

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
Stellv. Direktorin: Prof. Dr. phil. Monika Bullinger

„Lebensqualität in der frühen Elternschaft – Eine Befragung von Eltern vor und nach Inanspruchnahme eines Beratungsangebots“

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von

Julia Jäkel
aus Neuruppin

Hamburg 2014

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 23.03.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, die Vorsitzende:
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Monika Bullinger**

**Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter:
Prof. Dr. med. Bernd Hüneke**

**Prüfungsausschuss, dritter Gutachter:
Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort (i.V. Prof. Dr. med. Kurt Hecher)**

Für Lotta

Einleitung	7
1. Theoretischer Hintergrund	9
1.1. Lebensqualität	9
1.1.1. Begriffsbestimmung gesundheitsbezogene Lebensqualität	10
1.1.2. Messung von Lebensqualität.....	10
1.1.3. Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität	11
1.2. Frühe Elternschaft	12
1.2.1. Definition des Begriffs der frühen Elternschaft	12
1.2.2. Die Phasen der frühen Elternschaft.....	13
1.2.3. Belastungen in der frühen Elternschaft	14
1.3. Frühe Hilfen und Beratungsangebote	15
1.3.1. Entstehung und Begriffsbestimmung Früher Hilfen	15
1.3.2. Ziele, Aufgaben und Anforderungen an Frühe Hilfen	16
1.3.3. Beratungsstelle „Von Anfang an.“	16
1.3.4. Evaluationsstudie	17
2. Hypothesen und Fragestellung	19
2.1. Hypothese zur Lebensqualität	19
2.2. Hypothesen zu den verschiedenen psychosozialen Faktoren	19
2.3. Hypothesen zum Stresserleben der Eltern, zum Depressionsgrad und zu Erziehungseinstellungen	21
3. Methodik	22
3.1. Studiendesign	22
3.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien	23
3.1.2. Ethik und Datenschutz.....	24
3.2. Messinstrumente	24
3.2.1. Basisdokumentation	24
3.2.2. Fragebogen zur Erhebung von elterlichem Stress	25
3.2.3. Fragebogen zur Erhebung von Depressionen.....	26
3.2.4. Fragebogen zur Erhebung von Erziehungseinstellungen der Mütter	27
3.2.5. Fragebogen zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität ...	27
3.3. Auswertung	28
3.3.1. Der t-Test.....	28

3.3.2. Das linear gemischte Model	29
3.3.3. Auswertung der einzelnen Fragebögen.....	31
4. Ergebnisse	32
4.1. Darstellung der Stichprobe	32
4.1.1. Angaben zu den Kindern	33
4.1.2. Angaben zu den Eltern	34
4.1.3. Angaben zur Schwangerschaft und Geburt.....	35
4.2. Ergebnisse zur Lebensqualität	36
4.2.1. Psychische Lebensqualität	36
4.2.2. Körperliche Lebensqualität	38
4.3. Ergebnisse zu den Korrelaten der Lebensqualität	40
4.3.1. Korrelate der psychischen Lebensqualität (pLq)	40
4.3.2. Korrelate der körperlichen Lebensqualität (kLq).....	47
4.4. Ergebnisse zum PSI, BDI, EMKK	56
4.4.1. t-Test Ergebnisse für den PSI-Fragebogen	56
4.4.2. t-Test Ergebnisse für den BDI-Fragebogen.....	58
4.4.3. t-Tests Ergebnisse für den EMKK-Fragebogen.....	59
5. Diskussion.....	61
5.1. Die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes des Vereins „Von Anfang an.“ ist im Zeitverlauf mit einer Änderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.....	61
5.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität	61
5.1.2. Interpretation der Ergebnisse zur Lebensqualität.....	62
5.2. Psychosoziale Faktoren sind mit der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität der Eltern in negativer bzw. positiver Weise assoziiert.	63
5.2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den korrelierenden psychosozialen Faktoren	63
5.2.2. Interpretation der Ergebnisse zu den psychosozialen Faktoren.....	66
5.3. Die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes des Vereins „Von Anfang an.“ ist im Zeitverlauf mit einer Änderung der PSI-, der BDI- und/oder der EMKK-Werte über die Messzeitpunkte in positiver Richtung assoziiert..	67
5.3.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Stresserleben, zum Depressionsgrad und zu den Erziehungseinstellungen	67

5.3.2. Interpretation der Ergebnisse zum Stresserleben, zum Depressionsgrad und zu den Erziehungseinstellungen.....	68
5.4. Reflexion der Methodik und Grenzen der Arbeit.....	69
5.5. Praktische Schlussfolgerungen	72
6. Zusammenfassung	74
7. Abkürzungsverzeichnis	76
8. Literaturverzeichnis.....	78
9. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	81
10. Anhang	83
11. Danksagung	101
12. Lebenslauf.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
13. Eidesstattliche Versicherung	102

Einleitung

Bereits im Jahr 1972 verwendete der damalige deutsche Bundeskanzler Willi Brandt den Begriff *Lebensqualität* in einer seiner Reden. Ziel seiner Politik war es, die Qualität des Lebens für die Bürgerinnen und Bürger Deutschlands vor dem Hintergrund der aktuellen Krisen, u.a. der Vietnam-, Öl- und Finanzkrise, zu erhöhen (Huschka & Wagner 2010). Gut 40 Jahre später ist das Thema nach wie vor aktuell, nimmt es in der Gesellschaft doch einen breiten Raum in zahlreichen Fachgebieten wie der Wirtschaft, der Politik oder auch der Medizin ein. In Bezug auf die Medizin bürgerte sich der Terminus „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ein, der im Fokus dieser Arbeit stehen soll, und der „als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit“ definiert wurde (Bullinger 2000a: 190). Obwohl die Lebensqualitätsforschung in den letzten Jahren immer weiter vorangeschritten ist, liegen bisher nur wenige Daten zur Lebensqualität in der *frühen Elternschaft* vor.

In dieser Arbeit soll daher untersucht werden, welchen Zusammenhang Schwierigkeiten mit dem Säugling bzw. dem Kleinkind in der *frühen Elternschaft* auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern haben. Des Weiteren soll überprüft werden, welche weiteren Faktoren Assoziationen zu der Lebensqualität der Eltern zeigen. Schließlich soll eruiert werden, inwiefern ein niedrigschwelliges Beratungsangebot dazu beitragen kann, den Stresspegel, den Depressionsgrad, die Erziehungseinstellungen und die Lebensqualität von Eltern zu verändern.

Diese Fragestellungen wurden in einer längsschnittlichen Evaluationsstudie untersucht, in der ausschließlich Daten der Beratungsstelle „Von Anfang an.“ Verwendung fanden. Hierbei wurden zwischen Januar 2011 und Mai 2012 Eltern, die ein Kind zwischen null und drei Jahren hatten und zur Beratungsstelle „Von Anfang an.“ kamen, gebeten, an der Studie teilzunehmen. Mithilfe von standardisierten Messinstrumenten zur psychischen und körperlichen Lebensqualität sowie zum Stresspegel der Eltern, zu Depressionen und zu Erziehungseinstellungen wurden Daten zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben.

Das Ziel niedrigschwelliger Beratungsangebote, wie „Von Anfang an.“ besteht darin, beratungssuchenden Familien Hilfestellungen in den für sie schwierigen Situationen anzubieten. Somit hat das Beratungsangebot einen präventiven, entwicklungsfördernden Charakter (www.vonanfangan.eu).

Die Ergebnisse der Evaluation dieses Beratungsangebots werden in dieser Arbeit vorgestellt. Sie sollen dazu beitragen, die Lebensqualitätsforschung voranzutreiben und auf Bereiche wie die frühe Elternschaft auszuweiten, um so zukünftige Beratungsangebote besser auf die jeweilige Situation der Eltern abstimmen zu können.

In dieser Arbeit sollen zunächst grundlegende Begriffe erläutert werden. Hierbei wird auf die *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, die *frühe Elternschaft* und die *Frühen Hilfen* in Deutschland eingegangen. Es schließt sich die Vorstellung der Beratungsstelle „Von Anfang an.“ und die Erläuterung der zugrundeliegenden Evaluationsstudie an. Nachfolgend werden die Hypothesen spezifiziert. Daraufhin werden im Kapitel *Methodik* das Design, die Messinstrumente, die Durchführung der Untersuchung sowie das Vorgehen bei der Auswertung thematisiert. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Untersuchung tabellarisch und grafisch dargestellt. Der Fokus liegt hierbei auf den durchgeführten Unterschiedsprüfungen mittels t-Tests sowie den Ergebnissen des linear gemischten Modells für die einzelnen möglichen korrelierenden Faktoren, bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Sodann werden in der Diskussion die Ergebnisse nach der Reihenfolge der aufgestellten Hypothesen aufgeführt und mit Ergebnissen publizierter Studien verglichen. Zum Schluss werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit kurz zusammenfassend dargestellt.

1. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden grundlegende Begriffe erläutert, die in der vorliegenden Arbeit Anwendung finden. Hierbei wird zunächst auf den Terminus *Lebensqualität* eingegangen. Daran schließt sich die Erklärung des Begriffs der *frühen Elternschaft* an. Zum Abschluss dieses Kapitels wird dargelegt, was *Frühe Hilfen* sind und wie sich entsprechende Beratungsangebote gestalten.

1.1. Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität entwickelte sich zuerst im sozialwissenschaftlichen Kontext, zum Beispiel in der Politologie, Soziologie und Psychologie (Bullinger & Brütt 2009). Dabei wurde die Lebensqualität vorrangig über strukturelle Indikatoren wie sozio-ökonomische Ressourcen und die Gesundheitsversorgung innerhalb der Bevölkerung definiert und untersucht. Im Jahre 1981 legten Campell und Kollegen eine Studie zur „Quality of American Life“ vor, in der sie Personen direkt zu ihren subjektiven Empfindungen und zur Bewertung ihrer Lebenszufriedenheit interviewten. Einige Jahre später wurde dies in Deutschland durch Glatzer und Zapf weitergeführt, die Einstellungen und Positionen zur „Zufriedenheit und Wichtigkeit von Bedingungen wie Familie, Freizeit und Einkommen“ erhoben (Bullinger & Brütt 2009: 17).

In der Medizin wurde der Begriff erst Anfang der 1980er Jahre eingeführt (Bullinger 2000b). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die in dieser Arbeit eine vorrangige Rolle einnimmt, lässt sich vom sozialwissenschaftlichen Bereich dadurch abgrenzen, dass sie sich mit dem menschlichen Erleben und Verhalten in Bezug zu gesundheitsnahen Aspekten beschäftigt (Bullinger & Brütt 2009). Um dem Konstrukt Lebensqualität näher zu kommen, wurden in einer von der Bertelsmann Stiftung im August 2010 veröffentlichten Umfrage 1001 Menschen in Deutschland befragt, was ihnen für ihre eigene Lebensqualität wichtig sei, 80 Prozent der Befragten gaben die eigene Gesundheit als wichtigsten Faktor an, dicht gefolgt von einer intakten Familie und Partnerschaft (72 Prozent) (Bertelsmann Stiftung 2010). In der vorliegenden Untersuchung wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Familien mit Problemen in der Kindererziehung betrachtet und ermittelt, wie sich diese Probleme auf die Lebensqualität auswirken.

1.1.1. Begriffsbestimmung gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die *eine* Definition zum Begriff Lebensqualität ist in der Medizin bisher nicht vorhanden (Schnürch 1995). Zudem wurde lange Zeit darüber diskutiert, ob es überhaupt sinnvoll sei, Lebensqualität zu messen, da es sich um subjektive Angaben der Befragten handelt (Renneberg & Lippke 2005). Eine komplexe Definition veröffentlichte die World Health Organisation (WHO) im Jahr 1997:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.“ (zitiert nach: Renneberg & Lippke 2005: 4)

Lebensqualität stellt demnach ein multidimensionales Konstrukt dar, welches psychische, soziale, physische und auch ökologische Aspekte mit subjektiv empfundener Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden vereint (Renneberg & Lippke 2005). Auch die Erweiterung des Begriffs zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich als mehrschichtiges Model betrachten. Es umfasst „körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen“ (Schumacher et al. 2003: 10). Dabei lässt sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität in vier Bereiche einteilen: (1) Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, (2) psychische Verfassung, (3) Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen und (4) zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Interaktionen (Schumacher et al. 2003).

1.1.2. Messung von Lebensqualität

Im wissenschaftlichen Diskurs besteht Konsens darüber, dass die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus der subjektiven Sicht des Befragten erfolgen sollte (Renneberg & Lippke 2005, Bullinger 2000b, Wasem & Hessel 2000). Allerdings gibt es auch Verfahren zur Fremdbeurteilung, die es Ärzten und

Angehörigen ermöglichen, die Lebensqualität ihrer Patienten oder Verwandten einzuschätzen (Renneberg & Lippke 2005).

Die Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität lassen sich in zwei Gruppen einteilen: die krankheitsspezifischen und die krankheitsübergreifenden Verfahren. Zu letztgenannten gehört auch der SF-36, der als Kurzform (SF-8) in dieser Arbeit verwendet wurde.

Der SF-36 ist eines der weltweit am häufigsten eingesetzten Messinstrumente, der sich aus acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit zusammen setzt (vgl. Kapitel 3.2.5.). Diese Dimensionen werden zu zwei Skalen, der körperlichen und der psychischen Summenskala, zusammengefasst und bilden so die zwei Säulen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Renneberg & Lippke 2005).

Psychometrische Kriterien wie Reliabilität, Validität und Sensitivität, die ein Messinstrument erfüllen muss, gelten auch für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Berücksichtigung dieser Kriterien ist auch bei Fragebögen wichtig, die aus einer anderen Sprache übersetzt werden. Dort muss überprüft werden, ob sie für die neue Sprache eine vergleichbare teststatistische Qualität besitzen (Bullinger & Brütt 2009). Im Rahmen von Evaluationsstudien sollten Messverfahren auch für Mehrfachmessungen im Rahmen von Interventionen ausgelegt sein. So ist es möglich, den Verlauf von Veränderungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über die Zeit zu interpretieren und Rückschlüsse auf mögliche Effekte von Interventionen zu ziehen (Schnürch 1995).

1.1.3. Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Lebensqualitätsforschung ist ein relativ neuer wissenschaftlicher Bereich, an dem das Interesse in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (Bullinger 2000b).

Die Ziele der Lebensqualitätsforschung lassen sich in den unterschiedlichen Studientypen wiederfinden. In epidemiologischen Studien ist die „Dokumentation eines Status quo auf Populationsebene“ (Bullinger & Brütt 2009: 21) relevant, für gesundheitsökonomische Studien sind Kosten und Nutzen von Therapien entscheidend und für Evaluationsstudien ist es wichtig zu ermitteln, ob sich die Lebensqualität der Befragten vor und nach einer Behandlung unterscheidet (Bullinger & Brütt 2009). Bisher gibt es zur Lebensqualität nur wenige randomisierte Studien, eine Ausnahme davon bildet der Bereich der Onkologie (Bullinger & Brütt 2009). Im Rahmen der Qualitätssicherung bemühen sich auch immer mehr große

Kliniken, zusätzlich zu ihrer ärztlichen Dokumentation, die Lebensqualität ihrer Patienten zu erheben, um die Güte des Versorgungsangebots der jeweiligen Klinik bzw. des Hauses einzuschätzen (Bullinger 2000b). Im Literatursuchprogramm PubMed finden sich unter dem Stichwort „quality of life“ für die letzten zehn Jahre 133.156 Ergebnisse. Die meisten Studien wurden zu spezifischen somatischen Erkrankungen und deren Behandlung erhoben, während bei den psychologischen Therapieverfahren Lebensqualitätsmessinstrumente bisher nur sehr selten eingesetzt wurden (Bullinger & Brütt 2009). Für die spezifische Frage nach der Lebensqualität in der frühen Elternschaft sind bisher keine Studien publiziert worden. In diesem Themenbereich ist ein hoher Forschungsbedarf festzustellen, vor allem hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsänderungen in der frühen Elternschaft, deren Ursachen und mögliche Ansatzpunkte für Interventionen.

1.2. Frühe Elternschaft

Gloger-Tippelt veröffentlichte im Jahr 1988 ein umfassendes Werk zu den Phasen der frühen Elternschaft, die hier beispielhaft erläutert werden. Es erfolgt die Nennung der vorgeburtlichen Phasen, die mit dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft beginnen, sowie eine kurze Erklärung der nachgeburtlichen Phasen, da letztere von größerer Bedeutung für diese Arbeit sind. Weiterhin werden beispielhaft Belastungen der frühen Elternschaft thematisiert.

1.2.1. Definition des Begriffs der frühen Elternschaft

Der Übergang zur Elternschaft ist ein folgenreiches und häufig unterschätztes Ereignis im menschlichen Leben (Schneider & Rost 1999, Huwiler 1995). Sowohl der individuelle Lebensweg als auch das Gesamtkonzept Familie bzw. Partnerschaft ändert sich aufgrund des Elternwerdens grundlegend (Huwiler 1995). Laut Gloger-Tippelt (1988) beginnt dieser Übergang mit dem Bekanntwerden der Schwangerschaft und endet ungefähr mit dem ersten Geburtstag des Kindes. Eine wichtige Zäsur ist die Geburt des Kindes, mit der die frühe Elternschaft in der Kernfamilie beginnt.

Der Beginn der Elternschaft hat sich in den letzten Jahren innerhalb des Lebenslaufs immer weiter nach hinten verschoben. So beträgt das durchschnittliche Alter der Frau bei ihrer ersten Geburt etwas über 30 Jahre. Um 1990 lag das Alter der Mütter noch bei ungefähr 27,5 Jahren (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012). Als Ursachen für diese Verschiebung gelten, dass beruflicher Werdegang oder

Freizeitgestaltung im Vordergrund stehen und dass Haus- und Erziehungsarbeit nicht ausreichend gesellschaftlich gewürdigt werden (Schneider & Rost 1999).

Die frühe Elternschaft ist durch zahlreiche unterschiedliche Anforderungen gekennzeichnet (vgl. Kapitel 1.2.3.). Diese unterscheiden sich im Zeitpunkt ihres Auftretens und können in der Folge die frühe Elternschaft belasten oder bereichern.

1.2.2. Die Phasen der frühen Elternschaft

Diese erste Phase wird als *Verunsicherungsphase* bezeichnet und besteht bis zur zwölften Schwangerschaftswoche (SSW). Sodann folgt ein Abschnitt, welcher von der zwölften bis zur 20. SSW andauert und als *Anpassungsphase* bezeichnet wird. Es schließt sich die *Konkretisierungsphase* (20. - 32. SSW) an. Den Abschluss der vorgeburtlichen Phasen bildet die *Phase der Antizipation und Vorbereitung*, welche von der 32. SSW bis zu 40. SSW reicht.

Mit der *Phase der Geburt* endet die Schwangerschaft und die Phasen der Elternschaft beginnen. Die Geburt gliedert sich wiederum in die Eröffnungs-, Austreibungs- und Nachgeburtsphase. Die Mutter durchläuft hierbei verschiedene kognitive Prozesse. Die Phase ist „durch starkes Schmerzempfinden, starke existentielle Angst, Hilflosigkeit, Verlust an Selbstkontrolle und z. T. Todesfurcht bei gleichzeitiger extremer körperlicher und psychischer Anstrengung gekennzeichnet“ (Gloger-Tippelt 1988: 93). Der wichtigste Aspekt in dieser Phase ist die Begegnung mit dem Kind.

Die *Phase der Überwältigung und Erschöpfung* schließt sich direkt an und findet bis ca. vier bis acht Wochen nach der Geburt statt. Hierbei erfolgt eine völlige Fokussierung auf das Neugeborene, was zu einer körperlichen und psychischen Überlastung bei den Eltern führen kann. In dieser Phase tritt Nervosität bzgl. des Gesundheitszustandes des Babys ein. Diese Verunsicherungen sowie neue Informationen tragen letztlich zu einem Gefühl der Überwältigung bei. Auch kann es während dessen zu einer labilen Gefühlslage und zu depressiven Stimmungen kommen. Weitere Faktoren, wie die Zufriedenheit in der Ehe oder der Vorbereitungsgrad, nehmen zusätzlich Einfluss auf das Zurechtkommen in dieser Phase.

Den zweiten bis sechsten Monat nach der Geburt charakterisiert die *Phase der Herausforderungen und Umstellung*. Die Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass das Baby nun Anforderungen an seine Eltern stellt, was Pflege und Versorgung betrifft. Dabei entwickelt das Kind motorische, kognitive und sozial-emotionale

Fähigkeiten weiter. Das Kind ist in dieser Phase zum vertrauten Mitglied der Familie geworden und die Eltern kennen inzwischen konkrete Eigenschaften und Bedürfnisse ihres Kindes. Auch hier kommt es zu Veränderungen in der Paarbeziehung, so erfolgt u.a. die Wiederaufnahme des sexuellen Kontaktes nach der Geburt.

Die letzte Phase ist die der *Gewöhnung*. Sie beginnt mit dem sechsten Monat und dauert bis zum zwölften Monat nach der Geburt an und wird von einem neuen kognitiven-emotionalen Zustand der Eltern eingeleitet. Diese Phase ist durch eine relative Entspannung, Vertrautheit, stärkere Sicherheit und Gewöhnung im Vergleich zu den vorherigen Phasen gekennzeichnet. Hier wird eine „erste Routine und Regelmäßigkeit bei der Ausübung der Elternschaft“ (Gloger-Tippelt 1988: 108) erzielt. Es werden Informationen gesichert und verfestigt. Es erfolgt außerdem eine Neubewertung der Partnerschaft. Charakteristisch ist, dass sich in dieser Phase die emotionale Lage der Eltern wieder stabilisiert.

1.2.3. Belastungen in der frühen Elternschaft

Im Übergang zur frühen Elternschaft und auch in der frühen Elternschaft sind die Eltern potentiell verschiedensten Belastungen ausgesetzt. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass diese Lebensphase von werdenden Eltern häufig unterschätzt wird (Huwiler 1995). Die Entscheidung für eine Elternschaft geht mit einschneidenden Konsequenzen einher wie z.B. soziale Verbindlichkeiten, die Dauerhaftigkeit der Entscheidung und auch die Auswirkungen auf das Paar. Besonders für Frauen entsteht ein Konflikt zwischen Elternschaft und Berufstätigkeit, was die frühe Elternschaft stark belasten kann (Schneider & Rost 1999). Es muss außerdem von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation des Paares ausgegangen werden (Schneewind et al. 1996).

Gerade in der frühen Mutterschaft ist die Depressionsrate hoch, sie liegt im ersten postpartalen Jahr bei zehn bis 15 Prozent. Dies kann zu gestörten Interaktionen mit dem Kind und auch zu Konflikten mit dem Partner führen, was wiederum die Elternschaft belastet (Hofecker-Fallahpour et al. 2003).

Außerdem wird vielfach der Zeitaufwand unterschätzt, der für ein Baby veranschlagt werden muss. So bleibt weniger Zeit für eigene Hobbys oder den Partner (Mix 2011). Der Zeitumfang für die Versorgung eines Babys im ersten Lebensjahr wird auf 78 Arbeitsstunden pro Woche geschätzt. Das entspricht gut 46 Prozent der möglichen Wochenstunden (Töpfer 2010). Es wird deutlich, dass dadurch die anderen

Lebensbereiche zu kurz kommen und dies eine Belastung für das noch neue Familiensystem in der frühen Elternschaft darstellt.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sowohl soziale, wirtschaftliche, psychische als auch zeitliche Probleme die frühe Elternschaft belasten können.

1.3. Frühe Hilfen und Beratungsangebote

Nachdem das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausführlich vorgestellt und im Anschluss daran die frühe Elternschaft charakterisiert wurde, wird ein Überblick über *Frühe Hilfen* im Allgemeinen gegeben. Es erfolgt sodann die Vorstellung eines spezifischen Angebots zur *Frühen Hilfe* in Hamburg, auf die sich die dieser Arbeit zugrunde liegende Evaluationsstudie bezieht.

1.3.1. Entstehung und Begriffsbestimmung Früher Hilfen

In Deutschland entstanden in den 1980er Jahren die ersten Einrichtungen, welche sich mit psychischen Problemen von Kindern und Eltern befassten und diesen Familien Hilfe anboten (Suess et al. 2010). Diese Zeit kann als Beginn der *Frühen Hilfen* in Deutschland angesehen werden. Seit dem Jahr 2007 untersucht das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) die Wirksamkeit dieser Angebote und unterstützt sie finanziell. Die Bedeutung des Begriffs *Frühe Hilfen* hat sich gewandelt. Waren die *Frühen Hilfen* in den 1970er Jahren im Bereich der Frühförderung und der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt, sind sie heute zunehmend in Bereichen der Prävention und des Kinderschutzes anzutreffen (<http://www.fruehehilfen.de/fruehehilfen/was-sind-fruehe-hilfen/?L=0>).

Eine umfassende Begriffsbestimmung zu *Frühe Hilfen* wurde 2009 durch den wissenschaftlichen Beirat des NZFH verabschiedet. *Frühe Hilfen* umfassen demnach lokale und regionale Unterstützungsprogramme für Eltern mit Kindern von null bis drei Jahren. Es sollen mit ihrer Hilfe Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern sowie deren Eltern frühzeitig und nachhaltig verbessert werden. Des Weiteren soll die Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern und dadurch ein gesundes Aufwachsen der Kinder gefördert werden. Die Angebote der *Frühen Hilfen* umfassen primär und sekundär präventive Maßnahmen. Bürgerliches Engagement, soziale Netzwerke und multiprofessionelle Kooperationen bilden die Basis der Frühen Hilfen (NZFH 2010a).

1.3.2. Ziele, Aufgaben und Anforderungen an Frühe Hilfen

Frühe Hilfen zählen zu den Interventionsprogrammen, dort genauer zu den Präventionsmaßnahmen und haben somit das allgemeine Ziel der Verbesserung der Lebenssituation und der flächendeckenden Förderung von Entwicklungschancen von Familien in ganz Deutschland (NZFH 2009). Spezifische Ziele der Frühen Hilfen sind es, Gefährdungssituationen und somit Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern in Familien zu verhindern, Erziehungskompetenzen von Eltern zu stärken, Hilffssysteme im Umkreis der Familien zu koordinieren und zu aktivieren, die gesunde Entwicklung von Kindern zu fördern und Entwicklungsmöglichkeiten für Kinder zu verbessern (Sann 2011). Aufmerksamkeit wird darauf gelegt, dass die Unterstützungsangebote stets bedarfsgerecht für die Familien sind und die Qualität der Versorgung mit Frühen Hilfen ständig verbessert wird (NZFH 2010a).

Eine zentrale Aufgabe der Frühen Hilfen ist es, sich auf die frühkindliche Entwicklung zu fokussieren und dabei genügend Fachwissen über die Entwicklung von Kindern und über die Versorgung und Pflege kleiner Kinder zwischen null und drei Jahren einzubringen (Friese & Walter 2005). Wichtig ist bei diesen Interventionsangeboten, dass Familien in Problemlagen erkannt werden und diesen aktive Hilfe angeboten wird. Insbesondere soll mit den Frühen Hilfen ein Übergang zu Maßnahmen zum Schutz von Kindern geschaffen werden, wenn der Verdacht auf eine Kindswohlgefährdung besteht (Sann 2011).

Damit Frühe Hilfen auch wirklich möglichst früh helfen und eingreifen können, sollte ein systematischer und umfassender Zugang zu den Familien gefunden und Risiken und Belastungen effektiv in der Familie erkannt werden. Es ist außerdem notwendig, die Familien zur Annahme von Frühen Hilfen zu motivieren. Dabei sollte stets professionsübergreifend gearbeitet werden und das Angebot an den individuellen Hilfsbedarf einer jeden Familie angepasst werden (Sann 2011).

1.3.3. Beratungsstelle „Von Anfang an.“

„Die Notwendigkeit der Prävention und Intervention im Bereich der Frühen Hilfen ist national wie auch international erkannt worden“ (NZFH 2009: 9). Trotzdem sind diese Hilfen bisher nicht flächendeckend vorhanden, stattdessen gibt es viele einzelne Projekte mit den verschiedensten Ansätzen. Der Forschungsstand und die Evaluation dieser Projekte war bis 2005 auch in Deutschland wenig vorangeschritten. Der Kenntnisstand darüber, welche Wirkungen diese Projekte haben und welche Familien überhaupt Zugang zu Frühen Hilfen finden, war gering (Friese & Walter

2005). Seit 2007 besteht das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, welches vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ ins Leben gerufen wurde. Seitdem wird die Forschung über die Wirksamkeit Früher Hilfen in Deutschland vorangetrieben und unterstützt (<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/?L=0>).

Die Beratungsstelle „Von Anfang an.“ mit Sitz in Hamburg-Winterhude bietet verschiedene Programme an, die als Frühe Hilfen angesehen werden, so zum Beispiel eine präventive und entwicklungsfördernde Beratung für Familien mit Kindern zwischen null und drei Jahren. Die Beratung ist durch ein Konzept gekennzeichnet, welches die unterschiedlichen theoretischen Ansätze, Überlegungen und wissenschaftlichen Befunde aus den Fachrichtungen Entwicklungspsychologie, Bindungstheorie und Neurophysiologie integriert (Quitmann 2012). Das multiprofessionale Team umfasst Mitarbeiterinnen mit jahrelanger Erfahrung: eine Kinderärztin, eine Ergotherapeutin, eine Physiotherapeutin, eine Psychotherapeutin, eine Kinderkrankenschwester sowie eine Still- und Laktationsberaterin (Quitmann 2012).

Die Beratungsstelle arbeitet mit einem niedrigschwelligen Zugang für die Familien. Das Ziel ist die Förderung einer gesunden körperlichen und psychischen Entwicklung der Kinder, verbunden mit der Aufgabe, die Familienatmosphäre zu entspannen und die Eltern zu entlasten. Damit verfolgt „Von Anfang an.“ die gleichen Ziele und Aufgaben, die auch allgemein auf Frühe Hilfen zutreffen (vgl. Kapitel 1.3.2.).

1.3.4. Evaluationsstudie

Das zentrale Anliegen, mit dem sich die Beratungsstelle an die Universität Hamburg gewandt hat, war eine Prüfung der Wirksamkeit ihrer Interventionsangebote. Um sich diesem Anliegen zu nähern, wurde im Jahr 2011 eine Evaluationsstudie in der Beratungsstelle durchgeführt, an der alle Eltern um Teilnahme gebeten wurden, die sich 2011 beraten ließen.

In der im folgenden dargestellten Untersuchung wird geprüft, ob sich die Lebensqualität, die Stressbelastung, der Depressionsgrad und die Erziehungseinstellungen der Eltern im Zusammenhang mit der in Anspruch genommenen Beratung verändern. Außerdem sollen mögliche psychosoziale Faktoren mit einer Assoziation zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Eltern

identifiziert werden, um so Ansatzpunkte zu finden, gefährdeten Familien von Beginn an besser helfen zu können.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als eine erste – noch unrandomisierte und unkontrollierte - Pilotstudie mit drei Messzeitpunkten zur Wirksamkeit Früher Hilfen.

2. Hypothesen und Fragestellung

In diesem Kapitel werden die einzelnen Hypothesen in Anlehnung an die bereits in der Einleitung formulierten Fragestellungen aufgezeigt.

2.1. Hypothese zur Lebensqualität

Die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes des Vereins „Von Anfang an.“ ist im Zeitverlauf mit einer Änderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.

Diese Hypothese wurde formuliert, um dem Wunsch des Vereins „Von Anfang an.“ entsprechend den Nutzen seines Beratungsangebotes zu prüfen. In dieser Arbeit wird dieser Nutzen auf eine Verbesserung der psychischen und körperlichen Lebensqualität der Eltern bezogen, die an dem Beratungsangebot teilnahmen.

2.2. Hypothesen zu den verschiedenen psychosozialen Faktoren

Psychosoziale Faktoren sind mit der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität der Eltern in negativer bzw. positiver Weise assoziiert.

Mögliche psychosoziale Faktoren, deren Beitrag zur Lebensqualität mithilfe eines linear gemischten Modells identifiziert werden sollen, entstammen zum einen den Angaben der Basisdokumentation zum ersten Messzeitpunkt und zum anderen aus den weiteren eingesetzten Messinstrumenten. Im Folgenden werden die einzelnen spezifischen Hypothesen aufgeführt, die sich daraus ableiten:

- Das Alter des Kindes bei Beratungsbeginn ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert¹.
- Das Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Alter der Mutter bei Beratungsbeginn ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Alter des Vaters bei Beratungsbeginn ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Probleme in früheren Schwangerschaften sind mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.

¹ Es ist die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität der befragten Eltern (erhoben mit dem SF-8) gemeint.

- Das Vorhandensein von seelischen Belastungen während der Schwangerschaft ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Vorhandensein von sozialen Belastungen während der Schwangerschaft ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Vorhandensein medizinischer Komplikationen während der Schwangerschaft ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Die Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Die Einstufung der Geburt des Kindes als belastende Erfahrung für die Mutter ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Die Einstufung der Geburt des Kindes als belastende Erfahrung für den Vater ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Stillen des Kindes ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Geschlecht des Kindes ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Eine ernsthafte Erkrankung des Kindes ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Vorhandensein von mehr als einem Kind in der Familie ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Der Schulabschluss der Mutter ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Der Schulabschluss des Vaters ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Einkommen der Eltern ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Der Beziehungsstatus der Eltern ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.

- Die Veränderung des Partnerschaftserlebens für die Mutter nach der Geburt ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Die Veränderung des Partnerschaftserlebens für den Vater nach der Geburt ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Die elterliche Belastung ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Das Vorhandensein von Depressionen bei den Eltern ist mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.
- Erziehungseinstellungen der Mütter sind mit einer Veränderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.

2.3. Hypothesen zum Stresserleben der Eltern, zum Depressionsgrad und zu Erziehungseinstellungen

Die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes des Vereins „Von Anfang an.“ ist im Zeitverlauf mit einer Änderung der PSI-, der BDI- und/oder der EMKK-Werte über die Messzeitpunkte in positiver Richtung assoziiert.

Der PSI und der BDI wurden zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzt, um festzustellen, ob sich die Werte über die Zeit verändern. Für den EMKK gilt dies für die Messzeitpunkte eins und zwei. Eine Änderung wird in positiver Richtung vermutet. Es wird auch davon ausgegangen, dass das Beratungsangebot nicht nur einen Einfluss auf die Lebensqualität nimmt (vgl. Kapitel 2.1.), sondern sich auch auf das Stresserleben bzw. die elterliche Belastung, die Depressivität und die Erziehungseinstellungen auswirkt.

3. Methodik

In den folgenden Abschnitten werden das Studiendesign mit der Generierung der Stichprobe sowie die Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Die eingesetzten Messinstrumente, die Durchführung und die Auswertung der Befragung werden des Weiteren erläutert.

3.1. Studiendesign

Die vom Verein „Von Anfang an.“ in Auftrag gegebene Evaluation ihres Beratungsangebots fand im Jahr 2011 statt, nachdem die Studie von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer zur Kenntnis genommen wurde. Allen Familien, die die Beratungsstelle in Hamburg-Winterhude zwischen dem 01.01.2011 und dem 31.12.2011 aufsuchten, wurde angeboten, an der Studie teilzunehmen. Das normalerweise anfallende Honorar im Rahmen der kostenpflichtigen Beratung wurde den teilnehmenden Familien erlassen. Die Familien erhielten Informationen über die Studie sowie eine zu unterschreibende Einverständniserklärung. In dem genannten Zeitraum beteiligten sich 250 Familien an dem Projekt, welches drei Messzeitpunkte vorsah (MZP1 vor der ersten Beratung – MZP2 unmittelbar nach und MZP3 drei Monate nach Abschluss der Beratung). In der folgenden Abbildung 1 sind die Drop-Out-Raten der Messzeitpunkte im Zusammenhang mit dem Geschlecht des Kindes dargestellt. Es ist zu erkennen, dass zum MZP2 12,8 Prozent der Familien nicht mehr an der Studie teilnahmen. Von den 218 Familien zu MZP2 füllten 2,3 Prozent keinen Fragebogen für den MZP3 aus, so dass von insgesamt 250 Familien 213, also 85,2 Prozent der Familien, zu allen drei Messzeitpunkten befragt wurden.

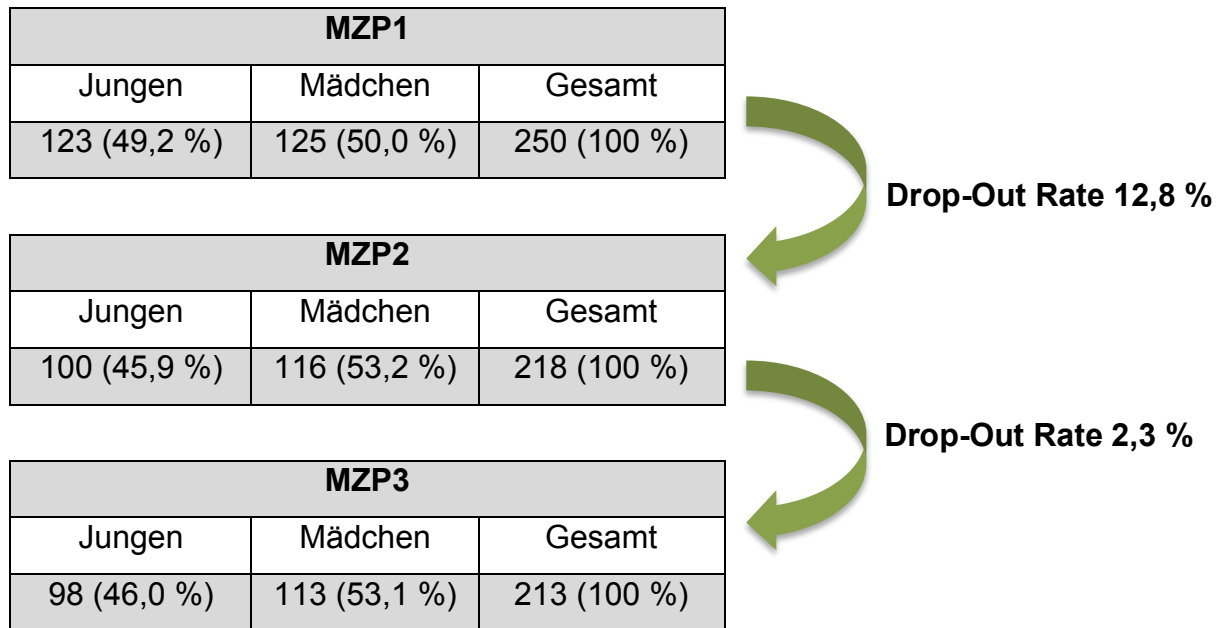


Abbildung 1: Drop-Out-Raten

Bevor die Familien eine Beratung erhielten, wurden sie zum MZP1, nach Erhebung der Basisdokumentation, gebeten, verschiedene Fragebögen, wie den PSI, den BDI, den EMKK und den SF-8, auszufüllen und allgemeine Angaben zu ihrer Lebenssituation, der Schwangerschaft und der Geburt zu dokumentieren. Weiterhin erhielten alle Familien nach Abschluss ihrer Beratung, also zum Messzeitpunkt zwei (MZP2), erneut die obenstehenden Fragebögen. Drei Monate nach Beendigung der Beratung (MZP3) wurden alle Familien letztmalig befragt, wobei hier der PSI, der BDI und der SF-8 eingesetzt wurden. Die Fragebögen wurden den Familien per Post mit einem frankierten Rückumschlag zugeschickt und von ihnen ausgefüllt zurückgesandt.

Die rückläufigen Fragebögen wurden von Januar 2011 bis Mai 2012 eingegeben und mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Version 20 (Statistical Package for the Social Science) im Sommer und Herbst 2012 ausgewertet.

3.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Nach erfolgter Einwilligung wurden alle Familien mit Kindern zwischen null und drei Jahren, die die Beratungsstelle im Jahr 2011 aufsuchten, in die Studie eingeschlossen. Hierbei kamen keine weiteren Einschlusskriterien zur Anwendung.

Von der Auswertung wurden im Nachhinein alle Familien ausgeschlossen, die die Fragebögen nicht in den angegebenen Zeiträumen ausfüllten, sondern beispielsweise die Fragebögen für MZP2 und MZP3 gleichzeitig beantworteten,

wodurch eine mögliche Veränderung der Outcome-Variablen² der jeweiligen Fragebögen über die Zeit nicht zu ermitteln war.

Offene Fragen aus der Basisdokumentation konnten nicht berücksichtigt werden, ebenso wurden verschiedene Fragen identischen Inhalts nur einmal als psychosozialer Faktor berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden Fragen mit Mehrfachantworten und Fragen, bei denen mehr als 95 Prozent auf eine Antwortalternative fielen.

3.1.2. Ethik und Datenschutz

Die Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer wurde über die Befragung informiert und nahm sie positiv zur Kenntnis. Es erfolgte eine Aufklärung der Teilnehmer darüber, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig erfolgt und eine Beendigung ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich ist. Jeder Familie wurde eine Identifikationsnummer zugeteilt, unter der alle Fragebögen und Daten gesammelt wurden. In das Statistikprogramm SPSS gingen die Daten nur mit der vorgegebenen Identifikationsnummer ein.

3.2. Messinstrumente

Allen Eltern wurde der Parenting-Stress-Index (PSI), das Beck-Depressions-Inventar (BDI), der Fragebogen zur Erhebung der Erziehungseinstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter (EMKK) und das Short-Form-8 Health Survey (SF-8) zur Beantwortung ausgehändigt. Außerdem wurden zum MZP1 Daten für die Basisdokumentation erhoben. Des Weiteren wurden Fragebögen zur Evaluation des Beratungsangebots sowie Mitarbeiterfragebögen genutzt. Diese finden in einer anderen Arbeit Berücksichtigung.

3.2.1. Basisdokumentation

Zur Beschreibung der Stichprobe und zur Erhebung möglicher psychosozialer Faktoren mit Assoziation zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Kapitel 2.2.) wurden zusätzlich zu den oben genannten Fragebögen Daten für die Basisdokumentation erhoben und in das Fragebogenpaket zum MZP1³ integriert. Dazu zählen Angaben wie das Alter der Eltern, das Geschlecht des Kindes, die Anzahl der Kinder im Haushalt, der Grund der Inanspruchnahme der Beratung sowie

² Outcome-Größe = Endwert, der aus den einzelnen Fragen des Bogens ermittelt wird

³ vgl. die ersten 107 Fragen der Fragebogensammlung im Anhang (S. 84 - 91)

Daten zum Haushaltseinkommen, zum Bildungsstand der Eltern und zum Erleben der Schwangerschaft.

3.2.2. Fragebogen zur Erhebung von elterlichem Stress

Der Parenting-Stress-Index (PSI) wurde von Richard R. Abidin im Jahr 1976 in den USA entwickelt. Dieser Fragebogen, der seitdem in zahlreichen Studien Verwendung fand, ist auf Eltern zugeschnitten, die nur „eingeschränkte Bewältigungsressourcen“ besitzen und dadurch „in ihrem Erziehungsverhalten im besonderen Maße gefährdet sind“ (Tröster 2011: 4). Mit diesem Instrument soll erkannt werden, unter wieviel Stresseinfluss das System *Eltern-Kind-Beziehung* steht. In der vorliegenden Untersuchung wurde die dritte Version aus dem Jahr 1995 eingesetzt, die in deutscher Version als das „Eltern-Belastungs-Inventar“ übersetzt und validiert wurde (Tröster 2011).

Der Bogen beinhaltet 99 Items⁴, welche sich auf 13 Subskalen aufteilen. Es gibt zwei Summenskalen, eine zur Identifizierung von Belastungsquellen im Elternbereich, eine für den Kindbereich. Letztere unterteilt sich in die sechs Subskalen: „Hyperaktivität/Ablenkbare“ mit neun Items (1, 3, 5, 7, 18, 21, 24, 76, 98)⁵, „Stimmung“ mit fünf Items (12, 14, 36, 60, 99), „Akzeptanz“ mit sieben Items (16, 20, 33, 52, 59, 69, 95), die Skala „Anforderung“ mit neun Items (27, 30, 40, 44, 48, 58, 62, 86, 87), „Anpassungsfähigkeit“ mit elf Items (4, 6, 17, 22, 23, 28, 29, 34, 37, 55, 84) und die Skala „Eltern-Kind-Interaktion“ mit sechs Items (8, 10, 31, 41, 56, 94).

Die andere Summenskala erfasst den Elternbereich und untergliedert sich in die Bereiche „elterliche Bindung“ mit sieben Items (19, 25, 57, 61, 63, 93, 97), „soziale Isolation“ mit sechs Items (11, 47, 53, 68, 83, 91), „Zweifel an der elterlichen Kompetenz“ mit elf Items (15, 26, 32, 35, 39, 43, 54, 65, 81, 90, 92), die Skala „Depression“ mit neun Items (9, 42, 46, 66, 74, 75, 78, 80, 82), „gesundheitliche Beeinträchtigung“ mit fünf Items (2, 13, 49, 89, 96), den Bereich „persönliche Einschränkung“ mit sieben Items (38, 45, 51, 64, 67, 71, 79) und „Beeinträchtigung der Partnerbeziehung“ mit sechs Items (50, 70, 72, 73, 77, 88), mit denen

⁴ In der Originalversion gibt es 101 Fragen, in der hier vorliegenden Untersuchung wurde auf die Fragen 59 und 60 verzichtet, da diese die Schulabschlüsse der Eltern abfragen, diese jedoch keine Selbstbeurteilungsdaten sind (Tröster 2011) (vgl. Anhang S. 92 – 95).

⁵ Die Anzahl der Items und der jeweiligen Nummern ist dem PSI Item Booklet und dem PSI Answer Sheet entnommen (Abidin 1995).

Belastungsquellen aufgedeckt werden sollen (Abidin 1995). Aus diesen Items wird zudem jeweils ein Summenwert für den Kindbereich und für den Elternbereich berechnet. Beide Summenskalen, also der des Elternbereichs und der des Kindbereichs, werden nach Angaben des Manuals miteinander verrechnet und ergeben so den Stressindex. Jedes Item wird mithilfe einer fünffach gestuften Likert-Skala (trifft gar nicht zu, trifft eher nicht zu, nicht sicher, trifft eher zu, trifft vollkommen zu) durch die Eltern beantwortet. Je höher der Wert des totalen Stressindexes ist, desto höher ist demnach auch der Stresspegel der Eltern (Abidin 1995).

3.2.3. Fragebogen zur Erhebung von Depressionen

Das Beck–Depressions–Inventar (BDI) wurde im Jahr 1961 von Aaron T. Beck entwickelt und in den USA veröffentlicht; die deutsche Fassung erschien im Jahr 1994 (Hautzinger 1994). Der BDI Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Grades der Depressivität für Erwachsene zwischen 18 und 80 Jahren. Der Fragebogen besteht aus 21 Items⁶, welche unterschiedliche Themen abdecken. Jede Frage erfasst ein Symptom der Depression, nämlich: „traurige Stimmung“, „Pessimismus“, „Versagen“, „Unzufriedenheit“, „Schuldgefühle“, „Strafbedürfnis“, „Selbsthass“, „Selbstanklagen“, „Selbstmordimpulse“, „Weinen“, „Reizbarkeit“, „sozialer Rückzug und Isolierung“, „Entschlussunfähigkeit“, „negatives Körperbild“, „Arbeitsunfähigkeit“, „Schlafstörungen“, „Ermüdbarkeit“, „Appetitverlust“, „Gewichtsverlust“, „Hypochondrie“ und „Libidoverlust“ (Hautzinger 1994).

Für die 21 Fragen werden jeweils, je nach Antwort, null bis drei Punkte vergeben, wobei null Punkte dafür sprechen, dass dieses abgefragte Merkmal bei dem Teilnehmer nicht ausgeprägt ist. Die einzelnen Punktwerte werden am Ende addiert und ergeben einen Wert von null bis 63 Punkte. Die Höhe der Punktzahl zeigt die Ausprägung einer Depression. So werden Werte bis elf Punkte als unauffällig angesehen. Dagegen wird von einer milden bis mäßigen Ausprägung bei Punktwerten von elf bis 17 Punkten ausgegangen. Wenn der Summenwert die Zahl 18 übersteigt, wird von einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik ausgegangen. Dieser Grenzwert entspricht zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert gesunder Probanden (Beck & Steer 1987).

⁶ vgl. Anhang S. 97 - 99

3.2.4. Fragebogen zur Erhebung von Erziehungseinstellungen der Mütter

Der Fragenbogen zur Erfassung der Erziehungseinstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter (EMKK) wurde von Anette Engfer im Jahr 1984 entwickelt. Mithilfe der einzelnen Konzepte lässt sich ein Einblick in die Erziehungseinstellungen von Müttern gewinnen (Engfer 1984).

Der Bogen umfasst 48 Items⁷, die sich auf acht Dimensionen mit je sechs Items aufteilen lassen. Folgende Skalen werden gebildet: (1) „Freude am Kind“, (2) „Rigidität“, (3) „Überforderung“, (4) „Tendenz zu Strafen“, (5) „Niedrige Frustrationsschwelle“, (6) „Überfürsorge aus Angst“, (7) „Unglückliche Kindheit“ und (8) „Depressivität“.

Aus den jeweiligen sechs Items werden Mittelwerte berechnet. Darauffolgend werden die errechneten acht Werte in je eine Skala mit Punktwerten von 0-100 transformiert. Je niedriger der Wert der Skala ist, desto positiver sind die Erziehungseinstellungen einzuschätzen (mit Ausnahme der Skala „Freude am Kind“, bei dem ein höherer Wert eine positivere Erziehungseinstellung anzeigt). Bei diesem Fragebogen mit vierstufigem Antwortschema reichen die Kategorien von „Trifft gar nicht zu“ über „Trifft eher nicht zu“ über „Trifft eher zu“ bis hin zu „Trifft sehr zu“. Aus den acht Skalen wird kein Gesamtwert gebildet; jede steht für sich allein.

3.2.5. Fragebogen zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität

Der Short-Form-8 Health Survey (SF-8) ist ein Kurzfragebogen, der zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in über 30 Ländern eingesetzt und bereits in mehr als 15 Sprachen übersetzt wurde. Er leitet sich aus dem SF-36 ab, der einer der am häufigsten verwendeten Fragebögen zur Bestimmung der Lebensqualität ist (Beierlein 2009). Er wurde von Ware et al. im Jahr 1999 in den USA entwickelt und publiziert. Deutsche normbasierte Werte, die in dieser Arbeit als Vergleichswerte herangezogen werden, wurden von Beierlein 2009 auf der Grundlage von Bevölkerungsstichproben aus dem Jahr 2004 generiert.

Der SF-8 umfasst acht Items⁸, die jeweils eine Summenskala der psychischen oder körperlichen Lebensqualität abbilden und damit jeweils eine „Dimension von Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit“ (Beierlein 2009: 24) widerspiegeln. Die acht Items, aus denen der SF-8 besteht, sind „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „körperliche Rollenfunktion“,

⁷ vgl. Anhang S. 95 - 97

⁸ vgl. Anhang S. 99 - 100

„körperliche Schmerzen“, „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „emotionale Rollenfunktion“ und „psychisches Wohlbefinden“. Aus diesen Teilbereichen werden zwei Summenwerte gebildet, einer für die körperliche und einer für die psychische Lebensqualität, um eine Einschätzung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erhalten. Für jede Antwort wird ein spezifischer Wert vergeben, der für die gesamte Subskala steht. Für die Skala körperliche Rollenfunktion bedeutet dies zum Beispiel, dass die Antwort „konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen“ (also ein „JA“) einen Wert von 23,01 bekommt, wohingegen die Antwort „überhaupt nicht“⁹ einen Wert von 53,98 erhält. Diese Werte werden mit dem im Manual beschriebenen Regressionskoeffizienten multipliziert und dann summiert (Beierlein 2009). Die Ausprägungen der Antwortmöglichkeiten unterscheiden sich bei jedem Item. Auch die Anzahl der anzukreuzenden Optionen ist unterschiedlich (sechs Konzepte haben fünf Antwortvarianten und zwei Konzepte besitzen sechs Antwortalternativen) (Beierlein 2009). Eine Frage mit sechs Antwortvariablen lautet z.B. „Hatten Sie körperliche Schmerzen?“ und die dazu gehörigen Antwortmöglichkeiten sind „überhaupt nicht“, „sehr leicht“, „leicht“, „mäßig“, „stark“ und „sehr stark“.

3.3. Auswertung

Mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 20 wurden die eingegebenen Daten ausgewertet. Um die im Kapitel 2 aufgestellten Hypothesen prüfen zu können, wurden verschiedene Analyseverfahren angewandt. Diese waren der t-Test bei verbundenen Stichproben sowie ein linear gemischtes Model. Zusätzlich zu den Analysen wurde deskriptiv eine Stichprobencharakteristik erstellt, die auf den Daten der Basisdokumentation beruht. Es handelt sich hierbei um Häufigkeitsverteilungen und Mittelwertbestimmungen in den verschiedenen Kategorien.

3.3.1. Der t-Test

In dieser Studie werden Werte zu drei verschiedenen Zeitpunkten ermittelt, um zu prüfen, ob sich die Ergebnisse der einzelnen Fragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten signifikant voneinander unterscheiden. Insbesondere soll untersucht werden, ob die Teilnahme am Beratungsprogramm mit einer Veränderung der Outcome-Größen über die Zeiträume assoziiert ist. Um signifikante Unterschiede

⁹ Die Frage lautete: Wurden Sie durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?

zu erkennen, ist es notwendig, vor Beginn der Analysen ein Signifikanzniveau (α -Fehler) und Hypothesen (vgl. Kapitel 2.) festzulegen. In dieser Untersuchung wurde von einem standardmäßigen α -Fehler = 0,05 ausgegangen. Das bedeutet, dass eine Nullhypothese mit einer Wahrscheinlichkeit von bis zu fünf Prozent als falsch angesehen wird, obwohl sie korrekt ist. Beträgt $\alpha > 0,05$, ist der Unterschied nicht signifikant (Duller 2006).

Durch einen t-Test bei verbundenen Stichproben können Mittelwerte eines Merkmals der Probanden zu verschiedenen Zeitpunkten miteinander verglichen werden (Diekmann 2009). Geprüft wird so, ob die Lebensqualität von MZP1 (vor Beratung) zu MZP2 (nach erfolgter Beratung) gleichbleibt oder sich in positiver oder negativer Richtung ändert und ob diese Änderung signifikant ist (α -Fehler kleiner als 0,05).

3.3.2. Das linear gemischte Model

In dieser Untersuchung sollen außerdem psychosoziale Faktoren aufgedeckt werden, welche mit einer veränderten psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert sind. Dazu wurden zu Beginn dieser Arbeit Hypothesen zu möglichen assoziierten Faktoren zur psychischen und körperlichen Lebensqualität vorgestellt (vgl. Kapitel 2.2.). Unter Zuhilfenahme eines linear gemischten Modells ist es möglich, sowohl metrische als auch kategoriale Faktoren auf ihre Assoziation auf die Lebensqualität unter Berücksichtigung der verschiedenen Zeitpunkte zu untersuchen. Das Model berechnet aus den drei gemessenen Lebensqualitätswerten (MZP1 – MZP3) einen Mittelwert für jede Familie. Dieser Mittelwert wird dann im Zusammenhang mit dem psychosozialen Faktor untersucht. Für die metrischen Variablen erstellt das Programm sogenannte Regressionsgeraden. Jedem Wert x wird ein Wert y zugeordnet, in dieser Untersuchung wird also jedem Lebensqualitätswert (y) der dazugehörige Wert des möglichen assoziierten Faktors (x) zugeordnet. Dadurch ergeben sich Punkte, mithilfe derer eine Gerade ermittelt wird, die durch möglichst viele dieser Punkte verläuft (Bortz & Schuster 2010). Jede Gerade besitzt eine Steigung, die sich aus den eben genannten Punkten errechnet. Die Steigung gibt Auskunft darüber, wie der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Faktor ist. Ist die Steigung positiv (blaue Linie), bedeutet das, wenn die Lebensqualität hoch ist, ist auch der Wert des Faktors hoch. Bei negativer Steigung (rote Linie) fällt die Gerade von links oben nach rechts unten im Diagramm ab (Lebensqualität hoch und Wert des Faktors gering). Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass die Steigung null ist (grüne Linie), dies würde bedeuten, dass die Gerade

parallel zur X-Achse verläuft (Bortz & Schuster 2010). Die Steilheit der Geraden zeigt dann den genauen Wert der Steigung. Diese Zusammenhänge stellt Abbildung 2 zusammenfassend dar:

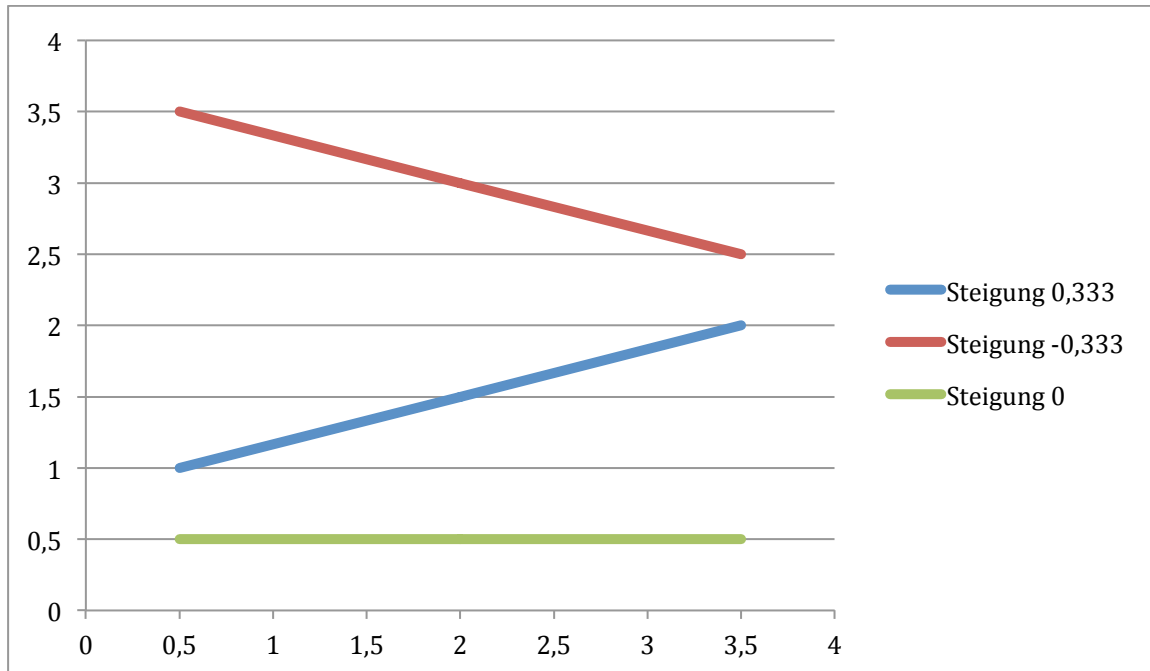


Abbildung 2: Darstellung verschiedener Steigungsarten

Das Model berechnet für die kategorialen Variablen einen Mittelwert aus den drei gemessenen Lebensqualitätswerten. So entsteht zum Beispiel bei der Variablen „Geschlecht“ ein Lebensqualitäts-Mittelwert für die weiblichen und ein Mittelwert für die männlichen Kinder, wobei dann nachprüfbar ist, ob sich diese beiden Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden. Es könnte so gezeigt werden, ob Eltern mit einem Mädchen z.B. eine höhere Lebensqualität aufweisen, als Eltern, die einen Jungen haben.

Mit diesem Model ist es auch möglich, die einzelnen Faktoren spezifisch für jeden einzelnen Messzeitpunkt zu untersuchen. Somit lässt sich feststellen, ob der Messzeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf den Zusammenhang von Lebensqualität und psychosozialen Faktor ausübt. Sollte ein signifikanter Einfluss vorhanden sein, wird dieser als Wechselwirkung bezeichnet und in den Ergebniskapiteln zu den einzelnen Hypothesen erläutert. Diese Wechselwirkung kann verschiedene Gründe haben. Zum einen kann dies bedeuten, dass die Assoziation des Faktors zur Lebensqualität zu jedem MZP anders ausfällt (positiv, negativ, neutral). Zum anderen ist es möglich, dass die Steigung der Geraden zu

allen drei MZP gleich gerichtet ist, jedoch der Unterschied der Steigungen groß genug ist, um signifikant zu sein. Beispielsweise könnte man daran erkennen, dass zum MZP3 der Einfluss eines Faktors stärker geworden ist als er bei MZP1 war.

Tritt keine signifikante Auswirkung des Messzeitpunkts auf die Korrelation auf, wird dies der Übersicht halber nicht bei jeder Hypothese erwähnt.

3.3.3. Auswertung der einzelnen Fragebögen

Da der PSI-Fragebogen zu allen drei MZP ausgegeben wurde, werden t-Tests bei verbundenen Stichproben (vgl. Kapitel 3.3.1.) durchgeführt, um mögliche Veränderungen zwischen den einzelnen MZP zu identifizieren. Des Weiteren wird die elterliche Belastung als psychosozialer Faktor untersucht.

Für den BDI-Fragebogen liegen ebenso Daten zu allen drei MZP vor, so dass auch hier t-Tests bei verbundenen Stichproben durchgeführt wurden. Darüber hinaus wird der BDI auf seine Assoziation auf die zwei Skalen der Lebensqualität untersucht.

Die Auswertung des EMKK, der zum MZP1 und MZP2 von den Eltern beantwortet wurde, wird mithilfe von t-Tests bei verbundenen Stichproben vorgenommen. Außerdem stellen die acht verschiedenen Konzepte der Erziehungseinstellungen mögliche assoziative Faktoren auf die Lebensqualität dar und werden dahingehend untersucht.

Beim SF-8 Fragebogen liegen Normwerte für die deutsche Gesamtbevölkerung von 2004 (Untergruppe Frauen) vor. Somit kann geprüft werden, ob die vorliegende Stichprobe in der körperlichen und/oder psychischen Lebensqualität von der Normstichprobe abweicht (Beierlein et al. 2012). Dabei ist zu beachten, dass ein höherer Wert der Summenskala, eine bessere Lebensqualität widerspiegelt. Des Weiteren wird mit t-Tests bei verbundenen Stichproben untersucht, ob sich die Lebensqualität von MZP1 zu MZP2, von MZP2 zu MZP3 und von MZP1 zu MZP3 unterscheidet. Weiterhin wird ermittelt, welche psychosozialen Faktoren eine Assoziation zur psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität zeigen.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt eine genauere Charakterisierung der Stichprobe. Des Weiteren werden alle Ergebnisse aus den Analysen in Zusammenhang mit den in Kapitel 2 aufgestellten Hypothesen gebracht.

4.1. Darstellung der Stichprobe

Wie bereits im Kapitel 3.1. dargelegt, setzte sich die Untersuchungsgruppe aus allen Familien zusammen, die die Beratungsstelle „Von Anfang an.“ aufgesucht und an der Befragung teilgenommen haben. Die Beantwortung der Fragebögen erfolgte zu über 79 Prozent durch die Mutter (n = 198). Beide Elternteile beantworteten den Fragebogen in 18 Prozent der Fälle (n = 45). Viermal beantwortete der Vater, einmal eine andere Person die Bögen. Zweimal verzichteten die Befragten auf eine Angabe. Auf die Frage, aus welchem Grund, das Kind betreffend, die Eltern die Beratungsstelle aufsuchten – Mehrfachantworten waren hier möglich – gab die Mehrheit der Eltern an, dass Schlafstörungen des Kindes ursächlich seien (57,4 Prozent). In Abbildung 3 ist die Häufigkeit des genannten Vorstellungsgrundes in Prozent angegeben.

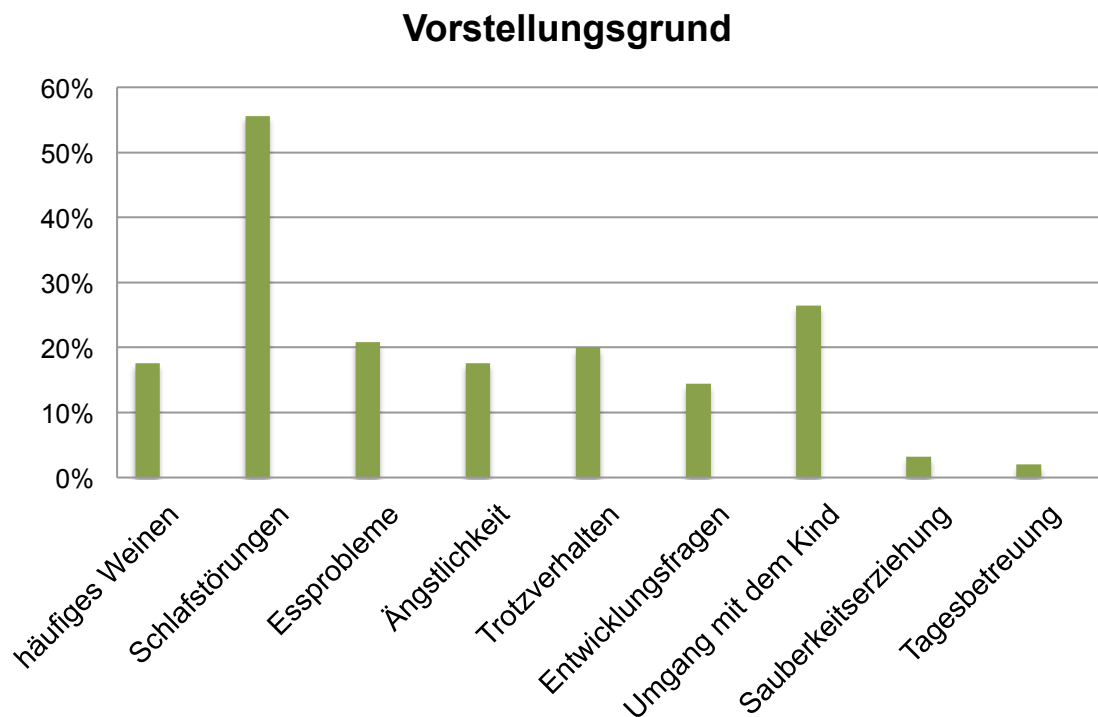


Abbildung 3: Vorstellungsgrund in Beratungsstelle

4.1.1. Angaben zu den Kindern

Die Kinder der teilnehmenden Eltern verteilen sich nahezu gleichmäßig auf beide Geschlechter. 125 Mädchen und 123 Jungen wurden zum MZP1 in die Studie eingeschlossen, zwei Familien machten keine Angabe zum Geschlecht ihres Kindes. Des Weiteren hatten 95,6 Prozent der Kinder die deutsche Staatsbürgerschaft, lediglich 4,4 Prozent wiesen eine andere Nationalität auf. Bei 157 Kindern (n=228) handelte es sich um ein Einzelkind (62,8 Prozent). Bei Familien mit mehr als einem Kind war weiterhin festzuhalten, dass es sich in 40 Fällen (16,0 Prozent) um das jüngste Kind der Familie handelte, in zwei Fällen (0,8 Prozent) um das mittlere und in 22 (8,8 Prozent) Fällen um das älteste Kind. In sieben Familien (2,8 Prozent) wurde die Stellung des Kindes innerhalb der Geschwisterreihe nicht genannt. Hinsichtlich des Geburtsgewichts und der Geburtslänge der Kinder ist festzustellen, dass das leichteste Neugeborene ein Gewicht von 790 Gramm hatte, das schwerste dagegen wog 4900 Gramm. Durchschnittlich betrachtet lag das Geburtsgewicht der Kinder bei 3326 Gramm mit einer Standardabweichung von 585 Gramm. Das kleinste Kind maß 35 Zentimeter, das längste dagegen 59 Zentimeter. Insgesamt ergeben die 244 Angaben einen Durchschnitt von 51 Zentimetern mit einer Standardabweichung, die bei drei Zentimetern lag. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Altersverteilung der Kinder zum Messzeitpunkt eins. Aus Gründen der Übersicht wurden einzelne Gruppen zusammengefasst.

Tabelle 1: Alter des Kindes zum MZP1

Alter des Kindes MZP1	Weiblich (n=116)	Männlich (n=121)	Total (n=239)
0-6 Monate	50 (43,1%)	34 (28,1%)	84 (35,1%)
7-12 Monate	22 (19,0%)	22 (18,2%)	45 (18,8%)
13-18 Monate	15 (12,9%)	27 (22,3%)	42 (17,6%)
19-24 Monate	12 (10,3%)	10 (8,3%)	23 (9,6%)
25-30 Monate	5 (4,3%)	11 (9,1%)	16 (6,7%)
31-36 Monate	2 (1,7%)	8 (6,6%)	10 (4,2%)
37-42 Monate	4 (3,4%)	6 (5,0%)	10 (4,2%)
43-48 Monate	4 (3,4%)	2 (1,7%)	6 (2,5%)
49-54 Monate	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
55-60 Monate	2 (1,7%)	1 (0,8%)	3 (1,3%)
Durchschnitt	13,5 Monate	15,9 Monate	14,7 Monate

4.1.2. Angaben zu den Eltern

Während 91,2 Prozent der Eltern zusammen mit dem Kind in einem Haushalt leben, wohnen lediglich 4,4 Prozent getrennt voneinander. Die übrigen 4,4 Prozent sind entweder geschieden, haben nie zusammengelebt oder haben einen anderen Beziehungsstatus. Das monatliche Familiennettoeinkommen der Befragten zeigt Tabelle 2:

Tabelle 2: Monatliches Familiennettoeinkommen

Monatliches Familiennettoeinkommen	(n= 241)
< 1.000 €	3 (1,2%)
1.000 bis unter 2.000 €	38 (15,8%)
2.000 bis unter 3.000 €	75 (31,2%)
3.000 bis unter 4.000 €	55 (22,8%)
4.000 bis unter 5.000 €	41 (17,0%)
> 5.000 €	29 (12,0%)

Bei den Eltern fällt ein hoher Anteil von 88,8 Prozent der Mütter und 88 Prozent der Väter an deutschen Staatsbürgerschaften auf. Etwa die Hälfte der Mütter (n = 121) und Väter (n = 127) besitzen einen Hochschul- bzw. Universitätsabschluss. Das Abitur haben 48 Mütter und 52 Väter als höchsten Bildungsabschluss erreicht. Einen Fachhochschulabschluss wiesen 34 Mütter und 22 Väter auf. Des Weiteren haben 34 Mütter und 30 Väter einen Realschulabschluss und sieben Mütter und sechs Väter einen Hauptschulabschluss. Nur eine Mutter und zwei Väter gaben an, gar keine Schulausbildung erfolgreich beendet zu haben. Auf die Frage nach der derzeitigen Tätigkeit gaben 81,6 Prozent der Väter an, voll erwerbsfähig zu sein, 4,8 Prozent waren zum Zeitpunkt der Erhebung teilzeitbeschäftigt, 2,4 Prozent waren im Haushalt tätig oder in Elternzeit, die restlichen 11,2 Prozent verteilen sich auf Ausbildung, Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit, geringfügige oder unregelmäßige Beschäftigungen oder nicht näher angegebene Tätigkeiten. Bei den Müttern ist die Verteilung unterschiedlicher. Hier wurde in 6,8 Prozent der Fälle eine volle Erwerbsfähigkeit angegeben. Teilzeitbeschäftigt waren 1,4 Prozent der Mütter und 61,2 Prozent befanden sich zum Befragungszeitpunkt in Elternzeit oder sind im Haushalt tätig. Die restlichen 13,6 Prozent verteilten sich auf die bei den Vätern genannten weiteren Bereiche. Die Eltern waren zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes durchschnittlich 33,6 Jahre (Mütter) und 36,1 Jahre (Väter) alt. Die genaue

Altersverteilung bei der Geburt des Kindes und zum Messzeitpunkt eins zeigen die folgenden Tabellen:

Tabelle 3: Alter der Eltern zur Geburt des Kindes

Alter der Eltern bei Geburt des Kindes	Mutter	Vater
< 30 Jahre	58 (23,2%)	29 (11,6%)
31-40 Jahre	174 (69,6%)	151 (60,4%)
41-50 Jahre	13 (5,2%)	54 (21,6%)
> 50 Jahre	0 (0,0%)	3 (1,2%)
Keine Angabe	5 (2,0%)	13 (5,2%)
Durchschnitt	33,6 Jahre	36,1 Jahre

Tabelle 4: Alter der Eltern zu MZP1

Alter der Eltern zu MZP1	Mutter	Vater
< 30 Jahre	37 (14,8 %)	19 (7,6%)
31-40 Jahre	178 (71,2%)	145 (58,0%)
41-50 Jahre	22 (8,8%)	60 (24,0%)
> 50 Jahre	0 (0,0%)	4 (1,6%)
Keine Angabe	13 (5,2%)	22 (8,8%)
Durchschnitt	34,8 Jahre	37,4 Jahre

Die Mehrheit der Eltern, und zwar 99 Frauen und 91 Männer, sahen ihre Partnerschaft nach der Geburt als unverändert an. Das Partnerschaftserleben seit der Geburt ihres Kindes gaben 38 Mütter (n = 230) und 37 Väter (n = 194) als verbessert an, dagegen sagten 93 Mütter und 66 Väter, ihre Beziehung habe sich seither verschlechtert.

4.1.3. Angaben zur Schwangerschaft und Geburt

Ein weiteres Stichprobencharakteristikum bezieht sich auf die Schwangerschaft sowie die Geburt. Die Familien gaben zu 77,4 Prozent an, die Schwangerschaft geplant zu haben und 97,5 Prozent sehen ihr Kind als Wunschkind an. Es berichteten 14 Prozent der Mütter von einer Unfruchtbarkeit. Außerdem gaben 9,6 Prozent an, in der Vergangenheit schon mal einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen zu haben. In 77 von 242 Fällen kam es während der Schwangerschaft zu medizinischen Komplikationen. Über 97 Prozent der Mütter berichteten, in der Schwangerschaft weder geraucht noch Alkohol konsumiert zu haben. Die Geburt stellte sich für bis zu einem Viertel der Eltern als Belastung heraus (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Geburt als belastende Erfahrung

Geburt belastende Erfahrung	Mutter (n=244)	Vater (n=205)
Nein	124 (50,8%)	128 (62,4%)
Ja, ein wenig	64 (26,2%)	52 (25,4%)
Ja, sehr	56 (23,0%)	25 (12,2%)

Weiterhin berichtete der überwiegende Teil der Eltern (93,2 Prozent), dass die Kinder gestillt werden bzw. wurden. Lediglich 6,8 Prozent der Mütter stillten ihr Kind nicht. Hierbei merkten etwas über ein Drittel der Mütter (34,7 Prozent) an, dass das Stillen ihres Kindes eine Belastung für sie darstellte.

4.2. Ergebnisse zur Lebensqualität

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Nutzen des Beratungsangebots „Von Anfang an.“ im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Eltern. Es wird von einer Assoziation zwischen Beratungsnutzung und Steigerung der Lebensqualität ausgegangen.

4.2.1. Psychische Lebensqualität

Mit dem SF-8 lässt sich ein Wert für die psychische Lebensqualität bestimmen, der über drei Messzeitpunkte erhoben und mithilfe von t-Tests bei verbundenen Stichproben untersucht wurde (vgl. Kapitel 3.3.1.). In Tabelle 6 sind die Mittelwerte der psychischen Summenskala zu den drei Messzeitpunkten dargestellt. Ein höherer Wert spricht für eine höhere Lebensqualität.

Tabelle 6: Mittelwerte der psychischen Lebensqualität

	n	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
MZP1	220	46,41	10,90	0,74
MZP2	191	47,63	10,89	0,79
MZP3	160	48,49	10,26	0,81

Beierlein erstellte anhand einer Bevölkerungsstichprobe normbasierte Werte für den SF-8. Bei Frauen in Deutschland liegt dieser Wert bei 52,34 (Beierlein 2009). In Tabelle 7 werden die Mittelwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten mit dem normbasierten Wert für Frauen in Deutschland verglichen. Hier zeigt sich, dass sich

im Verlauf von MZP1 zu MZP3 die Mittelwerte der psychischen Summenskala der Studienstichprobe der der Bevölkerungsstichprobe annähern, diese jedoch nicht erreichen. Dabei fällt auf, dass zu jedem Messzeitpunkt der Mittelwert signifikant unterhalb der Bevölkerungsstichprobe liegt. Dies zeigt, dass die hier untersuchte Stichprobe eine schlechtere psychische Lebensqualität aufweist als die Vergleichsstichprobe von 2004.

Tabelle 7: Vergleich Studienergebnisse psychische Lebensqualität zu Normwert

Testwert = 52,34						
	df ¹⁰	Differenz Mittelwert zu Testwert	95%-Konfidenzintervall		T ¹¹	Signifikanz (2-seitig)
			untere	Obere		
MZP1	219	-5,93	-7,38	-4,48	-8,06	<0,001
MZP2	190	-4,71	-6,27	-3,16	-5,98	<0,001
MZP3	159	-3,85	-5,45	-2,25	-4,75	<0,001

Tabelle 8 zeigt, wie sich die psychische Lebensqualität über die drei Messzeitpunkte ändert. Hierbei ist festzustellen, dass sich vom MZP1 zum MZP2 keine signifikante Änderung der psychischen Lebensqualität ergab. Allerdings verbesserte sich die Lebensqualität von MZP2, also vom Zeitpunkt direkt nach Abschluss der Beratung, zum MZP3, drei Monate nach Beendigung der Beratung, mit einem p-Wert¹² von 0,037. Gleiches gilt für den Vergleich von MZP1, vor Beginn der Beratung, zu MZP3 ($p < 0,001$). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Lebensqualität, gemessen mit dem SF-8, drei Monate nach Beratungsabschluss signifikant höher ist als vor der Beratung und im Vergleich zur Messung direkt nach der Beratung.

¹⁰ df = Freiheitsgrade

¹¹ T= T-Statistik bezieht sich auf die t-Verteilung der Stichprobe

¹² p-Wert = zeigt das Signifikanzniveau an

Tabelle 8: Ergebnisse t-Tests bei psychischer Lebensqualität

t-Test psychische Summenskala SF-8 MZP 1-3							
	df	Mittelwerte	Standard- abweichung	95%- Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
MZP1- MZP2	178	46,78 47,72	8,92	-2,16	0,47	-1,27	0,207
MZP2- MZP3	151	47,33 48,65	7,74	-2,56	-0,08	-2,10	0,037
MZP1- MZP3	179	46,42 49,01	9,42	-3,98	-1,20	-3,69	<0,001

4.2.2. Körperliche Lebensqualität

Auf der zweiten Summenskala bildet der SF-8 die körperliche Lebensqualität ab. Tabelle 9 zeigt die Mittelwerte für die körperliche Lebensqualität der Stichprobe:

Tabelle 9: Mittelwerte der körperlichen Lebensqualität

	n	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
MZP1	220	49,94	8,60	0,58
MZP2	191	50,26	8,44	0,61
MZP3	160	50,72	7,85	0,62

Auch für die körperliche Lebensqualität wurde der von Beierlein 2009 berichtete Normwert zu Vergleichen herangezogen (M = 49,17). Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass die Mittelwerte von MZP1 und MZP2 nicht signifikant von der Bevölkerungsstichprobe der Frauen von 2004 abweichen. Des Weiteren ist festzustellen, dass sich zum MZP3 die körperliche Lebensqualität der hier Befragten signifikant von der Vergleichsgruppe unterscheidet. Es liegt eine höhere körperliche Lebensqualität vor als in der Bevölkerungsstichprobe, die zur Generierung der Normwerte herangezogen wurde.

Außerdem lag zu allen drei Erhebungszeitpunkten die körperliche Lebensqualität der Nutzerinnen der Beratungsstelle „Von Anfang an.“ oberhalb des Normwertes, allerdings unterhalb der Signifikanzgrenze beim MZP1 und MZP2.

Tabelle 10: Vergleich Studienergebnisse körperliche Lebensqualität zu Normwert

Testwert = 49,17						
	df	Differenz Mittelwert zu Testwert	95%-Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
			untere	Obere		
MZP1	219	0,77	-0,37	1,91	1,33	0,186
MZP2	190	1,09	-0,11	2,29	1,79	0,076
MZP3	159	1,55	0,32	2,77	2,49	0,014

In Tabelle 11 ist zu erkennen, dass sich die körperliche Lebensqualität im Verlauf der Messzeitpunkte nicht signifikant verändert. Die Mittelwertvergleiche von MZP1 mit MZP2, MZP2 mit MZP3 und MZP1 mit MZP3 ergeben jeweils nur geringe Veränderungen, deren Höhe statistisch nicht signifikant wird. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich im Zuge der Evaluationsstudie die körperliche Lebensqualität der Eltern nicht signifikant verändert.

Tabelle 11: Ergebnisse t-Tests bei körperlicher Lebensqualität

t-Test: körperliche Summenskala SF-8 MZP 1-3							
	df	Mittelwerte	Standard- abweichung	95%Konfidenz- intervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
MZP1- MZP2	178	50,07 49,98	7,43	-1,01	1,18	0,16	0,875
MZP2- MZP3	151	50,51 50,58	6,49	-1,10	0,98	-0,12	0,904
MZP1- MZP3	179	50,52 50,26	7,59	-0,85	1,38	0,47	0,641

4.3. Ergebnisse zu den Korrelaten der Lebensqualität

Im Folgenden wird untersucht, welche Faktoren mit der psychischen und körperlichen Lebensqualität assoziiert sind bzw. bei welchen Faktoren kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte. Hierbei wird die Reihenfolge der Hypothesen aus Kapitel 2.2. analog verwendet.

Bei den metrischen Variablen werden Steigung und p-Wert angegeben. Bei den kategorialen Variablen werden die verschiedenen Ausprägungen miteinander verglichen und das Konfidenzintervall mit p-Wert angegeben.

4.3.1. Korrelate der psychischen Lebensqualität (pLq)

Zur Identifikation der mit der psychischen Lebensqualität assoziierten Faktoren, wurde ein linear gemischtes Model (vgl. 3.3.2.) verwendet. Dabei wurde aus den drei MZP der Erhebung ein Mittelwert der Lebensqualität für jede Familie berechnet und dieser bildete die Grundlage für die Untersuchung der Assoziationen der psychosozialen Faktoren auf die Lebensqualität. Des Weiteren wurde für jeden Messzeitpunkt einzeln geprüft, ob sich eine Assoziation zwischen Lebensqualität, MZP und Faktor ergab. Sofern sich eine signifikante Auffälligkeit ergab, wird diese in den folgenden Unterkapiteln als Wechselwirkung erläutert. Sollte sich keine Signifikanz in der Wechselwirkung zeigen, wird aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die Nennung der Nicht-Signifikanz verzichtet.

Die ersten vier spezifischen Hypothesen aus Kapitel 2.2. beziehen sich auf das Alter. Das Alter des Kindes bei Beratungsbeginn war mit einem p-Wert von 0,608 nicht signifikant mit der psychischen Lebensqualität assoziiert. Bei den weiteren Berechnungen zum Alter ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Ein p-Wert von 0,530 ergab sich bei der Untersuchung des Alters der Mutter bei der Geburt des Kindes. Das Alter der Mutter bei Beratungsbeginn ($p = 0,606$) war, wie auch das Alter des Vaters bei Beratungsbeginn ($p = 0,948$), nicht signifikant. Dies bedeutet, dass die ersten vier aufgestellten Hypothesen zu verwerfen sind und das Alter nicht signifikant mit der psychischen Lebensqualität assoziiert ist. Die nächsten fünf genannten Hypothesen beschäftigten sich mit Problemen in der Schwangerschaft oder früheren Schwangerschaften. Eine Frühgeburt ($p = 0,348$), ein zuvor gestorbenes Kind ($p = 0,234$), ein Schwangerschaftsabbruch ($p = 0,379$), eine Fehlgeburt ($p = 0,234$) und eine vorausgegangene Unfruchtbarkeit ($p = 0,551$) haben keine signifikanten Zusammenhänge erkennen lassen. Somit sind diese Hypothesen

zu verwerfen und es ist davon auszugehen, dass diese Probleme keinen Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität haben.

Das Vorhandensein von seelischen Belastungen während der Schwangerschaft ist hingegen für die psychische Lebensqualität relevant. Tabelle 12 zeigt, dass Familien, die seelische Belastungen während der Schwangerschaft angeben, eine signifikant niedrigere psychische Lebensqualität haben als Familien ohne diese Belastungen. Demnach sind seelische Belastungen während der Schwangerschaft von Bedeutung für die psychische Lebensqualität und die Hypothese wird weiterhin unterstützt.

Tabelle 12: Seelische Belastungen während Schwangerschaft und pLq

seelische Belastungen	Mittelwert der psychischen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	43,93	41,87	45,98	<0,001
nein	49,13	47,69	50,58	

Ein weiterer Faktor ist das Vorhandensein von sozialen Belastungen in der Schwangerschaft. Wie in Tabelle 13 zu erkennen ist, gehen soziale Belastungen mit einer signifikant niedrigeren Lebensqualität einher. Der p-Wert liegt unter 0,001, die Hypothese ist daher aufrechtzuerhalten.

Tabelle 13: Soziale Belastungen während Schwangerschaft und pLq

soziale Belastungen	Mittelwert der psychischen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	41,60	38,36	44,85	<0,001
nein	48,42	47,14	49,70	

Medizinische Komplikationen während der Schwangerschaft zeigen ebenfalls einen Zusammenhang mit der psychischen Lebensqualität. Mütter, bei denen während der Schwangerschaft medizinische Komplikationen auftraten, haben bezüglich ihrer psychischen Lebensqualität einen Mittelwert von 45,06, wohingegen der Wert bei Müttern ohne diese Komplikationen bei 48,50 liegt. Dieser signifikante Unterschied

($p = 0,009$) legt nahe, dass medizinische Komplikationen während der Gravidität mit der psychischen Lebensqualität zusammenhängen (vgl. Tab 14).

Tabelle 14: Medizinische Komplikationen während Schwangerschaft und pLq

medizinische Komplikationen	Mittelwert der psychischen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	45,06	42,94	47,19	0,009
nein	48,50	47,06	49,95	

Die Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft hat mit einem p-Wert von 0,135 keine Bedeutung für die psychische Lebensqualität. Die folgenden Hypothesen beschäftigen sich mit der Geburt als belastende Erfahrung für den Vater und die Mutter. Für den Vater muss die Hypothese verworfen werden, der p-Wert wird nicht signifikant ($p = 0,493$). Allerdings fand sich eine signifikante Wechselwirkung ($p = 0,007$) zwischen der Geburt als belastende Erfahrung für den Vater und dem Messzeitpunkt (vgl. Abb. 4). Die Höhe des Zusammenhangs zwischen Lebensqualität und dem Faktor Geburt als belastende Erfahrung hat sich über die Messzeitpunkte verändert. Zum MZP1 ging die Antwort „nein“ mit der höchsten Lebensqualität einher. Zu MZP3 dagegen haben Väter, die „ja, sehr“ ankreuzten, die höchsten Werte bei der psychischen Lebensqualität.

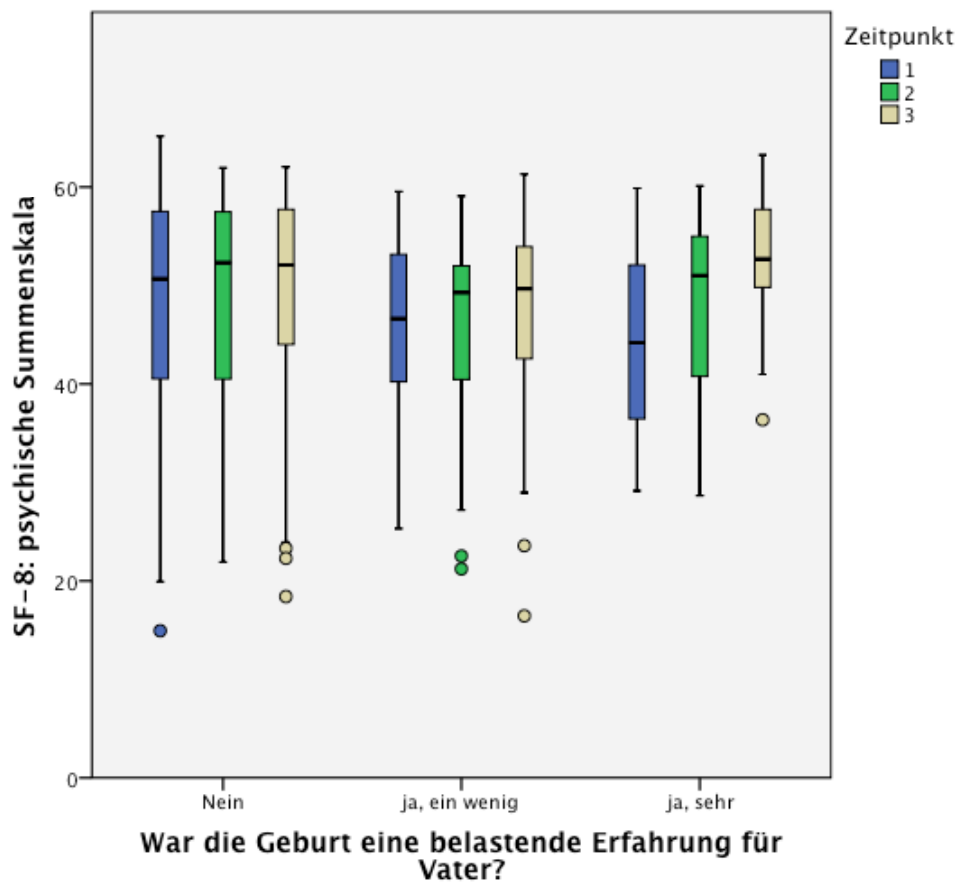


Abbildung 4: Wechselwirkung zwischen Geburt als Belastung für Vater, pLq und MZP

Tabelle 15 zeigt, dass die Lebensqualität der Mütter am höchsten ist, wenn die Geburt nicht als Belastung empfunden wurde. Am niedrigsten ist sie, wenn die Geburt als sehr belastend von der Mutter eingestuft wurde. Betrachtet man die Lebensqualitätsunterschiede zwischen den Abstufungen, so ist der Vergleich von „ja, sehr“ und „nein“ mit einem p-Wert von 0,003 signifikant.

Tabelle 15: Geburt belastende Erfahrung für Mutter und pLq

Geburt Belastung für Mutter	Mittelwert der psychischen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
nein	48,85	47,19	50,51	0,013
ja, ein wenig	47,32	45,00	49,64	
ja, sehr	44,35	41,89	46,81	

Die nächste Hypothese besagt, dass das Stillen des Kindes einen Zusammenhang zur psychischen Lebensqualität hat. Diese musste aufgrund des p-Werts von 0,403 abgelehnt werden. Auch das Geschlecht des Kindes war nicht von Bedeutung ($p = 0,494$). Mit einer ernsthaften vorausgegangenen oder häufigen Erkrankung des Kindes ließ sich kein Zusammenhang feststellen ($p = 0,190$). Allerdings trat hier eine signifikante Wechselwirkung auf. So ging zum MZP1 und MZP3 das Vorhandensein einer ersten oder häufigen Erkrankung mit einer niedrigeren Lebensqualität einher (p -Wert von 0,021), während dies zum MZP2 umgekehrt war.

Die Anzahl der leiblichen Geschwister des Kindes ($p = 0,077$), sowie die Schulabschlüsse der Eltern (Mutter $p = 0,208$, Vater $p = 0,837$) konnten nicht als relevante Faktoren identifiziert werden. Dies galt auch für das Einkommen (p -Wert 0,608) und den Beziehungsstatus der Eltern ($p = 0,095$).

Die Eltern wurden in der Basisdokumentation außerdem befragt, wie sie ihr Partnerschaftserleben seit der Geburt des Kindes einschätzen (vgl. Tab. 16). Die p -Werte zwischen den einzelnen Abstufungen „verschlechtert“ und „unverändert“ zeigen Signifikanzen und auch zwischen den Abstufungen „verschlechtert“ und „verbessert“ ist dies der Fall (p -Wert von $< 0,001$). Die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen mütterlichem Partnerschaftserleben und psychischer Lebensqualität kann demzufolge unterstützt werden.

Tabelle 16: Partnerschaftserleben Mutter und pLq

Partnerschafts- erleben Mutter	Mittelwert der psychischen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
verschlechtert	43,95	42,07	45,83	< 0,001
unverändert	49,51	47,68	51,34	
verbessert	50,20	47,20	53,19	

Ähnlich verhält es sich mit dem Partnerschaftserleben des Vaters seit der Geburt des Kindes. Auch hier konnte mit einem p -Wert von $< 0,001$ ein Zusammenhang nachgewiesen werden (vgl. Tab. 17). Hier wurden ebenfalls die p -Werte zwischen den einzelnen Antwortalternativen berechnet. Die Ergebnisse ähneln dem Partnerschaftserleben der Mutter sehr. Zwischen „verschlechtert“ und „unverändert“ und zwischen „verschlechtert“ und „verbessert“ ist der p -Wert jeweils $< 0,001$.

Demzufolge ist auch hier ein signifikanter Unterschied in der Lebensqualität entsprechend des Partnerschaftserlebens zu erkennen.

Tabelle 17: Partnerschaftserleben Vater und pLq

Partnerschafts- erleben Vater	Mittelwert der psychischen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
verschlechtert	42,42	40,29	44,56	< 0,001
unverändert	49,49	47,64	51,33	
verbessert	51,59	48,69	54,50	

Die folgenden Hypothesen beschäftigen sich mit den Zusammenhängen der Endwerte der anderen abgefragten Fragebögen mit der psychischen Lebensqualität. Als erstes ist hierbei der PSI zu betrachten. Die Behauptung besagte, dass die elterliche Belastung mit der psychischen Lebensqualität assoziiert ist. Die Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse dieser Berechnungen für die Skalen des PSI an. Da es sich um metrische Variablen handelt, wird statt der Mittelwerte die Steigung und das Signifikanzniveau angegeben. Wie zu erkennen ist, hat der PSI einen signifikanten Zusammenhang zur psychischen Lebensqualität. Die negative Steigung erklärt sich daraus, dass niedrige Werte im PSI eine geringe Stressbelastung anzeigen und diese mit hohen Werten im SF-8 einhergehen, wobei hohe Werte für eine hohe Lebensqualität sprechen. Somit kann die Hypothese hinsichtlich der Assoziation zwischen PSI und Lebensqualität aufrechterhalten werden.

Tabelle 18: PSI und pLq

Faktor	Steigung	Signifikanzwert
PSI - Gesamtskala	-0,48	< 0,001
PSI - Kinderskala	-0,34	< 0,001
PSI - Elternskala	-0,43	< 0,001

Mithilfe des BDI wurde der Depressionsgrad innerhalb der Stichprobe bestimmt. Werte mit bis zu elf Punkten sprechen für keine vorhandene Depression, eine milde bis mäßige Ausprägung der Depression ist bei Werten von elf bis 17 zu erkennen.

Höhere Werte sind mit einer klinisch relevanten Depression verbunden (Beck & Steer 1987).

Anhand der Abbildung lässt sich zeigen, dass der ermittelte BDI-Summenwert mit der psychischen Lebensqualität assoziiert ist. Mit einem p-Wert von $< 0,001$ und einer Steigung von $-1,01$ kann die Hypothese unterstützt werden. Wie zu erkennen ist, sind kleine Werte im BDI, die für keine Depression sprechen, mit hohen Werten im SF-8, also einer hohen Lebensqualität, assoziiert.

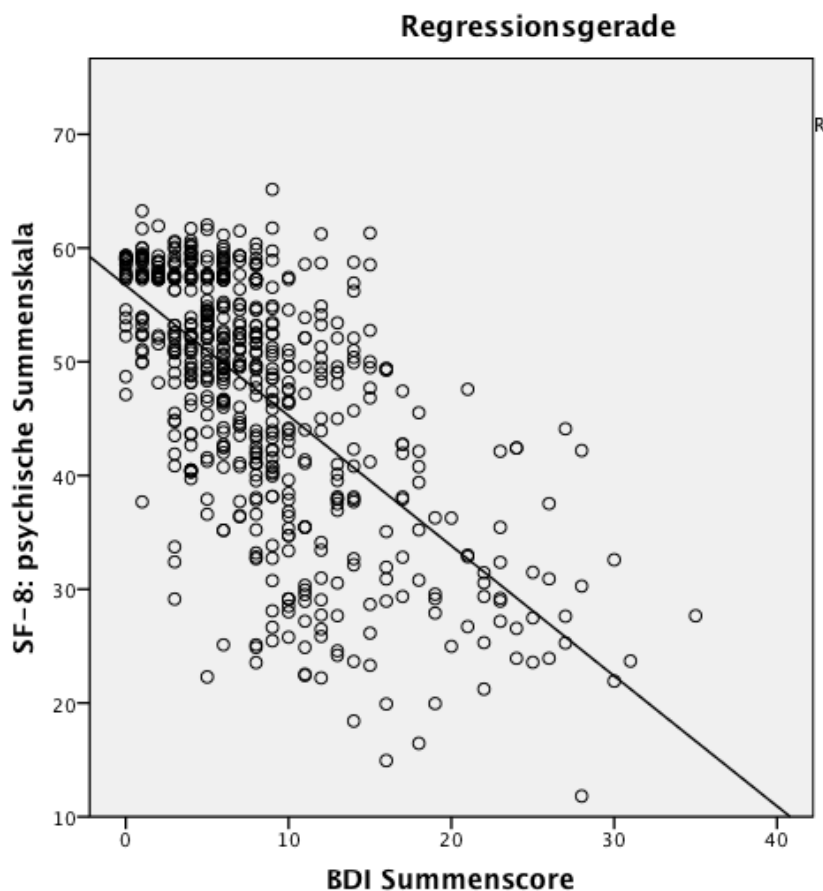


Abbildung 5: BDI-Summenwert und psychische Lebensqualität

Die letzte Hypothese beschäftigt sich mit dem Einfluss von Erziehungseinstellungen der Mütter auf die psychische Lebensqualität. Der Tabelle 19 sind die genauen Werte dieser Berechnung zu entnehmen. Es ist zu erkennen, dass alle Konzepte, bis auf das zweite, signifikante Korrelationen mit der psychischen Lebensqualität zeigen. Dabei ist die Steigung in den Konzepten 3 - 8 negativ. Dies erklärt sich daraus, dass kleine Werte, die eine positive Erziehungseinstellung mit sich bringen, in diesen Konzepten mit hohen Werten in der Lebensqualität einhergehen. Beim Konzept

„Freude am Kind“ ist die Steigung positiv. Das liegt daran, dass hier hohe Werte im Konzept mit positiveren Erziehungseinstellungen einhergehen. Die Hypothese ist demzufolge für die Konzepte 1 und 3 - 8 zu unterstützen und für das Konzept 2 abzulehnen.

Tabelle 19: Erziehungseinstellungen und pLq

Faktor	Steigung	Signifikanzwert
1. Konzept Freude am Kind	0,18	< 0,001
2. Konzept Rigidität	-----	0,998
3. Konzept Überforderung	-0,25	< 0,001
4. Konzept Tendenz zu Strafen	-0,13	< 0,001
5. Konzept niedrige Frustrationsschwelle	-0,25	< 0,001
6. Konzept Überfürsorge aus Angst	-0,19	< 0,001
7. Konzept Unglückliche Kindheit	-0,16	< 0,001
8. Konzept Depressivität	-0,26	< 0,001

Abschließend zu diesen Berechnungen wurden alle signifikanten Faktoren auf die psychische Lebensqualität gemeinsam in ein linear gemischtes Model eingeschlossen. Dabei wurde untersucht, mithilfe welcher Faktoren eine Aussage über die zu erwartende psychische Lebensqualität getroffen werden kann bzw. welche psychosozialen Faktoren demnach als Risikofaktoren benannt werden könnten. Durch schrittweisen Ausschluss nicht signifikanter Faktoren blieben am Ende der Berechnung vier übrig. Diese sind der BDI ($p < 0,001$), die Konzepte „Unglückliche Kindheit“ ($p = 0,003$) und „Depressivität“ ($p < 0,001$) des EMKK und das Vorhandensein von medizinischen Komplikationen in der Schwangerschaft ($p = 0,021$). Die anderen, univariat getesteten signifikanten Faktoren erbringen hier keine zusätzlichen Informationen und zeigen demzufolge in diesem Gesamtmodel keine Signifikanz mehr. Schlussfolgernd reichen hier vier Faktoren, um die psychische Lebensqualität der hier untersuchten Stichprobe abbilden zu können.

4.3.2. Korrelate der körperlichen Lebensqualität (kLq)

Der SF-8 bildet zwei Gesamtskalen ab. In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Faktoren eine Assoziation zur körperlichen Lebensqualität aufweisen. Dazu werden

nun folgend die Ergebnisse des gemischt linearen Modells dargelegt. Die Hypothesen werden hier in der Reihenfolge aus Kapitel 2.2. bearbeitet.

Das Alter zeigt keinen Zusammenhang zur körperlichen Lebensqualität. Es wurden vier verschiedene Hypothesen dazu aufgestellt. Das Alter des Kindes bei Beratungsbeginn ($p = 0,216$), das Alter der Mutter bei Geburt ($p = 0,871$) und Beratungsbeginn ($p = 0,883$) und das Alter des Vaters bei Beratungsbeginn ($p = 0,992$) zeigen keine Signifikanzen. Demzufolge sind diese Hypothesen abzulehnen. Es ist anzumerken, dass das Alter des Vaters bei Beratungsbeginn eine signifikante Wechselwirkung mit einem p -Wert von $0,013$ zeigt. Es ist in der Abbildung 6 zu erkennen, dass die Geraden zu MZP1 und MZP3 leicht ansteigen und die zu MZP2 abfällt. Es zeigt sich also, dass zu MZP2 ein junges Alter des Vaters mit einer höheren körperlichen Lebensqualität einherging.

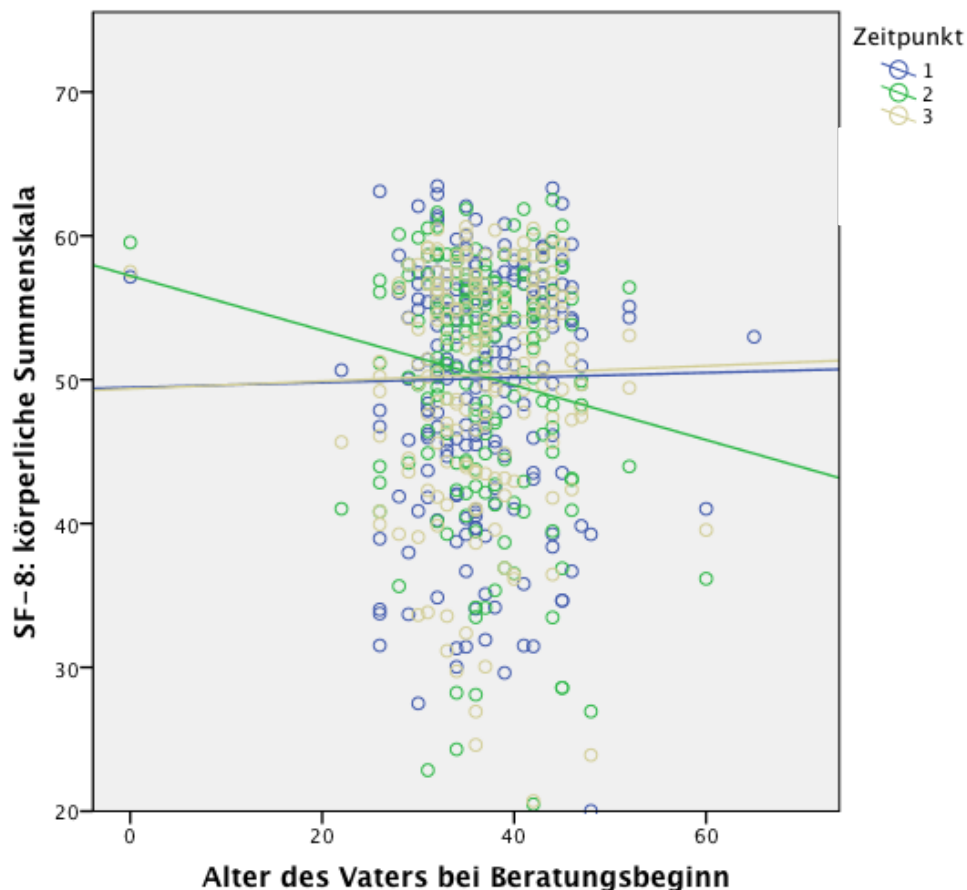


Abbildung 6: Wechselwirkung Alter des Vaters bei Beratungsbeginn, kLq und MZP

Als nächster Aspekt wurden verschiedene Probleme in der Schwangerschaft auf ihren Zusammenhang hin untersucht. Dabei ist das Auftreten einer Frühgeburt ein signifikanter psychosozialer Faktor, der mit der körperlichen Lebensqualität assoziiert werden kann. Die dazugehörigen Werte zeigt Tabelle 20. Es ist zu erkennen, dass

Familien, die bereits eine Frühgeburt hatten, eine signifikant niedrigere körperliche Lebensqualität aufwiesen als Familien ohne Frühgeburt. Somit ist die Hypothese für dieses spezifische Schwangerschaftsproblem zu unterstützen. Das ist für die weiteren abgefragten Probleme aufgrund des errechneten p-Werts nicht möglich. Ist bereits ein Kind gestorben ($p = 0,496$), wurde ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt ($p = 0,605$), gab es bereits eine Fehlgeburt ($p = 0,119$) oder bestand eine Unfruchtbarkeit ($p = 0,051$), so hat dies hier keine signifikante Assoziation zur körperlichen Lebensqualität gezeigt.

Für den Faktor Frühgeburt trat eine Wechselwirkung mit den MZP auf. Hierbei ist die Ausprägung der Steigung der Geraden zu jedem Zeitpunkt gleich. Das heißt, eine erlebte Frühgeburt geht im Vergleich zu Paaren ohne dieses Ereignis zu jedem Zeitpunkt mit einer geringeren körperlichen Lebensqualität einher. Der Unterschied ist allerdings zwischen den MZP groß genug, um signifikant zu sein, mit einem p-Wert von 0,027.

Tabelle 20: Frühgeburt und kLq

Frühgeburt	Mittelwert der körperlichen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	47,30	44,41	50,18	0,035
nein	50,57	49,59	51,54	

Seelische Belastungen während der Schwangerschaft zeigen eine Assoziation mit der körperlichen Lebensqualität. Familien, bei denen dieser Faktor auftrat, haben einen niedrigeren Mittelwert für die körperliche Lebensqualität als Familien ohne diesen Faktor. In der Tabelle 21 ist dies genauer zu erkennen. Somit ist die Hypothese weiterhin aufrechtzuerhalten.

Tabelle 21: Seelische Belastungen während Schwangerschaft und kLq

seelische Belastungen	Mittelwert der körperlichen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	48,23	46,63	49,63	0,002
nein	51,34	50,21	50,21	

Die nächste Hypothese beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von sozialen Belastungen in der Schwangerschaft und der körperlichen Lebensqualität. Es ist in der Tabelle 22 eine Signifikanz mit einem p-Wert $< 0,001$ zu erkennen. Familien ohne diesen Faktor haben demnach in dieser Studie eine signifikant höhere körperliche Lebensqualität.

Tabelle 22: Soziale Belastungen während Schwangerschaft und kLq

soziale Belastungen	Mittelwert der körperlichen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	45,03	42,52	47,55	$< 0,001$
nein	51,15	50,16	52,14	

Medizinische Komplikationen in der Schwangerschaft konnten mit einem p-Wert von 0,104 als nicht signifikanter Faktor für die körperliche Lebensqualität aufgezeigt werden. Die Hypothese ist daher abzulehnen.

Wenn die Mutter in der Schwangerschaft Medikamente einnehmen musste, dann ist dies mit einer niedrigeren körperlichen Lebensqualität assoziiert, im Vergleich zu Müttern, die keine Medikamente einnahmen und dadurch eine höhere Lebensqualität in dieser Untersuchung zeigen. Der p-Wert hierbei ist 0,002. Damit zeigt dieser Faktor eine signifikante Assoziation mit der körperlichen Lebensqualität. In der Tabelle 23 sind diese Werte genauer zu erkennen:

Tabelle 23: Medikamenteneinnahme in Schwangerschaft und kLq

Medikamenteneinnahme in Schwangerschaft	Mittelwert der körperlichen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
ja	48,21	46,62	49,80	0,002
nein	51,34	50,23	52,44	

Manche Eltern gaben an, die Geburt ihres Kindes als belastend empfunden zu haben. Es wurde untersucht, inwiefern diese Einschätzung einen Zusammenhang zur körperlichen Lebensqualität zeigt. Die zwei folgenden Tabellen zeigen, dass sowohl für die Mutter als auch für den Vater diese Belastung mit einer niedrigeren

körperlichen Lebensqualität einhergeht. Betrachtet man die einzelnen Antwortalternativen bei der Mutter untereinander, so fällt auf, dass zwischen „nein“ und „ja, sehr“ ein p-Wert von $< 0,001$ vorliegt, bei dem Vergleich von „ja, ein wenig“ zu „ja, sehr“ ist ein p-Wert von 0,076 und zwischen „nein“ und „ja, ein wenig“ ein Wert von 0,084 entstanden. Beim Vater hingegen sind alle einzelnen Abstufungsvergleiche untereinander signifikant. „Nein“ zu „ja, ein wenig“ weist einen p-Wert von 0,013 auf, der Vergleich von „nein“ zu „ja, sehr“ einen p-Wert von $< 0,001$ und zwischen „ja, ein wenig“ und „ja, sehr“ ist der p-Wert 0,009. Demzufolge sind die Hypothesen hier aufrechtzuerhalten.

Tabelle 24: Geburt als belastende Erfahrung für Mutter und kLq

Geburt Belastung für Mutter	Mittelwert der körperlichen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
nein	51,85	50,59	53,12	0,001
ja, ein wenig	49,94	48,17	51,71	
ja, sehr	47,60	45,72	49,48	

Tabelle 25: Geburt als belastende Erfahrung für Vater und kLq

Geburt Belastung für Vater	Mittelwert der körperlichen Lebensqualität	95 %-Konfidenzintervall		Signifikanz
		untere	obere	
nein	52,24	51,02	53,45	$< 0,001$
ja, ein wenig	49,39	47,50	51,28	
ja, sehr	44,96	42,23	47,70	

Die folgenden vermuteten assoziierten Faktoren konnten nicht bestätigt werden. Aufgrund der Berechnungen der p-Werte mussten die Hypothesen abgelehnt werden. So ist festzustellen, dass das Stillen ($p = 0,102$), das Geschlecht des Kindes ($p = 0,525$), eine ernsthafte oder häufige Erkrankung des Kindes ($p = 0,961$), die Anzahl der leiblichen Geschwister ($p = 0,742$), der höchste Bildungsabschluss der Mutter ($p = 0,316$), der höchste Bildungsabschluss des Vaters ($p = 0,323$), das familiäre Nettoeinkommen der Familie ($p = 0,729$), der Beziehungsstatus der Eltern ($p = 0,950$) und auch das Partnerschaftserleben der Mutter ($p = 0,097$) und des

Vaters seit der Geburt ($p = 0,081$) keine Assoziationen zur körperlichen Lebensqualität zeigen.

Die elterliche Belastung bzw. der elterliche Stress wurde mit dem PSI-Fragebogen untersucht. Hierbei entstanden drei Endwerte, die jeweils auf ihren Zusammenhang, bezogen auf die körperliche Lebensqualität, betrachtet wurden. In der Tabelle 26 ist zu erkennen, dass bei allen drei Skalen Signifikanzen festgestellt werden konnten. Die vom linear gemischten Model ausgerechneten Regressionsgeraden haben alle eine negative Steigung. Dies lässt sich durch den Fakt erklären, dass geringe Werte im PSI mit einer geringen Stressbelastung einhergehen und hohe Werte im SF-8 mit einer hohen Lebensqualität.

Tabelle 26: PSI und kLq

Faktor	Steigung	Signifikanzwert
PSI - Gesamtskala	-0,16	< 0,001
PSI - Kinderskala	-0,12	0,001
PSI - Elternskala	-0,17	< 0,001

Bei den Berechnungen zum PSI ist außerdem eine Wechselwirkung mit dem Erhebungszeitpunkt detektiert worden. Wie man in der Abbildung 7 erkennen kann, ist zu jedem Zeitpunkt ein hoher Wert im SF-8 mit einem niedrigen Wert in der PSI-Gesamtskala assoziiert. Es fällt allerdings auf, dass zum MZP1 die Steigung weniger stark fällt als zum MZP2. Ebenso fällt auch die Gerade vom MZP2 weniger stark als zum MZP3. Diese Unterschiede in der Höhe der Steigung der Geraden sind signifikant.

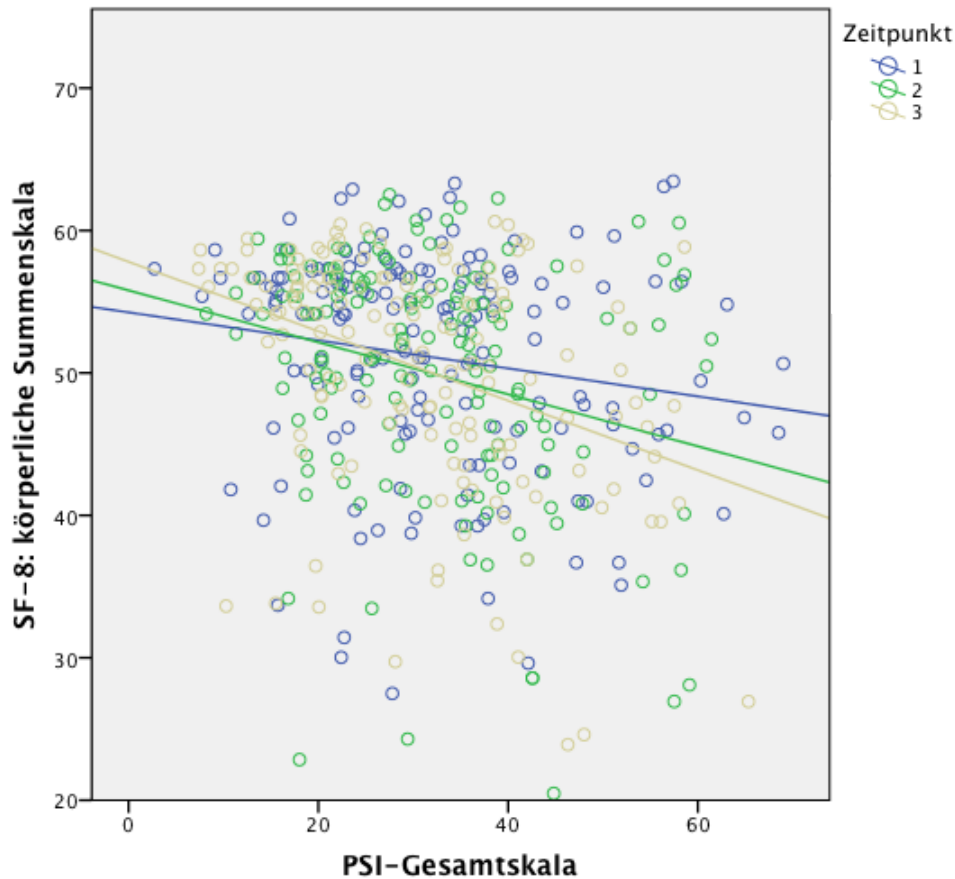


Abbildung 7: Wechselwirkung PSI-Gesamtwert, kLq und MZP

Auch die Ausprägung einer Depression innerhalb der Stichprobe konnte eine Signifikanz mit der körperlichen Lebensqualität zeigen. Mit einer Steigung von $-0,41$ und einem Signifikanzwert von $< 0,001$ ist diese Hypothese eindeutig zu unterstützen. Auch hier erklärt sich die Negativität der Steigung dadurch, dass ein geringer Wert im BDI (vgl. 3.2.3.) mit keiner oder einer geringen Ausprägung einer Depression einhergeht. Daher können geringe Werte im BDI mit einer hohen körperlichen Lebensqualität assoziiert werden. Des Weiteren ist beim BDI eine Wechselwirkung zwischen Lebensqualität, MZP und BDI aufgetreten. Es ist festzustellen, dass sich der Zusammenhang über die Zeiträume signifikant geändert hat. Zur Verdeutlichung der Werte wurde Abbildung 8 erstellt. Die Darstellung ähnelt dem Verlauf der PSI-Gesamtskala. Auch hier fallen alle drei Geraden ab, dennoch ist der Unterschied zwischen den negativen Steigungen der Geraden signifikant. Die Gerade des MZP1 zeigt eine flachere Steigung als die des MZP2 und diese fällt wiederum geringer aus als zum MZP3.

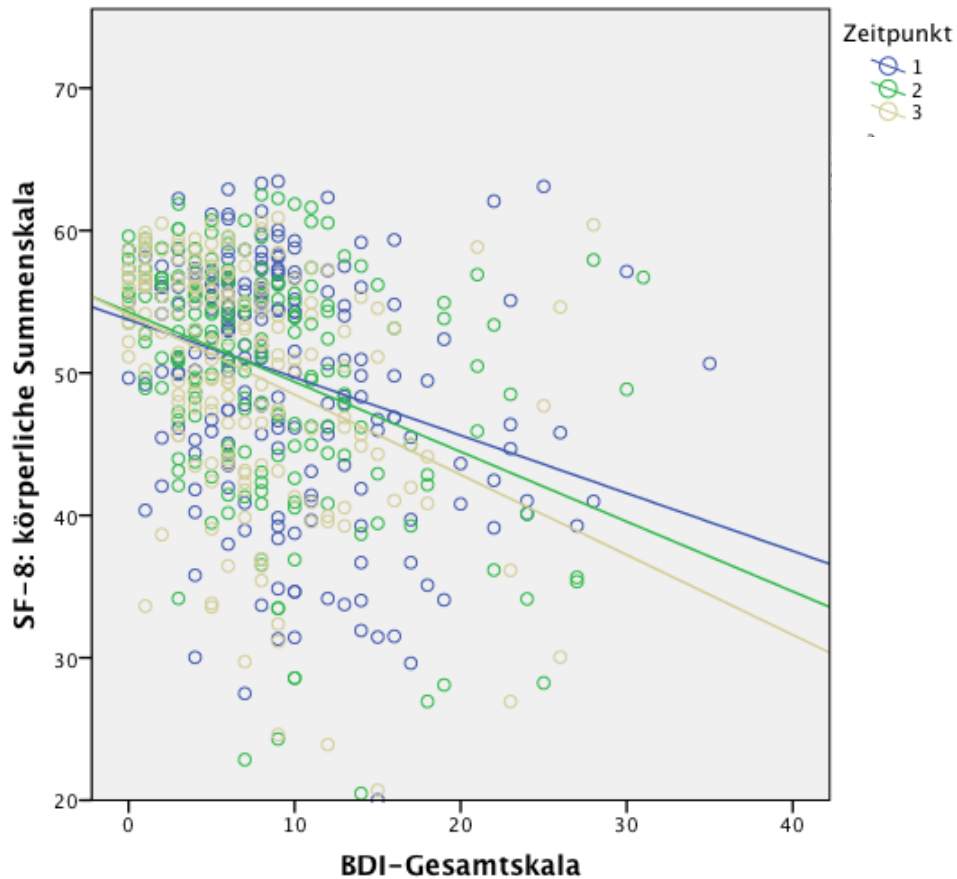


Abbildung 8: Wechselwirkung BDI, kLq und MZP

Die letzte Hypothese aus Kapitel 2.2. beschäftigt sich mit dem EMKK. Es wurde vermutet, dass die Erziehungseinstellungen von Müttern mit der körperlichen Lebensqualität signifikant assoziiert sind. Wie in der Tabelle 27 zu erkennen ist, kann diese Hypothese für die Konzepte 3 - 8 aufrechterhalten werden. Eine durch den EMKK besser eingestufte Erziehungseinstellung (das bedeutet kleinere Werte in den Konzepten 2 - 8) ist mit einer höheren körperlichen Lebensqualität assoziiert. Es ist hierbei anzumerken, dass die Steigungen nur sehr gering ausgeprägt sind und sich somit fast als Parallelen zur x-Achse darstellen.

Tabelle 27: EMKK und kLq

Faktor	Steigung	Signifikanzwert
1. Konzept Freude am Kind	-----	0,164
2. Konzept Rigidität	-----	0,202
3. Konzept Überforderung	-0,06	0,004
4. Konzept Tendenz zu Strafen	-0,07	0,004
5. Konzept niedrige Frustrationsschwelle	-0,0,7	0,002
6. Konzept Überfürsorge aus Angst	-0,10	< 0,001
7. Konzept Unglückliche Kindheit	-0,04	0,028
8. Konzept Depressivität	-0,11	< 0,001

Abschließend zu den Berechnungen der einzelnen Faktoren wurden auch hier alle aufgeführten signifikanten Faktoren mit der körperlichen Lebensqualität in ein gemeinsames linear gemischtes Model eingegeben. Dabei konnten durch schrittweisen Ausschluss nicht signifikanter Werte vier Faktoren identifiziert werden, mit deren Hilfe sich definitive Aussagen über die körperliche Lebensqualität treffen lassen. Es wäre zulässig, diese Faktoren als Risikofaktoren zu benennen. Das Abfragen der Konzepte „Überfürsorge aus Angst“ ($p = 0,038$) und „Depressivität“ ($p < 0,001$) des EMKK, das Erleben einer Frühgeburt ($p < 0,001$) und die Angabe des Vaters, inwiefern die Geburt eine belastende Erfahrung darstellte, reichen in dieser Studie aus, um die körperliche Lebensqualität zu bestimmen. Alle weiteren hier getesteten und zum Teil signifikanten psychosozialen Faktoren enthalten keine zusätzlichen Informationen über die körperliche Lebensqualität und bräuchten zur Einschätzung dieser nicht abgefragt werden. Dies gilt es in zukünftigen Studien zu überprüfen.

4.4. Ergebnisse zum PSI, BDI, EMKK

Die Ergebnisse zur dritten Hypothese (vgl. Kapitel 2.3.) werden in dem nun folgenden Kapitel vorgestellt. Um festzustellen, welchen Einfluss das Beratungsangebot auf die elterliche Belastung, gemessen mit dem PSI, auf das Vorhandensein elterlicher Depressionen, festgestellt mit dem BDI, und auf die elterlichen Erziehungseinstellungen, gemessen mit dem EMKK, haben, wurden diese Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben. Mit den ermittelten Werten wurden t-Tests bei verbundenen Stichproben durchgeführt und so untersucht, ob die Teilnahme am Beratungsangebot mit einer Änderung der PSI-, BDI- und/oder EMKK-Werte über den Zeitverlauf in positiver Richtung assoziiert ist.

4.4.1. t-Test Ergebnisse für den PSI-Fragebogen

Der PSI-Gesamtwert bildet sich aus den zwei Summenskalen. Die eine deckt den Elternbereich ab, die andere den Kindbereich. Sowohl für die PSI-Gesamtskala als auch für die zwei Summenskalen wurde untersucht, ob es im Verlauf der Studie signifikante Unterschiede gab. In Tabelle 28 sind die Ergebnisse für den PSI-Gesamtwert aufgelistet. Es ist zu erkennen, dass sich die Mittelwerte vom ersten und zweiten Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander unterscheiden. Beim Vergleich der Werte von MZP2 zu MZP3 und von MZP1 zu MZP3 sind die Mittelwerte signifikant unterschiedlich mit p-Werten von 0,006 und 0,014. Es ist außerdem festzustellen, dass die Mittelwerte kontinuierlich geringer werden, der Stress also sinkt. Zusammenfassend kann demzufolge gesagt werden, dass im Zeitverlauf signifikant niedrigere Werte im PSI-Gesamtwert auftreten, dies trifft allerdings nur im Vergleich zum MZP3 zu.

Tabelle 28: Ergebnisse t-Tests bei PSI-Gesamtwert

t-Test PSI-Gesamtwert MZP 1-3							
	df	Mittelwert	Standard- abweichung	95%- Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
MZP1- MZP2	101	32,80 31,94	7,32	-0,58	2,30	1,19	0,238
MZP2- MZP3	95	32,07 30,62	5,02	0,43	2,47	2,82	0,006
MZP1- MZP3	90	32,22 30,38	6,70	0,39	3,30	2,52	0,014

In der folgenden Tabelle 29 sind die Ergebnisse für die PSI-Summenskala des Kindbereichs dargestellt. Es ist zu erkennen, dass zu allen drei Messzeitpunktsvergleichen keine signifikanten Unterschiede vorliegen. Die Mittelwerte für die Summenskala des Kindbereichs ändern sich kaum. Die Eltern haben also vom Zeitpunkt vor der Beratung zum Zeitpunkt nach der Beratung keine signifikante Stressreduktion im Kindbereich. Demzufolge kann festgestellt werden, dass im Zeitverlauf der Evaluationsstudie keine Veränderung der Werte im Kindbereich der elterlichen Belastung ausgelöst wurden. Hier ist also keine Assoziation festzustellen und somit die Hypothese zu verwerfen.

Tabelle 29: Ergebnisse t-Tests bei PSI-Summenskala Kindbereich

t-Test PSI-Summenskala Kindbereich MZP 1-3							
	df	Mittelwert	Standard- abweichung	95%- Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
MZP1- MZP2	122	27,72 28,78	8,35	-2,54	0,44	-1,40	0,165
MZP2- MZP3	121	28,18 27,40	5,32	-0,18	1,73	1,62	0,109
MZP1- MZP3	111	27,30 27,54	8,24	-1,79	1,30	-0,32	0,752

Die PSI-Summenskala des Elternbereichs hingegen zeigt in allen Vergleichen der Mittelwerte signifikante Änderungen. Der Mittelwert vom MZP1 zum MZP2 sinkt um 2,78 Punkte, vom MZP2 zum MZP3 fällt der Wert nochmals um 1,4 Punkte. Man kann dementsprechend erkennen, dass im Zeitverlauf der Untersuchung positive Veränderungen der PSI-Werte entstanden. Dies deutet auf eine Assoziation zwischen stattgefunder Beratung und niedrigeren Stresswerten im Elternbereich hin.

Tabelle 30: Ergebnisse t-Tests bei PSI-Summenskala Elternbereich

t-Test PSI-Summenskala Elternbereich MZP 1-3							
	df	Mittelwert	Standard- abweichung	95%- Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
MZP1- MZP2	136	39,25 36,47	8,94	1,28	4,30	3,65	<0,001
MZP2- MZP3	121	35,43 34,03	6,73	0,20	2,61	2,31	0,023
MZP1- MZP3	114	38,63 34,29	0,88	2,60	6,08	4,94	<0,001

4.4.2. t-Test Ergebnisse für den BDI-Fragebogen

Durch das Beck-Depressions-Inventar wurde erfasst, in welchem Ausmaß die teilnehmenden Eltern Anzeichen für eine Depression aufwiesen. In Tabelle 31 sieht man die Ergebnisse der t-Tests zu den verschiedenen Messzeitpunkten. Es kann festgestellt werden, dass in allen drei Vergleichen der Mittelwert sinkt und dies signifikant ist. Dies bedeutet, dass von MZP1 zu MZP3 die Depressionsgrade der Eltern kontinuierlich gesunken sind. Man kann davon ausgehen, dass das Beratungsangebot mit dieser Verbesserung der Ergebnisse assoziiert ist.

Tabelle 31: Ergebnisse t-Tests beim BDI

t-Test BDI MZP 1-3							
	df	Mittelwert	Standard- abweichung	95%- Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
MZP1- MZP2	176	9,28 8,19	5,46	0,28	1,89	2,64	0,009
MZP2- MZP3	154	8,15 7,05	3,82	0,49	1,70	3,58	<0,001
MZP1- MZP3	144	9,26 7,19	4,88	1,27	2,87	5,11	<0,001

4.4.3. t-Tests Ergebnisse für den EMKK-Fragebogen

Der EMKK wurde zum MZP1 und MZP2 eingesetzt, wodurch diese Mittelwerte miteinander verglichen werden können. Die Tabelle 32 zeigt diese Vergleiche für die einzelnen acht Konzepte. Es ist zu erkennen, dass das Konzept (6) „Überfürsorge“ einen p-Wert von 0,001 aufweist. Daran erkennt man, dass die Mittelwerte sich signifikant voneinander unterscheiden. Die Tabelle zeigt, dass der Mittelwert zum MZP2 niedriger ist als zuvor. Konzept (8) „Depressivität“ zeigt ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen den zwei Messzeitpunkten. Auch hier ist der Mittelwert nach der Beratung signifikant niedriger. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass eine Assoziation zwischen Beratung in der Beratungsstelle und Verbesserung der EMKK-Werte besteht. Die Hypothese ist demnach weiterhin zu unterstützen.

Die Mittelwerte sind in allen Konzepten nach der Beratung niedriger als zuvor, wenn auch nicht signifikant in den Konzepten (2) „Rigidität“, (3) „Überforderung“, (5) „Niedrige Frustrationsschwelle“ und (7) „Unglückliche Kindheit“. In den Konzepten (1) „Freude am Kind“ und (4) „Tendenz zu Strafen“ sind die Mittelwerte nach der Beratung allerdings höher als zuvor, aber ebenfalls nicht signifikant. Es ist demzufolge festzustellen, dass die Beratung in dieser Studie keine Assoziation zu den Konzepten (1), (2), (3), (4), (5) und (7) aufweist und diese Hypothesen somit zu verwerfen sind.

Tabelle 32: Ergebnisse t-Tests beim EMKK

t-Test EMKK MZP 1-2							
Konzept	df	Mittelwert	Standardabweichung	95%-Konfidenzintervall		T	Signifikanz (2-seitig)
				untere	obere		
1	186	80,51 81,55	11,31	-2,67	0,59	-1,26	0,210
2	170	33,40 32,52	11,75	-0,90	2,65	0,98	0,330
3	182	29,17 27,38	13,84	-0,23	3,81	1,75	0,082
4	185	21,80 23,09	13,10	-3,18	0,61	-1,34	0,183
5	185	33,36 32,68	14,34	-1,39	2,76	0,65	0,514
6	182	29,57 26,62	11,79	1,23	4,66	3,38	0,001
7	182	31,27 30,90	13,21	-1,56	2,29	0,37	0,710
8	186	38,47 33,78	20,38	1,75	7,63	3,15	0,002

5. Diskussion

Nachdem im vorherigen Kapitel die Ergebnisse der Evaluationsstudie vorgestellt worden sind, sollen nun die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen diskutiert werden. Hierzu erfolgt jeweils eine kurze Zusammenfassung der Erkenntnisse. Daran schließt sich die Überprüfung der Hypothesen auf Grundlage der gewonnenen Ergebnisse an, ehe ein Bezug zum bisherigen Forschungsstand hergestellt wird. Darauf folgend sollen praktische Schlussfolgerungen zum untersuchten Thema aufgezeigt und Anregungen für weitere Forschungsthemen herausgearbeitet werden. Abschließend wird die Arbeit kritisch hinsichtlich der angewendeten Methoden reflektiert, ebenso werden Grenzen dieser Studie aufgezeigt.

5.1. Die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes des Vereins „Von Anfang an.“ ist im Zeitverlauf mit einer Änderung der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität assoziiert.

5.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem SF-8 ermittelt und teilt sich in eine Skala für die psychische und eine für die körperliche Lebensqualität auf. Es konnte festgestellt werden, dass die psychische Lebensqualität im Verlauf über die drei Messzeitpunkte kontinuierlich anstieg. Im Vergleich zum normbasierten Score von Beierlein (2009) zur psychischen Lebensqualität lagen die Werte in dieser Untersuchung zu allen drei MZP signifikant unter dem generierten Wert. Demzufolge weist die hier untersuchte Stichprobe eine verminderte psychische Lebensqualität auf. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass sich die psychische Lebensqualität der Eltern vom MZP2 zum MZP3 signifikant gesteigert hat. Dies ist auch vom MZP1 zum MZP3 der Fall. Allerdings konnte für den Vergleich vom MZP1 zum MZP2 keine signifikante Änderung gezeigt werden. Es wird eine Assoziation zwischen stattgefundenener Beratung bei „Von Anfang an.“ und der Verbesserung der psychischen Lebensqualität angenommen. Da vom MZP1 zum MZP2 keine signifikante Veränderung vorlag, ist zu vermuten, dass sich die Beratung erst über einen gewissen Zeitraum, hier drei Monate, und nicht sofort auf die psychische Lebensqualität auswirkte.

Auch bei der körperlichen Lebensqualität steigt der Mittelwert kontinuierlich über die drei MZP an. Allerdings ist hierbei zu bemerken, dass im Vergleich zur Bevölkerungsstichprobe, die Beierlein (2009) für die Generierung seiner normbasierten Werte heranzog, zum MZP1 und MZP2 in dieser Untersuchung keine

signifikanten Unterschiede festgestellt werden konnten. Zum MZP3 liegt der hier ermittelte Wert signifikant oberhalb des normbasierten Werts. Auch für den MZP1 und MZP2 liegen die Werte oberhalb des normbasierten Werts, allerdings unterhalb der Signifikanzgrenze. Im Vergleich der einzelnen MZP untereinander waren keine signifikanten Änderungen der körperlichen Lebensqualität nachweisbar. Es kann also festgestellt werden, dass das Beratungsangebot von „Von Anfang an.“ keinen starken Zusammenhang mit der körperlichen Lebensqualität hat. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Familien, die zur Beratungsstelle kamen, in erster Linie aufgrund ihrer psychischen Belastungen Hilfe suchten und nicht aufgrund körperlicher Beschwerden.

5.1.2. Interpretation der Ergebnisse zur Lebensqualität

Die Messungen zur Lebensqualität wurden zu drei verschiedenen MZP durchgeführt, um zu prüfen, inwieweit sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Eltern von vor zu nach Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes ändert. Wie aus Kapitel 5.1.1. ersichtlich ist, hat sich die psychische Lebensqualität der Befragten in positiver Richtung verändert. Die befragten Eltern waren in ihrer Lebenssituation belasteter als der Durchschnitt der Bevölkerung.

Es existieren bisher keine Studien über die Lebensqualität in der frühen Elternschaft, die hier zum Vergleich hätten herangezogen werden können. Es kann angenommen werden, dass die Beratungsstelle „Von Anfang an.“ das Ziel Früher Hilfen erreicht hat und die Lebenssituation und so die Verbesserung der Lebensqualität der Eltern nach Inanspruchnahme des Angebots miteinander assoziiert sind. Allerdings ist zu sagen, dass diese Studie nicht randomisiert war und auch keine Kontrollgruppe vorhanden war und somit keine Kausalschlussfolgerungen möglich sind. Viele Eltern gaben zu Beginn der Messungen an, Fütterungsprobleme oder Probleme mit häufigem Weinen der Kinder zu haben. Laut Frese und Walter (2005) sollen Frühe Hilfen über die Versorgung und die Pflege von kleinen Kindern aufklären. Ob diese Probleme effektiv beseitigt werden konnte, ist in der Studie nicht erfragt worden, allerdings zeigt die gesteigerte Lebensqualität der Eltern, dass sich das Wohlbefinden gebessert hat, was möglicherweise durch eine Problembeseitigung unterstützt wurde. Studien auf Grundlage von Modelprojekten zu Frühen Hilfen konnten erste Erfolge im Sinne eines Nutzens von Beratungsangeboten zeigen (Renner & Heimeshoff 2010). Dies erscheint auch in dieser Evaluationsstudie für die psychische Lebensqualität zutreffend.

Frühe Hilfen entstanden in den 1980er Jahren in erster Linie als Einrichtungen für Eltern und Kinder mit psychischen Problemen (Suess et al. 2010). Die Beratungsstellen und ähnliche Einrichtungen helfen den Eltern durch Empfehlungen und erörtern Maßnahmen für den Umgang mit dem Kind. Es werden keine Medikamente oder Interventionen angeboten, die den körperlichen Zustand oder bestehende somatische Erkrankungen der Eltern verändern könnten. Somit ist es verständlich, dass dieser Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht von solch einer Beratung profitieren kann. Es liegen bei den Eltern bereits vor Beratungsbeginn keine körperlichen Beeinträchtigungen vor (zum MZP1 liegt bereits die gleiche körperliche Lebensqualität vor wie im Bundesdurchschnitt), die sich verändern könnten.

5.2. Psychosoziale Faktoren sind mit der psychischen und/oder körperlichen Lebensqualität der Eltern in negativer bzw. positiver Weise assoziiert.

5.2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den korrelierenden psychosozialen Faktoren

Aufgrund der in Kapitel 3.1.1. genannten Ein- und Ausschlusskriterien ergaben sich insgesamt 24 mögliche Faktoren, die auf ihren Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität untersucht wurden. Begonnen wird hier mit der Darstellung der Zusammenhänge der psychosozialen Faktoren mit der psychischen Lebensqualität.

Wenn seelische oder soziale Belastungen während der Schwangerschaft in den Familien auftraten, ging dies mit einer signifikant schlechteren Lebensqualität als beim Nichtauftreten dieser Probleme einher. Auch medizinische Komplikationen während der Schwangerschaft führten in der vorliegenden Stichprobe zu einer signifikant schlechteren Lebensqualität. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass solche Belastungen, gerade in einer sowieso schon aufregenden Zeit wie der Schwangerschaft, das Leben stark beeinflussen und so auch Auswirkungen auf die Psyche der Mütter und Väter besitzen.

Beschrieb die Mutter die Geburt als belastende Erfahrung, so hatte dies auch einen Einfluss auf ihre Lebensqualität. Diese war signifikant schlechter als bei Müttern, welche die Geburt nicht als belastend einstufen. Diese Mütter hatten offenbar einen schlechteren Start in die neue Phase ihres Lebens als jene Mütter, die keine Belastung in der Geburt sahen. Das Partnerschaftserleben nach der Geburt des Kindes konnte von beiden Elternteilen als *verbessert*, *verschlechtert* oder

unverändert angegeben werden. Hierbei zeigte sich, dass Elternteile, welche die Antwortmöglichkeit *verschlechtert* angaben, eine signifikant niedrigere Lebensqualität hatten als Elternteile, die ihr Partnerschaftserleben mit der Antwortmöglichkeit *verbessert* beschrieben. Die neue Situation mit dem Kind geht hier mit einer Verschlechterung der Partnerschaft einher. Die elterliche Belastung bzw. elterlicher Stress konnte als signifikanter Faktor bestätigt werden. Es zeigte sich, dass bei allen drei Skalen hohe Werte in der Lebensqualität mit niedrigen Stresswerten einhergingen. Eltern, die hohe Werte im BDI aufwiesen, hatten niedrigere Lebensqualitätswerte als Eltern mit geringer oder keiner Depression. Vermehrter elterlicher Stress belastet offenbar das neue System Familie und die Zeit der frühen Elternschaft, auch eine Depression bei einem oder beiden Elternteilen erschwert die neue Situation stark. Für den EMKK konnte gezeigt werden, dass die Konzepte 1 und 3-8 signifikant mit der psychischen Lebensqualität zusammenhängen.

Bei den Zusammenhängen mit der psychischen Lebensqualität ergaben sich zwei Wechselwirkungen zwischen einzelnen Faktoren und MZP. Väter, welche die Geburt ihres Kindes als belastend empfanden, hatten zum MZP1 eine niedrigere Lebensqualität als Väter, die keine Belastung in der Geburt sahen. Dies änderte sich allerdings zum MZP3. Dort hatten die Väter, die eine Belastung empfanden, die höchste Lebensqualität. Dies ist möglicherweise mit der zwischenzeitlich stattgefundenen Beratung assoziiert, indem bei diesen Vätern diese Belastung minimiert und so die Lebensqualität gesteigert werden konnte. Eine weitere Wechselwirkung ergab sich beim Vorhandensein einer ernsten oder häufigen Erkrankung beim Kind. Zum MZP1 und MZP3 hatten Eltern, die dies angaben, eine schlechtere Lebensqualität als Eltern, die dies nicht angaben. Zum MZP2 war diese Konstellation umgekehrt. Möglicherweise waren die Eltern durch die Beratung kurzfristig entlastet worden, was zu einer Steigerung ihrer Lebensqualität führte.

Bei der körperlichen Lebensqualität fällt auf, dass die oben genannten Faktoren auch hier von Bedeutung zu sein scheinen. Das Vorhandensein von seelischen und sozialen Belastungen in der Schwangerschaft geht mit niedrigeren Werten in der Lebensqualität einher. Eltern, die angaben, bereits eine Frühgeburt erlebt zu haben, hatten eine signifikant niedrigere Lebensqualität als Eltern, die keine Erfahrung hinsichtlich einer Frühgeburt hatten. Eine positive Medikamentenanamnese in der Schwangerschaft geht mit einer niedrigeren körperlichen Lebensqualität einher, wobei auch hier zur Kausalität keine Aussagen möglich sind. Sowohl Mütter als auch

Väter, die die Geburt als belastend empfanden, zeigen signifikant niedrigere Lebensqualitätswerte als Elternteile, bei denen dies nicht der Fall war. Die Geburt als eine anstrengende und kräftezehrende Aufgabe (vgl. auch Kapitel 1.2.), kann somit eventuell einen Einfluss auf die körperliche Lebensqualitätsentwicklung der Eltern haben. Alle Skalen der elterlichen Belastung und auch die Gesamtskala des Depressionsgrades zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit der körperlichen Lebensqualität. Hierbei gehen niedrige Werte in der Lebensqualität mit hohen Werten im Stresserleben und im Depressionsgrad einher.

Für die Erziehungseinstellungen der Mütter zeigten sich signifikante Zusammenhänge. So gehen eine geringe Überforderung, wenig Tendenz zu Strafen, eine hohe Frustrationsschwelle, wenig Überfürsorge aus Angst, eine eigene glückliche Kindheit und das Nichtvorhandensein einer Depression mit hohen Werten in der körperlichen Lebensqualität einher.

Wechselwirkungen für die körperliche Lebensqualität im Zeitverlauf zeigten, dass mit steigendem Alter des Vaters bei Beratungsbeginn zum MZP1 und zum MZP3 auch die Lebensqualität der Väter stieg, wohingegen zum MZP2 ein junges Alter des Vaters mit hohen Lebensqualitätswerten einherging. Es ist zu vermuten, dass gerade junge Väter sich durch die neue Situation belasteter fühlten und somit in ihrer körperlichen Lebensqualität eingeschränkter waren, und damit umso stärker von der Beratung profitieren konnten. Dieser Effekt war allerdings nur direkt nach der Beratung zu sehen und verschwand im Verlauf wieder. Auch für den psychosozialen Faktor Frühgeburt ergab sich eine Wechselwirkung. Zwar war zu jedem MZP die Richtung des Zusammenhanges gleich, dennoch war dieser zum MZP3 größer als zum MZP1. Für die Gesamtskala des PSI und die des BDI zeigte sich auch, dass hohe Stress- und/oder Depressionswerte jeweils mit einer niedrigeren Lebensqualität einhergingen. Jedoch waren die Steigungen zu den MZP verschieden. So fiel die Gerade zum MZP3 stärker als zum MZP2 und diese wieder stärker als zum MZP1. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass durch die Beratung generell die Lebensqualitätswerte anstiegen und somit zum MZP3 höhere Werte vorlagen.

Für die psychische sowie für die körperliche Lebensqualität erwiesen sich jeweils neun von 24 getesteten Faktoren als relevant. Für diese Faktoren wurde im Anschluss an alle Berechnungen ein linear gemischtes Model angewandt, um zu prüfen, welche Faktoren die Lebensqualität hinreichend bestimmen. Für die psychische Lebensqualität ergaben sich vier Faktoren (BDI, EMKK Konzept 7, EMKK

Konzept 8, medizinische Komplikationen in der Schwangerschaft). Auch für die körperliche Lebensqualität konnten vier Faktoren (EMKK 6, EMKK 8, Frühgeburt, Geburt als belastende Erfahrung für Vater) identifiziert werden, die eine hohe Varianz der Lebensqualität aufklären. Es wäre wünschenswert, in nachfolgenden Studien zu überprüfen, ob sich diese Erkenntnisse replizieren lassen. Dadurch könnte auf umfangreiche Fragebögen verzichtet und explizit diese Risikofaktoren erhoben werden, um so belastete Familien schnell aus einem großen Kollektiv herauszufiltern.

5.2.2. Interpretation der Ergebnisse zu den psychosozialen Faktoren

Die zweite Hypothese prüfte, welche Faktoren mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert sind. Es konnten insgesamt neun Faktoren für die psychische und neun für die körperliche Lebensqualität identifiziert werden (vgl. Kapitel 5.2.1.).

In der Literatur wird von verschiedenen Belastungen in der frühen Elternschaft berichtet (vgl. Kapitel 1.2.3.). In der vorliegenden Evaluationsstudie konnten diese Belastungen bestätigt werden. So schilderten Schneewind et al. bereits 1996, dass die wirtschaftliche Situation eines Paares sich durch ein Kind verschlechtern kann. Diese Verschlechterung wird als soziale Belastung angesehen und beeinflusst laut Schneewind et al. (1996) die frühe Elternschaft maßgeblich. Ist die frühe Elternschaft belastet, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Lebensqualität der Eltern beeinflusst wird. Diese Untersuchung stützt die Annahme, denn es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang des Faktors „soziale Belastungen“ mit der psychischen und körperlichen Lebensqualität. Schneider und Rost (1999) thematisieren, dass eine Entscheidung für ein Kind gleichzeitig auch Auswirkungen auf die Paarbeziehung haben kann und auch Mix (2011) zeigt auf, dass durch die vermehrte Zeit, die das Neugeborene beansprucht, weniger Zeit für den Partner vorhanden ist. Dies kann dazu führen, dass das Partnerschaftserleben der Eltern sich verschlechtert und dass diese Belastung der frühen Elternschaft Auswirkungen auf die psychische Lebensqualität hat. Ein weiterer Punkt dieser Untersuchung, der sich mit bereits bestehenden Untersuchungen deckt, ist die Rolle von Depressionen in Bezug auf die frühe Elternschaft. So liegt laut Hofecker-Fallahpour et al. (2003) die Depressionsrate in der frühen Mutterschaft bei zehn bis 15 Prozent. Es zeigte sich hier, dass Mütter, die erhöhte Werte im Depressionsindex hatten, ebenso eine niedrigere psychische und körperliche Lebensqualität hatten. Es wird deutlich, dass diese Belastung der frühen Elternschaft auch eine Assoziation zur Lebensqualität hat.

Die in Kapitel 5.2.1. dargelegten Wechselwirkungen können nicht auf Grundlage von vorhandener Literatur bewertet werden, da es bisher dazu keine Forschung gibt. Daher kann hier nur vermutet werden, dass es sich um Effekte der stattgefundenen Beratung nach MZP1 handelt. Beispielhaft soll hier die Wechselwirkung zwischen MZP, dem Faktor „Geburt als belastende Erfahrung für den Vater“ und psychischer Lebensqualität interpretiert werden. Wie bereits in Kapitel 5.2.1. dargelegt, sollen Frühe Hilfen, wie die Beratungsstelle „Von Anfang an.“ sie anbietet, durch präventive und entwicklungsfördernde Beratungsansätze bei Problemen helfen, welche die frühe Elternschaft mit sich bringt. So scheinen die Väter, welche die Geburt als sehr belastend ansahen, durch die Beratung in ihrer psychischen Lebensqualität besonders profitiert zu haben. Zum MZP1 hatten im Vergleich untereinander die belasteten Väter noch die schlechteste Lebensqualität, zum MZP3 die beste. Es kann also festgestellt werden, dass sich die Lebenssituation dieser Väter verbessert hat und somit ein Ziel der Frühen Hilfen erreicht werden konnte (vgl. NZFH 2009).

5.3. Die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes des Vereins „Von Anfang an.“ ist im Zeitverlauf mit einer Änderung der PSI-, der BDI- und/oder der EMKK-Werte über die Messzeitpunkte in positiver Richtung assoziiert.

5.3.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Stresserleben, zum Depressionsgrad und zu den Erziehungseinstellungen

Um Aussagen über das Stresserleben, den Depressionsgrad und die Erziehungseinstellungen über die Zeit tätigen zu können, wurden Fragebögen für die MZP1, 2 und 3 erhoben. Für die Erziehungseinstellungen liegen Daten zum MZP1 und MZP2 vor.

Das Stresserleben der Eltern wurde durch drei verschiedenen Skalen dargestellt. Für die Gesamtskala zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen MZP2 und MZP3 und auch zwischen MZP1 und MZP3. Es konnte festgestellt werden, dass die Werte in der elterlichen Belastung bzw. im Stresserleben zum MZP3 signifikant niedriger, also besser, waren. Es scheint, als hätte die Beratung keinen sofortigen Effekt erzielen können, da im Vergleich von MZP1 zu MZP2 keine Signifikanz entstand. Für die Kindskala des PSI ist in keinem Vergleich ein signifikantes Ergebnis entstanden. Demzufolge hatte die Beratung von „Von Anfang an.“ in diesem Fall vermutlich keinen relevanten Einfluss. Das könnte damit zusammenhängen, dass durch die Beratung nicht das Kind und seine Eigenheiten verändert wurden. Stattdessen erhielten die Eltern Beratungen und Hinweise, mit diesen Eigenschaften anders

umzugehen. Für die Elternskala des PSI konnte in allen drei Zeitvergleichen festgestellt werden, dass die Werte zu den späteren MZP signifikant besser wurden. Hier zeigte bereits die Beratung beim Vergleich MZP1 zu MZP2 Erfolge, diese hielten auch bis zum MZP3 an. Der elterliche Stress hat sich demnach signifikant gesenkt, was, so die Vermutung, mit der Beratung zu assoziieren ist. Abgesichert werden konnte diese Aussage nicht, da in dieser Untersuchung keine Kontrollgruppe zum Vergleich zur Verfügung stand. Die Hypothese ist für die Gesamtskala und die Elternskala des PSI zu unterstützen.

Für den BDI sind die Ergebnisse ähnlich ausgefallen. Die Depressionsrate innerhalb der untersuchten Stichprobe war zum MZP2 signifikant niedriger als zum MZP1 und zum MZP3 signifikant niedriger als zum MZP2. Somit fällt auch der Vergleich von MZP1 zu MZP3 signifikant aus. Die Beratung, die nach dem MZP1 stattfand, scheint hier einen Einfluss auf die Depressionen der Eltern genommen zu haben. So hatten signifikant weniger Eltern eine Depression nach der Beratung. Es wird vermutet, dass diese Senkung mit der Arbeit der Beratungsstelle zusammenhängt. Aus diesem Grund kann auch diese Hypothese weiterhin unterstützt werden.

Der EMKK setzt sich aus acht Konzepten zusammen. Diese Konzepte stehen alle für sich und bilden keine Gesamtskala. Der EMKK wurde zum MZP1 und zum MZP2 abgefragt, weshalb für diese beiden MZP Ergebnisse vorliegen. Insgesamt zeigten sich bei zwei von acht Konzepten signifikante Unterschiede zu den verschiedenen MZP. In der Erziehungseinstellung „Überfürsorge aus Angst“ zeigte sich zum MZP2 ein niedrigerer Wert als zum MZP1, was eine verbesserte Erziehungseinstellung bedeutet. Dies steht vermutlich mit der stattgefundenen Beratung im Zusammenhang, durch die die Eltern in ihrer Einstellung sensibilisiert wurden und so Ängste abgebaut werden konnten. Auch das Konzept „Depressivität“ zeigte zum MZP2 bessere Werte als zum MZP1. Es wird auch hier von einer Assoziation zwischen der Beratung und der Verbesserung der Erziehungseinstellung ausgegangen. Eine Aufrechterhaltung der Hypothese ist somit auch in diesem Fall sinnvoll.

5.3.2. Interpretation der Ergebnisse zum Stresserleben, zum Depressionsgrad und zu den Erziehungseinstellungen

Nicht nur die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde über die drei MZP betrachtet, sondern auch das Stresserleben, der Depressionsgrad und die Erziehungseinstellungen der Eltern wurden zu den verschiedenen MZP abgefragt,

wodurch Veränderungen über die Zeit aufgezeigt werden konnten. Aufgrund fehlender Forschung und Literatur zum Einfluss Früher Hilfen und der hier fehlenden Kontrollgruppe kann nur angenommen werden, dass es sich um Einflüsse des Beratungsangebots handelt.

Es wird hier davon ausgegangen, dass durch eine Reduzierung des elterlichen Stressniveaus und des Depressionsgrades eine Verbesserung der Lebenssituation zu erwarten ist. Schließlich konnte bereits in Kapitel 4.3. gezeigt werden, dass sowohl der elterliche Stress als auch der Grad der Depression bei den Eltern Faktoren sind, die mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert sind. Ist die bestehende Lebenssituation der Eltern die Grundlage für die Lebensqualität, so lässt sich feststellen, dass eine Beratung von „Von Anfang an.“ das Ziel Früher Hilfen erfüllt und die Lebenssituation durch eine Beratung verbessert wird.

Für die Erziehungseinstellungen konnten Vergleiche von MZP1 zu MZP2 erstellt werden. Es zeigte sich in zwei von acht Konzepten eine signifikante Veränderung. Für das achte Konzept „Depressivität“ gilt inhaltlich das Gleiche wie für den Depressionsgrad (ermittelt mit dem BDI). Es wurde sozusagen durch zwei verschiedene Fragebögen erhoben und wies beide Male Veränderungen nach der Beratung auf. Für das Konzept sechs „Überfürsorge aus Angst“ konnte ebenso eine positive Veränderung dokumentiert werden. Es wird hier davon ausgegangen, dass eine Beratung dazu beitragen konnte, dass sehr ängstliche Eltern diese Angst abbauen konnten und so die Entwicklung des Kindes ungestörter verlief. Die Lebenssituation der Familien wurde beruhigt und so verbessert. Da es keine Messungen der Erziehungseinstellungen zum MZP3 gab, kann hier keine Aussage zu Langzeitwirkungen getätigt werden. Andere Konzepte wiesen keine Veränderung durch die Beratung auf. Möglicherweise konnte hier kein sofortiger signifikanter Effekt erzielt werden. Es ist an den berechneten Werten eine Tendenz zu erkennen, die eine Verbesserung der Erziehungseinstellungen vermuten lässt, diese verläuft allerdings unterhalb der Signifikanzgrenze.

5.4. Reflexion der Methodik und Grenzen der Arbeit

Nachdem hier umfassend die Ergebnisse der Arbeit und ihre Interpretation dargestellt wurden, sollen nun Aspekte der eingesetzten Methodik kritisch reflektiert und Verbesserungsmöglichkeiten für zukünftige Untersuchungen aufgezeigt werden.

Bis auf einen Fragebogen wurden alle Messinstrumente zu allen drei Zeitpunkten eingesetzt. Der EMKK wurde allerdings nur für den MZP1 und den MZP2 in das Fragebogenpaket integriert. So war es in der Auswertung nicht möglich, Erkenntnisse hinsichtlich der Langzeitwirkung der Beratung des Vereins „Von Anfang an.“ zu gewinnen. Es konnten hier nur die sofortigen Effekte aufgezeigt werden. Für zukünftige Untersuchungen wäre es wünschenswert, diesen Fragebogen auch zum MZP3 einzusetzen, um so herauszufinden, ob ein Beratungsangebot auch auf längere Zeit Erfolge aufweist.

Für die verschiedenen MZP waren vor Beginn der Untersuchung Zeitabstände im Studiendesign definiert worden. So sollte der MZP1 vor der ersten Beratung in der Beratungsstelle liegen. Der MZP2 sollte sich direkt an den Abschluss der Beratung anschließen und zum letzten MZP sollten die Daten drei Monate nach Abschluss der Beratung erhoben werden. Hier kam es in der organisatorischen Umsetzung zu einigen Unregelmäßigkeiten, hauptsächlich im Bereich des MZP2 und des MZP3. So lagen im Endeffekt in der Auswertung Bögen von Familien vor, die das Fragebogenpaket von MZP2 und MZP3 gleichzeitig ausfüllten. Diese Familien mussten nachträglich aus vorhandenen Berechnungen herausgenommen werden, da so keine Veränderungen vom MZP2 zum MZP3 feststellbar waren. Es wäre hier wünschenswert, in späteren Untersuchungen darauf zu achten, dass die Fragebögen zum MZP3 erst losgeschickt werden, wenn die Daten vom vorherigen MZP vorliegen. Durch dieses Verfahren könnten mehr Fälle in die Berechnungen einfließen.

In dieser Evaluationsstudie wurden alle eingeschlossenen Fälle gleich behandelt. Das bedeutet, dass alle Familien eine Beratung bei „Von Anfang an.“ erhielten. Ein methodisch sehr interessanter Aspekt wäre es, wenn eine Kontrollgruppe zum Vergleich vorgelegen hätte. So hätten nicht nur Assoziationen zwischen Beratung und Veränderung der Outcome-Größen hergestellt werden können, sondern es wäre möglicherweise ein signifikanter Unterschied zwischen beratenen und nicht beratenen Eltern sichtbar geworden. Hierzu muss bemerkt werden, dass es kompliziert ist, solch eine Kontrollgruppe zu rekrutieren. Schließlich kamen die Eltern freiwillig in die Beratungsstelle und erhofften sich Hilfe bei ihren Problemen. Hier wäre es ethisch nicht vertretbar, keine Intervention bei der etwaigen Kontrollgruppe vorzunehmen. Für zukünftige Projekte wäre es vielleicht vorstellbar, dass es verschiedene Beratungsangebote gibt, auf die die Eltern zufällig aufgeteilt werden, so dass diese jeweils auf ihre Effektivität beurteilt werden können.

Nachdem nun die Methodik kritisch reflektiert wurde, soll nun folgend auf die Grenzen dieser Arbeit eingegangen werden.

Grundsätzlich kann in dieser Untersuchung von einer sehr selektiven Stichprobe gesprochen werden. Die Familien haben alle freiwillig nach Hilfe für ihre Probleme gesucht. Es kann also eine hohe Selbstreflexion der Betroffenen angenommen werden und eine hohe Bereitschaft zu Veränderungen der aktuellen Situation. Es wäre interessant zu sehen, wie die Ergebnisse ausfallen würden, wenn man beispielsweise einer Zufallsstichprobe (generiert durch Melderegister, Stiltreffs o.ä.) eine Beratung vorschlagen würde. So hätte man eine breitere Fächerung der eingeschlossenen Fälle. Auch umfasst diese Stichprobe zu größten Teilen nur Eltern aus den Stadtteilen Winterhude und Eppendorf. Diese Stadtteile gelten als bürgerlich und wohlhabend. Dies zeigt auch die durchgeführte Stichprobencharakteristik, in der auffällt, dass das Familiennettoeinkommen oberhalb des Durchschnitts¹³ liegt und auch andere sozioökonomische Faktoren, wie der Schulabschluss¹⁴, als überdurchschnittlich angesehen werden können. Es wäre hier für zukünftige Untersuchungen interessant herauszufinden, wie sich solche Stichproben von anderen unterscheiden. Um beim Beispiel von Hamburg zu bleiben, wäre es hier möglich, Stadtteile wie Mümmelmannsberg oder Wilhelmsburg als weitere Stichproben aufzunehmen, um diese dann miteinander zu vergleichen. Es kann vermutet werden, dass es in diesen Stadtteilen mit eher geringerem sozioökonomischen Status ganz andere Problemfelder zu beachten gibt. Auch könnte hier die Überlegung fortgesetzt werden und z.B. Großstadt- mit Daten aus ländlichen Gegenden verglichen werden, um so einen umfassenden Blick auf die Lebensqualität dieser verschiedenen Elterngruppen zu erhalten. Möglicherweise fänden sich in diesen anderen Stichproben auch weitere psychosoziale Faktoren oder aber es stellte sich heraus, dass die hier detektierten Faktoren auf verschiedenste Bevölkerungsgruppen zutreffen. Solche Projekte wären weitaus umfangreicher, was den organisatorischen Aufwand angeht und zudem müsste sichergestellt werden, dass dann in allen Beratungsstellen das identische Setting und die gleichen Methoden angewandt würden. Dies böte Stoff für weitere Arbeiten und

¹³ Das Nettoeinkommen deutscher Haushalte liegt bei 2706 € (Spiegel Online 2009).

¹⁴ Im Bundesdurchschnitt besitzen 26,6 % eine Fachhochschul- oder Hochschulreife (Statistisches Bundesamt 2012).

könnte dazu beitragen, die Lebensqualitätsforschung in der frühen Elternschaft voranzubringen.

5.5. Praktische Schlussfolgerungen

Auf Grundlage der getätigten Diskussion dieser Arbeit sollen nun Schlussfolgerungen für die Beratungsstelle „Von Anfang an.“ gezogen werden. Es ist hier wichtig zu sagen, dass es keine Kontrollgruppe in dieser Untersuchung gab. Auch wurde diese Studie nicht randomisiert durchgeführt, weshalb es nicht zulässig ist, Kausalnachweise zu erstellen. Bei allen hier aufgeführten Ergebnissen wird eine Assoziation zwischen Beratung und Lebensqualitätsänderung vermutet, beweisen konnte man dies in dieser Studie nicht. Demzufolge können für die Beratungsstelle keine evidenzbasierten Schlussfolgerungen getroffen werden, sondern nur mögliche Assoziationen aufgezeigt werden, die es in Folgestudien zu beweisen oder zu bestätigen gilt.

Auffällig war, dass sich die psychische Lebensqualität von MZP1 zu MZP3 kontinuierlich gesteigert hat, auch konnten die Depressionsrate und der elterliche Stress über die MZP reduziert werden, genauso wie sich Verbesserungen in einigen Erziehungseinstellungen zeigten. Es ist durchaus möglich, dass diese Veränderungen durch die Beratung nach MZP1 eingetreten sind. Von einer Assoziation dieser beiden Aspekte wird hier ausgegangen. Es erscheint möglich, dass Beratungsstellen wie „Von Anfang an.“, solche Veränderungen durch Beratungen und Hilfestellungen ermöglichen können. In jedem Fall ist es wünschenswert, dass solche Beratungsstellen weiter ausgebaut werden, um möglichst vielen Eltern mit Problemen gerade in der schwierigen Phase der frühen Elternschaft zu helfen.

Die positiven Veränderungen der Lebensqualität wirken sich vermutlich nicht nur auf die Eltern aus, sondern auch auf das gesamte Familiensystem. Es ist möglich, dass dadurch die Eltern-Kind-Bindung nachhaltig positiv verbessert werden konnte.

Die Beratungsstelle, die sich selbstständig an die Universität Hamburg gewandt hat, um ihre Beratung evaluieren zu lassen, sollte dies auch in Zukunft in regelmäßigen Abständen zur Qualitätssicherung der eigenen Arbeit anstreben. So könnte sich die Beratungsstelle weiterentwickeln und ihr Angebot ausbauen.

Es wäre eine mögliche Überlegung, eine solche Beratung allen Familien mit einem Kind zwischen null und drei Jahren zu empfehlen. Hier stößt man momentan allerdings noch an die Grenzen der umsetzbaren Möglichkeiten. Die Beratungsstelle in Winterhude finanziert sich über Spendengelder und geringe Unkostenbeiträge der Ratsuchenden. Möchte man aber alle Familien erreichen, steht man vor finanziellen und auch logistischen Problemen. Ein flächendeckendes Netz aus Beratungsstellen, welche sich um Eltern mit kleinen Kindern kümmern, und die staatlich unterstützt werden, wäre ein wünschenswertes Ziel für die Zukunft.

6. Zusammenfassung

Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde zum Anfang der 1980er Jahre in die Medizin eingeführt (Bullinger 2000b). Die Erfassung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten ist inzwischen in vielen Gebieten der medizinischen Forschung und Praxis etabliert. Allerdings liegen bisher so gut wie keine Daten für die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der frühen Elternschaft vor.

Die vorliegende Arbeit ging der Frage nach, inwiefern Belastungen in der frühen Elternschaft mit der Lebensqualität der jungen Eltern zusammenhängen und wie sich im Verlauf der Inanspruchnahme eines Beratungsprogrammes aus dem Bereich der Frühen Hilfen die Lebensqualität, der elterliche Stress, der Depressionsgrad und die Erziehungseinstellungen verändern. Dazu wurden im Jahr 2011 250 ratsuchende Eltern einer Beratungsstelle in Hamburg Winterhude gebeten, an einer Evaluationsstudie teilzunehmen. Die Eltern erhielten zu drei MZP - vor der Beratung, nach Abschluss der Beratung und drei Monate nach Abschluss der Beratung, jeweils einen Fragebogen mit standardisierten Messinstrumenten und freien Fragen zugesandt, die sie ausgefüllt an die Universität Hamburg zurücksandten. Die eingegebenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS über Häufigkeitsanalysen, t-Tests und Berechnungen mithilfe eines linear gemischten Modells ausgewertet. Es zeigte sich, bezüglich der Hypothesen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die Subskala der psychischen Lebensqualität eine Assoziation zwischen der Steigerung der Lebensqualität von vor zu nach stattgefunder Beratung. Diese Assoziation bestand auch noch drei Monate nach Abschluss der Beratung. Für den Bereich der körperlichen Lebensqualität musste die Hypothese verworfen werden. Des Weiteren konnten in dieser Untersuchung psychosoziale Faktoren identifiziert werden, die mit der Lebensqualität in Zusammenhang standen. Die letzte Hypothese konnte dahingehend unterstützt werden, dass die Beratung von „Von Anfang an.“ auch drei Monate nach Beratungsabschluss mit einer Reduktion der elterlichen Stressbelastung und des Depressionsgrads verbunden war. Auch haben sich einige Konzepte der Erziehungseinstellungen im Vergleich von vor zu nach der Beratung positiv verändert. Aufgrund des Studiendesigns mit fehlender Kontrollgruppe und Randomisation konnten die Veränderungen nicht auf das Beratungsprogramm zurückgeführt werden.

Anzunehmen ist, dass sich durch die Stressreduktion, die verminderte Depressivität und die Steigerung der Erziehungskompetenz die Lebenssituation und die Lebensqualität der Eltern verbessert hat. Ob diese Verbesserungen, die ein grundlegendes Ziel Früher Hilfen darstellen, mit der Beratung assoziiert sind, muss in künftigen Studien untersucht werden,

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, weitere Studien zur Lebensqualität in der frühen Elternschaft durchzuführen und dabei größere und heterogenere Stichproben einzubeziehen. Frühe Hilfen entwickeln sich in Deutschland seit einigen Jahren umfassend weiter. Es wäre sehr sinnvoll, diese verschiedenen Konzepte Früher Hilfen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit mithilfe angemessener Studiendesigns zu evaluieren. Es bietet sich hier an, in weiterführenden Untersuchungen den Nutzen Früher Hilfen mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung in der frühen Elternschaft zu verbinden. Mit steigender Verunsicherung im Umgang mit dem eigenen Kind steigt die Nachfrage nach professioneller Hilfe an. Um diese Nachfrage kompetent zu erfüllen, ist eine Evaluation und darauffolgend eine Qualitätssicherung Früher Hilfen in regelmäßigen Abständen unabdingbar.

7. Abkürzungsverzeichnis

BDI =	Beck-Depressions-Inventar
bzgl. =	bezüglich
bzw. =	beziehungsweise
ca. =	circa
df =	Freiheitsgrade
d.h. =	das heißt
Dipl. med. =	Diplom Mediziner
Dr. phil. =	Doktor der Philosophie
EDV =	elektronische Datenverarbeitung
EMKK =	Erziehungseinstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter
et al. =	et alii/aliae/alia = und andere
etc. =	et cetera = und die übrigen Dinge
€ =	Euro
IBM =	Internationale Business Machines Corporation
kLq =	körperliche Lebensqualität
M =	Normwert
MZP =	Messzeitpunkt/Messzeitpunkte
n =	Anzahl
NZFH =	Nationales Zentrum Früher Hilfen
o.ä. =	oder ähnliche
p =	Signifikanzwert
pLq =	psychische Lebensqualität
Prof. =	Professor
PSI =	Parenting-Stress-Index
PubMed =	Suchsystem für medizinische Veröffentlichungen
S. =	Seite
SAFE® =	Sichere Ausbildung für Eltern
SF-36 =	Short Form 36 Gesundheitsfragebogen
SF-8 =	Short Form 8 Gesundheitsfragebogen
SPSS =	Statistical Package for the Social Science
SSW =	Schwangerschaftswoche
T =	T-Statistik bezieht sich auf die t-Verteilung der Stichprobe

USA = United States of America
vgl. = vergleiche
WHO = World Health Organization
z.B. = zum Beispiel
z.T. = zum Teil

8. Literaturverzeichnis

Abidin R. R. (1995) Parenting Stress Index. Professional Manual. 3. Auflage, Psychological Assessment Resources, USA.

Beck A. T., Steer R.A. (1987) Beck Depression Inventory (BDI). Manual. The Psychological Corporation Inc, San Antonio.

Beierlein V. (2009) Generierung und Validierung deutscher normbasierter Scores für die Short-Form Health Surveys SF-36v2 und SF-8 und deren Normierung für Deutschland. Diplomarbeit Universität Hamburg.

Beierlein V. et al. (2012) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Deutsche Normdaten aus einer repräsentativen schriftlichen Befragung. Diagnostica 58, Heft 3: 145-153.

Bertelsmann Stiftung (2010) Umfrage zu wichtigen Faktoren für die Lebensqualität. Was ist Ihnen für Ihre Lebensqualität wichtig? <<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/163877/umfrage/umfrage-wichtige-faktoren-fuer-die-lebensqualitaet/>>(letzter Zugriff 07.07.2013).

Bortz J., Schuster C. (2010) Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7. Auflage, Springer-Verlag, Berlin & Heidelberg.

Brisch K. H. Safe – Sichere Ausbildung für Eltern. < <http://www.safe-programm.de/fuer-traumatherapeuten.html>>(letzter Zugriff 07.07.2013).

Bullinger M. (2000a) Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36- Health Survey – Recording of the health – related quality of life using the SF-36 Health Survey. Bundesgesundheitsblatt Jg. 43, Heft 3: 190-197.

Bullinger M. (2000b) Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer U., Cieza A. (Hrsg.) Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte □ Methoden □ Anwendung. Ecomed Verlagsgesellschaft, S. 13-24.

Bullinger M., Brütt A. L. (2009) Lebensqualität und Förderung der Lebensqualität. In: Linden M, Weig W (Hrsg.) Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, S. 17-29.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2012) Durchschnittliches Alter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder in Deutschland, West- und Ostdeutschland, 1960 bis 2010. <http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/06/Abbildungen/a_06_16_durchschnittl_alter_muetter_geburt_d_w_o_1960_2010.html;jsessionid=ED34CAFC985D8A8C3D2AB8D8F240571B.2_cid284?nn=3071458> (letzter Zugriff: 07.07.2013).

Diekmann A. (2009) Empirische Sozialforschung. Grundlagen. Methoden. Anwendungen. Rowohlt-Verlag, Hamburg.

Duller C. (2006) Einführung in die Statistik mit EXCEL und SPSS. Ein anwendungsorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. Physica-Verlag, Heidelberg.

Engfer A. (1984) Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die DFG. Institut für Psychologie Universität Hamburg.

Friese M., Walter M. (2005) Pilotprojekt Evaluation der Frühberatungsstelle Bremen Hemelingen. Zielgruppen, Angebote, Leistungen. Abschlussbericht. Universität Bremen.

Gloger-Tippelt G. (1988) Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderung der Eltern. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Hautzinger M. (1994) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Hofecker-Fallahpour M. et al. (2003) Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. Nervenarzt 74: 767-774.

Huschka D., Wagner G. G. (2010) Sind Indikatoren zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit als politische Zielgrößen sinnvoll? In: SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research 275, DIW, Berlin.

Huwiler K. (1995) Herausforderung Mutterschaft. Eine Studie über das Zusammenspiel von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Lengning A., Zimmermann P. (2009) Material zu Frühen Hilfen. Expertise. (Hrsg. NZFH) Auflage 1.2,5.06.09, Lübbeke/Naumann/Thoben, Köln.

Mix S. (2011) Der Übergang zur Elternschaft – Wenn aus Paaren Eltern werden. Studienarbeit. 1. Auflage, Grin Verlag, Norderstedt.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013) Was sind frühe Hilfen? <<http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/?L=0>>(letzter Zugriff 07.07.2013).

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010a) Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Auflage 1.10.07.10, Lübbeke/Naumann/Thoben, Köln.

Quitmann J. (2012) Von Anfang an – modelhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühinterventionsprojektes. Abschlussbericht Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Renneberg B., Lippke S. (2005) Lebensqualität. In: Renneberg B, Hammelstein P. (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Springer Medizin Verlag, S. 29-33.

Renner I., Heimershoff V. (2010) Modelprojekt in den Ländern – Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Sann A. (2011) Qualitätsmerkmale Früher Hilfen. Entwicklungen auf Bundesebene. Abschlussstagung des Landesprojektes „Netzwerke für Kinderschutz – Pro Kind Sachsen“.

<http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Sann_Qualitaetsmerkmale_Frueher_Hilfen.pdf> (letzter Zugriff: 07.07.2013).

Schneewind K. A. et al. (1996) Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Schneider N. F., Rost H. (1999) Soziologische Aspekte des Übergangs zur Elternschaft. In: Reichle B., Werneck H. (Hrsg.) Übergang zur Elternschaft: Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Enke Verlag, S. 19-23.

Schnürch H.-G. (1995) Lebensqualität – Versuch einer Begriffsdefinition. In: Hepp H, Berg D, Hasbargen U (Hrsg.) Gynäkologie und Geburtshilfe 1994. Springer-Verlag, S. 257-264.

Schumacher J. et al. (2003) Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher J. et al. (Hrsg.) Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe Verlag, S. 9-23.

Spiegel Online (2009) Nettoeinkommen und verfügbares Nettoeinkommen privater Haushalte nach sozialer Stellung in Euro. <<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/5742/umfrage/nettoeinkommen-und-verfuegbares-nettoeinkommen/>> (letzter Zugriff: 07.07.2013).

Statistisches Bundesamt (2012) Bildungsstand: Verteilung der Bevölkerung in Deutschland nach höchstem Schulabschluss (Stand 2011). <<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1988/umfrage/bildungsabschluesse-in-deutschland/>> (letzte Zugriff: 07.07.2013).

Suess G.J. et al. (2010) Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP- Praxisforschungsprojekt „WiEge“. Bundesgesundheitsblatt 53: 1143-1149.

Töpfer K. (2010) Endlich wieder Liebe nach der Geburt des Kindes. <<http://www.baby-und-familie.de/Partnerschaft/Endlich-wieder-Liebe-nach-der-Geburt-des-Kindes-57268.html>> (letzter Zugriff: 07.07.2013).

Tröster H. (2011) Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Von Anfang an e.V. < <http://www.vonanfang.eu/start/>> (letzter Zugriff 07.07.2013).

Wasem J., Hessel F. (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsökonomie. In: Ravens-Sieberer U., Cieza A. (Hrsg.) Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte □ Methoden □ Anwendung. Ecomed Verlagsgesellschaft, S. 319-335.

9. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1: Alter des Kindes zum MZP1

Tabelle 2: Monatliches Familiennettoeinkommen

Tabelle 3: Alter der Eltern zur Geburt des Kindes

Tabelle 4: Alter der Eltern zu MZP1

Tabelle 5: Geburt als belastende Erfahrung

Tabelle 6: Mittelwerte der psychischen Lebensqualität

Tabelle 7: Vergleich Studienergebnisse psychische Lebensqualität zu Normwert

Tabelle 8: Ergebnisse t-Tests bei psychischer Lebensqualität

Tabelle 9: Mittelwerte der körperlichen Lebensqualität

Tabelle 10: Vergleich Studienergebnisse körperliche Lebensqualität zu Normwert

Tabelle 11: Ergebnisse t-Tests bei körperlicher Lebensqualität

Tabelle 12: Seelische Belastungen während Schwangerschaft und pLq

Tabelle 13: Soziale Belastungen während Schwangerschaft und pLq

Tabelle 14: Medizinische Komplikationen während Schwangerschaft und pLq

Tabelle 15: Geburt belastende Erfahrung für Mutter und pLq

Tabelle 16: Partnerschaftserleben Mutter und pLq

Tabelle 17: Partnerschaftserleben Vater und pLq

Tabelle 18: PSI und pLq

Tabelle 19: Erziehungseinstellungen und pLq

Tabelle 20: Frühgeburt und kLq

Tabelle 21: Seelische Belastungen während Schwangerschaft und kLq

Tabelle 22: Soziale Belastungen während Schwangerschaft und kLq

Tabelle 23: Medikamenteneinnahme in Schwangerschaft und kLq

Tabelle 24: Geburt als belastende Erfahrung für Mutter und kLq

Tabelle 25: Geburt als belastende Erfahrung für Vater und kLq

Tabelle 26: PSI und kLq

Tabelle 27: EMKK und kLq

Tabelle 28: Ergebnisse t-Tests bei PSI-Gesamtwert

Tabelle 29: Ergebnisse t-Tests bei PSI-Summenskala Kindbereich

Tabelle 30: Ergebnisse t-Tests bei PSI-Summenskala Elternbereich

Tabelle 31: Ergebnisse t-Tests beim BDI

Tabelle 32: Ergebnisse t-Tests beim EMKK

Abbildungen:

Abbildung 1: Drop-Out-Raten

Abbildung 2: Darstellung verschiedener Steigungsarten

Abbildung 3: Vorstellungsgrund in Beratungsstelle

Abbildung 4: Wechselwirkung zwischen Geburt als Belastung für Vater, pLq und MZP

Abbildung 5: BDI-Summenwert und psychische Lebensqualität

Abbildung 6: Wechselwirkung Alter des Vaters bei Beratungsbeginn, kLq und MZP

Abbildung 7: Wechselwirkung PSI-Gesamtskala, kLq und MZP

Abbildung 8: Wechselwirkung BDI, kLq und MZP

10. Anhang

Alle nun folgenden Fragebögen sind lizenziert und dürfen aufgrund des Copyrights nicht ohne Zustimmung des Eigentümers genutzt werden.



**„Von Anfang an.“
– modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen
Frühinterventionsprojektes**

Von Anfang an.
Erste Hilfe und Beratung
für Eltern mit Kindern
von **null bis drei Jahren.**
Dorotheenstraße 103, 22501 Hamburg
Tel. (040) 27 88 08 86
www.vonanfangan.eu

Fragebogenheft I
prospektive Befragung (MZP 1)

Datum: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Vorname: _____ ID: _____

Liebe Mutter, lieber Vater, liebe Familie,

Im Folgenden finden Sie einige Fragen, die Sie und Ihr Kind betreffen.
Auf Grund Ihrer Antworten können wir einschätzen, wie hilfreich die Beratung für Sie
ist und was noch verbessert werden kann.
Zur Beantwortung der Fragen noch ein paar Hinweise...

- ✓ Die meisten Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage nur eine Antwort an.
- ✓ Einige wenige Fragen erfordern eine Beantwortung in eigenen Worten. Hier reichen kurze Stichworte.
- ✓ Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es gibt nur Ihre Meinung und die ist für uns wichtig.
- ✓ Antworten Sie bitte offen und ehrlich; so, wie es für Sie bzw. Ihr Kind tatsächlich gilt. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.
- ✓ Vielleicht passen einige Fragen nicht besonders gut auf Sie bzw. Ihr Kind. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten auf Sie bzw. Ihr Kind zutrifft.
- ✓ Bitte füllen Sie dieses Fragebogenheft vollständig aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Wer beantwortet diesen Fragebogen?

15

- Mutter
- Vater
- Mutter und Vater gemeinsam
- andere (bitte eintragen): _____

Wie sind Sie auf „Von Anfang an.“ aufmerksam geworden?

- durch den Frauenarzt: _____
- durch den Kinderarzt: _____
- durch die Hebamme: _____
- durch andere, welche: _____

Welche Angebote von „Von Anfang an.“ nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

- Beratung
- Baby-Eltern-Treff
- Babymassage-Kurs
- spezielle Kurse (z.B. Eltern werden Großeltern, Spiele auf der Haut, etc.)
- offener Still-Treff
- SAFE- Kurs
- sonstiges, welches: _____

Allgemeine Angaben zum Kind und zu Eltern

1. **Name des Kindes** Vorname: _____ Nachname: _____
2. **Geburtsdatum des Kindes** _____ / _____ / _____ (Tag/Monat/Jahr)
3. **Geschlecht des Kindes** männlich weiblich
4. **Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr Kind?**
 deutsch andere (bitte eintragen): _____
5. **Mit wem lebt das Kind zusammen?**

<input type="radio"/> mit der leiblichen Mutter	<input type="radio"/> mit dem leiblichen Vater
<input type="radio"/> mit der Stiefmutter	<input type="radio"/> mit dem Stiefvater
<input type="radio"/> mit der Adoptivmutter	<input type="radio"/> mit dem Adoptivvater
<input type="radio"/> mit der Pflegemutter	<input type="radio"/> mit dem Pflegevater
<input type="radio"/> mit der Großmutter	<input type="radio"/> mit dem Großvater
<input type="radio"/> mit einer andere Verwandten oder sonstigen „Ersatzmutter“	<input type="radio"/> mit einem anderen Verwandten oder sonstigen „Ersatzvater“
<input type="radio"/> ohne weibliche Bezugsperson	<input type="radio"/> ohne männliche Bezugsperson
6. **Name:** _____ (Mutter) _____ (Vater)
7. **Vorname:** _____
8. **Geburtsdatum:** _____ / _____ / _____
9. **Staatsangehörigkeit:** deutsch deutsch
 andere: _____ andere: _____

¹⁵ Bei den folgenden 107 Fragen handelt es sich um die sogenannte Basisdokumentation.

Schulbildung und Berufstätigkeit der Eltern

10. Was ist der höchste Schulabschluss der Mutter/Ersatzmutter des Kindes?

- Kein Schulabschluss
- Sonderschule abgeschlossen
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Abitur
- (Fach)Hochschule / Universität
- andere: _____
- unbekannt:

Was ist der höchste Schulabschluss des Vaters/Ersatzvaters des Kindes?

- Kein Schulabschluss
- Sonderschule abgeschlossen
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Abitur
- (Fach)Hochschule / Universität
- andere: _____
- unbekannt:

11. Wie ist die Mutter/Ersatzmutter derzeit tätig?

- erwerbsunfähig
- voll erwerbstätig
- teilzeitbeschäftigt
- geringfügig beschäftigt, Mini-Job
- gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt
- in beruflicher Ausbildung/Lehre bzw. Umschulung
- im Studium
- arbeitslos
- Rentnerin ohne Nebenverdienst
- im Haushalt tätig/Elternzeit
- andere: _____

Wie ist der Vater/Ersatzvater derzeit tätig?

- erwerbsunfähig
- voll erwerbstätig
- teilzeitbeschäftigt
- geringfügig beschäftigt, Mini-Job
- gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt
- in beruflicher Ausbildung/Lehre bzw. Umschulung
- im Studium
- Arbeitslos
- Rentner ohne Nebenverdienst
- im Haushalt tätig/Elternzeit
- andere: _____

Wohnverhältnisse

12. **Leben die leiblichen Eltern des Kindes?**

- beide leben
- Vater gestorben
- nicht bekannt, ob Vater lebt
- Mutter gestorben
- nicht bekannt, ob Mutter lebt
- unbekannt hinsichtlich beider Eltern

13. **Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:**

- leben zusammen
- leben getrennt
- sind geschieden
- sind durch Tod getrennt
- haben nie zusammengelebt
- anderer: _____

14. **Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen (netto) aller Haushaltsmitglieder nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben (einschließlich Elterngeld und Kindergeld)?**

- unter 500 €
- bis 750 €
- 1000 € bis unter 1250 €
- 1250 € bis unter 1500 €
- 1500 € bis unter 1750 €
- 1750 € bis unter 2000 €
- 2000 € bis unter 2250 €
- 2250 € bis unter 2500 €
- 2500 € bis unter 3000 €
- 3000 € bis unter 4000 €
- 4000 € bis unter 5000 €
- 5000 € und mehr

15. **Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?**
 _____ (Anzahl der Personen)
16. **Wie viele leibliche Geschwister hat das Kind?** _____ unbekannt
17. **Wie viele Halbgeschwister hat das Kind?** _____ unbekannt
18. **Mit wie vielen anderen Kindern (d.h. Personen unter 18 Jahren) lebt dieses Kind zusammen?** _____ unbekannt
19. **Wie ist die Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe?**
 Einzelkind
 jüngstes Kind
 mittleres Kind
 ältestes Kind
 andere: _____
20. **Ist Ihr Kind ein Zwilling / Mehrling?** Nein Ja Unbekannt

Erkrankungen in der Familie

- | | Mutter | Vater | Angehörige (bei wem, z.B. Großeltern) |
|--|---------------|--------------|--|
| 21. Körperliche Erkrankungen (welche)? | _____ | _____ | _____ |
| 22. Seelische Erkrankungen (welche)? | _____ | _____ | _____ |
| 23. Wann ist die seelische Erkrankung das erste Mal aufgetreten (Jahr)? | _____ | _____ | _____ |

Fragen zur Herkunftsfamilie der Eltern

- | | Mutter | Vater |
|---|---|---|
| 24. Haben Sie Geschwister? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wie viele: _____ | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wie viele: _____ |
| 25. In welchem Land sind Sie aufgewachsen? | _____ | _____ |

Bei wem sind Sie bis zum 18. Lebensjahr aufgewachsen?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| 26. Eltern | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 27. Mutter | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 28. Vater | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 29. Stiefmutter/Stiefvater | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 30. Großeltern/Verwandte | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 31. Adoptiv-/Pflegefamilie | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 32. Heim | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |

33. **Sonstige (bitte angeben):** von _____ bis _____ von _____ bis _____
34. **Lebten Ihre Eltern zusammen** Nein Ja Nein Ja
35. **Wer war für Sie die wichtigste Bezugsperson?** _____

Vorangegangene Schwangerschaften und Geburten

36. **Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit**
 Nein Ja, wie lange: _____
37. **War ein Kind ein Frühgeborenes?**
 Nein Ja, Geburt in welcher Schwangerschaftswoche: _____
38. **Hatten Sie Fehlgeburten?**
 Nein Ja, wann: _____ (Jahr)
in welcher Schwangerschaftswoche: _____
39. **Ist ein Kind gestorben?**
 Nein Ja, wann: _____ (Jahr)
woher: _____
40. **Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?**
 Nein Ja, wann: _____ (Jahr)

Schwangerschaft und Geburt mit dem vorgestellten Kind

41. **Bestand die Partnerschaft vor der Geburt länger als 6 Monate?**
 Nein Ja
42. **War die Schwangerschaft geplant?**
 Nein Ja
43. **War das Kind erwünscht?**
 Nein Ja
44. **Bestanden während der Schwangerschaft Belastungen oder Komplikationen?**
- | | | |
|--|----------------------------|---|
| Seelische Belastungen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, welche: _____ |
| Soziale Belastungen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, welche: _____ |
| Medizinische Komplikationen
(z.B. Blutungen, Erbrechen, übermäßige Übelkeit, etc.) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja, welche: _____ |
-
42. **Mussten Sie im Krankenhaus behandelt werden?**
 Nein Ja, wie lange: _____

43. **Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?**
 Nein Ja, welche: _____
44. **Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?**
 Nein Ja
45. **Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?**
 Nein Ja
46. **Wurde das Kind zum errechneten Termin geboren?**
 Nein Ja, wann: _____
47. **In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?**
 Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche
47. **Wo fand die Entbindung statt?**
 im Krankenhaus zu Hause woanders: _____
- Entbindung:**
48. **Ohne Eingriff (spontan)** Nein Ja
49. **Mit Zange** Nein Ja
50. **Mit Saugglocke** Nein Ja
51. **Geplanter Kaiserschnitt** Nein Ja
52. **Ungeplanter Kaiserschnitt** Nein Ja
53. **Gab es Komplikationen bei der Geburt?**
 Nein Ja, welche: _____
54. **War die Geburt eine belastende Erfahrung?**
 Mutter: Nein Ja, ein wenig Ja, sehr
 Vater: Nein Ja, ein wenig Ja, sehr
55. **Geburtsgewicht:** _____ g
56. **Geburtslänge:** _____ cm
57. **Kopfumfang:** _____ cm
58. **Lag Ihr Kind im Brutkasten?** Nein Ja, wie lange: _____
59. **Wurde Ihr Kind innerhalb der ersten Lebenswochen in die Kinderklinik verlegt?**
 Nein Ja, warum: _____
60. **Wurde Ihr Kind beatmet?** Nein Ja, wie lange: _____
61. **Wurde Ihr Kind mit einer Sonde ernährt?** Nein Ja, wie lange: _____
62. **Wurde Ihr Kind wegen einer Gelbsucht behandelt?** Nein Ja
63. **War Ihr Kind in den ersten 4 bis 6 Wochen?**
 besonders ruhig besonders unruhig besonders empfindlich
64. **Wurde Ihr Kind gestillt?** Nein Ja, wie lange: _____
65. **War die Stillzeit eine belastende Erfahrung?** Nein Ja, warum: _____
66. **Traten Ernährungsstörungen auf (Kind trank schlecht, erbrach, etc.)?**
 Nein Ja welche: _____

Entwicklung des Kindes

In welchem Alter begann Ihr Kind ...

Alter in
Monaten

67. ... bei Zuwendung zu lächeln?
... nach Gegenständen zu greifen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
68. _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
69. ... sich vom Rücken auf den Bauch
zu drehen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
70. ... zu krabbeln? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
71. ... frei zu sitzen?
... sich mit Festhalten hinzustellen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
72. _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
73. ... frei zu laufen?
... Angst oder Abwehr vor
unbekannten Personen zu zeigen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
74. ... mehrere aneinander gereihte
Silben zu sprechen („dadada“)? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
75. ... Silben in bestimmten
Bedeutungen zu verwenden (erste
sinnvolle Worte)? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
76. _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
77. ... mit dem Löffel zu essen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
78. ... feste Nahrung zu kauen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu
79. ... trotziges Verhalten zu zeigen? _____ weiß ich nicht trifft noch nicht zu

Halten Sie Ihr Kind für altersgerecht entwickelt?

80. ... in körperlicher Hinsicht? Ja Nein unsicher
81. ... in geistiger Hinsicht? Ja Nein unsicher
82. ... in seinem Beziehungsverhalten? Ja Nein unsicher

Betreuung des Kindes

83. Wer versorgt das Kind vorwiegend bisher (in den ersten Lebensjahren)?

84. Wurde Ihr Kind bisher regelmäßig von anderen Personen als Ihnen betreut?

- Nein Ja, seit dem _____ Lebensmonat

85. Art der Betreuung Ihres Kindes?

- Privat Tagesmutter Kinderkrippe Kindergarten sonstiges: _____

86. Häufigkeit der Betreuung Ihres Kindes?

- 1 – 3 mal pro Woche 4- 5 mal pro Woche sonstiges: _____

87. Dauer der Betreuung Ihres Kindes?

- stundenweise halbtags ganztags sonstiges: _____

88. **Gab es einen Wechsel in der Betreuung?**
 Nein Ja, seit dem _____ Lebensmonat
89. **Wie zufrieden sind Sie damit?**
 gar nicht zufrieden weniger zufrieden sehr zufrieden
90. **Gab es eine Trennung der Eltern?**
 Nein, bitte weiter mit Frage 95 Ja
91. **Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der Trennung?**
 _____ Jahre/Monate
92. **Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil?**
 kein Kontakt regelmäßig unregelmäßig häufig eher selten
93. **Wie zufrieden sind Sie damit?**
 gar nicht zufrieden weniger zufrieden sehr zufrieden
94. **Aktuelle wichtige Lebensereignisse** (Mehrfachnennungen möglich):
 Verlust eines Familienangehörigen
 Verlust der Arbeitsstelle
 Verschuldung
 plötzlicher Wohnungsverlust
 andere: _____

Aktuelle Vorstellung

95. **Grund der Vorstellung – Eltern**

96. **Grund der Vorstellung - Kind** (Mehrfachnennungen möglich):
 häufiges und dauerhaftes Weinen vermehrtes Trotzverhalten,
 Ein- und Durchschlafstörungen Schreianfälle, aggressives Verhalten
 Ess- und Fütterprobleme Fragen zur kindlichen Entwicklung
 vermehrte Ängstlichkeit, Fragen zum Umgang mit dem Kind
 Trennungsangst, anklammerndes Fragen zur Sauberkeitserziehung
 Verhalten Fragen zur Tagesbetreuung
 sonstiges: _____
97. **Wann haben diese Schwierigkeiten begonnen?** _____
98. **Haben Sie Ihr Kind wegen dieser Probleme schon woanders vorgestellt?**
 Nein Ja, wann: _____
 Bei wem: _____
99. **Erhält Ihr Kind derzeit eine Behandlung** (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, etc.)?
 Nein Ja, welche: _____
 weswegen: _____

100. **Erhält Ihr Kind Medikamente?**

- Nein Ja, welche: _____
Dosierung: _____

101. **War Ihr Kind bisher ernsthaft / häufig krank?**

- Nein Ja, Art der Erkrankung: _____
Häufigkeit der Erkrankung: _____
Dauer der Erkrankung: _____
Alter des Kindes bei der Erkrankung: _____ (in Monaten)

102. **Bestehen Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

- Nein Ja, weswegen: _____

103. **Hatte Ihr Kind Klinikaufenthalte?**

- Nein Ja, weswegen: _____
Häufigkeit: einmal zweimal dreimal und mehr
Dauer des Aufenthaltes: _____ (in Tagen)

104. **Sind Sie derzeit in Behandlung?**

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|----------------------------|
| Mutter | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Vater | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|---------------|--------------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|----------------------------|

Welche Art der Behandlung?

Beim wem findet die Behandlung statt?

105. **Nehmen Sie Medikamente ein?**

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|

Welche?

Dosierung?

106. **Haben Sie Unterstützung im Haushalt?**

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|

Durch wen?

Wie viele Stunden wöchentlich?

107. **Wie erleben Sie Ihre Partnerschaft seit der Geburt?**

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> unverändert | <input type="radio"/> verbessert | <input type="radio"/> unverändert | <input type="radio"/> verbessert |
| <input type="radio"/> verschlechtert | <input type="radio"/> verschlechtert | <input type="radio"/> verschlechtert | <input type="radio"/> verschlechtert |

In welcher Art und Weise?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wie bitten Sie, bei den folgenden Sätzen jeweils anzugeben, wie sehr sie mit Ihrem eigenen Gefühl übereinstimmen. Wenn Sie nicht genau die Antwort finden, die zu Ihrem Empfinden passt, geben Sie bitte die an, die ihm am nächsten kommt. Ihre erste Reaktion auf jede Frage sollte auch jeweils Ihr Urteil sein.

Diese Aussage ...	Trifft voll- kommen zu	Trifft eher zu	Nicht sicher	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
1. Mein Kind beschäftigt sich häufig länger als 10 Minuten mit einem Spiel oder einem Spielzeug.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Seit das Kind da ist, schlafe ich viel schlechter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mein Kind hat mehr Schwierigkeiten als andere Kinder, sich zu konzentrieren und aufzupassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mein Kind reagiert sehr empfindlich auf laute Geräusche und helles Licht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mein Kind ist wesentlich aktiver als andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mein Kind hat mehr Schwierigkeiten als andere Kinder, sich an Veränderungen im Tagesablauf oder in der häuslichen Umgebung anzupassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mein Kind schreit und strampelt sehr stark, wenn es angezogen oder gebadet wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mein Kind gibt mir oft das Gefühl, dass es mich mag und gerne in meiner Nähe ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Einige Dinge in meinem Leben bedrücken mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mein Kind lächelt mich seltener an als ich es mir wünschen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich kenne viele Menschen, die mir Rat geben oder mir helfen können, wenn Probleme bei der Erziehung meines Kindes auftreten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Beim Spielen lacht oder kichert mein Kind selten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe nicht mehr so viel Energie, Dinge zu tun, die mir früher Spaß gemacht haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Mein Kind wacht meistens mit schlechter Laune auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich bin meistens erfolgreich, wenn ich möchte, dass mein Kind etwas tut oder unterlässt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Es bedrückt mich zuweilen, dass mein Kind anders aussieht als andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wenn mein Kind aufgeregt ist, ist es schwer zu beruhigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Wenn mein Kind etwas haben möchte, lässt es sich nicht davon abbringen und versucht immer wieder, es doch zu bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Es dauert manchmal lange, bis Eltern ein Gefühl der Nähe und Wärme zu ihrem Kind entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mein Kind macht einige Dinge, die mir nicht gefallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Mein Kind ist anstrengend, weil es sehr aktiv ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Für mein Kind ist es ein Problem, bei einem Babysitter, bei Freunden oder Verwandten zu bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. An ein neues Spielzeug muss mein Kind sich erst längere Zeit gewöhnen, bevor es damit spielt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Mein Kind lässt sich leicht ablenken, wenn es etwas will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Es bedrückt mich, dass ich nicht immer so warme Gefühle für mein Kind habe, wie es mir wünschen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Mit der Erziehung und Pflege meines Kindes komme ich gut klar und fühle mich auch ziemlich sicher dabei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage ...

		Trifft voll- kommen zu	Trifft eher zu	Nicht sicher	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
27.	Es gibt einige Verhaltensweisen an meinem Kind (z.B. Trödeln, Trotz, Quengeln, nicht gehorchen, Schlagen, Schreien, Jammern, etc.), die mich stören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Mein Kind reagiert sehr heftig, wenn etwas passiert, das es nicht mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Mein Kind fühlt sich in Gegenwart von Fremden nicht sehr wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Es ist schwieriger für mein Kind zu sorgen als für andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Mein Kind spielt nur selten mit mir spielen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Nach der Geburt hatte ich Zweifel, ob ich die Aufgaben als Mutter/Vater bewältigen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Manchmal bin ich darüber enttäuscht, dass mein Kind Dinge vergessen hat, die es schon einmal gelernt hatte, und dass es Verhaltensweisen zeigt, die typisch für kleinere Kinder sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Es fällt meinem Kind sehr schwer und es braucht sehr lange, sich an neue Dinge zu gewöhnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Ich bin gerne Mutter oder Vater.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Ich finde, mein Kind ist sehr launisch und leicht erregbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Mein Kind dazu zu bringen, etwas zu tun oder zu lassen, ist nicht schwierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Ich fühle mich durch die Verantwortung als Mutter/Vater manchmal eingeengt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Ich kann Entscheidungen häufig nicht ohne fremde Hilfe treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Mein Kind tut einige Dinge, die mich stark fordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Mein Kind macht selten etwas für mich, das mir gut tut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Wenn ich wütend auf mein Kind bin, fühle ich mich schuldig, und das bedrückt mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Nach der Geburt meines Kindes fühlte ich mich nicht in der Lage, mich so um mein Kind zu kümmern wie ich es mir vorgestellt hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Je größer und selbstständiger mein Kind wird, um so öfter bin ich besorgt, dass es in Schwierigkeiten gerät oder sich verletzen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.	Seit das Kind da ist, habe ich das Gefühl, nicht mehr das tun zu können, was mit Spaß macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Wenn mein Kind sich schlecht benimmt oder zu viel Quatsch macht, denke ich, dass ich etwas falsch mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Ich habe nicht mehr so viel Interesse an andern Menschen wie früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Mein Kind stellt mehr Anforderungen an mich als andere Kinder an ihre Eltern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Körperlich fühle ich mich meistens wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	Seit das Kind da ist, verbringen mein Partner/meine Partnerin und ich nicht so viel Zeit gemeinsam wie ich mir wünsche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Ich habe oft das Gefühl, dass die Bedürfnisse meines Kindes mein Leben bestimmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass mein Kind nicht so oft lächelt wie andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage ...

		Trifft voll- kommen zu	Trifft eher zu	Nicht sicher	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
53.	Seit ich das Kind habe, habe ich viel weniger Gelegenheiten, meine Freunde oder Freundinnen zu treffen oder neue Freundschaften zu schließen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Ich habe häufig das Gefühl, dass ich nicht sehr gut mit den Dingen zurechtkomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.	Es ist schwerer als ich dachte, mein Kind an einen Schlaf- und Essrhythmus zu gewöhnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	Wenn ich etwas für mein Kind tue, dann habe ich manchmal das Gefühl, dass es meine Anstrengungen gar nicht recht anerkennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	Es fällt mir manchmal schwer, herauszufinden, was mein Kind braucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Im Vergleich zu anderen Kindern ist mein Kind sehr problematisch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	Manchmal bin ich darüber enttäuscht, dass mein Kind nicht so viele Dinge kann wie andere Kinder seines Alters.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	Mir scheint, mein Kind quengelt fast immer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	Manchmal tut mein Kind Dinge, nur um mich zu ärgern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62.	Mein Kind hat mehr gesundheitliche Probleme als andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63.	Als ich jünger war, fühlte ich mich nicht zu Kindern hingezogen und habe deshalb auch jetzt das Gefühl, mich nicht sehr gut in mein Kind einfühlen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64.	Bei uns zu Hause gibt es kaum Platz, an dem ich für mich alleine sein kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65.	Mutter/Vater zu sein ist schwerer als ich dachte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66.	Jedes mal, wenn mein Kind etwas verkehrt macht, habe ich das Gefühl, es ist eigentlich meine Schuld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67.	Ich gebe mehr von meinem eigenen Leben auf, um den Bedürfnissen meines Kindes gerecht zu werden, als ich mir vorgestellt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68.	Ich habe oft das Gefühl, dass andere Menschen meines Alters meine Gesellschaft nicht besonders mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69.	Ich bin manchmal enttäuscht, wenn mein Kind nicht gerne mit mir schmust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70.	Kinder zu haben ist viel kostspieliger, als ich dachte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71.	Seit das Kind da ist, habe ich kaum Zeit für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72.	Durch das Kind sind mehr Probleme in meiner Partnerschaft entstanden, als ich gedacht hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73.	Seit das Kind da ist, habe ich weniger Interesse an Sex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74.	Wenn ich darüber nachdenke, was für eine Mutter/ein Vater ich bin, fühle ich mich manchmal schuldig oder schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.	Ich bin unzufrieden mit dem letzten Kleidungsstück, das ich für mich gekauft habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76.	Mein Kind ist mit seinen Gedanken häufig nicht bei der Sache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77.	Seit das Kind da ist, hat mein Partner/meine Partnerin mir nicht so viel Hilfe und Unterstützung gegeben, wie ich erwartet hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78.	Ich habe manchmal ein schlechtes Gewissen wegen der Gefühle, die ich meinem Kind gegenüber habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage ...

		Trifft voll- kommen zu	Trifft eher zu	Nicht sicher	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
79.	Die meiste Zeit meines Lebens verbringe ich damit, Dinge für mein Kind zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80.	Als ich mit dem Baby nach der Entbindung aus der Klinik kam, fühlte ich mich deprimiert und traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81.	Bei der Erziehung meines Kindes habe ich viel mehr Probleme als ich erwartet hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82.	In der Zeit nach der Geburt meines Kindes war ich manchmal verzweifelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83.	Ich fühle mich so oft alleine und ohne Freunde/Freundinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84.	Mein Kind gerät über die kleinsten Dinge leicht in Aufregung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85.	Seit ich das Kind habe, unternehme ich nicht mehr so viel gemeinsam mit meinem Partner/meiner Partnerin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86.	Wenn mein Kind schreit, dauert es gewöhnlich sehr lange.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87.	Mein Kind braucht ständig meine Nähe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88.	Seit das Kind da ist, habe ich mehr Probleme mit der Verwandtschaft als früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89.	Seit ich mein Kind habe, bin ich oft krank gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90.	Ich habe manchmal Zweifel, ob ich mit den Aufgaben als Mutter/Vater fertig werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91.	Wenn ich zu einer Feier gehe, erwarte ich gewöhnlich nicht, dass ich mich amüsieren werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92.	Ich habe manchmal das Gefühl, keine gute Mutter/kein guter Vater zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93.	Manchmal denke ich, dass die Zahl der Kinder, die ich jetzt habe, zu groß ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass mein Kind mich nicht mag und nicht in meiner Nähe sein will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95.	Es bedrückt mich manchmal, dass mein Kind Dinge nicht so schnell lernt wie andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96.	Im letzten halben Jahr war ich körperlich erschöpfter und hatte mehr Beschwerden als sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97.	Mein Kind weiß, dass ich seine Mutter/sein Vater bin und liebt mich mehr als andere Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98.	Mein Kind ist häufig unkonzentriert und leicht ablenkbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99.	Mein Kind nörgelt und quengelt häufiger als andere Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Aussage ...

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
1.	Am Schreien des Kindes merke ich sofort, was ihm fehlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ich füttere das Baby so oft es danach verlangt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Es kann vorkommen, dass ich schon bei Kleinigkeiten die Fassung verliere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ab und zu muss ich einfach mit dem Kind schimpfen, damit es begreift, was ich will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Aussage ...

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
5.	Ich habe mich schon daran gewöhnt, das Kind auch mal länger schreien zu lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Durch das Kind habe ich keine ruhige Minute mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ich bin ständig in Sorge, dass meinem Kind etwas zustoßen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Meine Eltern haben mich oft hart bestraft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Ich möchte mein Kind so erziehen, wie es meine Eltern getan haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Ich fühle mich enttäuscht, wenn mein Kind meine Zärtlichkeiten abwehrt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Seit das Kind da ist, fühle ich mich innerlich angespannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Es macht mir viel Freude, mein Kind zu beobachten und herauszufinden, womit es sich gerade beschäftigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Auch wenn das Kind vor mir schreit, halte ich die Fütterzeiten ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Manchmal könnte ich losheulen, wenn das Kind schon wieder schreit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Manchmal schreit mein Kind, nur um mich zu ärgern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Ich finde es lästig, dass ich mein ganzen Tagesablauf nach dem Kind richten muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass mich mein Kind nicht mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ich könnte mein Kind nie jemand anderem überlassen, aus Sorge, dass er das Kind nicht richtig behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Ich will nie so werden wie meine Eltern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Manchmal würde ich am liebsten nur noch schlafen und alle meine Probleme vergessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Ich weiß genau, womit ich mein Kind trösten kann, wenn es unglücklich ist und weint.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Ich will mein Kind so früh wie möglich an Ordnung und Sauberkeit gewöhnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Manchmal fällt es mir schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ich glaube, dass man Kinder leicht verwöhnt, wenn man ständig auf ihre Launen und Stimmungen eingeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	In der ersten Zeit kann man mit dem Baby nicht viel anfangen: man kann es nur füttern, wickeln und in Ruhe lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Ich frage mich ständig, ob ich bei meinem Kind alles richtig mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Ich wurde daheim oft ungerecht behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	In der letzten Zeit weine ich viel häufiger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Ich glaube, man kann sich gar nicht genug mit dem Kind beschäftigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Wenn mein Kind schreit, lasse ich es in Ruhe, dann beruhigt es sich ganz alleine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Mein Kind bestraft mich, wenn es schreit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Man sollte Kinder ruhig schreien lassen, damit sie lernen, sich zu beherrschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich eigentlich richtig finde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Ich hätte nie gedacht, dass das Leben mit einem kleinen Kind so anstrengend ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass mein Kind mich nicht mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Meine Eltern hatten sehr viel Verständnis für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Aussage ...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
37. Es macht mir große Mühe, überhaupt noch Pläne zu machen und in die Tat umzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Es macht mich glücklich, wenn sich mein Kind in meiner Gegenwart sichtlich wohlfühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Ich überprüfe täglich ganz genau den Gesundheitszustand meines Kindes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Manchmal bin ich mit den Nerven fertig, dass ich das Kind schütteln und anschreien möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Wenn man auf jede Regung des Kindes eingeht, lässt man sich leicht von ihm tyrannisieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Manchmal denke ich, dass ich mir besser doch kein Kind angeschafft hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Manchmal kann ich nachts nicht schlafen, weil ich mir vorstelle, meinem Kind könnte etwas zustoßen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Wirkliche Liebe habe ich in meiner Kindheit nicht erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Ich fühle mich oft am Ende meiner Kräfte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Es macht mir Spaß mit meinem Kind zu spielen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Es ist mir wichtig, dass ich das Kind ganz in der Hand habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Seit das Kind da ist, kann ich nicht mehr das tun, was mir eigentlich Spaß macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Ich werde den Gedanken nicht los, dass ich im Grunde keine gute Mutter/kein guter Vater bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte lesen Sie jede Gruppe von Aussagen sorgfältig durch. Suchen Sie dann die Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie das dazugehörige Feld an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Kreuze machen. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- Ich bin nicht traurig.
 Ich bin traurig.
 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
- Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.
- Ich fühle mich nicht als Versager.
 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 Ich kann Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

5. Ich habe keine Schuldgefühle.
 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 Ich habe immer Schuldgefühle.
6. Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
 Ich erwarte, bestraft zu werden.
 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
7. Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 Ich bin von mir enttäuscht.
 Ich finde mich fürchterlich.
 Ich hasse mich.
8. Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
9. Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 Ich denke manchmal an Selbsttötung, aber ich würde es nicht tun.
 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.
10. Ich weine nicht öfter als früher.
 Ich weine jetzt mehr als früher.
 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
11. Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 Ich bin leichter verärgert oder gereizt als früher.
 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
12. Ich habe nicht das Interesse für Menschen verloren.
 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
13. Ich bin so entschlossen wie immer.
 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter auf als früher.
 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
14. Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
 Ich finde mich hässlich.
15. Ich kann so gut arbeiten wie früher.
 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
 Ich bin unfähig zu arbeiten.

16. Ich schlafe so gut wie früher.
 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

17. Ich ermüde nicht stärker als sonst.
 Ich ermüde schneller als früher.
 Fast alles ermüdet mich.
 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

18. Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

19. Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

20. Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen.
 ja nein

21. Ich mach mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 Ich mache mir große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

22. Ich habe in letzter Zeit keine Veränderungen meines Interesses an Sex bemerkt.
 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?

- ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht sehr schlecht

2. Wie stark waren Sie auf Grund Ihres körperlichen Gesundheitszustandes bei körperlichen Aktivitäten (z.B. beim Gehen oder Treppensteigen) eingeschränkt?

- überhaupt nicht sehr wenig etwas ziemlich konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen

3. Hatten Sie auf Grund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?

- überhaupt nicht sehr wenig etwas ziemlich konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen

4. Hatten Sie körperliche Schmerzen?

überhaupt nicht sehr leicht leicht mäßig Stark sehr stark

5. Wie viel Energie hatten Sie?

sehr viel ziemlich viel etwas wenig Keine

6. Wie stark waren Sie auf Grund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihrem normalen sozialen Kontakten mit Familie oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht sehr wenig etwas ziemlich konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen

7. Wie oft habe Sie sich durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. sich ängstlich, deprimiert oder gereizt gefühlt)?

überhaupt nicht sehr wenig mäßig ziemlich sehr stark

8. Wurden Sie durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?

überhaupt nicht sehr wenig etwas ziemlich konnte alltägliche Aktivitäten nicht ausführen

Was wären Sie bereit für folgende Angebote zu zahlen?

Treffs	<input type="radio"/> nichts	<input type="radio"/> bis zu 10 €	<input type="radio"/> 10-20 €	<input type="radio"/> 20-30€	<input type="radio"/> 30€ und mehr	
Stillberatung	<input type="radio"/> nichts	<input type="radio"/> bis zu 10 €	<input type="radio"/> 10-20 €	<input type="radio"/> 20-30€	<input type="radio"/> 30-40€	<input type="radio"/> 40€ und mehr
Entwicklungspsychologische Beratung	<input type="radio"/> nichts	<input type="radio"/> bis zu 10 €	<input type="radio"/> 10-20 €	<input type="radio"/> 20-30€	<input type="radio"/> 30-40€	<input type="radio"/> 40€ und mehr

Hier haben Sie Platz für weitere Mitteilungen oder Anregungen.

Vielen Dank.

11. Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei Prof. Dr. phil. Monika Bullinger, stellvertretende Leiterin des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie der Universität Hamburg, dafür bedanken, dass Sie mir die Möglichkeit gab, diese Arbeit unter ihrer Leitung auszuarbeiten.

Dr. phil. Julia Quitmann möchte ich für die hervorragende Betreuung und die ständige Hilfsbereitschaft bei allen Fragen und Problemen danken.

Anja Rohenkohl danke ich für die viele Unterstützung hinsichtlich der Methodik und Hilfe bei der Auswertung der Evaluationsstudie.

Außerdem möchte ich mich beim Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie für die Beratung über Auswertungsverfahren in SPSS bedanken.

Abschließend möchte ich meinem Ehemann danken, der mich zu jedem Zeitpunkt unterstützt hat und mir jegliche Freiräume zum Schreiben dieser Arbeit einräumte.

13. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: