



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Mutter werden ohne Scham?“

Eine qualitative Untersuchung des Schamerlebens bei der Geburt

Verfasserin

Claudia Röder

angestrebter akademischer Grad

Magistra

Wien, 2010

Studienkennzahl lt.

A 057 122

Studienblatt:

Studienrichtung lt.

IDS Pflegewissenschaft

Studienblatt:

Betreuerin / Betreuer:

Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Msc

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich während der Studienzeit unterstützt und mir bei der Erstellung der Diplomarbeit geholfen haben.

Ich möchte Professor Wilfried Schnepf danken, der mich immer wieder motiviert und sehr gut betreut hat.

Weiters möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen Sabine Schneider, Maria Probst, Carina Brauneis, Lisa Krendl bedanken, die mich während des Studiums begleitet und unterstützt und mich immer wieder vorangetrieben haben. Ganz besonders möchte ich mich bei Barbara Weber-Souschill bedanken, die mich auch während des Werdegangs der Diplomarbeit unterstützt hat und mir bei der Analyse geholfen hat.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie. Meinen Kindern, Caroline und Constantin, die meistens akzeptiert haben, wenn ich etwas für das Studium tun musste, meinem Mann Christoph, der meine Höhen und Tiefen im Studium ertragen und mich immer wieder motiviert hat, und meinen Eltern und Schwiegereltern, die mir die Kinder sehr oft abgenommen und betreut und immer wieder Korrektur bei dieser Arbeit gelesen haben.

Abstract

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Schamerleben Gebärender und den Faktoren, die dies beeinflussen, auseinander. Zusätzlich wird die Auswirkung peinlicher Erlebnisse auf die Geburt, aber auch auf die Psyche beschrieben.

Das Ziel war, die Situation werdender Mütter und ihr Erleben der Geburt zu erforschen. Es sollte das Erleben in den verschiedenen Settings verglichen werden.

Dazu wurden acht Mütter zu ihrem Geburtserlebnis befragt. Die Auswertung erfolgte angelehnt an die Grounded Theory, wobei verschiedene Kategorien gebildet wurden, die miteinander und schließlich mit der bestehenden Literatur verglichen wurden.

Es wurde festgestellt, dass Scham einerseits durch Situationen, in denen Frauen bloß gestellt werden, entstehen kann, andererseits wird der Verlust der Körperkontrolle als peinlich vor dem Partner empfunden. Das Schamerleben kann durch die Einstellung des Partners verstärkt, durch das Vertrauen in die Hebamme und dem „Bei sich sein“ sehr reduziert werden. Das Vertrauen wiederum wird durch Selbstbestimmung, positive Einstellung und Erfahrungen sowie kompetente Hebammen gefördert, durch schlechte Erfahrungen mit medizinischem Personal, Ängsten und fehlender Selbstbestimmung verringert.

Scham durch den Verlust der Körperkontrolle kann lediglich reduziert, nicht verhindert werden. Allerdings gibt es einige Strategien, die den offensichtlichen Kontrollverlust verhindern. Dennoch ist es wichtig, die Vulnerabilität dieser Frauen hervor zu streichen. Ein sensiblerer Umgang, sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett, würde vielen Frauen helfen, diese Zeit angenehmer zu erleben. Dies kann Scham durch Bloßstellung verhindern.

Abstract

The following work is about the experience of shame of women in labour and its governing factors. Further the impact on childbirth and the women psyche due to the experienced shame is described.

The aim was to explore the situation of the women in labour and how they experience giving birth. Also, this experience should be compared in respect to different settings.

Therefore eight mothers were interviewed concerning their natal experiences. The analysis was based on the Grounded Theory. Different categories were formed and compared to each other and the existing literature.

It became apparent that on the one hand shame develops in situations, in which women feel exposed; on the other hand the loss of body control in front of the partner is embarrassing. The shame-experience will be amplified by the attitude of the partner. Confidence in the midwife and the feeling of "being within oneself" can reduce the shame. The confidence again can be encouraged by self-determination, positive attitude and experience as well as competent midwives. Bad experience with health personnel, fear and lacking self-determination will reduce the confidence.

Shame caused by the loss of body control only can be reduced not prevented. Certainly there are some strategies which prevent the obvious loss of control. However, it is necessary to underline the vulnerability of such women. A sensitive treatment during pregnancy and puerperal would help most women to have a more pleasant birth-experience. And it could prevent the shame due to exposure.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	11
2. Theoretischer Teil.....	13
2.1 Forschungsstand.....	13
2.2 Die geschichtliche Entwicklung des Schamempfindens bei der Geburt.....	13
2.3 Die Situation werdender Mütter in der Literatur.....	14
2.4 Scham.....	17
2.4.1 Scham durch die eigene Einstellung und Erziehung.....	17
2.4.2 Scham durch Machtlosigkeit, Kontrollverlust, Fremdbestimmung.....	18
2.4.3 Scham bei Schwangeren.....	19
2.5 Bisherige Lösungen/ Ansätze.....	20
2.6 Problemdarstellung.....	20
3. Empirischer Teil.....	22
3.1 Methodologische Entscheidung.....	22
3.1.1 Qualitative Sozialforschung.....	22
3.1.2 Grounded Theory.....	22
3.2 Gütekriterien.....	23
3.2.1 Verfahrensdokumentation.....	23
3.2.2 Argumentative Interpretationsabsicherung.....	23
3.2.3 Regelgeleitetheit.....	23
3.2.4 Nähe zum Gegenstand.....	23
3.2.5 Kommunikative Validierung.....	24
3.2.6 Triangulation.....	24
3.3 Beschreibung der Methode.....	24
3.3.1 Teilnehmerrekrutierung.....	24
3.3.2 Datenerhebung.....	25
3.3.3 Datenanalyse.....	26
3.3.4 Ethische Überlegungen.....	27
4. Erkenntnisse.....	29
4.1 Scham.....	30
4.2 Vertrauen.....	34
4.3 Fehlendes Vertrauen und Vertrauensverlust.....	37
4.4 „Bei sich sein“.....	39
4.5 Einstellung des Partners.....	40

4.6 Partnerbeziehung.....	41
4.7 Erleben der Zeit nach der Geburt.....	43
4.8 Komplikationen bei der Geburt.....	45
4.9 Diverses	46
5. Diskussion	48
5.1 Rückschlüsse auf die Literatur	48
5.1.1 Scham	48
5.1.2 Vertrauen.....	49
5.1.3 „Bei sich sein“	50
5.1.4 Selbstbestimmtheit und Informiertheit	51
5.1.5 Anwesenheit der Partner	52
5.1.6 Geburtshaltung.....	52
5.1.7 Gesundheit vor Psyche	52
5.2 Praktische und theoretische Relevanz	53
5.3 Reflexion der Forschung	57
6. Schlussfolgerung und Ausblick.....	59
7. Anhang	63
7.1 Interviewleitfaden	63
8. Curriculum vitae.....	65

1. Einleitung

Viele Frauen erleben das Wunder Kinder zu gebären und Mütter zu werden. Die meisten Frauen freuen sich über diese Zeit und darauf, das Kind in ihren Armen zu halten. Die Gesundheit des Kindes spielt dabei eine große Rolle. Durch die gute medizinische Versorgung und Kontrollen erwartet jeder, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Zusätzlich stellt die Erfüllung der Mutter-Kind-Passuntersuchungen die Grundlage für den Erhalt des Familiengeldes dar. Es wird jede Frau angehalten, die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen bei ihrem Arzt, aber auch im Spital über sich ergehen zu lassen. Auch wenn diese Untersuchungen für die Kontrolle der Gesundheit der Kinder wichtig sind, ist die Frau Prozeduren ausgesetzt, die sich kaum jemand freiwillig aussuchen würde und welche einen massiven Eingriff in die weibliche Intimsphäre darstellen. Gerade die Zeit der Schwangerschaft und der Geburt, aber auch die Wochen danach, sind etwas Besonderes für jede Frau. In dieser Zeit wechseln sich Unsicherheit, Vorfreude, Geborgenheitsbedürfnis, aber auch Unwohlsein und Schmerzen ab. Gerade diese Gefühle machen werdende Mütter, Gebärende und Wöchnerinnen angreifbar und verletzlich. Es stellt sich daher die Frage, ob auf die Bedürfnisse und das Schamgefühl der Frauen genügend eingegangen wird, was zum Schutz der Intimsphäre gemacht wird und wie Frauen diese Zeit erleben.

Ich möchte über dieses Thema schreiben, da ich selbst Mutter zweier Kinder bin und beide Geburten sehr unterschiedlich erlebt habe. Bei der ersten Geburt wurde wenig auf mich und meine Intimsphäre geachtet, mir wurden viele Entscheidungen abgenommen. Die zweite Geburt war wesentlich harmonischer und selbstbestimmter. Es wurde auf eine gute Atmosphäre und meine Privatsphäre geachtet. In vielen Gesprächen mit anderen Müttern bestätigte sich meine Wahrnehmung, dass nicht immer auf das Schamgefühl von Schwangeren und Gebärenden eingegangen wird. Das hat mich zu diesem Thema geführt.

Ich möchte mit dieser Arbeit die Situation von werdenden Müttern in der heutigen Zeit aufzeigen. Da sich in den letzten 150 Jahren sehr viel im Bereich der Geburtshilfe

getan hat und auch immer noch tut, glaube ich, dass es wichtig ist, den Ist-Zustand zu erforschen.

Sollte sich herausstellen, dass Frauen Verletzungen der Intimsphäre während Schwangerschaft und Geburt erleben, könnten möglicherweise einfache Verhaltensänderungen Abhilfe schaffen. Es ist auch wichtig, wie die Scham empfunden wird und was dieses Gefühl bewirkt. Außerdem soll auf die besondere Situation und die Vulnerabilität von Schwangeren und Gebärenden sowie Wöchnerinnen und auf den Umgang mit ihnen hingewiesen werden.

Dieses Thema ist für das Pflegepersonal relevant, da es gerade während der Geburt wichtig ist, den Gebärenden Schutz zu vermitteln und die Intimsphäre in den Kreißzimmern zu wahren. Hier sollten Ärzte, Pflegende und Hebammen sowie Kinderschwestern Hand in Hand arbeiten, um eine vertrauensvolle Basis zu schaffen und der werdenden Mutter ihren Freiraum zu lassen (Schröder, 1999). Viele Autoren beschreiben, dass bei Geburten immer öfter Komplikationen auftreten und mehr Medikamente benötigt werden. Dafür wird hauptsächlich das Unwohlsein der werdenden Mütter (mangelnde Intimsphäre, Ausgeliefertsein) verantwortlich gemacht (Odent, 1999; Voitl-Mikschi, 1992; Klöbl, 1991; Lothian, 2009). Auch die Zeit im Wochenbett ist für Pflegende relevant. Hier ist wieder der Umgang mit der jungen Mutter das Thema. Wie verhält sich die Pflegekraft bei Visiten und beim Stillen der Mutter gegenüber.

2. Theoretischer Teil

2.1 Forschungsstand

Ich habe keine Forschungsberichte oder Studien zu dem Thema Scham bei werdenden Müttern gefunden. Gesucht wurde bei den Datenbanken medline, cinahl, dimdi und google scholar unter den Begriffen: shame, privacy, maternity, feelings of shame, birth, childbirth, pregnancy, ethic, midwife und embarrassing. Die deutschen Schlagworte waren: Scham, Intimsphäre, Intimität, Schamgefühl, Geburt, Wochenbett, Schwangerschaft, Körperbild und Ethik. Die Suche fand zwischen Jänner und März 2010 statt. Diese Worte wurden in verschiedenen Kombinationen eingegeben, es gab dabei keine relevanten Treffer. Es gibt viel über Scham in Bezug auf falsches Verhalten, oder krankhafte Scham, wenig über die Körperscham. Allerdings habe ich einige Definitionen und Erklärungen entdeckt, die auch für dieses Thema interessant und wichtig sind. Weiters war einiges über die Geburt und die Entwicklung der Geburt zu finden. Interessant dabei war, dass es durchaus in den letzten Jahrzehnten einen Trend gibt, Geburt und Wochenbett für die Frau angenehmer zu gestalten, und es wohl auch Umsetzungsstrategien in einigen Spitälern gibt. Allerdings wurde dies nie wissenschaftlich evaluiert. Ein Autor, Michele Odent, ist genauer auf die Situation der Frau bei der Geburt eingegangen. Er beschreibt, dass das Umfeld den Geburtsverlauf massiv beeinflusst (Odent, 1999).

2.2 Die geschichtliche Entwicklung des Schamempfindens bei der Geburt

Das Gebären ist eine natürliche Sache, die bei allen Säugetieren abgesondert stattfindet. Man kann dies auch heute noch bei Naturvölkern beobachten, was einen Rückschluss auf unsere Vorfahren zulässt. In der Geschichte der menschlichen Geburt wurden Gebärende von anderen erfahrenen Frauen, später dann von Hebammen unterstützt. Erst seit dem 17. Jahrhundert waren Männer bei Geburten dabei. Maria Theresia von Spanien, die Frau von Ludwig XIV., war die erste Frau, die von einem Arzt entbunden wurde, und selbst der König war bei dem Ereignis hinter einem Vorhang anwesend. Trotz des Aufschreis des Dekans der medizinischen

Fakultät Philippe Hequet und des Unmutes der Bevölkerung wurde es Mode im Bürgertum (Odent, 1999).

Als der englische Gynäkologe William Smellie im 18. Jahrhundert mittellosen Frauen mit Komplikationsrisiko anbot, sie ohne Bezahlung zu entbinden, aber mit der Bedingung, dass sie sich von seinen Studenten untersuchen lassen mussten, ging erneut eine Welle der Entrüstung durch die Bevölkerung.

Viele Männer wollten nicht, dass ihre Frauen von anderen Männern beschaut und intern untersucht wurden. Mitte des 19. Jahrhunderts kam es mehrmals zu Forderungen, Frauen studieren zu lassen, damit diese den werdenden Müttern helfen. Damit wollte man bei den Gebärenden die Beschämung und die Entehrung reduzieren (Duerr, 1990).

Der Arzt wurde bei Geburten immer wichtiger und eine immer zentralere Person. So mussten die Frauen ihre Gefühle und Scham ignorieren lernen. Ende des 19. Jahrhunderts war dies aber immer noch ein Problem für viele Frauen (Duerr, 1990).

Weltweit war es bis vor nicht all zu langer Zeit wichtig, dass Geburten ohne Männer statt finden. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts hat sich aber viel verändert. Großfamilien wurden zu Kleinfamilien, wodurch heute die Hilfe der älteren Familienmitglieder meist weg fällt. Die Geburten finden (in Österreich) hauptsächlich in Spitälern statt. Hebammen sind meist fremd, und Frauen wünschen nicht nur mehr Intimsphäre, sondern auch die Anwesenheit der Väter ihrer Kinder. Auch die Geburtsposition, die durch den Einsatz der Geburtszange ins Bett verlegt wurde, wird durch geburtsfördernde Haltungen ersetzt (Odent, 1980, 1999).

2.3 Die Situation werdender Mütter in der Literatur

Es wurde in den vergangenen Jahren viel für Mütter und Kinder erforscht, allerdings stehen in allem nur die Gesundheit und Sicherheit für Mütter und Kinder im Vordergrund. Kaum eine Forschungsarbeit befasst sich mit der Psyche der werdenden Familie (Voitl-Mikschi, 1992).

Odent beschreibt, dass man alte und neue Gehirnbereiche hat. Der Neokortex ist der Teil des Gehirns, der für rationale Gedanken, das alte Gehirn, das limbische System, für die Instinkte zuständig ist. Bei der Geburt muss die Frau das neue Gehirn ausschalten, um den „Planeten zu verlassen“, also sich sicher und ungestört zu fühlen, um so eine leichte Geburt zu haben. Schon eine kleine Störung und Reizung des Neokortex kann die Gebärende aus ihrer Trance holen und Komplikationen verursachen (Odent, 1999). Die Statistik zeigt, dass es eine Krise in der Geburtshilfe gibt. Viele Kaiserschnitte und Komplikationen spiegeln den Umgang in Geburtskliniken wider (Odent, 1980).

Es wurden trotz der fehlenden Forschung von aufmerksamen Geburtsbegleitern geburtsfördernde und -hemmende Faktoren entdeckt.

Morris (1978) meint, dass der Kontrollverlust bei der Geburt sich negativ auf die Frau auswirkt. Nicht mitentscheiden zu können wirkt auf viele erniedrigend. Durch die routinemäßige Rasur und den Einlauf, wie es vor einigen Jahren bei der Aufnahme einer Gebärenden noch üblich war, sollen Frauen wohl asexuell gemacht werden. Mit diesem Übergriff auf die Weiblichkeit wollten Institutionen Macht über die Frauen und ihre Intimsphäre erlangen und sie somit gleichzeitig abhängig vom Personal machen. Es ging wohl darum, nicht nur bei der Geburt, sondern während der gesamten Zeit im Krankenhaus keine widersprechenden Patientinnen oder solche mit eigenen Wünschen zu haben (Voitl-Mikschi, 1992).

Wie bereits erwähnt, wurde bei der Einführung der Geburtszange die Gebärende kurzerhand ins Bett verlegt. Dass diese liegende Haltung, bei welcher der Genitalbereich für jeden Anwesenden einsichtig und unverhüllt ist, bei der werdenden Mutter Schamgefühl auslösen kann, ist nachvollziehbar. Es kann für sie sogar demütigend sein (Voitl-Mikschi, 1992).

Odent geht davon aus, dass „die Länge einer Geburt proportional zu der Zahl der anwesenden Personen ist“ (Odent, 1999, S. 35). Er selbst versuchte, bei Hausgeburten so unauffällig wie möglich zu sein und die Frau eher im Nebenzimmer alleine zu lassen. Durch das Beobachtet werden, auch manchmal vom eigenen Mann, kann die Frau sich nicht gehen lassen und in Trance fallen, wodurch die

Geburt oft länger dauert und schwieriger wird. Auch wiederholte Untersuchungen reißen die Frau aus ihrem Zustand und verkomplizieren die Geburt. Er ist der Meinung, dass nicht nur die Maschinen, sondern auch die Anwesenheit der Ärzte eher schaden als helfen (Odent, 1999).

Lueger beschreibt, dass viele Frauen oft erleben, dass für das medizinische Personal Messbares und Fakten wichtiger sind als das subjektive Erleben und Empfinden der Schwangerschaft. Es ergibt sich daraus eine Unsicherheit, die sich bis zur Geburt hin zieht. Auf Grund dieses Unwissens über die Geburt ist es für viele Frauen daher ausgeschlossen, die Entbindung ohne Hilfe zu schaffen. Das geringe Einfühlungsvermögen des medizinischen Personals beeinflusst aber auch das Wochenbett negativ, welches durch das Nichtberücksichtigen der Intim- und Privatsphäre und fehlender Ruhe verstärkt wird (Lueger 1995; Bartoszyk & Nickel, 1986). Auch Nacke sieht eine Abhängigkeit vom Personal als Problem. Die meisten Gebärenden zeigen ihren Intimbereich bei Untersuchungen und bei der Geburt, dennoch ist es für jede Frau eine individuelle Situation, mit der sie fertig werden muss (Nacke, 1994). Es passiert oft, dass Frauen nicht genug Informationen zur Geburt bekommen, dadurch sind sie nicht fähig mitentscheiden zu können und das Personal kann den weiteren Geburtsverlauf bestimmen (Lothian, 2009).

Für den Geburtsverlauf hilfreich konnten folgende Faktoren gefunden werden: Voitl-Mikschi unterstreicht den Wunsch Kirkham (1984), dass es so wichtig wäre, Frauen durch Selbstbestimmung bei der Geburt zu unterstützen. Die Hebamme sollte versuchen, durch Zuhören, Empathie und Ernstnehmen Vertrauen zwischen sich, der Gebärenden und gegebenenfalls dem Partner aufzubauen. Durch respektvollen Umgang miteinander kann die Stimmung ruhig und entspannt und dadurch geburtsfördernder werden. Die Gebärende muss informiert, beraten und aufgeklärt werden, und zum Geburtsereignis hin sollte sich das Gespräch immer mehr auf das anstehende Ereignis konzentrieren. Voitl-Mikschi meint, dass der Grund, warum Frauen in den letzten Jahren wieder öfter über Hausgeburten nachdenken, der Wunsch nach mehr Intimität und Geborgenheit ist (Voitl-Mikschi, 1992).

Odent geht sehr auf das Umfeld der Frau ein. Er ist der Meinung, dass die Frau sich wohl fühlen muss, um zu sich zu kommen und „den Planeten verlassen zu können“.

Dazu gehört ein gemütlicher, nicht zu großer Raum, der durchaus etwas unaufgeräumt sein darf, um den „Nestinstinkt“ zu fördern. Auch dass die Frau den Raum schon während der Schwangerschaft, am besten verbunden mit positiven Erlebnissen, kennen lernen soll und sie ihn auch gleich zu Beginn der Geburt beziehen soll, fördert, seiner Meinung nach, das Vertrauen. Er geht davon aus, dass eine angenehme Atmosphäre die Geburt erleichtert. Odent beschreibt in seinem Buch, dass sein Forschungsteam Aufzeichnungen von Geburten gemacht habe, um auf andere als die „klassische“ Geburtsposition am Rücken hinzuweisen. Dafür wurde aber erst nach der Eröffnungsphase gefilmt und fotografiert, da zu dem Zeitpunkt die Frau bereits in Trance war, und nicht mehr gestört werden konnte, also die Eröffnungsphase die sensibelste Zeit ist (Odent, 1999). Er ist aber auch der Meinung, dass manche Frauen sich gegen andere gut abkapseln können, auch wenn diese äußeren, hilfreichen Umstände nicht gegeben sind (Odent, 1999). Dieses Abstrahieren des Körpers von dem Selbst als Schutzfunktion beschreibt auch Schilder 1935, nicht nur über Frauen in den Wehen, sondern auch während der Menstruation oder Menopause (Martin, 1998).

Während der Stunden um die Geburt fangen Frauen an, ihren Instinkten zu folgen und dadurch „verlieren sie ihre Befangenheit und Selbstkontrolle“ So können sie sich auf das bevorstehende Ereignis einlassen und die Geburt zulassen (Odent, 1986).

2.4 Scham

2.4.1 Scham durch die eigene Einstellung und Erziehung

Jeder gesunde Mensch empfindet und kennt die grundlegende Emotion Scham. Das Gefühl der Scham gehört zu unserer Person und ist bis zu einem gewissen Grad gesund und wichtig, da es uns und unsere Intimsphäre schützt und unser Handeln beeinflusst (Lewis, 1995; Wurmse, 1997; Hilgers, 1997; Edelmann, 1993; Lietzmann, 2003).

Antunellus meint, dass Scham nicht genau zu definieren ist, da es nicht nur von der Zeit oder der Kultur abhängig ist, wie Scham empfunden wird oder was als schamlos bezeichnet wird, sondern auch von jedem Individuum selbst, da jeder Mensch andere Vorstellungen hat, was zu schützen und zu verbergen ist. Verschiedene Autoren

definieren Scham als Gefühl, das durch soziale Interaktion zu Stande kommt und durch die Person und ihre Herkunft verschieden wahrgenommen und erlebt wird (Antunellus, 1969). Die Angst vor der Scham, die als Schamangst bezeichnet wird, soll uns vor peinlichem Verhalten schützen (Jacoby, 1997; Antunellus, 1969; Hilgers, 1997; Wurmser, 1993). Scham beinhaltet aber auch das Bedürfnis wegzuschauen, wenn jemand Fremder in eine peinliche oder entblößende Situation gerät (Antunellus, 1969). Eine Definition beschreibt Scham als die Scham im geschlechtlichen Sinn. Diese Scham gilt als Gegenstück zum Sexualtrieb und hat eine Abwehrfunktion. Auch hier ist sie wieder ein Schutzmechanismus (Antunellus, 1969).

In den meisten Kulturen ist es üblich, den Intimbereich zu bedecken, in manchen sind aber darüber hinaus Haare, Hände, Füße, oder auch der ganze Körper vor fremden Blicken zu schützen. Daher kann man davon ausgehen, dass das Geschützte wertvoll für die betreffende Person ist (Antunellus, 1969).

Scham beeinflusst uns ständig. Dieses Gefühl ist für die Art unseres Umgangs mit dem Umfeld, aber auch mit uns selbst verantwortlich (Lewis, 1995). Alle Menschen reagieren auf Scham unterschiedlich, allerdings neigen Frauen dazu, sich zurück zu ziehen, während Männer eher aggressiv werden (Hilgers, 1996; Lietzmann, 2003). Außerdem ist anzunehmen, dass durch unterschiedliche Erziehung Frauen sich auch schneller schämen als Männer (Lietzmann, 2003).

2.4.2 Scham durch Machtlosigkeit, Kontrollverlust, Fremdbestimmung

Im Gegensatz zu der Scham, die vom Individuum selbst ausgeht, ist die Definition von Wurmse eine Scham, die durch andere im Falle einer Demütigung, durch Hilflosigkeit, Machtlosigkeit oder Fremdbeherrschung entstehen kann (Wurmse, 1997). Lietzmann geht davon aus, dass es zu Scham kommen kann, wenn man die Kontrolle über seinen Körper verliert, wie zum Beispiel im Falle eines Sturzes (Lietzmann, 2003). Werden wir bloß gestellt oder wird unsere Intimsphäre verletzt, vermindert dies unseren Selbstwert und wir schämen uns (Hilgers, 1996).

2.4.3 Scham bei Schwangeren

Das Schamgefühl bei schwangeren Frauen und Gebärenden wird kaum erwähnt, dennoch kann man manches der allgemein beschriebenen Scham auf die Situation werdender Mütter umlegen.

Da Scham die Intimität und das Selbst schützen soll, und auch intime Körperteile durch Scham geschützt werden, ist es naheliegend, dass es bei gynäkologischen Untersuchungen unweigerlich zu schamhaften Gefühlen kommen kann (Hilgers, 1996, Schröder, 1999). Die Zurschaustellung kann Frauen, je nach Umgang mit der Situation, beschämen. Der Intimitätsradius ist aber von Mensch zu Mensch verschieden. Das Bedürfnis nach Schutz der Intimsphäre ist abhängig von der Struktur einer Person. Das Selbstbewusstsein, so wie Charakterzüge, aber auch das Temperament sind daran beteiligt, wie eine Person mit schamauslösenden Situationen umgehen kann (Antunellus, 1969). Es kann also eine gynäkologische Untersuchung für die eine Frau unproblematisch, für eine andere aber mit tiefer Scham behaftet sein.

Lietzmann ist der Meinung, dass Scham aufkommen kann, wenn sich eine Person in ihrem Körper unwohl fühlt. Viele Frauen, auch wenn sie ein positives Körpergefühl haben, fühlen sich in der Endschwangerschaft nicht mehr sehr wohl in ihrem Körper. Möglicherweise kann dieser Umstand sich negativ auf das Schamerleben der Frau auswirken (Lietzmann 2003).

Da das Nichtachten der Intimsphäre eine Verminderung des Selbstwerts nach sich zieht (Hilgers, 1996), sollte man sich fragen, was dies im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Geburt bedeutet, wo Frauen gerade zu dieser Zeit willensstark, selbstbestimmt und selbstbewusst sein sollten (Odent, 1999, Schröder, 1999). Ebenso sollte man sich die weiblichen Reaktionen auf Scham vor Augen halten, da passives Verhalten (Hilgers, 1997) bei Geburten selten von Vorteil ist.

2.5 Bisherige Lösungen/ Ansätze

Wie bereits erwähnt, können manche Frauen Strategien entwickeln, egal unter welchen Umständen sie gebären, sich abkapseln und so sich ihre Intimsphäre bewahren (Martin, 1998; Odent, 1999).

Wir wissen, dass die Eröffnungsphase wichtig und sensibel ist, während der sich die Frau wohl, sicher und ungestört fühlen muss. Hier spielt der Raum eine große Rolle, aber auch, dass das medizinische Personal und der Partner diese Intimsphäre respektieren (Odent, 1999; Voitl-Mikschi, 1992). Auch Mändle weist Hebammen darauf in ihrem Lehrbuch hin, dass sie bei Hausgeburten auf eine persönliche Beziehung achten sollen und die Intimsphäre der werdenden Mutter schützen, die Zahl der Anwesenden begrenzen, sowie Störungen verhindern sollen (Mändle, 2007). Selbstbestimmung, die durch Aufklärung und Beratung gefördert wird, Vertrauen in die Hebamme und eine gute Atmosphäre unterstützen die Gebärende und erleichtern die Zusammenarbeit und dadurch auch die Geburt (Voitl-Mikschi, 1992).

Ich erwarte, dass durch die Forschungsarbeit das Phänomen des Erlebens der ersten Geburt strukturiert wird, Unterschiede und Ähnlichkeiten gefunden werden und diese begründet werden können.

2.6 Problemdarstellung

Es ist unumstritten, dass Schwangere und Gebärende eine vulnerable Gruppe darstellen. Sie müssen ihr Kind schützen, sorgen sich um die Gesundheit ihres Ungeborenen, wissen, dass ihnen Großes bevorsteht und werden durch Hormone beeinflusst. Daher ist es wichtig, viel über das Erleben der Geburt und natürlich auch über negative Erfahrungen zu erforschen, zu analysieren, um daraus Verbesserungen gestalten zu können, wenn dies notwendig und möglich ist.

Man weiß wenig über das Prozedere bei Geburten in den verschiedenen Spitälern, zum Beispiel, ob es ein einheitliches Vorgehen gibt. Es ist anzunehmen, dass Hebammen in ihrer Ausbildung viel über die Ängste, Erwartungen, Gefühle und

Wünsche der Gebärenden lernen, allerdings ist die Frage, wie wissenschaftlich dieses Wissen ist.

Es wird in der Forschung nicht beschrieben, ob Frauen Scham oder peinliche Situationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder im Wochenbett erleben und wenn ja, warum und in welchen Situationen es zu diesen Gefühlen kommt. Auch weiß man wenig über die Auswirkungen der Gefühle der Gebärenden auf die Geburt.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie erleben Frauen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett?

Welche Faktoren nehmen Einfluss auf das Schamempfinden?

Mich interessiert speziell:

Wie erleben Frauen Vorsorge, Geburt und Wochenbett?

Liegt es an bestimmten Spitälern wie Frauen behandelt werden?

Haben die Räumlichkeiten Einfluss auf Wohlbefinden bei Geburt und Wochenbett?

Gibt es Unterschiede zwischen männlichen oder weiblichen Ärzten, Geburtshelfern und Pflegenden?

Wird bei Komplikationen anders auf die Intimität geachtet?

Hat die Religion oder Nationalität Einfluss auf das Schamempfinden?

3. Empirischer Teil

In diesem Kapitel wird die Methode dargestellt, die Gütekriterien diskutiert und der Forschungsprozess beschrieben.

3.1 Methodologische Entscheidung

3.1.1 Qualitative Sozialforschung

Bei der Frage, welche Methode für diese Forschungsarbeit passend wäre, fiel die Wahl auf den qualitativen Forschungsansatz, mit dem man Phänomene in sozialen Prozessen herausarbeiten und subjektiv verstehen kann (Mayer, 2007). Die Merkmale der qualitativen Forschung zeichnen sich durch Flexibilität bei der Datenerhebung, dem Verständnis für das Ganze und das intensive Einbringen des Forschers aus. Weiters ist die Forschung subjektiv, idiographisch, induktiv und theorienbildend. Außerdem bezieht sich die Arbeit auf das Interesse der Betroffenen. (Mayer, 2007; Poilit, 2004).

Das Ziel dieser Forschungsarbeit geht konform mit den Zielen der qualitativen Forschung. Phänomene des menschlichen Erlebens sollen erforscht, interpretativ ausgewertet werden und aus den gewonnenen Daten sollen Konzepte und Theorien entwickelt werden (Mayer, 2007).

3.1.2 Grounded Theory

Forscher verwenden die Grounded Theory, um menschliche Interaktion, soziale Prozesse und Strukturen zu begreifen und Phänomene zu erklären. Verwendet wird diese Methode vor allem, wenn eine zeitliche Veränderung die Interaktionen und Phänomene beeinflusst (Mayer, 2007; Polit, 2004).

In dieser Arbeit geht es um den Prozess der Geburt und die Phänomene Scham und Vertrauen, welche durch soziale Interaktion entstehen. Da Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einen Ausnahmezustand für jede Frau bedeuten, kann dieser Veränderungsprozess mittels der Grounded Theory gut erforscht werden.

3.2 Gütekriterien

Die Gütekriterien sichern die Wissenschaftlichkeit einer Arbeit. Sie beschreiben den Werdegang einer Arbeit und die Richtigkeit der einzelnen Schritte. Die Gütekriterien einer qualitativen Arbeit sind Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, die Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation (Mayer, 2007).

3.2.1 Verfahrensdokumentation

Das Gütekriterium Verfahrensdokumentation ist gegeben. In Kapitel „3.3 Beschreibung der Methode“ wird der gesamte Forschungsprozess ausführlich dargestellt (Mayer, 2007).

3.2.2 Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Ergebnisse, welche auf Interpretation beruhen, werden in Kapitel „3.4 Erkenntnisse“ dargestellt. Dabei wird argumentiert, wie es zu diesen Rückschlüssen kommt und mit Zitaten untermauert (Mayer, 2007).

3.2.3 Regelgeleitetheit

Der Prozess der Forschung ist an die Methode der Grounded Theory angelehnt. Sowohl das offene Kodieren, als auch das axiale Kodieren ist nach den Schritten von Strauss und Corbin erfolgt (Mayer, 2007).

3.2.4 Nähe zum Gegenstand

Auf Grund der Tatsache, dass ich selber Frau und Mutter bin, ist es leicht, mich in die Situation der Mütter zu versetzen. Ebenso waren Gespräche mit anderen Frauen, auch solchen mit mehreren Kindern, interessant, da sie meinen Horizont erweitert haben oder mich bestätigt haben. Dadurch kann man sagen, dass das Gütekriterium erfüllt wurde (Mayer, 2007).

3.2.5 Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse in verschiedenen Entwicklungsstadien wurden einerseits im Diplomandenkolloquium mit Professor Schnepf, andererseits mit einer Studienkollegin diskutiert. Zusätzlich wurden die Erkenntnisse mit Müttern besprochen (Mayer, 2007).

3.2.6 Triangulation

Beim Sammeln der Daten wurde lediglich eine Gruppe Frauen befragt. Dennoch kann man davon ausgehen, dass die daraus resultierenden Daten stimmig sind. Einerseits war die Stimmung bei den Interviews sehr freundschaftlich und meistens auch intim, sodass die Interviewpartnerinnen ein Gefühl der Sicherheit vermittelt bekommen haben, andererseits ist das Thema für viele Frauen ein Ereignis, über das sie gerne sprechen. Dazu kommt, dass ich selber Mutter bin und daher auch das von ihnen Erlebte kenne und verstehe. Daher gehe ich davon aus, dass die Interviewpartnerinnen die Wahrheit gesagt haben und die Qualität der Daten gewährleistet ist (Mayer, 2007).

3.3 Beschreibung der Methode

3.3.1 Teilnehmerrekrutierung

Der Versuch, Interviewpartnerinnen über Gynäkologin und Kinderärztin mittels eines Briefes zu erreichen, war nicht erfolgreich. Auf fünfzig ausgegebene Briefe kam keine Rückmeldung. Vier Interviewpartnerinnen wurden über Bekannte rekrutiert. Über zwei dieser Interviewpartnerinnen wurden im Schneeballverfahren die übrigen vier Frauen gefunden. Im theoretical sampling wurde darauf geachtet, dass die Interviewpartnerinnen in verschiedenen Spitälern entbunden haben, eine Frau, die die Geburt zu Hause erlebt hat und eine Mutter, die aus ländlicher Umgebung stammt und nicht in Wien entbunden hat. Auf Grund von fehlender Erreichbarkeit wurden keine Frauen mit nicht-österreichischer Nationalität interviewt. Außerdem waren alle Frauen katholisch - teilweise ausübend - oder ohne Bekenntnis. Auch hier fehlte der Zugang zu anderen Religionen.

Die Einschlusskriterien waren gute Deutschkenntnisse, dass die Frauen erstgebärend waren und die Geburt in den letzten zwölf Monaten stattgefunden hat. Ausgeschlossen waren Frauen die ihr Kind mittels Sectio zur Welt brachten.

3.3.2 Datenerhebung

Die Interviews wurden mittels eines semistrukturierten Interviewleitfadens gemacht. Nach einem Probeinterview wurde der Interviewleitfaden erstmals leicht verändert, und nach dem ersten Interview wurden die Fragen, wie Frauen Scham definieren, herausgenommen. Dazu kam die Frage nach der Veränderung der Partnerschaft und der Vergleich zwischen dem Erwarten vor, dem Empfinden während der Geburt und die Erinnerungen an die Geburt (Mayer, 2007).

Mit jeder Interviewpartnerin wurde telefonisch ein Termin vereinbart, der dann je nach Wunsch der Frau bei ihr oder bei mir in der Wohnung stattgefunden hat. Bei diesen Telefonaten wurde auch über den Grund, das Thema und die ungefähre Dauer informiert.

Jede Frau wurde vor dem Interview gefragt, ob die Aufnahme des Gespräches ein Problem darstellt, sie wurden über Anonymität und Rücknahmerecht und nochmals über den Grund und das Thema des Gesprächs aufgeklärt (Mayer, 2007). Die Gespräche haben durchschnittlich 45 Minuten gedauert. In den meisten Fällen waren die Kinder dabei, in zwei Fällen waren die Partner zeitweise anwesend.

Die Datenerfassung erfolgte mittels der Aufnahme des Gesprächs, einem Interviewleitfaden, einem Kurzfragebogen in dem Alter, Religion, Familienstand, Beruf, Spital in dem die Entbindung stattgefunden hat und die Aufenthaltsdauer im Spital nach der Geburt erfragt wurden. Dieser Fragebogen wurde am Ende des Interviews beantwortet. Weiters wurde zu jedem Interview ein Postskript verfasst, in dem Stimmung, anwesende Personen und relevante Information der inoffiziellen Gespräche festgehalten wurden (Mayer, 2007).

Die Stimmung bei den Interviews war sehr offen und vertraut. Die Frauen hatten viel Zeit und Möglichkeit von ihren Erlebnissen zu erzählen. Nach den Interviews ergab

sich meist ein vertrautes Gespräch, bei dem ich auch von meinen Erlebnissen berichtet habe und die Interviewpartnerinnen auch oft bestärken konnte.

Es wurden alle Interviews mittels MP3-Rekorder aufgenommen und danach vollständig transkribiert. Nach jedem Interview wurde das Transkript analysiert und Textpassagen wurden in verschiedene Kategorien eingeteilt.

3.3.3 Datenanalyse

Die Datenanalyse mittels Grounded Theory wird in drei Schritten durchgeführt. Mittels offenen Kodierens werden Phänomene aus den Daten der Interviews herausgearbeitet, benannt und kategorisiert. Dieser Schritt stellt die Grundlage für den nächsten Schritt, dem axialen Kodieren dar. Hier werden Kategorien und Subkategorien in Beziehung gesetzt und miteinander verknüpft. Das selektive Kodieren ist der letzte Schritt, der bei dieser Arbeit allerdings nur oberflächlich durchgeführt wurde und daher auch nicht näher beschrieben wird. (Strauss A. & Corbin J., 1996).

Offnes Kodieren

Die Datenerhebung und die Datenanalyse erfolgten parallel und zyklisch (Polit, 2004; Glaser, 2005). Nach jeder Transkription wurde eine „in-vivo“ Kodierung vorgenommen. Wichtige Aussagen der Interviewpartnerinnen wurden herausgestrichen. Weiters wurden diese Codes Kategorien zugeordnet. Erst danach wurde das nächste Interview geführt. Es wurden bei jeder Transkription neue Kategorien gefunden, manche zusammengefasst oder aufgebrochen. Der Interviewleitfaden wurde anhand der Kategorien überprüft und gegebenenfalls angepasst. Bereits nach dem zweiten Interview wurde das erste mit dem zweiten verglichen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu finden. Parallel dazu wurden Memos verfasst, die jene Unterschiede und Gemeinsamkeiten, aber auch mögliche Zusammenhänge, Gedankengänge und Auffälligkeiten enthalten (Strauss A. & Corbin J., 1996). Anschließend an diesen ersten Kodierschritt wurden alle „in-vivo“ Kodierungen zusammengefasst und verkürzt. Zu den Kategorien und Subkategorien wurden schließlich Eigenschaften mittels Flip-flop Technik generiert und diese in den einzelnen Interviewtranskripten auf ihre Dimension überprüft. Die Kategorien wurden dabei zu Phänomenen zusammengefasst (Strauss A. & Corbin J., 1996).

Axiales Kodieren

Bei diesem Analyseschritt wurden paradigmatische Modelle hergestellt. Dabei wurden die Phänomene auf ihre ursächliche Bedingung und deren Eigenschaften, die Dimension der Phänomene, deren Kontext, die intervenierenden Bedingungen und Strategien und deren Konsequenz überprüft. Diese allgemeinen Modelle wurden immer wieder anhand der einzelnen Interviews auf ihre Stimmigkeit und Richtigkeit überprüft (Strauss A. & Corbin J., 1996).

Außerdem wurden die Kategorien und Phänomene in Beziehung gesetzt. Dabei wurde nach Zusammenhängen gesucht und daraus Hypothesen formuliert. Diese wurden wieder mittels der Interviews überprüft (Strauss A. & Corbin J., 1996).

Interviews, auf welche die Hypothesen nicht zutrafen, wurden auf Gründe und Faktoren untersucht, welche die Abweichung erklären könnten. Dies wurde wieder anhand der vorangegangenen Hypothese und den anderen Interviews überprüft. Während dieses Kodierschrittes wurden die Kategorien weiter überprüft und modifiziert. Die Kategorie „Einstellung des Mannes“ wurde noch nachträglich herausgearbeitet und hinzugefügt (Strauss A. & Corbin J., 1996).

3.3.4 Ethische Überlegungen

Frauen erleben Geburten unterschiedlich. Bei einigen kommt es zu Komplikationen, bei anderen nicht, manche wiederum erleben dieses Ereignis als wunderschön, für manche war es ein schreckliches Erlebnis. Man muss bei den Interviews rechnen, dass eine mögliche Traumatisierung bei der Geburt stattgefunden hat und dass dieses Erlebnis bei dem Interview wieder aufbrechen kann. Hier ist dafür zu sorgen, dass man Verständnis zeigt und die Frau erst wieder verlässt, wenn diese sich beruhigt und gefasst hat. Wenn man das Gefühl hat, dass die Interviewpartnerin tatsächlich tiefliegende Probleme hat, kann man ihr nahe legen, professionelle Hilfe zu suchen. Andererseits kann ein Gespräch mit einer anderen Frau und Mutter auch eine Möglichkeit der Aufarbeitung bieten.

Es gab keine Begutachtung durch eine Ethikkommission, daher wurde im Rahmen des Diplomandenkolloquiums über ethische Aspekte diskutiert.

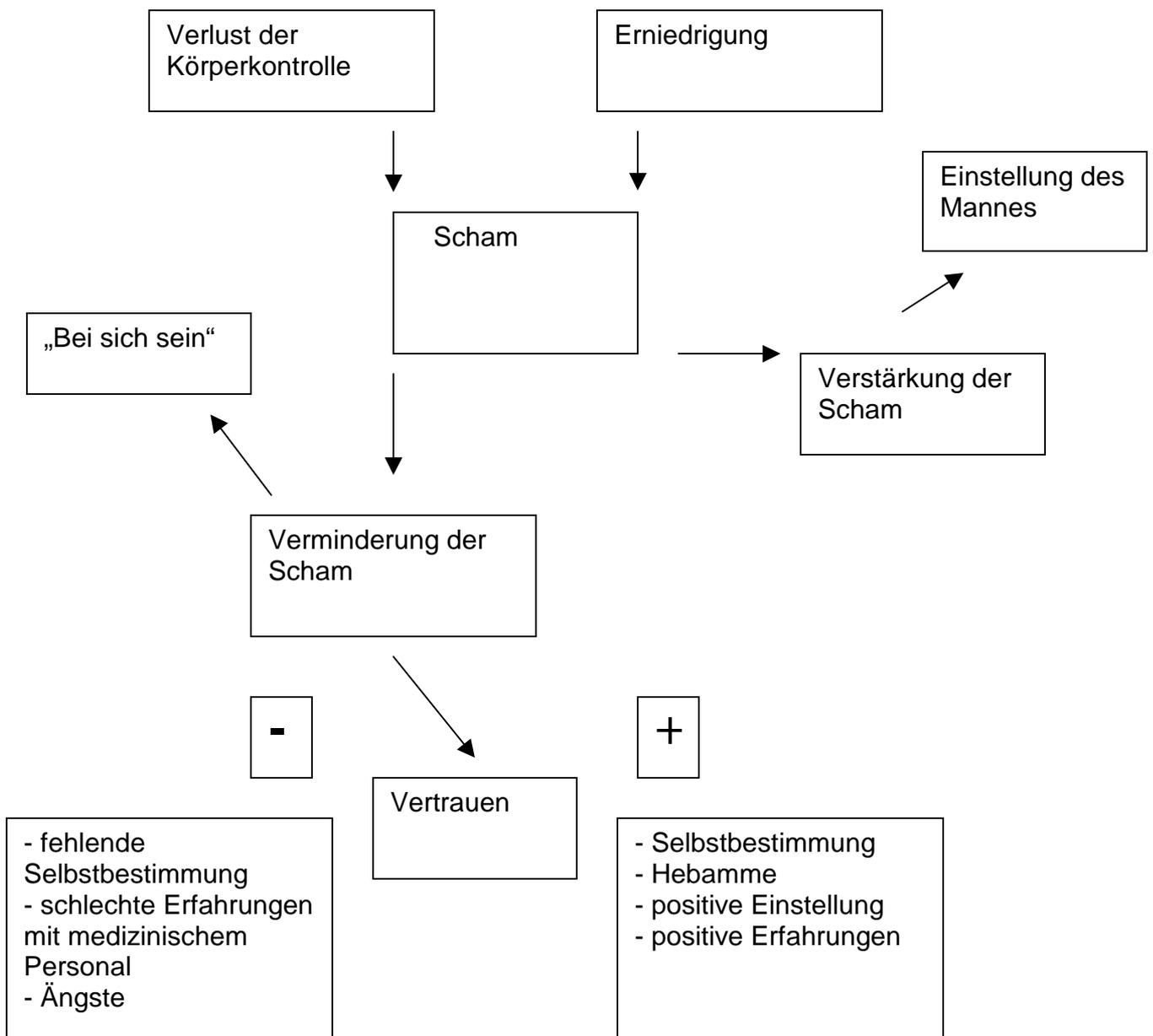
Alle Interviewpartnerinnen wurden bereits bei der telefonischen Terminvereinbarung über das ungefähre Thema, Zweck und Dauer des Interviews informiert. Auch die Aufnahme mittels MP3-Players wurde angesprochen. Außerdem wurden alle Frauen zu Beginn des Interviews auf die Freiwilligkeit, Rücknahmerecht und Anonymität hingewiesen. So konnten alle Interviewpartnerinnen ihre informierte Zustimmung geben (Polit, 2004).

4. Erkenntnisse

Im folgenden Kapitel werden die Phänomene, verschiedene Faktoren und ihre Zusammenhänge beschrieben, die in den Interviews zu identifizieren waren.

Die Scham kann einerseits durch Verlust der Körperkontrolle, als auch durch entwürdigende Situationen entstehen. Diese Scham wird vor dem Partner empfunden. Durch Vertrauen in die Hebamme oder den Geburtshelfer kann diese Scham reduziert werden. Dieses Vertrauen kann einerseits durch Selbstbestimmung, positive Erfahrungen und Einstellung, aber auch durch das medizinische Personal gefördert, andererseits kann dieses Vertrauen durch fehlendes Selbstvertrauen, schlechte Erfahrungen und Ängste reduziert oder zerstört werden. Auch durch das Erleben des „Bei sich sein“, das unten näher beschrieben wird, kann Scham verringert werden. Das Schamerleben kann aber auch durch die Einstellung des Partners vermehrt werden. Das Schamerleben des Partners kann also auf die Schwangere übertragen werden. Folgendes Modell soll dies veranschaulichen.

Theorie der Scham bei der Geburt



4.1 Scham

Das Phänomen Scham wurde von fast allen Interviewpartnerinnen erlebt. In den meisten Fällen geschah dies durch Verlust der Kontrolle über ihren Körper. Vor allem waren dabei die Körperrausscheidungen, Harn und Stuhl vorrangig. Aber auch der Abgang des Fruchtwassers und das Erbrechen bei der Geburt wurden als peinlich empfunden. In einem Fall ist es auch das Schreien und Beißen des Partners, das

rückblickend als unangenehm erlebt wurde. Diese Scham wurde ausschließlich vor dem Partner empfunden, nie vor dem medizinischen Personal. Das Erleben der Körperscham ist unabhängig davon, wo die Geburt stattgefunden hat. Egal ob das Kind zu Hause oder in einem der verschiedenen Krankenhäuser zur Welt gebracht wurde, verschwand dieses Gefühl nicht vollständig.

Es ist anzunehmen, dass Gebärende durch das aufgebaute Vertrauen die Möglichkeit haben, die Kontrolle, die sie selber nicht mehr aufrecht erhalten können, an die Hebamme oder den Geburtshelfer abgeben können. Dadurch empfinden sie auch keine Scham vor ihr oder ihm. Es wird von fast allen Frauen erwähnt, dass durch einen einfachen Zuspruch der Hebamme die aufkeimende Scham reduziert oder genommen wurde. Diese Art der Scham wird von allen Frauen als selten auftretend, intensiv und eher kurz beschrieben.

„...bei der Hebamme hab ich dann schon gewusst, die hat das schon hunderttausend mal erlebt, aber mit meinem Freund war das schon, doch schon teilweise ein bisschen peinlich....und dann bei der Geburt ist halt ein bisschen rausgekommen und da hat er mich dann, glaub ich dann abgewischt, daran kann ich mich erinnern, das war, da hab ich mir gedacht, hm, ja, und es riecht ja dann auch, du riechst es ja dann auch irgendwie...“

Interessant ist, dass die Frau, die ihr Kind zu Hause geboren hat, diese Schamreduktion nicht erlebt hatte. Möglicherweise wurde die Hebamme durch ihre Aufgabe des Entbindens so beansprucht, dass sie das Schamerleben übersehen hat, oder annahm, dass es in dem intimen Rahmen keine Scham gibt.

Eine etwas andere Dimension hat der Wochenfluss. Dieses Thema ist meist ein Tabuthema zwischen Mann und Frau, wodurch dies nicht schamauslösend wirkt. Dennoch fühlten Frauen sich tendenziell unwohl in dieser Zeit, was von dem Tragen der Netzhöschen und der Vorlagen, welche in den Spitälern angeboten, aber auch von den Hebammen zu Hause empfohlen werden, verstärkt wurde.

„... da hab ich halt zwei solche dicken Vorlagen drin gehabt und da geht man so wie ein Kind mit voller Windel, und da hab ich mich schon manchmal gefühlt wie da da, hab ich mir gedacht tiefer geht's nimmer, wirklich.“

Einige Frauen erlebten Scham auch in Situationen, in denen sie sich herabgesetzt oder bloßgestellt gefühlt haben. Hier spielt die Kommunikation mancher Ärzte und Ärztinnen, die davon ausgehen, dass man ihre Fachsprache versteht, eine wichtige Rolle. Die Frauen erlebten, dass über sie, aber oft nicht mit ihnen gesprochen wurde. Eine Interviewpartnerin beschreibt die Situation mit einer Ärztin, die sie tadelte, nachdem die Frau Ultraschallbilder falsch interpretiert hat. Sie bekam aber weiters keine Erklärung.

„...es schaut doch eh besser aus von dem Bild her und sie sagt nein, wieso ich jetzt auf das komm und, die hat mir keine richtige Auskunft gegeben...da hab ich mich echt schlecht gefühlt...da hab ich das Gefühl, als ob ich einen Fehler gemacht hätte, nur weil ich nachgefragt hab...“

Auch im Wochenbett, erleben manche Mütter Situationen, in denen sie abgemahnt wurden, meist von Pflegepersonal oder Hebammen, und dadurch auch beschämt wurden. Die Mütter erzählen von kleinen Ereignissen auf der Wöchnerinnenstation, in denen ihnen vorgeworfen wurde, dass sie etwas nicht richtig gemacht hatten. Sie reagieren in fast allen Fällen empört, was darauf schließen lässt, dass es ihnen in dem Moment unangenehm war und sie beschämt wurden. Auch wenn sie das medizinische Personal dafür verantwortlich machen, hat es sie doch getroffen. Frauen, die diese Scham beschreiben, haben diese eher mit hoher Intensität und eher andauernder erlebt, erst nachdem sie sich bewusst wurden, dass sie keinen Fehler gemacht hatten, ging es ihnen besser. Diese Scham dürfte auch das Erleben eines ganzen Zeitabschnittes beeinflussen, da die Frauen, die in solchen Situationen waren, die Zeit auch nicht so schön in Erinnerung hatten, wie jene, die solchen

Erlebnissen nicht ausgesetzt waren. Es wird von einigen Frauen angesprochen, dass sie sich vor der Entbindung Gedanken über das Schamerleben bei der Geburt gemacht haben. Hier waren ebenfalls Körperausscheidungen und Schreien zentrale Punkte. Aber auch das Einnehmen verschiedener Geburtshaltungen und die Anwesenheit mehrerer oder männlicher Personen war für manche Frauen im Vorfeld ein problematisches Thema. Mehrere Interviewpartnerinnen hatten auch Angst, dass der Geburtsvorgang selbst peinlich sein könnte. Hier kann man annehmen, dass das „Bei sich sein“ und das Vertrauen schamverhindernd gewirkt hat.

Einige Frauen griffen auf Strategien zurück, die Scham verhindern. Einerseits empfanden manche Frauen, dass der Einlauf ein wirksames Mittel gegen Stuhlausscheidung bei der Geburt ist, andererseits versuchte eine Frau durch eine Hausgeburt ihre Intimsphäre zu erhalten. Die Reduktion der Zahl der anwesenden Personen bei der Geburt verminderte das Schamerleben. Ebenso wurden durch ambulante Geburten peinliche Situationen verhindert, die durch im Spital verbrachtes Wochenbett hätten vorkommen können.

Es gibt allerdings zwei Frauen, die von wenig Schamerleben erzählten. Bei der einen Interviewpartnerin ist während des gesamten Interviews ihre gelähmte Hand im Mittelpunkt. Bei der Geburt wurde ein Nerv eingeklemmt und dadurch in seiner Funktion gestört. Dies belastete die Mutter so sehr, dass alles andere unwichtig wurde. Bei der zweiten Interviewpartnerin waren ihre Sorgen und die fehlende Bereitschaft zur Geburt, sowie fehlendes Vertrauen der Grund, dass Scham in den Hintergrund rückte. Es gibt also Ereignisse, welche die Erlebnisse so beeinflussen, dass Gefühle wie Scham in den Hintergrund gedrängt werden.

Die Scham, ausgelöst durch das Erleben des Körperkontrollverlustes, konnte mit keiner Strategie verhindert werden. Das Vertrauen in die Hebamme dürfte allerdings diese Scham verringern. Möglicherweise ist das Vertrauen zu Geburtshelfer und Geburtshelferin ausschlaggebend dafür, dass bei der Austreibungsphase keine Scham empfunden wird.

4.2 Vertrauen

Das Phänomen Vertrauen ist sehr wichtig bei der Geburt. Gebärende suchen in jedem Fall eine Vertrauensebene zu ihrer Hebamme, Geburtshelferin oder Geburtshelfer. Die meisten Frauen erleben dies auch sehr positiv und intensiv. Dieses Vertrauen wird als wichtig definiert und gibt der Frau Sicherheit. Einerseits ist bereits die Kontaktaufnahme der Schwangeren mit einer Hebamme ein erster Schritt zu diesem Vertrauen, andererseits gibt es noch einige Umstände, vorangegangene Erfahrungen, äußere Faktoren aber auch die innere Einstellung der werdenden Mutter, die diese Vertrauensbasis beeinflussen.

„...dann ist zufällig die Freundin, also die Hebamme hat dann auch noch Dienst gehabt von sieben, also ab sieben hat sie mich übernommen und hat ihn dann auf die Welt gebracht, es war dann auch noch schön, dass das jemand war, den ich auch noch gekannt hab...“

Hebammen, die in den meisten Fällen Geburten betreuen, können durch Sympathie, Empathie und einen liebevollen Umgang, in dem sie den Gebärenden Angst nehmen und sie motivieren, viel zum Aufbau des Vertrauens beitragen. Auch ihre Kompetenz und eine konforme Vorstellung von dem Geburtsvorgang stärken die Beziehung zwischen Hebammen und Gebärenden. Hebammen können werdenden Müttern das Gefühl geben, selbstbestimmt zu sein, in dem sie auf die Wünsche der Gebärenden eingehen. Dies fördert das Vertrauen und macht es möglich, dass Frauen sich auf die Hebamme einlassen und sich letztendlich führen lassen.

Die Selbstbestimmung bei der Geburt ist für die meisten Frauen wichtig. Manche Frauen haben konkrete Wünsche, manche nur eine vage Vorstellung. Manchmal ist es Musik oder ein rotes Handtuch für das Neugeborene, manchmal aber auch die Geburtsposition, eine Hebammengeburt oder das Laut-Sein und Schreien-Dürfen bei der Geburt, was Frauen als Selbstbestimmung wahr nehmen.

Es spielt auch die Auswahl des Ortes, an dem die Geburt stattfinden soll, eine große Rolle und ist ein Teil der Selbstbestimmung. Jede Frau entscheidet nach ihren

Bedürfnissen und Vorstellung, welches Krankenhaus für sie das Richtige ist und welche Ideologie ihr am ehesten zusagt. Damit wird auch gleichzeitig eine Vorauswahl der Hebamme getroffen, welche die Ideologie des Krankenhauses vertritt. Manchen Frauen ist das zu wenig und sie suchen sich eine Wahlhebamme, womit sie sich für eine konkrete Person entscheiden.

Zur Selbstbestimmung gehört auch, dass Schwangere sich mit den Räumlichkeiten auseinander setzen. Egal ob die Räume als schön und gemütlich, oder steril und zweckmäßig empfunden werden, ist es wichtig, dass die werdenden Mütter die Entbindungszimmer während der Schwangerschaft einmal gesehen haben. Vielen Frauen ist es dann während der Geburt egal, wie der Raum ausgestattet ist, bei der Besichtigung ist es meist beruhigend, wenn sie sich darin wohl fühlen.

„...es war mir ziemlich egal wie der Raum jetzt aussieht, es war wichtiger, wie wir es uns anschauen waren, dass es so warm wirkt, und die ganzen Möglichkeiten die da drinnen waren in dem Saal, aber bei der Geburt selber, hätte es auch das Untersuchungszimmer sein können...“

Eine Interviewpartnerin entschied sich für eine Geburt zu Hause, aber auch sie besichtigte die Räume, in denen, bei einem Notfall, die Geburt stattfinden könnte.

Für viele Frauen ist es wichtig für den Vertrauensaufbau, in der Schwangerschaft positive Erfahrungen mit Ärzten und Spitälern gemacht zu haben. Es ist zu beobachten, dass viele Frauen zu Beginn der Schwangerschaft den Gynäkologen oder die Gynäkologin gewechselt haben. Die Gründe dafür sind immer das Gefühl „abgefertigt zu werden“, aber auch, dass unnötige Ultraschalluntersuchungen gemacht werden, um daran zu verdienen. Durch den Wechsel konnten viele Interviewpartnerinnen negative Erfahrungen umgehen. Wichtig war den Frauen bei den Untersuchungen, die Entwicklung des Kindes mit zu verfolgen und dass ihnen verschiedene Ängste genommen wurden.

Zu diesen vertrauensfördernden Faktoren wurden noch folgende beeinflussende Punkte gefunden. Für viele Frauen war es wichtig, sich vorzubereiten. Durch Geburtsvorbereitungskurse, Sitzbäder, Dammassage und Trinken von Himbeerblättertée, sowie das Lesen von einschlägiger Literatur fühlten sich die Frauen sicherer und offener der Geburt gegenüber.

„Ich hab mich total gut vorbereitet gefühlt gehabt, ..., was da passiert, was vor sich geht, was bedeutet es, wenn der Muttermund drei Zenimeter offen ist, was tut man wenn Presswehen, wie in welcher Haltung soll man, wie soll man Atmen, also wir haben Geburtsvorbereitungskurs gemacht, ja, und ich hab auch relativ viel gelesen und ich dann hab ich geschaut, dass ich für mich, ich hab Himbeerblättertée getrunken, bin einmal in der Woche in Joga gegangen, bin sehr viel in Bewegung geblieben, so Sitzbäder, Heublumenbäder, so in Hoffnung, dass sich das Gewebe sich dehnt dann Dammassage hab ich gemacht, also ich hab das Gefühl dass ich mich schon bewusst vorbereitet hab, und probiert das ganze positiv zu fördern...“

Dazu kommt, dass es für beinahe alle Frauen wichtig war, dass ihre Partner anwesend waren. Für eine Interviewpartnerin war die medizinische Sicherheit wichtig für Vertrauensaufbau, und für viele war es das Gefühl, etwas Besonderes zu sein, nicht nur für den Partner, sondern auch für das medizinische Personal. Außerdem waren die meisten froh über Ruhe und Intimität bei der Eröffnungsphase. Für eine werdende Mutter beinhaltet diese Intimität auch die ständige Anwesenheit und Unterstützung der Hebamme. Einige Frauen erwähnen die Hilfe, die sie durch positive Geburtserzählungen von Freundinnen oder Familienangehörigen erhalten haben. Dies passierte meistens dann, wenn ihnen einige Wochen vor der Entbindung die Unausweichlichkeit ihrer Situation bewusst wurde und Panik einsetzte. Mittels Gesprächen, in welchen positive Erfahrungen vermittelt wurden, konnte diese Panik

bekämpft, die Schwangere wieder ruhiger werden und der Entbindung gelassen entgegen sehen.

Wie bereits erwähnt, erzählten manche Frauen in den Gesprächen Situationen, welche ihre Besonderheit im Spital hervorstrichen. Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie die einzige Geburt in der Nacht war, eine andere spricht davon, dass sie auf Grund ihres Freundes, der Rettungssanitäter ist, von allen geduzt wurde. Eine der Interviewpartnerinnen hatte bereits viel Zeit in der Schwangerschaft im Spital verbringen müssen und kannte daher das gesamte Team. Beinahe jede Frau fand, dass sie in irgendeiner Beziehung etwas Besonders war. Für den Partner ist es eine einzigartige Situation, aber für das medizinische Personal ist eine Entbindung Routine. Dennoch hatte keine Frau das Gefühl nur eine von vielen zu sein. Anscheinend half dieses Gefühl auch beim Vertrauensaufbau. Auch hier ist anzunehmen, dass Gebärende diesen Schutzmechanismus instinktiv aufbauen.

So wie es verschiedene Faktoren zur Vertrauensförderung gibt, gibt es auch einige Erlebnisse und Umstände, die den Vertrauensaufbau erschweren oder gar unmöglich machen. Auch der Verlust des Vertrauens kann verschiedene Ursachen haben. Je nach Schwere der Vertrauensschädigung kann das Vertrauen wieder hergestellt werden oder dauerhaft verloren gehen.

4.3 Fehlendes Vertrauen und Vertrauensverlust

So wie das medizinische Personal die Möglichkeit hat, die Vertrauensbasis zwischen sich und der werdenden Mutter zu stärken, trägt es auch viel dazu bei, wenn das Vertrauen wenig oder nicht entsteht.

Fehlende Selbstbestimmung vermittelt der Gebärenden, dass ihre Wünsche nicht wichtig sind, und drängt sie in eine passive Rolle. Dieses Fehlen der Selbstbestimmung äußert sich einerseits darin, dass Wünsche der Schwangeren abgelehnt werden, andererseits auch darin, dass die werdende Mutter nicht aufgeklärt, nicht informiert oder erst gar nicht nach ihren Vorstellungen gefragt wird.

*„...weil ich sowieso nichts anderes dürfen hab, als liegen,
(..) glaube ich zumindest, davon geh ich aus, weil die
haben mich gar nicht gefragt, weil normalerweise wird man
ja wohl gefragt, wie man gerne gebären will...“*

Manchmal wird das Vertrauen bei Untersuchungen durch Ärzte verletzt. Hier werden von den Frauen schmerzhaft Untersuchungen erwähnt. Aber auch Komplikationen oder abweichende Messungen in der Schwangerschaft sind für die Frauen Situationen, in denen Vertrauen verloren gehen kann. Mehrere Frauen meinen, dass es an der Fachsprache der Ärzte liegt, welche Laien selten verstehen und die eher verunsichert als aufklärt. In Situationen, in denen die Frauen stationär im Spital waren, konnten Hebammen und Pflegepersonal, aber auch sensible Ärzte und Ärztinnen die Diagnosen verständlich „übersetzten“, bei ambulanten Untersuchungen, war das nicht möglich. Eine Interviewpartnerin erzählt, dass ihr ein Arzt große Angst gemacht hat, was unweigerlich zu Vertrauensverlust führte. Auch in diesem Fall konnte die Hebamme dies zum größten Teil abfangen, dennoch blieben Angst und geringeres Vertrauen zurück.

Verschiedene Ängste, die viele Frauen in der Schwangerschaft entwickeln, können den Vertrauensaufbau erschweren. Hier ist die Angst vor einem Kaiserschnitt bei mehreren Frauen gegeben. Aber auch über Schmerzen, Scham und die Dauer der Geburt machen sich einige Frauen Gedanken. Wenn diese Ängste nicht genommen werden, ist es schwierig, Vertrauen zu den Geburtsbegleitern zu fassen. Zum Schluss ist noch zu erwähnen, dass auch Bekannte und Verwandte die Schwangere unter anderem durch Erzählungen negativ beeinflussen und ihr Angst machen können. Auch hier wird der Vertrauensaufbau erschwert.

So wie anzunehmen ist, dass Vertrauen das Erleben der Scham reduziert, ebenso scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben des „Bei sich seins“ und einer schamreduzierten Geburt zu geben.

4.4 „Bei sich sein“

Alle Frauen erwähnen bei ihren Geburtserzählungen eine Zeit, in der sie nur mehr einen Teil ihrer Umgebung wahrnehmen. Für manche Frauen ist dies in etwa vom Blasensprung bis zur Geburt, bei manchen beginnt dieses Gefühl erst am Anfang der Austreibungsphase. Es ist aber meist die besonders schmerzhafteste und anstrengende Zeit. Alle Gebärenden erleben das „Bei sich sein“ sehr ähnlich. Einerseits nahmen sie ihr Umfeld nur mehr undeutlich wahr und erzählen, dass sie nicht nachdenken könnten, waren aber ganz mit sich beschäftigt und konzentrierten sich auf das Geburtsgeschehen. Auch der Verlust des Zeitgefühls, wird von mehreren Interviewpartnerinnen erwähnt.

Viele Frauen merkten, trotz eingeschränkter Wahrnehmung, dass ihre Partner anwesend waren und sie unterstützten. Das „Bei sich sein“ dürfte auch, wie schon oben erwähnt, Scham während der Austreibungsphase reduzieren oder ganz zerstreuen.

*„Aber alles andere war mir, nein, war mir nicht
peinlich, also wie schon gesagt, ich war sehr bei mir
bei der Geburt...“*

Interessant ist, dass Frauen, bei deren Geburten Komplikationen aufgetreten sind, diese wenig mitbekommen und dadurch auch wenig Ängste erlebt haben. Dieses „Bei sich sein“ wird von fast allen Frauen sehr intensiv, stark und positiv erlebt. Lediglich eine Interviewpartnerin empfand dieses „Bei sich sein“ negativ. Sie berichtet, dass sie das Gefühl hatte in Ohnmacht zu fallen und dies eher unangenehm war. In nur einem Interview wird eher nüchtern von der Geburt erzählt und wenige Gefühle erwähnt. Hier wird auch wenig über dieses „Bei sich sein“ berichtet, was aber möglicherweise auch auf die Erzählform zurück zu führen ist. Andererseits könnten die großen Ängste, welche von der Gebärenden erlebt wurden, sie daran gehindert haben, in tiefere Trance zu fallen. Sie wollte weiter die Geburt kontrollieren und schaffte nicht, los zu lassen.

Anscheinend wirkt dieses „Bei sich sein“ als Schutzmechanismus auf die Gebärende. Es scheint, dass es nichts, außer den zuvor erwähnten Ängsten, gibt, was dieses

Gefühl fördert oder beeinflusst. Dennoch könnte das Erleben der Zeit vor dem „Bei sich sein“, also etwa die Eröffnungsphase, eine Rolle spielen. Da diese Zeit von allen Frauen als ruhig, intim und entspannt beschrieben wird, lässt sich leider kein konkreter Rückschluss ziehen.

Es ist sehr unterschiedlich, wie werdende Mütter die Zeit vor der Geburt erleben und verbringen. Die meisten versuchen, so lange wie möglich sich zu entspannen und Kräfte zu sammeln und erleben den Beginn der Eröffnungsphase eher entspannt und positiv. In den Spitälern wird eine Zweisamkeit der Gebärenden und ihrem Partner meist gefördert, lediglich von ein paar Untersuchungen, die aber eher als informativ empfunden werden, unterbrochen. Im Fall der Hausgeburt mochte die Frau, diese Zeit alleine zu verbringen, in einem anderen Fall wurde die Hebamme für diese Zeit dazu gewünscht. Für alle Interviewpartnerinnen gilt aber, dass sie viel Ruhe und Ungestörtheit erlebt haben.

So wie das Erleben der Scham durch verschiedene Faktoren verringert werden kann, kann dies auch gefördert werden. Hier spielen der Partner und seine Einstellung zu Geburt und Scham eine große Rolle.

4.5 Einstellung des Partners

Die meisten Männer wollen heutzutage ihre Partnerin begleiten und unterstützen, wenn diese ihre Kinder gebären. Auch die Frauen freuen sich über die Unterstützung, sind sie doch ein Teil der Familie, die entsteht. Aber diese Anwesenheit der werdenden Väter ist nicht immer nur hilfreich. Die meisten Frauen erzählen davon, wie sehr die Partner Stütze waren. Aber in einem Fall, war der Partner auch die Person, welche die Scham der Frau vermehrt hat. Das gesamte Umfeld, auch die Frau und selbst der Mann, gehen davon aus, dass der Partner nicht in der Lage sein wird, bei der Geburt dabei zu sein. Die Schwangere erwartet dennoch, dass sie diese gesamte Zeit gemeinsam verbringen. Schon bei der ersten Untersuchung in der Schwangerschaft ist er dabei und rückt lieber in den Hintergrund. Die Interviewpartnerin erzählt auch, dass ihr Partner wenig mit ihrem schwangeren Körper anzufangen wusste, ihn nicht attraktiv fand und auch wenig Kontakt zum Ungeborenen aufgenommen hat.

„...also er hat den Bauch nicht attraktiv gefunden, das sag ich ganz ehrlich, es gibt ja Männer, die finden dass sehr sexy, aber mein Mann hat das nicht so schön gefunden, er hat auch nicht das Bedürfnis gehabt, auch da so viel drauf zu greifen oder so und das hat mich schon ein Bissl enttäuscht, ich hab mir gedacht ich wär da ganz anders, ich würd da immer greifen und horchen und so, das hat er lang nicht gemacht, am Schluss hat er's dann schon gemacht, aber das hat ziemlich gedauert...“

Doch er wuchs in seine Rolle hinein und meisterte dann auch die Geburt. Dennoch scheint es so, als hätte sich das peinliche Empfinden des Partners auf die Schwangere und Gebärende übertragen. Diese Mutter ist der Meinung, dass nicht nur die Männer zu wenig auf die Geburt vorbereitet werden, sondern dass zu wenig ausgesprochen wird, dass dieses Ereignis auch peinlich sein kann. Allerdings empfand die Interviewpartnerin neben dieser Schamübertragung auch große Dankbarkeit über sein „Da sein“ bei der Geburt und würde dieses gemeinsame Erlebnis nicht missen wollen.

Bei den anderen Frauen war die Anwesenheit des Partners auch meist sehr wichtig, allerdings ist die Einstellung der Männer eher pragmatisch, sie wissen, oder denken zu wissen, was auf sie zu kommt und wollen gerne die Frau unterstützen.

Das gemeinsame Erleben der Geburt kann daher auch Spuren in der Beziehung hinterlassen.

4.6 Partnerbeziehung

Einige Interviewpartnerinnen erzählten von einer Veränderung der Beziehung durch die Geburt. Durch das gemeinsame Erleben dieser krisenartigen Situation wissen die meisten Frauen, dass sie auf ihre Partner nun 100% vertrauen können und die Männer ihnen Sicherheit bieten. Aber auch ein geringeres Schamerleben dem

Partner gegenüber und eine hemmungslosere Beziehung nach der Geburt wird angesprochen. Diese Veränderung ging immer mit einer Verbesserung einher. Auch die vorübergehend reduzierten sexuellen Bedürfnisse der Frau werden als Änderung bezeichnet. Hier ist für die Frauen wichtig, dass ihre Partner das verstehen und akzeptieren, da sie nicht nur mehr Sexualpartnerinnen sind, sondern auch die Rolle der Mutter einnehmen. Die Veränderung der Beziehung empfindet jede Frau als positiv und ist ihr sehr wichtig.

„...Und durch dieses Geburtserlebnis ist etwas dazugekommen, Ich weiß nicht, andere haben, da ist es irgendein besonderer Urlaub, oder keine Ahnung und die Geburt ist halt so was ganz was starkes, was da noch mit reinfließt in die Beziehung....“

Der Partner wurde von den Müttern in beinahe allen Fällen als große Hilfe und Stütze empfunden. Er konnte neben dem „Da sein“, das für die meisten Gebärenden das wichtigste war, auch die Kommunikation nach außen, mit Hebammen und Ärzten führen. Dazu kommt, dass er die Wünsche und Vorstellungen der Schwangeren vertrat. Aber auch das gemeinsame Erleben der kleinen und großen Freuden ist für viele Frauen wichtig.

In nur einem Interview wird der Partner nicht als Hilfe erwähnt. Bei dieser Geburt hatte die Gebärende eine PDA, welche ihr die Schmerzen nahm. Gründe dafür könnten sein, dass bei dieser Geburt die Ärzte im Vordergrund standen und die Aufgabe der Stütze und die Führung der Kommunikation nach außen weg fielen. Die Interviewpartnerin erzählt auch, dass ihr Partner einige Male weg ging um zu rauchen, wodurch er sie auch nicht die gesamte Zeit begleitet hat.

In einem Interview scheint es, dass die Hebamme wichtiger ist als der Partner. Hier hatte die Schwangere sehr große Ängste vor der Geburt, wodurch sie ihre ganze Hoffnung und ihr Vertrauen in ihre Hebamme setzte. Der Partner rückte in den Hintergrund und sprang nur dann helfend ein, wenn die Hebamme verhindert war. Möglicherweise liegt hier der Grund dafür, warum der Partner nicht als so wichtig empfunden wurde.

Es war außerdem zu beobachten, dass bei den Geburten, bei denen kleine Uneinigkeiten zwischen den werdenden Eltern entstanden sind, oder nur der Gedanke der Unzumutbarkeit für den werdenden Vater aufgetaucht ist, sich die Beziehung eher verändert hat, als bei denen, die sich immer einig waren. Ich könnte mir vorstellen, dass der Mann in eine neue Rolle gedrängt wurde, die ihm nicht entsprach, er könnte lediglich passiv unterstützen und wenig aktiv helfen. Es kam bei der Geburt zu einer neuen Rollenaufteilung, die dann über das Geburtserlebnis hinaus wirkte.

„...was mich ein bisschen gestört hat, ich hab ihm gesagt, ich mag den nassen Waschlappen nicht, und er wollte mir immer wieder was Gutes tun mit dem nassen Waschlappen, (lacht) und dann hab ich ihm irgendwann einmal ganz böse gesagt, geh weg und so, ja, und aber so, ohne ihm könnte ich mir das gar nicht vorstellen...“

4.7 Erleben der Zeit nach der Geburt

Wie die Zeit nach der Geburt erlebt wird, scheint nicht mit dem Schamerleben bei der Geburt zusammen zu hängen. Dennoch waren einige interessante Ergebnisse zu identifizieren.

Die meisten Frauen konnten nach kurzer Zeit unbelastet über die Geburt erzählen. Sie haben das Ereignis gut verarbeiten können. Dabei gab es einige Faktoren, die ihnen dabei geholfen haben. Viele Mütter sahen das gesunde Kind als Belohnung, und der Körperkontakt machte es für sie greifbar. Die Konzentration auf die neue, kleine Familie wirkte sich auf das Verarbeiten positiv aus und ließ alles andere in den Hintergrund treten.

„...seit der kleine Bub in meinen Armen gelegen ist, geht's mir einfach total gut, und das ist nach wie vor

so, ja, es war schlimm, dann war die Geburt und ab dem Moment war's gut, war alles gut...“

Aber auch die Strategie, das Positive in der Geburt zu sehen und die Komplikationen als unwichtig abzutun, wirkt. Bei allen hat letztendlich die Zeit geholfen. Auch wenn mehrere Monate vergehen mussten, haben alle über ein zweites Kind nachgedacht und können es sich vorstellen, noch eine natürliche Geburt zu erleben.

Es waren aber auch hinderliche Faktoren für eine gute Geburtsverarbeitung zu finden. Zwei Interviewpartnerinnen hatten nicht die Möglichkeit, das Kind bei sich zu behalten. Eine Frau war aus Erschöpfung nicht in der Lage, es zu nehmen, das Kind der anderen Mutter musste in den Inkubator gelegt werden. Beide hatten Mühe, das Erlebte zu verarbeiten. Eine Frau konnte auch längere Zeit nicht über die Geburt sprechen, was sich auch nicht positiv auf die Verarbeitung ausgewirkt hat.

„...weil sie sie nicht gleich her gelegt haben zu mir, sondern gleich mitgenommen, ich hab mich gefühlt, ich hab ja dann kein Kind im Arm, es war dann ja kein Kind da eigentlich, zumindest nicht greifbar für mich...“

Die Wochenbettzeit ist untrennbar mit dem Mutterwerden verbunden. Daher ist diese Zeit ebenso wichtig, wie die Geburt selbst. Das Wochenbett ist geprägt von Schmerzen, Erschöpfung, dem Kennenlernen des Kindes und den ersten Versuchen des Stillens. Manche Frauen genießen die Sicherheit und den Komfort im Krankenhaus, andere ziehen die Privatsphäre und „Dreisamkeit“ zu Hause vor.

Die Frauen, die im Spital geblieben sind, haben dies sehr unterschiedlich erlebt. Einige haben schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Personal gemacht, andere fühlten sich gut behandelt. Manche erlebten vollkommene Eigenbestimmtheit, bei anderen Müttern wurde über ihren Kopf hinweg entschieden. Die Visiten wurden von einigen Frauen eher negativ empfunden, da die Ärzte wenig auf die Probleme und Schmerzen der Wöchnerinnen eingingen. Andere beschrieben die Visite als eher

unspektakulär. Eine Interviewpartnerin erzählt von einer Unruhe und schlechten Stimmung in ihrem Zimmer, da die anderen Frauen Probleme hatten.

Die Frauen, die ambulant oder zu Hause entbunden haben, beschreiben das Wochenbett als sehr positiv, aber auch eher anstrengend. Es wird von einer Frau auch das schlechte Gewissen ihrem Partner gegenüber erwähnt, da er die erste Zeit für alles zuständig war. Eine zweite erwähnt ebenfalls die Müdigkeit des Mannes in Verbindung mit den Aufgaben, die er übernehmen musste.

Keine der Frauen, welche die Wochenbettzeit zu Hause verbracht haben, haben es bereut. Einige Frauen, die drei bis fünf Tage im Krankenhaus waren, könnten sich bei einer zweiten Geburt ebenfalls eine ambulante Entbindung vorstellen.

4.8 Komplikationen bei der Geburt

Jede Frau hat die Hoffnung, dass die Geburt ihres Kindes reibungslos und komplikationslos vonstatten geht. Sie bereiten sich und ihren Körper darauf vor, viele stellen sich mental darauf ein, indem sie sich immer wieder den Geburtsvorgang vorstellen. Dennoch können Schwierigkeiten auftreten und den Geburtsverlauf ändern. Fünf der acht Geburten wurden als schmerzvoll und anstrengend erlebt, bei zwei Frauen musste weiteres Personal unterstützen. Dennoch waren diese Geburten ohne Komplikationen. Sie alle hatten eine ruhige Eröffnungsphase.

Die Interviewpartnerin, die eine PDA hatte, konnte in das Geburtsgeschehen kaum mehr aktiv eingreifen und mitarbeiten. Eine weitere Frau wurde während der Geburt von ihren Ängsten geplagt, sie konnte kaum los lassen und war nur sehr wenig „bei sich“. Auch eine dritte Mutter hatte kaum die Möglichkeit los zu lassen und die Kontrolle auf zu geben. Ihr fehlte das Vertrauen und sie hatte einen inneren Widerwillen, der ihr die Geburt schwer machte. Bei allen drei Gebärenden traten Komplikationen auf und die Geburt musste mittels Saugglocke beendet werden.

Auf Grund der beiden Interviewpartnerinnen, welchen die Kontrollabgabe schwer viel, könnte man einen Zusammenhang mit den Komplikationen annehmen. Eventuell ist diese Kontrollabgabe doch wichtig für das „Bei sich sein“ und die

Bereitschaft los zu lassen. Nur so ist ein Fortschritt bei der Geburt möglich und eine komplikationslose Entbindung wahrscheinlich.

4.9 Diverses

Nun werden noch einige Beobachtungen, die interessant und wichtig sind beschrieben.

Alle Interviewpartnerinnen haben die Geburt als einschneidendes, wichtiges Ereignis erlebt. Dennoch erzählen alle Frauen sehr unterschiedlich davon. Allein die Dauer der Geburt wurde bei ähnlicher Stundenzahl von einer als kurz, von der anderen als sehr lange bezeichnet. Für manche waren die Schmerzen beinahe unerträglich, für eine andere war es der Ausbruch einer Naturgewalt, für eine Dritte hauptsächlich anstrengend. Es gibt kaum ähnliche Empfindungen. Mehrere Interviewpartnerinnen geben an, dass dieses unterschiedliche Erleben von Geburten für sie auch der Grund war, warum sie sich keine konkreten Vorstellungen gemacht haben. Bei so unterschiedlichen Empfindungen ist es schwierig hilfreiche Faktoren zu identifizieren.

Auch wenn nicht alle davon berichten, dürfte für manche das Wetter ausschlaggebend für die Atmosphäre bei der Geburt gewesen sein. Bei einer Interviewpartnerin wirkt der Sonnenschein motivierend in der letzten Phase der Geburt, bei einer anderen schlägt sich das trübe Wetter auf die Stimmung. Drei weitere erwähnten das Wetter beiläufig, was auch auf einen gewissen, wenn auch geringen, Einfluss schließen lässt.

Viele der Interviewpartnerinnen wollten wenig Kontakt zu Ärzten. Eine Frau entband mittels Hebammengeburt und ambulant, um dem Einfluss der Ärzte zu entgehen. Auch andere Mütter erwähnen, dass es ihnen lieber war, wenig mit Medizin und Medizinerinnen zu tun zu haben. Es ist anzunehmen, dass die Frauen sich selber nicht als krank sehen wollen, und außerdem der Kontakt zur Medizin immer das Gefühl von Komplikationen und Problemen vermittelt.

Im Gegensatz zu den meisten entschied sich eine Schwangere bewusst für das AKH als Geburtsklinik. Sie wollte die Sicherheit der angrenzenden Stationen und der

technischen Geräte. Der Grund dafür könnte der Partner sein, der selber einen medizinischen Beruf ausübt und Medizin als Hilfe ansieht.

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie mit der Literatur verglichen, die praktische und theoretische Relevanz ermittelt, sowie der Forschungsprozess analysiert.

5.1 Rückschlüsse auf die Literatur

5.1.1 Scham

Wie bereits im Literaturteil erwähnt, ist Antunellus der Meinung, dass jeder Mensch Scham anders empfindet und sich auch für unterschiedliche Sachen schämt. Eine Interviewpartnerin, die besonders stark Scham erlebte, hat einen Partner zur Seite, der ebenfalls ein starkes Schamempfinden hat. Ihm war es unangenehm, bei Untersuchungen dabei zu sein, und er empfand den schwangeren Körper als befremdlich und möglicherweise als Sichtbarmachen eines intimen, geschlechtlichen Aktes. Auch die Frau, möglicherweise verunsichert durch den Partner, könnte Probleme gehabt haben, ihren veränderten Körper anzunehmen (Lietzmann, 2003). Die anderen Frauen erwähnen nichts, was mit diesen Gefühlen vergleichbar wäre. Dadurch wird die Aussage Antuellus bestätigt (Antunellus, 1969).

Die Schamangst, jene Angst, die das Individuum vor schamauslösenden Situationen schützen soll, half einigen Frauen (Jakoby, 1997, Hilgers, 1997, Wurmser, 1993, Antunellus, 1969). Viele machten sich Gedanken, wie die Geburt werden kann, was schön sein wird, aber auch was ihnen peinlich sein könnte. Einige umgingen diese Situationen, indem sie sich zu einem Einlauf bereit erklärten, wollten eine hebammengeleitete Geburt und andere wollten nach der Geburt nach Hause, um peinliche Situationen im Wochenbett zu umgehen. Auch das Nichtreden über peinliche Dinge mit dem Partner, wie zum Beispiel den Wochenfluss, verhinderte die Emotion Scham.

Hilgers ist der Meinung, dass der Kontrollverlust den Selbstwert verringert (Hilgers, 1996). Davon kann bei den Gebärenden nicht ausgegangen werden, da diese die Scham nur sehr kurz und nicht dauerhaft empfand. Selbst die Mutter, bei welcher die Hebamme wenig zur Schamentlastung beigetragen hat, beschreibt dieses Gefühl als heftig aber von kurzer Dauer. Odent meint, dass die Aufgabe der Kontrolle sogar

notwendig für die Geburt ist (Odent, 1986). Dennoch kann der Kontrollverlust negativ von der Frauen empfunden werden, und daher sollte der Gebärenden die Situation so angenehm wie möglich gemacht werden und ihr eine gewünschte Kontrollabgabe ermöglicht werden.

Es wird beschrieben, dass Männer und Frauen unterschiedlich auf Scham reagieren (Lietzmann, 2003, Hilgers, 1996). Es wird in mehreren Gesprächen berichtet, dass es Auseinandersetzungen mit Ärzten gab. In einem Fall war der Partner bei einem Arztbesuch dabei, bei dem der Arzt der Schwangeren vorwarf, dass sie sich nicht gegen Grippe impfen hat lassen. Durch diese Beschämung wurde der Partner aggressiv und sie verließen die Praxis. In einem anderen Fall waren die Schwangere und die Ärztin unter sich. Nach der Fehlinterpretation und der Beschämung durch die Ärztin, zog sich die werdende Mutter verunsichert zurück. Man kann also deutlich erkennen, wie unterschiedlich Männer und Frauen auf Beschämung reagieren.

Da die Scham, welche auf Grund des Verlustes der Körperkontrolle entsteht, sehr kurz andauert, beeinflusst sie den Geburtsvorgang scheinbar nicht (Odent, 1999, Hilgers, 1996, Schröder, 1999).

5.1.2 Vertrauen

Voitl-Mikschi, Mändle und Odent sind der Meinung, dass Vertrauen etwas sehr wichtiges bei der Geburt ist und diese fördert. Für alle ist die persönliche Beziehung zwischen Geburtshelfer, Hebamme und Gebärender vorrangig, um dieses Vertrauen aufzubauen. Hier wird einerseits das Informieren, Aufklären und Beraten propagiert, andererseits ist Zuhören, Ernstnehmen und Empathie hervorgehoben. Aber auch die Geborgenheit, Intimität, Ungestörtheit und Sicherheit sind für eine gute Vertrauensbasis notwendig. Schließlich hilft ein angenehmer Raum, dass Gebärende sich wohl und sicher fühlen und sich leichter auf Beziehungen einlassen (Mändle, 2007, Odent, 1999, Voitl-Mikschi, 1992). Auch wenn alle Frauen Vertrauen fassen konnten, kann man erkennen, dass diese hilfreichen Faktoren wichtig waren und für den Aufbau des Vertrauens erleichternd wirkten. Die Interviews bestätigen die beschriebenen Faktoren.

Früher wurden Frauen, wenn sie zur Entbindung ins Krankenhaus gekommen sind, zu einem Einlauf und einer Rasur genötigt. Die Rasur der Schamhaare hat keine wissenschaftliche Berechtigung mehr und wird nicht mehr angewandt. Der Einlauf, für viele, in der Vorstellung, eine peinliche Situation, wird letztendlich als nicht unangenehm oder schambelastet beschrieben. Letztendlich ist es mehr eine Hilfe, da es bei der Geburt nicht zu unkontrollierter Stuhlausscheidung kommt (Voitl-Mikschi, 1992). Hebammen können auch durch Aufklärung über den Einlauf manches Vertrauen gewinnen.

Das Vertrauen in die Hebamme sollte sich nach der Geburt weiter fortsetzen. Auch hier ist Intimsphäre für die Wöchnerin wichtig, einige gehen daher, um diese Intimsphäre zu wahren, nach Hause. Einige sind aber aus gesundheitlichen oder privaten Gründen nicht in der Lage, das Spital zu verlassen und verbringen die ersten Tage nach der Geburt im Krankenhaus. Auch hier ist ein sensibler Umgang mit der Frau wünschenswert, das erworbene Vertrauen kann gestärkt oder zerstört werden. Oftmals kam es bei den Interviewpartnerinnen vor, dass dieses Vertrauen durch unfreundliches Verhalten zunichte gemacht wurde (Lueger, 1995).

Auch die Selbstbestimmtheit im Wochenbett ist zu unterstützen. Eine Interviewpartnerin erzählte, dass über ihren Kopf über das Kind bestimmt wurde, weil sie angeblich nicht auffindbar war, obwohl diese von dem selben Pflegepersonal zur Physiotherapie geschickt wurde, welches sie anschließend suchte. Die Mutter fühlte sich beschämt und das Vertrauen wurde stark reduziert.

5.1.3 „Bei sich sein“

Odent schreibt, dass sich die Zahl der Anwesenden während der Zeit vor der Geburt stark auf den Geburtsvorgang auswirkt. Dies gilt vor allem für die Eröffnungsphase und war auch bei einigen Interviews zu erkennen. Die Frauen, die sich mit ihren Partnern auf die Geburt vorbereiteten, konnten ganz „bei sich sein“ und erlebten die Geburt in angemessener Zeit. Es ist anzunehmen, dass die Anwesenheit der Hebamme während der Eröffnungsphase bereits die Geburt komplizierter macht, auch wenn das nicht mit Bestimmtheit zu sagen ist, da ja viele verschiedene Faktoren zusammen wirken. Die Eröffnungsphase ist also die sensible Phase und wichtig für das „Bei sich sein“ oder für das „Planet verlassen“, wie Odent es

beschreibt (Odent, 1999). Die Muttermundkontrollen sind für alle Frauen eher informativ als störend, es ist für sie wichtig zu wissen, dass die Geburt voranschreitet. Allerdings werden die Geräte tatsächlich, wie Odent erwähnt, von vielen Frauen als unangenehm und störend erlebt (Odent, 1999),

Wer und wie viele Personen schließlich bei der Austreibungsphase dabei sind, ist nicht mehr wichtig. Wenn Gebärende „bei sich sind“ können sie kaum mehr gestört werden. Sie kapseln sich gegen ihre Umgebung ab (Odent, 1999, Martin, 1998). In dieser Phase müsste die Stimulierung des Neokortex schon eher massiv sein oder von innen kommen. Nur die Frau selber kann sich durch ihre Ängste herausreißen. Martin beschreibt die Abstraktion des Körpers von den Wehen als Schutzmechanismus. Es ist zu vermuten, dass damit ebenfalls das „Bei sich sein“ gemeint ist. Diese Abstraktion hilft tatsächlich der Frau, sich vor Schmerzen, Erleben von Komplikationen und der Naturgewalt der Geburt zu schützen (Martin, 1998).

5.1.4 Selbstbestimmtheit und Informiertheit

Die meisten Frauen meinen, dass die medizinische Hilfe notwendig ist, und sie alleine die Geburt nicht schaffen würden. Einerseits wird dies durch die Gesellschaft vermittelt, andererseits kommt auch eine Unsicherheit dazu, die auch nur von wenigen Ärzten oder Hebammen genommen wird. Sicher trägt auch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zu den Ärzten bei, dass sich nur wenige Frauen eine Hausgeburt zutrauen (Lueger, 1995). Der Informationsmangel, der auch Unsicherheit auslöst, ist gerade bei Erstgebärenden vorhanden. Manche Frauen beschreiben, dass sie sich führen ließen, da sie Vertrauen in die Hebamme hatten, und sie diejenige war, die weiß, was gut ist und nützt. Nur wenige äußerten ihre Wünsche von sich aus. Lediglich drei Frauen erwähnten, dass sie aktiv ihre Vorstellungen vermitteln konnten. Dabei waren drei Frauen schon im Vorfeld mit der Hebamme bekannt, was sicher positiv dazu beigetragen hat. Die erste Geburt stellt eine neue Situation dar. Die meisten Frauen informieren sich, machen Vorbereitungskurse und fühlen sich gut vorbereitet. Dennoch sind aufklärende Gespräche durch die Hebamme wichtig, denn nur wenn Gebärende gut informiert sind, sind sie in der Lage, die Geburt mitzugestalten und Wünsche kundzutun (Lothian, 2009). Durch das aktive Mitentscheiden ist der Kontrollverlust, der zwangsläufig am Ende der Geburt

stattfindet, begrenzt und gibt der Gebärenden das Gefühl, dass es eher eine bewusste Kontrollabgabe ist (Voitl-Mikschi, 1992).

5.1.5 Anwesenheit der Partner

Odent erwähnt, dass es mittlerweile üblich ist, dass Männer ihre Partnerinnen bei der Geburt begleiten und ihnen „beistehen“ wollen. Dies kann durch die Interviews bestätigt werden, da es sowohl für alle Frauen, aber auch für die meisten Männer wichtig war, bei diesem Ereignis dabei zu sein. (Odent, 1980, 1999)

5.1.6 Geburtshaltung

Odent beschreibt, dass durch das Aufkommen der Zangengeburt, die Frau in eine liegende Position gezwungen wurde. Er meint, dass aufrechte Geburtshaltungen natürlicher und hilfreicher sind, und versucht diese zu bewerben (Odent, 1980, 1999). Auch Voitl-Mikschi geht davon aus, dass die liegende Geburtshaltung sich negativ auf die Geburt auswirkt und beschämend für die Frau sein kann. Sie rät daher von dieser Praxis ab. In den Interviews haben allerdings einige Frauen liegend im Bett entbunden und dies nicht als unangenehm oder beschämend beschrieben. Eine Mutter meint, dass es ihr eher natürlich vorgekommen ist (Voitl-Mikschi, 1992).

5.1.7 Gesundheit vor Psyche

Voitl-Mikschi ist der Meinung, dass oft die Gesundheit von Mutter und Kind im Mittelpunkt der Forschung steht. Die Psyche der werdenden Mutter wird oft übersehen. Die Beobachtung von Lueger, dass Daten und Fakten wichtiger sind als das Empfinden der Schwangeren, wird vor allem bei den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und bei Komplikationen deutlich. Viele Frauen haben das Gefühl, dass ihr Kind vermessen wird und mit Statistiken verglichen wird. Wegen schneller Abfertigung bei Kontrolluntersuchungen wechseln viele Frauen ihren Gynäkologen und suchen nach ganzheitlicher Betreuung. Vor allem wenn Komplikationen in der Schwangerschaft auftreten, wird wenig auf das Gefühl der werdenden Mutter eingegangen. Bei dem Ungeborenen einer Interviewpartnerin wurde eine erhöhte Nackenfalte gemessen, was sie in einen medizinischen Strudel

zog. Man hatte das Gefühl, dass in dieser Zeit nur biometrische Daten und Statistiken wichtig waren, ihren Ängsten und ihrer Verzweiflung wurde wenig Beachtung geschenkt (Lueger, 1995, Voitl-Mikschi, 1992).

Es wurde davon ausgegangen, dass Frauen Scham bei Untersuchungen empfinden können. Dies bestätigte allerdings keine der Interviewpartnerin. Es ist für die meisten die Gesundheit und Entwicklung vorrangig. Lediglich eine Schwangere erlebte das Gefühl des Nacktseins während einer Untersuchung. Hervorgerufen wurde die Scham durch schnelle, unsensible Abfertigung durch die Ärztin, weniger das Untersuchen an sich. (Hilgers, 1996, Schröder, 1999)

5.2 Praktische und theoretische Relevanz

Bereits in der Schwangerschaft kann viel passieren, das die Geburt beeinflusst. In dieser Zeit hat die Schwangere eher viel mit Ärzten und Ärztinnen zu tun. Es ist wichtig, dass den Medizinern die Vulnerabilität der Frauen bewusst ist. Die Frauen erleben eine besondere Zeit und wollen ihr Kind kennen lernen, daher sind ausgedehntere Untersuchungen und Platz für Fragen und Bedenken wichtig. Ein guter Arzt oder eine gute Ärztin erkennen Ängste der werdenden Mutter und versuchen, diese zu nehmen. Wenn Komplikationen auftreten, ist es besonders wichtig, dass der Arzt zusätzlich zu der Fachsprache auf Verständlichkeit achtet und die Frau nicht nur in Bezug auf ihre Komplikationen, sondern auch in Bezug auf ihre Ängste betreut. Der Gynäkologe oder die Gynäkologin können den Sinn und die Wichtigkeit von Geburtsvorbereitungskursen vermitteln, motivieren, an einem solchen teilzunehmen und sie über die Möglichkeit einer Wahlhebamme informieren.

Die meisten Frauen nehmen die Möglichkeit, einen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen, wahr. Hier hat die Leiterin dieses Kurses viele Chancen, werdende Mütter zu informieren, und über Dinge, welche die Frauen beschäftigen, zu sprechen. Dies ist der geeignete Rahmen, das Thema Scham und dass der Verlust der Körperkontrolle selbige auslösen kann, anzusprechen. Möglicherweise hilft es einigen Schwangeren, ihre Befürchtungen zu thematisieren. Speziell das Thema Einlauf, das wohl von vielen gemieden wird, sollte angesprochen und die Vorteile sollten hervorgehoben werden. Es wird von Schwangeren gerne angenommen,

dass sie die Kreißsäle oder Kreißzimmer besichtigen können. Es wäre schön, wenn nicht nur die Räume freundlich und gemütlich gestaltet sind, die gezeigt werden, sondern alle, die für Entbindungen verwendet werden, sodass Frauen keine Enttäuschung erleben, wenn der „Vorzeigeraum“ belegt ist.

Manche Frauen haben auch schon während der Schwangerschaft Kontakt zu einer Hebamme. Auch sie sollte die werdende Mutter motivieren, ihre Befürchtungen und Ängste auszusprechen, um so die Bedenken zu zerstreuen und Mut zu machen. Sie kann auch positive Erfahrungen hervorstreichen und so Ängste mindern.

Im Laufe der Schwangerschaft sollten Frauen mit ihrem Partner das Gespräch suchen, um zu ermitteln, welche Vorstellungen beide Seiten von der Geburt haben. Es sollten auch Bedenken angesprochen werden und der Mann seine Befürchtungen offen formulieren. Der werdende Vater sollte wissen, was auf ihn zukommt. Diese Informationen, aber auch die mögliche empfundene Scham, könnten in Partnerkursen offen angesprochen werden. Kommt der Mann zu dem Entschluss, bei der Geburt nicht dabei sein zu wollen, sollte dies von der Partnerin akzeptiert werden, da sich die negativen Gefühle auf die Gebärende übertragen könnten. Auf solche Gespräche kann auch in Vorbereitungskursen hingewiesen werden.

Wenn die Frauen zur Geburt in die Klinik kommen, ist der Vertrauensaufbau das Wichtigste. Die Gebärende muss ankommen und sich willkommen fühlen. Nun hat die Hebamme Zeit, sie zu informieren und aufzuklären, aber auch die Vorstellungen und Wünsche der Schwangeren zu erfragen. Auch hier wäre es wichtig, die Erleichterung durch einen Einlauf zu erwähnen. Gleichzeitig kann sie für eine ruhige und intime Atmosphäre sorgen und Vertrauen durch ihre Person aufbauen. Nach diesem ersten Kontakt kann sie sich zurückziehen und die werdende Mutter „zu sich kommen lassen“. Außerdem sollte sie auf wenige Anwesende achten und Störungen verhindern.

Es wäre bei der Geburt wichtig, dass die Hebamme sensibel auf den Kontrollverlust achtet, um so die aufkeimende Scham abzufangen. Es hat den Anschein, dass Hebammen dieses Wissen besitzen und auch einsetzen. Dennoch wäre es wichtig, dieses Wissen in die Hebammenausbildung einfließen zu lassen. Die Ärzte sind bei

einer komplikationslosen Geburt meist im Hintergrund oder rufbereit. Frauen finden das meist sehr angenehm.

Das Wochenbett ist für die meisten Frauen eine sehr ambivalente Zeit. Schmerzen und Freuden begleiten die Wöchnerin. Hormone lassen die Gefühle auf- und abschwanken. In dieser Zeit wünschen sich die Mütter, dass mit ihnen einfühlsam umgegangen wird. Viele Frauen erwarten sich, dass bei den Visiten auf ihre Beschwerden und Gefühle eingegangen wird.

Aber nicht nur die Ärzte können etwas zur Schamreduktion und Vertrauen im Wochenbett beitragen. Einige Frauen erwähnten einen schroffen Umgangston des Pflegepersonal und der Kinderschwestern zu den Müttern auf der Wöchnerinnenstation. Vor allem Frauen, die eine subjektiv schlimme Geburt erlebt haben, müssen die Erlebnisse erst verarbeiten und sind besonders sensibel. Bei einigen funktioniert das Stillen nicht sofort, die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit macht den Umgang mit dem Neugeborenen schwierig. Es kann die Frauen beschämen, dass sie nicht bereits nach der Geburt die perfekten Mütter sind, wenn dann auch noch Tadel von dem medizinischen Personal kommt, trifft es die Frauen eher.

Die Intimsphäre im Wochenbett ist wichtig. Einige Frauen gehen daher nach Hause. Doch jene, die aus medizinischen Gründen im Krankenhaus bleiben müssen, haben ebenso den Wunsch nach Intimität. Da in vielen Spitälern die Möglichkeit von kleinen Zimmern nicht gegeben ist, ist es wichtig, dass die Privatsphäre durch zwischenmenschliches Handeln entsteht. Einfache Regeln, wie anklopfen oder Sichtschutz zwischen den Betten, können dazu beitragen.

Für viele Frauen ist das Gefühl, bei der Geburt etwas Besonderes zu sein, wichtig. Es ist zu vermuten, dass dies auch im Wochenbett hilfreich ist. Daher ist die Einzigartigkeit jeder Mutter zu erhalten.

Viele Spitäler sind mit schönen Entbindungszimmern ausgestattet. Doch oft sind es nur ein oder zwei gemütliche Räume und bei Komplikationen oder Überbelegung werden weitere Zimmer benutzt, die eher steril und kalt wirken. Für manche Frauen,

die sich die Geburt in den schönen Zimmern vorgestellt haben, ist es dann ernüchternd, wenn ihre Erwartungen und Vorstellungen nicht erfüllt werden. Es sind meist nur einige Kleinigkeiten, die aus einem steril wirkenden Raum, eine gemütliche Rückzugsmöglichkeit werden lassen.

Auch im Wochenbett gibt es verschiedene Raumarten. Hier findet man Sechsbett- oder Zweibettzimmer, aber auch Familienzimmer, in denen der Partner von Anfang an bei seiner Familie sein kann. Es ist auch die Offenheit eines Spitals zu erwähnen, das auf Grund von freien Zimmern, die Familie in ein Zweibettzimmer verlegte und so für kurze Zeit ein Familienzimmer schuf. Grundsätzlich fühlen sich die Frauen wohler, wenn sie einen an das Zimmer angeschlossenen Sanitärbereich haben. Auch wenn dies in kaum einem der älteren Spitäler möglich ist, sollte dies bei Umbauten bedacht werden. Außerdem sollte die ambulante Geburt mehr beworben und gefördert werden. Nur eine Frau erwähnte, dass diese Möglichkeit bei der Anmeldung vorgeschlagen wurde, eine andere erzählte, dass eine Ärztin ihr eher abgeraten hat.

Für manche Schwangere ist eine Wahlhebamme ein zentraler Wunsch. Sie können sich nicht vorstellen, in kurzer Zeit Vertrauen in die diensthabende Hebamme zu fassen. Sie möchten schon im Vorfeld Kontakt aufbauen und so etwas zu ihrer Selbstbestimmung beitragen. Zur Zeit kostet dies in Österreich etwa € 1500.- und wird weder von der Krankenkassa bezahlt, noch bekommt man etwas rückerstattet. Es wäre wünschenswert, wenn Krankenkassen einen Weg finden würden, zumindest einen Teil der Kosten zu übernehmen.

Zuletzt könnten sich Entwickler bei Pharmafirmen eine ansprechendere Alternative zu Netzhosen und Vorlagen überlegen, um den Frauen diese Zeit des Wochenflusses zu erleichtern.

Ich denke, dass dieses Modell für die Hebammenausbildung und Ausbildung für Pflegepersonal, welches auf einer Geburtenstation arbeitet, von Bedeutung sein kann. Auch für Medizinstudenten, Gynäkologen und Gynäkologinnen ist dieser theoretische Ansatz wichtig. Diese Arbeit könnte eine Grundlage für Leitfäden auf Geburten- und Wöchnerinnenstationen bieten.

5.3 Reflexion der Forschung

Zu Beginn der Arbeit stand ich vor dem Problem der Definition meines zu erforschenden Phänomens. In der Literatur wurde kaum über Körperscham geschrieben. Erst nach Beendigung der Literatursuche war klar, dass ich dennoch bei diesem Begriff bleiben würde. Meine Interviewpartnerinnen bestätigten mir diese Entscheidung und erweiterten ihn um die Nuance „peinliche Situationen“.

Die Arbeit schließt an die bereits bestehende Literatur an. Es gibt wenig wissenschaftliche Arbeiten und keine Studien, was diese Arbeit wichtig macht. Die Literatursuche erstreckte sich über mehrere Monate und war auf Grund der Unzugänglichkeit vieler Studien, vor allem der Hebammenzeitungen, sehr schwer.

Das Rekrutieren der Interviewpartnerinnen gestaltete sich anfangs auch schwer, da sich trotz der Werbung des Arztes und der Ärztin, keine Frau meldete. Erst durch Bekannte und deren Freundinnen konnte mit den Interviews begonnen werden. Ich wollte eine möglichst große Bandbreite bezüglich Setting und sozialer und kultureller Herkunft. Leider war es nur möglich, Frauen, die in unterschiedlichen Spitälern oder zu Hause entbunden haben zu befragen. Die Interviews waren alle sehr persönlich und den Frauen machte es sichtlich Freude, über ihre Erlebnisse zu berichten. Ich konnte intime Fragen stellen, die auch ohne weiteres beantwortet wurden. Mitunter war ich gehemmter als meine Interviewpartnerinnen.

Es wurde immer abwechselnd interviewt, transkribiert und analysiert. Dennoch erfolgte bei diesem Teil der Analyse nur der erste Kodierschritt, also das Bilden von Kategorien mittels „in-vivo“ Texten. Nach Abschluss der Interviews wurden die weiteren Kodierschritte gemacht. Nicht alle Fragen oder Rückschlüsse konnten daher überprüft werden. Dennoch kann ich davon ausgehen, dass sie korrekt sind, da die Aussagen in den Interviews einander gegenseitig bestätigen.

Es war schwierig, die aus Literatur und eigenen Erfahrungen bestehenden Vorannahmen zu unterdrücken und offen gegenüber der Forschung zu bleiben, dennoch ist es gelungen, neue Ideen und Zusammenhänge zu erkennen und falsche Annahmen abzulegen. Gesprächen mit Studienkolleginnen und Diskussionen im Diplomandenseminar halfen, die Blindheit und eingefahrenen Ideen aufzubrechen.

Es war interessant, dass manche Phänomene und ihre Zusammenhänge, die bereits nach wenigen Interviews klar wurden, durch die einzelnen Kodierungsschritte immer deutlicher wurden und so eine Bestätigung gefunden haben.

6. Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und dem Wochenbett sehr sensibel auf den Umgang mit ihnen sind. Leicht empfinden Frauen beschämende Situationen in dieser Zeit, wenn sie das Gefühl vermittelt bekommen haben, etwas falsch zu tun. Diese Beschämung kann sich auf das Erleben eines ganzen Zeitabschnitts auswirken. So empfinden Frauen, die im Wochenbett beschämt wurden diese Zeit auch weniger schön, als Frauen, welche durchwegs positive Erfahrung gemacht haben. Daher ist ein vertrauensfördernder Umgang wichtig. Dieses Vertrauen kann durch verschiedene Faktoren positiv aber auch negativ beeinflusst werden. Um eine komplikationslose Geburt zu erleben, greifen Frauen auf das Vertrauen zurück und lassen sich von den Hebammen leiten. Das Vertrauen verringert die Scham, welche Gebärende gegenüber ihren Partnern während der Entbindung empfinden können. Ausgelöst wird dies durch den Verlust der Körperkontrolle. Ebenfalls schamreduzierend wirkt das Phänomen des „Bei sich seins“. Gebärende kapseln sich während der Austreibungsphase ab, und nur mehr die für sie wichtigsten Dinge werden wahrgenommen. Dies hilft den Frauen bei der Geburt, instinktiv zu handeln und die Geburt positiver zu erleben.

Ich denke, dass diese Arbeit eine Grundlage für weitere Forschung bietet. Es wäre interessant, das Modell durch kulturelle und soziale Vielfalt zu erweitern. Hier könnten möglicherweise Unterschiede des Schamerlebens auftreten. Aber auch das Erleben der Scham bei der Geburt aus Sicht des Mannes könnte ein weiterer Forschungsschwerpunkt sein. Hier wäre das Schamempfinden des Mannes und sein Erleben des Körperkontrollverlustes seiner Partnerin von Bedeutung. Interessant wäre außerdem, wie Frauen die Geburt erleben, wenn ihre Partner nicht anwesend sind. Zudem wäre es spannend, Entbindungs- und Wöchnerinnenstationen zu evaluieren und auf Leitfäden zu überprüfen.

7. Literaturverzeichnis

Antonellus E. (1969): Die Persönliche Intimsphäre, Gefährdung und Schutz; Winfried-Werk, Augsburg (Christliches Leben heute;5)

Buss A.H. (1980): Self-consciousness and social anxiety, W.H Freeman and Company, San Francisco

Bauer I. (1996): Die Privatsphäre der Patienten, In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg), Reihe Pflegewissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen

Duerr H.P. (1988): Nacktheit und Scham, Der Mythos von Zivilisationsprozess Suhrkamp Verlag, Frankfurt

Duerr H.P. (1990): Intimität, Der Mythos von Zivilisationsprozess, Suhrkamp, Frankfurt am Main

Edelmann R.J. (1981): Embarrassment, the State of Reserch, Current psychological reviews 1(2), Seite 125-137

Ethofer-Oswald T. (1998): Vom weiblichen Körper, der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Das „traditionelle Geburtsystem“ des deutschsprachigen Raumes, Universität Wien.

Glaser B., et. al, (2005): Grounded Theory, Strategien qualitativer Forschung, Verlag Hans Huber, Bern

Hilgers M. (1997): Die Infrarote Schamlosigkeit, Exhibitionismus, Voyeurismus und die elektronischen Medien, In: Kühn R. (Hrsg): Scham- ein menschliches Gefühl: kulturelle, psychologische und philosophische Perspektiven; Westdeutscher Verlag, Opladen

Hilgers M. (1996): Scham- Gesicht eines Affektes, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Jacoby M. (1997): Schamangst und Selbstwertgefühl, In: Kühn R. (Hrsg): Scham- ein menschliches Gefühl: kulturelle, psychologische und philosophische Perspektiven; Westdeutscher Verlag, Opladen

Klöbl M. (1991): Familienhebammen, In: Ploil, O. (Hrsg.): Frauen brauchen Hebammen, Aleanor- Verlag, Nürnberg

Lewis M. (1995): Scham, Annäherung an ein Tabu ,. Aus d. Amerikanischen von Rita Höner . Verlag Droemer Knaur, München

Lietzmann A. (2003): Theorie der Scham. Eine anthropologische Perspektive auf ein Menschliches Charakteristikum, Universität Tübingen

Lothian J. (2009): Ethics and Maternity Care: From Principles to Practice, The Journal of Perinatal Education, 18(1), Seite 1-3

Lueger M. (1995): Die soziale Konstruktion des Körpers: Vorwort, In: Froschauer, U: Die soziale Konstruktion des Körpers, Institut für Soziologie, Universität Wien, Grund- u. Integrativwissenschaft Fakultät, Wien

Agstner I. et.al. (1995): Der Körper- Ein Widerspruch In: Froschauer U. et.al (Hrsg.): Die soziale Konstruktion des Körpers, Schriftreihe des Institutes für Soziologie, Universität Wien

Mändle C. Opitz S. (2007): Das Hebammenlehrbuch der praktischen Geburtshilfe, Schattner, Stuttgart

Martin E. (1989): Die Frau im Körper, weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens, Campus Verlag, Frankfurt

Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Facultas Verlag, Wien

Mitschitzek B. (1991): Krankenhaushebammen, In: Ploil, O. (Hrsg.): Frauen brauchen Hebammen, Aleanor- Verlag, Nürnberg

Nacke K. (1994): Warum wir eine ambulante Geburt wollen In: Nacke K. et.al. (Hrsg.): Ambulante Geburt: sichere Entbindung in der Arztpraxis oder Klinik - persönl. Betreuung von Mutter und Kind zu Hause, Kösel, München

Odent M. (1980): Die Geburt des Menschen, Kösel - Verlag, München

Odent M. (1999): Geburt und Stillen, über die Natur elementarer Erfahrungen, Beck, München

Polit D. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung, Methodik, Beurteilung und Anwendung, Verlag Hans Huber, Bern

Schröder M.(1999): Ethik in der Geburtshilfe. In: Stadtler-Mach, B.(Hrsg.); Ethik im Gesundheitswesen, Springerverlag, Berlin.

Strauss A., Corbin J. (1996): Grounded Theory, Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Psychologie Verlags Union, Weinheim

Voitl-Mikschi R. (1992): Geburtserlebnis und Befinden der Mütter im frühen Wochenbett am Beispiel von Haus-, Ambulanter- und Spitalsgeburt; Universität Wien

Wurmse L. (1997): Identität, Scham und Schuld, In: Kühn R. (Hrsg.): Scham- ein menschliches Gefühl: kulturelle, psychologische und philosophische Perspektiven; Westdeutscher Verlag, Opladen

Wurmser L. (1993): Die Maske der Scham, Springerverlag, Berlin, Heidelberg

7. Anhang

7.1 Interviewleitfaden

Wollen Sie mir zu Beginn etwas über die Stunden vor und nach der Geburt ihres Kindes erzählen bzw. fallen Ihnen Momente vor und nach der Geburt ihres Kindes ein, die Ihnen besonders in Erinnerung geblieben sind?

Wer war anwesend?

War ihr Mann anwesend, wie haben Sie das empfunden?

Gab es Komplikationen? Wenn ja, welche? Wie haben sich die anwesenden Personen Ihnen gegenüber verhalten? Was haben Sie in dieser Situation empfunden (in Bezug auf ihr Körpergefühl, Gedanken, Bedenken,...)?

Kommen und Gehen von Personen (welche)?

Dauer der Geburt?

Beschreiben der Räumlichkeiten: offene/geschlossene Türen, Ausrichtung während der Austreibungsphase,...?

Geburtshaltung?

Atmosphäre beschreiben: war es warm, war der Raum hell/dunkel, welche Gefühle, welche Gedanken kommen hoch, wenn Sie an den Raum, die Atmosphäre, die anwesenden Personen denken?

Wie haben Sie sich die Geburt vorher vorgestellt?

Hatten Sie Bedenken?

Was wussten Sie?

Was hat sie überrascht?

Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie an die Geburt zurück denken?

Wie haben Sie die Vorsorgeuntersuchungen empfunden?

Wie erlebten sie den Aufenthalt im Krankenhaus?

Wie ist es Ihnen im Wochenbett gegangen?

Sind Sie rückblickend zufrieden mit der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett?

Hat sich ihre Beziehung zu ihrem Partner verändert durch die Geburt?

Gab es in dieser Zeit Momente, wo sie peinlich berührt waren, so etwas wie Scham empfunden haben? Wenn ja, in welchen?

Kurzfragekatalog:

Wie alt sind Sie?

Verheiratet, ledig, in Partnerschaft?

Beruf / Ausbildung?

Religion? Ausübend?

Männlicher oder weiblicher Gynäkologe?

Nationalität?

In welchem Spital haben Sie entbunden?

Wie lange waren Sie nach der Entbindung im Spital

8. Curriculum vitae

Persönliche Daten:

Name: Claudia Röder
Geboren: 11.07.1975
Geburtsort: Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: verheiratet
Kinder: Caroline 24.03.2006
Constantin 26.07.2008

Schul- und Weiterbildung:

9/2005- dato Studium Pflegewissenschaft in Wien
2002-2005 verschiedene Fortbildungen zum Thema „ganzheitliche Religionspädagogik“
6/2002 Ausbildung zur Kindergartenleiterin
8/1990-5/1995 Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Kenyongasse, Wien 7, Abschluss mit Matura

Beruflicher Werdegang:

9/1995- 8/2000 Kindergärtnerin im Klosterkindergarten Leystraße, Wien 20
9/2000- 12/2005 Kindergärtnerin im Pfarrkindergarten Schotten, Wien 1
4/2002- 12/2005 Leiterin im Pfarrkindergarten Schotten, Wien 1
12/2005-8/2010 Karenz