



## Masterarbeit

# Die Vater-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen im Vergleich zur Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen und zur Vater-Kind-Interaktion bei Termingeborenen

**Andrea Studer Burkhard**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Dr. phil. Agnes von Wyl

Zürich, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## **VORWORT**

In meiner psychologischen Tätigkeit mit Erwachsenen ergeben sich nur sehr selten Kontakte mit Säuglingen. Dagegen begleitet die Frage nach den inneren Bindungsmodellen der Klientinnen und Klienten meine Arbeit mit ihnen ständig. Durch die Mitarbeit an der Studie über die Interaktion von Säuglingen mit ihren Eltern durfte ich viel über die Entstehung von Bindungsmustern lernen, was gewinnbringend in meine therapeutische Tätigkeit mit Erwachsenen einfließen wird.

Für die Möglichkeit der Mitarbeit an der Studie, die damit verbundenen Einsichten und für die umfangreiche Unterstützung bei der Umsetzung des Teilprojektes bedanke ich mich ganz herzlich bei der Studienleiterin, Dr. Agnes von Wyl.

Einen weiteren Dank spreche ich Dr. Sven Wellmann aus, der für die Rekrutierung der an der Studie teilnehmenden Familien zuständig war und dies über anderthalb Jahre lang mit grossem Einsatz tat.

Ein ganz besonderer Dank geht an alle Eltern, die sich an der Studie beteiligt haben. Sie sind uns alle mit grosser Offenheit und Freundlichkeit begegnet und haben mit ihrer Teilnahme zum vertieften Verständnis der Eltern-Kind-Interaktion beigetragen.

Des Weiteren bedanke ich mich bei meiner Kommilitonin, Barbara Bachmann, für die angenehme und freundschaftliche Zusammenarbeit.

Danke auch meinem Vorgesetzten, Prof. Jean-Luc Guyer, und dem ganzen Team des ZKPP für ihre Unterstützung und ihr Entgegenkommen, wenn es darum ging, dass ich Zeit für die Studie benötigte.

Ein letztes grosses Dankeschön geht an meinen Partner, Daniel Burkhard, der mich in jeder Hinsicht stets unterstützte und motivierte und mir immer den nötigen Freiraum gab und gibt, meinen Interessen nachzugehen.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER TEIL</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Die Frühgeburt</b>	<b>3</b>
2.1.1	Implikationen einer Frühgeburt für das Kind	4
2.1.2	Implikationen einer Frühgeburt für die Eltern	5
<b>2.2</b>	<b>Die Eltern-Kind-Beziehung</b>	<b>6</b>
2.2.1	Bindungsprozess im Falle einer Frühgeburt	7
<b>2.3</b>	<b>Forschung zur Rolle des Vaters</b>	<b>8</b>
2.3.1	Das Phasenmodell	8
2.3.2	Das Rahmenmodell	9
2.3.3	Forschung zum Vater in der Bindungstheorie	11
<b>2.4</b>	<b>Die Rolle des Vaters bei einer Frühgeburt</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Ausgangslage</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Hypothesen</b>	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>19</b>
<b>3.4</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>20</b>
<b>3.5</b>	<b>Instrumente</b>	<b>21</b>
3.5.1	Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion nach dem CARE-Index	21
3.5.2	Fragebogen	23
3.5.3	Klinikbezogene Variablen	26
<b>3.6</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>27</b>
3.6.1	Soziodemografische Angaben zu den Stichproben	27
3.6.2	Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und den kindlichen Diagnosen	34
3.6.3	Besuchsverhalten der Eltern und Kangarooing	37
<b>3.7</b>	<b>Deskriptive Datenanalyse</b>	<b>39</b>
<b>3.8</b>	<b>Explorative Datenanalyse</b>	<b>42</b>

<b>4</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>Diskussion der Hypothesen .....</b>	<b>48</b>
4.1.1	Die Interaktion, gemessen am CARE-Index von Vätern mit ihren frühgeborenen Kindern	48
4.1.2	Das Stresserleben der Väter bei einer Frühgeburt.....	50
4.1.3	Befindlichkeit der Väter bei einer Frühgeburt.....	51
4.1.4	Erlebte Unterstützung in der Partnerschaft.....	52
4.1.5	Soziodemografische Einflussfaktoren .....	53
<b>4.2</b>	<b>Weitere Ergebnisse.....</b>	<b>54</b>
4.2.1	Weitere Ergebnisse im Zusammenhang mit dem Stresserleben bei der Geburt .....	54
4.2.2	Weitere Ergebnisse im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Väter .....	55
<b>4.3</b>	<b>Limitationen der Studie .....</b>	<b>56</b>
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>57</b>
<b>5</b>	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURANGABEN .....</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>69</b>

# 1 Einleitung

Gemäss dem Bundesamt für Statistik BFS (2010) betrug die Frühgeborenenrate in der Schweiz im Jahre 2008 7.5 %, womit sich die Schweiz im oberen Mittelfeld Europas bewegt. Dagegen wird in den USA von einer Frühgeborenenrate von 12–13 % (Goldenberg, Culhane, Iams & Romero, 2008) und in Entwicklungsländern gar von 25 % ausgegangen. Letzteres hat insbesondere damit zu tun, dass Mütter in Entwicklungsländern sehr viel häufiger Infektionskrankheiten wie Malaria und HIV ausgesetzt sind (Steer, 2005).

Aufgrund medizinischer Fortschritte ist es heute möglich, immer kleinere Frühgeborene ausserhalb des Mutterleibes am Leben zu erhalten. Dabei handelt es sich um eine nicht ganz unproblematische Entwicklung, bedenkt man, dass der Säugling dafür diversen schmerzhaften medizinischen Interventionen ausgesetzt wird und möglicherweise noch als Kind an den Spätfolgen seiner Frühgeburt leiden muss. Auch seitens der Eltern wird die Frühgeburt als ein höchst stressvolles Geschehen erlebt, welches häufig mit Gefühlen der Angst und Sorge um das Kind und um die Gesundheit der Mutter einhergeht und einen weitgehend natürlichen Übergang zur Elternschaft verunmöglicht. In dieser Situation höchster Beanspruchung ist es hilfreich, mögliche Ressourcen oder Stressoren zu identifizieren, welche Einfluss auf eine erfolgreiche Problembewältigung haben.

Als eine wichtige Quelle für eine bessere Genesung und Entwicklung kranker Säuglinge und Kinder wurde in England bereits Mitte des letzten Jahrhunderts die Beziehung der Eltern mit ihren Kindern identifiziert (van der Horst & van der Veer, 2009).

In der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung einer guten Bindungsqualität zwischen den Eltern und den Kindern durch das stressvolle Ereignis und dessen unmittelbare Folgen beeinträchtigt wird. Insbesondere die Mutter-Kind-Beziehung dürfte unter den gegebenen Umständen leiden, da sowohl die Mutter als auch der Säugling in ihrem ganzheitlichen körperlichen Erleben betroffen sind. Diese Ausgangslage hat auch einen Einfluss darauf, wie die Väter ihre neue Rolle wahrnehmen können und wie sich diese gestaltet. Im Speziellen interessiert sich die Untersuchung dafür, ob aufgrund häufig auftretender gesundheitlicher Schwierigkeiten seitens der Mütter und aufgrund der Tatsache, dass die Säuglinge bei einer Frühgeburt die erste Zeit ihres Lebens auf der neonatalen Intensivstation verbringen müssen, die Väter einen aktiveren Part in der Betreuung ihrer Kinder übernehmen und somit einen leichteren Zugang zu den Säuglingen haben als die Mütter. Gleichzeitig soll untersucht werden, ob die Interaktion der Väter mit

ihren Frühgeborenen sich in ihrer Qualität von jener von Vätern von mit Termingeborenen unterscheidet.

Der erste Teil der Arbeit wird die theoretische Grundlage für die Untersuchung legen, wo für relevante Literatur und bisherige Forschungsergebnisse verarbeitet werden.

Im Theorieteil der Arbeit werden zuerst die Fragestellungen, der Aufbau und die Durchführung der Studie dargestellt, um dann die Ergebnisse vorzustellen.

Den Abschluss der Arbeit bildet die Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstands.

## 2 Theoretischer Teil

Im Folgenden soll zuerst darauf eingegangen werden, welche Implikationen eine Frühgeburt auf Kind und Eltern haben kann. In einem weiteren Schritt soll die Rolle des Vaters für die Entwicklung des Kindes behandelt werden, um diese dann in der speziellen Situation der Frühgeburt zu reflektieren.

### 2.1 Die Frühgeburt

Von einer Frühgeburt spricht man, wenn das Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) auf die Welt kommt. Im ICD-10 werden Frühgeburten sowohl nach Gestationsalter<sup>1</sup> als auch nach Gewicht klassifiziert:

Tabelle 1: Klassifikation nach Gestationsalter und Geburtsgewicht

P07.0	Neugeborenes mit extrem niedrigem Körpergewicht (999 Gramm oder weniger)
P07.1	Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht (1.000 bis 2.499 Gramm)
P07.2	Neugeborenes mit extremer Unreife (Gestationsalter von weniger als 28 vollendeten Wochen [von weniger als 196 vollendeten Tagen])
P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene (Gestationsalter von 28 bis 36 vollendeten Wochen [ab 196 vollendete Tage bis unter 259 vollendete Tage])

( Helmer, 2007)

Die Ursachen für eine Frühgeburt sind vielfältig. Auch in den entwickelten Ländern gehören Infektionen bei den Müttern zu den häufigsten Ursachen. Aber auch ein tiefer sozialer Status, das Alter der Mutter oder Nikotinabusus können eine Rolle spielen (don & Clark, 2010). Auf kindlicher Seite handelt es sich bei den Ursachen meist um Entwicklungsstörungen oder Fehlbildungen (Inselspital Bern, 2011). Weitere Risiken bilden Mehrlingsschwangerschaften, welche im Zusammenhang mit den Entwicklungen der letzten Jahre im Bereich der Reproduktionsmedizin zugenommen haben. Und auch bei Einlingsschwangerschaften nach In-Vitro-Fertilisationen muss häufig früher entbunden werden (Goldenberg et al., 2008). Goldenberg et al. (2008) unterscheiden drei Formen von Frühgeburt: einerseits aufgrund medizinischer Indikationen seitens Mutter oder Kind entweder eingeleitete Geburten oder durch Kaiserschnitt beendete Schwangerschaften (20–35 %), dann Frühgeburten aufgrund frühzeitiger Wehen (40–45 %) oder solche als Folge eines Blasensprungs (25–30 %).

---

<sup>1</sup> Das Gestationsalter orientiert sich am ersten Tag der letzten Menstruation vor der Schwangerschaft.



In den letzten drei Monaten der Schwangerschaft stehen das generelle Wachstum des Kindes, die Entwicklung des Zentralen Nervensystems und der Lungenfunktion sowie die Differenzierung der Sinnesorgane im Vordergrund (Hänsenberger-Aebi, 2007). Die kindlichen Organe funktionieren bei einer Frühgeburt noch nicht vollständig und die primäre Aufgabe der Fachpersonen der Neonatologie liegt darin, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und angemessene medizinische Unterstützung zu leisten (Don & Clark, 2010). Sowohl sehr kleine Frühgeborenen als auch terminnahe Frühgeburtten (ab SSW 34) haben ein generell erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (Helmer, 2007). Insbesondere die sehr kleinen Frühgeborenen benötigen intensive medizinische Betreuung, um ihr Überleben und ihre Weiterentwicklung ausserhalb des mütterlichen Körpers zu gewährleisten (Berger, Büttiker, Fauchère, Holzgreve, Kind et al., 2011), wobei die dabei eingesetzten medizinischen Massnahmen für das Kind häufig mit grossen Schmerzen verbunden sind (Hänsenberger-Aebi, 2007).

Im Folgenden soll auf mögliche Probleme in der Entwicklung von frühgeborenen Kindern eingegangen werden.

### **2.1.1 Implikationen einer Frühgeburt für das Kind**

Studien, die auf die Spätfolgen einer Frühgeburt fokussieren, weisen auf ein erhebliches Risiko von Entwicklungsstörungen von sehr früh geborenen Kindern hin. Vohr, Wright, Poole und McDonald (2005) konnten nachweisen, dass Kinder mit extrem niedrigem Körpergewicht (extremely low birth weight, ELBW) noch immer häufig an neuronalen Entwicklungsstörungen leiden. Wenngleich diesbezüglich Fortschritte erzielt werden konnten, machen auch Bucher, Ochsner und Fauchère (2003) und Bucher, Killer, Ochsner, Vaihinger & Fauchère (2001) in ihren Studien auf die Zunahme von infantilen Zerebralpareesen bzw. Entwicklungsretardierungen frühgeborener Kinder aufmerksam.

Gewisse Entwicklungsstörungen lassen sich erst im Schulalter oder gar erst in der Adoleszenz der Kinder erkennen. Bhutta, Cleves, Casey, Craddock & Anand (2002) konnten aufzeigen, dass die durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten von frühgeborenen Kindern weniger ausgeprägt sind als jene von termingeborenen Kindern. Gleichzeitig fanden sie ein erhöhtes Vorkommen von ADHS unter frühgeborenen Kindern. Auch Reijneveld et al. (2006) haben aufgezeigt, dass sich bei Kindern, die sehr frühgeboren waren und/oder bei Geburt ein sehr niedriges Körpergewicht (<1500 g) aufgewiesen hatten, mit fünf Jahren

eine eher generell problematische soziale und emotionale Entwicklung mit einer Tendenz zur Externalisierung und zu Aufmerksamkeitsstörungen beobachtet werden konnte. Dieses Verhalten scheint auch in der Adoleszenz weiter zu bestehen. Gemäss einer Befragung durch Dahl et al. (2006) von Eltern von Kindern mit sehr niedrigem Körpergewicht bei Geburt zeigten die männlichen Jugendlichen häufiger soziale Probleme und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Schulprobleme, wobei die weiblichen Jugendlichen bei einem sonst ähnlichen Bild eher zu einem internalisierenden Verhalten tendierten (vgl. dazu auch Hack, Flannery, Schluchter, Cartar, Borawski & Klein, 2002).

Diese Ausführungen lassen darauf schliessen, dass sich bei Frühgeborenen nicht nur die Startbedingungen schwieriger gestalten, sondern dass sowohl für Kinder als auch für Eltern die Frühgeburt häufig eine dauerhafte Herausforderung darstellt. Im Folgenden soll auf die Bedeutung einer Frühgeburt für die Eltern näher eingegangen werden.

### **2.1.2 Implikationen einer Frühgeburt für die Eltern**

Eine Frühgeburt ist auch für die Eltern ein stressvolles und belastendes Ereignis. Das vorzeitige und meist abrupte Ende der Schwangerschaft nimmt den Eltern und insbesondere der Mutter wichtige Zeit, sich auf das Kind einzustellen (Gloger-Tippelt, 1988). Dabei spielen nicht nur intrapsychische Faktoren eine Rolle, sondern auch ganz praktische Aspekte wie z.B. das Einrichten des Kinderzimmers können zu kurz kommen (Pedespan, 2004).

Das Geburtsgeschehen, die invasive medizinische Behandlung und die Trennung vom Kind können insbesondere von der Mutter als traumatisierend erlebt werden und die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) hervorrufen (Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex & Ansermet, 2002; Muller-Nix et al, 2004). Blumberg (1980) sowie Singer, Davillier, Bruening, Hawkins und Yamashita (1996) konnten in ihren Untersuchungen bei Müttern frühgeborener Kindern zum Zeitpunkt des Spitalaustrittes ein erhöhtes Vorkommen von depressiven Symptomen und Ängstlichkeit nachweisen.

Generell können Eltern mit Gefühlen der Hilf- und Nutzlosigkeit auf eine Frühgeburt reagieren, da sie ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Versorgung ihres Kindes, nicht nachkommen können (Bürgin, 2006; Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Gleichzeitig mischen sich darin Ängste um das Überleben und Gedeihen des Kindes, Schuldgefühle sowie Enttäuschung und Trauer, kein „normales“ Kind zu haben. Gemäss einer Studie von

Löhr, von Gontard und Roth (2000) zu den Coping-Strategien der Eltern in Zusammenhang mit einer Frühgeburt erlebten sowohl der Vater als auch die Mutter die Unterstützung des Umfelds und Gespräche über das Geschehene als besonders hilfreich. Dies entspricht auch den Resultaten einer Untersuchung von Kaaresen, Ronning, Ulvund und Dahl (2006), die eine signifikante Stressreduktion bei Eltern feststellen konnten, die an einem Interventionsprogramm teilnahmen, anlässlich dessen sie sich über das Erlebte austauschen konnten.

Nachdem mögliche Implikationen einer Frühgeburt für Eltern und Kind kurz dargestellt worden sind, soll im Folgenden die Eltern-Kind-Beziehung beschrieben werden. Nach einigen generellen Ausführungen soll insbesondere auf die spezifischen Umstände in Zusammenhang mit einer Frühgeburt eingegangen werden.

## **2.2 Die Eltern-Kind-Beziehung**

Für das Überleben eines Säuglings ist es von grösster Bedeutung, dass er oder sie in einer sicheren Umgebung vor Gefahren geschützt ist und dass auf seine Bedürfnisse in adäquater Weise eingegangen wird. Zur Gewährleistung einer solch sicheren Umgebung entwickelt sich zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen eine nahe Bindung (Bowlby, 1969). Diese Bindung wird aufgrund von Lernerfahrungen des Kindes als „working model“ internalisiert und bestimmt das spätere Beziehungsverhalten des Kindes und des Erwachsenen. In diesem Sinne kann von der Bindungstheorie auch von einem entwicklungspsychologischen Ansatz gesprochen werden (Crittenden, 2002).

Für den Aufbau einer gesunden und stabilen Bindung setzten Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) feinfühliges Verhalten der Mutter und des Vaters gegenüber dem Kind voraus. Dieses definiert sich dadurch, dass die Bezugsperson, meistens die Mutter, die Signale des Säuglings ohne Verzögerung wahrnimmt, richtig interpretiert und sowohl prompt als auch angemessen darauf reagiert. Solch feinfühliges Verhalten passt sich der Entwicklung des Kindes an und kann zu verschiedenen Zeitpunkten andere Verhaltensweisen umfassen: Geht es im Kontakt mit dem Säugling primär darum, sein Erregungsniveau zu regulieren, nimmt beim Kleinkind die Exploration der Umwelt eine immer wichtigere Rolle ein (Crittenden, 2007).

Papousek und Papousek (2002) gehen bei der Interaktion zwischen den Eltern mit ihrem Säugling von einem genetisch verankerten Verhalten aus, dem so genannten intuitiven Elternprogramm. Dabei zeigen sowohl die Mutter als auch der Vater spezifische Verhal-

tensweisen in Mimik und Gestik, aber auch in der Reaktionsgeschwindigkeit oder der Stimulation des Säuglings, welche dem Kind Orientierung und Lernerfahrungen ermöglichen (Lohaus, Ball & Lissmann, 2008).

Die Tatsache, dass eine gelingende Mutter-Kind-Interaktionen bei organischer Risikobelastung eine kompensatorische Wirkung auf das Gedeihen des Kindes haben kann (Hänsenberger-Aebi, 2007; van der Horst & van der Veer, 2009), macht deutlich, wie wichtig es ist, dass in der ersten Zeit in der Neonatologie die Beziehung zwischen den Eltern und ihren Kindern gefördert wird (Fegran, Helseth & Fagermoen, 2008).

### **2.2.1 Bindungsprozess im Falle einer Frühgeburt**

Zur Aktivierung des Fürsorgeverhaltens seiner Bezugspersonen sendet der Säugling Signale aus, ein Verhalten, welches seiner biologischen Prädisposition entstammt (Bowlby, 1969). Aufgrund seiner Unreife sind beim frühgeborenen Säugling diese Signale noch häufig desorganisiert und wenig stark ausgeprägt (Sajaniemi et al., 2001; Lindberg & Öhrling, 2008), was den Bezugspersonen eine Interpretation der Signale und eine adäquate Reaktion erschwert und somit den Aufbau einer soliden Bindung stören kann.

Als weitere Erschwernis im Bindungsaufbau muss das Kind während der ersten Zeit meistens im Inkubator gepflegt und somit von seiner Mutter getrennt werden, was von der Mutter als sehr stressvoll erlebt wird (Lindberg & Öhrling, 2008). Des Weiteren kann die Mutter ihr Kind über längere Zeit nicht stillen. Vor dem Hintergrund, dass der Körperkontakt einen wichtigen Beitrag zur Beziehungsentwicklung und zum Wohlbefinden des Säuglings beiträgt, wird den Eltern und dem Kind anhand von Kangarooing<sup>2</sup> körperliche Nähe und gegenseitiges sinnliches Erleben ermöglicht.

Seitens der Eltern können weitere verschiedene Aspekte den Aufbau einer emotionalen Verbindung zum Kind erschweren: Nicht nur das Kind, auch die Mutter kann durch die eine Frühgeburt auslösenden Krankheiten oder durch die Geburt selbst stark geschwächt sein. Wie weiter oben beschrieben, kann das Geburtserleben bei den Müttern zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen, die ihr verunmöglichen, sensitiv auf ihr Kind einzugehen (Pierrehumbert et al., 2002). Die Angst um das Überleben des Kindes kann auch dazu führen, dass die Eltern sich zu Beginn emotional nicht auf ihr Kind einlassen oder es sogar ablehnen (Fegran et al., 2008). Schuld- und Insuffizienzge-

---

<sup>2</sup> Beim Kangarooing wird der Säugling der Mutter oder dem Vater auf die entblösste Brust gelegt. Dem Kind wird so ermöglicht, seine Eltern sinnlich zu erleben (Wärme, Herzschlag, Geruch, Stimmen).

fühle seitens der Eltern, Trauer um ein normales Kind sowie Enttäuschung über das Neugeborene (Lindberg & Öhrling, 2008; Pedespan, 2004; Bürgin, 2006) dürften als weitere Komponenten den Bindungsprozess beeinflussen.

In der Forschung gilt das Interesse primär der Mutter-Kind-Beziehung, da die Mutter als die wichtigste Bezugsperson des Kindes angesehen wird. Die Beziehung des Vaters zu seinem Kind dagegen wird noch immer eher am Rande behandelt. Das folgende Kapitel soll zuerst einen kurzen Überblick zum heutigen Stand der Forschung zur Vaterschaft geben, um dann auf die Vaterschaft in der Bindungstheorie und zum Schluss auf die Rolle der Väter bei Frühgeborenen einzugehen.

## **2.3 Forschung zur Rolle des Vaters**

Für einen Überblick über die bisherige Forschung zur Vaterrolle eignet sich die Darstellung der Modelle von Seiffge-Krenke (2001) sowie von Eickhorst, Benz, Scholtes und Cierpka (2010), welche als nächstes vorgestellt werden sollen.

### **2.3.1 Das Phasenmodell**

Gemäss Seiffge-Krenke (2001) lässt sich die Forschung zur Vaterschaft in drei Phasen unterscheiden:

#### **1. Phase: der periphere Status von Vätern**

In dieser ersten Phase wurde anhand von Untersuchungen zum zeitlichen Investment der Väter in die Betreuung ihrer Kinder das Bild des *abwesenden Vaters* herausgearbeitet (Jahode, 1982; Power & Shank, 1988), der vor allem für die Versorgung der Familie zuständig ist.

#### **2. Phase: der Vergleich mit der Mutter**

Während der zweiten Phase lag der Fokus verstärkt auf der *Ähnlichkeit* zwischen väterlicher und mütterlicher Aktivität mit ihren Kindern. So wurde z.B. versucht herauszuarbeiten, dass werdende Väter dieselben Körpersymptome und dasselbe Schonbedürfnis aufweisen wie werdende Mütter (Broude, 1988).

#### **3. Phase: distinktive Charakteristiken des Vaters**

Erst seit dieser Phase der Vaterforschung wird vermehrt auf die „*Distinktivität*“ des väterlichen Verhaltens Rücksicht genommen. So konnte z.B. nachgewiesen werden, dass das Spielverhalten der Väter spezifische Funktionen wie die Förderung der Selbstständigkeit beinhaltet (Russel und Saebel, 1997).

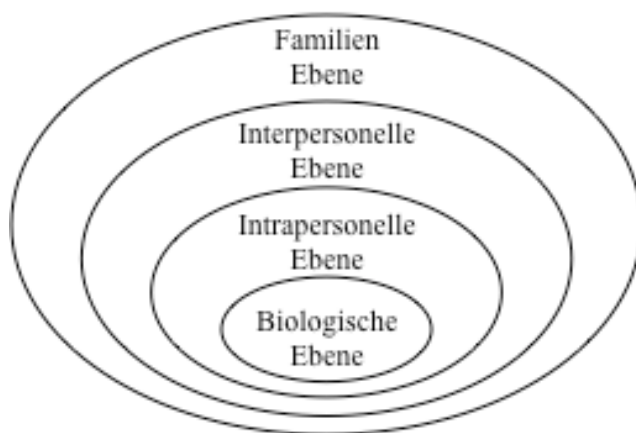
Ging die Forschung in den Phasen 1 und 2 also eher von einem defizitären Modell der Vaterschaft aus, änderte sich dies in der 3. Phase, wo vermehrt auch berücksichtigt wurde, dass die Väter einen spezifischen und wichtigen Beitrag zur Entwicklung ihrer Kinder leisten.

Von einem anderen Ansatz ausgehend und unter Berücksichtigung der Distinktivität haben Eickhorst et al. (2010) zur Darstellung des heutigen Stands der Vaterforschung ein übersichtliches Rahmenmodell entwickelt, welches im Folgenden vorgestellt werden soll.

### 2.3.2 Das Rahmenmodell

Das Rahmenmodell beschreibt eine biologische, eine intra- und eine interpersonelle Ebene sowie eine Ebene der Familie. Diese Ebenen bauen aufeinander auf und sind gleichzeitig Bestandteil voneinander. Die folgenden Ausführungen dazu greifen auf horst et al. (2010) zurück.

Abb. 1: Das Vier-Ebenen-Modell der Vaterschaft nach Eickhorst et al. (2010, S. 625)



Die **biologische Ebene** erfasst alle Aspekte, welche die evolutionären Entwicklungen betreffen. Die Zunahme des väterlichen Investments in wenige Nachkommen anstelle der Zeugung vieler Nachkommen mit wenig väterlicher Präsenz lässt darauf schliessen, dass für das Überleben der Spezies erstere Form sich besser bewährt hat. Dies wiederum bedeutet, dass die Anwesenheit des Vaters der Entwicklung der Kinder zuträglich ist (Lamb, 1997) bzw. dass die Abwesenheit des Vaters das Risiko einer ungünstigen Entwicklung in sich birgt (Hurtado & Hill, 1991).

Auf der **intrapersonellen Ebene** finden sich Grundannahmen, Einstellungen und Überzeugungen des Mannes betreffend die Elternschaft und seine Rolle als Vater. Gewisse Theorien (z.B. die Psychoanalyse, die Identifikationstheorie, die Imitationstheorie oder die Bekräftigungstheorie) gehen davon aus, dass sich die väterliche Identität mittels Identifizierung, Nachahmung oder Lernprozesse bereits in der Kindheit eines Mannes ausbildet. Neuere Ansätze orientieren sich gemäss Eickhorst et al. (2010) an der „Mutterschaftskonstellation“ von Daniel Stern (1998), welche davon ausgeht, dass die Situation, in der eine Frau zur Mutter wird, ein normales und höchst spezifisches Konstrukt darstellt. Möglicherweise entsteht auch beim Mann eine so genannte „Vaterschaftskonstellation“, welche in ihrer Ausgestaltung davon abhängt, welche Rolle der Vater in der Betreuung seiner Kinder einnimmt. Weiter wird der dynamische Ansatz des „subjektiven Vaterschaftskonzeptes“ von Matzner (2004) aufgeführt, welches Auffassungen, Einstellungen und Gefühle betreffend Kindheit, Familie und Vaterschaft beinhaltet und welches sich im Laufe der Zeit aufgrund persönlicher Erfahrungen verändern kann.

Auf der **interpersonellen Ebene** führen Eickhorst et al. (2010) Forschungsergebnisse auf, welche im Zusammenhang mit dem Übergang zur Elternschaft zusammenhängen. Einerseits ist die Elternschaft mit vielen positiven Vorstellungen verknüpft wie z.B. die gesellschaftliche Bedeutung, das Sinn gebende und die eigenen Entwicklungsaufgaben für Eltern. Andererseits geht die Geburt eines Kindes meist mit grossen Veränderungen in der Paarbeziehung einher, welche für alle Beteiligten zu einer Belastungsprobe werden kann (Frevert, Cierpka, Joraschky, 2008). Die neu konstellierte Beziehung zeichnet sich dadurch aus, inwieweit es den Eltern gelingt, eine Zusammenarbeit zu etablieren. Ein gelungenes Co-Parenting hängt weniger davon ab, welche Kompetenzen der Vater sich selbst zuweist, als vielmehr auch davon, welche Rolle er von seiner Partnerin zugewiesen erhält. Dieses „Gatekeeping“ der Frauen beeinflusst in der Folge nicht nur die effektive Beteiligung des Vaters, sondern ebenso sein eigenes Rollenverständnis (Kalicki, Peitz, Fthenakis, 2002; Cannon, Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf, Brown & Szewczyk Sokolowski, 2008).

Auf der letzten beschriebenen Ebene, der **Familien-Ebene**, geht es um die Rolle, die Väter innerhalb der Familie einnehmen. So unterschieden Lamb, Pleck, Charnov und Levine (1987) folgende Faktoren väterlicher Beteiligung: die Erreichbarkeit des Vaters (accessibility), welche unabhängig davon ist, ob tatsächlich kommuniziert wird oder nicht; das Engagement (engagement), welches die tatsächliche Häufigkeit der Interaktion zwischen

Vater und Kind beschreibt; die Verantwortung (responsibility), welche durch die Form definiert wird, wie der Vater die Verantwortung für die Versorgung des Kindes übernimmt. Diese Variablen haben sich in den letzten Jahren verändert und der Mann ist heute vermehrt nicht mehr alleiniger Versorger, sondern auch der Erzieher für seine Kinder geworden (Fthenakis & Minsel, 2002). Es konnte bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden, dass die Quantität des väterlichen Involvements einen wesentlichen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth & Lamb, 2000; Lamb & Tamis-LeMonda, 2004). Dagegen konnte nachgewiesen werden, dass der fehlende Vater einen negativen Einfluss auf die Entwicklung eines Kindes nehmen kann, indem häufigere Schwierigkeiten in der Schule, Aggressionsprobleme bei Jungen (D'Andrade, 1973; McLanahan & Teitler, 1999) oder frühere sexuelle Aktivität bei Mädchen beobachtet werden konnte (Ember & Ember, 2002).

Nach diesen allgemeinen Ausführungen zum Stand der Vaterforschung soll im Folgenden auf die Rolle des Vaters innerhalb der Bindungsforschung eingegangen werden.

### **2.3.3 Forschung zum Vater in der Bindungstheorie**

Wie bereits weiter oben erwähnt, lag das hauptsächliche Interesse der Bindungsforschung lange Zeit auf der Mutter-Kind-Dyade, wobei der Einfluss des Vaters als weniger wichtig angesehen wurde (von Kitzling, Simoni, Amsler & Bürgin, 1999). Bereits Bowlby (1969) wies darauf hin, dass ein Kind Bindungen zu verschiedenen Personen aufbauen kann, wobei er davon ausging, dass das Kind dabei Präferenzen entwickeln würde – normalerweise für die Mutter.

Für Aussagen zur Vater-Kind-Beziehung wurden innerhalb der Forschung zur Bindungstheorie häufig ähnliche Verfahren (wie z.B. das Experiment der Fremden Situation) angewendet, wie sie sich bei der Mutter-Kind-Beziehung bewährt hatten (Grossmann et al., 2002). Van Ijzendoorn und de Wolff (1997) konnten jedoch in ihrer viel zitierten Meta-studie solcher Untersuchungen keinen signifikanten Bezug zwischen väterlicher Sensitivität und der Qualität der Vater-Kind-Bindung nachweisen. Zu einem vergleichbaren negativen Ergebnis kam die Untersuchung von Braungart-Riecker, Garwood, Powers und Wang (2001).

Solche Studien liessen den Schluss zu, dass sich für Aussagen zur Vater-Kind-Bindung nicht dieselben Instrumente eigneten, wie sie für die Mutter-Kind-Bindung angewandt wurden. John und Halliburton (2010) folgerten aufgrund ihrer Durchsicht verschiedener



Studien (Bowlby, 1988; Cox, Owen, Henderson & Margand, 1992; Lamb, Hwang, Frodi & Frodi, 1982; Main & Weston, 1981; van Ijzendoorn & de Wolff, 1997), dass die Einschätzung der Vater-Kind-Bindung unabhängig von jener der Mutter-Kind-Bindung zu geschehen habe.

Im Folgenden soll die besondere Qualität der Vater-Kind-Interaktion beschrieben werden, welche für valide Aussagen bei der Forschung zu den Vätern berücksichtigt werden muss.

### **Vater-Kind-Interaktion**

In verschiedenen europäischen und nicht-europäischen Ländern konnte das Spiel als die wichtigste Interaktionsform von Vätern mit ihren Kindern identifiziert werden (Hewlett, 1992; Lamb, 1997). Lamb (1997) konnte beobachten, dass Väter ihre Kinder vor allem zum Spielen in den Arm nahmen, während Mütter häufiger die Kinder für pflegendes und fürsorgliches Handeln im Arm hielten. Grossmann et al. (2002) stellten des Weiteren fest, dass Väter vor allem dann mit ihren Kindern spielten, wenn diese zufrieden waren. Zeigten die Kinder ein unzufriedenes Verhalten, wurden sie häufig an die Mutter verwiesen. Im Spiel wiederum bevorzugten die Väter eine mehr physische Interaktion mit ihren Kindern, als dies Mütter taten (Clarke-Stewart, 1978). In diesem Sinne beschreibt auch Paquette (2004) den väterlichen Interaktionsstil als mehr auf Aktivierung angelegt, wobei das Kind durch den Vater stimuliert und erregt wird. Aufgrund der dabei erlebten Intensität und Dynamik bildet dieser Interaktionsstil für die Kinder eine gute Möglichkeit, die emotionale Selbstregulation und ihre Kommunikation zu „verfeinern“ (Kindler & Grossmann, 2008, S. 249).

Dabei agiert der Vater für seine Kinder als Verbindung zur Aussenwelt (Lamb, 1997) oder als Vermittler von kulturellen Werten (Hewlett, 1992; Harkness & Super, 1992). In ihrer Bielefelder Längsschnittstudie konnten Grossmann et al. (2002) nachweisen, dass der Vater insbesondere durch seine feinfühliges Unterstützung des kindlichen Explorationsverhaltens auf die sozial-emotionale Entwicklung sowie auf die Bindungsentwicklung des Kindes Einfluss nimmt. Die so gebildeten inneren Bindungsmodelle konnten in Zusammenhang mit dem Beziehungsverhalten der Kinder in engen Freundschaften im Jugendalter gebracht werden.

Grossmann et al. (2002) unterscheiden eine enge von einer weiten Auslegung der Bindungstheorie: Einerseits wurde hauptsächlich die Reaktion der Bezugspersonen auf kindliche Belastungssignale beobachtet, um Aussagen über die erlebte Sicherheit des Kindes

(sichere Basis) machen zu können. In der weiter gehenden Interpretation der Bindungstheorie wird von Grossmann et al. (2002) und Thompson (1998) darauf hingewiesen, „dass das Phänomen der sicheren Basis nur eine Form der Organisation von Exploration und Bindung ist (...)“ (zit. nach Kindler und Grossmann, 2002, S. 250). Als ebenso wichtig für die psychische Sicherheit muss also die Sicherheit der Exploration selbst angesehen werden, welche im herausfordernden väterlichen Verhalten erlebt wird.

Die Ausgestaltung väterlicher Fürsorglichkeit wiederum hängt von verschiedenen Aspekten ab. In der folgenden Darstellung wird der Argumentation von Kindler & Grossmann (2008) gefolgt.

Belsky (1984) hat die Faktoren, welche das väterliche Engagement beeinflussen, in drei Kategorien eingeteilt: persönliche Merkmale des Elternteils und des Kindes sowie der soziale Kontext. Hinsichtlich der persönlichen Merkmale des Vaters konnte nachgewiesen werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Spielfeinfühligkeit des Vaters mit seinem eigenen inneren Bindungsmodell besteht: Väter mit einem sicheren Bindungsmodell zeigten sich im Spiel sowohl mit dem Kleinkind als auch mit dem Kind mit sechs Jahren feinfühlig, unterstützender und auch angemessener herausfordernd.

Seitens des Kindes konnte festgestellt werden, dass das Geschlecht des Kindes eine Rolle spielen kann: So kümmerten sich Väter verschiedener Kulturen intensiver und beständiger um ihre Söhne als um ihre Töchter (Tamis-LeMonda & Cabrera, 1999). Des Weiteren gibt es Hinweise, dass sich die Väter bei Krankheiten, Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder tendenziell aus der Betreuung zurückziehen und die Beziehungen zu ihren Kindern eher negativ erleben (Phares & Compas, 1992).

Untersuchungen zu förderlichen sozialen Kontexten lassen darauf schliessen, dass Väter in belasteten Beziehungen ein kleineres Engagement in der Betreuung ihrer Kinder zeigten (Coiro & Emery, 1998). Gründe dafür können einerseits eine generelle Tendenz des Mannes sein, sich bei Problemen zurückzuziehen. Andererseits kann es auch daran liegen, dass die Mütter den Vätern den Zugang zu ihren Kindern erschweren (Beitel & Parke, 1998).

Einen weiteren wichtigen Einfluss dürfte die Berufstätigkeit des Vaters spielen. Hier lässt sich aufzeigen, dass das zeitliche Engagement des Vaters im Beruf negativ mit dem Engagement in der Kindererziehung korreliert (Gottfried, Gottfried & Bathurst, 2002; Repetti, 1994). Andererseits scheint eine anregende berufliche Tätigkeit einen positiven Einfluss auf die Interaktion der Väter mit ihren Kindern zu haben (Greenberger, O'Neil & Nagel, 1994).

In diesem Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass in der Forschung zur Vater-Kind-Beziehung das für Väter spezifische Interaktionsverhalten mit ihren Kindern berücksichtigt werden muss (siehe auch Kapitel 2.3.1). Dieses zeichnet sich vor allem durch einen spielerischen Zugang zum Kind aus, welcher das Kind in der Entwicklung seiner emotionalen Selbstregulation und seiner Explorationsfreude unterstützt. Wie intensiv sich ein Vater engagiert und inwieweit es ihm gelingt, seinem Kind eine sichere Basis für die Exploration und für die Entwicklung von Selbstständigkeit zu bieten, scheint von verschiedenen Aspekten wie dem Geschlecht und der Gesundheit des Kindes, der Beziehung zur Mutter sowie vom eigenen inneren Bindungsmodell abzuhängen.

Die Frühgeburt dagegen bildet eine Ausnahmesituation, in welcher weder die Mutter noch der Vater zu Beginn in der Lage sind, ihre Elternrolle vollumfänglich auszufüllen. Im Folgenden soll versucht werden, die Rolle des Vaters in dieser Situation zu erfassen.

#### **2.4 Die Rolle des Vaters bei einer Frühgeburt**

Bei einer Frühgeburt findet der Erstkontakt zwischen den Eltern und ihren Kindern in der Neonatologie statt und in den ersten Wochen danach hat die Situation der Hospitalisierung einen relevanten Einfluss auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung (siehe auch Kap. 2.2).

Studien, welche die Situation der Väter bei der Frühgeburt untersuchen, gibt es nur wenige und diese behandeln häufig die erste Zeit nach der Geburt auf der Neonatologie. Dabei fokussieren gewisse Untersuchungen auf die Rolle des Vaters als Unterstützung für die Mutter. So konnten z.B. Ghosh, Wilhelm, Dunkel-Schetter, Lombardi und Ritz (2010) anhand einer breit angelegten Studie in Los Angeles aufzeigen, dass mangelnde väterliche Unterstützung bereits während der Schwangerschaft ein Risiko für eine Frühgeburt darstellen kann. Oder Lee, Shandor Miles und Holditch-Davis (2006) fanden heraus, dass Mütter von kranken, sowohl früh- als auch termingeborenen Kindern die Unterstützung durch ihre Partner während der Hospitalisation als hilfreich erlebt hatten, wobei die väterliche Unterstützung – anders als weiter vorne beschrieben – bei Mädchen als grösser erlebt wurde als jene bei Knaben.

In diesem Kapitel soll jedoch weniger auf die Rolle des Vaters als unterstützende Bezugsperson für die Mutter eingegangen werden, sondern mehr die Perspektive des Vaters selbst übernommen werden.

Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass das Stresserleben der Väter mit einem pflegebedürftigen Kind in der Neonatologie unterschätzt wurde (Deeney, Lohan, Parkes & Spence, 2009; Pohlman, 2009).

In Interviews mit 18 Männern zu ihrer Befindlichkeit als Väter eines Säuglings auf der Neonatologie stellten Koppel und Kaiser (2001) ein grosses Bedürfnis der Männer fest, über die Geburtssituation selbst zu sprechen. Die bei der Geburt erlebten Gefühle von Stress, Angst und Sorge um die Familie wie auch von Ausgeschlossenheit aus dem Geschehen schienen die Männer nachhaltig zu belasten.

Joseph, Mackley, Davis, Spear und Locke (2007) befragten 22 Väter anhand einer Selbsteinschätzung mit der „Parental Stressor Scale (PSS:IH)“ und fanden heraus, dass alle befragten Väter unabhängig von der Länge des Aufenthaltes im Spital Stress erlebten (S. 324). Dabei liessen sich als die am stärksten Stress erzeugenden Variablen folgende Aspekte herauskristallisieren: erleben zu müssen, dass das Kind unter Schmerzen litt, sowie die damit verbundene Hilflosigkeit, ihr Kind nicht vor diesen Schmerzen bewahren zu können.

Dieselbe Forschergruppe (Mackley, Locke, Spear & Joseph, 2010) untersuchte die Entwicklung des Stresslevels und der depressiven Symptome bei Vätern an drei verschiedenen Zeitpunkten über eine Spanne von 35 Tagen. Dabei konnten sie aufzeigen, dass die depressive Verstimmung mit der Zeit abnahm. Dagegen blieb der empfundene Stresslevel zu allen drei Zeitpunkten unverändert hoch, wobei kein Zusammenhang mit der Schwere der Erkrankung des Kindes erkennbar wurde. Die bei der Messung des Stresserlebens durch die PSS:IH erhobenen Subskalen wie „Parental Role Alteration“, „Infant Appearance and Behaviour“ sowie „NICU Sights and Sounds“ (NICU = Neonatal Intensive Care Unit) blieben ebenfalls bei allen Messungen auf einem ähnlichen Niveau.

Auch Lundqvist und Jakobsson (2003) konnten in ihrer Untersuchung Stresserleben bei Vätern ausmachen, wobei der Stress hier als Schwierigkeit der Väter verstanden wurde, die verschiedenen Rollen als Ehemänner und Väter sowie ihre Berufstätigkeit miteinander zu vereinen. Dies wird auch in den Interviews von Pohlman (2009) mit neun Vätern deutlich: Die Wichtigkeit ihrer Rolle als Ernährer der Familie wurde mit der Geburt des Kindes nochmals offensichtlicher und liess die Männer mit grösserem Eifer zur Arbeit gehen als zuvor. Gleichzeitig fühlten sie sich häufig überfordert, neben den Besuchen im Spital alle weiteren Funktionen bei der Arbeit oder im Haushalt zu erfüllen sowie möglicherweise die Betreuung weiterer Kinder zu gewährleisten.

Immer kann auch eine grosse Sorge der Männer um ihre Partnerin und um das Kind ausgemacht werden. Die Väter berichteten über ein Erleben von Hilflosigkeit, die Familie nicht beschützen oder aktiv an der Pflege teilnehmen zu können (Lundqvist und Jakobsson, 2003; Pohlman, 2009). Neben dem Wunsch nach aktiver Pflegebeteiligung erwähnten die Väter als weitere, Stress mindernde Komponenten die Unterstützung durch ihre Familie, Freunde und durch das medizinische Personal sowie den Erhalt von ausreichend Informationen über den Gesundheitszustand ihrer Partnerinnen und Kinder. Lundqvist und Jakobsson (2003) entwickelten aufgrund der Aussagen der Väter ein Konzept des Kontrollerlebens: Je mehr erlebte Unterstützung, Sicherheit durch Information und verbindende Momente mit dem Kind durch Pflege, desto mehr fühlten sich die Väter unter Kontrolle und in der Lage, die Situation zu meistern.

Auch eine Studie von Arockiasamy, Holsti und Albersheim (2008) brachte die Wichtigkeit des Kontrollerlebens der Väter als hauptsächliches Untersuchungsergebnis hervor. Dabei wurde das Kontrollerleben von folgenden Komponenten beeinflusst: die Weltanschauung der Väter, die Information, die Kommunikation, die Rollendefinition sowie externe Aktivitäten. Zur Weltanschauung gehörten Überzeugungen wie Positives Denken, religiöse Überlegungen oder Sinngebung der Situation. Das wiederkehrende Thema der Information und Kommunikation beinhaltete das Gefühl der Väter, von den zuständigen Personen genügend Informationen über ihre Kinder und Partnerinnen zu erhalten. Dabei wünschen sich Väter eine Bezugsperson, die ihr Kind über eine längere Zeit betreuen und somit über einen gewissen Wissensstand über den Zustand ihrer Kinder verfügen (vgl. auch Pohlman, 2009). Bei der Definition der Vaterrolle zeigte sich wiederum die Belastung durch die Vielfalt der von den Männern übernommenen Aufgaben. Neu in dieser Studie konnte die Rolle eines „Aufpassers“ elaboriert werden, der bei der Beobachtung der Tätigkeiten des Pflegepersonals eine Form von „hyper-vigilance“ entwickelt (S. 220).

Einzelne von Pohlman (2009) interviewte Väter erzählten von einem erlebten Machtgefälle zwischen ihnen und den Pflegefachfrauen. Dieses Machtgefälle wurde einerseits durch den selbstverständlichen Wissensvorsprung der Fachfrauen bezüglich der Pflege der Neugeborenen erklärt, andererseits spielte im Erleben der Männer eine spezielle Mann-FrauDynamik eine Rolle. Als Beispiele dazu wurde von der willkürlich erlebten Durchsetzung von Regeln oder der Nichtbeachtung der Väter auf der Station durch die Schwestern berichtet. Nagorski Johnson (2008) weist in diesem Zusammenhang auf die Schwierigkeit des Pflegepersonals hin, in den vorgegebenen Grenzen der Intensivstation sowohl das

physische Gedeihen der Kinder zu gewährleisten als auch den Bindungsprozess mit den Eltern zu unterstützen sowie die Eltern selbst in die Pflege einzubeziehen.

Zu einem diesbezüglich anderen Ergebnis kamen Lindberg, Axelsson und Örling (2008), die acht Männer in Schweden zu ihren Erfahrungen als Väter frühgeborener Kinder interviewten. Alle diese Männer fühlten sich im Spital gut betreut und von den Fachleuten gut für den Umgang mit ihrem Kind instruiert. Der im Verhältnis zu Vätern von termingeborenen Kindern verstärkte Einbezug in die Pflege des Neugeborenen wurde als positiv erlebt und während der intensiven Zeit im Spital konnten die Väter ihre Kinder besser kennenlernen. Die Gefühle zum Kind entwickelten sich über die Zeit hinweg und die Väter nahmen an, aufgrund der Frühgeburt eine stärkere Bindung zum Kind zu haben als Väter von Termingeborenen. Bei der Entwicklung der Gefühle für die Kinder scheint der Körperkontakt eine ausschlaggebende Rolle zu spielen. Je häufiger Väter ihre Kinder spürten, desto weniger fühlten sie sich von ihnen „disconnected“ (Lundqvist & Jakobsson, 2003, S. 30). Gleichzeitig scheinen Väter früher Gefühle der Liebe für ihr Kind zu erfahren, je früher sie ihr Kind im Arm halten konnten (Sullivan, 1999).

Dem Austritt aus dem Spital wurde mit gemischten Gefühlen von Angst und Vorfreude entgegen gesehen, da dann die ganze Verantwortung der Pflege bei ihnen und ihren Partnerinnen lag. Der Übergang zur Elternschaft wurde jedoch erst mit dem Austritt als Realität erlebt.

Die Rolle des Vaters bei einer Frühgeburt scheint also eine vielfältige zu sein und ihn sowohl innerhalb als auch ausserhalb der neonatalen Intensivstation stark zu beanspruchen. Dies wiederum manifestiert sich im subjektiven Stresserleben der Männer, welches vermutlich bisher eher unterschätzt wurde. Als Stress mindernder Faktor wird neben der Unterstützung des Umfelds und des Pflegepersonals die Möglichkeit genannt, sich an der Pflege des Kindes zu beteiligen. Damit wurde den Vätern einerseits eine Form von Kontrollerleben ermöglicht, andererseits wird der so entstandene Körperkontakt als hilfreich beim Bindungsaufbau zwischen dem Vater und dem Kind erlebt. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Beziehungsqualität der Eltern mit ihren Kindern einen Einfluss auf die Genesung des Kindes hat, ist dieser Aspekt Gegenstand der vorliegenden Studie.

Beim folgenden Kapitel handelt es sich um den empirischen Teil der Arbeit, worin die eigentliche Untersuchung und deren Ergebnisse vorgestellt werden sollen.

### **3 Empirischer Teil**

Dieser Teil der Arbeit beschreibt ausgehend von den Hypothesen die Erhebung der Stichprobe, die Methodik der Untersuchung sowie die Resultate, welche Grundlage der anschließenden Diskussion bilden.

#### **3.1 Ausgangslage**

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer von der Novartis Stiftung mitfinanzierten Gesamtstudie unter der Leitung von Frau Dr. Agnes von Wyl zur Interaktion von Eltern mit ihren Säuglingen. Dabei wurde 2008 am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Basel und in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Basel die Interaktion von Eltern mit ihren termingeborenen Kindern untersucht. In einem zweiten Schritt interessierte die Frage, ob sich Unterschiede in der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion beobachten liessen, wenn es sich um frühgeborene Kinder handelte. In Zusammenarbeit mit dem Universitäts-Kinderspital Zürich wurden an der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften zwei Masterarbeiten erstellt. Gegenstand der ersten Teilstudie war die Mutter-Kind-Interaktion (Bachmann, 2010). Die im Rahmen der vorliegenden zweiten Masterarbeit präsentierte Teilstudie befasst sich mit der Rolle der Väter und ihrer Interaktion mit den frühgeborenen Säuglingen.

Im Folgenden sollen die der Untersuchung zugrunde liegenden Hypothesen aufgeführt werden.

#### **3.2 Hypothesen**

Die klinische Beobachtung zeigt, dass sich Väter von Frühgeborenen in der ersten Zeit oftmals intensiver um die Säuglinge kümmern als Mütter. Entsprechend zeigten dann Väter von Frühgeborenen einen sensitiveren Umgang mit ihren Kindern als die Mütter.

***Hypothese 1:*** Die Väter von Frühgeborenen finden schneller einen guten Zugang zum Kind als die Mütter. D.h. die Vater-Kind-Interaktion bei einer Frühgeburt ist, gemessen am CARE-Index, besser als die Mutter-Kind-Interaktion.

Dieser intensivere Kontakt der Väter mit ihren frühgeborenen Säuglingen zeigt sich auch in einem sensitiveren Umgang dieser Väter mit ihren Kindern im Vergleich zu Vätern von Termingeborenen.

**Hypothese 2:** Im Vergleich zu Vätern von reifgeborenen Kindern finden Väter von Frühgeborenen schneller einen guten Zugang zum Kind. D.h. die Vater-Kind-Interaktion bei einer Frühgeburt ist, gemessen am CARE-Index, besser als die Qualität der Vater-Kind-Interaktion bei einer Termingeburt.

Wie im Theorieteil beschrieben, erleben Eltern von Frühgeborenen mehr Stress als Eltern von Termingeborenen. Dieser Unterschied wurde bisher vor allem für die Mütter aufgezeigt, seltener für Väter. Unsere diesbezüglichen Hypothesen lauten:

**Hypothesen 3 und 4:** Das väterliche Stresserleben der Geburt ist bei Vätern von Frühgeborenen ausgeprägter als das von Vätern von Termingeborenen. Es ist aber niedriger als das ihrer Partnerinnen.

### 3.3 **Stichprobe**

Die Stichprobe bestand aus 40 zwischen der 31. und 34. Schwangerschaftswoche geborenen Kindern und ihren Eltern. Alle Kinder wurden in der neonatalen Intensivstation des Kinderspitals Zürich behandelt. Bei den 40 Kindern handelte es zwei Mal um Zwillinge und einmal um Drillinge, d.h. es wurde die Interaktion von 40 Kindern mit ihren 36 Elternpaaren untersucht. Alle Eltern verfügten über ausreichende Deutschkenntnisse, um die Fragebogen zu beantworten.

Ausschlusskriterien bildeten ein Geburtstermin vor der 31. oder nach der 34. Schwangerschaftswoche, eine Missbildung oder Erkrankung des Kindes sowie das Vorhandensein einer Chromosomenabnormalität. Des Weiteren mussten psychische Störungen oder Drogenmissbrauch der Eltern ausgeschlossen werden können und die Partner mussten im gemeinsamen Haushalt leben.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden begann im Juni 2009: Dr. med. Sven Wellmann, Oberarzt der Neonatologie des Universitäts-Kinderspitals Zürich, stellte den Erstkontakt mit den Eltern her und liess sich von ihnen eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme geben. Daraufhin wurden die Eltern zur Vereinbarung eines Termins für die Videoaufnahme kontaktiert. Der letzte Besuch bei einer Familie fand im Januar 2011 statt.

Von den ursprünglich 43 Elternpaaren, die eine Einwilligungserklärung unterschrieben hatten, waren 6 Elternpaare später nicht mehr bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Eine Familie konnte nicht rechtzeitig für die Videoaufnahme kontaktiert werden. Die Drop-out-Rate dieser Studie beträgt somit 16%.



### **3.4 Methodisches Vorgehen**

Im Vorfeld der Datenerhebung wurde bei der Ethikkommission des Universitäts-Kinderspitals Zürich ein Antrag auf Begutachtung des Forschungsvorhabens gestellt, welcher am 12. Mai 2009 gut geheißen wurde.

Die Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion fand durch Analysen und Rating kurzer Videoaufnahmen statt. Anhand von Fragebogen wurden ergänzend das Geburtserleben, die Befindlichkeit von Mutter und Vater sowie die Qualität der Partnerschaft erhoben. Zur Erfassung der medizinischen Angaben der Mütter und Kinder standen die Krankengeschichten der Mütter und Kinder zur Verfügung. Ausserdem wurden die Eltern anlässlich des Besuches bei der Familie und im telefonischen Kontakt zur beruflichen Situation, zur Anzahl der freien Tage des Vaters seit der Geburt und zum Umfang seines Betreuungsanteils befragt.

Die Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS 18.0 Complete, Windows & Mac-Version, ausgewertet. Dabei wurde das Signifikanzniveau bei 5% ( $\alpha < 0.05$ ) festgelegt. Zur Kontrolle der Korrektheit der im System erfassten Daten wurde eine zufällige Stichprobe mit den Werten der Fragebogen verglichen. Des Weiteren wurden die Daten anhand von Häufigkeitsauswertungen und Boxplots auf ihre Plausibilität hin überprüft.

Die erhobenen intervallskalierten Kennzahlen wurden durch ihre Stichprobengrösse, die fehlenden Werte, den Mittelwert sowie durch die Standardabweichung dargestellt. Bei den kategorialen Variablen wurden die Stichprobengrösse, die fehlenden Werte sowie die Häufigkeit in Prozenten beschrieben.

Die kontinuierlich intervallskalierten Variablen wurden mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf die Normalverteilung geprüft. Für die Vergleiche der Mittelwerte der Fragebogen und des CARE-Index wurde der T-Test für abhängige und unabhängige Stichproben verwendet. Mögliche Zusammenhänge der aus den Fragebogen gewonnenen Daten wurden anhand der Korrelation nach Pearson erhoben.

Bevor die Resultate vorgestellt werden, sollen im folgenden Kapitel die in der Erhebung verwendeten Instrumente beschrieben werden.

## 3.5 Instrumente

### 3.5.1 Erfassung der Eltern-Kind-Interaktion nach dem CARE-Index

Zehn Wochen (+/-1) nach der Geburt wurden zuhause bei den Eltern je eine 3- bis 5minütige Interaktionssequenz der Mutter und des Vaters mit dem Säugling auf Video aufgenommen. Nach den Vorgaben des CARE-Index durfte es sich dabei weder um Fütterungs- noch um Wickelsituationen handeln, sondern es ging darum, den Elternteil und das Kind jeweils im spielerischen Beisammensein zu beobachten. Dafür war es von Vorteil, für die Filmaufnahme einen Moment zu wählen, in dem das Kind weder hungrig noch sehr schläfrig war. Im Anschluss wurden die Filmaufnahmen nach dem CARE-Index von Pat Crittenden analysiert und kodiert. Im Folgenden soll dieses Verfahren näher erläutert werden.

#### CARE-Index

Beim CARE-Index handelt es um ein Instrument zur Messung der Sensitivität des Erwachsenen in der Dyade mit dem Kind im spielerischen Kontext. Crittenden, beschreibt die Sensitivität wie folgt (2007):

*„Adult sensitivity in play is any pattern of behavior that pleases the infant and increases the infant’s comfort and attentiveness and reduces its distress and disengagement.“ (S.3)*

Dabei wird unter Sensitivität nicht eine Persönlichkeitsvariable des Erwachsenen verstanden, sondern sie beschreibt eine Variable der spezifischen Erwachsenen-Kind-Beziehung. D.h. bei derselben Person kann in der Interaktion mit verschiedenen Kindern unterschiedlich stark ausgeprägte Sensitivität beobachtet werden. Die Einschätzung der Sensitivität nach Crittenden erfolgt in den folgenden sieben Aspekten von Interaktion: (1) Gesichtsausdruck/Mimik, (2) verbale Äusserungen, (3) Position und Körperkontakt, (4) Affekt, (5) Wechselseitigkeit/Kontingenz der Interaktion, (6) Kontrolle und (7) Wahl der Aktivität. Diese Aspekte werden sowohl für den Erwachsenen als auch für das Kind ausgewertet. Das Verfahren eignet sich zur Einschätzung möglicher Gefährdung des Kindes in der Obhut eines Erwachsenen.

Crittenden (2007) hat dafür die „Dyadic Synchrony Scale“ entwickelt, welche Interaktionen nach folgender Einstufung bewertet:

- **„High-Risk Range“**  
Sensitivitätspunkte 0–2: Keine Wahrnehmung des kindlichen Unbehagens und kein Versuch, das Kind zu beruhigen. Kein Spiel.  
Sensitivitätspunkte 3–4: Mangelnde Empathie, jedoch einzelne schwache (erfolgreiche oder –lose) Versuche, auf das Kind einzugehen. Kaum spielerische Qualität.
- **„Intervention Range“**  
5–6 Sensitivitätspunkte: Klar erkennbare ungelöste Probleme; begrenzte Verspieltheit, aber keine Hinweise auf Feindseligkeit oder mangelnde Empathie.
- **„Adequate Range“**  
7–8 Sensitivitätspunkte: Angemessenes Spiel, jedoch Perioden von Disynchronizität (kontrollierend oder unempänglich).  
9–10 Sensitivitätspunkte: Zufriedenstellendes Spiel, keine Probleme, „but no dance“.
- **„Sensitive“**  
11–12 Sensitivitätspunkte: Gleichmässige, erfreuliche Interaktion; spielerisch, geteilter positiver Affekt.  
13–14 Sensitivitätspunkte: Gegenseitiges Vergnügen, Freude am andern; „a dance“.

Gleichzeitig lassen sich mit dieser Methode auch Interaktionsmuster bestimmen. Seitens der Erwachsenen lassen sich folgende Verhalten erkennen: sensibles, kontrollierendes oder (für die Signale des Kindes) unempängliches Verhalten. Sensitives Verhalten wurde bereits weiter oben beschrieben. Kontrollierendes Verhalten dagegen wird dann beobachtet, wenn die Erwachsenen zwar die Signale des Kindes wahrnehmen, jedoch inkongruent darauf reagieren. So lächeln die Erwachsenen z.B., wenn das Kind unzufrieden ist oder zwingen dem Kind gewisse Spielsachen auf, obschon dieses sich für andere interessiert. Unempängliches Verhalten dagegen beschreibt die Situation, wenn die Erwachsenen die Signale des Kindes gar nicht wahrnehmen und sich in ihrem Verhalten auch nicht auf das Kind einlassen können. Dieses Verhalten wird häufig in Zusammenhang mit psychischen Störungen der Erwachsenen beobachtet. Beide Verhalten, sowohl das kontrollierende als

auch das unempfindliche, beobachtet man in verschiedener Ausprägung von subtil bis offen abweisend.

Auf der anderen Seite lässt sich das kindliche Verhalten folgendermaßen unterscheiden: kooperatives, schwieriges, angepasstes und passives Verhalten. Ersteres findet sich vor allem kombiniert mit elterlicher Sensitivität. Schwieriges Verhalten beschreibt offenen Protest oder Abneigung gegenüber einem Verhalten der Erwachsenen. Anders das angepasste Verhalten: Hier zeigt das Kind Verhaltensweisen, wie sie von den Erwachsenen erwartet werden, auch wenn es anders empfindet – häufig als Selbstschutz vor elterlicher Feindseligkeit oder als Funktion, die Eltern aktiv in der Beziehung zu halten. Dieses Verhalten korreliert mit kontrollierendem Verhalten seitens der Erwachsenen. Beim passiven Verhalten wiederum lässt das Kind mit sich geschehen und wird selbst in der Beziehung kaum aktiv. Dieses Verhalten wird häufig bei Kindern mit unempfindlichen Eltern beobachtet.

Eine korrekte Anwendung des CARE-Index setzt eine Schulung des Verfahrens und des theoretischen Hintergrundes voraus. Alle Projektbeteiligten besuchten deshalb einen Kurs, welcher eine Einschätzung auf der „Dyadic Synchrony Scale“ sowie das Erkennen von Interaktionsmustern von Eltern mit ihren Kindern bis zum 15. Lebensmonat beinhaltete. Zur Sicherung der Reliabilität des Verfahrens wird am Ende jedes Kurses ein Test durchgeführt. Die Autorin hat diesen Test nicht bestanden und deshalb die Interaktionssequenzen zusammen mit zwei weiteren ausgebildeten Raterinnen ausgewertet. Alle Raterinnen haben die Schulung besucht, verfügen jedoch nicht über die Coder-Reliabilität. Eine Raterin verfügt über eine Teilreliabilität, die ihr anerkennt, Dyaden im „High-Risk Range“ von anderen zu unterscheiden.

Im Folgenden sollen die weiteren Untersuchungsinstrumente vorgestellt werden.

### **3.5.2 Fragebogen**

Zur Erfassung von Personendaten, der Befindlichkeit sowie des Geburtserlebens wurden fünf verschiedene Fragebogen eingesetzt. Dabei handelte es sich um dieselben, die auch in der Studie von Basel verwendet wurden.

Die Fragebogen wurden den Teilnehmenden während des Aufnahmetermins vorgelegt. In Einzelfällen wurden sie den Teilnehmenden im Vorfeld des Aufnahmetermins geschickt oder nach dem Termin nachgereicht.

- **Allgemeiner Fragebogen**

Dieser Fragebogen erfasst Angaben zu den Eltern und zum Kind. Als elternbezogene Variablen werden Nationalität, Jahrgang, Ausbildung, Berufstätigkeit der Mutter und Erhalt finanzieller Unterstützung erhoben. Die kindbezogenen Variablen beinhalten Fragen zum Geschlecht, Geburtsdatum und -gewicht, ob Einling- oder Mehrlingskind, zu Geschwister und Bezugspersonen sowie zu weiteren Krankenhausaufenthalten nach Austritt aus der neonatalen Intensivstation. Als weitere Variablen werden Angaben zum Geburtsverlauf und zum Stillen erhoben.

- **Partnerschaftsfragebogen**

Der Fragebogen enthält sieben Aussagen zum Erleben von Unterstützung durch den Partner bzw. die Partnerin, welche auf einer 6-Punkte-Skala von „völlig zutreffend“ bis „völlig unzutreffend“ eingestuft werden können. Der Partnerschaftsfragebogen wurde von Lemola, Stadlmayr und Grob (2007) in Anlehnung an den „WAVE II Questionnaire“ und den „Questionnaire for the Physical Challenge and Health Study“ des Life Course and Health Research Center (2001) in Florida entwickelt.

- **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

Die EPDS wurde ursprünglich von Cox, Holden und Sagovsky (1987) als Instrument zur Einschätzung des Vorliegens einer postnatalen depressiven Störung entwickelt. Für den deutschsprachigen Raum wurde der Fragebogen von Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer und Dapunt (1998) adaptiert und validiert. Es handelt sich bei ihr um ein Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus 10 Items, welche anhand von jeweils vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erfasst werden. Die einzelnen Items enthalten Fragen zum Erleben von Freude („Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.“, „Es gab vieles, auf das ich mich freute.“), von Schuldgefühlen („Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.“), Ängstlichkeit („Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen.“; „Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund“), zur Bewältigungsfähigkeit („Mir ist alles zuviel geworden.“), zum Vorkommen von Schlafstörungen („Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte“), Traurigkeit („Ich war traurig und fühlte mich elend.“), Weinerlichkeit („Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.“) sowie zur Selbstgefährdung („Gelegentlich kam mir der Gedanken, mir etwas anzutun.“). Der Schwere-

grad der Symptome wird mit 0–3 Punkten bewertet, d.h. der Gesamtsummenscore kann zwischen 0 und 30 zu liegen kommen. Die EPDS kann als verlässliches Erhebungsinstrument für die postnatale Depression erfasst werden, wobei sie keine klinische Diagnose nach ICD-10 stellen kann (Spremborg, 2010).

- **Salmon's Item List; German Language Version (SILGer\_27)**

Die Salmon's Item List (SIL-Score) wurde von Salmon und Drew (1992) entwickelt, um das Geburtserleben der Mütter mehrdimensional und nahe am eigentlichen Erleben erfassen zu können (Stadlmayr, Cignacco, Surbeck & Büchi, 2009). Die Liste wurde später von Stadlmayr et al. (2001) als deutschsprachige Version in einer eigenen Dimensionsstruktur publiziert (SILGer\_20). Diese Version erfasst zwei Dimensionen des Geburtserlebens (emotionale Adaption und Schmerz- bzw. Belastungserleben) als auch zwei Dimensionen der postpartalen emotionalen Bewertung (Erfülltheit und negatives emotionales Erleben). Als zusätzliche einzelne Items werden „Angst“, „Kontrolle“ und „Zeitdauer“ erhoben (Stadlmayr et al., 2009). In einem weiteren Schritt fügten Stadlmayr et al. (2001) sieben Einzelitems hinzu (SILGer\_27) und überprüften das Instrument anhand einer Stichprobe von 251 Frauen im deutschsprachigen Raum. Die Items können anhand einer Skala von 1–7 auf deren Ausprägung bewertet werden („schmerzhaft“ – „nicht schmerzhaft“).

- **Salmon's Item List; German Language Version (SILGer\_23)**

Diese Version der SILGer wurde ebenfalls von Stadlmayr et al. (2001) zur Erfassung des Geburtserlebens des Vaters entwickelt. Diese Version wurde noch nicht publiziert und durfte mit freundlicher Genehmigung von Dr. Stadlmayr in der Studie eingesetzt werden.

- **Impact-of-Event Scale (IES-R)**

Die Impact-of-Event Scale (IES) wurde von Horowitz, Wilner und Alvarez (1979) entwickelt und basiert auf Horowitzs phänomenologischer Beschreibung „traumatogener Stressreaktionen“ (Stadlmayr et al., 2009). Die IES enthält mit je acht Items zwei Erlebnisdimensionen, welche typische individuelle Bewältigungsstrategien einer traumatischen Situation beschreiben: die Überwältigung (intrusion, Bsp.: „Ich denke an die Geburt, auch wenn ich nicht daran denken will.“) und die Vermeidung (avoidance, Bsp.: „Ich würde am liebsten allem fernbleiben, was mich an die Geburt erinnert.“). In ihrer Überarbeitung haben Weiss und Marmar

(1997) diesen Dimensionen eine dritte hinzugefügt: die psychovegetative Übererregbarkeit (hyperarousal, Bsp.: „Wenn mich etwas an die Geburt erinnert, habe ich körperliche Reaktionen, wie z.B. Schwitzen, schnelles Atmen, Übelkeit oder ein beklemmendes Gefühl im Brustkorb.“). Die deutschsprachige Version wurde von Maerker und Schützwohl (1998) übersetzt. Die in dieser Studie verwendete Version wurde von Stadlmayr et al. (1999) übersetzt und adaptiert, wobei das Scoring von Maerker und Schützwohl und von Horowitz et al. übernommen wurde. Gesamthaft verfügt der Fragebogen über 22 Items, welche auf einer vierstufigen Skala bewertet werden können. Es können entweder der Gesamtsummenscore oder die drei Dimensionen einzeln errechnet werden.

Sowohl der Partnerschafts- als auch der Befindlichkeitsfragebogen wurden sowohl durch die Mutter und als auch durch den Vater ausgefüllt. Zusätzlich dazu füllten die Mütter die SILGer\_27 und die IES-R aus. Der Vater musste zusätzlich die SILGer\_23 ausfüllen.

Die Berechnung und Auswertung der einzelnen Instrumente erfolgte nach Vorgabe durch Ermittlung des Gesamtsummenscores oder des Mittelwertescores. In Ergänzung zu den Daten aus den Videoratings und den Fragebogen war es möglich, Einsicht in die Krankengeschichten der Mütter und die Austrittsberichte der Säuglinge zu erhalten. Im Folgenden sollen kurz jene Variablen beschrieben werden, welche diesen Unterlagen entnommen wurden.

### **3.5.3 Klinikbezogene Variablen**

Für ein umfassendes Bild der Situation der Mütter wurden die medizinischen Angaben zu aufgetretenen Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B. Infektionen, frühzeitige Wehen), beim Geburtsvorgang (z.B. Beckenlage des Säuglings, Kaiserschnitt) und im Wochenbett (z.B. anhaltende Schmerzen, Blutverlust) erhoben. Bei den Säuglingen wurden die Diagnosen (Atemnotsyndrom, Gelbsucht, Hypoglykämie), die Hospitalisationsdauer, die Zeit im Inkubator und die verschiedenen Behandlungen (z.B. Infusionen, Phototherapie, Beatmung) erfasst.

Zusätzlich und speziell von Interesse für die vorliegende Studie wurden Angaben zur Häufigkeit von Kangarooing und zu den Anzahl Besuchen der Mütter und Väter erhoben.

### 3.6 Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen die Resultate der Studie vorgestellt werden, wobei zuerst auf die soziodemografische Struktur der Stichproben eingegangen wird. In einem zweiten Schritt sollen die Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und Hospitalisation dargestellt werden. Des Weiteren werden die Daten zur beruflichen Situation und des Betreuungsaufwandes der Väter aufgeführt, bevor das Rating anhand des CARE-Index sowie die Auswertungen der Fragebogen vorgestellt werden.

#### 3.6.1 Soziodemografische Angaben zu den Stichproben

Die im Folgenden kommentierten Tabellen geben Auskunft über die Struktur der untersuchten Stichproben. Angaben zu den Säuglingen können der Tabelle 2 entnommen werden. Tabelle 3 und 4 geben ein differenziertes Bild der Mütter und Väter.

#### Soziodemografische Angaben zu den Kindern

Die frühgeborenen Kinder der Stichprobe der Frühgeborenen kamen im Zeitraum vom Juni 2009 und November 2011 zur Welt. Es handelte sich dabei um 26 Knaben und 14 Mädchen. Die Kontrollgruppe der Termingeborenen bestand aus 12 Knaben und 18 Mädchen, geboren zwischen Februar und Juli 2008.

Tabelle 2  
*Soziodemografische Angaben zu den Kindern*

	Frühgeborene (n=40)	Termingeborene (n=30)
männlich	26 (65%)	12 (40%)
weiblich	14 (35%)	18 (60%)
Gestationsalter (in Wochen)*	32 (3)	38 (1)
fehlend	0	22
Geburtsgewicht (in Gramm)*	1832	3575
Range	960 - 2760	2700 – 4300
fehlend	0	2
Erstgeborene	24 (60%)	17 (55%)
Einlingskind	32 (80%)	30 (100%)
Mehrlingskind**	8 (18%)	0 (0%)
Kaiserschnitt	29 (73%)	6 (20%)

\* Mittelwert

\*\* Ein Zwillingsgeschwister ist nach der Geburt verstorben.



Die Kinder der Stichprobe der Frühgeborenen kamen durchschnittlich in der 32. Schwangerschaftswoche (SSW) zur Welt und wogen bei der Geburt zwischen 960 und 2760 Gramm. 60 % der Kinder waren Erstgeborene und bei 80 % handelte es sich um Einlinge. Die Stichprobe enthielt ausserdem 2 Zwillingspaare und ein Mal Drillinge. 73 % der Kinder wurden durch Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Bei der Kontrollgruppe wurden die Kinder mit einem Gewicht von 2700 – 4300 Gramm durchschnittlich in der 38. SSW geboren, davon 20 % per Kaiserschnitt. Es handelte sich bei allen um Einlinge und bei 55 % um Erstgeborene.

Das Verhältnis der Zusammensetzung des Geschlechts der Kinder war bei den beiden Stichproben ein umgekehrtes, d.h. bei den Frühgeborenen handelte es sich im Gegensatz zu den Termingeborenen um deutlich mehr Knaben als Mädchen. In Frühgeborenen fanden sich Mehrlingskinder, wogegen die Termingeborenen alle Einlinge waren. Erwartungsgemäss war das Gewicht der Frühgeborenen deutlich tiefer als jenes der Termingeborenen, in unseren Stichproben machte der Unterschied bis zu 50 % aus. Des Weiteren wurden 8 % mehr frühgeborene Kinder per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht als Termingeborene.

## Soziodemografische Angaben zu den Müttern

Die Mütter beider Stichproben wiesen bei der Geburt ein Alter von durchschnittlich 34.50 Jahren beziehungsweise 34.80 Jahren auf, welches sich von Mitte Zwanzig bis Mitte Vierzig erstreckte.

Tabelle 3  
Soziodemografische Angaben zu den Müttern

	Mütter der Frühgeborenen (n=36)	Mütter der Termingeborenen (n=30)
Alter <sup>a</sup>	34.50	34.80
Range	26 - 44	25 - 42
fehlend	1	0
Herkunftsland CH	18 (50%)	18 (60%)
Schulbildung <sup>b</sup>		
Matura, Berufslehre, höhere Fachschule	18 (50%)	17 (55%)
Universität	17 (47%)	12 (40%)
fehlend	1	1
Berufstätigkeit vor der Schwangerschaft	35 (97%)	26 (85%)
fehlend	1	0
Primäre Bezugsperson des Kindes	35 (97%)	29 (97%)
fehlend	1	1

<sup>a</sup> Mittelwert

<sup>b</sup> Höchste abgeschlossene Ausbildung

Bei der Stichprobe der Frühgeborenen kamen 50 % der Mütter aus der Schweiz. Alle Mütter konnten einen Schulabschluss vorweisen und 47 % der Mütter hatten studiert. Ausser einer Mutter hatten ausserdem alle Mütter vor der Geburt ihres Kindes gearbeitet und ebenso viele waren nach der Geburt als primäre Bezugsperson für ihre Kinder genannt worden. Bei der Stichprobe der Termingeborenen handelte es sich um 60 % Schweizerinnen. 85 % der Mütter waren vor der Geburt berufstätig, wobei auch hier alle einen Schulabschluss und 40 % der Mütter einen Studienabschluss vorweisen konnten. Auch bei den Termingeborenen schienen die Mütter die primären Bezugspersonen nach der Geburt zu sein.

Die Stichproben der Mütter waren recht homogen. Bei der Stichprobe der Frühgeborenen schienen wenig mehr Mütter studiert zu haben als bei der Kontrollgruppe. Ein Unterschied liess sich in der Berufstätigkeit der Mütter vor der Geburt ausmachen: Obwohl es sich bei den Kindern um ähnlich viele Erstgeborene handelte, hatten die Mütter der Stichprobe der Frühgeborenen vor der Geburt häufiger gearbeitet, d.h. die Mütter der Frühgeborenen blieben trotz Mutterschaft häufiger berufstätig als die Mütter der Termingeborenen.

### Soziodemografische Angaben zu den Vätern

In der Stichprobe der Frühgeborenen betrug das Durchschnittsalter der Männer 38.30 Jahre, wobei der jüngste mit 27 Jahren und der älteste mit 48 Jahren Vater geworden war. Bei der Kontrollgruppe der Termingeborenen waren der jüngste Vater 30 Jahre und der älteste Vater 45 Jahre alt bei der Geburt. Das Durchschnittsalter der Männer betrug hier 36.80 Jahre.

Tabelle 4  
Soziodemografische Angaben zu den Vätern

	Väter der Frühgeborenen (n=36)	Väter der Termingeborenen (n=30)
Alter <sup>a</sup>	38.30	36.80
Range	27 - 48	30 - 45
fehlend	1	1
Herkunftsland CH	21 (58%)	20 (67%)
Schulbildung <sup>b</sup>		
Matura, Berufslehre, höhere Fachschule	19 (53%)	15 (50%)
Universität	15 (42%)	14 (47%)
fehlend	2	1
Primäre Bezugsperson des Kindes	1 (3%)	0 (97%)
fehlend	0	1

<sup>a</sup> Mittelwert

<sup>b</sup> Höchste abgeschlossene Ausbildung

Bei den Vätern der Frühgeborenen handelte es sich bei 58 % um Männer mit Schweizer Herkunft. Bei den Nationalitäten der anderen Väter handelte es sich um Italien (n = 3), Deutschland (n = 2), Finnland (n = 2), Portugal (n = 1), und Belgien (n = 1). Weitere acht Väter waren zwar Schweizer, hatten jedoch einen oder beide Elternteile aus einem anderen

Land. Dabei waren die meisten Eltern wiederum aus Italien (n = 4), Deutschland (n = 2), Österreich (n = 1) sowie aus Frankreich und den Niederlanden (n = 1). Alle Väter verfügten über einen Schulabschluss und 42 % von ihnen hatten studiert. Bei dem einen Vater, der als primäre Bezugsperson des Kindes beschrieben wurde, handelte es sich um den Vater der Drillinge, welcher nach der Geburt nicht arbeitete und sich zusammen mit der Mutter um die Kinder kümmerte. Bei der Stichprobe der Termingeborenen kamen 67 % der Väter aus der Schweiz und 47 % von ihnen hatten studiert.

Auch die Väter der beiden Stichproben bildeten eine eher homogene Gruppe. Das Alter der Väter der Frühgeborenen war leicht höher als jenes der Väter der Kontrollgruppe und war ein wenig breiter gestreut. Bei der Stichprobe der Termingeborenen wiederum kamen 10% mehr Väter aus der Schweiz als bei der Stichprobe der Frühgeborenen. Bei der Schulbildung dagegen zeigte sich wiederum ein sehr vergleichbares Bild.

### **Angaben zur Berufstätigkeit und Freitage der Väter**

Der folgenden Darstellung können Angaben zum Arbeitspensum und zu den seit der Geburt bezogenen Freitagen der Väter entnommen werden.

Tabelle 5  
*Angaben zur Berufstätigkeit und Freitage der Väter*

	Väter der Frühgeborenen (n=36)	Väter der Termingeborenen (n=30)
Arbeitspensum (in Prozenten) <sup>a</sup>	91.70	93.10
Range (in Prozenten)	0 - 100	0 - 100
fehlend	1	1
Anzahl Freitage seit der Geburt <sup>a</sup>	13.60	11.50
Range	0 - 35	1 - 30
fehlend	1	2

<sup>a</sup> Mittelwert

Das durchschnittliche Arbeitspensum der Väter lag bei beiden Stichproben mit 91.70 % recht hoch und die Männer mit einem Teilzeitpensum bildeten die Ausnahme. Bei beiden Stichproben gab es auch Väter, die gar nicht arbeiten: Bei den Frühgeborenen handelte es sich um zwei Väter, die jeweils ein Jahr Auszeit genommen hatten, bei den Termingeborenen war ein Vater nicht arbeitstätig.

Die meisten Väter hatten sich nach der Geburt ihres Kindes oder ihrer Kinder frei genommen. Bei Frühgeborenen wurden am häufigsten (n = 6) zwei Wochen frei gemacht, wobei die Tage nicht immer am Stück bezogen wurden und häufig erst dann, wenn die Kinder nach Hause geholt werden konnten. Drei Väter nahmen gar keinen Freitag von der Arbeit. Die Väter der Termingeborenen hatten durchschnittlich anderthalb Tage weniger frei genommen und bei ihnen wurde am häufigsten eine (n = 5) oder zwei Wochen Ferien (n = 5) angegeben.

### Angaben zum Betreuungsanteil der Väter

Des Weiteren wurden die Väter nach ihrem Engagement in der Betreuung der Kinder befragt. Tabelle 9 enthält die entsprechenden Resultate.

Tabelle 6  
Angaben zum Betreuungsanteil der Väter

	Väter der Frühgeborenen (n=36)	Väter der Termingeborenen (n=30)
Zeit pro Tag mit dem Kind (in Stunden) <sup>a</sup>	4.60	2.30
Range	0 - 24	0.17 - 6
fehlend	5	1
Häufigkeit des Wickelns		
nie	3 (8%)	3 (10%)
selten	3 (8%)	2 (7%)
mehr als 1 Mal / Woche	6 (16%)	11 (37%)
mehr als 1 Mal / Tag	22 (61%)	13 (43%)
fehlend	2	1
Beruhigung des Kindes in der Nacht		keine Angaben
nie	8 (22%)	
selten	2 (6%)	
mehr als 1 Mal / Woche	14 (39%)	
mehr als 1 Mal / Tag	9 (25%)	
fehlend	3	

<sup>a</sup> Mittelwert

Die Väter der Frühgeborenen verbrachten im Durchschnitt signifikant ( $p = .03$ ) mehr Zeit mit ihren Säuglingen als die Väter der Termingeborenen. Dabei musste jedoch die besondere Situation der beiden Väter mitgedacht werden, die nicht arbeiteten und somit 20 bzw. 24 Stunden mit dem Kind verbringen konnten. Ohne Einbezug dieser Werte wäre der zeit-

liche Betreuungsaufwand der Männer der Zürcher Stichprobe kleiner gewesen, mit 3.40 Std. pro Tag jedoch noch immer um etwa eine Stunde grösser als bei den Basler Männern.

Beim Wickeln der Säuglinge zeigten beide Stichproben ein ähnliches Bild, da die meisten Väter beider Stichproben ihre Kinder mehr als ein Mal täglich wickelten. Trotzdem konnte auch hier festgestellt werden, dass die Väter der Frühgeborenen durchschnittlich häufiger wickelten als die Väter der Termingeborenen, insbesondere gaben sie häufiger an, ihre Kinder mehrmals pro Tag zu wickeln.

Auch bei der Beruhigung des Kindes in der Nacht waren die Väter der Frühgeborenen aktiv beteiligt. Es kümmerte sich ein Viertel aller Männer mehrmals pro Nacht um das Kind und fast 40 % öfters als einmal wöchentlich. Andererseits kümmerten sich 22 % der Väter wiederum gar nie um ihr Kind in der Nacht. Hierzu lagen leider keine Vergleichswerte für die Väter der Termingeborenen vor.

### 3.6.2 Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und den kindlichen Diagnosen

Im Folgenden soll eine Auswahl der in den Epikrisen der Mütter dokumentierten Komplikationen während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett aufgeführt werden. Die Angaben zu den Krankheitsbildern werden hauptsächlich wikipedia.org entnommen und von einer Fachperson auf ihre Richtigkeit überprüft.

#### Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Wie im Theorieteil bereits beschrieben ereignen sich Frühgeburten häufig in Zusammenhang mit Infektionen oder anderen Erkrankungen der Mütter und/oder der Kinder und ziehen meist intensive medizinische Behandlungen nach sich. Die folgende Darstellung soll einen Überblick über die Häufigkeit des Auftretens von medizinischen Komplikationen in unserer Stichprobe vermitteln.

Tabelle 7  
*Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*

	Mütter der Frühgeborenen (n=36)	Mütter der Termingeborenen (n=30)
Komplikationen während der Schwangerschaft	35 (97%)	keine Angaben
Komplikationen bei der Geburt	29 (81%)	10 (33%)
Komplikationen während des Wochenbetts	8 (22%)	keine Angaben
Hospitalisationsdauer (in Tagen) <sup>a</sup>	11.70	Keine Angaben
Range	2 – 42	

<sup>a</sup> Mittelwert

Der Tabelle kann entnommen werden, dass während der Schwangerschaft bei Müttern von frühgeborenen Kindern häufiger Komplikationen auftraten als bei Termingeburten. Bei den in unserer Stichprobe am häufigsten genannten Komplikationen während der Schwangerschaft handelte es sich um vorzeitige Wehentätigkeit, Präeklampsie<sup>3</sup> sowie Blutungen. Ausserdem wurden bei sieben Frauen Plazentainsuffizienz oder –ablösungen diagnostiziert und zwei Frauen litten am HELLP-Syndrom<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> frühere Bezeichnung: Schwangerschaftsintoxikation: Bluthochdruck, Eiweiss im Harn und Bildung von Ödemen

<sup>4</sup> Symptome der Präeklampsie mit zusätzlicher Leberfunktionsstörung

**Geburtskomplikationen** wurden in beiden Stichproben genannt. Bei der Kontrollgruppe der Termingeborenen handelte es sich dabei primär um Dammrisse, einmal wurde eine Blutung genannt und einmal wurde ein Geburtsstillstand vermerkt. Bei der Stichprobe mit den Müttern der Frühgeborenen wurden mehr als doppelt so häufig Komplikationen aufgeführt: Dazu gehörten in neun Fällen ein vorzeitiger und in zwei Fällen ein prolongierter Blasensprung, bei sieben Müttern wurde ein Tokolysedurchbruch<sup>5</sup> vermerkt, viermal wurde ein Notfall-Kaiserschnitt durchgeführt und bei zwei Geburten war der Kaiserschnitt ungeplant. Des Weiteren wurden vereinzelt eine ungünstige Lage des Fetus, Nabelschnurumschlingungen oder hoher Blutverlust aufgeführt.

**Komplikationen während des Wochenbetts** und die **Dauer des Spitalaufenthalts** wurde bei den Müttern der Termingeborenen nicht erhoben. Bei den Müttern der Frühgeborenen wurden in acht Fällen Komplikationen dokumentiert, wobei keine Häufung eines Syndroms festgestellt werden kann. Aufgeführt wurden unter anderem leichtes Fieber, Nackenverspannungen, erhöhter Blutdruck, Exanthembehandlung der Extremitäten<sup>6</sup> oder Gesichtsfeldausfälle. In einem tragischen Fall starb kurz nach der Geburt ein Zwillingskind. Durchschnittlich verbrachten die Mütter der Frühgeborenen 11.70 Tage im Spital, wobei eine Mutter von Zwillingen nur gerade 2 Tage hospitalisiert werden musste.

## **Diagnosen und Behandlungen der Säuglinge**

Im Folgenden sollen die am häufigsten vermerkten Diagnosen der frühgeborenen Kinder sowie notwendige Behandlungen aufgeführt werden.

Tabelle 8  
*Häufigste Diagnosen der Säuglinge*

Diagnose	Frühgeborene (n=40)
Hyperbilirubinämie	34 (85%)
ANS	28 (70%)
Hypoglykämie	16 (40%)
Ductus arteriosus	5 (13%)

<sup>5</sup> Tokolyse = medikamentöse Wehenhemmung

<sup>6</sup> Exanthem = Hautausschlag



Bei dem am häufigsten aufgeführten Syndrom handelte es sich um die Hyperbilirubinämie<sup>7</sup>. Ausser fünf Säuglinge, welche das Bilirubin selbst abbauen konnten, mussten alle deswegen mit einer Phototherapie<sup>8</sup> behandelt werden. Bei 70 % der Kinder wurde ein Atemnotsyndrom ANS<sup>9</sup> festgestellt. 40 % der Säuglinge litten unter einer Hypoglykämie<sup>10</sup>, was zu Tremor, Irritabilität, Lethargie, Atemstillstand, Trinkschwäche, muskulärer Hypotonie oder Hypothermie führen kann. Ebenfalls relativ häufig wurde ein Ductus arteriosus<sup>11</sup> diagnostiziert, welcher bei Frühgeborenen oftmals zu einer maschinellen Beatmung führt.

Alle Kinder (8 fehlende Werte) verbrachten nach der Geburt zwischen 2 und 21 Tagen im Brutkasten (m = 7.40 Tage). Fünf Kinder wurden nach der Geburt anhand eines N-CPAP<sup>12</sup> mit Sauerstoff versorgt. Insgesamt wurde etwa die Hälfte der Kinder während einem Tag und acht Tagen beatmet (m = 1.60 Tage). 27 Kinder erhielten während ihres Aufenthaltes auf der neonatalen Intensivstation eine Infusionstherapie. Alle frühgeborenen Kinder wurden nach ihrer Geburt also mehr oder weniger intensiv medizinisch betreut, wobei es sich oftmals um invasive Methoden handelte, die als für die Kinder schmerzvoll angenommen werden müssen.

Im Folgenden sollen das Besuchsverhalten der Eltern und das Kangarooing genauer beschrieben werden.

---

<sup>7</sup> Gelbsucht aufgrund vermehrter Einlagerung von Bilirubin, einem Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffes Hämoglobin, in die Haut

<sup>8</sup> Behandlung mit kurzwelligem, blauen Licht mit einer Wellenlänge von ca. 460 nm, wodurch die eingestrahelte Lichtenergie in der Haut des Neugeborenen eingelagertes wasserunlösliches Bilirubin in ein wasserlösliches Isomer, das sogenannte Lumirubin umgewandelt und anschliessend über die Gallenflüssigkeit und die Nieren ausgeschieden wird

<sup>9</sup> Lungenfunktionsstörung; eine der häufigsten Todesursachen von Neugeborenen

<sup>10</sup> niedriger Glukoseanteil im Blut, „Unterzuckerung“

<sup>11</sup> direkte Verbindung zwischen Aorta (Hauptschlagader) und Lungenarterie, welche sich normalerweise in den ersten Tagen nach der Geburt verschliesst

<sup>12</sup> nasal continuous positive airway pressure; Beatmung

### 3.6.3 Besuchsverhalten der Eltern und Kangarooing

Die Säuglinge verbrachten durchschnittlich 21.30 Tage auf der neonatalen Intensivstation. Vier Kinder konnten das Spital bereits nach 10 Tagen wieder verlassen, drei Kinder waren während 30 bis 40 Tagen auf der Station und ein Kind sogar während 60 Tagen. Zur Berechnung wurden von der Anzahl Kinder  $n = 40$  ausgegangen, da dieselbe Mutter oder derselbe Vater ihre Zwillings- oder Drillingskinder unterschiedlich häufig besuchten.

Tabelle 9  
*Besuchsverhalten der Eltern und Kangarooing*

	Väter der Frühgeborenen	Mütter der Frühgeborenen
Anzahl Besuche <sup>a</sup>	13.40	18.70
Range	3 - 27	7 - 50
fehlend	2	0
Anzahl Besuche pro Aufenthaltstag des Kindes im Spital <sup>a</sup>	0.60	0.90
Range	0.29 – 1.00	0.70 – 2.38
fehlend	3	1

<sup>a</sup> Mittelwert

Mit 0.90 Besuchen pro Tag besuchten die Mütter ihre Kinder durchschnittlich häufiger als die Väter ( $p = .01$ ) und waren fast jeden Tag bei ihren Kindern. Die Väter dagegen waren mit 0.60 Besuchen pro Aufenthaltstag ein wenig mehr als jeden zweiten Tag bei ihrem Kind.

Tabelle 10  
*Anzahl Kangarooing der Eltern pro Kind*

	Väter der Frühgeborenen	Mütter der Frühgeborenen
Anzahl Kangarooing <sup>a</sup>	4.90	6.70
Range	0 - 16	1 - 25
fehlend	1	1
Anzahl Kangarooing pro Aufenthaltstag des Kindes im Spital <sup>a</sup>	0.20	0.30
Range	0.00 – 0.50	0.10 – 0.90
fehlend	2	2

<sup>a</sup> Mittelwert

Die Mütter nahmen ihre Säuglinge signifikant häufiger für Kangarooing auf die Brust als die Väter ( $p = .00$ ). Ausgenommen von vier Vätern nahmen auch alle Väter ihre Kinder fürs Kangarooing zu sich auf die Brust. Durchschnittlich taten sie dies 0.20 Mal pro Aufenthaltstag des Kindes, was ungefähr einmal alle fünf Tage entspricht. Von den Müttern wurden die Kinder dagegen durchschnittlich 0.30 Mal pro Aufenthaltstag fürs Kangarooing auf die Brust gelegt, was etwa jeden dritten Tag bedeutet.

Diese Werte sind insofern mit Vorsicht zu geniessen, da aus den medizinischen Unterlagen nicht immer ersichtlich war, wer das Kind für Kangarooing auf dem Arm hielt. Es wurde deshalb noch ein Gesamtwert für Kangarooing erhoben, bei welchem keine Unterscheidung von Eltern oder anderen Bezugspersonen vorgenommen wurde.

Tabelle 11  
*Gesamtwert Kangarooing pro Kind*

Anzahl Kangarooing total pro Kind <sup>a</sup>	13.60
Range	3 - 48
fehlend	1
Anzahl Kangarooing pro Aufenthaltstag des Kindes im Spital <sup>a</sup>	0.60
Range	0.15

<sup>a</sup> Mittelwert

Hier wird ersichtlich, dass das Kind gesamthaft im Durchschnitt 0.60 Mal pro Aufenthaltstag für Kangarooing von den Eltern oder anderen Bezugspersonen in den Arm genommen wurden. D.h. die Kinder wurden ein wenig häufiger als jeden zweiten Tag von den Bezugspersonen gehalten.

### 3.7 Deskriptive Datenanalyse

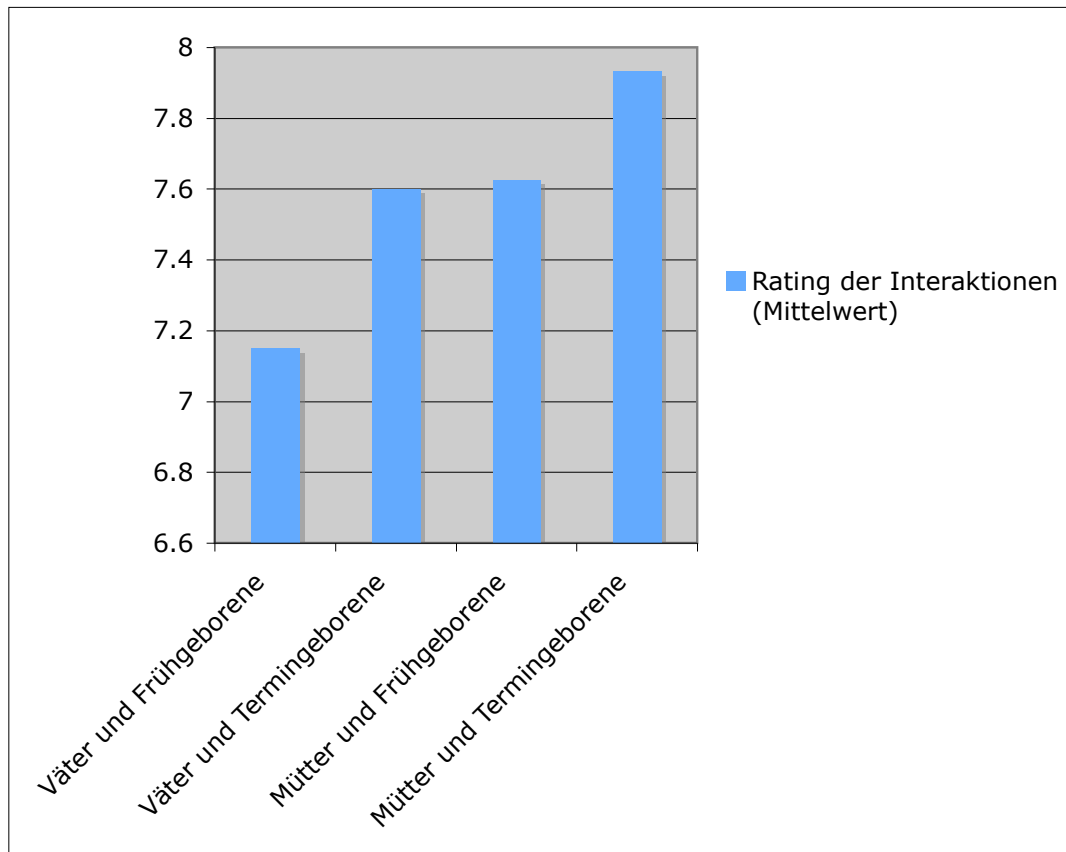
Im Folgenden werden die aus den Tests gewonnenen Daten dargestellt.

#### Rating der Interaktionen der Eltern mit ihren Säuglingen anhand des CARE-Index

Die Interaktionen der Mütter und Väter wurden anhand des CARE-Index geratet. Nachstehende Darstellung gibt eine Übersicht der Mittelwerte der so ausgewerteten Interaktionen unterteilt nach Geschlecht der Eltern und dem Geburtszeitpunkt der Kinder.

Abbildung 2

*Rating der Interaktionen der Eltern mit ihren Säuglingen anhand des CARE-Index*



Der Grafik kann entnommen werden, dass sich alle Mittelwerte des CARE-Index auf einer möglichen Skala von 1 bis 14 zwischen 7 und 8 bewegten: Am niedrigsten wurden die Interaktionen der Väter mit ihren frühgeborenen Säuglingen mit  $m = 7.15$  ( $s = 1.97$ ) gewertet. Die Interaktionen der Väter mit den Termingeborenen mit  $m = 7.60$  ( $s = 2.55$ ) und die Interaktionen der Mütter mit den Frühgeborenen mit  $m = 7.62$  ( $s = 2.06$ ) dürfen als gleich bewertet bezeichnet werden. Die höchste Bewertung erhielten die Interaktionen der Frauen mit den termingeborenen Kindern mit  $m = 7.93$  ( $s = 2.21$ ).

Die Mittelwerte der Väter der Frühgeborenen und der Väter der Termingeborenen waren im Vergleich mit  $p = .41$  nicht signifikant. Ebenfalls keine Signifikanz ( $p = .21$ ) liess sich im Vergleich der Väter und der Mütter innerhalb der Stichprobe der Frühgeborenen erkennen. Die Datenlage liess deshalb keine Schlussfolgerungen auf die Grundgesamtheit zu.

Im nächsten Abschnitt werden die Resultate der Fragebogen miteinander verglichen und auf Korrelationen untereinander überprüft.

### Vergleichende Ergebnisse der EPDS, der SILGer, der IES-r sowie des Partnerschaftsfragebogen

Unten stehende Tabelle 12 fasst die Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogen der Väter sowie der Mütter differenziert über die Stichproben zusammen.

Tabelle 12  
Ergebnisse Fragebogen beider Stichproben

Fragebogen			n	M	SD	Range	
						potenziell	effektiv
EPDS	Frühgeborene	Mütter	38	6.60	4.18	0 - 30 <sup>a</sup>	0-17
		Väter	38	4.60	3.43		0-13
	Termingeborene	Mütter	29	4.34	4.54		0-22
		Väter	29	3.35	2.93		0-12
SILGer	Frühgeborene	Mütter	38	68.48	24.23	0 - 120 <sup>b</sup>	18.75- 113.75
		Väter	39	102.18	18.16		45-137
	Termingeborene	Mütter	30	98.71	12.88		72.50-120
		Väter	30	114.75	12.10		93-133
IES-r	Frühgeborene	Mütter	39	95.13	10.67	22 - 110 <sup>c</sup>	68-110
	Termingeborene	Mütter	30	99.00	8.49		75-110
Partner- schaft	Frühgeborene	Mütter	39	29.78	3.38	7 - 42 <sup>d</sup>	21-35
		Väter	38	29.81	3.36		23-35
	Termingeborene	Mütter	30	30.17	4.93		11-35
		Väter	30	30.77	3.85		21-35

<sup>a</sup> Möglichkeit zur Entwicklung einer Depression bei Score  $\geq 10$

<sup>b</sup> Score  $< 70$  bedeutet eine „overall negative birth experience“

<sup>c</sup> je höher desto negativer ist rückblickend das Geburtserleben

<sup>d</sup> je höher desto besser

### ***EPDS (Edinburgh Postnatal Depressions Skala)***

Tabelle 12 kann entnommen werden, dass innerhalb der Stichprobe der Frühgeborenen die Väter signifikant tiefere Werte aufwiesen als die Mütter ( $p = .01$ ). Das bedeutet, dass die Väter weniger Hinweise aufzeigten, an einer depressiven Verstimmung zu erkranken. Im Vergleich mit den Vätern der Termingeborenen dagegen erreichten die Väter der Frühgeborenen wenig höhere Werte. Mit einer mittleren Differenz der Mittelwerte von  $d = -1.26$  konnte der Unterschied jedoch nicht als signifikant bezeichnet werden ( $p = .12$ )

### ***SILGer (Salmons Item List)***

Bei der Stichprobe der Frühgeborenen liess sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Werten der Mütter und der Väter beobachten ( $p = .00$ ), d.h. dass die Mütter die Geburt viel negativer erlebt hatten als die Väter. Mit  $m = 68.48$  lag der Mittelwert unter 70 (Wert  $< 70$  bedeutet eine „overall negative birth experience“), weshalb davon auszugehen ist, dass für die Mütter der Frühgeborenen die Geburt ganz generell ein negativ erlebtes Ereignis darstellte. Der Vergleich der Väter beider Stichproben zeigte bei einer mittleren Differenz von  $d = 12.57$  einen signifikanten Unterschied ( $p = .00$ ). Es kann also daraus geschlossen werden, dass die Väter der Frühgeborenen die Geburt negativer erlebt haben als die Väter der Termingeborenen.

### ***IES-r (Impact of Event Scale-revised)***

Dieser Fragebogen wurde nur von den Müttern ausgefüllt. Die beiden Stichproben unterscheiden sich in ihren Mittelwerten, wobei der Unterschied nicht signifikant ausgefallen ist ( $p = .11$ ).

### ***Partnerschaftsfragebogen***

Die Resultate der Partnerschaftsfragebogen der Mütter und Väter innerhalb der Stichprobe der Frühgeborenen wiesen im Vergleich mit einer Mittelwertsdifferenz von  $d = 0.26$  kaum einen Unterschied auf ( $p = .96$ ). Auch zwischen den Vätern der Frühgeborenen und den Vätern der Termingeborenen liess mit  $d = 0.95$  und  $p = .28$  nur ein kleiner Unterschied ausmachen. Beide Unterschiede waren nicht signifikant, d.h. es konnten keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden.

Nachdem die Mittelwerte der Fragebogen innerhalb der Stichprobe der Frühgeborenen zwischen den Müttern und den Vätern sowie zwischen den Vätern beider Stichproben verglichen und die Unterschiede auf ihre Aussagekraft untersucht wurden, sollen im nächsten Abschnitt mögliche Korrelationen zwischen den Fragebogen aufgezeigt werden.

### 3.8 Explorative Datenanalyse

Im Folgenden wird mit explorativer Datenanalyse nach Zusammenhängen im Datenmaterial gesucht. Diese Zusammenhänge können interessante Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen liefern.

#### Korrelationen der Fragebogen

Die nachfolgenden Abschnitte enthalten Darstellungen und Beschreibungen der Korrelationen der verschiedenen Einschätzungen. Dabei wurden zuerst für die Stichprobe der Frühgeborenen die Werte der Väter mit den Werten der Mütter verglichen. In einem zweiten Schritt wurden die Werte der Väter beider Stichproben untersucht.

#### *Korrelationen der Fragebogen der Väter und Mütter der frühgeborenen Kinder*

Die folgende Tabelle beschreibt die Korrelationen der Fragebogen innerhalb der Stichprobe der Eltern der frühgeborenen Kinder. Dabei liessen sich drei signifikante Korrelationen erkennen.

Tabelle 13

*Korrelationen der Fragebogen der Väter und Mütter der frühgeborenen Kindern*

Fragebogen		Mütter				
		CARE- Index n=40	EPDS n=38	SILGer n=38	Partner- schaft n=39	IES-r n=39
		r	r	r	r	r
Väter	CARE-Index n=40	<b>.33*</b>	-.24	.05	.30	.04
	EPDS n=38	.01	.23	.23	-.26	.01
	SILGer n=39	-.30	<b>-.36*</b>	.15	.16	.21
	Partnerschaft n=38	.16	-.02	.31	<b>.49**</b>	.25

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

### **Korrelation zwischen dem CARE-Index der Väter und der Mütter**

Mit  $r = .33$  bestand zwischen den Resultaten des CARE-Index der Väter und der Mütter eine geringe positive Korrelation. Es konnte also davon ausgegangen werden, dass je höher die Interaktionsqualität der Väter mit ihren Säuglingen gemessen am CARE-Index ausfiel, desto höher fiel auch die Interaktionsqualität der Mütter mit ihren Kindern aus.

### **Korrelation zwischen der SILGer der Väter und der EPDS der Mütter**

Die Mittelwerte der SILGer der Väter korrelierten mit  $r = -.36$  negativ mit den Mittelwerten der EPDS der Mütter. Ein positives Geburtserleben der Männer stand also mit einer besseren Befindlichkeit ihrer Partnerin in Zusammenhang.

### **Korrelation zwischen den Partnerschaftsfragebogen der Väter und der Mütter**

Bei einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .49$  konnte von einer mittleren Korrelation gesprochen werden. Im vorliegenden Fall bedeutete also eine positive Einschätzung der Partnerschaft durch den Vater eine ebenfalls positive Einschätzung der Partnerschaft durch die Mütter und umgekehrt.

### ***Korrelationen der Fragebogen der Väter und Mütter beider Stichproben***

Zwischen den Resultaten der Fragebogen der Väter und der Mütter beider Stichproben liessen sich sieben signifikante Wechselwirkungen erheben.

Tabelle 14

*Korrelationen der Fragebogen der Väter und Mütter beider Stichproben*

Fragebogen		Mütter				
		CARE-Index n=70	EPDS n=67	SILGer n=68	Partnerschaft n=69	IES-r n=69
		r	r	r	r	r
Väter	CARE-Index n=70	<b>.24*</b>	-.13	.07	.11	-.01
	EPDS n=67	.03	<b>.42**</b>	-.05	<b>-.37**</b>	-.15
	SILGer n=69	.13	<b>-.35**</b>	<b>.32**</b>	.22	.21
	Partnerschaft n=68	<b>.25*</b>	-.26	.16	<b>.37**</b>	.11

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.



#### **Korrelation zwischen dem CARE-Index der Väter und der Mütter**

Mit  $r = .24$  bestand zwischen den Mittelwerten des CARE-Index der Väter und der Mütter beider Stichproben ebenfalls eine Korrelation. Zwischen der Interaktionsqualität der Väter und der Interaktionsqualität der Mütter mit ihren Kindern schien also eine geringe Wechselwirkung zu bestehen.

#### **Korrelation zwischen den EPDS der Väter und der Mütter**

Die beiden Befindlichkeitsfragebogen schienen mit  $r = .42$  in einem positiven Verhältnis zueinander zu stehen. Das bedeutete, dass bei einer guten Befindlichkeit des Vaters auch von einer guten Befindlichkeit der Mutter ausgegangen werden konnte (und umgekehrt).

#### **Korrelation zwischen der EPDS der Väter und dem Partnerschaftsfragebogen der Mütter**

Hier liess sich im Gegensatz zur Stichprobe der Frühgeborenen ein negativer Zusammenhang mit geringer Stärke  $r = -.37$  erkennen. Hohe Werte im EPDS und damit eine schlechte Befindlichkeit korrelierten negativ mit einer positiven Einschätzung der Partnerschaft. Mit anderen Worten konnte man von einer Wechselwirkung zwischen der Befindlichkeit der Väter und der Einschätzung der Partnerschaft durch die Mütter ausgehen.

#### **Korrelation zwischen der SILGer der Väter und der SILGer der Mütter**

Das Geburtserleben der Mütter und der Väter schien in der Gesamtstichprobe mit einem Korrelationskoeffizienten  $r = .36$  in einem geringen Zusammenhang zu stehen. Offensichtlich korrelierte ein positives Geburtserleben der Väter mit einem ebensolchen der Mütter. Diese Korrelation fand sich bei der Stichprobe der Frühgeborenen nicht.

#### **Korrelation zwischen der SILGer der Väter und der EPDS der Mütter**

Wie bei der Stichprobe der Frühgeborenen liess sich auch hier mit  $r = -.35$  eine niedrige Korrelation feststellen. Das Geburtserleben der Väter schien also mit der Befindlichkeit der Mütter in einem Zusammenhang zu stehen.

#### **Korrelation zwischen dem Partnerschaftsfragebogen der Väter und dem CARE-Index der Mütter**

Zwischen den Mittelwerten des Partnerschaftsfragebogen der Männer und den Resultaten des CARE-Index der Mütter bestand eine mit  $r = .25$  geringe Korrelation. Es schien also ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Partnerschaft durch die Väter und der Interaktionsqualität der Frauen mit ihren Säuglingen vorzuliegen.

### **Korrelation zwischen den Partnerschaftsfragebogen der Väter und der Mütter**

Bei einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .37$  wurde von einer geringen Korrelation gesprochen. Es konnte also davon ausgegangen werden, dass – ähnlich wie in der Stichprobe der Frühgeborenen – die Einschätzung der Partnerschaft der Väter und Mütter in einem Zusammenhang standen.

### ***Korrelationen der Fragebogen der Väter der frühgeborenen Kinder***

Untersuchte man die Korrelationen der verschiedenen Testverfahren für die Stichprobe der Väter der frühgeborenen Kinder, konnte eine signifikante Korrelation ausgemacht werden.

Tabelle 15

*Korrelationen der Mittelwerte der Fragebogen: Väter der frühgeborenen Kinder*

Fragebogen	CARE-Index	EPDS	SILGer	Partnerschaft
	r	r	r	r
CARE-Index n=40	1	-.14	-.30	-.08
EPDS n=38		1	-.13	.02
SILGer n=39			1	<b>.38*</b>
Partnerschaft n=38				1

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

### **Korrelation zwischen der SILGer und dem Partnerschaftsfragebogen**

Mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .38$  standen die Mittelwerte der SILGer und dem Partnerschaftsfragebogen in einer mittel stark ausgeprägten Wechselbeziehung. Im vorliegenden Fall bedeutete dies, dass Väter in einer positiv bewerteten Partnerschaft auch das Geburtserleben eher positiv beschrieben.

### ***Korrelationen der Fragebogen der Väter beider Stichproben***

Untersuchte man dagegen die Wechselbeziehungen zwischen den Fragebogen der Väter beider Stichproben, erhielt man zwei signifikante Korrelationen.

Tabelle 16

*Korrelationen der Mittelwerte der Fragebogen: Väter beider Stichproben*

	CARE-Index r	EPDS r	SILGer r	Partnerschaft r
CARE-Index n=70	1	.03	.13	-.05
EPDS n=67		1	<b>-.27*</b>	-.10
SILGer n=69			1	<b>.45**</b>
Partnerschaft n=69				1

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

#### **Korrelation zwischen der SILGer und der EPDS sowie zwischen der SILGer und dem Partnerschaftsfragebogen**

Es schien mit  $r = -.27$  eine geringe negative Korrelation zwischen der SILGer und der EPDS zu bestehen. Je höher also der Mittelwert der SILGer, desto tiefer jener der EPDS: Eine positivere Einschätzung des Geburtserleben stand also in Zusammenhang mit einer besseren Befindlichkeit der Väter und umgekehrt.

Ein stärkerer Zusammenhang von  $r = .45$  schien zwischen dem Geburtserleben der Väter und der Einschätzung ihrer Partnerschaft vorzuliegen: Ein positiv erlebtes Geburtsgeschehen stand in Wechselwirkung mit einer positiv bewerteten Partnerschaft.

Im Folgenden sollen weitere für die Untersuchung relevante Ergebnisse der Stichprobe der Frühgeborenen dargestellt werden. Unter anderem sollen das Besuchsverhalten und das Kangarooing dahingehend überprüft werden, ob ein Zusammenhang mit dem Ergebnis des CARE-Index vorliegt. Im Weiteren interessieren Zusammenhänge der soziodemografischen Daten und Befunde zur Betreuungssituation oder das elterliche Erleben aufzeigen.

### ***Zusammenhang des Besuchsverhaltens und des Kangarooings mit dem CARE-Index***

Beim Besuchsverhalten der Väter liess sich keine signifikante Korrelation mit dem CARE-Index ausmachen, d.h. das Rating mit dem CARE-Index schien unabhängig davon zu sein, wie häufig der Vater sein Kind während der Hospitalisation besucht hatte ( $p = .50$ ). Ebenfalls liess sich keinen Zusammenhang für die Anzahl Kangarooing und dem Resultat des CARE-Index beobachten ( $p = .52$ ).

### ***Zusammenhang des Arbeitspensums, der Freitage und des Betreuungsanteils der Väter mit dem CARE-Index***

Weder das Arbeitspensum, die seit der Geburt bezogenen Freitage noch der Betreuungsanteil standen mit den Resultaten des CARE-Index in Zusammenhang. Dagegen zeigte die Auswertung eine Korrelation von mittlerer Stärke ( $r = -.56$ ,  $p = .00$ ) zwischen dem Arbeitspensum der Väter und ihrer Befindlichkeit: Je grösser das Arbeitspensum, desto schlechter schien die Befindlichkeit der Väter, gemessen mit der EPDS, zu sein.

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang mittlerer Stärke liess sich zwischen der angegebenen Zeit, die der Vater täglich mit dem Kind verbrachte und seiner Befindlichkeit erkennen ( $r = .59$ ,  $p = .00$ ). Je mehr Zeit der Vater mit seinem Kind verbringen konnte, desto besser schien es ihm zu gehen. Die Korrelation zwischen dem Arbeitspensum und der täglich mit dem Kind verbrachten Zeit war ebenfalls signifikant ( $p = -.58$ ,  $p = .00$ ).

Dagegen konnten keine Zusammenhänge zwischen dem CARE-Index, dem Arbeitspensums, dem Betreuungsanteils und der Häufigkeit, mit der die Väter ihre Säuglinge wickelten oder in der Nacht beruhigten, festgestellt werden.

### ***Zusammenhänge der kindlichen Variablen auf das elterliche Erleben***

Dagegen konnte ein Zusammenhang zwischen der Geschwisterfolge und der Befindlichkeit der Väter gefunden werden ( $r = .32$ ,  $p = .05$ ): Die Anzahl der Kinder korrelierte positiv mit den Resultaten der EPDS, d.h. je mehr Geschwister das Neugeborene bereits hatte, desto schlechter schätzte der Vater seine eigene Befindlichkeit ein.

Nach der Darstellung der Untersuchungsergebnisse sollen diese nun im nächsten Kapitel vor dem Hintergrund der Theorie besprochen werden.

## 4 Diskussion

In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt die Fragestellungen besprochen, welche die vorliegende Untersuchung geleitet haben, um dann auf weitere Ergebnisse der Studie einzugehen.

### 4.1 *Diskussion der Hypothesen*

Die vorliegende Studie untersuchte die Interaktion von Vätern mit ihren frühgeborenen Kindern und verglich diese einerseits mit der Mutter-Kind-Interaktion bei einer Frühgeburt und andererseits mit der Vater-Kind-Interaktion bei einer Termingeburt. Des Weiteren wurde anhand eines Fragebogens das Stresserleben der Väter bei der Geburt erhoben und ebenfalls mit jenem der Mütter der Frühgeborenen und jenem der Väter der Termingeborenen verglichen. Weitere Daten zur Befindlichkeit und zur Partnerschaft konnten aus Selbsteinschätzungsinstrumenten gewonnen werden.

#### 4.1.1 **Die Interaktion, gemessen am CARE-Index von Vätern mit ihren frühgeborenen Kindern**

Die Einschätzung der Interaktionsqualität erfolgte anhand des CARE-Index von Pat Crittenden (2002; 2007), indem im Alter von 10 Wochen (+/- 1 Woche) eine videografierte Interaktionssequenz untersucht und in der „Dyadic Synchrony Scale“ von 1 bis 14 eingestuft wurde. Durchschnittlich erreichten sowohl die Väter und Mütter der Frühgeborenen als auch die Väter der Termingeborenen eine Einstufung im Bereich zwischen 7 und 8, welcher dem „adequate range“ entspricht. Dies bedeutet, dass zwischen dem Erwachsenen und dem Kind ein adäquates Spiel mit merklichen Perioden der Dissynchronizität (kontrollierend oder nicht-responsives Verhalten) beobachtet werden konnte. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben.

#### **Die Interaktion von Vätern mit ihren frühgeborenen Kindern im Vergleich mit der Interaktion von Müttern mit ihren frühgeborenen Kindern**

Eine Frühgeburt bringt es mit sich, dass die Säuglinge auf der neonatalen Intensivstation betreut und deshalb von ihren Müttern vorübergehend getrennt werden müssen. Anders als bei einer Termingeburt sind in diesem Falle sowohl die Väter als auch die Mütter in der Lage und aufgefordert, an der Pflege des Kindes teilzunehmen, und werden von den Pflegefachpersonen auch entsprechend angeleitet. Insbesondere die Mütter sind durch die Frühgeburt häufig nicht nur in ihrer physischen Integrität verletzt, sondern können auch

mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer depressiven Episode auf das Ereignis reagieren (Pierrehumbert et al., 2002; Singer et al., 2002). Müller-Nix et al. (2004) konnten in ihrer Untersuchung einen Zusammenhang zwischen der Interaktion der Mütter mit ihren Säuglingen und ihrer Befindlichkeit feststellen. Die Annahme, dass die Väter aufgrund ihrer physischen Unversehrtheit und ihrer klinisch beobachtbaren intensiven Teilnahme an der Pflege der Säuglinge einen besseren Zugang als die Mütter zu den Kindern hätten, konnte durch unsere Untersuchung nicht bestätigt werden. Es fanden sich auch keine Zusammenhänge zwischen der Anzahl Besuche der Väter im Spital oder der Häufigkeit, mit der die Väter ihre Kinder fürs Kangarooing zu sich auf die Brust legten, und der Interaktion, gemessen am CARE-Index.

Dagegen fand sich eine positive Wechselwirkung zwischen der Interaktionsqualität der Väter mit jener der Mütter. Dies kann einerseits so interpretiert werden, dass sich Paare in der Sensitivität im Umgang mit dem Säugling ähnlich sind. Andererseits kann es die Beobachtung bestätigen, dass in der Eltern-Kind-Dyade bereits der Säugling einen aktiven Beitrag zur Interaktion leistet und somit deren Qualität mit beeinflusst (Crittenden, 2007).

### **Die Interaktion von Vätern mit ihren frühgeborenen Kindern im Vergleich mit der Interaktion von Vätern mit ihren termingeborenen Kindern**

Auch im Vergleich mit der Interaktion von Vätern mit termingeborenen Säuglingen konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. So konnte die Annahme, dass die aktive Teilnahme der Väter an der Pflege ihrer Säuglinge während der Hospitalisation eine positive Wirkung auf die Interaktionsqualität, gemessen am CARE-Index, habe, nicht bestätigt werden.

Als weitere mögliche Einflussgrößen auf die Interaktion wurden für die Zeit nach Austritt aus dem Spital die Häufigkeit des Wickelns, die Zeit, die der Vater täglich mit seinem Kind verbringt, und die Häufigkeit des nächtlichen Beruhigens vonseiten der Väter erhoben (Letzteres nur für die Frühgeborenen). Es konnten dabei zwar keine signifikanten Unterschiede bei der Häufigkeit des Wickelns gefunden werden, aber es liess sich aufzeigen, dass die Väter der Frühgeborenen täglich signifikant mehr Zeit mit ihren Kindern verbrachten als die Väter der Termingeborenen. Insofern liegt der Schluss nahe, dass Väter von Frühgeborenen mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen müssen, um eine vergleichbare Interaktionsqualität, gemessen am CARE-Index, zu erreichen wie Väter von Termingeborenen.

Dieser Befund kontrastiert mit den Aussagen von Phares und Compas (1992), die beobachten konnten, dass Väter dazu tendierten, sich im Falle von Krankheit oder Behinderung ihrer Kinder aus der Betreuung zurückzuziehen. Hier würden möglicherweise Langzeitstudien über mehr Aussagekraft verfügen, da beobachtet werden könnte, ob sich hier im Betreuungsverhalten längerfristig noch etwas verändern würde.

Dass sich in unserer Untersuchung generell kein signifikanter Unterschied in der Interaktion zwischen den Vätern von Frühgeborenen und Vätern von Termingeborenen beobachten liess, überrascht vor dem Hintergrund der bisherigen Studienergebnisse. Es hätte erwartet werden dürfen, dass die Belastungen einer Frühgeburt einen negativen Einfluss auf die Qualität der Interaktion mit den Säuglingen haben würden. Möglicherweise darf davon ausgegangen werden, dass die Betreuung durch das medizinische Personal und Pflegefachleute im Spital, deren Anleitung im Umgang mit dem pflegebedürftigen Kind und der Einbezug der Eltern in die Pflege die mit einer Frühgeburt einhergehenden Interaktionsschwierigkeiten auszugleichen vermögen.

Die Tatsache, dass die Interaktionen der Väter sowohl der Frühgeborenen als auch der Termingeborenen gemäss dem CARE-Index leicht weniger gut eingeschätzt wurden als die Interaktionen der Mütter mit ihren Säuglingen, lässt sich möglicherweise mit einer in der neueren Bindungsforschung getätigten Beobachtung erklären: Anders als bei den Müttern scheint die Interaktion der Väter mit ihren Kindern weniger eine pflegerische oder fürsorgliche Qualität zu haben, sondern mehr den Aspekt der spielerischen Exploration und emotionalen Selbstregulierung zu beinhalten (Grossmann et al., 2002; Kindler & Grossmann, 2008). Insofern dürften vor allem mit den Frühgeborenen, welche aufgrund ihrer physischen Unreife noch relevant mehr Pflege benötigen als Termingeborene und meistens noch nicht ausreichend in der Lage sind, ihren Bedürfnissen differenziert Ausdruck zu verleihen, diese Form der spezifisch väterlichen Interaktion weniger gut gelingen.

#### **4.1.2 Das Stresserleben der Väter bei einer Frühgeburt**

Das Stresserleben der Eltern bei der Geburt wurde anhand der „Salmon’s Item List, German Language Version“ (Stadlmayr et al., 2001; 2009) erhoben. Dabei konnten sowohl zwischen den Vätern und Müttern der Frühgeborenen als auch zwischen den Vätern der früh- und termingeborenen Kinder signifikante Unterschiede beobachtet werden. Hier entspricht die Befundlage unseren Erwartungen: Die Väter der Frühgeborenen erlebten die Geburt weniger stressvoll als die Mütter der Frühgeborenen, jedoch deutlich stressvoller

als die Väter der Termingeborenen. Ersteres dürfte damit zusammenhängen, dass die Mütter unmittelbarer sowohl körperlich als auch psychisch durch die Geburt betroffen sind. Bei 97 % der Mütter wurden bereits während der Schwangerschaft Komplikationen vermerkt. Hier handelte es sich vor allem um vorzeitige Wehentätigkeit, Präeklampsie und Blutungen. Bei der Geburt selbst entwickelten sich bei 81 % der Verläufe Schwierigkeiten. Mehrfach kam es zu vorzeitigen oder zu prolongierten Blasensprüngen, zu Tokolyse-durchbrüchen und zu Notfall-Kaiserschnitten. Generell kamen bei den Frühgeborenen mehr als doppelt so häufig Geburtskomplikationen vor wie bei den Termingeborenen. Generell wurde die Geburt von den Müttern der Frühgeborenen als ein negativ erlebtes Ereignis eingestuft.

Vor diesem Hintergrund lässt sich auch erklären, weshalb die Väter bei Frühgeburten mehr Stress erleben als Väter bei Termingeburten. Häufig ist der Moment der Geburt geprägt von Angst und Sorge um die gebärenden Partnerinnen und um die Kinder. Bei unserer Stichprobe sind ausserdem 73 % der Frühgeborenen per Kaiserschnitt auf die Welt geholt worden – ein medizinischer Eingriff, dem die Väter nicht beiwohnen dürfen. Dies kann zusätzlichen Stress insofern auslösen, als die Männer sich in keiner Weise am Geburtsgeschehen beteiligen können und zur Passivität gezwungen sind (Koppel & Kaiser, 2001).

Zur Erfassung möglicher Einflussfaktoren auf die Interaktion der Väter mit ihren Säuglingen wurden ausserdem die Befindlichkeit, die erlebte Unterstützung in der Partnerschaft sowie soziodemografische Daten erhoben. Im Folgenden sollen diese Ergebnisse der Untersuchung besprochen werden.

#### **4.1.3 Befindlichkeit der Väter bei einer Frühgeburt**

Die Befindlichkeit der Väter und Mütter anhand der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (Cox et al., 1987; Bergant et al., 1998) erhoben. Diese untersucht das Vorliegen von Anzeichen einer Entwicklung einer depressiven Episode. Obwohl verhältnismässig wenig zur Vaterschaft bei Frühgeborenen geforscht wurde, weisen neuere Studien darauf hin, dass die Belastung einer Frühgeburt für den Vater bisher unterschätzt wurde (Deeney et al., 2009; Pohlman, 2009). Trotzdem wiesen die Werte der Väter der Frühgeborenen signifikant weniger Hinweise auf eine depressive Entwicklung auf als jene der Mütter. Für dieses Ergebnis dürfte einerseits wiederum die Unmittelbarkeit der Betroffenheit des Geschehens durch die Mütter ausschlaggebend sein. Die Studie von Lundqvist und Jakobsson (2003) konnte aufzeigen, dass die Unterstützung durch Familie, Freunde und das Pfl-



gepersonal wie auch die aktive Beteiligung der Väter an der Pflege des Säuglings Stress mindernd wirken und somit einen positiven Einfluss auf die Befindlichkeit der Väter haben. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass die Väter unserer Stichprobe genügend Unterstützung durch ihr privates Umfeld und durch das medizinische Personal der neonatalen Intensivstation haben erfahren dürfen. Als weiterer Erklärungsansatz könnte die Beobachtung hinzugezogen werden, dass die Väter bei einer Frühgeburt unterstützende Rollen als Partner und Väter während und nach der Hospitalisation einnehmen (Lee et al., 2005; Lundqvist & Jakobsson, 2003). Möglicherweise rückt bei den Vätern aufgrund dieser Verantwortung das eigene Erleben in den Hintergrund bzw. ist es für die Väter weniger zugänglich und lässt sie so hauptsächlich funktionieren. Obige Ausführungen könnten auch als Erklärungsansätze dienen, dass trotz der Belastung bei einer Frühgeburt sich kein signifikanter Unterschied zu den Vätern von Termingeborenen ausmachen lässt.

#### **4.1.4 Erlebte Unterstützung in der Partnerschaft**

Die Geburt eines Kindes kann als Lebensübergang bezeichnet werden, der die Beziehung sich neu konstellieren lässt und viele Veränderungen mit sich bringt. Im Falle einer Frühgeburt geschieht dies relevant früher als erwartet und nimmt dem Paar wichtige Zeit, sich auf das Kind einzustellen (Frevert et al., 2008; Gloger-Tippelt, 1988; Pedespan, 2004). Als letzte mit Fragebogen erfasste Einflussgrösse auf die Interaktionsqualität wurde die Zufriedenheit mit der Partnerschaft erfragt, wobei es bei diesem Fragebogen im Besonderen um die Einschätzung der durch den Partner oder die Partnerin erlebten Unterstützung geht. Dabei konnten folgende Beobachtungen gemacht werden: Sowohl die Väter und Mütter der Frühgeborenen als auch die Väter der Termingeborenen schienen sich von ihren Partnern und Partnerinnen gut unterstützt zu fühlen. Es ergaben sich für alle Stichproben ähnliche Werte ohne Signifikanz. Auch korrelierte die Einschätzung der Partnerschaft nicht mit dem CARE-Index.

#### **4.1.5 Soziodemografische Einflussfaktoren**

Zur Identifizierung weiterer direkter und indirekter Einflussfaktoren auf die Interaktion der Väter mit ihren frühgeborenen Kindern wurden bei den teilnehmenden Familien soziodemografische Daten erhoben.

##### **Soziodemografische Einflussfaktoren seitens der Eltern**

Seitens der Eltern wurden deren Alter, der höchste Ausbildungsabschluss und die Staatszugehörigkeit befragt. Dabei bildeten die beiden Stichproben in jeder Hinsicht ein relativ homogenes Bild. Sowohl die Eltern der Frühgeborenen als auch jene der Termingeborenen zeigten eine ähnliche Altersstruktur. Mit einem durchschnittlichen Alter von ca. 36 bis 38 Jahren darf davon ausgegangen werden, dass sich die mehrheitlich gut ausgebildeten Väter in ihrer beruflichen Laufbahn an einem Punkt befanden, wo sie stark in ihre Arbeit eingebunden waren, was einen direkten Einfluss auf den möglichen Betreuungsanteil nehmen dürfte. Die Beobachtungen zur Betreuung werden weiter unten noch ausführlicher besprochen.

##### **Soziodemografische Einflussfaktoren seitens der Kinder**

Bei den Kindern wurden unter anderem das Geschlecht, das Alter, die Geschwisterfolge sowie die Frage, ob es sich beim Säugling um ein Einlings- oder ein Mehrlingskind handelte, erhoben.

Dabei zeigte sich, dass die Verteilung hinsichtlich des Geschlechts der Kinder in den beiden Stichproben eine umgekehrte ist: Bei den Frühgeborenen waren zwei Drittel der Kinder Knaben und bei einem Drittel handelte es sich um Mädchen. Beim zeitlichen Engagement der Väter liess sich hinsichtlich des Geschlechts keinen Unterschied feststellen. Dies widerspricht der Beobachtung von Tamis-LeMonda und Cabrera (1999), die aufzeigen konnten, dass sich Väter verschiedener Kulturen intensiver um ihre Söhne kümmern als um ihre Töchter. Möglicherweise kommt dieser Genderaspekt aber erst später in der Entwicklung der Kinder zum Tragen, was anhand weiterer Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt zu überprüfen wäre.

Die Differenz des Gestationsalters der Frühgeborenen und der Termingeborenen betrug durchschnittlich 6 Wochen, d.h. die Termingeborenen hatten zum Zeitpunkt der beurteilten Interaktion einen signifikanten Entwicklungsvorsprung. Wie bereits weiter oben besprochen, dürfte der Entwicklungsstand der Säuglinge als Einflussgrösse auf die Interaktion einwirken.

Hinsichtlich der Geschwisterfolge konnte bei den Vätern der Frühgeborenen zwischen der Anzahl Kinder und der Einschätzung der eigenen Befindlichkeit ein Zusammenhang gefunden werden. Die eigene Befindlichkeit wurde umso negativer erlebt, je mehr Geschwister das Neugeborene bereits hatte. Dieser Befund dürfte damit zusammenhängen, dass hinsichtlich der gesamten Belastung, die eine Frühgeburt für die Väter darstellt, das Vorhandensein weiterer zu versorgenden Kinder eine zusätzlich belastende Einflussgrösse darstellt.

## **4.2 Weitere Ergebnisse**

Aufgrund der explorativen Datenanalyse liessen sich weitere Zusammenhänge ermitteln, die im Folgenden besprochen werden sollen.

### **4.2.1 Weitere Ergebnisse im Zusammenhang mit dem Stresserleben bei der Geburt**

Bei der Stichprobe der Frühgeborenen zeigte sich eine Korrelation zwischen dem Stresserleben der Väter bei der Geburt und der Befindlichkeit der Mütter: Ein negatives Geburtserleben des Vaters stand im Zusammenhang mit einer schlechteren Befindlichkeit der Partnerin. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Väter bei der Einschätzung des Geburtsgeschehens die Befindlichkeit ihrer Partnerin als Einflussvariable zuzogen.

Dagegen kann keine Korrelation zwischen dem Stresserleben bei der Geburt auf Seiten der Väter und ihrer eigenen Befindlichkeit zur Zeit der Datenaufnahme festgestellt werden. Dies bedeutet, dass bei der Frühgeburt ein negatives Geburtserleben längerfristig das Befinden der Männer nicht relevant beeinflusst. Dieses Ergebnis könnte das Resultat von Mackley et al. (2010) bestätigen, welche während den ersten 35 Tagen bei beständig hohem Stresslevel gleichzeitig eine Abnahme von depressiven Symptomen nachweisen konnten. Interessanterweise lässt sich bei der Gesamtstichprobe aller Väter (sowohl der Früh- als auch der Termingeborenen) eine solche Korrelation zwischen dem Stresserleben und der Befindlichkeit nachweisen. Dies könnte nochmals einen Hinweis darauf liefern, dass die Väter der Frühgeborenen aufgrund der anspruchsvollen und häufig schwierigen Gesamtsituation einen weniger guten Zugang zu ihrem Empfinden haben und in ihrer Rolle als Beschützer der Familie „stark sein müssen“. Wogegen die Väter der Termingeborenen besser in der Lage sind, auch Gefühle der Traurigkeit zuzulassen.

Des Weiteren liess sich ein Zusammenhang zwischen der Partnerschaftszufriedenheit bzw. der Einschätzung der durch die Partnerin erhaltenen Unterstützung und dem Stresserleben der Väter bei der Geburt erkennen. Dieser Befund dürfte einen Hinweis dazu liefern, dass das Stresserleben in unterstützend erlebten Partnerschaften generell weniger stark ausgeprägt ist. Interessanterweise scheint jedoch eine unterstützend erlebte Partnerschaft bei den Vätern in keinem Zusammenhang mit der Einschätzung ihrer eigenen Befindlichkeit zu stehen. Das wiederum könnte damit zusammenhängen, dass die Väter ihre Partnerinnen zwar generell als unterstützend erleben, in der ersten Zeit der Elternschaft jedoch primär mit der Rolle des Helfers identifiziert sind.

#### **4.2.2 Weitere Ergebnisse im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Väter**

Dagegen liessen sich signifikante Zusammenhänge mittlerer Stärke zwischen der Befindlichkeit des Vaters und dem Arbeitspensum sowie der Befindlichkeit und der Zeit, welche der Vater täglich mit dem Kind verbringen kann, nachweisen. Dabei korrelierten das Arbeitspensum negativ und die täglich mit dem Kind verbrachte Zeit positiv mit der Befindlichkeit des Mannes.

Weiter oben wurde aufgrund der Alterststruktur der Stichproben die Vermutung geäussert, dass der grösste Teil der Väter aktiv im Erwerbsleben stehe. Diese Annahme wird durch die Tatsache bestätigt, dass Teilzeit-Pensen in unseren Stichproben eher Ausnahmen bildeten. Das Arbeitspensum der Väter wiederum darf als bestimmenden Einflussfaktor auf die Menge der mit dem Kind verbrachten Zeit verstanden werden. Es darf davon ausgegangen werden, dass jene Paare, die sich für ein solches Familienmodell entschieden haben, sich im Vorfeld aktiv mit der Elternrolle auseinander gesetzt haben. Dabei dürfte seitens des Vaters das eigene Vaterschaftskonzept (Matzner, 2004) eine wichtige Rolle spielen, andererseits dürfte auch die Mutter im Sinne von „gatekeeping“ (Kalicki, 2002) Einfluss darauf nehmen, welche Rolle der Vater übernehmen kann. Die Entscheidung für ein individuelles Familienmodell und deren Umsetzung allein kann im Sinne von erlebter Selbstbestimmtheit zu einer guten Befindlichkeit der Väter beitragen. Des Weiteren dürfte die aktive Beteiligung an der Pflege des Kindes einen positiven Einfluss auf das Kontroll- und Selbstwirksamkeitserleben der Väter haben, da sie direkt etwas zum Gedeihen ihres Kindes beitragen können. Und schlussendlich dürfte auch die Beobachtung von Lundqvist und Jakobsson (2003) mit diesem Befund insofern untermauert werden, als der erlebte

Körperkontakt die Verbundenheit und Liebe für das Kind verstärkt und somit auch dem Befinden des Vaters zuträglich ist.

Nach der Besprechung unserer Beobachtungen sollen im nächsten Abschnitt die Limitationen der Studie aufgezeigt werden.

### **4.3 Limitationen der Studie**

Auf den ersten Blick scheinen drei Sachverhalte die Aussagekraft der Studie zu schmälern, welche einerseits das Messinstrument und andererseits die Stichprobe betreffen.

#### **Messinstrument**

Wie bereits in Kapitel 3.5 beschrieben, muss die korrekte Anwendung des CARE-Index gelernt und geübt werden. Dazu werden mehrtägige Kurse angeboten. Zur Erreichung der Coder-Reliabilität muss weiter eine Prüfung bestanden werden. Die Raterinnen der vorliegenden Studie haben zwar alle die Schulung besucht, keine unter ihnen ist aber im Besitze dieser Coder-Reliabilität. Nur eine der Raterinnen ist in der Lage, gefährdete Kinder von nicht gefährdeten zu unterscheiden.

#### **Stichprobe**

Beide unserer Stichproben verfügten über die nötige Grösse, um damit aussagekräftige Ergebnisse zu generieren. Bei jener der Frühgeborenen kamen jedoch Mehrlingskinder vor, welche in die Studie mit eingeschlossen wurden. Das bedeutet, dass bei den Berechnungen der Mittelwerte der Fragebogen und derer Korrelationen die Eltern der Mehrlingskinder eine der Kinderzahl entsprechend höhere Gewichtung erhielten. So floss z. B. die Aussage des Vaters der Drillinge dreifach in die Studie ein, was das Resultat leicht verzerrte.

Als weiterer die Stichprobe der Frühgeborenen betreffenden Punkt ist das Alter der Säuglinge zum Zeitpunkt der Filmaufnahme zu nennen. Unsere Studie orientierte sich für die Aufnahme der Interaktionssequenz am effektiven Alter in Wochen (10 +/-1) nach der Geburt. Man hätte für die Bestimmung des Zeitpunktes auch das korrigierte Alter verwenden können, d.h. 10 Wochen nach geplantem Geburtstermin. Damit hätte man die Entwicklung der Säuglinge mitberücksichtigt. Davon wurde abgesehen, da die Eltern der Frühgeborenen so relevant mehr Zeit für den Aufbau der Beziehung mit ihrem Kind gehabt hätten als die Eltern der Termingeborenen. Mit dieser Entscheidung haben wir in Kauf genommen, dass die Säuglinge der beiden Stichproben unterschiedlich alt und insofern unterschiedlich weit in ihrer Entwicklung waren.

#### **4.4 Zusammenfassung und Ausblick**

Die vorliegende Studie befasste sich mit der Qualität der Vater-Kind-Interaktion bei einer Frühgeburt. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass sich die Interaktion von Vätern, gemessen am CARE-Index, weder signifikant von jener der Mütter mit den Frühgeborenen noch von jener der Väter mit Termingeborenen unterscheidet. Als möglicher Erklärungsansatz wurde die gelungene Betreuung der Eltern im Spital angeführt, welche beobachtete Risiken seitens der Eltern und der Säuglinge, die zu einer Erschwerung der Kommunikation führen können, auszugleichen vermag. Es wäre interessant, dieser Hypothese nachzugehen und hierzu von den Eltern vertiefende und ergänzende Informationen zu erhalten.

Die Väter von Frühgeborenen haben die Geburt signifikant stressvoller erlebt als Väter bei einer Termingeburt. Dieser Befund scheint aufgrund der Tatsache, dass eine Frühgeburt meist auch ein gewisses Gefahrenpotential sowohl für die Mutter als auch für den Säugling darstellt, wenig Erklärungsbedarf mit sich zu bringen. Generell dürfte es im Zusammenhang mit dem Stresserleben bei der Geburt interessant sein, der Frage nachzugehen, was den Vätern bei der Verarbeitung der Situation am besten helfen könnte.

Dass eine Frühgeburt für die Mütter die Gefahr mit sich bringt, an einer depressiven Episode oder an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, konnte in diversen Studien nachgewiesen werden. In unserer Untersuchung liessen sich keinerlei solche Anzeichen für die Väter finden. Es wäre jedoch hilfreich, mehr zur Qualität des Erlebens der Väter zu erfahren, um so zu weiteren Hinweisen zu kommen, welche Form der Unterstützung von Vätern zu welchem Zeitpunkt am sinnvollsten erlebt wird.

Da die Auswirkungen einer Frühgeburt auch längerfristig Belastungen verschiedenster Art für die Kinder und deren Eltern mit sich bringen können, wäre es ebenfalls interessant, den Ansatz dieser Studie weiter zu verfolgen und die Familien zu späteren Zeitpunkten nochmals hinsichtlich der Interaktionsqualität und vermeintlicher Einflussfaktoren zu untersuchen.

## 5 Abstract

Medizinische Fortschritte machen es möglich, immer kleinere Frühgeborene am Leben zu erhalten. Studien weisen darauf hin, dass Frühgeburten für die Kinder längerfristige Risiken sowohl in der kognitiven als auch in der emotionalen Entwicklung bergen. Als eine kritische Einflussgrösse auf die kindliche Entwicklung wurde die Eltern-Kind-Beziehung identifiziert. Die vorliegende Studie untersuchte anhand des CARE-Index die Vater-Kind-Interaktion bei Frühgeburten zwischen der 31. und 34. Schwangerschaftswoche und verglich sie mit der Mutter-Kind-Interaktion. Des Weiteren wurde ein Vergleich mit der Vater-Kind-Interaktion bei Termingeburten durchgeführt. Gleichzeitig wurden bei allen Vätern und Müttern das Stresserleben bei der Geburt anhand der SILGer erhoben und verglichen. Die Untersuchung erfolgte jeweils 10 Wochen nach der Geburt. Hinsichtlich der Interaktionsqualität konnte weder im Vergleich mit den Müttern der Frühgeborenen noch im Vergleich mit den Vätern von Termingeborenen signifikante Unterschiede beobachtet werden. Dagegen zeigte sich bei den Vätern der Frühgeborenen ein grösseres Stresserleben bei der Geburt als bei den Vätern der Termingeborenen, wobei das Stresserleben der Mütter der Frühgeborenen am grössten war. Das Stresserleben bei der Geburt scheint also keinen Einfluss auf die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion zu haben. Für qualitative Aussagen zur Vater-Kind-Interaktion sind weitergehende Untersuchungen notwendig.

## 6 Literaturangaben

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arockiasamy, V., Holsti, L., Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A search for control. *Pediatrics*, 121, 215-222.
- Beitel, A.H., & Parke, R.D. (1998). Paternal involvement in infancy: The role of maternal and paternal attitudes. *Journal of Family Psychology*, 12, 268-288.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bergant, A.M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., Dapunt, O. (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 123 (3), 35-40.
- Berger, T.M., Büttiker, v., Fauchère, J.-C., Holzgreve, W., Kind, Ch., Largo, R., Moessinger, A., Zimmermann, R. (2002) *Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit (Gestationsalter 22-26 SSW)*. URL: <http://www.neonet.ch> (Stand 02.04.2011)
- Bhutta, A.T., Cleves, M.A., Casey, P.H., Cradock, M.M., Anand, K.J.S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. A meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 288 (6), 728-737.
- Blumberg, N.L. (1980). Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early postpartum adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 139-150.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bachmann, B. (2010). *Die Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen im Vergleich zur Mutter-Kind-Interaktion bei Termin-geborenen*. Unveröffentlichte Masterarbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Braungart-Riecker, J., Garwood, M.M., Powers, B.P., Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, 72, 252-270.



- Broude, G.J. (1988). Rethinking the couvade: crosscultural evidence. *American Anthropologist*, 90, 902-911.
- Brosius, F. (2008). *SPSS 16 für Dummies* (2. Aufl.). Weinheim: Wiley-VCH.
- Bucher, H.U., Killer, Ch., Ochsner, Y., Vaihinger, S., Fauchère, J.-C. (2002). Growth, developmental milestones and health problems in the first 2 years in very preterm infants compared with term infants: a population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 161, 151-156.
- Bucher, H.U., Ochsner, Y., Fauchère, J.-C. (2003). Two years outcome of very preterm and very low birthweight infants in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 133, 93-99.
- Bürgin, D. (2006). Potenziell traumatogene Faktoren in der Intensivmedizin. *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 4 (3), S. 29-36
- Cannon, E.A., Schoppe-Sullivan, S.J., Mangelsdorf, S.C., Brown, G.L., Szewczyk Sokolovski, M. (2008). Parent characteristics as antecedents of maternal gatekeeping and fathering behavior. *Family Process*, 47, 501-519.
- Carbrera, N.J., Tamis-LeMonda, C.S., Bradley, R.H., Hofferth, S., Lamb, M.E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 71, 127-136.
- Clarke-Stewart, K. (1978). And daddy makes three: the father's impact on mother and young child. *Child Development*, 49, 466-478.
- Coiro, M.J. & Emery, R.E. (1998). Do marriage problems affect fathering more than mothering? A quantitative and qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 23-40.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, M.J., Owen, M.T., Henderson, V.K., Margand, N.A. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28 (3), 474-483.
- Crittenden, P.M. (2002). Attachment, information processing and psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 1 (2), 72-75
- Crittenden, P.M. (2007). *CARE-Index. Infants. Coding Manual*.

- Dahl, L.B., Kaaresen, P.I., Tunby, J., Handegard, B.H., Kvernmo, S., Ronning, J.A. (2007). Emotional, Behavioral, Social and Academic Outcomes in Adolescents Born with Very Low Birth Weight. *Pediatrics*, 118 (2), 449-459
- Deeney, K., Lohan, M., Parkes, J. & Spence, D. (2009). *Paediatric nursing*, 21 (1), 45-47.
- D'Andrade, R.G. (1973). Father absence, identification and identity, *Ethos*, 1, 440-445.
- Eickhorst, A., Benz, M., Scholtes, K., Cierpka, M. (2010). Väterliche Präsenz – Ein Rahmenmodell mit vier Ebenen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 613-628.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Statistik BSF (2010). Gesundheit der Neugeborenen 2008. Frühgeburten, Mehrlingsschwangerschaften und Wachstumsretardierung. *BFS Aktuell*.  
URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03.html> (02.04.2011).
- Ember, C., Ember, M. (2002). Father absence and male aggression: A re-examination of the comparative evidence. *Ethos*, 296-314.
- Fegran, L., Helseth, S., Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 810-816
- Frevort, G., Cierpka, M., Joraschky, P. (2008). Familiäre Lebenszyklen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (3. Aufl.), 171-197. Berlin: Springer.
- Furdon, S.A., Clark, D.A. (2010). *Prematurity*.  
URL: <http://www.emedicine.medscape.com> (02.04.2011)
- Fthenakis, W.E., Minsel, B. (2002). *Die Rolle des Vaters in der Familie*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams J.D., Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371 (9606), 75-84.
- Ghosh, J.K., Wilhelm, M.H., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C.A., Ritz, B.R. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 327-338.

- Gottfried, A.E., Gottfried, A.W. & Bathurst, K. (2002). Maternal and dual-earner employment and parenting. In *Handbook of Parenting (2e). Volume II: Biology and Ecology of Parenting*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greenberger, E., O'Neil, R. & Nagel, S.K. (1994). Linking workplace and homeplace: Relations between the nature of adults' work and their parenting behaviors. *Developmental Psychology*, 30, 990-1002.
- Grossmann, K., Grossmann, K.E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Engelich, H., Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, 11 (3), 307-331.
- Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. (2002). Outcomes in young adulthood for very low birth weight infants. *New England Journal of Medicine*, 346, 149-157
- Hänsenberger-Aebi, F. (2007). Sehr kleine Frühgeborene. Annäherung an eine Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 76, 285-293.
- Harkness, S., Super, C.M. (1992). The cultural foundations of fathers' roles: Evidence from Kenya and the United States. In B.S. Hewlett (Hrsg.), *The fathers' role: Cultural and evolutionary perspectives* (191-211). New York: Aldine de Gruyter.
- Helmer, H. (2007). Definition in der Geburtshilfe: Frühgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt. *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*, 25 (1), 7-8.
- Hewlett, B. (1992). *Father-child relations: Cultural and biosocial contexts*. New York: De Gruyter.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Alcarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 65, 870-876.
- Horst, F.C.P. van der, Veer, R. van der (2009). Changing attitudes towards the care of children in hospital: a new assessment of the influence of the work of Bowlby and Robertson in the UK, 1940-1970, *Attachment and Human Development*, 11 (2), 119-142.

Hurtado, A., Hill, K. (1991). Paternal effect on offspring survivorship among Ache and Hiwi hunter-gatherers: Implications for modeling pair-bond stability. In B. Hewlett (Hrsg.), *Father-child relations: Cultural and biosocial contexts* (S. 31-55). New York.

ICD-10, *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision, Version 2011.

URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/index.html> (02.04.2011).

Inselspital, Universitätsspital Bern. Frühgeburt.

URL: <http://frauenheilkunde.insel.ch/fruehgeburt-fk.html> (01.02.2011).

Ijzendorp, M.H. van, Wolf, M.S. de (1997). In search of the absent father- meta-analyses of infant-father attachment: a rejoinder to our discussion. *Child Development*, 68, 604-609.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

John, A., Halliburton, A.L. (2010), Q methodology to assess child-father attachment. *Early Child Development and Care*, 180 (1&2), 71-85.

Joseph, R.A., Mackley, A.B., Davis C.G., Spear M.L., Locke, R.G. (2007). Stress in fathers of surgical neonatal intensive care unit babies. *Advances in Neonatal Care*, 7, 321-325.

Kaaresen, P.I., Ronning, J.A., Ulvund, St.E., Dahl, L.B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118, e9-e19.

Kalicki, B., Peitz, G., Fthenakis, W.E. (2002). Subjektive Elternschaftskonzepte und faktische Rollenausübung: theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In W.E. Fthenakis, M.R. Textor (Hrsg.), *Mutterschaft, Vaterschaft* (S. 170-183). Weinheim: Beltz.

Kindler, H., Grossmann, K. (2008). Vater-Kind-Bindung und die Rollen von Vätern in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung, Entstehung und Entwicklung* (2. Aufl.), 240-254. Basel: Ernst Reinhardt.

- Kitzling, K. von, Simoni, H., Amsler, F., Bürgin, D. (1999). The role of the father in early family interactions. *Infant Mental Health Journal*, 20 (3), 222-237.
- Koppel, G.T., Kaiser, D. (2001). Fathers at the end of their rope: a brief report on fathers abandoned in the perinatal situation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (3), 249-251.
- Lamb, M.E. (1997). Fathers and Child Development: An introductory overview and guide. In M.E. Lamb (Hrsg.), *The Role Of The Father in Child Development* (third ed., pp. 1-18). New York: Wiley.
- Lamb, M.E., Hwang, C., Frodi, A.M., Frodi, M. (1982). Security of mother-infant and father-infant attachment and its relation to sociability with strangers in traditional and nontraditional Swedish families. *Infant Behavior & Development*, 5 (4), 355-367.
- Lamb, M.E., Pleck, J.H. Charnov, E.L., Levine, J.A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J.B. Lancaster, J. Altmann, A.S. Rossi, L.R. Sherrod (Eds.), *Parenting across life span. Biosocial dimensions* (S. 111-142). New York: Aldine.
- Lamb, M.E. & Tamis-LeMonda, C.S. (2004). The role of the father. In M.E. Lamb (ed.), *The Role of the Father in Child Development* (4th ed) (pp. 1-31). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Lee, T.-Y., Shandor Miles, M., Holditch-Davis, D. (2006). Fathers' support to mothers of medically fragile infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35 (1), 46-55.
- Lemola, S., Stadlmayr, W. & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3): 190 – 202.
- Lindberg, B., Öhrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67 (5), 461-471
- Lindberg, B., Axelsson, K., Öhrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 79-85.

- Lohaus, A., Ball, J. & Lißmann, I. (2008). Frühe Eltern-Kind-Interaktion. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung* (S. 147-161). München: Reinhardt.
- Löhr, T., Gontard, A. von, Roth, B. (2000). Perception of premature birth by fathers and mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 41-46.
- Lundqvist, P., Jakobsson, L. (2003). Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants, *Neonatal Network*, 22 (6), 25-31.
- Mackley, A.B., Locke, R.G., Spear, M.L., Joseph, R. (2010). Forgotten parent. *Advances in Neonatal Care*, 10 (4), 200-203.
- Maercker, A., Schützwahl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Main, M., Weston, D.R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52 (3), 932-940.
- Matzner, M. (2004). *Vaterschaft aus der Sicht von Vätern. Subjektive Vaterschaftskonzepte und soziale Praxis der Vaterschaft*. Wiesbaden: VS Verlag.
- McLanahan, S., Teitler, J. (1999). The consequences of father absence. In M.E. Lamb (Ed.), *Parenting and child development in „non-traditional families* (S. 83-102). Mahwah: Erlbaum.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borhini, A., Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158.
- Nagorski Johnson, A. (2008). Engaging fathers in the NICU. Taking down the barriers to the baby. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22 (4), 302-306.
- Olshtain-Mann, O., Auslander, G.K. (2008). Parents of preterm infants twomonths after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health & Social Work*, 33 (4), S. 299-308.
- Papousek, H., Papousek, M. (2002). Intuitive Parenting. In: Bornstein, M.H. (Ed.) *Handbook of parenting*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47 (4), 193-219.

- Pedespan, L. (2004). Attachement et prématurité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, 716-720.
- Phares, V. & Compas B.E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 110, 387-412.
- Pierrehumbert, A.N., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. Ansermet, F. (2009). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 88, 400-404.
- Pohlman, S. (2003). *When worlds collide: The meanings of work and fathering among fathers of premature infants* (dissertation). St. Louis, Mo: Saint Louis University.
- Pohlman, S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: Findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in Neonatal Care*, 5 (4), 204-216.
- Pohlman, S. (2009). Fathering premature infants and the technological imperative of the neonatal intensive care unit. An interpretive Inquiry. *Advances in Nursing Science*, 32 (3), E1- E16.
- Power, T.G., Shank, J.A. (1988). Parents as socializers: maternal and paternal views. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 203-220.
- Reijneveld, S.A., de Kleine, M.J.K., van Baar, A.L., Kollée, L.A.A., Verhaak, C.M., Verhulst, F.C., Verloove-Vanhorick, S.P. (2006). Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 91, 423-428.
- Repetti, R.L. (1994). Short-term and long-term processes linking job stressors to father-child interaction. *Social Development*, 3, 1-15.
- Russel, A., Saebel, J. (1997). Mother-son, mother-daughter, father-son and father-daughter: are they distinct relationships? *Develop Rev*, 17, 111-147.
- Sajaniemi, N., Makela, j., Salokorpi, T., von Wendt, L., Hamalainen, T., Hakamies-Blomqvist, L. (2001). Cognitive performance and attachment patterns at four years of age in extremely low birth weight infants after early intervention. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 10, 122-129.

- Salmon, P., Drew, N.C. (1992). Multidimensional Assessment of Women's Experience of Childbirth: Relationship to Obstetric Procedure, Antenatal Preparation and Obstetric History. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (4), 317-327.
- Seiffge-Krenke, I. (2001). Neuere Ergebnisse der Vaterforschung. Sind Väter notwendig, überflüssig oder sogar schädlich für die Entwicklung ihrer Kinder? *Psychotherapeut*, 46, S. 391-397.
- Siegel, M. (1987). Are sons and daughters treated more differently by fathers than by mothers? *Develop Rev*, 7, 183-209.
- Singer, L.T., Davillier, M., Bruening, P., Hawkins, S., Yamashita, T.S. (1996). Social support, psychological distress, and parenting strains in mothers of very low birthweight infants. *Family Relations*, 45, 343-350.
- Singer, D. (2006). Die Langzeitprognose von Frühgeborenen. Was sich hinter den Statistiken verbirgt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 210, 50-59.
- Spremborg, V.E. (2010). *Postpartale depressive Störung: Häufigkeit und Zusammenhänge mit soziodemographischen und psychosozialen Faktoren*. Unveröffentlichte Dissertation, Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Hösl, I., Amsler, F., Leupold, J., Schwendke-Kliem, A., Simoni, H., Bürgin, D. (2001). Birth as a multidimensional experience: Comparison of the English- and German-language version of Salmon's Item List, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22 (4), 205-214.
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D., Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*, 22, 13-19.
- Steer, Ph. (2005). The epidemiology of preterm labour. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, Supplement 1, 1-3.
- Stern, D.N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sullivan, J.R. (1999). Development of father-infant attachment in fathers of preterm infants. *Neonatal Network*, 18 (7), 33-39.
- Tamis-LeMonda, C.S., Cabrera, N. (1999). Perspectives on father involvement: Research and policy. *Social Policy Report of the SRCD*, 13.



- Thompson, R.A. (1998). *Early sociopersonality development*. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Vol. 3, Social, emotional and personality development* (5. Ed.), 25-104. New York: Wiley.
- Vohr, B.R., Wright, L.L., Poole, W.K., McDonald, S.A. (2005). Neurodevelopmental outcomes of extremely low birth weight infants < 32 weeks' gestation between 1993 and 1998. *Pediatrics*, 116 (3), 635-643.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In: J.P. Wilson & T.M. Keane (eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.

## 7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### Tabellen

Tabelle 1:	Klassifikation nach Gestationsalter und Geburtsgewicht.	5
Tabelle 2:	Soziodemografische Angaben zu den Kindern	30
Tabelle 3:	Soziodemografische Angaben zu den Müttern	32
Tabelle 4:	Soziodemografische Angaben zu den Vätern	33
Tabelle 5:	Angaben zur Berufstätigkeit und Freitage der Väter	34
Tabelle 6:	Angaben zum Betreuungsanteil der Väter	35
Tabelle 7:	Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	37
Tabelle 8:	Häufigste Diagnosen der Säuglinge	38
Tabelle 9:	Besuchsverhalten der Eltern und Kangarooing	39
Tabelle 10:	Anzahl Kangarooing der Eltern pro Kind	40
Tabelle 11:	Gesamtwert Kangarooing pro Kind	40
Tabelle 12:	Ergebnisse Fragebogen beider Stichproben	42
Tabelle 13:	Korrelationen der Mittelwerte der Daten der Fragebogen: Väter und Mütter der frühgeborenen Kindern	44
Tabelle 14:	Korrelationen der Fragebogen der Väter und Mütter beider Stichproben	45
Tabelle 15:	Korrelationen der Mittelwerte der Fragebogen: Väter der frühgeborenen Kinder	47
Tabelle 16:	Korrelationen der Mittelwerte der Fragebogen: Väter der frühgeborenen Kinder	48

### Abbildungen

Abbildung 1:	Das Vier-Ebenen-Modell der Vaterschaft nach Eickhorst et al. (2010, S. 625)	11
Abbildung 2:	Rating der Interaktionen der Eltern mit ihren Säuglingen anhand des CARE-Index	41

# **ANHANG**

## **Anhang A: Fragebogen**

- A1: Salmon's Item List; German Language Version (SILGer\_27) für die Mütter
- A2: Salmon's Item List; German Language Version (SILGer\_23) für die Väter
- A3: Befindlichkeitsfragebogen: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
- A4: Impact-of-Event-Scale-Revised (IES-R)
- A5: Partnerschaftsfragebogen
- A6: Dyadic Synchrony Scale

## **Anhang B: Ethikantrag**

- B1: Ethikantrag Basisformular
- B2: Synopsis
- B3: Elternbrief
- B4: Einverständniserklärung

Kind\_ID:

Datum: \_\_\_\_\_

*Fragebogen „SILGer“ zum Geburtserleben der Mutter*

<p>Bitte füllen Sie Fragen der folgenden Seiten spontan und ohne ‚nachzugrübeln‘ aus: Wir sind an <b>Ihrem</b> Erleben interessiert. Es gibt kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘!          Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala von 1 bis 7, von dem Sie denken, daß er am besten beschreibt, wie Sie sich <b>unter der Geburt und in den ersten Stunden danach</b> fühlten.</p> <p>Falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Ihrer Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie bitte einen Mittelwert und tragen diesen dann auf der Skala von 1 bis 7 ein.<sup>13</sup></p>								
	1	2	3	4	5	6	7	
1. enttäuscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht enttäuscht
2. erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt
3. begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht begeistert
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht zufrieden
5. voller Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Freude
6. deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht deprimiert
7. glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht glücklich
9. gute Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlechte Erfahrung
10. ich kam gut klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich kam schlecht klar
13. angenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unangenehm
14. entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht entspannt
15. ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht ängstlich
17. leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht leicht
18. die Zeit verging schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Zeit verging langsam
19. erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erschöpft
20. voller Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Vertrauen
21. nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht nervös
22. hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht hilflos
23. wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unwichtig
24. überwältigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht überwältigt
25. beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbeteiligt
26. traumatisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht traumatisiert
27. hoffnungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voller Hoffnung

Kind\_ID: 

Datum: \_\_\_\_\_

*Fragebogen „SILGer“ zum Geburtserleben des Vaters*

## Geburtserleben Partner SILGer\_23

SILVar\_04b\_(v1.0)\_02bdeliv\_p\_(=SILger23\_pp)\_Q

Bitte füllen Sie Fragen der folgenden Seiten spontan und ohne ‚nach zu grübeln‘ aus: Wir sind an **Ihrem** Erleben interessiert. Es gibt kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘!

Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala von 1-7, von dem Sie denken, dass er am besten beschreibt, wie **Sie sich unter der Geburt und in den ersten Stunden danach** fühlten.

Falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Ihrer Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie den *Durchschnitt* und tragen diesen auf der Skala 1-7 ein.

	1	2	3	4	5	6	7	
1. enttäuscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht enttäuscht
2. erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt
3. begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht begeistert
4. zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht zufrieden
5. voller Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Freude
6. deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht deprimiert
7. glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht glücklich
9. gute Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlechte Erfahrung
10. ich kam gut klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich kam schlecht klar
13. angenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unangenehm
14. entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht entspannt
15. ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht ängstlich
17. leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht leicht
18. die Zeit verging schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Zeit verging langsam
19. erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht erschöpft
20. voller Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Vertrauen
21. nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht nervös
22. hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht hilflos
23. wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unwichtig
24. überwältigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht überwältigt
25. beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbeteiligt
26. traumatisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht traumatisiert
27. hoffnungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voller Hoffnung

Kind\_ID:

Mutter

Vater  Datum: \_\_\_\_\_

## ***Befindlichkeitsfragen***

Im Folgenden finden Sie Fragen, die Ihr Befinden **während der ganzen letzten Woche** (und nicht nur heute) beschreiben.

Bitte entscheiden Sie sich bei **jeder Frage** für die am **besten zutreffende Antwort**.

**So fühlte ich mich während der letzten Woche:**

**1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen.**

- Genauso oft wie früher
- Nicht ganz so oft wie früher
- Deutlich weniger als früher
- Überhaupt nicht

**2. Es gab vieles, auf das ich mich freute.**

- So oft wie früher
- Eher weniger als früher
- Viel seltener als früher
- Fast gar nicht

**3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas daneben ging.**

- Ja, sehr oft
- Ja, manchmal
- Nicht sehr oft
- Nein, nie

**4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen.**

- Nein, nie
- Ganz selten
- Ja, manchmal
- Ja, sehr oft

**5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund.**

- Ja, ziemlich oft
- Ja, manchmal
- Nein, fast nie
- Nein, überhaupt nicht

**6. Mir ist alles zuviel geworden.**

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

**7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte.**

- Ja, fast immer
- Ja, manchmal
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

**8. Ich war traurig und fühlte mich elend.**

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

**9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.**

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nur manchmal
- Nein, nie

**10. Gelegentlich kam mir der Gedanken, mir etwas anzutun.**

- Ja, oft
- Manchmal
- Selten
- Nie

Kind\_ID: 

Datum: \_\_\_\_\_

**Mutter: Befindlichkeit IES-r**

		IESr (v1.0)_09x_m&p			
<i>Bitte entscheiden Sie im Folgenden, wie es Ihnen <b>jetzt (in diesem Augenblick)</b> bezüglich der Geburt geht; die Frage nach der Häufigkeit bestimmter Erlebnisse bezieht sich dabei auf die letzten 7 Tage bzw. die letzten Tage seit der Geburt (wenn diese weniger als 7 Tage zurück liegt). Beantworten Sie die Fragen spontan, ohne besonders nachzudenken!</i>					
		überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1	Jeder Gedanke an die Geburt bringt Gefühlsregungen mit sich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	Ich habe Mühe durchzuschlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	Ich muss bei allen Gelegenheiten an die Geburt denken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Ich fühle mich gereizt und ärgerlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	Ich muss meine Aufregung unterdrücken, wenn ich an die Geburt denke oder an sie erinnert werde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	Ich denke an die Geburt, auch wenn ich nicht daran denken will	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Mir kommt es vor, als wäre es nicht wahr, oder als wäre es gar nicht passiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Ich würde am liebsten allem fernbleiben, was mich an die Geburt erinnert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9	Bilder von der Geburt drängen sich mir in die Vorstellung, ohne dass ich sie willentlich zur Seite lassen kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10	Ich bin wie unter Strom und leicht aus der Fassung zu bringen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11	Ich versuche, nicht an die Geburt zu denken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12	Mir ist zwar bewusst, dass ich noch gefühlsmässig mit dem Verarbeiten der Geburt zu tun habe, aber ich will mich darum nicht kümmern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13	Meine Gefühle bezüglich der Geburt sind wie betäubt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14	Ich bemerke, dass ich zwischendurch wieder handle oder fühle, wie wenn ich wieder unter der Geburt wäre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15	Ich habe Mühe einzuschlafen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16	Ich habe seit der Geburt starke Gemütsbewegungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17	Ich versuche, die Geburt aus meiner Erinnerung zu löschen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18	Ich habe Mühe mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19	Wenn mich etwas an die Geburt erinnert, habe ich körperliche Reaktionen, wie z.B. Schwitzen, schnelles Atmen, Übelkeit oder ein beklemmendes Gefühl im Brustkorb	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20	Ich träume von der Geburt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21	Ich bin ständig wachsam, wie "auf der Hut" vor etwas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22	Ich versuche, wenn möglich nicht über die Geburt zu sprechen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

IES-R (Weiss/Marmar et al., 1997); german version "birth", translated/adapted by W.Stadlmayr (1999) scoring template according to Maercker et al, 1998: German version of the IES-r) and according to IES (Horowitz 1979): 0,1,3,5



Kind\_ID: Mutter Vater  Datum: \_\_\_\_\_

## ***Partnerschaftsfragebogen***

*Geben Sie bitte an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen können:*

	völlig zutreffend	sehr zutref- fend	eher zutref- fend	eher unzutref- fend	sehr unzutref- fend	völlig unzu- treffend
1. Mein Partner nimmt sich immer Zeit, um mit mir über Probleme zu sprechen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Mein Partner kümmert sich wirklich um mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Egal was geschieht, auf meinen Partner kann ich immer zählen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Wenn ich mit meinem Partner zusammen bin, kann ich mich richtig entspannen und mich selber sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Mein Partner unterstützt mich, so gut er kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Mein Partner kritisiert mich häufig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Ich bin von meinem Partner enttäuscht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

# Dyadic Synchrony Scale

by Patricia M. Crittenden, Ph.D.

## Adequate Range

### *Sensitive (14-11)*

14-13 Mutual delight, joy in one another; a dance.

12-11 Smooth, pleasing interaction; playful, shared positive affect.

### *Adequate (10-7)*

10-9 Quite satisfactory play; no problems, but no dance.

7-8 Adequate play, but noticeable periods of dissynchrony (either controlling or unresponsive).

## Intervention Range

### *Inept (5-6)*

6-5 Clear, unresolved problems; limited playfulness, but no evidence of hostility or lack of empathy (unresponsiveness).

## High-risk Range

### *At risk (0-4)*

3-4 Clear lack of empathy, nevertheless, some feeble (insufficient or unsuccessful) attempt is made to respond to infant; lack of playful quality.

0-2 Total failure to perceive or attempt to sooth infant's distressed state; no play.

**Basisformular  
zur Einreichung eines biomedizinischen Forschungsprojektes**

eingereicht bei der **PUK des Kinderspitals Zürich**

am 22.04.2009

**Titel des eingereichten Forschungsprojektes gemäss Protokoll**

Die Qualität der Vater-Kind-Interaktion im Vergleich zur Qualität der Mutter-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen

1. Meldung  
 Weitere Meldung  
Ref. Nr. EK:

Ref. Nr. Swissmedic/BAG:

**Prüfer/in (verantwortliche/r Prüfer/in im Zuständigkeitsbereich der EK)**

Name, Vorname, Titel: von Wyl, Agnes, Dr. phil  
Funktion: Forschungsarbeitsgruppenleiterin  
Adresse: Beustweg 14, Postfach, 8032 Zürich  
Tel.: 058 934 84 33 Fax: 058 934 83 31 E-Mail: agnes.vonwyl@zhaw.ch

weitere Mitarbeiter/innen (gemäss beiliegender Liste)

**Hauptprüfer/in in der Schweiz (bei Multizenterprojekten)**

Name, Vorname, Titel: Wellmann, Sven, Dr. med.  
Funktion: Oberarzt Neonatologie  
Adresse: Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich  
Tel.: 044 255 53 45 Fax: E-Mail: sven.wellmann@usz.ch

**Sponsor**

Firma / Institution: ZHAW-P  
Verantwortliche Person in der Schweiz: Dr. phil. Agnes von Wyl  
Adresse: Beustweg 14, Postfach, 8032 Zürich  
Tel.: 058 394 84 33 Fax: 058 934 83 31 E-Mail: agnes.vonwyl@zhaw.ch

**1. Finanzierungsquelle (falls nicht identisch mit Sponsor)**

Firma / Institution:  
Adresse:  
Kontaktperson:  
Tel.: Fax: E-Mail:

**Weitere Finanzierungsquellen**

Firma / Institution: Novartis Stiftung  
Adresse: Novartis Pharma AG, Büro WSJ-27.3.033, 4002 Basel  
Kontaktperson: Dr. med. Walter H. Aellig  
Tel.: 061 324 28 57 Fax: E-Mail:

Firma / Institution:

Adresse:

Kontaktperson:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Firma / Institution:

Adresse:

Kontaktperson:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

### **CRO (Auftragsforschungsinstitut)**

Name:

Adresse:

Kontaktperson:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

### **Art des Forschungsprojektes**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzneimittel, Phase: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> Transplantation                                   |
| <input type="checkbox"/> Medizinprodukte, zertifiziert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> Grundlagenforschung                               |
| <input type="checkbox"/> Radiopharmazeutika   | <input type="checkbox"/> Epidemiologie                                     |
| <input type="checkbox"/> Blutprodukte   | <input type="checkbox"/> Personendatenstudien                              |
| <input type="checkbox"/> Immunbiologische Produkte  | <input type="checkbox"/> Osteopathie, Physiotherapie, Pflegewissenschaften |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie  | <input type="checkbox"/> Forschung an Embryonen (in vitro)                 |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie   | <input type="checkbox"/> Pathologie  |
| <input type="checkbox"/> Gentherapie-Versuche   | <input type="checkbox"/> Psychotherapiestudien                             |
| <input type="checkbox"/> Genetische Studien   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anderes, nämlich: Kinderpsychiatrie   |  |

### **Versuchspräparat/e**

(Wirkstoff/e und Markenname/n)

keine

### **Vergleichspräparat/e**

(Wirkstoff/e und Markenname/n)

keine

## Forschungsprojekt in Stichworten

Frühgeburtlichkeit bedeutet erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Kindes. An 40 Frühgeborenen und seiner Eltern sollen Faktoren auf Seiten des Kindes (Ausmass der perinatalen Risiken) und Faktoren der Eltern (traumatisches Geburtserleben, Depressivität, Geschlecht) und ihre Beeinflussung der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion untersucht werden. Fokussiert wird der Unterschied zwischen Vater und Mutter bei der Interaktion mit dem Frühgeborenen. Als Vergleichsgruppe dienen 30 Termingeborene und deren Eltern. Ziel ist, die Therapie der Eltern-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen und damit die Entwicklungschancen der Frühgeborenen zu verbessern.

## Welches sind Ihre ethischen Überlegungen, die die Durchführung dieses Versuchs rechtfertigen?

Mögliche Vermischung von wissenschaftlicher Erhebung und klinischer Arbeit auf der Neonatologie. Beide Aspekte sollen dadurch voneinander getrennt werden, dass nur bei ausdrücklicher Zustimmung der Eltern die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung in die klinische Arbeit einbezogen werden.

## Vorgesehene Anzahl Versuchspersonen

im Zuständigkeitsbereich der EK: 70 in der Schweiz: weltweit:

## eilnahme von besonders schutzbedürftigen Versuchspersonen

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein                   |   |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ja, nämlich | <input type="checkbox"/> gesunde Versuchspersonen   | <input checked="" type="checkbox"/> Minderjährige |  |
|   | <input type="checkbox"/> Insassen von Institutionen | <input type="checkbox"/> Urteilsunfähige oder     |  |
| Entmündigte                                     |   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Notfälle                   | <input type="checkbox"/> Terminale Patienten      |  |
|   | <input type="checkbox"/> Andere:                    |   |  |

## Vorgesehene Anzahl Versuchsorte im Zuständigkeitsbereich der EK

- 1  mehrere (gemäss beiliegender Liste)

## Weitere Kantone, in denen das Forschungsprojekt durchgeführt wird

- |                             |                             |                             |                             |  |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AG | <input type="checkbox"/> AI | <input type="checkbox"/> AR | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> BL            | <input type="checkbox"/> BS | <input type="checkbox"/> FR |
| <input type="checkbox"/> GE | <input type="checkbox"/> GL | <input type="checkbox"/> GR | <input type="checkbox"/> JU | <input type="checkbox"/> LU            | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> NW |
| <input type="checkbox"/> OW | <input type="checkbox"/> SG | <input type="checkbox"/> SH | <input type="checkbox"/> SO | <input type="checkbox"/> SZ            | <input type="checkbox"/> TG | <input type="checkbox"/> TI |
| <input type="checkbox"/> UR | <input type="checkbox"/> VD | <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> ZG | <input checked="" type="checkbox"/> ZH |                             |                             |

## Weitere Länder, in denen das Forschungsprojekt durchgeführt wird

- keine  FL  andere, nämlich:

## Dauer des Forschungsprojekts

vorgesehener Beginn des Forschungsprojekts (Rekrutierung der ersten Versuchsperson): 01.05.2009  
vorgesehenes Ende des Forschungsprojekts (letzte Versuchsperson, letzte Visite): 31.12.2010

## Wurde oder wird dieses Forschungsprojekt bereits durch andere Ethikkommissionen in der Schweiz beurteilt?

ja, bitte (Erst-)Entscheid(e) beilegen  nein  
 pendent, nämlich bei:

## Mit dem Begleitschreiben werden folgende Unterlagen beigelegt:

	Anzahl Exemplare
<input checked="" type="checkbox"/> Datiertes und unterschriebenes Basisformular	1
<input checked="" type="checkbox"/> Datiertes und unterschriebenes Protokoll des Forschungsprojektes: Originalversion vom 09.10.2007	1
<input type="checkbox"/> Protokoll Amendment (datiert + unterschrieben) Nr. _____ vom _____ Amendment (datiert + unterschrieben) Nr. _____ vom _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Letzte Version des datierten und unterschriebenen Protokolls (inkl. Amendments) vom _____	1
<input checked="" type="checkbox"/> Zusammenfassung des Protokolls in allgemeinverständlicher Sprache	1
<input type="checkbox"/> Information bezüglich Rekrutierung der Versuchspersonen inkl. Inseratetexte und Abfragetexte vom _____, vorgesehene Medien (namentlich aufführen)	
<input checked="" type="checkbox"/> Information für Versuchspersonen <input checked="" type="checkbox"/> auf Deutsch vom 04.2009	1
<input type="checkbox"/> auf Französisch vom _____	
<input type="checkbox"/> auf Italienisch vom _____	
<input type="checkbox"/> in anderen Sprachen: _____ vom _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Einwilligungserklärung für Versuchspersonen <input checked="" type="checkbox"/> auf Deutsch vom 04.2009	1
<input type="checkbox"/> auf Französisch vom _____	
<input type="checkbox"/> auf Italienisch vom _____	
<input type="checkbox"/> in anderen Sprachen: _____ vom _____	
<input type="checkbox"/> Ausmass und Art der Entschädigung für Versuchspersonen	
<input type="checkbox"/> Ausmass und Art der Entschädigung für Prüfer/innen	
<input checked="" type="checkbox"/> Am Versuchsort gültige(r) Versicherungsausweis/-police vom _____	1
<input checked="" type="checkbox"/> Bestätigung des Sponsors bezüglich Schadensdeckung vom 13.12.2007	1
<input type="checkbox"/> Bestätigung der für die Schweiz bezeichneten Person, welche sich bereit erklärt, die Pflichten gemäss Art. 7 Abs. 3 VKlin in der Schweiz zu übernehmen vom _____	
<input type="checkbox"/> Verträge, die zwischen dem Sponsor und dem Prüfer oder zwischen einem Auftragsforschungsinstitut (CRO, Call Center) und dem Sponsor oder dem Prüfer abgeschlossen wurden	
<input checked="" type="checkbox"/> Datiertes und unterschriebenes CV des/der Prüfers/in und CVs der Co-Prüfer/innen	1

- Liste weiterer Prüfer/innen an Versuchsorten im Zuständigkeitsbereich der EK, Stand vom
- Liste weiterer Mitarbeiter/innen im Zuständigkeitsbereich der EK, Stand vom
- Wissenschaftliche Literatur 3
- Investigator's Brochure vom
- (Erst-)Entscheid(e) anderer Ethikkommissionen 1
- Andere Dokumente je nach Art des Versuchs (z.B. für Medizinprodukte, Gentherapie-Versuche):
  - Elternfragebogen Demographie
  - Elternfragebogen Befindlichkeit EPDS
  - Befindlichkeitsfragebogen IES-r
  - Fragebogen zum GEburserleben SILGer (Mutter) / SILGer\_23 (Vater) 1

**Datum:**.....**Unterschrift des/der verantwortlichen Prüfers/in:**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. ....

***Von der Ethikkommission auszufüllen, sofern die Dokumente im Entscheidungsbrief der EK nicht aufgeführt werden***

Die Ethikkommission bestätigt, alle oben aufgeführten Dokumente erhalten und geprüft zu haben.

Für die Ethikkommission:

Name + Vorname, Funktion: .....

**Datum:**

**Unterschrift:**

.....

.....

# Die Bedeutung der Vater-Kind-Interaktion für die Entwicklung von Frühgeborenen und die Mutter-Kind-Interaktion

## Synopsis

**Hintergrund:** In den letzten 30 Jahren hat sich die Chance, dass Frühgeborene überleben, deutlich erhöht. Langzeitstudien lassen aber erkennen, dass sich die Folgen einer Frühgeburt weit über das Säuglingsalter hinaus erstrecken und ein Risiko für körperliche, psychische und kognitive und schulische Probleme und Beeinträchtigungen bedeuten (Bhutta et al., 2002; Metaanalyse, Chapieski & Evankovich, 1997, Review; Singer, 2006). Deshalb beschäftigt Ärzte und andere involvierte Berufsgruppen, welche Faktoren eine gute Entwicklungsprognose für Frühgeborene erlauben und ob und wie man diese Prognose präventiv beeinflussen könnte. Ein diesbezüglich oft diskutierter Faktor ist die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung, die den Einfluss der Frühgeburtlichkeit (perinatale Risiken) auf die kindliche psychische und kognitive Entwicklung abschwächen oder aber potenzieren kann (z.B. Murray et al., 1993, Brisch et al., 1997, Pierrehumert et al., 2003, Forcada-Guex et al., 2006).

Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion ist jedoch durch die Frühgeburtlichkeit und der damit einhergehenden Unreife des kindlichen Organismus (Chapieski et al., 1997), besonders aber auch durch das mütterliche Stresserleben der Geburt (Muller-Nix et al., 2004) besonderen Risiken ausgesetzt. Wie Jotzo und Schmitz (2002) zeigten, wirkt die Erfahrung der Frühgeburt eines Kindes auch bei Vätern traumatisierend, allerdings nicht im selben Ausmass. Nach Brisch et al. (2007) können Väter oft einen besseren Zugang zum frühgeborenen Säugling herstellen, möglicherweise, weil sie die Geburt als weniger traumatisch erleben. Allerdings wurde dies bisher noch nicht systematisch untersucht. Auch vermuten Brisch et al. (2007) weiter, dass die Väter die Mütter aktiv in der Bewältigung des Geburtstraumas unterstützen.

**Ziel der Studie:** Die vorliegende Studie will zusätzlich zur Mutter-Kind-Interaktion die Vater-Kind-Interaktion bei Frühgeborenen untersuchen. Wir gehen davon aus, dass die Väter von Frühgeborenen in den ersten Monaten einen besseren Zugang zum Kind finden als die Mütter, und dass die Väter zwischen Mutter und Kind vermitteln und die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflussen. Um dies zu untersuchen, soll die Vater-Kind-Interaktion mit der Mutter-Kind-Interaktion und – als Kontrollgruppe – mit der Vater-Kind- und Mutter-Kind-Interaktion bei Termin-Geborenen verglichen werden. Ausserdem soll der Frage nachgegangen werden, ob die Väter die Mütter aktiv in der Bewältigung des Geburtstraumas unterstützen.

## Hauptthesen

Hypothese 1: Väter von Frühgeborenen finden schneller als die Mütter einen guten Zugang zum Kind. D.h.: die Vater-Kind-Interaktion von Frühgeborenen gemessen mit dem CARE-Index ist besser als die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion von Frühgeborenen.

Hypothese 2: Im Vergleich zu Vätern von reifgeborenen Kindern finden Väter von Frühgeborenen schneller einen guten Zugang zum Kind. D.h.: die Vater-Kind-Interaktion von Frühgeborenen gemessen mit dem CARE-Index ist besser als die Qualität der Vater-Kind-Interaktion von Termin-Geborenen.

Hypothese 3: Die Resultate der Lausanner Studie (Muller-Nix et al., 2004) können bestätigt werden: Sowohl die PERI-Werte wie auch die Intensität des mütterlichen Stresserlebens im Zusammenhang mit der Geburt sagen signifikant die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion (gemessen mit dem CARE-Index) voraus.



Hypothese 4 und 5: Das väterliche Stresserleben der Geburt ist bei Vätern von Frühgeborenen ausgeprägter als das von Vätern von Termingeborenen. Es ist aber niedriger als das von ihren Partnerinnen/ Müttern der Frühgeborenen.

Bei den Vätern gehen wir von weniger auffälligen Werten des Stresserlebens im Zusammenhang mit der Geburt aus. Deshalb können hier keine Zusammenhänge im signifikanten Bereich erwartet werden.

**Studiendesign und Methoden:** Ziel ist es, eine Gruppe von 40 Frühchen (<34ste Schwangerschaftswoche) mit beiden Eltern sowie eine Kontrollgruppe von 30 Termin Geborenen (>37ste Schwangerschaftswoche) mit den Eltern zu untersuchen. Die Rekrutierung der Frühchen-Stichprobe erfolgt auf der Abteilung „Neonatologie“ des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB); die Rekrutierung der Termin-Geborenen im Frauenhospital Basel. Die Termin Geborenen sollen bezüglich Geschlecht mit der Frühchengruppe parallelisiert werden. In der Frühchengruppe sollen während des Aufenthaltes auf der Neonatologie zwei Wochen nach der Geburt nebst klinik-, eltern- und kindbezogene Variablen die Depressivität, die Qualität der Elternbeziehung und die posttraumatische Belastung bezüglich der Geburt erhoben werden. Im Alter von 10 (+/-1) Wochen soll (zu Hause) die Mutter-Kind- sowie die Vater-Kind-Interaktion eingeschätzt werden. Ausserdem soll erneut das Ausmass der elterlichen Depressivität sowie die Qualität der Elternbeziehung mittels Fragebogen erhoben werden

In der Kontrollgruppe der Termin Geborenen erfolgen die erste Erhebung während des Aufenthaltes im Frauenhospital, die zweite Erhebung zu Hause im Alter von 10 (+/-1) Wochen.

**Limitationen:** Die knappen Ressourcen erlauben uns nur ein verhältnismässig kleine Gruppe von Frühchen und Termin-Geborenen mit ihren Eltern zu untersuchen. Da vor allem die Beobachtung der Vater-Kind- und Mutter-Kind-Interaktion zeitintensiv ist, müssen wir uns auf je 40 bzw. 30 Familien beschränken.

**Stärken:** Zum ersten Mal wird bei Frühgeborenen neben der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion auch diejenige zwischen Vater und Kind erhoben. Vielfach wird zwar erwähnt, dass gerade bei Frühgeborenen die Beziehung Vater-Kind von besonderer Bedeutung sei, allerdings wurde dies noch nie systematisch untersucht.

**Klinische Bedeutung:** Frühgeburtlichkeit bedeutet ein erhöhtes Risiko für vielfältige Entwicklungsbeeinträchtigungen und Verzögerungen auf Seiten des Kindes und ein erhöhtes Risiko für eine posttraumatische Belastung auf Seiten der Mutter und – etwas weniger ausgeprägt – auf Seiten des Vaters. Falls sich bestätigt, dass Väter von Frühgeborenen schneller einen Kontakt zum Frühgeborenen aufnehmen und ausserdem die Mütter in der Kontaktaufnahme mit den Frühgeborenen unterstützen, würde dies die Bedeutung der Integration des Vaters bei der psychiatrischen Betreuung der Eltern von Frühgeborenen betonen.

**Ausblick:** Wir haben vorgesehen, in einer Anschlussstudie erneut die Vater-Kind-Interaktion und die Mutter-Kind-Interaktion zu erheben. Ausserdem sollen verschiedene Parameter der kindlichen Entwicklung eingeschätzt werde. Erst durch diesen longitudinalen Ansatz können die Fragen beantwortet werden, ob Vater einen vermittelnden Einfluss auf die Mutter-Kind-Interaktion und zusätzlich auf die kindliche Entwicklung hat.



## Angewandte Psychologie

**Agnes von Wyl**

Dr. phil.

Leiterin Forschungsschwerpunkt Psychotherapie und psychische Gesundheit

agnes.vonwyl@zhaw.ch

071

Beustweg 14

Postfach

CH-8032 Zürich

Tel. +41 58 934 84 33

Fax +41 58 935 83 31

Tel. Zentrale +41 58 934 83 33

Fax Zentrale +41 58 935 83 00

[www.psychologie.zhaw.ch](http://www.psychologie.zhaw.ch)

Zürich, im Juni 2009

Liebe Eltern

Vor wenigen Wochen ist Ihr Kind zur Welt gekommen. Wir gratulieren Ihnen zu diesem freudigen Ereignis und hoffen, dass es Ihnen und Ihrem Kind gut geht. Gerne möchten wir Sie zu der Teilnahme an unserer Studie zur Eltern-Kind Interaktion bei Frühgeborenen einladen.

### **Frühgeburtlichkeit**

Frühgeburtlichkeit ist für das Kind und die Eltern eine besondere Herausforderung. Kinder, die zu früh geboren werden, brauchen anfänglich mehr Unterstützung als termingeborene Kinder. Für die Eltern ist die Sorge wegen der frühen Geburt und um die zukünftige Entwicklung oftmals belastend. Zusätzlich ist die Kontakt- und Beziehungsgestaltung zum kleinen Frühgeborenen z.B. durch die lebensnotwendigen, umgebenden medizinischen Geräte erschwert. Von der kinderärztlichen Seite her wurden schon enorm viele Fortschritte zur Hilfe für Frühgeborenen erarbeitet. Aus kinderpsychologischer Sicht wissen wir heute um die wesentliche Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für das Gedeihen des Frühgeborenen. Wir interessieren uns daher sehr für die Interaktion zwischen Ihnen und Ihrem Kind und bitten Sie deshalb um die Teilnahme an einem Forschungsprojekt. Die spezifische Situation für Sie und Ihr frühgeborenes Kind steht dabei im Zentrum.

### **Was möchten wir verstehen?**

Uns interessiert, welche Entwicklungsvoraussetzungen Ihr Kind mitbringt und wie sich der Kontakt Mutter-Kind und Vater-Kind im Vergleich zu Termingeborenen gestaltet. Dazu würden wir gerne die Interaktion zwischen Mutter und Kind beziehungsweise zwischen Vater und Kind untersuchen. Dies würde mittels Fragebogen und Videographie im Rahmen eines Forschungsprojektes der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie (ZHAW-P) und der Klinik für Neonatologie des Zürcher Universitätsspitals geschehen. Ebenfalls beteiligt an der Studie ist die Abteilung für Neonatologie des Universitätskinderspitals beider Basel (UKBB) und der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel (USB).

### **Wie würde die Erhebung ablaufen?**

Etwa zwei Wochen nachdem Sie Ihr Kind nach Hause nehmen konnten, möchten wir zwei 10 bis 15 Minuten dauernde „Spielsituationen“ auf Video aufnehmen, zum einen vom Vater mit dem Kind, zum andern von der Mutter mit dem Kind. Gleichzeitig werden wir Sie bitten, einige Fragen und Fragebogen zu beantworten. Der Zeitaufwand dafür ist etwa anderthalb Stunden. Ihre Auskünfte und Ihre Beteiligung sind selbstverständlich freiwillig. Bei einer Nichtteilnahme oder vorzeitigem Beenden der Studienteilnahme entstehen keine Nachteile für Sie oder Ihr Kind. Medizinische Betreuung durch die Pflegenden und Ärzte der Neonatologie steht Ihnen bei Bedarf selbstverständlich zur Verfügung, auch wenn Sie nicht an der Studie mitmachen. Auf Ihren Wunsch hin werden auch die Videos vernichtet, sollten Sie sich später gegen eine weitere Verwendung der Daten entscheiden.

### **Welche Vorteile hat die Untersuchung für Sie?**

Diese Studie kann vor allem zukünftigen Eltern von Frühgeborenen helfen, indem z.B. Ideen, die sich aus dieser Studie ergeben, in die Betreuung auf der Neonatologie einfließen. Dennoch hoffen wir, dass auch Sie direkt einen Vorteil haben. Zum Beispiel werden wir Sie über die Ergebnisse der Untersuchung informieren, wenn Sie das wünschen. Sollten Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes auftauchen beraten wir Sie gerne.

### **Was passiert mit den Daten?**

Die erstellten Videos und die im Projekt aufgenommenen Daten unterliegen der ärztlichen Geheimhaltungspflicht und werden ausschliesslich für die erwähnten wissenschaftlichen Auswertungen genutzt. Sie werden 5 Jahre anonymisiert unter Verschluss gehalten, bevor sie vernichtet werden. Aus den Veröffentlichungen der Ergebnisse werden keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Kinder möglich sein.

Möglicherweise kann es sinnvoll sein, Ärzte und Pflgeteam über unsere Beobachtungen zu informieren, um so die Betreuung von Ihnen und Ihrem Kind zu optimieren. Da bei einem solchen Informationsaustausch mit der Neonatologie Ihre Daten in uncodierter Form (nicht anonymisiert) weitergegeben werden, geschieht dies nur mit Ihrem Einverständnis.

Wir erhoffen, dass uns die Forschungsergebnisse eine grosse Hilfe bei der Verbesserung unserer therapeutischen Möglichkeiten auf der Neonatologie sein werden.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an Frau Bachmann, Tel. 076 399 14 04, Frau Studer, Tel. 079 285 90 37 oder Frau von Wyl, Tel. 058 934 84 33, wenden.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre wertvolle Mithilfe.

Freundliche Grüsse

Barbara Bachmann  
BSc Angewandte Psychologie

Andrea Studer  
dipl. Psychologin FH

Dr. Agnes von Wyl  
Leiterin Forschungsschwerpunkt Psychotherapie  
und psychische Gesundheit

Dr. med. Sven Wellmann  
Oberarzt Neonatologie ZH



Im Juni 2009

## Einverständniserklärung

**zur Teilnahme am gemeinsamen Projekt der Neonatologie des Universitätsspitals Zürich und des Departements für Angewandte Psychologie der ZHAW über Unterschiede der Entwicklung von früh- und termingeborenen Säuglingen**

- Wir, Frau ..... und Herr ..... haben die Informationen zum Forschungsprojekt gelesen. Wir sind einverstanden, uns mit unserem Kind/ unseren Kindern am Forschungsprojekt zu beteiligen.
- Wir sind bereit, die Fragebogen auszufüllen.
- Wir sind bereit, dass von Mutter und Kind sowie Vater und Kind eine 10 bis 15 Minuten lange Videoaufnahme einer Spielinteraktion gemacht wird. Diese dürfen nur von am Projekt beteiligten Mitarbeiter/-innen angeschaut und für Forschungszwecke ausgewertet werden.
- Wir sind einverstanden, dass die behandelnden Ärzte des Universitätsspitals Zürich über die Ergebnisse der Untersuchungen informiert werden.

---

Datum/Ort: .....

Unterschrift der Frau/Mutter: .....

Unterschrift des Mannes/Vaters:.....

Für das Untersuchungsteam: .....

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: