



universität
wien

MASTERARBEIT

Der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind in den
ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und die
Rolle der Pflege in diesem Prozess

Verfasserin

Miriam Strauss, BScN.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Berta Schrems, Priv. Doz.

Kurzzusammenfassung

Laut der *Bindungstheorie* von John Bowlby ist die Bindung zwischen Mutter und Kind ausschlaggebend für die emotionale Entwicklung des Kindes. Der Bindungsaufbau nach der Geburt stellt den sensiblen Beginn dieser Beziehung dar und ist dementsprechend wichtig. Idealerweise können Mutter und Kind einander direkt nach der Geburt spüren und kennen lernen. Doch nicht jede Geburt entspricht einer Idealsituation. Vor allem ein ungeplanter Kaiserschnitt kann ein schockierendes Erlebnis für Betroffene darstellen und den Beziehungsaufbau zum Neugeborenen beeinträchtigen. Die Kaiserschnittquote in Österreich liegt weit über der empfohlenen Grenze der Weltgesundheitsorganisation. Diese Tatsache macht das Thema Kaiserschnitt zu einem sehr relevanten für Praxis und Forschung. Die vorliegende Masterarbeit setzt sich mit dem Erleben des Beziehungsaufbaus von Müttern zu ihren Kindern nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und der Rolle der Pflege in diesem Prozess auseinander. Den theoretischen Hintergrund bilden die *Bindungstheorie* von John Bowlby und die *Transition Theory* von Afaf Ibrahim Meleis. Die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews sieben betroffener Mütter werden in Anlehnung an Auswertungsmethoden der *Grounded Theory* analysiert. Als zentral im Erleben der Mütter erweist sich, dass sie sich in einem Ausnahmezustand befinden, in dem sie sich vom Personal nicht wahrgenommen fühlen und somit unter einem unbefriedigten Unterstützungsbedarf leiden. Sie ergreifen zwar ihre neue Rolle als Mutter und finden eine Verbindung zu ihrem Kind, dies jedoch oft nur unter leidvollen Umständen. Ein ungeplanter Kaiserschnitt ist für das Personal Alltag, für die Betroffene jedoch ein einschneidendes Erlebnis. Die Autorin stellt sowohl für die Pflegeforschung als auch für die Praxis einen weiteren Bedarf an Auseinandersetzung mit der Thematik des ungeplanten Kaiserschnittes fest, um die Mutter-Kind-Bindung auch unter erschwerten Bedingungen von Anfang an zu stärken.

Abstract

According to John Bowlby's *Bonding Theory* the bond between mother and child is a determining factor for the child's emotional development. The bonding starts in the sensitive period after birth, which makes this time so very important. Ideally mother and child have the chance to get to know and feel the presence of each other right after birth; however, not every birth takes place as planned. Unplanned caesarean sections often happen to be a shock for the mothers and affect the bonding with the newborn. The World Health Organisation recommends to keep the rate of cesareans under 15% per year. The Austrian rate lies above these recommendations, which makes this topic very relevant for research and practice. The presented master thesis deals with the mothers' experiences of bonding with their children after unplanned caesareans and the nurses' role in this process. John Bowlby's *Bonding Theory* and Afaf Ibrahim Meleis' *Theory of Transitions* build up the theoretical background for this thesis. Seven guided interviews are analysed based on the methods of the *Grounded Theory*. The core phenomenon seems to be that mothers are in a state of exception after caesareans but feel that the hospital's staff do not notice their misery, which leaves an unfulfilled need of help. The mothers quite often enter their new maternal role under most distressing circumstances. For the staff, unplanned caesareans are a part of the daily routine; however, for the affected mothers they mean severe experiences. The author of this thesis concludes that there is a demand for further examination of this topic in order to strengthen the bonding between mother and child even under difficult conditions.

Inhalt

1	Einleitung	3
1.1	Fragestellungen.....	5
1.2	Ziel der Arbeit	5
1.3	Aufbau der Arbeit	6
2	Theoretischer Hintergrund	7
2.1	Die Literaturrecherche	7
2.2	Mutterwerden.....	7
2.2.1	Mutterwerden als Übergang	8
2.2.2	Theory of Transitions	9
2.3	Die Mutter-Kind-Bindung	12
2.3.1	Bindung	12
2.3.2	Die Bindungstheorie	13
	Die Bindungstheorie nach John Bowlby	14
	Der Beitrag Mary Ainsworth's	16
	Phasen der Bindungsentwicklung und internale Arbeitsmodelle	17
	Werdegang der Bindungsforschung	18
	Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe	20
2.3.3	Ablauf des idealtypischen Bondings nach Spontangeburt.....	22
2.4	Der ungeplante Kaiserschnitt.....	25
2.4.1	Definition, Indikation und Klassifikation	26
2.4.2	Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes	27
	Mögliche körperliche Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes für die Mutter	27
	Mögliche psychische Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes auf die Mutter	29
	Mögliche Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes auf das Neugeborene	30
2.4.3	Bonding nach dem Kaiserschnitt	31
3	Derzeitiger Forschungsstand	33
3.1	Die Literaturrecherche	33
3.2	Ergebnisse zum derzeitigen Forschungsstand	38
4	Empirischer Teil	43
4.1	Methode	43
4.1.1	Gütekriterien qualitativer Forschung	43
4.1.2	Rekrutierung der Interviewpartnerinnen	44
4.1.3	Datenerhebung	45

4.1.4 Datenauswertung in Anlehnung an die Grounded Theory	46
Offenes Kodieren.....	47
Axiales Kodieren	48
4.1.5 Ethische Aspekte	48
4.2 Ergebnisse.....	50
4.2.1 Der Kaiserschnitt als belastende Abweichung	51
Vorstellung einer normalen Geburt	51
Der Kaiserschnitt als Belastung für Körper und Seele	53
4.2.2 Mutterwerden unter erschwerten Bedingungen.....	57
Die Verbindung zum Kind finden	57
Ergreifen der Mutterrolle trotz Handicap Kaiserschnitt.....	62
Familie sein.....	65
Das Wunder der Geburt im Alltag des Krankenhauses	68
4.2.3 Unterstützung in der Bewältigung der Abweichung und beim Mutterwerden.....	70
Notwendigkeit der psychischen Unterstützung im gesamten Prozess.....	70
Wunsch nach vertrauter Umgebung	74
Spezieller Bedarf an pflegerischer Unterstützung beim Mutterwerden	76
(In-)Adäquate Umsetzung erleben.....	76
4.2.4 Das zentrale Phänomen	83
5 Diskussion	91
Limitationen.....	94
6 Schlussfolgerungen	96
7 Literaturverzeichnis.....	99
8 Grafiken- und Tabellenverzeichnis	106
9 Anhang	107
A1 Interview-Leitfaden	107
A2 Informierte Zustimmung.....	109
A3 Informationsschreiben für Mütter.....	112
A4 Curriculum vitae	113

1 Einleitung

Laut Statistik Austria (2013) ist die Kaiserschnitttrate in Österreich in den Jahren 2002 bis 2012 von 20,6% auf 29,4% gestiegen. Dieser sehr starke Anstieg in Österreich entspricht dem internationalen Trend. Die World Health Organisation [WHO] empfiehlt jedoch eine Kaiserschnitttrate unter 15% (Statistik Austria, 2013). Die Empfehlung der WHO ist gut begründet, denn Kaiserschnitte bedeuten viele potentielle negative physische und psychische Folgen für Mutter und Kind. Ein Kaiserschnitt ist eine große Bauchoperation inklusive aller Risiken und Konsequenzen, die eine solche mit sich bringt. Nicht nur für die Mutter, auch für das Neugeborene bestehen gesundheitliche Risiken durch eine Entbindung per Kaiserschnitt. Vor allem nach einer Geburt ohne vorgeburtliche Wehentätigkeit leiden die Kinder häufiger unter Anpassungsstörungen der Wärmeregulation, des Stoffwechsels, des Kreislaufes und der Atemtätigkeit (Taschner, 2008, Lang, 2009).

Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Sjöling, Hildingsson (2007) beschreiben in ihrer Studie, dass Frauen nach Kaiserschnitten vor allem in den ersten 24 Stunden postoperativ starke Schmerzen erleiden. Zudem sind die frisch operierten Mütter durch Anästhetika in ihrer Wachheit sowie Aufmerksamkeit beeinträchtigt (Kuguoglu, Yildiz, Tanir & Demirbag, 2012) und sind auch durch einen möglichen höheren Blutverlust geschwächt (Taschner, 2009). Des Weiteren schränken Infusionen, Operations-Wunde und Blasenkatheter die Mobilität und Selbstständigkeit der operierten Frauen ein (Taschner, 2009). Ein Kaiserschnitt bedeutet also nicht nur ein Kind zu bekommen, sondern auch eine operierte und dadurch in der Selbstständigkeit eingeschränkte Patientin zu sein.

Nach sekundären Sectiones (ungeplanten Kaiserschnitten) sind Mütter besonders häufig auch mit emotionalen Folgen konfrontiert. Studien besagen, dass speziell Notkaiserschnitte postnatale Stimmungstiefs, Ängste und Stress zur Folge haben (Weiss, Fawcett & Aber, 2009, Kuguoglu et al., 2012, Taschner, 2008). Di-Matteo (1996) stellt in einer Metaanalyse von 43 Studien fest, dass Frauen nach Kaiserschnitten unzufriedener mit der Geburt waren als Mütter, die vaginal entbunden haben. Zwar hat sich die Medizin und Betreuung im Wochenbett seit dieser Studie weiterentwickelt, trotzdem stellt sie einen Hinweis darauf dar, dass Kaiserschnitte für Frauen eine andere Bedeutung als natürliche Geburten haben. Eine Untersuchung der Facetten des psychologischen Distresses nach Kaiserschnitten mit 200 befragten Frauen identifizierte als Hauptthemen unter anderem Verlustgefühle, eine Unterbrechung in der Beziehung zum Kind, Gefühle der „Verstümmelung“ sowie Wut gegen das Personal (Clement, 2001). Auch aktuelleren Erfahrungsberichten nach zu urteilen, leiden

viele Frauen unter dem unerwarteten Geburtserlebnis und empfinden es als traumatisch. Gefühle der Schuld und des Versagens sowie herabgesetzter Selbstwert werden beschrieben (Meissner, 2010). Nach einem Kaiserschnitt kommt es meist zu einer Trennung zwischen Mutter und Kind, bis die frisch operierte Mutter vom medizinischen Personal fertig versorgt ist. Jedoch sind vor allem die ersten Stunden für die Mutter-Kind-Bindung ausschlaggebend. Durch den frühen Hautkontakt werden im weiblichen Organismus die Hormone Oxytocin und Prolaktin ausgeschüttet, welche maßgeblich verantwortlich für das Verlieben in das Neugeborene sind. Die hinzukommende Freisetzung von Endorphinen erleichtert das unter Umständen schwierige Geburtserlebnis. Kinder, die nach der Geburt innerhalb der ersten Lebensstunde an die Brust der Mutter gelegt werden, sind munterer und aktiver als jene, die erst nach einer Trennung wieder zur Mutter kommen (Lang, 2009). Die Wiedervereinigung von Mutter und Kind nach der postoperativen Versorgung wird vor allem nach Vollnarkosen oft als befremdlich und irritierend von Betroffenen beschrieben. Vielen Müttern fällt es schwer, ihr Kind gleich als solches anzunehmen und sich als dessen Mutter zu fühlen (Lang, 2009, Meissner, 2010). Studien belegen, dass viele Mütter nach Kaiserschnitten im Krankenhaus sowie auch nach der Entlassung zu Hause weniger positive Interaktionen mit ihrem Kind erleben (Grivell & Dodd, 2011). Ebenso beginnen weniger Frauen mit dem Stillen, sind mit mehr Stillproblemen konfrontiert und/oder brechen das Stillen im ersten Monat ab (Taschner, 2008, Kuguoglu et al., 2012). Wurde der erste Monat überschritten, stillen diese Frauen jedoch im Durchschnitt genauso lange wie Frauen nach Spontangeburt (Taschner, 2008). Dies weist darauf hin, dass der Beginn der Stillbeziehung ausschlaggebend sein kann für deren weiteren Verlauf. Gerade Stillen gilt als besonders förderlich für die Beziehung und das Wohlbefinden von Mutter und Kind (Lang, 2009). Weiss et al. (2009) schlussfolgern in ihrer Studie zu Anpassung und Lernbedürfnissen nach Kaiserschnitten, dass Mütter vor allem nach ungeplanten Kaiserschnitten bis über den stationären Aufenthalt hinaus einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Es treten vermehrt Schwierigkeiten mit der Verarbeitung der Geburt und in der Annahme der Mutterrolle auf. Weiss et al. (2009) empfehlen dabei eine intensivere Auseinandersetzung mit dem pflegerischen Anteil der Mutter-Kind-Betreuung. Die unerwartete Geburtssituation, die sterile Umgebung im OP-Saal, Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt, Müdigkeit, Schmerzen sowie die emotionale Belastung der Mutter, eventuelle Schläfrigkeit des Kindes und ein veränderter Hormonhaushalt stellen schwierige Bedingungen für den Beginn einer positiven Mutter-Kind-Beziehung dar. Forscher untersuchten die Annahme der Eltern-Rolle bei Eltern zu früh geborener Kinder. Studien ergaben, dass vor allem Frauen Bestärkung in ihren Rollen als

Mütter benötigen (Jackson, Ternstedt & Schollin, 2003, Flacking, Ewald & Starrin, 2007). Natürlich unterscheidet sich die Situation nach einer Frühgeburt von jener nach einem ungeplanten Kaiserschnitt. Beiden gemeinsam ist jedoch das Unerwartete am Geburtserlebnis. In beiden Fällen haben die Mütter vermutlich mit einem anderen Beginn ihrer Mutterschaft nach der Geburt gerechnet.

Bekannt ist also, dass nach ungeplanten Kaiserschnitten vermehrte Bindungsprobleme auftreten können. Wie genau der Prozess der Beziehungsentwicklung nach dem Kaiserschnitt von den Müttern im Krankenhaus erlebt wird, scheint noch wenig untersucht zu sein. In der Literatur zur Bindungsförderung nach Kaiserschnitten werden zudem vor allem Hebammen und Stillberaterinnen angesprochen. Da in Österreich jedoch hauptsächlich Pflegepersonen für die stationäre Betreuung der Mütter nach der Geburt zuständig und somit besonders nah am Mutter-Kind-Paar sind, erscheint es wichtig, den Part der Pflege im Prozess der Beziehungsentwicklung zu identifizieren und zu untersuchen, wie Pflegepersonen Mütter in der Annahme ihrer neuen Mutter-Rolle optimal unterstützen können. Dazu ist es notwendig zu erheben, wie die Mütter den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind und die Betreuung durch die Pflegepersonen auf der Station nach einem ungeplantem Kaiserschnitt erleben um in weiterer Folge zu ergründen, inwieweit Mutter und Kind von der Pflege unterstützt werden und wo in welcher Form Verbesserungsbedarf besteht.

1.1 Fragestellungen

Aus der Problemstellung ergeben sich folgende Forschungsfragen, die im Rahmen dieser Masterarbeit bearbeitet werden:

- Wie erleben Mütter den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt?
- Welche Bedeutung hat die Betreuung durch Pflegepersonen in diesem Prozess?
- Inwieweit wird die Annahme der Mutterrolle nach einem ungeplanten Kaiserschnitt aus Sicht der Mütter durch Pflegekräfte eingeschränkt beziehungsweise gefördert?
- Wie können Pflegepersonen Frauen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt optimal in der Annahme ihrer Mutterrolle unterstützen?

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel der Masterarbeit ist es Grundlagen zur Entwicklung von Konzepten zur optimalen pflegerischen Unterstützung der Mutter-Kind-Paare zu schaffen. Für Mutter und Kind

scheinen ungeplante Kaiserschnitte ein potentielles Problem darzustellen. Um Theorie und Praxis zu dieser Problematik weiter entwickeln zu können, gilt es diese näher zu betrachten. Werden spezielle Unterstützungsbedürfnisse und potentielle Defizite in der Betreuung der Mütter identifiziert, können in weiterer Folge Pflegepersonen dafür sensibilisiert werden und im Idealfall den Müttern mit einem erweiterten Verständnis möglicher Erlebenswelten begegnen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil sowie die Beschreibung des derzeitigen Forschungsstandes zwischen diesen beiden Teilen. In ersterem wird der theoretische Hintergrund zur Thematik vorgestellt. Nach der Beschreibung des Zugangs zur verwendeten Literatur werden der Prozess des Mutterwerdens, die Mutter-Kind-Beziehung und Aspekte des ungeplanten Kaiserschnittes diskutiert. In Folge wird der aktuelle Forschungsstand zu den Fragestellungen dieser Arbeit dargestellt. Im zweiten Teil wird schließlich auf die eigene Forschung dazu eingegangen, wobei erst der methodische Zugang und dann die Forschungsergebnisse beschrieben werden. Diskussion und Schlussfolgerungen schließen die Arbeit ab.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die relevanten Ergebnisse der Literaturrecherche zum bearbeiteten Thema vorgestellt. Dieses Kapitel stellt den theoretischen Rahmen der Arbeit dar. Am Beginn steht die Beschreibung des Rechercheprozesses, anschließend wird auf das Mutterwerden, die Mutter-Kind-Beziehung und den ungeplanten Kaiserschnitt eingegangen.

2.1 Die Literaturrecherche

Dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit dienen sowohl Fachbücher als auch wissenschaftliche Artikel. Die verwendeten Artikel sind das Ergebnis einer Recherche in den Online-Datenbanken Scopus, Pubmed und Cinahl. Es wurden ausschließlich wissenschaftliche Artikel deutscher und englischer Sprache in diese Arbeit eingeschlossen. Für die Suche wurden Suchbegriffe definiert, welche mit Booleschen Operatoren in Verbindung gebracht wurden. Es wurde sowohl mit deutschen als auch englischen Begriffen gesucht. Die wichtigsten Suchbegriffe sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Thema	Suchbegriffe Beispiele
Mutterwerden	Mutterwerden, -sein Transition
Mutter-Kind-Bindung	Mutter-Kind-Bindung Bonding
Kaiserschnitt	Ungeplanter Kaiserschnitt Folgen, Auswirkungen

Tabelle 1 Suchbegriffe Beispiele

Relevante Bücher wurden in den Bibliotheken der Wiener Hauptuniversität sowie der Wiener Hauptbücherei entliehen. Je nach Relevanz und Aktualität unterschied sich die Auswahl der Arbeiten nach dem Verfassungszeitraum. Während die meisten verwendeten wissenschaftlichen Artikel nicht älter als zehn Jahre sind, werden auch einige sehr viel ältere Grundlagenwerke zitiert, da sie inhaltlich nach wie vor von Bedeutung sind.

2.2 Mutterwerden

In diesem Kapitel wird der Prozess des Mutterwerdens thematisiert. Es werden relevante Forschungsergebnisse vorgestellt und mit Meleis' Theorie zu Übergangsprozessen (Meleis,

2010) verknüpft, da diese einen Rahmen für Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit vulnerablen Übergängen wie beispielsweise Mutterwerden bietet.

2.2.1 Mutterwerden als Übergang

Ist das Kind von den Eltern geplant, so entwickeln diese schon vor der eingetretenen Schwangerschaft durch Phantasien und Wünsche eine gewisse Beziehung zum noch nicht existierenden Kind. Spätestens während der Schwangerschaft und der Auseinandersetzung mit dieser entwickeln die Eltern im Normalfall Gefühle zum Fetus (Krens & Krens, 2005). Bei und nach der Geburt setzt sich das Mutter- beziehungsweise Elternwerden fort und wird von Müttern als intensive, lebensverändernde Erfahrung, begleitet von Schmerz, überwältigenden Emotionen und Neuentwicklung von Beziehungen (Kind, Partner, Mitmenschen), beschrieben. Vor allem die Beziehung zum Kind verändert die Prioritätensetzung der Mutter und konfrontiert sie gleichzeitig auch mit Verlustängsten und Sorge um das Kind, um welches sie sich nun zu kümmern hat (Prinds, Mogensen, Hvidt & Buus, 2013). Rubin entwickelte in den 1960er Jahren die „maternal role attainment theory“ und stellte das Mutterwerden in dieser Theorie als Prozess dar, der in der Schwangerschaft beginnt und geprägt ist von der gedanklichen Auseinandersetzung mit der zukünftigen Identität als Mutter und den eigenen Idealen sowie Erwartungen diesbezüglich (Mercer, 2004). Mutterwerden ist also ein Prozess, dementsprechend wird es in Forschungen als „Transition“ beschrieben (Nelson, 2003, Mercer, 2004, Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005, Prinds et al., 2013, Rallis, Skouteris, McCabe & Milgrom, 2014). Die Pflegewissenschaftlerin Afaf Meleis (2010) sieht in ihrer „Theory of Transitions“ eine der wesentlichsten Aufgaben der Pflege in der Unterstützung von Menschen in „Transitions“, also Übergangsprozessen. In solchen Prozessen sind die Betroffenen laut Meleis (2010) besonders vulnerabel in Hinsicht auf ihr psychisches und körperliches Wohlbefinden. Der Prozess des Mutterwerdens beginnt in der Schwangerschaft, intensiviert sich nach der Geburt und reicht über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Eine Meta-Synthese (Nelson, 2003) ergab, dass vor allem Erstgebärende durchschnittlich drei Monate benötigen, um sich einigermaßen sicher in ihrer neuen Rolle als Mutter zu fühlen, so dass sie ihr Kind und dessen Bedürfnisse verstehen können. Die ersten Tage im Krankenhaus nach der Geburt tragen stark dazu bei, wie Mütter sich anschließend zu Hause mit ihrem Kind fühlen. Vor allem bei Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt oder in sonstigen belastenden Geburtssituationen, wie auch ungeplante Kaiserschnitte es sein können, kommt der postnatalen Betreuung eine wesentliche Bedeutung zu (Nelson, 2003). Bei ungeplanten Kaiserschnitten erleben die Betroffenen das Gefühl

völligen Kontrollverlustes (Fenwick, Gamble, Mawson, 2003). Umso mehr streben sie in Folge danach wieder Normalität und Kontrolle über sich und die Situation zu erlangen; dies prägt den Übergang zum Muttersein laut einer Studie von Fenwick, Holloway und Alexander (2009).

Mutterwerden stellt demnach einen überganghaften Prozess dar und Meleis' Transition-Theorie bietet einen geeigneten theoretischen Rahmen, um diesen Übergang zu untersuchen und zu verstehen. Aufgrund dessen werden die Elemente dieser Theorie im Folgenden kurz erläutert.

2.2.2 Theory of Transitions

Meleis' Interesse an Transitions begann in den 1960er Jahren, in einer Zeit als viele Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen geformt und häufig von Pflegepersonen geführt wurden. Diese Gruppen konzentrierten sich darauf, Individuen zu unterstützen, die sich mit einschneidenden Lebensereignissen konfrontiert sahen und Hilfe suchten. In ihrer weiteren Auseinandersetzung mit Transitions beschäftigte sie sich unter anderem auch sehr mit dem Übergang zum Mutter-/Elternwerden.

In den meisten pflegerischen Feldern geht es um Transitions und Meleis sah darin einen großen Forschungsbedarf, weshalb sie schließlich die Theory of Transitions als eine Theorie mittlerer Reichweite formulierte und somit einen theoretischen Rahmen für Forschungen bot, die kritische Lebensereignisse und damit verbundene Prozesse untersuchten. Eine Transition ist der Übergang von einem einigermaßen stabilen Zustand in einen anderen gleichermaßen stabilen Zustand und wird durch eine Veränderung ausgelöst. Diese Übergänge lassen sich charakterisieren durch einen dynamischen Verlauf, Meilensteine, Wendepunkte und enden üblicherweise in einer neuen Lebens-Phase (Meleis, 2010).

Meleis' ausformulierte Theorie setzt sich aus sechs Komponenten zusammen:

Types and Patterns of Transitions

Es werden mehrere Arten von Transitions unterschieden, die oft nicht eindeutig voneinander trennbar sind, sondern in einen anderen Typ überlaufen: entwicklungsbedingte, organisationsbedingte, situative und gesundheits-/krankheitsbedingte Übergänge. Da oft mehrere Übergänge stattfinden, gibt es zusätzlich Patterns/Muster (single, multiple, sequential, simultaneus, related, unrelated). Es geht zu Beginn darum, zu erkennen, ob die betroffene Person nur einen oder mehrere Übergänge durchmacht. Sind es mehrere, können diese entweder gleichzeitig oder aufeinanderfolgend stattfinden sowie auch ineinander

übergehen. Bei multiplen Übergängen ist noch zu identifizieren, ob sie miteinander in Zusammenhang stehen oder nicht (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher 2000).

Properties

Trotz der Komplexität von Übergängen konnten Meleis und ihre Kolleginnen und Kollegen besondere Merkmale identifizieren, die Übergangs-Erfahrungen kennzeichnen können: Das *Bewusstsein* (awareness) bezieht sich auf die Wahrnehmung, das Wissen und das Erkennen der Transition durch die betroffene Person. Das *Engagement* (engagement) bezeichnet den Level persönlicher und aktiver Beteiligung in den Prozess. Des Weiteren sind Übergänge von *Veränderungen* und *Unterschieden* (change and difference) geprägt und finden immer innerhalb einer *Zeitspanne* statt (time span). Grundsätzlich haben Übergänge einen Endpunkt. Zuvor sind jedoch instabile Phasen und Belastungen üblich. Das Ende eines Überganges ist nicht immer klar abgrenzbar vom Beginn einer neuen Phase. Zuletzt sind die meisten Transitionen mit einem *kritischen Punkt* oder einem *Event* (critical point and event) wie beispielsweise mit einer Geburt oder einer Diagnose. Manche Übergänge werden aber auch durch undefinierbare oder mehrere kritische Punkte ausgelöst (Meleis et al, 2000).

Transition conditions: facilitators and inhibitors

In der Disziplin der Pflege werden Menschen als aktive Wesen, die eine eigene Auffassung und ein eigenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit haben und diesen auch eine individuelle Bedeutung beimessen, definiert. Wie von Transitionen Betroffene diese erleben, hängt von ihren *persönlichen* (Einstellung, Kultur, Glaube, soziökonomischer Status und Ausmaß der Vorbereitung auf ein Event), *gemeinschaftlichen* (Unterstützung durch Angehörige oder Gemeinden, öffentliche Unterstützungsangebote, Vorbilder und ähnliches) sowie *gesellschaftlichen* (gesellschaftliche Normen, Gesetze und Erwartungen) Voraussetzungen ab. Diese Voraussetzungen können den Übergangsprozess entweder fördern oder hemmen (Meleis et al., 2000).

Process Indicators

Bestimmte Indikatoren fördern laut Meleis et al. (2000) einen positiven Verlauf des Überganges. Sich *verbunden fühlen* (feeling connected) ist ein in vielen Studien identifiziertes Thema. Betroffene benötigen das Gefühl von Verbundenheit zu Angehörigen, Pflegepersonen, Ärzten etc. Die *Interaktion* (interacting) zwischen Betroffenen und anderen in Hinsicht auf den Übergang kann sich unterschiedlich gestalten. Manches Mal ist Fürsorge durch andere erwünscht und manchmal auch nicht. Durch Reflexion und Interaktion können die Beteiligten im Idealfall harmonisch im Prozess voranschreiten. *Ort und Lage* (Location and being situated) sind laut Forschungen vor allem in Migrationsprozessen, in welchen der vorige Wohnort mit dem neuen verglichen wird. Zuletzt führen Meleis et al. (2000) die *Entwicklung von Selbstbewusstsein und Copingstrategien* (Developing confidence and coping) als fördernden Faktor an. Die Betroffenen eignen sich Wissen über den Verlauf, die Diagnose, die Behandlung etc. an und entwickeln Strategien, um den Übergang voranzubringen.

Outcome Indicators

Ein positives Ergebnis von Übergängen ist das *Beherrschen* (mastery) der neuen Lebenssituation. Die Betroffenen haben Fähigkeiten erlangt und Strategien entwickelt, um die neuen Lebensumstände zu meistern. Der zweite Indikator ist die *Neuformulierung der Identität* (fluid, integrative identities), die niemals statisch sondern immer dynamisch abläuft (Meleis et al., 2000).

Die **Nursing Therapeutics** umfassen laut Meleis et al. (2000) schließlich alle speziellen Pflegeinterventionen, die im Rahmen des Überganges durchgeführt werden.

Mutterwerden ist ein Prozess, der den Übergang vom Nicht-Muttersein ins Muttersein darstellt. Laut Forschungen ist dies ein sehr intensiver Prozess, in welchem die Mütter besonders vulnerabel sind. Gerade nach für das Leben sehr bedeutenden Ereignissen und vulnerablen Lebensphasen sind Menschen häufig auf die Hilfe anderer angewiesen. So benötigen Mütter nach einer Geburt womöglich die Unterstützung durch Pflegepersonen. Meleis' Theory of Transitions beschreibt wesentliche Komponenten von Übergängen und bietet damit einen Rahmen zur Untersuchung des komplexen Überganges des Mutterwerdens

und in weiterer Folge zur Identifikation möglicher Ansatzpunkte für pflegerische Unterstützung.

Mutter zu werden ist untrennbar mit der Beziehung zum Neugeborenen verknüpft. Die wohl prominenteste Theorie zum Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind ist die Bindungstheorie von Johny Bowlby. Diese wird im nächsten Kapitel vorgestellt. Die „Theory of Transition“ und die Bindungstheorie sollen den theoretischen Rahmen für diese Masterarbeit bilden.

2.3 Die Mutter-Kind-Bindung

In diesem Kapitel soll näher auf die theoretischen Hintergründe zur Mutter-Kind-Bindung eingegangen werden. Es werden vor allem bedeutende Forscher (zum Beispiel Bowlby und Grossmann) auf diesem Gebiet sowie auch andere Fachpersonen, wie die Hebamme und Stillberaterin Christine Lang, die sich in ihrer Arbeit in Bezugnahme wissenschaftlicher Literatur vor allem mit dem Bonding direkt nach der Geburt auseinandersetzt, diskutiert. Außerdem wird auch auf aktuelle Forschungen Bezug genommen.

Das Kapitel führt ein in das Konzept der Bindung und Bindungstheorie sowie deren historische und aktuelle Entwicklung. Anschließend wird die Bedeutung der Bindungstheorie für die geburtshilfliche Praxis betrachtet.

2.3.1 Bindung

„Die Fähigkeit des Menschen, Sprache und andere Symbole zu gebrauchen, sein Vermögen, Pläne und Modelle zu entwickeln, eine lang andauernde Zusammenarbeit und endlose Konflikte mit anderen einzugehen, dies macht den Menschen zu dem, was er ist. All diese Prozesse haben ihren Ursprung in den ersten drei Lebensjahren, alle sind zudem von den ersten Lebensstagen an Teil der Organisation des Bindungsverhaltens. (Bowlby, 2006 [1969], S.358 im Original)“

Bindung und Bonding bezeichnen das emotionale Band zwischen einem Kind und seinen Eltern bzw. primären Bezugspersonen und sind die erste Beziehung, auf die sich ein Mensch einlässt. Das Überleben des Neugeborenen, das noch nicht für sich selbst sorgen kann, hängt existenziell vom Gelingen dieser Beziehung ab (Lang, 2009). Klaus und Kennell (1997) unterscheiden die Begriffe Attachment und Bonding. Bonding bezeichnet die Gefühlsverbindung der Eltern zu ihrem Kind, Attachment die des Kindes zu seinen Eltern

(Klaus & Kenell, 1997). Die gebräuchliche deutschsprachige Bezeichnung „Eltern-/Mutter-Kind-Bindung“ verdeutlicht ebenso die Zweiseitigkeit dieser Beziehung (Lang, 2009).

Bindung ist in Emotionen verankert und verbindet das Individuum mit besonderen Personen über Raum und Zeit hinweg (Grossmann & Grossmann, 2012). Der Säugling äußert seine Emotionen, die von den Eltern mehr oder weniger feinfühlig beantwortet werden. Die Erfahrungen aus der Interaktion mit den Eltern werden vom Kind mit der Zeit verinnerlicht. Für das Kind ist es biologisch notwendig, mindestens eine Bindung aufzubauen, die ihm Sicherheit und Schutz vor Stress gibt. Solange ein Kind noch klein ist, hat es das Gefühl von Sicherheit nur, wenn die Eltern nahe bei ihm sind, anfangs sogar nur im Körperkontakt. Je älter das Kind wird und je sicherer es gebunden ist, desto eher kann es verstehen, dass die Eltern ihm Sicherheit geben, auch wenn sie nicht in unmittelbarer Nähe sind. Die Bindung des Kindes an die Bezugsperson erfolgt im Gegensatz zu jener von der Mutter an das Kind erst nach und nach. Es lernt die Bindungsperson von Anfang an kennen und erkennen, bindet sich aber erst mit der Zeit an den Menschen, der es regelmäßig umsorgt. Mütter, denen der Beziehungsaufbau zu ihrem Kind gelungen ist, können sich leichter auf ihr Kind einstellen, reagieren sensibler auf dessen Bedürfnisse und brauchen weniger Hilfestellungen im Alltag. Sie fühlen sich als kompetente Mütter. Sie tun instinktiv das, was ihre Kinder brauchen. Im Gegensatz dazu erhöht ein missglücktes Bonding die Wahrscheinlichkeit von Kindsvernachlässigung, Kindesmissbrauch oder Aussetzen des Kindes. Ein misslungener Bindungsaufbau in den ersten Lebensjahren ist nicht schicksalhaft für das ganze restliche Leben, jedoch gibt es laut Forschungen einen engen Zusammenhang zwischen der Bindungsqualität im Kleinkindalter und der Bindungsform im Erwachsenenalter. Eine missglückte Beziehung am Anfang verfestigt sich meist immer weiter als solche anstatt sich zu verbessern, da sich die Bindungsbeziehung eines Kindes zu seinen Eltern normalerweise nicht ändert. Ein Kind bindet sich an die Personen, von denen es am meisten umsorgt wird, unabhängig davon, ob es von diesen gut oder schlecht behandelt wird (Lang, 2009). All diesen Annahmen zugrunde liegt die Bindungstheorie, auf welche im nächsten Punkt näher eingegangen wird.

2.3.2 Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie und -forschung befassen sich mit der Psychologie der besonderen Beziehung zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen. Die Theorie zeigt, was Eltern geben können und was die Kinder brauchen, um psychische Sicherheit in ihrem Leben zu erlangen und aufrecht zu erhalten (Grossmann & Grossmann, 2012). Eine gelungene Eltern-Kind-

Bindung ist die Basis, um anfängliche Probleme des Elternseins gut meistern zu können und beeinflusst auch die weiteren Phasen der Kindheit positiv. Die Forschung hat belegt, wie aktiv und sensibel der Säugling schon bei seiner Geburt ist und wie wichtig die Erfahrungen mit seinen Bezugspersonen aus der ersten Zeit für seine weitere Entwicklung sind. Aufgrund dessen findet die Bindungstheorie im geburtshilflichen Bereich zunehmend Anwendung für die Arbeit mit Mutter-Kind-Paaren (Lang, 2009). Die Bindungstheorie gehört zu einer der am weitesten ausgearbeiteten Theorien der Entwicklungspsychologie, in deren Rahmen in den letzten Jahrzehnten intensiv geforscht wurde. Diese Arbeit erhebt nicht den Anspruch, alle theoretischen Annahmen und empirischen Befunde bezüglich Bindung darzustellen. Viel mehr wird der Fokus auf die klassische Bindungstheorie, deren Inhalte und die bedeutsamsten Entwicklungen sowie deren Konsequenzen für die Praxis gelegt.

Es folgt ein Überblick über die Entwicklung sowie Inhalte der Bindungstheorie, die Beiträge von Bowlby's Kollegin Mary Ainsworth und weitere bedeutsame Forschungen zur Bindungstheorie.

Die Bindungstheorie nach John Bowlby

Schon in der langen Zeit der sogenannten „vorwissenschaftlichen Psychologie“ bestanden Überzeugungen, dass Bindung die individuelle Entwicklung von Kindern maßgeblich beeinflusst. Von der antiken Literatur über die bildenden Künste verschiedener Kulturen finden sich viele Hinweise auf den nachhaltigen Einfluss früher Erlebnisse (Grossmann, 2008). Der Psychoanalytiker Sigmund Freud und der Psychiater Adolf Mayer waren im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts prominente Vertreter der Entwicklungspsychiatrie. Beide näherten sich der Thematik auf sehr unterschiedliche Art und Weise, beiden gemein war aber die Vorstellung, dass die Umwelt eines Kindes einen entscheidenden Einfluss auf seine zukünftige psychische Gesundheit hat. Die Entwicklungspsychiatrie befasste sich vor allem mit Bindungen zwischen Eltern und Kindern, wobei sowohl das Band zwischen dem Kind zu den Eltern als auch das der Eltern zum Kind gemeint ist. Die Formulierung der Bindungstheorie Mitte des 20. Jahrhunderts geht aber auf John Bowlby zurück, einen englischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker (Bowlby, 2009). Ausschlaggebend für seine Auseinandersetzung mit der Eltern-Kind-Beziehung und deren Auswirkungen auf die emotionale Entwicklung von Kindern war seine Arbeit in zwei psychoanalytisch orientierten Kinderheimen noch vor Abschluss seines Studiums. Er beobachtete in diesen Heimen zwei Kinder, deren Verhalten sich sehr unterschied: ein Kind war sehr anhänglich, das andere sehr distanziert. Das Verhalten sah Bowlby in der Trennung der Kinder von ihren Eltern

begründet. Diese Erfahrung motivierte ihn, sein Studium abzuschließen, um Psychoanalytiker und Kinderpsychiater zu werden. 1933 trat er eine Stelle an der Child Guidance Clinic an. Durch seine Arbeit dort wurde für ihn immer deutlicher, dass nicht – entgegen der gängigen psychoanalytischen Grundansichten - interne kindliche Phantasien, sondern reale externe (Familien-)Ereignisse und deren Einfluss auf die emotionale Entwicklung die stärkste Beachtung finden sollten (Lengning & Lüpschen, 2012). In diesem Sinne verwies er in seinem Bericht an die WHO 1951 erstmals auf den Zusammenhang zwischen langer Entbehrung mütterlicher Fürsorge und schweren, weitreichenden seelischen Schädigungen:

„Als wesentliche Voraussetzung für die psychische Gesundheit muss die Bedingung gelten, dass das Kleinkind eine warme, innige und dauerhafte Beziehung zu seiner Mutter oder zu einer ständigen Ersatz-Mutterfigur besitzt, in der beide Erfüllung und Freude finden. (Bowlby, 1975, S.9)“

Zunehmend setzte sich Bowlby auch mit der Ethologie auseinander und stütze seine weitere Arbeit vor allem auf das Konzept der Prägung. Auch die Feldforschungen unter Alltagsbedingungen beeindruckten ihn nachhaltig. Bowlby erkannte die große Notwendigkeit empirischer Forschung, um die Erkenntnisse über Bindung zu erweitern (Grossmann & Grossmann, 2012). Für Entrüstung unter seinen psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen sorgte er mit seinen ersten öffentlichen Darstellungen der Bindungstheorie in London im Rahmen dreier Vorträgen vor der britischen psychoanalytischen Gesellschaft. Seine Ausführungen standen in vielerlei Hinsicht im Widerspruch zu Ansichten der klassischen Psychoanalyse. Er war überzeugt, dass reale frühkindliche Erlebnisse in der Beziehung zu den Eltern ausschlaggebend sind und nicht das Monopol der Sexualität für die emotionale Entwicklung eines Kindes verantwortlich ist. Das Bindungsverhalten stellt laut ihm ein eigenständiges Motivationssystem dar, welches nicht von Triebbedürfnissen abhängig ist (Bretherton, 2009).

Von der ethologischen Perspektive beeinflusst, stellte Bowlby zentrale Hypothesen über die besondere Beziehung von Kindern zu ihren Bindungspersonen in den naturwissenschaftlichen Zusammenhang der Evolutionstheorie. Die besonderen Bindungsbedürfnisse von Kindern werden von Bowlby als offene phylogenetisch präadaptierte, also genetisch vorbereitete Programme (Genotyp, umweltstabil), betrachtet, die im Sinne des epigenetischen Grundprinzips des Biologen C.H. Waddington verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten in natürlichen Grenzen öffnen (Phänotyp, umweltlabil). Die Mutter unterstützt das Kind, indem sie sein Verhalten empathisch interpretiert und darauf rasch reagiert. Das phylogenetische Bindungssystem des Kindes ist insofern umweltstabil, als es sich an jede Mutter bindet, auch

an eine „schlechte“. Die Ausbildung einer sicheren Bindungsqualität ist dabei aber nicht zu erwarten, da das Bindungssystem nicht die im Genom vorgesehene Unterstützung für eine sichere Bindungsentwicklung erfährt und die Bindungsqualität somit unsicher oder desorganisiert wird. Fürsorgliche Bindungspersonen sind das phylogenetisch notwendige Unterstützungssystem für Kinder, um deren Gefühle und Verhaltensweisen zielgerichtet zu koordinieren. Die Entwicklung einer Bindung ist also phylogenetisch vorprogrammiert, das heißt umweltstabil, aber in ihrer phänotypischen Ausprägung abhängig von der Qualität des Umgangs von Bindungspersonen mit den Bindungsbedürfnissen des Kindes von Geburt an bis zum Erreichen psychologischer Reife im Erwachsenenalter (Grossmann, 2008).

Der Beitrag Mary Ainsworth's

Bowlbys spätere Zusammenarbeit mit der Psychologin Mary Ainsworth trug wesentlich zur Weiterentwicklung und Bekräftigung der Bindungstheorie bei, indem Ainsworth die Bindungstheorie mit empirischer Forschung mehrfach überprüfte zum Beispiel durch Untersuchungen in Uganda und Baltimore zu mütterlichem Verhalten und dem Bindungsverhalten der Kinder. Sie entwickelte dabei eine Skala für mütterliche Feinfühligkeit, mit welcher die Mütter auf die Signale ihrer Babys reagierten. Ainsworth schlussfolgerte, dass Kinder, deren Mütter feinfühlicher auf sie eingehen, weniger schreien und schließlich sicherer gebunden sind als Kinder, deren Mütter weniger feinfühlig reagieren (Bretherton, 2009).

Die wichtigsten Merkmale von Feinfühligkeit sind die Schnelligkeit, die Konsistenz und die Angemessenheit der Verhaltensweisen der Bezugsperson. Feinfühligkeit bedeutet also die Fähigkeit, kindliche Signale wahrnehmen, richtig interpretieren sowie angemessen und prompt auf sie reagieren zu können. Vor allem im Säuglingsalter ist eine schnelle Reaktion auf das Kind von Bedeutung (Lengning & Lüpschen, 2012).

Ainsworth sah ihre Hypothesen in den Ergebnissen der sogenannten „Fremden Situation“ bestätigt. Es handelte sich dabei um eine Laborsituation, in der die Mütter und Kinder der Baltimore-Studie teilnahmen, als die Kinder ein Jahr alt waren. Es wurden Unterschiede im Erkundungsverhalten der Kinder bei An- und Abwesenheit der Mütter bzw. bei Anwesenheit einer fremden Person untersucht. Wie erwartet, erforschten die Kinder die Umgebung in Anwesenheit der Mütter mehr als in ihrer Abwesenheit oder Anwesenheit der fremden Person. Auffällig war, dass die Kinder sehr unterschiedlich bei der Wiedervereinigung mit der Mutter reagierten. Jene Kinder, die sich bei der Wiedervereinigung in der fremden Situation ambivalent oder vermeidend gegenüber der Mutter verhalten hatten, hatten auch zuhause eine

weniger optimale Beziehung zu ihr als die Kinder, die beim Wiedersehen mütterliche Nähe, Interaktion oder Kontakt suchten (Bretherton, 2009). Die Auswertung der fremden Situation führte zur Formulierung verschiedener Bindungsmuster: sicher gebunden, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent gebunden (Lengning & Lüpschen, 2012).

Phasen der Bindungsentwicklung und internale Arbeitsmodelle

Ainsworth und ihre Kollegen und Kolleginnen untersuchten auch die Phasen der Bindungsentwicklung. Laut Ainsworth können üblicherweise vier Phasen unterschieden werden. In den ersten sechs Lebenswochen eines Säuglings wird von der Vor-Bindungsphase gesprochen. In dieser Zeit hat sich demnach noch keine Bindung von Seiten des Babys entwickelt, daher bereitet es ihm kein Unwohlsein, auch bei anderen Erwachsenen und nicht nur der Mutter zu bleiben. Mithilfe angeborener Signale wie Weinen, Lächeln oder Augenkontakt kann es in Interaktion mit anderen treten. Diese Verhaltensweisen, mit denen das Baby signalisieren kann, dass es etwas benötigt, werden Bindungsverhaltensweisen genannt. Sie sind dafür geeignet, die Nähe und den Kontakt zur umsorgenden Person herbeizuführen. Später wird vor allem bei Angst das Bindungsverhaltenssystem aktiviert, wie Ainsworth bei der „fremden Situation“ feststellte. (Grossmann & Grossmann, 2012).

Über die Zeit danach bis hin zum etwa achten Monat erstreckt sich die Phase der beginnenden Bindung, in welcher das Baby in der Lage ist zwischen Familienmitgliedern zu unterscheiden. Der Säugling wird zunehmend sein Bindungsverhalten an die umsorgende(n) Bindungsperson(en) richten. Darauf folgt die Phase der eigentlichen Bindung, die bis ins dritte Lebensjahr reicht. Der Erwerb der Fortbewegung und der Sprachentwicklung ermöglicht es dem Kind, aktiv Nähe zu suchen. Ab dem Alter von zwei Jahren entwickelt sich eine reziproke Beziehung, von Bowlby zielkorrigierte Partnerschaft genannt. Die Kinder können zunehmend den Blickwinkel ihrer Bindungspersonen einnehmen und erkennen, dass dem Verhalten der Bindungsperson bestimmte Gefühle oder Motive zugrunde liegen (Grossmann & Grossmann, 2012).

Schon während des ersten Lebensjahres entwickelt der Säugling aufgrund seiner Erfahrungen mit jeder einzelnen Bindungsperson bestimmte Erwartungen darüber, ob sie für ihn verfügbar ist und wie sie wohl auf ihn reagieren wird. Zunächst sind es simple Erwartungen des Kindes in der Form, ob die Bindungsperson ihm Entspannung bringt, was am Stresshormon Cortisol nachweisbar ist. Etwas später entstehen daraus laut Bowlby internale Arbeitsmodelle, in denen Repräsentationen des eigenen Bindungsverhaltens ebenso internalisiert sind wie die Reaktionen der Bindungspersonen. Die Entwicklung der individuell verschiedenen

Arbeitsmodelle ist abhängig von Beziehungserfahrungen, die ein Kind mit seinen Bezugspersonen sammelt. Es benötigt diese Modellvorstellungen, um abschätzen zu können, was die anderen tun werden und was mit ihm geschehen wird (Grossmann & Grossmann, 2012). Internale Arbeitsmodelle beinhalten also internalisierte, mentale Repräsentationen vom eigenen Selbst, der Umwelt und der Bezugspersonen. Sie dienen zur Simulation der Realität, der Bewertung von Situationen und daraus folgend der Verhaltenssteuerung in bindungsrelevanten Situationen (Lengning & Lüpschen, 2012).

Werdegang der Bindungsforschung

Eine Vielzahl von Längsschnittstudien im Bereich der Entwicklungspsychologie folgte den Arbeiten von Bowlby und Ainsworth. Prominente Forschungen stammen unter anderen von K. und K. Grossmann, I. Bretherton, E. Waters, A. Scoufre und M. Main. Auch die Rolle des Vaters fand zunehmend einen Platz in der Forschung und soll vor allem für das Explorationsverhalten des Kindes von großer Relevanz sein (Grossmann & Grossmann, 2012).

In der Forschung der letzten zehn Jahre wird die Bindungstheorie teils verwirrend, lückenhaft und/oder widersprüchlich dargestellt. Diesen Schluss ziehen die Pflegeforscherinnen Bicking Kinsey und Hupcey (2013) in ihrem Literaturreview über 44 Studien aus dem Zeitraum 2001 bis 2012 zum Stand der Bonding-Forschung. Die Autorinnen recherchierten wissenschaftliche Artikel in den Datenbanken Pubmed, Cinahl und Psychinfo und analysierten diese. Da das Review einen guten und breiten Überblick über den derzeitigen Forschungsstand gibt, werden die Ergebnisse hier kurz vorgestellt:

Die Definitionen des Bondings unterscheiden sich in den untersuchten Artikeln zu großen Teilen, bezogen auf die Ausprägung der Beziehung, die beeinflussenden Parameter und die Dauer des Bondings. Laut manchen Autorinnen und Autoren findet Bonding nur in der ersten Lebenswoche und laut anderen wiederum innerhalb des ganzen ersten Lebensjahres oder sogar später statt. Bicking Kinsey und Hupcey fanden einige Fallstudien in der medizinischen, psychologischen und soziologischen Literatur, welche die Abwesenheit und das Vorhandensein von Bonding-Verhalten untersuchen. Darunter wurde auch auf den Einfluss von pflegerischer Unterstützung und deren positiven Einfluss auf das Bonding eingegangen. Neben der Beobachtung von Bonding-Verhalten in der Praxis wurden auch mehrere Assessmentinstrumente, vor allem Fragebögen, entwickelt. Der meist zitierte Fragebogen ist laut Bicking Kinsey und Hupcey der „Postpartum Bonding Questionnaire“. Er besteht aus 25 Items, welche sich auf die Gefühle der Mutter zu ihrem Kind beziehen. Auf Basis der

unterschiedlichen Forschungen konnte wiederholt die Relevanz des nachgeburtlichen Bondings festgestellt und ebenso Interventionen zur Unterstützung abgeleitet werden (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013).

Untersucht wurde Bonding auch mehrmals im Zusammenhang mit anderen Phänomenen wie Depressionen oder Angststörungen. Der Konsens aus diesen Forschungen ist, dass die psychische Gesundheit der Mutter zwar einen Einfluss auf das Bonding haben kann, aber vor allem die Emotionen zum Kind ausschlaggebend für die Qualität des Bondings sind. Des Weiteren gibt es Studien, welche versuchen, Bonding fördernde und hindernde Faktoren zu identifizieren. Als fördernde Faktoren wurden weitgehend der rasche Mutter-Kind-Hautkontakt nach der Geburt, Stillen und Rooming-In genannt. Auch das Weinen und die Mimik des Kindes stimulieren die Beziehungsentwicklung laut Studienergebnissen. Einen Einfluss haben auch das Befinden, Erwartungen und die Einstellung der Mutter. Aus der Analyse der Studien schließen Bicking Kinsey und Hupcey, dass das beteiligte Personal nicht nur die physische Nähe zwischen Mutter und Kind sondern auch das Wohlergehen der Mutter fördern sollten, um das Gelingen des Bondings zu unterstützen. Als hindernde Faktoren gelten eine Trennung von Mutter und Kind zum Beispiel durch eine Frühgeburt, einen Kaiserschnitt oder Komplikationen bei bzw. nach der Geburt, wodurch auch eine verringerte Oxytocin-Ausschüttung bewirkt wird. Weitere Faktoren können traumatische Erlebnisse um die Geburt herum, körperliche und/oder psychische Krankheit oder Schwäche und Schlafprobleme sein (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Eine ausgedehnte kritische Analyse der Literatur scheint angebracht, um haltbare Schlüsse für die Praxis ziehen zu können.

Grundannahmen der Bindungstheorie konnten auf der einen Seite wiederholt bestätigt werden, auf der anderen Seite regten sich viele Kritikerinnen und Kritiker. Stahlmann (2007) fasst in einem Artikel die größten Kritikpunkte zusammen. So ist beispielsweise das Konzept der Feinfühligkeit sehr umstritten. So wird der Einfluss von Feinfühligkeit häufig möglicherweise zu hoch eingeschätzt. Nur in den Untersuchungen von Ainsworth ergaben sich derart hohe Korrelationen zwischen der Bindungssicherheit und der mütterlichen Feinfühligkeit. In vielen anderen Studien wurden eher moderate Zusammenhänge zwischen diesen Konstrukten gefunden. Bemängelt wird weiters, dass kulturelle Hintergründe in der klassischen Bindungstheorie zu wenig berücksichtigt werden. Auch die Reduktion der Bindungstheorie auf die Mutter-Kind-Dyade ist problematisch und erweist sich laut Stahlmann als konservativ, eurozentristisch und mittelschichtorientiert. Er betont zudem, dass von einfachen Erklärungsmodellen wie: wenn das Kind einmal unsicher-gebunden ist,

dann wird es später auffällig werden, abzusehen ist, da Wechselwirkungen und andere Einflüsse ebenfalls von Bedeutung sind (Stahlmann, 2007).

Für die geburtshilfliche Praxis haben die klassische Bindungstheorie und dazugehörige Forschungen jedenfalls zunehmend an Bedeutung gewonnen, worauf im nächsten Punkt näher eingegangen wird.

Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe

Nachdem nun die Bindungstheorie im Allgemeinen vorgestellt wurde, wird unter diesem Punkt deren Bedeutung für die Zeit unmittelbar nach der Geburt veranschaulicht.

Laut der Entwicklungspsychologin Liselotte Ahnert (2008) definieren Bindung und Bonding soziale Beziehungen auf Grundlage von Verhaltenssystemen, die als vorhersagbares Ergebnis Nähe zwischen dem Kind und einer Bezugsperson herstellen oder aufrechterhalten. Da Nähe Schutz bedeutet, wird die Funktion des Verhaltens als ein das Überleben der Nachkommen sicherndes System interpretiert (Ahnert, 2008). Für das Neugeborene ist der sofortige Aufbau der Mutter-Kind-Bindung direkt nach der Geburt also lebensnotwendig, es ist angewiesen auf die Nähe, die Fürsorge und das Stillen der Mutter (Lang, 2009).

Klaus und Kennell (1976) legten eines der prominentesten Konzepte zu Bonding nach der Geburt vor. Sie untersuchten den Prozess der Mutter-Kind-Bindung aus Sicht des mütterlichen Verhaltens. Dem Konzept gingen Beobachtungen der Betreuung von frühgeborenen Säuglingen voraus, die häufiger als andere Kinder nach der Entlassung aus dem Spital von ihren Müttern abgelehnt wurden. Die mangelnde Zuwendungsbereitschaft führten Klaus und Kennell (1976) auf eine Störung der „sensiblen Phase der Mutterschaft“ zurück. Diese wurde in unmittelbarem Zusammenhang mit der Geburt vermutet. Demnach sollte der Geburtsvorgang eine bedeutende Rolle für das Bonding spielen. Das bewusste Erleben der Geburt und der Kontakt zum Kind in der ersten Stunde danach sollten zu einer intensiven Beziehung zwischen Mutter und Kind führen. Dies stand aber im Gegensatz zu der damals gebräuchlichen Praxis in Geburtskliniken. Dort war eine frühe Trennung von Mutter und Kind sofort nach der Geburt Standard und besonders strikt bei Frühgeborenen (Klaus & Kennell, 1976). Nach reichlicher Kritik an den Forschungsmethoden von Klaus und Kennell, revidierten die Forscher ihre Erkenntnisse einige Jahre später und schlussfolgerten, dass früher Mutter-Kind-Kontakt zwar notwendig und unterstützend für das Bonding ist, eine Trennung jedoch nicht ausschließlich zu einer misslungenen Beziehung führen muss (Klaus & Kennell, 1998).

Einige Jahre nach den Forschungen von Klaus und Kennell entstand Ende der 1970er Jahre der Begriff Attachment Parenting, welcher auf den amerikanischen Kinderarzt William Sears zurückzuführen ist und „bindungsorientierte Elternschaft“ bedeutet. Dieses Konzept geht von dem natürlichen Bedürfnis des Säuglings nach Zuneigung, Vertrauen und Empathie der Eltern aus. Gehen die Eltern auf diese Bedürfnisse adäquat ein, wird das Kind auch später in der Lage sein, stabile und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Auf Basis dieser Annahmen entwickelte Sears eine Methode für Eltern, solch eine liebevolle Elternschaft aufzubauen. Besonders wichtig ist hierbei laut Sears die erste Zeit nach der Geburt, also unter anderem der sofortige und reichliche Körperkontakt, das Stillen, das Erkennen von Zeichen des Kindes und Ausgeglichenheit (Sears & Sears, 2001).

Die ersten Stunden nach der Geburt, so auch Lang (2009), werden nach wie vor als besonders sensible Phase für Mutter und Kind gesehen unabhängig davon, ob das Kind früh oder reif geboren wurde. Das Kind ist in dieser Zeit unter normalen Bedingungen sehr lange im ruhig-aufmerksamen Wachzustand und damit besonders aufnahmefähig. Nach der Geburt dauert es einige Wochen, bis es erneut so lang am Stück in diesen Zustand kommen kann. Auch der Saugreflex ist erst wieder nach zwei bis drei Tagen so ausgeprägt wie direkt nach der Geburt. Ebenso ist die Mutter in dieser Phase besonders auf ihr Kind konzentriert. Die hormonelle Situation bietet beste Voraussetzungen für den Aufbau einer tiefen Beziehung. Bindung kann bei Menschen, im Gegensatz zu manch anderen Säugetieren, auch nach diesem Zeitfenster noch entstehen, erfordert dann jedoch mehr Zeit und eventuell auch spezielle Förderung (Lang, 2009). Die im Hypothalamus produzierten Hormone Oxytocin, Prolactin und Vasopresin sowie das endogene Opiat-System und eine Reihe von Dopaminen stimulieren die mütterliche Fürsorge schon in der späten Schwangerschaft und beeinflussen den Umgang mit dem Neugeborenen. Oxytocin, welches auch für die Milchproduktion wesentlich ist, wird in hohen Dosen während der Geburt und später auch beim Stillen ausgeschüttet und beeinflusst die Stressbewältigung von Müttern und fördert positive Mutter-Kind-Interaktionen, welche wiederum dieses hormonelle System stimulieren. Nicht ausreichend nachgewiesen wurde laut Ahnert (2008), dass im Falle eines diskontinuierlichen Mutter-Kind-Kontakts mütterliche Fürsorge nur mangelhaft entwickelt werden kann. Jedoch wird mit einer erhöhten Oxytocin-Ausschüttung der Gebärenden und Stillenden ein biologischer Mechanismus in Gang gebracht, welcher die mütterliche Bereitschaft in der Betreuung des Säuglings optimal unterstützt und gegen Störfaktoren schützt. Ahnert weist auch auf den Einfluss des endogenen Opiatsystems beim Beziehungsaufbau hin. Es wird angenommen, dass neuronale Schaltkreise die Beziehungsgestaltung in Form eines Kontrollsystems überwachen und regulieren. Mittels

diesem Kontrollsystem werden auf Basis intern registrierter Emotionen verschiedene Verhaltensweisen aufeinander bezogen und dabei gleichzeitig die Emotionen reguliert, die während der sozialen Interaktion entstehen. Auch Schmerzwahrnehmung ist opiatgesteuert. Schmerzen können durch soziale Interaktionen reduziert werden und daher wird angenommen, dass der Mechanismus von Schmerzempfindung und –regulierung das Kontrollsystem der Beziehungsgestaltung beeinflusst. Stress durch Schmerzen und/oder Mutter-Kind-Trennung kann jedoch das endogene Opiatsystem stören und zu einer unzureichenden Emotionsregulation führen. Da das Gehirn jedoch über die Lebensspanne in gewissen Grenzen plastisch bleibt, können laut Ahnert Interventionen so eingesetzt werden, dass fehlende Erfahrungen geliefert werden, um eine nachträgliche integrative Vernetzung einzelner Hirnstrukturen zu unterstützen (Ahnert, 2008). Bonding in den ersten Lebenstagen folgt also bestimmten physiologischen Regeln. Die typischen psychischen und körperlichen Abläufe im Rahmen einer Spontangeburt werden auf Grund ihrer Bedeutsamkeit für die Geburtshilfe und somit für diese Arbeit nun näher beschrieben, um die besondere Situation für Bonding nach Kaiserschnitten besser verstehen zu können.

2.3.3 Ablauf des idealtypischen Bondings nach Spontangeburt

Die Entwicklung von elterlichen Gefühlen zum Kind beginnt schon während der Schwangerschaft, wenn sich die Eltern mit dem ungeborenen Kind auseinandersetzen, Vorstellungen hingeben, dem Kind vorsingen, Vorbereitungen treffen etc. Kommt es schließlich zur Geburt, spielen Wehen und der Geburtsschmerz eine besonders wichtige Rolle für das Bonding. Es wird ein Zusammenspiel verschiedener Hormone in Gang gesetzt, welche bedeutend für das nachfolgende Bonding sind. Die Freisetzung von körpereigenen Opiaten und Endorphinen unterstützen Mutter und Kind gegen Schmerzen. Die Bewältigung der Wehen aus eigener Kraft kann somit sehr zum Aufbau einer tiefen Bindung beitragen. Das Bindungshormon Oxytocin ist mitverantwortlich für das Entstehen der Wehen und bewirkt im Gehirn gleichzeitig das Bedürfnis nach zärtlicher Zuneigung und zwischenmenschlichem Kontakt. Der Wehenschmerz regt wiederum die Ausschüttung von weiterem Oxytocin an. Außerdem werden Serotonin und Noradrenalin ausgeschüttet, welche ebenfalls eine Schmerzhemmung bewirken. Diese Stresshormone verursachen auch die Wachheit des Neugeborenen nach der Geburt und aktivieren seine Atemfunktion und Herztätigkeit. Die freigesetzten Endorphine erzeugen beim Kind wie auch bei der Mutter Entspannung und Zufriedenheit. In der Nachgeburtsphase wird schließlich die höchste Konzentration des Hormons Oxytocins erreicht, nämlich wenn Mutter und Kind sich das erste Mal bewusst

berühren. Der Hautkontakt mit dem Kind, das Saugen und die Massage der Brust durch seine Hände stimulieren die Oxytocinausschüttung noch weiter. In keiner anderen Lebenssituation stehen Frauen unter dem Einfluss einer solchen Menge von Hormonen (Lang, 2009).

Nach der Geburt wirken somit weiterhin die unter der Geburt ausgeschütteten Hormone auf Mutter und Kind. Auch der Partner bzw. die Partnerin der Mutter weisen bei Anwesenheit bei der Geburt einen erhöhten Oxytocinspiegel auf. Für den weiteren Bindungsaufbau ist Oxytocin das wichtigste Hormon (Lang, 2009). In vielen Studien wurde der Zusammenhang von Oxytocin und mütterlichem Verhalten untersucht. Feldman, Weller, Zagoory-Sharon und Levine (2007) beispielsweise bestimmten den Plasmaspiegel von Schwangeren im ersten und letzten Schwangerschaftsdrittel sowie im ersten Monat post partum. Einen Monat nach der Geburt wurden die Frauen im Umgang mit ihrem Kind beobachtet und zur Beziehung mit diesem befragt. Zu allen Untersuchungszeitpunkten gab es einen Zusammenhang zwischen dem Oxytocinspiegel und dem mütterlichen Verhalten. Die Mütter mit einem höheren Oxytocinspiegel hatten mehr bindungsbezogene Gedanken und sahen häufiger nach ihrem Kind (Feldman et al. 2007).

Ebenso wie Oxytocin steigert auch Prolaktin die Stresstoleranz. Es reduziert Ängste, entspannt und fördert das intuitive mütterliche Verhalten. Prolaktin ist das wichtigste Stillhormon, denn es ist für die Milchbildung verantwortlich. Durch das Saugen an der Brustwarze wird es freigesetzt, nach circa 20 Minuten erreicht es seinen Höhepunkt. Nach der Geburt ist es wichtig, dass die Prolaktinrezeptoren möglichst schnell und reichlich besetzt werden, damit sie nicht verkümmern (Lang, 2009).

Wurde das Kind komplikationslos geboren, wird es in der Regel nur kurz abgetrocknet und dann gleich zur Mutter gegeben. Der erste Kontakt zwischen Mutter und Kind folgt meist einem typischen Muster, welches aus ganz zaghaften, vorsichtigen Berührungen der Arme und Beine mit den Fingerspitzen bis hin zu einem schon zuversichtlicheren Berühren des Babykopfes mit der ganzen Handfläche besteht. Die Mütter suchen instinktiv nach Blickkontakt und auch die Kinder drehen oft schon ihren Kopf in Richtung der mütterlichen Stimme. Meist ruht sich das Kind in den ersten 30 Minuten nach der Geburt in den Armen der Mutter aus und beginnt dann die Brust der Mutter zu suchen. In ungestörtem Rahmen findet das Kind normalerweise von selbst die Brustwarze und fängt instinktiv zu saugen an. Auch die Mutter stimmt instinktiv ihr Verhalten auf das Neugeborene ab, da sie noch unter Einfluss der Geburtshormone steht. Prolaktin und Oxytocin werden hier in hohen Dosen freigesetzt. Studien zeigen, so Lang, dass bei ununterbrochenen Hautkontakt zwischen Mutter und Kind ohne störende Einflüsse von außen signifikant schnellerer Stillerfolg und mehr

bindungstypisches Verhalten wie Liebkosungen oder Anlächeln zu beobachten sind (Lang, 2009).

Es ist somit eindeutig nachgewiesen, dass die ersten Stunden nach der Geburt für das Bonding zwischen Mutter und Kind sehr wichtig sind. Möglichst wenige störende Einflüsse wie starke Medikamente oder Trennung nach der Geburt fördern einen guten Bonding-Beginn.

Bei Kaiserschnitten sind andere Voraussetzung für den Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind gegeben. Der Kaiserschnitt an sich und die besonderen Gegebenheiten danach werden im nächsten Kapitel nach der nun folgenden Zusammenfassung betrachtet.

Die Bindungstheorie, erstmals von John Bowlby formuliert, ist die prominenteste Theorie, in der versucht wird das komplexe Konstrukt der Mutter-Kind-Bindung zu erklären. Trotz vieler Kritikerinnen und Kritiker hat sie sich durchgesetzt und in den letzten Jahren auch immer mehr in der geburtshilflichen Praxis Anwendung gefunden. Denn auch wenn die langfristigen Folgen eines misslungenen Bindungsaufbaus zwischen Kind und Bezugsperson und einzelne Aspekte der Theorie noch umstritten sind, so kommt der Bindungsförderung nach der Geburt nichts desto trotz eine hohe Bedeutung zu, da sie wesentlich zum Wohlbefinden der Mütter und Kinder beitragen kann.

Das Neugeborene kommt mit einer natürlichen Bindungsbereitschaft auf die Welt und ist auf den Schutz anderer Menschen angewiesen. Es äußert seine Bedürfnisse durch den Ausdruck von Emotionen, worauf die Bezugspersonen mehr oder weniger feinfühlig reagieren. Diese Erfahrungen aus den Interaktionen werden von dem Kind allmählich verinnerlicht. Die Sicherheit, die das Kind durch seine Bezugspersonen erfährt, ist laut Bindungstheorie ausschlaggebend für sein Erkundungsverhalten. Die erste Zeit nach der Geburt, die sogenannte sensible Phase, ist laut Forschungen besonders wichtig für den Aufbau einer innigen Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter ist aufgrund ihrer hormonellen Lage besonders bindungsbereit und das Kind, sofern die Geburt ohne grobe Komplikationen ablief, ist in einem außerordentlich wachen und aufmerksamen Zustand, wodurch auch der Stillbeginn in der Regel erleichtert wird.

Kinder binden sich laut Theorie erst nach etwa sechs Wochen an eine Bezugsperson, trotzdem ist die Zeit bis dahin von großer Wichtigkeit, denn die Mutter verliebt sich im Idealfall schon früher in das Kind und interagiert mit ihm. Sammelt die Mutter positive Erfahrungen in dieser Zeit und lernt einen feinfühligem Umgang mit dem Kind, ist anzunehmen, dass sie diesen auch fortsetzen wird. Die ersten Studien, deren Ergebnisse solche Schlüsse erlaubten, waren jene

von Mary Ainsworth. Jene Kinder, deren Mütter prompt und liebevoll auf sie im Neugeborenenalter reagierten, stellten sich im späteren Versuch der „fremden Situation“ als sicherer gebunden heraus. Vor allem dem Konzept der Feinfühligkeit könnte im Rahmen des klinischen Settings eine relevante Rolle zukommen. So könnten Mütter in ihrem Verhalten mit dem Kind von Pflegepersonen im Rahmen der Pflege beobachtet und in ihrer Feinfühligkeit und somit den Reaktionen auf das Bindungsverhalten des Kindes unterstützt werden.

Nachdem nun die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für Mutter und Kind direkt nach der Geburt erläutert wurden, wird im nächsten Schritt auf die besondere Situation des Kaiserschnittes eingegangen, um den theoretischen Rahmen dieser Arbeit zu vervollständigen.

2.4 Der ungeplante Kaiserschnitt

Schriften aus der Antike ist zu entnehmen, dass schon damals Kinder per Bauchschnitt aus dem Leib der Mutter geholt wurden. Jedoch handelte es sich dabei um verstorbene Frauen, die laut Gesetz nicht mit einem Kind im Leib beerdigt werden durften. Legenden besagen, dass Julius Caesar per Kaiserschnitt entbunden wurde und sich der Name der Operation von ihm ableitet, allerdings dürfte dies nicht mehr als eine Geschichte sein. Bisweilen ist unbekannt, woher der Begriff Sectio Caesarea stammt, belegt ist aber, dass schon seit langer Zeit Kaiserschnitte durchgeführt werden (Lehmann, 2006). Seit etwa 100 Jahren wird er als anerkannte Notmaßnahme zur Rettung der Mutter und seit etwa 50 Jahren zur Rettung des anfangs ausschließlich reifen, seit etwa 30 Jahren auch des unreifen Kindes eingesetzt. Heute steht vor allem die Vermeidung von Schädigungen des Kindes im Vordergrund, da ernsthafte mütterliche Gefährdungen aufgrund des medizinischen Fortschrittes nur noch selten gegeben sind (Dudenhausen, 2011).

Die Statistik Austria (2013) verzeichnet einen Anstieg der Kaiserschnitttrate von fast zehn Prozent innerhalb der letzten zehn Jahre in Österreich und lag im Jahr 2012 bei 29,4%, worin sowohl geplante als auch ungeplante Kaiserschnitte inkludiert sind. Diese Tendenz scheint nicht nur auf Österreich zuzutreffen, sondern stellt laut Langer (2012) ein globales Phänomen dar. Weltweit steigt die Kaiserschnitttrate in Ländern mit teilweise völlig verschiedenen wirtschaftlichen, sozialen und medizinischen Systemen. Gründe hierfür können vor allem in der Veränderung wichtiger psychosozialer und gesellschaftlicher Parameter gesehen werden. Vor allem der Wunsch der Mütter nach einem Kaiserschnitt ohne tatsächliche medizinische Notwendigkeit kann kritisch hinterfragt werden (Langer, 2012). Die Forschungsfragen dieser

Arbeit beziehen sich auf ungeplante Kaiserschnitte, das heißt Entbindungen, die spontan geplant, aber in Kaiserschnitten endeten. Aus diesem Grund konzentriert sich dieses Kapitel mehr auf die Folgen eines ungeplanten als eines geplanten Kaiserschnittes. Zunächst soll jedoch die Begrifflichkeit geklärt werden.

2.4.1 Definition, Indikation und Klassifikation

Das Lehrbuch für Geburtshilfe von Dudenhausen (2011) definiert den Kaiserschnitt als operative Beendigung der Schwangerschaft oder der Geburt unter chirurgischer Eröffnung von Bauchdecken und Uterus unter Entwicklung des Kindes, also die operative Entbindung eines Kindes durch einen Bauchschnitt.

Es wird zwischen zwei Arten des Kaiserschnittes, dem primären und dem sekundären Kaiserschnitt unterschieden. Die primäre Sectio Caesarea erfolgt vor beginnender Wehentätigkeit oder Blasensprung, somit vor Geburtsbeginn. Sie wird entweder aufgrund gegebener medizinischer Indikation (wie etwa einer Querlage des Kindes oder einer für den Geburtsmodus relevanten mütterlichen Erkrankung) oder auf Wunsch der Mutter durchgeführt.

Die sekundäre Sectio Caesarea erfolgt nach Geburtsbeginn bei gegebener mütterlicher bzw. kindlicher Gefährdung während der Geburt. Sie wurde somit nicht vorab geplant. Zu einer sekundären Sectio führen absolute oder relative Indikationen. Absolute Indikationen stellen zwingende Gründe zur Rettung von Leben und Gesundheit der Mutter und/oder des Kindes dar. Etwa zehn Prozent der sekundären Kaiserschnitte werden zwingend durchgeführt. Als Gründe gelten beispielsweise die Hypoxie des Feten, eine drohende Uterusruptur oder ein Nabelschnurvorfal. Relative Indikationen führen mit etwa 90% zu sekundären Kaiserschnitten nach Abwägung der geburtsmedizinischen Risiken für Mutter und Kind. Diese Gruppe macht etwa 80% aller Kaiserschnitte aus (Dudenhausen, 2011). Beispiele für relative Indikationen sind eine Beckenendlage des Feten, fetale Makrosomie, eine Mehrlingsschwangerschaft, der Zustand nach Sectio oder vaginal-plastischer Operation, ein pathologisches CTG, Geburtsstillstand, eine protrahierte Geburt oder mütterliche Erschöpfung (Hearty, 2006).

Kaiserschnitte werden nach Dringlichkeit klassifiziert. Die Standardsectio erfolgt noch ohne akute Gefährdung der Mutter bzw. des Kindes. Bei einer eiligen Sectio erfolgt eine sofortige Fahrt in den Operations-Bereich, wobei die Gefährdungsmomente von Mutter und Kind nicht dauerhaft erhoben werden können. Die Notsectio ist indiziert bei einer nicht behebbaren

Gefährdung, die aufgrund des mütterlichen und/oder kindlichen Zustandes eine sofortige Entbindung erforderlich macht (Hearty, 2006).

Der Kaiserschnitt erfolgt immer im anästhesierten Zustand der Mutter. Während Vollnarkosen früher Mittel der Wahl waren, werden heutzutage zunehmend Regionalanästhesien für die Operation von den Operateuren und Anästhesisten aufgrund der Vorteile für Mutter und Kind bevorzugt (Lang, 2009).

Kommt es schließlich zu einem Kaiserschnitt, werden Mutter und Kind mit vielseitigen potentiellen Konsequenzen konfrontiert, die bei einer komplikationslosen, natürlichen Geburt nicht gegeben sind. Auf diese wird im nächsten Kapitel eingegangen.

2.4.2 Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes

Es ist reichlich Literatur zu den Folgen von Kaiserschnitten für Mutter und Kind zu finden. Hier wird ein Überblick über für diese Arbeit wesentlichsten Konsequenzen gegeben. Das Unterkapitel gliedert sich in Folgen für die Mutter und Folgen für das Kind. Zunächst werden die Auswirkungen auf die Mutter betrachtet.

Mögliche körperliche Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes für die Mutter

Von der ausführlichen Beschreibung der Folgen operativer oder postoperativer Komplikationen wird hier abgesehen, da für die Fragestellungen nur medizinisch komplikationslose ungeplante Kaiserschnitte relevant sind. Laut einem Review von Groß (2006) werden aufgrund der im mitteleuropäischen Raum sehr sicheren Operations- und Anästhesietechnik diesbezügliche Komplikationsraten generell nur selten thematisiert. Die kaiserschnittbedingte mütterliche Morbidität und Mortalität ist gering (Groß, 2006), jedoch laut einer großen Studie der WHO vor allem bei Notkaiserschnitten weitaus höher als bei Spontangeburt (Villar et al., 2007).

Ein sehr relevantes und präsent Thema stellen postoperative Schmerzen dar. Groß (2006) zitiert Studien, in welchen Frauen nach einem Kaiserschnitt im Vergleich zu Frauen nach einer Spontangeburt auch drei bis sechs Monate nach der Entbindung Schmerzen in Verbindung mit geringerer körperlicher Belastbarkeit angeben. In einer quantitativen Studie von Karlström et al. (2007) wird das Ausmaß der Schmerzen nach Sectiones und deren Auswirkungen auf das Stillen und die Versorgung des Neugeborenen untersucht. 78% der Befragten dieser Studie gaben innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation einen Schmerz-Score von mindestens vier auf der visuellen Analog Skala an. Dies könnte auf eine

inadäquate Schmerztherapie hinweisen. 62% fühlten sich aufgrund ihrer postoperativen Schmerzen eingeschränkt in der Fähigkeit, sich um ihr Kind zu kümmern und ein Drittel war der Ansicht, dass auch das Stillen dadurch negativ beeinflusst wurde. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass Mütter, die schon ihr zumindest zweites Kind geboren haben, potentiell stärkere Schmerzen haben, da die hinzukommenden postnatalen Gebärmutterkontraktionen bei Mehrgebärenden in der Regel intensiver werden als bei Erstgebärenden. Im Zusammenhang mit den Schmerzen ist auch die Mobilität der Mütter eingeschränkt, wodurch viele weniger aus dem Bett aufstehen als es Mütter nach Spontangeburt tun (Karlström et al., 2007). Eine Limitation der Studie von Karlström et al. (2007) ist die geringe Stichprobenzahl von 60 Probandinnen, nichts desto trotz bietet sie aufschlussreiche Ergebnisse.

Neben Schmerzen können laut Studien auch Müdigkeit, der längere Krankenhausaufenthalt und operationsbedingte Folgekomplikationen wie eine Wundinfektion Belastungen darstellen (Kuguoglu et al., 2012). Hinzu kommt, dass der Blutverlust gegenüber Spontangeburt bei Kaiserschnitten etwas erhöht ist, wodurch die Erschöpfung umso stärker sein kann. Die Operationswunde, der liegende Blasenkatheter und Infusionen stellen eine zusätzliche Einschränkung der Mobilität dar (Taschner, 2008).

Für den Beginn des Bondings besonders relevant ist die hormonelle Situation der Mutter während und nach der Operation. Vor allem bei Sectiones vor Wehenbeginn, also hauptsächlich bei primären, fehlen der Mutter und somit auch dem Kind wichtige Hormone, besonders das Bindungshormon Oxytocin. Zwar wird zur Blutungsprophylaxe intravenös synthetisches Oxytocin postoperativ verabreicht, jedoch kann dieses das körpereigene Oxytocin vermutlich nicht ersetzen, da nur jenes seine psychische Wirkung im Gehirn entfalten kann. Die Endorphine, welche durch die Wehen freigesetzt werden, fehlen bei einem Kaiserschnitt ohne vorangegangene Wehen ebenfalls (Lang, 2009). Mehrere Untersuchungen ergaben laut Taschner (2008) und Lang (2009), dass auch die Lactogenese nach Kaiserschnitten oft verspätet einsetzt und es beim Stillen im Durchschnitt zu weniger Oxytocin-Spitzen als bei Frauen nach Spontangeburt kommt. Nicht eindeutig ist, ob der Grund hierfür an der fehlenden/verringerten Oxytocinausschüttung bei der Geburt und/oder dem möglicherweise verzögerten Hautkontakt zwischen Mutter und Kind nach der Operation liegt. Des Weiteren ist der Stresshormonspiegel bei Frauen nach Kaiserschnitten erhöht und dieser steht - ebenso wie Schmerzen - wiederum im Zusammenhang mit der Lactogenese sowie Oxytocinausschüttung (Taschner, 2008, Lang, 2009). Studien ergaben, dass Anästhetika ebenso eine Hemmung für die Freisetzung des Oxytocins und Endorphins

darstellen. Auch das grelle Licht im Operationssaal gilt als Barriere für die Hormonausschüttung (Lang, 2009).

Weiters kann ein Kaiserschnitt für weitere Kinderwünsche von Bedeutung sein. Laut österreichischer Ärztezeitung (Mlekusch, 2013) werden Frauen nach Sectiones insgesamt seltener erneut schwanger. Weitere Schwangerschaften sind mit einem erhöhten Risiko für eine Plazentationsstörung, eine Plazenta praevia, accreta oder increta, einer Uterusruptur, Frühgeburtslichkeit und Totgeburt verbunden (Mlekusch, 2013). Da diese Risiken, vor allem das der Uterusruptur, bei Spontangeburt nach Sectiones erhöht sind, empfehlen viele Geburtshelfer eine erneute Sectio bei einer erneuten Schwangerschaft (Reime & Drexelius, 2006).

Neben den potentiellen physischen Auswirkungen, spielen auch psychische Faktoren meist eine wichtige Rolle für die Betroffenen.

Mögliche psychische Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes auf die Mutter

In den letzten Jahren haben sich Forscher zunehmend mit den psychischen Auswirkungen ungeplanter Kaiserschnitte auseinandergesetzt. Themen, die in den Untersuchungen immer wieder von Betroffenen genannt werden, sind unter anderen Kontrollverlust, Schock, Angst, Verzweiflung, Sorge um das Kind, das Gefühl inadäquater Betreuung, mangelnde Kommunikation sowie Information durch das beteiligte Personal, das Gefühl der Trennung vom Kind, Trauer um das „verlorene“ Geburtserlebnis, Versagensgefühle und Enttäuschung (Fenwick et al., 2003, Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip & Bhattacharya, 2007, Fenwick et al., 2009, Somera, Feeley & Ciofani, 2010, Rowlands & Redshaw, 2012,). Vor allem das Gefühl des Kontrollverlusts über den eigenen Körper und die Geburtssituation sowie Angst hängen stark mit der Behandlung durch das Personal zusammen, wie plötzlich die Situation eintritt, wie hektisch sie sich gestaltet und wie sehr die Betroffenen in die Entscheidung zum Kaiserschnitt miteinbezogen wurden (Fenwick et al., 2003, Fenwick et al., 2009, Somera et al., 2010). Einige Studien untersuchten auch die psychischen Langzeitfolgen von ungeplanten Kaiserschnitten und kamen zu dem Ergebnis, dass die Gefahr der Entwicklung einer post-traumatischen Belastungsstörung bei Betroffenen erhöht ist (Somera et al., 2010, Rowlands & Redshaw, 2012).

Neben all den belastenden Faktoren wurden bei Untersuchungen aber auch positive Gefühle genannt. Einige Mütter waren laut Somera et al (2010) froh über den Kaiserschnitt, da der Geburtsprozess schon zu anstrengend war und/oder berichteten von Erleichterung, die Geburt überstanden und ein gesundes Kind zu haben.

Als beeinflussende Faktoren wurde mehrfach die Behandlung durch das Personal und dessen Kommunikationsverhalten genannt. Haben die Mütter ausreichend Informationen und empathische Unterstützung erhalten, empfanden sie den Kaiserschnitt als weniger traumatisch (Fenwick et al., 2003, Somera et al., 2010). Auch die Erwartungen von der Geburt und die innere Einstellung scheinen beim Ausmaß der empfundenen Belastung eine wichtige Rolle zu spielen (Fenwick et al. 2009, Somera et al., 2010). Laut der Studie von Somera et al. (2010) hat zu einem positiven Coping teilweise Spiritualität beigetragen sowie auch, sofern die Frauen dazu fähig waren, sich selbst beruhigend zu zureden.

Wesentlich für die Mütter ist im Normalfall das Befinden des Kindes, denn auch dieses kann von Auswirkungen einer schweren Geburt und einem Kaiserschnitt stark betroffen sein.

Mögliche Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes auf das Neugeborene

Die Auswirkungen, die ein Kaiserschnitt auf das Kind haben kann, sind wie auch bei der Mutter stark davon abhängig, ob schon Wehen vor Operationsbeginn vorhanden waren oder nicht. Waren keine Wehen vorhanden, so besagen Studienergebnisse laut Lang (2009), dass die Kinder mit signifikant niedrigeren Katecholaminwerten geboren werden. Physiologisch sind die Katecholamine für die Resorption der Flüssigkeit in der Lunge, für die Bereitstellung von Fettreserven zur Energiegewinnung, für die Wachheit und Aufmerksamkeit direkt nach der Geburt und für die Weitstellung der Pupillen, die das Kind für die Mutter besonders attraktiv macht, verantwortlich. Erfolgt die Sectio erst nach Wehenbeginn, so ist die Wahrscheinlichkeit für kindliche Anpassungsstörungen geringer. Doch auch die Narkosemittel, vor allem Vollnarkosen, können die Kinder maßgeblich beeinträchtigen. Nach Regionalanästhesien sind ihr 1-Minuten-APGAR und der Nabelschnur-pH-Wert signifikant höher als nach Vollnarkosen. Die Kinder befinden sich nach Regionalanästhesien also in der Regel in einem besseren Allgemeinzustand. Trotzdem kann es vorkommen, dass das in der Regionalanästhesie verwendete Sulfentanyl zu Atemdepressionen beim Kind führt. Vor allem wirken aber Opioide atemdepressiv. Zudem ergaben Forschungen, dass Kinder nach der Gabe von Medikamenten, die auch bei Periduralanästhesien angewendet werden, weniger massageähnliche Handbewegungen auf der Brust der Mutter machen, welche die Oxytocinausschüttung bei jener verstärken. Weitere negative Auswirkungen einer Periduralanästhesie können vorübergehende kindliche Bradykardien, Fieber und neurologische Beeinträchtigungen sein (Lang 2009).

Die WHO-Studie von Villar et al. (2007), welche über 100.000 Geburten inkludierte, untersuchte die Auswirkungen von elektiven und ungeplanten Kaiserschnitten auf die

Neugeborenen. Die Autoren und Autorinnen schlussfolgerten, dass bei Beckenendlage des Kindes Kaiserschnitte einen großen protektiven Effekt haben, bei normaler Kindslage jedoch die Wahrscheinlichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung erhöhen. Kindliche Morbidität und Mortalität sind laut dieser Studie sowohl bei primären als auch sekundären Kaiserschnitten erhöht. Je früher vor der 40. Schwangerschaftswoche die Sectio durchgeführt wird, desto höher ist die Komplikationsrate (Villar et al., 2007).

Laut österreichischer Ärztezeitung (Mlekusch, 2013) liefern aktuelle Studien auch Hinweise auf eine erhöhte immunitätsbedingte Bereitschaft für Stoffwechselerkrankungen, Allergien und Asthma bei Kindern, die per Kaiserschnitt entbunden wurden.

2.4.3 Bonding nach dem Kaiserschnitt

Es wird deutlich, dass Kaiserschnitte, vor allem wenn sie nicht geplant stattfinden, sowohl für die Mütter als auch für die Neugeborenen eine Belastung darstellen. Besonders Sectiones ohne vorangegangene Wehen können mit Komplikationen verbunden sein. Je nach hormoneller Lage, Operationsverlauf und Narkosemittel sind Mutter und Kind mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Kaiserschnitte bedeuten in der Regel postoperative Schmerzen für die Mütter, und auch psychische Auswirkungen sind häufig. Die Betroffenen berichten meist von Schmerzen, eingeschränkter Mobilität und emotionalem Hadern mit dem Geschehen. Die Kinder sind oft weniger aktiv und leiden vermehrt an Anpassungsstörungen als spontan geborene Kinder.

In Anbetracht der mütterlichen und kindlichen Folgen eines ungeplanten Kaiserschnittes, überrascht es nicht, dass durch diesen grundsätzlich schwierige Voraussetzungen für den Bonding-Beginn gegeben sind. Um die Auswirkungen auf das Bonding aber möglichst gering zu halten, empfehlen die WHO und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen einen möglichst direkten Hautkontakt zwischen Mutter und Kind nach dem Kaiserschnitt (Stevens, Schmied, Burns, & Dahlen, 2014). Das Literatur-Review von Stevens et al. (2014) weist auf Studien hin, laut welchen unmittelbarer Hautkontakt nach dem Kaiserschnitt positive Auswirkungen auf den Stillbeginn und die Stilldauer, den Beziehungsaufbau, das mütterliche Wohlbefinden und das physische Befinden des Kindes haben kann. In Österreich gibt es derzeit 14 als baby-friendly zertifizierte Krankenhäuser, in welchen sogenanntes Sectio-Bonding, also der unmittelbare und möglichst ununterbrochene Hautkontakt zwischen Mutter und Kind nach der Operation, angeboten wird. In allen anderen Kliniken ist dies noch nicht offiziell gebräuchlich (Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen [ONGKG], 2014).

Nachdem nun ein Überblick über die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit gegeben wurde, bietet das nächste Kapitel eine Darstellung des derzeitigen Forschungsstandes zu den Forschungsfragen dieser Arbeit.

3 Derzeitiger Forschungsstand

In diesem Kapitel soll ein Überblick zu Forschungen, deren Forschungsfragen Ähnlichkeit mit jenen dieser Arbeit aufweisen, gegeben werden. Es werden auszugsweise Studien der letzten Jahre vorgestellt, welche sich auf das Erleben, das Bonding und die fachliche Unterstützung nach Kaiserschnitten beziehen. In einem ersten Schritt soll der Vorgang der Literaturrecherche genauer erläutert werden, um im Anschluss auf die Ergebnisse einzugehen.

3.1 Die Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurden die Online-Datenbanken Scopus, Medline und Pubmed herangezogen. Des Weiteren wurde auf die Online-Zeitschriftenbibliotheken der Hauptuniversität Wien und der Medizinischen Universität Wien zur Gewinnung der relevanten Artikel zurückgegriffen. Außerdem konnte auch eine Studie in Buchform in der Wiener Hauptbücherei gefunden werden. Suchbegriffe waren Sectio Casearea/Sectio Caesarea, Bonding, Attachment, Mother-Infant relationship, maternity und weitere, welche auch mit Operatoren untereinander verbunden wurden. Es wurden sowohl englisch- als auch deutschsprachige Studien inkludiert. Ausgeschlossen wurden Studien, welche das Bonding ausschließlich zwischen Müttern und Frühgeburten oder kranken Kindern untersuchten. Um den aktuellen Forschungsstand adäquat vorstellen zu können, umfasste der Suchzeitraum der Arbeiten ursprünglich die letzten fünf Jahre. Da sich im Laufe der Recherche jedoch herausstellte, dass scheinbar relevante Studien auch innerhalb der letzten zehn bis elf Jahre verfasst wurden, wurde der Suchzeitraum erweitert. Die weniger zeitlich aktuellen Arbeiten wurden besonders kritisch auf ihre thematische Aktualität untersucht, um die Wissenschaftlichkeit dieses Kapitels zu gewährleisten und den aktuellen Forschungsstand adäquat darzustellen.

Die folgenden Tabellen (Tabelle 2 und 3) bieten einen Überblick über die Suchkriterien und die Ergebnisse der Recherche. In Tabelle 2 sind Suchbegriffe sowie Ein- und Ausschlusskriterien angeführt, die zur Suche in den Online-Datenbanken herangezogen wurden. Tabelle 3 stellt eine Auflistung der Rechercheergebnisse dar.

Suchbegriffe in englischer und deutscher Sprache	<ul style="list-style-type: none"> - cesarean section, secondary cesarean section, caesarean section, cesarean birth, birth mode - nurs*, support - experience, shock, trauma, emotional pressure, fears, psychological aspects, maternal behaviour, burdens, problems - relationship, bonding, attachment, parent-child relationship, mother infant relationship, parenting, parenting experiences, mother-infant-interaction , parenthood, motherhood, maternity, maternal identity, breastfeeding - Sectio, Sectio Caesaria, Kaiserschnitt, ungeplanter Kaiserschnitt, sekundäre Sectio, Geburtsmodus - Pflege, Unterstützung durch Pflege - Erleben, Erfahrung, Emotionale Belastung, psychischer Schock, Trauma, Ängste, Körperliche Einschränkungen, Postoperative Einschränkungen - Bindung, Beziehungsaufbau, Mutter-Kind-Beziehung, Bonding, Bonden, Bonden im OP, Stillen, erstes Stillen, Stillbeziehung
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Phänomene, Variablen: Siehe Suchbegriffe - Bevölkerungsgruppen: Mütter, Kind, Säuglinge, Neugeborene, Pflege - Setting: Krankenhaus, Geburtenstation/-abteilung, OP-Saal, Intensivstation, Aufwachraum - Zeitraum: 2000-heute - Sprache: Deutsch, Englisch - Art der Literatur: Qualitativ, quantitativ
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Bevölkerungsgruppen: Frühgeborene, kranke Kinder - Setting: Außerklinische Bereiche - Literatur: Nicht-wissenschaftliche-Literatur

Tabelle 2 Suchkriterien

Autoren + Jahr	Titel	Design	Probandinnen /Befragte Anzahl	Verwendete Studien für Reviews
Jugerlucks, C. (2004)	Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen.	Qualitative Interviews	19	
Fenwick, S., Holloway, I., & Alexander, J. (2009)	Achieving normality: the key to status passage to motherhood after a caesarean section	Qualitative Interviews + Anlehnung an Grounded Theory	21	
Weiss, M., Fawcett, J., & Aber, C. (2009)	Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth	Mixed Methodes	233	
Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2009)	Mother-to-infant emotional involvement at birth	Quantitativ: Mother-to-Infant Bonding Scale	315	

Tabelle 3 Suchergebnisse

Autoren + Jahr	Titel	Design	Probandinnen /Befragte Anzahl	Verwendete Studien für Reviews
Carlander, A.- K. K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., & Wiklund, I. (2010)	Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery	Quantitativ: Aliance Scale	510	
Karlström, A., Engström- Olofsson, R., Norbergh, K. G., Sjöling, M., & Hildingsson, I. (2007)	Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care	Quantitativ: Deskriptiver Fragebogen, Visuelle Analogskala	60	
Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L., & Bhattacharya, S. (2007)	Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey	Quantitativ: Standardisierter Fragebogen	1,661	

Tabelle 3 Suchergebnisse

Autoren + Jahr	Titel	Design	Probandinnen /Befragte Anzahl	Verwendete Studien für Reviews
Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007).	Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system	Quantitativ: “LATCH”-Skala, standardisierter Fragebogen	200	
Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007)	Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications	Review quantitativer u. qualitativer Studien		14
Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012).	Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature	Review quantitativer u. qualitativer Studien		53

Tabelle 3 Suchergebnisse

3.2 Ergebnisse zum derzeitigen Forschungsstand

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche dargestellt. Literaturreviews zum Thema Kaiserschnitt und seine Folgen für Mutter und Kind zitieren meist Arbeiten aus den 80er und 90er Jahren. Die damalige Forschung schlussfolgerte größtenteils, dass Kaiserschnitte, vor allem ungeplante, negative Auswirkungen auf das Befinden der Mütter und die Mutter-Kind-Beziehung haben (Lobel & DeLuca, 2007, Weiss et al. 2009). Jedoch bieten auch aktuellere Studien einen Einblick in das Erleben nach Kaiserschnitten. In Folge wird erst auf qualitative und im Anschluss auf quantitative Studien und deren Ergebnisse zum für diese Arbeit relevanten Themenkomplex eingegangen. Abschließend wird in der Zusammenfassung die Conclusio aus den vorgestellten Forschungsergebnissen beschrieben.

Die deutsche Forscherin Christiane Jugerlucks (2004) untersuchte mittels 19 qualitativer Interviews das Erleben von Müttern bei ungeplanten Kaiserschnitten und der Zeit danach. Teil der Fragestellungen waren auch die potentiellen Auswirkungen des Kaiserschnittes auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind sowie die Betreuung im Krankenhaus. Jugerlucks befragte Mütter sowohl reif- als auch frühgeborener Kinder. Laut den Ergebnissen dieser Studie gibt es einige wesentliche Faktoren, die für das Wohlbefinden als auch für die Mutter-Kind-Beziehung ausschlaggebend sind. Risikofaktoren, die einen ungeplanten Kaiserschnitt zu einer sehr traumatischen bzw. problematischen Erfahrung für die Betroffene machen können, sind laut Jugerlucks ein bewusstes Geburtsideal, das Erleben existenziell bedrohlicher Situationen, das Erleben von Gewalt (sprachlich und/oder körperlich), Trennung von Mutter und Kind aufgrund von Frühgeburtslichkeit, Entfremdungsgefühle dem Körper und dem Seelenleben gegenüber und das Erleben von Gegenüberlosigkeit. Gegenüberlosigkeit bedeutet das Gefühl der Reduzierung vom Individuum zum Objekt und des Alleinseins. Folgen können schwerwiegende Auswirkungen auf das langfristige Befinden sowie auf die Beziehung zu dem Kind und auch anderen Menschen sein. Diese Belastungen können laut den Ergebnissen der Studie bis hin zu psychischen Störungen wie postnatalen Depressionen und posttraumatischen Belastungsreaktionen führen, welche sich wiederum negativ auf das Familienleben auswirken. Die Befragten erzählen von Schuldgefühlen aufgrund des nicht gefühlten Mutterglücks und ambivalenter Gefühle dem Kind gegenüber. Jugerlucks führt dies vor allem auf die gesellschaftliche Tabuisierung nicht idealtypischer postnataler Mutter-Kind-Beziehungen zurück. Besonders gefährdet sind, so Jugerlucks, Erstgebärende, da diese in der Regel noch nicht auf die Gefühle vorbereitet sind, die nach einer (Kaiserschnitt-)Geburt auftreten können. Die Autorin schlussfolgert, dass nicht jede invasive medizinische

Maßnahme als traumatisch von Frauen empfunden werden muss. Der Kontext und die Betreuung durch das Personal sind maßgebend für die erlebte Belastung. Eine menschliche, individuelle und einfühlsame Betreuung von allen involvierten Fachpersonen ist notwendig, um eine möglichst gesunde Mutter-Kind-Beziehung und Verarbeitung des Kaiserschnittes zu gewährleisten. Der Wochenbettbetreuung durch Pflegepersonen und Hebammen kommt hierbei eine große Bedeutung zu. Jüngerlucks sieht in der Thematik noch großen Forschungs- und Diskussionsbedarf.

Fenwick et al. (2009) beschreiben in ihrer Studie, welche in Anlehnung an Grounded Theory erarbeitet wurde, den Übergang zum Muttersein nach einem ungeplanten Kaiserschnitt. Dafür befragten sie 21 erst- und zweitgebärende Frauen zwischen sieben Wochen und 18 Monaten nach der Geburt. Der Übergang zum Muttersein ist laut den Ergebnissen von Fenwick et. al. nach einem ungeplanten Kaiserschnitt erschwert, da dieser wider den Idealen und Erwartungen der Betroffenen stattfindet. Schock, Verlustgefühle und das Bedürfnis nach Wiedererlangung von Kontrolle über den eigenen Körper und die Situation stehen im Vordergrund des Erlebens. Auch aus dieser Studie geht hervor, dass das Sprechen über den Kaiserschnitt für Mütter sehr wichtig ist, aber bei den Befragten nicht ausreichend stattfand.

Weiss et al. (2009) stellten einen Mangel an aktueller Forschung betreffend die Bedürfnisse betroffener Frauen in der ersten Zeit nach Kaiserschnitten fest. Aus diesem Anlass untersuchen sie mit einem Mixed Methods Forschungsdesign unter Anwendung des Roy Adaption Models die Adaption, Lernbedürfnisse, Sorgen und Anliegen von Müttern innerhalb der ersten zwei Wochen nach ihren Kaiserschnitten. Sowohl geplante als auch ungeplante Kaiserschnitte wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Laut der Ergebnisse von Weiss et al. schreitet die körperliche und emotionale Adaption an die Situation innerhalb der ersten postnatalen Zeit im Durchschnitt langsamer voran als die funktionale oder soziale Adaption. Eine generell schlechtere emotionale und soziale Adaption ergaben Frauen nach sekundären Sectiones und Erstgebärende. Besonders gefährdet sind erstgebärende Mütter nach ungeplanten Kaiserschnitten. Die Wahrscheinlichkeit negativer postnataler Reaktionen und einer verzögerten Annahme der Mutterrolle ist bei jenen Müttern erhöht. Hier sehen die Autoren einen erhöhten Bedarf an emotionaler und sozialer Unterstützung. Die Ergebnisse deuten auch auf Unterschiede zwischen Frauen verschiedener Kulturen, worauf jedoch nur kurz im Artikel eingegangen wird. Des Weiteren gaben Erstgebärende bei der Untersuchung mehr Sorgen und Bedürfnisse an, jedoch wurden generell nur wenige Sorgen und

Unsicherheiten von den Probandinnen genannt. Trotzdem sehen Weiss et al. aufgrund der Ergebnisse einen Informations- und Unterstützungsbedarf bezüglich der Selbst- und Babypflege bis über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Die Autoren der Studie gehen nicht näher auf die Bedürfnisse im Zusammenhang mit dem Beziehungsaufbau zum Kind ein, weisen jedoch sehr auf die Relevanz der pflegerischen Unterstützung von Frauen nach Kaiserschnitten hin, um potentielle Probleme im Mutterwerden und –sein zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

Auch die quantitative Forschung der letzten zehn Jahre beschäftigte sich mit Aspekten der Mutter-Kind-Bindung nach der Geburt. Die „Mother-to-Infant Bonding Scale“ stellt ein einfach anwendbares standardisiertes Assessment-Instrument zur Messung der Mutter-Kind-Bindung dar (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005) und wurde bereits in mehreren Studien angewandt. Figueiredo, Costa, Pacheco und Pais (2009) beispielsweise gingen in ihrer Studie unter Verwendung dieses Instruments auch auf den Geburtsmodus ein. Überraschenderweise fanden sie keinen Zusammenhang zwischen Spontangeburt bzw. Kaiserschnitten und der Qualität des anschließenden Bondings.

Carlander, Edman, Christensson, Andolf und Wiklund (2010) erweiterten die quantitativen Messungen der Mutter-Kind-Bindung unter Heranziehen der Alliance-Scale, ein Messinstrument, welches die Rolle des Vaters inkludiert, welches bei der „Mother-to-Infant Bonding Scale“ nicht der Fall ist. Carlander et al. untersuchten die Qualität der Mutter-Kind-Bindung, die Stimmung und die Zufriedenheit mit dem Stillen bei Erstgebärenden zwei Tage, drei sowie neun Monate nach der Geburt auf Unterschiede hinsichtlich des Geburtsmodus. 12,7% der insgesamt 510 Probandinnen hatten einen ungeplanten Kaiserschnitt. Die Studie ergab, dass unabhängig vom Geburtsmodus der Mutter-Kind-Kontakt umso positiver wurde, je mehr Zeit seit der Geburt vergangen war. Mütter nach ungeplanten Kaiserschnitten erlebten jedoch am zweiten Tag nach der Geburt signifikant mehr Traurigkeit als die Mütter der anderen Gruppen, jedoch gab es zu den weiteren Untersuchungszeitpunkten keine signifikanten Unterschiede mehr. Ebenso empfand die Gruppe der Mütter nach Kaiserschnitt das Stillen anfangs als unangenehmer und stressiger als Mütter nach vaginaler Geburt. Carlander et al. führen dies auf den postoperativen Schmerz und die verminderte Prolaktin- und Oxytocinausschüttung nach Kaiserschnitten zurück. Der Partner stellt in allen Fällen einen unterstützenden Faktor dar. Carlander et al. schlussfolgern wie zuvor auch Figueiredo et al. (2009), dass der Geburtsmodus keinen langfristigen Einfluss auf die Mutter-Kind-Bindung

hat. Hervorzuheben bei dieser Studie ist, dass alle Probandinnen direkt nach der Geburt in Haut-Kontakt mit ihren Kindern kamen und keine Vollnarkosen gemacht wurden.

Die Ergebnisse von Carlander et al. (2010) bezüglich der Stimmung und der Stillzufriedenheit stimmen überein mit jenen von Karlström et al. (2007). Jene gingen in ihrer ebenfalls quantitativen Untersuchung gezielt auf die Auswirkungen postoperativer Schmerzen nach geplanten und ungeplanten Kaiserschnitten auf das Geburtserleben, die Pflege des Neugeborenen und das Stillen ein. Die Studie zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen negativem Geburtserleben sowie Schwierigkeiten bei der Babypflege und beim Stillen auf. Vor allem bei Notkaiserschnitten wird dieser Zusammenhang sehr deutlich. Laut Karlström et al. kommt der frühen Wiedererlangung der Mobilität eine hohe Bedeutung für die Babyversorgung zu. Ein angemessenes Schmerzmanagement und die kompetente Unterstützung durch Hebammen und Pflegepersonen spielen dabei eine entscheidende Rolle. Eine Limitation dieser Studie ist die eher kleine Stichprobe von nur 60 Probandinnen aus nur einer Einrichtung.

Die eingeschränkte Mobilität aufgrund der postoperativen Schmerzen führt bei vielen Betroffenen zu einem erhöhten Stressempfinden, unter anderem da sie sich nicht so sehr um ihr Kind kümmern können, wie sie es gerne würden, so auch die Ergebnisse einer ebenfalls quantitativen Befragung einer sehr großen Stichprobe von Porter et al. (2007). Als stressvolle Faktoren wurden unter anderen Schmerzen, medizinische Komplikationen, Trennung vom Kind, erschwertes Bonding und auch das Verhalten des Personals genannt. Zu bemerken ist, dass das Stresserleben nicht erst ab der Geburt sondern schon im Geburtsverlauf ansetzt (Porter et al., 2007). Anhand dieser und ähnlicher Ergebnisse kann vermutet werden, dass je traumatischer die Geburt erlebt wird, desto stressvoller ist auch das Erleben nach der Geburt und die Gefahr des erschwerten Bondings erhöht.

Stillen gilt als wichtiger Indikator für gelungenes Bonding. Laut einer Metaanalyse weltweiter Literatur von Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi und Hyde (2012) beginnen nach Kaiserschnitten weniger Frauen mit dem Stillen, sind mit mehr Stillproblemen konfrontiert und/oder brechen das Stillen im ersten Monat nach der Geburt ab. Wurde der erste Monat überschritten, stillen diese Frauen jedoch im Durchschnitt genauso lange wie Frauen nach Spontangeburt (Prior et al., 2012). Dies weist darauf hin, dass der Beginn der Stillbeziehung ausschlaggebend sein kann für deren weiteren Verlauf. Cakmak und Kuguoglu

(2007) schlussfolgern aus ihrer Studie, dass Frauen nach Kaiserschnitten einen erhöhten Unterstützungsbedarf beim Stillen haben, vor allem beim Positionieren des Kindes.

Werden die Forschungsergebnisse betrachtet, wird die Vermutung bestätigt, dass Kaiserschnitte eine potentielle Belastung für Mutter und Kind sowie ihre Beziehung zueinander sein können. Vor allem ungeplante Kaiserschnitte werden als schockierendes, sogar traumatisches Erlebnis dargestellt und bedeuten einen schwierigen Start ins Mutterwerden. Sowohl in qualitativen als auch in quantitativen Studien wurden als belastende postoperative Faktoren Schmerzen, eingeschränkte Mobilität, Unselbstständigkeit bei der Kindsversorgung, Trauer um das (vermisste) Geburtserlebnis, Stillschwierigkeiten, Trennung vom Kind und ein erschwerter Beziehungsaufbau zum Kind genannt. Quantitative Arbeiten haben ergeben, dass Mütter nach Kaiserschnitten sich zwar in den ersten Tagen signifikant schlechter und ihrem Kind weniger nah fühlen als Mütter nach Spontangeburt, jedoch nach einigen Monaten gleiche Angaben bezüglich des Befindens und des Bondings geben wie die natürlich Entbundenen. Auch das Stillverhalten unterscheidet sich nicht, sofern Mütter nach Kaiserschnitten das Stillen über den ersten Monat nach der Geburt fortgesetzt haben. Dies verdeutlicht, wie wichtig die Unterstützung in den ersten Tagen nach der Geburt ist. Bezüglich der Betreuung im Krankenhaus konnte in mehreren Studien festgestellt werden, dass die Betroffenen meist einen großen Bedarf an Gesprächen haben, dem jedoch nicht ausreichend entgegen gekommen wird. Fühlen sich die Frauen schließlich allein, haben Schmerzen und sind noch im Schock und überwältigt über die Geburt und deren unerwarteten Verlauf, können sie sich womöglich weniger emotional auf ihr Kind einlassen.

Ein detailliertes Bild vom Erleben und den Bedürfnissen von Müttern nach ungeplanten Kaiserschnitten, ihrem Beziehungsaufbau zum Kind und dem pflegerischen Unterstützungsbedarf im Krankenhaus konnte durch bisherige Forschung nach der erfolgten Literaturrecherche noch nicht gewonnen werden. Daher soll mit der im nächsten Kapitel beschriebenen Forschungsarbeit versucht werden das Bild zu erweitern.

4 Empirischer Teil

Nachdem nun der theoretische Hintergrund und der derzeitige Forschungsstand zum bearbeiteten Thema dieser Arbeit dargelegt wurden, folgt in diesem Kapitel die Vorstellung der eigenen empirischen Untersuchung. Dabei wird erst das methodische Vorgehen dargelegt, um anschließend die Forschungsergebnisse vorzustellen.

4.1 Methode

Da die Fragestellungen dieser Arbeit sich auf das Erleben und Empfinden der betroffenen Mütter konzentriert, eignet sich ein qualitativer Forschungsansatz für die Bearbeitung.

„Qualitative Forschung hat den Anspruch Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick, Kardoff & Steinecke, 2008, S.14).

In Folge wird das methodische Vorgehen zur Erfassung des Beziehungsaufbaus zwischen Mutter und Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und die Rolle der Pflege in diesem Prozess von der Erhebung bis zur Auswertung der Daten beschrieben. Zuerst werden jedoch noch die Gütekriterien qualitativer Forschung und deren Einhaltung im Rahmen dieser Arbeit beschrieben.

4.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die Einhaltung von Gütekriterien ist Teil der Ansprüche an das wissenschaftliche, empirische Arbeiten. In der qualitativen Forschung gibt es kein einheitliches System von Gütekriterien. Im deutschsprachigen Raum wird laut Mayer (2007) häufig jenes von Philipp Mayring herangezogen, so auch im Rahmen dieser Arbeit. Es folgt eine kurze Beschreibung der Gütekriterien von Mayring laut Mayer (2007) und inwiefern diese im Zuge der vorliegenden Forschungsarbeit beachtet wurden. Die *Verfahrensdokumentation* sieht vor, dass die methodischen Schritte im Forschungsprozess dokumentiert werden. Im hier vorliegenden Kapitel der Methodik wird sowohl die Art der Datenerhebung als auch der Auswertung beschrieben. Interpretationen sind essentiell für die qualitative Forschung, lassen sich jedoch nicht beweisen. Aufgrund dessen sollen zur *Argumentativen Interpretationsabsicherung* Aussagen schlüssig und nachvollziehbar dargestellt werden. Die Interpretation der mithilfe

einer wissenschaftlichen Methode gewonnenen und analysierten Daten sind im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit ersichtlich. Bei der Argumentation wurde auf Nachvollziehbarkeit und die Beibehaltung eines roten Fadens geachtet. Mit dem Vorgehen nach einer bestimmten Methode wurde auch die *Regelgeleitetheit* gewährleistet. Das Material wurde systematisch und nicht willkürlich bearbeitet. Die *Nähe zum Gegenstand* sieht vor, dass sich der/die Forschende in die Lebenswelt der Betroffenen begibt. Mittels qualitativer Interviews kann dies erreicht werden. Die *kommunikative Validierung* meint die Überprüfung der Gültigkeit qualitativer Forschungsergebnisse durch deren Diskussion mit den Beforschten oder anderen Forschern/Forscherinnen. Die vorliegende Arbeit wurde unter regelmäßiger Rücksprache mit der pflegewissenschaftlichen Betreuungsperson verfasst. Außerdem wurden wesentliche Ergebnisse teilweise auch mit Mitstudierenden besprochen. In einem kleinen Rahmen konnten die Ergebnisse somit kommunikativ validiert werden. Zuletzt stellt laut Mayring noch die *Triangulation* ein Gütekriterium dar. Die Daten sollen aus mehreren Perspektiven betrachtet werden. Dies ist möglich durch die Verbindung verschiedener Forschungsmethoden oder unterschiedliche Interpretationen der Ergebnisse zum Beispiel durch mehrere Forscher/Forscherinnen. Einzig diesem Kriterium wurde in dieser Forschung nicht entsprochen, da die Triangulation den Rahmen der Masterarbeit übersteigen würde.

4.1.2 Rekrutierung der Interviewpartnerinnen

Zielgruppe der Untersuchung stellen Mütter dar, die vor drei bis maximal 18 Monaten ein Kind durch einen sekundären Kaiserschnitt zu Welt brachten. Dieser Zeitraum wurde gewählt, um eine bereits reflektierte jedoch noch möglichst nahe Erinnerung an die Geschehnisse für die Berichte zu sichern. Ausgeschlossen wurden Mütter von Frühgeburten, Mehrlingen und kranken Kindern, da jene Mütter sich vermutlich in einem noch komplexeren Ausnahmezustand befinden und somit den Rahmen der Fragestellungen dieser Arbeit übersteigen würden.

Im Juni 2014 wurde ein Informationsschreiben für Mütter verfasst, in welchem das Thema der Masterarbeit vorgestellt wird und das zur Teilnahme als Interviewpartnerin motivieren sollte (siehe Anhang). Dieses Schreiben wurde an Kinderärzte in niedergelassenen Praxen, an Stillberaterinnen mit Stillgruppen und Beratungsstellen für Mütter nach Geburten mit der Bitte um Weitergabe an potentiell interessierte Mütter verteilt. Mittels der auf dem Schreiben vermerkten Kontaktdaten konnten Interessentinnen sich zur Teilnahme melden.

Zusätzlich wurden auf österreichischen Mutter-Kind-Plattformen im Internet Aufrufe zur Teilnahme an Interviews für diese Masterarbeit verfasst.

Insgesamt meldeten sich im Zeitraum von Juni bis Juli 2014 sieben Mütter für ein Interview, die den Einschlusskriterien entsprachen. Ebendiese erhielten schließlich den Informed Consent per Mail, um vorab Unklarheiten zu vermeiden (siehe 4.4 Ethische Aspekte).

4.1.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativer, teilstrukturierter Leitfadeninterviews. Der Leitfaden (siehe Anhang) beinhaltet die durch die Literaturrecherche identifizierten und für die Fragestellungen relevanten Themen. Der Leitfaden fungierte lediglich als thematisches Gerüst, meist waren nur einige Aufrechterhaltungsfragen notwendig, da die Interviews einen sehr narrativen Charakter hatten und die Interviewpartnerinnen von sich aus den Großteil der Themen mit ihren Erzählungen abgedeckt haben.

Den Interviewpartnerinnen stand der Ort der Interviewführung frei, um ein für die Befragten möglichst angenehmes Umfeld zu gewährleisten. Lediglich auf die Notwendigkeit größtmöglicher Ruhe wurde hingewiesen. Sechs von sieben Interviews fanden somit im Zuhause der Interviewpartnerinnen statt. Ein Interview wurde in einem ruhigen Café geführt. Bei allen Interviews war das per Kaiserschnitt entbundene Kind anwesend. Aufgrund der Bedürfnisse der Babys kam es teilweise zu kurzen Unterbrechungen während der Interviews, die den Erzählfluss aber nur minimal zu beeinflussen schienen.

Vor Beginn der Interviews wurde Kinderanzahl, Geburtsmodi der anderen Kinder (falls vorhanden), Familiensituation und Entbindungseinrichtung erfragt. Nach dem Krankenhaus wurde gefragt, um Vermutungen zu potentiellen Zusammenhängen zwischen Stillfreundlichkeit der Einrichtung und dem Verlauf nach der Entbindung aufstellen zu können. Ebenso wurde der Informed Consent besprochen, von Forscherin sowie Interviewpartnerin unterschrieben sowie Raum für Fragen gegeben.

Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät als Audiodatei aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkription erfolgte wortwörtlich, wobei Dialekt ins Hochdeutsche übersetzt wurde. Pausen wurden durch Punkte und emotionale Äußerungen, Husten etc. durch die jeweilige Bezeichnung in Klammern ausgedrückt.

Tabelle 4 gibt einen Überblick zu den Interviewpartnerinnen.

Interviewnummer	Interviewpartnerin Pseudonym	Partner/Partnerin Pseudonym	Kinder Pseudonyme
1	Lena E.	Thomas	Sebastian 9, Monate
2	Juliana K.	Gustav	I Nils, 2 Jahre (sek. Sectio) II Emma, 4 Monate
3	Jana E.		Anna, 5 Monate
4	Mira M.		I Maria, 5 Jahre (Spontangeburt) II Magdalena, 4 Monate
5	Bella W.		Jonas, 7 Monate
6	Tatjana F.		Helena, 11 Monate
7	Maria U.	Anja	Matthias, 16 Monate

Tabelle 4 Interviewpartnerinnen

4.1.4 Datenauswertung in Anlehnung an die Grounded Theory

Die Grounded Theory wurde ursprünglich von den Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss auf Basis des symbolischen Interaktionismus in den 1960er Jahren entwickelt. Sie ist eine qualitative Forschungsmethode bzw. –methodologie mit dem Ziel der Aufstellung einer gegenstandsverankerten Theorie, die aus der Untersuchung des Phänomens, welches sie abbildet, induktiv abgeleitet wird. Die Theorie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Datensammlung, Analyse und Theorie stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Sie soll somit der alltäglichen Wirklichkeit des untersuchten Gegenstandsbereichs gerecht werden und folglich Erklärungen für menschliches Verhalten, Verhaltensmuster und soziale Prozesse liefern (Strauss & Corbin, 1996).

Geburten finden in einem sozialen Kontext statt. Soziale und psychische Faktoren beeinflussen das individuelle Erleben. Die Ziele und Methoden der Grounded Theory lassen sich mit dem in dieser Arbeit bearbeiteten Untersuchungsgegenstand gut vereinbaren und wurden daher zur Auswertung herangezogen. Während sich bei der Grounded Theory laut Strauss und Corbin (1996) Erhebung und Analyse konstant abwechseln, wurden für diese Arbeit alle Interviews erhoben und erst anschließend in die Analyse übergegangen. Das methodische Vorgehen orientiert sich also ausschließlich an der Datenauswertung nach Grounded Theory und nicht an der Datenerhebung.

Die Entwicklung einer dicht konzeptualisierten Theorie, wie eine sorgfältig erarbeitete Grounded Theory es sein sollte, würde den Rahmen einer Masterarbeit übersteigen, jedoch stellen Abkürzungsmöglichkeiten der Grounded Theory, wie Strauss und Corbin (1996) vorschlagen, eine angemessene Möglichkeit zur Auswertung der gewonnenen Daten dar. Wesentliche Elemente der Methodologie werden hierbei angewendet, jedoch nicht voll ausgeschöpft. Mit den Verfahren des offenen und axialen Kodierens soll theoretische Kodierarbeit geleistet werden, die zu einer wissenschaftlich fundierten Wiedergabe der Wirklichkeit des Untersuchungsbereiches führt (Strauss & Corbin, 1996). In Folge werden diese Verfahren kurz beschrieben.

Offenes Kodieren

Das offene Kodieren ist der erste Analyseschritt bei der Ausarbeitung eines Textes. Er konzentriert sich besonders auf das Benennen und Kategorisieren der Phänomene mittels einer ausführlichen Untersuchung der Daten. Die Daten werden in einzelne Teile aufgebrochen, untersucht und schließlich auf Unterschiede sowie Ähnlichkeiten verglichen. Anschließend werden Fragen über die Phänomene gestellt, inwiefern sie sich in den Daten widerspiegeln. Konzepte bzw. Codes werden formuliert. Dies sind konzeptuelle Bezeichnungen, die einzelnen Ereignissen, Vorkommnissen oder anderen Beispielen für Phänomene zugeordnet werden. Die Konzepte werden auf Ähnlichkeiten überprüft, klassifiziert und in einer höheren Ordnung in Kategorien zusammengruppiert (Strauss & Corbin, 1996).

Axiales Kodieren

Das axiale Kodieren ist der nächste analytische Schritt der Grounded Theory. Im Zuge dessen werden Verbindungen zwischen Kategorien erstellt, wodurch die im offenen Kodieren gewonnenen Daten auf eine neue Art zusammengesetzt werden. (Strauss & Corbin, 1996).

Eine Hilfestellung bietet dabei das von Strauss und Corbin (1996) entwickelte Kodierparadigma. Mit diesem Modell wird es möglich, systematisch über Daten nachzudenken und sie sehr in komplexer Form miteinander zu verbinden. Identifizierte zentrale Phänomene werden mit der jeweiligen ursächlichen Bedingung, dem Kontext den Handlungs- und interaktionalen Strategien sowie deren Konsequenzen beschrieben:

Das *zentrale Phänomen* ist eine Idee, ein Ereignis, ein Geschehnis oder ein Vorfall, auf den sich eine Reihe von Handlungen oder Interaktionen bezieht, um es zu kontrollieren, zu bewältigen oder zu dem die Handlungen in Beziehung stehen.

Die *ursächlichen Bedingungen* sind Ereignisse, die zum Entstehen des zentralen Phänomens führen.

Der *Kontext* setzt sich zusammen aus einer spezifischen Reihe von Eigenschaften, die zu einem Phänomen gehören. Er stellt also den besonderen Satz der Bedingungen dar, in dem die Handlungen und Interaktionen stattfinden.

Intervenierende Bedingungen sind strukturelle Bedingungen, die auf sich auf das Phänomen beziehende Handlungen und Interaktionen, einwirken.

Die *Handlungen/Interaktionen* sind Strategien, die auf die Bewältigung des Phänomens bzw. den Umgang damit oder die Reaktion darauf unter einem spezifischen Satz an Bedingungen, abzielen.

Die *Konsequenzen* sind schließlich die Resultate der Handlungen und Interaktionen.

4.1.5 Ethische Aspekte

Ethische Grundaspekte wie die Einholung einer Informierten Zustimmung, Sicherstellung der Anonymität und der Schadensfreiheit der Studienteilnehmerinnen wurden in allen Schritten der Arbeit beachtet und sichergestellt. Laut Körtner (2012) hat vor Beginn der Interviewführung eine Information über Ziele, Methode und institutionelle Verbindungen der Forscherin sowie die Einholung einer Zustimmung der Interviewperson zu erfolgen. In der Informierten Zustimmung, welche die Interviewpartnerinnen schon vor dem Treffen erhielten und vor Beginn des Interviews unterschrieben, erfolgte eine schriftliche Aufklärung über den

wissenschaftlichen Zweck im Rahmen der Masterarbeit. Zusätzlich wurde auch mündlich über den Zweck der Forschung und über den Datenschutz aufgeklärt sowie die Möglichkeit gegeben, aufgekommene Fragen zu klären. Die Interviewpartnerinnen konnten jederzeit ohne Angaben von Gründen von der zuvor zugestimmten Teilnahme zurücktreten.

Die in den Interviews genannten Namen, Orte und Einrichtungen wurden in den Transkripten geändert, sodass keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen bzw. Einrichtungen geschlossen werden können. Sowohl bei der Erstellung des Leitfadens als auch bei der Interviewführung wurde bedacht, dass die angesprochenen Themen womöglich emotional sehr berührend und eventuell auch belastend sind. Daher wurde stets darauf geachtet, dass die Fragen sensibel formuliert werden und den Interviewpartnerinnen Freiraum in ihren Antworten gelassen wird. Während der Interviewführung wurde auf das Befinden des Gegenübers Rücksicht genommen. Zwar zeigten sich einige der Befragten sehr berührt durch die Themen, jedoch kam es zu keinen Abbrüchen aufgrund zu starker emotionaler Reaktionen.

Da es sich bei der Zielgruppe der Forschung um kürzlich entbundene Mütter handelt, waren bei allen Interviews die Babys dabei. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die kindlichen und mütterlichen Bedürfnisse unbedingt Priorität haben. Aufgrund dessen kam es bei Unruhe der Kinder auch manchmal zu Unterbrechungen der Interviews.

Weder die Interviewpartnerinnen noch die Forscherin erhielt für die Mitwirkung eine entgeltliche Entschädigung.

4.2 Ergebnisse

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse der Interviews und deren Analyse vorgestellt. Die identifizierten Kategorien werden unterteilt in drei übergeordnete Bereiche:

I Der Kaiserschnitt als belastende Abweichung

II Mutterwerden unter erschwerten Bedingungen

III Unterstützung in der Bewältigung der Abweichung und beim Mutterwerden

Nach der Beschreibung aller Kategorien wird das zentrale Phänomen, das alle Kategorien miteinander verbindet, beschrieben.

In der folgenden Tabelle sind alle Haupt- und Teilkategorien auf einen Blick ersichtlich.

Hauptkategorien	Teilkategorien
I Der Kaiserschnitt als belastende Abweichung	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung einer normalen Geburt - Der Kaiserschnitt als Belastung für Körper und Seele
II Mutterwerden unter erschwerten Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Verbindung zum Kind finden - Ergreifen der Mutterrolle trotz Handicap Kaiserschnitt - Familie sein - Das Wunder der Geburt im Alltag des Krankenhauses
III Unterstützung in der Bewältigung der Abweichung und beim Mutterwerden	<ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit der psychischen Unterstützung im gesamten Prozess - Wunsch nach vertrauter Umgebung - Spezieller Bedarf an pflegerischer Unterstützung beim Mutterwerden – - (In-)Adäquate Umsetzung erleben

Tabelle 5 Haupt- und Teilkategorien

4.2.1 Der Kaiserschnitt als belastende Abweichung

Die Geburt durch einen ungeplanten Kaiserschnitt ist eine nicht vorhergesehene Abweichung von einer natürlichen Geburt. In diesem ersten Teil der Kategorien wird beschrieben, was den Kaiserschnitt zu einem belastenden Ereignis macht.

Vorstellung einer normalen Geburt

Eine Geburt gilt allgemein als freudiges Ereignis. So sahen es auch die Mütter, die zu dieser Arbeit befragt wurden. Sie hatten sich auf die Geburt gefreut und waren zuversichtlich gewesen, diese gut zu bewältigen. Gut bewältigen bedeutet hier, das Kind auf natürliche Art und Weise ohne Komplikationen zu gebären. Die Vorstellungen von der bevorstehenden Geburt reichten von absoluten Idealvorstellungen, „*Die Geburt hab ich mir ganz easy vorgestellt und ich hab mich total drauf gefreut (...) (Interview 5)*“, bis zu realistischeren Einschätzungen, die jedoch immer noch mögliche Komplikationen ausblendeten: „*Okay, also Mutterwerden, also die Geburt selber hab ich mir, ja, ich mein, mir war schon klar, dass das Ganze schmerzhaft sein wird und ja. War aber für mich immer so, naja, das haben ja schon viele geschafft, wird sicher kein Problem werden. (Interview 1)*“. Angst war kein bewusst vorherrschendes Gefühl unter den Müttern: „*Und eigentlich auch, dass man keine Angst vor der Geburt hat. Das hatte ich überhaupt nicht! Im Gegenteil, ich habe mich drauf gefreut. (Interview 7)*“.

Eine Geburt stellt eine enorme Strapaze sowie potentielle Gefahr für den weiblichen Körper dar, daher scheint es durchaus wünschenswert, dass Mütter zuversichtlich an sie herangehen, um diese Herausforderung bewältigen zu können. Es stellt sich jedoch die Frage, warum hauptsächlich von Vorfreude gesprochen wurde. Zur Vorfreude könnten sowohl interne als auch externe Faktoren beitragen. Vorstellbar ist, dass angesichts einer solchen Bedrohung für den eigenen Körper die Angst davor ein emotional nicht aushaltbares Gefühl darstellt und daher abgewehrt bzw. vermieden wird. Des Weiteren ist es möglich, dass vor allem positive Erzählungen anderer die eigenen Vorstellungen prägen: „*Man stellt sich vor, man bringt so dieses Kind zur Welt durch den Geburtskanal und das Rauspressen, wie man's halt immer erzählt bekommt, und diese Erleichterung. (Interview 6)*“. Und vor allem ist denkbar, dass die Geburt des Kindes ein Ereignis darstellt, das allen Schmerz und alle Mühen vergleichsweise gering erscheinen lässt. Gerade Erstgebärende können noch nicht wirklich wissen, welche psychischen und physischen Herausforderungen im Rahmen einer Geburt auf sie zukommt:

„(...) ja in der ersten Schwangerschaft weiß man noch nicht, was auf einen zukommt, aber ich war einfach die ganze Zeit ziemlich, ja gechillt eigentlich, war positiv, mir ist es auch super gut gegangen in der Schwangerschaft und deswegen hab ich mir gedacht: ‚Ja, Geburt wird sicher auch kein Problem sein.‘ (Interview 1)“.

Eine Zweitgebärende berichtet, dass sie beim ersten Kind, welches sie auch per ungeplanten Kaiserschnitt zur Welt gebracht hat, völlig überrascht von diesem war, beim zweiten Kind jedoch die Eventualität eines erneuten notwendigen Kaiserschnittes schon bedacht hat.

Das Ausblenden möglicher Komplikationen inkludiert also auch das Ausblenden der möglichen Notwendigkeit eines ungeplanten Kaiserschnittes.

„Geburtsvorstellung war, ich krieg eine normale Geburt, typischer Verlauf und ich bekomme ein gesundes Kind (...). Meine Erwartungshaltung war: Gut, das wird irgendwann losgehen und es wird alles gut gehen. Und wenn's sein muss, wenn es wirklich nicht anders geht, dann hab ich mir gedacht, na gut dann muss es halt mit KS gehen. Aber das hab ich eigentlich bei Seite geschoben. (Interview 6)“.

Die Bandbreite der Vorstellungen zur Geburtssituation ist groß, jedoch vom Wunsch nach einer unkomplizierten, natürlichen Geburt geprägt. Während sich manche der Mütter nicht allzu sehr mit der Geburt auseinandergesetzt haben, bereiteten sich andere intensiv vor. Dies taten sie beispielsweise mittels Geburtsvorbereitungskursen, dem Organisieren einer Wahlhebamme oder dem Vorbereiten der Situation nach der Geburt zu Hause. Kurse und Hebammengespräche bieten grundsätzlich einen Raum für die Thematisierung von Geburtskomplikationen und Kaiserschnitten. Dieser Raum kann jedoch auch für ein Schlechtmachen des Kaiserschnittes genutzt werden, wie eine Mutter berichtet, und dadurch den Wunsch nach einer natürlichen Geburt und die innere Abwehr gegen einen möglichen Kaiserschnitt intensivieren: *„Und ja das einzige negative an dieser Vorbereitung war, dass alles, was mit Kaiserschnitt zu tun hat, für uns halt in ein sehr negatives Licht gerutscht ist. Und dass die auch, die das gemacht hat eine vehemente Gegnerin vom Kaiserschnitt ist. (Interview 7)“.* Die Erzählungen zeugen ansonsten von sehr wenig Aufklärung zum Thema Kaiserschnitt, so dass im Nachhinein der Wunsch nach generell mehr Informationen vor der Geburt auch hinsichtlich möglicher Komplikationen aufkommt:

„Ich glaub einfach, man sollte sich vor der Geburt mit allen Möglichkeiten auseinandersetzen. Weil wenn ich mich vor der Geburt auch mal mit Kaiserschnitten auseinandergesetzt hätte, wär's sicher besser gewesen. Und ich glaube, es sollte auch zum Beispiel im Geburtsvorbereitungskursen viel mehr auch darüber gesprochen

werden, dass es sein kann und auch recht schnell sein kann. Weil ich glaub, dann wär's mir besser gegangen damit. (Interview 5)“.

Mehr Informationen und Vorbereitungen zu einem sensibel gewählten Zeitpunkt und in passendem Ausmaß könnten der Enttäuschung über den ungeplanten Kaiserschnitt vorbeugen. Denn sind Frauen überzeugt von einer natürlichen Geburt, so ist es nicht verwunderlich, dass ein Kaiserschnitt einen Schock und Enttäuschung bedeutet.

Eine Mutter berichtet, dass sie sich bewusst möglichst wenige Vorstellungen zur bevorstehenden Geburt gemacht hat. Sie versuchte ihre Einstellung locker und offen zu halten, um somit die Geburt nehmen zu können, wie sie kommt. Im Endeffekt konnte sie die Geburt ihres Kindes trotz Kaiserschnitt als freudiges Ereignis erleben: *„(...) im Endeffekt war's viel, viel, viel schöner und besser als ich es mir vorgestellt hab trotz des Kaiserschnittes. Aber auch, glaub ich, weil ich geschaut hab, dass ich meine Erwartungen so weit wie möglich runter schraub. (Interview 3)“.* Dieser Bericht kann nicht als allgemeingültig gesehen werden, da er nur eine Einzelaussage darstellt, jedoch bietet er einen wichtigen Hinweis darauf, dass eine lockere Einstellung und eine nicht allzu strikte Erwartungshaltung für die Akzeptanz des Kaiserschnittes hilfreich sein können.

Der Kaiserschnitt als Belastung für Körper und Seele

Die Geburt stellt eine Ausnahmesituation für jede Mutter dar, vor allem für Erstgebärende. Kommt es dann auch noch zu einem Kaiserschnitt kann sich die Ausnahmesituation zu einer Extremsituation entwickeln. Das Erleben eines ungeplanten Kaiserschnittes kann eine extreme Belastung für die Betroffene darstellen und dementsprechende Folgen für Körper und Seele mit sich bringen.

Das Erleben des Kaiserschnittes

Die Extremsituation Kaiserschnitt beginnt mit einer Wendung im Geburtsprozess. Die Geburt entwickelt sich anders als erwartet. Die Gebärende ist völlig mit Schmerzverarbeitung und Atmen beschäftigt, leidet unter den Wehen und dem Pressen enorm, ist ganz in dem Geschehen und kann gar nicht mehr mit voller Aufmerksamkeit und Verstand alles rundum wahrnehmen. Plötzlich hört sie, dass es ein Problem im Geburtsprozess gibt. Entweder zeichnet sich dies schon länger ab in Form eines Geburtsstillstandes oder eher plötzlich durch schlechte Herztöne des Kindes. Das Personal rundum fängt an hektisch zu werden, es versammeln sich immer mehr Leute, die rund um die und an der Betroffenen tätig werden, wodurch die Situation für die Mutter noch weniger überschaubar wird.

„Ja, und irgendwann sind die Wehen dann schon ziemlich heftig geworden, ich hab das dann gar nicht mehr so richtig mitbekommen, ich hab mit Atmen und Schmerzverarbeitung die meiste Zeit zu Tun gehabt. Und ich hab dann nur mitbekommen, dass es dann irgendwann mal hektisch geworden ist (...). (Interview 1).“

Sie erfährt schließlich, dass ein Kaiserschnitt gemacht werden muss und wird im Optimalfall in die Entscheidung zu diesem miteinbezogen bzw. über die Notwendigkeit direkt informiert. Diese Abweichung von der normalen Geburt löst meist Angst bis Panik in der Mutter aus. Sie fühlt sich der Situation und den Menschen um sie ausgeliefert. Die Befragten berichten hierbei von Gefühlen des völligen Kontroll- und Autonomieverlustes und in den meisten Fällen stehen sie dabei Todesängste durch.

„...die ganze Maschinerie: Hände festgeschnallt, Füße festgeschnallt, ich hab eine Maske über das Gesicht bekommen, eigentlich mit Sauerstoff aber ich hab das Gefühl gehabt, ich erstick und hab die wieder weggetan. Und ja dann ist mir irgendwas Kaltes auf den Bauch geklatscht worden (...) (Interview 1)“.

Ob die Mutter ausreichend in die Entscheidung zum Kaiserschnitt involviert wird oder nicht scheint einen Unterschied im Erleben des Kaiserschnittes zu machen. Wird sie involviert, so scheint die Situation leichter erträglich zu sein, als wenn sie völlig übergangen wird. Eine Mutter vergleicht die Kaiserschnitte ihrer beiden Kinder:

„Das war halt dann so beim ersten Mal, dass ich oder wir überhaupt nicht miteinbezogen wurden in die Entscheidung. Mir wurde irgendwie mitgeteilt, dass es halt jetzt sein muss. Und ich war schon irgendwie abtransportiert (lacht) und andererseits, ich weiß nicht, ob ich in diesem Moment eine Entscheidung hätte treffen können. Aber trotzdem es war halt so notfallsmäßig. (Interview 2)“

Den zweiten Kaiserschnitt erlebte sie weniger traumatisch und nennt dabei die Involvierung in den Entschluss als positiven Faktor.

Die Dringlichkeit des Kaiserschnittes stellt einen Indikator für das Erleben dessen dar. Spüren die Mütter, dass es sich um einen Notfall handelt, so verfallen sie auch eher der Panik. Je weniger sie aufgeklärt und involviert werden, je hektischer die Arbeiten ablaufen, desto mehr wird das Gefühl einer Notfalls-Situation vermittelt.

„Ich weiß, es hat dann schnell gehen müssen, aber es war halt stressig. Ich hab zeitgleich den Wehenhemmer gespritzt bekommen, während mir einer das Nachthemd ausgezogen hat, die anderen haben mich aufs OP-Bett rüber gehoben und dann hat

man mir noch die Ärztin den Zettel zum Unterschreiben gegeben wegen der Risiken so quasi und irgendwie war das total chaotisch und stressig. (Interview 5)“.

Neben der Angst um sich selbst spielt auch das Kind eine zentrale Rolle. Kann die Mutter das Kind spüren und ist sie sich dessen Wohlergehens sicher, so trägt es nicht zur Angst bei. Weiß die Mutter nicht, wie es dem Kind geht und was mit ihm passieren wird, so besteht Sorge um es. Sind jedoch schlechte Herztöne vorhanden, so entsteht Angst um das Leben des Kindes: *„Da hab ich dann zu zittern angefangen und da hab ich dann wirklich Panik bekommen, da war dann das erste Mal, wo ich mir wirklich Sorgen gemacht hab um mein Kind. (Interview 6)“.*

Die Gefühle, die das Traumatische am Kaiserschnitt ausmachen, sind somit die Überrumpelung mit dem Entschluss zum Kaiserschnitt, das Gefühl des Ausgeliefertseins, Teil der Routine anstatt ein Individuum zu sein sowie Angst um das eigene Leben und das des Kindes.

Wichtig für alle Mütter ist, ob ihr Partner als Unterstützung anwesend ist oder nicht. Ohne diesen ist das Gefühl der Angst umso stärker.

„Dann musste mein Mann raus bei der PDA, das war für mich psychisch weniger nett, dass sie ihn rausgeschickt haben. (...) Und dann hab ich Panik geschoben. Ich hab mir gedacht: „Oh Gott, jetzt muss ich eine Operation, einen Kaiserschnitt kriegen und meinem Kind geht's so schlecht und mein Mann kann nicht mit!“. Weil mein Mann war kollapsig, haben sie noch gesagt. (Interview 6).“

Mütter, die den Kaiserschnitt weniger als Notfall erlebt haben und mit welchen ausreichend kommuniziert wurde, befinden sich danach weniger im Schock als Mütter im umgekehrten Fall.

Folgen für Körper und Seele

Nach dem Kaiserschnitt sind die Mütter mit den körperlichen und psychischen Folgen dessen konfrontiert. Während die körperlichen Konsequenzen zu einem großen Teil gleich spürbar sind, fängt die bewusste psychische Verarbeitung bei manchen Frauen erst Wochen nach der Geburt an.

Je nach Art der Anästhesie befinden sich die operierten Frauen noch unter deren Einfluss. Eine Vollnarkose bedeutet ein Erinnerungsloch und stellt somit auch eine psychische Herausforderung dar. Die Regionalanästhesie verliert in der Regel nach einigen Stunden ihre

Wirkung. Bis dahin spüren die Mütter Taubheit in den unteren Gliedmaßen und sind damit in ihrer Mobilität eingeschränkt. Dies wird als unangenehm erlebt. Nach dem Kaiserschnitt sind die Mütter körperlich sehr erschöpft und ausgelaugt: *„Und ich war total erledigt. Zum Glück hat relativ schnell der Kreuzstich wieder nachgelassen und irgendwie eben ich hab so ein Kribbeln gespürt und ich hab so gezittert, mir war so kalt und halt völlig erledigt. (Interview 5)“*. Neben der Erschöpfung spielt die Intensität der postoperativen Schmerzen eine wichtige Rolle im Erleben. Die Schmerzen der Befragten variierten von nicht vorhanden bis fast unerträglich: *„(...) was halt im Vordergrund war, waren die Schmerzen. Oder diese Immobilität. (Interview 4)“*. Schmerzen und Immobilität schränken die Selbstständigkeit ein und erschweren somit das Bewältigen der neuen Situation. Eine gute Schmerztherapie hat eine hohe Relevanz.

Schmerzen beeinträchtigen nicht nur das körperliche Befinden sondern auch das psychische. Ein Ereignis, das ohnehin unangenehm bis hin zu schockierend ist, scheint umso schwerer zu verarbeiten sein, wenn das körperliche Wohl nicht ausreichend vorhanden ist:

„Das war einfach der schirchste Augenblick in dem Ganzen, in dem ganzen Karussell, wo ich mir gedacht hab: ‚Das schaff ich nie und nimmer!‘. Es ist mir so einfach dreckig gegangen. Irgendwie hab ich mich total eingesperrt gefühlt, weil ich, ja, an das Bett gefesselt war. (Interview 1)“.

Während manche Mütter die emotionale Verletzung durch den Kaiserschnitt sofort spüren, fängt die Aufarbeitung bei anderen erst nach Wochen an. Diejenigen der Befragten, die besonders unter dem Kaiserschnitt litten/leiden, berichten von Gefühlen der totalen Überforderung, Verlassenheit, Enttäuschung, Wut, Versagensängsten und ähnlichen.. Die meisten befinden sich in einem Schockzustand. Manche erholen sich schneller, mache weniger schnell. Die Geschehnisse und die Situation zu akzeptieren scheint je nach Ausmaß des durch den Kaiserschnitt ausgelösten psychischen Leids eine längere Auseinandersetzung zu benötigen. Vor allem eine durch eine Vollnarkose verursachte Erinnerungslücke erschwert das Akzeptieren. Ebenso das Nichtwissen, was genau zum Kaiserschnitt geführt hat und wie alles ablief: *„Jeden Tag hab ich mich gefragt, wieso ist das jetzt alles so gekommen. Was ist da überhaupt gewesen? (Interview 2)“*.

Während des Krankenhausaufenthaltes vergleichen sich die Frauen mit anderen Müttern, die spontan entbunden haben und fühlen sich dabei minderwertig und beneiden diese um die natürliche Geburt und die scheinbare Unbeschwertheit.

„Ich hab relativ Schmerzen gehabt. Und...das ist glaub ich, der Unterschied zu einer Spontangeburt, der, glaub ich, irgendwie belastet, war für mich halt zu sehen rundherum: ja die Frauen stehen schon auf und hmhmhmhm gehen herum und sind geschäftig und ja der Körper ist schon auch mitgenommen aber bei weitem nicht so sehr wie nach so einer Operation. Das war für mich schon irgendwie belastend, da hab ich mir schon gedacht: ‚Mah...‘. (Interview 2)“

Die Befragten berichten nicht nur von ihrem eigenen Befinden, sondern auch von dem ihrer Kinder. Während die Mütter, die den Kaiserschnitt weniger traumatisch erlebt zu haben scheinen, auch Wohlergehen bei ihren Kindern beobachten konnten, erinnern sich jene, die mehr litten, auch eher daran, dass es ihren Kindern ebenso schlecht ging. Diese Kinder schienen nach Aussagen der Mütter einen schwierigeren Einstieg ins Leben zu haben. Manche der Kinder waren besonders müde und schläfrig, andere waren sehr unruhig und haben viel geweint.

Ein positives Beispiel für das Erleben des Kaiserschnittes stellt Interview Zwei dar. Die Befragte wurde in die Entscheidung zum Kaiserschnitt involviert, fühlte sich gut aufgehoben während der Operation, war danach fast schmerzfrei und rasch wieder mobil. Sie erlebte den Kaiserschnitt als freudiges Ereignis. Auch hier kann Interview Zwei nicht als repräsentativ behandelt werden, bietet jedoch Hinweise darauf, was bei einem Kaiserschnitt zu einem positiven Erleben beitragen könnte.

4.2.2 Mutterwerden unter erschwerten Bedingungen

Trotz der Abweichung von den individuellen Vorstellungen einer natürlichen Geburt und der damit verbundenen Belastung, ergreifen die Frauen ihre neue Rolle als Mutter und finden früher oder später eine emotionale Verbindung zu ihrem Kind, um mit diesem und dem Lebenspartner/der Lebenspartnerin eine Familie zu sein.

Wie sich dies im Krankenhausalltag gestaltet und wie die Mütter es erleben, wird im Rahmen der nun folgenden Kategorien erläutert.

Die Verbindung zum Kind finden

Alle Mütter haben schon während der Schwangerschaft eine gewisse Verbindung zum Kind und haben sich auf die Geburt gefreut. Der Kaiserschnitt, vor allem unter Vollnarkose, kann eine Unterbrechung dieser Verbindung darstellen. Auch ohne Vollnarkose wird die innige

(körperliche) Verbindung wie bei jeder *Entbindung* getrennt. Die Umstände des Kaiserschnittes erlauben jedoch meist keinen so unmittelbaren Bonding-Beginn wie unkomplizierte Spontangeburt. Zwei der Befragten hatten eine Vollnarkose, die anderen jeweils eine Regionalanästhesie. Ein kurzes erstes Sehen war bei allen Müttern ohne Vollnarkose gleich nach der Operation möglich. Der erste Hautkontakt erfolgte den jeweiligen Umständen entsprechend ebenso bei allen schnell. Das erste Hören, Sehen und Berühren des Kindes stellte für alle Mütter eine schöne Erfahrung dar. Nichts desto trotz fiel den Müttern in unterschiedlicher Weise leicht, eine Bindung zum Kind aufzubauen und sich in es zu verlieben. Faktoren, die dies zu beeinflussen scheinen, sind die Umstände des Kaiserschnittes und der Grad der akuten psychischen Belastung durch diesen, das Ausmaß der Schmerzen und das äußere Umfeld im Krankenhaus. All diese Aspekte bestimmen, wie sehr sich die Mutter auf das Kind einlassen kann.

Der Erstkontakt

Beide Mütter, die unter Vollnarkose operiert worden waren, wachten ohne Kind auf. Während Interviewpartnerin Zwei im Aufwachzimmer auf ihr Kind warten musste und sich auf es freute, wachte Interviewpartnerin Eins am Weg zurück auf die Station auf und befand sich noch sehr im Schock vom Geburtsverlauf. Trotz der Vollnarkose fand bei beiden ein Erstkontakt innerhalb der ersten Lebensstunde der Kinder statt. Da mit nur zwei Interviewpartnerinnen wenig Aussagekraft besteht, können ihre Aussagen nur als Hinweise gelten. So scheint ein Zusammenhang zwischen der Art der Narkose sowie der Dauer der Trennung vom Kind eine Rolle für den Beziehungsaufbau zu bestehen.. So äußert eine Befragte Bedauern über die Trennung nach der Operation: *„Aber einfach dass diese Unterbrechung, wenn’s überhaupt notwendig war, die einfach so kurz wie möglich gehalten ist, ja. Also ich mein, bei mir war’s eh schon relativ kurz aber es war immer noch zu lang. (Interview 1)“*. Auch das Warten auf das Kind im Aufwachraum stellte ein Problem dar:

„(...) da war ich zuerst eben alleine und habe gewartet und eh schon irgendwie zehn oder 15 Mal diese Schwester gefragt ‚Wo ist mein Kind? Wo ist mein Kind?‘. Und dann ist man ja noch so im Taumel irgendwie. Genau. Und irgendwann sind sie dann endlich gekommen (lacht). (Interview 2)“.

Die Dauer der Trennung betrug laut Erinnerungen der Mütter etwa 20-40 Minuten, wobei ihre zeitliche Orientierung, wie auch bei allen anderen Befragten nach dem Kaiserschnitt sehr irritiert war. Ein ausgeprägtes Zeitgefühl war bei keiner der Mütter vorhanden. Die

Erinnerungen an die erste Zeit nach dem Kaiserschnitt wird generell als etwas verschwommen beschrieben - zwar intensiv erlebt, aber nicht ganz klar strukturiert.

Die Mütter nach Vollnarkose hätten sich einen sofortigen Kontakt mit dem Kind gewünscht. Dies war auch für alle anderen Mütter sehr wichtig.

„Sie haben sie rausgeholt, sie hat aber nicht gleich geschrien. Sie haben sie mir ganz kurz gezeigt und sind dann aber mit ihr raus und haben sie abgesaugt, weil sie hat Fruchtwasser in die Atemwege bekommen. Ich hab sie dann aber sofort wieder gekriegt. Sie ist dann sicher zehn Minuten, viertel Stunde bei mir gewesen, dann haben sie sie wieder mitgenommen. (...) Ich dacht mir: ‚Jetzt macht das fertig, ich will zu meinem Kind!‘. (Interview 2)“

Nacktes Bonding fand schließlich bei allen über einen längeren Zeitraum (zumindest die ersten Stunden) statt und wurde als schön erlebt.

Besonders positiv wird das Bonding erlebt, wenn die Situation innere und äußere Ruhe und Geborgenheit erlaubt. Intimsphäre zwischen Mutter und Kind sind dabei sehr wichtig.

„Ja es war wirklich sehr, sehr schön. Ich bin in ganz warme Decken eingewickelt worden, weil ich ja so einen Schüttelfrost hatte nach der OP und somit war es eine ganz warme und geborgene Situation. (Interview 7)“

Mütter, die das Bonding nicht so bewusst genießen konnten, haben sich trotzdem bemüht, viel im Hautkontakt mit dem Kind zu kuscheln, da ihnen die Relevanz dessen bekannt war.

Das Kind unter der Geburt bewusst spüren

Jene Mütter, die während der Geburt ihr Kind bewusst spüren konnten, scheinen auch nach der Geburt eher schnell wieder eine Verbindung zum Kind zu spüren. Die Befragten, die sich während der Geburt bewusst keine Sorgen um ihr Kind machten und in Gedanken bei ihm waren, erzählen vor allem von Gefühlen der Freude nach dem Kaiserschnitt: *„Das schöne war, dass der Matthias sich noch unglaublich bewegt hat auf dem Weg zum OP-Saal. Das war für mich noch ein Erlebnis, dass er da war und es ihm gut ging komplett bis zum Schluss (...). (Interview 7)“*. So erlebt diese Mutter es als tröstend, dass sie das Kind durchwegs gut und gesund spüren konnte.

Auf der anderen Seite scheinen jene Mütter, die sich während der Geburt sehr viele Sorgen um ihr Kind machten, auch nach der Geburt intensive Gefühle für das Kind zu empfinden. Der Kaiserschnitt stellte hier nicht nur eine Bedrohung für die Mütter selbst sondern ebenso

für das Leben des Kindes dar. Der erste Schrei des Kindes, das Wissen darum, dass es lebt und gesund ist, ist eine enorme Erleichterung und ermöglicht eine besondere Wertschätzung des Kindes.

*„Und dann hat man sie in der Hand, und weiß dass alles gut ist und weiß, was alles hätte passieren können und somit war ich einfach- ich bin froh, dass sie lebt! Sie war so schon ein Wunder, weil was die Biologie kann und so weiter, aber dann war sie einfach ein Wunder! Weil ich mir dachte: ‚Okay, du wärst sonst gestorben!‘.
(Interview 6)“*

Die Erleichterung bzw. die Freude über das Kind scheinen die Probleme mit dem Kaiserschnitt und die emotionale Verarbeitung dessen erstmal in den Hintergrund rücken zu lassen. Die positiven Aspekte können überwiegen.

Ressourcen für das Kind

Für andere Mütter steht der eigene Kampf mit den Geschehnissen im Vordergrund. Die Mütter, die den Kaiserschnitt besonders traumatisch erlebt haben und mit ihren eigenen Gefühlen so sehr überfordert sind, scheinen zumindest im Schockzustand noch keinen emotionalen Raum für das Kind und eine Beziehung zu diesem zu haben. Die Überwältigung von den unerwarteten Geschehnissen, die physische und psychische Verletzung und die enttäuschten Erwartungen lassen ein Realisieren der Geburt des Kindes anfänglich gar nicht erst möglich werden. Die Mutter ist noch viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt. Vor allem, wenn sehr viele Fragen rund um den Kaiserschnitt offen sind, warum wie was passiert ist, und die Geschehnisse noch nicht akzeptiert werden können, fällt eine bewusste und emotionale Auseinandersetzung mit dem Kind als das eigene schwer.

„Ja, dieses Gefühl dann, wenn der Kleine da ist und alles gut gegangen ist und er am Bauch gelegt wird und ja das Bonding eben dann, ja das war komplett weg. Und auch nachdem ich aus dem Kreissaal gekommen bin, ja ich hab ihn dann zwar bei mir gehabt, aber ja, irgendwie hab ich das Gefühl gehabt, ich spür's nicht. Das war dann auch wieder so arg, wo ich mir gedacht hab, eigentlich müsst ich ja ganz, ganz froh sein und glücklich sein, aber ich war's nicht. (Interview 1)“

Das Gefühl des fehlenden Geburtserlebnisses wird immer wieder thematisiert und wird sowohl für sich selbst bedauert und vermisst als auch für das Kind und die Beziehung zu diesem als bedeutend gewertet.

„Mir war nicht klar, dass das jetzt mein Kind ist, überhaupt nicht. Weil mir auch wirklich, ich hab mir in dem Moment schon gedacht, mir fehlt dieses Geburtserlebnis. Er war halt plötzlich einfach da. Und ich hab auch bei ihm das Gefühl gehabt, dass irgendwas fehlt. Er war total ermattet und fertig einfach, weil er da ja so abrupt rausgerissen wurde und mir hat das wirklich gefehlt. Ich hab in der ersten Nacht, wie wir da gelegen sind, gar nicht so richtig verstanden, dass das jetzt mein Baby ist. (Interview 5)“

Der Kaiserschnitt scheint hierbei einen Einschnitt in die Verbindung, die während der Schwangerschaft schon zum Kind aufgebaut wurde. Die Verbindung muss somit erst wieder hergestellt werden.

Neben dem emotionalen Ballast sind auch Schmerzen eine Belastung, die Ressourcen verbraucht, welche eigentlich für das Kind und den Beziehungsaufbau notwendig wären. Auch da, so berichtet eine Betroffene, ist die Konzentration so sehr auf sich selbst gerichtet, dass das Kind nebensächlich ist: *„Ja mit ihr zusammen, das war mehr so im Hintergrund, weil sie war eh immer da und was halt im Vordergrund war, waren die Schmerzen. (Interview 4)“*.

Sind emotionale und körperliche Probleme im Vordergrund, so ist das Kind nicht nur nebensächlich sondern kann auch eine zusätzliche Belastung darstellen. Vor allem bei Unruhe des Kindes und bei Stillschwierigkeiten verlangt die Situation mehr Kraft als subjektiv vorhanden ist. Ist ein Kind nach einer Geburt ohnehin schon eine Herausforderung, so bedeutet es nach einem schwer zu verarbeitenden Kaiserschnitt eine umso größere Überforderung, vor allem wenn es die Mutter mit seinen eigenen Bedürfnissen auf unangenehme Art und Weise (Schreien, nicht trinken wollen) konfrontiert und ihre Aufmerksamkeit fordert.

Mütter stellen sich vor, dass sie sich nach der Geburt gleich in das Kind verlieben und Muttergefühle hegen. Geschieht das in der Realität nicht so wie vorgestellt, so regen sich Selbstzweifel und schlechtes Gewissen. Betroffen sind vor allem jene Frauen, die aufgrund der physischen und/oder psychischen Belastungen durch den Kaiserschnitt noch sehr mit sich selbst beschäftigt sind.

„Das war so eine Sache, die ich auch ziemlich, ja, die mich auch ziemlich fertig gemacht hat. Wo ich mir gedacht hab: ‚Kann ich gar kein? Bin ich gar keine gute Mutter?‘ oder auch dass ich ihn nicht lieb genug gehabt hab, weil ich die ganze Zeit

so mit anderen Sachen beschäftigt war, dass ich gar nicht dieses Gefühl eben gehabt hab, ja. (Interview 1)“

Es ergibt sich ein Teufelskreis, denn kommen auch noch das schlechte Gewissen und die Selbstzweifel hinzu, wird das psychische Befinden noch schlechter und der emotionale Zugang zum Kind kann umso weniger gefunden werden.

Ist das Kind sehr unruhig, schreit viel, saugt nicht so gut wie erhofft an der Brust, wird es, sofern der eigene Zustand schlecht ist, als zusätzliche Belastung empfunden. Ist das Kind jedoch zufrieden, saugt effizient und regelmäßig an der Brust und wird von der Mutter als angenehm empfunden, so weiß das die Mutter sehr zu schätzen, kann Zuneigung bewusst empfinden und das Zusammensein genießen. Stillen, wenn es funktioniert, wird als ein die Beziehung und das eigene Befinden fördernder Faktor beschrieben.

„Und wie gesagt, er war ein angenehmes Kind, er war so entspannt, er hat nur gegrunzt, wenn er trinken wollte. Und ich glaub das hat auch geholfen, dass wir so ausgeruht waren, wir haben es sehr gemütlich gehabt und eher die Genussseite gehabt. (Interview 7)“

Mütter, die anfängliche Schwierigkeiten beim Stillen haben, sehen Zusammenhänge zwischen den Problemen und dem Kaiserschnitt. Ausgebliebene Wehen, eine schwere Geburt, reduzierte Hormonbildung und/oder ein zu später Bonding-Beginn werden als ursächliche Faktoren gesehen.

Der Kaiserschnitt kann somit ein die Bindung einschneidendes Erlebnis und eine emotionale Distanzierung von der Mutter zum Kind bedeuten, wenn die Umstände dazu beitragen. Für die meisten der Befragten ist es jedoch selbstverständlich, dass der ungeplante Kaiserschnitt keine längerfristige Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung darstellt. Eher wissen sie das Kind durch diese besondere Art der Geburt umso mehr zu schätzen.

„Ansonsten glaub ich, es hat keine negativen Auswirkungen gehabt auf unseren Beziehungsaufbau. Es hat vielleicht ein bisschen länger gedauert, weil es halt für uns alle drei irgendwie ein Schock war, aber ansonsten glaub ich eigentlich, wenn's so ein Wunschkind ist, ist es egal. (Interview 5)“

Ergreifen der Mutterrolle trotz Handicap Kaiserschnitt

Mit den Vorstellungen von der Geburt entwickelt die Mutter auch Ideen und Ansprüche bezüglich der ersten Zeit mit dem Kind. Sie will sich gut um das Kind kümmern und ihm

einen guten Start ins Leben geben. Die Babypflege, das Betreuen und das Ernähren des Kindes sind die anfänglichen Hauptaufgaben, mit welchen die frisch entbundene Mutter sich konfrontiert sieht. Mutterwerden stellt an sich schon eine Herausforderung dar. Ein ungeplanter Kaiserschnitt erschwert das Ergreifen der Mutterrolle mit allen Aufgaben und Pflichten, die diese mit sich bringt, umso mehr, da die Mutter durch die körperlichen und emotionalen Folgen des Geburtsprozesses in ihrem Handlungsvermögen eingeschränkt ist. Der Kaiserschnitt stellt somit ein Handicap dar.

In der Regel ist allen Müttern klar, dass sie für ihr Kind zuständig sind, sie sehen sich verpflichtet, sich um es zu kümmern, denn das ist die Aufgabe einer Mutter. Je schlechter die Mutter sich fühlt, je mehr Schmerzen sie hat und je eher sie sich noch im Schock befindet, desto eher wird das Kind rasch als Überforderung und Belastung erlebt, vor allem wenn es viel von der Mutter fordert. Eine Mutter, die körperlich und psychisch sehr unter dem Kaiserschnitt litt, berichtet, wie sehr sie sich doch Ruhe für sich wünschte, aber aufgrund der neuen Prioritätensetzung einfach nicht haben konnte: *„Und eigentlich will ich einfach nur meine Ruhe haben, aber das geht jetzt nicht, weil ich hab ja jetzt eine ganz andere Verpflichtung und sollte jetzt funktionieren.“*. Trotz körperlicher und psychischer Belastung nehmen die Mütter Anstrengungen in hohem Maß auf sich, um ihrer neuen Rolle gerecht zu werden. Mehrere Frauen verwenden hierbei den Term „Funktionieren“. Damit meinen sie das Beiseiteschieben der eigenen Bedürfnisse und Gefühle, um den Bedürfnissen des Kindes nachkommen zu können. Bei anderen ist das Gefühl des „Mutterseins“ so ausgeprägt, dass es sich selbstverständlich und richtig anfühlt, alle Mühen in Kauf zu nehmen:

„Also das war das einzige Ohnmachtsgefühl war: ‚Ich hab Schmerzen, wie soll ich jetzt mein Kind versorgen?‘, aber selbst das war peripher, weil man macht’s dann trotzdem, man findet einen Weg. (...)Ich glaub, ab dem Zeitpunkt ist man einfach Mama, dann macht man einfach, was das Kind braucht dann. (Interview 6)“

Alle Mütter entwickelten Strategien und fanden einen Weg, sich um ihr Kind zu kümmern. In der Phase der besonders ausgeprägten körperlichen Immobilität und Schmerzen behielten sie das Kind möglichst nah bei sich, um es in Griffweite zu haben und so das Anlegen an die Brust zu erleichtern. Sie alle waren um rasches Wiedererlangen ihrer Mobilität und Selbstständigkeit bemüht, um auch weitere Aufgaben der Babypflege übernehmen zu können. In der Anfangsphase musste Hilfe der Pflegepersonen oder der Familienmitglieder in Anspruch genommen werden, um das Kind beispielsweise zu wickeln, da das Aufstehen in den ersten postoperativen Stunden noch nicht möglich ist. Während vor allem der

Lebenspartner/die Lebenspartnerin als Unterstützung willkommen und erwünscht war, wollten einige der Mütter die Hilfe der Pflegepersonen möglichst wenig in Anspruch nehmen, denn einerseits wollten sie dem Personal nicht zur Last fallen, andererseits hatten sie einen besonders hohen Anspruch an sich selbst, möglichst viel trotz der Einschränkungen alleine zu bewältigen. Das bedeutete beispielsweise auch das Aufstehen und Wickeln des Kindes oder einfach nur das Hochnehmen unter Schmerzen. Für die Mütter, die besonders unter den Folgen des Kaiserschnittes litten, hieß das, große Mühen zu erbringen: *„Ja. Wenn man schon gar nicht mehr liegen kann. Und wenn sie dann schreit und dann willst du sie nehmen, aber dann braucht alles so lang, bis du einmal sitzt und die Kleine brüllt dann so. (Interview 2)“*.

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben wird, kann ein Kaiserschnitt die Saugfreudigkeit des Kindes und die Milchbildung beeinträchtigen. So sahen sich auch einige der Befragten mit anfänglichen Stillschwierigkeiten konfrontiert. Keine der Mütter gab jedoch auf. Auch diese Hürde bewältigten sie mit der oft genannten Erklärung: *„Man macht’s dann einfach/Es geht dann halt irgendwie“*. Probleme beim Stillen können eine besonders große Belastung darstellen und jene Mütter, die sehr unter dem Kaiserschnitt leiden, subjektiv an Grenzen des Mach- und Aushaltbaren bringen. Hierbei werden auch die Regeln des Krankenhauses bezüglich Gewichtszunahme des Kindes oft als stressender und hinderlicher Faktor genannt und als konträr zum Autonomiebedürfnis als Mutter erlebt.

Die Mütter, die weniger unter den Folgen des Kaiserschnittes litten und somit auch schneller wieder Selbstständigkeit erlangen konnten, beschreiben positive Gefühle im Zusammenhang mit der Pflege ihres Kindes.

„Und ich hab dann gemerkt, für den Kreislauf war’s eigentlich ab dem nächsten Tag zwar noch zaghaft und so, bin dann aber viel aufgestanden und hab mich um sie gekümmert. Das war total wichtig, das war mir total wichtig. (Interview 3)“

Die Mutterrolle kann angenommen werden und gefühlsmäßig auch adäquat ausgelebt werden.

„Und ja dann hab ich auch angefangen, mein Kind zu wickeln, mich hinzustellen und auch zu wickeln, das hab ich ja bis Dato nicht gemacht gehabt. Das war dann auch schön, (...). (Interview 6)“

Ein möglichst geringes Ausmaß an Schmerzen stellt eine wichtige Bedingung für das subjektiv zufriedenstellende Ergreifen und Annehmen der Mutterrolle dar. Schmerzfreiheit scheint auch das psychische Leid etwas zu minimieren. So können Mütter, die zwar psychisch schon unter dem Kaiserschnitt leiden, ihn trotzdem fürs erste soweit akzeptieren bzw. tolerieren, dass sie sich auf ihr Kind und das Mutterwerden konzentrieren können. Sind

jedoch die Schmerzen stark und war der Kaiserschnitt sehr traumatisch, so fällt das Einlassen auf die neuen Aufgaben besonders schwer.

In jedem Fall wird es als hilfreich erlebt, wenn die Mutter schon Erfahrung mit Neugeborenen in die Situation mitbringt, sei es, weil schon ein Kind vorhanden ist oder weil schon Kinder im Familien-/Freundeskreis betreut wurden. Erfahrung reduziert das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit, da die Mutter schon Ideen hat, wie sie am besten vorgehen kann, um zum gewünschten Ergebnis zu kommen.

Familie sein

Bei allen Befragten stand hinter der Geburt eines Kindes nicht nur ein Kinderwunsch, sondern auch ein Familienwunsch. Sie möchten eine Familie mit ihrem Partner/ihrer Partnerin gründen bzw. die bereits vorhandene Familie erweitern. Der Partner/die Partnerin spielt im gesamten Geburtsprozess und danach eine wesentliche Rolle.

Während der Geburt ist der Partner/die Partnerin eine wichtige psychische Unterstützung, denn er/sie leistet Beistand und gibt Sicherheit. Kommt es zum Kaiserschnitt, ist die Frau oft nicht mehr voll ansprechbar, in so einem Fall kann der Partner/die Partnerin noch mit der Hebamme oder dem ärztlichen Personal die wichtigsten Fragen klären bzw. den Entschluss besprechen: *„Ich mein der Thomas war eh die ganze Zeit da, der hat das mit dem Arzt noch bisschen besprochen, was jetzt passiert und ja (...). (Interview 1)“*. Er/sie kann als Advokat/Advokatin für die Gebärende fungieren, ihr Befinden wahrnehmen und für sie sprechen, wenn es die Situation zulässt. Während der Operation, die für die meisten der Befragten eine sehr angstvolle Situation darstellte, waren die Partner/Partnerinnen eine wichtige Unterstützung. Bei einigen der Befragten kam es jedoch zu einer Trennung zwischen ihnen und ihrem Partner/ihrer Partnerin. Ist die Situation ohnehin schon eine furchterregende Ausnahmesituation, so intensiviert sich die Angst umso mehr, wenn der Partner/die Partnerin als wichtigste Vertrauensperson nicht bei der Betroffenen bleiben kann: *„Und ich hab dann nur gesagt: ‚Ich hab Angst! Ich will meinen Mann mithaben!‘. Und die haben gesagt: ‚Nein, er kommt nicht mit.‘. Ich hab nur gesagt: ‚Ich hab Angst, ich weiß nicht was passiert mit mir!‘. (Interview 6)“*.

Nach der Operation spielt der Partner/die Partnerin nicht mehr nur für die Frau, sondern auch und vor allem für das Kind eine wichtige Rolle, denn er/sie ist in den meisten Fällen derjenige/diejenige, der/die das Kind schließlich entgegennimmt und bis zur Wiedervereinigung von Mutter und Kind bei sich hat. In den Fällen der beiden Frauen, die

unter Vollnarkose operiert wurden, kam das Väter-Bonding zum Einsatz. Bis ihre Frauen wieder aufwachten, kuschelten sie im Hautkontakt mit dem Kind. Mütter wissen beim Aufwachen bzw. während des Nähens das Kind bei dem Partner/der Partnerin in Sicherheit. Dieses Wissen beruhigt.

Eine Geburt ist an sich eine intime Situation. Idealerweise haben Mutter, Partner/Partnerin und Kind nach einer Geburt im Kreissaal Ruhe und Zeit füreinander. Ein ungeplanter Kaiserschnitt ist keine Idealsituation und es verlangt geeignete Strukturen im Krankenhaus, um trotzdem eine intime und geborgene Situation für die neue Familie schaffen zu können. Jene Mütter, denen eine solche ermöglicht wurde, profitieren sehr von ihr.

„Ja es war wirklich sehr, sehr schön. Ich bin in ganz warme Decken eingewickelt worden, weil ich ja so einen Schüttelfrost hatte nach der OP und somit war es eine ganz warme und geborgene Situation. Ich war auch, glaub ich, mit der Anja [Partnerin, Anm. von M.S.] dann alleine und ja, das war einfach wunderschön, ganz klasse. (Interview 7)“

Auch nach den ersten Stunden wünscht sich die Familie miteinander vereint zu bleiben. Aufgrund der im Krankenhaus herrschenden Besuchszeiten können jedoch der/die Partner/Partnerin der Mutter nicht durchgehend bei ihr bleiben. Im Falle einer Mehrgebärenden muss der andere Elternteil gegebenenfalls auch wieder nach Hause, um sich um die älteren Kinder/das ältere Kind zu kümmern. Die Trennung nach der Geburt zwischen den Elternteilen wird für beide als schmerzhaft erlebt: *„(...) aber ich war dann wirklich traurig, dass er wegmusste. Wir waren halt so eine Familie und vereint und auf einmal geht der Papa weg, ja. Und es war auch einfach schön, ihn mit ihr zu sehen (...). (Interview 6)“*. In den Fällen der Interviewten nutzten alle Partner/Partnerinnen die Besuchszeiten möglichst voll aus. Trotzdem wurden sie in der Zwischenzeit von den Müttern vermisst. Einerseits fehlen sie als Teil der Familie und andererseits als emotionale Stütze sowie zur Unterstützung bei der Betreuung des Neugeborenen. In der Zeit ihrer Anwesenheit können sie die Kinder umhertragen, wickeln, der Mutter herausheben etc. Viel lieber beanspruchen die frisch operierten Mütter die Hilfe des Partners/der Partnerin als die der Pflegepersonen auch hinsichtlich der eigenen Körperpflege, die anfangs aufgrund der körperlichen Einschränkungen noch schwer umzusetzen ist. Die Trennung erzeugt wiederum Angst, denn die Mutter ist dann subjektiv allein mit ihrem Kind in der fremden Umgebung und der unerwarteten Situation.

„Also was ich mich noch erinnern kann das ist eben auch so, auch schon vor der ersten Geburt unangenehm in Erinnerung hab, dass der Gustav dann gehen musste. Weil da ist man dann doch gern zusammen und weiß noch nicht so richtig, was kommt jetzt und was passiert jetzt und das selber machen auch wenn's das zweite Kind ist. (Interview 2)“

Doch nicht nur der Partner/die Partnerin ist wichtig für die Mutter, auch andere nahestehende Familienmitglieder tragen zum Gefühl des Familie- und Mutterseins bei. Das Kind kann seinen Großeltern stolz gezeigt werden und die Geburt wird gemeinsam zelebriert.

„Er war dann die ganze Zeit auch in ihren Armen am ersten Tag, ja es war ganz feierlich, ganz wunderschön, wir haben das wirklich sehr feiern können, dass er da ist. Und ich war unglaublich stolz (lacht). Und dann ist auch meine Mutter gekommen, mein Vater, und er ist da auch begrüßt worden. Ja, es war sehr schön. (Interview 7)“.

Einen großen Vorteil stellt das Familienzimmer dar, eine Mitübernachtungsmöglichkeit für den Partner/die Partnerin. Nur eine der Befragten hatte von Anfang an ein solches. Eine weitere konnte am dritten Tag nach der Geburt ein Familienzimmer beziehen. Die anderen Befragten hätten sich zumindest im Nachhinein ebenso eines gewünscht und glauben, dass es die Zeit im Krankenhaus erleichtert hätte. Denn der Partner/die Partnerin kann rund um die Uhr da sein, die Babypflege übernehmen bzw. mithelfen, mit dem Kind kuscheln und der Mutter Zeit zum Ausruhen verschaffen, ohne dass sie das Personal beanspruchen muss. Zudem ist durchgehend eine wichtige Vertrauensperson als Gesprächspartner da und das Gefühl von Überforderung und Verlassenheit kann vermieden oder zumindest reduziert werden. Die erste Zeit mit dem Kind kann somit viel mehr genossen werden, so beschreibt es eine Interviewpartnerin: *„Es war so unsere kleine Höhle und die Krankenschwestern haben wir nur gebraucht, wenn irgendwas war. Das war total nett. (Interview 3)“.*

Gibt es kein Familienzimmer, so bedeutet das Ankommen zu Hause den Einstieg ins neue Familienleben. Für viele der Befragten war das Heimkommen mit dem Partner/der Partnerin auch mit ein Auslöser für das intensivere Spüren des Mutterseins und der damit verbundenen Glücksgefühle.

„Und dann haben wir uns das erste Mal alle beisammen zu dritt ins Bett gelegt mit Kind in der Mitte und das war der schönste Moment, ab dem Zeitpunkt, wo ich wusste, sie ist am Leben, es geht ihr gut, aber der richtig schönste Moment war das Zuhause ankommen und als Familie vereint und es ist alles gut gegangen und wir uns dann

gemeinsam ins Bett gelegt haben und gesagt haben, okay jetzt ruhen wir uns ein bisschen aus. Ich glaub, das war einfach der schönste Moment. (Interview 6)“

Das Wunder der Geburt im Alltag des Krankenhauses

Ein Kind zu bekommen ist ein ganz besonderes und außerordentliches Erlebnis für Mütter. Auf einer Geburtsabteilung im Krankenhaus jedoch kommen Geburten wie auch geplante und ungeplante Kaiserschnitte täglich mehrmals vor und gehören somit zum Alltag für das Personal.

Fast alle Interviewpartnerinnen hatten das Gefühl, dass ihre Entbindung, die für sie selbst unvergleichbar und geladen mit intensiven Emotionen war, für das Personal nur zu einer von vielen der täglichen Geburten gehörte und damit auch nichts Besonderes war. Als eine von vielen hatten sie sich dem System Krankenhaus als Patientinnen zu fügen und sich dem stationären Tagesablauf anzupassen.

Die operierte Mutter hat gerade den Kaiserschnitt hinter sich und befindet sich in einer emotional sehr vulnerablen Lage. Sie bräuchte Ruhe und jemanden, der sich für sie Zeit nimmt. Jedoch wird sie nach der Operation mit einem laufenden Stationsalltag konfrontiert, zu dem sie als frisch entbundene Mutter nun dazugehört. Viele der Befragten berichten von sehr überfüllten Stationen, überbelegten Zimmern und unterbesetztem Personal. Ruhe ist nur in wenigen Fällen konstant möglich. Hinzu zu den bereits vielen anderen Patientinnen kommen auch noch deren Besucher, visitierende Ärzte/Ärztinnen, das Pflegepersonal, Reinigungskräfte, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und unter Umständen sogar ein/eine Stationsphotograph/-photographin. Diese ständige Unruhe wird als unangenehm und anstrengend erlebt.

„Es war ein vierer Zimmer, aber sie haben dann noch ein fünftes Bett reingestellt, weil grad irrsinnig viele Geburten waren und jedes Zimmer noch ein Bett dazubekommen hat. Und das war dann irrsinnig voll und natürlich dann kommt Besuch und dann kommt die Visite und es ist halt immer so viel los gewesen. (Interview 2).“

Der fast ständig herrschende Trubel lässt wenig Privat- und Intimsphäre zu. Die Mutter kann sich umgebungsbedingt nicht so sehr auf sich und das Kind konzentrieren, wie es notwendig wäre. Auch die Uhrzeiten der Maßnahmenverrichtung werden als ungeeignet für die eigene Situation beschrieben.

„Und aber es war halt wirklich so in den beiden Nächten, in denen wir dort geschlafen haben, war er total unruhig. Und in der Früh ist er endlich, endlich eingeschlafen. Und kaum ist das passiert, ging die Tür auf und irgendwer kam rein und hat ihn wieder aufgeweckt. Und ich hab mir nur gedacht: Leute, bitte lasst uns doch einfach in Ruh! Und da war bei mir dann eher die Verzweiflung. (...) Ich mein, dass eine Visite sein muss, ist schon klar und dass das Zimmer einmal gewischt werden muss, ist auch klar, aber das muss doch nicht um halb sieben in der Früh passieren. (Interview 5)“

Pflegerische Richtlinien hinsichtlich Gewichtszunahme des Kindes und Stillen werden teilweise als störend empfunden und tragen zu Stress bei. Als Patientinnen haben die Mütter das Gefühl, sie müssen sich den herrschenden Regeln beugen. Die Gewichtszunahme an einem bestimmte Tag mag zwar wichtig für das Kind und zur Absicherung des Krankenhauses sein, wird jedoch als Stressfaktor erlebt und erzeugt das Gefühl, nicht auf das eigene Empfinden vertrauen zu dürfen.

Eine persönliche, individuelle Betreuung kam kaum einer der Befragten zu Gute, sondern wurde sehr vermisst. Einerseits lassen Schichtwechsel und Unterbesetzung des Personals kaum ein Entstehen einer Beziehung zwischen Patientin und Pflegeperson zu, andererseits hatten viele der Mütter das Gefühl, dass sie ohnehin nicht als Individuum in einer ganz besonderen Situation gesehen werden. Der ungeplante Kaiserschnitt wird eher bagatellisiert und nicht in seiner vollen Dramatik, welche er für die Betroffene hat, wahrgenommen. Denn Kaiserschnitte sind für das Personal schließlich etwas Alltägliches.

„(...) dass das irgendwie alles in der Routine, dass das irgendwie nichts Besonderes war für die Leute dort. Für mich war's so ein kleiner Weltuntergang. Dann ist mir auch klar, dass es dort total oft vorkommt, es ist Routine, kommt jeden Tag vor. (...) Und es wird irgendwie so als Bagatelle fast wahrgenommen, ja, also hab ich jetzt so das Gefühl. Dass man das, ja, ja geht eh schon wieder, ja bisschen Schmerzen, aber ist ja nicht so arg, nicht? (Interview 1)“

Individuelle Aspekte gehen verloren und viele der Befragten fühlten sich in ihrer Not nicht ausreichend wahrgenommen. Jedoch haben gerade Mütter nach einem ungeplanten Kaiserschnitt ein ganz besonderes Ausmaß an Unterstützung, einen empathischen Umgang und Ruhe nötig.

4.2.3 Unterstützung in der Bewältigung der Abweichung und beim Mutterwerden

Dem Mutterwerden sind andere Startbedingungen gegeben als vorab von den Betroffenen erwartet. Sie befinden sich in einer Übergangsphase, in welcher sie besonders vulnerabel und in mehreren Aspekten hilfebedürftig sind. Einerseits benötigen sie Unterstützung bei der Bewältigung der körperlichen wie auch psychischen Folgen des Kaiserschnittes, andererseits beim Annehmen und Ausfüllen ihrer neuen Rolle als Mutter eines Kindes in einer erschwerten Situation.

Die folgenden Kategorien beinhalten die Bedürfnisse und auch die pflegerischen Hilfsangebote, die teilweise vorhanden aber zum größten Teil unzureichend waren.

Notwendigkeit der psychischen Unterstützung im gesamten Prozess

Die Befragten haben sowohl in der Kaiserschnittsituation als auch danach unterschiedliche Erfahrungen mit der Unterstützung hinsichtlich der psychischen Verarbeitung des Kaiserschnittes gesammelt. Der Großteil jedoch fühlte sich nicht ausreichend emotional unterstützt.

In der Kaiserschnittsituation

Eine kompetente und einfühlsame Begleitung bei der Geburt ist sehr wichtig. Vor allem wenn Komplikationen auftreten, braucht die Gebärende das Gefühl, in sicheren Händen zu sein. Viele der Befragten erlebten jedoch das Gegenteil. Die Notwendigkeit des Kaiserschnittes wurde meist nicht adäquat vermittelt. Für einige Betroffenen stellte der Entschluss zum Kaiserschnitt eine völlige Überrumpelung dar, da sie einfach nicht mit einer solchen Entwicklung gerechnet hatten. Eventuell wäre eine bessere Vorbereitung während der Geburt auf die sich abzeichnende Wendung notwendig. Auf der anderen Seite jedoch berichten zwei Mütter, dass sie durchaus immer wieder hingewiesen wurden, dass sich die Situation nicht ideal entwickelt, nahmen diese Informationen aber nicht bewusst auf, da sie so auf eine natürliche Geburt fixiert waren. Erst im Nachhinein konnten sie dies erkennen.

Schließlich bricht Hektik aus und die Situation wird für die Gebärende unüberschaubar. Während die Mutter zuvor noch eine fixe Ansprechperson hat, verliert sie diese nun möglicherweise im auftretenden Chaos. Die Mutter bekommt Angst bis hin zu Panik, wird jedoch, so berichten einige Interviewpartnerinnen, nicht mehr persönlich und direkt angesprochen, sondern ist viel mehr das zentrale Objekt der Geschehnisse. In dieser Situation

ist eine persönliche Ansprechperson essentiell, um der Mutter ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. In manchen Fällen konnte der Partner/die Partnerin diesen Part übernehmen, in anderen war es die Hebamme, in wieder anderen jedoch war die Betroffene völlig allein mit ihrer Angst, obwohl es bei dem Ganzen um sie und das Kind ging.

Eine besondere Rolle kommt hierbei dem Anästhesist/der Anästhesistin zu. Denn dieser/diese steht in der Regel beim Kopf der zu Operierenden und ist somit unter Umständen die einzige Person, die die Patientin sehen kann. Mehrfach berichteten die Interviewpartnerinnen von unangenehmen Begegnungen mit dem Anästhesist/der Anästhesistin.

„Bei der Operation vom Noah war es zum Beispiel so, also dass der Anästhesist so ungut war. Dass ich irgendwie wirklich gedacht hab, ich muss jetzt sterben irgendwie und ich bekomme keine Luft mehr. Das war irgendwie durch diese Spinalanästhesie höchstwahrscheinlich, dass die so da rauf gezogen hat. Und ich hab irgendwie gesagt: ‚Ich bekomme keine Luft mehr, ich sterbe, ich sterbe!‘ Und der hat irgendwie nur so lapidar gemeint: ‚Naja, wenn Sie noch reden, dann sterben sie noch nicht!‘ (Interview 2)“

Der Anästhesist, der hier wertvolle Beruhigung leisten könnte, ergreift diese Möglichkeit jedoch nicht, sondern verstärkt den qualvollen Charakter der Situation eher. In einem anderen Fall beschreibt eine Mutter das Gegenteil: *„Ähm, der Anästhesist, so ein ganz ein großer Brumbär, wenn der mit mir geredet hat, das war schon total beruhigend! (Interview 3)“*

In jenen Fällen, in welchen zumindest eine Vertrauensperson während der kritischen Phase der Geburt und der Operation anwesend war, die die Bedürfnisse der Mutter wahrnehmen konnte, stellt ebendiese Person einen Faktor dar, der das Erleben des Kaiserschnittes deutlich positiv beeinflussen kann. Vor allem wenn die Akteure der Mutter vertraut sind und sie sich auf deren fachliche sowie persönliche Kompetenz verlassen kann, ist ein gewisses Ausmaß an empfundener Sicherheit möglich.

„Wo ich schon sehr froh war, dass es eine Ärztin war, die ich schon gekannt hab, wo ich froh war, dass die an dem Abend Bereitschaft hatte. Und die hatte mich schon einmal betreut, weil ich hatte eine Fehlgeburt davor, die hab ich sehr positiv erlebt. Und die hat dann auch gesagt: ‚Kann bitte wer mal die Partnerin von der Frau U. hereinholen.‘, und das hat mich sehr gefreut. Dass da doch eine Person ist, die meine Bedürfnisse wahrnimmt. (Interview 7)“

Auf der Station

Sobald die Mutter wieder auf der Station ist, wird sie für das Personal in der Regel ein Teil der täglichen Arbeits-Routine. Die Mutter selbst ist, so erzählen die meisten, in einer Ausnahmesituation und überwältigt von den Geschehnissen. Das wird jedoch von dem Personal nicht bedacht bzw. handelt es nicht dementsprechend. Auch nun ist eine Vertrauensperson sehr wichtig. Solange es die Besuchszeiten zulassen, kann der Partner/die Partnerin diesen Part übernehmen. Muss jener/jene jedoch gehen, so ist die Mutter mit sich und dem Kind alleine. Die Bandbreite der möglichen Gefühle ist groß. In den meisten Fällen befinden sich die Mütter in einem Schock, der durch Überforderung und Nicht-realieren können gekennzeichnet ist, Trauer um das (fehlende) Geburtserlebnis, Wut, Angst und vor allem auch Verlassenheit. Dies alles sind Aspekte, an welchen das Personal mit Interventionen ansetzen könnte. Fast alle Mütter berichten von einem stark vorhandenen Redebedarf. Über die Geschehnisse und die damit verbundenen Gefühle muss gesprochen werden, um sie gut verarbeiten zu können. Vor allem das Alleinsein mit sich, dem Kind und den Geschehnissen nach der Operation, wenn der Partner/die Partnerin weg ist, verstärken Angst und Kummer. Es fehlt das Gefühl, dass jemand für sie als Individuum mit einer individuellen Geschichte da ist. Viele Mütter sind sich nicht sicher, ob die belastenden Gefühle, die sie nun haben, normal und berechtigt sind.

„Also dieses Aufarbeiten, dass das vielleicht schon früher anfängt. Ich bin mir nicht sicher, ob dazu jeder bereit ist und ob das dann auch funktioniert. Aber dass man denen Müttern auch das Gefühl gibt „okay du hast jetzt was Traumatisches erlebt und du darfst drüber grantig sein und du darfst traurig sein und das ist vollkommen normal, dass du jetzt nicht weißt, wo oben und unten ist und dass man denen dann auch ein Werkzeug in die Hand gibt oder ist es dann eben auch schon das Gespräch oder diese Vermitteln: „Es ist jetzt ganz normal was du durchmachst. Du drehst jetzt nicht irgendwie am Rad und du schnappst jetzt nicht über. Das ist ein ganz normaler Prozess und das ist auch gut so und du brauchst halt jetzt die Unterstützung und musst auch, ja musst auch die Hilfe annehmen. Und darfst die Hilfe annehmen.“. Also ja ich glaub, wenn man das von Anfang an vermittelt bekommt, weiß nicht. Ich glaub, man müsste wirklich wen abstellen, der nur hingehht und sich hinsetzt und redet. (Interview 1)“

Sie benötigen Beruhigung und Bestätigung, einen empathischen Umgang. Solch einen erlebten jedoch die meisten der Befragten nur mangelhaft bis gar nicht.

Je nach Persönlichkeit und Befinden schaffen es manche Mütter, sich aktiv Hilfe zu holen und manche nicht. Die Gründe für das nicht Hilfeholen können einerseits das Gefühl, das ohnehin als überarbeitet erlebte Personal nicht zusätzlich stören zu wollen sein und andererseits auch das Fehlen der Ausdrucksmöglichkeit aufgrund der psychischen Überforderung. Kaum eine der Befragten erlebte es, dass aktiv jemand zu ihnen kam, um mit ihnen über die Geschehnisse und ihr Befinden zu sprechen. Sprachten die Mütter ihr Befinden selbst an, so bekamen sie unterschiedliche Reaktionen. Sehr wenige trafen auf Pflegepersonen, die empathisch auf sie reagierten, ihnen zuhörten und hilfreiche Ratschläge gaben. Meist fühlten sich die Mütter eher abgefertigt und nicht in ihrer Not wahrgenommen. Der Umgang mit den Müttern scheint hierbei einerseits von den jeweiligen Pflegepersonen und ihrem Charakter und andererseits vom Arbeitspensum auf der Station abzuhängen. Letzteres wurde von den meisten Befragten als viel zu hoch erlebt. Die Pflegepersonen haben demnach keine zeitlichen Ressourcen für eine nähere Auseinandersetzung mit den Müttern. Aufgrund des arbeitsreichen Stationsalltags geht auch die persönliche Betreuung verloren. Die Mütter fühlen sich als eine von vielen und nicht mehr als Individuum wahrgenommen, wodurch das Leid verstärkt wird. Der Wunsch nach einem persönlicheren, individuelleren Umgang wurde bei den Interviews mehrfach geäußert.

„So eben irgendwie eben, wenn man da vielleicht irgendwie eben auch so bisschen persönlicher. Ich mein natürlich eben, so gut man auch mit Schmerzmittel versorgt wird und einem verschiedenes gezeigt wird, es ist halt doch ein sehr routinierter Ablauf. Dass niemand zu dir sagt: Du als Einzelperson, als Individuum, wie war das jetzt für dich? (Interview 2)“

Nach dem Kaiserschnitt bleiben für die operierte Mütter viele Fragen offen: Warum kam es zu dem Kaiserschnitt? Was genau wurde gemacht? War der Kaiserschnitt wirklich notwendig? Die Betroffenen haben das Bedürfnis diese Fragen zu klären und die offenen Lücken zu füllen. Einerseits ist die Erinnerung aufgrund der Ausnahmesituation verschwommen oder unvollständig, andererseits herrscht mangelndes Verständnis aufgrund der unzureichenden Kommunikation und Informationsgabe während der Geburt. Die Mütter benötigen diese Informationen, um den Kaiserschnitt akzeptieren zu können. Die Art der Geburt war nicht wie gewünscht, sie mussten eine Operation über sich ergehen lassen. Sie hatten keine Kontrolle mehr und waren dem Personal ausgeliefert. Für viele Mütter ist das ein schreckliches Erlebnis. Es ist wichtig, die Gründe für die Notwendigkeit des Kaiserschnittes und den Ablauf der Geburt zu kennen und zu verstehen.

„Ich hätt gern nochmal darüber gesprochen, wie das abgelaufen ist, ich hätt das gerne nochmal mit der Hebamme oder dem behandelnden Arzt durchgegangen. Dass man das durchexerziert. Wie, was wann und warum passiert ist. (Interview 1)“

Während Pflegepersonen oder auch interne Psychologen/Psychologinnen sich mit den emotionalen Problemen der Mütter nach dem Kaiserschnitt beschäftigen könnten, kommt vor allem den Ärzten/Ärztinnen und Hebammen die potentielle Rolle der Aufklärenden hinzu. Denn jene waren bei der Geburt bzw. der Operation dabei und haben Informationen, die sie in geeigneter Form an die Mütter geben könnten, um deren Verständnislücken zu füllen. Der Wunsch danach besteht und ist groß.

Erhalten die Mütter nicht von jemand anderem die nötigen „Werkzeuge“ zum Aufarbeiten der Geschehnisse, so suchen sie sich selbst früher oder später welche. Die meisten der Befragten informierten sich entweder schon während des Krankenhausaufenthaltes oder danach über die Thematik des ungeplanten Kaiserschnittes. Informationen und Bestätigung, die sie im Krankenhaus nicht erhielten, fanden sie in Büchern, Internet oder schließlich auch im Rahmen einer fachlichen Beratung durch einen Psychologen/eine Psychologin bzw. in einem Aufarbeitungsseminar: *„(...)und ich hab das nochmal nachgeföhlt und hab geschaut, was waren so die Stellen in der Geburtssituation, die mich geschmerzt haben, die ich dann wirklich verarbeiten musste und warum ich dann auch noch zu so einem Seminar danach gegangen bin. (Interview 7)“*.

Der Austausch mit anderen, die Ähnliches erlebt haben, ist dabei sehr hilfreich.

„Ich denk jeder, der in der Situation war- ich hab auch eine Freundin, der das passiert ist, die ich dadurch kennen gelernt hab, weil wir die gleiche Geschichte hatten, die uns verbunden hat. Man braucht einfach dann auch Leute. Es ist wichtig, dass man sich dann auch mit solchen Leuten trifft und sieht, denen geht's genauso. (Interview 6)“

Die Auseinandersetzung mit dem Erlebten und den damit verbundenen Geföhlen ist wesentlich für das Verarbeiten des Prozesses und das Akzeptieren des Kaiserschnittes.

Wunsch nach vertrauter Umgebung

Um sich wohl zu fühlen, ist eine Umgebung notwendig, die das ermöglicht. Nach dem ungeplanten Kaiserschnitt fühlen sich betroffene Mütter oft schlecht. Auffallend ist, dass die meisten der Interviewpartnerinnen ambulant entbinden wollten, das heißt, nach der Geburt

innerhalb von 24 Stunden das Krankenhaus als Familie zu verlassen. Gründe hierfür sind einerseits der Wunsch nach der vertrauten Umgebung zu Hause und andererseits gewisse Aversionen gegen das Patientin-sein in einem Krankenhaus.

Je mehr sich die Mutter nach der Operation in ihrer Umgebung heimisch fühlt, desto eher kann sie sich auch wohl fühlen und fallen lassen. Der Hauptfaktor, der zum Gefühl der Vertrautheit im Krankenhaus beitragen kann, ist ein Zimmer, das Ruhe, Intimsphäre und Geborgenheit ermöglicht. Auch sich selbst mit Baby-Utensilien, Getränken, Obst etc. bedienen zu können, unterstützt das Wohlbefinden in der an sich fremden Umgebung. Je weniger die Mutter von Stationshektik spüren muss, desto eher kann sie sich entspannen.

„Ist halt wie in einem Hotel gell. Total lässig. Doppelbett und Essen am Zimmer, hätte aber genauso gut vorgehen können, da war ein Frühstücksbuffet. Und das war total angenehm, weil wir halt für uns waren, die Krankenschwestern nur gekommen sind, wenn was war. (Interview 3)“

Die meisten Interviewpartnerinnen konnten sich jedoch nicht wohl fühlen im Krankenhaus und hatten starke Sehnsucht nach Zuhause. Sie entbehrten die oben genannten Wohlfühlfaktoren bzw. empfanden diese als nicht ausreichend. Vor allem das Gefühl von Fremdheit belastet, denn aufgrund ebendieser können sie sich nicht fallen lassen und ganz sie selbst sein.

„Und ja, man ist dann einfach auch ganz anders, wenn man nicht für sich ist. Da hat man auch ganz andere, das Verhalten ist einfach auch ganz anders und, ja. Das trägt sicher auch dazu bei, diese Krankenhausumgebung, auch wenn's schon recht nett gestaltet ist und es gibt eh auch Ruheräume und auch das Kreiszimmer ist recht nett eingerichtet, aber es ist Krankenhaus. Man ist, ja, es ist eine andere Umgebung. (Interview 1)“

Es scheint einen starken Zusammenhang zu geben zwischen den Vorstellungen von der Geburt sowie der ersten Zeit danach und dem Vermögen sich im Krankenhaus wohl zu fühlen. War die Mutter überzeugt davon, nicht lange und unter anderen Umständen im Krankenhaus zu bleiben, so ist sie enttäuscht, wenn es dann anders kommt, und es fällt schwer sich mit der Umgebung zu arrangieren. Sicherlich ist es auch abhängig von Persönlichkeit und Vorerfahrungen bzw. der individuellen Einstellung zu Krankenhäusern, wie gut sich die Mutter als Patientin adaptieren kann. So scheint es, dass selbst wenn die oben genannten Faktoren in einem gewissen Ausmaß vorhanden sind, ein Wohlfühlen eventuell nicht möglich ist.

„Ich war halt vorher noch nie im Krankenhaus, ich musste noch nie stationär bleiben und für mich war das halt einfach. Ich weiß gar nicht, ich glaub, für mich war nur dieser Krankenhaus-Aufenthalt an sich schon so negativ besetzt, ich glaub, das Pflegepersonal hätte machen können, was sie wollen und ich wär trotzdem wahrscheinlich nicht zufrieden gewesen und hätte mich nicht wohl gefühlt. Für mich war das so absurd, dass ich im Krankenhaus bleiben musste. Ich hatte ja gar nichts mit, ich hatte nicht mal eine Zahnbürste mit, so fest war ich der Überzeugung, wir gehen ja eh gleich wieder nach Hause. (Interview 5)“

Fast alle der Befragten strebten schließlich eine möglichst baldige Entlassung aus dem Krankenhaus an. Das Ankommen zuhause stellt eine Erleichterung dar. Den Gefühlen kann freien Lauf gelassen werden und der Einstieg als Familie in den eigenen vier Wänden ist gegeben.

„(...) aber dieses Mamasein in den eigenen vier Wänden, sie auf den Wickeltisch wickeln, den man doch selber ausgesucht hat, zuhause mit den eigenen Sachen, das was man vorbereitet hat. Mein Mann hat ihr dann das Zimmer gezeigt [süßliche Stimme]: ‚Schau da ist dein Zimmer!‘. Das hat dann erst dort angefangen, erst wirklich zu hause. Ja. (Interview 6)“

Spezieller Bedarf an pflegerischer Unterstützung beim Mutterwerden – (In-)Adäquate Umsetzung erleben

Pflegepersonen sind auf der Geburtsabteilung die ersten Ansprechpartner der Mütter. Ihnen kommt daher eine sehr wichtige Rolle hinzu. Der Anspruch an sie ist sehr hoch, denn da die Mütter sich nach dem ungeplanten Kaiserschnitt in einer ganz besonderen und meist belastenden Situation befinden, benötigen sie auch ein sehr spezielles Ausmaß an Unterstützung. Die Interviewpartnerinnen haben unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich der Erfüllung ihrer Bedürfnisse erlebt. Die Bereiche, in welchen Pflegepersonen während ihres Krankenhausaufenthaltes tätig wurden, sind vor allem die Schmerzbehandlung, das Stillen, das Mutter-Kind-Bonding, die Baby-Pflege, die Wiedererlangung der Selbstständigkeit und das zur Ruhe kommen der Mutter.

Das emotionale Wohlbefinden und damit auch das Vermögen, sich auf das Kind zu konzentrieren, hängen mit all diesen Bereichen zusammen. Somit haben Pflegepersonen mehr als alle anderen Berufsgruppen in den ersten Tagen nach der Operation die Möglichkeit, die

Mutter vielseitig zu unterstützen und einen wesentlichen Beitrag zu ihrem Befinden sowie zur Mutter-Kind-Beziehung zu leisten.

Kommt die Mutter nach dem Kaiserschnitt zurück auf die Station, so steht sie normalerweise noch unter dem Einfluss der Anästhesie. Ihr unterer Bewegungsapparat ist taub. Die Befragten waren sehr motiviert, möglichst bald das Bett verlassen zu können. Das erste Aufstehen und auch das Entfernen des Harnkatheters erfolgt mit der bzw. durch die Pflegeperson. Dies geschah im Falle der Interviewten meist einige Stunden bis zu einen Tag nach dem Kaiserschnitt. Teilweise berichten die Mütter, dass sie versuchten die Pflegepersonen zu überreden, möglichst früh mit ihnen aufzustehen. Die Mobilität der Mutter ist abhängig von pflegerischen Interventionen. Die Interviewpartnerinnen zeigen sich zufrieden mit der geleisteten Unterstützung bei der Mobilisierung und Körperpflege.

Neben der Anästhesie schränken vor allem auch Schmerzen die Mobilität und Selbstständigkeit stark ein. In der Regel setzen bald nach der Operation starker Wundschmerz und eventuell auch Nachwehen ein. Die meisten der Befragten berichten, dass sie ausreichend mit Analgetika versorgt wurden und innerhalb kurzer Zeit der Schmerz keine Belastung mehr darstellte. Jedoch gibt es auch Berichte von sehr starken kontinuierlichen Schmerzen, die trotz Schmerzbehandlung nicht deutlich erleichtert werden konnten. Die Mütter hinterfragten die Medikation nicht, wünschten sich jedoch mehr Schmerzfreiheit. Schmerzlindernde Maßnahmen abseits der Medikamente wurden nicht eingesetzt.

Die Einschränkung der Mobilität sowie Schmerzen sind neben der psychischen Situation der Mutter Ursachen für einen hohen Unterstützungsbedarf. Dies gilt auch hinsichtlich des Umganges mit dem Kind. Manche Kinder sind durch den Kaiserschnitt sehr müde oder unruhig, im Handling dessen benötigt die Mutter gegebenenfalls Hilfe. Um das breite Spektrum der Unterstützungsleistung übersichtlich darzustellen, werden in Folge für das positive Erleben der Unterstützung in der Annahme der Mutterrolle hemmende und fördernde Faktoren beschrieben. Es wird angeführt, was die Mütter als hilfreich und was als kontraproduktiv wahrgenommen haben.

- **Hemmende Faktoren**

Mangelnde personelle Ressourcen

Besonders in der Phase der größten Schmerzen und eingeschränkten Mobilität kann das Umsorgen des Kindes eine kaum zu bewältigende Herausforderung darstellen. Wenn das Stillen noch nicht auf Anhieb klappt und das Kind unruhig ist, ist die Unterstützung der

Mutter dringend notwendig. Einige Interviewpartnerinnen sahen sich in einer derartigen Not nach dem Kaiserschnitt. Sie hatten ein weinendes Kind, welches sie nicht zufrieden stellen konnten. Dies erzeugte Stress und das Gefühl von Ohnmacht. Vor allem Nächte schienen dabei ein Problem darzustellen, da in diesen weniger Personal als tagsüber anwesend war. In vielen Fällen hatten die Mütter das Gefühl, dass ihr Hilfsbedarf zwar wahrgenommen wurde, die Pflegepersonen jedoch keine zeitlichen Ressourcen für eine nähere Auseinandersetzung mit Mutter und Kind hatten. Der Wille zu helfen war also durchaus häufig spürbar.

„Und das liegt jetzt nicht, also ich glaub, das liegt nicht daran, dass der Wille nicht da wäre, aber die Ressourcen sind nicht da. Das schlimmste waren dann auch die Nächte, also dass man die durchsteht. (I: Mhm.) Und da spielt es sich halt auch einfach ab, da sind Babys, die brauchen Mütter, die, ja und gerade da ist man unterbesetzt. Da haben sie sich aber eh total Mühe gegeben, dass ich da auch zur Ruhe komme. (Interview 1)“

Melden sich die Mütter nicht aktiv um Hilfe, so kann es passieren, dass sie allein mit sich, dem Kind und dem Ohnmachtsgefühl bleiben.

Mangelnde Empathie in der Beratung

Während ihrer Aufenthalte erlebten die Interviewpartnerinnen mehrfach unbefriedigende bis hin zu verletzende Reaktionen von Pflegepersonen in Situationen, in welchen sie empathische und kompetente Hilfe benötigt hätten. Die Reaktionen reichten von nicht vorhanden über Abfertigung, Ungeduld bis hin zu Bevormundung. Besonders Erstgebärende haben oft keine oder nur wenig Erfahrung im Umgang mit Neugeborenen und weisen daher noch eine gewisse Unsicherheit darin auf. Sind die Pflegepersonen sehr gestresst, so ist die Unterstützung auf das Nötigste reduziert. Besonders dann tritt Ungeduld und Abfertigung im Verhalten der Pflegenden auf: *„(...) manchmal hab ich das Gefühl gehabt, es ist auch etwas stressiger und hab dann das Gefühl gehabt, ich geh denen auch auf die Nerven. (Interview 5)“*. So wurden den Müttern oft wichtige Informationen über die Bedeutung der Unruhe des Kindes und Bonding vorenthalten und stattdessen das Kind abgenommen. Während das Abnehmen des Kindes bei manchen als Erleichterung empfunden wurde, erachteten es andere als Abfertigung. Sehr unangenehm wurde auch Bevormundung erlebt. Betroffene Mütter fühlten sich nicht ernst genommen und als erwachsene, autonome Personen behandelt. Informationen wurden nicht adäquat vermittelt, sondern in Form von Kritik gegeben.

„(...) fand die Reaktionen irgendwie unpassend, ja, eben so, was weiß ich [ahmt Stimme einer Pflegeperson nach]: „Sehen Sie nicht, dass wenn er die Hand in den

Mund steckt, er Hunger hat? ‘ Und ich hatte keine Ahnung, woher soll ich das wissen, ja was soll ich jetzt machen, er trinkt halt nicht. (Interview 2)‘

Mütter wünschen sich in einer sensiblen Zeit, wie es jene nach der Geburt ist, eine liebevolle und entsprechend empathische Betreuung. Die Art, wie Informationen vermittelt werden, kann einen wesentlichen Unterschied für das Wohlbefinden und den Umgang mit der Situation bedeuten.

„Wo man sich irgendwie denkt, man selber ist halt zum ersten Mal in der Situation, eh klar, dass die das anders sehen und Dinge wissen, aber eben dann die Frage, wie man das den jeweiligen Patienten mitteilt, ja. Ob man das irgendwie liebevoll macht oder auch scherzhaft. (Interview 2).“

Fühlten sich die Mütter besonders unwohl mit einer oder mehreren Pflegepersonen, mieden sie es die Hilfe derer aufzusuchen und zogen den Versuch vor, die Situation alleine zu bewältigen.

Manche der befragten Mütter vermissten daneben auch eine persönliche Betreuung. Sie nahmen die Pflege als sehr routiniert und damit weniger einfühlsam war. Das Besondere an der jeweiligen individuellen Situation geht in der pflegerischen Routine oft verloren.

Stillstress

Ein Kaiserschnitt kann von Bedeutung für die Stillbeziehung sein, dessen waren sich die Mütter bewusst und waren auch besorgt diesbezüglich. Stillen war und ist allen Interviewpartnerinnen ein wichtiges Anliegen, jedoch erhielten einige Mütter keine für sie angemessene Unterstützung. Einerseits erhielten sie zu wenig Anlegehilfe sowie Hintergrundinformationen zum Stillen und der Physiologie der Milchbildung, andererseits wurden ihnen auf der Geburtsabteilung herrschende Regeln und Normen aufgedrängt. Die vorgegebene Gewichtszunahme des Kindes erzeugte Druck bei den betroffenen Müttern. Die zu befolgenden Richtlinien und zu erreichenden Werte bedeuteten auf der Geburtsabteilung mehr als die Intuition der Mütter.

„Weil sie war weder lethargisch noch nichts. Weil die haben schon gesagt: Ja, da müssen wir uns jetzt was überlegen! Und dann wollten die mir Tabletten geben, damit ich mehr Milch bekomme. Die hab ich dann abgelehnt, ja. Hätten sie mir die gegeben, hätt ich’s weggespült, sag ich ehrlich. Und dann, ja dann haben sie mich vergewaltigt zu dem blöden Stilltee, was mir im Nachhinein Leid tut, ich mein, den hab ich dann getrunken. (Interview 4)“.

Zu vermuten ist, dass eine zu große Gewichtsabnahme mit einer guten Stillhilfe vermieden hätte werden können. Im Falle einer starken Abnahme, besteht der Wunsch nach einer aufrichtigen und kompetenten Auseinandersetzung mit Mutter und Kind ohne das Erzeugen von Druck. Je mehr die Pflegepersonen sich im Stress befanden, desto eher wurden auch die Mütter gestresst.

- **Fördernde Faktoren**

Entsprechend den hemmenden Faktoren, gibt es auch einige, welche die Mütter als förderlich für ihr Befinden und den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind empfanden.

Persönliche Betreuung und Bezugspersonen haben

Einige der Befragten hatten das Glück einer ziemlich konstanten Betreuung in der Zeit ihres Aufenthaltes. Während der tägliche Wechsel der Betreuungspersonen als störend beschrieben wird, wussten die Mütter eine beständige Betreuung sehr zu schätzen. Die Patientin hat die Möglichkeit, Vertrauen zu ihrer Pflegeperson aufzubauen und sich somit sicherer und wohler zu fühlen. Besonders positiv wurde es erlebt, wenn die Betreuung einen persönlichen Charakter hatte: *„Und die war dann auch die, Gott sei Dank hatte die da scheinbar drei Tagdienste, also die war, die hat mich eigentlich betreut, die war mir auch wirklich sehr sympathisch. (Interview 6)“*. Die Pflegeperson kann eine Advokaten-Position einnehmen und die Umsetzung der Wünsche der Mutter unterstützen wie beispielsweise das Anstreben einer möglichst baldigen Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn der mütterliche und kindliche Zustand es erlauben. Doch auch bei wechselnden Pflegepersonen kann das Gefühl von einer persönlichen, individuellen Betreuung entstehen. So fiel es einigen Interviewpartnerinnen positiv auf, wenn die Pflegepersonen dank der Kommunikation innerhalb des Teams gut über sie informiert waren: *„aber eben, das hat mich schon beeindruckt, dass manche wirklich die Geschichten so genau gekannt haben. (Interview 2)“*.

Oft stellt die eigene Hebamme, die bei der Geburt oder danach zuhause zur Betreuung von Mutter und Kind da ist, eine wichtige Ansprechperson dar. Sie kennt die Familie meist schon besser und daher besteht bereits ein vertrautes Verhältnis. Im Stationsalltag selbst spielt die Hebamme für gewöhnlich keine aktive Rolle, jedoch wurde in den Interviews mehrmals erwähnt, dass die eigene Hebamme eine wertvolle Unterstützung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt war. Vor allem bei dem Gefühl, im Krankenhaus nicht ausreichend betreut zu werden, stellte das Wiedersehen mit der eigenen Hebamme eine Art

Hoffnungsschimmer dar, da sie mit einer einfühlsamen, kompetenten Unterstützung assoziiert wurde.

In Bedürfnissen wahrgenommen werden

Die schwierige Situation der Mutter nach dem Kaiserschnitt wird im Krankenhaus oft nicht gesehen. Jedoch bleibt nicht generell jedes Bedürfnis der Mutter vom Pflegepersonal unentdeckt und unerfüllt. Am ehesten erhält die Mutter Unterstützung, wenn sie aktiv darum bittet. Die emotionale Unterstützung hielt sich den Erzählungen nach sehr begrenzt und es wurde nicht näher auf die Verarbeitung des Kaiserschnittes eingegangen. Besonders positiv wurde es aber erlebt, wenn die Mutter sich auch in emotionaler Not an die Pflegeperson wenden konnte und sie von dieser wahr- und ernstgenommen wurde. Nur eine Mutter berichtet, dass sich eine Pflegende für sie Zeit nahm und sie emotional unterstützte, als sie sich gerade in großer Verzweiflung aufgrund der Gesamtsituation befand. Dies blieb sehr positiv in Erinnerung.

Eine Art der Unterstützung, die mehreren Frauen angeboten wurde und eine Hilfe darstellte, um sich etwas ausruhen zu können, war das Abnehmen des Kindes durch die Pflegeperson. Besonders wenn das Kind sehr unruhig ist und es eine Belastung darstellt, weil die Mutter sich und dem Kind nicht zu helfen weiß, kann etwas räumliche Distanz zu dem Kind eine kurzfristige Erleichterung bedeuten. Um die Mutter-Kind-Bindung und die mütterliche Selbstsicherheit zu stärken, wäre die Informationsgabe zu kindlichen Unruhephasen, Stillen und Bonding langfristig vermutlich hilfreicher gewesen, jedoch erlebten die Mütter in der konkreten Situation das Abnehmen als Hilfe, sich ausruhen zu können. Körperliche Erholung wiederum kann helfen, die Situation weiter zu bewältigen.

Förderung der Selbstständigkeit

Sehr positiv wurde es erlebt, wenn die Mutter in ihrer Selbstständigkeit bei der Betreuung des Kindes gefördert wurde und sie dabei Freiraum erfuhr. Jedoch scheint der Grat zwischen zu wenig Unterstützung und dem Drängen zur Selbstständigkeit sehr schmal zu sein. So hatten manche Mütter das Gefühl, sie hätten zu wenig Informationen zur Babypflege erhalten und wären sehr auf sich selbst gestellt gewesen, während andere das Gefühl hatten, dass Frauen nach dem Kaiserschnitt routinemäßig sehr rasch zum Aufstehen und Versorgen des Kindes gedrängt werden. Als ideal wird es erlebt, wenn die Eltern gemeinsam den Umgang mit dem

Kind erlernen können, fachliche Informationen erhalten und sich in ihrem Tun zwar nicht kontrolliert aber versichert durch die Pflegeperson fühlen.

„Na, also was mir einfach wirklich gut gefallen hat, war, dass wir selber machen haben dürfen. Nicht dieses unter Kontrolle im Schwesternzimmer alles machen und dann wird man beurteilt. Natürlich sind wir kontrolliert worden. Aber das ist irgendwie versteckter gewesen (...) (Interview 3)“.

Haben die Mütter alles, was sie für die Babypflege benötigen in relativer Reichweite ohne erst darum bitten zu müssen, erhöht das das Erleben von Freiraum und Autonomie.

Ein wichtiger Aspekt, wenn es um Selbstständigkeit geht, liegt am Partner/an der Partnerin der Mutter. Das Einbeziehen des Partners/der Partnerin als zweiter Elternteil ist sehr vorteilhaft, da er/sie die Mutter so noch mehr unterstützen kann, wenn diese ihre Mobilität noch nicht ganz wieder erlangt hat. Außerdem interagiert er/sie selbst so mehr mit dem Kind und kann sich als kompetenter Elternteil fühlen. Er/sie kann die Mutter gegebenenfalls auch beim Umsorgen des Kindes anleiten, sofern er/sie Handgriffe von der Pflegeperson erlernt hat, die die Mutter selbst aufgrund der Operation noch nicht lernen konnte.

Stillfreundlichkeit

Das erste Nackte Bonding ist sehr wichtig für den Bindungsaufbau zum Kind sowie den Stillbeginn. Allen Müttern wurde ein möglichst rascher Kontakt mit dem Kind ermöglicht. Besonders positiv wurde es erlebt, wenn die ersten Stunden ganz in Ruhe gemeinsam genossen werden konnten, so wie es auch in der Literatur empfohlen wird.

Schmerzfreiheit oder zumindest Schmerzarmut, erhöhte Mobilität und damit körperliche Selbstständigkeit sowie auch Erholung erleichtern das Stillen. Mit den körperlichen und emotionalen Ressourcen kann das Stillen genossen werden, anstatt eine Belastung darzustellen.

Einige Mütter berichten, dass sie nicht ausreichend notwendige Ressourcen hatten und keine dementsprechende Hilfe erhielten. Andere wiederum beschreiben ein großes Engagement der Pflegepersonen bezüglich des Stillens. Sie bestärkten die Mütter, baten kompetente Stillhilfe und auch mehrere Verfahrens-Möglichkeiten an.

„(...), also ich hab dann schon sehr viel Zeit im Stillzimmer verbracht, wo wir dann alle möglichen Sachen ausprobiert haben, vom Halten her, was ihm besser taugt, vom Stillhütchen her, mit dem Abpumpen und dass man das mit der Pipette gibt. Also da

haben sie sich schon sehr bemüht, dass das Stillen dann funktioniert. Ja, dass das in Gang kommt, die haben sich schon sehr intensiv mit uns beschäftigt, ja. (Interview 1)“

Während es manchen Pflegepersonen an Authentizität zu mangeln schien und das Stillen mehr eine Erfüllung der Richtlinien bedeutete, so war bei anderen eine ehrliche Bemühung spürbar. Diese Authentizität, das Anbieten mehrerer Möglichkeiten und das fachlich kompetente wie auch sensible Begleiten der Mutter auf ihrem eigens gewählten Weg stellen eine ideale Stillhilfe dar.

Deutlich wurde in den Interviews, dass das richtige Ausmaß an Unterstützung essentiell ist. Weniger kann mehr sein, solange es nicht zu wenig ist. Die Mutter benötigt einen gewissen Level an körperlicher und emotionaler Sicherheit und Stabilität, bevor sie sich selbstständig so um ihr Kind kümmern kann, dass sie dabei Zufriedenheit erlebt. Es liegt an den Pflegepersonen diesen Level wahrzunehmen, einzuschätzen und adäquat zu reagieren. Der Ganzheitlichkeit kommt hier eine hohe Bedeutung zu.

4.2.4 Das zentrale Phänomen

Sich in einem nicht wahrgenommenen Ausnahmezustand befinden

„Für mich ein kleiner Weltuntergang – für die Alltag.“

Werden die ermittelten Kategorien miteinander in Zusammenhang gebracht, so erscheint es zentral, dass Frauen sich nach einem ungeplanten Kaiserschnitt in einem Ausnahmezustand befinden, der das Mutterwerden erschwert, aber vom Krankenhaus-Personal nicht als solcher wahrgenommen wird. Im Alltag des Krankenhauses bleibt der Unterstützungsbedarf der Betroffenen somit oft unbemerkt.

Mithilfe des Kodierparadigmas nach Strauss und Corbin (1996) soll dieses zentrale Phänomen analysiert werden. Ursachen, der Kontext und die intervenierenden Bedingungen, in welchen das Phänomen eingebettet ist, Handlungs- und Interaktionsstrategien zur Bewältigung des Phänomens sowie die Resultate der Handlungen werden beschrieben.

Die auf der folgenden Seite dargestellte Grafik zeigt das Kodierparadigma.



Grafik 1 Kodierparadigma

Phänomen

Der ungeplante Kaiserschnitt und das mangelnde Bewusstsein des Personals lassen das Phänomen „Sich in einem nicht als solchen wahrgenommen Ausnahmezustand als Mutter nach einem ungeplanten Kaiserschnitt befinden“ als ein zentrales im Erleben der Mütter erscheinen.

Ursachen

Eine Geburt ist an sich kein alltägliches Erlebnis für eine Frau, ein ungeplanter Kaiserschnitt umso weniger. Somit befinden sich von einem ungeplanten Kaiserschnitt Betroffene in einem ganz besonderen Ausnahmezustand, denn er verursacht physisches und meist auch psychisches Leid. Das Krankenhauspersonal, so lassen die Ergebnisse fasst aller Interviews schließen, ist sich des individuellen Ausnahmezustand-Charakters, den die Situation für Betroffene hat, nicht bewusst.

Kontext

Das Erleben des Ausnahmezustandes und des Nichtwahrgenommenwerdens findet in einem bestimmten Kontext statt. Haben Mütter die Vorstellung einer natürlichen Geburt und einer unkomplizierten Zeit danach, so sind sie besonders enttäuscht, wenn es dann anders kommt. Je nachdem wie sehr die Mütter unter dem Kaiserschnitt leiden, psychisch und physisch, so können sie die erwartete Situation danach gut oder weniger gut bewältigen. Wichtig ist, inwieweit sie die Möglichkeit haben, mit ihrem Kind und dem Partner im Krankenhaus als Familie zusammen zu sein. Aufgrund einschränkender Besuchszeiten und nur begrenzter Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Familienzimmers, müssen sich die Betroffenen von ihrem Partner als wichtige Bezugsperson in einer vulnerablen und intimen Situation trennen, was als sehr schmerzlich empfunden werden kann.

Das Krankenhaus ist zudem eine fremde Umgebung, in der Privat- und Intimsphäre nicht immer ausreichend gelebt werden können. Wünschen sich Mütter nach der Geburt eine vertraute Umgebung, so finden sie diese in einem Krankenhaus meist nicht. In einem fremden Umfeld fällt es schwer, den Gefühlen freien Lauf zu lassen. Vor allem der Krankenhausalltag mit all seinen Routinen verhindert das Aufkommen des gewünschten Ausmaßes an Ruhe und lässt bei all seiner routinierten Hektik nicht ausreichend Zeit für die Auseinandersetzung der Pflegepersonen mit dem Individuum als solches. Auf der Geburtsabteilung herrschende Richtlinien und Normen werden den Müttern vorgegeben und es wird erwartet, dass diesen

nachgekommen wird. Es stehen nicht die individuellen Bedürfnisse und Entwicklungen im Vordergrund, sondern das von der Station vorgegebene Ziel (zum Beispiel die Gewichtszunahme des Kindes). Die Personalsituation kann ausschlaggebend für die Qualität der Pflege sein. Spüren Mütter, dass das Personal sehr gestresst ist, so werden sie dieses weniger in Anspruch nehmen bzw. erhalten nicht das Ausmaß an Unterstützung, das sie benötigen. Die Vorstellungen von der Geburt und der Zeit danach, das Ausmaß des empfundenen Leides durch den Kaiserschnitt, die eingeschränkte Möglichkeit Familie zu sein, das Krankenhaus als fremde Umgebung mit die Ruhe störenden Routinen sowie auch Regeln und das oft unterbesetzte Personal bilden den Kontext für das Gefühl des Nichtwahrgenommenwerdens in der Ausnahmesituation nach dem Kaiserschnitt.

Intervenierende Bedingungen

Eine Geburt ist für die Eltern, insbesondere die Mutter, ein außergewöhnliches Erlebnis, ein Wunder verbunden mit allerhand Emotionen. Auf Geburtsabteilungen im Krankenhaus sind Geburten jedoch etwas Alltägliches und somit ein gewohnter Bestandteil der täglichen Arbeit. Ebenso sind geplante wie auch ungeplante Kaiserschnitte ein Teil der herrschenden Routine. Während für die jeweilige Frau die Geburt ihres Kindes eine Ausnahmesituation bedeutet, ist für das Personal jede Mutter nur eine von vielen Gebärenden.

Das gesellschaftliche Bild von Kaiserschnitten ist zweiseitig, einerseits werden sie als „die leichte Geburt“ bezeichnet und somit verharmlost, andererseits werden Betroffene oft mit dem Vorurteil konfrontiert, dass sie sich nicht genug um eine natürliche Geburt bemüht hätten. Per Kaiserschnitt entbundene Mütter werden also häufig missverstanden bis hin zu verurteilt. In der Gesellschaft gilt ein Kaiserschnitt der steigenden Kaiserschnittrate nach zu urteilen nicht mehr als ungewöhnlich. Das Thema wird teilweise sowohl im Stationsalltag als auch in der Öffentlichkeit bagatellisiert.

Jedoch stellt Mutterwerden an sich schon eine Herausforderung dar, Mutterwerden nach einem Kaiserschnitt daher umso mehr. Körperliche und psychische Auswirkungen des Kaiserschnittes erschweren das Ergreifen der Mutterrolle. Frisch operierte Mütter hadern oft sehr mit dem Geburtseignis und können sich so weniger auf ihre neuen Aufgaben konzentrieren. Anästhesie bedingte Immobilität und Schmerzen stellen ein körperliches Handicap in der Versorgung des Kindes dar. Die Konsequenz ist ein erhöhter pflegerischer Unterstützungsbedarf von Müttern nach einem (ungeplanten) Kaiserschnitt.

Handlungs- und Interaktionsstrategien

Die vom Personal nicht als solche wahrgenommene besondere Situation der Mütter stellt jene vor große Herausforderungen. Sie erhalten nicht ausreichend Unterstützung beim Handling der unerwarteten Situation kombiniert mit den normalen Überforderungen, mit welchen frisch entbundene Mütter sich generell konfrontiert sehen. Die Handlungs- und Interaktionsstrategien, die die Mütter aufgrund des Phänomens aufnehmen, konzentrieren sich hauptsächlich auf das Ergreifen der Mutterrolle trotz erschwerender Bedingungen, auf die Bewältigung des psychischen und physischen Leides sowie auf die Bewältigung des Krankenhaus-Aufenthaltes. All das ohne das Ausmaß an Unterstützung, das sie als notwendig empfinden.

Bewältigung des Mutterwerdens

Aufgrund des oft schockierenden Geburtserlebnisses kann sich nicht jede Mutter nach der Entbindung auf eine innige Beziehung mit dem Kind einlassen. Der körperliche und emotionale Schockzustand fordert Ressourcen ein, die für den Beziehungsaufbau notwendig wären. Das zentrale Phänomen bedeutet hier, dass die Mütter den emotionalen Ballast nicht mithilfe des Personals abbauen können, da ihnen dieses Angebot nicht gemacht wird. Folglich fühlen sich viele Mütter distanziert zu ihrem Kind und spüren es nicht als das eigene. Nichts desto trotz bemühen sich Betroffene um eine Beziehung zum Kind. Sie kuscheln mit diesem im Körperkontakt, können dies zwar oft noch nicht genießen, kennen aber die Relevanz dessen. Wichtig ist für alle Mütter, dass die Trennung zwischen ihnen und dem Kind nach dem Kaiserschnitt so kurz wie möglich gehalten wird. In manchen Fällen forderten die Mütter aktiv nach einer raschen Wiedervereinigung mit ihrem Kind. Allen Müttern wurde schließlich ein rascher Erstkontakt nach dem Kaiserschnitt ermöglicht.

Jene Mütter, die während der Geburt besonders besorgt um das Kind waren, sprechen von großer Erleichterung über das gesunde Kind nach dem Kaiserschnitt. Den Kaiserschnitt als lebensrettende Intervention zu sehen, stellt einen Trost dar.

Schließlich ergreifen Betroffene trotz des Kaiserschnitts als körperliches und emotionales Handicap die neue Mutterrolle. Sie fühlen sich zuständig für das Kind und wollen gut für es sorgen. Die eigenen Bedürfnisse werden zurück gesteckt, die Funktionalität steht im Vordergrund. Sie sehen es als ihre Pflicht, alles Notwendige für das Kind zu tun. Selbstständigkeit ist dabei sehr wichtig. Die Mütter streben an, diese so schnell wie möglich wieder zu erlangen und sehen in ihr einen zentralen Faktor beim Erfüllen der mütterlichen

Aufgaben. Hilfe der Pflegepersonen wird kaum gefordert, stattdessen erledigen die Mütter so viel wie möglich selbst bzw. geben Tätigkeiten an Familienmitglieder ab, wenn diese zu Besuch sind. Vor allem wenn es um Stillerfolg geht, investieren Mütter sehr große Mühen in ihr Tun und somit auch in die Beziehung zum Kind, denn Stillen ist ein wichtiger Indikator für die Mutter-Kind-Beziehung. Nicht jede Mutter erhält ausreichend sowie empathische Hilfe beim Stillen, jedoch stellt Stillhilfe den Bereich dar, in welchem Pflege bewusst als Unterstützung beim Mutterwerden wahrgenommen wird.

Bewältigung psychischen und physischen Leides

Die Folgen des Kaiserschnitts können physischer und psychischer Schmerz sein. Während körperliche Schmerzen durch Schmerzmedikamente zu reduzieren sind, stellt das Sprechen über die Geschehnisse und vor allem das Gehört-werden eine wichtige Hilfe für die angeschlagene Psyche dar. Die Mütter fühlen sich gut mit Analgetika versorgt, haben teilweise jedoch trotzdem noch Schmerzen, die quälend sind, aber ausgehalten werden.

Während manche Mütter das Personal mit dem persönlichen Leid nicht konfrontieren wollen, zeigen andere ihre Gefühle der Überforderung. So oder so erhielten sie kaum bis keine psychische Unterstützung. Oft müssen die Frauen Abfertigungsversuche von Seiten der Pflege erleben, wenn sie um emotionale Hilfe suchen. Das Abnehmen des Kindes nachts als versuchte Entlastung wird ambivalent gesehen. Das Kind an die Pflege abzugeben, kann das „zur Ruhe kommen“ der Mutter ermöglichen und ist somit eine pflegerische Unterstützungsmaßnahme, die wenig Auseinandersetzung mit der überforderten Mutter erfordert. Ansonsten kann nur das Suchen und Identifizieren einer geeigneten Vertrauensperson etwas helfen, wenn auch unter dem Pflegepersonal nur bedingt psychische Unterstützung gefunden werden kann. Der Partner/die Partnerin stellt durchgängig eine wichtige Vertrauensperson dar, welcher die Mütter ihre Gefühle vermitteln wollen. Manche Mütter müssen erst die passenden Worte finden, ihre Gefühle auszudrücken. Sie suchen im Internet, in Büchern und bei anderen Betroffenen nach Ähnlichkeiten zu ihrem eigenen Erleben. Zu wissen, die eigenen Emotionen sind normale Reaktionen auf den ungeplanten Kaiserschnitt, ist dabei sehr wichtig. Sind die Gefühle im Krankenhaus noch zu überwältigend, so steht die Funktionalität im Vordergrund. Spätestens zu Hause fängt jedoch die bewusste Verarbeitung an. Manche Mütter nehmen dafür professionelle Unterstützung in Form eines Seminars in Anspruch, andere vertrauen sich ihrer nachbetreuenden Hebamme an. Sie suchen sich jemanden, der sie mit ihrer ganzen Geburtsgeschichte wahrnimmt.

Bewältigung des Krankenhaus-Aufenthaltes

Der Krankenhausaufenthalt wird von den meisten Müttern als notwendiges großes Übel empfunden, welches es durchzustehen gilt. Sie wissen, es gibt keine mögliche Alternative nach einer Bauchoperation. Als Patientinnen finden sie sich in einem großen hierarchischen System mit fixen Strukturen und Regeln wieder. Sie fügen sich dem Krankenhausalltag und streben eine möglichst baldige Entlassung an. Pflegerische Maßnahmen und andere Routinetätigkeiten lassen sie über sich ergehen in der Aussicht auf die Heimkehr, denn diese erscheint ihnen wie ein Hoffnungsschimmer und gibt Kraft, den Krankenhausalltag bis zur Entlassung auszuhalten.

Konsequenzen

Die Konsequenzen der Handlungs- und Interaktionsstrategien beziehen sich entsprechend auf das Mutterwerden, den emotionalen und körperlichen Umgang mit dem Kaiserschnitt sowie die Bewältigung des Krankenhausaufenthaltes.

Mutterwerden

Früher oder später finden alle Mütter eine Verbindung zu ihrem Kind, meist jedoch erst, sobald der Geburtsschock einigermaßen verarbeitet wurde oder wenn die Erleichterung um ein gesundes Kind die negativen Gefühle überwiegt. Vor allem durch Stressreduktion in ruhiger Atmosphäre kann das Zusammensein mit dem Kind schließlich genossen werden.

Durch das Ergreifen der Mutterrolle trotz des Handicaps stellen die Mütter sicher, dass ihr Kind gut umsorgt ist. Das Ergreifen der Mutterrolle ist bei allen ein Erfolg. Die in die Stillbeziehung investierten Mühen zahlen sich aus, denn das Stillen kann auch noch nach dem Krankenhausaufenthalt in einem für die Mütter zufriedenstellenden Ausmaß aufrechterhalten werden. Keine der Befragten hat das Stillen im Krankenhaus oder bald danach abgebrochen.

Schließlich hat auch keine der Mütter das Gefühl, dass der Kaiserschnitt längerfristige negative Auswirkungen auf ihre Mutter-Kind-Beziehung hat.

Körper und Psyche

Die postoperativen Schmerzen lassen sich durch Analgetika bei den meisten der Befragten recht bald beseitigen oder zumindest auf ein erträgliches Ausmaß reduzieren. Jene, die auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus noch Schmerzen haben, nehmen weiterhin viel Hilfe

der Familie in Anspruch, und bewältigen damit auch die Anfangszeit zu Hause, wenn auch weniger leicht als schmerzfreie Mütter.

Wenn nicht im Krankenhaus dann zuhause werden die Mütter, sofern sie die Geburt als belastend erlebt haben, von Kaiserschnitt-assoziierten Gefühlen überwältigt. Mitunter aufgrund der mangelnden emotionalen Unterstützung im Krankenhaus beschäftigen sich viele der Mütter erst zu Hause bewusst mit der psychischen Verarbeitung der Geburt. Die Ergebnisse der Gespräche und Seminare sowie der Auseinandersetzung mit Literatur und Erfahrungsberichten sind, dass die Mütter lernen den Kaiserschnitt und die mit ihm verbundenen Erschwernisse zu akzeptieren. Für viele bedeutet das einen langen Verarbeitungsprozess, der zum Zeitpunkt der Interviews vielleicht auch noch gar nicht abgeschlossen war.

Krankenhaus-Aufenthalt

Der Krankenhausaufenthalt wird als notwendiges Übel durchgestanden und die Freude beim nach Hause kommen ist bei allen groß. Jene Mütter, die sich besonders um einen verkürzten Krankenhausaufenthalt bemühen, erreichen dies und können eher entlassen werden. Das Genießen des Familie-seins mit Partner/Partnerin und Kind beginnt erst so richtig in der eigenen vertrauten Umgebung. Nichts desto trotz verbleiben fast alle Mütter nach dem Krankenhausaufenthalt mit unbefriedigten Bedürfnissen und einem nicht nachgekommenen Unterstützungsbedarf und sehen sich zuhause damit konfrontiert, noch viel aufzuarbeiten.

Es zeigt sich, dass die Mütter die Herausforderung des Mutterwerdens in einer Ausnahmesituation meistern ohne langfristige Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung. Das schaffen sie auch ohne, dass ihr Hilfsbedarf, den sie vor allem in emotionaler Hinsicht haben, vom pflegerischen Personal wahrgenommen und entsprechend befriedigt wird. Es ist zu schaffen, aber die Art, wie sie es schaffen, kann leidvoll sein.

Die in der eigenen Forschung der Autorin erlangten Ergebnisse werden im nächsten Kapitel vor dem theoretischen Hintergrund und bisherigen Forschungsergebnisse diskutiert.

5 Diskussion

Ein ungeplanter Kaiserschnitt stellt ein außerordentliches Erlebnis für eine Frau dar und kann eine enorme Belastung bedeuten. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde auf bisherige Studien zu den physischen und psychischen sowie Bonding-spezifische Auswirkungen eines ungeplanten Kaiserschnittes eingegangen. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit decken sich in vielen Aspekten mit bisherigen Erkenntnissen.

Postoperative Schmerzen, herabgesetzte Mobilität und Erschöpfung waren für einen Teil der für diese Arbeit Befragten eine Belastung. Karl (2006) sowie auch Karlström et al. (2007) identifizierten Schmerz, Immobilität und Erschöpfung als wesentliche Phänomene nach einer sekundären Sectio. Laut Karlström et al. (2007) fühlen sich Mütter dadurch eingeschränkt in der Betreuung und teilweise auch beim Stillen ihres Kindes. Während jene Interviewpartnerinnen dieser Arbeit, die besonders unter postoperativen Schmerzen litten, die Babypflege als sehr herausfordernd und anstrengend erlebten, stellte das Stillen nur bedingt ein durch Schmerzen und Schwäche verursachtes Problem dar. Laut ihrer Berichte lösten sie die Erschwernis beim Stillen, indem sie das Kind möglichst bei sich im Bett und somit in Reichweite behielten. So konnten sie auch mit herabgesetzter körperlicher Leistungsfähigkeit an ihrer Stillbeziehung arbeiten. Zudem wurde so der Körperkontakt gewährleistet, der wiederum für den Bindungsaufbau förderlich ist.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bezüglich der möglichen psychischen Auswirkungen des Kaiserschnittes decken sich ebenso mit Beschreibungen bereits vorhandener Studien. Laut den Befragten dieser und anderer Forschungsarbeiten prägen Gefühle des Kontrollverlustes, Schock, Angst, Verzweiflung, Sorge um das Kind, Trennung vom Kind, Trauer um das „verlorene“ Geburtserlebnis, Versagensgefühle und Enttäuschung das Erleben des Kaiserschnittes (Fenwick et al., 2003, Jugerlucks, 2004, Porter et al., 2007, Fenwick et al., 2009, Somera et al., 2010, Rowlands & Redshaw, 2012). Von großer Bedeutung für das Erleben des Kaiserschnittes und die Verarbeitung dessen ist die Geburtssituation. Hektik, nicht einbezogen werden in die Entscheidung zur Operation und mangelnde Kommunikation begünstigen bei der Mutter das Entstehen von Gefühlen des Kontrollverlustes über die Situation und ihren Körper sowie auch von Angst. Diese Ergebnisse finden sich auch in anderen Studien wieder (Fenwick et al., 2003, Jugerlucks, 2004, Fenwick et al., 2009, Somera et al., 2010). In den Interviews dieser Arbeit wurde mehrfach der Anästhesist/die Anästhesistin als bedeutende Person während des Kaiserschnittes genannt. Während

ebendieser/ebendiese oft negativ erlebt wurde, wurde gleichzeitig deutlich, dass ihm/ihr eine wesentliche beruhigende Funktion zukommen könnte. Er/sie steht meist im Hör-/Sichtbereich der Mutter und hat so die Möglichkeit mit ihr zu sprechen, sie zu informieren und zu beruhigen. Der Anästhesist/die Anästhesistin könnte demnach einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Kaiserschnitt-Situation weniger schockierend auf die Betroffene wirken zu lassen.

Die Einstellung zur Geburt und die Vorstellungen von ihr waren für alle Interviewpartnerinnen von Bedeutung für das Erleben der Ausnahmesituation. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Fenwick et al. (2009) und Somera et al. (2010) sowie auch Jugerlucks (2004). Jugerlucks (2004) stellt fest, dass vor allem Erstgebärende gefährdet sind, unter postnataler emotionaler Belastung zu leiden, da sie nicht auf die möglichen Gefühle nach einem ungeplanten Kaiserschnitt vorbereitet sind. Manche Betroffene können anfänglich keine Muttergefühle empfinden. Auch Befragte dieser Arbeit fühlten anfangs nicht die Liebe zu ihrem Kind, die sie erwartet hatten und entwickelten daher Schuldgefühle. Jugerlucks erklärt das Aufkommen der Schuldgefühle mit der gesellschaftlichen Tabuisierung nicht idealtypischer postnataler Mutter-Kind-Beziehungen. Die Interviewpartnerinnen dieser Arbeit äußerten teilweise den nachträglichen Wunsch nach Bestätigung ihrer Gefühle nach dem Kaiserschnitt. Bevor sie sich nicht aktiv informierten, wussten sie nicht, dass ihre von ihnen als negativ eingestuften Gefühle bzw. das Nicht-Vorhandensein der erwarteten Glücksgefühle normal sind.

Die quantitative Studie von Carlander et al. (2010) ergab, dass Mütter in den ersten Tagen nach einer sekundären Sectio signifikant mehr Traurigkeit empfinden als Mütter nach Spontangeburt, jedoch mit Voranschreiten der Zeit keine Unterschiede in der Mutter-Kind-Beziehung mehr bestehen. Dies entspricht den Berichten der Befragten dieser Arbeit. Mehrmals wurde genannt, dass der Kaiserschnitt keine spürbare langfristige Beeinträchtigung ihrer Beziehung zum Kind verursachte. Auch die Relevanz des Partners/der Partnerin identifizieren Carlander et al. und messen ihm/ihr eine unterstützende Rolle bei. In der vorliegenden Arbeit ist *Familie sein* eine wichtige Kategorie, der Partner/die Partnerin trug für alle der Befragten während des Geburtsprozesses und danach einen wichtigen Part und konnte stark zum Befinden der Mütter beitragen. Das Familienzimmer wurde von den Befragten als Möglichkeit genannt, im Krankenhaus eine Familie zu sein. Es erlaubt Intimität und Ruhe für die Eltern und ihr Kind. Der Partner/die Partnerin kann als aktiver Elternteil integriert werden und die Mutter so unterstützen. Jedoch sind Familienzimmer laut den

Berichten nur begrenzt verfügbar. Ein erweitertes Angebot diesbezüglich wäre wünschenswert.

Im Kapitel zur Mutter-Kind-Bindung wird die Relevanz des frühen Mutter-Kind-Kontaktes nach der Geburt beschrieben. Auch die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, wie wichtig hier ein rascher Mutter-Kind-Kontakt nach dem Kaiserschnitt ist. Der Hautkontakt sollte so schnell wie möglich erfolgen und im Idealfall sollten Mutter und Kind die ersten Stunden nach der Operation gemeinsam Ruhe füreinander haben. Das sogenannte Sectio-Bonding (ONGKG, 2014) kam keiner der Befragten zugute, jedoch ein rascher Hautkontakt, was von den Müttern sehr positiv erlebt wurde. Schwieriger gestaltet sich die Situation, wenn die Mutter in Vollnarkose operiert wird. Hier wäre es wünschenswert, dass die Betroffene nicht ohne das Kind aufwacht. Die Trennung sollte in jedem Fall so kurz wie möglich gehalten werden. Über die hormonellen Auswirkungen des Kaiserschnittes lässt sich aufgrund der subjektiven Erzählungen und der geringen Zahl an Interviewpartnerinnen keine repräsentative Aussage tätigen. Jedoch ist zu vermuten, dass auch die Mutter-Kind-Paare dieser Arbeit von hormonellen Auswirkungen betroffen waren. Einige der Befragten hatten das Gefühl, dass das Kind entweder sehr müde oder sehr unruhig ist, die Milchbildung verzögert ist und/oder die Saugfreudigkeit des Kindes beeinträchtigt ist. All dies sind in der Literatur beschriebene mögliche Folgen eines Kaiserschnittes (Taschner, 2008, Lang, 2009).

Meleis' Theory of Transitions (2010) lässt sich gut auf die Ergebnisse dieser Arbeit umlegen. Die Komponenten ihrer Theorie (siehe Kapitel 2.2) finden sich in den Erzählungen der Mütter wieder. Besonders *Patterns*, *Process Indicators*, *Outcome Indicators* und *Nursing Therapeutics* lassen sich identifizieren. Das Mutterwerden nach dem ungeplanten Kaiserschnitt hat einen typisch prozesshaften Verlauf. Die Mütter sind sich des Überganges *Mutterwerden* bewusst, teilweise jedoch stark verunsichert und ihre Gefühle anzweifelnd, vor allem wenn sie anfänglich keine Freude empfinden können. Sie alle zeigen großes Engagement und beteiligen sich somit aktiv am Prozess. Der Endpunkt des Überganges ist nicht feststellbar, da der Krankenhausaufenthalt nur den Anfang des Prozesses darstellt.

Bestimmte Indikatoren fördern laut Meleis et al. (2000) einen positiven Verlauf des Überganges wie zum Beispiel *verbunden fühlen*. Die Befragten dieser Arbeit hatten den Wunsch nach einer fachlichen Vertrauensperson, dieser wurde jedoch nur in wenigen Fällen und nur begrenzt erfüllt. Dieser wichtige fördernde Indikator fehlt hier. Schon während des Kaiserschnittes mangelt es den meisten Müttern an einer Bezugsperson. Eher machten sie negative Erfahrungen mit den Behandelnden, wobei hier vor allem der Anästhesist/die

Anästhesistin zu erwähnen ist, der die zeitnahe Möglichkeit hätte, beruhigend auf die Mutter zu wirken.

Ebenso spielte die *Entwicklung von Selbstbewusstsein und Copingstrategien* für die Interviewpartnerinnen eine Rolle. Wichtig für sie ist das Verstehen des Entschlusses zum Kaiserschnitt. Dieses Wissen kann das Coping erleichtern, denn die Geschehnisse können eher akzeptiert werden und müssen nicht laufend hinterfragt und mit Selbstzweifel und – vorwürfen assoziiert werden.

Der *Outcome-Indicator* lässt sich schwer feststellen. Das Überstehen des Krankenhausaufenthaltes sowie das Ergreifen der Mutterrolle gehen in Richtung der Beherrschung (*mastery*) der neuen Situation.

Vor dem konzeptuellen Hintergrund der Transition-Theory wird der prozesshafte Verlauf des Mutter-Werdens nach dem Kaiserschnitt besonders deutlich und verständlich. Die Mütter sind sehr vulnerabel in dieser ersten Zeit und benötigen ein besonderes Ausmaß an Unterstützung. In den Schlussfolgerungen wird auf das Erleben der Mütter in diesem sensiblen Prozess sowie auf die Bedeutung der Pflege darin eingegangen, um die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zu beantworten. Erst werden jedoch noch Limitationen der Arbeit genannt.

Limitationen

Eine Limitation dieser Arbeit ist die geringe Anzahl der Interviewpartnerinnen. Sieben Interviews sind eine im Rahmen einer Masterarbeit zu bewältigende Anzahl, jedoch nur, wenn diese ausreichend Inhalt für die Beantwortung der Fragestellungen liefern. Die Interviews dieser Arbeit ergaben wertvolle Informationen zum bearbeiteten Thema, oft können jedoch statt Aussagen nur Vermutungen geäußert werden, da die Gruppe der Interviewpartnerinnen zu inhomogen war. Es wurden sowohl Erst- als auch Zweitgebärende befragt. Die meisten hatten eine Regionalanästhesie, zwei eine Vollnarkose. Eine der Mütter entband in einer Privatklinik, deren Gegebenheiten nicht mit einem öffentlichen Krankenhaus zu vergleichen sind. Wäre diese Arbeit nicht nur eine Anlehnung an eine Grounded Theory, sondern hätte auch in der Datenerhebung den Anforderungen entsprochen, so würde im Sinne des theoretischen Samplings weiter nach entsprechenden Interviewpartnerinnen gesucht und somit mehr Tiefe und Vielfalt in die Ergebnisse gebracht werden. Viele der hier vorgestellten Ergebnisse stimmen überein mit jenen bereits veröffentlichter Studien, vor allem aber

benötigen die durch diese Arbeit gelieferten neuen Erkenntnisse zur Vertiefung weitere Forschung.

6 Schlussfolgerungen

Das Thema dieser Arbeit ist der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und die Rolle der Pflege in diesem Prozess. Die Forschungsfragen lauten:

- Wie erleben Mütter den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt?
- Welche Bedeutung hat die Betreuung durch Pflegepersonen in diesem Prozess?
- Inwieweit wird die Annahme der Mutterrolle nach einem ungeplanten Kaiserschnitt aus Sicht der Mütter durch Pflegekräfte eingeschränkt beziehungsweise gefördert?
- Wie können Pflegepersonen Frauen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt optimal in der Annahme ihrer Mutterrolle unterstützen?

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass Mütter sich nach einem ungeplanten Kaiserschnitt in einem Ausnahmezustand befinden und das Gefühl haben, dass dieser vom Personal nicht als ein solcher wahrgenommen wird. Dieses Phänomen erwies sich als ein zentrales im Erleben der Mütter. Bedingt durch den Ausnahmezustand sehen sie sich mit großen körperlichen und emotionalen Herausforderungen konfrontiert, die den anfänglichen Beziehungsaufbau zwischen ihnen und ihrem Kind beeinträchtigen können. Je mehr Mütter unter dem Kaiserschnitt leiden, desto eher haben sie den Wunsch danach, in ihrer Not wahrgenommen und entsprechend unterstützt zu werden. Dabei ist ihnen auch eine Umgebung, die Wohlfühlen und das Zusammensein mit ihrem Partner/ihrer Partnerin ermöglicht, sehr wichtig. Verfügen sie nicht über ausreichend physische und psychische Ressourcen, so kann es ihnen schwer fallen, sich ganz auf ihr Kind und ihre neue Rolle als Mutter einzulassen. Die Ergebnisse der Interviews zeugen davon, dass die Betroffenen in der Kaiserschnittsituation und auch danach nicht adäquat unterstützt wurden. Die Konsequenz ist, dass sie zwar die Mutterrolle ergreifen, den Krankenhausaufenthalt bewältigen und eine Verbindung zu ihrem Kind finden, dies jedoch für einige nur unter sehr leidvollen Umständen geschieht. Pflegepersonen werden nur geringfügig als Unterstützung erlebt. Jedoch könnte ebendiesen in der Betreuung der Mütter nach einem ungeplanten Kaiserschnitt eine bedeutende Rolle zukommen, denn sie haben die potentielle Möglichkeit, das Befinden der Mütter wahrzunehmen und entsprechend darauf zu reagieren. Sie können die Mütter an dem Punkt abholen, an dem sie sich nach dem Kaiserschnitt befinden und empathisch in den ersten

Tagen des Mutter-Seins begleiten. Es ist notwendig, dass Mütter in ihren körperlichen und emotionalen Bedürfnissen wahrgenommen werden. Eine adäquate Schmerztherapie und eine professionelle Unterstützung bei der Verarbeitung der Geschehnisse stellt die Basis dar, um Betroffene zu entlasten und somit den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind zu fördern. Das richtige Ausmaß an Unterstützung ist sensibel einzuschätzen. Hilfe zur Selbsthilfe steht hier im Vordergrund. Die Mutter hat ihre neue Mutterrolle zu ergreifen, soll sich dabei aber nicht allein gelassen und überfordert fühlen, sondern wissen, es gibt eine Ansprechperson im Hintergrund, die sie als Person wahrnimmt und empathisch auf sie reagieren kann. Gleichmaßen sollte sie nicht zu Maßnahmen gedrängt werden, sondern mit Informationsgabe in Entscheidungen unterstützt werden.

Diese Arbeit untersuchte nur das Erleben betroffener Mütter nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und prüfte nicht die tatsächliche Wahrnehmung der mütterlichen Situation durch Pflegepersonen. Weitere Forschung könnte sich auf die Sicht der Pflegenden fokussieren und identifizieren, inwieweit das Erleben der Mütter dem der Pflegenden entspricht. Ist dem Personal tatsächlich nicht bewusst, welche Bedeutung eine sekundäre Sectio für Mütter haben kann, so könnten Gründe dafür herausgefunden werden. Ressourcenmangel und Überarbeitung des Personals könnten ein wesentlicher Grund für das unzureichende Eingehen auf die Ausnahmesituation der Mütter sein. Dem wäre weiter nachzugehen, um Strategien und Konzepte für eine Entlastung des Pflegepersonals zu entwickeln.

Eine Sensibilisierung nicht nur der Pflegenden, sondern aller an der Geburt Beteiligten wäre notwendig, um deren Wahrnehmung des mütterlichen Befindens zu schärfen. Auch das Wissen um Bonding und dessen Erschwernis nach Geburtskomplikationen sollte gefestigt werden. Ein weiterer Ansatz wäre ein fixes psychologisches Angebot in der Wochenbettbetreuung. So könnte Müttern vermittelt werden, dass ihnen eine Fachperson für Gespräche zur Verfügung steht, sofern Bedarf vorhanden ist. Der Psychologe/die Psychologin könnte die Mutter gegebenenfalls auch an externe Stellen weiterverweisen. Ebenso können Pflegepersonen oder nachbetreuende Hebammen Mütter nach dem Kaiserschnitt auf etwaige Unterstützungsangebote zur Verarbeitung der Geburt hinweisen. Gab es im Krankenhaus keine Möglichkeit der adäquaten Unterstützung Betroffener, so wüssten sie zumindest, an wen sie sich danach um Hilfe wenden können.

Hebammen könnten schon vor der Geburt die Chance zur Aufklärung nutzen und die Mütter in Hebammengesprächen über ungeplante Kaiserschnitte sensibel informieren. Dies würde

eventuell dazu beitragen, dass Betroffene nicht so überwältigt von der Notwendigkeit eines ungeplanten Kaiserschnittes sind.

Des Weiteren erscheint es sinnvoll zu erarbeiten, wie eine mütter- und babyfreundlichere sowie auch familienorientiertere Umgebung im Krankenhaus zu schaffen ist. Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden könnten zudem feiner herausgearbeitet werden. Und schließlich wäre die Identifikation von Ansätzen wünschenswert, wie die Kaiserschnitt-Situation für Mütter stressfreier gestaltet werden könnte, um im Vorhinein einen Schockbedingten erschwerten Bonding-Beginn zu vermeiden.

Eine deutliche Botschaft der Befragten dieser Arbeit war der Wunsch nach einer sinkenden Sectio-Rate. Die Bedeutung eines ungeplanten Kaiserschnittes für Betroffene wird unterschätzt. Dies gilt nicht nur für das Krankenhaus sondern generell für unsere Gesellschaft. Per sekundärer Sectio entbundene Mütter verlangen nach einer Enttabuisierung des Themas. Der Kaiserschnitt und seine potentiellen Folgen sollen weder verharmlost noch verschwiegen werden. Ein erweitertes Bewusstsein in der Geburtshilfe sowie in der Gesellschaft könnte Betroffenen den Umgang mit ihrer eigenen Geburtsgeschichte erleichtern und angehende Mütter durch die Auseinandersetzung mit der Thematik auf die Eventualität eines ungeplanten Kaiserschnittes vorbereiten.

7 Literaturverzeichnis

Ahnert, L. (2008). Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München: Ernst Reinhard Verlag.

Bicking Kinsey, C., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314-1320.

Bowlby, J. (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kinder-Verlag.

Bowlby, J. (2009). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby, J. (2006 [1969]). *Bindung*. München: E. Reinhard (Orig: *Attachment and loss*. Bd. 1: *Attachment*. 1. Aufl. London: Hogarth Press).

Bretherton, I. (2009). Die Geschichte der Bindungstheorie.

In Spangler, G., Zimmermann, P. (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S.27-49). Stuttgart: Klett-Cotta.

Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1128-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.04.018

Carlander, A.-K. K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(1), 27-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2009.10.001>

Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180.

Clement, S. (2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 15(1), 109-126

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., Damush, T. M., Morton, S. C., Carney, M. F., Pearson, M., Kahn, K. L. (1996). Cesarean Childbirth and Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 15(4), 303-314.

Dudenhausen, J. (2011). *Praktische Geburtshilfe*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.

Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: Plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18(11), 965-970.

Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: A birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 10-17.

Fenwick, S., Holloway, I., & Alexander, J. (2009). Achieving normality: the key to status passage to motherhood after a caesarean section. *Midwifery*, 25(5), 554-563. doi: 10.1016/j.midw.2007.10.002

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 539-549.

Flacking, R., Ewald, U., & Starrin, B. (2007). "I wanted to do a good job": Experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social Science and Medicine*, 64(12), 2405-2416.

Flick, U., Kardoff, E., Steinecke, I. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt.

Grivell, R., M., Dodd, J.M. (2011). Short- and Long-term Outcomes after Cesarean Section. *Obstetrics and Gynecology*, 6(2):205-215.

Grossmann, K., E. (2008). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In Ahnert, L. (Hrsg.). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S.21-41). München: Ernst Reinhard Verlag.

Grossmann, K. & Grossmann, K., E. (2012). *Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Groß, M., M. (2006). Mütterliche Komplikationen nach Sectio Caesarea. *Hebammenforum*. 688-697.

Abgerufen am 14.10.2014

Unter:

http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.kaiserschnitt-netzwerk.de%2FResources%2FHf_9-06_T2.pdf&ei=1O08VJHCJpD5aqKagfgJ&usg=AFQjCNGr_6gIBL_wRWKRp5Feuhu45RTKIQ&bvm=bv.77161500,d.d2s

Hearty, A. (2006). Primäre und sekundäre Sectio Caesarea und Operationstechnik. In Strauss, A. (Hrsg.). *Geburtshilfe Basics* (S. 249-251). Berlin Heidelberg: Springer Verlag

Jackson, K., Ternstedt, B.-M., Schollin, J. (2003). "From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants." *Journal of Advanced Nursing* 43(2): 120.

Jugerlucks, C. (2004). *Kaiserschnitt – Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K. G., Sjöling, M., & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(5), 430-440.

Klaus, M., H. & Kennell, J., H. (1976). *Maternal-Infant-Bonding: The impact of early separation or loss of family development*. Sant Louis, CN: Mosby.

Klaus, M., H. & Kennell, J., H. (1997). *Der erste Bund fürs Leben*. Reinbek: Rowohlt Verlag.

Klaus, M., H. & Kennell, J., H. (1998). Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review* 19 (1), 4-12.

Körtner, U., H., J. (2012). *Grundkurs Pflegeethik*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Krens, I. & Krens, H. (2005) *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie*. Göttingen: Hubert & Co.

Kuguoglu, S., Yildiz, H., Tanir, M., K., Demirbag, B., C. (2012). Breastfeeding After a Cesarean Delivery. In Salim, R. (Hrsg). *Cesarean Delivery*. ISBN: 978-953-51-0638-8, InTech.

Abgerufen am 04.04.2014

unter: <http://www.intechopen.com/books/cesarean-delivery/breastfeeding-after-a-cesarean-delivery>

Lang, C. (2009). *Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe*. München: Urban & Fischer.

Langer, M. (2012). Der Kaiserschnitt – vielleicht Geburtsmodus des 21. Jahrhunderts. *Gynäkologe*, 46(10), 715-721.

Lehmann, V. (2006). *Der Kayserliche Schnitt. Die Geschichte einer Operation*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Lengning, A. & Lüpschen, N. (2012). Bindung. München: Ernst Reinhard Verlag.

Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science and Medicine*, 64(11), 2272-2284.

Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Meissner, B., R. (2010). Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter. Winterthur: Brigitte Meissner Verlag.

Meleis, A.I., (2010). Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.

Mlekusch, I. (2013). Sectio: Ins Leben geschnitten. *Österreichische Ärztezeitung*.

Abgerufen am 15.10.2014

Unter: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2013/oeaez-19-10102013/sectio-maternale-morbiditaet-kaiserschnitt.html>

Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 32(4), 465-477.

Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. (2014). Abgerufen am 18.10.2014

Unter: <http://www.ongkg.at/baby-friendly/bfh-in-oesterreich.html>

Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L., & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth*, 34(2), 148-154.

Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & Buus, N. (2013). Making existential meaning in transition to motherhood-A scoping review. *Midwifery*.

Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135.

Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M., & Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth*, 27(1), 68-71.

Reime, B. & Drexelius, N. (2006). Aktuelles aus Forschung und Praxis. *Hebammenforum*, 706-712.

Abgerufen am 15.10.2014

Unter:

http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kaiserschnitt-netzwerk.de%2FResources%2FHF_9-06_T5.pdf&ei=7jY-VL-JKozlaP_fgZgE&usg=AFQjCNEmAztdqBShQdTE9kYmTM0VLU4bNQ&bvm=bv.77412846,d.d2s

Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 138. doi: 10.1186/1471-2393-12-138

Sears, W., Sears & M. (2001). *The Attachment Parenting Book. A Commonsense Guide to Understanding and Nursing your Baby*. New York: Little, Brown and Company.

Somera, M. J., Feeley, N., & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2824-2831.

Stahlmann, M. (2007). "Der verwässerte Kern" oder Bindung ist nicht alles. *Unsere Jugend*, 0(2), 50-60.

Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*, 10(4), 456-473. doi: 10.1111/mcn.12128

Statistik Austria (2013). Jahrbuch Gesundheitsstatistik. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Taschner, U. (2008). Auswirkungen des Kaiserschnittes auf Bonding, Psyche der Mutter, Mutter-Kind-Beziehung und Stillen. *Laktation und Stillen*, 21(1), 4.

Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51.

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., Velazco, A., Bataglia, V., Langer, A., Narvaez, A., Valladares, E., Shah, A., Campodonico, L., Romero, M., Reynoso, S., de Padua, K. S., Giordano, D., Kublickas, M., & Acosta, A.: Perinatal Health Research, G. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 335(7628), 1025. doi: 10.1136/bmj.39363.706956.55

Weiss, M., Fawcett, J., & Aber, C. (2009). Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *J Clin Nurs*, 18(21), 2938-2948. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x

8 Grafiken- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe.....	7
Tabelle 2 Suchkriterien.....	34
Tabelle 3 Suchergebnisse.....	35
Tabelle 4 Interviewpartnerinnen.....	46
Tabelle 5 Haupt- und Teilkategorien.....	50
Grafik 1.....	84

9 Anhang

A1 Interview-Leitfaden

<p>1. Mutterwerden</p> <p>➤ Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen! Ich möchte den Beziehungsaufbau zwischen Müttern und Kindern in den ersten Tagen nach ungeplanten Kaiserschnitten untersuchen. Ich freue mich sehr, dass Sie Ihre Erfahrungen mit mir teilen wollen! Zu Beginn des Interviews würde ich gerne von Ihnen wissen, wie Sie sich Mutterwerden vorgestellt haben.</p>	
<p>2. Sekundäre Sectio</p> <p>➤ Sie hatten einen ungeplanten Kaiserschnitt. Wie haben Sie diesen erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Welche Erinnerungen haben Sie an die ersten Stunden nach dem Kaiserschnitt?
<p>3. Beziehungsaufbau</p> <p>➤ Wie haben Sie das Kennenlernen und den Beziehungsaufbau zu Ihrem Kind erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Wie gestaltete sich der erste Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Kind nach der Geburt?• Wie haben Sie den Erstkontakt erlebt?• Wer unterstützte Sie in dieser Situation?• Wie sah diese Unterstützung aus?• Wie haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes gefühlt?
<p>4. Versorgung des Neugeborenen</p>	<ul style="list-style-type: none">• (Falls nicht primär abgestellt)

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Haben Sie von Anfang an gestillt? ➤ Wie gestaltete sich die Pflege Ihres Kindes während des stationären Aufenthaltes? 	<p>Wie gestaltete sich der Stillbeginn?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Falls nicht primär abgestillt) Wie entwickelte sich das Stillen? • (Falls primär abgestillt) Was waren Ihre Gründe für das Abstillen • (Falls primär abgestillt) Wie gestaltete sich das Füttern des Kindes?
<p>5. Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie haben Sie die Pflegepersonen während Ihres Aufenthaltes erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Art von Unterstützung haben Sie im Krankenhaus erhalten? Beispiele? • Was an Unterstützung hätten sie Ihrer Ansicht nach noch benötigt?
<p>6. Entlassung und Zeit danach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie haben Sie sich bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihrem Kind gefühlt? ➤ Wie geht es Ihnen mittlerweile mit Ihrem Kind? 	

A2 Informierte Zustimmung



universität
wien

Universität Wien

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

Informationsschreiben und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie:

„Der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und die Rolle der Pflege in diesem Prozess“

Sehr geehrte Mütter!

Ich, Miriam Strauss, befinde mich im letzten Abschnitt meines Masterstudiums Pflegewissenschaft. Um dieses abzuschließen, schreibe ich nun an meiner Masterarbeit. Neben meinem Studium arbeite ich als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson auf einer Geburtsabteilung und habe dadurch sehr viel mit Müttern und ihren Kindern nach der Geburt zu tun. Da ich diese Arbeit sehr spannend finde, behandelt auch meine Masterarbeit ein in dieses Feld eingebettetes Thema: Den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind nach einem ungeplantem Kaiserschnitt. Das vorliegende Schreiben dient dazu, Sie über Ziele, Ablauf, Wahrung von Rechten, Anonymität sowie den Datenschutz im Rahmen der Studie zu informieren.

Warum werden Sie um eine Teilnahme an dieser Studie gebeten?

Sie haben in den letzten drei bis 18 Monaten ein Kind per ungeplantem Kaiserschnitt in Österreich entbunden. Für viele Mütter stellt ein Kaiserschnitt ein unerwartetes Geburtserlebnis sowie auch einen unerwarteten Start ins gemeinsame Leben mit dem Kind dar. Im Rahmen eines persönlichen Gesprächs möchte ich gerne erfahren, wie Sie die Zeit im Krankenhaus mit Ihrem Kind und den Beziehungsaufbau zu diesem erlebt haben. Ihre Erfahrungen würden einen wertvollen Beitrag zum Kennenlernen und Verstehen der individuellen Erlebensperspektive von Müttern nach ungeplanten Kaiserschnitten leisten.

Wie sieht eine Teilnahme an der Studie aus?

Sollten Sie sich dazu entschließen an dieser Studie teilzunehmen, können wir telefonisch oder über die angegebene Emailadresse einen Gesprächstermin und Gesprächsort vereinbaren. Bei unserem eher offen gehaltenen Gespräch werde ich Sie bitten, mir über Ihre Erfahrungen zu der ersten Zeit nach dem Kaiserschnitt im Krankenhaus zu erzählen. Die Gesprächsdauer richtet sich nach Ihren Ausführungen und wird etwa 30 bis 60 Minuten betragen. Das Gespräch wird mit ihrem Einverständnis auf Tonband aufgenommen und anschließend anonymisiert in eine schriftliche Form übertragen.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Gesprächs, abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen.

In welcher Weise werden die gesammelten Gesprächsdaten verwendet?

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich und anonym behandelt werden. Der Zugang zu Ihren Daten, die ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich mir und meiner Betreuerin, Priv. Doz. Dr. Berta Schrems. Ihr Name und Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden an keiner Stelle im Datenmaterial angeführt. Das gilt auch für eine etwaige Weiterverwendung oder Veröffentlichung der Forschungsergebnisse.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mit Ihren Erfahrungen zu meiner Masterarbeit beitragen würden! Wenn Ihrerseits Interesse an der Teilnahme besteht oder Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die unten angegebene E-mail Adresse oder Telefonnummer. Ich versichere, dass ich Sie verlässlich zurückrufe, sollten Sie mich telefonisch nicht erreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Miriam Strauss



Universität Wien

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

Einverständniserklärung zur Teilnahme

Ich erkläre mich bereit, an der Befragung zum Thema

„Der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und die Rolle der Pflege in diesem Prozess“

teilzunehmen.

Ich wurde von der verantwortlichen Person der Studie, Miriam Strauss, verständlich und ausführlich über Wesen, Bedeutung und Zweck der Studie aufgeklärt. Ich habe darüber hinaus das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie gelesen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und diese wurden mir bei Bedarf verständlich beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und nehme freiwillig aus eigenem Entschluss an der Studie teil. Ich behalte mir das Recht vor meine freiwillige Mitwirkung jeder Zeit ohne negative Folgen zu beenden.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonymisiert gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Durch die Teilnahme entstehen für mich weder Kosten noch werde ich dafür in finanzieller Weise entschädigt.

Datum

.....
Unterschrift der Teilnehmerin Unterschrift der verantwortlichen Forscherin

A3 Informationsschreiben für Mütter



universität
wien

Universität Wien

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

Informationsschreiben zur Studie

„Der Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind in den ersten Tagen nach einem ungeplanten Kaiserschnitt und die Rolle der Pflege in diesem Prozess“

Liebe Mütter!

Ich befinde mich im letzten Abschnitt meines Masterstudiums Pflegewissenschaft. Um dieses abzuschließen, schreibe ich nun an meiner Masterarbeit. Neben meinem Studium arbeite ich als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf einer Geburtsabteilung und habe dadurch sehr viel mit Müttern und ihren Kindern nach der Geburt zu tun. Da ich diese Arbeit sehr spannend finde, behandelt auch meine Masterarbeit ein in dieses Feld eingebettetes Thema: Den Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind nach einem ungeplantem Kaiserschnitt.

Für viele Mütter stellt ein Kaiserschnitt ein unerwartetes Geburtserlebnis sowie auch einen unerwarteten Start ins gemeinsame Leben mit dem Kind dar. Haben Sie in den letzten drei bis 12 (max. 18) Monaten ein Kind per ungeplantem Kaiserschnitt in Österreich entbunden? Falls ja würde ich sehr gerne im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erfahren, wie Sie die Zeit im Krankenhaus mit Ihrem Kind und den Beziehungsaufbau zu diesem erlebt haben. Ihre Erfahrungen würden einen wertvollen Beitrag zum Kennenlernen und Verstehen der individuellen Erlebensperspektive von Müttern nach ungeplanten Kaiserschnitten leisten.

Sollten Sie sich dazu entschließen an dieser Studie teilzunehmen, können wir über die angegebene Emailadresse/Telefonnummer einen Gesprächstermin und Gesprächsort vereinbaren. Bei unserem eher offenen gehaltenen Gespräch werde ich Sie bitten, mir über Ihre Erfahrungen zu der ersten Zeit nach dem Kaiserschnitt zu erzählen. Die Gesprächsdauer richtet sich nach Ihren Ausführungen und dauert in etwa 30 bis 60 Minuten. Das Gespräch wird mit ihrem Einverständnis auf Tonband aufgenommen und anschließend anonymisiert in eine schriftliche Form übertragen.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Gesprächs, abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen.

Mit freundlichen Grüßen

Miriam Strauss

