

**Lieber Teilnehmer,**

im hier vorliegenden Fragebogenheft (Teil A) finden Sie eine Reihe von Fragebögen zu Ihrer persönlichen Situation, der Geburtsvorbereitung, Ihren bisherigen Erfahrungen mit der Schwangerschaft, Ihren Geburtserwartungen und partnerschaftlichen Umgang. Zum Teil kann es vorkommen, dass sich einzelne Fragen ähneln, da sich die Fragebögen auf ähnliche Aspekte beziehen.

Insofern Sie an einem **Geburtsvorbereitungskurs** teilnehmen wollen bzw. dieser noch nicht abgeschlossen ist, dann warten Sie gerne bis zum Abschluss des Kurses und beantworten Sie den Fragebogen bitte danach.

Wir bitten um eine sorgfältige und **vollständige Beantwortung**.

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die einzelnen Aussagen auf den folgenden Seiten **für Sie zutreffend** sind. Bitte markieren Sie dies durch ein Kreuz in der entsprechenden Spalte.

Entscheiden Sie sich bitte bei jeder Aussage, wie bzw. ob sie für Sie zutrifft oder nicht. Dabei geht es nicht darum, wie Sie am liebsten sein möchten oder zu einem anderen Zeitpunkt waren, sondern was derzeit auf Sie zutrifft.

Es ist uns wichtig, dass Sie alle Fragen **aufmerksam und konzentriert** beantworten. Gerne können Sie sich die Fragen einteilen und an mehreren Tagen bearbeiten.

**Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt zur Geburt in den Kreissaal mit.** Nach der Geburt erhalten Sie den zweiten Teil des Fragebogens (Teil B-D).

Für Ihre Mitarbeit möchten wir uns jetzt schon recht herzlich bedanken.

Für **Rückfragen** steht Ihnen das Studienteam zur Verfügung:

Tel: 06252 – 701 92324

Mail: Amelie.Meissner@kkh-bergstrasse.de

Code: \_\_\_\_\_

**Datum des Ausfüllens:** \_\_\_\_\_

# Fragebogen Teil A: Soziodemographische und Medizinische Daten

## Familiäre Situation

1. Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an (Tag/Monat/Jahr): \_\_\_\_\_
2. Welchen Familienstand haben Sie?  
Ich bin verheiratet   
Ich lebe in fester Partnerschaft   
Ich lebe in keiner festen Partnerschaft
3. Seit wann sind Sie mit Ihrer Partnerin liiert? \_\_\_\_\_
4. Sind Sie der biologische Vater des Kindes?  
Ja  Nein
5. Leben Sie mit Ihrer Partnerin gemeinsam in einem Haushalt?  
Ja  Nein
6. Wie viele leibliche Kinder haben Sie?  
1. Kind Geschlecht: w/m Alter:  
2. Kind Geschlecht: w/m Alter:  
3. Kind Geschlecht: w/m Alter:  
4. Kind Geschlecht: w/m Alter:

## Berufliche Situation

1. Welchen Schulabschluss haben Sie?  
 Schule beendet ohne Schulabschluss  
 Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss  
 Realschulabschluss (Mittlere Reife)  
 Abitur/ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)  
 Weiteres: \_\_\_\_\_
2. Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit treffen auf Sie zu? Zurzeit ...  
 ... nicht berufstätig (z.B. Schüler, Student)  
 ... arbeitslos  
 ... vorübergehende Freistellung (z.B. Kurzarbeit, Elternzeit)  
 ... Teilzeit oder stundenweise berufstätig  
 ... voll berufstätig  
 ... Auszubildender (z.B. Lehrling)
3. Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Haushaltseinkommen? D.h. das Netto-Einkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben (einschließlich Erziehungsgeld und Kindergeld)?  
 0-1.000€  
 1.000-2.000€  
 2.000-3.000€  
 3000-5.000€  
 5.000 € und mehr

## Fragen zum Gesundheitszustand

1. Litten Sie jemals unter psychischen Erkrankungen, wie Depressionen oder Angststörungen?  
Ja  Nein

2. Waren Sie jemals in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Ja  Nein

3. Bitte beantworten Sie die folgende Frage nur, wenn Sie – neben dem Kind, mit dem Sie an der Studie teilnehmen, weitere Kinder haben.

Gab es bei vorhergehenden Geburten Komplikationen?

Ja  Nein

Falls ja: Welche?

---

Falls ja: Wie hoch würden Sie Ihre Belastung dadurch einstufen? (0 = niedrig-> 10 = hoch)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

## Bisherige Geburts-, Schwangerschaftserfahrungen und Vorbereitung

### Angaben zur aktuellen Schwangerschaft Ihrer Partnerin

1. War die Schwangerschaft geplant?

- Ja, zu diesem Zeitpunkt
- Ja, aber zu einem anderen Zeitpunkt
- Nein

2. Haben Sie den Kinderwunsch zu einem Zeitpunkt als unerfüllt bezeichnet?

Ja  Nein

Falls ja: Wie lange hat der Kinderwunsch in Monaten bestanden? \_\_\_\_\_

3. Haben Sie zum Eintreten der aktuellen Schwangerschaft Ihrer Partnerin eine Kinderwunschbehandlung durchführen lassen?

Ja  Nein

Falls Ja, welche? (Mehrfachantwort möglich)

- Hormonbehandlung
- In-vitro-Fertilisation
- Insemination
- Sonstige: \_\_\_\_\_

4. Hatte Ihre Partnerin Beschwerden in der Schwangerschaft oder hatte der Frauenarzt Komplikationen in der Schwangerschaft angesprochen?

Ja  Nein

5. Mögliche Schwangerschaftsbeschwerden bzw. Komplikationen (Mehrfachantwort möglich):

- Mehrlingsschwangerschaft
- Schwere Übelkeit/Erbrechen
- CTG-Auffälligkeiten
- Blutarmut
- AK-Suchtest positiv
- Infektiologie
- Ödeme/Varikosis
- Blutdruck/Gewicht
- Diabetes mellitus (Diät/insulinpfl.)
- Cervixinsuffizienz
- Auffälligkeiten in der Pränataldiagnostik
- Wachstumsverzögerung des Kindes
- Blutungen
- Fruchtwasserabgang/Blasensprung vorzeitig
- Vorzeitige Wehentätigkeit
- Medikamenteneinnahme
- Thrombose/Gerinnungsstörungen
- Präeklampsie/HELLP
- Pathologische Urinbefunde
- Sonstiges \_\_\_\_\_

6. Wurden wegen der oben aufgeführten Befunde/Beschwerden folgende Dinge durchgeführt?

- Ambulante Behandlung
- Krankschreibung
- Stationäre Aufenthalte
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Psychische Aspekte

1. Haben Sie sich durch die Komplikationen belastet gefühlt?

Ja  Nein

*Falls ja: Wie hoch würden Sie Ihre Belastung dadurch einstufen? (0 = niedrig-> 10 = hoch)*

0- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

2. Haben Sie die Zeit der Schwangerschaft Ihrer Partnerin als eine leichte oder schwere Zeit erlebt?  
(0 = leicht, 10 = schwer)

0- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

3. Haben sie diese Schwangerschaft Ihrer Partnerin als eine schöne oder nicht schöne Zeit erlebt? (0 = schön, 10 = nicht schön)

0- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

4. Wie ausgeprägt ist Ihr allgemeines Kontrollbedürfnis? (0 = niedrig-> 10 = hoch)

0- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

### Geburtsvorbereitungen

1. Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?

- Nein
- Ja, mit Präsenzveranstaltungen
- Ja, reine Online-Veranstaltungen
- sonstiges: \_\_\_\_\_

2. Haben Sie sonstige Maßnahmen ergriffen, um sich auf die Geburt vorzubereiten (z.B. Informationsvideos angeschaut, Austausch in Internetforen, Gespräche mit der Hebamme)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Wie zufrieden sind Sie mit dem Geburtsvorbereitungskurs (0 = gar nicht, 10 = sehr)

0- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

*Falls Sie unzufrieden sind: Was ist der Grund?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Wie ausführlich wurden komplizierte Geburtsverläufe behandelt? (0 = gar nicht, 10 = sehr ausführlich)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Falls ja: Was wurde behandelt?

- Frühgeburtlichkeitsbestrebungen (z.B. Cervixverkürzung, Lungenreifeinduktion...)
- Fehleinstellung des Kindes/Missverhältnis
- Risikoschwangerschaften (z.B. Schwangerschaftsdiabetes, Zwillinge...)
- Präeklampsie/HELLP
- Unterschiedliche Geburtssettings (Hausgeburt, Geburtshaus, Perinatalzentrum...)
- starke Blutungen (vor/während/nach Geburt)
- protrazierter Geburtsverlauf/Geburtsstillstand
- pathologisches CTG
- Wehenschwäche
- Mikrolutuntersuchung (Blutentnahme am kindlichen Kopf unter Geburt)
- Saugglocke/Vakuumextraktion
- Dringlicher Kaiserschnitt oder Notfall-Kaiserschnitt
- Geburtsverletzungen/Dammschnitt/Dammriss/Scheidenriss
- Probleme bei Plazentalösung
- Verlegung des Neugeborenen in Kinderklinik (Neonat.)....
- Sonstiges? \_\_\_\_\_

5. Wie hoch ist Ihre wahrgenommene Informiertheit durch den Geburtsvorbereitungskurs (0 = gar nicht, 10 = sehr)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Falls Sie sich eher uninformiert fühlen: Was hat Ihnen gefehlt?

\_\_\_\_\_

6. Für wie wahrscheinlich halten Sie das Auftreten von Komplikationen? (in Prozent mit 0 % sehr unwahrscheinlich bis 100% sehr wahrscheinlich)

0 % – 10% – 20% – 30% – 40% – 50% – 60% – 70% – 80% – 90% – 100%

7. Für wie wahrscheinlich halten Sie die Durchführung folgender Interventionen? (in Prozent mit 0 % sehr unwahrscheinlich bis 100% sehr wahrscheinlich)

- Mikrolutuntersuchung \_\_\_\_\_ %
- Saugglocke/Vakuumextraktion \_\_\_\_\_ %
- Dringlicher Kaiserschnitt oder Notfall-Kaiserschnitt \_\_\_\_\_ %
- Naht Geburtsverletzungen/Dammschnitt/Dammriss/Scheidenriss \_\_\_\_\_ %
- Operative Ausschabung (bei Nachblutung) \_\_\_\_\_ %

8. Haben Sie einen Geburtsplan erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja: Was sind für Sie die wichtigsten Aspekte?

\_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Geburtserwartung/Angst (deutsche Version PANAS)

Nun möchten wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie sich fühlen. Die folgenden Wörter beschreiben unterschiedliche Gefühle und Empfindungen. Lesen Sie jedes Wort und tragen Sie dann in die Skala neben jedem Wort die Intensität ein. Sie haben die Möglichkeit, zwischen fünf Abstufungen zu wählen. Geben Sie bitte an, wie Sie sich *im Allgemeinen* fühlen.

Wenn ich an die Geburt denke, fühle ich mich...	Gar nicht	Ein bisschen	Einigermaßen	Erheblich	Äußerst
1. Aktiv					
2. Interessiert					
3. Freudig erregt					
4. Stark					
5. Angeregt					
6. Stolz					
7. Begeistert					
8. Wach					
9. Entschlossen					
10. Aufmerksam					
11. Bekümmert					
12. Verärgert					
13. Schuldig					
14. Erschrocken					
15. Feindselig					
16. Gereizt					
17. Beschämt					
18. Nervös					
19. Durcheinander					
20. Ängstlich					

# Fragebogen zum Dyadischen Coping: Dyadisches Coping Inventar (DCI)

In diesem Fragebogen geht es darum, wie Sie und Ihre Partnerin mit Stress umgehen. Bitte beantworten Sie alle Fragen möglichst spontan und ohne langes Überlegen, so wie es für Sie zutrifft. Füllen Sie den Fragebogen alleine, ohne Anwesenheit Ihrer Partnerin aus.

## Was tun Sie, wenn Sie sich gestresst/belastet fühlen?

	sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
1. Ich teile meiner Partnerin mit, wenn ich froh um ihre praktische Unterstützung oder sachliche Ratschläge und Hilfestellungen bin.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich bitte meine Partnerin, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich zeige meiner Partnerin, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich sage meiner Partnerin offen, wenn ich gestresst bin und ihre emotionale Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/>				

## Wie reagiert Ihre Partnerin auf Ihre Stressäußerungen?

	sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
5. Sie gibt mir das Gefühl, dass sie mich versteht, und dass sie mein Stress interessiert.	<input type="checkbox"/>				
6. Sie solidarisiert sich mit mir, sagt mir, dass sie dieses Gefühl auch kenne und hält zu mir.	<input type="checkbox"/>				
7. Sie macht mir Vorwürfe, dass ich zu wenig gut mit Stress umgehen kann.	<input type="checkbox"/>				
8. Sie hilft mir, die Situation in einem anderen Licht zu sehen, das Problem zu relativieren.	<input type="checkbox"/>				
9. Sie hört mir zu, gibt mir Raum, mich auszusprechen und spricht mir gut zu oder muntert mich auf.	<input type="checkbox"/>				
10. Sie nimmt meinen Stress nicht ernst.	<input type="checkbox"/>				
11. Sie hilft mir zwar, doch tut sie dies unwillig und demotiviert.	<input type="checkbox"/>				
12. Sie übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten.	<input type="checkbox"/>				
13. Sie hilft mir, die Situation zu analysieren, damit ich das Problem konkret angehen kann.	<input type="checkbox"/>				
14. Sie packt zu, wenn ich zu viel zu tun habe, um mich zu entlasten.	<input type="checkbox"/>				
15. Wenn ich gestresst bin, geht mir meine Partnerin aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>				

### Was tut Ihre Partnerin, wenn sie sich gestresst/belastet fühlt?

		sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
16.	Sie teilt mir mit, wenn sie froh um meine praktische Unterstützung oder sachliche Ratschläge und Hilfestellungen ist.	<input type="checkbox"/>				
17.	Sie bittet mich, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>				
18.	Sie zeigt mir, dass sie sich belastet fühlt und es ihr schlecht geht.	<input type="checkbox"/>				
19.	Sie sagt mir offen, wenn sie gestresst ist und meine emotionale Unterstützung braucht	<input type="checkbox"/>				

### Wie reagieren Sie auf diese Stressäußerungen der Partnerin?

		sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
20.	Ich gebe meiner Partnerin das Gefühl, dass ich sie verstehe, mich für ihren Stress interessiere.	<input type="checkbox"/>				
21.	Ich solidarisiere mich mit ihr, sage ihr, dass ich dieses Gefühl auch kenne und halte zu ihr.	<input type="checkbox"/>				
22.	Ich mache ihr Vorwürfe, dass sie zu wenig gut mit Stress umgehen kann.	<input type="checkbox"/>				
23.	Ich sage meiner Partnerin, dass alles nicht so schlimm ist und helfe ihr, die Situation in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/>				
24.	Ich höre ihr zu, gebe ihr Raum, sich auszusprechen, rede ihr gut zu oder mache ihr Mut.	<input type="checkbox"/>				
25.	Ich nehme ihren Stress nicht ernst.	<input type="checkbox"/>				
26.	Wenn meine Partnerin gestresst ist, ziehe ich mich zurück.	<input type="checkbox"/>				
27.	Ich helfe ihr zwar, doch bin ich nicht motiviert und finde, dass sie selber besser mit ihren Problemen umgehen sollte.	<input type="checkbox"/>				
28.	Ich übernehme Aufgaben und Tätigkeiten, die sie sonst macht, um sie zu entlasten.	<input type="checkbox"/>				
29.	Ich versuche, mit meiner Partnerin die Situation sachlich zu analysieren und ihr zu helfen, das Problem zu verstehen und zu verändern.	<input type="checkbox"/>				
30.	Ich packe zu, wenn sie zu viel zu tun hat, um sie zu entlasten.	<input type="checkbox"/>				

### Wie gehen Sie und Ihre Partnerin mit Stress um, der Sie beide betrifft?

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
31. Wir versuchen, das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen.	<input type="checkbox"/>				
32. Wir setzen uns ernsthaft mit dem Problem auseinander und analysieren, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/>				
33. Wir helfen uns gegenseitig, das Problem in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/>				
34. Wir entspannen uns gegenseitig durch Massage, baden miteinander oder hören zusammen Musik.	<input type="checkbox"/>				
35. Wir sind zärtlich zueinander, schlafen miteinander und versuchen so, den Stress zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>				

### Wie beurteilen Sie Ihren Umgang mit Stress als Paar?

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
36. Ich bin <u>zufrieden</u> mit der Unterstützung meines Partners und der gemeinsamen Stressbewältigung.	<input type="checkbox"/>				
37. Ich empfinde die Unterstützung meiner Partnerin und unseren gemeinsamen Umgang mit Stress als <u>wirksam</u> .	<input type="checkbox"/>				

## Fragebogen zum Befinden: Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS)

Da Sie bald Vater eines Kindes werden, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

### In den letzten 7 Tagen...

- 
- ... **konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen**
1.  so wie ich es immer konnte  
 nicht ganz so wie sonst  
 deutlich weniger als früher  
 überhaupt nicht
- 
- ... **konnte ich mich so richtig auf etwas freuen**
2.  so wie immer  
 etwas weniger als sonst  
 deutlich weniger als früher  
 kaum
- 
- ... **fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief**
3.  ja, meistens  
 ja, manchmal  
 nein, nicht so oft  
 nein, niemals
- 
- ... **war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen**
4.  nein, überhaupt nicht  
 selten  
 ja, manchmal  
 ja, häufig
- 
- ... **erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen**
5.  ja, oft  
 ja, manchmal  
 nein, nicht oft  
 nein, überhaupt nicht
- 
- ... **überforderten mich verschiedenste Umstände**
6.  ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden  
 ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden  
 nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden  
 nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig
- 
- ... **war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte**
7.  ja, die meiste Zeit  
 ja, manchmal  
 nein, nicht sehr oft  
 nein, überhaupt nicht
- 
- ... **habe ich mich traurig und schlecht gefühlt**
8.  ja, die meiste Zeit  
 ja, manchmal  
 selten  
 nein, überhaupt nicht
- 
- ... **war ich so unglücklich, dass ich geweint habe**
9.  ja, die ganze Zeit  
 ja, manchmal  
 nur gelegentlich  
 nein, niemals
- 
- ... **überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen**
10.  ja, ziemlich oft  
 manchmal  
 kaum  
 niemals
-