun, sind für Sie...				
eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	eine Quelle von Schmerz und Langeweile.
Wie oft sind Ihre Gedanken oder Gefühle ganz durcheinander?				
Sehr oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr selten oder Nie
Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...				
dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.
Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben,...				
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	voller Sinn und Zweck sein wird.
Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?				
Sehr oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr selten oder Nie
Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...				
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sie es nicht schaffen werden die Schwierigkeiten zu überwinden.
Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?				
Sehr oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr selten oder Nie
Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 4 Wochen beschreiben, nicht, wie Sie sich gerade heute fühlen.				
	gar nicht zutreffend		sehr zutreffend	
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wusste, was mir gut tut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mich freuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 7 Tagen beschreiben. Es geht nicht darum, wie Sie sich gerade heute fühlen.				

Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.	<input type="radio"/> Genauso oft wie früher <input type="radio"/> Nicht ganz so oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Überhaupt nie
Es gab vieles, auf das ich mich freute.	<input type="radio"/> So oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Viel seltener als früher <input type="radio"/> Fast gar nicht
Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war ängstlich und machte mir unnötig Sorgen.	<input type="radio"/> Nein, nie <input type="radio"/> Ganz selten <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Ja, sehr oft
Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.	<input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, fast nie <input type="radio"/> Nein, überhaupt nie
Mir ist alles zu viel geworden.	
<input type="radio"/> Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich wusste mir meistens zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen	
Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.	<input type="radio"/> Ja, fast immer <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war traurig und fühlte mich elend.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Nur manchmal <input type="radio"/> Nein, nie
Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun.	<input type="radio"/> Ja, oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nein, nie
Möchten Sie der Forschungsgruppe noch etwas mitteilen?	
<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	

Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: .
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus,
ungefähr so: .

Ziffern sollen ungefähr so aussehen: , Korrekturen so:

Wie lautet Ihre Identifikationsnummer (ID)? (Großbuchstabe Großbuchstabe / Zahl Zahl)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
(Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer bzw. einen Buchstaben ein)	
In den nachfolgenden Fragen soll es um die Geburt an sich gehen.	
In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie entbunden? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 45 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="radio"/> Keine Angabe
Wo haben Sie entbunden?	<input type="radio"/> Im Krankenhaus <input type="radio"/> Im Geburtshaus <input type="radio"/> Zuhause <input type="radio"/> Sonstiges <input type="text" value=""/>
Wie wurde entbunden?	
<input type="radio"/> Vaginale Entbindung <input type="radio"/> Geplanter Kaiserschnitt (Sie wussten bereits im Vorfeld, dass Sie per Kaiserschnitt entbinden) <input type="radio"/> Sekundäre Sectio (Es wurde während der Geburt entschieden, einen Kaiserschnitt zu machen) <input type="radio"/> Eiliger Kaiserschnitt (Während der Entbindung wurde entschieden, dass Sie einen Kaiserschnitt erhalten, es ging daraufhin schnell) <input type="radio"/> Notkaiserschnitt (Es ist innerhalb weniger Minuten ein Kaiserschnitt durchgeführt wurden) <input type="radio"/> Sonstiges <input type="text" value=""/>	
Haben Sie Schmerzmittel unter der Geburt erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Haben Sie eine PDA erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurde die Geburt eingeleitet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie lange hat die Geburtseinleitung gedauert, bis Wehen eingesetzt haben? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> h <input type="radio"/> Keine Angabe
Kam es im Rahmen der Geburt zu einem operativen Eingriff? (Starke Blutung/ Ausschabung/ Komplikationen mit der Nachgeburt) (Es ist hiermit kein Kaiserschnitt gemeint.)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Gab es Geburtsverletzungen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch Probleme bereitet haben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie viele Kinder haben Sie geboren?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Keine Angabe
Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind. Wenn Sie Zwillinge oder mehr Kinder auf die Welt gebracht haben, dann füllen Sie diese Fragen für das erstgeborene Kind aus. Folgende Informationen können Sie aus dem Mutterpass bzw. Kinderheft entnehmen:	
Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> cm <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g <input type="radio"/> Keine Angabe

Wurden Sie mit Ihrem Kind gemeinsam entlassen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurde Ihr Kind zur Beobachtung bzw. zur Weiterbehandlung auf die Kinderstation aufgenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie lange war Ihr Kind stationär auf der Kinderstation? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage <input type="radio"/> Keine Angabe
Kennen Sie den Grund?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Füllen Sie den nachfolgenden Teil nur aus, wenn Sie Zwillinge oder mehr Kinder auf die Welt gebracht haben. Beantworten Sie die Fragen für Ihr zweitgeborenes Kind. Folgende Informationen können Sie aus dem Mutterpass bzw. Kinderheft entnehmen:	
Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> cm <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurden Sie mit Ihrem Kind gemeinsam entlassen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurde Ihr Kind zur Beobachtung bzw. zur Weiterbehandlung auf die Kinderstation aufgenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Kennen Sie den Grund?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie lange war Ihr Kind stationär auf der Kinderstation? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage <input type="radio"/> Keine Angabe
Füllen Sie den nachfolgenden Teil nur aus, wenn Sie Drillinge oder mehr Kinder auf die Welt gebracht haben. Beantworten Sie die Fragen für Ihr drittgeborenes Kind. Folgende Informationen können Sie aus dem Mutterpass bzw. Kinderheft entnehmen:	
Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> cm <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> g <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurden Sie mit Ihrem Kind gemeinsam entlassen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wurde Ihr Kind zur Beobachtung bzw. zur Weiterbehandlung auf die Kinderstation aufgenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Kennen Sie den Grund?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe
Wie lange war Ihr Kind stationär auf der Kinderstation? (Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer ein)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage <input type="radio"/> Keine Angabe

Zufriedenheit mit der Entbindung

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung und Betreuung während und nach der Geburt im Krankenhaus durch das Pflegepersonal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung und Betreuung während und nach der Geburt im Krankenhaus durch das Hebammenteam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung und Betreuung während und nach der Geburt im Krankenhaus durch ärztliches Personal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sehr angenehm		Sehr unangenehm	
Wie haben Sie Ihre Schwangerschaft erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie haben Sie die Geburt erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommt Ihr Kind bzw. Ihre Kinder Ihre Muttermilch?	<input type="radio"/> Ja, direkt mit der Brust <input type="radio"/> Ja, mit der Flasche <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe			
Wird Ihr Kind zum aktuellen Zeitpunkt...	<input type="radio"/> ...vollgestillt? <input type="radio"/> ...beigefüttert? <input type="radio"/> Keine Angabe			
Haben Sie abgestillt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Haben Sie Medikamente zum Abstillen erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, welches? <input type="text"/>			
Wie viele Tage nach der Geburt haben Sie abgestillt?	<input type="radio"/> In der ersten Woche nach der Geburt <input type="radio"/> In der zweiten Woche nach der Geburt <input type="radio"/> In der dritten Woche nach der Geburt <input type="radio"/> In der vierten Woche nach der Geburt <input type="radio"/> In der fünften Woche nach der Geburt <input type="radio"/> In der sechsten Woche nach der Geburt <input type="radio"/> In der siebten Woche nach der Geburt <input type="radio"/> Später			
In diesem Themenblock geht es um die Nachbetreuung im Wochenbett und Ihre psychische Gesundheit.				
Wurden Sie nach der Geburt durch eine Hebamme betreut?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe			
Wie oft war die Hebamme nach der Geburt bei Ihnen?	<input type="radio"/> Weniger als 3 Mal <input type="radio"/> 3-7 Mal <input type="radio"/> 8-11 Mal <input type="radio"/> Häufiger <input type="radio"/> Keine Angabe			
War für Sie die Unterstützung der Hebamme nach der Geburt Ihres Kindes ausreichend?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe			
Nach der Geburt kommt es bei Frauen häufig zu starken Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, grundlosem Weinen oder/und Appetitlosigkeit. Dieser Zustand hält ein paar Tage an und nennt sich "Baby Blues". Waren Sie von diesen "Baby Blues" betroffen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe			
Sind bei Ihnen seit der Geburt ihres Kindes Belastungen aufgetreten, unter denen Sie leiden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe			
	Gar nicht		Sehr	Keine Angabe
Wie stark belasten sie diese im Alltag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie wegen psychischer Belastung seit der Geburt bei einem Arzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe			
Wurde eine psychische Erkrankung diagnostiziert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar: <input type="text"/>			

Erhalten Sie aufgrund der psychischen Belastung Medikamente, Therapie etc.?	<input type="radio"/> Ja, Medikamente <input type="radio"/> Ja, eine Therapie <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein				
In den nächsten Fragen geht es um Ihr soziales Netz.					
Erhalten Sie Entlastung aus der Familie bzw. von Bekannten bei der Versorgung und Betreuung des Kindes?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe				
	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohlfühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sehr angenehm		Sehr unangenehm		
Wie haben Sie das Wochenbett erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gesundheitsverhalten

In diesen nächsten beiden Bereichen soll es um Ihr Bewegungs- und Entspannungsverhalten gehen. Es werden auch Fragen zu Ihrer Ernährung gestellt. Bitte beantworten Sie die Fragen für die die letzten vier Wochen .	
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von mittlerer Intensität? (z. B. Walken) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von leichter Intensität? (z. B. Spazieren gehen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von höherer Intensität? (z. B. Joggen, Schwimmen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/>
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit aktiver Entspannung? (z. B. Achtsamkeit, Yoga, QiGong, Autonomes Training etc.) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text"/>

	sparsam	mäßig	reichlich	Ich nehme davon nichts zu mir					
Wie viel kalorienfreie Getränke nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Wasser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel Obst und Gemüse nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel kohlehydrathaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Vollkornprodukte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel fett- und eiweißhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel Milchprodukte nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel Zucker nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel Alkohol nehmen Sie täglich zu sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viel koffeinhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Kaffee, Energiedrinks, Koffeintabletten etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich ? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 30 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<input type="text" value="00"/>								
	<input type="radio"/> Ich rauche nicht								
In dieser Frage geht es um eine Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes.									
	10 (sehr gut)		0 (sehr schlecht)						
Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Gar nicht		Vollkommen						
Ich bin aktuell mit meiner Gesundheit zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Auf den nächsten Seiten soll es um Ihre Einschätzung gehen.									
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	Keine Angabe				
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Selbstregulation

	Lehne stark ab	Lehne leicht ab	Stimme leicht zu	Stimme stark zu
Ich setze mich gern für etwas ein, selbst wenn das zusätzliche Mühe mit sich bringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein "Workaholic".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich ein Ziel fast erreicht habe, versetzt mich das in Erregung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir mehr Spaß, aktiv zu handeln als nur zuzuschauen und zu beobachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe viel Zeit mit der "Bestandsaufnahme" meiner positiven Merkmale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sehr oft Sehr selten oder Nie

Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den **letzten 4 Wochen** beschreiben, nicht, wie Sie sich gerade heute fühlen.

	gar nicht zutreffend	sehr zutreffend			
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wusste, was mir gut tut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mich freuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den **letzten 7 Tagen** beschreiben. Es geht nicht darum, wie Sie sich gerade heute fühlen.

Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.	<input type="radio"/> Genauso oft wie früher <input type="radio"/> Nicht ganz so oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Überhaupt nie
Es gab vieles, auf das ich mich freute.	<input type="radio"/> So oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Viel seltener als früher <input type="radio"/> Fast gar nicht
Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war ängstlich und machte mir unnötig Sorgen.	<input type="radio"/> Nein, nie <input type="radio"/> Ganz selten <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Ja, sehr oft
Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.	<input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, fast nie <input type="radio"/> Nein, überhaupt nie
Mir ist alles zu viel geworden.	<input type="radio"/> Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich wusste mir meistens zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen
Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.	<input type="radio"/> Ja, fast immer <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie
Ich war traurig und fühlte mich elend.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie

Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Nur manchmal <input type="radio"/> Nein, nie
Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun.	<input type="radio"/> Ja, oft <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nie
Möchten Sie der Forschungsgruppe noch etwas mitteilen?	

MUSTER
Nicht ausfüllen!



Fragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
dieser Bogen wird maschinell ausgewertet. Markieren Sie eine Antwort bitte in der folgenden Weise: ○ ⊗ ○.
Wenn Sie eine Antwort korrigieren möchten, füllen Sie bitte den falsch markierten Kreis und noch etwas darüber hinaus aus,
ungefähr so: ○ ● ⊗.

Ziffern sollen ungefähr so aussehen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

, Korrekturen so:

Wie lautet Ihre Identifikationsnummer (ID)? (Großbuchstabe Großbuchstabe / Zahl Zahl)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>				
(Bitte tragen Sie in jedes Kästchen nur eine Ziffer bzw. einen Buchstaben ein)					

Gesundheitsverhalten

In diesen nächsten beiden Bereichen soll es um Ihr Bewegungs- und Entspannungsverhalten gehen. Es werden auch Fragen zu Ihrer Ernährung gestellt. Bitte beantworten Sie die Fragen für die **die letzten vier Wochen**.

Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von mittlerer Intensität? (z. B. Walken) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>										
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von leichter Intensität? (z. B. Spazieren gehen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>										
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit körperlicher Aktivität von höherer Intensität? (z. B. Joggen, Schwimmen) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>										
Wie viele Minuten pro Woche verbringen Sie mit aktiver Entspannung? (z. B. Achtsamkeit, Yoga, QiGong, Autonomes Training etc.) (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 1000 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">sparsam</td> <td style="width: 20px;">mäßig</td> <td style="width: 20px;">reichlich</td> <td style="width: 20px;">Ich nehme davon nichts zu mir</td> </tr> </table>		sparsam	mäßig	reichlich	Ich nehme davon nichts zu mir					
	sparsam	mäßig	reichlich	Ich nehme davon nichts zu mir							
Wie viel kalorienfreie Getränke nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Wasser)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel Obst und Gemüse nehmen Sie täglich zu sich?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel kohlehydrathaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Vollkomprodukte)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel fett- und eiweißhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel Milchprodukte nehmen Sie täglich zu sich?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel Zucker nehmen Sie täglich zu sich?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel Alkohol nehmen Sie täglich zu sich?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viel koffeinhaltige Lebensmittel nehmen Sie täglich zu sich? (z.B. Kaffee, Energiedrinks, Koffeintabletten etc.)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich ? (Bitte tragen Sie eine Zahl zwischen 0 und 30 ein, in jedes Kästchen nur eine Ziffer)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table> <input type="radio"/> Ich rauche nicht										
In dieser Frage geht es um eine Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes.											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">10 (sehr gut)</td> <td style="width: 50px;">0 (sehr schlecht)</td> </tr> </table>	10 (sehr gut)	0 (sehr schlecht)								
10 (sehr gut)	0 (sehr schlecht)										
Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Wie würden Sie Ihren psychischen Gesundheitszustand beschreiben?	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td><td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">Gar nicht</td> <td style="width: 50px;">Vollkommen</td> </tr> </table>	Gar nicht	Vollkommen								
Gar nicht	Vollkommen										
Ich bin aktuell mit meiner Gesundheit zufrieden.	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> <td style="width: 20px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Auf den nächsten Seiten soll es um Ihre Einschätzung gehen.											

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	Keine Angabe
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selbstregulation

	Lehne stark ab	Lehne leicht ab	Stimme leicht zu	Stimme stark zu
Ich setze mich gern für etwas ein, selbst wenn das zusätzliche Mühe mit sich bringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein "Workaholic".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich ein Ziel fast erreicht habe, versetzt mich das in Erregung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir mehr Spaß, aktiv zu handeln als nur zuzuschauen und zu beobachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe viel Zeit mit der "Bestandsaufnahme" meiner positiven Merkmale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir Spaß, die Pläne anderer Leute zu beurteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Tatmensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergleiche mich oft mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kritisiere oft meine eigene Arbeit, wie auch die anderer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Angelegenheit beendet habe, warte ich oft ein bisschen, bevor ich mit der nächsten anfangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft das Gefühl, von anderen taxiert zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich beschlossen habe, etwas zu tun, kann ich es kaum erwarten, damit anzufangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein kritischer Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin selbstkritisch und befangen im Bezug auf das, was ich sage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobald ich eine Aufgabe erledigt habe, ist mir schon die Nächste im Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke oft, dass die Entscheidungen anderer Leute falsch sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft energielos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gedanken sind meistens auf die Aufgabe gerichtet, die ich gerade erledigen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selten denke ich im Nachhinein über Gespräche mit anderen nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Sache anfangen, halte ich für gewöhnlich durch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein Draufgänger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich jemanden kennenlerne, schätze ich gewöhnlich ab, wie er/sie in verschiedener Hinsicht einzustufen ist (Aussehen, Leistung, gesellschaftliche Stellung, Kleidung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kohärenz

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten
Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann oft so, dass...	
Sie spüren, wie schön es ist zu leben.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.
Die Dinge die Sie täglich tun, sind für Sie...	
eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eine Quelle von Schmerz und Langeweile.
Wie oft sind Ihre Gedanken oder Gefühle ganz durcheinander?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie
Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...	
dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.
Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben,...	
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> voller Sinn und Zweck sein wird.
Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie
Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...	
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sie es nicht schaffen werden die Schwierigkeiten zu überwinden.
Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?	
Sehr oft	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Sehr selten oder Nie
Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 4 Wochen beschreiben, nicht, wie Sie sich gerade heute fühlen.	
	gar nicht zutreffend <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> sehr zutreffend
Ich habe mir Zeiten der Ruhe und Entspannung gegönnt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe genau auf meine körperlichen Bedürfnisse geachtet.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich wusste, was mir gut tut.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe mir Pausen gegönnt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte mich über schöne Dinge freuen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte Nähe und Geborgenheit zulassen und genießen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte positive Erlebnisse annehmen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe die schönen Seiten des Lebens gesehen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte mich freuen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich konnte positive Gefühle zulassen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe meine Tage so eingerichtet, dass es mir gut gehen konnte.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe gut für mich gesorgt.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 7 Tagen beschreiben. Es geht nicht darum, wie Sie sich gerade heute fühlen.	
Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.	<input type="radio"/> Genauso oft wie früher <input type="radio"/> Nicht ganz so oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Überhaupt nie

Es gab vieles, auf das ich mich freute.	<input type="radio"/> So oft wie früher <input type="radio"/> Eher weniger als früher <input type="radio"/> Viel seltener als früher <input type="radio"/> Fast gar nicht								
Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie								
Ich war ängstlich und machte mir unnötig Sorgen.	<input type="radio"/> Nein, nie <input type="radio"/> Ganz selten <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Ja, sehr oft								
Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.	<input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, fast nie <input type="radio"/> Nein, überhaupt nie								
Mir ist alles zu viel geworden.									
<input type="radio"/> Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich wusste mir meistens zu helfen <input type="radio"/> Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen									
Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.	<input type="radio"/> Ja, fast immer <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie								
Ich war traurig und fühlte mich elend.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft <input type="radio"/> Nein, nie								
Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.	<input type="radio"/> Ja, sehr oft <input type="radio"/> Ja, ziemlich oft <input type="radio"/> Nur manchmal <input type="radio"/> Nein, nie								
Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun.	<input type="radio"/> Ja, oft <input type="radio"/> Ja, manchmal <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nein, nie								
Möchten Sie der Forschungsgruppe noch etwas mitteilen?									
Wenn Sie an das aktuelle Weltgeschehen denken, was belastet Sie am stärksten?									
Warum belastet Sie dies am stärksten?									
	<table border="0"> <tr> <td>Ständig</td> <td>Meistens</td> <td>Manchmal</td> <td>Nie</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ständig	Meistens	Manchmal	Nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ständig	Meistens	Manchmal	Nie						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Wie häufig haben Sie Bedenken bezüglich der globalen Situation, in welcher Ihr Kind zur Welt kommen und aufwachsen wird?									

	Sehr stark	Eher stark	Mittelmäßig	Eher kaum	Gar nicht
Wie sehr beeinflusst das aktuelle Weltgeschehen Ihre Stimmung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche tröstlichen Gedanken können Sie angesichts des aktuellen Weltgeschehens fassen?					
In der App haben Sie Texte selbst geschrieben und je nach Gruppe auch Fragen beantwortet. Diese Antworten können unserer Forschung helfen, ein tieferes Verständnis von den positiven und negativen Aspekten in dieser besonderen Phase zu erhalten.					
Wenn Sie uns erlauben, auf diese Daten zuzugreifen und sie anonym zu verwenden, würde es die Forschung weiter nach vorne bringen.					
Dürfen wir Ihre Daten aus der App für unsere Forschung nutzen? Ihre Daten werden anonym bearbeitet.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			

MUSTER
Nicht ausfüllen!

A.7 App MeBa

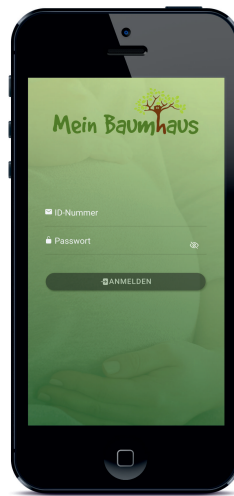


Abbildung A.20: Anmeldebildschirm der App MeBa



Abbildung A.21: Willkommensbildschirm der App MeBa

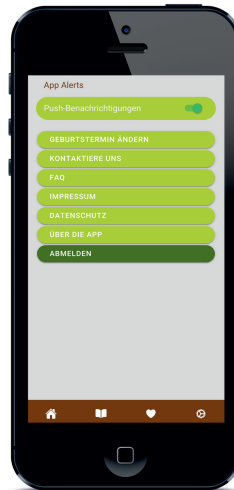


Abbildung A.22: Einstellungen in der App MeBa



Abbildung A.23: Beispielmodul mit Video der App MeBa

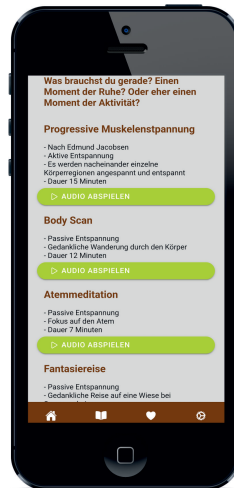


Abbildung A.24: Angebotsseite mit angeleiteten Entspannungen in der App MeBa

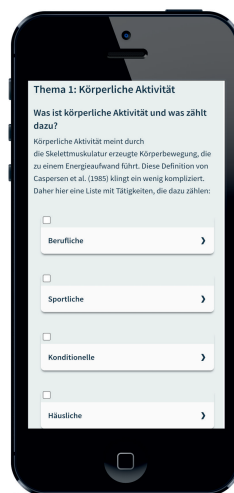


Abbildung A.25: Beispielmodul mit Checkboxes in der App MeBa

A.7.1 Entwicklungsschritte der Intervention

Performance Objectives	Reflexion	Wissen	Selbstwirksamkeit
PO.1.1 Kennen der inneren Einstellung zu sich selbst kennen und der Glaubenssätze	R.1.1a Vergegenwärtigen der eigenen Glaubenssätze R.1.1b Auseinandersetzung mit den eigenen Glaubenssätzen	W.1.1 Wissen, welchen Einfluss innere Gedanken und innere Glaubenssätze haben	S.1.1a Überzeugt sein, dass die inneren Einstellungen großen Einfluss haben S.1.1b Überzeugt sein, dass die inneren Glaubenssätze geändert werden können
PO.1.2 Entwicklung einer liebevollen und wertschätzenden inneren Einstellung	R.1.2a Erkennen des eigenen Wertes R.1.2b Formulierung einer liebevollen Einstellung	W.1.2 Wissen, was eine positive innere Einstellung bewirkt	S.1.2 Überzeugt sein, selbst wertvoll zu sein
PO.1.3 Steigerung der Selbstachtung	R.1.3a Erkennen der gegenwärtigen Selbstachtung R.1.3b Vergegenwärtigen der eigenen Talente und Stärken	W.1.3a Wissen, wie sich Selbstachtung äußert W.1.3b Wissen, was ausgeprägte Selbstachtung bewirken kann	S.1.3a Überzeugt sein, sich trotz Schwächen zu respektieren und zu achten S.1.3b Überzeugt sein, das Leben meistern zu können

Performance Objectives	Einstellung	Selbstwirksamkeit
<p>PO.2.1 Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen</p>	<p>E.2.1a Erkennen, dass die eigenen Bedürfnisse wichtig sind E.2.1b Erkennen, das man selbst Verantwortung für seine Bedürfnisse übernehmen muss</p>	<p>S.2.1 Überzeugt sein, dass Selbstfürsorge nichts mit Egoismus zu tun hat</p>
<p>PO.2.2 Beurteilung von eigenen Bedürfnissen</p>	<p>E.2.2a Erkennen, dass alle Bedürfnisse ihre Berechtigung haben E.2.3b Erkennen, dass die Fremdfürsorge um das Kind Teil der Selbstfürsorge der Mutter ist</p>	<p>S.2.2a Überzeugt sein, Bedürfnisse richtig einschätzen zu können S.2.2b Überzeugt sein, dass Selbstfürsorge nicht im Gegensatz zu Fremdsorge steht S.2.2c Überzeugt sein, dass Bedürfnisbefriedigung abgeschoben werden kann</p>
<p>PO.2.3 Selbstregulationsfähigkeit</p>	<p>E.2.3 Erkennen, das ich selbst aktiv sein kann.</p>	<p>S.2.3 Überzeugt sein, dass ich selbst aktiv werden kann, um von meinem Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand zu gelangen</p>

Tabelle A.5: Matrix des Outcome „Frauen entwickeln die innere Haltung, ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen.“

Performance Objectives	Reflexion	Wissen	Selbstwirksamkeit
PO.3.1 Ziele für selbstfürsorgliches Verhalten setzen	R.3.1a Reflexion, welches Verhalten gut tut R.3.1b Reflexion, welches Verhalten nicht gut tut	W.3.1a Wissen, welche Arten es von Selbstfürsorge gibt W.3.1b Wissen, wie Ziele formuliert werden	S.3.1 Überzeugt sein, dass Ziele erreicht werden können
PO.3.2 Planung von aktivem Handeln	R.3.2 Reflexion von bestehenden Fähigkeiten und Unterstützungs-möglichkeiten	W.3.2 Erklären, welche Schritte eine aktive Planung enthält	S.3.2 Überzeugt sein, dass aktive Planung und Zielsetzung wichtig sind, um Verhalten zu integrieren
PO.3.3 Auseinandersetzung mit Unterstützungs-möglichkeiten	R.3.3 Erkennen, wie viele Unterstützungs-möglichkeiten bereits vorhanden sind	W.3.3 Erklären, welche Bedeutung Unterstützung auf die Zielerreichung hat W.3.4.a Erklären, wie wichtig Vorbereitung auf Barrieren sind W.3.4.b Erklären, welche Strategien es gibt, um mit Barrieren umzugehen W.3.4.c Wissen, welche Barrieren es im Wochenbett gibt	S.3.3 Überzeugt sein, Unterstützung in Anspruch nehmen zu können
PO.3.4 Auseinandersetzung mit möglichen Barrieren	R.3.4 Reflexion von möglichen persönlichen Barrieren		S.3.4 Überzeugt sein, dass trotz Barrieren aktives Handeln möglich ist

Tabelle A.6: Matrix des Outcome „Frauen handeln, um aktiv zu ihrem eigenen Wohlergehen beizutragen.“

Performance Objectives	Einstellung	Wissen	Selbstwirksamkeit
PO.4.1 Bewegungsverhalten steigern	E.4.1a Erkennen, welches Bewegungsverhalten gut tut E.4.1b Erkennen, welche Barrieren es gibt	W.4.1a Wissen, welche Empfehlungen es zu Bewegungsverhalten gibt W.4.1b Wissen, warum es diese Empfehlungen gibt	S.4.1a Überzeugt sein, dass Empfehlungen sinnvoll sind S.4.1b Überzeugt sein, mit Barrieren umgehen zu können S.4.1c Überzeugt sein, dass man Neues ausprobieren kann
PO.4.2 Entspannungsverhalten steigern	E.4.2a Erkennen, welches Entspannungsverhalten gut tut E.4.2b Erkennen, welche Barrieren es gibt	W.4.2a Wissen, welche Empfehlungen es zu Entspannungsverhalten gibt W.4.2b Wissen, warum es diese Empfehlungen gibt	S.4.2a Überzeugt sein, dass Empfehlungen sinnvoll sind S.4.2b Überzeugt sein, mit Barrieren umgehen zu können S.4.2c Überzeugt sein, dass man Neues ausprobieren kann
PO.4.3 Ernährungsverhalten anpassen	E.4.3a Erkennen, welche Lebensmittel gut tun E.4.3b Erkennen, wie sie sich in den Alltag integrieren lassen E.4.3c Erkennen, das regelmäßiges Essen wichtig ist	W.4.3a Wissen, welche Empfehlungen es zu Ernährungsverhalten gibt W.4.3b Wissen, warum es diese Empfehlungen gibt	S.4.3a Überzeugt sein, dass Empfehlungen sinnvoll sind S.4.3b Überzeugt sein, mit Barrieren umgehen zu können

Tabelle A.7: Matrix des Outcome „Frauen nähern Bewegungsverhalten, Entspannungsverhalten und Ernährungsverhalten den offiziell geltenden Empfehlungen an.“

Performance Objectives	Einstellung	Wissen	Selbstwirksamkeit
PO.5.1 Veränderungsprozesse des Körpers nach der Geburt kennen	E.5.1 Erkennen, welche körperlichen Veränderungen die Frauen an sich selbst wahrnehmen	W.5.1a Wissen, was sich nach der Geburt im Körper verändert W.5.1b Wissen, warum sich im Körper nach der Geburt viel ändert	S.5.1 Überzeugt sein, dass die Veränderungsprozesse normal sind
PO.5.2 Veränderungsprozesse der Psyche nach der Geburt kennen	E.5.2 Erkennen, welche psychischen Veränderungen sie an sich selbst wahrnehmen	W.5.2a Wissen, wie sich die Gedanken nach der Geburt verändern W.5.2b Wissen, wie sich unsere Gemütslage nach der Geburt verändert W.5.2c Wissen, warum sich die Psyche nach der Geburt verändert	S.5.2 Überzeugt sein, dass die Veränderungsprozesse normal sind
PO.5.3 Über psychische Erkrankungen im Wochenbett Bescheid wissen	E.5.3 Innere Einstellung entwickeln, dass man eine psychische Erkrankung im Wochenbett erleben kann und dass die Ursachen noch nicht bekannt sind	W.5.3a Wissen, welche Symptome eine psychische Erkrankung hat W.5.3b Wissen, welche Schwere der Symptome problematisch ist W.5.3c Wissen, wie eine postpartale Depression erkannt und behandelt wird W.5.3d Wissen, was man selbst tun kann	S.5.3a Überzeugt sein, dass die Erkrankung gut behandelbar ist S.5.3b Überzeugt sein, dass eine Erkrankung kein Zeichen dafür ist, eine schlechte Mutter zu sein
PO.5.4 Auffassung der Mutterrolle reflektieren	E.5.4a Erkennen, an welche Muttermythen man selbst glaubt E.5.4b Erkennen, welche Erwartungen an die Mutterrolle gestellt werden E.5.4c Erkennen, welche Erwartungen an den Partner gestellt werden	W.5.4a Wissen, welche Mythen es zur Mutterschaft gibt und warum es Mythen sind W.5.4b Wissen, welche Rolle Perfektionismus spielt	S.5.5 Überzeugt sein, dass man selbst eine gute Mutter ist

Tabelle A.8: Matrix des Outcome „Frauen gewinnen Wissen über Veränderungen im Wochenbett und bekommen eine wirklichkeitstreuere Auffassung der Mutterrolle.“

Performance Objectives	Einstellung	Wissen	Selbstwirksamkeit
PO.6.1 Bedürfnisse und Gefühle kommunizieren können	E.6.1 Erkennen, welche Kommunikation angewandt wird	W.6.1a Wissen, welche Kommunikationsregeln es gibt W.6.1b Wissen, was gewaltfreie Kommunikation ist	S.6.1 Überzeugt sein, eigene Bedürfnisse zu formulieren
PO.6.2 Schwierige Kommunikationssituationen meistern	E.6.2 Erkennen, was gelungene Kommunikation ausmacht	W.6.2a Wissen, welche deeskalativen Kommunikationsstrategien es gibt W.6.2b Wissen, wie mit Rückmeldungen von außen umgegangen werden kann	S.6.2 Überzeugt sein, dass auch schwierige Situationen bewältigt werden können

Tabelle A.9: Matrix des Outcome „Frauen verbessern ihre Kommunikationsfähigkeit“

A.8 Entwicklungsschritte der Intervention

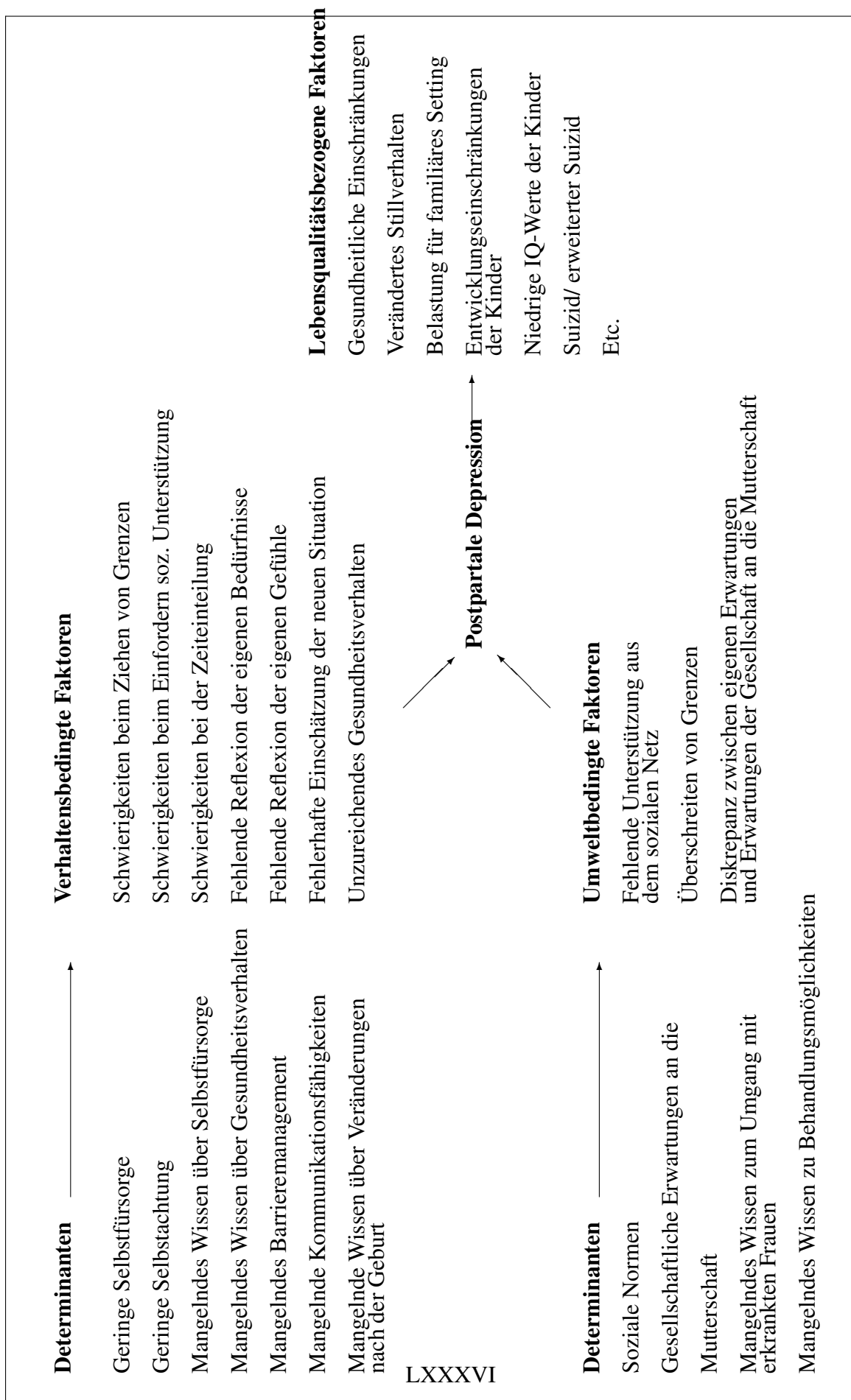


Abbildung A.26: Logic Model of the Problem, nach dem Intervention-Mapping-Ansatz von

ANHANG B

Danksagung

Meine Forschung soll Frauen stark machen. Sie bedeutet für mich, das leidenschaftliche Kämpfen für mehr Gleichberechtigung in der Verantwortung für das Kind, für Transparenz und Fairness, für Wohlwollen und für Wertschätzung. Mein verlässliches Netzwerk war der Nährboden für meine Entwicklung:

In den letzten Jahren hat mich **Prof. Dr. Niko Kohls** in jeglicher Hinsicht als Betreuer fachlich und methodisch beraten, mir als Mentor zur Seite gestanden, an meinem Entwicklungsprozess teilgenommen, mich gefordert und mir neue Räume zum persönlichen Wachstum eröffnet. Ich danke ihm für sein Vertrauen, für seine mutmachenden Worte, für seinen Weitblick und für seine wohlwollende Unterstützung über den gesamten Prozess hinweg.

Ich danke **Prof. Dr. Thilo Hinterberger** für seine Zuversicht und sein Vertrauen in die Entdeckung meiner Fähigkeiten, seine methodische und fachliche Unterstützung an nötigen Stellen und seine kritischen Rückfragen, die mich in meiner Selbstreflektionsfähigkeit bestärkt haben.

Die Erfahrungen in der ambulanten Schwangerschaftsberatung, im Kreissaal und auf der Wochenbettstation hat mir **Prof. Dr. Sara Fill Malferttheiner** ermöglicht, die mir als Mentorin besonders in der ersten Entwicklungs- und Forschungsphase als Fachexpertin zur Seite stand. Ihre ermutigenden Worte haben mich bestärkt, mich mit den aktuellen Herausforderungen werdender Mütter auseinanderzusetzen.

Mein Dank gilt **Prof. Dr. Thomas Loew**, der die medizinische Leitung in meiner Studie übernommen hat und mich inspiriert hat, groß zu denken. Er hat mir die Fäden seines Netzwerks in die Hände gelegt und mir neue Perspektiven eröffnet.

In einer kooperativen Promotion ist es bisweilen kompliziert, festen Stand zu gewinnen. Ich danke **Dr. Renate Lucke** der Hochschule Coburg, dass sie mir Halt gegeben hat, indem sie Gemeinschaft mit anderen ermöglichte und jederzeit als Ansprechpartnerin und Freundin erreichbar war. Sie hat mir gezeigt, dass ich am richtigen Ort bin.

Ich danke dem Evangelischen Studienwerk Villigst e. V., dem Bayerischen Wissenschaftsforum BayWiss und der Donau-Stiftung für die ideelle und finanzielle Förderung, mit deren Hilfe aus einer Idee eine App wurde.

Mein Dank gilt meinem großartigen Netzwerk, ohne das ich die Promotion nicht mit dem Mut und der Entschlossenheit gemeistert hätte:

Kim, Melina, Ines, Monika, Stefan, Laura, Juliane, Jakob, Susanne, Micha, Jonas, Franzi, Otto, Renate, Constantin, Miro und Lena.

Danke an meine **Familie**, das beste Back-Office für mich: Mama, Papa, Philipp, David, Sophia und Jessica. Wir feiern das Leben. Immer füreinander.

Ich habe erlebt, wie Frauen den glücklichsten Moment ihres Lebens hatten.

Ich habe erlebt, wie Frauen ihr Kind verloren haben.

Ich erlebe, wie Frauen füreinander einstehen.

Ich erlebe, wie die Ungleichheit der Geschlechter immer noch da ist.

Danke an alle Frauen, die mir über ein halbes Jahr, ihr Vertrauen und ihre Zeit geschenkt haben. Gemeinsam machen wir einen Unterschied.

Selbstständigkeitserklärung

„Ich, Maria Anna Christiana Kuhn, geboren am 10.09.1993 in Schweinfurt, 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. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberaterin oder andere Personen) in Anspruch genommen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Coburg, 04. Juli 2024

Unterschrift