

Universität Ulm

-Klinikum-

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Kächele

**Angsterleben Schwangerer und Schwangerschaftsverlauf nach
kinderärztlichen Aufklärungsgesprächen-
Fragebogenauswertung**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der
Universität Ulm vorgelegt von

Zühal Tomas, Biberach/Riss

2005

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichtstatter: Prof. Dr. Horst Kächele

2. Berichtstatter: Prof. Dr. Frank Pohlandt

Tag der Promotion: 16.12.2005

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
1.1	Einführung.....	6
1.2	Studienziele	7
1.3	Hypothesen.....	7
1.4	Definitionen.....	8
1.4.1	Definition Frühgeborene.....	8
1.4.2	Definition Aufklärungsgespräch/Informed Consent.....	8
1.4.3	Definition Gesprächsführung Arzt/Patient	9
2	Material und Methodik	10
2.1	Beschreibung der Schwangeren in der Studie.....	10
2.2	Beschreibung der gesprächsführenden Neonatologen.....	10
2.3	Instrumente der Datenerhebung	11
2.3.1	Die Fragebogen.....	11
2.3.2	Die Tonbänder	15
2.4	Durchführung der Datenerhebung.....	15
2.5	Vorgehensweisen zur Auswertung der erhobenen Daten.....	18
2.5.1	Auswertung der Fragebogen.....	18
2.5.2	Auswertung der Tonbänder	18
3	Studienergebnisse	24
3.1	Ergebnisse der Datenerhebung über die Schwangeren.....	24
3.1.1	Soziodemografische Daten	24
3.1.2	Schwangerschaftsrelevante Daten	26
3.2	Ergebnisse der Fragebogen zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften	28
3.2.1	Ergebnisse der USG-NEO-Schwangeren Fragebogen.....	28

3.2.2	Ergebnisse der USG-NEO Arzt-Fragebogen.....	30
3.2.3	Statistische Analyse des USG-NEO-Schwangere und -Arzt Fragebogens mit unterschiedlichen Signifikanztests.....	32
3.3	Auswertung der retrospektiven Befragung.....	37
3.4	Interaktionsanalytische Auswertung in Korrelation mit den Ergebnissen der Arbeit der analytischen Auswertung anhand der Tonbänder (Roessler 2005)	46
3.5	Ergebnisse der State-Trait-Angstinventar (STAI)-Fragebogen.....	58
3.6	Auswertung des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R).....	65
4	Diskussion.....	66
4.1	Diskussion der Analyse der Aufklärungsgespräche	66
4.2	Korrelation der Fragebogen und der Tonbänder	75
5	Zusammenfassung.....	78
6	Literatur.....	81
	Anhang I	88
	Anhang II	113
	Anhang III.....	118
	Anhang IV	121

Abkürzungen

FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar
Inh.	Inhalt
M	Mittelwert
S	Standart
Schw.	Schwangere
SP	Spearman-Rangkorrelationskoeffizient
SS	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswoche
STAI	State-Trait-Angstinventar
Std.ab.	Standartabweichung
ULF-NEO	Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation
USG-NEO-Arzt	Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften, Fragebogen-Arzt
USG-NEO-Schwangere	Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften, Fragebogen-Schwangere
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Einführung

Thema dieser Arbeit sind die Informationsgespräche, die der Neonatologe mit den Schwangeren führt, die wegen drohender Frühgeburt in die Frauenklinik kommen. Dies ist eine ganz besondere Situation, in der die Patientin extremer Angst um ihr noch nicht geborenes Baby ausgesetzt ist. Welche Rolle soll nun der Neonatologe übernehmen? Die des emotionalen Helfers oder die des medizinischen Fachmanns, der versucht die Patientin realistisch über mögliche Komplikationen und Probleme, die auftreten können, aufzuklären?

Trotz intensiver Literaturrecherche lassen sich keine Untersuchungen über diese Art von Aufklärungsgesprächen finden. Die Betreuung der Eltern nach der Geburt ihres Kindes auf den neonatologischen Stationen wird in der Literatur beschrieben (Sarimski, 1996). Hingegen finden sich über die Betreuung von Eltern vor der Geburt ihres Kindes keine Literaturhinweise.

Um eine möglichst genaue Analyse der Aufklärungsgespräche durchführen zu können, wurden sowohl Fragebogen, als auch Tonbandaufzeichnungen verwendet. Die aufwändige Untersuchung wurde in zwei getrennten Dissertationen bearbeitet, wobei Christiane Rössler die Tonbandaufzeichnungen der Aufklärungsgespräche, die Verfasserin dieser Dissertation dagegen die Fragebogen der identischen klinischen Stichprobe auswertete.

Aufgrund der engen Zusammenarbeit in Planung und Durchführung der Studie ergaben sich zwangsweise Überschneidungen bzw. lag die gemeinsame Erarbeitung bestimmter Textabschnitte (Stichprobenbeschreibung, Methoden etc.) nahe, während sich die wesentlichen Unterschiede in den jeweiligen Ergebnisteilen finden.

1.2 Studienziele

Ziel dieser Studie war es, diese Informationsgespräche zu analysieren und deren mögliche Auswirkungen auf die Schwangerschaft zu ermitteln, um sowohl für die Patientin als auch für den Arzt die Gesprächsführung in dieser schwierigen Situation zu strukturieren, dadurch auch zu erleichtern und die Bedingungen zu verbessern. Ein wichtiger Punkt stellte die Angstsituation der Schwangeren vor, während und nach dem Gespräch dar und somit die möglichen Auswirkungen auf die Schwangerschaft.

1.3 Hypothesen

- I. Ein Aufklärungsgespräch, aufgebaut auf medizinischen Fakten, erhöht die Angst der Schwangeren.
- II. Extreme Angst verkürzt die Schwangerschaftsdauer.

1.4 Definitionen

1.4.1 Definition Frühgeborene

Ein Kind wird heute (Second European Congress of Perinatal Medicine 1971) als Frühgeborenes bezeichnet, wenn es vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruation, zur Welt kommt.

Jedoch kann bei sehr kleinen Frühgeborenen die exakte Bestimmung des Gestationsalters erhebliche Schwierigkeiten bereiten, so dass neonatale Vitalstatistiken häufig immer noch auf das Geburtsgewicht bezogen und gemäß einer Empfehlung der WHO in 500g-Klassen gegliedert werden (Riegel et al. 1995).

Als Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht werden Kinder mit einem Gewicht von 1500g oder darunter bezeichnet und Kinder mit einem Geburtsgewicht von 1000g oder darunter als Kinder mit einem extrem niedrigen Gewicht.

1.4.2 Definition Aufklärungsgespräch/Informed Consent

Der Arzt ist verpflichtet, einen Patienten vor operativen und diagnostischen Eingriffen über den Nutzen und mögliche Gefahren zu informieren, damit dieser aufgeklärt, autonom eine Entscheidung treffen kann. Der Inhalt des Aufklärungsgesprächs wird auf dem standardisierten Aufklärungsbogen fixiert und von Patient und aufklärendem Arzt gemeinsam unterschrieben (Schlund 1997).

Das Aufklärungsgespräch soll spätestens 24 h vor dem Eingriff erfolgen. Nach neuerer Rechtsprechung muss der Patient aber bereits im Laufe des stationären Aufenthaltes auf die Problematik der Operation hingeführt werden. Dieses soll mit geeigneten, standardisierten Aufklärungsbögen geschehen, die dem Patienten bei Aufnahme ausgehändigt werden müssen.

Der Umfang des Aufklärungsgesprächs muss auch seltene, unwahrscheinliche

Komplikationen einschließen. Fachausdrücke sollen vermieden und auch nicht schriftlich fixiert werden.

Bei minderjährigen, nicht zurechnungsfähigen oder nicht geschäftsfähigen Patienten muss ein Aufklärungsgespräch mit den Angehörigen bzw. mit dem gesetzlichen Vertreter stattfinden.

Es empfiehlt sich, auch bei geringfügigen Eingriffen (z.B. Wundversorgung in der Poliklinik) eine Standardaufklärung durchzuführen. In jedem Fall ist ein Informationsgespräch aus rechtlicher Sicht in Anwesenheit eines Zeugen zu führen.

Die sittlich und rechtlich gebotene Aufklärung des Patienten berührt die verschiedenen Aspekte seiner Krankheit und Behandlung in ihrer geistigen, körperlichen und sozialen Ausdehnung. Das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten zeichnet sich aus durch die Verknüpfung ethischer, humaner, medizin-fachlicher und zwingend rechtlicher Anforderungen (Franz u. Hansen 1997).

1.4.3 Definition Gesprächsführung Arzt/Patient

Der Verlauf einer zwischenmenschlichen Interaktion wird wesentlich von den Ergebnissen der ersten Kontaktaufnahme geprägt. Dies gilt in besonderem Maße für die Psychotherapie und Beratungssituation. Empathie und Verständnis zeigt der Arzt im Gespräch durch die interessierte und zugewandte Art, mit der er dem Patienten zuhört. Dabei ist es wichtig, daß er keine Werturteile über den Patienten fällt und sich jeglichen moralisierenden Kommentars enthält (Hoffmann et al. 1981).

Auf psychologischer Ebene gemessen zeigt ein Gespräch folgenden Verlauf: Erwartungsphase-Eröffnungsphase-Adaptationsphase und Entlastungsphase (Stanek u. Mayer 1971).

2 Material und Methodik

2.1 Beschreibung der Schwangeren in der Studie

Im Zeitraum von August 1997 bis Mai 1998 wurden 45 Schwangere, die die Auswahlkriterien erfüllten, über die Studie informiert, wovon 36 Frauen zu einer Teilnahme an dieser einwilligten.

Bei den Teilnehmerinnen dieser Studie handelte es sich um Schwangere zwischen der 23. und 28. Schwangerschaftswoche, im Alter von 21-38 Jahren. Diese Schwangeren wurden auf Grund von Komplikationen während ihrer Schwangerschaft und dadurch eventuell drohender Frühgeburtlichkeit in die Frauenklinik eingewiesen. Als Ausschlußkriterium galten mangelnde Sprachkenntnisse.

2.2 Beschreibung der gesprächsführenden Neonatologen

An der Studie nahmen 3 neonatologisch qualifizierte Oberärzte und der Leiter der Sektion Neonatologie der Universitäts-Kinderklinik Ulm teil. Die Gespräche wurden zufällig auf die 4 gesprächsführenden Ärzte verteilt. Die Anzahl der geführten Gespräche der einzelnen Ärzte variierte, wie in Tabelle 1 beschrieben.

Tab.1 Anzahl der geführten Gespräche der einzelnen Ärzte

	Arzt A	Arzt B	Arzt C	Arzt D
Anzahl der Gespräche	12	7	12	5

Bei den an der Studie teilnehmenden Ärzten handelte es sich um 3 Ärzte und eine Ärztin.

2.3 Instrumente der Datenerhebung

2.3.1 Die Fragebogen

Bei den verwendeten Fragebogen handelte es sich um teilweise schon vorhandene und in der Literatur beschriebene, aber auch um eigens für diese Studie entwickelte Untersuchungsbogen.

Im folgenden werden die einzelnen Fragebogen beschrieben:

Ulmer Fragebogen zur Lebens-und Familiensituation (ULF-NEO), (Brisch et al. 1994)

Dieser Fragebogen wurde 1994 bereits von der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm in Anlehnung an den sozialen Erhebungsbogen zum Familienbogen von Cierpka und Frevert (1994) entwickelt. Er erfasst die soziodemographischen Daten der Lebens- und Familiensituation der Studienteilnehmerinnen und deren Partner und außerdem Gefühle und Empfindungen zur Schwangerschaft mit 21 vorgegebenen Fragen.

Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften (USG- NEO-Schwangere), (Brisch et al. 1996)

Dieser Fragebogen wurde eigens für diese Studie von den beiden Doktorandinnen, dem Statistiker und dem Betreuer dieser Arbeit aus der Abteilung Psychotherapie (Dr. Brisch) der Universität Ulm entwickelt. Dieser erfasst die aktuelle Situation der Schwangeren, ihr emotionales Befinden und ihre Beurteilung über das bereits geführte Aufklärungsgespräch. Der Fragebogen beinhaltet eine offene Frage und 39 Fragen, welche von 1=nicht zutreffend bis 5=völlig zutreffend sowie mit ja oder nein beantwortet werden können.

Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften

(USG- NEO-Arzt), (Brisch et al. 1996)

Dieser Fragebogen entspricht dem USG-NEO-Schwangere und beinhaltet dieselben Fragen aus der Sicht des Arztes. Zusätzlich hatte hier der Arzt die Möglichkeit, Fragen mit x=weiß ich nicht zu beantworten.

Retrospektiver Befragungsbogen

Um das Erinnerungsvermögen der Studienteilnehmerinnen in Bezug auf die Inhaltspunkte des Aufklärungsgesprächs und eventuell aufgetretene Komplikationen zu erfassen, wurde ein retrospektiver Fragebogen von beiden Doktorandinnen entwickelt und ca. 1 Jahr nach der Geburt der Kinder abgefragt. Dieser enthält 4 offene und 7 Fragen, welche auf einer 5-er Skala beantwortet werden können. Für die Erfassung dieser Daten wurde eine telefonische Befragung durchgeführt.

State-Trait-Angstinventar-Fragebogen (STAI), (Spielberger et al. 1970)

Beim State-Trait-Angstinventar (STAI) handelt es sich um die deutsche Adaptation des von Spielberger, Gorsuch und Luthene (1970) entwickelten „State-Trait Anxiety Inventory“. Zwei Skalen dienen zur Erfassung von Angst als Zustand (State-Angst) und Angst als Eigenschaft (Trait-Angst).

In dieser Studie wurde nur die Skala, die zur Erfassung von Angst als Zustand (State-Angst) dient, verwendet.

Laux, Glanzmann, Schaffner und Spielberger (1981) beschrieben die theoretischen Grundlagen und erstellten eine Handweisung .

Die State-Angstskala des STAI besteht aus 20 Feststellungen, mit denen der Proband beschreiben soll, wie er sich jetzt, d.h. in diesem Moment fühlt. Zehn Feststellungen sind in Richtung Angst formuliert, zehn andere in Richtung Angstfreiheit.

Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit Intensitätsangaben.

Die State-Angstskala dient zur Erfassung der Höhe der momentan vorhandenen Angst in Abhängigkeit von internen oder externen Einflüssen. Sie ist in einer Vielzahl von

Situationen unterschiedlicher Beschaffenheit einsetzbar. Dazu gehören nicht nur das ganze Spektrum höchst heterogener Stress-Situationen, sondern auch Situationen mit neutralem oder positivem Charakter.

In dieser Studie wurde die State-Angstskala als sensibler Indikator für die Zustandsangst in einer „real life“-Situation zur Bestimmung der Angst vor (prae-STAI) und nach (post-STAI) dem Gespräch eingesetzt.

Bei der Bearbeitung des STAI-Fragebogens wurden die Schwangeren aufgefordert zu beschreiben, wie sie sich jetzt, d.h. in diesem Moment, fühlen. Es bestand keine Zeitvorgabe.

Zur Auswertung des Fragebogens wurde der Summenwert der 20 Feststellungen errechnet. Die Spannweite der möglichen Werte reichte von minimal 20 bis maximal 80. Zur Kontrolle des möglichen Einflusses der Zustimmungstendenz bei der Beantwortung des STAI waren einige der Feststellungen in Richtung Angst und andere in Richtung Angstfreiheit formuliert. Vor der Bildung eines Summenwertes, der das Ausmaß der Angst repräsentieren sollte, mußte daher eine Inversion derjenigen Feststellungen vorgenommen werden, die in Richtung Angstfreiheit formuliert sind.

Gemäß der Definition von Spielberger et al. (1970) stellt der Summenwert der State-Angstskala (Items 1-20) ein Maß für die Intensität eines emotionalen Zustands dar, der durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen gekennzeichnet ist. Dabei entspricht ein Wert von 20 dem Nichtvorhandensein und ein Wert von 80 der maximalen Intensität dieses Gefühls.

Aufgrund multipler Abhängigkeiten, wie Persönlichkeitsstruktur, soziales Umfeld, Lebenserfahrung etc. des State-Angstwertes, kann die Interpretation eines individuellen Wertes nur auf dem Hintergrund eines Vergleiches erfolgen, bei dem die verschiedenen Einflußgrößen ihrer jeweiligen Bedeutung entsprechend berücksichtigt werden.

Dadurch, dass in dieser Studie der prae-STAI-Bogen unmittelbar vor und der post-STAI-Bogen unmittelbar nach dem Gespräch den Schwangeren zur Bearbeitung gegeben wurde, wurde versucht, einen möglichst unbeeinflussten Zustand der momentanen emotionalen Verfassung zu erreichen.

Freiburger Persönlichkeits Inventar (FPI-R)

Dieser Fragebogen ist ein faktorenanalytisch begründetes Verfahren zur Ermittlung der Persönlichkeitsdimensionen. Seine Konstruktbereiche sind nicht nach theoretischen Vorentscheidungen oder in Hinblick auf eine festgelegte Anzahl von Dimensionen ausgewählt, sondern pragmatisch als Konstruktbereiche, die den Autoren aufgrund ihrer Erfahrungen und aufgrund der Literatur interessant und wichtig erscheinen. Für diese Studie wurde die überarbeitete 7. Auflage mit bevölkerungsrepräsentativer Neunormierung verwendet. Diese revidierte Testform (FPI-R) umfaßt 138 Items, die sich zu folgenden Skalen zusammensetzt: Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen, Offenheit und außerdem die zwei Sekundärskalen Extraversion und Emotionalität im Sinne Eysencks. Die 138 Items können entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantwortet werden. Die Skalen geben relevante Konzepte in den Selbstbeschreibungen der Durchschnittsbevölkerung mit hoher interner Validität wieder und sind durch zahlreiche empirische Validitätsstudien belegt (Fahrenberg et al. 2001).

Die Patientin bearbeitete folgende 5 Fragebogen

- o Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation (ULF-NEO)
- o Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften (USG- NEO-Schwangere)
- o Freiburger Persönlichkeits Inventar (FPI)
- o State-Trait-Angstinventar (STAI), vor (prae) und nach (post) dem Gespräch mit dem Arzt.
- o Retrospektiver Befragungsbogen

Der aufklärende Arzt beantwortete einen Fragebogen

- o Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften (USG- NEO-Arzt)

Was grundsätzlich in der Verwendung von Fragebogen, wie in dieser Studie, als Fehlerquelle mit einbezogen werden muß, ist das Phänomen der sozialen Erwünschtheit. Bei diesen Befragungen hielten sich der Studienteilnehmerinnen meist im neutralen, bzw. mittleren Bereich, um die Antworten nicht zu negativ oder zu positiv ausfallen zu lassen.

2.3.2 Die Tonbänder

Die Gespräche wurden mit Hilfe eines Dictaphone (Model 2253) von den 4 verschiedenen Ärzten aufgezeichnet. Die Anzahl der aufgezeichneten Gespräche betrug n=36.

2.4 Durchführung der Datenerhebung

Vor Beginn dieser Studie wurde zuerst ein Antrag zur Durchführung der Studie bei der Ethikkommission gestellt. Von der Ethikkommission wurden keine Einwände gegen die Studie erhoben.

Wegen Komplikationen während der Schwangerschaft und drohender Frühgeburt erfolgte eine stationäre Aufnahme der Schwangeren in die Frauenklinik der Universitätsklinik Ulm. Der Neonatologe der Kinderklinik wurde durch die gynäkologische Abteilung über die Aufnahme der Schwangeren verständigt, um ein Aufklärungs- bzw. Informationsgespräch zu führen, welches innerhalb der nächsten Stunden stattfand. Die Aufklärungsgespräche fanden in der Regel zwischen der 23. und 28. Schwangerschaftswoche statt, Gespräche vor und nach dieser Zeitspanne wurden nur selten geführt.

Vor dem zu führenden Gespräch berichtete der Arzt der Patientin von der Studie und fragte diese, ob sie mit einer Teilnahme an dieser einverstanden ist. War dies der Fall, unterschrieb die Schwangere eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie und über die Auswertung ihrer Daten.

Vor Beginn des Aufklärungsgesprächs wurde nun der Patientin ein prae-STAI-Fragebogen ausgehändigt, der ihre momentane Angstsituation erfassen sollte.

Das Gespräch, welches im Durchschnitt ca. 30 Minuten dauerte, wurde mit einem kleinen Tonbandgerät aufgezeichnet, welches auf das Nachtkästchen gelegt wurde. Die Aufzeichnungen konnten nicht an allen Stellen ausgewertet werden, da zu dieser Zeit Renovierungsarbeiten in der Klinik durchgeführt wurden. Da aber in der Auswertung auf einen Mittelwert zurückgegriffen wurde, wurde dieser Fehler minimiert.

Im Anschluß an das Gespräch erhielt die Schwangere einen zweiten post-STAI-Fragebogen, um die direkte Auswirkung des Gesprächs auf ihre Angstsituation zu erfassen.

Der aufklärende Neonatologe füllte unmittelbar nach dem Gespräch den USG-NEO-Arzt-Fragebogen aus, welcher die soziale Situation der Schwangeren und das Informationsgespräch aus Sicht des Arztes abfragte.

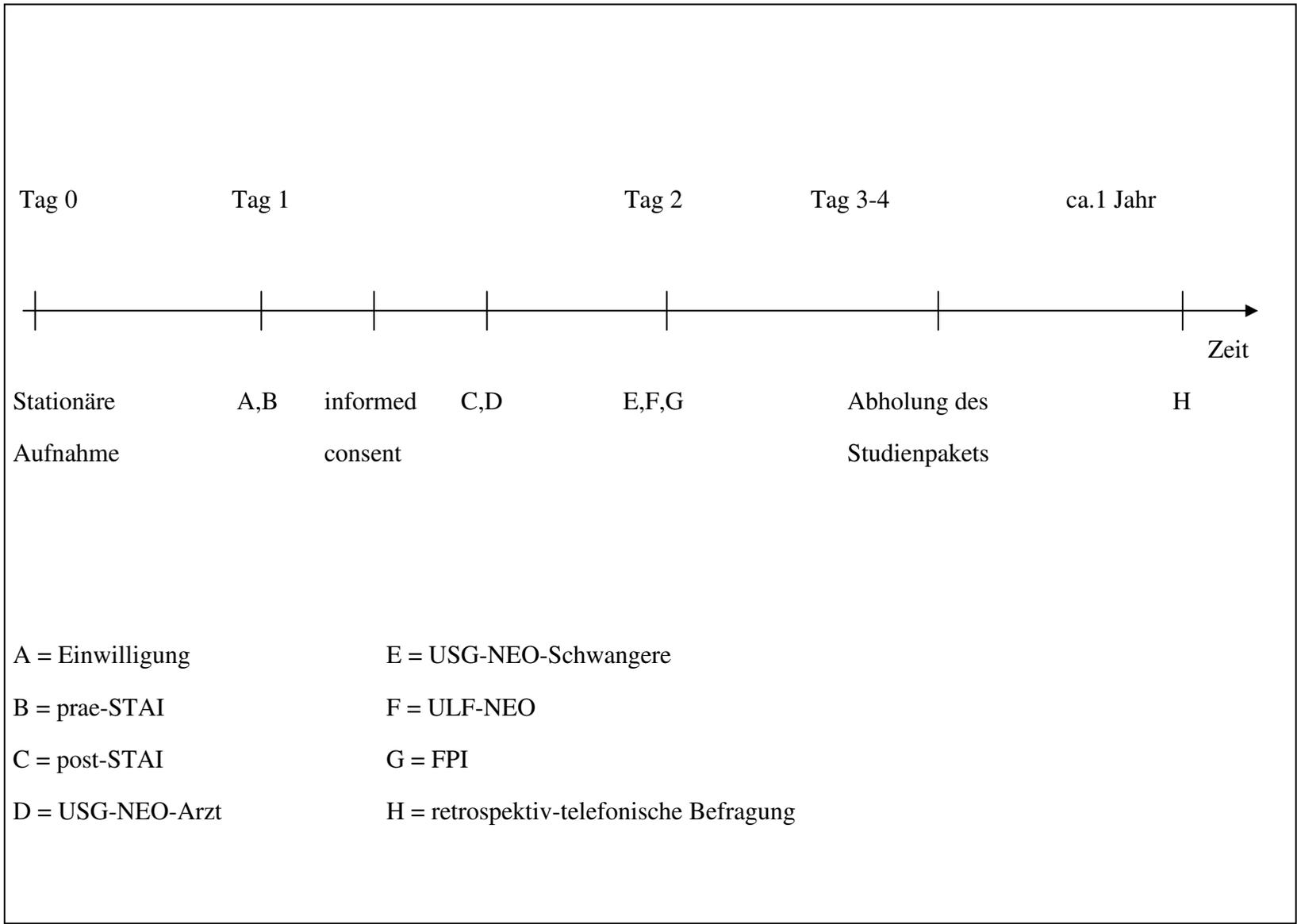
Nun wurden die beiden Doktorandinnen verständigt, um den weiteren praktischen Ablauf zu organisieren. Innerhalb der nächsten 24 Stunden suchten sie die Patientin auf und händigten ihr die weiteren Fragebögen wie ULF-Neo, zur Erfassung der sozialen Situation der Schwangeren, USG-NEO-Schwangere, mit Fragen zur aktuellen Situation der Schwangeren und zum Aufklärungsgespräch und FPI-Fragebogen, zur Erfassung der Persönlichkeit der Schwangeren. Aufgrund der starken Belastung und Stresssituation in der sich die Schwangeren befanden, wurden die ausgefüllten Fragebogen gesammelt und innerhalb der nächsten 7 Tage wieder eingeholt.

Auch der vom Arzt ausgefüllte Arzt-Fragebogen wurde zu diesem Paket hinzugefügt.

Ca. 1 Jahr nach den Informationsgesprächen wurden die damaligen Studienteilnehmerinnen retrospektive noch einmal befragt, um das Erinnerungsvermögen in dieser durchaus stressigen Situation zu erfassen. Aus organisatorischen Gründen schien eine Befragung am Telefon am besten durchführbar, doch leider konnten nicht alle Teilnehmerinnen erreicht werden, da einige unbekannt verzogen waren. Somit liegen diese retrospektiven Fragebogen nicht von jeder Studienteilnehmerin vor.

Die folgende Abbildung 1 zeigt die zeitliche Abfolge der Durchführung der Datenerhebung.

Abb. 1, zeitliche Abfolge der Durchführung der Datenerhebung



2.5 Vorgehensweisen zur Auswertung der erhobenen Daten

2.5.1 Auswertung der Fragebogen

Die erhobenen Daten aus den Fragebogen USG-Neo-Schwangere, USG-Neo-Arzt, ULF-Neo, STAI prae und post, FPI wurden kodiert und in das Statistikprogramm (BMDP) eingegeben.

Zur statistischen Verarbeitung der Daten wurden der Wilcoxon-Test, der Kruskal-Wallis-Test und der Spearman-Korrelationskoeffizient-Test verwendet.

Der Wilcoxon-Test wurde angewendet, wenn keine Normalverteilung (Gauß) vorlag und die Stichprobe klein war.

Zur Auswertung der retrospektiven Befragung der Frauen wurden die Antworten der 4 offen zu beantwortenden Fragen nach Häufigkeit geordnet, mit Ziffern versehen und in eine Rangfolge gebracht. Somit konnten die unterschiedlich aufgetretenen Komplikationen, Behinderungen und das Erinnerungsvermögen an die Themen des Aufklärungsgesprächs kodiert und nach ihrer Häufigkeit geordnet werden.

Die Fragen dazu werden im Detail im Anhang II aufgeführt.

2.5.2 Auswertung der Tonbänder

Themenanalyse der Tonbänder

Die inhaltliche Analyse der Tonbänder erfolgte nach einer bestimmten Vorgehensweise. Anhand der ersten Durchsicht der ersten 5 Bänder wurde eine Matrix mit allen angesprochenen Themen, deren Häufigkeit, allen aufgetretenen Störfaktoren und Besonderheiten, wie Mehrlingsschwangerschaften genauestens erstellt. Mittels dieser ersten Auswertungen wurden schematisierte Auswertungsbögen mit den einzelnen Items erstellt und die folgenden Tonbänder nun nach einem standardisierten Verfahren

ausgewertet.

Jedes Gespräch wurde von beiden Doktorandinnen unabhängig voneinander angehört. Die Zeitermittlung der einzelnen Gespräche lief über 3 verschiedene Stoppuhren. Mit der ersten wurde die Gesamtgesprächszeit ermittelt, die zweite erfaßte die Gesprächszeit des Arztes und die dritte die der Schwangeren.

Auf den Auswertungsbogen wurde der aufklärende Neonatologe vermerkt und die An- oder Abwesenheit des Partners, bzw. des Gynäkologen. Zudem wurde dokumentiert, in welcher Schwangerschaftswoche sich die Frau befand und als Besonderheit, ob eine Einlings-, Zwillings- oder Drillingschwangerschaft vorlag. Außerdem wurden die gestellten Fragen und dazu erhaltene Antworten des Arztes sowie der Schwangeren, die Häufigkeit der angesprochen Inhaltsthemen, die verwendeten Fachausdrücke und aufgetretenen Störungen gezählt und dokumentiert.

Der Auswertungsbogen wird im Anhang III aufgeführt.

Interaktionsanalyse der Tonbänder

Zur interaktionsanalytischen Auswertung der aufgezeichneten Gespräche wurde ein Ratingschema in Anlehnung an Bales (1950) und Mann (1979) entwickelt. Dieses Ratingschema ist gekennzeichnet durch seine Gliederung in einen sozialemotionalen und einen sachlichen Bereich, die in positive, d.h. im Interaktionsprozess hilfreiche, fördernde und in negative, d.h. den Prozess hemmende, blockierende Verhaltensweisen unterschieden werden (Brisch 1980).

Die Tonbänder wurden im Minutentakt gestoppt und jede Minute anhand des erstellten Auswertungsbogens von Punkt 1 bis Punkt 18 einzeln analysiert. Bei 2 dieser Punkte wurde der Arzt und die Patientin gemeinsam beurteilt. Bei den übrigen 16 handelte es sich um 8 Punkte, die nur für die Patientin und 8 Punkte, die nur für den Arzt analysiert wurden. Da diese Punkte aber denselben Inhalt hatten, ergaben sich daraus 8 Beurteilungspaare von Arzt=a1/Patient=p1 bis Arzt=a8/Patient=p8.

Für jede Minute wurde somit jeder Punkt des Auswertungsbogens bewertet, sprach nur einer der Gesprächspartner, so erhielt der andere in dieser Minute die Ziffer x „für kann

nicht beurteilt werden“. Die Daten mit denen weitergearbeitet wurde, waren die zusammengefassten Mittelwerte der einzelne Punkte, die pro Minute beurteilt wurden.

Um die Auswertung der Tonbänder standardisiert durchführen zu können, wurden die beiden Doktorandinnen für das Rating geschult. Es wurden die einzelne Sequenzen mit einem geschulten Psychotherapeuten besprochen und die Vorgehensweise der Auswertung und Beurteilung trainiert. Damit wurden Fehlerquellen, die bei einer Auswertung durch mehrere Personen entstehen konnten, soweit wie möglich minimiert. Die ersten 5 Tonbänder wurden von jeder einzelnen Doktorandin nach dem vorher entwickelten Schema ausgewertet. Danach wurden beide Ergebnisse miteinander verglichen und es ergab sich eine Inter-Rater-Reliabilität mit einem Kappa-Wert von 81,2%.

Die übrigen Tonbänder wurden nun nach diesem Schema ausgewertet.

Obwohl dem Rating-Verfahren gegenüber aufgrund seiner Subjektivität eine gewisse Skepsis bestand, war dieses Verfahren für eine Analyse eines komplexen Untersuchungsgegenstandes wie diese Pilotstudie sehr hilfreich. Es stellte einen Kompromiss dar zwischen einer subjektiven Einschätzung einer Gesprächsinteraktion durch den einzelnen Rater mit Hilfe vorgegebener Merkmalskategorien und einer Intersubjektivität zwischen den beiden Doktorandinnen, die durch, wie oben beschriebenes standardisiertes Vorgehen, ermöglicht wurde.

Die Anwendung des Rating-Verfahrens in dieser Studie war durch den Vorteil der Möglichkeit gegeben, verhaltensmäßige, soziale und emotionale sprachliche Elemente des Informationsgesprächs unmittelbar zu beobachten und zu schätzen.

Im folgenden werden die einzelnen Kategorien, die für unsere Analyse verwendet wurden, dargestellt. Diese werden auf zwei Skalen von 1=negatives Verhalten bis 5=positives Verhalten, x=kann nicht beurteilt werden, sowie mit 1=negativ, 3=kann nicht beurteilt werden und 5=positiv eingestuft.

Echtheit/Selbstauseinandersetzung/Selbstöffnung

Positives Verhalten: Diese Kategorie zeigt die Offenheit und Auseinandersetzung des eigenen Fühlens und Erlebens einer Person. Dabei geschieht dies in einer hilfreichen Weise, die Person wird für den anderen verständlicher, in dem sie das, was sie fühlt und denkt dem anderen mitteilt. Dieses Offensein, sowie die Selbstöffnung anderen gegenüber zeigt sich in einem „echten“ äußeren Verhalten. Die Handlungen und Äußerungen stimmen mit dem Inneren, gefühlten und ausgedrückten Erleben überein. Diese Person wirkt natürlich und ungekünstelt.

Negatives Verhalten: Diese Kategorie wird dadurch charakterisiert, dass das Verhalten und Sprechen einer Person nicht im Einklang zu ihrem Fühlen steht, bzw. sich diese Person anders gibt, als sie fühlt oder denkt. Sie schafft es ihre wahren Gefühle zu verstecken. Sie setzt sich nicht aktiv mit dem gegenwertigen Erleben und den Erfahrungen auseinander. Der Arzt spielt die Rolle des Experten und Könners, obwohl sich dahinter Unsicherheit versteckt, der Patient redet in höflichen Sätzen, hinter denen er nicht steht. Hier ist eine Person gegenüber ihrem eigenen Fühlen und Erleben wenig offen und setzt sich nicht damit auseinander.

Wertschätzung/Interesse

Positives Verhalten: Die Kategorie beschreibt eine innere Haltung einer Person, welche Achtung und Wertschätzung empfindet, die nicht an bestimmte Vorbedingungen geknüpft ist. Diese Person nimmt mit Interesse und Sorge teil an den Problemen und Fragen des anderen, ohne Zusammenhang zum Verhalten dieser Person. Außerdem akzeptiert sie die Art des Fühlens, Erlebens, Denkens und Sich-Äußerns des anderen, auch wenn sie gegensätzlich zu seinen eigenen Wertmaßstäben stehen.

Negatives Verhalten: Die innere Haltung dieser Kategorie beschreibt Mißachtung, Härte, Kälte. Der sprachliche und verhaltensmäßige Ausdruck zeigt einen deutlichen Mangel an Achtung, Respekt und Wertschätzung dem anderen gegenüber, für dessen Fühlen, Erfahrungen, Möglichkeiten, Probleme und Fragen, Ängste und Zweifel.

Verbalisierung emotionaler Inhalte

Positives Verhalten: Diese Kategorie umfaßt die innere Haltung und das Verhalten einer Person, welche versucht, an der inneren Welt des anderen teilzunehmen. Diese bemüht sich, sich die emotionalen Erlebnisse, die Fragen und die Erlebniswelt des Gesprächspartners vorzustellen.

Negatives Verhalten: Diese Kategorie zeigt, dass eine Person, die über gefühlsmäßige Inhalte, die vom anderen durch sein Verhalten und seinen Äußerungen ausgedrückt werden, hinweggeht. Gefühle werden nicht erfaßt, schnell abgeblockt oder voreilig analysiert, rationalisiert oder interpretiert und verlieren an Bedeutung.

Sachklärung

Positives Verhalten: Unter dieser Kategorie werden die Verhaltensweisen zusammengefaßt, die hilfreich sind, um die sachbezogenen Anteile eines Problems zu klären und offen zulegen. Dies geschieht durch Informationsgebung und -erhebung, Fragen, Antworten, Bitten usw. sachlicher Art. Dabei bemüht sich die Person im Gespräch einen roten Faden zu führen, indem sie Äußerungen des anderen wahrnimmt, dies zusammenfaßt und Bezug darauf nimmt. Die Person bemüht sich um eine klar verständliche Sprache, gibt Informationen, fragt nach, erklärt um Mißverständnisse auf sachlicher Ebene zu vermeiden oder zu beseitigen.

Negatives Verhalten: Unter dieser Kategorie werden alle Verhaltensweisen zusammengefaßt, die eine Klärung eines Problems verhindern, indem sie keinen roten Faden erkennen lassen. Es werden neue Themen angeschnitten, am Inhalt der vorangegangenen Äußerungen vorbeigeredet, Fragen gestellt und beantwortet, ohne Bezug auf diese zu nehmen, es werden keine Mißverständnisse vermieden und ohne erkennbaren Zusammenhang Äußerungen zur sachlichen Klärung und Lösung eines Problems wiedergegeben.

Sachlösung

Positives Verhalten: unter dieser Kategorie werden Verhaltensweisen und Sprachhandlungen zusammengefaßt, die eine aktive Erarbeitung von Problemlösungen, sowie die Darstellung und Mitteilung von Lösungsmöglichkeiten fördern.

Die sprachlichen Äußerungen klar, relevant, informativ, vermeiden Mißverständnisse und die Person versucht einen roten Faden in Äußerungen erkennen zu lassen.

Negatives Verhalten: unter dieser Kategorie werden Verhaltensweisen und Sprachhandlungen zusammengefaßt, die eine aktive Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten, den Prozeß der Problemlösung, sowie die Darstellung der Ergebnisse behindern. Die Person geht zunächst einmal von ihrem eigenen Sachbezugsystem aus, zeigt in ihren Äußerungen keinen inneren Zusammenhang und bezieht sich nicht auf den anderen oder vorangegangenen Äußerungen.

Die Analyse der einzelnen Gespräche betrifft die Interaktion zwischen den beiden Gesprächspartnern, außerdem die Ebene, auf der sich beide Gesprächspartner befanden, entweder im emotionalen oder im sachlichen Bereich und das Verhältnis der Gesprächsanteile der Gesprächspartner. Für die Beurteilung dieser Punkte wurden 2 Skalen verwendet. Die eine enthält Antwortmöglichkeiten von 1= negativ bis 5= positiv, außerdem x= kann nicht beurteilt werden. Bei der zweiten wird mit einer Antwortmöglichkeit von 5=ja, 3=kann nicht beurteilt werden und 1=nein angegeben, ob über Risiko, Komplikation und Ängste gesprochen wurde.

3 Studienergebnisse

3.1 Ergebnisse der Datenerhebung über die Schwangeren

Insgesamt wurden bei 36 Schwangeren Daten erhoben.

Die soziodemografischen und schwangerschaftsrelevanten Daten wurde mit dem Ulmer Fragebogens zur Lebens- und Familiensituation (ULF-Neo) ermittelt.

3.1.1 Soziodemografische Daten

Tab.2 Nationalitäten der Schwangeren

	deutsch	Türkisch	Andere
Nationalitäten	31 (88%)	2 (6%)	2 (6%)

31 Schwangere (88%) waren deutscher Nationalität, 2 (6%) Schwangere waren Türkinnen und 2 (6%) hatten eine andere Nationalität.

Tab.3 Erworbenen Schulabschlüsse

Schulabschluß	100%
	-Hauptschulabschluss 15 (43%)
	-Realschulabschluss 15 (43%)
	-Abitur 5 (14%)

Insgesamt hatten alle Schwangeren einen Schulabschluss, davon 14% Abitur, 43% Realschulabschluss und 43% Hauptschulabschluss.

Tab.4 Ausgeübte Tätigkeiten der Schwangeren

		Berufstätig	Hausfrau	Arbeitslos
Anzahl	Schwangere	zum 25 (61%)	9 (26%)	1 (3%)
Zeitpunkt d. Datenerhebung				

Zum Zeitpunkt der durchgeführten Datenerhebung waren 25 Schwangere (61%) berufstätig, 9 Schwangere (26%) Hausfrau und 1 Schwangere (3%) arbeitslos.

Tab.5 Familienstand der Schwangeren

	verheiratet	ledig	geschieden
Anzahl	29 (83%)	5 (14%)	1 (3%)

29 der Schwangeren (83%) waren verheiratet, 5 Frauen (14%) waren ledig und eine (3%) war geschieden. 33 Schwangere gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben, die 2 restlichen hatten keine Angaben gemacht.

Tab.6 Bearbeitete Fragebögen

	alleine	mit Partner	nur Partner
Fragebogen ausgefüllt	19 (56%)	14 (41%)	1 (3%)

19 der Frauen (56%) füllten den Fragebogen alleine aus, 14 Frauen (41%) füllten ihn im Beisein ihres Partner aus, was dadurch zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen konnte und nur ein Fragebogen wurde alleine vom Partner (3%) ausgefüllt.

3.1.2 Schwangerschaftsrelevante Daten

Für 6 Frauen (18%) war diese Schwangerschaft die erste, die anderen 28 Frauen (82%) hatten bereits eine bis fünf Schwangerschaften erlebt.

13 der Schwangeren (38%) hatten bereits eine, zwei, drei oder vier Geburten, die anderen 21 Frauen (62%) hatten noch keine Geburt.

10 Frauen (29%) hatten bereits eine bis drei Fehlgeburten, 2 Schwangere (6%) hatten eine Frühgeburt, 2 (6%) eine Totgeburt und 2 der Frauen (6%) gaben einen Schwangerschaftsabbruch an.

5 der Schwangeren (15%) gaben an, bereits Erfahrungen mit Frühgeburten zu haben, und 9 der Frauen (27%) hatten Erfahrungen mit Behinderungen bei Kindern (Kindergarten, Verwandt- und Bekanntschaft), aber kein eigenes behindertes Kind.

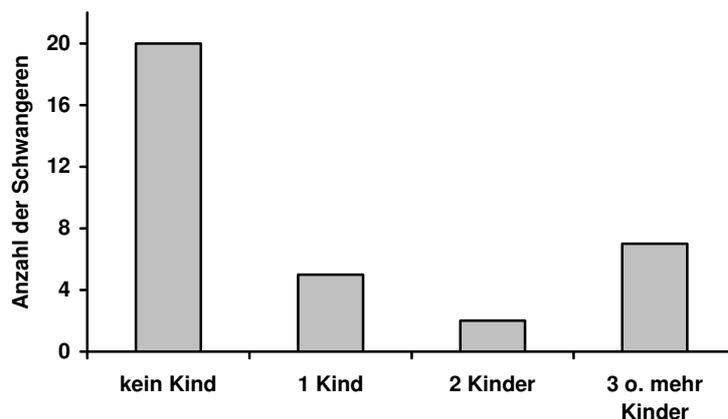


Abb.2, Anzahl der Kinder

Wie die Abbildung 2 zeigt, hatten 20 Frauen (59%) noch kein Kind, die anderen 14 Frauen (41%) hatten bereits ein bis vier Kinder.

Anhand der Daten ergab sich, dass 27 (85%) die Schwangerschaft geplant hatten und bei 29 (91%) die Schwangerschaft gewollt war.

25 (96%) von 26 der befragten Schwangeren freuten sich auf ihr Baby.

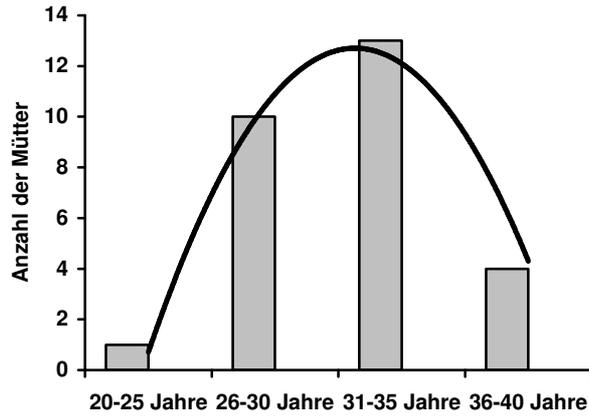


Abb.3, Altersverteilung der Schwangeren zum Zeitpunkt der Datenerhebung

Wie die Abbildung 3 zeigt, waren 17 Schwangere (60,6 %) bei der Untersuchung 31 Jahre oder älter. Der Median lag bei 31,9 Jahren, Std.ab. 4,08. Die Spanne erstreckte sich von minimal 21 Jahren bis maximal 39 Jahren.

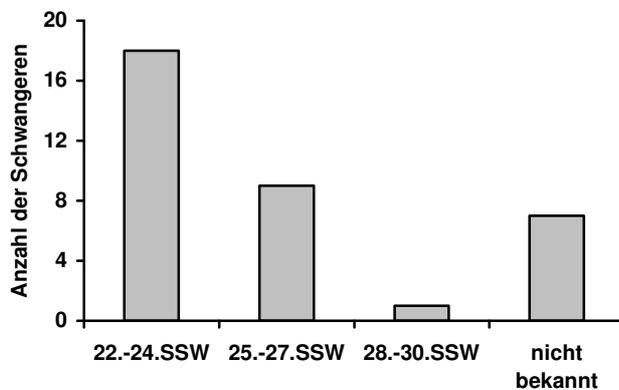


Abb.4, Schwangerschaftswoche, in der sich die Frauen zum Zeitpunkt der Datenerhebung befanden

Wie Abbildung 4 zeigt, befanden sich der größte Anteil der Risikoschwangeren (n=18) zwischen der 22. und 24. Schwangerschaftswoche, der Durchschnitt lag bei 25,1 Schwangerschaftswochen, Std.ab. 1,25.

3.2 Ergebnisse der Fragebogen zur ärztlichen Gesprächsführung bei Risikoschwangerschaften

3.2.1 Ergebnisse der USG-NEO-Schwangeren Fragebogen

Insgesamt wurde der USG-NEO-Fragebogen von 33 Schwangeren bearbeitet. Einzelne Fragen wurden aber nur von 30 Schwangeren beantwortet, dies ergab eine Differenz in der Anzahl der Antworten ($30 \leq n \leq 33$).

Tab.7 Absolute und relative Häufigkeit der Gesamtantworten pro Frage ($30 \leq n \leq 33$) mit 5 Antwortmöglichkeiten von 1=nicht zutreffend bis 5=völlig zutreffend

Frage	Mit Antwortmöglichkeit 1-5	Nicht zutreffend	Etwas zutreffend	Teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend
1	Das Gespräch hat was gebracht	0	2 (6%)	1 (3%)	21 (64%)	9 (27%)
2	Gespräch war informativ	0	1 (3%)	2 (6%)	14 (42%)	16 (49%)
3	Arzt verständliche Sprache	0	0	1 (3%)	7 (21%)	25 (76%)
4	Gelegenheit fragen zu stellen	0	1 (3%)	1 (3%)	3 (9%)	28 (85%)
5	Fragen ausreichend beantwortet	0	1 (3%)	1 (3%)	6 (18%)	25 (76%)
6	Atmosphäre war entspannt	1 (3%)	1 (3%)	3 (9%)	14 (42%)	14 (42%)
7	Arzt ist auf Ängste eingegangen	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)	14 (42%)	15 (46%)
8	Gespräch hat Angst gemacht	18 (55%)	7 (21%)	5 (15%)	2 (6%)	1 (3%)
9	medizinische Fakten	2 (6%)	3 (9%)	12 (36%)	13 (40%)	3 (9%)

10	Komplikationen Schwangersch.	6 (18%)	5 (15%)	7 (21%)	7 (21%)	8 (24%)
11	Lage verstanden	0	2 (6%)	3 (9%)	14 (42%)	14 (42%)
12	auf Station gut aufgehoben	0	0	1 (3%)	12 (36%)	20 (60%)
13	Wohlfühlen im Zimmer	1 (3%)	2 (6%)	6 (18%)	9 (27%)	15 (45%)
14	Wohlfühlen mit Zimmernachb.	1 (3%)	0	1 (3%)	11 (37%)	17 (57%)
15	gut versorgt Pflegepersonal	0	0	2 (6%)	8 (24%)	23 (70%)
16	gut versorgt Ärzte-Frauenkl.	0	0	1 (3%)	13 (40%)	19 (58%)
17	Angehörige sorgen sich	0	2 (6%)	2 (6%)	5 (15%)	24 (73%)
18	Freunde sorgen sich	0	0	6 (18%)	13 (39%)	14 (42%)
19	Kinderarzt nimmt sich Zeit	1 (3%)	0	1 (3%)	7 (21%)	24 (73%)
20	Atmosphäre war angespannt	14 (42%)	7 (22%)	5 (16%)	4 (13%)	2 (6%)
21	sicheres Gefühl	4 (12%)	5 (15%)	7 (21%)	9 (27%)	8 (24%)
22	ängstliches Gefühl	12 (36%)	6 (18%)	12 (36%)	1 (3%)	2 (6%)
23	emotional engagierter Helfer	2 (6%)	6 (19%)	7 (22%)	13 (41%)	4 (12%)
24	med. Erfahrener Fachmann	0	1 (3%)	1 (3%)	14 (42%)	17 (51%)
25	Angst, daß Kind behindert	3 (9%)	7 (21%)	10 (30%)	7 (21%)	6 (18%)
29	Anwesenheit Partner erwünscht	4 (12%)	1 (3%)	7 (21%)	3 (9%)	18 (55%)
40	Komplikationen Frühgeborene	1 (3%)	3 (9%)	1 (3%)	9 (27%)	19 (57%)
41	Soziale Lage	22 (67%)	4 (12%)	3 (9%)	2 (6%)	2 (6%)
42	Lage besser verstehen	1 (3%)	4 (12%)	9 (27%)	14 (42%)	5 (15%)

Tab.8 Absolute und relative Häufigkeit der Gesamtantworten pro Frage ($30 \leq n \leq 33$) mit 2 Antwortmöglichkeiten ja und nein (dichotome Antwort)

Frage		ja	Nein
28	Partner anwesend	14 (42%)	19 (58%)
27	Frauenarzt anwesend	11 (33%)	22 (67%)
26	Zimmernachbarin anwesend	6 (19%)	26 (81%)
30	Gespräch unterbrochen	1 (3%)	32 (97%)
33	vorbereitet durch		
	-Pflegepersonal auf Station	13 (39%)	20 (61%)
34	-Geburtshelfer auf Station	10 (30%)	23 (70%)
31	- Infoblätter	8 (25%)	24 (75%)
35	-Abteilung Psychotherapie	3 (9%)	30 (91%)
32	-Frühgeburten in Familie	1 (3%)	32 (97%)
36	Info Gesprächstermin durch- Arzt	22 (67%)	11 (33%)
37	- Schwestern auf Station	17 (53%)	15 (47%)
43	weiteres Gespräch erwünscht	12 (38%)	20 (62%)

3.2.2 Ergebnisse der USG-NEO Arzt-Fragebogen

Die USG-NEO-Arzt Fragebogen wurden insgesamt 37 mal von den aufklärenden Neonatologen nach den Informationsgesprächen bearbeitet.

Einzelne Fragen wurden aber nicht von allen Neonatologen beantwortet, dies ergab eine Differenz in der Anzahl der Antworten. Die entsprechende Anzahl n wird hinter der jeweiligen Frage angegeben.

Tab.9 Absolute und relative Häufigkeit der Gesamtantworten pro Frage ($36 \leq n \leq 37$), bei weniger Antworten steht die Zahl mit n dahinter, mit 5 Antwortmöglichkeiten von 1=nicht zutreffend bis 5=völlig zutreffend

Frage	nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend
1 Das Gespräch hat was gebracht	0	0	8 (22%)	19 (53%)	9 (25%)
2 Gespräch war informativ	0	2 (6%)	6 (17)	17 (47%)	11 (31%)
3 Sprache verständliche	0	1 (3%)	1 (3%)	15 (42%)	19 (53%)
4 Gelegenheit Fragen zu stellen	0	0	2 (6%)	8 (22%)	26 (72%)
5 Fragen ausreichend beantwortet	0	0	4 (11%)	18 (50%)	14 (39%)
6 Atmosphäre war entspannt	1 (3%)	0	2 (6%)	13 (36%)	20 (56%)
7 Auf Ängste eingegangen	0	3 (8%)	6 (17%)	21 (58%)	6 (17%)
8 Gespräch hat Angst gemacht	14 (39%)	8 (22%)	10 (28%)	3 (8%)	1 (3%)
9 Medizinische Fakten	1 (3%)	4 (11%)	12 (32%)	16 (43%)	4 (11%)
10 Gynäkologische Komplikationen	24 (65%)	7 (19%)	5 (14%)	1 (3%)	0
11 Lage verstanden	0	1 (3%)	4 (11)	21 (57%)	11 (30%)
12 Auf Station gut aufgehoben n=24	1 (4%)	0	0	14 (58%)	9 (38%)
13 Wohlfühlen im Zimmer n=17	1 (6%)	2 (12%)	0	7 (41%)	7 (41%)
14 Wohlfühlen mit Zimmernachb. n=3	0	0	0	1 (33%)	2 (67%)
15 Gut versorgt Pflegepersonal n=7	0	0	2 (29%)	2 (29%)	3 (43%)
16 Gut versorgt Ärzte-Frauenkl. n=12	0	2 (17%)	0	6 (50%)	4 (33%)
17 Angehörige sorgen sich n=24	1 (4%)	0	1 (4%)	13 (54%)	9 (38%)
18 Freunde sorgen sich n=5	0	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	0
19 Genug Zeit genommen	0	3 (8%)	1 (3%)	16 (43%)	17 (46%)
20 Atmosphäre war angespannt	27 (73%)	3 (8%)	4 (11%)	3 (8%)	0
21 Sicheres Gefühl bzgl. Kind	10 (27%)	6 (16%)	11 (30%)	10 (27%)	0
22 Ängstliches Gefühl bzgl. Kind	1 (3%)	10 (27%)	11 (30%)	7 (19%)	8 (22%)
23 Emotional engagierter Helfer	1 (3%)	1 (3%)	18 (49%)	14 (38%)	3 (8%)
24 Med. Erfahrener Fachmann	0	0	4 (11%)	24 (56%)	9 (24%)
25 Angst wegen Behinderungen	1 (3%)	9 (24%)	8 (22%)	8 (22%)	11 (30%)
29 Anwesenheit Partner erwünscht	10 (28%)	2 (6%)	4 (11%)	13 (36)	7 (19%)
40 Komplikationen Frühgeborene	3 (8%)	5 (14%)	12 (32%)	11 (30%)	6 (16%)
41 Soziale Lage	12 (32%)	4 (11%)	15 (41%)	5 (14%)	1 (3%)
42 Lage besser verstehen	2 (5%)	7 (19%)	10 (27%)	12 (32%)	6 (16%)

Tab.10 Absolute und relative Häufigkeit der Gesamtantworten pro Frage ($36 \leq n \leq 37$) mit 2 Antwortmöglichkeiten ja und nein (dichotome Antwort), auch hier steht bei einigen Fragen die Zahl der Antworten mit n dahinter

Frage	Ja	Nein
vorbereitet durch	22 (85%)	4 (15%)
34 -Geburtshelfer auf Station n=26		
33 -Pflegepersonal auf Station n=17	11 (65%)	6 (35%)
31 -Infoblätter n=20	9 (45%)	11 (55%)
32 -Frühgeburten in Familie n=21	2 (9%)	19 (91%)
35 -Abteilung Psychotherapie n=11	2 (18%)	9 (82%)
28 Partner anwesend	13 (35%)	24 (65%)
43 weiteres Gespräch erwünscht	11 (30%)	26 (70%)
27 Frauenarzt anwesend	10 (27%)	27 (73%)
30 Gespräch unterbrochen	10 (27%)	27 (73%)
26 Zimmernachbarin anwesend	6 (17%)	30 (83%)
36 Info Gesprächstermin d. Arzt n=27	6 (22%)	21 (78%)
37 - Schwestern auf Station n=24	4 (17%)	20 (83%)

3.2.3 Statistische Analyse des USG-NEO-Schwangere und -Arzt Fragebogens mit unterschiedlichen Signifikanztests

Wilcoxon-Test

In diesem Kapitel bezog sich der Paarvergleich auf die Mittelwerte der einzelne Fragen zwischen USG-NEO-Arzt und USG-NEO-Schwangere.

Die Tabelle 11 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Wilcoxon-Test (Signifikanztest) der einzelnen Fragen und die ermittelten Werte der Ärzte und Schwangeren. Die Fragen 12 bis 18 standen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gespräch und konnten von den Ärzten nur dann beantwortet werden, wenn diese Punkte direkt angesprochen wurden. Somit lag die Zahl der Antworten dieser Fragen

deutlich unter der sonst erreichten Fragebogenanzahl von $36 \leq n \leq 37$. Daher wurden die Antworten der Fragen 12 bis 18 bei diesem Test nicht berücksichtigt und herausgenommen.

Die Antwortmöglichkeiten der in folgender Tabelle aufgeführten Fragen lagen auf einer Skala von 1 = nicht zutreffend bis 5 = völlig zutreffend.

Tab.11 Beurteilung des Gespräches aus der Sicht der Schwangeren und des Arztes

Frage mit Antwortmöglichkeiten 1-5	PATIENTINNEN ($30 \leq n \leq 33$)		ARZT- FRAGEBÖGEN ($36 \leq n \leq 37$)		Wilcoxon- Test ($31 \leq n \leq 32$)
	m	S	m	S	
1 Gespräch hat etwas gebracht	4,12	0,74	4,03	0,69	0,5669
2 Gespräch informativ	4,36	0,74	4,03	0,85	0,0506~
3 Arzt verständliche Sprache	4,73	0,52	4,44	0,69	0,2818
4 Gelegenheit Fragen zu stellen	4,76	0,66	4,67	0,59	0,4989
5 Fragen ausreichend beantwortet	4,67	0,69	4,28	0,66	0,0606~
6 Atmosphäre war entspannt	4,18	0,95	4,42	0,84	0,3146
7 Arzt auf Ängste eingegangen	4,21	0,99	3,83	0,81	0,0263*
8 Gespräch Angst gemacht	1,82	1,10	2,14	1,12	0,1684
9 Medizinische Fakten	3,36	0,99	3,49	0,93	0,3307
10 Komplikationen Schwangerschaft	3,12	1,45	1,54	0,84	0,0001***
11 Lage verstanden	4,21	0,86	4,13	0,71	0,6530
12 Auf Station gut aufgehoben	4,57	0,56			
13 Wohl fühlen im Zimmer	4,06	1,09			
14 Wohl fühlen mit Zimmernachbarinnen	4,43	0,86			
15 Gut versorgt Pflegeperso.	4,64	0,60			
16 Gut versorgt Ärzte	4,54	0,56			
17 Angehörige sorgen sich	4,54	0,87			
18 Freunde sorgen sich	4,24	0,75			

19	Kinderarzt ausreichend Zeit	4,61	0,83	4,27	0,87	0,0470*
20	Atmosphäre war angespannt	2,16	1,29	1,54	0,98	0,1382
21	Sicheres Gefühl	3,36	1,34	2,57	1,17	0,0039**
22	ängstliches Gefühl	2,24	1,17	3,29	1,17	0,0011**
23	emotional engagierter Helfer	3,34	1,13	3,46	0,80	0,8595
24	medizinisch erfahrener Fachmann	4,42	0,71	4,13	0,58	0,0767~
25	Angst Kind behindert	3,18	1,24	3,51	1,24	0,2492
29	Anwesenheit Partner erwünscht	3,91	1,42	3,14	1,53	0,0343*
39	Arzt/Ärztin lieber	3,06	0,93	3,00	1,00	1,0000
40	Komplikationen Frühgeborene	4,27	1,09	3,32	1,16	0,0131*
41	Soziale Lage wurde angesprochen	1,73	1,23	2,43	1,17	0,0276*
42	Lage besser verstehen	3,54	1,00	3,35	1,14	0,4477

Legende:

Wilcoxon-Test (für verbundene Beobachtungen): ~ $p \leq 0.1$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

s=Standartabweichung

m=Mittelwerte

Ein deutlich signifikanter Unterschied zeigte sich in der Beantwortung der Frage, inwieweit Komplikation in der Schwangerschaft und Geburt angesprochen wurden. Die Schwangeren berichteten mehr über das Ansprechen dieser Komplikationen als die Ärzte.

Die Schwangeren gaben ein weniger ängstliches Gefühl in Bezug auf das Kind an, als die Ärzte. Dieser Unterschied zeigte sich auch im Bezug auf ein sicheres Gefühl.

Berichtete der Arzt, die Schwangere über Komplikation bei eventueller Behandlung der Frühgeborenen informiert zu haben, als teilweise zutreffend, beurteilte die Schwangere diese als ziemlich zutreffend.

Weitere Signifikanzen können aus der Tabelle 11 ershen werden.

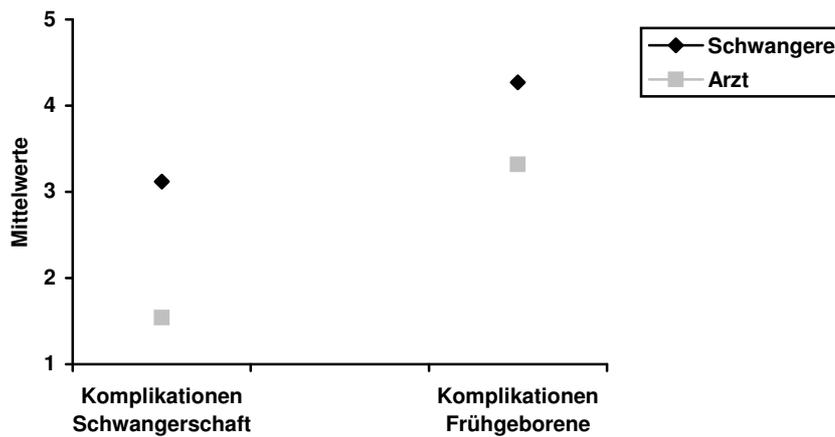


Abb.5, die 2 Mittelwertpaare mit dem größten signifikanten Unterschied

In man in Abbildung 5 sehen kann, gab es einen signifikanten Unterschied in der Beurteilung von Patientin und gesprächsführenden Arzt hinsichtlich der Mittelwerte der Themenpunkte Komplikationen in der Schwangerschaft und bei Frühgeborenen.

Kruskal-Wallis-Test

Arzt-Fragebogen

Im Folgenden wurde eine statistische Analyse mittels des Kruskal-Wallis-Tests für die USG-NEO-Arzt Fragebögen durchgeführt. Dieser Test verglich die Mittelwerte der Fragen der einzelnen Ärzte untereinander und zeigte, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den 4 Ärzten besteht.

Die folgende Tabelle 12 stellt die Mittelwerte der einzelnen Ärzte dar. Hier sind nur die Fragen dargestellt, bei denen ein signifikanter Unterschied zwischen den Ärzten A-D gezeigt werden kann.

Tab.12 Mittelwerte der einzelnen Ärzte

		Gesamt	Arzt A	Arzt B	Arzt C	Arzt D	Kruskal-Wallis
		M/s	m/s	m/s	m/s	m/s	
1	Gespräch hat etwas gebracht	4,03/0,69	4,17/0,83	3,57/0,53	3,85/0,78	5,00/0,00	0,0061**
3	Arzt verständliche Sprache	4,44/0,69	4,83/0,39	4,00/0,00	4,15/0,89	5,00/0,00	0,0016**
4	Gelegenheit Fragen zu stellen	4,67/0,59	4,75/0,62	4,00/0,58	4,85/0,38	5,00/0,00	0,0029**
5	Fragen ausreichend beantwortet	4,28/0,66	4,42/0,79	4,29/0,49	3,92/0,49	5,00/0,00	0,015*
6	Atmosphäre war entspannt	4,42/0,84	4,33/1,15	3,86/0,38	4,77/0,44	4,50/1,00	0,018*
7	Arzt auf Ängste eingegangen	3,83/0,81	3,50/1,00	3,57/0,53	3,92/0,49	5,00/0,00	0,0047**
8	Gespräch Angst gemacht	2,14/1,12	1,50/0,79	2,86/0,90	2,38/0,96	2,00/2,00	0,028*
11	Lage verstanden	4,13/0,71	4,08/0,99	3,71/0,49	4,07/0,28	5,00/0,00	0,005**
12	auf Station gut aufgehoben	4,25/0,85	4,83/0,41	4,00/0,00	3,67/1,00	5,00/0,00	0,0003***
17	Angehörige sorgen sich	4,21/0,88	4,67/0,52	4,00/0,00	3,70/1,06	4,80/0,45	0,014*
19	Kinderarzt ausreichend Zeit	4,27/0,87	3,50/1,00	4,00/0,00	4,85/0,78	5,00/0,00	0,0000***
20	Atmosphäre war angespannt	1,54/0,99	1,42/0,99	2,86/0,90	1,00/0,00	1,40/0,89	0,0001***
24	medizinisch erfahrener Fachmann	4,13/0,58	3,75/0,62	4,00/0,00	4,23/0,44	5,00/0,00	0,0006***
29	Anwesenheit Partner erwünscht	3,14/1,53	3,58/1,50	3,00/1,15	2,38/1,61	4,50/0,58	0,05*

Legende:

Kruskal-Wallis-Test (Varianzanalyse): ~ $p \leq 0.1$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

s=Standartabweichung

m=Mittelwerte

Die Analyse zeigte, dass es durchaus Unterschiede in der Beurteilung der 4 Ärzte gab.

Bei 14 von insgesamt 40 Fragen zeigte sich eine Signifikanz.

Schwangeren-Fragebogen

Dieses statistische Testverfahren wurde auch für den USG-NEO-Schwangere angewendet, hier zeigte sich aber nur bei Frage 39 ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen 4 Ärzten.

Tab.13 Dargestellte Signifikanz

	Gesamt	Arzt A	Arzt B	Arzt C	Arzt D	Kruskal-Wallis
	m/s	m/s	m/s	m/s	m/s	
39 Mir wäre eine Ärztin/Arzt lieber gewesen	3,06/0,93	3,67/0,98	3,00/0,00	2,56/0,88	2,60/0,89	0,0296*

Legende:

Kruskal-Wallis-Test (Varianzanalyse): ~ $p \leq 0.1$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

s=Standardabweichung

m=Mittelwerte

Somit zeigte sich, dass die Schwangeren die 4 Ärzte nicht unterschiedlich beurteilten, die Ärzte selber sich aber durchaus unterschiedlich wahrnahmen.

3.3 Auswertung der retrospektiven Befragung

Im Juni 1998 wurden die Teilnehmerinnen der Studie noch einmal rückblickend über ihre Erinnerung an das Aufklärungsgespräch befragt. Leider konnten nicht alle Frauen erreicht werden, da sich bei manchen die Adressen geändert hatte und die neuen nicht ermittelbar waren. Auskünfte über Ihre Erfahrungen und momentane Situation wurden von 27 Frauen gegeben. Die Anzahl der Kinder ergab aber aufgrund von Mehrlingsgeburten 40. Die folgenden Daten und Tabellen werden aber immer mit einer Summe von $n=27$ angegeben, d.h. sie beziehen sich immer auf die Anzahl der retrospektiv befragten Mütter.

22 (81%) der Frauen, die telefonisch erreicht wurden, gaben an in Ulm entbunden zu haben, die restlichen 5 (18%) wurden vor der Geburt ihres Kindes in eine andere Klinik verlegt.

Tab.14 Durchschnitt der Schwangerschaftszeit zum Zeitpunkt des Gespräches

SSW zum Zeitpkt. des Gesprächs	Gesamt	Arzt A	Arzt B	Arzt C	Arzt D
Mittelwert	25,13	24,91	24,20	25,40	26,25
Std.ab.	1,25	1,14	0,84	1,26	1,26
Maximum	28,00	27,00	25,00	27,00	28,00
Minimum	23,00	23,00	23,00	24,00	25,00

Tab.15 Durchschnitt der Schwangerschaftszeit zum Zeitpunkt der Entbindung

SSW zum Zeitpkt. der Entbindung	Gesamt	Arzt A	Arzt B	Arzt C	Arzt D
Mittelwert	29,41	29,00	30,25	29,00	30,20
Std.ab.	3,64	3,13	3,30	3,42	5,76
Maximum	40,00	36,00	35,00	35,00	40,00
Minimum	25,00	25,00	28,00	25,00	25,00

Tab.16 Verteilung der Einlings- und Mehrlingsgeburten

Einling	☺	19
Zwillinge	☺☺	3
Drillinge	☺☺☺	5
Geburten total		27

Von den insgesamt 40 Kindern die auf die Welt kamen, wurden 37 nach ihrer Geburt stationär in einer Kinderklinik aufgenommen. 20 dieser Kinder wurden in der Kinderklinik in Ulm behandelt.

In der retrospektiven Befragung wurde nach aufgetretenen Komplikationen, Behinderungen, erinnerte Gesprächsthemen und Vorschläge zur Verbesserung der Informationsgespräche gefragt.

Wie bereits in Kapitel 2.5.1 beschrieben, wurden die Antworten dieser offenen Fragen zur Auswertung in standartisierten Listen zusammengefasst.

Die einzelnen Antworten der Fragen werden im Folgenden dargestellt.

Komplikationen

Die Studienteilnehmerinnen berichteten, dass bei 11 (41%) der Kinder nach der Geburt Komplikationen aufgetreten waren, bei den restlichen 16 (59%) nicht.

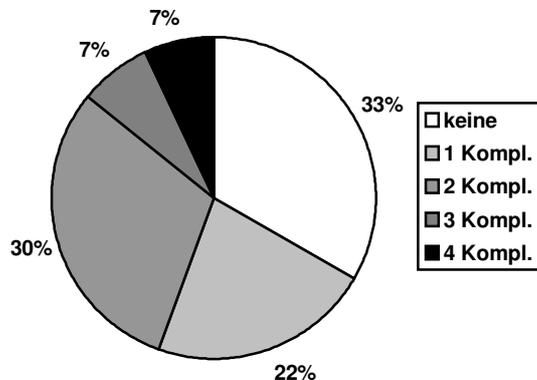


Abb.6, Verteilung der aufgetretenen Komplikationen

Bei 9 (33%) der Kinder traten keine, bei 6 (22%) trat eine, bei 8 (30%) zwei, 2 (7%) drei und 2 (7%) vier Komplikationen auf.

Für die Frage nach aufgetretenen Komplikationen nach der Geburt, ergaben sich 8 verschiedene Items. Unter andere waren die Komplikationen an neunter Stelle zusammengefaßt, welche sich nicht in die übrigen 8 Items einordnen ließen.

Tab.17 Häufigkeiten der aufgetreten Komplikationen nach der Geburt

	Komplikation	Ja
1	Infektionen	9 (33%)
2	Lungenentzündung	4 (15%)
3	Darmkomplikationen	4 (15%)
4	Beatmung	4 (15%)
5	Atemstörungen	3 (11%)
6	Hirnblutungen	3 (11%)
7	Reanimation	2 (7%)
8	Liquorstau	2 (7%)
9	Andere	5 (19 %)

Als häufigste der aufgetretenen Komplikationen nach der Geburt wurden Infektionen genannt. Auch wurde von Lungenentzündungen, Darm- und Beatmungskomplikationen berichtet, seltener von Atemstörungen, Hirnblutungen, Komplikationen nach Reanimation und Liquorstau.

Behinderungen

15 (52%) der Mütter beantworteten die Frage nach Behinderungen ihrer Kinder nach der Geburt mit ja. Die übrigen 13 (48%) gaben keine Behinderungen an.

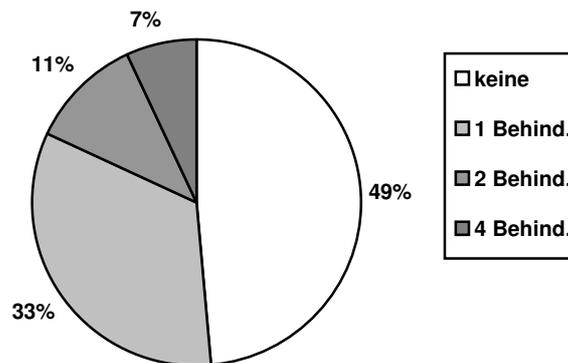


Abb. 7, aufgetretene Behinderungen

Retrospektiv berichteten 13 (48%) der Mütter bei ihrem/n Kind/ern von keiner, 9 (33%) von einer, 3 (11%) von zwei und 2 (7%) von 4 aufgetretenen Behinderungen.

Für die Frage nach aufgetretenen Behinderungen ergaben sich die Punkte von 1-6.

Auch hier wurde zur Auswertung der Frage eine Auflistung nach Häufigkeit der Art der aufgetretenen Behinderungen durchgeführt.

Tab.18 Aufgetretene Behinderungen mit absoluter und relativer Häufigkeit

Behinderungen	ja
1 Entwicklungsstörungen -Größe	8 (30%)
2 -Motorik	8 (30%)
3 -Sprache	3 (11%)
4 -Gewicht	3 (11%)
5 Chronische Schäden nach Beatmung	1 (4%)
6 Andere	0

Entwicklungsstörungen, in der Größe und Motorik wurden von den befragten Frauen häufiger angegeben als Störungen in der Sprache, Gewichtszunahme und chronische Lungenerkrankungen nach Beatmung.

Betreuung auf der Intensivstation

Bei den retrospektiv befragten Frauen, deren Kinder in der Kinderklinik in Ulm behandelt wurden, antworteten n=20 Mütter auf die Frage nach Betreuung von Seiten der Ärztinnen/Ärzte und des Pflegepersonals der Intensivstationen.

Tab.19 Beurteilung der Betreuung

gute Betreuung durch	nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	Gesamt
-Ärztinnen/Ärzte	0	1 (5%)	1 (5%)	9 (45%)	9 (45%)	20
-Pflegepersonal	0	0	2 (10%)	6 (30%)	12 (60%)	20

Der Mittelwert der Antwort auf die Frage nach der Betreuung durch die Ärztinnen/Ärzte auf der Intensivstation betrug 4,30 und die Std.ab. 0,80, durch das Pflegepersonal betrug der Durchschnitt 4,50, Std.ab. 0,69.

Erinnerung an das Gespräch

Auf die Frage nach der Erinnerung an das stattgefundene Gespräch, konnten alle der n=27 (100%) Frauen sich noch daran erinnern, daß ein Aufklärungsgespräch geführt wurde.

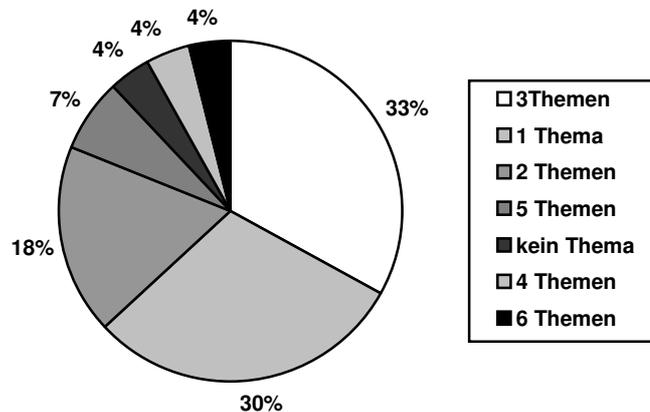


Abb.8, erinnerte Themen

Wie in der oben dargestellten Abbildung zu sehen ist, konnte sich der größte prozentuale Anteil der befragten Frauen an 3 angesprochene Themenpunkte erinnern.

Wie in der Auswertung der vorherigen offenen Fragen, wurden auch die erinnerten Themenpunkte nach Häufigkeit von 1-12 aufgelistet.

Tab.20 Anzahl der Frauen, die sich an die einzelnen Themenpunkte erinnern

Thema	Ja
1 Behinderungen	10 (37%)
2 Überlebenschancen	9 (33%)
5 Folgeschäden	9 (33%)

3	Hirnblutung	7 (26%)
4	Lungenreife	6 (22%)
6	Reife des Kindes	6 (22%)
12	Andere	6 (22%)
7	Augenprobleme	3 (11%)
9	Erstversorgung auf Intensivstation	3 (11%)
8	Erstversorgung d. Neugeborenen	2 (7%)
10	Besuchszeiten auf Intensivstation	2 (7%)
11	soziale Situation	2 (7%)

Als häufigstes der erinnerten Themen des Aufklärungsgesprächs wurden Behinderungen genannt, gefolgt von Überlebenschancen, Folgeschäden, Hirnblutungen, Lungenreife, Reife des Kindes und andere. Seltener wurden Themen wie Augenprobleme, Erstversorgung auf Intensivstation, Erstversorgung des Neugeborenen, Besuchszeiten auf Intensivstation und soziale Situation erinnert.

Beurteilung des Aufklärungsgesprächs

22 (81%) der Frauen fanden rückblickend die Information über mögliche Komplikationen in jener Situation vor der Geburt ihres Kindes im Aufklärungsgespräch als ausreichend, 3 (11%) der Frauen als unzureichend und 2 (7%) als absolut unzureichend.

10 (37%) der Frauen empfanden das Gespräch in jenem Moment für sich als beruhigend, 8 (30%) als teilweise beruhigend, 6 (22%) als beunruhigend und 3 (11%) als sehr beunruhigend.

Verbesserungsvorschläge

Der letzte Punkt im retrospektiven Befragungsbogen stellte Anregungen und Verbesserungsvorschläge für die Aufklärungsgespräche zusammen, es ergaben sich 6 Punkte, die in Tabelle 21 gezeigt werden:

Tab.21 Verbesserungsvorschläge

Verbesserungsvorschläge	Ja
Mehr auf Angst eingehen	6 (22%)
Gespräch zu positiv	5 (18%)
Partner anwesend	3 (11%)
Separater Gesprächsraum	3 (11%)
Weniger Information	2 (7%)
Besichtigung Intensivstation	2 (7%)

Es wurde vorgeschlagen, im Aufklärungsgespräch auf die Ängste der Patientinnen in dieser Situation mehr Einfühlungsvermögen zu zeigen und mögliche auftretende Komplikationen nicht in zu positivem Licht darzustellen. Einige der Studienteilnehmerinnen hätten gerne ihren Partner dabei gehabt, gaben die Anregung, dass ein separater Raum für die Gespräche und die Möglichkeit, die Intensivstation im Vorfeld zu besichtigen, sinnvoll gewesen wäre. Nur wenige Frauen wollten, dass nicht zu viele Informationen angesprochen wurden.

Manche hatten keine Anregungen und Verbesserungsvorschläge für die Gespräche.

3.4 Interaktionsanalytische Auswertung in Korrelation mit den Ergebnissen der Arbeit der analytischen Auswertung anhand der Tonbänder (Roessler 2005)

Spearman Korrelation

Der Spearman Korrelations-Test errechnete die Korrelation 2-er beliebiger ordinalskalierten Variablen.

Im folgenden werden in den Tabellen 22-38 die signifikanten Korrelationen der verschiedenen Beurteilungspunkte der Interaktionsanalyse untereinander und mit den übrigen zuvor ermittelten Ergebnissen dargestellt.

Inhaltliche Ebene

Tab.22 Signifikante Korrelation der inhaltlichen Ebene in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Inhaltliche Ebene	SP	Signifikanz
Retrospektiver Fragebogen	Rückblickend Gespräch als beruhigend	- 0,35	~

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Je mehr der Arzt und die Schwangere auf einer inhaltlichen Ebene sprachen, desto beunruhigender empfand die Frau das Gespräch in der retrospektiven Befragung.

Emotionale Ebene

-der Schwangeren (p1)

Tab.23 Signifikante Korrelation der emotionalen Ebene der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Emotionale Ebene der Schwangeren (p1)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Emotionale Ebene (a1)	0,76	***
Interaktionsanalyse Schwangere	Echtheit/Selbstaueinandersetzung (p4)	0,63	***

Interaktionsanalyse Arzt	Spricht über Ängste (a3)	0,51	**
Interaktionsanalyse Arzt	Wertschätzung/Interesse (a5)	0,50	**
Interaktionsanalyse Arzt	Echtheit/Selbstauseinandersetzung (a4)	0,47	**
Interaktionsanalyse Schwangere	Spricht über Ängste (p3)	0,44	**
USG-NEO Schwangere 43	weiteres Gespräch erwünscht	0,38	*
USG-NEO Arzt 22	ängstliches Gefühl	0,41	*
USG-NEO Arzt 43	weiteres Gespräch erwünscht	0,37	*
Makroanalyse	Gesprächszeit Schwangere	0,34	*
Makroanalyse	Schwanger stellt Fragen	0,34	*
Interaktionsanalyse Schwangere	Wertschätzung/Interesse (p5)	0,39	*
Interaktionsanalyse Schwangere	Verbalisierung emotionaler Inhalte (p6)	0,42	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Interessante Ergebnisse zeigten sich im Bezug auf die emotionale Ebene in der Interaktionsanalyse der Schwangeren. Sprach sie während des Gespräches auf einer emotionalen Ebene, so tat dies auch der Arzt, er sprach mehr über Ängste, zeigte Interesse an der Art des Fühlens der Schwangeren und war offen gegenüber seinem eigenen Empfinden. Die Schwangere zeigte sich ebenfalls offen gegenüber ihrem eigenen Empfinden, sprach mehr über Ängste, sprach dem Arzt mehr Kompetenz zu, brachte Emotionen mehr zum Ausdruck.

Eine Korrelation bestand auch zu Ergebnissen aus den Fragebögen, so beurteilte der Arzt, dass eine Schwangere, die sich im Gespräch auf der emotionalen Ebene befand, ein ängstlicheres Gefühl im Bezug auf ihr Kind hatte und gerne ein weiteres Gespräch gehabt hätte. Auch wünschte eine Schwangere, die auf einer emotionalen Ebene war, ein weiteres Gespräch, auch bestand ein Zusammenhang zu der Länge der Schwangerengesprächszeit und der Anzahl der Fragen, die sie stellte in der makroanalytischen Auswertung.

*Emotionale Ebene**- des Arztes (a1)*

Tab.24 Signifikante Korrelation der emotionalen Ebene des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Emotionale Ebene des Arztes (a1)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Wertschätzung/Interesse (a5)	0,66	***
Interaktionsanalyse Arzt	Echtheit/Selbstauseinandersetzung (a4)	0,62	***
Makroanalyse	Arzt stellt Fragen	0,50	**
Interaktionsanalyse Arzt	spricht über Ängste (a3)	0,49	**
USG-NEO Arzt 3	In verständlicher Sprache ausgedrückt	0,35	*
USG-NEO Arzt 11	Lage verstanden	0,34	*
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	0,34	*
USG-NEO Arzt 9	medizinische Fakten	-0,46	**
USG-NEO Schwangere 40	Komplikationen Frühgeborenen angespr.	-0,38	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Hier sollen nun die Ergebnisse der emotionalen Ebene für den Arzt erläutert werden. Befand sich der Arzt in der Interaktionsanalyse auf einer emotionalen Ebene, so zeigte er sich offen gegenüber seinem eigenen Empfinden, zeigte Interesse an der Art des Fühlens der Schwangeren, nahm Anteil an der inneren Welt der Schwangeren und sprach mehr über Ängste.

Außerdem bestand ein positiver Zusammenhang zwischen der emotionalen Ebene des Arztes und seiner eigenen Beurteilung im Fragebogen USG-NEO. So hatte der Arzt das Gefühl, sich der Schwangeren gegenüber in einer verständlichen Sprache ausgedrückt und ihre Lage verstanden zu haben. Außerdem stellte er in der makroanalytischen Auswertung mehr Fragen.

Je emotionaler die Ebene, auf der er sich befand, desto weniger sprach er über medizinische Fakten, desto weniger gab die Schwangere an, dass über Komplikationen bei Frühgeborenen gesprochen wurde (USG-NEO-Arzt/-Schwangere).

*Spricht über Risiko/Komplikationen**-Schwangere (p2)*

Tab.25 Signifikante Korrelation über Ansprechen von Risiken von Seiten der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Schwangere spricht über Risiko/Kompl. (p2)	SP	Signifikanz
USG-NEO Schwangere 21	sicheres Gefühl bzgl. Kind	0,45	*
Retrospektiver Fragebogen	Rückblickend Gespräch als ausführlich	0,44	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Hier zeigt sich, dass die Schwangere, je mehr sie über Risiken und Komplikationen sprach, ein sichereres Gefühl bzgl. ihres Kindes im USG-NEO-Schwangere angab und in der retrospektiven Befragung rückblickend das Gespräch als ausführlich empfand.

*Spricht über Risiko/Komplikationen**-Arzt (a2)*

Tab.26 Signifikante Korrelation über Ansprechen von Risiken von Seiten des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Arzt spricht über Risiko/Kompl. (a2)	SP	Signifikanz
USG-NEO Arzt 25	Angst vor Behinderungen	0,49	**
Interaktionsanalyse Arzt	Sachklärung (a7)	0,49	**
Makroanalyse	Gesprächsinhaltspunkte	0,44	**
Retro	Rückblickend Gespräch als ausführlich	0,48	*
USG-NEO Arzt 8	Gespräch hat Angst gemacht	0,40	*
Interaktionsanalyse	Verhältnis Gesprächsanteil	-0,59	***
USG-NEO Schwangere 25	Angst vor Behinderungen	-0,41	*
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	-0,41	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Sprach der Arzt mehr über Risiken und Komplikationen, desto strukturierter das Gespräch durch sachliche Informationserhebung, desto mehr Gesprächsinhaltspunkte wurden in der makroanalytischen Auswertung angesprochen und desto ausführlicher empfand die Frau rückblickend das Gespräch. Außerdem empfand er, dass das Gespräch der Schwangeren Angst machte und dass sie auch mehr Angst vor Behinderungen hatte. Die Schwangere hingegen, gab weniger Angst vor Behinderungen an (USG-NEO-Arzt/-Schwangere).

Je mehr der Arzt über Risiken und Komplikationen sprach, desto größer der Gesprächsanteil des Arztes im Gespräch und desto weniger ging er auf gefühlsmäßige Inhalte der Schwangeren ein.

Spricht über Ängste

-Schwangere (p3)

Tab.27 Signifikante Korrelation über Ansprechen von Ängsten von Seiten der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Schwangere spricht über Ängste (p3)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	spricht über Ängste (a3)	0,63	***
USG-NEO Schwangere 11	Lage verstanden	0,47	**
Interaktionsanalyse Arzt	Sachklärung (a7)	0,42	**
Interaktionsanalyse Schwangere	Echtheit/Selbstauseinandersetzung (p4)	0,40	*
Interaktionsanalyse Schwangere	Sachklärung (p7)	0,35	*
Interaktionsanalyse Arzt	Emotionale Ebene (a1)	0,33	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Interessante Ergebnisse zeigten sich auch im Bezug auf die Ängste, über die Schwangere in der Interaktionsanalyse sprach. Hier zeigte sich, je mehr die Schwangere über Ängste sprach, desto mehr sprach auch der Arzt über diese, desto mehr bewegte er sich auf einer emotionalen Ebene und desto positiver war die Informationserhebung von beiden Seiten. Außerdem fühlte sie sich in ihrer Lage besser verstanden (USG-NEO-Schwangere) und war offen gegenüber ihrem eigenen Empfinden.

*Spricht über Ängste**-Arzt (a3)*

Tab.28 Signifikante Korrelation über Ansprechen von Ängsten von Seiten des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Arzt spricht über Ängste (a3)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Echtheit/Selbstauseinandersetzung (a4)	0,61	***
Interaktionsanalyse Arzt	Wertschätzung/Interesse (a5)	0,53	***
USG-NEO Schwangere 22	Ängstliches Gefühl bzgl. Kind	-0,42	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Für den Arzt kann man feststellen, dass je mehr er über Ängste sprach, desto offener war er gegenüber seinem eigene Empfinden und desto mehr zeigte er Interesse an der Art des Fühlens und Erlebens des anderen. Außerdem gab die Schwangere an, ein weniger ängstliches Gefühl in Bezug auf ihr Kind zu haben.

*Echtheit/Selbstauseinandersetzung/Selbstöffnung**-Schwangere (p4)*

Tab.29 Signifikante Korrelation über Echtheit etc. der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Echtheit/Selbstauseinandersetzung,... (p4)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Schwangere	Verbalisierung emotionaler Inhalte (p6)	0,73	***
Interaktionsanalyse Schwangere	Wertschätzung/Interesse (p5)	0,55	***
Interaktionsanalyse Arzt	Emotionale Ebene (a1)	0,46	**
Interaktionsanalyse Schwangere	Sachlösung (p8)	0,44	**
Makroanalyse	Schwangere stellt Fragen	0,43	**
Makroanalyse	Schwangere erhält Antworten	0,63	*
Interaktionsanalyse Arzt	Wertschätzung/Interesse (a5)	0,39	*
USG-NEO Arzt 9	Medizinische Fakten	-0,53	***

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Je offener die Schwangere gegenüber ihrem eigenen Empfinden und ihren eigenen Gefühlen war, desto mehr Kompetenz sprach sie dem Arzt zu, desto mehr brachte sie Emotionen zum Ausdruck und desto mehr brachte sie eigene Vorschläge und Empfindungen in die Sachlösung ein. Der Arzt befand sich passend dazu, mehr auf einer emotionalen Ebene und zeigte mehr Interesse an der Art des Fühlens der Schwangeren gegenüber.

Außerdem bestand ein Zusammenhang zu der Anzahl der von der Schwangeren gestellten Fragen im Gespräch und den dazu erhaltenen Antworten.

Der Arzt gab an, weniger über medizinische Fakten gesprochen zu haben, wenn die Schwangere Offenheit gegenüber ihrem eigenen Empfinden zeigte.

Echtheit/Selbstauseinandersetzung/Selbstöffnung

- Arzt (a4)

Tab.30 Signifikante Korrelation über Echtheit etc. des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Echtheit/Selbstauseinandersetzung,... (a4)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Wertschätzung/Interesse (a5)	0,90	***
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	0,53	***
Retro	Erinnerte Themen	0,45	*
Interaktionsanalyse Arzt	Sachlösung (a8)	0,41	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Interessant dazu die Korrelationen des Arztes. Hier zeigte sich, dass je mehr der Arzt Echtheit der Schwangeren gegenüber zeigte und Sympathie entgegenbrachte, desto mehr zeigte er auch Interesse an der Art des Fühlens und versuchte an der inneren Welt der Schwangeren teilzuhaben. Außerdem fand eine positive Sachlösung in Form von aktiver Erarbeitung von Problemlösungen statt und die Schwangere erinnerte sich retrospektiv an mehr der angesprochen Themen im Aufklärungsgespräch.

*Wertschätzung/Interesse**-Schwangere (p5)*

Tab.31 Signifikante Korrelation über Wertschätzung etc. der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Wertschätzung/Interesse Schwangere (p5)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Schwangere	Verbalisierung emotionaler Inhalte (p6)	0,49	**
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	0,47	**
Interaktionsanalyse Arzt	Wertschätzung/Interesse (a5)	0,40	*
USG-NEO Schwangere 43	weiteres Gespräch erwünscht	0,38	*
Makroanalyse	Gesprächszeit	0,36	*
Interaktionsanalyse Schwangere	Sachlösung (p8)	0,33	*
Interaktionsanalyse Arzt	Emotionale Ebene (a1)	0,33	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

In dieser Kategorie des sozial-emotionalen Bereiches zeigte sich, je höher die Wertschätzung der Schwangeren gegenüber dem Arzt war, d.h. sie sprach ihm Kompetenz zu, desto mehr brachte sie Emotionen als Reaktion auf Gesagtes zum Ausdruck und trug positiv zu Sachlösung bei. Der Arzt reagierte darauf, indem er sich mehr auf einer emotionalen Ebene befand, Interesse an der Art des Fühlens der Schwangeren zeigte und versuchte an ihrer inneren Welt teilzunehmen.

Außerdem gab es eine positive Korrelation zu der Gesamtgesprächszeit des Gespräches und dazu, dass die Schwangere ein weiteres Gespräch erwünschte.

*Wertschätzung/Interesse**- Arzt (a5)*

Tab.32 Signifikante Korrelation über Wertschätzung etc. des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Wertschätzung/Interesse Arzt (a5)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	0,57	***
Interaktionsanalyse Arzt	Sachlösung (a8)	0,43	**
Retro	Erinnerte Themen	0,42	*
USG-NEO Arzt 9	medizinische Fakten	-0,35	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Beim Arzt hingegen sieht man, dass die Wertschätzung gegenüber der anderen Person positiv mit der Verbalisierung emotionaler Inhalte, mit einer positiven Sachlösung und mit der retrospektiven Erinnerung der Frauen an die angesprochenen Themen des Aufklärungsgesprächs korrelierte.

Außerdem bestand eine negative Korrelation dazu, dass der Arzt angab, im USG-NEO-Arzt weniger über medizinische Fakten gesprochen zu haben.

*Verbalisierung emotionaler Inhalte**-Schwangere (p6)*

Tab.33 Signifikante Korrelation über Verbalisierung emotionaler Inhalte von Seiten der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Verbalisierung emotionaler Inh. Schw. (p6)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	0,46	**
Makroanalyse	Schwangere stellt Fragen	0,42	*
Interaktionsanalyse Schwangere	Sachlösung (p8)	0,40	*
USG-NEO Arzt 9	medizinische Fakten	-0,34	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Je mehr die Schwangere Emotionen als Reaktion auf Gesagtes verbalisiert, desto mehr tat dies auch der Arzt, desto mehr brachte sie eigene Vorschläge und Empfindungen zur Sachlösung bei und stellte auch mehr Fragen in der makroanalytischen Auswertung. In diesem Zusammenhang gab der Arzt im USG-NEO-Arzt an, wenig über medizinische Fakten gesprochen zu haben.

Verbalisierung emotionaler Inhalte

-Arzt (a6)

Tab.34 Signifikante Korrelation über Verbalisierung emotionaler Inhalte von Seiten des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

Versus	Verbalisierung emotionaler Inh. Arzt (a6)	SP	Signifikanz
Themenanalyse	Arzt stellt Fragen	0,39	*
Themenanalyse	Arzt erhält Antworten	0,41	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Hier ist interessant zu sehen, dass der Arzt mehr Fragen stellte und Antworten erhielt, je mehr er versuchte, an der inneren Welt der Schwangeren teilzunehmen.

*Sachklärung**-Schwangere (p7)*

Tab.35 Signifikante Korrelation über Sachklärung von Seiten der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

versus	Sachklärung (p7)	SP	Signifikanz
Interaktionsanalyse Arzt	Sachklärung (a7)	0,69	***
Makroanalyse	Gesprächsinhaltspunkte	0,45	**
Interaktionsanalyse Arzt	Sachlösung (a8)	0,44	**
USG-NEO Schwangere 7	Arzt ist auf Ängste eingegangen	0,44	*
Retro	Erinnerte Themen	0,41	*
Interaktionsanalyse Schwangere	spricht über Ängste (p3)	0,35	*
Interaktionsanalyse Schwangere	Verbalisierung emotionaler Inhalte (p6)	-0,44	**

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Im sachlichen Bereich der Interaktionsanalyse zeigte sich, wenn die Schwangere sich positiv an der Sachklärung durch Fragen auf informativer Ebene beteiligte, tat dies auch der Arzt im Bereich der Sachklärung und Sachlösung. Sie sprach mehr über Ängste, beurteilte im USG-NEO-Schwangere, dass der Arzt auf ihre Ängste eingegangen war, verbalisierte diese aber in der Interaktionsanalyse weniger.

Weiter bestand ein Zusammenhang zu der Anzahl der angesprochenen Inhaltspunkte im Aufklärungsgespräch und zur Erinnerung an diese in der retrospektiven Befragung.

*Sachklärung**-Arzt (a7)*

Tab.36 Signifikante Korrelation über Sachklärung von Seiten des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

versus	Sachklärung (a7)	SP	Signifikanz
Makroanalyse	Gesprächsinhaltspunkte	0,38	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Beim Arzt ist zu sehen, je strukturierter und sachlicher die Informationserhebung, desto mehr Inhaltspunkte des Aufklärungsgesprächs wurden in der makroanalytischen Auswertung angesprochen.

Sachlösung

-Schwangere (p8)

Tab.37 Signifikante Korrelation über Sachlösung von Seiten der Schwangeren in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

versus	Sachlösung (p8)	SP	Signifikanz
Makroanalyse	Schwangere stellt Fragen	0,46	**
USG-NEO Arzt 5	Fragen ausreichend beantwortet	0,45	**
Interaktionsanalyse Arzt	Verbalisierung emotionaler Inhalte (a6)	0,36	*
Interaktionsanalyse Arzt	Sachlösung (a8)	0,37	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Diese Korrelation zeigt, je mehr die Schwangere eigene Vorschläge und Empfindungen zur Sachlösung beitrug, desto mehr tat das auch der Arzt und versuchte an der inneren Welt der Schwangeren teilzuhaben. Die Schwangere stellte mehr Fragen und der Arzt beurteilte im USG-NEO-Arzt sie ausreichend beantwortet zu haben.

Sachlösung

-Arzt (a8)

Tab.38 Signifikante Korrelation über Sachlösung von Seiten des Arztes in der Interaktionsanalyse mit anderen ermittelten Ergebnissen

versus	Sachlösung (a8)	SP	Signifikanz
Makroanalyse	Gesprächsinhaltspunkte	0,42	*
USG-NEO Schwangere 7	Arzt ist auf Ängste eingegangen	0,39	*

Legende:

SP=Spearman-Rangkorrelationskoeffizient

Beim Arzt hingegen sieht man, dass eine aktive Erarbeitung von Problemlösungen positiv mit der Anzahl den angesprochenen Gesprächsinhaltspunkten korrelierte und dass die Schwangere im USG-NEO-Schwangere angab, dass der Arzt auf ihre Ängste einging.

3.5 Ergebnisse der State-Trait-Angstinventar (STAI)-Fragebogen

Insgesamt ergab sich eine Zahl von n=38 für die prae-STAI- und eine Zahl von n=35 für die post-STAI-Fragebogen.

Tab.39 Aufführung der Mittelwerte für die prae- und post-STAI-Fragebogen, mit Std.ab., sowie Maximal- und Minimalwerte

	m	s	Maximum	Minimum
prae-STAI	53,66	13,59	78,00	27,00
post-STAI	51,73	11,25	77,00	32,00

Legende:

prae=vor dem Aufklärungsgespräch

post=nach dem Aufklärungsgespräch

m=Mittelwert

s=Standardabweichung

Das Angstniveau der Studienteilnehmerinnen änderte sich kaum zwischen dem STAI-Fragebogen vor und dem STAI-Fragebogen nach dem Aufklärungsgespräch. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der prae- und post-STAI-Fragebogen konnte mit Hilfe des Wilcoxon-Tests nicht festgestellt werden. Es konnte also keine Aussage bzgl. der Änderung des Angstniveaus getroffen werden.

Die Ergebnisse unserer Arbeit zeigten, dass die Angstsituation, in der sich die Schwangeren bei Aufnahme in die Frauenklinik befanden, erfasst durch den STAI-Fragebogen vor dem Gespräch, von diesen im Durchschnitt nicht als extreme Angstsituation gewertet wurde. Sowohl die Mittelwerte des prae-STAI- und des post-STAI-Fragebogens lagen etwa im mittleren Bereich.

Das folgende Histogramm, Abb.10 zeigt, dass das Angsterleben der Schwangeren im prae- und post-Stai-Fragebogen durchaus variierte. Einzelne Absolutwerte befinden sich im Bereich extremer Angst, andere im Bereich wenig Angst.

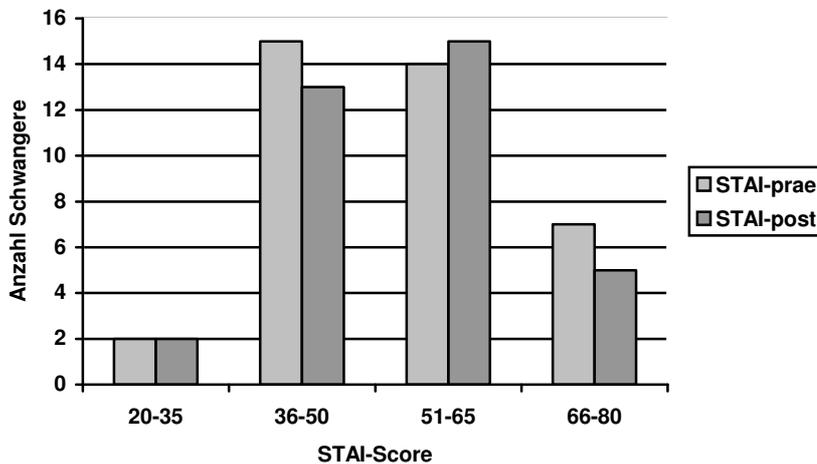


Abb.10, STAI-Score-Verteilung für die Schwangeren

Hier sieht man, dass die meisten Schwangeren im STAI-Score-Bereich zwischen 36 und 65 lagen. Da die Werte des STAI-Fragebogens festgelegt sind als 20=keine Angst und 80=maximale Angst, an dieser Stelle nochmal verdeutlicht, dass der Großteil der Schwangeren sich nicht im Bereich extremer Angst und nicht im Bereich keine Angst befanden. Das prae und post-STAI Angsterleben befindet sich im Bereich des mittleren Angsterlebens.

In der folgenden Abbildung 11 werden die Differenzen zwischen den prae- und post STAI-Fragebogen dargestellt. Bei den Schwangeren, bei denen die Differenz im negativen Bereich liegt, bedeutet das, dass die Angst nach dem Gespräch zugenommen hat. Bei der Differenz im positiven Bereich hat die Angst der Schwangeren nach dem Gespräch abgenommen.

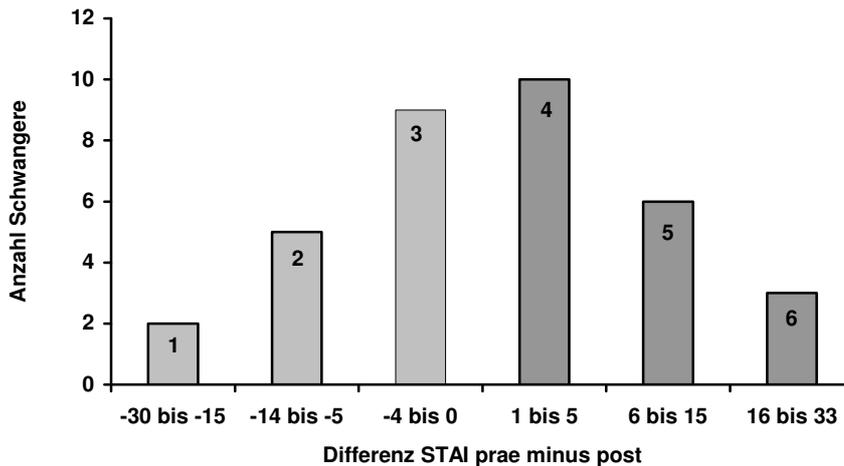


Abb. 11, Differenz STAI prae minus post

In Säule 1 und 2 sind die Schwangeren dargestellt, bei denen das Angsterleben nach dem Aufklärungsgespräch verstärkt wurde, in Säule 5 und 6 die Schwangeren, bei denen die Angst nach dem Gespräch abgenommen hat. Auch hier ist zu sehen, dass der Großteil der Studienteilnehmerinnen keine wesentliche Änderung des Angsterlebens angaben.

Da sich auch keine Signifikanz in der Veränderung des Angsterlebens zwischen prae- und post STAI-Fragebogens ergab, wurde auch der Zusammenhang zwischen dem Angstniveau der einzelnen Schwangeren und ihrem Entbindungstermin und der Zusammenhang zwischen der Veränderung des Angstniveaus durch das Gespräch und dem Geburtstermin besteht, nicht untersucht.

Somit kann an dieser Stelle über unsere zweite Hypothese, dass extreme Angst die Schwangerschaftsdauer verkürzt, keine Aussage gemacht werden, da wir uns an dem Mittelwert orientiert haben.

Bestand ein Unterschied zwischen den prae-und post-STAI-Fragebogen der einzelnen 4 Ärzte A bis D?

Da, wie oben beschrieben, sich das Angsterleben vor und nach dem Gespräch nicht geändert hatte, war nun interessant für uns zu sehen, ob ein unterschiedlicher Gesprächsstil Einfluß auf das Angsterleben der Schwangeren hatte.

Auch hier wurde der Wilcoxon-Test als Signifikanztest für verbundene Variable eingesetzt, um einen Unterschied zwischen den prae-und post-STAI-Fragebogen der einzelnen 4 Ärzte A bis D zu ermitteln..

Tab.40 Darstellung der Mittelwerte, Std.ab., Maximal-und Minimalwerten der STAI-Fragebögen der einzelnen Ärzte

	Arzt A		Arzt B		Arzt C		Arzt D	
	prae	post	prae	post	prae	post	prae	post
M	57,92	54,46	44,00	45,43	52,30	50,05	59,60	56,80
S	15,24	12,96	10,34	9,43	12,93	10,23	8,73	7,90
Maximum	78,00	77,00	58,00	56,00	78,00	72,00	73,00	68,00
Minimum	27,00	33,00	28,00	32,00	36,00	37,00	49,00	49,00

Legende:

m=Mittelwert

s=Standardabweichung

Es zeigt sich bei Arzt A-D, dass der Mittelwert des Angstniveaus sich vor und nach dem Gespräch nur minimal veränderte.

Für die einzelnen 4 Ärzte konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der STAI-Fragebogen festgestellt werden, somit zeigt sich, dass auch bei individuellen Gesprächsstilen, das Angstverhalten sich vor und nach dem Gespräch nicht änderte.

Trotzdem ist es interessant zu sehen, dass die Differenzen des STAI prae minus post der einzelnen 4 Ärzte A-D Unterschiede zeigte.

Wie in Abbildung 11 die Differenzen des STAI prae minus post aller geführten Gespräche dargestellt wurden, befassen sich hier nun die folgenden 4 Histogramme mit den

Differenzen des STAI prae minus post mit den einzelnen Ärzten A-D und ihren geführten Gesprächen.

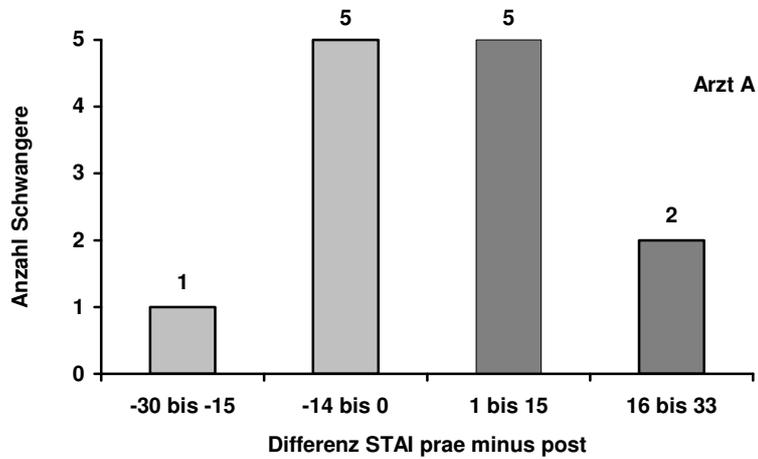


Abb. 12, Differenz STAI prae minus post für die Aufklärungsgespräche von Arzt A

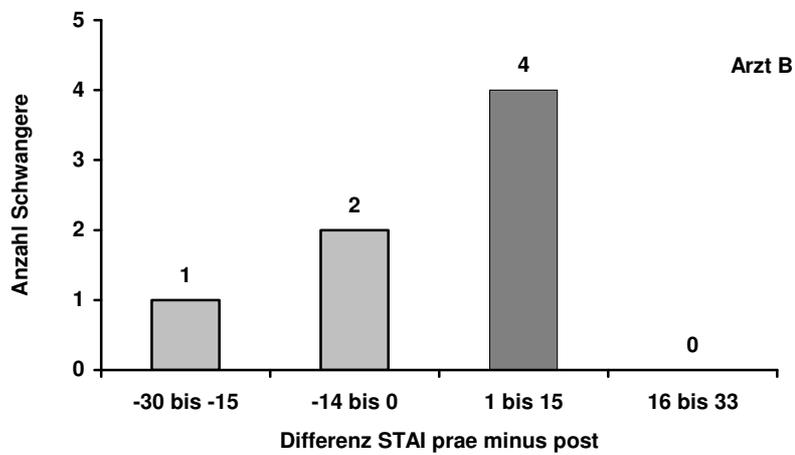


Abb. 13, Differenz STAI prae minus post für die Aufklärungsgespräche von Arzt B

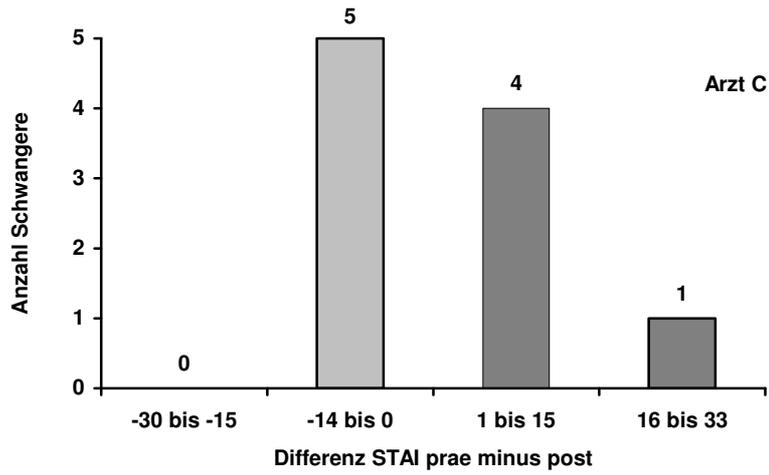


Abb. 14, Differenz STAI prae minus post für die Aufklärungsgespräche von Arzt C

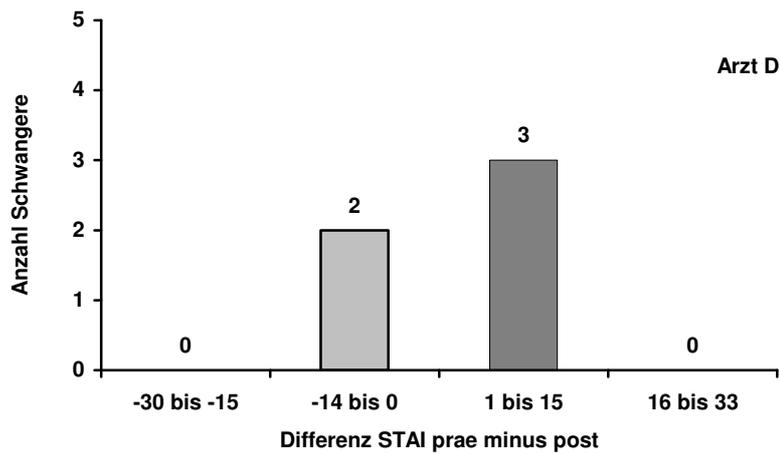


Abb. 15, Differenz STAI prae minus post für die Aufklärungsgespräche von Arzt D

Gab es einen signifikanten Unterschied der einzelnen Aussagen zwischen des prae- und post-STAI-Fragebogens?

Da sich zeigte, dass sich das Angsterlebnis zum einen vor und nach dem Gespräch nicht änderte und zum anderen der individuelle Gesprächsstil auch keinen Einfluß auf das Angsterleben hatte, interessierte nun, ob sich in den einzelnen Aussagen des STAI-Fragebogens ein Unterschied darstellen ließ.

Auch hier wurde der Wilcoxon-Test als Test für gepaarte Situationen verwendet. Hier wurde jede einzelne Aussage aller STAI-Fragebogen auf Korrelation zwischen den Mittelwerten der prae- und post-STAI-Fragebogen untersucht.

Tab.41 Darstellung der Mittelwerte, Std.ab., des Wilcoxon-Tests und der Signifikanz der einzelnen Aussagen des STAI-Fragebogen

	Aussage 4		Aussage 6		Aussage 12		Aussage 16		Aussage 17		Aussage 18		Aussage 20	
	Ich bin bekümmert		Ich bin aufgeregt		Ich bin nervös		Ich bin zufrieden		Ich bin besorgt		Ich bin überreizt		Ich bin vergnügt	
	x	y	x	y	x	y	x	y	x	y	x	y	x	y
M	2,71	2,43	2,54	2,28	2,46	2,06	3,03	2,80	3,06	2,73	1,94	1,61	3,34	3,66
S	0,93	0,92	0,98	0,92	1,15	0,90	0,86	0,80	0,85	0,93	1,01	0,70	0,94	0,59
Wilcoxon	0,0564		0,0903		0,0248		0,736		0,0678		0,0751		0,0561	
Signifikanz	~		~		*		~		~		~		~	

Legende:

x=prae STAI-Fragebogen

y=post STAI-Fragebogen

m=Mittelwert

s=Standardabweichung

Wilcoxon-Test (für verbundene Beobachtungen): ~ $p \leq 0.1$ * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Es ergab sich bei einer Aussage ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der Beantwortung des prae-STAI und post-STAI-Fragebogens, diese Signifikanz ist mit * gekennzeichnet. Bei den anderen Paaren, die hier aufgeführt werden, ergab sich eine

Signifikanz unter 10%, dies ist gekennzeichnet mit ~. Darüber ließ sich keine statistisch korrekt bewiesene Aussage, in Bezug auf einen Unterschied der Mittelwerte machen.

3.6 Auswertung des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R)

Um einen möglichen Einfluß der Persönlichkeitsstruktur der Schwangeren auf das Angsterleben in dieser Situation zu ermitteln, nahmen wir den Freiburger Persönlichkeitsinventar in unsere Studie auf. Dieser sollte dazu dienen, unsere erste Hypothese von Seiten der Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Teilnehmerin zu analysieren.

Wie schon in 2.3.1 beschrieben, diente dieser Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit, sozialen Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen, Offenheit, Extraversion und Emotionalität.

Da dieser mit seinen 138 Items sehr ausführlich war, wurde er von den Schwangeren in der Streßsituation unvollständig, kaum oder gar nicht beantwortet. Somit wurde dieser Fragebogen für diese Studie nicht analysiert, da er bei n=28 eine eingeschränkte Aussagefähigkeit besitzt.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Analyse der Aufklärungsgespräche

Die dargestellten Ergebnisse dieser Studie beruhen auf Aufklärungsgesprächen von 4 der Neonatologen mit 38 Schwangeren, die von August 1997 bis Mai 1998 in der Frauenklinik der Universität Ulm wegen drohender Frühgeburtlichkeit aufgenommen wurden. Die Gespräche fanden mit Schwangeren statt, die sich in der 23. bis 28. Schwangerschaftswoche befanden und nacheinander aufgenommen wurden. Gründe für einen Ausschluß waren ungenügende deutsche Sprachkenntnisse und ein fehlendes Einverständnis. An dieser Studie nahmen 4 Neonatologen teil. Die Zuteilung der Gespräche erfolgte gemäß dem Dienstplan.

Diese Aufklärungsgespräche wurden geführt, um Informationen über Frühgeburtlichkeit und die damit verbundenen Komplikationen an die Schwangeren weiterzugeben. Für diese Art von Gesprächen gibt es kein vorgeschriebenes Schema, wie für Aufklärungsgespräche in anderen Bereichen der Medizin. Von juristischer Seite besteht im allgemeinen vor jedem medizinischen Eingriff eine Aufklärungspflicht (Franz 1997; Kern et al. 1983), dies ist in der Literatur genauestens beschrieben. Akkad et al. (2004) beschreiben in ihrer Arbeit die Zufriedenheit der Patienten nach einem Aufklärungsgespräch vor einem chirurgischen Eingriff. Von Seiten des Patienten wird bei der Behandlung seiner Erkrankung vom Arzt moralische Unterstützung und technische Kompetenz erwartet. Der Erfolg der Behandlung kann durch das Bestreben des Arztes einer ausführlichen Aufklärung und dessen Einwilligung, „informed consent“, verbessert werden. Dies hilft außerdem, ethische Konflikte, Unsicherheit und Mißverständnisse zwischen Arzt und Patient zu vermeiden (Nandi 2000).

Für viele Eingriffe existieren standardisierte Aufklärungsbögen. Doch zeigte sich bei einer Untersuchung von Bottrell et al. (2000) dieser allgemeinen Aufklärungsbögen vor standardisierten Eingriffen, dass nur 26% der 540 untersuchten Aufklärungsbögen die 4

Basiselemente wie Art des Eingriffs, Risiken, Erfolgsaussichten und Alternativen beinhalten.

Zu dem Thema der Aufklärungspflicht für die Gespräche, die Neonatologen führen, lassen sich hingegen in der Literatur nur schwer Informationen finden. Bei diesen Gesprächen handelt es sich nicht um ein klassisches, in der Definition festgelegtes Aufklärungsgespräch, da die Entscheidungsmöglichkeit der Schwangeren in ihrer Situation erschwert ist, es sich um ungeborenes Leben handelt (Loewenich 2003) und der Zeitraum für die Aufklärung von 24 Stunden oft nicht eingehalten werden kann, da auf den Zeitpunkt der Geburt kaum Einfluß genommen werden kann. Somit sind keine eindeutigen Richtlinien beschrieben und es gibt für diese Art von Aufklärungsgesprächen kein vorgefertigtes Schema. Dies kann dazu führen, dass sehr individuelle Gespräche geführt werden, ohne genaue Anweisungen darüber, welche Komplikationen angesprochen werden sollen, inwieweit auf das Angsterleben der Schwangeren eingegangen werden soll und darüber, wie die Interaktion zwischen Arzt und der Schwangeren in diesen wichtigen Gesprächen gestaltet werden soll.

Untersuchungen, die sich explizit mit dieser Art von Aufklärungsgesprächen befassen, sind nicht bekannt. Bei dieser Sachlage scheint es erforderlich auf Arbeiten zurückzugreifen, die sich im allgemeinen mit Aufklärungsgesprächen und mit Erfahrungen mit Frühgeborenen nach der Geburt befassen.

Das Hauptinteresse in der vorliegenden Studie galt dem Informed Consent, welcher einen Aufklärungsprozeß beschreibt (Köhle et al. 1982). Er ist individuell verschieden und beginnt in der Regel mit der stationären Aufnahme in die Frauenklinik, wo zum ersten Mal über Risikoschwangerschaft mit drohender Frühgeburtlichkeit gesprochen wurde.

Das Aufklärungsgespräch in dieser Studie wurde mit Hilfe von zwei verschiedenen Verfahren untersucht. Dies erfolgte zum einen mittels Fragebögen, unter anderem zur Beurteilung des Gespräches, zum anderen durch eine Tonbandaufzeichnung, welche eine direkte Analyse des Gespräches ermöglichte.

Analyse der Fragebogen

Diese Arbeit über die Gesprächsführung der Neonatologen bei drohender Frühgeburtlichkeit beruht auf Ergebnissen, die mit Hilfe von vorgefertigte Fragebogen ermittelt wurden. Die Art der hier verwendeten Fragebögen erschien in der belastenden Stresssituation, in der sich die Schwangere zum Zeitpunkt der Studie befand, am geeignetsten. Es sollten verschiedenen Bereiche, wie die Beurteilung des Gespräches, die Angstsituation vor und nach dem Gespräch und die Lebenssituation der Schwangeren erfasst werden.

Zur Erfassung wichtiger Daten über die Schwangeren wurde der Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation verwendet. Dieser erfragte soziodemographische Daten der Schwangeren, um mögliche Zusammenhänge dieser Daten zur Risikoschwangerschaft zu ermitteln. Bekannt ist, dass es eine Reihe von Risikofaktoren für die Risikoschwangerschaft und der damit verbundenen möglichen Frühgeburtlichkeit gibt (DeCrespigny et al. 1993).

In einer 1994 veröffentlichten Studie (Ibrahim et al. 1994) wurde ein deutlich erhöhtes Risiko für Mehrgebärende gegenüber Erstgebärenden, für sehr junge Schwangere unter 18 Jahren und ältere Schwangere über 34 Jahren gegenüber Schwangeren zwischen 20 und 29 Jahren und vorausgegangenen Früh- und Totgeburten beschrieben. In dieser Studie zeigte sich jedoch eine höhere Anzahl von Erstgebärenden (62%) gegenüber Mehrgebärenden (38%). Jedoch waren 82% der Schwangeren mehr als einmal schwanger gewesen und 47% berichteten von vorausgegangenen Früh- und Totgeburten. Die Altersspanne lag bei minimal 21 und maximal 39 Jahren, 42% der Schwangeren waren älter als 34 Jahre.

Für die Nationalität, den Schulabschluß, die Berufstätigkeit und den Familienstand der Schwangeren zeigten sich keine, in einem Zusammenhang zur Frühgeburtlichkeit stehenden Ergebnisse.

Das Aufklärungsgespräch soll die Schwangeren über die Versorgung ihres Kindes nach der Geburt auf der Intensivstation und die möglichen Risiken, die sich mit der Behandlung eines Frühgeborenen ergeben können, informieren. Da es in Bezug auf diese Aufklärungsgespräche wenig Untersuchungsmaterial gibt, erschien es sinnvoll, unmittelbar

nach dem Gespräch sowohl der Schwangeren, als auch dem Arzt einen standardisierten Fragebogen auszuhändigen, der von beiden ausgefüllt werden sollte.

Luderer (1994) beschrieb in einer Arbeit die Diagnosemitteilung aus der Sicht von Arzt und Patient in der Psychiatrie. Einen hohen Stellenwert nahm die sprachliche Verständigung zwischen Arzt und Patient bei der Diagnosestellung und bei der Therapie psychischer Störungen ein.

Auch in dieser Studie über die Aufklärungsgespräche der Neonatologen bei Risikoschwangerschaften war die Frage nach einer verständlichen Sprache des Arztes von Bedeutung. Interessanterweise beurteilten die Neonatologen zu 95% ihre Ausdrucksweise gegenüber der Schwangeren als verständlich, die befragten Schwangeren bestätigten dies mit 97%.

Außerdem zeigte Luderer (1994) in seiner Arbeit, dass die Ärzte die Diagnose im Gespräch mit dem Patienten bei der zweiten Befragung korrekter umschrieben. Im Vergleich dazu wurde in dieser Arbeit die Frage nach dem Wunsch nach einem zweiten Gespräch, sowohl von Seiten des Arztes (70%), als auch der Schwangeren (62%) verneint. Schließlich gab Luderer (1994) als Ergebnis das Erkennen einer Entwicklung, hin zu größerer Offenheit im Gespräch zwischen Arzt und Patient an; hierzu geht diese Studie in der Interaktionsanalyse der Tonbandauswertung genauer ein.

Als Schema für ein Aufklärungsgesprächsstandard wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, den Patient aus ärztlicher und juristischer Sicht so aufzuklären, dass der Arzt sich genügend Zeit für die Aufklärung nimmt und dem Patienten die Möglichkeit gegeben ist, ausreichend Fragen zu stellen und der Arzt diese auch beantwortet (Franz et al. 1997). Die Gelegenheit in den Aufklärungsgesprächen der Neonatologen in dieser Studie Fragen zu stellen, wurde von den Schwangeren mit 94% als ausreichend beurteilt. Bei 94% der Schwangeren wurden die Fragen von Seiten der Ärzte auch beantwortet. 94% der Schwangeren waren der Meinung, dass der Kinderarzt sich ausreichend Zeit genommen hatte. Aus der Sicht des Arztes ergab sich ein ähnliches Ergebnis. Somit wurden für ein korrektes Aufklärungsgespräch wichtige Voraussetzungen erfüllt.

Ebenso erschienen für Kanerva (1999) in einer Studie über informed consent bei Kurzaufenthalten von Patienten in der Chirurgie die fünf Aspekte, wie Einwilligung, Freiwilligkeit, Mitteilung von Informationen, Verständnis und Kompetenz als wichtig. Anhand eines strukturierten Fragebogens untersuchte er diese Punkte des informed consent. Im Ergebnis zeigte sich, dass es einige Probleme in der korrekten Durchführung eines Aufklärungsgesprächs gab, wie z.B. das fehlende Verständnis von Informationen und das mangelnde Zuspriechen von ärztlicher Kompetenz von Seiten des Patienten.

Hingegen konnte dies in den Ergebnissen dieser Studie nicht bestätigt werden. Die Schwangere sah mit 93% den Arzt als medizinisch erfahrenen Fachmann und sprach ihm zusätzlich noch Kompetenz als emotional engagierter Helfer zu. Dies beurteilte der Arzt ähnlich wie die Schwangere. Somit wurden weitere wichtige Voraussetzungen für den „informed consent“ erfüllt.

Da in dieser Studie ein besonderer Stellenwert dem Angsterleben zugeteilt wurde, wurde dieses mit verschiedenen Auswertungsverfahren untersucht. Im USG-Neo-Schwangeren-Fragebogen wurde das Angstepfinden erfasst. Hier gaben 76% der Schwangeren an, dass das Gespräch ihnen keine oder nur kaum Angst gemacht hatte. 51% der Schwangeren gaben nach diesen Gesprächen in Bezug auf ihr Kind ein sicheres Gefühl an, jedoch hatten 49% der Schwangeren Angst vor einer Behinderung ihres Kindes. Dies kann zum einen damit zusammenhängen, dass wenig über Komplikationen gesprochen wurde, oder zum anderen damit, dass der Arzt gut auf die Ängste der Schwangeren einging, was diese mit 88% bestätigten. Der Inhalt des Gesprächs mit den angesprochenen Komplikationen wurde anhand der Tonbandaufzeichnungen analysiert.

Gruix-Oliver et al. untersuchten 1999 das Erinnerungsvermögen und das Verständnis von 314 chirurgischen Patienten zwischen 18 und 75 Jahren, 3 Monate nach dem chirurgischen Eingriff, an das Aufklärungsgespräch vor ihrer operativen Maßnahme, per Telefon. 61% dieser Patienten erinnerten sich daran, für den geplanten Eingriff eine Einwilligung unterschrieben zu haben, 59% erinnerten sich an Risiken oder Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff erklärt wurden, 9% hatten nicht verstanden, wie der Eingriff abläuft und 36% der Patienten sahen ihre Unterschrift lediglich als

rechtliche Absicherung für den behandelnden Arzt. Eine signifikante Beziehung konnte in dieser Arbeit unter den einzelnen Altersgruppen und dem Bildungsstand festgestellt werden.

Shurnas und Coughlin (2003) beschrieben ein schlechtes Erinnerungsvermögen an chirurgische Risiken nach operativen Eingriffen.

Auch in dieser Arbeit wurde eine retrospektive Befragung der Studienteilnehmerinnen unter anderem zur Erfassung des Erinnerungsvermögens ca. 6-8 Monate nach dem Aufklärungsgespräch telefonisch, als semistrukturiertes Interview, wie auch bei Gruix-Oliver et al. durchgeführt. Interessanterweise konnten sich 100% der befragten Frauen daran erinnern, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hatte. 33% der Studienteilnehmerinnen konnten sich an drei Themenpunkte die während des Aufklärungsgesprächs angesprochen wurden, erinnern, 30% an einen Themenpunkt und 18% an zwei Punkte. Die übrigen erinnerten sich an mehr als drei oder keinen Themenpunkt. Die häufigsten der erinnerten Themen sind Behinderungen, Überlebenschancen und Folgeschäden. Ob die Erinnerung an diese Themenpunkte im Zusammenhang mit dem Aufklärungsgespräch stand oder ob diese in Verbindung mit der Behandlung der Kinder auf der neonatologischen Intensivstation zu sehen ist, konnte nicht beurteilt werden.

Ein großes Interesse galt in dieser Arbeit der Frage, wie die Studienteilnehmerinnen rückblickend das Aufklärungsgespräch und die Informationen über mögliche Komplikationen empfanden. 81% der Frauen beurteilten die Informationen des Aufklärungsgesprächs als ausreichend. Für 37% war das Gespräch in jenem Moment beruhigend, für 22% wirkte es beunruhigend, 11% gaben in Bezug auf das Gespräch sogar ein sehr beunruhigendes Gefühl an.

Außerdem bestand für die Frauen die Möglichkeit, persönliche Verbesserungsvorschläge und Anregungen weiterzugeben. Die Hauptanregung galt der Angstsituation der Frau, auf diese sollte der Arzt stärker eingehen. Teilweise empfanden sie die Gespräche als zu positiv dargestellt, für einige wenige waren die angesprochenen Informationen zu ausführlich. Weitere Anregungspunkte waren die wünschenswerte Anwesenheit des

Partners während des Gesprächs, ein separater, ruhiger Gesprächsraum und die mögliche Besichtigung der Intensivstation.

Hierzu beschrieb Griffin et al. 1997 eine elterliche Reaktion auf die Besichtigung einer neonatalen Intensivstation während der Zeit, in der eine Risikoschwangerschaft bestand. An diesem semistrukturierten Interview nahmen 13 Paare teil, die zuvor während einer bestehenden Risikoschwangerschaft die Intensivstation besichtigten. Alle Studienteilnehmer schlugen vor, dass alle Eltern, die mit einer drohenden Frühgeburt bei Risikoschwangerschaft, die Möglichkeit haben, die Intensivstation vor der Geburt ihres Kindes zu besichtigen. Die Besichtigung war den Eltern nützlich, verminderte Angst, inspirierte die Hoffnung für die Prognose der Frühgeborenen, gab ihnen ein sicheres Gefühl und bereitete die Eltern auf den Aufenthalt ihrer Kinder auf der Intensivstation vor.

Es scheint von großer Wichtigkeit, die Anregungen der Studienteilnehmerinnen ernst zu nehmen. In Anbetracht der oben beschriebenen Studie sollten Eltern mit Risikoschwangerschaft und drohender Frühgeburtlichkeit im Rahmen der Aufklärungsgespräche die Möglichkeit gegeben werden, die Intensivstation zu besichtigen.

Wie bereits oben beschrieben, nahm die Angstsituation der Schwangeren vor, während und nach dem Gespräch einen großen Stellenwert in unserer Studie ein. Mit dem State-Angstinventar-Fragebogen (STAI) wurde die Angstsituation der Schwangeren als Zustand vor (prae) und nach (post) dem Aufklärungsgespräch erfaßt. Wichtig erschien es die Hypothese ob und inwiefern die Aufklärungsgespräche Einfluß auf die Angst der Schwangeren nahmen. Löste viel Information über mögliche Komplikationen Angst aus oder schaffte der Arzt in dem Gespräch der Schwangeren die Angst zu nehmen, indem er Fragen beantwortete, auf die Schwangere und ihre Situation einging und Unklarheiten beseitigte?

In dieser Arbeit konnte kein signifikanter Unterschied der Änderung des Angstempfindens vor und nach dem Aufklärungsgespräch gezeigt werden, da die Situation der Schwangeren von dieser nicht als extreme Angstsituation gewertet wurde. Die Mittelwerte der Angstskala vor und nach dem Gespräch lagen beide im mittleren Bereich, so dass weder von einem nicht Vorhandensein, noch von einer maximalen Intensität des Angstgefühls

gesprochen werden kann. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den prae- und post STAI-Fragebögen, sowie den einzelnen 4 aufklärenden Neonatologen ermittelt werden. Allerdings gab es durchaus Frauen, die beide Fragebögen mit einer maximalen Angstintensität beantworteten. Ob diese Frauen sich signifikant von den restlichen Frauen in dem Zeitpunkt ihres Entbindungstermins unterscheiden, wurde aufgrund der Tatsache, dass sich im Durchschnitt keine extreme Angstsituation ergab, nicht weiteruntersucht. Wenn man die Werte der einzelnen Schwangeren betrachtet, könnte dieser Zusammenhang durchaus in einer weiteren Arbeit analysiert werden.

Ähnliche Ergebnisse beschrieb Kerrigan et al. 1993 in einer Untersuchung des Angstniveaus in Zusammenhang mit informed consent. Die Fragestellung in dieser Arbeit war, inwieweit sich die Angstsituation vor und nach detaillierter Aufklärung über die Risiken eines geplanten chirurgischen Eingriffes veränderte. Bei 96 Männern, bei denen eine geplante Herniotomie durchgeführt wurde, nahm die Angst dieser Patienten nach einer sehr detaillierten Aufklärung darüber, welche Komplikationen auftreten können, nicht signifikant zu. Das hatte den Vorteil, dass ohne Bedenken eine vollständige Aufklärung hinsichtlich des bevorstehenden Eingriffes stattfinden konnte und dass mit einer vollständigen Aufklärung möglicherweise auftretende juristische Probleme reduziert werden konnten.

Sowohl die Ergebnisse dieser Arbeit hinsichtlich der Angstsituation vor und nach dem Gespräch, also auch die Ergebnisse in der oben beschriebenen Studie geben Grund zu der Annahme, dass ein Aufklärungsgespräch, das alle möglichen Komplikationen beinhaltet, keinen Einfluß auf die Angstsituation hat. Obwohl die rechtliche Situation der Aufklärungspflicht der Neonatologen bei drohender Frühgeburtlichkeit nicht geklärt ist, wäre es sinnvoll zu überlegen, ob das Gespräch alle Komplikationen beinhalten sollte, um bei eventuell auftretenden rechtlichen Problemen besser abgesichert zu sein.

So beschrieb Capen (1996) einen Fall einer Schwangeren, die an Windpocken erkrankte und deren Kind mit mehreren medizinischen Komplikationen aufgrund der Windpockeninfektion der Mutter geboren wurde. Dies zeigt die Problematik, mit der ein Arzt konfrontiert wird, den Weg zwischen korrekter Aufklärung bzgl. möglicher

Komplikationen, als auch die Fähigkeit auf das Gefühlsleben der Patientin in dieser Situation einzugehen, zu finden.

Aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse scheint unsere anfänglich aufgestellte Hypothese, nämlich dass Aufklärungsgespräche, aufgebaut auf medizinischen Fakten, die Angst der Schwangeren erhöht, widerlegt.

In einer Studie über die Angstsituation beschrieb Clauson 1996, wie Schwangere, die sich wegen einer Risikoschwangerschaft in stationärer Behandlung befanden, die Ungewißheit und den Stress in ihrer Situation wahrnahmen. Die Studie umfasste 58 Schwangere, bei welchen die Ungewißheit und der Stress auf einer Skala, 48 Stunden nach der stationären Aufnahme und zum Zeitpunkt der Entlassung in schwangerem Zustand erfasst wurde. Bei der stationären Aufnahme zeigte sich die Ungewißheit und der Stress für 86% der Frauen auf einem niedrigen Niveau und auf einem signifikant niedrigeren Niveau zum Zeitpunkt der Entlassung. Frauen, die einen längeren stationären Aufenthalt benötigten, gaben ein höheres Niveau für die Ungewißheit und den Stress an.

Dieses Ergebnis konnte mit den Ergebnissen dieser Arbeit nicht bestätigt werden, da die Angstsituation lediglich vor und nach dem Aufklärungsgespräch untersucht. Interessant wäre es gewesen, im Verlauf des längeren stationären Aufenthaltes das Angstempfinden der Schwangeren nochmals zu untersuchen, um eine genauere Aussage über den Zustand bzw. die Änderung des Angsterlebens treffen zu können. Falls es zu einer Zunahme der Angst kommen sollte, wäre es überlegenswert, in dieser Situation ein weiteres Aufklärungsgespräch zu führen.

4.2 Korrelation der Fragebogen und der Tonbänder

Diese Kapitel befasst sich nun mit den Ergebnissen, die aus der Korrelation der Tonbandauswertungen und der Auswertung der Fragebogen (Tomas 2005) gewonnen wurden. Erst mit dieser Korrelation konnte detailliert auf die in beiden Arbeiten anfangs aufgestellten Hypothesen eingegangen werden.

Wie in der Diskussion der Fragebogen erwähnt, nahm das Angsterleben und die Auswirkung der Angst einen wichtigen Teil unserer Arbeitshypothesen ein. Die Schwangere befand sich zum Zeitpunkt des Gespräches in einer äußerst schwierigen Situation. Zum einen wurde sie mit der Diagnose einer Risikoschwangerschaft, zum anderen mit einer daraus resultierenden, drohenden Frühgeburt konfrontiert. Wenn man sich versucht, in die Lage der Schwangeren zu versetzen, zeigten sich einige angstauslösende Punkte, wie z.B. Unsicherheit in Bezug auf das, was sie und ihr noch nicht geborenes Kind erwartet, die möglichen Konsequenzen einer zu frühen Beendigung ihrer Schwangerschaft, der Gedanke an ein Leben mit einem behinderten Kind oder sogar der Gedanke an einen drohenden Verlust ihres Kindes.

Wie die Auswertung der State and Trait Angst-Inventar-Fragebogen zeigte, änderte sich der Zustand der Angst bei der Schwangeren vor und nach dem Aufklärungsgespräch nicht. Das Angstniveau der Schwangeren lag im Durchschnitt im mittleren Bereich.

Kerrigan et al. (1993) beschrieben als Ergebnis ihrer Studie, dass das Angstniveau sich bei chirurgischen Patienten nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch für einen chirurgischen Eingriff auch nach Aufzählung aller möglichen Komplikationen nicht ändert.

Wie die makroanalytische Auswertung der Tonbänder zeigte, sprachen alle 4 Neonatologen die am häufigsten auftretenden Komplikationen bei Frühgeburtlichkeit an. Damit können auch man sagen, dass in dieser Arbeit das Ansprechen von Komplikationen keine Auswirkung auf das Angsterleben hatte. Zusätzlich konnte mit der themenanalytischen Auswertung der Tonbänder erkannt werden, dass jeder der Ärzte einen individuellen Stil in der Gesprächsführung zeigte. So sprachen 3 der 4 aufklärenden Ärzte zahlreiche Komplikationen und Inhaltspunkte an, der vierte ging in erster Linie auf die psychosoziale Situation der Schwangeren ein und sprach daher deutlich weniger über Komplikationen.

Doch zeigte sich nochmals als Bestätigung für die oben gemachte Aussage, dass für alle 4 Ärzte kein signifikanter Unterschied zwischen dem prae- und post-STAI-Fragebogen bestanden.

Interessanterweise zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ansprechen von Risiken und Komplikationen durch den Arzt und seine Empfindung darüber, dass das Gespräch der Schwangeren Angst machte und sie auch mehr Angst vor Behinderungen hatte. Es zeigte sich allerdings auch, dass der Arzt, je mehr er über Risiken und Komplikationen sprach, weniger auf gefühlsmäßige Inhalte der Schwangeren einging. Somit kann angenommen werden, dass der Arzt die Schwangere in Bezug auf ihre Angst fehlinterpretierte, wenn seine Aufklärung hauptsächlich auf medizinischen Fakten beruhte und er die Gefühle der Schwangeren nicht erfaßte und voreilig analysierte.

Wie die Ergebnisse oben zeigten, änderte sich das Angsterleben der Schwangeren im Durchschnitt vor und nach dem Gespräch nicht. Somit kann der Arzt ohne Bedenken mit der Schwangeren über Risiken und Komplikationen sprechen, um auch, wie bereits erwähnt, rechtlich abgesichert zu sein. Dies wurde durch eine weitere signifikante Korrelation verstärkt: je mehr die Schwangere über Risiken und Komplikationen sprach, desto sicherer war ihr Gefühl in Bezug auf ihr Kind.

Trotzdem sollte dies nicht heißen, dass der Arzt sich über Ängste hinwegsetzen und sich nur an medizinischen Fakten orientieren sollte. Betrachtet man nun die verbalisierte Angst im Gespräch, so ließen sich weitere interessante Korrelationen finden. Sprach der Arzt mehr über Ängste, so entwickelte sich das Gespräch von seiner Seite offener, dadurch fühlte sich die Schwangere weniger ängstlich in Bezug auf ihr Kind.

Die hier gewonnenen Erkenntnisse verdeutlichen die Wichtigkeit eines ausgeglichenen Maß an medizinischer Informationserhebung und an psychosozialer Unterstützung in den Aufklärungsgesprächen von Seiten des Arztes.

Die erste der anfangs aufgestellten Hypothesen lautete, dass ein Aufklärungsgespräch aufgebaut auf medizinischen Fakten die Angst der Schwangeren erhöht. Diese Hypothese konnte mit den Ergebnissen der beiden Arbeiten widerlegt werden. Ein Aufklärungsgespräch aufgebaut auf medizinischen Fakten erhöhte die Angst der Schwangeren nicht.

Die zweite Hypothese lautete, dass extreme Angst die Schwangerschaftsdauer verkürzt. Da die bei den Schwangeren in dieser Untersuchung die Angstsituation nach dem Aufklärungsgespräch nicht signifikant änderte. Das Angstniveau lag im mittleren Bereich, es konnte also nicht von einer extremen Angstsituation ausgegangen werden, daher wurde mit denen in dieser Arbeit verwendeten statistischen Auswertungsmethoden keine Aussage über die Schwangerschaftsdauer im Bezug auf die Angst gemacht.

Wie man im Ergebnis in der Auswertung der STAI-Fragebogen sehen kann, variieren die Werte des Angsterlebens zwischen 23 und 78, d.h. wenig bis extreme Angst. Hieraus könnte sich also ein weiterer Diskussionspunkt ergeben, nämlich die einzelnen Werte der STAI-Fragebogen der Schwangeren in Bezug auf den Geburtstermin zu untersuchen.

Clauson (1996) beschrieb in einer Studie, dass die Ungewißheit und der Streß der Schwangeren mit der Länge ihres stationären Aufenthaltes zunahm. Interessant wäre es für unsere Studie gewesen, die Angst der Schwangeren im Verlauf während ihres stationären Aufenthaltes nochmals zu erfassen. Hätte man diese zusätzlichen Daten gewonnen, so hätte vielleicht eine genauere Aussage über den möglichen Zusammenhang zwischen Angst und Schwangerschaftsdauer gemacht werden können.

5 Zusammenfassung

Im Zeitraum von August 1997 bis Mai 1998 wurden in der Universitätsklinik in Ulm 36 Frauen mit Risikoschwangerschaft und eventuell drohender Frühgeburt, die an dieser Studie teilnahmen, stationär aufgenommen. Sie befanden sich zwischen der 23. und 28. Schwangerschaftswoche. Diese 36 Studienteilnehmerinnen erhielten wegen drohender Frühgeburtlichkeit ein Aufklärungsgespräch über mögliche Risiken und Komplikationen bei Frühgeborenen durch einen der vier an der Studie teilnehmenden Neonatologen. Die Studie umfasst die Analyse dieser Aufklärungsgespräche.

Es ergaben sich zwei separate Teile der Studie. Im ersten Teil wurden die Aufklärungsgespräche anhand von Fragebogen, im zweiten Teil mit Hilfe von Tonbandaufnahmen untersucht.

Analyse anhand der Fragebögen

Die Fragebogen erfassten die Familien- und Lebenssituation der Schwangeren, die Beurteilung des Aufklärungsgesprächs aus der Sicht der Schwangeren und des Arztes, die aktuelle Angstsituation der Schwangeren vor und nach dem Gespräch und das retrospektive Erinnerungsvermögen der Studienteilnehmerinnen an das Aufklärungsgespräch.

Es konnte kein besonderer Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten, wie z. B. Schulbildung oder Herkunft, und Risikoschwangerschaft mit drohender Frühgeburt festgestellt werden.

Die Beurteilung des Aufklärungsgesprächs durch die Schwangere ergab, dass der Arzt sich für sie in einer verständlichen Sprache ausdrückte, sie ausreichend Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen, das Gespräch ihr keine Angst machte, der Arzt auf ihre Ängste einging, sie in Bezug auf ihr Kind ein sichereres Gefühl hatte, der Arzt für sie mehr ein medizinisch erfahrener Fachmann als ein emotional engagierter Helfer war, sie Angst hatte, dass ihr Kind behindert sein könnte und das Gespräch aus ihrer Sicht hauptsächlich aus medizinischen Fakten bestand.

Die retrospektive Befragung der Studienteilnehmerinnen erfaßte die tatsächlich aufgetretenen Komplikationen und Behinderungen ihrer Kinder. Von Interesse war das Erinnerungsvermögen der Themenpunkte, die im Aufklärungsgespräch angesprochen wurden. Erinnert wurden am häufigsten Punkte wie Behinderungen, Überlebenschancen, Folgeschäden, Hirnblutung und Lungenreife. Außerdem gaben die Frauen Anregungen zur Verbesserung der Gespräche.

Das durchschnittliche Angstniveau der Schwangeren befand sich vor und nach dem Aufklärungsgespräch im mittleren Bereich der Angstskala. Somit konnte gezeigt werden, dass ein Aufklärungsgespräch, aufgebaut auf medizinischen Fakten, die Angst der Schwangeren nicht signifikant erhöhte.

Die Einzelwerte der Schwangeren lagen teilweise durchaus in Bereichen extremer bzw. keiner Angst. Interessant wäre es nun an dieser Stelle, einen möglichen Zusammenhang zwischen diesen Werten, der Änderung des Angstniveaus und des Geburtstermins zu untersuchen.

Mittels der von uns hier angewandten statistischen Auswertungen konnte keine Aussage über den Zusammenhang zwischen extremer Angst und Einfluss auf die Schwangerschaftsdauer gemacht werden.

Es bieten sich aber genügend ermittelte Daten, um in einem weiteren Ansatz diese Hypothese erneut zu untersuchen.

In Zusammenarbeit mit der Studie von Roessler 2005 war das Ziel dieser Studie die Analyse der Aufklärungsgespräche der Neonatologen, für die keine Richtlinien beschrieben sind. Für die einzelnen Ärzte konnten durchaus individuelle Arten der Gesprächsführung festgestellt werden, die sich v.a. durch die Anzahl der angesprochenen Komplikationen unterschieden. Für das Angstniveau der Schwangeren, das vor und nach dem Gespräch gleich war, zeigte sich aber für alle 4 Ärzte kein signifikanter Unterschied. Um eine rechtliche Absicherung zu gewährleisten, kann somit den gesprächsführenden Ärzten geraten werden, alle wichtigen Komplikationen der Frühgeburtlichkeit anzusprechen.

Abschließend kann aufgrund von weiteren interessanten Korrelationen für weitere Gespräche zusammenfassend geraten werden, dass der Arzt gegenüber der Schwangeren offen und ehrlich sein und Anteil an ihrer inneren Welt nehmen sollte. Er sollte auch auf

ihre Ängste eingehen und diese akzeptieren, aber auch Risiken und Komplikationen ansprechen. Dadurch schafft es auch die Schwangere offener gegenüber ihrem eigenen Empfinden zu sein, emotionale Inhalte besser zu verbalisieren, dem Arzt Kompetenz zuzusprechen und die eigenen Ängste zu akzeptieren.

Mit Hilfe der Verbesserungsvorschläge und Anregungen der Studienteilnehmerinnen sollte bei diesen Aufklärungsgesprächen auf die Anwesenheit des Partners und des Gynäkologen, zur Klärung geburtshelferischer Fragen, auf einen separaten Gesprächsraum und auf eine ungestörte Gesprächsatmosphäre geachtet werden.

6 Literatur

AKKAD, A., JACKSON, C., KENYON, S., DIXON-WOODS, M., TAUB, N., HABIBA, M. (2004). Informed consent for elective and emergency surgery: questionnaire study. *An International Journal of Obstric and Gynaecology*, 111, 1133-1138.

AMATO, M.(1992). *Manual der Neonatologie*. Thieme-Verlag, Stuttgart.

AFFLECK, G., TENNEN, H., ROWE, J. (1991). *Infants in crisis. How parents cope with newborn intensiv care and its aftermath*. Springer New York.

BALES, R. F. (1950). *Interaction process analysis*. Cambridge.

BAUCHNER, H., BROWN, E., PESKIN, J. (1988). Premature graduates of the newborn intensiv care unit: a guide to follow-up. *Pediatric Clinics of North America*, 35, 1207-1225.

BOTTRELL, MM., ALPERT, H., FISCHBACH, RL., EMANUEL, LL. (2000). Hospital informed consent for procedure forms: facilitating quality patients-physician interaction. *Archives of Surgery*, 135, 26-33.

BRISCH, K.-H. (1980). *Arzt-Patientengespräche in der Allgemeinpraxis*. Medizinische Dissertation, Universität Ulm.

BRISCH, K.-H. et al (1994). *Ulmer Fragebogen zur Lebens-und Familiensituation (ULF-Neo) Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm*.

BRISCH, K.-H., SCHMÜCKER, G., BETZLER, S., BUCHHEIM, A., KÖHNTOF, B., KÄCHELE, H. (1999): Das Ulmer Modell-präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm nach der Geburt eines kleinen Frühgeborenen: 1. Ergebnisse, Frühförderung Interdisziplinär, 28-34, Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel.

CAPEN, K. (1996). Physicians and the minefield surrounding informed consent. Canadian Medical Association Journal, 155, 458-460.

CLAUSON, MI. (1996). Uncertainty and stress in women hospitalized with high-risk pregnancy. Clinical Nursing Research, 5, 309-325.

DeCRESPIGNY, L., DREDGE, R. (1993). Risikoschwangerschaft? Ein Wegweiser durch die pränatale Diagnostik. Urban und Fischer-Verlag.

DUDENHAUSEN, J. (1993). Behandlungspflicht beim Früh- und Neugeborenen aus geburtsmedizinischer Sicht. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 87, 863-886.

ESCOBAR, G.J., LITTENBEG, B., PETITTI, D.B. (1991). Outcome among surviving very low birthweight infants: a meta-analysis. Archives of Disease in Childhood, 66, 204-211.

FAHRENBERG, J., HAMPEL, R., SELG, H. (2001). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, 7. überarbeitete und neu normierte Auflage, Manual. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen.

FRANZ, K., HANSEN, K.-J. (1997). Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht. Hans Marseille Verlag GmbH München, 9-10.

GRIFFIN, T., KAVANAUGH, K., SOTO, CF., WHITE, M. (1997). Parental evaluation of a tour of the neonatal intensive care unit during a high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 26, 59 –65.

GUIX-OLIVER, J., BALANA-FORT, L., CARBONELL-RIERA, JM., SIMON-PEREZ, R., SURROCA-MACIA, RM., NUALART-BERBEL, L. (1999). The performance and perception of informed consent in a health-care section of Catalonia. *Revista Espanola de Salud Puplica*, 73, 669-675.

HAGBERG, B., HAGBERG, G., ZETTERSTROM, R. (1989). Decreasing perinatal mortality-increase in cerebral palsy morbidity? *Acta Paediatrica Scandinavica*, 78, 664-670.

HOFFMANN, N., GERBIS, K. (1981), *Gesprächsführung in psychologischer Therapie und Beratung*. Otto-Müller-Verlag, Salzburg.

IBRAHIM, S., BABIKER, A., AMIN, I., OMER, M., RUSHWAN, H. (1994). Factors associated with high risk of perinatal and neonatal mortality: an interim report on a prospective community-based study in rural Sudan. *Paediatric Perinatal Epidemiology*.

KANERVA, AM., SUOMINEN, T., LEINO-KILPI, H. (1999). Informed Consent for short- stay surgery. *Nursing Ethics*, 6, 483-493.

KERN, B.-R., LAUFFS, A. (1983). *Die ärztliche Aufklärungspflicht*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

KERRIGAN, DD., THEVASAGAYAM, RS., WOODS, TO., MC WELCH, I., THOMAS, WE., SHORTHOUSE, AJ., DENNISON, AR. (1993). Who's afraid of informed consent? *British Medical Journal*, 306, 298-300.

KITCHEN, W., FORD, G., ORGILL, A. (1984). Outcome in infants with birth weight 500-999g. Regional studie of 1979 and 1980 births. *The Journal of Pediatrics*, 104, 921-927.

KÖHLE, K., KUBANEK, B., SIMONS, C. (1982). Informed Consent – psychologische Gesichtspunkte. *Der Internist*, 23, 209-217.

LAUX, L., GLANZMANN, P., SCHAFFNER, P., SIELBERGER, C.D. (1981). *Das State-
Trate-Angstinventar, Theoretische Grundlagen und Handweisungen*, Beltz Test Gesellschaft, Weinheim.

LOEWENICH VON, V. (2003). Ethische Probleme bei Frühgeborenen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151, 1263-1269.

LUDERER, H.-J. (1994). Informationsvermittlung in der Psychiatrie (I): Diagnosemitteilung aus der Sicht von Arzt und Patient. *Krankenhauspsychiatrie*, 5, 121-126.

MANN, F. (1979). *Psychiatrie ohne Mauern*. Frankfurt/Main.

NANDI, PL. (2000). Ethical aspects of clinical practice. *Archives of Surgery*, 135, 22-25.

NEUBAUER, A.-P. (1987). Gruppenarbeit mit Frühgeborenen-Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 135, 504-507.

NISHIDA, H. (1993a). Outcome of infants borne preterm, with special emphasis on extremely low birthweight infants. *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynecology*, 7, 611-631.

RIEGEL, K., ORTH, B., WOLKE, D., ÖSTERLUND, K. (1995). Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum 5. Lebensjahr. Enke:Stuttgart.

ROESSLER, C. (2005). Angsterleben Schwangerer und Schwangerschaftsverlauf nach kinderärztlichen Beratungsgesprächen-Tonbandprotokolle. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm.

SAIGAL, S., ROSENBAUM, P., STOTSKOPF, B. (1982). Follow-up of infants 501-1500g birth weight delivered to the residents of the Mc Master health region. The Journal of Pediatrics, 100, 600-613.

SARIMSKI, K. (1996). Frühgeborene in Intensivpflege. Sozialpädiatrie und Kinderarztpraxis, 18, 149-154.

SCHLUND, G.H. (1997). Aufklärung im Rahmen ärztlicher Tätigkeiten. Der Gynäkologe, Abstract, Volume 30, 34-537.

SHURNAS, P.S., COUGHLIN, M.J. (2003). Recall of the risks of forefoot surgery after informed consent. Foot Ankle International, 24, 904-8.

SIMMONS, MA. (1978). The pediatrician's role in the management of high risk pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 21, 593-607.

SPIELBERGER, C:D., GORSUCH, R:L: & LUSHENE, R:E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.

STANEK, B., MAYER, H. (1971). Psychophysiologische Messungen des psychoanalytischen Erstinterviews. Der Nervenarzt, 205-208

THOMAS, A., ROUGE, D. (2000). Le consentement eclaire du future opere. Journal de Chirurgie. (Paris), 137, 235-240.

Danksagung

Prof. Dr. F. Pohlandt danken wir für die Überlassung des interessanten und spannenden Themas und der aktiven Teilnahme an dieser Arbeit.

Weiterhin danken wir Prof. Dr. Kächele für Übernahme der Promotionsarbeit.

Unser herzlicher Dank gilt Dr. K.H. Brisch für die Zusammenarbeit und Betreuung in allen Phasen dieser Arbeit.

Außerdem danken wir Dr.D.Pokorny für die große Hilfe bei der statistische Auswertung der Fragebögen und Tonbänder.

Bei den teilnehmenden Oberärzten der Abteilung Neonatologie bedanken wir uns für die gute Zusammenarbeit.

Anhang I
Fragebögen

Kenn-Nummer

Datum

T	T	M	M	J	J

Fragebogen zur Selbstbeschreibung (STAI-State)

Liebe werdende Mütter,

Sie sind aufgrund von Problemen während Ihrer Schwangerschaft in die Universitäts-Frauenklinik Ulm gekommen.

Wir wissen, das Ihre Situation für Sie eine hohe emotionale Belastung darstellt und Sie mit vielen Ängsten und Fragen über Ihre weitere Schwangerschaft beschäftigt sind. Deshalb möchten wir Sie fragen, wie Sie sich gerade im Moment fühlen.

Lesen Sie bitte die kurz Anleitung, bevor Sie den Fragebogen ausfüllen. Bitte lassen Sie bei der Bearbeitung des Bogens keine Frage aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Fragebogen zur Selbstbeschreibung

STAI-G Form X 1

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt , d. h. in diesem Moment , fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.	OBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	ZUEMICH	SEHR
1. Ich bin ruhig	1	2	3	4
2. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
3. Ich fühle mich angespannt	1	2	3	4
4. Ich bin bekümmert	1	2	3	4
5. Ich bin gelöst	1	2	3	4
6. Ich bin aufgeregt	1	2	3	4
7. Ich bin besorgt, daß etwas schiefgehen könnte	1	2	3	4
8. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
9. Ich bin beunruhigt	1	2	3	4
10. Ich fühle mich wohl	1	2	3	4
11. Ich fühle mich selbstsicher	1	2	3	4
12. Ich bin nervös	1	2	3	4
13. Ich bin zappelig	1	2	3	4
14. Ich bin verkrampft	1	2	3	4
15. Ich bin entspannt	1	2	3	4
16. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
17. Ich bin besorgt	1	2	3	4
18. Ich bin überreizt	1	2	3	4
19. Ich bin froh	1	2	3	4
20. Ich bin vergnügt	1	2	3	4

Kenn-Nummer

Nr.	Nr.	Nr.	/	Nr.
			/	

Kennnummer wird von uns eingetragen!

Datum

T	T	M	M	J	J

Hier bitte das Ausfülldatum eintragen!

Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation (ULF-Neo) *

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, einige Fragen zu ihrer momentanen Situation zu beantworten. Sie können den Bogen mit Ihrem Partner gemeinsam ausfüllen oder alleine für sich und die Angaben über Ihren Partner ergänzen.

Falls der Vater des Babys nicht der Lebenspartner ist, Sie aber in einer festen Partnerschaft leben, bitten wir Sie unter „Vater“ um entsprechende Angaben.

Bitte tragen Sie die entsprechenden Angaben an den jeweils dafür vorgesehenen gepunkteten Stellen ein, bzw. Kreuzen Sie Zutreffendes an. Mehrfach-Ankreuzungen sind möglich. Die Kenn-Nummer und das Datum am oberen Blattrand werden von uns eingetragen. Bitte lassen Sie bei der Bearbeitung des Bogens keine Frage aus.

1. Geburtsdatum:

Mutter:

Vater:

2. Nationalität:

Mutter: in Deutschland seit:

Vater: in Deutschland seit:

3. Schulabschluß:

Ohne Schulabschluß / Sonderschulabschluß

Mutter

Vater

Hauptschulabschluß

Realschulabschluß oder entsprechend

Abitur oder sonstige Hochschulreife

4. Berufliche Ausbildung:

keine abgeschlossene Ausbildung

Mutter

Vater

Lehre, Fachschulabschluß, gleichwertiger Abschluß

Fachhochschul- / Hochschulabschluß

* in Anlehnung an: Sozialer Erhebungsbogen zum FB, Cierpka u. Frevert (1994), verändert von Brisch et al., 1994, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm

- 5. Derzeitige berufliche Tätigkeit:**
- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Arbeiter(in) / Facharbeiter(in) | Mutter | Vater |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Angestellte(r) / Beamte(r) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Selbständige(r) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Ausbildung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hausfrau / Hausmann | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arbeitslos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 6. Familienstand:**
- | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| verheiratet | Mutter | Vater |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ledig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verwitwet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| geschieden/getrennt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 7. Lebensituation:**
- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Leben Sie derzeit in einer festen Partnerbeziehung? | Ja | Nein |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leben Sie mit Ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 8. Geschlecht und Alter Ihrer Kinder:**
(Falls ein Kind verstorben ist, bitte zusätzlich das Todesjahr und Todesursache eintragen)
- | | weiblich | männlich | Geburtsjahr | Todesjahr | Todesursache |
|--------|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------|--------------|
| Kind 1 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 3 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 5 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
- 9. Welche der Kinder leben nicht mehr zu Hause?**
- Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind 4

Fragen an die Mutter zu Schwangerschaft und Geburt

12. War Ihre letzte Schwangerschaft geplant? Ja Nein
13. War Ihre letzte Schwangerschaft gewollt? Ja Nein
14. Wie erleben Sie Ihre momentane Schwangerschaft ?
- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ich freue mich, Schwanger zu sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich erlebe meine Schwangerschaft mit gemischten Gefühlen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fühle mich durch die Schwangerschaft belastet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich nehme die Schwangerschaft hin, wie sie ist, ohne mich innerlich besonders damit zu beschäftigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
15. Anzahl Ihrer bisherigen Schwangerschaften (einschließlich der letzten)?
16. Anzahl Ihrer bisherigen Geburten
17. Traten bei früheren Schwangerschaften folgende Komplikationen auf?
- | | | Anzahl |
|--|-----------------------|----------------------|
| Frühgeburt | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| Fehlgeburt | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| Totgeburt | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| Abbruch aus medizinischer oder sozialer Indikation | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| Andere | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |
| Falls andere, welche: _____ | | |
| Keine | <input type="radio"/> | <input type="text"/> |

18. Falls Sie Frühgeburten hatten, sind Kinder infolge der Frühgeburt gestorben?

Nein

Ja

Wenn ja, wieviele

19. Haben Sie im Kreise von Ihnen nahestehenden Personen schon persönliche Erfahrungen mit Frühgeborenen gemacht?

Nein

Ja

20. Haben Sie eigene Kinder mit körperlicher/geistiger Behinderung?

Nein

Ja

Wenn ja, wie schätzen Sie den Grad der Behinderung ein?

Kind 1 leicht mittel schwer

Kind 2 leicht mittel schwer

21. Haben Sie im Kreise von Ihnen nahestehenden Personen schon persönliche Erfahrungen mit behinderten Kindern gemacht?

Nein

Ja

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

Mutter

Vater

von beiden

Vielen Dank!

Kenn-Nummer

Datum

T	T	MM	SS	J

**Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei
Risikoschwangerschaften (USG-NEO)***

Liebe Ärztin,
Lieber Arzt der Neonatologie,

hier ist der Fragebogen zu den Gesprächen, die Sie mit werdenden Müttern führen, bei denen es eventuell zu einer Frühgeburt kommen kann.

Die Studie umfaßt Aufklärungsgespräche mit Frauen bis zur 28. Schwangerschaftswoche und dient dazu, wichtige Informationen über diese Gespräche herauszufinden.

Wir wissen, daß unsere Studie für Sie mit zusätzlicher Arbeit verbunden ist. Für uns wäre es dennoch sehr wichtig, daß Sie sich unmittelbar nach dem Gespräch Zeit nehmen, um den Fragebogen auszufüllen.

Den ausgefüllten Fragebogen und die dazugehörigen Bänder können sie in ein dafür vorgesehenes Fach auf Station hinterlegen.

Wir bedanken uns schon im voraus für Ihre Bemühungen und Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

*Copyright (Brisch et al. 1997)

ARZT- FRAGEBOGEN

1. Ich habe das Gefühl, daß das Gespräch der Patientin etwas gebracht hat

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

2. Ich habe das Gefühl, daß das Gespräch für die Patientin informativ war

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

3. Ich habe das Gefühl, mich in einer für die Patientin verständlichen Sprache ausgedrückt zu haben

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

4. Die Patientin hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

5. Die Fragen der Patientin sind ausreichend beantwortet worden

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

6. Die Atmosphäre war entspannt

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

7. Ich bin auf die Ängste der Patientin eingegangen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

8. Das Gespräch hat der Patientin Angst gemacht

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

9. Ich habe mit der Patientin vorwiegend über medizinische Fakten gesprochen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

10. Es ist vorwiegend über gynäkologische Komplikationen gesprochen worden

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

11. Ich habe das Gefühl, die Lage der Patientin verstanden zu haben

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

12. Ich habe das Gefühl, die Patientin fühlt sich auf der Station gut aufgehoben

1	2	3	4	5	
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	weiß ich nicht

13. Ich habe das Gefühl, die Patientin fühlt sich wohl in ihrem Zimmer

1	2	3	4	5	
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	weiß ich nicht

14. Ich habe das Gefühl, die Patientin fühlt sich wohl mit ihren Zimmernachbarinnen

1	2	3	4	5	
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	weiß ich nicht

15. Ich habe das Gefühl, die Patientin fühlt sich gut versorgt vom Pflegepersonal

1	2	3	4	5	
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	weiß ich nicht

16. Ich habe das Gefühl, die Patientin fühlt sich gut versorgt von den Ärzten der Frauenklinik

1	2	3	4	5	
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	weiß ich nicht

17. Ich habe das Gefühl, die Angehörigen der Patientin sorgen sich um sie

1	2	3	4	5	
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend	weiß ich nicht

18. Ich habe das Gefühl, die Freunde der Patientin sorgen sich um sie

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

X wird ich nicht

19. Ich habe mir ausreichend Zeit für die Patientin genommen

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

20. Die Atmosphäre war angespannt

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

21. Die Patientin hat in Bezug auf ihr Kind

- ein sichereres Gefühl

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

22. Die Patientin hat in Bezug auf ihr Kind

- ein ängstlicheres Gefühl

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

23. Ich habe das Gefühl, für die Patientin

- ein emotional engagierter Helfer gewesen zu sein

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

24. Ich habe das Gefühl, für die Patientin

- ein medizinisch erfahrener Fachmann gewesen zu sein

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

25. Die Patientin hat Angst, daß ihr Kind behindert sein könnte

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

26. Während des Gesprächs war die Zimmernachbarin anwesend

Ja	Nein
----	------

27. Das Gespräch ist in Anwesenheit eines Gynäkologen geführt worden

Ja	Nein
----	------

28. Während des Gesprächs war der Partner der Patientin dabei

Ja	Nein
----	------

29. Ich habe das Gefühl, die Anwesenheit des Partners der Patientin war für sie eine Unterstützung
bzw. wäre für sie eine Unterstützung gewesen

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

30. Das Gespräch ist störend unterbrochen worden

Ja	Nein
----	------

31. Die Patientin war auf das Gespräch vorbereitet
- durch Informationsblätter (auf der Station)

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

32. Die Patientin war auf das Gespräch vorbereitet
- durch Frühgeburten in der Familie

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

33. Die Patientin war auf das Gespräch vorbereitet
- durch das Pflegepersonal auf der Station

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

34. Die Patientin war auf das Gespräch vorbereitet
- durch die Geburtshelfer auf der Station

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

35. Die Patientin war auf das Gespräch vorbereitet
- durch Mitarbeiter der Abteilung Psychotherapie

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

36. Die Patientin wurde über den genauen Termin des Gesprächs
- durch den Arzt informiert

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

37. Die Patientin wurde über den genauen Termin des Gesprächs
- durch die Schwestern informiert

Ja	Nein	weiß ich nicht
----	------	----------------

39. Ich habe das Gefühl, der Patientin wäre ein Arzt/eine Ärztin lieber gewesen

1	2	3	4	5
Arzt	eher Arzt	egal	eher Ärztin	Ärztin

40. Ich habe die Patientin über **Komplikationen** die eventuell bei der Behandlung von Frühgeborenen auftreten können informiert

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

41. Ich habe mit der Patientin über ihre soziale Lage, bzw. über die Versorgung zu Hause gesprochen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

42. Ich habe das Gefühl, die Patientin versteht ihre Lage jetzt besser

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

43. Ich habe das Gefühl, die Patientin würde gerne ein weiteres Gespräch führen

Ja	Nein
----	------

Bitte überprüfen Sie, ob Sie jede Frage beantwortet und jeweils nur eine mögliche Antwort angekreuzt haben.

Wir bedanken uns sehr für Ihre Mitarbeit.

Kenn-Nummer

Datum

T	T	M	M	J	J

**Ulmer Studie zur ärztlichen Gesprächsführung bei
Risikoschwangerschaften
(USG-NEO)***

Liebe Schwangere ,

Sie sind mit vorzeitiger Wehentätigkeit in Unserer Klinik aufgenommen worden.

Über eventuell auftretende Komplikationen haben Sie mit einem Neonatologen (Kinderarzt) gesprochen.

Wir wissen, daß eine eventuelle Frühgeburt eine große emotionale Belastung für Sie bedeutet und daß Sie mit vielen Fragen und Ängsten über die Entwicklung Ihres Kindes beschäftigt sind.

Mit unserer Studie wollen wir möglichst viel über das Aufklärungsgespräch mit dem Kinderarzt erfahren, um eventuelle Verbesserungen anzustreben. Daher ist es sehr wichtig für uns, daß Sie uns einige Fragen über das Gespräch und Ihre Gefühle nach dem Gespräch mit dem Kinderarzt beantworten.

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens :

Die Kennnummer und das Datum am oberen Blattrand werden von uns eingetragen.

Die folgenden Aussagen stehen in Beziehung mit Fragen und Situationen während Ihres Gesprächs mit dem Kinderarzt.

Diese Sätze können für Sie mehr oder weniger zutreffend sein. Kreuzen Sie für jeden Satz an, wie zutreffend die Aussage in Bezug auf das Gespräch waren. Sie können jeden Satz einstufen von „nicht zutreffend“ bis zu „völlig zutreffend“.

Es gibt aber auch Sätze, die Sie nur mit „JA“ oder „NEIN“ beantworten können.

Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwort an und lassen Sie bei der Beantwortung keine Frage aus.

Zunächst schreiben Sie bitte stichwortartig auf, an welche medizinischen Informationen des Aufklärungsgesprächs Sie sich erinnern können :

FRAGEBOGEN FÜR WERDENDE MÜTTER

1. Ich habe das Gefühl, daß das Gespräch mir etwas gebracht hat

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

2. Ich fand das Gespräch informativ

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

3. Der Arzt hat sich für mich in einer verständlichen Sprache ausgedrückt

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

4. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

5. Meine Fragen sind ausreichend beantwortet worden

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

6. Die Atmosphäre war entspannt

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

7. Der Arzt ist auf meine Ängste eingegangen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

8. Das Gespräch hat mir Angst gemacht

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

9. Der Arzt hat vorwiegend über medizinische Fakten gesprochen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

10. Es ist vorwiegend über Komplikationen der Schwangerschaft und Geburt gesprochen worden

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

11. Ich habe das Gefühl, daß der Arzt meine Lage verstanden hat

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

12. Ich fühle mich auf der Station gut aufgehoben

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

13. Ich fühle mich wohl in meinem Zimmer

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

14. Ich fühle mich wohl mit meinen Zimmernachbarinnen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

15. Ich fühle mich gut versorgt vom Pflegepersonal

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

16. Ich fühle mich gut versorgt von den Ärzten der Frauenklinik

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

17. Meine Angehörigen sorgen sich um mich

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

18. Meine Freunde sorgen sich um mich

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

19. Der Kinderarzt hat sich ausreichend Zeit für mich genommen

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

20. Die Atmosphäre war angespannt

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

21. Ich habe jetzt in Bezug auf mein Kind
- ein sichereres Gefühl

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

22. Ich habe in Bezug auf mein Kind
- ein ängstlicheres Gefühl

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

23. Der Kinderarzt war für mich
- ein emotional engagierter Helfer

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

24. Der Kinderarzt war für mich
- ein medizinischer erfahrener Fachmann

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

25. Ich habe Angst, daß mein Kind behindert sein könnte

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

26. Während des Gesprächs war meine Zimmernachbarin anwesend

Ja	Nein
----	------

27. Das Gespräch ist in Anwesenheit eines Frauenarztes geführt worden

Ja	Nein
----	------

28. Während des Gesprächs war mein Partner dabei

Ja	Nein
----	------

29. Die Anwesenheit meines Partners war für mich eine Unterstützung
bzw. wäre für mich eine Unterstützung gewesen

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

30. Das Gespräch ist störend unterbrochen worden

Ja	Nein
----	------

31. Ich war auf das Gespräch vorbereitet
- durch Informationsblätter (auf der Station)

Ja	Nein
----	------

32. Ich war auf das Gespräch vorbereitet
- durch Frühgeburten in der Familie

Ja	Nein
----	------

33. Ich war auf das Gespräch vorbereitet
- durch das Pflegepersonal auf der Station

Ja	Nein
----	------

34. Ich war auf das Gespräch vorbereitet
- durch die Geburtshelfer auf der Station

Ja	Nein
----	------

35. Ich war auf das Gespräch vorbereitet
- durch Mitarbeiter der Abteilung Psychotherapie

Ja	Nein
----	------

36. Ich wurde über den Termin des Gesprächs
- durch den Arzt informiert

Ja	Nein
----	------

37. Ich wurde über den Termin des Gesprächs
- durch die Schwestern informiert

Ja	Nein
----	------

38. Der aufklärende Kinderarzt war ein/eine

Arzt	Ärztin
------	--------

39. Mir wäre ein Arzt/Ärztin lieber gewesen

1 Arzt	2 eher Arzt	3 egal	4 eher Ärztin	5 Ärztin
-----------	----------------	-----------	------------------	-------------

40. Ich bin über Komplikationen die eventuell bei der Behandlung eines Frühgeborenen auftreten können informiert worden

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

41. Der Arzt hat mit mir über meine soziale Lage, bzw. über die Versorgung zu Hause gesprochen

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

42. Ich habe das Gefühl, meine Lage jetzt besser zu verstehen

1 nicht zutreffend	2 etwas zutreffend	3 teilweise zutreffend	4 ziemlich zutreffend	5 völlig zutreffend
-----------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

43. Ich würde gerne ein weiteres Gespräch führen

Ja	Nein
----	------

Bitte überprüfen Sie, ob Sie jede Frage beantwortet und jeweils nur eine mögliche Antwort angekreuzt haben.

Wir bedanken uns sehr, daß Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten und hoffen, daß Ihre Schwangerschaft bis zur Geburt Ihres Babys ruhig verläuft.

Kenn-Nummer

Nr.	Nr.	Nr.	/	MM/JJ
			/	

Kennnummer wird von uns eingetragen!

Datum

T	T	M	M	J	J

Hier bitte das Ausfülldatum eintragen!

Ulmer Fragebogen zur Lebens- und Familiensituation (ULF-Neo) *

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, einige Fragen zu ihrer momentanen Situation zu beantworten. Sie können den Bogen mit Ihrem Partner gemeinsam ausfüllen oder alleine für sich und die Angaben über Ihren Partner ergänzen.

Falls der Vater des Babys nicht der Lebenspartner ist, Sie aber in einer festen Partnerschaft leben, bitten wir Sie unter „Vater“ um entsprechende Angaben.

Bitte tragen Sie die entsprechenden Angaben an den jeweils dafür vorgesehenen gepunkteten Stellen ein, bzw. Kreuzen Sie Zutreffendes an. Mehrfach-Ankreuzungen sind möglich. Die Kenn-Nummer und das Datum am oberen Blattrand werden von uns eingetragen. Bitte lassen Sie bei der Bearbeitung des Bogens keine Frage aus.

1. Geburtsdatum:

Mutter:

Vater:

2. Nationalität:

Mutter:

in Deutschland seit:

Vater:

in Deutschland seit:

3. Schulabschluß:

Ohne Schulabschluß / Sonderschulabschluß

Mutter

Vater

Hauptschulabschluß

Realschulabschluß oder entsprechend

Abitur oder sonstige Hochschulreife

4. Berufliche Ausbildung:

keine abgeschlossene Ausbildung

Mutter

Vater

Lehre, Fachschulabschluß, gleichwertiger Abschluß

Fachhochschul- / Hochschulabschluß

* in Anlehnung an: Sozialer Erhebungsbogen zum FB, Cierpka u. Frevert (1994), verändert von Brisch et al., 1994, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm

- 5. Derzeitige berufliche Tätigkeit:**
- | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Mutter | Vater |
| Arbeiter(in) /Facharbeiter(in) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Angestellte(r) / Beamte(r) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Selbständige(r) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Ausbildung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hausfrau / Hausmann | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Arbeitslos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 6. Familienstand:**
- | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Mutter | Vater |
| verheiratet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ledig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verwitwet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| geschieden/getrennt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 7. Lebensituation:**
- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| | Ja | Nein |
| Leben Sie derzeit in einer festen Partnerbeziehung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leben Sie mit Ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 8. Geschlecht und Alter Ihrer Kinder**
(Falls ein Kind verstorben ist, bitte zusätzlich das Todesjahr und Todesursache eintragen)
- | | weiblich | männlich | Geburtsjahr | Todesjahr | Todesursache |
|--------|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------|--------------|
| Kind 1 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 3 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Kind 5 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
- 9. Welche der Kinder leben nicht mehr zu Hause?**
- Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind 4

Fragen an die Mutter zu Schwangerschaft und Geburt

12. War Ihre letzte Schwangerschaft geplant? Ja Nein
13. War Ihre letzte Schwangerschaft gewollt? Ja Nein
14. Wie erleben Sie Ihre momentane Schwangerschaft ?
- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ich freue mich, Schwanger zu sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich erlebe meine Schwangerschaft mit gemischten Gefühlen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fühle mich durch die Schwangerschaft belastet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich nehme die Schwangerschaft hin, wie sie ist, ohne mich innerlich besonders damit zu beschäftigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
15. Anzahl Ihrer bisherigen Schwangerschaften (einschließlich der letzten)?
16. Anzahl Ihrer bisherigen Geburten
17. Traten bei früheren Schwangerschaften folgende Komplikationen auf?
- | | | Anzahl |
|--|-----------------------|--------------------------|
| Frühgeburt | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fehlgeburt | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Totgeburt | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abbruch aus medizinischer oder sozialer Indikation | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderere | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls andere, welche: _____ | | |
| Keine | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Falls Sie Frühgeburten hatten, sind Kinder infolge der Frühgeburt gestorben?

Nein

Ja

Wenn ja, wieviele

19. Haben Sie im Kreise von Ihnen nahestehenden Personen schon persönliche Erfahrungen mit Frühgeborenen gemacht?

Nein

Ja

20. Haben Sie eigene Kinder mit körperlicher/geistiger Behinderung?

Nein

Ja

Wenn ja, wie schätzen Sie den Grad der Behinderung ein?

Kind 1 leicht mittel schwer

Kind 2 leicht mittel schwer

21. Haben Sie im Kreise von Ihnen nahestehenden Personen schon persönliche Erfahrungen mit behinderten Kindern gemacht?

Nein

Ja

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

Mutter

Vater

von beiden

Vielen Dank!

Anhang II

Ulm, den

Sehr geehrte Frau

im September 1997 waren Sie wegen einer drohenden Frühgeburt in der Universitäts-Frauenklinik Ulm stationär in Behandlung.

Damals gaben Sie Ihr Einverständnis für Ihre Teilnahme an einer Studie. Diese befaßte sich mit dem Aufklärungsgespräch, welches ein Kinderarzt/ Kinderärztin mit Ihnen führte.

Wir sind gerade mit der Auswertung der Fragebögen und der damals auf Tonband aufgenommenen Gespräche beschäftigt. Da dies alles vor der Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder erfaßt wurde, wäre es für die Beendigung unserer Studie hilfreich, wenn Sie uns zu Ihrer aktuellen Situation einige Fragen beantworten könnten.

Wir bedanken uns schon im voraus für Ihre erneute Mitarbeit.

1. Mein Kind kam in der Schwangerschaftswoche auf die Welt
2. Mein Kind war Tage in der Kinderklinik.
3. Bei meinem Kind gab es nach der Geburt Komplikationen?

Ja	Nein
----	------

4. Wenn ja, welche Komplikationen sind aufgetreten?

5. Mein Kind hat aufgrund der Frühgeburt Behinderungen?

Ja	Nein
----	------

6. Wenn ja, welche Behinderungen sind aufgetreten?

7. Ich hatte das Gefühl, während der Zeit meines Kindes in der Kinderklinik von den Ärzten gut betreut worden zu sein

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

8. Ich hat das Gefühl, während der Zeit meines Kindes in der Kinderklinik von den Schwestern gut betreut worden zu sein

1	2	3	4	5
nicht zutreffend	etwas zutreffend	teilweise zutreffend	ziemlich zutreffend	völlig zutreffend

9. Ich kann mich an das Gespräch mit dem Kinderarzt/ärztin noch erinnern

Ja	Nein
----	------

10. Wenn ja, an welche Themen können Sie sich noch erinnern?

11. Die im Aufklärungsgespräch mit dem Kinderarzt/ärztin gegebenen Informationen über mögliche Komplikationen fand ich in jener Situation vor der Geburt meines Kindes rückblickend als

1	2	3	4	5
absolut unzureichend	unzureichend	ausreichend	zu ausführlich	absolut zu ausführlich

12. In jenem Moment empfand ich das Gespräch für mich als

1	2	3	4	5
sehr beruhigend	beruhigend	teilweise beruhigend	beruhigend	sehr beruhigend

13. Ich habe folgende Anregungen, was im Rahmen dieses Aufklärungsgespräch verbessert werden könnte:

Auswertung der offenen Fragen des Retro-Bogens

Frage 4: Welche Komplikationen sind aufgetreten

- 1=Infektionen
- 2=Lungenentzündung
- 3=Darmprobleme
- 4=Beatmung
- 5=Atemstörungen
- 6=Hirnblutungen
- 7=Reanimation
- 8=Liquorstau
- 9=andere

Frage 6: Welche Behinderungen sind aufgetreten

- 1=Entwicklungsstörungen Größe
- 2= Motorik
- 3= Sprache
- 4= Gewicht
- 5=Chronische Schäden nach Beatmung
- 6=andere

Frage 10: Welche Themen aus dem Aufklärungsgesprächen werden erinnert

- 1=Behinderungen
- 2=Überlebenschancen
- 3=Hirnblutungen
- 4=Lungenreife/Atmung
- 5=Komplikationen/Folgeschäden
- 6=Schwangerschaftsdauer/Reife

7=Augenprobleme

8=Erstversorgung

9=Versorgung auf Intensivstation

10=Besuchszeiten auf Intensivstation

11=soziale Situation

12=andere

Frage 13: Verbesserungsvorschläge für die Informationsgespräche

1=Partner anwesend

2=Informationsüberfluß

3=Besichtigung der Intensivstation

4=Gespräch unter 4 Augen

5=Gespräch zu positiv dargestellt

6=Gespräch macht Angst, mehr psychisches Einfühlvermögen

7=andere

Anhang III

Inhaltsanalyse der Tonbandauswertung/Auswertungsbogen

Codierung Risiken, Komplikationen und Krankheitsbilder:

- 1=Überlebenschancen
- 2=Behinderungen
- 3=Hirnblutungen
- 4=Lungenreife
- 5=Behandlung Frühchen auf Intensivstation
- 6=Erstversorgung
- 7=Entbindung/Kaiserschnitt
- 8=Beatmung
- 9=Ernährung
- 10=Innere Organe
- 11=Entwicklung
- 12=Reife/Schwangerschaftsdauer
- 13=Versorgung ja/nein
- 14=Infektionen
- 15=Folgeschäden/chronisch
- 16=Verlegung der Babys
- 17=Gewicht
- 18=andere
- 19=Surfactanc
- 20=Ohren
- 21=Atemnotsyndrom
- 22=Infusionstherapie
- 23=Inkubator
- 24=Augen

25=Besuchszeiten auf Intensivstation

26=Fototherapie

27=Tokolyse

28=Untersuchungen

29=Soziale Lage, Umfeld wird angesprochen

Tonbandnummer:

Gespräch geführt am:

Aufklärender Kinderarzt:

Partner anwesend:

Gynäkologe anwesend:

Gesprächsdauer:

Patientin stellt Fragen:

Patientin erhält Antworten:

Arzt stellt Fragen:

Arzt erhält Antworten:

Partner stellt Fragen:

Es wird über die soziale Situation gesprochen:

Fachausdrücke:

Störungen:

Patientin äußert Ängste:

Arzt geht auf Ängste ein:

Angesprochene therapeutische Maßnahmen:

Angesprochene Risiken und Komplikationen:

Besonderheiten:

Anhang IV

Interaktionsanalyse der Tonbänder

INTERAKTIONSANALYSE DER TONBANDAUSWERTUNG**SPALTENPLAN/MINUTENANALYSE**

1. Arzt-emotionale Ebene

1	2	3	4	5	
sachlich	eher sachl.	neutral	eher emot.	emotional	x

2. Patient-emotionale Ebene

1	2	3	4	5	
sachlich	eher sachl.	neutral	eher emot.	emotional	x

3. Arzt/Patient sprechen inhaltlich auf einer Ebene

1	5	
nein	ja	x

4. Arzt spricht über Risiko/Komplikationen

1	5	
nein	ja	x

5. Arzt spricht über Ängste

1	5	
nein	ja	x

6. Patient spricht über Risiko/Komplikationen

1	5	
nein	ja	x

7. Patient spricht über Ängste

1	5	
nein	ja	x

8. Verhältnis wer spricht

1	2	3	4	5
nur Arzt	mehr Arzt	Arzt/Pat.	mehr Pat.	nur Pat.

ARZT/SOZIALEMOTIONALER BEREICH9. Echtheit/Selbstauseinandersetzung/Selbstöffnung

- 1=Schemafixiert, nur informativ, gesprächsablauffixiert, Antipathie
- 2=eher Antipathie
- 3=neutral
- 4=eher Sympathie
- 5= Echtheit d. Pat. Gegenüber, Sympathie, Offensein gegenüber eigenem Empfinden

11. Wertschätzung

- 1=mißachtet, mißbilligt die Art des Fühlens und Erlebens
- 2=zeigt eher Mißachtung an der Art des Fühlens
- 3=neutral
- 4= zeigt eher Interesse an der Art des Fühlens
- 5=geht auf andere Person ein, zeigt Interesse, akzeptiert d. Art d. Fühlens und Erlebens des anderen

13. Verbalisierung emotionaler Inhalte

- 1=geht auf gefühlsmäßige Inhalte nicht ein, ignoriert Gefühle
- 2=eher ignorierend
- 3=neutral
- 4=eher teilnehmend
- 5=versucht an innerer Welt des anderen teilzuhaben

x=kann nicht beurteilt werden

ARZT/SACHLICHER BEREICH15. Sachklärung

- 1=negativ: redet am Inhalt d. vorangegangenen Äußerung vorbei, ohne roten Faden
- 5=positiv: Informationserhebung sachlich

17. Sachlösung

- 1=negativ: Themenwechsel ohne roten Faden
- 5=positiv: aktive Erarbeitung von Problemlösungen

3=kann nicht beurteilt werden

PATIENT/SOZIALEMOTIONALER BEREICH10. Echtheit/Selbstauseinandersetzung/Selbstöffnung

- 1=hält eigenes Erleben und Gefühle zurück
- 2=eher zurückhalten gegenüber eigenen Gefühlen
- 3=neutral
- 4=eher offen gegenüber eigenem Empfinden
- 5=Offensein gegenüber eigenem Empfinden und eigenen Gefühlen

12. Wertschätzung

- 1=bringt Arzt Mißbilligung entgegen, spricht Kompetenz ab
- 2=spricht eher Kompetenz ab
- 3=neutral
- 4=spricht eher Kompetenz zu
- 5=schätzt den Arzt, spricht Kompetenz zu

14. Verbalisierung emotionaler Inhalte

- 1=hält Emotionen zurück als Reaktion auf Gesagtes
- 2=hält eher Emotionen zurück
- 3=neutral
- 4=bringt eher Emotionen zum Ausdruck
- 5=bringt Emotionen zum Ausdruck als Reaktion auf Gesagtes

x=kann nicht beurteilt werden

PATIENT/SACHLICHER BEREICH16. Sachklärung

- 1=negativ: zeigt kein Interesse, blockt Informationen ab
- 5=positiv: stellt Fragen auf informativer Ebene

18. Sachlösung

- 1=negativ: zeigt kein Interesse, blockt Informationen ab
- 5=positiv: stellt Fragen, brint eigene Vorschläge und Empfindungen ein

3=kann nicht beurteilt werden