DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Wie erleben chinesische Migrantinnen das Wochenbett?

Angewandte Pflegeforschung und ein

Beitrag zu transkultureller Kompetenz in der Pflege.

Verfasserin

Dorrit Unger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil)

Wien, Jänner 2013

Studienkennzahl:A057/122

Studienrichtung: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr.in Christine Binder-Fritz

Inhalt

1.Einleitung 5
1.1.Zielsetzung 9
1.2 Forschungsfragen 9
2. Theoretischer Teil 10
2.1 Pflegewissenschaftlich relevante Grundlagen 10
2.1.1 Pflegewissenschaft 10
2.1.2 Pflegeforschung 11
2.1.3 Transkulturelle Pflege und Kompetenz 11
2.1.4 Gender in der Pflege 14
2.1.5 Pflege in China 16
2.2 Chinesinnen in Wien 20
2.2.1 Statistische und historische Daten zur chinesischen Bevölkerung in Wien 20
2.2.2 Migration 22
2.2.3 “Frau sein” in China 25
2.3 Wochenbett 27
2.3.1 Medical Anthropology 27
2.3.2 Körperkonzepte 30
2.3..3 Anthropology of Gender 31
2.3.4 Geburtssysteme 33
2.3.5 Purity and Danger 35
2.4 Westliche Sicht auf das Wochenbett 36
2.5 Chinesische Sicht auf das Wochenbett 38
3. Empirischer Teil 40
3.1 Methodik 40
3.2 Zielgruppen 44
3.2.1 Pflegepersonen 44
3.2.2 ChinesInnen 44
3.3 Feldzugang 45
3.3.1 Die ChinesInnen 45
3.3.2 Die Pflegepersonen 45

3.4 Ethische Aspekte 45
3.5 Datenanalyse und Auswertung 46
4. Ergebnisse 49
4.1 Pflege im Wochenbett in Wien 49
4.1.1 Organisation 51
4.1.2.Standards und Modelle 55
4.2 Pflege chinesischer Frauen im Wochenbett 57
4.2.1 Kommunikation 57
4.2.3 Körperhygiene und Kleidung 61
4.2.4 Schamgefühle 62
4.2.6 Stillen 64
4.2.7 Genderaspekte 67
4.2.8 Pflegediagnosen 68
4.2.9 Säuglingsbetreuung im Krankenhaus und zuhause 70
4.2.10 Spezielle Wünsche und Erwartungen 72
4.3 Das Wochenbett aus der Sicht der Chinesinnen in Wien 72
4.3.1 Kommunikation 74
4.3.2 Soziale Kontakte 78
4.3.3 Körperhygiene und Kleidung 82
4.3.4 Schamgefühle 86
4.3.5 Ernährung 88
4.3.6 Stillen 94
4.3.7 Genderaspekte 96
4.3.8 Pflegediagnosen 98
4.3.9 Säuglingsbetreuung 99
4.3.10 Spezielle Wünsche und Erwartungen 100
4.4 Ergebnisse 100
5. Diskussion 109
6.Resüme und Ausblick 120
7. Literaturverzeichnis 122
7.1 Online Quellen 135
8. Abbildungsverzeichnis 136
9. Anhang 137
9.1 Interviewübersicht chinesische InformantInnen 137

9.2 Soziodemographische Daten 137
9.3 Transkriptionsregeln 140
9.4 Interviewleitfaden 140
9.5 Interviewleitfaden Telefonbefragung ExpertInnen 144
9.6 Datencodierung 145
9.7 Abstract 147
9.8 Danksagung 148
9.9 Lebenslauf 149

1.Einleitung

Das Forschungsinteresse zur geplanten Arbeit ergab sich durch eine Studienreise im Jahr 2004 nach Westchina. Durch meine jahrelange Tätigkeit in der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege und durch mein Studium der Pflegewissenschaft entwickelte sich der Wunsch, mein Interesse an China und dessen Menschen mit meiner Profession der Pflege zu verbinden. Eine weitere Reise im Juni 2008 nach Israel, bei der ich die „International Nursing Research Conference" besuchte, bestärkte mich in meinem Vorhaben. Im Rahmen dieser Konferenz wurden sehr interessante pflegewissenschaftliche Arbeiten aus Taiwan, den Vereinigten Staaten, Kanada, Australien, England und Israel zum Thema Transkulturelle Pflege vorgestellt. Besonders die Arbeiten aus Taiwan veranlassten mich ähnliche Fragestellungen im österreichischen Kontext zu formulieren. Durch mein Interesse an China und dessen Bevölkerung, sowie die vorausgegangene Mitarbeit an einem Projekt zu interkultureller Pflege im Geriatriezentrum Wienerwald, erschien mir die Teilnahme an einem Forschungsprojekt zu asiatischen Frauen, geleitet von Frau Dr. Binder-Fritz, eine ideale Möglichkeit persönliche Ambitionen und Wissensgenerierung zu verbinden. Im Rahmen dieses Projektes war es mir möglich, mein Forschungsinteresse zum Thema „Chinesische Frauen und Pflege " praktisch umzusetzen und diese Arbeit zu verfassen. In der Folge möchte ich das Projekt, welches durch den österreichischen Forschungsfond (FWF V90-G14) [1] gefördert wird, kurz beschreiben: Der Titel des Projekts lautet: „Asian Women´s Voices on Gender, Body, Health and Care. An ethnographic research on immigrant women from Indochine and China". Es wurde unter der Leitung von Dr. Christine Binder-Fritz, an der medizinischen Universität Wien durchgeführt. Es handelte sich um ein ethnographisches Forschungsprojekt, eingebettet in den konzeptionellen Rahmen der medizinischen Anthropologie. Mit dem Ziel den wechselseitigen Einfluss von lokalen und globalen Ideen über den weiblichen Körper, sowie deren gegenseitigen Einfluss aus der Sicht asiatischer weiblicher Immigrantinnen und deren Sichtweise bezüglich Gesundheits- und Krankheitsverhalten zu erfassen. Unter dem Aspekt Gender, Sexualität und reproduktive Gesundheit, einschließlich Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sollte neues Wissen generiert werden. Weitere Zielsetzungen und Themenfelder in diesem Projekt waren der Einfluss sozialer und religiöser Prinzipien, sowie die Vorstellungen über den weiblichen Körper und die reproduktiven Organe, sowie deren Bedeutung für Gesundheitspersonal auf gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilungen (Binder-Fritz 2009).

[1] vgl. im www.Url:http://www.fwf.at/de/abstracts/abstract.asp?L=D&PROJ=V90 am 09.02.2009 um 15:38

Migrationsbewegungen nehmen stetig zu und erfassen die gesamten Weltregionen. Viele Länder sind gleichzeitig Aus- und Einwanderungsländer. Migration wird zu einem globalen Phänomen. Migrantinnen und Migranten aus den verschiedensten Ländern werden zum Thema von Forschungsarbeiten in unserer Gesellschaft. Die Datenlage zu Gesundheitszustand, Verhalten in Krankheitssituationen sowie Lebensformen asiatischer Migrantinnen und Migranten in Österreich vergleichsweise dürftig. Die gesellschaftliche Integration der Fremden stellt meiner Meinung nach große Anforderungen an die aufnehmenden Länder. Somit auch an Österreich. Auch in der Pflege gibt es vermehrte Bestrebungen Menschen aus anderen Kulturen zu verstehen und dieses Verständnis bei der Begegnung in ihrem Arbeitsfeld im professionellen Handeln wirksam werden zu lassen. ChinesInnen stellen in Österreich eine ethnische Minderheit dar, welche offensichtlich vernachlässigt wurde und gänzlich unerforscht ist. Diese Arbeit dient vor allem der Generierung von Hintergrundwissen auf dem Weg zu transkultureller Kompetenz in der Pflege.

In meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich speziell mit dem komplexen Thema Wochenbett bei chinesischen Frauen in Wien. Der erste Monat nach der Geburt eines Kindes in China wird als „zou yuezi“ bezeichnet. Diese Zeit spielt eine bedeutende Rolle im Leben einer chinesischen Frau. Die Erfahrung von Geburt und Wochenbett in einem fremden kulturellen Umfeld kann MigrantInnen in Ihren Verhaltensformen verunsichern. In erster Linie soll das Erleben und die Erfahrungen chinesischer Frauen während des Prozesses Geburt und vor allem des Wochenbettes anhand qualitativer Daten erhoben werden. Durch die beschriebenen Erwartungen chinesischer Frauen an Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in diesem Zusammenhang sollen mögliche Konsequenzen für die Pflegepraxis abgeleitet werden können. Statistische Daten zur chinesischen Bevölkerung in Österreich, speziell in Wien, werden zur Veranschaulichung quantitativer Entwicklung beschrieben und ausgewertet. Zur Förderung des Verständnisses für den Einfluss auf den Körper und das Verhalten soll die Einführung in das chinesische Rollenbild der Frau und damit verbundene gesellschaftliche Normen dienen. Der historische Überblick in die chinesische Krankenpflege sowie deren Entwicklung und Rolle dient ebenfalls dem Verständnis von Verhalten der chinesischen Frauen im Wochenbett. Eine Arbeit über das Wochenbett ohne eine kurze Einführung in das Phänomen Geburt aus medizinanthropologischer Sicht wäre nicht vollständig. Auch der soziologische Blickwinkel soll dabei nicht außer Acht gelassen werden. Das Hauptziel dieser Arbeit ist das Erleben und die Erfahrungen der chinesischen Frauen im Wochenbett in allen Dimensionen aufzuzeigen und deren subjektive Perspektiven zu beschreiben. Den

theoretischen Hintergrund der Arbeit bildet der medizinanthropologisscher Ansatz von Arthur Kleinmann (1973, 1980, 1988, 1995, 1997), die These des „Embodiments“von Csordas (1990, 1994, 1999), die Körperkonzepte „The Three Bodies“ von Scheper-Hughes und Lock (1990), sowie deren Adaption von Elisabeth Hsu (2003). Der Aspekt Gender soll nicht nur aus dem Blickwinkel der Frauenforschung sondern auch aus dem Blickwinkel der Pflege betrachtet werden. Die Entwicklung traditioneller Pflegekonzepte und Theorien zu transkultureller Pflege können natürlich nicht völlig außer Acht gelassen werden. In meiner Arbeit möchte ich aber weniger auf klassische transkulturelle Pflegekonzepte eingehen, vielmehr soll das Konzept der transkulturellen Kompetenz beleuchtet werden, welches von Dagmar Domenig als *„die ethnologischen Fähigkeiten die Perspektiven zu wechseln, Bedeutungssysteme zu beschreiben und zu interpretieren, gegenseitige Verstehensprozesse zu fördern und die Relativität der eigenen Praxis zu erkennen“* bezeichnet wird. Damit leistet diese, *„einen weitaus größeren Beitrag an die Behandlung und Pflege, als das Darstellen von nur im Geiste existierender idealtypischer Kulturbilder“* (vgl. Domenig 2007: 186).

Ausgehend von den Phänomen, der für den weiblichen Körper spezifischen Prozesse, wie Menstruation, Schwangerschaft und Geburt erschien mir in dieser Arbeit der qualitative Forschungsansatz besonders geeignet. Die Datenerhebung erfolgte auf zwei verschiedenen Ebenen mittels qualitativer Interviews und einer Telefonbefragung. Auf der einen Ebene habe ich versucht die Perspektive der Pflegepersonen mit ein zu beziehen und gleichzeitig auf der anderen Ebene die Perspektive der ChinesInnen dar zustellen. Die Zielgruppen umfassen in Wien lebende chinesische Frauen, welche mindestens ein Kind in Österreich geboren haben und Pflegepersonen die in Wien auf geburtshilflichen Abteilungen beschäftigt sind oder bis vor kurzen dort beschäftigt waren. Der erste Teil der Arbeit umfasst die Beschreibung des Prozesses zur Entwicklung der Forschungsfragen und deren Definition, sowie das Ziel meiner Diplomarbeit. Das zweite Kapitel behandelt den theoretischen Teil zu pflegewissen-schaftlicher für die Arbeit relevanter Grundlagen. Darunter werden Pflegeforschung, Transkulturelle Pflege und -Kompetenz, Gender in der Pflege sowie die Pflege in China zusammengefasst. ChinesInnen in Wien sind meine InformatnInnen und daher erschien mir die Einführung in statistische und historische Daten zur chinesischen Bevölkerung sehr wichtig. Im weiteren Abschnitt folgt die Auseinandersetzung mit Migration in dem Begriffe und Theorien erklärt werden. Die Rolle der chinesischen Frau im historischen und soziologischen Kontext schließt den Abschnitt der Einführung. Um das Phänomen Wochenbett verstehen zu können war es mir wichtig den theoretischen Rahmen wie Medical Anthropology, Körperkonzepte ,die Entwicklung von Frauenforschung im allgemeinen und

Geburtssysteme und die Thematik „Purity und Danger“ im besonderen, genauere zu beschreiben. Die Beschreibung des Prozesses Wochenbett beendet das zweite Kapitel. Die Trennung in westliche und chinesische Perspektive erschien mir wesentlich zum Verständnis der komplexen Prozesse. Das dritte Kapitel umfasst den empirischen Teil, in welchem die Beschreibung der angewandten Methodik erfolgt, sowie deren Begründung. Im vierten Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse nach Themenschwerpunkte und gebildeter Kategorien dargestellt. Die Auswertung der Daten erfolgte wieder auf zwei verschiedenen Ebenen wobei versucht wurde die gleiche Kategorisierung auf beiden Ebenen zu erhalten. Die eine Ebene stellt wie bereits erwähnt die Perspektive der Pflegepersonen auf die Pflege im Wochenbett dar. Die zweite Ebene umfasst die Perspektive der Chinesinnen.

Abschließend setze ich die Ergebnisse, in den Zusammenhang mit der Pflegepraxis und der Literatur und erläutere mögliche Auswirkungen.

1.1.Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist die Generierung von Hintergrundwissen zur Betreuung und Pflege von Chinesischen Wöchnerinnen und soll damit einen Beitrag zu transkultureller Kompetenz in der Pflege leisten, sowie wichtige Erkenntnisse in die berufliche Aus –und Weiterbildung einfließen lassen. Weiter soll die Arbeit ein Beispiel für die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Thema Wochenbett aus der Sicht der Pflegewissenschaft darstellen.

1.2 Forschungsfragen

Die zentrale Forschungsfrage lautet: Wie erleben chinesische Frauen in Wien den Prozess „Wochenbett“? Daraus leiten sich zwei weitere Fragen ab:

(1) Welche Auswirkungen hat das Erleben chinesischer Frauen in Wien im Wochenbett auf deren Erwartung an die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen?
(2) Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus deren Beschreibungen ziehen, und können daraus mögliche Konsequenzen für die Pflegepraxis abgeleitet werden?

2. Theoretischer Teil

2.1 Pflegewissenschaftlich relevante Grundlagen

2.1.1 Pflegewissenschaft

Nach wie vor bestehende Diskussionen über den Gegenstand der Pflegewissenschaft lassen mich an dieser Stelle kurz dazu Stellung zu nehmen. Verschiedenste Positionen von den verschiedensten WissenschafterInnen werden eingenommen. In meiner Arbeit beziehe ich mich auf Hanna Mayer (2007) die Pflegewissenschaft als eine Wissenschaft versteht, die sich nicht ohne weiteres in einen bestimmten Wissenschaftszweig einordnen lässt. Pflegewissenschaft sei problemorientiert und stehe mit vielen Wissenschaften in Beziehung, unterscheide sich aber lediglich in der Herangehensweise auf den zu untersuchenden Gegenstand und nicht auf Grund der Perspektive. Durch permanenten Veränderungen im Gesundheitssystem sei es demographische Entwicklung, die Zunahme von chronischen Erkrankungen ,der steigende Bedarf an Pflege und die Veränderungen am Finanzmarkt, hat sich die Rolle der Pflege ebenfalls wesentlich verändert. Die Aufgaben der Pflegepersonen werden anspruchsvoller, komplexer und bedürfen meiner Meinung nach fundierter Grundlagen. Mayer sieht es als Notwendigkeit „Fakten anstelle von Vermutungen“ zur Grundlage pflegerischen Handelns zu machen (vgl. Mayer 2007:37-38). Sahen Schaeffer, Moers und Steppe die Etablierung der Pflegewissenschaft als eigene wissenschaftliche Disziplin 1997 noch rudimentär (vgl. Schaeffer/Moers/Steppe 1997:8).So ist für Schrems ein Platz der Pflege in den Reihen der Wissenschaften sicher, wobei mit der Etablierung der Pflegewissenschaft die stetige Fundierung der Pflegepraxis mit neuen Erkenntnissen einher ginge (vgl. Schrems 2008:11).Die Aufgabe in der Pflegewissenschaft sehe ich darin, Bedingungen, Vorrausetzungen, die Organisation und die Prozesse sowie die Qualität und die Ergebnisse der Pflege und Betreuung, egal aus welcher Motivation, pflegebedürftiger Menschen umfassend zu beschreiben, zu erklären und zu verstehen .Und auf dieser wissenschaftlich fundierten Basis normative Vorstellungen und Empfehlungen zu entwickeln, die wieder zur Weiterentwicklung der Pflege sowie des Gesundheitssystem dienen sollen (vgl. Noack 2002:105).Einen der Wege dorthin sehe ich in der angewandten Pflegeforschung. Wie Seidl bereits feststellte:

„Mit Forschungskompetenz wird es möglich sein, die wissenschaftliche Basis des Berufes zu erweitern.“(Seidl 2002:42).

2.1.2 Pflegeforschung

Pflegeforschung kann als ein spezielles Gebiet des Gesundheitswesens verstanden werden, das dazu dient pflegerisches Fachwissen zu vermehren und in der Folge pflegerisches Handeln effektiv werden zu lassen. Sie stellt ein Mittel dar, Theorien zu überprüfen Fragestellungen aus der Praxis aufzugreifen und zu beantworten sowie die Grundlagen für Theorieentwicklung zu bieten (Mayer 2002,2007).Die Entwicklung der Pflegeforschung geht bis zum Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts zurück und kann mit der Akademisierung der Pflege in den Vereinigten Staaten in unmittelbaren Zusammenhang gestellt werden. Die ersten wissenschaftlichen Arbeiten wurden in den 1920er- und 1930er-Jahren veröffentlicht. Einige Jahrzehnte später folgten in Großbritannien die ersten pflegewissenschaftlichen Entwicklungen in Europa (Schaeffer/ Moers/ Steppe/ Meleis 1997,Mayer 2007, Schaeffer/ Müller-Mundt 2002).In den 1990er-Jahren gewann die qualitative Gesundheitsforschung an Aufschwung. Es kam zu einer Akzentverschiebung die Ausrichtungen und Inhalte betreffend. In der Regel handelte es sich um anwendungsorienterte Forschung. In der Methodenauswahl fand sich die Tendenz zum Methodenmix bei dem qualitative und quantitative Erhebungsinstrumente sowie auch Auswertungsstrategien verwendet beziehungsweise verfolgt wurden. Inhaltlich wurden auch einige Strömungen erkennbar. So nahm eine wichtige Position der Bereich die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und weniger die chronischen Krankheiten ein .Kommunikations-und Interaktionsforschungen scheinen laut Schaeffer und Müller-Mundt kaum zu existieren. Sie sehen den Schwerpunkt in den versorgungsbezogenen und systemanalytischen Fragestellungen. Ihrer Meinung nach wäre die Forderung nach mehr Patientenorientierung in der Forschung notwendig (vgl. Schaeffer/ Müller-Mundt 2002:13-26).

2.1.3 Transkulturelle Pflege und Kompetenz

In diesem Abschnitt wird ein kurzer historischer Einblick in die Entwicklung transkultureller Pflege geboten. Im Weiteren wird auf das Konzept der transkulturellen Kompetenz näher eingegangen. Der Begriff transkulturelle Pflege als eigenes Gebiet der Pflegewissenschaft wurde in den 1950er Jahren von Madeleine Leininger geprägt. 1970 erschien ihr erstes Werk, Leininger (1970) „Nursing and Anthropology: Two Worlds to blend“ in dem sie Pflege in den Kontext von Ethnologie stellte. (Leininger 2002). Ihre Theorie der transkulturellen Pflege veröffentlichte sie 1978. Zwanzig Jahre später erschien ihr Werk zur Geschichte der

transkulturellen Pflege in den Vereinigten Staaten. Ins Zentrum ihrer Theorie stellte Leininger die "human care" im Gegensatz zu anderen TheoretikerInnen, die das Individuum ins Zentrum stellten. Domenig (2007) verweist in ihrer Arbeit darauf, dass es ihres Erachtens nach keine deutsche Übersetzung zu „human care" gibt.(vgl. Domenig 2007:168) Nach Leiningers Meinung konnten diese Theorien familienzentrierten Kulturen nicht gerecht werden. Sie betrachtete das Vorhandensein einer "human care" als universelles Phänomen mit kulturspezifischen Ausprägungen. Das Ziel ihres Modells ist die Erforschung des universellen Phänomens des "human care" und die Erfassung von Ausprägungen, sowie die Entwicklung einer kulturell angepassten Pflege mit kulturspezifischen Pflegepraktiken. In den 1980er Jahren entwickelte sie das "sunrise" Modell. Sie stützte ihre Theorie auf den klassischen Kulturbegriff der Ethnologie[2](Leininger/ Mc Farland 2002, Domenig 2007, Fawcett 1999, Neumann-Ponesch 2011). Durch die Debatten um den Kulturbegriff geriet Leininger's Modell in Kritik (Olszewski Walker/Coalson Avant 2005). Leininger betrachtete Kultur als homogen und nach außen hin abgrenzbar. Zielke-Nadkarni hält Leiningers Forschungsansatz für nicht ausreichend, da er ihrer Meinung nach der kulturelle Kontext unzureichend beschrieben wird in dem Fürsorge stattfindet (Zielke-Nadkarni 1997,2003,Domenig 2007).Durch zunehmende Globalisierung und Mobilität entwickelten sich hochkomplexe, individuelle Lebenswelten. Diese Lebenswelten werden von biographischen Erfahrungen, sozikulturellen Hintergründen und Lebensbedingungen geprägt. Dadurch können MigrantInnen auch keinen bestimmten Eigenschaften zugeschrieben werden. Transkulturelle Kompetenz schließt somit eine "nicht kulturalisierende" transkulturelle Pflege und Behandlung ein, in welcher individuelle Lebenswirklichkeiten im Behandlungs- und Pflegeprozess berücksichtigt werden (vgl. Domenig 2007:187).Nach wie vor ist Leiningers kulturorientiertes Modell in der amerikanischen Pflegewissenschaft weit verbreitet (Leininger/ McFarland 2002, Domenig 2007). Die Arbeit von Ryan und Twibell (2002), in der sie die Erfahrungen und die damit verbundenen Entwicklungen von Krankenpflegeschülern im transkulturellen Aufgabenbereichen überprüfen, bieten einen kurzen Überblick zu derzeit gängiger Modellbildung in der transkulturellen Pflege. Andrews und Boyle (1999,2008) erweiterten Leiningers Arbeit und entwickelten das Modell des transkulturellen Assesment im klinischen und gesellschaftlichen Kontext. Giger und Davidhizar (1999) schlugen ergänzend das transkulturellen Assesment Modell vor in dem der

[2] Der klassische Kulturbegriff beruht auf der Kulturdeffinition von (Taylor 1871:1), indem Kultur als komplexes Ganzes, welches Wissen, Glaubenvorstellungen, Kunst, Moral, Gesetze, Bräuche und alle anderen Fähhigkeiten und Eigenschaften, die man als Mitglied einer Gesellschaft erwirbt, einschließt (Domenig 2007:168).

Klient in einem einzigartigen kulturellen Umfeld konzeptioniert wird. Spector (2000) bewertet kulturelle Prägung als etwas Stabiles und propagiert die Gleichheit dieser kulturellen Prägung. Das Modell präsentiert einen holistischen Zugang zu kulturell-kompetenter Pflege und bietet "a guide to cultural assessment". Zwei Modelle der kulturellen Kompetenz wurden von Purnell and Paulanka (1998) und von Canpinha -Bacote (1995) entwickelt. Purnell's Modell (1998,2000,) enthält verschiedenste Theorien. Das Modell organisiert Metaparadigmen durch konzentrische Kreise innerhalb der Gesellschaft, Familie und Individuum. Innerhalb des Modells werden zwölf verschiedene Bereiche unterschieden die dem pflegerischen Assesment dienen sollen. Dazu gehören (1) Overview, Inhabited Localities and Topography, (2) Communications, (3) Family Roles and Organization, (4) Biocultural Ecology, (6) High Risk Health Behaviors, (7) Nutrition, (8) Pregnancy and Childbearing Practices, (9) Death Rituals, (10) Spirituality, (11) Health Care Practices, (12) Health Care Practitioners. Es kann ihrer Meinung nach in allen Pflegebereichen angewendet werden (vgl. Purnell/Paulanka 2005:7-19) Der Fokus des Modells lag im Angebot von kultureller, kompetenter Pflege in Lehre und Praxis. Canpinha/Bacote (1991,1995) entwickelte einen Rahmen der transkulturellen Kompetenz für das Gesundheitswesen. Das voneinander abhängige Konstrukt beinhaltete kulturelles Bewusstsein, Wissen, Fähigkeiten, Begegnungen und Wünsche .Durch die Verflechtung der fünf verschiedenen Bereiche wird ihrer Meinung nach der Prozess der interkulturellen Kompetenz durch schaubar. Aktuelle Modelle bieten Strukturen für transkulturelles Assesment und kulturelle, kompetente Pflege. Sie fokussieren aber nicht den Prozess und die Ergebnisse von transkultureller oder interkultureller, klinischer Erfahrung. Die Notwendigkeit von transkultureller Verschiedenheit wird in die Ausbildung integriert, aber kulturell fokussierte klinische Erfahrung zum Lernen wird nicht geboten (vgl. Ryan/Twibell 2002:31).Nach wie vor wird von multikultureller, interkultureller und transkultureller Pflege gesprochen. Multikulturalität wird als gesellschaftliches Konzept des friedlichen Miteinanders verstanden. Interkulturalität beschreibt die Begegnung zwischen zwei Kulturen. Im Unterschied dazu stellt der Begriff von Transkulturalität, das über das Kulturelle hinausgehende, grenzüberschreitende dar, es stellt das Gemeinsame und Verbindende ins Zentrum(vgl. Domenig 2007:173, Steiner 2009:270). Welsh beschreibt unsere Kulturen als eine Mischung von Durchdringungen gekennzeichnet, und bezeichnet sie, über den traditionellen Begriff hinaus als transkulturell (vgl. Welsh 1999:51, Domenig 2007,Mae/Saal 2007). Durch das Konzept der Transkulturalität wird man gefordert Gemeinsamkeiten zu sehen und Ausgrenzung zu verhindern. Die polarisierenden Positionen lösen sich auf ohne die subjektiv und kollektiv gewählten Identitäten zu negieren (vgl. Steiner

2009:272). Transkulturelle Kompetenz wird als Fähigkeit individueller Lebenswelten in besonderen Situationen und Kontexten zu erfassen verstanden. Dem entsprechend werden Handlungsweisen angepasst und abgeleitet.

"Transkuturelle Kompetenz besteht im Kern aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext" (Domenig 2007:174).

Die Hauptfaktoren der transkulturellen Kompetenz sind (1) Selbstreflexion, (2) Hintergrundwissen und (3) narrative Empathie. Selbstreflexion bedeutet die eigene Lebenswelt[3] in einem selbstreflexiven Prozess wahrzunehmen. Durch diese Fähigkeit wird es möglich die individuellen Lebenswelten zu ordnen und zu verstehen. Ryan und Twibell (2002) empfehlen:

"However, once a nurse has had the chance to become immersed in other worldview,one may see the differences as well as similarities, resulting in a more culturally sensitive approach to care"(Ryan/Twibell 2002:38).

Hintergrundwissen und Erfahrung stützen neben der Selbstreflexion das Verstehen von MigrantInnnen und ihren Geschichten. Narrative Empathie betont zudem die respektvolle Haltung gegenüber MigrantInnen. Eigene Vorurteile, Rassismen und diskriminierende Handlungen werden reflektieren. Narrationen werden in den Mittelpunkt der Pflege gestellt (vgl. Domenig 2007:174).

2.1.4 Gender in der Pflege

In dieser Arbeit habe ich versucht die Genderperspektive nicht nur aus der Sicht der Wöchnerinnen zu betrachten sondern auch aus der Perspektive der Pflegepersonen. Einerseits wird männliches Pflegepersonal nicht nur durch historisch geprägte Traditionen abgehalten die Arbeit auf geburtshilflichen Abteilungen in Betracht zu ziehen, sondern andrerseits scheinen auch die Bedürfnisse der Betreuten dieser gängigen Praxis zu entsprechen. Insofern war es mir wichtig die ExpertInnen und Wöchnerinnen diesbezüglich zu fragen .In diesem Abschnitt der Arbeit soll der Pflegeberuf als Frauenberuf kritisch betrachtet werden. Binder-Fritz (2005) weist auf den fehlenden Diskurs zur Thematik von Gender im Pflegebereich hin. Ihrer Meinung nach habe der Diskurs und die Thematik von Gender in der Pflege kaum an Bedeutung erlangt. Obwohl in den letzten Jahren die Forderung nach geschlechtssensiblen

[3]Die alltägliche Lebenswelt wird von Schütz und Luckmann als Wirklichkeitsbereich bezeichnet, der wache, normale Erwachsene in der Einstellung des gesunden Menschenverstandes als schlicht gegeben vorfindet (Schütz und Luckmann 2003:29).

Forschungsansätzen in der Medizin und in der Pflege und im Besonderen im Kontext der Migration aufgestellt wurden. Besonderes Konfliktpotential bietet die Nichtbeachtung von geschlechtsspezifischem Rollenverhalten, die Übertretung von Schamgrenzen, sowie die Missachtung sozioreligiöser Tabus. Die Geschlechterdifferenz zwischen Betreutem und Betreuer können sich negativ auf die weitere Compliance der Betreuten auswirken (Binder-Fritz 2005). Gynäkologische und geburtshilfliche Bereiche stellen für die Pflege im Bezug auf die Rolle des Geschlechts einen besonders sensiblen Bereich dar.

Die vorangegangene Erhebung der aktuellen Pflegepraxis im Zusammenhang mit meiner Diplomarbeit ergab, dass keine männlichen Gesundheits-und Krankenpflegepersonen auf gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilungen tätig sind. Die einzige Ausnahme bilden Gesundheits- und Krankenpfleger in Ausbildung. Der Beruf der Krankenpflege wurde in der Vergangenheit als Frauenberuf gesehen und ist bis heute nur wenig reformiert.

In einer Arbeit von Loytved (1997) über die Arbeitsfelder in der Geburtshilfe um 1800 in Lübeck fanden sich folgende Zitate:

"Krankenpflege wurde, soweit historisch nachprüfbar, von Männern und Frauen ausgeübt. Erst im 19. Jahrhundert erfolgte die Verweiblichung des Berufes, dann allerdings so nachhaltig, dass die These von der besonderen Eignung der Frauen für die Krankenpflege noch bis heute vertreten wird" (Schmitz 2002:7).Nach den Vorwürfen der Hebammen zu urteilen, war es wohl eine Zeitlang modern, nur noch Wärmefrauen für die grobe Arbeit und männliche Geburtshelfer für die eigentliche Entbindung im Haus zu rufen." (Loytved 1997:217).

Bis Mitte des 18. Jahrhunderts war die Anwesenheit des Arztes im Gebärzimmer verboten. Es war ihm ausschließlich erlaubt vor der Tür der Hebamme im Zimmer Anweisungen zuzurufen. Aus gesellschaftlichen Gründen war männliche Hilfe bei der normalen Geburt nicht erwünscht (Loytved 1997).Bartholomeyczik (2000) erklärt sich die Konstruktion der Pflege zum reinen Frauenberuf, als *"von altersher natürlich angesehenen Tatbestand."* Schließlich verkörpere der Beruf angesehene "Tugenden", wie das Umsorgen, Hegen und Pflegen. Diese Tugenden werden an das Weibliche und die biologische Geschlechtlichkeit gebunden, vor allem an die Fähigkeit des Kindergebärens. Diese Neukonstruktion ist eng mit der gesellschaftlichen Entwicklung und speziell mit der des ärztlichen Berufes verbunden. Drei Dimensionen sind ihrer Meinung nach von Bedeutung. Zum einen der Wandel im Wissenschaftsverständnis, dem Bedeutungsbeginn körperbezogener Forschung, zum anderen die verstärkte Industriealisierung. Die dritte Dimension stellt die Entwicklung der Weiblichkeitsideologie im 19.Jahrhundert. Die geschlechtsspezifische Rollenzuweisung im

19.Jahrhundert wurde zur Basis der modernen Krankenpflege. Piechotta (2000) versteht unter Pflege eine professionelle Tätigkeit, zu dessen Ausübung, Einfühlungsvermögen und Beziehungskompetenz gehören. Diese Fähigkeiten könnten aber unabhängig vom Geschlecht erlernt werden. Die Pflege als Beruf wird in neueren Zeiten auch auf die Lebensbedingungen von Männern zugeschnitten. Die Merkmale männlicher Berufsbiographien sind gekennzeichnet durch Lebenslänglichkeit, Kontinuität, Vollzeiterwerbstätigkeit, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die mit dem Arbeitsplatzprofil kombiniert sind. Durch das differenzierte Pflegeverständnis bei Männern und Frauen sehen sich Männer weniger durch „internale“ und soziale Werte zur Pflege verpflichtet. Sie besitzen die größere Fähigkeit sich abzugrenzen, sie wahren einen größeren inneren Abstand und erkennen früher ihre Belastungsgrenzen. Der Beruf der Krankenpflege bietet für Männer nicht nur Vorteile sondern auch Nachteile. Sie sehen sich verschiedenen Arten von Diskriminierungen ausgesetzt, und durch den geringen Wert der Pflege als Profession und Frauenberuf, doppelt benachteiligt. Aus der Sicht der männlichen Patienten bringen männliche Pflegepersonen einen Vorteil in der Pflege im Intimbereich mit. Das Verhalten männlicher Patienten oder männlicher Angehöriger, geprägt durch gesellschaftlich herrschendes Geschlechterverhältnis kann aber auch oft zu Irritationen beim Pflegepersonal führen. Gefühle von Unbehagen und Aggression ist die oft erlebte Reaktion für den Betreuten. Vorurteile und Stereotypen insbesondere im Kontext mit dem Islam prägen den pflegerischen Alltag in Krankenhäusern (Binder-Fritz 2005). Der Rolle des Geschlechts in der Pflege sieht Binder-Fritz eine große Bedeutung zukommen und verweist auf die Notwendigkeit dieses Thema in die Pflege Curricula, sowie in Pflegemodelle zu integrieren. Im Weiteren betont sie die besondere Bedeutung des Aspektes Gender in Medizin und Pflege aus mehreren Gründen. Unter anderem sieht sie als Grund das Spannungsfeld von “Frau und Fremd” wie Binder-Fritz es bezeichnet.“Durch die Bezeichnung “Fremd” werden wieder Mechanismen der Ausgrenzung in Bewegung gesetzt.” (Binder-Fritz 2003,2011).

2.1.5 Pflege in China

Ausbildungsunterschiede und Unterschiede in den Praktiken der österreichischen und der chinesischen Krankenpflege scheinen sich auf das Verstehen der Bedürfnisse von chinesischen Migrantinnen auszuwirken. Dies veranlasst mich an dieser Stelle einen kurzen historischen Überblick in die Entwicklung der chinesischen Krankenpflege darzustellen. Bei der Literaturrecherche fand sich eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Jahre 2004 von Smith

und Tang (2004), aus welcher die wesentlichen Punkte wie historischer Rückblick, Ausbildungsorganisation und -entwicklung, soziale Zusammenhänge und Belastungen des Personals in der chinesischen Krankenpflege hervorgehen. Binder-Fritz, die im Jahr 2004 in einem Wiener Geriatriezentrum eine Datenerhebung zum Thema interkulturelle Altenpflege durchführte (Binder-Fritz 2005), unterstützt meine These, dass es in Österreich an Wissen über Pflege in China mangelt. Sie meint, dass Österreichischen Pflegekräften Ausbildungsunterschiede nicht genau bekannt sind und sie als Personal darüber schwer urteilen können. Eine befragte Krankenpflegeperson drückte ihre Unsicherheit so aus: *„Also, ich weiß nicht, wie die Ausbildung drüben in China ist, vielleicht medizinisch, und als Krankenschwester machst doch, hmmm ... aber von der reinen Pflege her, nicht (T-2 August 04).“* (Binder-Fritz 2005:359).

Moderne Pflege in China wurde durch westliche Missionare beeinflusst, die China ab 1842 nach den Opiumkriegen erreichten(Xu et al.2000). 1884 kam die erste amerikanische Pflegeperson Elisabeth Mc Kechnie nach China. Das von ihr eingeführte Pflegesystem nach Florence Nightingale beeinflusste maßgeblich die chinesische Pflege. Vier Jahre darauf wurde die erste Krankenpflegeschule in Fuchou durch die Amerikanerin Ella Johnson gegründet(Chan/ Wong 1999).Durch Nina Gage wurde ein in Yale gestartetes Trainingsprogramm für Krankenschwestern in China etabliert. Begleitend führte sie zwei Jahre den Vorsitz als Präsidentin der Chinese Nursing Association (1912-1914).1915 installierte China das erste Prüfungssystem für professionelle Pflegepersonen und kurz darauf folgte Asiens erster fünfjähriger Bachelor Lehrgang für Krankenpflegepersonen am Peking Union Medical College (Hong/ Yatsushiro 2003). In den Dreißigern des zwanzigsten Jahrhunderts wurden die ersten von der Regierung gegründeten Krankenpflegeschulen eingerichtet. 1936 waren 6000 Krankenpflegepersonen offiziell registriert (Watt 2004). Durch die Übernahme der kommunistischen Partei wurde die Ausbildung chinesischer Krankenpflegepersonen vom sowjetischen Ausbildungssystem beeinflusst. Während der Kulturrevolution wurden viele Schulen geschlossen und die Ausbildung wurde verkürzt. Erst nach dem Fall der Regierung 1977 entwickelte sich langsam eine Erneuerung der chinesischen Krankenpflege. Die vorangegangenen Ereignisse hinterließen einen gravierenden Spalt in Ausbildung und Entwicklung der Pflege auf dem Weg zu einer respektierten Profession. Zurzeit werden 95% der chinesischen Krankenpflegepersonen in einem dreijährigen Lehrgang im Anschluss an die Pflichtschule ausgebildet. Die meisten der Schulen sind an ein Krankenhaus angeschlossen. 40.000 SchülerInnen absolvierten im Jahr 2000 die Krankenpflegeausbildung in China. Im Jahr 2003 existierten rund 530

Krankenpflegeschulen und 99 universitäre Ausbildungsstätten. Dreihundert Krankenpflegepersonen schließen jährlich mit dem Bachelor of Science in Nursing ab. Universitär ausgebildete Pflegepersonen beginnen im stationären Bereich, wechseln aber bald ins Management oder in die Pflegepädagogik. Einen wichtigen Bestandteil in der Ausbildung der Krankenpflegepersonen in China nehmen chinesische Medizin und Fremdsprachen ein, diese sind hauptsächlich Englisch und Japanisch. Dadurch werden die Krankenpflegepersonen auf internationale Karrieren vorbereitet. Das Master of Science in Nursing Studium dauert drei Jahre und bringt hochqualifizierte Pflegepersonen hervor. 330.000 Mitglieder verzeichnet die Chinese Nursing Association 2004 (Chan/Wong 1999, Hong/ Yatsushiro 2003, Xu et al. 2002).Pflege in China ist beeinflusst vom Wertesystem der chinesischen Menschen und ihrer Kultur und dem Verständnis von Gesundheit. Diese beinhalten konfuzianistisches Denken und theoretische Grundlagen der Traditionellen Chinesischen Medizin. Die Yin Yang Theorie und die 5 Phasen Theorie spielen dabei eine große Rolle im heutigen China (Unschuld 2003, Ots 1999).

Krankheitsentstehung wird begründet durch Disharmonie und das „aus der Balance Sein" des menschlichen Körpers mit seiner Umwelt. Das primäre Ziel der Traditionellen Chinesischen Medizin ist nicht die Behandlung von Symptomen, sondern der Fokus richtet sich auf die Wiederherstellung der Balance des Menschen mit seiner Umwelt. Therapeutische Umgebung spielt hier eine zentrale Rolle. Traditionelle ChinesInnen glauben, dass 30% der Heilung von der Behandlung und 70% von der Pflege, abhängig sind (vgl. Smith/Tang 2004:18). Die moralischen Werte der Pflegepersonen sind in der chinesischen Kultur verwurzelt. Dazu gehört die Verpflichtung PatientInnen mit Aufrichtigkeit zu behandeln. Ein weiterer wichtiger kultureller Faktor ist das hierarchische Beziehungssystem. ÄrztInnen genießen den höchsten Respekt, gefolgt von Krankenpflegepersonen mit universitärem Abschluss. Krankenschwestern und Krankenpfleger mit geringerer Ausbildung werden folglich weniger geachtet. Es ist eine soziale Regel, dass die hierarchischen Beziehungen von allen Mitgliedern respektiert werden (Purnell/Paulanka 2005). Die Familie als Einheit ist eine zentrale und besonders wichtige Institution in der chinesischen Kultur und spielt eine Schlüsselrolle in der chinesischen Gesellschaft.

"The perception of family is developed through the concept of relationships. Each person is identified in relation to others in the family. The individual is not lost, just defined differently from individuals in western cultures" (Purnell/ Paulanka 2005:104).

Traditioneller Weise fällen Familienmitglieder wichtige Entscheidungen, die die Behandlung und Pflege ihrer kranken Angehörigen betreffen. Angehörigenpflege ist eine allgemein

verbreitete Praxis in China. Von Pflegepersonen gepflegt zu werden, die Fremde für den Betroffenen sind, bringen ChinesInnen oft in paradoxe Situationen (Smith/Tang 2004).

Pang (2000) stellt Konzepte für Krankenpflegepersonen vor, die den Eintritt in bestehende Familienverbände erleichtern, um dort als vorübergehendes Familienmitglied die Pflege auszuführen. Einerseits stärkt dieser Eintritt in das familiäre System das Selbstbewusstsein der Pflegepersonen in ihrem Handeln und hilft das Stigma des Fremden zu reduzieren. Andererseits erhalten die Pflegepersonen dadurch eine große Verantwortung und es bestärkt deren moralische Verpflichtung mit größtmöglicher Aufrichtigkeit zu pflegen. Interessanter Weise beinhaltet chinesische Pflege nicht immer die ethische Verpflichtung den PatientInnen die Wahrheit zu sagen. Oft wollen chinesische Krankenpflegepersonen die Wahrheit nur sagen, wenn es für die PatientInnen einen direkten Verbesserung bedeutet (Pang 1999). Denn durch das Mitteilen der Wahrheit über eine ernsthafte Krankheit würde der Patient oder die Patientin eventuell sein Vertrauen in die Behandlung verlieren. Das Krankenpflegepersonal fühlt sich dadurch im Gegensatz unaufrichtig. Tiefverwurzelte kulturelle Auflagen haben ausschlaggebenden Einfluss auf das Denken die Praxis und das tägliche Leben von chinesischen Krankenpflegepersonen.

"If individual Chinese clients disagree with the health care provider, they may not follow instructions moreover, they may not verbally confront the health care provider because they fear that either they or the provider will suffer a loss of face" (Purnell/ Paulanka 2005:113).

2002 waren 1, 2 Millionen Krankenschwestern und -pfleger in China beschäftigt. Dies ergibt eine Verteilung von 98,6 Pflegepersonen auf 100.000 Menschen. Verglichen mit Australien und Japan, wo 830 Pflegepersonen, bzw. 744,9 auf 100.000 PatientInnen verteilt sind, erscheint die Anzahl der Pflegepersonen sehr gering. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Pflege im modernen China von heute seit dem 19. Jahrhundert rasend entwickelt hat. Trotz der Modernisierung ist die chinesische Pflegepraxis nach wie vor stark beeinflusst vom traditionellen chinesischen Verständnis von Krankheit und Gesundheit (vgl. Smith/ Tang 2004:19).

2.2 Chinesinnen in Wien

2.2.1 Statistische und historische Daten zur chinesischen Bevölkerung in Wien

Laut Angaben der Statistik Austria[4] leben 15.673 ChinesInnen in Österreich, davon 9.653 in Wien. Die chinesische Community umfasst nach Schätzungen aber 30.000 Mitglieder. Bei diesen Schätzungen werden die bereits in Österreich geborene Generation ChinesInnen mit anderen Staatsbürgerschaften Asylbewerber und illegale Migranten mitgerechnet. Die Mehrheit der ansässigen ChinesInnen stammt laut einer Publikation des Integrationsfonds aus der Provinz Zhejiang. In den letzten Jahren sind Zuwandergruppen aus den verarmten Provinzen Fujian und Dongbei hinzugestoßen. Eine Zuwanderungswelle in den Jahren 2002-2006 von chinesischen Schülern und Studenten wurde beobachtet(Zhao 2010). Die tatsächliche Zahl, der in Österreich lebenden ethnischen ChinesInnen lässt sich nicht eruieren. Springer (2004) weist in ihrer Arbeit auf die Begrenzung der Aussagekraft der erhobenen demographischen Daten der chinesischen MigrantInnen hin (Springer 2004:47-50). Viele ChinesInnen besitzen andere Staatsbürgerschaften, und auch die in Österreich geborenen Kinder der Migranten scheinen als Österreicher auf. Zwischen 2001 und 2007 ist die Abnahme von Einbürgerungen chinesischer Migranten zu verzeichnen. Zwischen 2007 und den aktuellen Zahlen ist keine wesentliche Veränderung erkennbar. Im März 2010 wurden 3.034 Beschäftigte durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeldet. Anhand der Daten des Arbeitsmarktservices zeigt sich derzeit ein leichter Anstieg der arbeitslosen ChinesInnen im Vergleich zu den Vorjahren. Im Jahr 2009 wurden laut Asylbericht 574 Asylanträge gestellt, davon wurden 38 Anträge positiv bewertet. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Anstieg erkennbar. (Zhao 2010). Im Vergleich zu den insgesamt auf illegalem Weg nach Österreich eingereisten Personen, nehmen ChinesInnen einen kleinen prozentuellen Anteil ein. Die ersten ChinesInnen kamen in den Jahren 1902 als Händler und Arbeiter nach Österreich. In den 30iger Jahren immigrierten erstmals chinesische Landbewohner um als Gastronomen zu arbeiten. Zwischen Ende der 40er Jahre und im Laufe der 70er Jahre hatten sich die Chinarestaurants in Wien verzehnfacht. Derzeit werden 1.168 gastronomische Betriebe, geführt von ChinesInnen gezählt. Neben der Gastronomie bilden Einzel- und Großhandel die wichtigsten Wirtschaftsbranchen für chinesische Migranten (Zhao 2010). Die am Anfang des 20.Jahrhunderts begonnenen Beziehungen zwischen China und Österreich flauten am Beginn des Ersten Weltkrieges ab. In der Zwischenkriegszeit

[4] Stand 1.1.2010

wurden die Beziehungen wieder verstärkt und des kam zu einem regen Wissensaustausch. Nach 1978, während der Öffnungs- und Modernisierungspolitik von Deng Xiaoping wurde der wirtschaftliche und kulturelle Kontakt zwischen Österreich und China intensiviert, wobei Emigration von der chinesischen Regierung offiziell nie gefördert wurde. Meistens wurde sie streng kontrolliert (Gernet 1988) .1985 wurde das Emigrationsgesetz in China liberalisiert (Han 2005). Es werden vier Gruppen chinesischer MigrantInnen unterschieden.

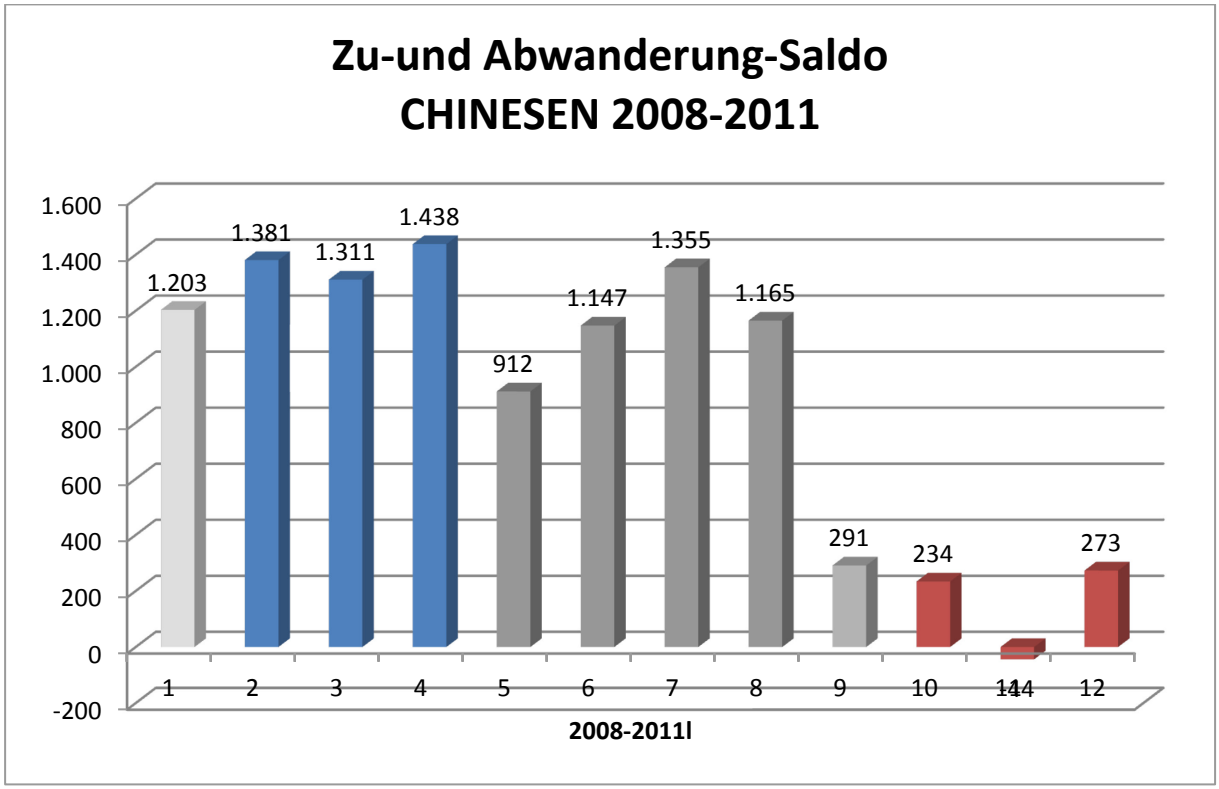
Als (1) „Students turned Immigrants" werden AuslandsstudentInnen bezeichnet, die nach dem Abschluss im Ausland bleiben, (2) „Chain Migrants" , so genannten Kettenmigranten, die zu ihren im Ausland ansässigen Verwandten ziehen, als (3)„Emigrating Professionals" werden Berufstätige bezeichnet, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen mitbringen (Han 2005). Als letzte der vier Gruppen sind die (4) illegalen ImmigrantInnen zu benennen. Die Mehrheit der illegal ausgewanderten ChinesInnen beginnen ihre Auswanderung regulär in dem sie temporäre Visa beantragen, deren Bewilligung aber oft abgelehnt oder verzögert wird. Aus diesen Gründen wählen sie oft den illegalen Weg, der bei Erfolg schneller ist (Martin/Weil 2006).

Wie im Kapitel 2.2.2 verständlich gemacht, spielen die wirtschaftliche Stabilität und der Fortschritt des Ziellandes für KettenmigrantInnen eine entscheidende Rolle. Die Bildung von internen und sozialen Netzwerken wird dabei zum Schlüssel, der es den ChinesInnen ermöglicht, den gewohnten Lebensstil weiterzuführen. Benachteiligungen am Arbeitsmarkt durch unzureichende Deutschkenntnisse, sowie der Mangel an Bildung und Fachkenntnissen werden oft durch diese Netzwerke kompensiert. Chinesische Betriebe sind meist familienbetriebene Kleinunternehmen. Zwei chinesische Zeitungen, die wöchentlich erscheinen, bilden eine wichtige Informationsgrundlage über das Heimatland und Österreich. Aktuelle Themen, internationale Nachrichten und Stellenangebote bieten einen breit gefächerten Überblick in chinesischer Sprache. Zur österreichischen Schulausbildung erhalten die Kinder chinesischer MigrantInnen auch eine traditionelle Sprachausbildung. Die Lehrmittel dazu werden aus China bezogen. Es existieren mehrere Vereine und Organisationen, die diverse Bereiche abdecken. Im Jahre 2000 wurde der Verein "Chinesische Frauen" gegründet. Die zweite Generation wird durch den niedrigen sozio-ökonomischen Status ihrer Eltern beeinflusst, was sich oft auf den Schul- und Werdegang, sowie die soziale Mobilität negativ auswirkt. Im Gegensatz zu denen der Eltern sind die Deutschkenntnisse der zweiten Generation sehr gut (Zhao 2010).

Eine aktuelle Übersicht der Statistik Austria lässt einen Rückgang der chinesischen MiigrantInnen nach Österreich erkennen.

Balken 1-3 stellen die Zuwanderung, Abwanderung und das Saldo des Jahres 2008 dar. Balken 4,5,6 entsprechen dem Jahr 2009,Balken7,8,9 dem Jahr 2010 und 10,11,12 dem Jahr 2011. Dennoch erschien mir die Anzahl der in Österreich verbliebenen ChinesInnen groß genug um über deren Erfahrungen, Erwartungen und Bedürfnisse genaueres wissen zu wollen.

Tabelle 1 Zu-und Abwanderung der ChinesInnen 2008-2011



Quelle: Q: STATISTIK AUSTRIA, Wanderungsstatistik. Erstellt am: 14.05.2012.

2.2.2 Migration

Der Prozess Migration wird oft als Auslöser für Krisen und Krankheit beschrieben und der Erforschung des Migrationshintergrundes sowie der Biografien der einzelnen Individuen sollte erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden (Binder Fritz 2003). Das Festhalten an kulturellen Symbolen und gesellschaftliche und religiöse Werten wird oft als ein Bemühen

um Aufrechterhaltung eines Identitätsgefühls oder Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft interpretiert. Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit möchte ich den Begriff Migration definieren, verschiedene Theorien von Migration erklären, auf den geschlechtsspezifischen Aspekt der Migration eingehen und die Migrationsgründe von chinesischen Frauen analysieren. Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges nehmen Migrationsbewegungen stetig zu. Dabei stellt sich die Frage, warum Menschen wandern und was die verschiedenen Länder zu Abwanderungsländern oder Zuwanderungsländern macht.

„Menschen wandern, weil sie arm sind, weil sie keinen Job, kein Einkommen und keine Perspektiven haben. Das sagt uns der Hausverstand“ (Parnreiter, 2000:25).

Aber um die Ursachen und Entwicklungen von Migration zu erklären, scheinen einfache Antworten nicht zu genügen. Es finden sich zahlreiche und unterschiedliche Definitionen von Migration. In dieser Arbeit erscheint mir die sehr allgemein gehaltene Definition des österreichischen Migrations- und Integrationsberichtes aus dem Jahre 2003 passend. Dieser beschreibt Migration als *„räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung“ (*Fassmann et al. 2003:10). Je nach wissenschaftlicher Disziplin wird Migration aus den unterschiedlichen Perspektiven und verschiedenen Schwerpunkten behandelt. Strasser (2009) schlägt zur Differenzierung und Konkretisierung verschiedener Typologien vor, die als Unterscheidungskriterien für unterschiedliche Formen von Migrationen dienen sollen. Sie weist aber darauf hin, dass dies nur zur groben Orientierung dienen kann. Sie zitiert dabei Treibel (2008), wonach Migrationen in Bezug auf (1) räumliche, (2) zeitliche und (3) kausale Kriterien unterschieden werden. Als räumlichen Kriterien werden internationale Migration und Binnenmigration definiert. Die zeitlichen Kriterien beziehen sich auf die Dauer und den Verlauf von Migration. Als kausalen Kriterien können Migrationsentscheidungen und Migrationsursachen definiert werden. Ihrer Meinung nach erscheint aber trotzdem keines dieser Kriterien oder Typologien möglich, die Komplexität der Migrationsbewegungen zu erklären. Auch gäbe es keinen theoretischen Ansatz der ausschließlich auf einer dieser Typisierungen beruhe (Strasser 2009). Han (2005) sieht vor allem die theoretische Erfassung und Systematisierung der kausalen Kriterien, als eine der schwierigsten Aufgaben der Migrationsforschung (Han 2005).

Die Arbeit von Parnreiter (2000) bietet einen sehr guten Einblick in die theoretischen Ansätze von Migration. Einige dieser Ansätze sollen an dieser Stelle erklärt werden. Die neoklassischen Migrationstheorien stellen die ältesten Konzepte zur Erklärung der Migration dar. Sie betrachten Wanderungen als Ergebnis einer Ungleichzeitigkeit von Angebot und

Nachfrage nach Arbeitskräften. Dies bedeutet, dass in Ländern mit einem hohen Anteil an Arbeitskräften meist niedrige Löhne bezahlt werden, im Gegensatz zu Ländern mit niedrigem Anteil an Arbeitskräften. Daraus resultieren Lohnunterschiede die Arbeiter veranlassen in Länder mit höheren Löhnen zu wandern. Gleichzeitig ist das Individuum an Gewinnmaximierung interessiert und wandert in das Land das den höchsten Vorteil bietet. Die Theorie des dualen Arbeitsmarktes erklärt Zuwanderung als Folge der Segmentierung von Arbeitsplätzen. Arbeitsplätze werden segmentiert in Gut und Schlecht (segmented labor market), (Hahn 2005, Parnreiter 2000). Die Arbeitsplätze im unteren Segment werden in der Regel von einheimischen Arbeitskräften gemieden. Diese erfordert die Anwerbung von MigrantInnen als Arbeitskräfte. Die Annahme dieser Jobs durch MigrantInnen wird sozialpsychologisch begründet. Sie hätte geringe identitätsstiftende Funktion, da Migranten eine klare Trennung zwischen sozialer Rolle und der Selbstwahrnehmung einerseits und ökonomischen Rolle im Aufnahmeland anderseits sehen. Dies ist durch die fest eingeplante Rückkehr ins Heimatland möglich. Durch die beginnende Niederlassung und der Formung von Communities verändern sich die Strukturen dieses Systems. Die Perspektiven der MigrantInnen verändern sich und durch die Integration verlieren sie die Qualifikation für den ursprünglichen Arbeitsplatz im unteren Segment (Panreiter 2000). Die grenzüberschreitende Migration ist immer mit einem totalen Wechsel des sozialen und gesellschaftlichen Bezugssystems der MigrantInnen verbunden. Es bewegt die MigrantInnen ihr angestammtes und zugehöriges Bezugssystem zu verlassen, um im Aufnahmeland Zugehörigkeit zu finden. Individuelle Gründe und gesellschaftliche Bedingungen, sowie deren wechselseitiges Zusammenwirken verursachen letztlich diesen Wechsel. Dieser Prozess ist kein einfacher, zeitlich begrenzter und überschaubarer Vorgang. Er ist in der Realität ein überaus komplizierter, langdauernder und schwieriger Prozess, mit dessen Folgen sich die Migranten oft ihr Leben lang auseinander setzen müssen (Han 2005).Die Migrationstheorie, basierend auf Migrationsnetzwerke und – systeme ist in dieser Arbeit besonders erwähnenswert, da sie die auslösenden Faktoren für die Migration erweitern. Die potenziellen Migranten erhalten von den bereits ausgewanderten Verwandten mehr Information über das Zielgebiet. Diese Netzwerke wirken als Abwanderungsanreiz, da sie sinkende Migrationskosten und abnehmende Risiken bieten. Arbeits- und Wohnungssuche, sowie die Integration an sich werden erleichtert und haben somit eine zentrale Bedeutung für die Migrationsentscheidung.Die Rolle eines Staates nimmt eine wichtige theoretische Funktion ein. Da sie direkt oder indirekt auf die Migrationsbewegungen einwirkt. Religionspolitische Entscheidungen oder Staatenbildungen lösen oft massive Bewegungen aus (Parnreiter 2000).

Der Wanderung von Frauen wurde wenig Aufmerksamkeit geschenkt, beziehungsweise wurde sie als Begleiterscheinung der Wanderung von Männern wahrgenommen. In den 70er Jahren entwickelten sich die ersten genderspezifischen Migrationsforschungen (Parnreiter 2000, Mahler/Pessar 2006). Die erwähnten Theorien beinhalten die Auswanderungsgründe vieler Frauen, wie Armut, Vertreibung, soziale Zwänge, auf die sie wenig Einfluss haben. Diese Probleme teilen sie mit Männern, und trotzdem sind sie geschlechtsspezifisch beeinflusst (Tossic/Kroner/Binder 2009). Ganz besonderen Einfluss haben Unzufriedenheit in der Ehe, körperliche Gewalt und die Gegebenheit sich nicht scheiden lassen zu können. Migration ermöglicht den Frauen der Diskriminierung in ihrem Heimatland aufgrund ihres Geschlechts, ihres Alters oder ihrer Position innerhalb der Familie zu entkommen, und ihr geschlechtsspezifisches Verhalten zu verändern (Kofman, Phizacklea, Raghuram, Sales 2000). In Asien ist eine schnelle Feminisierung der Migration zu beobachten (Parnreiter 2000).China erlebt alle bedeutenden Trends der Migration, wie rapides Wachstum, die Verschiebung und die ansteigende Ungleichheit zwischen ländlichen und städtischen Regionen (Martin/Weil 2006).In den 80er Jahren nach der Wirtschaftsreform wurden sehr viele ChinesInnen in die Industriestaaten ausgesandt, in der Hoffnung, dass sie technologisches Wissen und finanzielle Unterstützung für ihre Familien zurückbringen und somit zum gemeinsamen Aufbau des Heimatlandes beitragen (Zhao 2010).Neben wirtschaftlichen Gründen, ist zu studieren eines der Hauptgründe für chinesische EmigrantInnen und wird vermehrt als Sprungbrett für das Bleiben im Auswanderungsland genutzt (Martin/Weil 2006). Vor allem die Niederschlagung der Demokratiebewegungen (1989) in der VR China veranlasste eine Vielzahl von StudentInnen nicht in ihr Heimatland zurück zukehren (Han 2005).

2.2.3 “Frau sein” in China

Die Rolle der Frau in China wird in dieser Arbeit im historischen Kontext betrachtet. Es erschien mir für diese Arbeit wichtig die Rolle der chinesischen Frau anhand der Literatur kurz zu umschreiben, da sie das Verhalten der chinesischen Frau im Wochenbett maßgeblich prägt .Die Arbeiten von Leutner (1989) zum Thema „Geburt ,Heirat und Tod in Peking “und Leutner/Spakowski (2005) über „Frauen in China“ bilden dabei die Grundlage .Eine ältere Arbeit von Kristeva (1976) war hilfreich für den historischen Kontext.“Frau sein“ in China war beeinflusst durch konfuzianische Tradition. In dieser Tradition wurde die Vormachtstellung des Mannes gegenüber der Frau betont. Die Geringschätzung des

weiblichen Nachwuchses ergab sich aus der Tatsache, dass Töchter nach der Heirat nicht mehr zu ihren Herkunftsfamilien zählten. Sie waren die Schwiegertöchter anderer Familien (vgl. Leutner 1989:175). Für die Versorgung der Eltern im Alter trugen sie keine Verantwortung mehr. Diese Aufgabe übernahmen die Frauen der Söhne. Im Wesentlichen wurden die Frauen Chinas auf zwei Rollen vorbereitet, auf die Rolle der Schwiegertochter und die Rolle der Mutter. Beide Rollen waren auf die Aufgaben im Haus beschränkt. Tugenden, wie der Gehorsam gegenüber den Eltern, den Schwiegereltern und dem eigenen Ehemann wurden stark betont .Es war nicht das Ziel der Heirat, eine glückliche Ehe zu führen, sondern der Familie des Mannes zu dienen (Heine 2001). Zwischen zwölftem und vierzehntem Lebensjahr wurden die Mädchen verheiratet. Durch das niedrige Heiratsalter konnte die volle Reproduktionsphase der Frau ausgenutzt werden (Leutner 1989:143, Gil Martin/Crook 2005,Leutner/Spakowski 2005). Dies war durch die hohe Sterblichkeitsrate und die allgemein niedrige Lebenserwartung sehr wichtig. Aus ökonomischen Gründen war es für die Unterschichten sinnvoll ihre Töchter so früh wie möglich zu verheiraten. Die Familie des Mannes verpflichtete sich zu lebenslangen Unterhalt und im Gegenzug stellten die Frauen ihre Reproduktions- und Arbeitskraft zur Verfügung. Die Integration junger Schwiegertöchter und die Durchsetzungskraft der Familienoberhäupter schienen leichter zu fallen, da sie durch ihr junges Alter anpassungsfähiger waren. Auf Bildung oder akademisches Wissen bei Mädchen wurde nicht sonderlich wertgelegt (Zurndorfer 2005, Leutner/Spakowski 2005). In der Regel wurden die Ehen arrangiert (Gil Martin/Crook 2005, Leutner/Spakowski2005). Männlicher Nachwuchs verhalf den Frauen zu Ansehen in der neuen Familie. Einen Sohn zu gebären war daher sehr wichtig für die Frauen (vgl.Uray-Köhalmy1989:317). Die Mutter eines Sohnes nimmt eine äußerst wichtige Rolle in dessen Leben ein (Leutner 1999, 1989). Die Gesellschaftsstruktur nimmt direkten Einfluss auf die Rolle der Frau. Sie war in den letzten Jahrtausenden hierarchisch-patriarchalisch, und Veränderungen vollziehen sich nur langsam. Die Bedeutung der Familie schrumpft zwar kontinuierlich und wird durch die Ein-Kind-Politik verstärkt. Dennoch wurden gesellschaftliche Normen über die Familie an die einzelnen Mitglieder weitergegeben, da sie die Verbindung zwischen Gesellschaft und Individuum bilden. Die Familie hatte nicht nur fürsorgliche, sondern auch unterdrückende Funktionen (Leutner 1989,Ots 1999).

„Chinese cultural norms privilege the interests oft he family over the interests oft he individual.Harmony is highly prized and is preserved through a complex social hierarchy based upon age,gender and social class(Yeung/Chang 2002:519).

Die Frauen der mittleren Schichten und gehobenen Schichten lebten oft in völlig familiärer Isolation (vgl. Uray-Köhalmy 1989:322). Formal rechtlich hat sich die Stellung der Frau in China wesentlich gebessert. Trotzdem wirkt die geringschätzende Tradition von Frauen in vielen Provinzen weiter, vor allem im ländlichen Bereich (Chen 2001, Kristeva 1976,Leutner 1989, Leutner/Spakowski 2005, Brownell/Wasserstrom 2002*).*

2.3 Wochenbett

Im folgenden Abschnitt soll die Zeit des Wochenbetts aus westlicher und chinesischer Sicht betrachtet werden. Die Begriffe "Wochenbett" und der Begriff "zou yuezi" werden erklärt und beschrieben. Um den komplexen Prozess des Wochenbettes zu verstehen erschien mir in diesem Abschnitt der Arbeit eine vorangehende Einführung in die Medical Anthropology, die Körperkonzepte und in die Frauenforschung absolut notwendig. Der Blick auf die Geburt aus soziologischer und anthropologischer Perspektive sowie die Ausführungen zur Thematik „Purity und Danger" vervollständigen meiner Meinung nach diese Einführung.

2.3.1 Medical Anthropology

Medical Anthropology und Körperkonzepte bilden einen wesentlichen Teil des theoretischen Rahmens dieser Arbeit. Die Geschichte und Entwicklung des Fachgebietes der Medical Anthropology sowie Körperkonzepte und deren wissenschaftliche Grundlagen werden in diesem Abschnitt kurz beschrieben und erklärt. Im deutschsprachigen Raum wird Medical Anthropology meist als Ethnomedizin oder in der Schweiz auch mit dem Begriff Medizinsthnologie bezeichnet (Lux 2003). In den vergangenen Jahrzehnten wurde sie in den verschiedenen Kontexten definiert. Unter der Bezeichnung Medical Anthropology/Medizinethnologie /Ethnomedizin wird jedenfalls die Forschung über Medizinsysteme ,Gesundheits-und Krankheitskonzepte, kranke Menschen und deren Gesundheits-und krankheitsverhalten im soziokulturellen Kontext beschrieben (Pfleiderer 1993).

Einer der Schwerpunkte der Medical Anthropology liegt unter anderem in der Untersuchung von Medizin als Ausdrucksform von Kultur. Es beinhaltet die Analyse von lokalem und traditionell überliefertem Wissen über Heilkunst, Heilmittel und Heilpraktiken. Die Zusammenhänge zwischen Politik, Ökonomie und Gesundheit einerseits sowie die

Schnittstellen zwischen Ökologie und Gesellschaft der Heilung andererseits werden dabei herausgearbeitet. Lux bezeichnet diese Gemeinsamkeiten als „kulturelle Dimensionen von Gesundheit und Krankheit“ (vgl. Lux 2003:28).

Medizinethnologische, anwendungsbezogene Analysen zum Krankheitsverhalten von Patienten sollen helfen Gesundheitsversorgungssysteme zu verbessern (Wieckhorst 2007). Medical Anthropology als Wissenschaft an der Schnittstelle zwischen Medizin und der Ethnologie angesiedelt, entwickelte sich seit der Mitte des letzten Jahrhunderts aus der allgemeinen Anthropology. Die deutschsprachige Medical Anthropology erreichte unter dem Einfluss von Freuds Psychoanalyse, dass kulturell geprägte Biographien einer erkrankten Person berücksichtigt werden (Pfleiderer 1993).Nach wie vor ist das medizinische Bild geprägt vom naturwissenschaftlichen Verständnis.

Nach Waldstein und Adams können vier grundlegende theoretische Orientierungen können in der Medizinethnologie unterschieden werden (1) “Medical Ecology”, (2) “Critical Medical Anthropology”, (3) “Interpretative Medical Anthropolgy”, (4) “Ethnomedicin” (Waldstein/Adams 2006).

Zunehmendes politisches Interesse erklärt die aufkommende Beachtung an lokalen Heilsystemen. Medical Anthropology kann in einem interdisziplinären Forschungsfeld betrachtet werden. Verschiedene Vorstellungen, Begriffe und Strömungen haben den theoretischen Rahmen beeinflusst. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen möchte ich in der Folge nur auf einen Teilaspekt, den symboltheoretischen Ansatz näher eingehen. Durch das kartesianische Paradigma, der Trennung von Körper und Geist, kam es zu einer getrennten Entwicklung von “Naturwissenschaft” und “Kulturwissenschaft”. Mary Douglas symboltheoretischer Ansatz der zwei Körper: den physischen und den sozialen Körper, überwand erstmals diesen Dualismus. Douglas sieht den Körper als ein soziales Konstrukt der die Art und Weise der Wahrnehmung des Körpers als physisches Gebilde einerseits und dessen Auswirkungen auf Gesellschaftsauffassungen andererseits steuert (Douglas 1974,2004).

„Zwischen dem sozialen und physischen Körpererlebnis findet ein ständiger Austausch von Bedeutungsgehalten statt, bei dem sich die Kategorien beider wechselseitig stärken. Infolge dieser ein hochgradig restringiertes Ausdrucksmedium.[…]Die Sorgfalt die auf seine Pflege verwendet wird, die Regeln der Nahrungsaufnahme und der Therapie ,die Theorien über das Schlaf-und Bewegungsbedürfnis, über die normalen körperlichen Entwicklungsstadien, über die Erträglichkeitsgrenze bei Schmerzen, die normale Lebensspanne-kurz, all die kulturellgeprägten Kategorien, die die Wahrnehmung des Körpers determinieren, müssen den

Kategorien, in denen die Gesellschaft wahr genommen wird, eng korrespondieren ,weil und insofern auch diese sich aus den kulturell verarbeiteten Körpervorstellungen ableiten beständigen Interaktion ist der Körper“ (Douglas 2004:99).

Weitere Ansätze zum “sozialen” Körper sind die Arbeiten von Marcel Mauss (1935, 1975). Er konzipierte die Techniken des „Körpers” als kultureller Ausdruck von Bewegung und Haltung, die die Normen und Werte der sozialen Welt widerspiegeln (vgl. Lock/Farquhar 2007:50). Eine der bedeutenden Arbeiten zum “sozialen” Körper ist der Entwurf Bourdieus des „Habitus“ (Bourdieu1977, 1987). Bourdieu sieht den „Habitus“ als Ansammlung von gelernten, körperlichen Verhaltensweisen, die von einer Generation zur Nächsten überliefert werden und die physikalischen Muster einer Kultur, sowie deren Grenzen der Innovation definieren. Die Erscheinung und das Aussehen ist seiner Auffassung nach das Ergebnis einer “List der pädagogischen Vernunft”. Durch das Einverleiben von gesellschaftlichen Normen und Regeln “mache der Geist mehr als ihn sein Körper wissen lässt” (vgl. Wieckhorst 2007). Einen weiteren wichtigen Einfluss auf diese Forschungsarbeit nehmen die Arbeiten von Arthur Kleinman. Er gilt als einer der berühmtesten Vertreter der US-amerikanischen Medizinethnologie. Seit den 1970er Jahren greift er aufgeworfene Fragestellungen um den Einfluss der Kultursysteme auf den menschlichen Körper auf. Er entwickelte einen zentralen Begriff der Medizinethnologie, die sogenannten “Erklärungsmodelle” (Explanatory Models). Kleinman sieht fünf Kernfunktionen die ein Medizinsystem definieren. Diese Kernfunktionen sind: (1) die kulturelle Konstruktion von Krankheit, (2) die Kriterien die das gesundheitssuchende Verhalten leiten, (3) der Umgang mit Krankheitsepisoden durch Kommunikation und Erklärungsmodelle, (4) die Heilungsaktivitäten (curing of disease und healing of illness) und (5) die Gesundheitsfürsorge (health-care) (Wieckhorst 2007). Das Gesundheitsverhalten (health seeking behaviour) und die Nutzung von Medizinsystemen von Patienten wird von diesen Erklärungsmodellen beeinflusst. Gruppen von Personen, welche die Patienten während dieses Prozesses begleiten werden als “lay referral groups” bezeichnet. Gleichzeitig treffen verschiedene Erklärungsmodelle von Ärztinnen, Ärzten und Patienten aufeinander. Die Aspekte, “das Kranksein”, sowie “die Antworten auf das Kranksein”, die beteiligten Individuen, und die sozialen Institutionen, die mit der Krankheit in Verbindung stehen, treten in systematische Beziehung zu einander. Die Erklärungsmodelle treffen aufeinander und beeinflussen innerhalb dieses Prozesses die Compliance des Patienten (Kleinman 1980).

“In the same sense in which we speak of religion or language or kinship as cultural systems, we can view medicin as a cultural system, a system of symbolic meanings anchored in

particular arrangements of social institutions and patterns of interpersonal interactions" (Kleinman 1980:24).

In meiner Arbeit habe ich versucht bei der Ausarbeitung der gesammelten Daten verschiedene Inhalte den Erklärungsmodellen im Sinne von Kleinman zu zuordnen.

2.3.2 Körperkonzepte

In den neunziger Jahren verschob sich das Interesse auf den Körper und die Körperlichkeit, wobei besonders im anglophonen Raum drei Körperkonzepte diskutiert wurden. Der soziale Körper, der individuelle Körper und „body politics" (wurden aus Mangel an einem Äquivalent als Körper-Politik übersetzt) (Hsu 2003). In diesem Ansatz wird der individual body als gelebte Erfahrung des Körper-Selbst verstanden und der social body[5] in Anlehnung an Mary Douglas wie im Abschnitt 2.2.1 bereits erwähnt als Symbol für die Strukturierung der sozialen Welt. Der "politische Körper" oder body politics kann hier als Verhaltensmuster einer Gesellschaft verstanden werden, das sich in bestimmten Situationen entsprechend dem Modell eines Körpers äußert. Der Aspekt von Körper als Ort der politischen Überwachung, Regulierung und Kontrolle und darüber hinaus auch als Arena und Mittel des Widerstandes wird betont (Wieckhorst 2007, Hsu 2003).

Der Begriff des „Embodiments" gilt seit den neunziger Jahren als neues Paradigma der Medizinethnologie. Der wichtigste Vertreter dieses Paradigmas ist Thomas Csordas (1990, 1994, 1999), dessen Artikel "Embodiment as Paradigm for Anthropology" 1990 als Meilenstein in der Medical Anthropology gilt. Csordas entwickelte Merleau-Ponty's phänomenologischen Ansatz, in welchem der Leib zum Kommunikationsmittel der Welt wird weiter und formuliert das Konzept des "Embodiments"(Lock/Farquhar 2007:133). In diesem Konzept sieht er körperliche Wahrnehmungen und Erfahrungen als existenzielle Grundlagen für Kultur und das Selbst. "Embodiment" wird zum methodologischen Standpunkt bzw. Ausgangspunkt der Analyse von Kultur und Selbst (Csordas 2003, Hsu 2003, Lock/Farquhar 2007). Im Zentrum steht nicht die Kultur als fertiges Produkt sondern der Prozess des Entstehens von Kultur.

[5] Zur Erklärung des sozialen Körpers weißt Hsu auf eine Textpassage in einem Klassiker der Chinesischen Medizin hin, in welchem die Organe des Körpers die Funktionen von Ämtern einer Regierung einnehmen (vgl.Hsu 2003:179).

"[…] that the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the subject of culture, or in other words as the existential ground of culture" (Csordas 1990:5).

2.3..3 Anthropology of Gender

Im folgenden Kapitel will ich die Entwicklung von Frauenforschung kurz beschreiben und einen Einblick in die Begriffsentwicklung von Gender bieten. Meine Arbeit kann in den Bereich Frauenforschung eingereiht werden. Gender als soziale Konstruktion der Kategorie "Frau und Mann" im Gegensatz zum biologischen Geschlecht mit körperlichen Unterscheidungsmerkmalen, wobei Gender und das biologische Geschlecht zueinander in Beziehung treten. Das Ziel der Frauenforschung sehe ich in der Analyse von Einflussfaktoren wie Normen, Werte und Verhalten die das "Frau sein" definieren und die dabei gemachten Erfahrungen und die Empfindungen, also das Erlebte. Beeinflusst vom Feminismus entwickelte sich in den sechziger Jahren in den USA die systematische Beschäftigung mit dem Geschlechteraspekt. Ausgehend von Studien, über die Rolle und den Status von Frauen in verschiedenen Gesellschaften, entstand ein eigenständiger Teilbereich in der Ethnologie, der als "anthropology of women" bezeichnet wurde. Primär behandelten die "women studies" das Thema Frau in einer von Männern dominierten Gesellschaft. Aus diesem Teilbereich entstand die eigentliche Geschlechterforschung, welche als "gender studies" bezeichnet wird. Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich erst seit Beginn der 90er Jahre ein reges Interesse zu "gender studies". Als PionierInnen der "gender studies" können Lampher/Rosaldo 1974, Sacks 1974, Sanday 1974, Rogers 1975 und Leacock 1978 genannt werden. Zum heutigen Zeitpunkt können wir auf 40 Jahre Geschlechterforschung zurückblicken. Das primäre Thema während der ersten Dekade der ethnologischen Geschlechterforschung kreierte die These der "universalen Dominanz des männlichen Geschlechts". Im Wesentlichen wurden ökonomische Aspekte angenommen, die die zentrale Bedeutung widerspiegelten. Man nahm an, dass die Geschlechterasymetrie aus produktiver und reproduktiver Arbeitsteilung resultierte und biologisch determiniert war. Durch die ökonomische Dominanz des Mannes ergab sich auch seine Vorherrschaft im sozialen Leben. In den verschiedensten theoretischen Diskussionen fallen Dichotomien auf, im Rahmen derer wurden Geschlechterrelationen in verschiedenen Gesellschaften erforscht und erklärt. Beispielsweise formulierte Rosaldo (1974) die " public/domestic" Dichotomie und sieht in der Teilung der Sphären in "public/domestic" in allen Kulturen die Dominanz des männlichen Geschlechts. Rogers (1975) bezweifelte den Mythos der männlichen Dominanz und

argumentierte mit der Frau, trotz ihrer öffentlichen Unsichtbarkeit, als bedeutende Entscheidungsträgerin in den verschiedensten Gesellschaften. In der Folge erweiterten sich die Perspektiven in der Geschlechterforschung. Phänomene des Geschlechterrollenwechsels und alternative Geschlechterkategorien erhielten vermehrte Beachtung (Wikan 1977). Eine „female bias“ war zu bemerken, da “gender studies” vorwiegend von Frauen betrieben wurden. Die Arbeit von Godman und Griffin (1985), die die Annahme von Unvereinbarkeit von reproduktiver Aufgaben und produktiver Aufgaben widerlegten, führte zu einer kritischen Reflexion der früheren Thesen. Einen wesentlichen Beitrag in “gender studies” lieferten dazu zuerst Caplan (1987) und dann vor allem Butler (1991), durch den Hinweis auf das Problem der Trennung von biologischem und kulturell konstruiertem Geschlecht. Ortner und Whitehead (1981) sahen den Ansatz das Geschlecht als primär nicht biologisch zu betrachten, sondern als Ergebnis kultureller und sozialer Prozesse. Dadurch verlagerte sich der Schwerpunkt auf die kulturelle Konstruktion von Geschlecht (gender) und der physiologische Aspekt des Geschlechts (sex) wurde außer Acht gelassen. Gender, Sexualität und Reproduktion wurden in den verschiedenen Gesellschaften zu Symbolen mit unterschiedlicher Bedeutung. Die Analyse des Symbolgehaltes wird, ihrer Meinung nach, Kriterium zur Analyse der kulturspezifischen Bedeutung von Geschlecht. Die These der “Dominanz des männlichen Geschlechts” mit den verschiedensten Dichotomien wurde weiterhin wenig hinterfragt. In den weiteren Arbeiten wurden die Dichotomien als Element westlicher Denktradition interpretiert (Collier/Yanagisako 1987). Aufgestellte Dichotomien in hierarchische Bezüge zu bringen sahen Leacock 1978, Etienne 1980, Strathern 1987, als einen weiteren Hinweis auf westliche Denktradition. Bereits geführte Kritik an polarisiertem und hierarchischem Denken innerhalb der Theoriebildung wurde von Moore (1993, 1994) aufgegriffen und weitergeführt. Sie weist in ihren Arbeiten auf die nach wie vor vorherrschende, fokussierende Ansicht von Differenz und den fehlenden Aspekt von Gemeinsamkeit und Ähnlichkeit der Geschlechter hin. Eine ihrer zentralen Fragen behandelte inwieweit Geschlechterdifferenz über andere Differenzen wie Rasse, Ethnizität, Klasse und Religion gestellt werden könne. Sie wies darauf hin Differenzen nicht nur “zwischen Kategorien” (differences between) sondern auch “innerhalb Kategorien” (differences within) zu untersuchen. Die dritte Dimension, die der unterschiedlichen Identitäten eines Menschen im Laufe seines Lebens, gewinnt an Bedeutung. Hauser-Scheublin/Röttger-Rössler (1998) sehen drei Dimensionen von Differenz, die Differenz zwischen den Geschlechtern innerhalb der Geschlechter, sowie innerhalb der Individuen, als mögliche Vorgabe für verschiedenste Fragestellungen in “gender studies” (vgl. Hauser-Scheublin/Röttger-Rössler 1998). “Gender

studies" werden nicht nur beschränkt auf das Gebiet der Ethnologie, sondern in den verschiedensten Disziplinen wie Psychologie, Geschichte, Soziologie und vor allem auch in der Medizin betrieben. Schücking analysiert in einem Aufsatz den damaligen Stand der Frauenforschung im Bereich der Medizin und sah bereits 1996 im „Spannungsfeld Frau als Patientin –Frau als Pflegerin, und Helferin in der Familie" einen besonderen Forschungsbedarf mit den verschiedensten Fragestellungen (vgl. Schücking 1996:239). In meiner Arbeit, als ein Beitrag zur Pflegewissenschaft, wende ich mich der Pflegepraxis im Zusammenhang mit frauenspezifischen körperlichen Umbruchphasen zu.

2.3.4 Geburtssysteme

Das Wochenbett kann nur im Kontext mit Geburt betrachtet werden. Daher erschien es an dieser Stelle sinnvoll die Geburt aus medizinenthnologischer und soziologischer Perspektive zu betrachten.

„Gebären und geboren werden sind wie Tod und Sterben, mehr als nur physiologische Vorgänge, sie sind Eckpunkte unserer Existenz:"(Schiefenhövel 1982:))

Ethnomedizinische Perspektiven des Gebärens oder über die Frau während der Geburt, sowie Geburt im Kulturvergleich stellen die Forschungen in der Anthroplogie zum Thema Geburt dar .Zu den wichtigsten anthropologischen Arbeiten zum Thema Geburt gehören die Arbeit von Jordan (1978,1993) zur Geburt in vier Kulturen. Die wichtigsten deutschsprachigen Vertreter zum Thema sind Schiefenhövel (1989,1995),Schücking (1995), Kuntner (2001) und Nadig (1990).(vgl. Binder-Fritz 2003:99-101).Die Auseinandersetzung mit diesem Thema in anderen Kulturen sieht Janus(1982) als einen „Teil der neuen Sensibilität" zur Entwicklung einer neuen Kultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt (vgl .Janus 1982:391-392).Fischer (2011) meint in seinem Artikel dass die Geburt aus soziologischer Sicht gegenwärtig einem Ansatz in der historischen Anthropologie und dem Sozialkonstruktivismus folge, die seiner Meinung nach gleichsam relevant und zugleich beschränkt sind hinsichtlich einer Soziologie der Geburt. Menschliche Gesellschaft würde durch die „spezifische menschliche Geburt" überhaupt konstituiert, als Sozialphänomen, soziodramatisch bei jeder Geburt neu. (vgl. Fischer 2011:22-35).

Auch Liselotte Kuntner, die sich mit Gebärpositionen weltweit beschäftigte, verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Geburt und Geburtshilfe und ihre Einbettung in das jeweilige "Geburtssystem". Die Praktiken und Verhaltensregeln in der Schwangerschaft während der

Geburt und im Wochenbett werden als Schutzsysteme für die Frau und ihr Kind bezeichnet (Kuntner 2007). Geburtssysteme und Schutzsysteme sind beeinflusst durch soziale, historische und religiöse Faktoren und werden auch von Politik und Medizin geprägt (Jordan 1978, Kuntner 2007). Nadig (2011) sieht in den verschiedenen Geburtsritualen auch eine Gleichheit die mit der körperlichen Erfahrung zusammen hängt, eine psychische, physische Extremsituation. Warnt aber davor die Gleichheit der Frauen untereinander von ihrer biologischen Beschaffenheit abzuleiten, denn ihrer Meinung nach sind soziale, regionale und politische Differenzen gewichtig und determinierend. Faszinierend sei, dass sich bestimmte Gemeinsamkeiten oder Ähnlichkeiten durch all jene Rituale hindurch ziehen, die die Bedürfnisse und die Not, also die körperliche und emotionale Befindlichkeit der Gebärenden für das Geschehen als zentral erachten. Durch die Entwicklung der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin wird diese oft in Frage gestellt und dadurch Gegenströmungen hervorgerufen (Nadig 2011).Binder–Fritz führte Ende der 1990er Jahre eine ethnografische Feldforschung bei den Maori in Neuseeland durch, um die Auswirkungen der westlichen Geburtshilfe und Klinikentbindung auf das traditionelle Geburtssystem, sowie auf das subjektive Geburtserlebnis zu ergründen (Binder-Fritz 1996).Der Verlust von traditionellen Geburts-und Übergangsriten sowie von sozialen Netzwerken durch Migration und Akkulturation weist eine Parallele zur Situation von MigrantInnen in Österreich auf.(Binder-Fritz 2011).Durch ethnomedizinische und soziologische Forschungen, vor allem systematische Untersuchungen von Geburtssystemen haben sich die geburtshilflichen Praktiken in unseren Gesellschaften wesentlich verändert. Beispielsweise habe sich laut einer Arbeit von Kottwitz, Spieß und Wagner (2011) die Kaiserschnittrate in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten verdoppelt. Der Anstieg wird sozioökonomisch und medizinisch begründet. Ein weiteres Beispiel stellt die Hausgeburt dar, die in den derzeitigen Gesundheitssystemen einen sehr kleinen Anteil einnimmt. Vor allem, gegenwertig herrschende Ideologien, bezüglich der Geburt im Krankenhaus, propagieren mit der Technik ein verringertes Risiko für Mutter und Kind hin (Nadig 2011). Das Verhalten während der Schwangerschaft und Geburt, sowie der Umgang im Wochenbett haben sich ebenfalls verändert. Kuntner (2007) definiert Universalien in traditionellen Geburtssystemen, wie zum Beispiel gesellschaftlich verankerte Codes, traditionelles Rollenverhalten, Frauen und Hebammen orientiertes Betreuungsverhalten. Dazu gehören, ihrer Meinung nach, dass die Anwesenheit des eigenen Mannes meist nicht üblich sei und fremde Männer wie Ärzte unerwünscht wären. Die Rituale zum Schutz für Mutter und Kind im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie der Umgang mit der Plazenta werden als Universalien in traditionellen

Geburtssystemen definiert. Vor allem Ernährungskonzepte und Essensgebote und Verbote, sowie Krankheits- und Behandlungskonzepte, wie zum Beispiel das Warm-Kaltsystem nehmen eine wesentliche Rolle in dieser Arbeit ein. Alle diese Konzepte in traditionellen Geburtssystemen beeinflussen das Leben von Frauen im Allgemeinen und die Geburtshilfe im Speziellen. (Kuntner 2007).Für die Geburt in China wurden verschiedene Bezeichnungen und Begriffe verwendet, aber meistens als „chan“ bezeichnet. Mit der eigentlichen Geburt waren immer Frauen betraut , die erfahren, standfest, ruhig und beruhigend für die Mutter seien.(. Leutner 1989).Die Geburt in der chinesischen Medizin sei nach Marchment (2008) nicht nur ein bedeutsames sondern auch ein “Marathonereignis “in Bezug auf die darauf verwendete Energie. Außerdem stelle sie die “Kulmination des Wachstums des Yin“ dar, das am Höhepunkt ins Ungleichgewicht kommt und den Weg für das Yang freimache. Durch das Yang würde das Ying verdrängt und durch das Öffnen des Muttermundes und durch das Austreiben des Kindes könne die Geburt ablaufen(vgl. Marchment 2008:250).Bei der Erhebung der für diese Arbeit notwendigen Daten spielten vor allem die Beschreibungen des Erlebens der Geburt durch die Chinesinnen eine wichtige Rolle. Die InformantInnen wurden am Beginn immer zur Schilderung des Geburtsverlaufes aufgefordert. Die Gespräche kamen dadurch sehr schnell ins Laufen.

2.3.5 Purity and Danger

Im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erhält das Konzept der Reinheit und der rituellen Reinigung eine besondere Bedeutung. Die Arbeit von Mary Douglas (1966) zu Purity and Danger ist maßgeblich. Sie versteht darunter ein symbolisches Klassifikationssystem zur Differenzierung zwischen (1) sauber und schmutzig, (2) menschlich und animalisch, (3) männlich und weiblich. Im Schmutz sieht Douglas nichts “Absolutes”, sondern etwas “Relatives” im Auge des Betrachters liegendes. Schmutz verstößt in jedem Fall gegen eine relative Ordnung, weshalb versucht wird diese Ordnung durch Aufräumen und Reinigen wieder herzustellen (Douglas 1966). Bei Frauen in manchen Ethnien wird zum Beispiel die Abneigung gegen Blut und Schleim, sowie alles mit Geburt zusammenhängende mit einer Abneigung verbunden und daher vermieden (Kuntner 2007). Menstruationsblut und Blut nach der Geburt sind laut einer Arbeit von Furth (1992) die am meisten in den verschiedenen Kulturen verbreiteten Ursachen für rituelle Verunreinigung. Die Verunreinigung durch das weibliche Blut bei der Geburt wird oft in China auch als Krankheitsauslöser beim Kind gesehen-als „fetal poison“ (tai tu)-besonders im ersten

Lebensmonat des Kindes (vgl. Furth 1992:31). Menstruation und ihre Tabus sowie die Geburt werden von der Gesellschaft als besondere Ereignisse gesehen und lösen in Folge spezifische Verhaltensmechanismen mit unterschiedlichem Bedeutungsgehalt aus. (vgl. Binder-Fritz 2003:124,1996). In China wurde in der Vorstellung des Volkes die Erde von Dämonen und Geistern regiert, die sich durch den „Schmutz" und das Blut der Geburt gestört fühlten. Sie trachteten daher Mutter und Kind zu schädigen. Dementsprechend mussten Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. (Furth 1997)

Van Gennep (2005) sieht die Geburt und das Wochenbett von Übergangsriten begleitet und gibt den Betreuern während dieser Ereignisse eine besondere Bedeutung.

"Eine wichtige Rolle spielen Vermittler, die hier, wie in anderen Zeremonien nicht allein Unreinheit neutralisieren oder bösen Zauber auf sich lenken, sondern ganz konkret als Brücken-, Ketten- oder Verbindungsglied dienen, kurz: Zustandsveränderungen ermöglichen sollen, ohne dass es zu heftigen sozialen Erschütterungen oder der Fluss des individuellen und kollektiven Lebens abrupt zum Stillstand kommt. (Van Gennep 2005: 53)

Douglas beschreibt aber auch die Veränderungen bezüglich bestimmter Vorstellungen als ein in dem Maß von unserem erworbenen Wissen abhängig. *„The rules hygiene change,of course,with changes in our state of knowledge"(Douglas 1966:8).*All diese Aspekte erschienen mir für die weitere Arbeit bedeutsam, da Verunreinigung, Blut und die damit verbundenen Erklärungen eine wesentliche Rolle für das Verhalten meiner InformantInnen im Wochenbett darstellen.

2.4 Westliche Sicht auf das Wochenbett

Das Wochenbett war ursprünglich die Bezeichnung für das Bett, indem sich die Frau in den Tagen nach der Geburt ausruhte. Im deutschsprachigen Raum wird dieser Begriff heute für den Zeitraum nach der Geburt verwendet. Es handelt sich dabei um einen alten Begriff der dadurch entstand, dass frisch entbundene Frauen noch eine Woche lang im Bett lagen in dem sie auch das Kind geboren hatten (Harder 2005).

Der Fachausdruck für Wochenbett lautet „Puerperium"(lat. puer: Kind, Parere: gebären), auch genannt postpartale Zeit (lat. post: nach, partus: Geburt). Das Wochenbett beginnt unmittelbar nach der Geburt der Plazenta und dauert zwischen 6 – 8 Wochen (Impey/Child 2008,Marchment 2008). Es werden zwei verschiedene Zeiträume für das Wochenbett unterschieden, das Frühwochenbett, das die ersten 10 Tage nach der Geburt inklusive Entbindungstag, beinhaltet. Das Spätwochenbett, welches vom 10. Tag bis zum Ende der 6.

bzw. zur 8. Woche andauert. Der Körper der Frau nimmt in diesem Zeitraum annähernd den Zustand vor der Schwangerschaft ein. Bloemeke (2011) sieht in dieser Zeit die Möglichkeit zur Umstellung und Neufindung. Dazu gehört ihrer Meinung nach das Kennenlernen und Knüpfen eines lebenslangen Bandes mit einem neuen Menschen. Das Annehmen dessen vorläufiger Abhängigkeit von Liebe, Nahrung und Pflege rund um die Uhr, sowie die Verarbeitung und Integration des Geburtserlebnisses. Sie versteht darunter einen körperlichen Umstellungs- und Heilungsprozess. Gleichzeitig stellt diese Zeit eine Erfahrung mit der Milchbildung, sowie einen Entscheidungsprozess für oder gegen das Stillen dar, und vor allem die Anpassung an eine neue Familiensituation (Bloemeke 2011).

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts verbrachten Mütter in Europa das Wochenbett üblicherweise zu Hause, wo sie auch das Kind gebar. Sie wurde ca. 10 Tage lang ein bis zwei Mal täglich von einer Hebamme besucht. Diese kontrollierte die Rückbildungsvorgänge und bot pflegerische Hilfestellung und beantwortete Fragen der Mutter (Harder 2005, Andrews/Boyle 2008).Oft kamen auch einige Zeit weibliche Verwandte oder Nachbarinnen um die Wöchnerin und ihre Familie zu versorgen. Dadurch wurde das Wochenbett von vielen Frauen als eine sehr schöne Zeit in ihrem Leben empfunden (Kotte 2009). Bis in die Nachkriegszeit wurden Geburten zu Hause durchgeführt. Nur im Notfall wurden Kinder in den Kliniken geboren um sich die Entbindungs- und Wochenbettkosten zu ersparen. Durch die zunehmende Verbreitung von Krankenversicherungen verlagerten sich die Geburten in die Kliniken. Dadurch verlor das Wochenbett in Europa seine traditionelle Bedeutung (Harder 2005). Ende der siebziger Jahre gebaren fast alle Frauen ihre Kinder in den Krankenhäusern. Erst in den neunziger Jahren verlagerte sich das Wochenbett kontinuierlich in das eigene Zuhause. Die Angebote an ambulanter Wochenbettbetreuung stiegen an. Es wurden vermehrt Geburtshäuser und Hebammenpraxen gegründet. Durch strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen, wie die Änderung der Kostenabrechnung von Tages- und Pflegesatz auf Fallpauschale verkürzte sich die durchschnittliche Liegedauer der Frauen in Krankenhäusern nach der Geburt. Mittlerweile werden kürzere Aufenthalte im Krankenhaus nach der Geburt mit einer häuslichen Wochenbettbetreuung kombiniert. Heute bleiben die meisten Frauen nur 4-5 Tage im Krankenhaus (Kuntner 2007). Aus westlicher Sicht wird die besondere Stellung der Wöchnerinnen in unser Gesellschaft durch bestimmte Verhaltensvorschriften und Tabus, aber vor allem durch die gesetzlich vorgeschriebene achtwöchige Schutzzeit vor und nach der Geburt, bei uns als “Mutterschutz" bezeichnet, erkennbar.

Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

§ 5. (1) Dienstnehmerinnen dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen nach ihrer Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt diese Frist mindestens zwölf Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist (§ 3 Abs. 1) vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung, höchstens jedoch auf 16 Wochen. [6](Mutterschutzgesetz 1979 – MSchG StF: BGBl. Nr. 221/1979 (WV) 2013:5)

2.5 Chinesische Sicht auf das Wochenbett

Das Wochenbett wird in China als sehr wichtige Phase im Leben der Frauen gesehen (Kotte 2009). Es wird als "zou yuezi" bezeichnet. "Zou yuezi" bedeutet „sitting in for the first Month" oder „den Monat absitzen"(vgl. Cheung 1997:55). *"Ich kenne, wegen ich habe meine Mutti, meine Schwester ist sieben Jahre jünger als ich, ja. Meine Schwester, als meine Schwester geboren, meine Oma hat meine Mutter gekümmert. Sie war ganz Monat liegt in Bett, [….]Meine Oma bedient wie eine Kaiserin, essen in Bett, alles in Bett und war sehr. Ich habe so gedacht, aha, das kommt Meinung, ja. (lacht) Die Frau hat Kinder wegen Nachbar hat auch Frau, hat zou yuezi, ja, gehabt. Die Kinder bekommen, mein Gott, die leben wie eine Kaiserin. (lacht) M_DU_26062010_ACW3_TS (Position:296).* Die Wöchnerinnen wurden angewiesen, in halbsitzender Stellung, gegen Kissen gelehnt, mit angezogenen Knien für mehrere Stunden die ersten Tage zu verbringen. Die sitzende Position gab dem Wochenbett den Namen. Bis in alle Schichten sind traditionelle Verhaltensweisen weit verbreitet (Leutner 1989). Das Wochenbett war in vier Perioden geteilt. Die erste Periode dauerte vom 1. bis zum 3. Tag, die 2. vom 4. bis zum 12. Tag, vom 12. bis zum 40. Tag und die 4. bis zum 100. Tag. Die Einhaltung dieser Phasen war abhängig vom Status und dem Gebiet, in welchem die Frauen lebten. Besonders arme Frauen aus der Stadt und Frauen aus ländlichen Gebieten war es oft nicht möglich, diese Zeit einzuhalten, da sie ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen mussten. Im Durchschnitt dauerte das Wochenbett 30 Tage, in welchem die Frauen isoliert lebten und von ihrer Mutter, Schwiegermutter, weiblichen Verwandten und dem Ehemann gepflegt und versorgt wurden (Marchment 2008, Leutner 1989, Pillsbury 1978,Cheung 1997,Wang et.al 2008, Andrews/Boyle 2008). Die Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen wurden als äußerst gefährdet betrachtet. Als Gefahren wurden Infektionen und mangelnde Ernährung gesehen. Die Vermeidung von kaltem Wasser zum Waschen diente als

[6] vgl.Mutterschutzgesetz 1979 - MSchG
StF: BGBl. Nr. 221/1979 (WV) http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008464 am 13.12.2012. 15:25

Vorsichtsmaßnahme. Viele Frauen wuschen sich während des Wochenbetts kaum (Leutner 1989, Pillsbury 1978). Die Schwangerschaft und die Geburt wurden auch als den Körper schwächend gesehen. Der hohe Blutverlust bei der Geburt bot allen anderen Arten von schlechten Einflüssen, die Möglichkeit den Körper anzugreifen (Marchment 2008, Leutner 1989, Furth 2002). Die Wöchnerin sollte den ersten Monat nach der Geburt halbsitzend oder halbliegend, eingepackt in warme Decken in einem von der Umwelt abgeschirmten Zimmer verbringen. Die Fenster und Türen blieben verschlossen und die Vorhänge zugezogen. Zur Abwehr von Kälte sollten die Frauen Sommer wie Winter warme Kleidung tragen und der Kopf musste bedeckt sein. Durch die warmen Kleider und das Schließen der Fenster sollte die Frau vor allem vor dem Wind geschützt werden (Leutner 1989, Pillsbury 1978). Unschuld erklärt dazu:

„Die Kälte, der Wind, die Hitze sind natürliche Begleiter des Menschen, sie werden jedoch sogleich zum „Übel", das eine krankhafte „Fülle" erzeugt, wenn sie eine Gelegenheit erhalten, einen Mangel im Körper auszunutzen und dort einzudringen, wo sie eigentlich nichts zu suchen haben. Obschon der Grundansatz der Medizin der systematischen Entsprechungen ein systemisch-funktionaler ist, zeigt sich an diesem Beispiel doch die tiefe Verwurzelung des ontischen Denkens in der chinesischen Medizin insgesamt. Kranksein hängt primär oder zumindest sekundär immer mit einem „Übel" zusammen, das sich im Organismus am falschen Ort befindet, und dort Schaden anrichtet." (Unschuld 1997:30)

Bei der Isolierung ging es nicht nur um den Schutz der Wöchnerin und des Kindes vor Krankheiten und Tod, sondern auch um Ruhe und Erholung für beide. Die Frauen mussten strenge Regeln für das Verhalten und die Nahrung betreffend einhalten. Die Ernährung war völlig salzlos, sehr nahrhaft und sollte für den Körper wichtige Aufbauelemente enthalten. Die Wöchnerinnen aßen morgens Fleisch und tranken heißes Wasser mit Zucker. Den Frauen wurde geraten, vorwiegend heiße und "saubere" Nahrungsmittel, wie z. B. Hühnersuppe, zu sich zu nehmen. Zur Anregung der Milchproduktion wurde eine Brühe aus Schweinepfoten, Eiern und Nudeln empfohlen. Bei verstärkten Laktationsproblemen sollten in Kuhmilch aufgekochte Löwenzahnsamen gegessen werden (Cheung 1997,Marchment 2008, Leutner 1989). Die Geburt und das Wochenbett wurden stärker als die Menstruation als ein unreiner und schmutziger Zustand betrachtet, und durch die Isolation wurde die Gesellschaft vor den davon ausgehenden schlechten Einflüssen geschützt. Gleichzeitig war aber auch die Wöchnerin vor der Gesellschaft geschützt (Furth 1992, 2002).

„The month of pospartum seclusion and sexual abstention protected society from beeing defield by woman and infants still marked by the pollutions of birth an capt them out of sight of the high gods of heaven (Furth/Shu-Yueh 1992: 31)."

Die Notwendigkeit der Einhaltung dieses Brauches wurde begründet durch die Bedeutung des Menstruationsblutes und dem Blutfluss nach der Geburt. Die Verunreinigung durch das weibliche Blut nach der Geburt wurde als Verursacher von Krankheiten im ersten Lebensmonat des Kindes gesehen.

"Lochia are considered to be the cause of nany diseases and are more poisonous than menstrual blood."(Cheung 1997:62)

Die Geburt wird als ein potentiell gefährlicher Zustand betrachtet, beziehungsweise. ein „aus der Balance sein"(Marchment 2008). Der Körper würde durch die Menstruation oder Geburt lebenswichtiges Blut verlieren. Dieser Blutverlust wird als ein besonderes Ereignis registriert, das spezifische Verhaltensmechanismen mit unterschiedlichem Bedeutungsgehalt in Gang setzt. Die Verhaltensmechanismen differieren in den Gesellschaften und sind von „Ambivalenz" und kulturspezifischer „Symbolik" umgeben (Binder-Fritz 2003,1996). Die Frauen wurden angewiesen sich so wenig wie möglich zu bewegen, das Haus nicht zu verlassen und keinerlei körperlich anstrengenden Tätigkeiten nach zu gehen (Pillsbury 1978,Cheung 1998,Wang et al2008, Kotte 2009). Nach Beendigung des Monats kehrte die Frau in die Familie und Gesellschaft zurück. Diese Rückkehr war verbunden mit der Präsentation des Kindes und seiner Aufnahme in die Gesellschaft. Diese Tradition wurde auch als das Ende von „zou yuezi" oder „doing the full month" (zuo manyue) bezeichnet. Cheung(1997) sieht hierbei die Ähnlichkeit zur Taufe, das heißt die Aufnahme in einer christlichen Religionsgemeinschaft in Europa. Meist besuchten junge Mütter danach ihre Familien. Die Zeit ihrer Abwesenheit wurde zur Reinigung des Geburtszimmers genutzt. Dieser Besuch wurde zur Festigung und Erneuerung der familiären Beziehungen gesehen. Auch die Beziehungen zwischen den beiden Familien sollten dadurch gestärkt werden (Leutner 1989). Furth weist in ihrer Arbeit zu Chinesischer Medizin und Menstruation in Taiwan auf den weitverbreiteten Brauch des "zou yuezi" hin (Furth 1992). Auch heute begeben sich junge chinesische Frauen nach der Geburt im Krankenhaus in die Obsorge der eigenen Mutter oder Schwiegermutter um das „Monat abzusitzen".

3. Empirischer Teil

3.1 Methodik

Der folgende Abschnitt beschreibt die methodische Vorgangsweise dieser Arbeit. Ausgehend von der Phänomenologie, der für den weiblichen Körper spezifischen Prozesse wie Menstruation, Schwangerschaft und Geburt erschien mir in dieser Arbeit der qualitative

Forschungsansatz besonders geeignet. Den Ursprung in der Philosophie, entwickelte sich der qualitative Forschungsansatz unter dem Einfluss verschiedenster wissenschaftstheoretischer Positionen. Die Phänomenologie, eine philosophische Richtung Anfang des 20. Jahrhunderts von Edmund Husserl (Lock/ Farquhar 2007) begründet, findet als phänomenologische Soziologie in der qualitativen Sozialforschung ihren Niederschlag und der Begriff der „Lebenswelt“ ist bedeutsam. Im qualitativen Forschungsansatz geht es nicht um messbare Fakten der Wirklichkeit, sondern um Bedeutungen und Zusammenhänge die sich im Rahmen von sozialer Interaktion darstellen. Dadurch wird die Wirklichkeit und die Wahrheit als etwas Subjektives, Empfundenes verstanden, sie wird dadurch nicht objektiv messbar, sondern verstehbar. Das Ziel der qualitativen Forschung ist Phänomene des menschlichen Lebens subjektiv zu erfahren und zu verstehen. Sie ist nicht Theorie prüfend sondern Theorie bildend und die Denklogik dahinter induktiv. Objektivität die vom quantitativen Ansatz angestrebt wird verliert an Bedeutung, da immer die subjektive Sichtweise des Einzelnen im Vordergrund steht. Die Datenerhebung und Auswertung in der qualitativen Forschung ist offen, die Instrumente zur Erhebung der Daten sind daher nicht bzw. halb strukturiert (Flick/ von Kardorff/Steinke 2003,Mayer 2007).

In dieser Arbeit spielen Phänomenologie und Ethnographie die zentrale Rolle. Das Ziel phänomenologischer Forschung ist das Erleben und die Erfahrungen sowie deren Bedeutung von Menschen zu verstehen. Die Ethnographie entwickelte sich innerhalb der Sozialanthropologie und wird als ein Forschungsprozess des Lernens über Menschen, durch Lernen von ihnen, bezeichnet. Das Ziel der Ethnographie kann als die Beschreibung von Verhaltensmustern einzelner Menschen oder Gruppen innerhalb ihrer Lebenswelten bezeichnet werden.

„*Diese Studien untersuchen vor allem die Perspektiven der Teilnehmer, ihre Wissensbestände und -formen, ihre Interaktionen, Praktiken und Diskurse.“ (Flick/ Kardorff/ Steinke2003)*

Der Forschungsprozess für die vorliegende Arbeit erstreckte sich über einen Zeitraum von 24 Monaten. Die Literaturrecherche zum Thema, sowie zur Fragestellung stand am Beginn der Forschung. Das Ziel der Suche nach spezifischer Literatur war bestimmte Begriffe zu definieren ,theoretische Konzepte zu analysieren und bereits erhobene Daten zu übernehmen, Ein weiteres Ziel war es die eigene Forschung in den wissenschaftlichen Kontext zu stellen. Die Recherche wurde gleichzeitig mit der Datenerhebung durchgeführt, dadurch entstand ein wechselseitiger Einfluss. Die Literaturauswahl, die Fokussierung und Gruppierung wird daher nicht nur im theoretischen Teil bearbeitet sonder fließt auch im Zusammenhang mit den Ergebnissen ein. Die Datenerhebung erfolgte auf zwei Ebenen. Die erste Ebene umfasste die

Durchführung von drei ExpertInneninterviews sowie eine Telefonbefragung der Pflegepersonen von elf Geburtskliniken in Wien. Bei der Telefonbefragung wurden schriftliche Aufzeichnungen geführt und tabellarisch zusammengefasst.

Es wurden drei ExpertInneninterviews geführt, wobei eine der ExpertIn die Aufnahme der Daten verweigerte, aber mit der Erstellung eines Gedächtnisprotokolls und mit dessen Verwendung und Auswertung einverstanden war. Die ExpertInneninterviews dienen der Erforschung komplexer Wissensbestände und Ermittlung von Kontextwissen. Meine InterviewpartnerInnen waren ExpertInnen, da sie über fundiertes Sach- und Handlungswissen verfügten, sogenanntes "Insiderwissen". Sie verfügen über previlegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen und Entscheidungsprozesse *(*Meuser/Nagel 1991, zit. nach Müller-Mundt 2002, S.270). Meine InterviewpartnerInnen waren alle drei diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern im Alter von 60, 49, 40 Jahren. Sie hatten verschiedene Erfahrungen und waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits mehrere Jahre auf eine geburtshilflichen Abteilung beschäftigt. Eine der ExpertInnen war seit sechs Monaten pensioniert. Die beiden anderen standen zum Zeitpunkt des Interviews im Berufsleben. Zwei InterviewpartnerInnen waren in großen Krankenhäusern tätig, die pensionierte Interviewpartnerin arbeitete in einer kleinen Privatkrankenanstalt. Da ich selbst diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bin, stellen die Interviews mit KollegInnen eine spezielle Herausforderung dar. Einerseits kann es vorteilhaft sein mit der Sprache und den Normen vertraut zu sein, anderseits wird die Objektivität bei der Interpretation der Insiderin in Frage gestellt. Gleichzeitig sollte die InterviewerIn vertraut mit dem Untersuchungsgegenstand sein, dabei aber nicht den Eindruck erwecken bereits alles zu wissen. InterviewpartnerInnen aus dem Bekanntenkreis können ebenfalls die Qualität des Interviews beeinträchtigen. Die InterviewerIn sollte sich auch außerhalb der Machthierarchie befinden. Ich befand mich außerhalb der Machthierarchie und keine der InterviewpartnerInnen war mir persönlich bekannt. (Holloway/Wheeler 1997, vgl. Mayer 2007:184). Das Hauptziel der Telefonbefragung war die Erfassung von Organisationsstrukturen, die Qualifikationen der betreuenden Pflegepersonen, bzw. deren Verteilung und Geschlecht, sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Wöchnerinnen im Krankenhaus. Im speziellen wurde nach der Frequenz der chinesischen Wöchnerinnen und deren Verhalten im Wochenbett gefragt. Das Verhalten wurde kategorisiert in Hygiene, Ernährung, Stillen und soziale Kontakte während ihres Aufenthalts. Ein wichtiger Punkt war die Kommunikation, besondere Wünsche und Erwartungen. Das Ziel der auf der ersten Ebene durchgeführten Interviews bzw. Befragungen war die Erhebung der Organisationsstrukturen und der aktuellen Pflegepraxis

von geburtshilflichen Abteilungen in Wien. Auf der zweiten Ebene wurden die Daten innerhalb der chinesischen Frauen mittels qualitativer Interviews erfasst. Die Interviews wurden bei guten Deutschkenntnissen der Interviewpartnerinnen in Deutsch geführt. Zwei meiner InformantInnen verwendeten zum Interview einen Übersetzungscomputer. Bei drei meiner InterviewpartnerInnen ergaben sich Verständnisschwierigkeiten bei fachspezifischen Begriffen die durch die Umschreibungen der Begriffe größtenteils gelöst werden konnten. Als Gesprächsgrundlage wurde jeweils ein Interviewleitfaden verwendet. Bei der Entwicklung der Interviewleitfäden wurden allgemeine Fragestellungen des Projekts in spezifische Themenkomplexe übertragen. Es handelt sich dabei um ein nicht standardisiertes bzw. halb standardisiertes Interview. In den Interviews wurden mehrere Themen behandelt, die einerseits durch das Ziel der Untersuchung bestimmt waren, andererseits die Rekonstruktion von Handlungsabläufen aus der Sicht des Erzählenden enthielten. Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens für die chinesischen Frauen ging es um die Verbindung der Analyse von konkreten situationsbezogenen Erfahrungen und Verläufen und situationsübergreifenden Einschätzungen und Vorstellungen (Schaeffer/Müller-Mundt 2002).Im Konkreten handelte es sich dabei um ein episodisches Interview in welchem den InterviewpartnerInnen die Möglichkeit gegeben wurde Erfahrungen darzustellen und gleichzeitig die entsprechenden Geschichten dazu zu erzählen (Flick 2003, Mayer 2007).Die Interviews dauerten im Durchschnitt 51 Minuten und wurden alle in privaten Bereichen durchgeführt (private setting). Die Interviews wurden mittels Tonband aufgenommen. Im Anschluss an die Interviews wurden von der Verfasserin Memos zur Situation erfasst. Zur Erhebung der soziodemographischen Daten wurde ein Fragebogen[7] der Projektleitung verwendet. Die Audiodaten wurden von der Verfasserin nach vorgegebenen Transkriptionsregeln (Mayring 2002) transkripiert. Die Codierung war ebenfalls innerhalb des Projektes vereinheitlicht und vorgegeben.[8]Insgesamt wurden 1zehn Interviews mit chinesischen Frauen geführt.

[7] Siehe Anhang

[8] Siehe Anhang Übersicht Datencodierung

3.2 Zielgruppen

3.2.1 Pflegepersonen

Die Zielgruppe der Pflegepersonen umfasste vierzehn ExpertInnen aus dem Pflegebereich. Dreizehn ExpertInnen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf einer geburtshilflichen Abteilung in Wien beschäftigt. Eine Interviewpartnerin war zu diesem Zeitpunkt seit sechs Monaten pensioniert. Sie hatte aber die längste Zeit ihrer Berufslaufbahn auf einer geburtshilflichen Abteilung gearbeitet. Mit insgesamt drei der Pflegepersonen wurde ein qualitatives Interview geführt. Mit elf der InformantInnen erfolgte eine telefonische Befragung.

3.2.2 ChinesInnen

Die Zielgruppe umfasst zehn chinesische Frauen in Wien, welche in Österreich leben und mindestens ein Kind in Österreich geboren haben. Das Durchschnittsalter meiner InformantInnen betrug 32,6 Jahre. Sie stammen aus sechs verschiedenen Provinzen im Osten von China.

Tabelle 2 Überblick über die chinesischen InterviewpartnerInnen

	Alter	Beruf	Ausbildung	Stand	Anzahl Kinder	Provinz
IP 1	24	Studentin	Matura	verheiratet	1	Anhui
IP 2	27	Angestellte	Handelsakademie	verheiratet	1	Shangdong
IP 3	48	arbeitslos	Dipl.Ing.techn.Chemie	geschieden	2	Jiangsu
IP 4	30	Kellnerin	Sekretärin	verheiratet	2	Zhejiang
IP 5	34	Krankenschwester	Krankenschwester	verheiratet	1	Shangdong
IP 6	35	arbeitslos	Kosmetikerin	verheiratet	3	Hunan
IP 7	31	Kellnerin	Schulpflicht	verheiratet	1	Zheijiang
IP 8	30	arbeitslos	Handelsschule	verheiratet	2	Shangdong
IP 9	38	Krankenschwester	Krankenschwester	verheiratet	1	Shangdong
IP 10	25	Kellnerin	Schulpflicht	verheiratet	1	Fujian

3.3 Feldzugang

3.3.1 Die ChinesInnen

Der Zugang zur Zielgruppe sollte primär im Rahmen des oben beschriebenen Forschungsprojekts durch die Schneeballtechnik erfolgen. Durch eine zufällige Bekanntschaft mit einer chinesischen Verkäuferin erhielt ich den Zugang zur Zielgruppe, daher wendete ich die Nominationstechnik an. Das Schneeball-Sampling hat den Nachteil, dass es sich nicht um eine Methode der Wahrscheinlichkeitsauswahl handelt. Allenfalls erzeugt es unter sehr restriktiven Annahmen eine Zufallsstichprobe. Bei der Nominationstechnik, verwandt mit der Schneeballmethode, werden von den befragten Personen (anonym) weitere Personen angegeben, welche die zu untersuchende Aktivitäten oder Verhalten ausführen. Diekmann weist darauf hin dass bei der Verwendung der Nominationstechnik dabei aber zu beachten ist dass es sich im strengeren Sinne hierbei nicht um eine Zufallsauswahl handelt (Diekmann 2000).

Wenn man dazu noch bedenkt daß „repräsentative Querschnitte" im Wortsinn nicht existieren, kann man mit einiger Berechtigung auch von einem Mythos der repräsentativen Stichprobe sprechen" (Diekmann 2000:368ff).

Die Anzahl der Interviews war gering und es kann in dieser Arbeit in keinster Weise von einer Repräsentativitätstichprobe gesprochen werden.

3.3.2 Die Pflegepersonen

Eine InterviewpartnerInnen wurde mir über eine Bekannte vermittelt. Der Zugang zu den beiden anderen erfolgte ebenfalls über die Nominationstechnik der ersten InterviewpartnerIn.

3.4 Ethische Aspekte

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden Informationsunterlagen[9] und Einverständniserklärungen für die InterviewpartnerInnen erstellt. Diese wurden vorab an die InterviewpartnerInnen ausgehändigt und mit ihnen besprochen. Die InformantInnen wurden schriftlich und mündlich über die Inhalte und Ziele des Projektes informiert. Die Interviews

[9] siehe Anhang

wurden anonymisiert geführt und digital aufgenommen. Das Einverständnis der InterviewpartnerInnen zur Veröffentlichung der Ergebnisse wurde mündlich eingeholt

„Wie auch sonst in der medizinischen Forschung gilt für die Pflegeforschung, dass der Proband oder die Probandin das Subjekt ist, dessen Gesundheit und dessen Persönlichkeitsrechte zu schützen sind. Unabdingbare Voraussetzung medizinischer Forschung am Menschen wie der Pflegeforschung ist der „informed consent"(Körtner 2004:182).

Inhalte des "informed consent" sind dass die InterviewpartnerIn über die Zielsetzung des Projekts und dessen Anordnung, sowie über den Nutzen und die Risiken der Teilnahme ausreichend und in einer für sie verständlichen Form unterrichtet ist. Die InterviewpartnerIn muss zustimmungsfähig sein und sie muss freiwillig erfolgen. Die Möglichkeit des Widerrufs muss gegeben sein. Bei der Aufbewahrung der Daten muss der Datenschutz beachtet werden. Die InformantInnen sind vor etwaigen physischen und psychischen Schäden zu schützen (Körtner 2004, Mayer 2007). Die auf DVD gespeicherten Daten liegen bei der Verfasserin auf und eine Kopie der Daten wurden an die Projektleitung übergeben.

3.5 Datenanalyse und Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte nach dem Konzept der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). In der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring steht die Entwicklung eines Kategoriensystems im Zentrum. Bei der Erstellung des Analyseinstrumentes wurde bereits auf die Entwicklung des Kategoriensystems Rücksicht genommen. Das weitere Ablaufmodell wurde an das Material und die Fragestellung angepasst. Mayring empfiehlt die Festlegung von Kodiereinheiten, Kontexteinheiten und Auswertungseinheiten. Die Ergebnisse werden in Beziehung zur Hauptfragestellung interpretiert und an Hand inhaltsanalytischer Gütekriterien auf die Aussagekraft geprüft.

- *„Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.*
- *Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.*
- *Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden." (Mayring 2008:53)*

Die Grundprinzipien einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse bestehen aus der Bestimmung der Analyseeinheiten, in der Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen, Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, die Generalisierung der Paraphrasen, die Reduktion durch Selektion, Bündelung und Konstruktion, die Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem und die Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am

Ausgangsmaterial. Die qualitative Inhaltsanalyse stellt ein stark systematisiertes und regelgeleitetes Ablaufmodell dar und ermöglicht dadurch die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Untersuchung (Mayring 2008).Die Verarbeitung des Textmaterials erfolgte computergestützt mittels Max QDA-Software (Kuckartz 2010). [10]Dieses EDV Programm bietet die übersichtliche Gestaltung des Kategorienbaumes, die sorgfältige Dokumentation der Analyseschritte, eine lexikalische Suchabfrage innerhalb der Texte und die selektive Betrachtungsmöglichkeit der Materialeinheiten. Die Verknüpfung und Untersuchung verschiedener Codes untereinander und die verschiedenen Analysemöglichkeiten unterstützen die Datenbearbeitung. In erster Linie wurden Oberkategorien direkt aus dem Untersuchungsmaterial gebildet und in der weiteren Folge die an den Text gebunden Unterkategorien. Es wurde dabei auf ein textimmanente Vorgangsweise geachtet und nach für die Definition der beispielgebenden Textstellen gesucht. Die verschiedenen Texteinheiten und Unterkategorien (Codings) können mehreren Kategorien(Codes) zugeordnet werden. Sie variieren in Länge und betreffen oft nur ein Wort oder längeren Absätzen.

Tabelle 3 Auszug aus dem Kategoriesystem der ChinesInnen

Kategorie	Unterkategorie	Beispiel
Kommunikation	Sprache	" Ich möchte Frauarzt besuchen, untersuchen oder, ich weiß nicht, wie sagen, ich habe Angst, er kann nicht mich verstanden."
Soziale Kontakte	Besuchswünsche	"So gibt's so Leute und kann man nicht gut schlafen und viele, viele, viele Leute kommen hier besuchen, da ist keine Ruhe."
Körperhygiene und Kleidung	Duschen	"Ja. Aber Sie wissen, wir in China und wir kann nicht duschen,ja. Und kann nicht kalt Wasser nehmen. Aber wenn ich so, Doktor sagen mein Mann, muss kalt Wasser kalt Wasser. Aber mein Mann so machen-"
Schamgefühle	Den Körper nackt zeigen	er nachher gefilmt so und die Krankenschwester sagt so, nicht unten, nur oben. (lacht) Hat er- ja- ja- stimmt- oben." "I:Bei der Geburt muss man sich

[10] Siehe Anhang Codesystem,Übersicht Codings

		ausziehen. Ah ja, dies ist kein, dies ist kein Problem.”
Ernährung	Suppe	“Ich habe viele Suppen gegessen.”
Stillen	Stillberatung	Schwester hat mir vorgezeigt, wie es ist, und weil kenn Ich mich so aus, und dann war’s bei mir angeschwollen, dass sich dann das Kind nicht richtig saugt und dann hat mir die Schwester erklärt, wie man sich da beim Brust sich man ein bisschen heilen sollen und man das sich dann nicht so angeschwollen ist und wie man sich bei Stillen schon besser ist. Und wenn man wirklich zu viel, die hat mir auch angeboten, diese Pumpe zur Verfügung zu stellen und dass man sich ein bissel rauspumpt, dass man das nicht angeschwollen wird.
Genderaspekte	Gender Gynäkologe	Weil bei uns zu Hause gibt’s auch so viele Männer als Frauarzt, ja.
Pflegealltag	Pflegediagnosen	Ja, okay. Der Begriff Pflegediagnose sagt etwas? Was Pflegediagnose heißt, wissen Sie? IP: Was?
Säuglingsbetreuung	Rooming in	as- nein, sie haben eine Kindzimmer. Kindzimmer sie können im Kindzimmer bleiben. Aber ich will nicht. Ich wollen meine Kind sehen und ich habe- also am Tag fast alle das sie immer bei mir. Am Abend manchmal auch, manchmal (?) weine”

Die Kategoriesierung der Daten der ChinesInnen und der ExpertInnen weist natürlich Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten auf, da die Befragungen bzw. Interviews in beiden Gruppen unterschiedliche Perspektiven dar stellen sollten.

4. Ergebnisse

4.1 Pflege im Wochenbett in Wien

Im folgenden Abschnitt wird die die derzeit aktuelle Pflege im Wochenbett an Hand von Literatur und Expertenwissen in Wien dargestellt.

"[..]Während eine Behandlung nur dann Sinn macht, wenn ein Bedürfnis danach besteht, also im Krankheitsfall, fragt es sich für die Pflege, ob sie nur an Kranken und damit nicht an gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen angewandt wird.[...]" (Uzarewicz&Piechotta 1997:209-210)

Um die aktuelle Pflegepraxis erfassen zu können erschien es mir für diese Arbeit wichtig ExpertInnen zu fragen .Die angewandte Methodik wird im empirischen Teil Abschnitt 3. beschrieben. Die praktizierte Pflege im Wochenbett wird von Andrews und Boyle in "Transcultural Concepts in Nursing Care" durch Auflistung verschiedenster Pflegehandlungen beschrieben und sie weisen darauf hin, dass es keine wesentlichen Unterschiede zur gängigen Pflegepraxis in der Gynäkologie gäbe. Krankenpflegepersonen sollen sich nicht nur Zeit nehmen ihre Klienten zu beraten, sondern auch zuzuhören und wenn möglich flexibel sein (Andrews/Boyle 2008). Bei der Literaturrecherche wurde weniger die Aufmerksamkeit auf den aktuellen Forschungsstand in der Pflege von Wöchnerinnen allgemein gelegt, sondern auf den der Pflege von chinesischen Wöchnerinnen in den Vordergrund gestellt.

Gynäkologie und Geburtshilfe werden zu einem medizinischen und pflegerischen Fachgebiet zusammen gefasst. Dieses Fachgebiet kann als eine Domäne verstanden werden, da sie sich ausschließlich mit Frauen beschäftigt. Die Pflege der Wöchnerinnen fällt somit in den Bereich der Geburtshilfe. Die Pflege im Wochenbett umfasst Gespräche, die Anleitung und Beratung sowie pflegerische Handlungen, die in der Folge aufgelistet sind. Die Kontrolle der (1) Vitalzeichen, Fundusstand und Lochien .Die (2) Kontrolle der Brust und der Laktation. Die (3) Überwachung der Urin-und Stuhlausscheidung,(4) die Körperpflege,(5) die Frühmobilisation ,das (6) Stillen und die (7) Erstversorgung des Neugeborenen. (Bloemeke 2011,Goerke/Junginger 2010,Harder 2005).In Wien stehen schwangeren Frauen dreizehn[11] private und öffentliche Geburtskliniken zur Verfügung.

[11] Stand 01/2013URL: http://www.wien.gv.at/gesundheit/spital/geburtskliniken.html.23.01.2013 15:43

Die Krankenanstalt Rudolfstiftung, das Krankenhaus Hietzing, die Semmelweis Frauenklinik, das Sozialmedizinische Zentrum Ost Donauspital, sowie das Sozialmedizinische Zentrum-Süd, das Wilhelminenspital und die Universitätsfrauenklinik des allgemeinen Krankenhauses gehören dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) an. Die privaten Krankenanstalten sind das Goldene Kreuz, Krankenhaus Göttlicher Heiland die Privatklinik Döbling, das Krankenhaus St.Josef und das Rudolfinerhaus.Beim Krankenhaus Hanusch handelt es sich um eine Krankenanstalt der Wiener Gebietskrankenkasse.

Alle Geburtskliniken bieten den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasste medizinische Leistungen an. Diese umfassen Schwangerenbetreuung, pränatal Diagnostik, Geburtshilfe und Beratung rund um Schwangerschaft, Geburt und Kinderbetreuung. Alle Geburtskliniken stellen Informationsunterlagen für die KlientInnen zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung standen nur 12 Geburtskliniken zur Verfügung.

Tabelle 4 **Geburtskliniken in Wien**

	Geburtskliniken
1	Goldenes Kreuz
2	Hanusch Krankenhaus
3	Krankenanstalt Rudolfstiftung
4	Krankenhaus Göttlicher Heiland
5	Krankenhaus Hietzing
6	Privatklinik Döbling
7	Semmelweis Frauenklinik
8	Sozialmedizinisches Zentrum Süd
9	Sozialmedizinisches Zetrum Ost Donauspital
10	St.Josef Krankenhaus
11	Universitätsklinik für Frauenheilkunde
12	Wilhelminenspital
13	Rudolfinerhaus

Quelle: Stand 01/2013 URL: www.wien.gv.at/gesundheit/spital/geburtskliniken

In den Interviews mit den Experten wurden spezielle Themen, die Pflege betreffend, angesprochen. Diese umfassten die Beschreibungen des (1) Pflegealltags aus der Sicht der Pflegepersonen, das Vorhandensein von (2) Pflegestandards, die Anwendung eines (3) Pflegemodells, typische gestellte (4) Pflegediagnosen. Wie in der Telefonbefragung, wurden besonders nach den (5) Erinnerungen an chinesische Wöchnerinnen, und die damit

verbundenen (6) Erfahrungen und Erlebnissen, gefragt. Bei manchen Textpassagen werden die Fragen der Forscherin ebenfalls kursiv dargestellt, da es sich um Auszüge aus dem Protokoll handelt. Diese Textpassagen sind mit GP (Gesprächsprotokoll) gekennzeichnet.[12]

4.1.1 Organisation

Die gynäkologische Abteilung und die geburtshilfliche Abteilung werden in zwei Krankenhäusern gemeinsam geführt .Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen auf der geburtshilflichen Abteilung beträgt vier Tage. Im Laufe der Jahre hat sich die Aufenthaltsdauer verkürzt.

Tabelle 5 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen

Spontangeburt	Sectio (Geburt durch Kaiserschnitt
3-4 Tage	5-6Tage

"Am Anfang waren die Wöchnerinnen fünf bis sechs Tage da und dann sind's schon kürzer, drei, vier Tage geworden, die letzten zehn Jahre, net" (PSN1_TS Position:157 – 157).

Wöchnerinnen die durch einen Kaiserschnitt entbinden verbleiben länger auf der Station.

"Kaiserschnitt? Die- die waren neun Tage da. Und jetzt gehen sie auch schon am sechsten Tag zum Beispiel zuhaus, net. Und Fäden ziehen da gehen sie dann zum Hausarzt von der Wunde, net" (PSN1_TS Position:159 – 159).

"Hmmm. Nach Sectio ist es ein bissel länger, fünf bis sechs Tage" (PSN2_TS Position:272-275).

"Und bei Spontangeburten meistens vier Tage, wobei das auch oft ein bissel variiert. Überhaupt Patientinnen, die schon öfters geboren haben, verkürzt sich die Verweildauer dort" (PSN2_TS Position: 277 – 277).

"Die durchschnittliche Verweildauer auf der geburtshilflichen Abteilung beträgt zwischen 3 und 5 Tage, wobei sie darauf hin weist, dass Frauen , die das erste Kind bekommen 5 Tage im Krankenhaus verbleiben, multipara (Frauen, die schon mehr Kinder bekommen haben), ca. 3 Tage" (PSN_GP Position:17 – 17).

[12] Siehe Datencodierung im Abschnitt 9.3

Die durchschnittliche Abteilungsgröße umfasst 25 Betten. Die geburtshilflichen Abteilungen werden mit einer Ausnahme von diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern geleitet. Eine Abteilung wird zur Zeit der Befragung von einer Hebamme geleitet.

„Es war eine Hebamme- zu unserer Zeit. Am Anfang waren es- war es eine Diplomierte und dann war es eine Hebamme. Die haben das auch machen können, zum Schluss,-die letzten Jahre. Allgemeine Pflege, ja. Wir haben Kinderschwestern auch gehabt. Aber das war erst dann die letzte Zeit, die letzten acht Jahre eigentlich, net.

I:mit der Hebamme als Stationsleitung sozusagen?

IP:Ja, net- schon schwierig gewesen am Anfang, weil die hat ja auch nicht gewusst, wie der Stationsablauf ist eigentlich, net.:Net, das war halt auch schwierig für ihr, aber sie hat sich dann sehr gut eingefunden, net" (PSN1_TS Position:113 – 133).

Die zweite Expertin antwortete auf die Frage, wer das Pflegepersonal der Abteilung leite:

"Eine allgemeine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester-mit der Sonderausbildung im mittleren Management".

Auf die Frage nach der prozentuellen Verteilung, ihrer Meinung nach an Kinderkrankenschwestern und Pflegepersonen der allgemeinen Krankenpflege antwortete eine InformantIn:

"Es wird sich die Waage halten, fünfzig fünfzig."

Die Vorstellung die Station würde von einer Hebamme geleitet kommentierte sie so:

"[..]Ich find, dass die Hebammen sind ja an und für sich für die Betreuung im Kreißsaal zuständig und dass die Ausbildung zur Hebamme schon sehr punktuell und speziell ist.Also ich denk, dass das im- grad im stationären Bereich nicht sehr hilfreich ist. Ich glaub, dass es eine allgemeine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester deutlich besser macht," (PSN2_TS Position:451 – 462).

Die dritte Expertin erzählte im Zusammenhang mit diesen Fragen:

"Die Station sei bis 1.3.2010 von einer Hebamme geführt worden. Dies wäre ein Projekt gewesen. Es wäre aber nicht so optimal gelaufen. Daher wird die Station jetzt von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester geführt" (PSN_GP Position:17 – 17).

Die Meinungen darüber welche Berufsgruppe die Pflege der geburtshilflichen Abteilungen leiten sollte waren unterschiedlich. Eine InformantIn schien sehr zufrieden mit der Hebamme als Stationsleitung. Die andere InformantIn äußerte wieder Bedenken. Die dritte der ExpertInnen erzählte über ihre Erfahrung mit beiden Berufsgruppen als Stationsleitung. Sie gab an, dass das Projekt "die Führung durch eine Hebamme" nicht so "gut gelaufen" wäre.

Die InformantIn machte aber keinerlei Angaben zu den Gründen für das Scheitern des Projekts.

Das Säuglings-oder Kinderzimmer wird durchwegs von diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern mit Sonderausbildung Kinderkrankenpflege oder Kinderkrankenschwestern betreut[13].

"Die was halt geschaut hat, wenn wer kommt oder wenn einer wickeln oder Nabel anschauen- zu anschauen ist, hat man einen Nabel hinten hat sie ihn hergezeigt und da hat man schon immer- ist immer eine Kinderschwester da gewesen"(PSN1_TS Position:237 – 237).

Alle Abteilungen sind der Pflegedirektion als Teil der kollegialen Führung unterstellt. In den Privatkrankenanstalten sind die Abteilungen ebenfalls der Pflegedirektion unterstellt. Ein verstärktes Mitspracherecht der BelegsärzInnen in Bezug auf Pflegeorganisation wird jedoch erkennbar. Bei Nachfragen in drei Privatkrankenanstalten, wem die Abteilung unterstellt sei, wurden die BelegsärztInnen ebenfalls als direkte Vorgesetzte wahr genommen und genannt.

Auf die Frage nach der Verantwortlichkeit für die Wöchnerinnen gaben die ExpertInnen an, dass sich die Pflegesysteme mit den Jahren verändert hätten. Wurde vor Jahren noch die Funktionspflege durchgeführt würde heute nach dem System der Gruppenpflege gepflegt.

„Ja. Die Patienten, sagen wir, du- du hast den- das Zimmer sechzehn oder siebzehn, die andere hat wieder achtzehn, neunzehn gehabt und "Da waren wir den ganzen Tag für diese zwei Zimmer zuständig, ne. Das war nicht immer so. Am Anfang ist- bist für die ganze Station verantwortlich gewesen, net. Das war die letzte Zeit jetzt, net"(PSN1_TS Position:105 – 109).

"Ich krieg bestimmte Zimmer zugeteilt.[..]Und früher hat man eine Funktionspflege gemacht. Das heißt, die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester war für alle Patienten zuständig. Und jetzt versucht man schon, diese Funktionspflege umzustellen auf eine Gruppenpflege. Das heißt, ich bin verantwortlich für eine Gruppe" (PSN2_TS Position:80 – 82).

Durch die Entwicklung des "Rooming in" in der unmittelbaren Vergangenheit hat sich organisatorisch im Pflegealltag einiges verändert. Verbrachten früher, laut Aussagen meiner InformantInnen , die Säuglinge den Großteil der Zeit im Säuglingszimmer, verbleiben sie jetzt die meiste Zeit bei der Wöchnerin im Zimmer direkt an deren Bett.

[13] Vgl. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)StF: BGBl. I Nr. 108/1997 (NR: GP XX RV 709 AB 777 S. 82. BR: 5494 AB 5515 S. 629.)
(CELEX-Nr.: 377L0452, 377L0453, 389L0048, 392L0051)

"Ja, am Anfang haben wir das im Kinder- wir haben die Kinder immer nach dem Stillen abgesammelt und ins Kinderzimmer gebracht" (PSN1_TS Position:135 – 135.)

"Wenn die- wenn die Besuchszeit geregelt wär gewesen so wie jetzt, sagen wir, so wie früher von eins bis drei, das wär halt besser gewesen, auch für die Kinder, net. Wenn man Rooming-in jetzt liegen hat, die letzten zehn Jahr, ist das- wär das besser, dass wenn die Besuche Nachmittag erst kommen oder am Abend, sagen wir, von sechs bis sieben, net, wo die Kinder dann wirklich nix trinken kriegen, net" (PSN1_TS Position:219 – 219).

Die Besuchsmöglichkeiten während des ganzen Tages werden für die Kinder im „Rooming in" als störend während dem Stillen empfunden.

Die Verpflegung der Wöchnerinnen im Krankenhaus gestaltete sich früher ebenfalls in einer anderen Form. Auf den geburtshilflichen Abteilung scheint sich eine Form fast wie in der Hotelerie zu etablieren um, so scheint es ‚den Krankenhauscharakter zu verändern.

"Tablettsystem haben wir gehabt immer schon, ja. Das war immer schon mit Deckel und alles, oh ja, das hat es immer gegeben. Auch jetzt zum Schluss noch das System, das gibt es jetzt noch. Und Frühstücken war zum Beispiel die letzten zehn Jahre schon, das war ein Buffet und da haben sie drinnen sich das Frühstück nehmen können eine jede, was sie will. Von Obst angefangen bis Yoghurt, was sie zum Frühstück wollen, Kaffee oder Tee. Das war drinnen schon in einem Buffet gerichtet, in einem Raum, und dort haben sie sich es können holen"(PSN1_TS Position:200 – 200).

Bei der Dokumentation der Pflegehandlungen wie zum Beispiel die Essensbestellung scheint sich ebenfalls eine den neuen Informationstechnologien angepasste Form zu entwickeln.

"und hat man sie gefragt, net. Wo man jetzt schon das alles mit dem Computer macht, net, Laptop hat man mit und das tippt man ein und das-Ja. Früher hat man das alles geschrieben, net, und hat's runter tragen müssen in die Küche"(PSN1_TS Position:211 – 213).

Auf die Frage wer und aber vor allem wann die Aufnahmegespräche durchgeführt werden antwortete eine InformantIn:

"Das hat die Hebamme gemacht" (PSN1_TS Position:275 – 276).

Die andere InformantIn erzählt:

"Patienten, wo eine Risikogeburt bevorsteht, sind auch schon vor der Geburt auf der Station. Aber Patienten, die was oft schon mit einem Blasensprung kommen, werden oft direkt in den Kreißsaal gebracht und die kommen aber dann erst nach der Geburt auf die Station mit Kind". (PSN2_TS Position:218 – 218).

4.1.2.Standards und Modelle

Eine der zentralen Fragen die Pflege auf geburtshilflichen Abteilungen betreffend bezog sich auf die Anwendung eines Pflegemodells und die Verwendung von Pflegestandards sowie das Stellen von Pflegediagnosen.*"Das hat's erst später gegeben in- in- siebenundneunzig, achtundneunzig eigentlich bei uns erst, hat das erst angefangen. Früher hat's das nicht gegeben" (PSN1_TS Position:149.)* Das Gesundheits-und Krankenpflegegesetz wurde 1997 verabschiedet und dürfte durch seine Inhalte zu dem vermehrten Einsatz von Standards und Pflegediagnosen geführt haben. (vgl. GuKG 1997 §14,vgl.Schrems 2003:27) *"Anfänglich kann ich mich erinnern, dass wir nicht wirklich nach Standards gearbeitet haben. Aber natürlich seit 1997 ist das neue Gesetz in Kraft getreten und da sind- ist der Pflegeprozess aktualisiert geworden und die ganzen Pflegediagnosen und Maßnahmen sind da eingearbeitet worden. Also anfangs habe ich auch den Eindruck gehabt, das ist nur so eine formelle Richtlinie und heute gibt es fix vorgegebene Standards mit entsprechender Maßnahme dazu"-(PSN2_TS Position:150 – 152).*Eine der InformantInnen erklärte, dass sie den Eindruck hätte es wäre sehr viel pflege standardisiert. Dies wäre aber oft eine Erleichterung für die neuen MitarbeiterInnen .*"Na ja ich hab schon den Eindruck, alles, was standardisiert ist(..)Ich denk mir, jetzt- ich weiß nicht, ich kann das jetzt nur für mich sagen. Wenn ich wahrscheinlich eine Richtlinie hätte oder einen Standard hätte, dann ist es leichter zum Nachschauen, hab ich was vergessen oder hab ich vielleicht vergessen oder muss ich's noch machen oder muss ich das überhaupt machen, so halt. Mhm. Ich denk halt auch, dass ein Standard oft wirklich eine Hilfestellung ist für neue Kolleginnen-aber das dass gerade auf der Geburtshilfe relativ individuell ist. Man kann sich an den Standard halten, aber grundsätzlich sollte die Individualität nicht vergessen werden"* (PSN2_TS Position:162 – 170).Die dritte ExpertInnen hält fest, dass nach Pflegestandards gearbeitet wird, wobei diese auf jeweilige medizinische Diagnosen hin erstellt werden .Zum Beispielgäbe es den Pflegestandard für „drohenden Abortus", dieser enthält bereits die Pflegediagnose, Pflegeziel, Terminkontrolle, Maßnahme, Handzeichen und Stoppdatum. Die Pflegediagnosen werden standardisiert erstellt und verweisen auf die verwendete Literatur. Die Maßnahmen sind vorgeschrieben, der Diagnose entsprechend und können individuell ergänzt werden. Die Standards enthalten auch Risikodiagnosen und psychosoziale Diagnosen.

Um die Fragestellung nach angewandten Pflegemodellen und die damit verbundenen Antworten besser verstehen zu können möchte ich in diesem Abschnitt kurz auf die Entwicklung von Pflegetheorien und Pflegemodellen eingehen. Die Entwicklungen in der Krankenpflege der Vereinigten Staaten veranlassten mehrere Pflegewissenschaftlerinnen in

den dreißiger, vierziger und fünfziger Jahren Pflegetheorien und Pflegemodelle zu konzipieren. Pflegetheorien und Pflegemodelle können als Bezugsrahmen für eine professionelle Pflegepraxis verstanden werden (vgl. Fawcett 1998:500). Sie dienen der Schaffung einer Grundstruktur ausgerichtet auf das Erreichen eines Modellzieles. Neumann–Ponesch (2011) versteht unter Modell nicht den gemeinten Sachverhalt selbst, sondern das Entstehen durch Vereinfachung, Verkleinerung und durch Akzentuierung wichtiger Strukturmerkmale(vgl .Neumann-Ponesch 2011:60). Als Konzept kann ein komplexes, geistiges Bild verstanden werden oder eine Vorstellung die der persönlichen Erfahrung entstammt. Wesentliche Konzepte in einem Pflegemodell sind die Beschreibung des Geltungsbereiches wie zum Beispiel in Gesundheit und Krankheit, die Beschreibung der Zielgruppe oder des Individuums dem Pflege zu teil werden soll, sowie die Rolle der Pflegeperson (Schrems 2003). Newton(1997) und Fawcett (1998) sehen auch in der Bedeutung der Umwelt und der wesentlichen gesundheitlichen Aspekte eine Schlüsselfunktion zu kommen, die im Rahmen des diagnostischen Prozesses zu eruieren sind. (Newton 1997,Fawcett 1998,Schrems 2003). Es werden theoretische und empirische Modelle unterschieden. Unter den wichtigsten Merkmalen von Modellen werden (1) die Reduktion der Realität, (2) das Hervorheben bestimmter Perspektiven des sozialen Umfelds und die (3) Schaffung von Übersichtlichkeit verstanden (Neumann-Ponesch 2011).

Die Geburtskliniken des Wiener Krankenanstaltenverbundes pflegen nach dem Modell von Dorothea Orem. Es handelt sich dabei um ein in den USA entwickeltes Pflegemodell. Die Ursprünge des Modells sind in den späten fünfziger Jahren zu finden. Das Modell bietet lediglich einen Rahmen mit dem sich Pflegepraxis, Pflegeausbildung und Pflegemanagement betrachten lassen. Orem (1997) bezeichnet mit dem Begriff Pflege die Gesamtheit der Aktivitäten die ein Individuum einleitet um am Leben zu bleiben und sich in einer normalen Weise zu entwickeln. Sie kreiert den Begriff der “Selbstpflege”, die sie als die Fähigkeit eines Individuums umschreibt, benötigte Aktivitäten selbst zu bewältigen. Unter den Begriff selbst physische, psychische und spirituelle Bedürfnisse. Ein Individuum wird als selbstpflegend verstanden wenn es Lebensprozesse und deren normale Funktionsfähigkeit, ein normales Wachstum, eine normale Reifung und Entwicklung aufrecht erhalten kann, Krankheiten und Verletzungen vorbeugen und diese kontrolliert, Behinderungen vorbeugt und diese kompensiert und das eigene Wohlbefinden fördert. Ihrer Meinung nach sind zur Aufrechterhaltung von Leben und Gesundheit notwendige Handlungen, die erlernt und durch Faktoren wie Alter, Reifung und Kultur beeinflusst werden. (Cavanagh 1997,Orem 1997, Walker/Avant 2005).

Das Krankenpflegepersonal einer Krankenanstalt pflegt nach Roper, Logan und Tierny. Das Modell von Roper, Logan und Tierny wurde primär von Nancy Roper 1976 konzeptioniert. Es handelt sich dabei um ein an Bedürfnissen orientiertes Modell, das die Befriedigung der Bedürfnisse in den Vordergrund stellt. Dahinter steckt die Annahme, dass die Überlebensfähigkeit des Menschen von der Befriedigung dieser Bedürfnisse abhängt (Newton 1997).Die restlichen Krankenanstalten pflegen nach keinem bestimmten Modell. *"Im geburtshilflichen Bereich nicht nach einem ganz bestimmten. Wie gesagt, es ist sehr, sehr individuell. Einfluss haben schon gewisse Pflegemodelle wie das nach Nancy Roper oder Tierney oder Orem. Aber grundsätzlich nicht nach einem fixen Pflegemodell" (PSN2_TS Position:172 – 176)."Das verwendete Pflegemodell ist das Pflegemodell nach Dorothea Orem" (PSN_GP Position:16).*Allen Pflegepersonen sind chinesische Wöchnerinnen in Erinnerung, wobei die Frequenz mit der Größe des Krankenhauses korreliert. *"Eine Chinesin haben wir auch gehabt. Ich mein, die sind nicht so wie die Türken und wie die Jugoslawischen. Die sind einfacher" (PSN1_TS Position:381)."Bei der Frage ob sie sich an chinesische Patientinnen erinnern könne gibt sie an, sich an einige zu erinnern, aber im Verhältnis zu anderen Migrantinnen, wie Z.B. Türkinnen, sei die Zahl sehr gering" (PSN_GP Position:17).*

4.2 Pflege chinesischer Frauen im Wochenbett

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse der Expertendaten dargestellt. Die Perspektive der Pflegepersonen umfasst in erster Linie die allgemeine Pflege aller Wöchnerinnen, die auf den geburtshilflichen Abteilungen von ihnen betreut werden. Im speziellen wurden die Daten nach den Gesichtspunkten MigrantInnen und besonders der chinesischen MigrantInnen bearbeitet. In der Darstellung werden die Ergebnisse bezüglich chinesischer MigrantInnen betont.

4.2.1 Kommunikation

In der Kommunikation mit MigrantInnen aus den verschiedenen Ländern und ChinesInnen waren Sprachschwierigkeiten bei der Telefonbefragung von geringerer Bedeutung für das Pflegepersonal. Waren die Deutschkenntnisse der betreuten ChinesInnen nicht ausreichend gaben zwei Krankenhäuser an mit ihren KlientInnen auf Englisch zu kommunizieren. Ein Krankenhaus verfügte über eine MitarbeiterIn die Chinesisch sprach. Bei mangelnder

Sprachkompetenz der Pflegepersonen einerseits und der chinesischen Wöchnerinnen beziehungsweise der anderen MigrantiInnen anderseits wurde die Kommunikation als eine *"mit Hände und Füße"* beschrieben. Auf die Frage wie die Kommunikation erfolgte antworteten die InformantInnen:*"Na ich würd sagen, mit Hand und Fuß" (PSN2_TS. Position:385.)* Die Kommunikation mit einer Wöchnerin aus der Türkei über die Blutungskontrolle wird von einer ExpertIn folgendermaßen beschrieben: *"Frau Ökem zum Beispiel, net, türkisch Frau, ich will schauen Vorlage, schauen unten, haben wir müssen zeigen, net, dass wir unten schauen dürfen, net, was wir wollen. Und dann haben sie eingewilligt, ja okay, ja okay, net." (PSN1_TS Position: 375).*Die ExpertIn fand die Kommunikation mit den türkischen Migrantinnen leichter, wenn deren Männer nicht anwesend waren.*"Dass die Männer weniger kommen wären und dass wir nur mit die Frauen. Weil mit die Frauen haben wir kommunizieren können, auch wenn man gedeutet hat, das ist Bauch, oder Sie wissen nichts, sie verstehen nichts. Und wenn Mann nicht da war, haben sie gesagt-war's leichter, hat man mit den Händen gedeutet, Bauch, schauen oder unten wechseln oder duschen mal gehen, net[..]" (PSN1_TS Position:405 – 409).* Oft werden Aushilfen von anderen Abteilungen oder Aushilfen, die anderen Berufsgruppen angehören zur Hilfe geholt und fungieren als Dolmetscher für ihre Kollegen in der Kommunikation mit den PatientInnen. *"Man versucht dann schon, von irgendeiner Abteilung eine Kollegin zu erreichen, die vielleicht ein bissel versierter ist in diesem Sprachgebiet" (PSN2_TS Position: 387).*Bei Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien würden oft Mitarbeiterinnen des Krankenhauses, meist Putzfrauen als Dolmetscher fungieren (vgl. PSN_GP Position:17). Als angenehm würden die ExpertInnen die Verfügbarkeit einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers empfinden .Diese sollten häufig verfügbar und ausgebildet sein. *"Na hilfreich wär bestimmt ein Dolmetsch in den diversesten Sprachen. Vielleicht relativ häufig verfügbar." (PSN2_TS Position:397)"Schön wäre es, ausgebildete Dolmetscher für die häufigsten Migrantengruppen zu haben." (PSN_GP Position17).* Bei der Kommunikation auf Englisch wird auf die mangelnden Englischkenntnisse der Krankenpflegepersonen hingewiesen.*"Die Pflege bei Migrantinnen sei aufgrund der Sprache oft schwierig, da sehr wenige Deutsch sprechen. Die Kommunikation erfolge dann durch Zeichensprache, wenn möglich Englisch, wobei Englisch für beide Seiten oft schwierig ist, da auch manche Krankenschwestern nicht so gut Englisch sprechen"(PSN_GPPosition 17).*Die InformantInnen wiesen darauf hin dass zwar bereits Informationsmaterial in den verschiedenen Sprachen zur Verfügung stünde, aber bei der Erstellung dieser meist auf die Größe der anzusprechenden Gruppe geachtet würde. *„[..]aber vielleicht wäre da ein*

vermehrtes Aufliegen an mehr Sprachen besser, noch mehr Sprachen. Ich mein, es sind jetzt nur an und für sich die größeren Gruppen wie Türkisch oder Jugoslawisch. Chinesisch wüsst ich nicht" (M_DU_10022011_PSN2_TS Position:403).

Tabelle 6 Kommunikation der ExpertInnen

Allgemeine KH	Deutsch, Englisch und mit „Händen und Füssen"
Semmelweis Klinik	Deutsch,
Goldenes Kreuz	Englisch
Hanusch KH	Deutsch ,"gebrochenes Englisch auf der Seite der Pflege
SMZ Ost Donauspital	Englisch, mit „Händen und Füssen"
KH Göttlicher Heiland	Englisch, Deutsch
KH Rudolfstiftung	Deutsch und non verbal
KH Hietzing	Englisch, chinesischer Dolmetscher
Privatklinik Döbling	Deutsch, wenn möglich Englisch
KH St.Josef	Deutsch, Englisch,mit „Händen und Füssen"
KH Wilhelminenspital	Deutsch,"gebrochenes" Englisch,mit „Händen und Füssen"

Die chinesischen Wöchnerinnen werden von den ExpertInnen als "introvertiert, ängstlich, nicht fordernd, zurückhaltend und leise bei der Geburt" beschrieben. Sie seien "sehr freundlich, dankbar, zufrieden, bringen den BetreuerInnen sehr viel Vertrauen entgegen" .Sie seien "angenehme PatientInnen".

Tabelle 7 Beschriebene Eigenschaften der ChinesInnen

Allgemeine KH	„Sehr unauffällig"
Semmelweis Klinik	Keine Angaben
Goldenes Kreuz	„Introvertiert,ängstlich,nicht fordern,leise bei der Geburt,bringen viel Vertrauen der Betreuerinnen entgegen"
Hanusch KH	„Zurück haltend,still"
SMZ Ost Donauspital	„Immer freundlich und ruhig"
KH Göttlicher Heiland	Keine Besonderheiten

KH Rudolfstiftung	Keine Angaben
KH Hietzing	„Sehr sauber,yin-yang Methode bei den Babys sehr freundlich,dankbar,zufrieden,nicht fordernd“
Privatklinik Döbling	„Sehen das Stillen als etwas natürliches,keine Unsicherheiten,im Kreißsaal eher leise“
KH St.Josef	Keine Besonderheiten
KH Wilhelminenspital	Unauffällig,nicht fordernd

4.2.2 Soziale Kontakte

Der Wunsch der asiatischen Frauen, die sozialen Kontakte mit der ganzen Familie während des Spitalaufenthaltes aufrecht zu erhalten sei im Vergleich zu anderen MigrantInnengruppen nicht auffallend. Auffallend ist der Umgang bei eventueller Reglementierung der Besucherzahl. In einem Krankenhaus war die Besucherzahl auf zwei Personen beschränkt. Die Befragte berichtete dass “asiatische” Frauen sich an diese Vorgabe im Vergleich zu anderen MigrantInnengruppen halten.

Die Ehemänner, Mütter oder Schwiegermütter, manchmal auch Freundinnen kommen täglich zu Besuch. (vgl. PSN_GP Position:17).

Auffällig wäre dass die chinesischen oder asiatischen Wöchnerinnen nicht so viel Besuch hätten wie andere Wöchnerinnen mit Migrationshintergrund.

“dass türkische Patientinnen deutlich mehr Besuch bekommen, Familienbesuche unter zehn Mitgliedern kaum. Chinesische ist eher oder sagen wir vielleicht asiatische ist vielleicht schon

ein deutlicher Unterschied zu sehen. Ich hab auch den Eindruck, dass da Mütter oder Schwiegermütter oder in dieser Verwandtschaftsbreite ist kaum wer in Österreich. Meistens sind da nur die Ehegatten beziehungsweise Freundinnen zeigen sich häufig als Besucherinnen” (PSN2_TS Position:327 – 327).

Die Besuche werden vom Pflegepersonal als “positive” für die Wöchnerinnen bewertet. *“weil die Patienten einfach deutlich ruhiger sind, wenn Angehörige, Ehegatten, Verwandte, Bekannte da sind” (PSN2_TS Position:303 – 303).*

In der Regel beschränken sich die sozialen Kontakte auf die Familie. Dabei am ehesten auf den Ehemann, die Mutter und die Schwiegermutter. Vereinzelt werden sie auch von Vätern und FreundInnen besucht.

4.2.3 Körperhygiene und Kleidung

Die Unterstützung bei der Körperpflege stellt einen wesentlichen Teil der Pflege im Wochenbett dar. Vor allem Wöchnerinnen mit mangelnden Kreislaufverhältnissen und nach einem Kaiserschnitt (Sectio) benötigen die Unterstützung der Pflegepersonen bei der Ganzkörperwaschung oder beim Duschen (Goerke/Junginger 2010). In zwei Krankenhäusern wurde auf Besonderheiten in der Hygiene der ChinesInnen hingewiesen. So wurden die chinesischen Wöchnerinnen in einem Krankenhaus als *"sehr sauber"* bezeichnet, im anderen hingegen als *"überrascht",* über das frühe Duschen, beschrieben. In allen anderen Krankenhäusern fielen keine Besonderheiten die Hygiene der chinesischen Wöchnerinnen betreffend auf. Infektionen, oder die Häufung von Infektionen bei chinesischen Wöchnerinnen waren in keinem Krankenhaus bekannt. Die Wöchnerinnen werden vom Pflegepersonal zum Duschen begleitet und bei der Körperpflege, wenn notwendig unterstützt.*"Na ja, wenn die Wöchnerin vom Kreißsaal vorgeführt worden ist, ist sie einmal- mein ich- ist sie sechs Stunden im Zimmer gelegen. Dann hat man nachgeschaut wegen die Blutungen, dann ist man mit ihr duschen gegangen und hat man halt geschaut, was sie braucht, oder was sie zum Trinken braucht" (PSN1_TS Position:161 – 161).*Eine andere ExpertIn erzählt, dass:*"am Morgen das Frühstück ausgeteilt wird und dann mit der Körperpflege begonnen wird" (PSN_GP Position:15 – 15).* Die Wöchnerinnen bei der Körperpflege zu begleiten und zu unterstützen scheint gerade am ersten Tag nach der Geburt von wesentlicher Bedeutung zu sein.*"Ja, das war immer schon so, ja, dass man mit ihnen duschen geht, wenn sie das erste Mal aufstehen nach der Geburt" (PSN1_TS Position:173 – 173)."und sie haben sich das alleine gemacht. Ich mach das schon, so, mach, mach schon, mach schon, net. Da bist gestanden heraußt bei der Dusch und hast gewartet, dass ihr nicht-dass net umfallt oder was, weil der Mann hat auch schon draußt gewartet, net.[…]" (PSN1_TS Position:379 – 379),,Bei der Körperpflege werden Patientinnen, die bettlägerig sind beim Waschen im Bett unterstützt. Patientinnen, die aufstehen dürfen zur Dusche begleitet und beim Duschen unterstützt" (PSN_GP Position:16 – 16).*Die pensionierte InformantIn wies während des Interviews auch immer wieder auf die Entwicklungen in der Pflege beziehungsweise auf die Entwicklungen des Pflegealltags im historischen Kontext hin.*"Weil früher hat man sie ja mit der Lavoir praktisch, eine jede Wöchnerin müssen durchgehen mit einem-mit der Schüssel, net. Mit der Schüssel sind wir durchgangen mit einem Krug und haben wir dann die Wöchnerin abgespült noch" (PSN1_TS Position:255-257).*

4.2.4 Schamgefühle

Die Schamgefühle der KlientInnen und PatientInnen prägen den Arbeitsalltag von Pflegepersonen. Vor allem Pflegehandlungen wie die Ganzkörperwaschung, die Hilfe beim Duschen und speziell bei Wöchnerinnen die Kontrolle des Ausmaß der postpartalen Blutungen stellen prädestinierte Situationen dar. (Goerke/Junginger 2010). Hilgers(2006) sieht in seiner Arbeit Scham als eine entwicklungspsychologische Funktion die das Bewusstsein über das Selbst und das Fremde fördert, sofern es sich nicht um ein traumatisierendes Empfinden handelt. Sie führe zu einer gewissen Verunsicherung über das aktuelle Identitätskonzept mit der Folge die Vorstellungen von sich, den anderen und der Realität zu aktualisieren (vgl. Hilgers 2006:18).

„Ein gewisses Maß an Schamtoleranz wird man daher als gesunde Ich-Leistung erwarten dürfen, da Scham wie Stolz alltägliche affektive Reaktionen sind. Gänzliches Fehlen solcher Schamaffekte führt hingegen zu einem kritikresistenten Größenselbst, zu antisozialem Verhalten und destruktivem Agieren.“ (Hilgers 2006:18)

Auf das Thema Schamgefühle der PatientInnen angesprochen, berichten die Informantinnen: *“Asiatische oder chinesische Patientinnen sind da eigentlich auch sehr-mit Scham. Die Österreicherinnen, hätt ich jetzt schon den Eindruck, dass die eher liberaler sind diesbezüglich” (PSN2_TS Position:331 – 333).*Schamgefühle seien oft „einer der größten Faktoren“, der die Pflege von Migrantinnen beeinträchtigt” Chinesische Patientinnen würden sich aber weniger schämen als Z. B. türkische Patientinnen.(vgl .PSN_GP Position:17).

PatientInnen mit Migrationshintergrund erscheinen den Pflegepersonen oft schamhafter als inländische PatientInnen, wobei die asiatischen PatientInnen als weniger vom Gefühl der Scham betroffen, als türkische, dargestellt werden.

4.2.5 Ernährung

Der Pflegealltag, die Ernährung betreffend hat sich in den letzten Jahren sehr verändert. Wurde vor einigen Jahren noch das Essen am Bett für die PatientInnen auf deren Wunsch vorgelegt, so wird in den meisten Krankenhäusern das Tabletsystem bevorzugt. Vereinzelt bieten manche Krankenhäuser auf geburtshilflichen Stationen den Wöchnerinnen Frühstückbuffets an. Es ermöglicht den PatientInnen sich die Art des Frühstücks und die Menge selbst zu wählen. Die Auswahl des Mittagessens sowie des Abendessens erfolge am Vortag durch die Wöchnerin selbst. Die Bestellung erledige die Pflegeperson. Es scheint in den letzten Jahren auf die individuellen Wünsche der PatientInnen mehr Rücksicht

genommen zu werden.*"Bezüglich Essen hätt ich jetzt so den Eindruck, dass früher, kann ich mich erinnern, man hat eigentlich auf dieses Individuelle, Religiöse, wie auch immer, diesen Hintergrund nicht beachtet was gekocht wurde. Jetzt geht man eigentlich auf diese interkulturelle Pflege schon sehr ein. Man berücksichtigt religiöse Wünsche, Rituale, wie auch immer. Es ist halt auffällig gewesen, dass dazumal sehr viel türkische Patientinnen das Fleisch einfach gemieden haben."(PSN2_TS Position:335 – 336).*Die ExpertInnen erzählen, das die Ernährung durch die Umstellung viel individueller zu gestalten sei als früher. In dieser Textpassage, die auch im Zusammenhang mit Pflegealltag verwendet wird soll vor allem auf die Aussage bezüglich der Individualität hingewiesen werden.*"Tabletsystem haben wir gehabt immer schon, ja. Das war immer schon mit Deckel und alles, oh ja, das hat es immer gegeben. Auch jetzt zum Schluss noch das System, das gibt es jetzt noch. Und Frühstücken war zum Beispiel die letzten zehn Jahre schon, das war ein Buffet und da haben sie drinnen sich das Frühstück nehmen können eine jede, was sie will. Von Obst angefangen bis Yoghurt, was sie zum Frühstück wollen, Kaffee oder Tee. Das war drinnen schon in einem Buffet gerichtet, in einem Raum, und dort haben sie sich es können holen" (PSN1_TS Position:200 – 200)."Ganz eine normale Kost. Wie die normale Vollkost, wie die andere. Aussu- sie haben es sich aussuchen können, drei hat es da gegeben und von denen haben sie können sich auswählen, was sie wollen. Da ist man immer durchgangen-"(PSN1_TS Position:207 – 209.) "Dass man schon sehr darauf schaut, Patienten können wählen, was wollen sie zum Essen, Trinken, war das halt anders" (PSN2_TS Position:345 – 345).*Die Getränke scheinen nicht in dem Ausmaß individuell wählbar zu sein wie die Speisen."*Aufgrund dieses- oder der Speisewahl glaub ich schon, dass die Patienten gezielt aussuchen, was sie wollen" (M_DU_10022011_PSN2_TS Position:355 – 355). "Aber es schon sehr individuell gehalten eigentlich" (PSN2_TS Position:381 – 381).*Die Pflegepersonen scheinen vom individuellen Ernährungsmodus auf den geburtshilflichen Stationen überzeugt. Die Ernährung von MigrantInnen und vor allem ChinesInnen wurde als besonders auffällig beschrieben. Die Befragten gaben an das chinesische Wöchnerinnen meist das angebotene Essen des Krankenhauses nicht zu sich nahmen. In acht Krankenhäusern konnte die Mitnahme von eigenem Essen bzw. das Bringen von eigenem Essen durch Angehörige beobachtet werden. Besonders auffallend war der Verzehr von vegetarischen Speisen und Suppen. *"Das Essen wird oft nicht gegessen und es sei ihr aufgefallen, dass sie von den Angehörigen mitgebrachtes Essen zu sich nehmen" (PSN_GP Position:17 – 17). " auch die Chinesen haben das Essen denen Frauen gebracht , und auch die Chinesen immer alles Suppe haben sie gekriegt meistens Mittag. Das hat man gesehen, net. Die haben selten da was gegessen im*

Krankenhaus Mittag und am Abend. Haben immer die Männer gebracht das Essen" (PSN1_TS Position:391 – 393). "Sagen wir, Griesbrei, sowas haben sie gegessen, wenn es sowas gegeben hat. Aber Wurst und Fleisch, was es da geben hat, nein, das essen sie nicht. Da hat lieber der Mann eine Suppe gebracht und das haben sie gessen dann, net" (PSN1_TS Position:397). "Das ist aufgefallen. Bei chinesische Patientinnen hab ich schon so den Eindruck, dass sehr viele Angehörige was mitbringen" (PSN2_TS Position:341)."Das-meistens ist das eine Suppe und, ja" (PSN2_TS Position:343).

Tabelle 8 Ernährung der ChinesInnen im Krankenhaus

Allgemeine KH	„Suppen und eigenes Essen"
Semmelweis Klinik	„eigenes Essen"
Goldenes Kreuz	„eigenes Essen"
Hanusch KH	„Selbstgekochtes Essen"
SMZ Ost Donauspital	„Hühnersuppe und eigenes Essen"
KH Göttlicher Heiland	„Eigenes Essen"
KH Rudolfstiftung	„Vor allem Suppen"
KH Hietzing	„Eigenes Essen und Hühnersuppe"
Privatklinik Döbling	„Suppen"
KH St.Josef	„Vegetarisch und eigenes Essen"
KH Wilhelminenspital	„Suppen und mitgebrachtes Essen"

4.2.6 Stillen

Das Stillen stellt eine wichtige Tätigkeit der Wöchnerinnen dar auf die die Pflegepersonen unmittelbaren Einfluss haben. Viele Frauen informieren sich schon während der Schwangerschaft über den Vorgang des Stillens Die Entscheidung zum oder gegen das Stillen trifft die Wöchnerin selbst und sollte auch dementsprechend respektiert werden.(vgl.Goerke/Juninger 2010:282).Die Unterstützung der Wöchnerinnen zum Stillen stellt wie bereits erwähnt eine wichtige Pflegehandlung dar. *„Da haben sie dann müssen ein-anlegen oder wir haben sie dann nachgefüttert, wenn wirklich keine Milch da war, net. Und am Anfang haben sie eine Glukose gekriegt. Das war aber auch schon vor zehn Jahren, da haben wir Glukose gefüttert. Aber sonst haben sie Flascherl gekriegt und jetzt haben sie müssen anlegen und haben sie immer müssen halt ein paarmal am Tag anlegen, nicht einmal oder dreimal, sondern öfters, net." (PSN1_TS Position:143 – 143).* Die weitere Erzählung

zeigt, dass sich auch im Stillalltag der Wöchnerinnen einiges verändert hat. Scheint es früher fixe Zeiten zum Stillen gegeben zu haben, wird dies derzeit eher individuell gestaltet. *„Fixzeiten gehabt, alle drei Stund haben sie die Kinder gekriegt und dann haben sie auch das Flascherl gekriegt die was keine Milch noch gehabt haben, net. Und dann hat man das Rooming-in, net, gemacht, das war die letzten zehn Jahr, und da haben sie es müssen anlegen. Und das waren immer, sagen wir, alle halbe Stund oder was das war, verschieden, net." (PSN1_TS Position:145 – 145).* Die Pflege der Brust beziehungsweise die Beratung bei der Pflege nimmt einen Teil der Pflege im Wochenbett ein. *„Dass die- dass keine Mastitis entsteht, net. Das haben wir dann ein paarmal gemacht, drei, viermal am Tag und dann ist die Brust- ist die Milch wieder eingeschossen und da haben die Kinder wieder trinken können, net. Der Stau hat sich dann gelöst, net" (PSN1_TS Position:338 – 338).* Offensichtlich war es nicht üblich die BesucherInnen beim Stillen im Zimmer zu lassen. Diese mussten das Zimmer der Wöchnerinnen während des Stillens verlassen.

Milchstau oder diverse Probleme mit der Brust der Wöchnerinnen gehören zum Pflegealltag der Pflegepersonen auf geburtshilflichen Stationen. *„[..].Da haben sie geschaut, dass- und da haben sie dann nur nasse Windeln aufgelegt, lauwarme und mit- mit einem Handtuch fest eingewickelt und so dunsten lassen, nicht mehr Thermophor. Manche sind verbrennt auch worden, ist eh klar, die haben sich nicht gerührt, weil das Wasser zu heiß war. Und ist halt auch passiert, net. Und die hat- da hat die Stillschwester dann immer geschaut, dass sie alle drei Stunden anlegen oder halbe Stund, je nachdem wie sich das Kind gerührt hat. Ist halt der Besuch dann außegeschickt worden, es geht nicht anders, gel"(PSN1_TS Position:344 – 344).* Die PatientInnen haben scheinbar auch Verletzungen im Zusammenhang mit der Brustpflege in Kauf genommen ohne etwas zu sagen.
Oft bilden sich Pflegepersonen zur Stillberaterin weiter und somit verfügen die meisten der befragten Krankenhäuser über eine ausgebildete Stillberaterin. *"Wie es das Rooming-in worden ist, da haben wir dann eine Still- sagen wir, eine Kin- eine Schwester gehabt, die was nur für das Stillen zuständig war" (PSN1_TS Position:332 – 332). „Sie hat extra einen Kurs gemacht für Stillschwester, dass sie wird. Da hat sie müssen auch ein Jahr Kurs machen, net. Die ist dann nur fürs Stillen und fürs Kinderzimmer hinten zuständig gewesen, net. Die hat auch die Nabel angeschaut, nebenbei, das ist eine Kinderschwester gewesen, net. Die hat das alles in einem gemacht" (PSN1_TS Position:346 – 346).* Die Stillberatung wird jetzt von einer extra ausgebildeten Stillberaterin durchgeführt, die Kinderkrankenschwester ist. Früher hätten sie die Frauen selbst beraten (vgl. PSN_GP Position:17). Manche Wöchnerinnen würden aber nach Meinung der ExpertInnen gar keine Beratung brauchen. Vor allem die

Frauen, die schon mehrere Kinder geboren hätten. Das Aufnahmegespräch dient dazu solche Sachverhalte fest zu halten. *„Mhm. Im Zuge des Aufnahmegesprächs wird es den Patienten erörtert, dass sie das in Anspruch nehmen können. Es gibt durchaus auch Patientinnen, die das nicht brauchen. Wie gesagt, Mehrfachgeburten kommen damit gut zu recht an und für sich. Die brauchen keine Beratung in dem Sinn" (PSN2_TS Position:289).* Für das Stillen zeigen die chinesischen Wöchnerinnen in vereinzelten Fällen nach der Meinung der Pflegepersonen wenig Bereitschaft und seien überrascht über das sofortige Anlegen des Neugeborenen an die Brust. *"Ich mein, sie waren mit dem Anlegen, sagen wir, die türkischen Frauen haben gern angelegt, weil das war ihnen alles. Die haben müssen trinken die Kinder. Die haben sich sehr bemüht. Auch die Jugoslawen, aber auch nicht alle. Aber sie haben geschaut, dass sie trinken die Kinder" (PSN1_TS Position:369 – 369).*

Die zweite InformantIn erklärte:
Beim Stillen sei ihr bei chinesischen Patientinnen aufgefallen, dass sie oft Aufforderung zum Stillen brauchen und geneigt sind den Kindern die Flasche zu geben, wenn „die Milch nicht gleich kommt".
Eine Befragte gab an, dass ChinesInnen das Stillen als etwas „natürliches" sehen und keine Unsicherheiten zeigen. Ihrer Meinung nach zeigen "unsere Frauen" mehr Unsicherheiten, die eventuell durch "zu viel Bildung" entstehen. Auffallend war der Hinweis, dass manche chinesische Frauen ihrem Neugeborenen heißes Wasser aus der Wasserleitung zum Trinken geben. Der Hintergrund konnte aber von den Expertinnen der Telefonbefragung nicht erklärt werden. In einem ExpertenInnenterview gab die Befragte an, den Grund für die Gabe von heißem Wasser zu kennen. Die Wöchnerin hätte es ihr erklärt: *"Die Chinesen haben auch angelegt, aber wenn sie- wenn man ihnen ein Flascherl gebracht hat, zum Beispiel war das bei der Chinesin, Kind wenig, ist sie zur Wasserleitung, hat lauwarmes- das heiße Wasser rein und hat es das Kind trinken lassen. Ich mein, und wir haben die Hände zusammengeschlagen, um Gottes Willen, ein unabgekochtes Wasser zum Trinken, net, gleich von der Wasserleitung. Die Infektion und alles, ist Gott sei Dank damals nichts passiert bei derer, die hat das Flascherl angefüllt mit Wasser ein bisserl ein Wasser dem Kind.Weil Kind Hunger hat. Zu wenig, muss man Wasser geben, das ist gesund, meint sie" (PSN1_TS Position:385 – 387).*In einem der Krankenhäuser wurde von einer InformantIn bemerkt, dass die Säuglinge durch die Gabe von "heißem Wasser aus der Wasserleitung" weniger an Gewicht zu nehmen.

4.2.7 Genderaspekte

Die voraus gegangene Erhebung ergab dass auf keiner Geburtsabteilung in Wien männliches Pflegepersonal beschäftigt ist. Zwei befragte Pflegepersonen gaben an, an der Zusammenarbeit mit männlichen Pflegepersonen auf der Geburtsabteilung interessiert zu sein. Aus der Sicht der ExpertInnen werden weibliche Pflegepersonen nicht favorisiert. Alle Informantinnen gaben an keinerlei Probleme mit der Betreuung durch männlichen Pflegepersonen zu haben. Wobei von keiner die Betreuung durch männliche Pflegepersonen bis dato erlebt wurde. Die Vorstellung über die Betreuung durch männliches Krankenpflegepersonal sei für sie persönlich nicht unangenehm. Aus der Sicht der ExpertInnen sei ein wesentlicher Unterschied zwischen den einzelnen MigrantInnenruppen die Pflege durch männliches Pflegepersonal betreffend erkennbar.

"Sehr eigen, weil die ausländischen Patienten, die Männer, sehr auf die Frauen fixiert sind. Da darfst gar nicht zu, überhaupt kein Arzt wollen sie da, dass da unten was, aber sie müssen helfen bei der Geburt" (M_DU_10022011_PSN1_TS Position:361 – 361).
Mit „da unten" war das weibliche Geschlechtsteil gemeint.

Vor allem die Kontrolle der Blutungen durch das Sichten der Vorlagen wurde als schwierig bei manchen MigrantInnengruppen beschrieben. *"Net, das haben sie schon geschaut. Das- die hat man- sie haben halt sehr, wenn du unten geschaut hast, unten anschauen hast wollen die Vorlag, nein, nein, nein, da waren sie gleich streng dagegen, auch der Mann, machen Frau, machen Frau. Aber das geht nicht. Wir müssen schauen, was los ist wegen der Blutung, net" (PSN1_TS Position:371 – 371).* Die Anwesenheit der Ehemänner während des Pflegealltags wurde ebenfalls als schwierig empfunden.*"Da ist es leichter gewesen. Da waren sie nicht so zurückhaltend wie wenn die Männer da wären, net" (PSN1_TS Position:373 – 373).„[….] Das wär leichter gewesen, wenn die Männer nicht da wären gewesen oder die Verwandten alle, net" (PSN1_TS Position:409)."Na deutlich auffallend ist zum Beispiel bei der Körperpflege, dass türkische Patientinnen sich schon sehr schämen, vor allem wenn die Intimsphäre nicht gewahrt wird. Die auch deutliche Probleme haben mit männlichen Kollegen" (PSN2_TS Position:329 – 329).* Ausschließlich männliches Pflegepersonal in Ausbildung wäre auf geburtshilflichen Stationen in der Erinnerung der ExpertInnen. Bei zwei der ExpertInneninterviews wurde erwähnt, dass männliche Krankenpflegepersonen in Ausbildung ein Praktikum an geburtshilflichen Abteilungen absolvieren. Männliche Schüler hätte es im Kinderzimmer gegeben. Meistens sind die Gynäkologen Männer gewesen, Frauen gäbe es auch. Frauenärztinnen seien eher im Krankenhaus tätig und weniger in der „Praxis". Manche Migrantinnen, vor allem Türkinnen bestehen auf weibliche Betreuung" *Erst die*

*letzten- nein, eigentlich gar nicht, nein, nein, war bei uns keine männliche. Höchstens die Schüler haben ein Praktikum gemacht, die waren dann da" (PSN1_TS Position:414 – 414)."Nein. Ausgebildetes fertiges Personal keinen. Aber es kommen immer wieder Schüler. Die in der Ausbildung stehen" (PSN2_TS Position:434 – 438).*Von einer Informantin wurde die Zusammenarbeit mit den männlichen Krankenpflegeschülern als "Umstellung" beschrieben. *„Ich mein, es ist schon eine Umstellung als wie eine Frau. Ich mein, aber wir haben sich dann zusammen gearbeitet. Es war nicht anders als sonst mit einer Frau arbeiten." (PSN1_TS Position:428 – 428).* Männliche Gynäkologen stellen die gängige Praxis auf geburtshilflichen Stationen dar. Nach kurzem Überlegen meinte eine der Expertinnen: *"Ich denk, wenn es mich persönlich betrifft, ist es mir ziemlich egal. Ob mich jetzt ein männlicher Kollege pflegt-oder eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester pflegt. Im Hinblick auf Migrantinnen denk ich, ist es nicht so egal-" (PSN2_TS Position:440 – 440).*Bei der Telefonbefragung antworteten die ExpertInnen auf die Frage, ob männliche Krankenpflegepersonen auf der Station arbeiten beziehungsweise gearbeitet hätten, dass sie sich an keine erinnern könnten. Eine Expertin sagt, dass sie sich auch an keine männlichen Mitarbeiter erinnern kann und außerdem „es meldet sich keiner". Männliche Schüler hätte es im Kinderzimmer gegeben. Meistens "sind die Gynäkologen Männer", „Frauen gäbe es auch", aber weniger. Manche MigrantInnen, vor allem Türkinnen bestehen auf weibliche Betreuung. Auf keiner der befragten Abteilungen sind männliche Krankenpflegepersonen beschäftigt. Eine Befragte gab an sich über "Männer im Frauenberuf "Pflege" speziell in der Geburtenabteilung zu freuen.

4.2.8 Pflegediagnosen

Das Ziel der Pflege ist die sozial gerechte und finanzierbare, pflegerische Versorgung und Betreuung in hoher Qualität. Zu einer der Aufgaben der Pflege gehört es den Pflegebedarf von bestimmten Bevölkerungsgruppen zu erkennen, zu benennen und zu befriedigen (Georg 2007). Die Erstellung von Pflegediagnosen werden aus der Sicht der internationalen Vereinigung für Pflegediagnosen NANDA (vgl. Van der Bruggen 2000:52) als eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme beschrieben. Die Erstellung von Pflegediagnosen ist seit 1997 verpflichtend. [14]Pflegediagnosen werden im Rahmen eines

[14] Vgl.§14.Absatz 2 des GuKG.

diagnostischen Prozesses erkannt, unterschieden und benannt. Eine Arbeit dazu von Schrems (2003) beschreibt ausführlich und fundiert den Prozess des Diagnostizierens in der Pflege.
Pflegediagnosen bilden die Grundlage der Argumentation, warum, welche Interventionen zu planen und durchzuführen sind. Sie sind die Basis für gemeinsam vereinbarte Ziele und Ergebnisse. Man unterscheidet aktuelle Pflegediagnosen, Risiko-, Syndrom- und Gesundheitsförderungsdiagnosen (Gordon/ Bartholomeyczik 2001, Georg 2007). Eine Expertin erzählte, dass manchmal die Pflegediagnosen von den Hebammen bereits im Kreißsaal gestellt werden. Wobei in diesem Interview nicht klar ersichtlich war, ob wirklich die Pflegediagnosen erstellt wurden oder nur die Pflegebedürfnisse durch die Hebamme erhoben wurden.*"Das hat immer die Hebamme gesagt, was wir da zu machen haben gehabt" (M_PSN1_TS Position:283 – 284).*
Im weiteren Verlauf des Gespräches erzählt sie: *"Und dann haben wir es schon selber gemacht. Weil wir haben das eh schon dann gewusst, was da immer kommt. Weil das war noch die alte Garde, die haben halt das noch gern vorne gesagt auf der Station, das und das ist zu machen bei derer und bei derer, nachschauen oder aufstehen oder- das- und dann haben wir das schon automatisch gemacht" (PSN1_TS Position:290 – 292.)* Die Umstellung scheint mit der bereits erwähnten gesetzlichen Regelung im Jahre 1997 zur Feststellung der Pflegebedürfnisse beziehungsweise der Pflegediagnosen zusammen zu hängen. Auf die Frage welche Pflegediagnosen bei Wöchnerinnen hauptsächlich gestellt werden, antworteten die Pflegepersonen. "Schmerzen, Mobilität eingeschränkt, und Selbstpflegedefizit" sind die am häufigsten gestellten Pflegediagnosen im Wochenbett.
"Schmerzen.(...) Mobilität. [..]Selbstpflegedefizit" (PSN1_TS Position:294 – 304). Eine ExpertIn meinte, von mir danach gefragt, die Pflegediagnosen mit den Wöchnerinnen schon zu besprechen. *"Schon, weil wir ja schon gewusst haben, wir haben das mit der Patientin besprochen, um was es da geht, net. Sicher ist es da auch drinnen gestanden, aber wir haben das- wir haben das eh schon- weil das eh immer dasselbe war, net. Aber da ist man- ist es jetzt schon dabei gestanden, was man fragen muss den Patienten, net" (PSN1_TS Position:308 – 308).*
Die Diagnose Selbstfürsorgedefizit war auch ihrer Meinung nach eine der gängig gestellten Pflegediagnosen. *"Na das Selbstfürsorgedefizit" (PSN2_TS Position:182 – 182).*Auch die Diagnose Schmerz wurde erwähnt, wobei hier die ExpertIn differenzierte:
"Schmerz. Sicher ganz aktuell, wobei man sicher unterscheiden muss, ob es ein akuter Schmerz ist, der meist postoperativ auftritt nach ein Sectio" (PSN2_TS Position:207 – 210).

Die Pflegediagnosen werden oft standardisiert erstellt und verweisen auf die verwendete Literatur. Maßnahmen sind dabei vorgeschrieben der Diagnose entsprechend und können individuell ergänzt werden. Die Standards enthalten auch Risikodiagnosen und psychosoziale Diagnosen .Dies wurde bereits durch die ExpertInnen der Telefonbefragungen erwähnt
Das Stellen von Pflegediagnosen scheint eine übliche Pflegepraxis zu sein, wobei die Diagnosen scheinbar mit den PatientInnen wenig bis gar nicht besprochen werden und bereits im Vorfeld standardisierte Inhalte der Pflegeplanung darstellen.

4.2.9 Säuglingsbetreuung im Krankenhaus und zuhause

Die Säuglinge werden laut InformantInnen im chinesischen Wochenbett in der Regel von Angehörigen wie Mutter, Schwiegermutter und Ehemann betreut. Der Säugling wird der Mutter meist nur zum Stillen gebracht. Im Krankenhaus werden die Säuglinge manchmal trotz „Rooming in" dem Pflegepersonal überlassen. Dies wird mit dem verstärktem Ruhebedürfnis und der notwendigen Erholung der Mutter begründet. *"Es gibt ein Rooming-in. Es besteht die Möglichkeit, dass rund um die Uhr die Kinder bei den Müttern sind, aber in der Regel wird das nicht vierundzwanzig Stunden in Anspruch genommen. Weil die Patientinnen oft nach der Geburt noch sehr erschöpft sind-und auch schon denkend auf das Zuhause, dass sie da eh vierundzwanzig Stunden im Einsatz sind,-[..]geben sie sie gerne ab. Vor allem nachts, weil sie gern schlafen, durchschlafen wollen" (PSN2_TS Position:253-259).*

Im Säuglingszimmer werden die Neugeborenen offensichtlich von Kinderpflegepersonal betreut. *"wo eine Kinderschwester ist. [..]So wirklich individuell abzugeben das Kind, wenn ich den Eindruck habe, ich brauch jetzt ein bissel Ruhe und bissel Erholung" (PSN2_TS Position:266 – 271).*

Vor allem wird den Wöchnerinnen angeboten die Kinder ins Säuglingszimmer zu bringen wenn sich ihr Zustand nach der Geburt aus den verschiedensten Gründen verschlechtert hatte, oder die Wöchnerinnen müde oder erschöpft sind.

"Sie habens schon können ins Kinderzimmer bringen, wenn es ihnen zu viel war. Das hat man eh gesehen, wenn am dritten Tag meistens, wo es ihnen dann schlechter geht, was auch die-die Epi-Naht spüren, was Schmerzen haben, da sind- da ist ihnen das schon alles zu viel gewesen dann. Und da hat man sie auch zwei, drei Stund ins Kinderzimmer gestellt, net. Dann haben sie sichs wieder geholt, oder hat man sie hingebracht zu der Patientin" (PSN1_TS Position:231 – 231).

Seit 1900 hat sich in den Krankenhäusern die getrennte Unterbringung von Mutter und Kind durchgesetzt. Vor dieser Zeit war es üblich Wöchnerinnen und Neugeborene in einem gemeinsamen Saal zu versorgen. Die Trennung hielt man aus hygienischen Gründen für notwendig, da zur Zeit der Einführung viele Frauen in den Gebärkliniken am Wochenbettfieber litten. Als Ursache für die hohe Infektionsrate in den Kliniken wurden mangelhafte hygienische Bedingungen, unsaubere Ausführung von geburtshilflichen Eingriffen und die Tatsache, dass die meisten Frauen mit pathologischem Verlauf von Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett zur Aufnahme kamen. Alle anderen gebaren ihr Kind zu hause. Die Trennung sollte die Neugeborenen vor der Infektion mit den mütterlichen Keimen schützen. In der Mitte der fünfziger Jahre bekam bereits die Hälfte der Frauen ihr Kind im Krankenhaus. Bis in die siebziger Jahre lagen die Mütter in Mehrbettzimmern auf der Wochenbettstation. Die Neugeborenen befanden sich von der Mutter getrennt im Säuglingszimmer und wurden von Kinderkrankenschwestern versorgt. Zu festgelegten Stillzeiten brachten die Schwestern den Müttern ihre Neugeborenen zum Stillen, und holten diese nach ungefähr einer halben Stunde wieder ab. Väter und Geschwister hatten keinerlei Kontakt zum Neugeborenen. Man nahm an, dass die getrennte Unterbringung die Mutter psychisch und physisch entlaste und die Rückbildungsvorgänge fördere (Harder 2003).

Frau K. eine meiner InformantInnen sieht dies als sehr positiv für die Mutter-Kind-Beziehung, kennt aber von früher „der Säugling im Kinderzimmer“. Sie meint, es wäre früher gut für die Erholung der Mutter ,von der Geburt gewesen. Die Kinder wurden in der Nacht im Kinderzimmer von Kinderkrankenschwestern betreut. Auch tagsüber blieben die Kinder im Kinderzimmer und wurden den Müttern zur Besuchszeit oder zur Stillzeit, die vorgegeben war, gebracht.

Tatsächlich hätten die Wöchnerinnen gerne mehr Zeit mit ihrem Neugeboren verbracht und konnten keine Sicherheit im Umgang mit ihm erlangen. Die Pflege der Kinderkrankenschwester ersetzte die Eigenverantwortung für das Kind der Eltern. Vermehrte Proteste von Müttern und Eltern, sowie Forschungsarbeiten zur frühen Mutter-Kind-Bindung (bonding) bewirkten in den 70er Jahren ein Umdenken (vgl. Harder 2003:5). In den achtziger Jahren wurde von fast allen Entbindungsabteilungen ein Teil für das „Rooming in“ installiert. Dies bedeutete, dass das Kind tagsüber bei der Mutter verbleiben konnte. Nachts wurden die Kinder aus rechtlichen Gründen weiterhin im Neugeborenen-Zimmer versorgt. Seit den neunziger Jahren bis heute bieten die meisten Geburtskliniken das vierundzwanzig Stunden-„Rooming-in“ an (vgl. Bloemeke 2011:146,Goerke/Juninger 2010 :273,Harder 2003:5). Meist wird den Müttern mit der Begründung sich besser erholen zu können, die Betreuung durch

Kinderkrankenschwestern in der Nacht angeboten (Harder 2003). *"Die letzten acht oder zehn Jahre sind sie dann „rooming-in" gelegen bei den Eltern, net, sind sie schon mit den Eltern in die Zimmer gelegen, net" (PSN1_TS Position:137 – 137).* Das Neugeborene bei der Wöchnerin im Zimmer zu lassen scheint ebenfalls gängige Praxis zu sein. Bedenken diesbezüglich werden von den InformantInnen geäußert, wenn es um das Ruhebedürfnis der Wöchnerinnen und der Säuglinge geht. *"Es war schon störend wegen die Kinder, weils Rooming-in, weil sie drinnen liegen. Die letzten- das war schon störend, oh ja. Wenn da drei, viere reinkommen, ist das schon störend." (PSN1_TS Position:217 – 217).*Die Möglichkeit das Neugeborenen in der Nacht ins Kinderzimmer zu bringen wird von den Expertinnen positive für die Mütter bewertet und offensichtlich vereinzelt von den Wöchnerinnen auch angenommen.

4.2.10 Spezielle Wünsche und Erwartungen

Die chinesischen Wöchnerinnen werden wie bereits erwähnt als sehr dankbar empfunden. Sie bringen ihren BetreuerInnen sehr viel Vertrauen entgegen .Spezielle Wünsche und Erwartungen würden kaum geäußert. Die chinesischen PatientInnen erscheinen aus der Sicht der ExpertInnen als sehr „ruhig ‚höflich nett" und mit der Pflege zufrieden.

4.3 Das Wochenbett aus der Sicht der Chinesinnen in Wien

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse aus der Sicht der ChinesInnen dargestellt und erläutert. Das Kategoriesystem wurde in Anlehnung an die der ExpertInnen beibehalten .Hinzu kommen die erfassten Erklärungsmodelle.

Die Tradition des **„zou youzi**" ist allen chinesischen Wöchnerinnen bekannt. Keine der befragten ChinesInnen gab an die Tradition nicht zu kennen und nicht weiter geführt zu haben. Manche Wöchnerinnen lebten dieses Verhalten in adaptierter Form. *"[..] Tante besuchen. Und ja, und diese Tante für so viele **zou yuezi** gemacht. Ist erste Tag ist gut, aber sie hat nur zwölf Tage gemacht, weil nicht so gut" (ACW8_TS Position:239 – 239).* Eine InformatIn erzählt: „*Schwester normal, normal sie kann nach Österreich kommen, aufpassen bei mir. Aber dann später sie auch haben schon Problem, ja, dann okay. Ja denn für diese Zeit. Schwester ja krank, musste gehen zu Krankenhaus und ich (betont) mit dem Mann sprechen, ich auch kann nicht Deutsch sprechen. Dann ich mit der Doktor, mit dem Mann sprechen English. Und die Schwester zusammen gehen zu Krankenhaus. Arzt mit Mann*

*sprechen Deutsch. Mann mit mir sprechen English. Ich sprechen (lacht) chinesisch mit Schwester. Dann wegen diesmal zu **zou yuezi.** Nix gut" (ACW6_TS Position:133 – 133).*

Ihre Schwester kam extra nach Österreich um ihr beim „zou yuezi" zu helfen. Diese war aber dann selbst krank geworden, daher musste sie mit ihr ins Krankenhaus .Dadurch wurde ihr Wochenbett unterbrochen. Sie empfand dies als „nicht gut". *"Dann später ich, wenn ich aufstehen, ein bissel waschen, drücken hier. Sehr Schmerzen. Dann später, wenn noch habe schon noch einmal eine Sohn bekommen, ich habe nix gedacht, dass noch mal Baby kommen. Ich sage, okay, zwei Kinder, ein Sohn, eine Tochter, genügt. Aber November dann ich habe schon, machen wir schwanger. Dann ich sage, aha, ich wollen nix mehr Kind und das war so schwer. Dann, okay, ich habe schon wegen- Dezember habe schon Baby. Dann Jänner, ich wolle in Jänner nach China zurück. Ich wollen Baby weg nommen. Ich habe schon mit dem Arzt Kontakt. Ich sagen, okay, dann aber man sagen mir, bitte, bitte noch einmal klein Kind, Baby kommen. Und andere auch Freunde auch sagen, nein, wenn haben schon, dann wollen weg, wegnommen. Besser ist geboren. Dann ich denke, okay, dann ich noch einmal dieses Baby geboren. Jetzt ich denke, ja, vielleicht **so jetzt muss zou yuezi** Vorsicht, denn ich vielleicht später nix Rückenschmerzen. Dann, okay, dann später, wenn meine kleine Sohn gekommen, meine Mutter ist da. Meine Mutter helfen mir und in die Nacht ich schlafen und Mutter aufpassen für zwei Kinder. Dann ich zu **zou yuezi** sehr gut. Ich immer lege ins Bett, nix etwas, nix machen etwas. Mama kochen, putzen, Kinder aufpassen und macht **zou yuezi** brauchen nix Schmerzen. So jetzt ist sehr in China sehr richtig. Ja, bei mir (?) tonight (??) hat schon schreiben. (???) In China wegen was, wegen das andere alles (?), wenn vielleicht später ich kann drucken (?) bei ihnen. Ja, ich kann mit den Internet ich kann brauchen drucken"* (ACW6_TS Position:135 – 135).

Bei der darauf folgenden Geburt hatte sie länger Zeit um das Wochenbett einzuhalten und ihre Mutter wäre gekommen um ihr zu helfen. Was sie als wesentlich „richtiger" empfand.

"Wenn man bei die Wochenbett nicht aufpasst, dann hat man später welche Probleme, das man nie wieder aufholen kann" (ACW7_TS Position:107 – 107).

"Dann mach ich das eh wieder weil die sollte Wochenbett aufhalten, das ist, ja ich pass schon ein bisschen auf, aber nicht das ganz Genaue, was sie mir erzählt haben" (ACW7_TS Position:117 – 117).

Oft werden die Traditionen des Wochenbetts auch nur teilweise eingehalten, beziehungsweise in abgeschwächter Form praktiziert.

Die InformantInnen erhalten die Informationen über die Tradition des "zou yuezi" nicht nur von ihren Müttern und Schwiegermüttern sondern offensichtlich auch über das Internet. Eine

InformantIn bot mir an alles aus dem Internet zu suchen und auszudrucken, falls ich gerne mehr Informationen hätte

.

4.3.1 Kommunikation

Die Kommunikation im Krankenhaus wird von den InformantInnen einerseits als schwierig beschrieben, andererseits als ausreichend. *"Ich habe fast alles verstanden, ja. Wenn, wenn paar Wört nicht so ganz versteh, aber Wört das mit diese zusammen, weiß ich jetzt schon ungefähr, was ist das. Wenn ich wirklich nicht verstehe, ich hab gefragt. Die hat mir erklärt, ja" (ACW5_TS Position:143 – 143).*Die Angehörigen mit besseren Sprachkenntnissen werden als Vermittler benutzt. Informationsmaterial in chinesischer Sprache steht nicht zur Verfügung. Die Sprachkenntnisse der InformantInnen beschränken sich auf „gebrochenes" Deutsch und ihre Muttersprache. Englisch wird kaum gesprochen. Als Übersetzter fungieren Angehörige mit besseren Sprachkenntnissen. Schriftliche Informationen wären wünschenswert. Dreißigkonnte während ihrer Arbeit MitarbeiterInnen im Krankenhaus erkennen, die sich sehr um die Kommunikation mit MigrantInnen bemühten, andere wieder bei Missverständnissen aufgaben.

„So gab es nach meiner Beobachtung Mitarbeiter, die besonders viel Mühe und Zeit investierten, um Patienten Sachverhalte durch Zeichensprache und einige wenige Wörter nahe zu bringen; andere dagegen beendeten nach kurzen Versuchen der Verständigung sehr schnell ihre Bemühungen und brachen das Gespräch ab." (Dreißig 2005:137)

Wie Dreißig beschreibt, kommunizierten die Informantinnen ebenfalls über Zeichensprache mit dem medizinischen Personal bzw. mit dem Pflegepersonal. Die Kommunikation in dieser Form wird als ebenfalls kurz und reduziert beschrieben. Viele Informationen den Tagesablauf und die geplanten Untersuchungen, Behandlungen und pflegerische Handlungen können oft nur durch Erfahrungswissen der Informantinnen erahnt, bzw. interpretiert werden.

„Ergänzend sei bemerkt, daß Orientierung nicht nur" von außen", sondern auch von innen kommen kann." (Kotte 2009:140).

Dreißig schreibt dazu in ihrem Buch zu „Interkultureller Kommunikation im Krankenhaus":

„Sprachliche Schwierigkeiten werden von den meisten Mitarbeitern als das gravierendste, von machen gar als das einzige Problem in der Interaktion mit zugewanderten Patienten betrachtet. Zwar konnte letztere These nicht bestätigt werden; jedoch wurden viele Situationen beobachtet, in denen die Schwierigkeit der sprachlichen Verständigung eine große Rolle spielte – von alltäglichen Situationen, in denen es um die leiblichen Bedürfnisse der Patienten ging, bis zu Problemen bei der Anamneseerhebung. Besonders schwierig war es für alle Mitarbeiter, die Unsicherheit und die Zweifel zu handhaben, ob die betreffende Person das Gesagte tatsächlich richtig verstanden habe oder nicht. [....] Die Möglichkeit der

Übersetzung durch zweisprachige Mitarbeiter wird vom Personal, genau wie von den Patienten selbst, durchweg positiv beurteilt. Beide begrüßen es, wenn zweisprachige Mitarbeiter zum Übersetzen zur Verfügung stehen. Dabei tun sich zwei Probleme auf: Zum einen sind diese Mitarbeiter neben ihrer Dolmetschertätigkeit auch noch mit der regulären Stationsarbeit betraut, so dass ihre Kollegen sich oft scheuen, ihnen durch das Übersetzen zusätzliche Arbeit zuzumuten, und sie ungern von anderen Stationen holen. Zum anderen hegen die befragen Mitarbeiter selbst zum Teil Zweifel an der Qualität der Übersetzung, da sie entweder mit ihrer 'Muttersprache' nicht vertraut genug sind, oder ihnen medizinische Fachausdrücke fehlen (siehe „Hinzuziehung von Dolmetschern" unter Abschnitte 3.4.1). Sprachliche Schwierigkeiten – bzw. mangelnde Deutschkenntnisse seitens der Patienten – wurden von den meisten Akteuren negativ bewertet, und zwar sowohl vom Klinikpersonal als auch von den zugewanderten Patienten selbst. Seltener war eine neutrale bzw. nicht wertende Sicht, bei der die schlechten Deutschkenntnisse der Patienten einfach als gegeben angenommen wurden." (Dreißig 2005:131-132)

Die mangelnde beziehungsweise fehlende Kommunikationsmöglichkeit wird wie im Abschnitt 4.2.1 bereits beschrieben von den beteiligten ExpertInnen wie auch InformatInnen als nichtsonderlich problematisch erlebt Das Pflegepersonal scheint mit den Wöchnernnen über den Pflegealltag zu kommunizieren. Medizinische Tätigkeiten würden vom ärztlichen Personal erklärt.*"Manchmal diese Wört ich kann nicht verstehen. Zum Beispiel zuerst einmal ich wei nicht,wie heißt das Kaiserschnitt, ja, das für mich eine fremde Wört. Und ein- zweimal und dann ich weiß das, das wie heißt das. Also ich versteh dann schon. Problem, sagt, wann kann das Nadel weg, das muss Doktor antworten für mich. Schwester- Schwester kann nicht einfach sagen und- aber Schwester hat mir sehr viel geholfen über Serviert, also über Essen und Pflege, das muss alles von Schwester" (ACW1_TS Position:230 – 235).* Wie bereits erwähnt werden besser sprechende Angehörige gebeten Dolmetscherfunktionen zu übernehmen.*"Ich habe mit Doktor Deutsch gesprochen und meine Mann hat- hier er wachsen, er kann sehr gut Deutsch-[..]Und fast perfekt, ja. Und auch-Mir geholfen"(ACW1_TS Position:214 – 223).* Eine InformantIn erzählte beim Frauenarztbesuch Angst gehabt zu haben, da sie befürchtete selbst nicht verstanden zu werden beziehungsweise den Arzt nicht zu verstehen. *"Ja. Ich möchte Frauarzt besuchen, untersuchen oder, ich weiß nicht, wie sagen, ich habe Angst, er kann nicht mich verstanden" (ACW8_TS Position:612 – 612).* Ein Arzt der den PatientInnen alles im Vorfeld erklärte, wurde von einer Interviewpartnerin als "viel netter" bewertet, da sie zuerst die Zusammenhänge nicht verstanden hätte um die richtigen Fragen zu stellen. *"Und die, der, also der Arzt war ist immer auch so, bevor ich da Fragen hatte, erklärt sich schon viele Sachen und dann fragt sich am Schluss, ob ich noch Fragen habe. Das ist auch viel netter, weil man kommt sich auf gewisse Sachen nicht drauf, wenn man nicht- Und deswegen auch ist für mich auch besser, wenn der Arzt mich auf gewisse Sachen informiert"(ACW7_TS Position:147 – 147)*. Eine

andere InformantIn gab an alles verstanden zu haben und keinen Dolmetscher zu brauchen. Außerdem glaube sie, dass immer ein Angehöriger dabei wäre der besser Deutsch kann als die Betroffenen selbst. *"Habe verstanden. Ich habs kein Dolmetsch gebraucht, ja. Für mich, also wie ich meine Situation bin, nein. Aber wenn ich so überlege, die was dann hier ihr Kind bekommen, versteht schon mehr oder weniger Deutsch und wenn nicht, dann sind meistens eh jemand mitgekommen. Aber hilfreich ist für mich, also ist nicht das große Frage" (ACW7_TS Position:185 – 187).*Eine der InformantInnen, selbst Krankenpflegeperson gab an bei ihrer Ankunft in Österreich nicht genug verstanden zu haben, aber eine chinesische Kollegin die bereits länger in Österreich lebte und mit ihr arbeitete hätte ihr geholfen. *"Früher ich verstehe verstehen nicht alles. Aber früher habe schon im Krankenhaus, da habe schon eine chinesische Krankenschwester" (ACW6_TS Position:463 – 463).*Eine andere InformantIn erzählte , sie hätte einfach probiert Deutsch zu sprechen in der Hoffnung man würde sie verstehen.*"Aber ich probier, sie weiß, ich habe nicht gut Deutsch, so sie sagen mir langsam und normal einfach Wört mir, kann man mir verstehen, so" (ACW4_TS Position:346 – 346).* Manche InformantInnen gaben an relativ viel verstanden zu haben während ihres Krankenhausaufenthaltes. Bei Verständigungsproblemen hätten sie nachgefragt und man hätte es ihnen noch einmal erklärt. *"Ich habe fast alles verstanden, ja. Wenn, wenn paar Wört nicht so ganz versteh, aber Wört das mit diese zusammen, weiß ich jetzt schon ungefähr, was ist das. Wenn ich wirklich nicht verstehe, ich hab gefragt. Die hat mir erklärt, ja. Die Dolmetscher hat, brauche ich eigentlich nicht, ja mhm" (ACW5_TS Position:143 – 144).* Oft fungieren die Angehörigen mit besseren Deutschkenntnissen als Dolmetscher .Die Anwesenheit eines Dolmetschers wurde von einer InformantIn begrüßt, da sie den Prozess der Geburt als etwas "nicht leichtes" verstehe .Auch Informationsblätter in chinesischer Sprache würden als hilfreich empfunden.*"Wenn die Frau überhaupt nicht Deutsch kann, okay, dass trotzdem ihr Mann ist da, ja, aber ob ihr Mann kann auch gut Deutsch oder nicht, ja, das ist wieder eine Sprache, ja. Am besten wirklich, wenn die Familie, der Mann kann nicht gut Deutsch, geben eine Dolmetscher, das dabei, es würde ideale, wegen Geburt ist nicht leicht Prozess" (ACW3_TS Position:371 – 373).*

Eine Ansicht die von mehreren meiner InformatnInnen vertreten wurde, denn auf die Frage ob sie der Meinung wären dass Informationsmaterial in chinesischer Sprache hilfreich wäre, meinte eine andere InformantInnen:

„Ich denk schon, ja. Weil besonders beim erste Mal, ja, und die hat gar keine Erfahrung, hat Angst, und wenn die Leute was geredet und was sie tun soll, sie hat gar nicht verstanden, ja. Das ist sehr schlimm" (ACW5_TS Position:144 – 146).

"Das würde sehr gut, ja, ja. Wenn hat eine komplette Information, das leben Deutsch, ja, oder, dann hat eine Muttersprache, das würde wunderbar" (ACW3_TS Position:370 – 371).

Eine der InformantIn erzählte im Krankenhaus nicht alles verstanden zu haben. Vor allem mit den medizinischen Fachausdrücken hätte sie Probleme gehabt. In diesem Fall war es ihr wichtig zu erfahren ob „es gefährlich" für ihr Kind wäre oder nicht. Alles andere hätte sie zu Hause am Computer nach gelesen.

"Im Krankenhaus habe ich nicht alles verstanden. Ich nur so versuche ich, mit meine Sprache zum Beispiel, ist das gefährlich für mein Baby, ja, und dann sie sagt, nein, noch nicht. Oder sie sagt, ja, das ist sehr gefährlich. Und dann sagt mir, was soll ich machen, ja. Aber mit medizinische Sprache oder so manches so, ja. Dann habe ich nicht genau verstanden, aber später, wenn sie mir Befunden geben, ich zu Hause schauen" (ACW3_TS Position:330 – 330).

Eine der ChinesInnen gab an bereits in China einen Deutschkurs besucht zu haben. Wobei die Motivation zum Kurs vom Ausblick auf eine Arbeitsstelle in Österreich gesteuert wurde.

"Hier war damals schon die Deutschkurs besucht. Das war schon zwei Jahre, ja. Weil das schon staatliche Angebot gehabt. Die Krankenhaus- jede Krankenhaus schickte fünf Person zum diese Ausbildung Deutsch Sprache und dann, ja, nach zwei Jahre, das gibt's eine Prüfung. Das werde von hier Österreich eine Beamte gekommen und hat Prüfung gehabt. Mündliche Prüfung, schriftliche Prüfung. Und wer hat bestanden, der wird hier fahren könnte, ja" (ACW9_TS Position:230 – 231).

Das Fragen nach bestimmten Informationen wird von einer InformantIn in China besser beurteilt wie in Österreich. Durch die gemeinsame Sprache scheint ein verstärktes Gefühl von Nähe zu entstehen.*"Niemals, ja. Aber nur als Krankenschwest, ja. Hmmm unterschiedlich — glaub, dass die erste das ist die Sprache, ja. Zum Beispiel in China du kannst die gut- die andere Leute so viel fragen, ja, was du will, ja, oder- Und wenn man hier, ja, nicht so viel Fragen, so die Krankenschwester stellen, ja. Weil in China die- die Beziehung ist bisschen näher, ja. Du kannst die Schwester fragen, wa- wegen die Babypflege und so, ja. Und hier das schon bisschen die Beziehung nicht so näher ist, ja. Auch durch die Sprache und so, ja. Wenn ich die Schwester brauchen, nur das Nötige, (?) zum Beispiel die Infusion entfernen oder Blute und die- die Blut- Blutdruck messen und solche Arbeit, solche Fragen. Aber nicht so privat Sache, ja, wie zu Hause pflegen oder wie machst du diese speziale Fragen, ja. Das ist nur, ja, aber in China kannst du fragen das bisschen, kannst alles fragen die Krankenschwester, ja. (lacht).Nicht so gut" (ACW9_TS Position:320 – 322).*Manchmal muss auch eine in Österreich begonnen Ausbildung auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse abgebrochen werden, wie eine der InformantInnen erzählt.

"Und dann so bei Hauptschule und dann war ich beim, beim, bei, na, beim Handelsakademie, aber nicht abgeschlossen, weil's halt so schwer ist für mich doch. Weil die Muttersprache und für Deutsch Sprache ist die Grammatik und das Ganze ist für mich doch zu- weil ich damals noch keine Hilfe gehabt hab, wenn man sich alles selber lernt und kein Dolmetsch und das Ganze, dann war für mich geistig schon so ein großer Druck. Deswegen hab ich dann nicht mehr geschafft, ja" (ACW7_TS Position:337 – 338).

Konfliktsituationen stellen offensichtlich eine besondere Herausforderung im Zusammenhang mit mangelnden Sprachkenntnissen für die InformantInnen dar.

"Besonders die Sprache ist nicht leicht, ja. Und dann später kommt, wenn etwas Konflikte oder so, wirklich, sehr schwer" (ACW3_TS Position:113 – 115).

Ein besonderer Hinweis einer InformantIn galt den älteren chinesischen MigrantInnen. Sie stellte fest dass die älteren Menschen aus der chinesischen Community oft sehr schüchtern wegen der mangelnden Deutschkenntnisse wären und einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.*"Ja, ja. Aber die Alte, ja, die, so die Alte, oder wegen die Sprache noch schüchtern und so. Besser ein bisschen nett zum diese arme Leute, ja. Ich meine, es wird besser" (ACW3_TS Position:364 – 365).*

Von der eigenen Mutter wird einer InformantIn vermittelt, dass es nicht so wichtig wäre Deutsch zu lernen .Es wäre für die Tochter besser arbeiten zu gehen. Vor allem bei der Arbeit in chinesischen Lokalen würden kaum Deutschkenntnisse benötigt. Gleichzeitig gibt die InformantIn zu bedenken, dass das Vorhandensein von chinesischen Informationsunterlagen die Motivation zum Deutsch lernen ihrer Meinung nach gehemmt wäre.

"Meine Mutter sagt, verdienen ist besser als Deutsch lernen, weil ich in Chinesisch Rest– ich arbeite in chinesische Restaurant, brauchen nicht so viele Deutsch. So jetzt auch gibt's so viele Chinesisch kann nicht so gut Deutsch. So glaube ich, auch brauchen viel. Aber ich glauben, ich glauben, warum gibt's so viele türkische Übersetzung, aber gibt's keine chinesische Übersetzung, weil türkisch gibt's eine Übersetzung, so Türkisch brauchen nicht Deutsch lernen, wirklich ist so"(ACW4_TS Position:360 – 360).

Eine andere InformantIn würde den Einsatz von chinesischem Informationsmaterial begrüßen.

4.3.2 Soziale Kontakte

Die sozialen Kontakte beschränken sich in der Regel auf Familienangehörige und Freunde aus der chinesischen Community. Die InformantInnen berichten an sozialen Kontakten mit ÖsterreicherInnen sehr interessiert zu sein. Die mangelnden Sprachkenntnisse werden als

absolutes Handicap bei der Kontaktaufnahme erlebt. Und auf Grund ihrer eher zurückhaltenden Art wird es als schwierig beschrieben soziale Kontakte zu ÖsterreicherInnen aufrecht zu erhalten. *"I: Mhm. Keine österreichische Freundin? IP :Hmhm. Hab ich leider nicht. Na ich bin nicht- eine ruhige Mensch, so viel rede ich auch nicht so mit andere Leute, ja. Ich habe nicht so viel, ja. Bei meine Freundin schon, andere Freundin schon bisschen wir so viel mit andere verschiedene Leute plaudern oder hat auch andere Freundschaftkreis. Ich hab gar keine" (lacht)* *(ACW9_TS Position:555 – 557)*

Durch den Mangel an Kontakten zu ÖsterreicherInnen werden die FreundInnen aus dem direkten Umfeld sehr geschätzt."*Freunde- ja. Aber ich weiß nicht, wie- wie kennen. Und Gott sei Dank ich kennen die zwei- zwei Freundin. Aber- aber- aber, ja, trotzdem mein Deutsch nicht besonders gut. Aber ich danke diese Nachbarn, ja, und früher ich will nicht sprechen, ich will nicht, weil mein Deutsch nicht so gut und ich will nicht. Nur er möchte mit mir sprechen und langsam- langsam-"* *(ACW8_TS Position:796 – 797).*

Diese InformantIn war als einzige mit einem Österreicher ohne Migrationshintergrund verheiratet, dadurch ergaben sich für sieandere Kontaktmöglichkeiten, die auch in Anspruch genommen werden.

"Hab ich verschiedene Freundin. Ja, Österreicher schon gemeinsam, Philippine auch gemeinsam. Die Chinese ist meine Freundin, aber wir treffen uns auch gemeinsam. Weil Ihr Mann ist auch Österreicher" *(ACW2_TS Position:529 – 534).*

Die Isolierung innerhalb der chinesischen Gesellschaft erscheint daher offensichtlich.

Wobei der Kontakt zu ÖsterreicherInnen erwünscht wäre.

Die InformantInnen erzählten vor allem von ihren Ehemännern, Müttern und Schwiegermüttern besucht worden zu sein. *"In China ist normal. Wenn Tochter Kind geboren, Mutter muss da, kann man so aufpassen, wenn eine Monat oder vierzig Tage. Wenn manchmal Schwiegermutter, Schwiegermutter und die machen Essen und das, das. Und da Mutter, wann aufpassen für Kinder und dann. Das ist in China ganz normal"* *(ACW6_TS Position:497 – 498).*InformantInnen ohne Angehörige außer ihrer Ehemänner in Österreich werden vor allem von ihren Freundinnen aus der chinesischen Community besucht. *"Ja, mein Mann ist auch- ja tagsüber- tagsüber war er bei mir und am Abend fährt er wieder nach Hause. Damals wir sind nur zu zweit da, ja, und keine Angehörige und nur wir zwei" (lacht)[..]Na ja, nur meine Freundin. Ich habe diese beste Freundin drei, vier Jahre, ja. Sonst das hab ich die andere Angehörige nicht da. (lacht) Okay.Ja, nur die Freundin, ja"* *(ACW9_TS Position:59 – 64)"Ich habe nur diese- die Freundin diese unsere Gruppe fast*

drei, vier beste Freundin. Dann treffen wir regelmäßig, ja. Sonst andere-"(ACW9_TS Position:548 – 549)

Eine Informantin gab an, sich professionelle, chinesische Unterstützung in Form einer „Zugehfrau" gesucht zu haben. Dies sei eine oft praktizierte Handlung. Die Unterstützung wird per Inserat in chinesischen Zeitungen angeboten und gefunden. *"Ja, ja. Zum Beispiel ich, ich muss, ich bin alleine, das meine Mutter oder meine Schwiegermutter kann man darf nicht, so muss viele zahlen eine Person kommen und kann man bei mir kümmern. Zum Beispiel das in Chinesisch, ich glaube, die Wochenbett das ist sehr, sehr wichtig, wirklich. Das ist, zum Beispiel, in Wochenbett keine kümmer gebe viele, viele, viele Schmerzen, wirklich. Aber ich habe gehört, in Österreich ist viele chinesische Leute mit Österreich heiratet und auch gibt's keine, wenige, wenige Wochenbett, nur alleine. Aber, aber normale, sie wird ihr Mutter von China einladen, das ist besser. Aber weil zum Beispiel im Wochenbett die erste Kind bekommen, habe keine Erfahrung, aber muss mir selbst kochen, muss mir selbst, selbst alles selbst machen, so müde. Ja, das habe ich schon, Geburt habe ich schon viele Kraft gemacht, gebraucht und kann man schlechter kümmern so brauch, das ist, brauch eine Person kümmer ist besser, wirklich"(ACW4_TS Position:324 – 325).*

Im weiteren Gesprächsverlauf und auf die Frage ob sie sich auch vorstellen könnte von jemand anderem, zum Beispiel von einer Österreicherin betreut zu werden verneinte sie dies. Offensichtlich stellt das Wochenbett eine Situation dar in der vor allem vertrauten Personen der Vorzug gegeben und den Menschen im neuen Umfeld eher skeptisch gegenüber gestanden wird .

„Dies bedeutet, dass der Fremde immer eine gewisse Distanz zu seinem neuen räumlichen Umkreis und zu den Menschen dort haben wird. Dabei ist das Verhältnis zum Raum zugleich als Bedingung und Symbol des Verhältnisses zu den Menschen zu verstehen. Vor diesem Hintergrund ist er zwar in seinem neuen räumlichen Umkreis physisch anwesend, er wird sich aber mit Menschen und Gegebenheiten nicht so vertraut und verbunden fühlen, wie dies bei den Einheimischen der Fall ist. Seine innere und äußere Distanz wird nie völlig ausgeräumt werden."[....]„Die Objektivität des Fremden bedeutet, wie Simmel sie beschreibt, dass er gegenüber Menschen und Gegebenheiten des neuen Umkreises einen gewissen Abstand behält." (Han 2005:247)

Eine andere Informantin empfand die Begleitung durch eine österreichische Freundin zur Geburt als angenehm, da sie die Sprache als Handicap empfand und durch ihre Freundin Unterstützung in der Kommunikation fand. *"Die Freundin ist mit mir gegangen, weil es war auch eine Österreicherin, die hat mir dann, weil für sie ist schon normale Sache und für mich war schon- bisschen schwer. Ich habe gesagt, wie ist das und wie es das Ganze und ich hab*

schon viele Fragen gehabt, ja. Und sie hat gesagt, ich geh noch mit mit dir" (ACW7_TS Position:386 – 388)

In der Arbeit von Cheung und Kartchner/Callister finden sich ähnliche Beschreibungen wie in denen meiner Informantinnen:(Cheung 1997,Kartchner/Callister 2003)

„In many country areas in China the husband`s mother or a"warm-hearted"old woman usually stays with the new mother during the first month following confinement."(Cheung 1997:62)
„Except for one couple who hired household help,all couples had their mothers or mothers-in law living with them temporarily or permanently during the first post partum month.(zou yue zi)"(Kartchner/Callister 2003:107-108)

In der Regel reisen die Angehörigen, vor allem die Mutter oder die Schwiegermutter zur geplanten Geburt aus China an um die Wöchnerin zu unterstützen. Die Frauen werden in der Regel von den Männern zur Geburt begleitet, meistens sind diese auch bei der Geburt anwesend, sofern es auf der jeweiligen Abteilung gestattet wird .Auch Dreißig (2005) unterstützt die These der starken Unterstützung durch Angehörigen bei PatientInnen mit Migrationshintergrund.

„Dass zugewanderte Patienten im Allgemeinen stärker durch ihre Familien unterstützt werden als deutsche Patienten, wurde bereits in den Abschnitten gezeigt. Viele Klinikmitarbeiter, auch und besonders die Sozialarbeiterinnen beider Krankenhäuser, äußerten sich dahingehend, dass das hauptsächliche soziale Problem von Patienten im Krankenhaus, nämlich Versorgungs- und Pflegebedürftigkeit, sich bei zugewanderten Patienten in weite geringerem Maße stelle, da sich deren Angehörige besser um sie kümmerten und für sie sorgten." (Dreißig 2005:192)

Eine mögliche Erklärung ist, dass in dem Maße, wie die äußeren Verhältnisse für die Menschen in China belastender waren, die Menschen wieder mehr innerhalb der Familie zusammenrückten.

„Insgesamt setzen sich also Angehörige zugewanderter Patienten – hier v.a. türkischer Patienten – sehr für deren Belange ein. Bezeichnenderweise spielen im Vergleich dazu Angehörige deutscher Patienten eine sehr geringe Rolle, zumindest was die Verteidigung von deren Interessen angeht. Möglicherweise ist dies auf die bessere sprachliche Verständigungsmöglichkeit deutscher Patienten zurückzuführen, durch die diese die eigenen Interessen besser vertreten können. Eine andere Interpretationsmöglichkeit ist die, dass sich deutsche Angehörige generell weniger für die Belange der Patienten stark machen als zugewanderte. Letzter Auffassung wird vom Krankenhauspersonal sehr häufig vertreten." (Dreißig 2005:150)

4.3.3 Körperhygiene und Kleidung

Die Körperhygiene und auch die Kleidung nehmen im chinesischen Wochenbett eine wichtige Rolle ein (Wang et al. 2008, Cheung 1997, Kotte 2009, Pillsbury 1978).Die Informantinnen gaben an sich während des Wochenbettes nicht zu baden vereinzelt nur zu duschen, oder es wurden lediglich Waschungen mit speziellen Lotionen durchgeführt. Sie wurden von ihren Angehörigen angewiesen die Fenster im Zimmer verschlossen zu halten und unabhängig von der Außentemperatur bevorzugen die Informantinnen langärmlige Kleidung.*„ Ja, aber, aber kann man sofort oder nur wenige Zeit duschen. Weil ich lange Zeit meine Schwiegermutter kommt noch, schnell, schnell, schnell, kommt so in mein Zimmer, muss man alles Fenster zu. Keine Wind. Das ist wichtig"(ACW4_TS Position:298 – 299).*Es werden Kopfbedeckungen getragen und das Verhalten mit der Angst vor Wind und Kälte begründet. *"Weil ich hab damals nicht so viel angezogen, ja. Ich hab nur ein Hose, normalerweise muss man zwei- zwei Hose schon ganz dick angezogen, ja. Ja, das ist schon- glaub schon, das spürt man auch schon. Besond- wenn man die Kreuzschmerzen ist auch Kopfschmerzen auch sehr wichtig, ja. Ich habe, glaub ich, nur Knieschmerzen gehabt, ja"(ACW9_TS Position:127 – 127)* Als weitere Begründung werden befürchtete Gelenkschmerzen, Kopf –und Rückenschmerzen im Alter angegeben (Marchment 2008).*"Ja, die sagt noch, muss man immer mit Schal die Kopf das wickeln und ja, anziehen mich mit Winter, ja, das ist-. Aber habe ich und mit Wind das war zu heiß, ja. Hab ich eh nicht. Aber die alle sagt, ja, jetzt wahrscheinlich spüren Sie, spüren man jetzt gar nichts, aber wenn die Frau alt, ja, dann wird immer Schmerzen bekommen, Kopfschmerzen, Knieschmerzen und Kreuzschmerzen und solche Sache, ja" (ACW5_TS Position:89 – 89).*Vor allem im Sommer bei hohen Temperaturen wird dies als unangenehm von den Wöchnerinnen empfunden.*"Ich immer mit Decke, so, wie heiß ist das, zum Beispiel vierzig, fünfunddreißig Grad, aber müssen mit Decke"(ACW4_TS Position: 274 – 274).*

Wind und Kälte werden, vor allem Wind als gefahrvoll und krank machend betrachtet. Der krank machende Wind erscheint ein wichtiges Konzept im Wochenbett zu sein. Verschiedenste Vorsichtsmaßnahmen werden mit diesem Erklärungsmodell begründet. Die Verletzlichkeit in der Übergangsphase Wochenbett wird dadurch präsent (vgl. Kotte 2009:233). Als besonders gefährdete Körperbereiche werden der Kopf, die Hand- und die Fußgelenke, der Bauch und der Rücken betrachtet. Das Tragen von Kopfbedeckung und wärmender Kleidung werden als präventive Maßnahme zur Verhinderung von Beschwerden im Wochenbett gesehen. Weiter glauben die InformantInnen, sich im Wochenbett zugezogene Beschwerden würden sich bis ins hohe Alter erhalten oder sogar verschlimmern (Kotte 2009, Wang 2008, Cheung 1997, Pillsbury 1978, Leutner 1989) Auch kaltes Wasser wird

vermieden. *"Ja. Aber Sie wissen, wir in China und wir kann nicht duschen, ja. Und kann nicht kalt Wasser nehmen. Aber wenn ich so, Doktor sagen mein Mann, muss kalt Wasser kalt Wasser. Aber mein Mann so machen" (ACW8_TS Position:178 – 179).*Die Empfehlung des Arztes kaltes Wasser zum Duschen zu verwenden wird nicht befolgt. Die in China offensichtlich üblichen Empfehlungen der Angehörigen oder der FreundInnen bezüglich des Duschens werden ebenfalls manchmal nicht angenommen und falls doch sachlich begründet. Die InformantIn erzählte zu müde zum Duschen gewesen zu sein und sich daher zwei Tage an die Empfehlung gehalten zu haben.*"Ja, so schlecht. Weil in China gar nicht. Ich habe von meiner Freundin gehört, in- in eine Monat und kann nicht Internet, kann nicht fernsehen, kann nicht duschen und nur- nur im Bett liegen. Und so ja. Und erste Tag ich keine Power, ja. Aber ist normal. Keine Power. Ich glaube, zweite Tag hab ich duschen gemacht" (ACW8_TS Position:184 – 185).*Die Empfehlung nicht zu duschen wird auch manchmal als unangenehm empfunden und daher missachtet.*"Nach Chinesische sollt man sich nicht gleich duschen und das Ganze. Aber ich war trotzdem, weil wenn ich so nachdenke ohne duschen das halt ich nicht aus".* Und trotzdem sind den InformatInnen die Gründe für die Empfehlungen bekannt und werden sofort erklärt."[..]*Man soll bei der Wochenbett sich nicht gleich duschen oder waschen, weil es ist, wenn man sich noch verwundet ist, ist nicht ganz gut fürs Körper und so.[..] Weil sie haben gesagt, sollt man sich schon schonen, nicht so viel waschen und, und waschen schon, aber warm, aber nicht kalt sozusagen. Und man soll sich während des Wochenbett nicht so viel duschen gehen, weil das ist auch nicht gut. Man verkühlt sich schneller und dann holt man nicht so schnell zurück. Und man sagt immer, dass dann für spätere Jahren, wenn man sich älter wird, dass sich dann wieder diese kleine Probleme wieder aufholen müssten"(ACW7_TS Position:99 – 120)*

"[..] Das ist, ja, das bei uns ist das ist so, wahrscheinlich andere hat Ihnen erzählt, ja. Bei uns, ja, muss das ganze Monat, ja, nach dem Geburt, ja, muss man das schonen und, ja. Das früher Zeit das ist für die Frau, das ist so wichtig, ja. Jetzt die Zeit, ich hab gehört, auch so wichtig, die macht nicht mehr ein Monat, sondern zwei Monat (lacht), ja. Die muss ganze, jetzt ich glaube nicht, ja. Frühere Zeit, vor fünfzig Jahre oder noch längere Zeit, ja, nach dem Geburt die Frau darf nicht duschen, Haare waschen und nicht mit kalte Wasser gar nichts zutun. Und immer im Bett bleiben und solche Sache, ja. Haben Sie eh schon das gehört, ja? [..]Nein, nein. Eigentlich ich, ja, ich habe auch das Medizin gelernt, ja, und ich denk, das sehr schon wichtig. Aber so wichtig ist eh nicht, ja. Und ich bin auch eh schon längere Zeit, ja, und ich denke, bissi aufpassen, das soll man schon machen. Aber so das muss ich nicht, ja. Nach dem Geburt, nächsten Tag, bin ich eh schon zum Duschen gegangen. Habe

ich"(ACW5_TS Position:79 – 84)

In manchen Gesprächen lässt sich nicht klar erkennen woran die InformantInnen glauben .Sie machen manchmal den Eindruck von „hin und her gerissen „ was ihre Überzeugungen betrifft.

"Nach der Kaiserschnitt, nein. Erste Mal ich, zum Beispiel ich in die Spital ich habe nur, ich später habe eine Wäsche, aber nur die Wasser kommt und ich nur die unten dusche. Aber nach, in zu Hause, nach in Wochenbett ist vielleicht nach zwei Tage oder drei Tage ich kann mir duschen. Aber Schwiegermutter sagen, das ist nicht gut. Aber ich kann nicht, weil im Sommer so heiß ist, so ich kann mir duschen, aber weniger duschen, sofort nur mit Heißwasser dusche und meine Schwiegermutter kommt sofort mit Sauber–

I:Mit dem Handtuch"(ACW4_TS Position:132 – 133)

Sich nicht oft zu duschen wird auch mit der Tatsache einfach zu müde gewesen zu sein ,begründet.

*"Ja, so mein Kind immer in Nacht so drei Stunden wieder munter und wieder weinen und das schlecht, so schlecht. So in diesem Monat im Wochenbett meine Schwiegermutter so, so müde, immer muss man mir kümmern und müssen auch mein Kind kümmern und muss man Essen machen, so alles, und ich kann man so zum Beispiel, wenn ich wasch dusche, ich habe wenig gedusche in Wochenbett, aber ich kann mir duschen. So zehn Tage oder sieben Tage einmal duschen und, und alles, alles meine Schwiegermutter gewascht"(ACW4_TS Position:292 – 293).*Oder die Tradition sich nicht zu duschen wird auch mit dem Mangel an Sanitärräumen und Heizungen in China in früheren Zeiten begründet.

"Ja, geholfen, ja. Sie haben lassen mich sitzen, ja und so. Ich weiß, in China das ganze Monat die nicht waschen. (lacht) Wegen die haben das, in China jetzt ich weiß, warum. Ich weiß warum, wegen in China damals zum Beispiel die haben im Zi-, in Wohnung, die haben keine Duschen oder keine Bad, ja. Die Zi-, die hygienische Situation ist noch sehr schwach. Wir können nur mit eine so, eine, eine Becken, eine–Ja, Waschschüssel, das zu waschen. Sicher das ist nicht genug sauber. Duschen ist besser, ja. Und auch Art China, Zimmer wegen wir haben keine Heizung, keine Heizung, keine Klimaanlage, weil in Winter keine Heizung sehr kalt. In Win-, wenn Frauen in dieser schwach Situation wenn man keine Heizung, wenn man verkühlt, das ist schlimm. Deswegen in, in dieser Zeit so viele Frau wegen verkühlt dann schlimm krank und gestorben und so. Deswegen die wollen das nicht so passieren. Die schlagt, vorschlagt die Frau, nicht eine Monat bitte nicht waschen, lassen schmutzig. So hat eine Tradition, Gewohnheit. Aber die wissen nicht, eigentlich die wissen nicht, das geht das nichts an. Waschen schon sehr gut, ja"(ACW3_TS Position:288 – 291).

"In Tradition Yuezi nicht so einfach. Das- das ist- aber jetzt nicht, weil in die früh- in früher,

paar Jahre, also zwanzig Jahre früher oder so, muss eine Monat im Bett liegen, einunddreißig Tage. Darfst du nicht Haare waschen, darfst du nicht Fuß kalt machen, alle muss mit Socken und Kopf mit Hut, jeden Tag- jeden Tag mehr essen, muss ganz ganzen Körper- also das heißt Qi, also, muss alles Ordnung sein, ja. Und manche Leute sagen, auch eine Monat darfst du nicht duschen, das ist Wahnsinn"(ACW1_TS Position:310 – 311).

Manche InformantIn empfindet es, sich nicht zu duschen als völlig abwegig.

"Weil es ist dann das, diese chinesische Brauch sagt man so, dass dann bei dem Wochenbett man soll sich nicht waschen oder nicht sich gleich mit Wasser zu tun haben, wenn man sich die ganze Körper noch nicht imstande ist. Weil man sagt so, dass sich dann das Ganze für spätere Lebens ja wieder zurückhaltend ist, ja. Wenn man bei die Wochenbett nicht aufpasst, dann hat man später welche Probleme, das man nie wieder aufholen kann"(ACW7_TS Position: 107 – 108).

Trotzdem bleibt oft eine gewisse Unsicherheit über den Wahrheitsgehalt.

"Na, wenn man sich erkälten tut, dass man dann vielleicht ständig Kopfschmerzen haben und dann solche Sachen. Wenn man sich dann sich irgendwie zu viel waschen tut, dass dann die Körper sich nicht erholt. Das ist, ja und nein, ich weiß nicht so genau. So, wie man sich erzählen, man hört sich viel an, aber wenn man nicht auf eigene Zustand ist, dann weiß man nicht so genau, ob's wirklich wahr ist oder nicht, ja"(ACW7_TS Position:121 – 122).

Auch die Verwendung von speziellen Waschlotionen wird den Wöchnerinnen angepriesen um damit das verbotene duschen aus zu gleichen.

"Das- ich glaube, das muss waschen. Ich bin nicht so- so alt, weißt du, (?)
Ich glaube, auch- auch waschen, aber muss mit dieser spezial Medizinwasser. ja- nein, nicht lauwarm, muss ganz heiß und dann langsam lauwarm kannst du waschen."(ACW1_TS Position:324 – 335).

"Nein, auch nicht waschen. Ich glaube, je- man- manche Leute mit auch diese Wasser waschen. Das bekommt man auch, wenn Kopf normal weißen, dass- normal weißen- wenn mit- wenn mit kaltem Wasser waschen, und dann kalte Luft von hier bekommen und machen ganze Körper nicht so auf (?)"(ACW1_TS Position:341 – 342).

Bei dieser Informantin wird das Duschen oder die Verwendung von kaltem Wasser als Ursache für das Öffnen des Körpers erklärt. Dies wieder führe zu vermehrter Krankheitsanfälligkeit.*"Ich war am selben Tag schon duschen gegangen. Aber bisschen später, dass ich mich richtig aufstehen kann, gut fühle, dann war ich schon duschen"(ACW7_TS Position:97 – 98)*

Trotz der traditionellen Vorgaben durch die Mütter, Schwiegermütter, Großmütter, Tanten

und Schwestern scheinen die InformantInnen sich an diese Tradition oft nur bedingt zu halten. Oft wird aus einem höflichen, devotem Verhalten heraus die Tradition eingehalten.
Gleichzeitig ist oft ein Gefühl der Reue bei den Wöchnerinnen erkennbar. Die Entscheidung sich nicht an die Vorgaben zu halten werden dann mit dem Vorsatz ‚es beim zweiten Kind doch zu machen gerechtfertigt und abgeschwächt. Hinter den Begründungen stecken meist nur Überlieferungen durch "gehörtes" ohne wirkliche genaue Angaben.

4.3.4 Schamgefühle

„ Plötzliches Sehen wie auch Gesehen-Werden hebt die Schranke zwischen den intimen Bereichen zweier Personen für einen Moment auf. Die dabei entstehenden Schamgefühle von Betrachter und Objekt sorgen für die Wiedereinsetzung der Grenze zwischen den Beteiligten. Scham ist demnach keineswegs ein in seinen Auswirkungen vorrangig negativer oder pathologischer Affekt, obgleich das Erleben von Scham grundsätzlich negativen Charakter besitzt. Scham hütet aber auch die Selbst- und Intimitätsgrenzen, wie sie Ansporn für Leistung, Entwicklung und Autonomie darstellt. Denn das Gefühl, auf Lob und Anerkennung anderer, auf andere überhaupt allzu sehr angewiesen zu sein, ist Quelle für Abhängigkeitsscham – mit der Folge verstärkter Anstrengungen, sich mittels größerer Eigenständigkeit oder Kompetenzen aus beschämender Abhängigkeit zu befreien"(Hilgers2006:25)

Hilgers (2006) unterscheidet zwischen der „Intimitätsscham", die seiner Meinung nach bei Verletzung der Selbst- und Intimitätsgrenzen wirksam wird. Wie zu Beispiel bei Übergriffen oder dem plötzlichen Sichtbarwerden von Selbstanteilen, die eigentlich verborgen bleiben sollten. Dazu gehören Verlegenheit oder Scham, wenn ungewollt eigene Körperlichkeit sichtbar wird. Sie wird jedoch nicht wie bei „existentieller Scham" negativ erlebt, sondern sie soll nur so nicht gezeigt werden. Als Schande bezeichnet er die Scham bei aktiver Demütigung von außen, wenn jemand zum Beispiel gefoltert wird. Der Verlust der Würde oder des Gesichts eines Einzelnen oder einer Gruppe oder Großgruppe (religiöser Gemeinschaft, Ethnie oder sozialer Schicht) beschädige das Gefühl der Würde und Integrität. Als Idealitätsscham sieht er die (1) Scham, die eine Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal anzeigt, sowie die (2) Scham, die sich auf schuldhaftes Handeln bezieht. Der Betroffene empfindet nicht nur Schuldgefühle, sich nicht korrekt verhalten zu haben, sondern schämt sich auch, dass er sich überhaupt in einer Situation schuldhaft verhielt. Oft bezieht sich dann die Scham auf eine Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Selbst. (vgl .Hilgers 2006:25)

In China glaubt Wurmser (2008) gäbe es weit weniger Schutz für den persönlichen Raum, für das Private: daher bestehe seiner Meinung nach ein viel stärkerer Eindruck, der öffentlichen Sicht preisgegeben und ausgestellt zu sein. Was für er für uns als ein unangenehmes

Eindringen in die Persönlichkeits- und Privatsphäre sehen würde, z.B. in Form des Zusammenlebens, der gemeinsam verübten oder sichtbaren Exkretionsfunktionen, der Initiative, Arbeit und Verantwortung, was mit unter dem Schutz unseres Schamgefühls stände, gehöre in China in einem weit größeren Ausmaß dem öffentlichen Bereich an .Andererseits nehme die öffentliche Form eine viel größere Bedeutung an, er beziehe sich dabei auf stereotype Verhaltens- und Ausdrucksweisen. Was wir als formalistisch und ritualisiert empfänden, hätte eine ganz eigene und allgemein anerkannte Würde. Es wäre ganz besonders die Verletzung solch formalisierten Verhaltens und Ausdrucksstils, die vom Gefühl der Erniedrigung und Schande begleitet würden, die also das Schamgefühl im gleichen Sinne verletzten, wie es bei uns die Bloßstellung des Privatesten bewirke. Wer sich nicht nach jenen Vorgaben verhalte, stelle sich außerhalb dessen, was sich schickt und ziemt, und verrät damit die Normen der Gemeinschaft. Scham schütze also in viel höherem Grade die soziale Form als das Privatleben (vgl. Wurmser 2008:96-97).

Wurmser (2008) glaubt auch im heutigen China mehrere Gründe für verminderte Privatsphäre erkennen zu können. Er schreibt dazu in seinem Buch zur Scham:

„Die erste ist die große Bevölkerungsdichte. In einem Land, wo eine enorme Bevölkerung auf einem sehr kleinen Raum zusammengedrängt leben muß – denn ein Großteil Chinas ist unfruchtbar und unbevölkert -, sind Privatraum und persönlicher Bereich sehr schwer zu erringen und zu behaupten. Damit die allgemeine Ordnung bestehen kann, muß der Wert der Privatsphäre vermindert, der der sozialen Formen sehr vermehrt werden. „Privatheit wird einfach überhaupt nicht anerkannt...es gibt kein Wort für Intimität" (Butterfield 1982, S.42 f.). „Es ist einfach völlig unmöglich, je allein zu sein; die Hauswärterin wacht darüber, wenn wir zu Bett gehen. Wir sind wie Tiere in einem Käfig", beklagt sich eine verheiratete Frau. „Dieses konstante Ausgesetztsein vor der öffentlichen Prüfung und dem Druck durch Mitarbeiter macht das Leben in China zu einem Kasernendasein" (Butterfield 1982, S.325,328)"(Wurmser 2008:96-97).

Die Intimitätsscham und die Schande spielen in dieser Arbeit eine Rolle.

So erzählt eine Informantin sich für das Scheitern ihrer Ehe zu schämen und Schuldgefühle zu haben und dadurch von ihrer Familie nicht verstanden zu werden. In dem Fall kann laut Hilgers (2008) von Scham gesprochen werden. Die InformantIn entschied sich daher in Österreich zu bleiben um den Eltern in ihrem Heimatland die Schande zu ersparen.

"Und dann er hat dort mit Elisabeth kleine, dort da er hat gemerkt, er kann gut Chinesisch, ja. Er ist hier zum Karaoke okay, zum Bar, da andere verliebt. Deswegen er ist weggegangen. Deswegen dann später mit Elisabeth ich hab, ich will nicht nach Hause. Wegen meine Familie hat alle denken, diese Ehe war ich schuldig. Ich habe so, ich bin schuldig für diese kaputte Ehe und so. Ich habe Gefühl, meine Familie verstehen mich wenig und auch meine, das ist Asiaten, meine Eltern fühlen sich schämen, wenn Kinder Familien kaputt geschieden. Dann mit ein Kind nicht, dann ich habe gedacht, okay, ich leben hier, ja. Aber ich habe meine Eltern eingeladen, ja"(ACW3_TS Position:178 – 179).

Eine weitere Rolle spielt die Intimitätsscham, wie bereits erwähnt, da der Prozess der Geburt und des Wochenbettes oft ein Entblößen von Selbstanteilen, die eigentlich verborgen hätte bleiben sollen, mit sich zieht.

So erzählte eine InformantIn, dass ihr Mann gerne die Geburt gefilmt hätte und somit auch ihre Genitalien. Sie empfand dies als unangenehm. Auch die Krankenschwester bat den Ehemann in dieser Situation um mehr Diskretion in dem sie ihm verbot ”unten” die Gebärende zu filmen. Mit „unten“ war wieder das Geschlechtsteil der InformantIn gemeint.

“Ja. Und er nachher gefilmt so und die Krankenschwester sagt so, nicht unten, nur oben. (lacht) Hat er- ja- ja- stimmt- oben.Keine Ahnung, aber- nein, glaub nicht, aber er einfach so halten die Kamera die Baby auch. (?) bitte nicht unten”(ACW2_TS Position:52 – 54)

Eine andere Informantin meinte, auf die Frage nach der notwendigen Nacktheit bei der Geburt sich gar nicht zu schämen

“I:Haben Sie je das Gefühl gehabt oder in dem Zusammenhang, ja, haben Sie sich geschämt, Ihren Körper-nackt zu zeigen?

IP: Nein, überhaupt nicht, nein, nicht”(ACW2_TS Position:355 – 358).

Auch eine andere Informantin sah in der Nacktheit während der Geburt, etwas Problemloses.*“I:Bei der Geburt muss man sich ausziehen. IP: Ah ja, dies ist kein, dies ist kein Problem.” (ACW6_TS Position:606 – 608)*

Offenbar wird auch durch die Angehörigen vermittelt, den Körper bei Krankheit dem Arzt nackt zu zeigen, sei nicht verwerflich.*“Nein, das hab ich nicht. Ich habe gemeint, meine Oma hat mir gesagt, von Doktor ja, nicht zu steck- verstecken–ja, lassen ihm alles wissen, was kann. Wegen wenn man krank, muss man das ihn zeigen. Dann er kann für dich heilen. Das ist sehr wichtig”(ACW3_TS Position:354 – 358)*

Auf die Frage ob sie sich geschämt hätten, im Rahmen der Geburt oder bei der Körperpflege im Krankenhaus, verneinten die meisten der Informantinnen.

4.3.5 Ernährung

Die Ernährung im Wochenbett wird als ein essenzielles Thema betrachtet. Alle der befragten Informantinnen gaben an die Ernährung im Wochenbett als besonders wichtig zu empfinden:*“Wir kochen das auch- die Gesundheit zum Beispiel, wir denken auch traditionell, was für Gesundheit ist wichtig. Das ist auch eine Kultur hier bekommen, ja. Das ist in China schon, du hast die mitbekommen, welche Dinge für was und welche Dinge für welche Gesundheit und welche Essen für welche Gesund- die Körper und das alles verschiedene, ja, ganz andere Gefühl, ja. Das schon ein ganz ein Einfluss das Essen, ja” (ACW9_TS*

*Position:584 – 584).*Die Informantinnen gaben an das bestimmte Speisen für die körperliche Erholung nach der Geburt eine besondere Rolle spielen. Als maßgeblich betrachtet werden die thermischen Einflüsse der Speisen. Durch die beschriebene Angst vor Wind und Kälte scheint der Genuss von wärmenden Nahrungsmitteln als überaus sinnvoll. Weiter wird auch der Einfluss der Speisen auf die Bildung von Muttermilch und Blut berücksichtigt. Suppen nehmen den Hauptteil der Nahrung im Wochenbett ein, vor allem Hühnersuppen sowie Rind- und Schweineknochensuppen werden hauptsächlich verzehrt .Eine Informantin glaubt durch die Ernährung den Blutverlust ausgleichen zu können und die Produktion von Blut dadurch anzuregen.*"Da kann man auch viel, sehr viele Ernährung und kann man auch Blut machen, so neu Blut machen"(ACW4_TS Position:226 – 226).*Der Verzehr von gekochten Schweinefüßen in Suppenform scheint eine besondere Bedeutung zu haben. Die Mütter und Schwiegermütter werden mit dem Kochen von Suppen beauftragt, sofern sie diese nicht schon unaufgefordert ins Krankenhaus bringen. Die besondere Ernährung beginnt sofort nach der Geburt des Kindes und wird in der Regel von den Angehörigen ans Krankenbett gebracht. Die Ernährung im Krankenhaus wird als zu kalt und roh empfunden und daher meist abgelehnt. (vgl. Kotte 2009:253). Klar erkennbar werden die fließenden Grenzen zwischen Nahrungsmittel und Medizin.

„Das Wissen um therapiebegleitende diätetische Maßnahmen vermittelt chinesischen Patienten der traditionellen Medizin eine für den Heilungsprozeß wichtige Sicherheit. Bei diesem Beispiel ist nicht entscheidend, dass es sich um Gehirn und Herz vom Huhn handelt. Das Huhn wird weder bei uns noch in China als besonders intelligent angesehen. Aber Hühnerfleisch gilt insgesamt als besonders aufbauend. Auf dieser Basis geht es dann darum, dass Gehirn dem Gehirn und Herz dem Herzen förderlich ist. Das Herz wird dabei ganz in der traditionellen Sicht als Sitz des Geistes und des Verstandes gesehen"(Ots 1999:211)

Durch das Essen von Hirsebrei glaubt eine Informantin zu wissen, dass sich die Rückbildung der Gebärmutter beschleunigen lässt.

"Und bei mir, besonders nach dem Geburt soll dieser- dieser Hirsa- kennen Sie diese Hirsa- diese. Diese Getreide, diese Hirsebrei-mit Dattel und Braunzucker. Das ist sehr gut für Gebärmutter. Dann- ja- nach- jetzt sieht man eh nicht meine Dinger. Eigentlich nach meine Kind zur Welt gekommen, ich hab schon keine- fast kein Bauch mehr. Weil zweite Tag der Doktor zu mir gekommen, sagt, Sie haben kein Bauch. Habe ich nicht verstanden, ich sag, oh ja, das ist mein Bauch. Der Doktor sagt, nein, ich sprech nicht diese Bauch. Sie haben keine Bauch. Ich sage, ja, weiß nicht warum. Und sie sagt, Ihre Geb- Gebärmutter ist schon gut nach- langsam, ja. Ja, bei uns, wenn diese Dinger isst, die Gebärmutter werd- Gebärmutter nach oben zieht. Nicht runterhängt mehr. (ACW2_TS Position:208 – 212)

Auch scheint es bei chinesischen Wöchnerinnen wichtig zu sein größere Mengen an Speisen zu sich zu nehmen.

"Aber in China nicht so muss mehr- viel essen."(ACW1_TS Position:246 – 246)

Das Essen im Krankenhaus entspricht nicht den Vorstellungen der Wöchnerinnen von ausgeglichener und nahrhafter Ernährung.

"Ja. In die Frühstück ich habe Semmerl bekommen und zwei Marmelade, eine- ein Tasse Tee oder- oder Kaffee. Ich weiß warum Kaffee geht auch. Ich habe diese Kinder-Mutter-passport gelesen, wenn schwanger oder still, das darf eine Tag ein bis zwei Tasse Kaffee zum trinken. Das ist okay. Und ich habe tea genommen. Und Frühstücktee, Semmel und Marmelade und Butter. Das in Frühstück. Und Mittag- Mittag wird's bisschen besser. (beide lachen) Aber Fleische-Fleisch, ja. Und weiche Kartoffel. Kartoffelpü- ja. Und jeden Tat, also nicht gleich, aber Frühstück ist gleich. Am Abend essen Schwarzbrot und- und noch eine Crème und Gurke. Ja, das ist ganzen Tag"(ACW1_TS Position:240 – 244).

Vor allem das kalte Essen wird nicht gerne angenommen.

"Kalt Essen in der Früh und Abend. Mein Mama kommt immer zu mir, bringt warm Ess. Ich ess nicht dort, mein Mann ist, was die Krankenschwest zu mir bracht. Ich esse, was meine Mama kocht" (ACW2_TS Position:204 – 204)."Ja. Normalerweise wenn Baby haben, in China muss heiße Essen. So gehört, ich habe gehört, heiße für, für Milch sehr gut, aha. Und- und Suppe auch Fischsuppe auch, aber nur- nur diese Suppe. (...) Aber eine Woche kann nicht so Öl essen. Auch Salz auch nicht" (ACW8_TS Position:348 – 350).

Eine Informantin fühlte sich im Krankenhaus was die Ernährung betraf, sehr gut betreut. Trotzdem wurde ihr das Essen von ihrer Mutter noch zusätzlich mitgebracht.

"Essen war eigentlich sehr nett, sehr gesund. Also voll auf die Person bezogen. Dann ist nicht immer das Gleiche, jeder bekommt nicht das Gleiche, was man isst, sondern nach dem Körperbedarf und diese Gesundheitszustand angepasst, ja. Ja. Ist sehr nett. Und wichtig, wie ich das fühle und wie ich dann bei Essen ist und ob ich da Wunsch habe. War sehr- war so nett, dass ich normal so nicht vorgestellt habe. I:Und hat die Mutti auch was zum Essen gebracht? IP: Ja, sie hat immer was da. Ob ich noch so voll, ich kann nichts mehr essen. Ist man so, so voll, ja. Und die Mutti wollte immer was mitnehmen, aber ich kann leider nicht so viel essen. In dieser Situation ist man noch mit dem Körperfunktion noch nicht ganz da, dass man sich dann voll essen kann."(ACW7_TS Position:85 – 91).

Eine andere Wöchnerin gab an auf die Empfehlung ihrer Angehörigen alles gegessen zu haben, worauf sie Lust gehabt hätte. Sie und ihre Angehörigen nahmen an dies sei notwendig, um dem Körper "fehlendes" zu zuführen und eine Disharmonie auszugleichen.

"Ja, beim erste Kind, ja, ich habe so gerne Süßigkeit, ja, diese Torte oder die Mehlspeise habe ich so gern. Und die alle haben mir gesagt, ja, am Anfang, was du möchte essen, da iss was. Das bedeutet sicher, in deinem Körper fehlt das, ja. Da habe ich zu viel gegessen. (lacht)" (ACW5_TS Position:107 – 107).

Bei den Beschreibungen dieser Informantin handelte es sich um den bereits erwähnten Hirsebrei. Sehr nahrhafte Speisen während des Wochenbettes dienten der "allgemeinen Genesung und der ausreichenden Bereitstellung von Muttermilch"(vgl. Marchment 2008:278)

"Ja, bei uns ist so, ich weiß nicht, ob Ihnen das, wie heißt das, von die Reis, ja, oder die andere, ich weiß nicht so auf Deutsch, wie das heißt. Das die kleine, so wie die Bohne, aber das ganz kleine, die gelbe Farbe, das auch tut so wie Reis. Die, das machen wir das gern, mit das Suppe machen. Das eigentlich früher die Frau nach dem Geburt, ja, trinkt das, immer das. Und viel Eier und"(ACW5_TS Position:115 – 116).

Auch eine andere Informantin erzählt, das Essen im Krankenhaus nicht gegessen zu haben sondern die von den Eltern gebrachten Speisen.*"Ja, aber man kann nicht Brei machen, weil das ist, das noch die Kugel, ja, weil die andere, die Brei machen, ist schon gemühlt, ja. Das vorher diese, diese Sache. In chinesisch Geschäft gibt das zu verkaufen. Meine Eltern sind gekomme, hat mitgebracht. (lacht) Ja, die hat eh zu Hause gebracht, äh gekocht, und ins Krankenhaus gebracht, ja. Und eigentlich im Krankenhaus habe ich eh dort das Essen, ja, eigentlich habe ich nicht gegessen, ja. Und dann mein Mann hat immer dreimal von zu Hause das Essen gebracht, ja. Und, ja, weil solche Essen, bei uns sagt so, das wird für die Milch ist das auch gut. Und das kommt wahrscheinlich schnell und so, ja deshalb, ja. Und viel Suppe und Fisch und macht das, mit viel Wasser das kochen und solche Suppe und von Stelze, das macht auch solche Suppe und so. Das bei uns, sagt man, das für die Milch ist so gut. Das kommt wahrscheinlich viel, ja. Und"(ACW5_TS Position:127 – 129).*

Um ebenfalls die Milchproduktion anzuregen wird viel Flüssigkeit in Form von Suppen zu sich genommen.*"Bei uns sagt, wenn man viel Milch bekomme, dann muss viel Suppe trinken, verschiedene, ja. Mittag wahrscheinlich die Fischsuppe, Abend wahrscheinlich von die Stelze oder anderes. Aber muss man sowieso jeden Tag viel Suppe trinken, ja. (lacht). Ja, das bei uns, das die, ja das hab ich schon gehabt, weil ich, ich, manche Sache, ja, weil, aber auch von wirklich meine Milch ist eh nicht so gut, ja" (ACW5_TS Position:131 – 131).*

Sie erzählt aber auch von ihrer Freundin empfohlene Nahrungsmittel zu sich genommen zu haben, die nicht nur aus der chinesischen Tradition stammen, sondern auch welche die scheinbar in Österreich gegessen und für österreichische Wöchnerinnen empfohlen werden.

"dann die Freundin hat, ja, was, ja, hat immer so mehrere Sache empfehlen. Wenn man das

essen, bekommt man viel Milch. Dann ess ich das. Und das ist auch, ja. Und da habe ich auch, die gibt auch, welche Tee? Ich glaube, sie hat mir das auch gegebt. Da hab ich auch getrunken, ja, und dann zum Schluss meine, eine Freundin hat mir gesagt, sie hat das probiert, ja. Das aber von Österreich, nicht von China, ja. Das ist die Kartoffel und Karotte kleine, kleine schneiden und mit Butter braten und da, da wird das besser. Da hab ich auch gemacht, hab ich gegessen und, ja, nach dem war auch Hilfe. Das, ich glaube, in dritte Monat, ja. Eigentlich trink ich natürlich auch immer viel Suppe und so, habe ich das auch gegessen und ich weiß nicht, ich glaube nicht, das von eine Sache da, ich glaube, das ist das"(ACW5_TS Position:131 – 131)

Eine Informantin erzählte es wäre wichtig auf die ersten Winde zu warten bevor man essen darf. Sie schien irritiert durch die Tatsache, dass in Österreich das Essen nach der Geburt sofort erlaubt wäre.

"Aber hier kann man sofort essen, aber wenig essen, aber kann man, muss man sofort später Bewegung, das ist besser, das, wie heißt das. (...) In China das gibt es, aha, so miese Furz oder?Bekommen wenn in China erste Hose (Furz) bekommen, so kann man essen, aber hier ??"(ACW4_TS Position:92 – 94).

Der Verzehr von Rohzucker und Suppe fördere den Ausgleich des bei der Geburt entstandenen Blutverlustes. Das Blut würde dadurch nach gebildet.

"In China muss man so viele Suppe. Meine Schwiegermutter jedes Mal viele, viele Essen mitbringen, das selbst kochen und selbst essen. Aber ich habe wenig im Spital gegessen, im Spital gibt's nur Fleisch, Kartoffel oder anderes. Das kann man, das ist so trocken. Aber, aber in Wochenbett muss man viel Wasser, Suppe getrinken, weil zum Beispiel in China so, so Wochenblut, Wochenblut müssen, brauchen viele Suppe, Geflüss–

Ja, Flüssigkeit kann man, kann man Wochenblut sofort gegangen. Und erste Mal meine Schwiegermutter eine zum Beispiel auch, weißt du, Rotzucker.

Ja, Rohrzucker. Das ist Zucker, das ist sehr gut für die Wochenblut, aha. Und Ingwer, mit Ingwer und Rohrzucker eine Suppe gemacht und dann ich trinke und dann Rotblute kann man sofort gegangen[..].Klebreis, ja. Da kann man auch viel, sehr viele Ernährung und kann man auch Blut machen, so neu Blut machen. Und da, jeden Tag in Frühstück meine Schwiegermutter macht immer Kreppreis–Klebreis, so Entschuldigung, Klebreis mit Eier, und eine Suppe so große gegessen, weil das ist sehr gut für meine Muttermilch, kann man viele, viele machen. Und da, Fisch kann man ich auch essen, aber weniger, weil das ist nicht gut. Aber kann man viele, auch viele guten Still machen"(ACW4_TS Position:202 – 228)

Die Tatsache dass eine Suppe aus Schweinefüssen gekocht würde und der Ernährung von

Wöchnerinnen dienen soll amüsierte eine meiner Informantinnen sehr.

"IP: Und ich glaube, sie- sicher unglaublich, Schweinefüßesuppe. I:Ja, Schweinefüßesuppe (lacht).IP: Ich kann nicht jeden Tag solche diese Suppen essen"(ACW10_TS Position:229 – 233).

Als Begründung beschreibt Ots (1999) folgendes: Durch das Gewicht des Kindes im Mutterleib würden die Fuß-und Beinsehnen der Schwangeren aufgelockert, das man am typischen "Watschlgang" erkennen könne. Um die Festigkeit wieder zu Erlangen müsse man viele Sehnen essen(vgl. Ots 1999:209).

Auch die Ehemänner übernehmen die Aufgabe des Kochens und bringen Speisen mit ins Krankenhaus.*"Eier gebrat und dann die Reissuppe hat er gebracht, das war- Sonst ess ich von die Krankenhaus, ja.[..]Und zu Hause hat mein Mann für mich Hühnersuppe gekocht.*

Bei uns spricht, muss man viel Suppe essen, verschieden Suppe, ja (lacht).

Fischsuppe und so .Er kann nur einfach Suppe allerlei und kochen, Suppe kochen (lacht) gut, ja."(ACW9_TS Position:107 – 119)."Und Fischsuppe und heiße, ja, heiße"(ACW8_TS Position:346 – 346)."Und viel Suppe und Fisch und macht das, mit viel Wasser das kochen und solche Suppe und von Stelze, das macht auch solche Suppe und so.„Bei uns sagt, wenn man viel Milch bekomme, dann muss viel Suppe trinken, verschiedene, ja.

Mittag wahrscheinlich die Fischsuppe, Abend wahrscheinlich von die Stelze oder anderes. Eigentlich trink ich natürlich auch immer viel Suppe und so, habe ich das auch gegessen" (ACW5_TS Position:129 – 131)."Ja, Ginseng, und gibt es noch so Suppe.

Aber bisschen Suppe kann man, ich kann man essen, aber anderes kann man nicht essen, weil Schmerzen ist so schlecht.Und ich essen bisschen Suppe und dann, dann noch einmal Bewegung" (ACW4_TS Position:34 – 34)

Suppe scheint das wichtigste Nahrungsmittel im chinesischen Wochenbett zu sein und mehrere Aufgaben zu erfüllen .Auch meine InformantInnen scheinen sich zum Großteil von verschiedensten Suppen ernährt zu haben. Reis und Kartoffel werden auch häufig gegessen. Besondere Bedeutung nimmt wie bereits erwähnt heiße Nahrung ein. Es werden kaum kalte Speisen gegessen.

In der Arbeit von Cheung (1997) wird die Ernährung der Wöchnerinnen als Protein-,Fett-und Kalorienreich beschrieben. Auch auf den verstärkten Verzehr von Suppen wird hingewiesen. Die Art der Ernährung im Wochenbett scheint sich über die Jahre nicht wesentlich verändert zu haben.(Pillsbury 1978,Cheung 1997,Wang 2008, Kotte 2009).Viele dieser Speisen enthalten nach Ots (1999) aufbauende Substanzen, die auch Schwangeren gut tun würden. Diese werden aber erst im Wochenbett zu sich genommen, da es viele Tabus die Nahrung

betreffend während der Schwangerschaft gibt und einige in den Rezepten verwendete Inhaltsstoffe, so nahm man an, die Entwicklung des Ungeborenen negative beeinflussen würden. So führe zum Beispiel der Verzehr von Tieren oder Produkten von Tieren mit schuppiger Haut ebenfalls zu schuppiger Haut beim Kind oder sei Auslöser für Fehlbildungen an den Extremitäten wie überzählige Finger oder Zehen(vgl. Ots 1999:210).

Tabelle 9 Häufigsten Nahrungsmittel im Wochenbett der ChinnesInnen und die dazugehörige Begründung

Hirsebrei	Zur Rückbildung der Gebärmutter,Bildung von neuem Blut nach dem Blutverlust
Reis, Kartoffel	Stärkung der Wöchnerinnen von den strapazen der Geburt
Suppe	Ausgleich von Blut- und Flüssigkeitsverlust
Datteln	Rückbildung der Gebärmutterr
Fisch-,Hühner-und Schweinefleisch	Ausgleicch von Müdigkeit und Erschöpfung

4.3.6 Stillen

Zum Thema Stillen findet sich ein hoher Anteil an deutscher sowie internationaler, sozialwissenschaftlicher, ethnomedizinischer Literatur. In dieser wird auch der Anstieg der Stillhäufigkeit beschrieben. Vor allem werden Kinder mit Migrationshintergrund möglicherweise aus kulturellen Gründen häufiger gestillt. Kaiserschnittgeburten hingegen sind oft Ursache für die Verzögerung des Beginns des Stillens oder führen zu früherem Abstillen. Im Bezug auf das Alter der Mütter zeigt sich, dass junge Frauen ihre Kinder weniger Stillen (Kottwitz, Spieß und Wagner 2011).

In meiner Arbeit habe ich die Wöchnerinnen bezogen auf ihre Stillbedürfnisse sowie nach der Anleitung zum Stillen gefragt. Wichtig dabei war mir, wer ihnen das Stillen gezeigt hatte und wenn Probleme aufgetaucht waren wodurch sie gelöst werden konnten. Die Aussage der Expertinnen dass chinesische Wöchnerinnen wenig Bereitschaft zu Stillen gezeigt hätten, konnte durch die Befragung der chinesischen Wöchnerinnen nicht bekräftigt werden. Eine Informantin gab an beide Kinder bis zum elften Monat gestillt zu haben.*"Ich habe- ja, gleich, war alles fertig, ich im Normalzimmer und dann Schwester hat mir- hat sie mitbringen, sagen, du jetzt still mache, probieren. Ich sagen, ja, und ich probieren. Kei- keine mehr Milch. Das muss dauert zwei bis drei Tage und dann Milch bekommen. Sagen, was soll ich machen und sagen, muss still- still- still machen (?) Immer stillen und dann bekommen sehr viele Milch. Wenn nicht, das Brust und sehr drinnen sehr stark und sehr, sehr Schmerzen zuerste, zu*

Anfang sehr Schmerzen. Das Ganze hart. So wie ein Stein, ja. Und Schwester hat mir das Massage machen.Ja. Sehr stark drücken und- ich wieder weinen, weil das sehr tut weh. Um still machen, das wollen nicht Schmerzen. Aber hier ist sehr Schmerzen. Und auch so hart ich. Erste Tag ich kann nicht, weil meine Milch bekommen erste Tag ich kann nicht gut schlafen, weil das immer Schmerzen. Und das weiter gehn, zweite drei Tag und dann ich geh Stillzimmer. Wieder mach massier, ich muss immer mit massier machen und schon besser. Und bis fünf Tage gar nicht die Schmerzen. Ja, jetzt auch nicht. Manchmal (?) vorne- ich weiß- wie heißt denn das? Die Brustwarze. Ja. Das auch kaputt für still Baby auch-auch-Saugt, mein Baby saugt und dann vorne ist-wund. Mit Crème, eine Crème, das ganz Naturcrème, Baby auch kann still, also weich machen. Krankenhaus, ja, eine kleine Becher, ja, und- ja, hat gegeben. Und ich habe nicht das benutzen, weil ich hab keine Schmerzen, keine wund. (ACW1_TS Position:148 – 169)

*"Dann habe ich gehört, hab ich die- die verschiedene- die Milchprodukte probiert für mein Sohn und da hat er, glaub, andere Geschmack gehabt hat, hat meine Milch nicht genommen. Da hat er immer gestoßen dann. Hab ich nur andere Milchprodukt genommen, ja. Dann bis zwei Jahre, glaub. Aber die zweit Kind hab ich immer Muttermilch, ja, bis einundhalb Jahre" (ACW9_TS Position:207 – 207).*Eine InformantIn erzählte der Glaube daran ihre Muttermilch sei nicht "gut" hätte sie veranlasst ihr Kind mit der Flasche zu ernähren."*Dann ich denke, meine Milch nix gut.I:Aha, aha. Also Milch haben Sie gehabt, aber Sie haben nicht gestillt? IP: Ja, habe gestillt für meine Große. Aber zweite Tochter ich habe nix gegeben. Ich denke ,meiner ist nix gut, dann wollen geben Kinder Essen. Dann ich kaufen Apte- Aptem (ACW6_TS Position:541 – 544).*

Eine andere InformantIn wieder erzählte sie hätte beide Kinder bis zum elften Monat gestillt.

"Und, ja, dann langsam dann trinkt er Flasche, ja. Dann habe ich, dann denk ich, ja, da jetzt wahrscheinlich, wenn ich das abstille, dann wird funktionieren, ja. Nach dem, ich glaube, im elfte Monat, da habe ich–.I: Bei beiden? IP: Ja, beide .I:Ja, mhm, ja im elften Monat haben Sie dann abgestillt"(ACW5_TS Position:135 – 138).

Bei den meisten InformantInnen war die Bereitschaft zum Stillen erkennbar. Sie beschreiben Unsicherheiten ihrerseits was das Stillen anbelangt. Sie lassen sich aber gerne helfen. Die Pflegepersonen nehmen eine wichtige Position in der Beratung der Wöchnerinnen zum Stillen ein. Die einzige Ausnahme stellen die InformantInnen nach einer Kaiserschnittgeburt dar. Die Stillberatungsfachkraft erscheint mir auf geburtshilflichen Stationen absolut notwendig.

Auf die Frage ob sie zum Stillen beraten wurden erklärte eine Informantin:" *(..)Ja, hat erklärt.*

Welche Position sollen machen und so. Ja, mein Kind ist brav. Sie ist ganze Zeit genuckelt. Stark. Ja, ich habe gedacht, mein Kind kriegt zu wenig"(ACW2_TS Position:109 – 117).

Auch eine andere Informantin erzählte: "*Ja, die Schwester hat mir vorgezeigt, wie es ist, und weil kenn ich mich so aus, und dann war's bei mir angeschwollen, dass sich dann das Kind nicht richtig saugt und dann hat mir die Schwester erklärt, wie man sich da beim Brust sich man ein bisschen heilen sollen und man das sich dann nicht so angeschwollen ist und wie man sich bei Stillen schon besser ist. Und wenn man wirklich zu viel, die hat mir auch angeboten, diese Pumpe zur Verfügung zu stellen und dass man sich ein bissel rauspumpt, dass man das nicht angeschwollen wird"(ACW7_TS Position:169 – 179).*

Einige der Informatinnen meinten zu wenig oder keine Erfahrung mit dem Stillen zu haben und von der Hebamme angeleitet worden zu sein.

"Erste Mal habe ich gar keine Erfahrung und ich weiß gar nicht, wie ich Stillen machen und so. Aber da die Hebamm hat bissi beigebracht" (ACW5_TS Position:37-37).

Offensichtlich werden die Wöchnerinnen auf den verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen zum Stillen angeleitet und beraten. Auch bei auftretenden Problemen wie Brustentzündungen lassen sich die Wöchnerinnen ebenfalls beraten. Scheinbar wird dies von den chinesischen Wöchnerinnen gerne angenommen.

4.3.7 Genderaspekte

Bei der Genderperspektive wurde in erster Linie nach Vorstellung der Betreuung durch männliches Personal gefragt. Vor allem auch nach dem Geschlecht des behandelnden Gynäkologen. In der Regel sind die betreuenden Ärzte Männer. Vereinzelt kommen auch Frauen vor. In der Pflege sind wie bereits erwähnt nur weibliche Pflegepersonen tätig. Auf die Frage nach der Wunschvorstellung waren die Antworten sehr unterschiedlich.

"Mir ist- mir ist ganz egal"(ACW2_TS Position:340 – 340).

"Ich denke nicht so viel, weil Kontrolle Kontrolle. Meine Gesundheit ist wichtiger. Ich denke, die Leute soll- die Mann und Frau ist wurscht. Ist besser mir mehr gescheit die Leute" (ACW2_TS Position:360 – 360).

Den Hinweis einer Informantin fand ich sehr interessant. Sie wies darauf hin "gescheite" Betreuung zu bevorzugen.

Oft wird auch aus einem Mangel an weibliche GynäkolgInnen der männliche gewählt.

"Hmmm, na ja, für mich wär besser eine Frauarzt, ja. Und aber damals habe ich keine andere Wahl und das ist auch weniger Frau Doktor für diese Bereich, ja"(ACW9_TS

Position:185 – 185)"Nein. Für uns noch besser ist der Frau. Aber ist schon lange Zeit hier bleiben und für uns okay egal. Weil auch hier Frau so wenige, wir keine gefunden. So Mann okay. Aber für uns, erste Mal sehr wichtig, Frau ist besser" (ACW8_TS Position:538 – 539).

Männer werden aber auch als geduldiger, und die Gespräche mit ihnen informativer empfunden.*"Nicht ganz, weil mir war es lieber, zu ein Mann gehen, weil der ist sicher viel geduldiger als eine Frauärztin, ja. Weil Frauärztin ist, war ich früher, bevor ich Schwangerschaft war, die war nicht so geduldig und sehr informativ für mich. Weil für Mann, weil der erklärt sich mehr, wenn man sich Fragen hat und dann gewisse Sachen, das war schon viel besser für mich. Und die, der, also der Arzt war ist immer auch so, bevor ich da Fragen hatte, erklärt sich schon viele Sachen und dann fragt sich am Schluss, ob ich noch Fragen habe. Das ist auch viel netter, weil man kommt sich auf gewisse Sachen nicht drauf, wenn man nicht- Und deswegen auch ist für mich auch besser, wenn der Arzt mich auf gewisse Sachen informiert" (ACW7_TS Position:143 – 147)*

Anfängliche Skepsis gegenüber männlichen Frauenärzten wird im Verlauf der Gespräche relativiert.*"Eigentlich Anfang hat mich schon gestört, ja (lacht), aber die Frau- Frauarzt ist sehr wenig, ja, und mein Chef sagt, manche ist oft zu, wie sagt das, (findet das passende Wort nicht) ist oft die Frau. Eigentlich soll das sein. Aber ist auch nicht so, wahrscheinlich eh nicht so gut wie eine Mann, ja. Und habe ich auch nicht die Frau-, Frauarzt gefunden, die Ärztin gefunden, dann ich denke, ja, ist egal. Weil bei uns zu Hause gibt's auch so viele Männer als Frauarzt, ja.(ACW5_TS Position:65 – 65).*

"Ja. Das erste Mal zu Frauenarzt, der Frauenarzt sehr, sehr nett. I: Eine Frau war das.

IP: Nein, eine Mann. IP: Sehr nett. Er helft mir viel.(ACW4_TS Position:166 – 171).

Interessant war auch die Angabe einer Informantin die meinte es liege an der Nationalität der Betreuung. Sie würde einen österreichischen männlichen Gynäkologen bevorzugen im Gegensatz zum chinesischen Gynäkologen.

"Ich glaube, Frau ist besser. So erste Mal ich nach Frauenarzt gegangen, meine Schwester mit mir. So, aber ich glaube keine ist so, meine, er sagt mir, deine Unter, Unterkörper frei oder, so ich und da ich legen eine Bett und sie meine Unten anschauen, das ist so schlecht, aber glaube ich, in China jetzt gibt es auch viele, viele Frauenarzt–

Aha, gibt's auch. Aber glaube ich, dass ich zum Beispiel ich bin Chinesisch, er ist Österreichisch, so, das ist nicht so. Wann, dass er ist chinesisch Mann, das ist, würde mich nicht so gut. Aber er ist österreichisch, ganz anderes, so glaub ich, das kann man annehmen so"(ACW4_TS Position:465– 469.)

4.3.8 Pflegediagnosen

Die Pflegediagnosen und die damit verbundenen Maßnahmen und Ziele werden mit den Wöchnerinnen kaum besprochen. Als Begründung werden mangelnde Sprachkenntnisse und mangelndes Interesse der Informantinnen von den Pflegepersonen angegeben. Die Informantinnen ihrerseits gaben an die Informationen bezüglich der geplanten Pflegemaßnahmen seien ausreichend gewesen. Der Begriff Pflegediagnose ist den Informantinnen völlig fremd .Zwei Informantinnen kannten den Begriff, da sie selbst Krankenschwestern waren .Eine der beiden stellte aber fest, den Begriff nicht erklären zu können

"I:Ja. Mhm. Ich hab noch eine Frage, und zwar: Kennen Sie den Begriff Pflegediagnosen?

IP: Pflegediagnosen? Kenn ich schon, aber ich kann's leider nicht so erklären, wie's dann wirklich ist, ja" (ACW7_TS Position:194 – 201).

"I:Ja. Ich hab jetzt noch eine Frage: Kennen Sie den Begriff Pflegediagnose?

IP :Ja" (ACW5_TS Position:228 – 229).

Bei vier von acht Informantinnen erschienen die Deutschkenntnisse nicht ausreichend, um über Pflegediagnosen zu sprechen.

„Eine Pflegediagnose ist eine unterscheidende Beurteilung, die von professionell Pflegenden nach einem einschätzenden Pflegeassessment – bestehend aus Beobachtung, Interview, körperlicher Untersuchung und Ressourceneinschätzung – gemacht wird. Diese Beurteilung bezieht sich auf die Art, die möglichen Einflussfaktoren und die Merkmale oder Risikofaktoren für aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme oder –syndrome und –entwicklungspotenziale von Individuen und Familien, deren Unabhängigkeit hinsichtlich der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL), (oder deren Gesundheitsverhaltensmuster) beeinträchtigt oder entwicklungsfähig sind. Pflegende sind für das Stellen von Pflegediagnosen zuständig und verantwortlich, Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Interventionen auswählen, planen und durchführen zu können und um gemeinsam vereinbarte Ziele und Ergebnisse erreichen und bewerten zu können. (Georg,2006).

Pflegediagnosen sind konzeptuell mit einem Pflegemodell verknüpft, d.h. die Art des Pflegeverständnisses, bzw. der zugrundeliegenden Pflegetheorie beeinflusst auch die diagnostische Sicht auf die jeweiligen KlientInnen (Individuum, Familie) mit ihren aktuellen und potenziellen Gesundheitsproblemen, -risiken oder –entwicklungspotenzialen. In den einleitenden Begriffserklärungen zu Pflegediagnosen wurden drei konzeptionelle Definitionen von Pflege eingewoben, mit denen sich Pflegediagnosen klassifizieren und Pflegeassessmentdaten strukturieren lassen. Zum Einen die Pflegedefinition des Amerikanischen Pflegeverbandes ANA, der Pflege als <<Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionsmuster auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme>> versteht. Die Strukturierungshilfen der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) aus Krohwinkels [2007] Modell der <<Fördernden Prozesspflege>> und Gordons [2001/7] <<funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster>>. (Domenig 2007:289-290)

Hier die Beispiele zur Frage nach Pflegediagnosen:*"I:Pflegediagnose? IP: Mhm? (ACW4_TS Position:396 – 399)."I:Ja, okay. Der Begriff Pflegediagnose sagt etwas? Was Pflegediagnose heißt, wissen Sie?IP: Was? I: Pflegediagnose? IP: Was nose?"(ACW3_TS Position:405 – 406)."I:Wie Sie dann, ja, da habe ich jetzt noch spezielle Fragen, wie: Kennen Sie den Begriff Pflegediagnose? IP: Ach so, nein. Was heißt das"(M_DU_25062010_ACW2_TS Position:303 – 304)*

4.3.9 Säuglingsbetreuung

Der Begriff des „Rooming-in" war den Informantinnen ebenfalls nicht bekannt. Nur die beiden Krankenschwestern kannten den Begriff. Bei der Erklärung dazu wussten aber alle was damit gemeint war.

"I:Und Sie kennen den Begriff Rooming-in kennen Sie oder? Den Begriff Rooming-in?
IP: Nein, kenn ich nicht. I:(..) Hab ich Sie schon gefragt, ob Sie den Begriff Rooming-in kennen? Rooming-in? IP: Rooming-?I:Rooming-in. IP: Was ist Rooming-in?
I:Nein? Nein? Rooming-in heißt, dass Sie das Baby im Krankenhaus immer bei sich haben können, ja? IP: Bei sich haben?"(ACW6_TS Position:660 – 665)."I:Rooming-in? Den Begriff, kennen Sie den? IP: Rooming-in? I:Ja"(ACW5_TS Position:150 – 152)."I:Rooming-in? IP: Was rooming? I: Das ist, Rooming-in ist eigentlich ein englischer Ausdruck und Sie haben nur Deutsch, oder? IP: Aha, ja. Was ist Rooming-in?
I:Wenn das Baby immer bei der Mutter ist im Krankenhaus. Wenn es den ganzen Tag und die ganze Nacht im Krankenhaus. Haben Sie das Baby"(ACW4_TS Position:376 – 380).

Die Möglichkeit das Neugeborenen ins Kinderzimmer zu bringen wird von den chinesischen Wöchnerinnen angenommen, sei es dass sie sich überfordert fühlen, da es ihr erstes Kind war oder um sich ein wenig von den Strapazen des Tages erholen zu können.

"Ja. Das- nein, sie haben eine Kindzimmer. Kindzimmer sie können im Kindzimmer bleiben. Aber ich will nicht. Ich wollen meine Kind sehen und ich habe- also am Tag fast alle das sie immer bei mir. Am Abend manchmal auch, manchmal (?) weine. Ich weiß nicht warum, ich hab keine Erfahrung. Und ich bringe wieder oben das Kinderzimmer. Ja" (ACW1_TS Position:184 – 185)."Im Krank- in AKH ist so, ja, die Kind bleibt bei mich und wenn ich was draußen geh oder wenn ich Termin gehen Kontrolle gehen, dann kann ich die Kind so Babyschwester – Babyzimmer, das gibt's alles" (ACW9_TS Position:137 – 137)."Nein, nicht gut. Mhm. Und aber in China, wenn Baby haben, und Baby immer bei Krankenschwester lassen. Aber hier und muss wir selber machen und in der Nacht auch. In Nacht, in der Nacht wer kann nicht gut schlafen und normalerweise zwei oder drei Stunden aufstehen. Und er

muss essen und andere Kinder auch muss essen oder weinen oder was, wer kann nicht so gut. Und ja, aber nur erst- nur einmal und ich sehr müde und ich gehen, geben Krankenschwester und ich möchte gut schlafen. Aber nur zwei Stunden und Krankenschwester wieder geben"(ACW8_TS Position:490 – 490)."Nein, war in der Nacht nicht, weil ich dann sehr geschw- die erste zwei Nacht nicht und danach ist sie bei mir, ja. Und dann die erstes war bei der Kinderschwester und dann tagsüber ist bei mir und in der Früh ist noch mal die Kontrolle bei die Kinder" (ACW7_TS Position:71 – 71)."Ja, wenn ich schlafe, dann die Baby liegt daneben, ist auch gut, ja"(ACW9_TS Position:157 – 157).

4.3.10 Spezielle Wünsche und Erwartungen

Die chinesischen Wöchnerinnen sind in ihren Wünschen und Bedürfnissen sehr zurückhaltend. Sie beschreiben den Pflegealltag als für sie „passend". Die Informationen wären ausreichend .Das Personal sei sehr höflich und nett. Manchmal vielleicht ein wenig distanziert oder" zu wenig" um intensiveren Kontakt mit den chinesischen Wöchnerinnen zu halten. Sie scheinen sehr zufrieden mit der in Wien erhaltenen Betreuung durch das Pflegepersonal .Der einzige mehrfach besprochene Bereich betraf die Ernährung im Krankenhaus, die gar nicht den Vorstellungen der befragten chinesischen Wöchnerinnen entspricht. Lediglich eine der InformantInnen beurteilte auch die Ernährung als zufriedenstellend. Trotzdem hat keine der InformantInnen einen Änderungswunsch geäußert. Keine besonderen Wünsche zu äußern scheint in der Erziehung zu liegen.

4.4 Ergebnisse

Die chinesischen Wöchnerinnen sind durchwegs gebildete Frauen .In der Regel arbeiten sie aufgrund ihrer sprachlichen Defizite in Chinarestaurants oder sie sind im Verkauf in chinesischen Geschäften tätig. Das heißt die Tätigkeiten, die sie ausüben entsprechen nicht ihrem Bildungsniveau. Drei meiner Informantinnen waren zum Zeitpunkt des Interviews arbeitslos. Wobei eine davon eine akademische Ausbildung abgeschlossen hatte die auch in Österreich anerkannt wurde. Bei meinen Informantinnen handelt es sich meist um Kettenmigranten (Han 2005).Sie bleiben unter sich und haben wenig Kontakt zu ÖsterreicherInnen .Der Großteil ist mit chinesischen Männern verheiratet, die sie in der chinesischen Gesellschaft in Österreich oder bereits in China kennengelernt haben .Zwei der der Informantinnen waren mit einem Österreicher verheiratet, den sie in der Arbeit kennen

gelernt hatte. Einer der österreichischen Ehemänner hatte selbst einen Migrationshintergrund und war in China beruflich tätig. Dort lernte er seine Frau kennen, die ihm nach Österreich gefolgt war.

Die Wohnsituation ist meist beengt. Alle Informantinnen leben in Wohnungen, keine von ihnen in einem Haus. Meist leben zwei oder drei Generationen in einer Wohnung .Das heißt sie leben mit den Eltern oder den Schwiegereltern in einer Wohnung gemeinsam sowie mit den eigenen Kindern. Eine Informantin erzählte mit der Großmutter gemeinsam in einem Haushalt zu leben.

Einmal im Jahr besuchen sie für durchschnittlich vier Wochen ihr Heimatland. Die Kinder der Informantinnen verbringen längere Zeitabschnitte in China bei den Großeltern solange sie noch nicht schulpflichtig sind. Die Kindererziehung wird unter den Elternteilen und den Großeltern geteilt.

Die Sprachdefizite sind in den Interviews unverkennbar auch wenn die Chinesinnen schon länger in Österreich leben. Durch ihre geringen Kontakte zu ÖsterreicherInnen wird die deutsche Sprache auch kaum praktiziert.

Das Chinesische Wochenbett spielt bei den Chinesinnen in Österreich nach wie vor eine wichtige Rolle. Der Begriff des „zou yuezi“ ist allen Informantinnen bekannt. Er wird nach wie vor manchmal mehr und manchmal weniger streng eingehalten. Als Erklärungsmodelle werden verschieden angegeben. Einerseits wird diese Tradition aus Angst vor Krankheit im Alter weiterhin gelebt, andererseits wir des durch das chinesische Rollenbild der Frauen geprägt, von den jungen Frauen in Österreich erwartet (Pillsbury 1978, Leutner 1989, Cheung 1997, Wang et al. 2008) Diese Tradition wird durch ihrer Mütter und Schwiegermütter weiter gegeben. Die wenigsten von ihnen können die genauen Hintergründe dazu erklären. Bei ihren Erklärungen handelt es sich Großteils um Vermutungen ohne tatsächlich beweisbare Fakten.

Die Tradition des „zou yuezi“ ist geprägt von verschiedenen kulturellen Verhaltensweisen die den Alltag der Wöchnerin bereits im Krankenhaus nach der Geburt maßgeblich beeinflussen. Zu diesen Verhaltensweisen zählen die eingeschränkte Mobilität, das Vermeiden von Kälte wie Wasser, Wind und Speisen. Eine ausgeglichene Diät nach den Prinzipien von“ yin und yang“ prägen den Alltag des Monats nach der Geburt. Weiter hat die Wöchnerin keinerlei häusliche Verpflichtung. In erster Linie wird damit (1) die Erholung der Wöchnerin unterstützt, (2) in der Folge dient es der Prävention von chronischen Krankheiten und der (3) Stärkung von Familienbanden.

Die drei für diese Arbeit wesentlichen Studien aus dem angloamerikanischen Raum zum Thema Wochenbett bei chinesischen Frauen untermauern meine Ergebnisse und werden an dieser Stelle kurz beschrieben und deren Ergebnisse zusammengefasst.

In einer Studie von Pillsbury (1978) an der San Diego University wurden 80 TaiwanesInnen zwischen 17 und 83 Jahren interviewt. Gleichzeitig wurden teilnehmende Beobachtungen im Krankenhaus durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in zwölf verschiedenen Kategorien ausgewertet. (1) Sich selbst nicht waschen und die Haare nicht waschen,(2) Nicht aus dem Haus gehen,(3) Keine rohen oder kalten Lebensmittel verzehren,(4) Huhn essen,(5) Sich nicht vom Wind anblasen lassen,(6) Nicht herumgehen und sich nicht bewegen. (7) Keine anderen Personen besuchen, (8) Nicht krank werden während des Monats, (9) Nicht lesen oder weinen, (10) Keine sexuellen Kontakte haben.(11) Nicht mit der Familie am Tisch essen und (12) Nicht in den Tempel gehen. Die wesentlichsten Ergebnisse waren, dass die InformantInnen nicht wussten, warum sie die Tradition einhielten. Wie auch in meiner Arbeit erkennbar, wurden die Regeln oft nur teilweise eingehalten. In erster Linie wurde es als Prävention gegen Krankheiten im Alter verwendet keine bestimmte soziale Schicht und kein bestimmtes Alter konnte als relevant für das Einhalten der Tradition erkannt werden (Pillsbury 1978:11-22).

1996 wurde eine Studie in Schottland durchgeführt von Cheung (1996) an der Universität Edinburgh. 1997 wurden die Ergebnisse erstmals veröffentlicht. Bei dieser wurden zehn Chinesinnen, zehn Schottinnen mittels halbstrukturierter Interviews und teilnehmender Beobachtungen in einer Vergleichsanalyse zum Verhalten im Wochenbett analysiert. Das Ziel dieser Studie war das Wissen zu erweitern und ihre Erfahrungen bei der Geburt zu verbessern. Bei der Studie handelte es sich um eine qualitative Vergleichsstudie welche auf Geburtsabteilungen in Schottland durchgeführt wurde. Zusätzlich wurden fünf Verwandte, zehn „healthworkers“ und fünf Freunde der Chinesinnen und fünf Freunde der Schottinnen, zwei chinesische Gruppen mit jeweils zehn Personen und vier schottische Mütter gemeinsam mit „healthworkers" in Diskussionsgruppen befragt. Dabei konnten folgende Ergebnisse ermittelt werden: “Zuo yuezi” ist eine weit verbreitete integrierte Praxis chinesischer Mütter im Wochenbett. Bemerkenswert dabei war, dass chinesische Frauen unabhängig vom kulturellen Umfeld diese Praxis nach einer Geburt beibehalten. Sie dient der Regeneration der Mutter, der Prävention chronischer Erkrankungen und der Stärkung familiärer Beziehungen. Somit gewinnt das Wochenbett auch an soziologischer Bedeutung. (Cheung 1997).

Eine von Wang et al. im Jahre 2004 bis 2006 in Nordchina durchgeführte Studie wurde 2008 erstmals veröffentlicht. Es handelte sich dabei um eine retrospektive, quantitative Studie an welcher 1813 Frauen aus dem ländlichen Bereich teilnahmen. Die Ergebnisse der Studie wurden in sieben verschiedene Kategorien gegliedert: (1) Haare waschen, (2) Zähne putzen, (3) Intimbereich waschen, (4) Essen meiden, (5) Kleidung, (6) normale Aktivitäten und (7) besondere Aktivitäten. Das Ziel der Arbeit war, das Verhalten der Frauen während des Wochenbetts zu beschreiben und den Grad der unterschiedlichen Verhaltensformen zwischen Wochenbett und normalen Tagesablauf zu messen. Zur Befragung wurde ein vorentwickelter Fragebogen verwendet, der bereits in einer Pilotenstudie getestet wurde. Das Alter und die Bildung der befragten Frauen hatten keinerlei Auswirkungen auf deren Verhalten. Traditionelles Verhalten im Wochenbett ist nach wie vor in ländlichen Gebieten von Nordchina weit verbreitet. Als Hauptursache für diese traditionellen Verhaltensweisen konnte die Angst vor dem Leiden an chronischen Erkrankungen in späteren Jahren identifiziert werden (Wang et al.2008).

In einer Studie von Kartchner und Callister (2003), durchgeführt an der Universität Brigham Young University am College of Nursing in den Vereinigten Staaten, in welcher das Erleben chinesischer Frauen bei der Geburt in China ermittelt wurde, wird auf die Notwendigkeit von Folgestudien zum Thema Wochenbett hingewiesen (Kartchner/ Callister 2003).

Erklärungsmodelle

An dieser Stelle möchte ich auf die Erklärungsmodelle zum "zou yuezi" meiner Informantinnen Bezug nehmen. Wie bereits in den einzelnen Abschnitten erwähnt nehmen einige meiner InformantInnen an durch das nicht Einhalten der Tradition des "zou yuezi" im Alter an chronischen Krankheiten zu leiden. Weiter glauben sie durch den Wind und durch die Kälte würde sich der Körper für Krankheiten "öffnen".

"*[..] und dann kalte Luft von hier bekommen und machen ganze Körper so auf" (ACW1_TS Position:341 – 341).* Marchment (2008) schreibt dazu*:*

"In diesem Fall sind Qi und Xue durch Schwangerschaft und Geburt verbraucht worden:Die Leitbahnen sind energetisch geschwächt und für das Eindringen äußerer Schrägläufigkeit (xie) prädisponiert. Es ist nicht selten, dass Probleme, die Monate oder sogar Jahre später auftreten, auf die Einwirkung von Kälte(han),Wind (feng) oder Feuchtigkeit (shi) zurückgeführt werden können." (vgl .Marchment 2008:278).

Einige meiner InformatInnen jedoch nehmen an, versäumte Verhaltensmaßnahmen bei der

Geburt eines zweiten Kindes wieder ausgleichen zu könne.

"Und dann, in China und zum Beispiel, wenn diese in erste Kinder und diese in diese Monat wer kann nicht gut leben, zum Beispiel ich und kalt Wasser trinken oder keine dick Sock und vielleicht später, wenn ich alt bin, ich kann krank"(ACW8_TS Position:196 – 196).

"Ja. Da werden nachher- weil bei uns sagt man, diese Zeit deine Körper ist sehr schwach. Weil bei chinesisch Medizin sagt, die Körper ist Luft, Qi bei uns, und Blut, zusammen. Ja wenn du jetzt alles offen, kommt die kalte Luft hinein. Vielleicht jetzt spürst du nicht, aber wenn du alt, ist (klopft sich offenbar auf die Brust) hier wie überall weh. Das ist von die da. Weil die offen die Körper. Die kalte Luft drinnen kann nicht ausgehen mehr. Bei uns sagt, wenn du wieder noch einmal heilen musst, noch einmal Kindergeburt, noch einmal machen"(ACW2_TSPosition:180 – 180).

,,und jetzt ich habe Rückschmerzen, weil, glaube ich, dass ich, ich habe immer, ich bin, so, ich bin jung, so ich kann nicht immer so in Bett schlafen, so ich bin manchmal sitzen, mit meinem Kind, wenn ich meine Kind stillt und ich so sitzen und normal meine Schwiegermutter mit einem Polster hinten legen wie da (zeigt auf den Rücken). Aber normal, aber manchmal meine Schwiegermutter nicht sehen, so ich nur so, das ist, jetzt Rückenschmerzen wirklich. Das nicht gut. So, vielleicht Zweite, glaube Zweite, das ist, auch ist der letzte der Kind bekommen, so glaube, muss man ganz, ganze Monat auf die das einhalten. (ACW4_TS Position:302 – 303).

"Ja, die sagt noch, muss man immer mit Schal die Kopf das wickeln und ja, anziehen mich mit Winter, ja, das ist-. Aber habe ich und mit Wind das war zu heiß, ja. Hab ich eh nicht. Aber die alle sagt, ja, jetzt wahrscheinlich spüren Sie, spüren man jetzt gar nichts, aber wenn die Frau alt, ja, dann wird immer Schmerzen bekommen, Kopfschmerzen, Knieschmerzen und Kreuzschmerzen und solche Sache, ja"(ACW5_TSPosition:89 – 89).

,,Aber in China hat man diese Gewohnheit, sagt man, wenn ich will diese Kreuz weg und so, dann, oder diese Monat so wichtig, wenn alle, alle, manche Krankheit, ja, wenn man bei diesem Monat, wenn man gut erholt, dann ist Krankheit ist weg" (ACW3_TS Position:302 – 302)

Gesundheitsvorsorge

In meiner Arbeit habe ich noch speziell nach der Gesundheitsversorgung der chinesischen Migrantinnen gefragt. Diese Frage ergab sich eher zufällig im Rahmen nach der Frage welches Geschlecht der oder die behandelnde FrauenärztInnen hätten. Der Großteil meiner InformantInnen nehmen die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der

Frauenheilkunde in Anspruch. Dazu gehören die jährliche Untersuchung beim Gynäkologen inklusive Krebsabstrich und die Brustuntersuchung sowie die Mammographie. Leider waren auch einige InformantInnen dabei, die dieses Angebot nicht nutzten wobei zwei von ihnen von einer undefinierbaren Angst sprachen zum Arzt zu gehen.

"IP: Ja eigentlich das die Kollegin. Ja, die Kollegin hat mir gesagt, ja. Eigentlich ich habe, vor dem Schwangerschaft war ich oft ein- zweimal war dort–I:Zur Vorsorge. IP*: Ja, Kontrolle und Untersuchung und so" (ACW5_TS Position:61 – 64)*

Eine der InformantInnen erzählte bereits bei der Untersuchung gewesen zu sein und einen Anruf vom Arzt erhalten zu haben, dass mit ihrem Körper etwas „nicht in Ordnung" sei. Man könnte hier den voraus gegangenen Arztbesuch als Grund für das Problem mit dem Körper interpretieren.

"Ja, ja. Das ist so für mir ist es so schrecklich. Ich habe zum Beispiel, ich hab zwei Jahre nicht zu Frauenarzt gegangen, so diese jetzt, wenn ich wieder Schwangerschaft ist, ich mag Frauenarzt, zu Frauenarzt gehen und Frauenarzt haben mir meine Körper untersuchen und letzte Woche ich habe ein Telefonier bekommen, dass von Frauenarzt, er sagen mir gleich dann, ich habe ein Problem mit meine Körper, meine–Muttermund" (ACW4_TS Position:485 – 488).

Im weiteren Verlauf des Gespräches wird klar, dass die InformantIn weiß was beim Frauenarzt untersucht wird. Und die Angst vor einer schweren Erkrankung sie hemmt wieder hin zu gehen.

"I:Ja, genau. Da, Krebsgeschwulst. Ja.

IP: Schauen wir, unter- Ja, ich weiß, Vorsorge.

I:Ja genau, das wissen Sie, dass man zum Frauenarzt, dass der den Muttermund, anschaut.

IP: Ja das ist, ich bin Angst, so ich kann, so ich immer die Angst, so, weil ich zum Beispiel früher ich habe so meine Rückenschmerzen ich glaube, dass für meine, meine Mutterbär oder anderes"(ACW4_TS Position:500 – 503)

Die Gebärmutter wird in diesem Gespräch als "Mutterbär" bezeichnet.

Eine InformantIn erklärt, dass ihrer Meinung nach die chinesischen Frauen nicht zur Vorsorgeuntersuchung gehen sondern erst wenn Probleme auftreten. Sie besuche, aber den Frauenarzt regelmäßig. Die Brust müsste aber erst ab vierzig untersucht werden.

"IP:[..] dass die chinesische Frau keine (lacht) Andere Frau gehen nie zum Frauarzt.

I:Verstehe (lacht). Und in China sind Sie auch nicht zum Frauenarzt ge- damals gewesen?

IP: Na ja, in China gibt's keine Spezialitäten für Frauarzt. Da gibt's nur Arzt in die

Krankenhaus. Wenn- wenn du Problem oder krank wird, zu Krankenhaus gegangen. Das wird eine Frauabteilung, ja" (ACW9_TS Position:167 - 169).

"Und gehen Sie jetzt regelmäßig?

IP: Ein Jahr - ein Jahr pro Mal so. Pro einmal.

I:Und Ihre Brust haben Sie auch schon anschauen lassen?

IP: Noch nicht. I: Noch nicht. Mhm.

IP:Es wäre schon eine Thema dann.[..]Ja. Über vierzig muss man aufpassen"(lacht) (ACW9_TS Position:190 – 203).

"IP: Und gehen Sie regelmäßig auch zum Gynäkologen, Krebsabstrich machen?

IP: Ja, das mach ich auch so zweimal im Jahr mach ich schon.

I:Ja. Und ist Ihre Brust schon einmal untersucht worden?

IP: Ja, war ich auch einmal Mammografie auch. (ACW7_TS Position:152 – 156).

„Ja. Ein bisschen kontrollieren ist besser".(ACW6_TS Position:642 – 655).

Eine der InformantInnen erklärte, dass ein „bisschen" Kontrolle besser wäre, als gar nicht zur Kontrolle zu gehen. Wobei sie nicht erklärte was mit „ein bisschen" gemeint wäre, da sich im Gespräch herausstellte, dass sie sehr wohl alle Untersuchungen machen lasse.

Eine InformatIn erzählte zu mit zwei Kindern gestresst zu sein, keine Beschwerden zu haben und daher auch nicht zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen .Sie denke zwar, dass sie ein-bis zwei Mal im Jahr sollte..

"Ja, ich wollt nur wissen, gehen Sie regelmäßig zum Frauenarzt zum Krebsabstrich?

IP:Ah, nein. (lacht)I: Okay und warum nicht?

IP: Ja, eigentlich, ja, manchmal denk ich, ja soll ich, ja, das ist eh einmal oder zweimal pro Jahr. Manchmal hab ich vergessen, ja. Vor dem Geburt, ja, war ich paar Mal, ja, und nach dem, ja, Anfang schon gehe ich regelmäßig. Eigentlich soll ich soll ja sehr wieder gehen, aber manchmal – jetzt bin ich eh mit zwei Kind immer im Stress, und, ja, und ist eh kein Beschwerden.

I:Und, haben Sie schon einmal die Brust anschauen lassen, eine Mammografie gemacht?

IP: Nein. "(ACW5_TS Position:236 – 242)

Betreuung durch die Pflegepersonen

Die Betreuung durch die Pflegepersonen wird durchwegs als positiv bewertet. Trotz geringerem Personalstand im Vergleich zu China, wie die InformantInnen erzählen, fühlen sich die chinesischen Wöchnerinnen gut durch das Pflegepersonal in Österreich betreut.

Bei der Frage wer und wie die Blutungskontrolle durchgeführt erklärten die Informantinnnen

dies sei gleichsam durch alle Berufsgruppen durchgeführt worden. Im Rahmen der Interviews fiel aber auf, dass zwischen den einzelnen Berufsgruppen oft nicht unterschieden werden konnte.

Das Pflegepersonal wird als „nett und höflich“ beschrieben. Eine Informantin gab an durch den „geringen“ Personalstand hätte das Pflegepersonal oft nicht so viel Zeit zum „plaudern“ .Sie wären aber wesentlich geduldiger mit den Wöchnerinnen als das Pflegepersonal in China.

„Ja. Das ist jeden Tage kontrolliert .Das hat, bei mir war die, die Ärztin, hat die Ärztin kontrolliert bei mir. Und dann, glaub ich, haben die letzten zwei Tage hat mich dann eine Krankenschwester kontrolliert”(ACW7_TS Position:214 – 218).

„Ich bin noch liegen und die Schwester hat vor- die meine Blut, die, das genommen, zeigte die Doktor” (ACW3_TS Position:383 – 393).

“Ja, ja, auch dabei. Ja, mein Mama hat mir erzählt nachher, sagte, Krankenschwester eh- eh nett zu mir, ja, ja. Also in China ganz anders bei uns.

Ja, das ist eine andere Geschichte wieder. Ja, nicht so viel Geduld, aber wenn du nicht, die Leute sagen sofort Kaiserschnitt. In China machen wir so. Aber wenn du- abbrochen oder so, kriegst du so Geschimpfe. Und das nicht so nett wie hier. Mama sagt, nicht so wie hier, die Leute immer sagt bitte, bald, komm, komm, komm, sagt hier auch. Nein nicht so, aber, ja, war angenehm”(ACW2_TS Position:60 – 68).

Trotzdem sich die InformantInnen gut betreut fühlen, äußert eine der InformatInnen Bedenken zu haben mit dem Pflegepersonal in Österreich nicht alles vor allem “private“ Dinge besprechen zu können .In China könne sie das sehr wohl. Wobei nicht klar wurde ob es mit der Sprache oder dem mangelnden Vertrauen zusammen hängt.

“Aber nicht so privat Sache, ja, wie zu Hause pflegen oder wie machst du diese speziale Fragen, ja. Das ist nur, ja, aber in China kannst du fragen das bisschen, kannst alles fragen die Krankenschwester, ja. (lacht) (ACW9_TS Position:320 – 320).

Sie erzählte weiter, dass sie den Eindruck hätte in Österreich wäre weniger Pflegepersonal als in China und daher wäre nicht so viel Zeit zu plaudern. Auch übernehmen in China die Angehörigen mehr der täglich notwendigen Pflege. Dadurch wären die Pflegepersonen in China entlastet.

“Dass ständig Leute und um sie unterwegs und so. Das- das gibt’s jeden Tag- Tag über nur zwei, drei Krankenschwester. Ich kenne die Arbeit im Krankenhaus, ja, deswegen du kannst nicht die Krankenschwester zwei Stunde halten zum Plaudern, solche Dinge, ja. Weil in China, ja, das ist schon die- das war- ja, die Krankenschwester viel, ja, tagsüber, fünf, sechs,

ja.

Ja, ja, mehr. Die meisten Angehörige ist auch da, das das Pflege wird schon Angehörige schon genommen, ja. Die hilft ins WC oder die hilft die Essen und so. Andere Kleinigkeit. Aber hier das macht schon die Krankenschwester erledigen, solche Sache, ja. Und man die Schüssel so hier bringen, weil manche Frau kann nicht aus dem Bett und muss die Krankenschwester Schüssel bringen oder Wickel bringen, solche Arbeit schon, und die Schwester muss immer laufen, ja. Die verschieden Zimmer, verschiedene-, ja. Zwei, drei Krankenschwester schon wenige, ja. Das ständig wer muss man die Dokumentation auch erledigen, ja. Ich kenn die Arbeiten, deswegen- (lacht)" (ACW9_TS Position:330 – 336).

Eine InformatIn empfand dies wieder ganz anders, sie meinte in Österreich würden die Pflegepersonen und die Familie mehr helfen und ein „gutes" Krankenhaus in China besuchen zu können sei mit der Bezahlung der Behandlung verbunden.das heißt ihrer Meinung nach ‚dass PatientInnen mit mehr Geld besser oder freundlicher behandelt werden.

"Österreicher so viel helfen bei der oder Beispiel Familie oder man kann kommen mit zusammen in Öster-. In China geht nix."(ACW6_TS Position:29 – 29).

"Aber in China man kann nicht so sagen sehr freundlich oder kann nicht so sagen zuviel Beispiel Krankenhaus, nix, du musst halt schauen mal, wenn Geld haben, haben schon eigene Zimmer und kann zahlen. Wenn nix Geld, sieben, acht Persone eine Zimmer, ja, und nix so, alles nix sehr gut als Österreich. Ein bisschen schlecht. Ja natürlich auch haben schon etwas gute Krankenhaus, ja (ACW6_TS Position:619 – 619).

Sie lenkt, aber auch gleich ein und meint es gäbe auch „gut" Krankenhäuser in China.

*"Meine Schwiegermutter sagen, warum ist es so, so da sein. Weil in China gibt es so viele Hebammen (ACW4_TS Position:38 – 39).*Die Schwiegermutter einer InformatIn glaubt durch mehr Hebammen in China wäre die Pflege nicht so gut, weil es mehr Hebammen gäbe.

"Ich glaube, ich habe gut gefunden, dass in, in, Hebamme haben mir sehr gut kümmert. In China, weil gibt's so viele, viele Leute, in eine Zimmer. Zum Beispiel in eine Zimmer gibt's zehn Betten oder sieben Betten. So gibt's so Leute und kann man nicht gut schlafen und viele, viele, viele Leute kommen hier besuchen, da ist keine Ruhe" (ACW4_TS Position:437 – 437).

Die Unterstützung durch die Pflegepersonen bei der Körperpflege wird wahr genommen und in der Regel als angenehm empfunden. Männliches Pflegepersonal auf geburtshilflichen Stationen kommt in der Vorstellung der Wöchnerinnen nicht vor. Dies scheint mitunter auch durch die Praxis in China zu entstehen, wo in den Anfängen wie eine InformantIn erzählt, nur weibliches Krankenpflegepersonal zur Verfügung stand. Wobei die Vorstellung durch männliche Gynäkologen betreut zu werden wenig Irritationen bei den ChinesInnen hervor

rufen. Es wird sogar als eine unwiderrufliche Praxis gesehen, dass nicht ausreichend weibliche FrauenärztInnen zur Verfügung stehen.

Die Zimmergröße in Österreich wurde als angenehm empfunden. Im Gegensatz zu China hätten die Wöchnerinnen mehr Platz, da sie sich die Zimmer mit weniger PatientInnen teilen müssten.

Die Pflegehandlungen werden mit den Wöchnerinnen wenig bis kaum besprochen, wobei diese das als nicht unbedingt erforderlich von den InformantInnen gesehen wird. Die Pflegediagnostik nimmt einen völlig unwichtigen Teil im Pflegealltag ein. Die Informationen den Pflegealltag betreffend seien laut Wöchnerinnen ausreichend. Die empfundene Zurückhaltung der Pflegepersonen und der ChinesInnen diesbezüglich kann einerseits aus dem in China verbreiteten Verhalten bezüglich Information für den Patienten interpretiert werden, wie im Abschnitt 2.1.5 bereits beschrieben, und anderseits aus dem Mangel an Sprachkompetenz auf beiden Seiten.

Die Ernährung nimmt den wichtigsten Teil des“ zou yuezi“ ein und wird noch am ehesten genau eingehalten.

Die Körperhygiene wird meist der in Österreich gepflogenen Praxis angepasst. Da sich die Wöchnerinnen damit wohler fühlen. Sollte die Vermeidung von Wasser durch die Angehörigen gefordert werden, wird das Verhalten in Form einer Kompromisslösung ausgeführt.

5. Diskussion

Meine Arbeit beschäftigt sich primär mit den Fragen wie chinesische Frauen den „Prozess Wochenbett“ in Österreich erleben, wodurch dieses Erleben beeinflusst wird und welche Auswirkungen dieses Erleben auf die Pflege auf geburtshilflichen Abteilungen in Wien hat. Das chinesische Wochenbett „Zou yuezi“ ist wie bereits mehrfach erwähnt eine weltweit verbreitete Praxis der chinesischen Frauen. Unabhängig vom Lebensmittelpunkt beziehungsweise Aufenthaltsort wird diese Tradition bei behalten. Manchmal in reduzierter Form und in verschiedenen Situationen sehr genau. Keine meiner befragten InformantInnen gab an diese Tradition nicht zu kennen. Der Alltag der chinesischen Wöchnerinnen wird in jedem Fall davon geprägt, und in der Regel beginnen die Wöchnerinnen damit bereits während des Krankenhausaufenthaltes. Über die Lebensumstände der chinesischen MigrantInnen in Wien war bis vor kurzem wenig bekannt. Durch das von Dr. Binder-Fritz geleitete FWF Projekt (V90-G14) “Asiatische MigrantInnen in Österreich: Gender, Körper, Gesundheit und Versorgung“ wurden einige Situationen im Alltag der ChinesInnen fundiert

erforscht. Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett im Kontext von Migration stellen eine dieser, oft auch schwierigen Situationen für die MigrantInnen dar. Sie stehen unter anderem in unmittelbaren Zusammenhang mit kulturspezifischen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen. Verwey (2003) sieht in gesundheitlichem Wohlbefinden und psychosozialen Aufgehoben sein eine Vorrausetzung für das Gelingen der Integration von MigrantInnen (vgl. Verwey 2003:281).In dieser Arbeit war es mir wichtig einen Teil dieser Vorstellungen zu erfassen um einen Beitrag zu gelingender Integration aus pflegewissenschaftlicher Perspektive zu leisten.

Das folgende Kapitel stellt die Bedeutung der Ergebnisse meiner Forschungsarbeit dar. Im ersten Abschnitt soll die Forschungsmethode kritisch hinterfragt werden. Im weiteren Verlauf die Erklärungsmodelle meiner Interviewpartnerinnen, sowie die Bedeutung der einzelnen Ergebnisse bezogen auf die ausgewerteten Kategorien. Zum Abschluss wird auf die am Beginn gestellten Fragen Bezug genommen

Kritische Betrachtung der Methodik

Gruppen-oder Stichprobengröße

Die Gruppe meiner InformantInnen ist mit zehn Personen auf der Seite der chinesischen InterviewpartnerInnen und vierzehn auf der Seite der ExpertInnen als, wie bereits erwähnt sehr klein zu betrachten und es kann in dieser Arbeit in keinster Weise von wissenschaftlich fundierter Relevanz gesprochen werden beziehungsweise in keiner Form von Generalisierbarkeit. Dennoch gewährt die Untersuchung meiner Meinung einen umfassenden Einblick die Praxis des „zou yuezi“ der chinesischen Wöchnerinnen in Wien, sowie eine Einblick in die derzeit gängige Pflegepraxis von chinesischen Wöchnerinnen auf geburtshilflichen Stationen in Wien.

Reflexion des Interviewverlaufs

Durch die vorausgegangene Entwicklung des Interviewleitfadens waren die Gesprächskategorien bereits vorgegeben. Durch die eingangs erwähnte Bitte, den Geburtsverlauf ihrer Kinder zu beschreiben, kamen die Gespräche sehr schnell ins Laufen. Die sprachlichen Defizite der chinesischen InterviewpartnerInnen hemmten oft den weiteren Fluss der Gespräche. Die InformantInnen waren sehr offen und waren sehr, entgegen meiner Vorstellung, schnell bereit viele private und oft intime Dinge zu erzählen. Während der

Interviews habe ich mir oft gewünscht Chinesisch sprechen zu können. Für eine weitere Forschungsarbeit würde ich für die einzelnen Gespräche wesentlich mehr Zeit einplanen, da sich die geplante Zeit oft als zu kurz erwies.

Literaturauswahl und Literaturrecherche

Die Literaturauswahl bezog sich auf mehrere Kategorien. Dazu gehörten zum Beispiel :(1) Transkulturelle Pflege und Kompetenz, (2) Pflegeforschung, (3) Pflegetheorie, (4)Medical Anthropology, (5) Gender , (6) Migration und die (7) Geburt, die Schwangerschaft und das Wochenbett, sowie (8) China und seine Frauen. Domenig (2007) bietet im deutschsprachigen Raum einen wesentlichen und sehr guten Beitrag zu transkultureller Kompetenz in der Pflege (Domenig 2007).Mittlerweile existieren nicht nur im angloamerikanischen Raum sondern auch im deutschsprachigen Raum sehr viele und interessante Arbeiten zu Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. Vor allem im deutschsprachigen Raum werden die größten MigrantInnengruppen wie die MigrantInnen aus der Türkei oder die MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien aus den verschiedensten wissenschaftlichen Perspektiven betrachtet. Im angloamerikanischen Raum wurden einige Arbeiten aus dem medizianthropologischen, soziologischen und historischen Bereichen zu chinesischen MigrantInnen gefunden. Arbeiten im Zusammenhang mit der Pflege von MigrantInnen wurden ebenfalls mehrere gefunden ,wobei zwei dieser Arbeiten meiner Meinung nach kritisch zu betrachten, und nur bedingt verwendbar sind.(Purnell/Paulanka 2005, D` Àvanzo 2008). Zur Pflege von PatientInnen aus China finden sich im deutschsprachigen Raum kaum Arbeiten. Während meiner Forschungstätigkeit erschien eine sehr interessante ethnologische Arbeit zu Wissen, Körper und Kompetenz im Zusammenhang von Schwangerschaftt, Geburt und Wochenbett von chinesischen Frauen in Berlin (Kotte 2009),in der ich die Bestätigung einiger meiner Thesen fand. Der angloamerikanischen Raum wie England, die Vereinigten Staaten und Kanada ist mit einer wesentlich größeren Gruppe an MigrantInnen aus China konfrontiert und hat meiner Meinung nach den Forschungsbedarf diesbezüglich früher erkannt und die Herausforderung angenommen. Drei wesentliche Arbeiten von Pillsbury (1978), Cheung (1998) und Wang et al. (2008) wie bereits erwähnt, haben diese Arbeit maßgeblich beeinflusst. Vor allem wird anhand dieser Arbeiten meiner Meinung nach die historische Entwicklung des chinesischen Wochenbettes sehr gut dargestellt. Die Auswahl der Arbeiten erfolgte in erster Linie nach bereits vorher festgelegten Schlagwörtern. Im Laufe des Forschungsverlaufes wurden diese mehrfach verändert.

Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse

Gleichzeitig wurden die Arbeiten zur Überprüfung der ergebnisorientierten Validitätsprüfung genutzt. Die prozessorientierte Validitätsprüfung ergab sich durch das systematische und regelgeleitete Vorgehen (Flick 2003, Mayring 2008). Als kritisch zu betrachten wäre ,dass ich die Arbeit ohne eine zweite UntersucherIn durchgeführt habe .Zusätzlich wäre die Begleitung durch einen zweite UntersucherIn sinnvoll gewesen um die einzelnen Analyseschritte kritisch zu überprüfen. Um die semantische Gültigkeit gewährleisten zu können werden die angegebenen Zitate verwendet .Da die Zuordnung der Textstellen zu den einzelnen Kategorien nur durch eine UntersucherIn erfolgte kann die Reliabilität der Untersuchung in Frage gestellt werden. Es können hier natürlich subjektive Eindrücke die Zuordnung beeinflussen. Wobei hier auf einen Einwand von Steineke (2003) hingewiesen werden soll, die die Begriffe Objektivität, Reliabilität und Validität im Zusammenhang mit qualitativer Forschung nur als bedingt übertragbar sieht (vgl. Steineke 2003:323). Die Diskussion über die Einigkeit von Gütekriterien für qualitativen Forschung ist nach Mayer (2007) nach wie vor im Gange und noch längst nicht abgeschlossen.(vgl .Mayer 2007:104). Die Ergebnisse wurden verbal beschrieben. Durch die computergestützte Analyse konnte der Auswertungsprozess lückenlos dokumentiert werden und kann reproduziert werden (vgl. Böhm 2003:485).Trotzdem soll aber an dieser Stelle auch der Einwand zu computergestützten Auswertung von Kelle (2003) erwähnt werden. Er weist in seinem Aufsatz auf die verschiedensten Kritiken hin, in denen die Nähe der Softwarepakete zur „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss (1998) beanstandet wird. Seiner Meinung nach wäre dieser Bezug oft irreführend, da die Arbeiten als solche oft keinerlei Bezug zur „Grounded Theory“ hätten (vgl. Kelle 2003:500-501).

Erklärungsmodelle

Die Erklärungsmodelle (Kleinman 1980) meiner InformantInnen beziehen sich in der Regel auf traditionelles Wissen, dass durch deren Mütter und Schwiegermütter weitergegeben wird. Diese Modelle stehen im engen Zusammenhang mit der chinesischen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit und der chinesischen Medizin sowie mit der aus prähistorischen Zeiten stammenden Theorie der Macht der Ahnengeister, Leben zu gefährden und zu zerstören. Der Glaube an krankheitsverursachende Dämonen hat sich zwar in den letzten Jahrhunderten verändert, scheint aber noch einen wesentlichen Einfluss auf manches

Verhalten zu haben. Unschuld (2003) sieht eine Manifestation zweier Denkstile, die die chinesischen Medizin prägen. Eine davon kann dem Dämonenglauben zugeordnet werden. Er nennt sie „ontisch“ weil böse Mächte durch deren Eindringen in den Körper beziehungsweise deren Einfluss das „Krank sein“ verursachen .In der Folge entwickelte sich auch eine andere zunehmend weiterhin ontische aber auch rein empirische, pragmatische Tradition unter Einbeziehung naturalistischer Konzepte wie Umweltfaktoren Kälte und Hitze, Feuchtigkeit und Dürre. Auch die „yin-yang“-Lehre (vgl. Maoshing 2003:37) ,die „fünf Phasen“ –Lehre und der „Fluss des Odem Qi“ beeinflussen die Erklärungsmodelle meiner Informantinnen (vgl. Unschuld 2003:12-32).In erster Linie wird die Tradition des chinesischen Wochenbetts aus Angst vor chronischer Krankheit im Alter, wie Rücken-,Kopf und Gelenkschmerzen eingehalten. Schmerzen an Füssen und Gelenken die innerhalb der Zeit oder nach einer Geburt auftreten, werden immer als ein Fehlverhalten während des Wochenbettes interpretiert. Trotzdem setzt sich die Vorstellung bei meinen InformatInnen durch, die Krankheit oder die Schmerzen, durch die Geburt eines weiteren Kindes und das Einhalten der Regeln im Wochenbett, heilen zu können. Oder das noch nicht erfolgte, aber zu erwartende Ausbrechen der Krankheit verhindern zu können.

Kommunikation

Die Kommunikation wurde von den Experten als auch von den Wöchnerinnen als eher schwierig beschrieben. Die Kommunikation erfolgt oft non–verbal, dass heißt Gestik, Mimik und Proxematik spielen eine wesentliche Rolle (Lüsebrink 2005). Die Sprachdefizite der chinesischen InformantInnen werden in den Interviews sehr deutlich. Wobei diese Defizite von den Wöchnerinnen als weniger belastend im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt bewertet werden als durch das Pflegepersonal. Durch das, von den ExpertInnen als „unauffällige , ruhige“ beschriebene Verhalten, der chinesischen Wöchnerinnen scheint das Gespräch für die ChinesInnen nicht so wichtig zu sein. Von den ExpertInnen wird es als Zurückhaltung seitens der Wöchnerinnen interpretiert. Die Wöchnerinnen ihrerseits empfinden die erhaltenen Informationen als ausreichend und schreiben den Mangel an Gesprächen, in einem Fall der Überlastung des Pflegepersonals zu. Eine Tendenz zur Zurückhaltung wird auch in der Arbeit von Dreißig (2005) bei PatientInnen mit Migrationshintergrund erkennbar. Aber die Notwendigkeit des Besuchs von Sprachkursen wird nicht erkannt sondern eher negiert, da die Arbeit in chinesischen Restaurants nach Meinung einer InformatIn und deren Angehörige keinerlei wesentlicher Sprachkompetenz

bedürfe. Sprachliche Schwierigkeiten auf der Seite der Pflegepersonen sowie auf der Seite der MigrantInnen, und die damit verbundenen Verständigungsprobleme sind nach wie vor Auslöser für Missverständnisse und Konflikte im Pflegebereich.

Soziale Kontakte

Die Mütter und Schwiegermütter der Wöchnerinnen spielen eine zentrale Rolle im Leben einer chinesischen Frau. Der Ehemann nimmt auch eine sehr wichtige Rolle ein. Chinesische MigrantInnen in Wien haben laut meiner Informantinnen wenig Kontakt zu anderen Österreichern. Ihre sozialen Kontakte beschränken sich auf deren Familien und Freunden aus der chinesischen Gesellschaft in Wien. Durch die Gespräche wurde aber der verstärkte Wunsch nach mehr Kontakt mit ÖsterreicherInnen verbalisiert. Oft sind aber die Interessensunterschiede und die Sprache, wie bereits erwähnt ein deutliches Handicap. Auch die zurückhaltende ruhige Art der ChinesInnen, wie es eine InformantIn selbst beschreibt hemmt oft die Kontaktaufnahme mit ÖsterreicherInnen .Die Wöchnerinnen werden in der Regel von ihren Schwiegermüttern und Müttern und auch ihren Ehemännern betreut. Sollten die Familienangehörigen nicht bereits in Österreich wohnen, so kommen sie zur Geburt des Kindes nach Österreich .Das chinesische Wochenbett stellt eine offensichtlich besondere Situation im Leben der ChinesInnen dar. Es werden auch zur Betreuung von Wöchnerinnen chinesische Frauen per Inserat in den chinesischen Zeitungen angeworben, wenn die Familienangehörigen nicht in der Lage sind die Betreuung zu übernehmen .Die zentrale Rolle der Familie in der chinesischen Gesellschaft bleibt unumstritten, und wird durch meine Arbeit verdeutlicht (Ots 1999,Leutner 1989).

Hygiene und Kleidung

Die Körperhygiene ist mit der Ernährung einer der wichtigsten Faktoren im chinesischen Wochenbett. Es wird ihr sehr viel Beachtung geschenkt. Das Baden wird im Wochenbett gänzlich vermieden. Das Duschen und Waschen unterliegt ganz bestimmten Vorstellungen und Ritualen. So wird häufiges Waschen und Duschen soweit als möglich ebenfalls vermieden. Die Anwendung von speziellen Waschlotionen von den Angehörigen propagiert. Auf keinen Fall wird dazu kaltes Wasser verwendet. Als Begründung werden in der Regel die Angst vor Krankheiten angegeben.(Leutner 1989,Pillsbury 1978,Cheung1998,Wang et

al.2008).Die befragten ExpertInnen gaben an, dass die chinesischen Wöchnerinnen oft überrascht, über den in Österreich verbreiteten Brauch sind, sich sobald als möglich nach der Geburt zu duschen. Die Verwendung von heißem Wasser sei offensichtlich in China Tradition. Auch die Säuglinge werden mit heißem Wasser aus der Wasserleitung gefüttert, was wieder zu Irritationen der Pflegepersonen führte. Die chinesischen Wöchnerinnen kannten alle den Brauch sich im Wochenbett so wenig wie möglich zu waschen und zu duschen. Dennoch hielten sie sich nicht alle daran. Trotz der Bedenken ihrer Mütter und Schwiegermütter duschten die meisten schon bald nach der Geburt. Sie beschrieben es als „unangenehm“ sich nicht duschen zu dürfen und fühlten sich nach dem Duschen wesentlich wohler. Das Brechen dieses Rituals wurde als weniger belastend empfunden, als sich nicht an die vorgegebenen Ernährungsrichtlinien zu halten. Die Kleidungsvorschriften während des Wochenbettes werden im Sommer als belastend empfunden, da die Wöchnerinnen angewiesen werden warme, langärmlige Kleidung zu tragen. Auch das Tragen einer Kopfbedeckung ist auch bei hoher Außentemperatur üblich. Dies wird mit der Angst vor Wind und Kälte begründet (Ots 1999,Unschuld 2003).Eine InformantIn vermutete die Entstehung dieser Tradition liege eher in der Tatsache, dass in China die Temperaturen in früheren Zeiten eher niedrig waren und die meisten Haushalte kaum über adäquate Heizungen und Sanitäranlagen verfügten.

Schamgefühle

Bei den erwähnten Schamgefühlen der chinesischen Wöchnerinnen handelt es sich um natürliche Schamgefühle, wie die Intimitätsscham die unabhängig vom kulturellen Hintergrund der Befragten auftreten (Hilgers 2006). In zwei Fällen wird durch deren Angehörigen vermittelt, dass das Auftreten dieser Gefühle im Zusammenhang mit Untersuchungen weniger beachtenswert sei als die eigene Gesundheit. Die befragten chinesischen Frauen selbst empfinden sich nicht als besonders schamhaft. Von den ExpertInnen werden die chinesischen Wöchnerinnen schamhafter als die österreichischen empfunden. Hier lässt sich eine Differenz zwischen Selbst-und Fremdwahrnehmung erkennen.

Mobilitätseinschränkung

Durch die Anweisung sich so wenig als möglich zu bewegen und das Bett nicht zu verlassen werden die Wöchnerinnen in ihrer Mobilität massiv eingeschränkt. Diese Einschränkung wird

als unangenehm empfunden, aber soweit als möglich eingehalten. In Österreich sei es schwerer sich an diese Regel zu halten, da einige Arztbesuche mit dem Kind sowie Amtswege notwendig wären und die nicht durch die Angehörigen getätigt werden können, da die oft der deutschen Sprache nicht mächtig sind. Die Wöchnerinnen sind somit an ihr Bett beziehungsweise an ihren Aufenthaltsraum gebunden. Wang et al. (2008) sieht dieses Verhalten kritisch in Bezug auf erhöhtes Thromboserisiko und unerwünschte Gewichtszunahme (Pillsbury1978,Cheung 1998,Wang et al. 2008).Die Angst vor Sehstörungen im Alter verbiete ihnen das Lesen und Fernsehen (Ots 1999).Diese Tradition werde in Österreich laut meiner InformantInnen nur bedingt bei behalten.

Ernährung

Die Ernährung nimmt im Leben der chinesischen Frau eine ganz besondere Bedeutung ein. Das Wissen um gezielte ernährungstechnische Maßnahmen in Situationen von Krankheit sowie auch Gesundheit der ChinesInnen ist weltweit verbreitet und bezieht sich auf eine lang währende Tradition (Ots 1999).Bei meinen InformantInnen schien dies ein besonders wichtiges Thema zu sein. Die heilende und ausgleichende Wirkung von bestimmten Speisen und Nahrungsmitteln wird von keiner meiner InformantInnen in Frage gestellt. Die wohl wichtigste Zuordnung von Nahrungsmitteln entspringt der „Heiß-Kalt Dichotomie“ (Unschuld 2003,Ots 1999,Domenig 2007).Schwangerschaft und Geburt werden als schwächende Lebensphasen gesehen und diätische Maßnahmen werden zum Ausgleich eingesetzt (Leutner 1989, Marchment 2008).Die Nahrungsmittel werden von den Angehörigen ins Krankenhaus gebracht. Die im Krankenhaus angebotenen Speisen werden kaum verzehrt. Wenn das angebotene Essen doch zu sich genommen wird so es eher in Ermangelung der empfohlenen Speisen als aus einem echten Bedürfnis. Suppen aus gekochtem Hühner-Schweine –und Fischfleisch gehören zu den Hauptnahrungsmitteln. Hirsebrei, Datteln und Reis werden viel gegessen. Begründet wird dies immer mit der ausgleichenden, stärkenden, Muttermilch bildenden und Blutverlust ausgleichenden Wirkung dieser Speisen. Den ExpertInnen ist das spezielle Ernährungsverhalten der chinesischen Wöchnerinnen bekannt. Es wird aber kaum von den ExpertInnen hinterfragt, und als gegeben hingenommen. In der Speisenauswahl und Speisenzubereitung wird dadurch auch keine besondere Rücksicht genommen. Die chinesische Wöchnerinnen erfahren im Krankenhaus keinerlei gesteigerte individuelle Betreuung die Ernährung betreffend, obwohl sich ihre

Ernährungsgewohnheiten wesentlich von denen der österreichischen Wöchnerinnen unterscheiden.

Stillen

Das Stillen wird von den chinesischen Wöchnerinnen anfänglich oft als anstrengend empfunden. Sie bezeichnen sich selbst als sehr unerfahren und sind sehr dankbar für die im Krankenhaus angebotene Hilfe. Sie erleben die Pflegepersonen in diesem Zusammenhang als sehr unterstützend. Die von den ExpertInnen erkannte Skepsis gegenüber dem Stillen bei chinesischen Wöchnerinnen konnte nicht belegt werden. Stillen wird von den Informantinnen als notwendig und erstrebenswert empfunden. Wöchnerinnen nach einer Kaiserschnittgeburt stellen in dem Fall eine Ausnahme dar. Sie finden sich schnell damit ab, sollte sie nach der Geburt zu wenig Muttermilch produzieren, und ernähren ihr Neugeborenes auch mit Muttermilchersatz. Von den ExpertInnen werden die stillenden chinesischen Wöchnerinnen im Gegensatz dazu als sehr sicher im Umgang mit den Säuglingen beschrieben. Ihrer Meinung nach sehen die Wöchnerinnen das Stillen als etwas „natürliches“ und scheinen als weniger „verbildet“ als österreichische Wöchnerinnen. Meiner Meinung nach scheint die Stillberatung im Krankenhaus eine wesentliche Rolle im Pflegealltag auf geburtshilflichen Stationen zu spielen. Die damit verbundenen Entwicklungen, wie die Förderung der fachlichen Kompetenz der Pflegepersonen durch spezielle Ausbildung sehe ich als absolute Notwendigkeit und als Qualitätsverbesserung der Betreuung der Wöchnerinnen (vgl. Goerke/Junginger 2010:282).

Säuglingsbetreuung

Die Säuglingsbetreuung im Krankenhaus übernehmen die chinesischen Wöchnerinnen selbst. Die Möglichkeit die Betreuung der Säuglinge an die Pflegeperson im Säuglingszimmer zu übergeben wird als positiv bewertet, aber nicht verstärkt in Anspruch genommen. Oft fühlen sich die Wöchnerinnen nach der Geburt erschöpft und müde und sehen in der Betreuung durch die Kinderschwester eine Möglichkeit um sich zu regenerieren. Zu Hause wird die Säuglingspflege von den Müttern und Schwiegermüttern für die Zeit des „zou yuezi“ übernommen, da die Geburt einen schwächenden Lebensabschnitt darstellt und das „zou yuezi“ der Regeneration der Wöchnerinnen dient .

Betreuung durch das Pflegepersonal

Die Betreuung wird unterschiedlich erlebt, aber in der Regel als positiv bewertet. Das Pflegepersonal wird als „nett, höflich, geduldig und freundlich“ beschrieben. Aber auch als „schnell“ und „wenig zuwendend“ .Dies wird einerseits der Überforderung und andererseits der sprachlichen Defizite zu geschrieben, vereinzelt auch den kulturellen Unterschieden. Von den Pflegepersonen angeordnetes Verhalten wird von den chinesischen Wöchnerinnen ausgeführt und keine der InformantInnen hätte sich gegen eine Anweisung aufgelehnt .Die fachliche Kompetenz der Pflegepersonen wird kaum erwähnt, eher wird soziales Verhalten angesprochen.

Die Unterscheidung der einzelnen Berufsgruppen erschien den Wöchnerinnen schwer zu fallen. Oft wird aus den Gesprächen nicht ganz klar wer, welche Betreuung von wem übernommen hat .Klar kann nicht gesagt werden ob die Wöchnerinnen von der Hebamme oder der Pflegeperson betreut wurden, oder der Säugling von einer Kinderkrankenschwester oder der Hebamme. In manchen Gesprächen wird auch nicht ersichtlich ob die ÄrztIn, die Hebamme oder die Pflegeperson die Gebärende im Kreißsaal betreut .Der männliche Betreuer im Kreißsaal oder auf der Station wird immer als „der Arzt“ erkannt.

Auffällig erschien der Umgang der Pflegepersonen in Privatkrankenanstalten mit ihren PatientInnen. Die Pflegepersonen werden bei der Telefonbefragung von der ForscherIn als offener erlebt im Vergleich zu den Pflegepersonen in den öffentlichen Krankenanstalten. Offener für die Eigenheiten und Besonderheiten ihrer PatientInnen. Sie scheinen die Individualität in der Pflege von MigranntInen besser annehmen zu können und besser auf die Wöchnerinnen mit Migrationshintergrund eingehen zu können .Möglicherweise liegt es daran, dass in kleinen Krankenanstalten die Nähe zu den Betreuten leichter zu erreichen ist, oder daran dass PatientInnen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund öfter vorkommen. Ein weiterer Grund könnte auch die gelebte Philosophie der Pflege in den Krankenanstalten sein, die auch in kleineren Krankenhäusern schneller erkennbar wird, sowohl für die MitarbeiterInnen als auch für die Betreuten.

Die Hauptaufgaben der Pflegepersonen auf geburtshilflichen Abteilungen bestehen wie bereits im Abschnitt 4.1 beschrieben aus der Kontrolle der (1) Vitalzeichen, Fundusstand und Lochien.(2) Kontrolle der Brust und der Laktation.(3) die Überwachung der Urin-und Stuhlausscheidung.(4) Die Körperpflege,(5) die Frühmobilisation ,das (6) Stillen und die (7) Erstversorgung des Neugeborenen. Psychosoziale Betreuung, Beratung und Gespräche stellen

einen weiteren wichtigen Teil der Aufgaben dar. (Bloemeke 2011,Goerke/Junginger 2010, Harder 2005).

Genderaspekte

Männliches Pflegepersonal auf geburtshilflichen Stationen scheint kein Thema zu sein. Es wird auch in keinster Weise von den Wöchnerinnen angesprochen .Auf die Frage nach dem Geschlecht der FrauenärztInnen, und die damit verbundenen Präferenzen der ChinesInnen, zeigt sich die Bevorzugung zuerst des weiblichen Geschlechts. Im weiteren Gesprächsverlauf ergab sich dass die behandelten FrauenärztInnen durchwegs Männer sind. Sie werden als sehr „vertrauensvoll und gut beratend" von den chinesischen MigrantInnen empfunden. Interessanterweise scheint die primär erwähnte Bevorzugung des weiblichen Geschlechts dann untergeordnet, und eher zuerst erziehungsbedingt gefordert. Wobei in China offenbar laut Aussagen meiner InformantInnen wenig weibliche Frauenärzte beschäftigt sind. Eine InformantIn gaben an, ihr wäre das Geschlecht nicht wichtig .Eher interessiert wäre sie an der fachlichen Kompetenz des betreuenden medizinischen und pflegerischen Personals.

Pflegemodelle, Pflegediagnosen, Pflegestandards

Angewandte Pflegemodelle konnten lediglich zwei definiert werden. Es handelte sich dabei um die Pflege nach Roper, Logan und Tierney (Newton 1997) und um die Pflege nach Orem (Orem 1997,Fawcett 1998,Cavanagh 1997,Neumann-Ponesch 2011).Die genaue Anwendung wurde nicht hinterfragt. Auch in den Krankenanstalten in denen eine Mischung von Modellen angegeben wurde, handelte es sich immer um eine Mischung dieser beiden Modelle. Pflegediagnosen werden soweit nachvollziehbar immer gestellt, wobei wie bereits erwähnt diese kaum bis gar nicht mit den Wöchnerinnen besprochen werden. In der Regel werden die drei gleichen Diagnosen gestellt. Im Gespräch mit den Pflegepersonen, wie auch mit den Wöchnerinnen entstand der Eindruck, dass selten eine Pflegeanamnese durchgeführt wurde. Die Diagnosen wurden offensichtlich standardisiert gestellt, oft standardisiert im Zusammenhang mit der medizinischen Diagnose. Die Diagnosen wurden innerhalb der Kategorien (1) Ernährung und Stoffwechsel, (2) Aktivität, (3) Bewegung und Ausscheidung gestellt (Gordon 2003).Pflegestandards werden ebenfalls durch alle befragten ExpertInnen angewandt .Diese werden oft als hilfreich und als Arbeitsanleitung für weniger erfahrene

Pflegepersonen verstanden, weniger als Mittel der Qualitätssicherung der Pflegehandlungen (Gordon 2003).

Gesundheitsvorsorge

Die Gesundheitsvorsorgeangebote im Zusammenhang mit der Frauenheilkunde werden von den meisten meiner Informantinnen in Anspruch genommen. Vereinzelt werden die Gynäkologin oder der Gynäkologe nur im Zusammenhang mit der Schwangerschaft besucht. Die meisten meiner chinesischen InformatInnen wissen über die Notwendigkeit der Krebsvorsorgeuntersuchung Bescheid. Dazu gehört auch die Untersuchung der weiblichen Brust und die damit verbunden Mammographie. Dennoch erzählten zwei der InformantInnen vor den eventuell zu erwartenden Ergebnissen Angst zu haben, und daher die Untersuchung nicht durchführen zu lassen. Eine InformantIn meinte noch zu jung zu sein, aber ab dem vierzigsten Lebensjahr wäre es ihrer Meinung nach notwendig aus sich auf zu passen. In diesem Bereich sehe ich dringenden Handlungsbedarf zur intensiveren Information und Beratung chinesischer MigrantInnen. Die Vorteile der Gesundheitsvorsoge für die persönliche Gesundheit in diesem Bereich scheinen meine InformantInnen noch nicht ausreichend erkannt zu haben.

6.Resüme und Ausblick

Diese Arbeit dient in erster Linie wie bereits am Anfang erwähnt der Generierung von Hintergrundwissen und als ein Beitrag zu transkultureller Kompetenz in der Pflege. Meine Diplomarbeit soll weiter die Wahrnehmung von soziokultureller Diversität (Herrmann/Kätker 2007) sein. Durch die Auseinandersetzung mit medizinanthropologischer, soziologischer und pflegewissenschaftlicher Theorie sehe ich darin auch ein Beispiel für die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Thema Wochenbett aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. Sie kann als Basis zur Konzeptionierung von beruflicher Aus- und Weiterbildung dienen. Ich persönlich sehe darin auch die Entwicklung von Forschungskompetenz in der Pflege. Mögliche weitere pflegewissenschaftliche Arbeiten wären zum Beispiel die Erfassung transkultureller Kompetenz und der sprachlichen Kompetenz der Pflegepersonen in Wien. Eine Projektarbeit könnte die Gestaltung des individuell bezogenen Pflegealltags im Krankenhaus zum „zou youzi“ der chinesischen MigrantInnen beinhalten. Zur Migrationsforschung beziehungsweise Integrationsforschung wären die Bedürfnisse der chinesischen MigrantInnen im Zusammenhang mit Altersversorgung und Pflege im extramuralen Bereich eine umfassende Arbeit. Die Erfahrungen, Erlebnisse und Bedürfnisse

pflegender chinesischer Angehörige in Wien stellen auch eine interessante Zielsetzung in einer möglichen Forschungsarbeit dar.

Spannende Themen sind die gelebte Praxis des Diagnostizierens in der Pflege. In welcher Form werden Pflegediagnosen gestellt? Werden diese mit dem Betreuten besprochen? Quantitative und wirtschaftliche Aspekte zum Thema Pflegediagnosen könnten in einer Arbeit erfasst werden. Wie zum Beispiel, die Häufigkeit des Vorkommens von bestimmten Pflegediagnosen. Können durch die quantitative Analyse von Pflegediagnosen Rückschlüsse auf einen Pflegebedarf gezogen werden? Kann dieser in einem ökonomisch relevanten Wertesystem eine Rolle spielen?

Eine aus der Genderperspektive betrachtete Forschungsarbeit für die Gründe von ausschließlich weiblichem Pflegepersonal auf geburtshilflichen Abteilungen in Wien wäre spannend. Wobei hier die Informationen beider Gruppen interessant wären. Eine Vergleichsanalyse der weiblichen und männlichen Pflegepersonen auf den verschiedensten Abteilungen, deren Motivation, Arbeitsbereichswahl und Kompetenzen dazu wäre eine weitere Möglichkeit.

Im Bereich der chinesischen MigrantInnen wäre es interessant zu wissen, ob und wie sie sich die Versorgung zu Hause durch österreichisches Betreuungspersonal im Zusammenhang mit dem Wochenbett vorstellen können und welche Vorrausetzungen müsste dieses erfüllen.

Quantitative, wie qualitative Forschungsansätze bilden hier die Basis für die verschiedensten Arbeiten. Die verschiedenen Methoden betreffend wäre eine Triangulation interessant. Mich persönlich würde die Methode der Artefaktanalyse sehr interessieren, die ich mir im Zusammenhang von Pflegeleitbildern beziehungsweise der dafür verwendeten Unterlagen von Wiener Privatkrankenanstalten vorstellen könnte.

Meine Arbeit ist eine direkte Auseinandersetzung mit der in Wien gelebten Pflegepraxis und gleichzeitig soll sie dazu anregen wissenschaftliches interessantes, spannendes und meiner Meinung nach für die Pflege von chinesischen Wöchnerinnen relevantes Wissen in die Praxis umzusetzen, dem Transfer von wissenschaftlichem Wissen in die Praxis dienen.

Meiner Meinung wäre die Integration pflegerelevanter Inhalte der kleineren Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Forschungen, Praxis und Ausbildung dringend notwendig.

7. Literaturverzeichnis

ANDREWS Margaret M./BOYLE Joyceen S. (2008).Transcultural Concepts in Nursing Care. 5th Edition. WOLTERS Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

ARBEITSGRUPPE ETHNOLOGIE WIEN (1989). Von fremden Frauen. Frausein und Geschlechterbeziehungen in nichtindustriellen Gesellschaften. Suhrkamp Verlag. Frankfurt.

ARIAS Ingrid/HORN Sonia/HUBENSDORF Michael(Hrsg.) .(2005)"In der Versorgung". Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum "Am Wienerwald". Verlagshaus der Ärzte.Wien.

BARTHOLOMEYCZIK Sabine (2000). Pflege als Frauenberuf. In: Martin B. Frauen in der Gesundheitsversorgung. Verlag Hans Jacobs. Lage.

BINDER Susanne/RASULY–PALECZK Gabriele /SIX-HOHENBALKEN Maria (Hrsg.).(2005). "Heraus Forderung Migration". Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des " UN International Migrant's Day „. Abhandlungen zur Geographie und Regionalforschung Band 7. 227-239. Wien.

BINDER-FRITZ Christine (2003). Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: FRIEBE Jens ZALUCKI Michaela (Hrsg.). Interkulturelle Bildung in der Pflege. 116-142. Bertelsmann Verlag. Bielefeld.

BINDER-FRITZ Christine (1996). Whaka Whanau. Geburt und Mutterschaft bei den Maori in Neuseeland. Peter Lang Verlag.

BINDER-FRITZ Christine (2005). Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen: Inhalte, Zielsetzungen und Perspektiven von Aus- und Weiterbildungsprogrammen im Pflege- und Medizinbereich. In: BINDER Susanne/RASULY – PALECZK Gabriele /SIX-HOHENBALKEN Maria (Hrsg.). "Heraus Forderung Migration". Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des "UN International Migrant's Day„. Abhandlungen zur Geographie und Regionalforschung Band 7. 227-239. Wien.

BINDER-FRITZ Christine (2005). Interkulturelle Öffnung der Altenpflege. Herausforderungen und Chancen für die Zukunft. In: ARIAS Ingrid/HORN Sonia/HUBENSDORF Michael (Hrsg.) .(2005:343-378))"In der Versorgung". Vom

Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum “Am Wienerwald“.Verlagshaus der Ärzte. Wien.

BINDER-FRITZ Christine (2009). Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit In: RASKY Eva (Hg.). (2009.28-44) Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Facultas Verlag. Wien.

BINDER-FRITZ Christine (2011).Migration und Gesundheit im Spiegel der Allgemeinmedizin. In: PEINTINGER M.(Hg.).(2011.119-144).Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlag. Wien.

BINDER-FRITZ Christine.(1997). Transkulturelle Patientenbetreuung in Österreich. Ein aktuelles Thema in der Fortbildung für Krankenpflegepersonen. In: UZAREWICZ Charlotte/PIECHOTTA Gudrun.(1997.133-154).Transkulturelle Pflege. Curare Sonderband10.VWB Verlag. Berlin.

BLOEMEKE Viresha J (2011). Alles rund ums Wochenbett. Hebammen wissen für die ersten Monate nach der Geburt. Kösel-Verlag. München.

BROWNWELL Susan/WASSERSTROM Jefrey N. (2002).Chinese femininities /Chinese masculinities. A Reader. University of California Press. LTD. London.

BUTLER Judith (1997).Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Frankfurt am Main.

BUTLER Judith (2000).Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main.

CAMPINHA-BACOTE Josepha (1991).The process of cultural:A culturally competent model of care.(2nd ed.).Wyoming,OH:Transcultural C.A.R.E. Association.

CAMPINHA-BACOTE Josepha (1995).The quest for cultural competence in nursing care.Nursing Forum. Volume 30 (4).19-25.

CAMPINHA-BACOTE Josepha (1999).A framework for providing culturally competent health care services in managed care organizations.In:Journal of Transcultural Nursing. Volume.10.290-291.

CAVANAGH Stephan J. (1997). Pflege nach Orem. 2. Auflage. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.

CHAN.S./WONG.F.(1999).Development of basic nursing education in China and Hong Kong.Journal of advanced nursing.(29).1300-1307.

CHEN Y-C. (2001). Chinese Values, Health and Nursing. In: Journal of Advanced Nursing. Volume 36 (2). Oktober 2001.270-273 (4). Blackwell Publishing.

CHEUNG N.F.(1997). Chinese zuo yuezi in Scotland. In:Midwifery. Volume 13.313-316.

CSORDAS Thomas J. (ed) (1994). Embodiment and experience. New Perspectives in Medical Anthropology. Cambridge University Press.

DIEKMANN Andreas (2000).Empirische Sozialforschung. Grundlagen Methoden Anwendungen. 6. Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH. Reinbeck bei Hamburg.

DOMENIG Dagmar (Hsg.).(2007).Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-Gesundheits-und Sozialberufe. 2. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

DOUGLAS Mary (1966). Purity and Danger .An Analysis of Concept of Pollution and Taboo. Routledge & Kegan Paul New York.

DOUGLAS Mary (2004). Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialantropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. 4. Auflage. Fischer Taschenbuchverlag Frankfurt am Main.

DREIßIG Verena (2004). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Transcript. Bielefeld.

EVANS Harriet (2005).Woman an sexuality in China: Dominant Discourses of Female Sexuality and Gender Since 1949.Reprinted.First published in1997. Polity Press.Cambridge.

EVANS Harriet (2008). The Subject of Gender. Daughters and Mothers in Urban China. Rowman & Littlefield Publishers Inc.

FASSMANN Heinz/STACHER Irene (Hg.). (2003). Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demographische Entwicklungen – Sozioökonomische Strukturen – Rechtliche Rahmenbedingungen. Klagenfurt/Celovec.Drava.

FAWCETT Jaqueline (1998).Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick.2.überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

FAWCETT Jaqueline (1999).Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

FISCHER Joachim.(2011).Gesellschaftskonstitution durch Geburt-Gesellschaftskonstruktion der Geburt. Zur Theorietechnik einer Soziologie der Geburt. In: VILLA Paula Irene/MOEBIUS Stephan/THIESSEN Barbara (Hg.).(2011).Soziologie der Geburt. Diskurse,Praktiken und Perspektiven.2011:22-37.Campus Verlag.Frankfurt/New York.

FLICK Uwe/KARDORFF von Ernst./STEINKE Ines (Hg).(2003).Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH. Reinbeck bei Hamburg.

FRIEBE Jens/ZALUCKI Michaela (Hrsg.). (2003). Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG. Bielefeld.

FROSCHAUER Ulrike/LUEGER Manfred (2003).Das Qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.

FURTH Charlotte/SHU-YUEH Chen (1997). Chinese Medicine an the Anthropology of Menstruation in Contemporary Taiwan. in: Medical Anthropology Quarterly. Volume 6. No.1. 27-48.

GERNET Jacques.(1997).Die chinesische Welt. Suhrkamp Verlag. Frankfurt.

GOERKE Kay7JUNGINGER Christa.(Hrsg.). (2010)..Pflege konkret. Gynäkologie Geburtshilfe. 4.Auflage Urban und Fischer Verlag. München

GIGER J.N./DAVIDHIZAR R.E.(1999).Transcultural nursing assesment and intervention.(3rd ed.).St.Louis.MO:C.V.Mosby.

GLASER Barney G/STRAUS Anselm L.(1998).Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Verlag Hans Huber. Bern.

GORDON Marjory/BARTHOLOMEYCZIK Sabine (2001). Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. Urban &Fischer Verlag. München/Jena.

GREIFELD Katarina (Hrsg.). (2003).Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. 3. Auflage. Dietrich Reimar Verlag GmbH. Berlin.

HABERMANN Monika (1997). Vom Umgang mit dem Fremden-der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: UZAREWICZ Charlotte/PIECHOTTA Gudrun.(1997.53-62).Transkulturelle Pflege. Curare Sonderband10.VWB Verlag. Berlin.

HARDER Ulrike (Hg.). (2001). Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause.Stuttgart.

HAUSER-SCHÄUBLIN Brigitta (Hrsg.). (1998). Differenz und Geschlecht: Neue Ansätze in der ethnologischen Forschung. Reimer Verlag. Berlin.

HEINE Steven J. (2001). Self as Cultural Product: An Examination of East Asian and North American Selfes. In: Journal of Personality. 69:6.12/2001. Blackwell Publisher. Malden. USA.

HERRMANN Eva/KÄTKER Sandra (2007).Diversity Management. Organisationale Vielfalt im Pflege-und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen. Verlag Hans Huber. Bern.

HILGERS Micha (2006). Scham. Gesichter eines Affekts. Vandenhoeck &Ruprecht Verlag. Göttingen.

HAN Petrus. (2005).Soziologie der Migration.2.Auflage.Lucius & Lucius verlag.UTB. Stuttgart.

HOFFMANN Joachim/ BAILLOD Jürg (1996). Was bedeutet es für Männer Krankenpfleger zu sein. In: Pflege die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 9. Jahrgang. Heft 3. Seite 207 – 215.

HONG Y.S./YATSUSHIRO R.(2003).Nursing education in China in transition.Journal of Oita Nursing and Health Sciences.(4).41-47.

HSU. Elisabeth. (2003).Die drei Körper-oder sind es vier? Medizinethnologische Perspektiven auf den Körper. In: LUX Thomas (Hrsg.).(2003).(177-189).Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Dietrich Reimar Verlag GmbH. Berlin.

IMPEY Lawrence/CHILD Tim (2008). Obstetrics &Gynaecology. Third Edition. Willey-Blackwell. Oxford.Uk.

JANUS Ludwig (1995).Entwicklungen zu einer neuen Kultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt. In: Schiefenhövel u.a.(Hg.).(1995) Gebären. Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege.391-395.Wiesbaden.

JORDAN Brigitte (1993). Birth in four Cultures. A crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan,Holland,Sweden and the United States.4th edition:Revised and expanded by Davis –Floyd.Waveland Press.

JORDAN Brigitte (1995). Die Geburt aus der Sicht der Ethnologie. In: Schiefenhövel u.a.(Hg.).(1995) Gebären. Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege.25-30.Wiesbaden.

KARTCHNER Robin/CALLISTER CLARK Lynn (2003). Giving Birth. Voices of Chinese Women. In:Journal of Holistic Nursing. Volume 21.2003.pp.100-115.

KELLE.Udo.(2003).Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: FLICK Uwe/KARDORFF von Ernst./STEINKE Ines (Hg).(2003).299-308.Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH. Reinbeck bei Hamburg.

KLEINMAN Arthur (1980). Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the Boarderland between Antropology, Medicine, and Psychiatry.University of California Press. Berkely. London.

KLEINMAN Arthur (1988).The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. Basics Books. A Member of the Perseus Book Group. United States of America.

KOFMAN Eleonore /PHIZACKLEA Annie /RAGHURAM Parvati /SALES Rosemary (2000). Gender and International Migration in Europe. Employment, Welfare and Politics. Routledge./London/New York.

KÖRTNER Ulrich (2004). Grundkurs Pflegeethik. Facultas Verlags-ud Buchhandels AG. Wien.

KOTTE Gudrun (2009). Wissen, Körper, Kompetenz. Das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von chinesischen Frauen in Berlin. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Band 16.Weißensee Verlag. Berlin.

KOTTWITZ Anita/SPIEß Katharina/WAGNER Gert.(2011).Die Geburt im Kontext der Zeit kurz davor und danach-Eine repräsentative empirische Beschreibung der Situation in Deutschland auf der Basis des Sozio-oekonomischen Panels(SOEP).In: VILLA Paula Irene/MOEBIUS Stephan/THIESSEN Barbara (Hg.).(2011:127-153).Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Campus Verlag. Frankfurt/New York.

KOZON. Vlastimil/SEIDL Elisabeth (HG.) (2002) Pflegewissenschaft der Gesundheit verpflichtet. Facultas Verlag Wien.

KRABEL Jens /STUVE Olaf (2006). Männer in Frauenberufen der Pflege und Erziehung. Verlag Barbara Budrich. Obladen.

KRISTEVA Julia (1976). Die Chinesin. Die Rolle der Frau in China. Nymphenburger Verlagshandlung GmbH. München.

KUCKARTZ Udo (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3.Auflage.VSVerlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

KUNTNER Lieselotte.(2007).Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In: DOMENIG Dagmar (Hsg.).(2007).(439-456).Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-Gesundheits-und Sozialberufe. 2. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

LEININGER Madleine/Mc FARLAND Marilyn R. (2002). Transcultural Nursing. Concepts Theories, Research, and Practice. Third Edition. The McGraw-Hill Companies Inc. USA.

LEUTNER Mechthild.(1998).Geburt, Heirat und Tod in Peking. Volkskultur und Elitekultur vom 19.Jahrhundert bis zur Gegenwart. Dietrich Reimer Verlag.Berlin.

LEUTNER Mechthild /SPAKOWSKI Nicola (Hrsg).(2005).Women in China. The Republican Periode in Historical Perspective. LIT Verlag. Münster.

LOCK Margaret/FARQUHAR Judith (Hrsg).(2007). Beyond the Body proper. Reading the Anthropology of Material life. Duke University Press. Durham and London.

LOYTVED Christine.(1997).Die Hebamme vor der Gebärenden – Der Arzt hinter der Hebamme. Arbeitsfelder in der Geburtshilfe um 1800 in Lübeck. In: UZAREWICZ Charlotte/PIECHOTTA Gudrun.(1997).209-223.Transkulturelle Pflege. Curare Sonderband10.VWB Verlag .Berlin.

LÜSEBRINK Hans-Jürgen (2005). Interkulturelle Kommunikation. Interaktion Fremdwahrnehmung Kulturtransfer. Verlag J. B. Metzler. Stuttgart Weimar.

LUX Thomas (Hrsg.).(2003).Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Dietrich Reimar Verlag GmbH. Berlin.

MAE Michiko/SAAL Britta (Hrsg.) (2007). Transkulturelle Genderforschung. Ein Studienbuch zum Verhältnis von Kultur und Geschlecht. VS Verlag für Sozialwissenschaft. Wiesbaden.

MAHLER Sara J./PESSAR Patricia R. (2006). Gender Matters: Ethnographers bring gender from the periphy toward the core of migration studies. In: International Migration Review. Volume 40.1.27-63. (IMR-special issue: "Gender and Migration Revisited").

MAOSHING Ni (HG). (2003). 5. Auflage. "Der gelbe Kaiser". Das Grundlagenwerk der traditionellen chinesischen Medizin. Otto Wilhelm Barth Verlag. Bern/München/Wien.

MARCHMENT Robin (2008). Gynäkologie in der chinesischen Medizin. Urban &Fischer Verlag. München/Jena.

MARTIN Philip/MARTIN Susan/WEIL Patrick (2006). Managing Migration: The Promise of Cooperation. Lexington Books.A division of Rowman & Littlefield Publisher,Inc.

MASCIA-LEES Frances/JOHNSON BLACK Nancy (2000). Gender and Anthropology. Wareland Press. Inc. USA.

MAYER Hanna (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlag. Wien.

MAYER Hanna (2007). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2. Auflage. Facultas Verlag. Wien.

MAYRING Philipp (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5.Auflage. Beltz Verlag. Weinheim.

MAYRING Philipp (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10.Auflage. Beltz Verlag. Weinheim/Basel.

MIXA Elisabeth/MALLEIER Elisabeth/SPRINGER-KREMSER Marianne/BIRKHAN Ingvild (Hrsg.). (1996). Körper Geschlecht Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Studien Verlag. Innsbruck.

NADIG Maya (1998). Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual. Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In: HAUSER-SCHÄUBLIN Brigitta (Hrsg.). (1998). Differenz und Geschlecht: Neue Ansätze in der ethnologischen Forschung. Reimer Verlag. Berlin.

NEUMANN-PONESCH Silvia (2011). Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas Verlag. Wien.

NEWTON Charleen (1997). Pflege nach Roper Logan Tierney. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.

NOAK Horst (2002) Public Health und Pflegewissenschaft als innovative Kräfte im Gesundheitssystem. In: KOZON. Vlastimil/SEIDL Elisabeth (HG.) (2002.102-117) Pflegewissenschaft der Gesundheit verpflichtet. Facultas Verlag Wien.

OREM. Dorothea E. (1997) Eine Theorie der Pflegepraxis. In: SCHAEFFER Doris/ MOERS Martin/STEPPE Hilde/MELEIS Afaf. (1997.85-97). (Hrsg.). Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Verlag Hans Huber. Bern.

OTS Thomas (1999). Medizin und Heilung in China. Annäherung an die traditionelle chinesische Medizin. 3. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH. Berlin.

OTS Thomas (1991). Phenomnology of the Body. The Subject – Object Problem in Psychosomatic Medicine and the Role of Traditional Medical Systems herein. In: PFLEIDERER Beatrix/ BIBEAU Gilles (Eds). Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives. Special Issue 7/91. 43-58.

OTS Thomas (1999). Medizin und Heilung in China. Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin. 3.Auflage. Dietrich Reimer Verlag.Berlin.

PFLEIDERER Beatrix/ BIBEAU Gilles (Eds). Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives. Special Issue 7/91. 43-58.

PANG M.C.S.(1999).Protective truthfullness: The Chinese way of safe guarding patients in informed treatment decisions.Journal of Medical Ethics.(1999).(25).247-243.

PANG M.C.S.et al.(2000).Drawing a qualitative distinction of caring practices in a professional context: The case of Chinese nursing. Holistic Nursing Practice.(2000).(15).22-31

PANG M.C.S.et.al. (2000).Drawing a qualitative distinction of caring practise in a professional context: The case of Chinese Nursing. In:Holistic Nursing Practice.15.22-31.

PARNREITER Christof (2000). Theorien und Forschungsansätze zu Migration. In: HUSA Karl et.al.(2000). Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21.

Jahrhunderts? Reihe HSK. Internationale Entwicklung Nr. 17. Frankfurt am Main/Wien. 25-52.

PIECHOTTA G. (2000). Weiblich oder kompetent. Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Torronto/Seattle.

PÖCHHACKER Franz (2000). Kulturelle und Sprachliche Verständigung mit Nicht Deutsch Sprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: DAVID Matthias .BORDE Theda KENTENICH Heribert (Hrsg.). Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im Europäischen Kontext. 155-176. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main.

PILSBURY Barbara.(1978).“Doing the Month“:Confinement and Convalescence of Chinese Woman after Childbirth. Society Science and Medicine.(12).11-22.

PURNELL Larry D./PAULANKA Betty J. (2005). Guide to Culturally Competent Health Care. F.A. DAVIS COMPANY. Philadelphia.

PURNELL Larry.(2000).A description oft he Purnell model for cultural competence.In:Journal of Transcultural Nursing.Volume 11.40-46.

RASKY Eva (2009). (Hg.). Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Facultas.wuv Universitätsverlag. Wien.

RYAN Marilyn/Twibell Renee S..(2002).Outcomes of a Transcultural Nursing Immersion Experience: Confirmation of a Dimensional Matrix. In: Journal of Transcultural Nursing.(2002).Volume 13.30-39.Sage Publications.

SCHAEFFER Doris/ MOERS Martin/STEPPE Hilde (1997). Pflegewissenschaft-Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. Verlag Hans Huber. Bern. In: SCHAEFFER Doris/ MOERS Martin/STEPPE Hilde/MELEIS Afaf (1997:7-54). (Hrsg.). Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Verlag Hans Huber. Bern.

SCHAEFFER Doris/ MOERS Martin/STEPPE Hilde/MELEIS Afaf (1997). (Hrsg.). Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Verlag Hans Huber. Bern.

SCHAEFFER Doris/MÜLLER-MUNDT Gabriele (2002). (Hrsg.). Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Verlag Hans Huber. Bern.

SCHLEHE Judith (2000). Gender als als transkulturelle Konstruktion. In: SCHLEHE Judith (Hg.). Zwischen den Kulturen – zwischen den Geschlechtern. 7-18.Münster.

SCHMITZ G. (2002).“Krankenpflege als Frauenberuf. Wie und warum erfolgte die Verweiblichung der Pflege”? In: Pflegezeitschrift. Pflegedokumentation. Hintergrundinformationen für Unterricht und Praxis. 55. Jahrgang Heft 4. April 2002.2 – 7.

SCHNEPP Wilfried/WALTER Ilsemarie (Hg.). (2010).Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft. Böhlau Verlag. Wien/Köln/Weimar.

SCHREMS Berta (2003). Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.

SCHREMS Berta (2008).Verstehende Pflegediagnostik. Facultas Verlags-und Buchhandels AG. Wien.

SCHÜTZ A./LUCKMANN TH. (2003.Strukturen der Lebenswelt. Band 1 UVK-Verlagsgesellschaft .Konstanz).

SCHÜCKING. Beate.(1995).Frauen in Europa –unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In: SCHIEFENHÖVEL Wolf u.a.(Hg.).(1995). Gebären.- Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 381-390 Sonderband Curare 8.Wiesbaden.

SCHÜCKING. Beate.(1996).Weiße Flecken in der Landschaft. Frauenforschung in der Medizin. In: MIXA Elisabeth/MALLEIER Elisabeth/SPRINGER-KREMSER Marianne/BIRKHAN Ingvild (Hrsg.). (1996). 229-243.Körper Geschlecht Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Studien Verlag. Innsbruck.

SEIDL Elisabeth (2002) Zwischen Forschung und Akademisierung-Rückblick auf zehn Jahre. In: KOZON. Vlastimil/SEIDL Elisabeth (HG.) (2002.28-43) Pflegewissenschaft der Gesundheit verpflichtet. Facultas Verlag Wien

SIX-HOHENBALKEN Maria/TOSIC Jelena (Hg.). (2009). Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Facultas Verlag. Wien.

SMITH Derek R./TANG Sa (2004). Nursing in China: Historical development, current issues and future challenges. In. Japanese Journal of Nursing and Health Sciences (2004) 5 (2). 16-20.Oita.

SPECTOR R.E.(2000).Cultural Diversity in health and illness.(5th ed.).Englewood Cliffs. NY: Prentice Hall.

STEINER. Martina(2009).Interkulturelle Kompetenz aus anthropologischer Perspektive. In:SIX-HOHENBALKEN Maria/TOSIC Jelena (Hg.). (2009.266-283). Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Facultas Verlag. Wien.

STRASSER Elisabeth.(2009). Was ist Migration? Zentrale Begriffe und Typologien. In: SIX-HOHENBALKEN Maria/TOSIC Jelena. (Hg.). (2009.15-28). Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Facultas Verlag. Wien.

STRAUB Jürgen (u.a) (Hrsg.). (2007). Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder. Verlag J. B. Metzler. Stuttgart/Weimar.

TOSIC Jelena/KRONER Gudrun/BINDER Susanne (2009) Anthropologische Flüchtlingsforschung. In: SIX-HOHENBALKEN Maria/TOSIC Jelena (Hg.). (2009:110-127). Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Facultas Verlag. Wien.

UMMEL Hannes. (2004). Männer in der Pflege. Berufsbiographien im Umbruch. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

UNSCHULD Paul U. (2003). Chinesische Medizin. 2.Auflage. Verlag C.H. Beck. München.

URAY-KÖHALMY Käthe (1989). Die Stellung der Frau in der mongolischen Gesellschaft In: ARBEITSGRUPPE ETHNOLOGIE WIEN (1989:307-324). Von fremden Frauen. Frausein und Geschlechterbeziehungen in nichtindustriellen Gesellschaften. Suhrkamp Verlag. Frankfurt.

UZAREWICZ Charlotte/PIECHOTTA Gudrun.(1997).Transkulturelle Pflege. Curare Sonderband10.VWB Verlag. Berlin.

VAN DER BRUGGEN Harry. (2002).Pflegeklassifikationen. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

VAN GENEPP Arnold (2005). Übergangsriten (Les rites de passage).3.erweiterte Auflage. Campus Verlag Frankfurt/Main/New York

VERWEY Martine (2003).Hat die Odysee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: LUX. Thomas(Hg.).Kulturelle Dimension der Medizin. Ethnomedizin-Medizinethnologie-Medical Anthropology.2003:277-307.Reimer Verlag. Berlin.

VILLA Paula Irene/MOEBIUS Stephan/THIESSEN Barbara (Hg.).(2011).Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Campus Verlag. Frankfurt/New York.

VON BRAUN Christina/STEPHAN Inge (Hrsg.). (2009). Gender @Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien. 2. Auflage. Böhlau Verlag. Köln/Weimar/Wien.

WALDSTEIN Anna/ADAMS Cameron. (2006).The Interface Between Medical Anthropology and Medical Ehnobiology. Royal Anthropological Institut.95-118.

WALKER OLZEWSKI Lorraine/COALSON AVANT Kay (2005). Strategies for Theory Construction in Nursing. 4th Edition. Pearson. New Jersey.

WANG Xiaoli/WANG Yan/ZANZHOU Sui/WANG Jing/WANG Jinian.(2008).A population -based survey of womens`s traditional postpartum behaviours in Northern China. In: Midwifery. (2008).(24).238-245.

WATT J.(2004).Breaking into public service: The development of Nursing in modern China, 1870-1949. Nursing History Review.(2004).(12).67-96.

WELSCH WOLFGANG (1997). Transkulturalität. Zur veränderten Verfassung heutiger Kulturen. In: SCHNEIDER Irmella/THOMSEN Christian W.(Hrsg.) (1997.67-90) Hybridkultur. Medien, Netze, Künste. Wienand Verlag Köln.

WOLF Angelika/HÖRBST Viola (2003).Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung. In:

WOLF Angelika/HÖRBST Viola (Hrsg.). (2003.3-30). Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche-lokale Antworten. Münster/Hamburg.

WURMSER Leon (2008). Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. 5. Auflage. Verlag Dietmar Klotz Frankfurt.

XU Y.et al. (2002). A comparison of nursing education curriculum in China and the United States. Journal of Nursing Education.(2002). (41).310-316.

YEUNG A./CHANG D. (2002).Adjustment Disorder:Intergenerational Conflict in a Chinese Immigrant Family. Clinical Case Study.In:Culture,Medicine and Psychiatry.An International

Journal of Comparative Cross-Cultural Research. (2002) (26) (4) 509-525.Kluwer Academic Publishers. Dordrecht, Boston, London

ZIELKE-NADKARNI Andrea (2003). Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen: eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. 1.Auflage

ZIELKE-NADKARNI Andrea/SCHNEPP Wilfried (Hrsg.).(2003). 1.Auflage.Pflege im kulturellen Kontext. Positionen – Forschungsergebnisse - Praxiserfahrungen. Verlag Hans Huber. Bern.

7.1 Online Quellen

FWF (Fond zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung Projektdatenbank
http://www.fwf.ac.at/de/projects/projekt_suche.html
Letzter Zugriff am 10/02/2012.um 16:06.

GUKG Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) StF: BGBl. I Nr. 108/1997 (NR: GP XX RV 709 AB 777 S. 82. BR: 5494 AB 5515 S. 629.) (CELEX-Nr.: 377L0452, 377L0453, 389L0048, 392L0051)
http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnumer=10011026
Letzter Zugriff am 23/01/2013 um 16:01.

MUTTERSCHUTZGESETZ Gesamte Rechtsvorschrift für Mutterschutzgesetz 1979, Fassung vom 24/01/2013 Langtitel Mutterschutzgesetz 1979 - MSchGStF: BGBl. Nr. 221/1979(WV)
http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008464 Letzter Zugriff am 24/01/2013um 16:05.

ÖSTERREICHISCHER INTEGRATIONSFOND

www.integrationsfond.at

ZHAO Mingnan (2011). ÖIF-Dossier n°10. Die chinesische Community in Österreich.
http://www.integrationsfonds.at/de/publikationen/oeif_dossiers/die_chinesische_com…am
Letzter Zugriff am 07/04/2011 um 15:30.

STATISTIK AUSTRIA

www.Statistik Austria.at
http://www.statistik.at/web_de/static/internationale_zu-_und_wegzuege_2008-2011_nach_ausgewaehlten_herkunfts-_un_022924.xlsx
Letzter Zugriff am 22/01/2013 um 19:00.

WICKHORST Annika (2007). Einführung in die Medizinethnologie. Vorlesungsunterlagen Sommersemester. Institut für Völkerkunde. Albertus Magnus-Universität. Köln.
http://www.uk-online.uni-koeln.de/remarks/…/rm2149103.pdf.
Letzter Zugriff am 23/09/2011 um 17:00.

WIENER GEBURTSKLINIKEN
http://www.wien.gv.at/gesundheit/spital/geburtskliniken.html
Letzter Zugriff am 13/02/2013 um 23:02.

8. Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1Zu-und Abwanderung der ChinesInnen 2008-2011 22
Tabelle 2 Überblick über die chinesischen InterviewpartnerInnen 44
Tabelle 3 Auszug aus dem Kategoriesystem der Chinesinnen 47
Tabelle 4 Geburtskliniken in Wien 50
Tabelle 5 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen 51
Tabelle 6 Kommunikation der ExpertInnen 59
Tabelle 7 Beschriebene Eigenschaften der Chinesinnen 59
Tabelle 8 Ernährung der Chinesinnen im Krankenhaus 64
Tabelle 9 Häufigsten Nahrungsmittel im Wochenbett der Chinnesinnen und die dazugehörige Begründung 94

9. Anhang

9.1 Interviewübersicht chinesische InformantInnen

DU = Dorrit Unger

LF = Leitfaden

EX = ExpertInneninterview

TB = Telefonbefragung

Nr.	Interview-partnerIn	Interview-form	Interviewerin	Datum	Ort	Dauer in Minuten
1	ACW 1	LF	DU	25/06/2010	Wien	48
2	ACW 2	LF	DU	25/05/2010	Wien	59
3	ACW 3	LF	DU	26/06/2010	Wien	130
4	ACW 4	LF	DU	29/06/2010	Wien	98
5	ACW 5	LF	DU	29/06/2010	Wien	79
6	ACW 6	LF	DU	29/06/201	Wien	69
7	ACW 7	LF	DU	29/06/2010	Wien	58
8	ACW 8	LF	DU	30/06/2010	Wien	86
09	ACW 9	LF	DU	30/06/2010	Wien	84
10	ACW 10	LF	DU	30/06/2010	Wien	54
1	PSN GP	EXP	DU	03/2010	Wien	61
2	PSN 1	EXP	DU	02/2011	Wien	43
3	PSN 2	EXP	DU	02/2011	Wien	38
1-10		EXP TB LF	DU	03/2010	Wien	Durchschnittlich 10

9.2 Soziodemographische Daten

Soziodemografische Angaben CHINA_ WEIBLICH_Version 04/12/2009

Ort des Interviews:.....Name Informantin / Pseudonym : .....

Geb. Datum / Alter: .....

Adresse in Österreich + Tel. Nummer/e-Mail .....

Staatsbürgerschaft: a) bei Geburt b) derzeit:

Muttersprache: Mandarin - Kantonesisch (Yue) – Wu - Taiwanesisch – Englisch – Deutsch

Weitere Sprachkenntnisse:

HERKUNFT:

Geboren in: ° Österreich ° VR- China Hongkong Taiwan ° Anderes

In welcher Provinz - Ort geboren? .....

Wo haben Sie Ihre Kindheit verbracht? farm - village - small city - big city

Wo sind Eltern geboren? Mu:.....Va:.....

Wann sind Eltern geboren? Mu:.....Va:.....

Wo leben Eltern heute? Mu:.....Va:..... (falls verstorben – wann)

Wo haben Eltern in Asien gelebt (falls..)? ..... Provinz - Ort: farm - village - city

Wie viele Kinder hat ihre Mutter geboren ? n= ....männlich =.....weiblich = ...

Leben noch alle? .....(Vorsichtig)! Gab es auch Todesfälle?

Welche Nummer in der Geschwister-Reihe waren Sie?

Wo sind Geschwister geboren: .....wo leben sie heute? .....(Land/Ort)

RELIGION: Welcher Religion gehören Sie an?

Buddhismus – Christliche (röm. Kath - evangelisch -andere) – Andere – keine

Spielt Religion eine Rolle im Leben? .. ° ja ° nein

Nehmen Sie regelmäßig an Zeremonien/ Feiern teil?.. ° ja ° nein Wo?

Schulbildung + Ort + Dauer :

WO + WANN: Grundschule : .....Hauptschule: .....Gymnasium.....College: ..... University

Berufsausbildung

a) im Herkunftsland: .....b) in Österreich:.....

Ihre Berufstätigkeit

im Herkunftsland .....b) in Österreich: .....

Berufstätigkeit der Eltern. Vater+ Mutter

im Herkunftsland .....b) in Österreich: .....

Berufstätigkeit des Partners

im Herkunftsland .....b) in Österreich: .....

Familienstand: ledig – verheiratet – geschieden – verwitwet -– in Beziehung lebend (Mehrfachnennung möglich!)

Haben Sie Kinder : ? ° ja (Anzahl: m + w) ° nein (besteht Ki Wunsch?)

Wann geboren:

Geburt im Herkunftsland – oder Österreich?

Haushaltsform derzeit: Mietwohnung - Eigentumswohnung - Haus

Haushaltsgröße: Anzahl Personen + mit wem im Haushalt :

Migrationsgeschichte- Lebenssituation / Alltag in Österreich

(1 + 2. Generation – Fragen variieren!)

Wann + Warum sind Sie nach Österreich gekommen?

Wie sind Sie nach Österreich gekommen? (Transit über anderes Land?)

Mit wem gekommen: ° allein ° mit Partner ° mit Familie ° anderes

Lebt von Ihrer Familie noch jmd. in Österreich . ° ja ....° nein WER?

Haben Sie noch Bezug zu Ihrem Herkunftsland; wenn ja, wie sieht dieser aus?

Wie oft reisen Sie ins Herkunftsland (ihrer Eltern):

Wann das letzte Mal? Grund:

Wie war die erste Zeit als MigrantIn in Österreich? Was war schwierig?

Was war anders als im Herkunftsland!

Wer oder was hat Ihnen in der ersten Zeit geholfen?

Rückblickend – für 1. Generation: Haben sich Ihre Vorstellungen,Wünsche, Träume erfüllt?

Was ? was nicht?

Soziale Kontakte + Netzwerke

Wie oft treffen Sie sich mit Personen selber Herkunft in Österreich?

° 1 x pro Woche ° mehrmals pro Woche ° 1 -2 pro Monat ° seltener

Wie sieht Freundeskreis aus:

° Eher Kontakte zu ÖsterreicherInnen oder ° zu Menschen aus Herkunftsland?

Treffen Sie sich mit anderen AsiatInnen: ° in Verein ° Organisation

Wo?

Werden dort auch Traditionen aus Herkunftsland gepflegt? Feiern, Zeremonien..?

GENDER – FRAU-SEIN

Was bedeutet es für Sie eine Frau zu sein?

Was bedeutet es eine „asiatische Frau“ in Österreich zu sein?

Welche Traditionen / Werte aus Ihrer Herkunftskultur beeinflussen ihr Leben als Frau?

Haben sich durch Migration Probleme ergeben mit: ° Eltern ° Partner °Kinder ?

ERNÄHRUNG - Rolle der asiatischen Küche /Kochgewohnheiten

Kochen Sie selbst?

(Wann) Spielt asiatische Küche /Kochgewohnheiten eine Rolle (bei Festen?)

RAUCHEN Sie? ° Ja °nein

9.3 Transkriptionsregeln

Abkürzungen:

I = Interviewerin

IP = Interviewpartnerin

Ü = Übersetzerin

// = Satz abgebrochen

(Pause) = Pause

(…) = unverständlich

kursiv = ursprünglich Chinesisch

fett = betont

(lacht) = Anmerkungen

(unterstrichen) = Unsicherheiten bei der Transkription

Schriftgröße: 12

Zeilenabstand: 1,5

KEINE Leerzeile zwischen I und IP!

Zeilennummerierung: durchgehend

Seitennummerierung und Codierung

Diplomarbeit/Transkriptionsregeln/Version 1/03/2010

9.4 Interviewleitfaden

Wochenbett und Pflege

Beschreibung Tag der Geburt

Wie fühlten sie sich betreut?
Von ÄrztInnen
Von Hebammen
Von Krankenpflegepersonal
War ihr Mann oder ein/eine FamilienangehörIge dabei?

Gab es Kontakt zu anderen Frauen auf der Station?
Hatten sie Besuch?
Von wem und wie oft?
Wie waren die Besuchszeiten
Wie hätten sie die Besuchszeiten gerne gehabt?

Beschreibung die ersten Tage nach der Geburt

Tagesablauf
Eventuelle Probleme die aufgetreten sind
Kennen sie den Brauch des "zou yuezi"?
Können sie mir erklären was das ist?
Warum macht man das?
Wer hat ihnen das erzählt?
Und wenn sie das nicht einhalten?

Beschreibung der Kommunikation

Welche Sprache wurde mit Ihnen gesprochen?
Haben Sie immer alles verstanden?
Gab es jemanden der übersetzen konnte?

Beschreibung Essensgewohnheiten im Wochenbett

Wie war das Essen im Krankenhaus?
Was würden sie gerne essen?
Wie oft würden sie gerne essen?

Beschreibung Körperpflege im Wochenbett

Wie war das mit dem Duschen oder Waschen?
Wie ist das Duschen und Waschen in China üblich nach der Geburt?
Hilfestellung bei der Körperpflege
Hat ihnen jemand geholfen beim Duschen oder Waschen?
Wenn ja, wer hat ihnen geholfen?

Schämen sie sich ihren Körper vor anderen nackt zu zeigen?

Kennen sie den Begriff –„Rooming in"-?
Wenn ja, was halten Sie davon?

Beschreibung der Stillgewohnheiten

Wie war das mit dem Stillen?
Wurde Ihnen die Möglichkeit einer Stillberatung angeboten?

Formulierugen der Wünsche und Erwartungen

Welche Erwartungen haben sie an die Pflegepersonen im Krankenhaus im Zusammenhang mit Geburt und Wochenbett?
Was haben sie gut gefunden?
Was haben sie schlecht gefunden?
Was hätten sie gerne anders gehabt?
Wie stellen sich die Unterschiede in Österreich zu ihrem Heimatland die Pflege betreffend dar?
Möchten sie über die Pflegehandlungen während des Krankenhausaufenthaltes informiert werden?

Gender
Welches Geschlecht bevorzugen sie bei der Pflege in der gynäkologischen Abteilung?
Und warum?
Pflegediagnosen
Erläuterung des Begriffes Pflegediagnose
Kennen sie den Begriff Pflegediagnose?
Wurden Pflegediagnosen mit Ihnen besprochen?

Welche Rituale gibt es in ihrer Heimat nach der Geburt mit der Nabelschnur und mit der Plazenta?

Gibt es religiöse Rituale, wie Taufe, Namensgebung und Gebet?

Beschreibung Wochenbett zu Hause

Wie war es nach der Geburt zu Hause?

In den ersten Tagen

In den ersten Wochen

9.5 Interviewleitfaden Telefonbefragung ExpertInnen

Interviewleitfaden -ExpertInnen

Pflege im Wochenbett -Telefonbefragung Geburtskliniken Wien

Kurze Information zum FWF Projekt

Das FWF Projekt- Projektleitung Frau Dr. Binder-Fritz Medizinische Universität Wien

Ein voraussichtlich drei Jahre dauerndes interdisziplinäres Projekt über „Asiatische Frauen in Wien“. Gefördert vom österreichischen Forschungsfond. Information erfolgt anonym. Wissenschaftliches FWF Projekt von Medizin UNI und Institut für Kultur- und Sozialanthropologie im Rahmen meiner Diplomarbeit in Pflegewissenschaft von Frau Dorrit Unger Studentin der Pflegewissenschaft

Fragen:

1) ist die Stationsleitung eine Hebamme oder eine Krankenschwester?
2) Wenn Hebamme – wer ist ihr Vorgesetzter?
    a) die Pflegedirektion
    b) der Arzt
3) Wie viele Betten haben sie an der Geburtenabteilung?
4) Haben Sie männliches Pflegepersonal in der Geburtenabteilung?
5) Wie ist die Personalverteilung
    a) Gesundheits-und Krankenschwestern
    b) Hebammen
    c) Kinderkrankenschwestern
6) Wer betreut die Patientinnen?
    a) Gesundheits- und Krankenschwestern
    b) Säuglings- und Kinderkrankenschwestern
    c) Hebammen
7) Ist Geburtshilfe und Gynäkologie
    a) getrennt
    b) zusammen
8) Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Wöchnerinnen nach der Geburt?
9) Gibt’s es Erinnerungen an chinesische PatientInnen/Wöchnerinnen?
10) Wenn ja, erzählen Sie bitte kurz über und welche Besonderheiten gibt es?
    a) Hygiene
    b) Ernährung
    c) Besuchswünsche
    d) Stillen
    e) Infektionen
    f) Sprache
    g) Besonderheiten
11) Wird bei Ihnen im Haus nach einem bestimmten Pflegemodell gearbeitet?
12) Arbeiten Sie mit Pflegestandards, Pflegediagnosen (welche)?

9.6 Datencodierung

Kürzel der Interviewer	
DU	*Dorrit Unger*
Ort der Aufnahme	
CS	*Clinical Setting*
AC	*Asian Community*
PS	*Private Setting*
Interviewpartner	
CSD	*Doctor in Clinical Settings*
CSN	*Nurse in Clinical Settings*
CSMW	*Midwife in Clinical Settings*
CSC	*Client in Clinical Settings*
ACX	*Expert in the Asian Community*
ACW	*Woman in the Asian Community*
ACM	*Men in the Asian Community*
SB	*Stillberaterin*

PO	teilnehmende Beobachtung -participant observation
IG	Informelles Gespräch
TB	Telefonische Befragung
MB	Befragung per Mail

Beispiel 1:DU_20082008_CSN_PO=Dorrit Unger hat am 20.08.2008 eine teilnehmende Beobachtung Pflegehandlung im Krankenhaus dokumentiert.

Beispiel 2:DU_05092008_ASC_TS=Transkript zum MP3 File vom 05.09.2008

9.7 Abstract

Im Rahmen medizinanthropologischer ,soziologischer und vor allem pflegewissenschaftlicher Forschung beschäftigt sich diese Arbeit vor allem mit der Frage, wie chinesische MigrantInnen den Prozess Wochenbett (zou yuezi) in Wien erleben und wie durch deren Erleben und Erfahrungen pflegerisches Handeln auf geburtshilflichen Abteilungen in Wien beeinflusst wird. Der medizinanthropologische Ansatz von Arthur Kleinman, die These des „Embodiments“ von Csordas, die Körperkonzepte nach Scheper –Hughes und Lock , sowie die Adaption von Hsu bilden den theoretischen Hintergrund .Es handelt sich um eine qualitative Forschungsarbeit in welcher qualitative Interviews und eine Telefonbefragung durchgeführt wurden. Ausgehend vom Phänomen Geburt und Wochenbett wurden pflegerelevante Themen bearbeitet. Das chinesische Wochenbett stellt eine weitverbreitete traditionell bedingte Praxis dar , die unabhängig vom Lebensmittelpunkt und Herkunftsort der chinesischen MigrantInnen in Wien weitergeführt wird. Sie beeinflusst den Alltag der chinesischen Wöchnerin maßgeblich und beginnt unmittelbar nach der Geburt im Krankenhaus. Migrationstheorien wurden bearbeitet und Migrationsgründe der chinesischen MigrantInnen erfasst. Das „zou yuezi“ ist allen chinesischen MigrantInnen bekannt und wird von allen in verschiedenen Ausprägungen in Wien ausgeübt .Die Pflege auf geburtshilflichen Abteilungen in Wien wird unterschiedlich wahrgenommen, aber einheitlich bewertet. Durch die detaillierte Bearbeitung der verschiedensten Aspekt die Pflege von chinesischen MigratInnen betreffend kann ein umfassender Überblick zum chinesischen Wochenbett in Österreich und die damit verbundene Pflege auf geburtshilflichen Abteilungen geboten werden. Diese Arbeit bietet somit einen Beitrag zum pflegewissenschaftlichen Diskurs in Bezug auf die Pflege von MigrantInnen und transkultureller Kompetenz in der Pflege.

9.8 Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Betreuerin Fr.Dr.Christine Binder-Fritz bedanken. Sie hat mich mit Ihrem unerschütterlichen Glauben an meine Fähigkeiten und an das damit verbunden Vollenden dieser Arbeit, durch fachlichen Rat, Kompetenz und vor allem Geduld unterstützt. Die Möglichkeit bei dem von Ihr geleiteten Forschungsprojekt mit zu arbeiten und in diesem Rahmen diese Diplomarbeit zu verfassen sehe ich als besondere Bereicherung für meine universitäre Ausbildung und weiteren Weg. Ihr Interesse an meiner Forschung und die über Jahre andauernde Betreuung hat mir immer wieder Mut gemacht, und die folgenden Schritte zu unternehmen, motiviert. Vor allem für Ihr Verständnis in oft schwierigen Phasen dieser Arbeit danke ich sehr.

Besondere Dank gilt meiner Familie, meinen ehemaligen Vorgesetzten DGKS Irene E.Zach, MAS Pflegedirektorin des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Eisenstadt in Ruhestand und der derzeitigen Pflegedirektorin DGKS Brigitte Polstermüller, MscN für Ihre jahrelange Unterstützung.

Meinen Freundinnen Bettina Gmazs, Erika Holler, Regina Fröhlich, Karin Strobl und Michaela Unger danke ich für ihre Geduld, ihre Ermutigungen und ihre Hilfe während der Entstehung dieser Arbeit.

Weiteres danke ich ganz besonders meinen InformantInnen für ihr Vertrauen und ihre Offenheit mit dem sie mich an ihren Vorstellungen, Erfahrungen, Empfindungen und vor allem an ihren Lebensabschnitten teilhaben ließen.

9.9 Lebenslauf

Curriculum vitae	Dorrit Unger
Adresse	Dreifaltigkeitsstrasse 37
	7000 Eisenstadt
Telefonnummer	Mobiltelefon 00436644754017
E-Mail	dorrit.unger@aon.at
Geburtsdatum	03.04.1966
Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung und Weiterbildung

1972 – 1976	Volksschule, Mattersburg
1976 – 1986	Bundesrealgymnasium, Mattersburg, Wien
1986 – 1987	Kaufmännischer Lehrgang, WIFI Wien
1987 – 1990	Gesundheits-und Krankenpflegeschule am Sozialmedizinischen Zentrum Ost, Wien
1997 – 1998	Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von OP Schwestern und Pfleger (SAB OP), Wr. Neustadt
2000 – 2001	Weiterbildung für Führungsaufgaben in der Pflege Teil I, Mödling
seit 2002	nebenberuflich Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien

Beruflicher Werdegang

Seit 05/2012	Evangelisches Krankenhaus,BereichsleitungZentral OP,Wien
05/2009-05/2012	Wiener Privatklinik Betriebs- G.m.b.H, Zentral OP,Wien
1999 – 04/2009	Stationsleitung
1998 – 1999	Stationsleitungsvertretung
1993 – 1998	DGKS OP, Unfallambulanz ,Unfall -und Orthopädie OP. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt
1992 – 1993	Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Station C2, Wien
1990 – 1992	2.Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Station A500, E200, Wien

Projekte

Projektleitung Standardisierung Einführung neuer Mitarbeiter in der Gesundheits- und Krankenpflege im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt.
Projektleitung Einführung des SAP-Dienstplanmodul in die Gesundheit- und Krankenpflege im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt.
Mitarbeit Projekt Öffentlichkeitsarbeit „Gesundheitsgespräche“ im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt.

Sprachen	Englisch in Wort und Schrift Grundkenntnisse Gebärdensprache
Sonstiges	
08/2008-10/2008	Auslandspraktikum im Rahmen einer Bildungskarenz Beacon Hospital, Operating Theatre Staff Nurse, Dublin, Irland
1998-2005	Nebenberufliche Lehrtätigkeit in der SAB OP, Gesundheits- und Krankenpflegeschule, Wr. Neustadt
07/2004-08/2004	Forschungsassistenz bei Dr. Binder – Fritz, Qualitative Datensammlung zum Thema:“ Interkulturelle Pflege“ im Geriatrie – Zentrum Wienerwald, Wien
seit 06/2008	Mitarbeiterin am Projekt „Asians Women Voices on Gender Body and Care“ Projektleitung: Dr. Christine Binder-Fritz Medizinische Universität Wien gefördert vom Österreichischen Forschungsfond (FWF)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere,

- die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst zu haben,
- keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel benutzt zu haben und mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfen bedient zu haben
- dieses Diplomarbeitsthema bisher keinem anderen Begutachter als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben
- dass die vorliegende Arbeit mit der von meiner Betreuerin beurteilten Fassung übereinstimmt.

Wien ‚Jänner 2013

Dorrit Unger