

Master-Arbeit
MAS Sexuelle Gesundheit
im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich
2017-2020

Selbstbestimmte Kontrazeption im Wochenbett

**Eine qualitative Befragung der Bedürfnisse von Eltern und
qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratung**

Eingereicht am: 19.09.2020
Vor- und Nachname/n: Sharlen Gregory
E-Mail-Adresse: mas_gregory@hotmail.com

Von dieser Master-Arbeit wurden am 19.09.2020 eine elektronische Fassung und drei schriftliche Exemplare bei der Hochschule Luzern eingereicht.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren. Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Bestätigung Selbsterarbeitung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Master-Arbeit selbständig erarbeitet habe und dass dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Diese Master-Arbeit hat einen Umfang von 125'111 Zeichen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

Abstract

Selbstbestimmte Kontrazeption im Wochenbett. Eine qualitative Befragung der Bedürfnisse von Eltern und qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratung
Master-Arbeit MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich
Hochschule Luzern

Sharlen Gregory, mas_gregory@hotmail.com

19.09.2020

Die aktuelle Beratungspraxis zeigt uneinheitliche Strategien zum Zeitpunkt und wie Eltern zur Kontrazeption im Wochenbett beraten werden. Beim Wochenbett handelt es sich um die ersten sechs Wochen nach einer Geburt. Es ist möglich, dass bereits im Wochenbett eine Folgeschwangerschaft eintritt. Die Bedürfnisse von Eltern zur Kontrazeptionsberatung für das Wochenbett wurden bis jetzt in der Literatur erst vereinzelt beschrieben. Der Fokus dieser qualitativen Master-Arbeit ist die Eruierung der Bedürfnisse der Eltern und die Formulierung einer qualifizierten Handlungsempfehlung zur Kontrazeptionsberatung für das Wochenbett. Die Forschungsfrage lautet: *Wie gestaltet sich eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive?* Zur Beantwortung der Fragestellung wurden vier problemzentrierte Interviews mit sechs Eltern geführt. Die Interviews wurden mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass für eine klient*innenzentrierte Beratung die Individualität der einzelnen Eltern tragend ist. Zu den zentralen Ergebnissen gehört, dass die Familienplanung bekannt sein muss. Die Familienplanung hat zusammen mit den gestellten Anforderungen an ein Verhütungsmittel einen grossen Einfluss auf die Art der Kontrazeption. Weiter werden im Rahmen einer selbstbestimmten Entscheidungsfindung Ressourcen wie Erfahrungsaustausch mit dem sozialen Umfeld, bekannte Verhütungsstrategien oder Wissensbeschaffung im Internet, Büchern oder durch Fachpersonen genutzt. Informationen, die durch die Fachpersonen zur Verfügung gestellt werden, sollen nebst einer individuell passenden umfangreichen mündlichen Beratung auch eine einfach verständliche kostenfreie Broschüre und eine audio-visuelle Internetseite sein. Beide Medien sollen in verschiedenen Sprachen vorliegen. Damit Eltern selbstbestimmt entscheiden können, ob und wann sie Kinder haben möchten, muss bereits während der Schwangerschaft eine frühzeitige Beratung zur Kontrazeption im Wochenbett stattfinden. Es soll eine stressfreie Entscheidungsfindung ermöglicht werden. Fachpersonen müssen aktuelles Fachwissen vorweisen können und in der Beratung eine informierte Entscheidung der Eltern ermöglichen.

Danksagung

Ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich bei allen Personen, die mich während des Schreibprozesses dieser Master-Arbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an Prof. Daniel Kunz und Nikola Koschmieder für ihre zuverlässige und umfangreiche Unterstützung. Für die Hilfe bei der Entwicklung und Eingrenzung des Themas möchte ich mich bei Christine Sieber von Sexuelle Gesundheit Schweiz bedanken. Ein grosses Dankeschön geht an Philipp Bannwart, welcher mich während des ganzen 4-jährigen Masterstudiums unermüdlich unterstützt hat.

Gudrun Gregory und Katrin Hempel-Möbs möchte ich danke sagen für das Korrekturlesen und die konstruktiven Inputs. Mein Dank geht an die Teilnehmenden der Interviews, deren Offenheit mich berührt hat. Die Bereitschaft mit mir Interviews zu führen, war die Basis dieser Master-Arbeit. Bei allen, die mir bei der Rekrutierung für die Interviews geholfen haben, bedanke ich mich ebenfalls von Herzen.

Zum Schluss möchte ich meiner Familie und meinem Freundeskreis, die in dieser intensiven Zeit immer ein offenes Ohr hatten und bestärkende Worte bereit hatten, meinen Dank ausdrücken.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Herleitung sexuelle Rechte und sexuelle Gesundheit	2
1.3 Ziel	4
1.4 Fragestellung	4
1.5 Adressat*innen	4
1.6 Aufbau der Master-Arbeit	5
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	5
2.1 Begriffserklärung	5
2.1.1 Zielgruppe	5
2.1.2 Kontrazeption und Kontrazeptiva	6
2.1.3 Kontrazeption in der Schweiz	7
2.1.4 Ungeplante Schwangerschaft	8
2.1.5 Sexuelle Gesundheit	8
2.1.6 Sexuelle Rechte	9
2.2 Stand des Wissens	11
2.2.1 Wiederaufnahme Geschlechtsverkehr nach der Geburt	11
2.2.2 Kontrazeption im Wochenbett	12
2.2.3 Empfehlungen Beratungszeitpunkt	13
3. METHODISCHES VORGEHEN	14
3.1 Datenerhebung	14
3.1.1 Das problemzentrierte Interview	14
3.1.2 Vorgehen	15
3.1.3 Rekrutierung	16
3.1.4 Beschreibung der Stichprobe	17
3.1.5 Reflexion der Datenerhebung	18
3.2 Datenauswertung	20
3.2.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials	20
3.2.2 Datenanalyse nach Mayring	20

4. ERGEBNISSE	22
4.1 Einflussfaktoren der Entscheidung zur Art der Kontrazeption	22
4.2 Bedürfnisse für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung	27
4.3 Wahrnehmung und Umsetzung der sexuellen Rechte	29
5. DISKUSSION	31
5.1 Einflussfaktoren der Entscheidung zur Art der Kontrazeption	31
5.2 Bedürfnisse für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung	35
5.3 Wahrnehmung und Umsetzung der sexuellen Rechte	36
5.4 Reflexion zusätzlicher Erkenntnis der Elternbefragung	36
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN	38
6.1 Beantwortung der Fragestellung	38
6.2 Reflexion der Interviews	41
6.3 Limitierungen der Master-Arbeit	43
6.4 Qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratung	43
6.5 Ausblick und offene Forschungsfragen	49
LITERATURVERZEICHNIS	
ANHANG	
Anhang 1: Tabelle Kontrazeptiva im Wochenbett	
Anhang 2: Interviewleitfaden	
Anhang 3: Postskripte	
Anhang 4: Flyer	
Anhang 5: Fallübergreifendes Kategoriensystem	
Anhang 6: Subfragen und fallübergreifende Kategorien	

1. Einleitung

In diesem Kapitel wird die Begründung für die Wahl des Themas der Master-Arbeit hergeleitet. Anschliessend werden das Ziel und die Fragestellung formuliert und aufgezeigt, an welche Personen sich diese Arbeit richtet.

1.1 Ausgangslage

Die Beratung zum Thema Kontrazeption in den ersten sechs Wochen nach einer Geburt obliegt keiner einheitlichen Struktur. Umfang und Zeitpunkt der Beratung hängen von der die Eltern¹ beratenden Person ab, von institutionellen Richtlinien oder von der Eigeninitiative der Eltern, Informationen zum Thema zu erhalten. Der Zeitraum ab der Geburt bis sechs Wochen danach wird als Wochenbett bezeichnet (Christine Geist, 2007, S. 427). In Schweizer Spitälern ist gebräuchlich, dass bevor die Mutter das Spital nach der Geburt verlässt, über die weitere Familienplanung und Kontrazeption gesprochen wird (Roland Zimmermann, 2018, S. 5). Demgegenüber sind auch Vorgehensweisen bekannt, die dieses Gespräch auf die reguläre Nachkontrolle sechs Wochen nach der Geburt ansetzen, mit einem kurzen Vermerk, dass Stillen keine Garantie für die Kontrazeption ist (Spital Thun, ohne Datum). Die reguläre Nachkontrolle erfolgt sechs bis zehn Wochen nach der Geburt (Schweizerischer Hebammenverband, ohne Datum). Die erste Ovulation kann jedoch innert drei bis vier Wochen nach der Geburt, noch vor der ersten Menstruation, wiedereinsetzen (Zimmermann, 2018, S. 5). 21 Tage nach der Geburt müsste bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr demzufolge die Notfallverhütung eingenommen werden, wenn keine Schwangerschaft beabsichtigt ist (The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH], 2017, S.17). Unter Notfallverhütung wird jene Kontrazeption verstanden, welche angewendet werden kann, wenn ungeschützter respektive ungenügend geschützter Geschlechtsverkehr stattgefunden hat, oder eine Verhütungspanne vorliegt und eine Schwangerschaft verhindert werden soll (vgl. Kapitel 2.1.2) (Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH], 2018a).

Lange Zeit wurde Eltern in den ersten sechs Wochen nach der Geburt Geschlechtsverkehr untersagt, was eine Beratung zum Thema Kontrazeption erübrigte. So galt der Wochenbettfluss als infektiös, was aber widerlegt wurde (Simone Kirchner, 2011, S. 20). Ebenso gibt es die Vermutung, dass ein sechswöchiges Aussetzen des Geschlechtsverkehrs als Schutz für die Wöchnerinnen vor der Erfüllung ehelicher

¹ Es ist stets das Elter wie die Eltern gleichermaßen gemeint, wobei aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit im Folgenden nur der Plural verwendet wird.

Pflichten gedacht war (Kirchner, 2011, S. 20). Heutzutage gibt es keine absolute Regelung mehr. Vielmehr entscheidet jede Person für sich, wann sie den Geschlechtsverkehr wiederaufnehmen will (Zimmermann, 2016, S. 25).

Die aktuelle Beratungspraxis lässt vermuten, dass nur eine limitiert selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett möglich ist.

1.2 Herleitung sexuelle Rechte und sexuelle Gesundheit

Die Vereinten Nationen wurden 1945 gegründet und haben aktuell 193 Mitgliedstaaten (United Nations [UN], ohne Datum). Ihr Ziel ist seit jeher sich Themen wie beispielsweise Sicherheit, Frieden oder auch der Menschenrechte anzunehmen (ebd.). Menschenrechte sind angeboren, wobei jedem Menschen das Recht auf Freiheit, Würde und Gleichstellung zusteht (International Planned Parenthood Federation [IPPF], 2009, S. 9). Sexuelle Rechte sind wiederum Menschenrechte, welche sexualitätsbezogen sind (IPPF, 2009, S. 5). Die sexuellen Rechte unterliegen gesetzlich festgelegten Beschränkungen, jedoch sind die Staaten verpflichtet Achtung, Schutz und Verwirklichung der sexuellen Rechte zu gewährleisten (IPPF, 2009, S. 10). Das tragende sexuelle Recht in der vorliegenden Arbeit ist der Artikel 9 der IPPF Erklärung zu den sexuellen Rechten: „Das Recht auf freie Entscheidung für oder gegen die Ehe und für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen“ (IPPF, 2009, S. 28). Eine Vertiefung ist Kapitel 2.1.6 zu entnehmen.

Der Verband IPPF wurde 1952 gegründet und hat mittlerweile 132 internationale Mitglieder in 143 Ländern, welche die Vision verfolgen, dass alle Menschen selbstbestimmt ihre Entscheidungen bezüglich ihrer Sexualität und Gesundheit in einer Welt ohne Diskriminierung treffen können (IPPF, ohne Datum). Die Mitglieder der IPPF stellen hierfür Angebote im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit bereit (SGCH, ohne Datum). In der Schweiz ist die Sexuelle Gesundheit Schweiz das akkreditierte Mitglied der IPPF (ebd.). Die Erklärung zu den sexuellen Rechten wurde international und interdisziplinär in mehrjähriger Arbeit zusammengestellt (IPPF, 2009, S. 5). Um die sexuelle Gesundheit jedes Individuums gewährleisten zu können, müssen die sexuellen Rechte respektiert werden (Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit [EKSG], 2015, S. 1). In dieser Arbeit wird die Definition der sexuellen Gesundheit von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] als Grundlage verwendet, welche von der EKSG (2015) wie folgt auf Deutsch vorliegt:

„Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert sexuelle Gesundheit als Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Das bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus, wie auch die Möglichkeit, genussvolle und risikoarme sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte der Menschen geachtet, geschützt und garantiert werden.“

(S.1)

Der United Nations Population Fund [UNFPA] ist wiederum die Geschäftsstelle der UN, die sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit befasst (UNFPA, 2018). Bereits im Gründungsjahr 1969 hat die UNFPA entschieden, dass Eltern das exklusive Recht haben, frei zu entscheiden, wie viele Kinder mit welchem Abstand sie haben möchten, wobei sie bis heute an dessen Umsetzung arbeiten (ebd.). Familienplanung wird einerseits durch Kontrazeption als auch die Therapie bei Infertilität erreicht (WHO, 2018a). In dieser Master-Arbeit wird der Fokus einzig auf Familienplanung durch Kontrazeption gelegt.

Die UNFPA definiert, dass Familienplanung zentral für das Empowerment der Frauen ist (UNFPA, 2018). Individuelles Empowerment zielt darauf ab, dass jede Person befähigt ist, Entscheidungen so zu treffen, dass die Kontrolle über das eigene Leben zunimmt (quint-essenz, 2016). In der Schweiz haben im Jahr 2020 4% aller 15 bis 49-jährigen Frauen einen „unmet need for family planning“ (UNFPA, ohne Datum). Dieser Begriff umschreibt alle sexuell aktiven und zeugungsfähigen Frauen, die mit Nachwuchs zuwarten wollen oder eine abgeschlossene Familienplanung haben, demgegenüber aber keine Kontrazeption anwenden (WHO, ohne Datum). Der Wert des unmet need for family planning repräsentiert die Diskrepanz zwischen den reproduktiven Absichten einer Frau und ihrem Verhütungsverhalten (ebd.). Im Vergleich liegen die Werte des unmet need for family planning in Europa zwischen 3% und 17% (UNFPA, ohne Datum). Die Gründe hierfür sind nicht aufgeführt. Dass Kontrazeptiva nicht genutzt werden und ein unmet need for family planning vorliegt, kann unter anderem an einem Mangel an deren Verfügbarkeit, Angst vor Nebenwirkungen, Nichtwollen oder religiösen Verboten liegen (WHO, 2014a, S. 21). John Cleland, Iqbal H. Shah und Lenka Benova (2015) schreiben, dass auch ein unmet need for family planning vorliegt, wenn eine Frau nach einer Geburt keinen

Geschlechtsverkehr hat und/oder, wenn sie noch keine Menstruation hat (S. 155). Erklärt wird dies damit, da beide Zustände sich schnell ändern können und eine Kontrazeption dann nötig wird (Cleland et al., 2015, S. 155.). Exkludiert sind diejenigen Frauen, die verhüten oder in den nächsten zwei Jahren Nachwuchs wollen (ebd.).

1.3 Ziel

Die Master-Arbeit hat zum Ziel Erkenntnisse zu erlangen, ob die aktuelle Praxis selbstbestimmte Entscheidungen im Bereich der Kontrazeption im Wochenbett zulässt und dadurch die sexuellen Rechte der Eltern gewährleistet sind. Ferner besteht das Ziel, eine qualifizierte Handlungsempfehlung für eine klient*innenzentrierte Beratung zur selbstbestimmten Kontrazeption im Wochenbett zu formulieren. Zum einen wird hierzu die Fachliteratur ausgewertet und zum anderen qualitative Elterninterviews im Rahmen der Bedürfnisklärung herangezogen. Die empirischen Ergebnisse werden partizipativ auf der Stufe Konsultation gewonnen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019, S. 4).

Die Zielgruppe bilden alle Eltern während der Schwangerschaft und vor abgeschlossenem Wochenbett mit Zugang zum Gesundheitswesen in der Schweiz (vgl. Kapitel 2.1.1).

1.4 Fragestellung

Das Ziel der Master-Arbeit soll mithilfe folgender Hauptfrage erreicht werden:

Wie gestaltet sich eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive?

Die Hauptfrage soll durch drei Subfragen beantwortet werden:

1. Was beeinflusst Eltern bei der Entscheidung zur Art der Kontrazeption im Wochenbett?
2. Welche konkreten Bedürfnisse können Eltern von ihren gemachten Erfahrungen abgeleitet formulieren, damit eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett möglich ist?
3. Wie nehmen die Eltern die sexuellen Rechte wahr und wie setzen sie diese um?

1.5 Adressat*innen

Das Lesepublikum für diese Arbeit bilden alle Fachpersonen, die Eltern während der Schwangerschaft und dem Wochenbett betreuen und beraten. In erster Linie sind dies Hebammen, Pflegefachpersonen, Gynäkolog*innen sowie Mütter-Väter-Berater*innen. Ergänzend richtet sich diese Arbeit an alle Personen, wie Eltern, Mediziner*innen

anderer Fachrichtungen wie der Gynäkologie und Berater*innen an Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität, die sich mit diesem Themenbereich vertieft befassen möchten.

1.6 Aufbau der Master-Arbeit

Nach der Definition zentraler Begriffe und der Darstellung des aktuellen Stands des Wissens, wird im Kapitel 3 beschrieben, wie die Daten der qualitativen Elterninterviews erhoben und ausgewertet werden. Nachfolgend werden die eruierten Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Im Kapitel 6 werden abschliessend die Fragestellung der Master-Arbeit beantwortet und eine datengestützte qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratungspraxis formuliert.

2. Theoretischer Hintergrund

Zunächst werden zentrale Begriffe im Kontext der Master-Arbeit definiert und anschliessend der aktuelle Stand des Wissens und der Forschung beschrieben.

2.1 Begriffserklärung

2.1.1 Zielgruppe

Die Zielgruppe dieser Arbeit sind alle Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die durch das schweizerische Gesundheitswesen betreut werden. Da die Master-Arbeit einerseits stark biologisch geprägt ist, wird die in der analysierten Fachliteratur verwendete Sprache, ohne Deklaration des Gender-Gaps oder Gender-Sternchens, für die Zielgruppe übernommen. Andererseits werden aufgrund der pharmakologischen Wirkungen der aufgeführten Kontrazeptiva Transmänner, die eine Schwangerschaft empfangen können, nicht in die Zielgruppe inkludiert. Transmänner sind Personen, denen bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, sie sich selber jedoch als Mann identifizieren (Transgender Network Switzerland [TGNS], ohne Datum). Die gendersensible Sprache und die Beratung von Transmännern wird in Kapitel 6.5 aufgegriffen.

In Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994, SR 832.10 wird geregelt, dass jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz eine Krankenversicherung haben muss. Wobei die obligatorische Krankenversicherung gemäss Art. 29 KVG unter anderem folgende besondere Leistungen bei Mutterschaft erbringt: Kontrolluntersuchungen während Schwangerschaft, Entbindung,

Kontrolluntersuchungen im Wochenbett und Stillberatung. Ergänzend übernimmt die Versicherung 150 Franken für Geburtsvorbereitungskurse oder ein Beratungsgespräch mit Hebammen zur Geburt, Vorbereitungen für das Wochenbett wie die Stillzeit (Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV] vom 29. September 1995, SR 832.112.31, Art. 14).

Alle diese Betreuungsmomente durch Dienstleistende im schweizerischen Gesundheitswesen bilden die Basis für jedwede individuelle Beratung. Betreuungsmomente für Beratung entstanden im Jahr 2018 zum Beispiel, als freiberufliche Hebammen bei 86'108 Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen 674'617 Leistungen abgerechnet haben (Susanne Grylka & Jessica Pehlke-Milde, 2019, S. 3). Oder auch im Kontext jener 86'172 Lebendgeburten im Jahr 2019 (Bundesamt für Statistik [BFS], ohne Datum, a).

Ergänzend ist im Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 09. Oktober 1981 (SR 857.5) Art. 1 und 2 geregelt, dass bei einer Schwangerschaft alle unmittelbar Beteiligten das Recht auf kostenlose Beratung zum Thema Schwangerschaftsverhütung haben.

2.1.2 Kontrazeption und Kontrazeptiva

Unter Kontrazeption werden Massnahmen verstanden, die die Empfängnis und ungeplante Schwangerschaften verhindern und der Familienplanung dienen (Dorit Schöller, 2016). Die angewendeten Mittel zur Schwangerschaftsverhütung werden Kontrazeptiva genannt (Cordula Ahrendt & Dagmar Gorontzy, 2007, S. 50). Das Ziel der Kontrazeption besteht darin, dass die Befruchtung der Eizelle oder die Einnistung einer befruchteten Eizelle im Uterus verhindert werden soll (ebd.). Notfallverhütung zählt ebenfalls zur Kontrazeption (SGCH, 2018a). Sie ist jedoch nur zur sporadischen Anwendung und nicht als Routineverhütung gedacht (pharmaSuisse, 2016, S. 2). Unter Notfallverhütung wird jene Kontrazeption verstanden, welche angewendet werden kann, wenn ungeschützter respektive ungenügend geschützter Geschlechtsverkehr stattgefunden hat, oder eine Verhütungspanne vorliegt und eine Schwangerschaft verhindert werden soll (SGCH, 2018a). Die hormonelle Notfallverhütung, bekannt als ‚Pille danach‘ soll den Eisprung verzögern, wohingegen die ‚Spirale danach‘ die Befruchtungsfähigkeit der Spermien nimmt und das Einnisten einer befruchteten Eizelle verhindert (ebd.).

21 Tage nach der Geburt sollte mit der Kontrazeption begonnen werden (FSRH, 2017, S. 12). Ab diesem Zeitpunkt, jedoch nicht früher, ist aufgrund der Möglichkeit eines

ersten Eisprungs nach der Geburt auch die Notfallkontrazeption indiziert, wenn oben aufgeführte Punkte erfüllt sind (FSRH, 2017, S. 17).

Im Wochenbett stehen Eltern verschiedene Möglichkeiten zur Kontrazeption zur Verfügung. Es gibt die Barriere Methoden, hormonelle Produkte, Intrauterinpressare, die Sterilisation, das Stillen oder die natürliche Familienplanung (Zimmermann, 2018, S. 5-7). Die Wirksamkeit eines Kontrazeptivums wird mit dem Pearl-Index angegeben, welcher die Anzahl ungewollter Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre angibt (Ahrendt & Gorontzy, 2007, S. 51). Je niedriger der Pearl-Index ist, desto höheren Schutz bietet das Kontrazeptivum (ebd.).

In Anhang 1 ist eine ausführliche Tabelle mit all jenen Kontrazeptiva dargestellt, welche im Wochenbett angewendet werden könnten und als stillkompatibel aufgeführt sind.

2.1.3 Kontrazeption in der Schweiz

Dem ersten Schweizerischen Verhütungsbericht ist zu entnehmen, dass 80% der sexuell aktiven Personen im Alter von 15-49 Jahren selber oder deren Partnerinnen respektive deren Partner verhüten (Anna Späth, Cornelia Schneider, Lina Stutz, Sibil Tschudin & Elisabeth Zemp Stutz, 2017, S. 29). Dem Verhütungsbericht (Späth et al., 2017) können keine Informationen zur Kontrazeption im Wochenbett entnommen werden. Sozioökonomische Faktoren wie zum Beispiel Nationalität, Bildung oder Haushaltseinkommen haben keinen signifikanten Einfluss auf das Verhütungsverhalten (Späth et al., 2017, S. 24). Einzig Ausländerinnen verhüten im Vergleich zu Schweizerinnen seltener (ebd.). Dass das Haushaltseinkommen keinen Einfluss auf die Kontrazeption hat, erscheint interessant. In der Schweiz müssen die Kosten für sämtliche Kontrazeptiva selbstständig bezahlt werden (comparis.ch, 2018). Einzig, wenn die Kontrazeption aus medizinischen Gründen indiziert ist, übernimmt die Grundversicherung die Kosten (ebd.). Die WHO (2014a) proklamiert, dass finanziell schlechter gestellte Haushalte im Vergleich zu vermögenderen Haushalten nicht unproportioniert mit Kosten für Kontrazeptiva konfrontiert sein sollten (S. 19). Demzufolge sollte es wirtschaftliche Konzepte geben, die neben anderem Kontrazeptiva erschwinglich machen (ebd.). Denn die Verpflichtung gegenüber der Umsetzung der Menschenrechte bedarf, dass Kontrazeptiva verfügbar und erschwinglich für alle sind (ebd.). Auch wenn statistisch gesehen in der Schweiz das Haushaltseinkommen keinen Einfluss auf die Kontrazeption zu haben scheint (Späth et al., 2017, S. 24), muss sichergestellt werden, dass keine Diskriminierung aufgrund von wirtschaftlichen Voraussetzungen einer Person vorkommt (WHO, 2014a, S. 24). Weiter kann das

Haushaltseinkommen einen Einfluss auf die Art der Kontrazeption haben, denn deren Kosten stellen gemäss der WHO (2014a) Hürden für die freie Wahl über die Art der Kontrazeption dar (S. 3).

2.1.4 Ungeplante Schwangerschaft

Eine ungeplante Schwangerschaft beschreibt eine Schwangerschaft, die nicht beabsichtigt war (Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine & Ines Wlosnewski, 2016, S. 22/190). Möchte eine ungeplante Schwangerschaft nicht fortgeführt werden, darf in der Schweiz gemäss StGB Art. 119 Abs. 2 eine Schwangerschaft abgebrochen werden, wenn:

„Der Abbruch einer Schwangerschaft ist ebenfalls straflos, wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch eine zur Berufsausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird. Die Ärztin oder der Arzt hat persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.“

Dass Schwangerschaftsabbrüche innerhalb eines nahen Zeitraums zu einer vorangegangenen Geburt stattfinden, zeigt eine statistische Annäherung, des Kantons Waadt. Im Jahr 2012 wurden 17 und im Jahr 2014 22 Schwangerschaftsabbrüche innerhalb eines Jahres seit vorausgegangener Geburt durchgeführt (Stéphanie Lociciro & Brenda Spencer, 2013, S. 68 und Sophie Stadelmann, Lociciro & Spencer, 2016, S. 68). Das entspricht 2.7% (2012) respektive 3.7% (2014) der in diesen Jahren durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche im Kanton Waadt (Lociciro & Spencer, 2013, S. 68 und Stadelmann, Lociciro & Spencer, 2016, S. 68). Diese Werte können einen Hinweis für einen unerfüllten Bedarf an Kontrazeptiva aufzeigen (Christiane Dufey Liengme & Willemien Hulsbergen, 2019, S. 51-52). Die Autorin stellt ergänzend die Hypothese auf, dass diese Schwangerschaftsabbrüche ebenfalls einen Hinweis für einen unmet need for family planning darstellen könnten.

2.1.5 Sexuelle Gesundheit

Zur Erreichung von sexueller Gesundheit (vgl. Definition in Kapitel 1.2) aller Menschen in der Schweiz sind diverse Massnahmen nötig (EKSG, 2015, S. 3). Zur Strukturierung dieser Massnahmen wurden fünf Handlungsfelder definiert (ebd.). Zwei von diesen treffen auf die Intention dieser Arbeit zu. Im Handlungsfeld 2 geht es um die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von reproduktiver Gesundheit (ebd.).

So soll der Zugang zu Information, Beratung und Familienplanung inklusive Kontrazeptiva sichergestellt sein. Denn alle Menschen sollen selbstbestimmt entscheiden können: „(. . .) ob, wie, mit wem, wann und wie viele Kinder sie haben möchten“ (EKSG, 2015, S. 3).

Ebenfalls trifft Handlungsfeld 5, wobei es um die Bildung zu sexueller Gesundheit geht, auf diese Arbeit zu (EKSG, 2015, S. 4). Bildung zu sexueller Gesundheit ist zentral für selbstbestimmte und informierte Entscheidungen und stellt unter anderem eine Prävention für ungeplante Schwangerschaften dar (ebd.). Die Umsetzung dieser Handlungsfelder und die damit verbundenen Ziele sind teilweise aufgrund der starken Fragmentierung des schweizerischen Gesundheitswesens geschwächt (EKSG, 2015, S. 2). Die WHO (2018c) proklamiert, dass der Zugang zu Familienplanung nach einer Geburt zentral für die Wahrung von Gesundheit und der Menschenrechte von Frauen und ihren Kindern ist, wobei zum Beispiel auch Partner oder politische Entscheidungstragende in dieser Thematik involviert sein müssen.

Die qualifizierte Handlungsempfehlung für eine klient*innenzentrierte Beratung zur selbstbestimmten Kontrazeption im Wochenbett, die im Rahmen dieser Master-Arbeit formuliert wird, stellt eine niederschwellige Strategie zur teilweisen Umsetzung der zutreffenden Handlungsfelder dar.

2.1.6 Sexuelle Rechte

Nachfolgend werden diejenigen sexuellen Rechte aufgeführt, die im Rahmen dieser Arbeit tragend sind:

Artikel 2: „Das Recht auf Partizipation unabhängig von Geschlecht, Sexualität oder Gender“ (IPPF, 2009, S. 23). Im Rahmen der qualitativen Elterninterviews erhalten Eltern die Möglichkeit, bei der Erstellung einer qualifizierten Handlungsempfehlung mitzuwirken. Mit dem Ziel, dass zwar vielleicht nicht direkt ihr eigenes Wohlergehen, jedoch dem Wohlergehen anderer und deren sexuellen und reproduktiven Gesundheit geschaut wird. Die WHO (2014b) nennt die Partizipation im Rahmen der Umsetzung der Menschenrechte in Programmen rund um Kontrazeption ebenfalls (S. 21). So sollen unter anderem einzelne Personen aktiv involviert werden, um Angebote im Gesundheitswesen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit zu evaluieren oder wenn solche implementiert werden sollen (ebd.).

Artikel 5: „Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz“ (IPPF, 2009, S. 25). Alle Menschen haben das Recht das eigene sexuelle Verhalten frei zu gestalten, unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung jeder

einzelnen Person (IPPF, 2009, S. 25.). Zentral in dieser Arbeit ist dies der persönlich als passend empfundene Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs und die Wahl der Kontrazeption im Wochenbett. Familienplanung ermöglicht Menschen, selbstbestimmte Entscheidungen zur eigenen sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu treffen (WHO, 2018a). Jedoch sind hier als Hürde die Kosten von Kontrazeptiva zu nennen (WHO, 2014a, S. 3). Eine frei gewählte Strategie der Familienplanung kann durch die Kosten von Kontrazeptiva gehemmt werden (ebd.).

Artikel 7: „Das Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben“ (IPPF, 2009, S. 27). Der Zugang zur bestmöglichen sexuellen Gesundheitsversorgung soll allen Menschen zustehen, wobei Erfahrung wie wissenschaftlicher Fortschritt zum Tragen kommt (ebd.).

Artikel 8: „Das Recht auf Bildung und Information“ (IPPF, 2009, S. 28). Alle Menschen haben das Recht auf Zugang zu Informationen, um die eigene sexuelle und reproduktive Gesundheit sicherzustellen (ebd.). Dies beinhaltet beispielsweise das Wissen, wann Geschlechtsverkehr in einer Schwangerschaft resultieren kann (ebd.). So soll der Zugang zu medizinischem Wissen über Kontrazeptiva gewährleistet sein, was wiederum die sexuelle Gesundheit steigert (WHO, 2015, S. 31). Alle Entscheidungen im sexuellen und reproduktiven Leben sollen in freiem und informierten Einverständnis stattfinden (IPPF, 2009, S. 28).

Artikel 9: „Das Recht auf freie Entscheidung für oder gegen die Ehe und für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen“ (IPPF, 2009, S. 28). Alle Menschen haben das Recht auf Zugang zu Informationen, Bildung, Beratung, Dienstleistungen wie Mittel, die nötig sind für eine freie Familienplanung (ebd.). Wobei jede gewählte Methode der Familienplanung sicher, effektiv, akzeptabel und finanzierbar sein muss (IPPF, 2009, S. 29).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Autonomie im Kontext der Familienplanung meint, die Wahl zu haben, ob Fortpflanzung stattfinden soll, Zugang zu vollständiger und genauer Information haben sowie das bevorzugte Kontrazeptivum wählen zu können und wann dieses angewendet werden soll (WHO, 2014a, S. 3). Damit eine bestmögliche sexuelle und reproduktive Gesundheit erreicht werden kann, muss nebst anderem der Zugang zu Informationen und Dienstleistungen für Kontrazeption gewährleistet sein (WHO, 2014b, S. 14). Dies kann nur erreicht werden, wenn die Menschenrechte jeder einzelnen Person respektiert, geschützt und erfüllt werden

(WHO, 2014b, S. 1). Daraus resultierend hat die WHO (2014b) folgende Empfehlung für Informationen und Dienstleistungen zu Kontrazeption formuliert: keine Diskriminierung in der Versorgung, Verfügbarkeit, Zugang, Angemessenheit, Qualität, informierte Entscheidungsfindung, Privatsphäre wie Vertraulichkeit, Partizipation und Haftung (S.11). Qualität kann erreicht werden, wenn unter anderem aus verschiedenen Optionen von Kontrazeptiva gewählt werden kann, Informationen und Beratung verfügbar sind, Standards erfüllt sind oder auch, wenn eine gute zwischenmenschliche Beziehung vorliegt (WHO, 2014a, S. 23). Die in der Empfehlung genannte informierte Entscheidungsfindung ist äusserst zentral, da Autonomie darauf fusst, dass Entscheidungen frei, vollständig und informiert getroffen werden können (WHO, 2014a, S. 25). Die Informationen sollten durch ausgebildete Personen bereitgestellt werden, die darauf achten, dass die Informationen zum Beispiel präzise, verständlich, frei von Zwang und vollständig sind, was eine informierte Entscheidungsfindung ermöglichen soll (ebd.).

2.2 Stand des Wissens

2.2.1 Wiederaufnahme Geschlechtsverkehr nach der Geburt

Die Studien werden chronologisch ausgehend von der aktuellsten aufgeführt. Gewählt wurden Studien, die eine Aussage über die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr innerhalb eines Zeitrahmens von sechs Wochen nach der Geburt machen. Eine Stichprobe von > 100 untersuchten Personen musste erfüllt sein. Vernachlässigt wurde hingegen, ob es die Geburt des ersten Kindes oder eines weiteren Kindes war und ob es sich um eine vaginale Geburt oder einen Kaiserschnitt handelte. Weiter wurden alle frei zugänglichen Studien und Artikel unabhängig vom Land der Datenerhebung verwendet. Dies erfolgte auf der Grundlage, dass im Jahr 2019 rund 40% aller Lebendgeburten in der Schweiz von Ausländerinnen geboren wurden (BFS, 2020b), was die Internationalität der Daten rechtfertigt.

Alice C. Alum, Irene B. Kizza, Charles P. Osingada, Godfrey Katende und Dan K. Kaye (2015) fanden heraus, dass 21.6% der 105 Studienteilnehmerinnen innert sechs Wochen nach der Geburt wieder Geschlechtsverkehr hatten (S. 4). Auf eine praktisch identische Auswertung kam Kai Joachim Bühling (2014). Er konnte in einer Umfrage eruieren, dass innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt 21.5% der 3131 Wöchnerinnen wieder Geschlechtsverkehr hatten (Bühling, 2014, S. 87). M. Radziah et al. (2013) beschreiben in ihrer Studie, dass 37.4% der 265 Wöchnerinnen innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt den Geschlechtsverkehr wiederaufgenommen haben (S.

125). Eine weitere Studie fand heraus, dass der Geschlechtsverkehr 2 Wochen bis 11 Monate nach der Geburt wiederaufgenommen wurde, wobei der Median der 113 Eltern bei 1.9 Monaten lag (Lisa Pastore, Annette Owens & Colleen Raymond, 2007, S. 118). In ihrer Studie fanden Geraldine Barrett et al. (2000) heraus, dass 32% der 480 befragten Frauen innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt wieder Geschlechtsverkehr hatten (S. 189). In einer Befragung von 1075 Frauen acht Wochen nach der Geburt eruierte Cathryn M.A. Glazener (1997), dass der Median für die Wiederaufnahme respektive des Versuchs der Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr bei fünf Wochen nach der Geburt lag (S. 331). Die Autorenschaft Janet Shibley Hyde, John D. DeLamater, E. Ashby Plant und Janis M. Byrd (1996) ermittelten, dass 19% der 570 Paare innert einem Monat nach der Geburt wieder Geschlechtsverkehr hatten (S. 147).

2.2.2 Kontrazeption im Wochenbett

In einem nächsten Schritt wurde nach Studien recherchiert, denen Aussagen bezüglich angewendeter Kontrazeption im Wochenbett entnommen werden können. Ausgeklammert wurde hier ebenfalls, ob es die Geburt des ersten Kindes war oder nicht und ob es sich um eine vaginale Geburt oder einen Kaiserschnitt handelte.

Alum et al. (2015) beschreiben, dass 73.8% der Wöchnerinnen, die innert sechs Wochen nach der Geburt Geschlechtsverkehr hatten, verhütet haben (S. 6). Die Methode und ab welchem Zeitpunkt bleibt unbekannt. Radziah et al. (2013) fanden heraus, dass 46.9% der Wöchnerinnen verhütet haben, jedoch ist die Methode der Kontrazeption wie der Zeitpunkt deren Initiierung unbekannt (S. 127-128). Glazener (1997) beschreibt, dass die Frauen im Durchschnitt weniger als eine Woche vor der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs mit der Kontrazeption anfangen (S. 333). Der Median als mit der Kontrazeption begonnen wurde, lag bei fünf Wochen nach der Geburt (ebd.). Dieser Wert ist identisch mit dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme respektive des Versuchs der Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr im Wochenbett (Glazener, 1997, S. 331). Beim Spitalaustritt nach der Geburt hatten fast 25% der Wöchnerinnen noch nicht entschieden, wie sie vor hatten zu verhüten (Glazener, 1997, S. 333). Über die Art der Kontrazeption im Zeitfenster des Wochenbetts können der Studie (Glazener, 1997) keine Daten entnommen werden.

Es zeigt sich evidenzbasiert, dass Geschlechtsverkehr innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt wiederaufgenommen wird. Nichtsdestotrotz bekam die Kontrazeption ab Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs nach der Geburt und im Wochenbett bis jetzt

in wissenschaftlicher Hinsicht wenig Aufmerksamkeit.

2.2.3 Empfehlungen Beratungszeitpunkt

Bühling (2014) empfiehlt, dass eine Beratung bezüglich geplanter Kontrazeption bis zur Entlassung aus dem Spital nach der Geburt erfolgt sein sollte, um ungeplante Schwangerschaften zu vermeiden (S. 87/88). Ein weiterer Ansatz ist, dass innerhalb der ersten sieben Tage nach der Geburt jeder Wöchnerin eine Beratung durch die Hebamme zur Kontrazeption angeboten werden soll (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016, S. 25). Hierbei soll den Wöchnerinnen eine Wahl über alle Methoden der Kontrazeption gegeben werden, ergänzt mit allen Informationen, die sie benötigen, um eine persönlich passende Strategie wählen zu können (ebd.). Verfolgt wird stets die Absicht einer informierten Entscheidung durch die Wöchnerinnen selber (NICE, 2016, S.8). Falls eine Hebamme persönlich gegen den Einsatz von Kontrazeptiva ist, muss sie gewährleisten, dass die Beratung so schnell wie möglich durch eine andere Fachperson stattfindet (NICE, 2016, S. 29). Die FSRH (2017) stellt die Frage, ob diese Beratung nicht noch während der Schwangerschaft durchgeführt werden soll, um mehr Zeit und eine stressreduzierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen (S.11). Diese Überlegung wird gestützt vom Ergebnis einer schweizerischen Untersuchung, wobei über 90% der befragten Frauen es geschätzt haben, vor der Geburt zum Thema Kontrazeption im Wochenbett beraten zu werden, da dies erlaubte, eine überlegte Entscheidung zur Kontrazeption zu treffen (Christiane Dufey Liengme, Willemien Hulsbergen, Salomé Kolly, Fabienne Coquillat & Saira-Christine Renteria, 2018, zit. in Dufey Liengme & Hulsbergen, 2019, S. 53). Auch The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018) empfiehlt, dass bereits während der Schwangerschaft über die weitere Familienplanung und die damit verbundenen Möglichkeiten der Kontrazeption gesprochen werden soll (S. 140).

Leon Speroff und Daniel R. Mishell Jr. (2008) raten zu einer Beratung zur Kontrazeption drei Wochen nach der Geburt, unabhängig davon, ob eine Wöchnerin stillt oder nicht (S. 93). Lauren B. Zapata et al. (2015) fanden heraus, dass sich Kontrazeption im Wochenbett am nachhaltigsten erwies, wenn in der Schwangerschaft und im Wochenbett darüber beraten wird (S. 5). Das wiederum verhindert ungeplante und schnelle Folgeschwangerschaften (Zapata et al., 2015, S. 7). Zentral ist dabei, dass je früher eine Folgeschwangerschaft eintritt, desto höher liegt das Risiko für nachteilige Auswirkungen für Schwangere, Ungeborene wie Neugeborene (Laura Schummers et al., 2018, S. 1669).

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird einerseits die Datenerhebung erläutert und andererseits beschrieben, wie die erhobenen Daten zur Beantwortung der Fragestellung ausgewertet werden.

3.1 Datenerhebung

Zur Beantwortung einer Forschungsfrage ist eine qualitative Forschung indiziert, wenn nur wenig Vorwissen zum Untersuchungsgegenstand vorhanden ist (Patrick Heiser, 2018, S.31). Das Verstehen von sozialem Handeln und die methodisch kontrollierte Interpretation wird von Heiser (2018) als Ziel der qualitativen Forschung beschrieben (S.11). Ergänzend muss gemäss Aglaja Przyborski und Monika Wohlrab-Sahr (2014a) stets eruiert werden, ob die Arbeit auf Befragungsformen angewiesen ist, um das Ziel zu erreichen (S. 122). Um die Elternperspektive darstellen und verstehen zu können, sind Befragungsformen dringend nötig und andererseits wird soziales Handeln beleuchtet, was beides auf eine qualitative Forschung hinweist. Daraus resultierend ist ein qualitatives Verfahren für die Beantwortung der Fragestellung der Master-Arbeit grundlegend. Der Forschungsstand zur Kontrazeption bei Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs im Wochenbett ist äusserst lückenhaft, jedoch kann aufgrund der Literaturrecherche bestätigt werden, dass Geschlechtsverkehr im Wochenbett praktiziert wird (vgl. Kapitel 2.2.1 und 2.2.2). Aus diesem Grund soll ein exploratives Stimmungsbild zu den Einflussfaktoren und Bedürfnissen für eine selbstbestimmte Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive unter Einbezug der sexuellen Rechte generiert werden.

3.1.1 *Das problemzentrierte Interview*

Als Methode der Befragung wird das problemzentrierte Interview gewählt, da diese Form der Datenerhebung unter anderem objektiv individuelle Perspektiven erfassen will (Andreas Witzel, 2000, S. 1). Vorwissen der interviewenden Person kann für Frageideen während des Interviews genutzt werden (Witzel, 2000, S. 3+16). Die Kombination aus dem Nutzen des Vorwissens der interviewenden Person, ohne damit die Sichtweise der interviewten Person zu beschneiden, stellt laut Witzel (2000) eine hohe Anforderung dar (S. 17). Das Vorwissen darf nicht eingesetzt werden, um die Sichtweise der interviewten Personen zu sabotieren oder dass die erhobenen Daten bekannten Theorien angepasst werden (Witzel, 2000, S. 3). Zur Umsetzung des problemzentrierten Interviews braucht es einen Kurzfragebogen, einen Leitfaden, eine

Tonaufzeichnung der Interviews und Postskripte (Witzel, 2000, S. 5). Der Kurzfragebogen mit den für die Fragestellung der Master-Arbeit relevanten Sozialdaten (Witzel, 2000, S. 6) kann der *Tabelle 1* in Kapitel 3.1.4 entnommen werden. Ergänzend zu den Sozialdaten und Angaben zur letzten Geburt, wurde im Kurzfragebogen nach dem Stillverhalten in den ersten sechs Wochen nach der Geburt gefragt, um zielgerichtete Fragen zum Thema Stillen als Kontrazeptivum im Interview einfließen zu lassen (vgl. Anhang 1). Der Interviewleitfaden ist einerseits Kontrollinstrument während des Interviews, damit alles besprochen wird, was besprochen werden soll (Witzel, 2000, S. 8). Andererseits dient er als Rahmen, dass die Interviews vergleichbar sind (ebd.). Der Leitfaden sollte laut Cornelia Helfferich (2014): „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ (S. 560) aufgebaut sein. So ist der Leitfaden trotz angestrebter Offenheit, dennoch tendenziell zur Fragestellung hinlenkend (ebd.). Auch sind Ideen für Fragen darin formuliert, wobei hier insbesondere die Einstiegsfrage zentral ist (Witzel, 2000, S. 8). Die Einleitungsfrage soll zwar auf den Untersuchungsgegenstand lenken, jedoch so, dass die interviewten Personen uneingeschränkt antworten können (Witzel, 2000, S. 13). Mit ergänzendem Nachfragen, soll das Thema des Gesprächs so fest wie angestrebt eingekreist werden, um eine Vergleichbarkeit der Gespräche herstellen zu können (Witzel, 2000, S. 14-15). Während des Gesprächs muss die interviewende Person flexibel auf die interviewten Personen eingehen und Fragestellungen dem Erzählmuster anpassen (Andrea Kurz, Constanze Stockhammer, Susanne Fuchs & Dieter Meinhard, 2007, S. 473). Der vollständige Interviewleitfaden dieser Arbeit ist dem Anhang 2 zu entnehmen. Das mit einem Tonträger aufgezeichnete Interview erlaubt eine vollständige Transkription im Anschluss und die interviewende Person kann sich in vollem Umfang auf das Gespräch konzentrieren, ohne gleichzeitig ein Protokoll schreiben zu müssen (Witzel, 2000, S. 7). Postskripte werden direkt nach dem Interview erfasst, um Angaben zu beispielsweise nonverbalen Elementen des Gesprächs, thematische Auffälligkeiten u.v.m. festzuhalten (Witzel, 2000, S. 9 und Kruse, 2015, S. 264). Die detaillierten Postskripte zu den vier geführten problemzentrierten Interviews sind im Anhang 3 tabellarisch aufgeführt.

3.1.2 Vorgehen

Die Datenerhebung erfolgt anhand vier problemzentrierter Interviews mittels Leitfaden nach Witzel (2000, S. 8). Aufgrund der Corona-Situation können die Gesprächspartner*innen individuell wählen, ob das Interview mit persönlichem Kontakt oder online stattfinden soll. Für die online Interviews wird das gratis verfügbare

Programm Skype® genutzt, welches in Echtzeit Audio- und Videoübertragung bietet. Damit Eltern für die Interviews infrage kommen, müssen folgenden Voraussetzungen erfüllt sein: Die Interviewteilnehmenden müssen bereits das Wochenbett abgeschlossen haben, jedoch vor maximal zwölf Monaten Eltern geworden sein. Die Zeitspanne von sechs Wochen bis zwölf Monate soll eine zeitliche Nähe zum Untersuchungsgegenstand schaffen. Ergänzend soll die gesamte Schwangerschaftsbetreuung, Geburt und Nachsorge in der Deutschschweiz stattgefunden haben. Die zeitliche Nähe zur Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge wie die einheitliche Betreuung in der Deutschschweiz soll eine vergleichbare Basis für alle vier Gespräche generieren. Ob diese Personen zum ersten Mal Eltern wurden oder nicht, ist im Rahmen dieser Master-Arbeit gleichgesetzt. Das problemzentrierte Interview will die subjektive Perspektive einfangen und gleichzeitig den Fokus der Forschungsfrage im Blick behalten (Helfferich, 2014, S. 569). Für alle Interviews wird derselbe Leitfaden verwendet. Dies mit der Absicht, eine Vergleichbarkeit der Interviews zu erzielen, um verallgemeinernde Ergebnisse generieren zu können (Helfferich, 2014, S. 566). Die Interviews sind halbstrukturiert, weil zwar ein Leitfaden vorliegt, jedoch variiert bis auf die Einstiegsfrage die Formulierung der Fragen und die Reihenfolge der Fragen wird situativ gewählt (Philipp Mayring, 2015, S. 56). Die qualitative Sozialforschung rechtfertigt eine stark begrenzte Anzahl an Fällen unter anderem, weil auf diese Weise limitierte Zeit und Ressourcen genaue und umfassende Analysen ermöglichen (Heiser, 2018, S. 39). Für die Master-Arbeit bedeutet das, dass vier Gespräche mit sechs Personen geführt werden. Wichtig ist, dass die qualitative Interviewforschung ergebnisoffen vorgeht (Jan Kruse, 2015, S. 230). Hierfür ist es wichtig, dass nicht nur solche Personen für Interviews gewählt werden, welche die Sicht der interviewenden Person teilen (Kurz et al., 2007, S. 468). Aus diesem Grund werden für die Beantwortung der Fragestellung der Autorin unbekannte Personen interviewt, damit eine bewusste Verzerrung der Ergebnisse ausgeschlossen werden kann.

3.1.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Stichprobe zur freiwilligen Teilnahme am Interview erfolgte über drei Kanäle:

1. Mündliche Werbung durch Familie und Bekanntenkreis
2. Publikation eines Flyers auf der Facebook-Seite einer Hebammenpraxis mit fast 800 Mitgliedschaften
3. Schriftliche Bitte an persönliche Kontakte via SMS-Dienst, den Flyer im jeweils

eigenen Umfeld zu teilen/verbreiten

Die Beschreibung der beabsichtigten Zielgruppe, das Vorstellen der Interviewerin, das verfolgte Ziel und der Kontext des Gesprächs, die geplante Dauer des Interviews, die Zusicherung der Anonymität sowie die Tonbandaufzeichnung, waren bewusst gewählte Elemente im Flyer (Kurz et al., 2007, S. 469+472). Der Flyer kann dem Anhang 4 entnommen werden.

Zur Befragung durch Interviews sollten die ersten sechs Eltern gewählt werden, die sich auf den Flyer melden. Bei der Rekrutierung muss beim problemzentrierten Interview keine Zufallsstichprobe gewählt werden, da es laut Kurz et al. (2007): „(. . .) im Ergebnis nicht um repräsentative Aussagen, sondern um die Erhebung typischer Strukturen und Gegebenheiten geht“ (S. 468). Mit Einwilligung der Personen, die sich später gemeldet haben, wurden drei Einzelpersonen und ein Paar auf die Warteliste gesetzt. Alle Gespräche konnten wie vereinbart stattfinden, weshalb den Personen auf der Warteliste nach Beendigung der Gespräche abgesagt werden konnte. Ebenso wurden die drei Rekrutierungswege sistiert, als die Interviews erfolgreich abgeschlossen waren. Alle drei Rekrutierungswege führten zum Erfolg. Über Weg 1 konnte die Autorin mit einem Paar Kontakt aufnehmen. Über den im Internet aufgeschalteten Flyer zeigten sich ein Paar und zwei Einzelpersonen interessiert. Via den dritten Rekrutierungsweg meldeten sich drei Einzelpersonen und ein Paar.

3.1.4 Beschreibung der Stichprobe

Die vier problemzentrierten Interviews wurden mit sechs Personen im Alter zwischen 25 und 37 Jahren geführt. Alle leben in einer festen Partnerschaft oder Ehe und wurden zum Zeitpunkt des Gesprächs vor neun bis 26 Wochen zum ersten oder zweiten Mal Eltern. Alle Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt, wobei zwei Personen Hochdeutsch sprachen, jedoch Mundart problemlos verstanden. Die Teilnehmenden haben alle einen Beruf, wobei eine Person im medizinischen Bereich arbeitet. Dieses Interview hat sich jedoch thematisch nicht von den anderen drei Gesprächen unterschieden. Bei einer der zwei Einzelpersonen wollte der Partner nicht am Gespräch teilnehmen und der andere Partner hütete in der Zwischenzeit die Kinder. Die Tendenz zur Homogenität der Teilnehmenden war aufgrund des Zustandekommens der Stichprobe zufällig, jedoch durch die Einschlusskriterien begünstigt. Die Konsequenzen, die dennoch daraus resultieren, werden im Kapitel 6.3 besprochen. Durch die Gespräche konnte eine reiche Vielfalt an Sichtweisen und Antworten generiert werden.

Kurzfragebogen der interviewten Personen

Sozialdaten	Interview 1 (I-1)	Interview 2 (I-2)		Interview 3 (I-3)		Interview 4 (I-4)
Alter	35	25	33	36	31	37
Geschlecht	Cis ² -♀	Cis-♀	Cis-♂	Cis-♀	Cis-♂	Cis-♀
Anzahl Kinder	2	1	1	1	1	2
Feste Partnerschaft	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Wann letzte Geburt	17 Wochen	9 Wochen		14 Wochen		26 Wochen
Geburtsmodus	Vaginal	Vaginal		Vaginal, Vakuum		Geplanter Kaiserschnitt
Medizinischer Beruf	X					
Stillen	Nein	Voll gestillt		Teilweise gestillt		Innert 10 Tagen abgestillt

Tabelle 1: Kurzfragebogen der interviewten Personen

3.1.5 Reflexion der Datenerhebung

Zwei der vier Interviews wurden online geführt, was problemlos und ohne technische Schwierigkeiten ablief. Als Vorteil der online Interviewführung kann das ressourcenschonende Zeitmanagement genannt werden. Beide Gesprächsparteien konnten sich von zu Hause aus ins Programm einwählen und verloren keine Zeit durch die An- und Rückfahrt zum Ort des Gesprächs. Als Nachteil muss hier einerseits die reduzierte Möglichkeit der Einschätzung nonverbaler Kommunikation, insbesondere der Gestik und Körpersprache, genannt werden. Carol A. Tuttas (2015) beschreibt dies ebenfalls, wobei sie jedoch darauf hinweist, dass die Mimik, Haltung und körperliche Bewegungen bei der Verwendung von eingebauten Kameras erkennbar bleibt (S. 130). Diese Einschätzung kann im Kontext des zweiten online Interviews geteilt werden, als die Kamera mehr als nur den Kopf filmte. Andererseits setzt das Führen eines online Interviews eine gewisse Erfahrung im zwischenmenschlichen Beziehungsaufbau eines unbekanntem Gegenübers voraus, da die Interaktion miteinander begrenzt ist. So sollte

² Cis = Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht stimmt mit der persönlichen Geschlechtsidentität überein (TGNS, ohne Datum)

am Anfang eines jeden Interviews durch die interviewende Person eine entspannte und offene Stimmung als Basis geschaffen werden, damit sich die Interviewteilnehmenden öffnen (Harry Hermanns, 2000, S. 363). Diese angestrebte Absicht ist bei den online Interviews als deutlich herausfordernder zu bewerten. Jedoch scheint die Absicht der Autorin gelungen, da alle Interviewteilnehmenden als offen und erzählfreudig eingeschätzt werden können. Die freiwillige Teilnahme an den Interviews muss hier sicherlich als positive Grundvoraussetzung mitberücksichtigt und bewertet werden. Kai Dröge (2020) beschreibt, dass Smalltalk gut ist, um warm zu werden (S. 3). Da dies bei beiden Varianten der Interviewführung als Mittel eingesetzt wird, kann hier retrospektiv kein Unterschied zwischen den Interviews mit persönlichem Kontakt und den online Interviews ausgemacht werden. Im Gegensatz zu dem von Dröge (2020) erwähnten Bedenken, bewies sich das eingebaute Mikrofon im Laptop als sehr gut (S. 2). Verwendet wurden die integrierten Aufnahmefunktionen eines Smartphones, Laptops und Tablets, welche vorrangig während eines 45-minütigen Probeinterviews getestet wurden. Das Testen der Technik war ein hilfreicher Hinweis von Dröge (2020, S. 2). Beide Varianten der Interviewführung (persönlich und online) wurden identisch aufgezeichnet. Die Qualität der Aufnahmen war für alle vier Interviews hervorragend und für die Transkription bestens geeignet. Der gezielte Einsatz von online Interviews, spezifisch mit Skype®, kann für ein problemzentriertes Interview mit der gemachten Erfahrung aus zwei Interviews als Alternative zum persönlichen Gespräch offeriert werden.

Der Durchführungsort für die persönlichen Gespräche war frei wählbar. Ein Interview fand bei den zu interviewenden Eltern zu Hause statt und einmal in der Wohnung der Autorin. Beide Lokalitäten werden als gleich effektiv bewertet.

Allen Interviewteilnehmenden wurde im Vorfeld der Informationsbrief zum Datenschutz und die Einverständniserklärung (Kruse, 2015, S. 275-276) per Post zum Durchlesen zugesandt. Bei den zwei Interviews, bei welchen kein persönlicher Kontakt stattfinden sollte, war zusätzlich ein frankiertes und adressiertes Retourcouvert beigelegt. Diese Strategie erwies sich als sinnvoll und zeitschonend, da vor dem Start des Interviews nur noch allfällige Fragen geklärt werden müssen und keine Zeit zum Durchlesen der Dokumente eingeräumt werden muss. Jede Person konnte ohne zeitlichen Druck und ohne sich durch die Autorin beobachtet zu fühlen, die Dokumente vorrangig studieren.

3.2 Datenauswertung

3.2.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Die Datenauswertung soll mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) erfolgen, welche protokollierte Kommunikation systematisch, theoriegeleitet und nachvollziehbar analysiert (S.13). Dadurch wird das Ziel verfolgt, grosse Datenmengen zu destillieren, damit am Ende die tragenden Inhalte ersichtlich sind (Mayring, 2015, S. 85). Zwingend nötig ist, dass eine spezifische theoretisch begründete Fragestellung vorliegt (Mayring, 2015, S. 59). Bevor die angestrebte Datenauswertung begonnen werden kann, muss das Ausgangsmaterial bestimmt werden (Mayring, 2015, S. 54). Bei der Festlegung des Umfangs der Stichprobe können zum Beispiel ökonomische Voraussetzungen berücksichtigt werden (Mayring, 2015, S. 55). Für die Master-Arbeit bilden vier problemzentrierte Interviews den Umfang des zu analysierenden Materials. Die Stichprobe ergibt sich nach dem Modell der Zufallsauswahl (Mayring, 2015, S. 55). Bei der Bestimmung des Ausgangsmaterials muss auch zwingend nachvollziehbar sein, wie das Material zustande kam (ebd.). Erfüllt wird dies durch die Beschreibung der Rekrutierung und der Stichprobe in den Kapiteln 3.1.3 und 3.1.4, wie die Postskripte, welche in Anhang 3 aufgeführt sind. Abschliessend muss das aufgenommene Tonmaterial zu einem Text niedergeschrieben werden (Mayring, 2015, S. 55). Dieser Vorgang wird Transkription genannt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014b, S. 164). Das Tonmaterial wird vollständig und wörtlich auf Hochdeutsch niedergeschrieben, wobei jedoch Füllwörter, unvollständige wie sich wiederholenden Aussagen weggelassen werden (Mayring, 2015, S. 57). Ebenfalls erfasst, jedoch in Klammern gesetzt, werden zum Beispiel nonverbale Ausdrucksformen, Pausen im Redefluss oder auch Lachen (ebd.). Das wörtliche transkribieren ist ein wichtiges Element der qualitativen Forschung, um den Austausch zwischen der interviewenden und der interviewten Person festzuhalten (Tuttas, 2015, S. 130). Damit Zitate im Transkript wiedergefunden werden, wird mit einer Zeilennummerierung gearbeitet (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014b, S. 169).

3.2.2 Datenanalyse nach Mayring

Zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wird die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) verwendet (S. 70). Diese Technik verfolgt das Ziel, das Ausgangsmaterial soweit zu reduzieren, dass die ausschlaggebenden Komponenten herausgefiltert werden, jedoch der Charakter des

gesamten Materials erhalten bleibt (Mayring, 2015, S. 67). Nachfolgend werden die sieben Schritte des Ablaufmodells der zusammenfassenden Inhaltsanalyse beschrieben (Mayring, 2015, S. 70):

1. „Bestimmung der Analyseeinheiten“: Zuerst muss definiert werden, welches Material im Hinblick auf die Fragestellung ausgewertet und zusammengefasst werden soll (Mayring, 2015, S. 71). Für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung waren das alle Textstellen der Transkripte, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren.

2. „Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen“: Alle relevanten Textelemente werden in einheitlicher Sprache auf den Inhalt beschränkt umformuliert, was Paraphrasen generiert (Mayring, 2015, S. 71). Bei diesem Durchgang der Inhaltsanalyse wurden 220 Paraphrasen aus den Transkripten herausgearbeitet.

3. „Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus“: Die Paraphrasen müssen hinsichtlich des Abstraktionsniveaus der ersten Reduktion verallgemeinert werden, wobei die Kernaussagen bestehen bleiben müssen (Mayring, 2015, S. 71-72). Paraphrasen, die über dem Abstraktionsniveau liegen, werden belassen (ebd.).

Für die Master-Arbeit wurden die definierten Abstraktionsniveaus offen gehalten, damit initial viele Paraphrasen berücksichtigt und verallgemeinert werden konnten.

4. „Erste Reduktion“: Inhaltsgleiche Paraphrasen und jene, die keine Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung haben, können gestrichen werden (Mayring, 2015, S. 71-72). Jene Paraphrasen, die zentral scheinen, werden übernommen (ebd.).

5. „Zweite Reduktion“: Die bestehenden Paraphrasen werden in diesem Schritt erneut zusammengefasst und bei Bedarf werden Paraphrasen fusioniert (Mayring, 2015, S. 72). Auf diese Weise wurden die ursprünglichen Paraphrasen um rund 2/3 reduziert.

6. „Zusammenstellung Kategoriensystem“: Wenn die Reduktion des Datenmaterials abgeschlossen ist, werden die Paraphrasen in Kategorien gruppiert (Mayring, 2015, S. 71). Es muss kontrolliert werden, ob die Paraphrasen in den Kategorien das Ausgangsmaterial noch darstellen (ebd.).

7. „Rücküberprüfung des Kategoriensystems“: Zuletzt wird das zusammengefasste Datenmaterial mit dem Ausgangsmaterial überprüft (ebd.).

Dieser Ablauf kann solange wiederholt werden und die Abstraktionsniveaus spezifiziert werden, bis das angestrebte Mass an Reduktion erreicht ist, wobei der Blick auf die Repräsentation des Ausgangsmaterials nicht vergessen werden darf (Mayring, 2015, S. 71). Bei umfangreichen zu verarbeitenden Datenmengen können mehrere

Analyseschritte zusammenfallen (Mayring, 2015, S. 71). Anhang 5 ist die Tabelle zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse der vorliegenden Arbeit zu entnehmen, welche 15 fallübergreifende Kategorien aufführt.

4. Ergebnisse

Das durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring generierte fallübergreifende Kategoriensystem (vgl. Anhang 5) bildet die Grundlage dieses Kapitels. Den Subfragen der Master-Arbeit werden die einzelnen fallübergreifenden Kategorien zugeordnet (vgl. Anhang 6) und dienen der Darstellung der Ergebnisse, wobei der Reihenfolge der Kategorien keine Priorisierung obliegt. Die interviewten Personen werden mit I-1, I-2, I-3 und I-4 deklariert. Bei den Interviews mit zwei Personen wird bei Bedarf ergänzend ♀ respektive ♂ aufgeführt, damit nachvollziehbar ist, von welchem Elternteil eine Aussage stammt. Die zitierten Passagen aus den Transkripten, der mit Tonträgern aufgezeichneten Interviews, werden 1:1 im originalen Wortlaut übernommen. Die Zitate werden mit „Z.“ angegeben. Die zur Verdeutlichung der Ergebnisse verwendeten Zitate stellen Ankerbeispiele dar. Ankerbeispiele sind konkrete Textstellen, die eine Kategorie widerspiegeln (Christina Ramsenthaler, 2013, S. 31).

4.1 Einflussfaktoren der Entscheidung zur Art der Kontrazeption

Familienplanung (K1)

Das Thema Familienplanung wurde in allen Interviews als zentraler Einflussfaktor für die Art der Kontrazeption im Wochenbett genannt. Für beide Interviewpartnerinnen (I-1 und I-4), die mit der Geburt ihres zweiten Kindes die Familienplanung als abgeschlossen sehen, ist ein sicheres Kontrazeptivum absolut obligat. In diesem Zusammenhang erwähnt I-1 folgendes: „(. . .) wenn ich dann keine Kinder mehr haben möchte, möchte ich mich nicht nur auf das Kondom verlassen“ (Z. 65-66). Dieses Paar hat sich daher für eine Vasektomie entschieden, um mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keine ungeplante Schwangerschaft zu riskieren. In den Interviews 2, 3 und 4 wurde ausgesagt, dass die Familienplanung die Kontrazeption beeinflusst und je nach angestrebtem Intervall zwischen den Schwangerschaften das passende Kontrazeptivum gewählt wird. I-3-♀: „Wenn man die Pille absetzt, geht es im Normalfall schon ein Weilchen bis sich der Körper wieder darauf eingestellt hat, dass er wieder einen Zyklus hat. Dann stellt sich mir schon die Frage, ob es sinnvoll ist nach der Geburt wieder mit der Pille anzufangen, wenn in 1, 2 Jahren wieder vorhat schwanger zu werden“ (Z.

Ressourcen (K2)

Drei Ressourcen haben die Entscheidung für die Art der Kontrazeption im Wochenbett beeinflusst. Einerseits war dies ein aktiver Erfahrungsaustausch mit Kolleg*innen und in der Familie. Sowohl für I-1 als auch für I-4 waren diese Gespräche wegweisend für die Entscheidungsfindung. I-1: „(. . .) *ich habe andere Leute gefragt, wie sie es gemacht haben (. . .) Kollegen und Familie, was sie so für Sachen gemacht haben*“ (Z. 18-21). Oder I-4: „*Ich verlasse mich mehr darauf, es ist für mich wertvoller, wenn ich eine Referenz habe wie zum Beispiel meine Schwägerin, die ein ähnliches Leben hat wie ich. Mit dem kann ich mich identifizieren*“ (Z. 164-166). Eine zweite Ressource ist die aktiv seitens der interviewten Personen genannte Routine in der Anwendung des Kondoms (I-1, I-2 und I-4), was das Kondom zur Überbrückung wie als Standardkontrazeptivum niederschwellig einsetzbar macht. I-1: „(. . .) *wir haben vorher schon ein paar Jahre mit Kondom verhütet und es war immer ohne Probleme gegangen (. . .). (. . .) Und eigentlich war es für uns auch klar, dass wir zur Überbrückung eh mit dem Kondom machen*“ (Z. 63-64 & 97-98). I-2-♀: „(. . .) *es war für uns beide klar, weil wir schon vorher nur Kondom benutzt haben, dass wir es jetzt weiter so machen. Also wir wollten nicht auf eine neue Methode umstellen. (. . .) (. . .) weil wir noch mehr Kinder haben wollen und auch nicht allzu spät also ja macht es jetzt so wie keinen Sinn eine andere Verhütungsmethode zu benutzen*“ (Z. 10-12 & 270-272). I-4: „*Es gibt für alles ja einfach das Kondom. (. . .) Das Kondom ist uns gängig. (. . .) Ich dachte wir brauchen wieder das, bis etwas Neues kommt*“ (Z. 210, 212 & 213-214). Die dritte Ressource, welche aktiv eingesetzt wurde, war die Nutzung von Informationsquellen. Die Informationsquellen waren divers und wurden von allen unterschiedlich genutzt. Es gab keine Informationsquelle, die alle Interviewteilnehmenden einheitlich verwendeten. Das Internet wurde von I-1, I-3 und I-4 gebraucht, wobei sich der Einbezug des Internets bei der Wissensbeschaffung stark unterschied: akribisch durchforsten (I-1: „*Ich google immer alles*“ (Z. 218), gezielte Suche I-4 „(. . .) *ich habe wirklich wenig gegoogelt und mich im Internet schlau gemacht*“ (Z. 168) und zufälliges Lesen zu Kontrazeptiva (I-3: „(. . .) *dann war es auch mehr per Zufall. Ich habe nicht nach etwas gesucht (. . .)*“ (Z. 230). Eine Person stützte sich fest auf Fachliteratur (I-3-♀) und ein Paar (I-2) verwendete ausschliesslich das Fachwissen ihrer Hebammen als Informationsquelle. I-2-♀: „*Deswegen habe ich mich dann bewusst entschieden gar nicht zu recherchieren, sondern auf das Gespräch mit der Hebamme zu warten, die mir*

mehr sichere Informationen bieten kann (. . .)“ (Z. 201-204) und I-2- ♂: „(. . .) ich vertraue mehr dieser Person als dem Internet bei solchen Themen“ (Z. 256-257).

Ergänzend zum bereits beschriebenen Erfahrungsaustausch mit dem sozialen Umfeld, waren für I-1 und I-4 auch der bewusste Einbezug der Gynäkologin identisch.

Bei beiden Interviews mit beiden Eltern (I-2 und I-3), wurde explizit durch die Männer erwähnt, dass sie keinerlei aktive Recherche betrieben haben und ihren Partnerinnen in vollem Umfang vertrauen. I-2-♂: „(. . .) ich verlasse mich auf sie [Partnerin]“ (Z. 196-197). I-3-♂: „Ich gar nicht“ (Z. 225).

Zeitpunkt als Kontrazeption zum persönlichen Thema wurde (K3), Zeitpunkt als Kontrazeptivum festgelegt wurde (K4) und Zeitpunkt erster Geschlechtsverkehr (K5)

Der Zeitpunkt als sich die Eltern Gedanken machten über das Thema Kontrazeption, war unterschiedlich. Für ein Paar (I-3) war weder das Thema Kontrazeption, noch die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr nach der Geburt aktuell. Die Kontrazeption wurde durch den Gynäkologen angesprochen und der Entscheid fiel auf das bereits vor der Schwangerschaft verwendete Kontrazeptivum. I-3-♀: „Nein also ist es in der Beziehung nicht, logischerweise mit dem Frauenarzt, er hat das mal angesprochen. (. . .) Ich habe vorher die Minipille genommen und er hat gefragt, ob ich sie dann gern wiederhätte. Aber viel mehr haben wir eigentlich nicht darüber geredet“ (Z. 5-6 & 11-13).

Alle Interviewteilnehmenden haben sich übereinstimmend bereits vor der Nachkontrolle für ihr bevorzugtes Kontrazeptivum entschieden. Eine Gesprächspartnerin (I-1) befasste sich bereits in der Schwangerschaft mit dem Thema der Kontrazeption und zwei Paare (I-2 und I-4) machten sich vor dem ersten Geschlechtsverkehr Gedanken dazu. Die gleichen zwei Paare (I-2 und I-4) hatten vor der Nachkontrolle zum ersten Mal Geschlechtsverkehr nach der Geburt, weil sie Lust dazu hatten. I-2-♀: „Ganz spontan (. . .)“ (Z. 128). I-4: „Ich habe es als etwas relativ Unkompliziertes empfunden. Wenn wir wieder Lust haben, dann machen wir das“ (Z. 207-208). I-1 wartete im Gegenzug bewusst die Nachkontrolle ab, obwohl Lust auf Geschlechtsverkehr bereits vorher vorhanden war: „Ich habe mich zwar ganz schnell gut gefühlt und eigentlich ist es auch völlig unnötig [die Nachkontrolle abzuwarten], aber irgendwie, ja, war es dann so geplant“ (Z. 118-119).

Kontrazeption ab Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs (K6)

Weshalb ab Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs nach der Geburt Kontrazeption angewendet wurde, nannten die Interviewteilnehmenden folgende Beweggründe. Mit dem Verwenden des Kondoms als Überbrückung bis zur Durchführung der Vasektomie sollte eine Folgeschwangerschaft verhindert werden (I-1): *„(. . .) ich mache mir sehr viele Gedanken, eben über eine ungeplante Schwangerschaft und eben mir ist ganz klar, dass wenn man jetzt nicht richtig verhütet, dass ich dann danach ein drittes Kind habe. (. . .) Weil ich möchte nicht noch mal schwanger sein, das ist sicher, Punkt“* (Z. 268-270 & 329-330). Für I-4 war der Einsatz eines Kondoms beim Geschlechtsverkehr selbstverständlich, da eine Schwangerschaft immer möglich ist und bedacht werden muss: *„Es ist für mich sonnenklar. Ich habe das immer ernst genommen. Wenn ich kein Kind will, dann muss ich verhüten. Punkt. Eine Geburt ist weder für mich noch für meinen Partner eine Garantie. (. . .) Für mich ist das so selbstverständlich (. . .)“* (Z. 120-123 & 125). Für das Paar I-2 galt das Kondom als Infektionsprävention, als auch zur Verhinderung einer schnellen Folgeschwangerschaft. Obwohl die zukünftigen Pläne für die Kontrazeption unterschiedlich waren, verwendeten initial alle ein Kondom zum Schutz beim Geschlechtsverkehr. Die Verhinderung einer Folgeschwangerschaft war für alle sexuell aktiven Paare identisch, die ergänzende Verhinderung einer Infektion wurde nur in einem Interview genannt. I-2-♂: *„(. . .) ich habe mich daran erinnert, dass die Hebamme im Abschlussgespräch über Infektionen geredet hat (. . .)“* (Z. 150-152).

Wahl des Kontrazeptivums in der Paarbeziehung (K7)

Für zwei Paare war die Wahl des Kontrazeptivums eine Paarentscheidung (I-1 und I-4) und bei zwei Paaren hatte jeweils die Frau die Führung (I-2 und I-3). Alle vier Frauen hatten sich bereits vor der Nachkontrolle entschieden, wie sie fortan nach dem Wochenbett verhüten wollen. Bei I-1 war dies die „endgültige“ Vasektomie, bei I-2 das Kondom als bekannte Standardverhütung, bei I-3 die Minipille als geläufiges Kontrazeptivum und für I-4 ist es die Absicht, eine Spirale einzusetzen. Bei I-1 und I-4 suchten die Frauen jeweils das Gespräch mit ihren Partnern, um ihre Entscheidung zur Wahl des Kontrazeptivums zu besprechen. I-4: *„(. . .) wenn ich eine Vorstellung habe und wir haben die gleiche Vorstellung, dann sind wir uns relativ schnell einig“* (Z. 330-332). Bei I-2 und I-3 gab es keine konkreten Gespräche mit dem Partner, da so weiterverhütet werden sollte, wie vor der Schwangerschaft. Jedoch machte der Partner von I-2 den Vorschlag, mit dem Kondom zu verhüten, beim Geschlechtsverkehr nach der Geburt. Die Frau hatte entschieden, wie fortan verhütet wird, daran gedacht, hat

jedoch ihr Partner. Die Gründe für die Wahl des Kondoms sind unter K6 aufgeführt. Die Frau war im Wochenbett noch derart im Modus Schwangerschaft, in welchem keine Kontrazeption nötig war, so dass sie im Wochenbett vergass zu verhüten. I-2-♂: „(. . .) und dann habe ich dann eben vorgeschlagen. (. . .) Sie hat es vergessen. Weil wir haben dann in der Schwangerschaft uns anders verhalten“ (Z. 153 & 155-156). Während I-3 betonen, dass sie einen offenen Umgang in der Paarbeziehung haben, musste beim Entscheid fürs Kontrazeptivum nicht darauf zurückgegriffen werden. I-3-♀: „Ja ich würde jetzt mal sagen, Verhütung bei uns ist schon eher mein Thema. Als jetzt seins. (. . .) Und ich glaube er verlässt sich da darauf, dass ich da schon weiss, was ich mache“ (Z. 58-59 & 61-62). Demgegenüber steht I-1, die das Gespräch mit ihrem Partner als schwierig erlebt hat: „Es ist immer schwierig mit ihm darüber zu reden. (. . .) Er redet gar nicht gerne über solche Sachen. Aber ich, also ich nötige ihn eigentlich dazu, weil ich finde, ja es ist ein Thema, das uns beide angeht (. . .)“ (Z. 336-337 & 322-324).

Wann und durch wen wurde Kontrazeption in der Beratung thematisiert (K12)

Wann und durch wen Kontrazeption thematisiert wurde, war äusserst uneinheitlich. Bei allen wurde das Thema Kontrazeption in der Nachkontrolle besprochen, wobei hier zu beachten ist, dass zu diesem Zeitpunkt das Wochenbett bereits beendet ist. Durch wen die Beratung bei der Nachkontrolle zum Thema initiiert wurde, war verschieden. Einmal war dies die Hebamme (I-2) und zweimal der Gynäkologe respektive die Gynäkologin (I-3 und I-4). I-1 sprach das Thema von sich aus in der Nachkontrolle an. Ebenfalls wurde bei beiden stillenden Wöchnerinnen das Thema Kontrazeption im Kontext des weiblichen Zyklus durch die Hebamme aufgegriffen.

Ein vollständiges Fehlen an Beratung zur Notfallverhütung, wurde einheitlich in allen Interviews genannt.

Auch wurde im Rahmen der besuchten Geburtsvorbereitungskurse nicht über Kontrazeption gesprochen (I-1 und I-3). Während der Schwangerschaft wurde nur bei I-4 über Kontrazeption gesprochen. Hierbei ging es um die Möglichkeit einer Sterilisation direkt nach der Geburt: „Ich meine dort [Vorgespräch Kaiserschnitt] haben sie mich auch gefragt wegen der Unterbindung“ (Z. 287-288). Jedoch war sie von allen vier Frauen die einzige, die einen geplanten Kaiserschnitt hatte.

Bei I-2 wurde das Thema während dem Austrittsgespräch durch die Hebamme aufgegriffen. Bei I-1 und I-3 war dies der Gynäkologe respektive die Gynäkologin, die im Austrittsgespräch über Kontrazeption sprachen.

Während dem ambulanten Wochenbett thematisierte die Hebamme bei I-1 und I-4 die Kontrazeption.

Wann und durch wen wurde die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr in der Beratung thematisiert (K13)

Die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr nach der Geburt wurde uneinheitlich aufgegriffen. Bei I-1 wurde beim Austrittsgespräch durch den Gynäkologen respektive die Gynäkologin darüber gesprochen. Ergänzend erhielt sie eine Broschüre mit Informationen. Bei I-2 wurde über die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr in der Austritts- und der Nachkontrolle mit der Hebamme gesprochen. I-3 erhielten durch die Gynäkologin respektive den Gynäkologen bei der Austrittskontrolle Informationen zum Thema Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr und im ambulanten Wochenbett durch die Hebamme. Eine Broschüre mit Hinweisen erhielten sie nicht. I-4 konnte sich nicht erinnern, wann und ob das Thema durch eine Fachperson erwähnt wurde und ob es in einer Broschüre thematisiert wurde.

4.2 Bedürfnisse für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung

Persönliche Anforderungen ans Kontrazeptivum (K8)

Bei zwei Interviewpartnerinnen ist die Familienplanung abgeschlossen (I-1 und I-4). Für die Kontrazeption haben beide entgegengesetzte Bedürfnisse. So wählt I-1 die Vasektomie als definitive Kontrazeption. I-1 erwähnte mehrfach, dass es für sie problemlos möglich gewesen wäre, eine Pille verschrieben oder eine Spirale eingesetzt zu bekommen. Beratung zum Thema Vasektomie zu erhalten, gestaltete sich im Gegenzug erschwert. Nachfolgend ein längeres Zitat zur Ausgangslage von I-1: *„Also das mit der Pille wäre viel einfacher gewesen, (. . .) sie [die Gynäkologin] hätte mir die Pille in die Hand gedrückt und hätte gesagt so da (. . .). Die Spirale hat sie mir, war sie mir schon fast am reinmachen (lacht). Nein ich finde das ist immer so die Variation, die man sehr schnell, ja darüber informiert wird, gemacht wird. Und das sind wie so die einzigen zwei Optionen, ja, andere Optionen finde ich immer noch ein bisschen schwierig, dass sie [Fachpersonen] einem das anbieten. Ja, oder Informationen darüber geben“* (Z. 407-414).

I-4 wünscht sich im Vergleich die Spirale, welche standardmässig wieder entfernt wird. Sie äusserte in Bezug zur Sterilisation beim Kaiserschnitt: *„(. . .) ich habe mich dagegen entschieden. Ich finde die Vorstellung komisch, obwohl es [die Familienplanung] für mich abgeschlossen ist. Aber ich finde, wenn ich das anders*

machen kann, finde ich die Nicht-Endgültigkeit lieber“ (Z. 72-74). Für zwei war es sehr wichtig, dass das Kontrazeptivum hormonfrei ist (I-1 und I-2). Und sowohl I-2 (vgl. K2), als auch I-3 (vgl. K4) möchten die Kontrazeption so weiterführen wie vor der Schwangerschaft.

Gewünschter bedürfnisgerechter Beratungszeitpunkt (K9)

Der gewünschte bedürfnisgerechte Zeitpunkt für die Beratung, welche eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett ermöglicht, wird in den Interviews unterschiedlich angegeben. Bei I-2 haben beide Eltern eine andere Sichtweise auf den idealen Beratungszeitpunkt. Für I-2-♀ ist es während der Schwangerschaft oder beim Austrittsgespräch. Für ihren Partner wäre es die Nachkontrolle. I-2-♂ äussert: *„(. . .) nur aus Kuriosität während der Schwangerschaft, wenn es mal erwähnt wird umso besser, aber spätestens in der Nachkontrolle. Früher müsste es nicht sein, ja, würde ich sagen“ (Z. 235-237). Im Gegensatz sagte I-2-♀: „Für mich würde ich sagen entweder in der Schwangerschaft oder Austrittsgespräch“ (Z. 229-230). I-4 fände es am besten, wenn zum ersten Mal in der Schwangerschaft über Kontrazeption gesprochen, ein weiteres Mal beim Austrittsgespräch und abschliessend in der Nachkontrolle. Ein Vorteil sieht I-4 darin, dass wenn während der Schwangerschaft über Kontrazeption gesprochen wird, auch Möglichkeiten besprochen werden können, die direkt bei der Geburt respektive sehr zeitnah zur Anwendung kommen können, wie beispielsweise die Sterilisation. Bei einer ersten Beratung während der Schwangerschaft sehen I-3 als Vorteil, dass der Kopf frei ist und nicht von Gedanken zur Geburt überschattet ist. Sie wünschen sich, dass während des Austrittsgesprächs und dann während des ambulanten Wochenbetts das Thema erneut aufgegriffen und mit den Eltern besprochen wird. Im ambulanten Wochenbett sehen I-3 den Vorteil, dass die Hebamme sieht, wie eine allfällige Geburtsverletzung heilt und wie das Wochenbett vorangeht. Den Vorteil einer Beratung in der Schwangerschaft beschreibt I-3-♂ folgendermassen: *„Dann ist man noch eher fokussiert, interessiert, du weisst noch nicht genau was passiert bei der Geburt oder wie schlimm wird es“ (Z. 156-157). I-♀-3: „Ich finde auch, eigentlich wäre der richtige Zeitpunkt bevor das Kind kommt. Dass man schon Bescheid weiss, dass man kurz nachher wieder schwanger werden kann und ja vielleicht du dir schon im Vorfeld Gedanken machst“ (Z. 161-163). Wie I-2-♂ schätzt I-1 eine Beratung zum Zeitpunkt der Nachkontrolle ebenfalls als idealen Zeitpunkt ein. I-1 ist von der Stichprobe die einzige, die im Wochenbett bewusst auf Geschlechtsverkehr verzichtet hat, was eine Kontrazeption in dieser Zeit erübrigte.**

Jedoch projiziert auf andere Menschen, könnte sie sich vorstellen, dass dieser Beratungszeitpunkt bereits zu spät sein könnte. „(. . .) *aber eben, wenn man vorher Sex hätte, wäre das zu spät (. . .)*“ (Z. 476).

Gewünschte bedürfnisgerechte Wissensvermittlung (K10)

Alle interviewten Personen wünschen sich einstimmig, dass ihnen einerseits eine umfassende mündliche Beratung zu den Kontrazeptiva im Kontext der Familienplanung ermöglicht wird. Andererseits sollte nach der mündlichen Beratung eine kostenlose Broschüre zum Nachlesen ausgehändigt werden. In der Broschüre sollte die Kontrazeption im Allgemeinen dargestellt sein, mit klaren Hinweisen, was im Wochenbett möglich ist und stillfreundlich ist.

Im Unterschied zu allen anderen, wünschen sich I-2, dass konkret auf die Notfallkontrazeption eingegangen wird in der Beratung I-2-♂: „(. . .) *das wäre schon wichtig, damit man weiss im Falle, dass das [Kondompanne] passiert, ob das wie denkbar ist [Notfallverhütung] oder nicht, ob das gemacht werden darf oder nicht* (Z. 427-429). I-2-♀: „*Vor allem auch wegen dem Stillen, ob das überhaupt stillfreundlich ist (. . .)*“ (Z. 431).

Erlebte Fachkompetenz in der Kontrazeptionsberatung (K11)

Die Fachkompetenz der betreuenden Fachpersonen im Kontext der Kontrazeptionsberatung schätzten die Interviewteilnehmenden unterschiedlich ein. I-3 und I-4 erlebten alle Fachpersonen durchgehend als sehr kompetent. I-1 und I-2 nahmen die Fachkompetenzen der sie betreuenden Fachpersonen von Person zu Person unterschiedlich wahr. Die von I-1 als mangelhaft erlebte Fachkompetenz wurde wie folgt umschrieben: „*Ich habe (. . .) meine Frauenärztin gefragt wegen der Vasektomie und sie hat mir nicht mega geholfen. (. . .) Mein Mann hat dann sogar noch seinen Hausarzt noch gefragt (. . .) und auch der konnte ihm nichts sagen*“ (Z. 382-383 & 389-391).

4.3 Wahrnehmung und Umsetzung der sexuellen Rechte

Sexuelle Rechte (K14)

Zwei von sechs Personen (I-2-♀ und I-3-♂) sind die sexuellen Rechte als gestandener Begriff bekannt. Im Gegenzug waren die Menschenrechte allen Interviewteilnehmenden bekannt. Auch, diejenigen, die den Begriff ‚sexuelle Rechte‘ nicht kannten, konnten eine korrekte, wenn auch limitierte, alltagsspezifische Definition ableiten und

verbalisieren. Der in allen Interviews besprochene Artikel 9 der IPPF Erklärung: „Das Recht auf freie Entscheidung (. . .) für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen“ (IPPF, 2009, S. 28) sehen alle als erfüllt an. Angesprochen auf den 9. Artikel, antwortete I-4 folgendes: *„Ich weiss was mir gut tut und was wir alle brauchen. Deshalb habe ich es sehr selbstbestimmt empfunden und hoch professionell (. . .)“* (Z. 379-381). In dieser Aussage ist erkennbar, wie die Artikel der sexuellen Rechte ineinander übergehen. Mit dieser Antwort hat sie gleichzeitig signalisiert, dass ebenfalls Artikel 5 erfüllt wurde, welcher auf die persönliche Selbstbestimmung eingeht (IPPF, 2009, S. 25). Die selbstständige, jedoch unbewusste Umsetzung der ihnen zustehenden sexuellen Rechte in der Beratung wurde in zwei Interviews deutlich. Die Artikel 7 und 8 der IPPF Erklärung (2009) wurden angewendet, welche für folgendes stehen: in Artikel 7 geht es unter anderem um das Recht auf Gesundheit und wissenschaftlichen Fortschritt (S. 27) und in Artikel 8 um das Recht auf Bildung und Information (S. 28). Im Dialog äusserte I-2-♀, dass sie mit vorbereiteten Fragen zur Kontrazeption zum Nachgespräch ging: *„(. . .) ich hatte das auf meiner Liste mit den Fragen“* (Z. 84). Auch I-1 nannte, dass sie mit der Absicht zur Nachkontrolle ging, konkrete Fragen durch die Gynäkologin beantwortet zu haben. Zentral ist hier zu nennen, dass die Selbstbestimmung von I-1 in der Wahl ihrer Kontrazeption gewährleistet war. Auch wenn die Vasektomie nicht dem Standardprozedere ihrer Gynäkologin entsprach, wurde I-1 ihre Strategie nicht ausgedrückt. Folglich kann Artikel 5 (IPPF, 2009, S. 25) als umgesetzt gewertet werden. I-3 würden retrospektiv nach dem problemzentrierten Interview mehr Informationen zur Kontrazeption haben wollen, da niemand alle Möglichkeiten der Kontrazeption angesprochen hat und sie das Gefühl haben, nicht frei entschieden zu haben. Dementsprechend sind Artikel 5, 7 und 8 der sexuellen Rechte (IPPF, 2009, S. 25, 27, 28) im Nachhinein beschnitten. I-3-♀ meinte im Interview: *„Nein, habe ich nicht das Gefühl [frei entschieden haben zu können]. Es hat uns niemand die ganze Palette von A - Z aufgetischt und mal gezeigt und erklärt, was es alles gibt“* (Z. 521-522). Ergänzend äusserte I-3-♂: *„Man wurde nicht aufgeklärt, was alles da ist. Was entwickelt wird“* (Z. 529). Hätten sie dies bereits zum Beratungszeitpunkt so wahrgenommen und für sie relevant eingeschätzt, meinen sie, wären sie jedoch zu für sie wichtigem Wissen gekommen. I-4 sieht sich im Bereich Kontrazeptionsberatung lückenlos gut beraten, bis auf die fehlende Information zur Spiraleinlage direkt bei der Geburt. Da dies aber im Spital, an welchem sie geboren hat nicht angeboten wird, relativiert sich diese Beratungslücke wieder für sie. Keine der

sechs Personen hat während der Betreuung durch die Fachpersonen bewusst ihre sexuellen Rechte in Anspruch genommen.

Eintritt Folgeschwangerschaft (K15)

Die bewusste oder unbewusste Mithilfe bei der teilweisen Umsetzung eines sexuellen Rechts der Eltern, scheint unter Fachpersonen gängig zu sein. Es handelt sich um den Teil des Artikels 9, in welchem es um den Zeitpunkt der Geburt eines Kindes geht (IPPF, 2009, S. 28). In drei von vier Interviews beschrieben die Teilnehmenden, dass der Hinweis zur Möglichkeit einer schnellen Folgeschwangerschaft in der Beratung durch die Fachpersonen aufgegriffen wurde. Was das jedoch für die Kontrazeption bedeutet, wurde nie besprochen. Wie der Artikel 9 (IPPF, 2009, S. 28) selbstbestimmt gestaltet sein könnte, wurde durch die Fachpersonen gegenüber den Eltern nicht thematisiert.

I-1 schilderte es folgendermassen: „(. . .) *die haben das so oft gesagt, aber ich glaube sie haben nicht über die Verhütung geredet*“ (Z. 147-148). Oder I-3-♀: „(. . .) *ich glaube das erwähnen alle ziemlich schnell, dass man halt schnell wieder schwanger werden kann*“ (Z. 80-81).

Ein Elternpaar (I-2) musste aktiv nachfragen, zu welchem Zeitpunkt eine Folgeschwangerschaft eintreten kann.

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Elternbefragung mit der Fachliteratur verglichen und diskutiert. Ergänzend wird ein zusätzliches Ergebnis aus der Elternbefragung reflektiert.

5.1 Einflussfaktoren der Entscheidung zur Art der Kontrazeption

Der Stand der Familienplanung wurde als Einflussfaktor für die Entscheidung zur Art der Kontrazeption beschrieben. Unabhängig davon, ob die Familienplanung abgeschlossen ist oder noch weiterer Nachwuchs vorstellbar ist, verhüteten alle Eltern bei der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs respektive hatten dies vor. Die verschiedenen Zukunftspläne beeinflussten die Wahl der Kontrazeptiva. In der Stichprobe lag kein unmet need for family planning (WHO, ohne Datum) vor, da alle Eltern verhüteten. Die reproduktive Absicht und das Verhütungsverhalten der Interviewteilnehmerinnen waren demnach kongruent und wiesen keine Diskrepanz auf (ebd.).

Die von der Stichprobe verwendeten Informationsquellen zur Wissensgenerierung waren divers. Zwei von vier Parteien haben gezielt im Internet zum Thema Kontrazeption recherchiert. Im Vergleich haben in der Schweiz im Jahr 2019 64% der 15- bis 88-jährigen Personen im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht (BFS, 2020a). Das Medium Internet zur Wissensbeschaffung kann als relevant eingeschätzt werden, da es für die Beschaffung von Gesundheitsinformationen in den letzten Jahren zunehmend häufiger genutzt wurde. Zwischen den Jahren 2010 und 2019 stieg diese explizite Nutzung des Internets von 42% auf 64% an (BFS, 2020a).

Zwei der Eltern hatten bereits wieder Geschlechtsverkehr im Wochenbett. Für sie war die Wahl der Kontrazeption in dieser Zeit klar. Das Austrittsgespräch diente I-2 ergänzend zum Vorwissen als Erinnerung. Die Eltern verfügten über das Wissen, dass Kontrazeption im Wochenbett indiziert ist. Sie entschieden sich für das ihnen bekannte Kondom. Der Einflussfaktor für die Wahl der Kontrazeption im Wochenbett stellt hier das Einbringen von Ressourcen dar. Die Ressource der Eltern war ihr Vorwissen zum Thema Zyklus und die Möglichkeiten der Kontrazeption. In den Interviews wurde aktiv geäußert, dass die Anwendung eines Kondoms bekannt ist und Erfahrung vorhanden ist. Das im Rahmen der problemzentrierten Interviews eruierte Vorwissen der Eltern, dass Kontrazeption notwendig ist, wenn im Wochenbett Geschlechtsverkehr wiederaufgenommen wird, darf nicht verallgemeinernd vorausgesetzt werden. Es liegen keine allgemeinen Daten zum Zykluswissen von Eltern während dem Wochenbett vor. Glazener (1997) fand heraus, dass acht Wochen nach der Geburt 16.4% noch nicht verhüteten (S. 333). Der Studie von Glazener (1997) kann nicht entnommen werden warum, wann und wie die Eltern verhüteten respektive dies nicht taten.

Es kann keine Aussage gemacht werden, ob fehlendes respektive ungenügendes Wissen zur Notwendigkeit von Kontrazeption im Wochenbett, Anwendungsfehler der Kontrazeptiva im Wochenbett oder unmet need for family planning Gründe für die im Kanton Waadt dokumentieren Schwangerschaftsabbrüche (vgl. Kapitel 2.1.4) innerhalb eines Jahres seit der letzten Geburt waren (Lociciro & Spencer, 2013, S. 68 und Stadelmann, Lociciro & Spencer, 2016, S. 68). Es darf hierbei nicht verkannt werden, dass statistisch dokumentierte Zahlen zeigen, dass 21.5% (Bühling, 2014, S. 87) bis 37.4% (Radziah et al., 2013, S. 125) der Eltern innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt den Geschlechtsverkehr wiederaufnehmen.

Bei zwei Elternpaaren (I-1 und I-4) beeinflusste der Austausch mit dem persönlichen sozialen Netz die Entscheidung zur Art der Kontrazeption. Der Austausch beeinflusste jedoch nicht die Wahl für die Kontrazeption im Wochenbett, sondern für die Zeit

danach. So fördern soziale Kontakte zum Beispiel persönliche Fähigkeiten, Lebenssituationen bewältigen zu können (BFS, ohne Datum, b).

Ein weiterer Einflussfaktor stellt die Anforderung an ein Kontrazeptivum dar. Dieses soll den persönlichen Vorstellungen entsprechen. Die Ansprüche der Interviewteilnehmenden waren vielfältig. So waren hormonfreie, quasi irreversible, einfach reversible, langaktive, bekannte oder auch neue Kontrazeptiva gewünscht. In allen Interviews wurde der Eindruck gemacht, dass alle gewählten Kontrazeptiva für sie verfügbar sind. Die Kosten eines Kontrazeptivums wurden ebenfalls in keinem Gespräch thematisiert. Die Annahme, dass diese Grundvoraussetzung auf alle in der Schweiz lebenden Personen zutrifft, kann als nichtzutreffend beschrieben werden. Die Tatsache, dass in der Schweiz in aller Regel die Finanzierung von Kontrazeptiva Privatsache ist, wurde bereits beschrieben (comparis.ch, 2018). Die freie Wahl der Kontrazeptiva wird einerseits durch die damit verbundenen Kosten beschnitten (WHO, 2014a, S. 3). Andererseits wird im Kontext von Asylsuchenden beschrieben, dass die Wahl für ein Kontrazeptivum auch gehemmt ist, wenn der freie Zugang zu Information behindert ist (SGCH, 2017, S. 3).

Die Tatsache, dass Kontrazeptiva selber finanziert werden müssen und nicht alle in der Schweiz lebenden Personen einen sichergestellten Zugang zu diesen haben, wird seit Jahren immer wieder auf politischer Ebene in der Schweiz thematisiert. Es wurden bereits diverse Vorstösse eingereicht, wobei nachfolgend drei aktuelle aufgeführt werden. Vorstösse sind Handlungsinstrumente des Parlaments um neue Massnahmen, neue Rechtsbestimmungen, Auskünfte oder Berichte zu erwirken (parlament.ch, ohne Datum). Postulate und Motionen sind zwei mögliche Arten eines Vorstosses (ebd.).

Im Postulat 18.4228 fordert Yvonne Feri (2018), dass der Zugang zu Verhütung für alle garantiert sein muss. Mathias Reynard (2019) fordert in der Motion 19.3197 die Förderung des Zugangs zu Verhütungsmitteln für junge Menschen. Oder Samira Marti (2019) in der Motion 19.3660 die Aufnahme von Verhütungsmitteln in den Grundkatalog der Krankenversicherung. Der Bundesrat empfiehlt alle drei Vorstösse abzulehnen, wobei ebenfalls alle drei noch nicht in den Ratssitzungen behandelt wurden und deren Status noch offen ist. Die Ablehnung des Postulats von Feri (2018) begründet der Bundesrat unter anderem folgendermassen: Zwar wisse der Bundesrat, dass einerseits durch die fehlende staatliche Finanzierung von Kontrazeptiva deren Zugang für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen erschwert ist. Andererseits erfolge die Unterstützung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, Sozialhilfebeziehenden, Flüchtlingen oder auch Jugendlichen durch die Kantone uneinheitlich (ebd.). Jedoch,

schreibt der Bundesrat, seien Möglichkeiten zur Verbesserung bekannt und eine weitere Abklärung zum Thema daher als nicht gewinnbringend einzuschätzen (Feri, 2018). Die EKSG (2015) fordert klar ganzheitliche Strategien im Bereich sexuelle Gesundheit (S. 2). Die Ablehnung der Motion 19.3197 von Reynard (2019) erörtert der Bundesrat unter anderem damit, dass es der persönlichen Verantwortung obliegt, dass es nicht zu ungeplanten Schwangerschaften kommt. Die Motion von Marti (2019), welche die Aufnahme von Verhütungsmitteln in den Katalog der Grundversicherung beabsichtigt, soll gemäss der Stellungnahme des Bundesrats unter anderem zurückgewiesen werden, weil Kontrazeptiva (Pille und Spirale) nicht der Prävention und Therapie von Krankheiten dienen und keine Leistung der Mutterschaft darstellen. Leistungen der Mutterschaft sind über die obligatorische Krankenversicherung gemäss KVG vom 18. März 1994, SR 832.10 Art. 29 geregelt (vgl. Kapitel 2.1.1). Wie in der Stellungnahme zum Postulat 18.4228 (Feri, 2018) nennt der Bundesrat ebenfalls zur Motion 19.3660 (Marti, 2019) die Möglichkeit der Unterstützung durch die Kantone und Gemeinden in finanziellen Notsituationen. Auch schreibt der Bundesrat, dass in der Schweiz Kondome leicht verfügbar sind und diese nicht nur vor ungeplanten Schwangerschaften schützen, sondern auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten (Marti, 2019). Dass bei diesem Kontrazeptivum ein Abhängigkeitsverhältnis der Frau von ihren Partnern vorliegt (Eva Cignacco et al., 2017, S. 55), wird bei der Erklärung des Bundesrats ausser Acht gelassen.

Bei der Hälfte der Eltern war der Entscheid für die Art der Kontrazeption ein Paarentscheid und bei der anderen Hälfte entschieden nur die Frauen. Eine Interviewteilnehmerin äusserte genau in diesem Bereich einen Konflikt mit ihrem Partner. Obwohl schlussendlich die Entscheidung als Paar getroffen wurde, seien Gespräche mit ihrem Partner zum Thema Kontrazeption jeweils schwierig. Auch müssten Gespräche immer durch sie initiiert werden. I-1: „*Es ist immer schwierig mit ihm [Partner] darüber zu reden*“ (Z. 336-337). Solchen Konstellationen versucht die Sensibilisierungskampagne der SGCH entgegenzuwirken mit dem Ziel, dass die Rolle der Männer Aufmerksamkeit erlangt und Kontrazeption nicht nur eine Frauensache ist (Christine Sieber & Daniela Enzler, 2019 S. 1). Es soll Gleichberechtigung erreicht werden in der Vermeidung von ungeplanten Schwangerschaften (ebd.). Dies wird erzielt, indem Männer sich beispielsweise Informationen zum Thema beschaffen, das Gespräch mit der Partnerin suchen und ihr zuhören, oder auch Beratungstermine gemeinsam angetreten werden (Sieber & Enzler, 2019, S. 2).

Der Zeitpunkt und das Setting, in welchem mit einer Fachperson über Kontrazeption und den ersten Geschlechtsverkehr nach der Geburt gesprochen wurde, lässt keinen Einfluss auf die Entscheidung zur Art der Kontrazeption der Stichprobe vermuten. Ebenfalls kein Einflussfaktor für die Art der Kontrazeption scheint die Prävention vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu sein. In keinem der Interviews ging es um sexuell übertragbare Krankheiten, wie HIV. Seitens der Autorin wurde dieses Thema nicht explizit in den Fragen aufgegriffen. Gleichzeitig wurde es in keinem der Interviews in irgendeiner Form Teil einer Antwort. Eine Überlegung hierzu ist, dass alle Interviewteilnehmenden in einer exklusiven Beziehung leben und sexuell übertragbare Krankheiten keine Rolle bei der Art der Kontrazeption zu spielen scheinen.

5.2 Bedürfnisse für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung

Damit eine selbstbestimmte Entscheidung zur Kontrazeption möglich ist, formulieren Eltern das Bedürfnis, dass ihre Wünsche und Vorstellungen ernstgenommen werden und von Fachpersonen eine umfassende Beratung erfolgt. Die WHO (2014a) steht dafür ein, dass Informationen zur Kontrazeption durch ausgebildete Personen erbracht werden (S. 25). Selbst wenn ein Kontrazeptivum bis dato zufriedenstellend war, wird seitens der Eltern eine erneute Bedürfnisklärung erwünscht, damit weitere Optionen Erwähnung finden. So äusserte zum Beispiel I-2-♀, welche hormonfrei verhüten möchte und erst in der Nachkontrolle das Thema stillen im weiblichen Zyklus aufgegriffen wurde, folgendes: „(. . .) vielleicht kenne ich doch gar nicht alles. Das wäre noch interessant zu wissen. Ja, dass wir noch mehr darüber sprechen und eben doch schon vorher wissen wie lange ich dann Schutz habe [durch das Stillen] und ja wie sicher das ist“ (Z. 334-340). Oder auch I-3-♀ äusserte: „Es hat uns niemand die ganze Palette von A - Z aufgetischt und mal gezeigt und erklärt, was es alles gibt“ (Z. 521-522). Die BZgA (ohne Datum) schreibt im Bereich der Frauengesundheit, dass Gesundheitsinformationen sich nach den individuellen Bedürfnissen, der aktuellen Lebenslage, der Lebensweise oder auch gesundheitlichen Voraussetzungen richten müssen.

Der ideale Beratungszeitpunkt konnte in den Interviews nicht einheitlich festgesetzt werden. Dementsprechend sollte während unterschiedlichsten Zeitpunkten durch die Fachperson angeboten werden, über Kontrazeption im Wochenbett zu sprechen. Zeitpunkte bilden die Schwangerschaft, das Austrittsgespräch nach der Geburt und das Wochenbett. Eine Beratung zur Kontrazeption in der Nachkontrolle betrifft nicht mehr

die Periode des Wochenbetts. Die FSRH (2017, S. 11) wie die ACOG (2018, S. 140) schreiben, dass die Beratung in der Schwangerschaft erfolgen sollte, um Stress und Druck für die Entscheidungsfindung herabzusetzen. Diese Sichtweise teilen vier der sechs Elternteile.

5.3 Wahrnehmung und Umsetzung der sexuellen Rechte

Die Interviewteilnehmenden machten durchwegs einen selbstbewussten Eindruck und äusserten, bei Unklarheiten zu Antworten kommen zu wollen und kommen zu können. Dabei wurde ohne bewusstes Denken an die sexuellen Rechte vorgegangen. Hier soll das Zitat von Fred Sai, dem ehemaligen Präsidenten der IPPF herangezogen werden, welches folgendermassen lautet: „A right is not a right, if it is unknown“ (Daniel Kunz, 2017, S. 6). Dementsprechend kann ein zustehendes Recht per Zufall in Anspruch genommen und umgesetzt werden. Wenn ein Recht jedoch bekannt ist, kann es zielgerichteter eingefordert werden. Den Eltern fielen erst in der Reflexion der erlebten Beratungspraxis im Rahmen der problemzentrierten Interviews Bedürfnisse und Lücken auf, welche im Moment der Beratung nicht so eingeschätzt wurden. Ein Laie steht immer in Abhängigkeit zur Fachperson. Die Interaktion zwischen einer Fachperson und der empfangenden Person ist stets asymmetrisch (Paola Origlia Ikhilor et al., 2017, S. 62). Die kompetente Beratung sollte sich immer nach den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen richten und situativ angepasst werden. Das Ziel sollte Empowerment sein, um jede einzelne Person in die Lage zu versetzen, Entscheidungen so zu treffen, dass die Kontrolle über das eigene Leben vergrössert wird (quint-essenz, 2016). Empowerment der Frauen ist grundlegend für die Familienplanung (UNFPA, 2018). So wurde in drei der vier Interviews nachdrücklich erwähnt, dass zwar immer wieder erwähnt wurde, dass eine Folgeschwangerschaft schnell eintreten kann. Wie diese bereits zu Zeiten des Wochenbetts verhindert werden kann, wurde jedoch nicht thematisiert.

5.4 Reflexion zusätzlicher Erkenntnis der Elternbefragung

Nachfolgend wird ein Ergebnis der Elternbefragung reflektiert, welches zusätzlich zu den Subfragen herausgekommen ist.

Mehrfach wurde der gesunde Menschenverstand im Bereich Kontrazeption genannt oder auch, dass gewisse Dinge logisch seien. Besonders auffällig war dies bei der Notfallkontrazeption. Zwei zitierte Reaktionen auf die Frage zum Vorhandensein einer Beratung zum Thema Notfallkontrazeption im Wochenbett werden als Ankerbeispiele

bewertet, wobei I-4 ihre Perspektive im Verlauf relativiert.

I-3-♀: „Wir sind ja nicht mehr 16. Wahrscheinlich geht er [Gynäkologe] davon aus, dass wir schon wissen, dass es das gibt“ (Z. 278-280). I-3-♂: „Wenn jetzt zwei 16-, 17-jährige werdende Eltern dort gestanden wären, dann ja, aber bei über 30-jährigen sagen, dass es eine Pille danach gibt. Also ich möchte mich nicht, also ich kenne mich überhaupt nicht aus bei dieser Thematik, aber dass ein Kondom gibt, eine Pille gibt, eine Spirale gibt, Pille danach gibt. Ja das sollte gesunder Menschenverstand ab einem gewissen Alter muss man das nicht mehr erwähnen“ (Z. 283-288).

I-4: „Nein das hat niemand konkret gesagt. Das hätte ich jetzt auch abgeleitet, dass es sowieso ein Thema sein muss, wenn das Kondom reisst. Also da ich davon ausgehe, dass man jederzeit ein Kind bekommen kann. Das wäre mir klar gewesen, dass man dann etwas angehen muss. Das ist mir klar seit ich 15 Jahre alt. (lacht) Das hat jetzt nichts mit der Geburt zu tun. (. . .) Ich würde es absolut nicht absprechen, dass man darauf hinweist. Weil es gibt Leute, die denken nach der Geburt oder mit stillen [ist es nicht möglich schwanger zu werden]“ (Z. 112-116 & 123-124).

Dass dies für alle Eltern zum gesunden Menschenverstand gehört, wäre eine falsche Annahme in der Beratung, da nicht alle in der Schweiz lebenden Personen den gleichen Bildungsstand vorweisen und den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Auch die Ressource an Wissen zu kommen, ist nicht für alle Personen als gegeben zu bewerten. In diesem Zusammenhang können beispielsweise asylsuchende Frauen genannt werden, deren Versorgung im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit limitiert ist (Cignacco et al., 2017, S. 12). Cignacco et al. (2017) fanden in ihrer Studie heraus, dass sich Barrieren im Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit insbesondere in der perinatalen Zeit zeigen, was Frauen und deren Säuglinge zu einer benachteiligten vulnerablen Gesellschaftsgruppe machen (S. 12). Die Perinatalperiode bezieht sich auf den Zeitraum ab der 24. Schwangerschaftswoche bis sieben Tage nach der Geburt (Psyhyrembel Redaktion, 2016). Im Kapitel 5.2 Bedürfnisse für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung wird nun aber genau dieser Zeitraum als empfohlener Zeitpunkt für eine stressverminderte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption aufgeführt. Origlia Ikhilor et al. (2017) fanden im Rahmen qualitativ geführter Interviews zudem heraus, dass es für Migrantinnen, die sich mit der geburtshilflichen Fachperson nicht in einer gemeinsamen Sprache unterhalten können, schwierig ist, das komplexe schweizerische Gesundheitswesen zu verstehen und die vorhandenen Betreuungsangebote einschätzen zu können (S. 9). Auch fühlten sie sich oft als das Objekt von fremden Entscheidungen (ebd.).

Dass für die einen interviewten Eltern die Notwendigkeit für Kontrazeption im Wochenbett mit dem gesunden Menschenverstand erklärt werden konnte, könnte mit einem guten Wissen zum weiblichen Zyklus erklärt werden. Möglicherweise weist das auf eine Unterrichtssequenz im regulären Schulunterricht oder in der Sexualpädagogik hin. Auch könnte die Kontrazeption in der Sexualerziehung im Elternhaus besprochen worden sein. Im Rahmen der Interviews wurde nicht näher darauf eingegangen, wie die Eltern diesen gesunden Menschenverstand entwickelt haben. Gesunden Menschenverstand in medizinischen Belangen vorauszusetzen, schätzt die Autorin aus professioneller Perspektive als diskriminierend ein. Diskriminierung hinsichtlich der sexuellen Rechte kann sich zeigen, wenn Dienstleistungen im Bereich der sexuellen Gesundheit nicht für alle gleich ist (IPPF, 2009, S. 18).

6. Schlussfolgerungen

Im letzten Kapitel der Master-Arbeit wird auf der Grundlage der beschriebenen Subfragen die definierte Hauptfrage *„Wie gestaltet sich eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive?“* beantwortet. Danach werden die geführten problemzentrierten Interviews reflektiert und Grenzen der Master-Arbeit erörtert. Bevor als Abschluss der Ausblick und offene Forschungsfragen beschrieben werden, wird die Handlungsempfehlung für die Beratung dargestellt und erklärt.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Ergebnisse zeigen, dass es diverse Punkte gibt, wie sich eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive gestaltet.

Im Zentrum der Entscheidung steht der aktuelle Stand der Familienplanung, das heisst ist diese abgeschlossen oder ist eine weitere Schwangerschaft geplant. Daraus resultiert unter anderem auch die Anforderung an ein Kontrazeptivum. Soll es hormonfrei, quasi irreversibel, einfach reversibel, langaktiv oder natürlich sein? Auch möchten die Eltern nicht per se auf die von vor der Schwangerschaft bekannte Art der Kontrazeption zurückgreifen, selbst bei positiven Erfahrungen. Späth et al. (2017) schreiben, dass die sexuelle Aktivität oder auch Kinderwunsch bei Fragen rund um die Kontrazeption tragend sind und sich im Verlauf eines Lebens ändern (S. 14). Für den schweizerischen Verhütungsbericht wurden dennoch nie Daten zum Kinderwunsch erfasst (ebd.). Bei den zwei Elementen Familienplanung und Wünsche an ein Kontrazeptivum kristallisiert

sich die unabdingbare Dringlichkeit heraus, dass alle Eltern wie auch Elternteile isoliert als Individuen erkannt werden müssen. Die Eltern respektive Elternteile müssen sich über ihre Bedürfnisse im Klaren sein oder werden. Von den Fachpersonen wird erwartet, dass sie diese Bedürfnisse erfragen oder helfen diese herauszufinden.

Der Einbezug des theoretischen und praktischen Vorwissens der Eltern hat ebenfalls einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung zur Art der Kontrazeption. So hat die Vertrautheit mit einem Kontrazeptivum ebenso einen Einfluss wie negative Erfahrungen, die nicht wiederholt werden möchten. Wenn im Wochenbett gestillt wurde, war auch das Sicherstellen, dass das Kontrazeptivum stillfreundlich ist, ein zentrales Kriterium.

Das soziale Umfeld wurde zu Rate gezogen. Es wurde in verschiedenen Medien recherchiert. Beides half nebst dem persönlichen Vorwissen beim Entscheidungsfindungsprozess. Der Fokus bei der Involvierung des sozialen Umfelds lag jedoch nicht bei der Kontrazeption im Wochenbett, sondern erst bei der Zeit danach. Ein Grund liegt hierbei, dass beispielsweise die mit der Familie (I-4) besprochene Spirale als Kontrazeptivum gemäss Zimmermann (2018) erst acht Wochen nach einem Kaiserschnitt eingesetzt werden kann und zu diesem Zeitpunkt das Wochenbett bereits abgeschlossen ist (S. 6).

Ein weiterer Punkt wie sich eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive gestaltet, ist der Zeitpunkt, wann darüber beraten wird. Eine Schwierigkeit ist hier, dass der ideale Zeitpunkt von Elternpaar zu Elternpaar variiert und selbst Elternteile unterschiedliche Ansichten haben, wann der ideale Zeitpunkt ist. Die Beratung soll dann stattfinden, wenn die Eltern ein offenes Ohr fürs Thema haben. Entscheidend scheint hier, dass Eltern sich Zeit für die Entscheidungsfindung wünschen. Dadurch können sich Informationen, die bei der Beratung besprochen werden, besser setzen. Zeit ermöglicht auch, dass unter Umständen weiter recherchiert und ein Austausch in der Partnerschaft stattfinden kann. Ausserdem kann bei Bedarf das soziale Umfeld nach deren Erfahrungen befragt werden. Die Eltern können sich durch Zeit und ohne Stress über die eigenen Wünsche klarwerden. Eine fachlich korrekte kostenlose Broschüre, die durch die beratende Fachperson ausgehändigt wird, soll in Ergänzung zur mündlichen Beratung als Nachschlagewerk dienen. Gewünscht wird ein Überblick über alle in Frage kommenden

Optionen zu erhalten, die den individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen entsprechen. Dies stellt die Basis dar, auf welcher die Entscheidung getroffen wird. Die Broschüre soll umfassend, zeitgemäss und unabhängig der Vorlieben der beratenden Person gestaltet sein.

Cignacco et al. (2017) fanden jedoch heraus, dass spezifische Bedürfnisse von Frauen im Hinblick auf sexuelle Gesundheit oft das Fachwissen und die Kompetenzen von Betreuungspersonen übersteigen (S. 54). Was die gute Ausbildung von Fachpersonen im Gesundheitswesen zentral macht für Erfolge in der Familienplanung (WHO, 2018b). Ungenügend ausgebildete Fachpersonen sind nicht fähig zutreffende Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen (WHO, 2015, S. 18). Fachpersonen, die im Bereich der sexuellen Gesundheit beraten, müssen gezielt ausgebildet werden (ebd.).

Von der Fachperson soll zwingend geklärt werden, wer beim Gespräch dabei sein soll. Eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung kann unter Umständen beschnitten sein, wenn unerwünschte Personen an einem Gespräch teilnehmen und das Stellen von offenen Fragen nicht möglich ist. Es darf nicht vorausgesetzt werden, dass alle Eltern einen offenen Umgang miteinander haben. Privatsphäre und Vertraulichkeit in der Kontrazeptionsberatung muss gewährleistet werden (WHO, 2014b, S. 18). Fachpersonen sollen Gelegenheiten schaffen, dass ein Gespräch unter vier Augen möglich ist (FSRH, 2017, S. 8). Ebenso darf nicht angenommen werden, dass alle Eltern die Ressource haben, ohne die Unterstützung von Fachpersonen an Wissen zu kommen. Wenn nun Fachpersonen explizites Fachwissen fehlt, sollte durch sie die Triage an weitere Fachpersonen übernommen werden oder zumindest den Kontakt für die Triage zur Verfügung gestellt werden. Die Triage der Eltern mit kompetenten Fachpersonen kann die selbstbestimmte Entscheidungsfindung positiv beeinflussen.

Für eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett aus der Elternperspektive, braucht es eine klare Erklärung für den Begriff Wochenbett. Da Geschlechtsverkehr nach der Geburt grundsätzlich aufgenommen werden darf, wenn es für das Paar stimmig ist (Zimmermann, 2016, S. 25), muss der weibliche Zyklus und die Möglichkeit des Eintritts einer Folgeschwangerschaft in dieser Zeit, erklärt werden. Die Kontrazeption im Wochenbett unterscheidet sich unter Umständen von der Kontrazeption für die danach folgende Zeit. Auch hier zeigt sich die Dringlichkeit, dass durch die Eltern verstanden werden muss, welche Möglichkeiten sie im Wochenbett zur Kontrazeption haben und was indiziert ist. So muss beispielsweise während des Lochialfluss immer ein Kondom verwendet werden (Zimmermann, 2018, S. 5).

In den Interviews zeigte sich mehrfach, dass die durch die Eltern selbstbestimmten Entscheidungen zur Kontrazeption auf die Zeit nach dem Wochenbett abzielten. Je nach gewählter Kontrazeption ergibt sich daher ein zweiphasiger Entscheidungsprozess für die Eltern. Einerseits muss eine Entscheidung für das Wochenbett erfolgen und andererseits für die Zeit, die folgt. Für die Beratung ist es ausserordentlich wichtig, dass die Eltern und die Fachperson von derselben Periode sprechen, Wochenbett und danach. Nicht vernachlässigt werden darf, dass je nach Kontrazeptivum die Kontrazeption im Wochenbett gleichzusetzen ist mit der Zeit danach. Was in der Nachkontrolle zum Thema Kontrazeption besprochen wird, betrifft nicht mehr das Wochenbett. Eine Beratung zur Kontrazeption im Wochenbett kann dementsprechend nicht in der Nachkontrolle stattfinden. Damit Eltern eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett gestalten können, ist es zwingend, dass sie verstehen, über welche Lebensphase sie eine Entscheidung zu treffen haben. Ist diese Voraussetzung gegeben, ist die Entscheidungsfindung von individuellen Bedürfnissen, Vorstellungen, Wünschen, Erfahrungen und Ressourcen geprägt.

Eine Strategie, wie eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung der Eltern zur Kontrazeption im Wochenbett erreicht werden kann, ist der qualifizierten Handlungsempfehlung für die Beratung in Kapitel 6.4 zu entnehmen.

6.2 Reflexion der Interviews

Im Kapitel 3.1.5 wurde bereits die Datenerhebung reflektiert. Nachfolgend wird die gewählte Methode und die anschliessende Auswertung der erhobenen Daten analysiert.

Das problemzentrierte Interview mit seiner halbstrukturierten Vorgehensweise (Mayring, 2015, S. 56) erwies sich als förderlich für die Bearbeitung der Forschungsfrage. So war es im Rahmen der problemzentrierten Interviews erlaubt, bei Bedarf konkret nachzufragen, um eine Vergleichbarkeit der Gespräche herzustellen (Witzel, 2000, S14-15). Geholfen hat hierbei der sorgfältig ausgearbeitete Interviewleitfaden (Witzel, 2000, S. 8), damit in allen Gesprächen im Wesentlichen das Gleiche besprochen wird. Dass alle Teilnehmenden der Interviews entweder Schweizerdeutsch oder sehr gut Hochdeutsch sprachen, ermöglichte detaillierte Schilderungen ihrer Sichtweisen und klar verständliche Antworten. Da es sich beim Thema der Master-Arbeit um ein Themengebiet handelt, welches qualitativ wenig erforscht ist, sind die umfassenden subjektiven Sichtweisen der Zielgruppe äusserst gewinnbringend für die vorliegende Arbeit und wegweisend für weitere Forschung.

Die Rekrutierung gestaltete sich effizient. Es vergingen rund drei Wochen von der

ersten Interviewanfrage bis zum Führen des letzten Gesprächs. Jedes Interview wurde an einem separaten Tag durchgeführt. Die zeitliche Nähe zwischen den einzelnen Interviews wird als positiv gewertet, da die geführten Gespräche aktuell und im aktiven Bewusstsein der Autorin waren. Die Befürchtungen vor der Rekrutierung, dass die Thematik zu intim und persönlich sein könnte oder sich die Anonymität der Autorin nachteilig auswirkt, können retrospektiv als nichtig eingeschätzt werden.

Das Wissen darüber, dass während Interviews Gefühle der Ausbeutung seitens der Autorin zur interviewten Person ausgelöst werden können, war hilfreich (Hermanns, 2000, S. 366). Dieses unguete Gefühl der interviewenden Person beruht darauf, zu aufdringlich zu sein und jemandem zu nahe treten zu können (ebd.). Der Autorin hat es geholfen über die Möglichkeit solcher Gefühle Bescheid zu wissen, um diese während dem Gespräch einordnen zu können. Gefühle der Ausbeutung kamen während den Interviews latent auf, konnten jedoch problemlos reguliert werden. Tragend war hierbei das Wissen, dass sowohl die Teilnahme am Interview freiwillig war, wie auch die Beantwortung aller Fragen.

Ebenfalls achtete die Autorin sorgfältig darauf, dass ihr Vorwissen nicht auf die Interviewteilnehmenden übertragen wurde oder an Theorien angepasst wurde (Witzel, 2000, S. 3). Dass keine vorrangige Beziehung zu den Interviewteilnehmenden Bestand, wird in diesem Kontext als förderlich eingestuft, da keine Vermutungen existierten, die die problemzentrierten Interviews hätten steuern und beeinflussen können. Es wurden vier Interviews mit sechs Personen geführt. Retrospektiv wäre es sinnvoller gewesen, dass die Partner von I-1 und I-4 auch mit dabei gewesen wären und nur Einzelinterviews mit alleinstehenden Eltern geführt worden wären.

Hätten die Partner von I-1 und I-4 nicht gewollt, hätten weitere Interviewteilnehmende rekrutiert werden müssen. Die Begründung liegt darin, dass die jeweiligen Partner keine Stellung zu den Aussagen ihrer Partnerinnen beziehen konnten. Die Autorin muss sich auf die Korrektheit der erhobenen Aussagen verlassen. So zeigte sich beispielsweise in den Paarinterviews, dass sich zwei Personen an mehr oder auch an unterschiedliche Informationen erinnern.

Die umfassende Ausgangsmenge der transkribierten Daten wurde anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) aufbereitet (S. 85). Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. Kapitel 3.2.2) war zeitintensiv und weniger ressourcenschonend wie angenommen. Diese Einschätzung wird von Ramsenthaler (2013) geteilt, welche hierzu deutlich schreibt: „Es handelt sich

um einen iterativen Prozess, der Zeit und Geduld braucht“ (S. 34). Dennoch überstieg das übersichtliche Ergebnis der Datenauswertung, welches für die Beantwortung der Fragestellung verständlich war, die negativen Faktoren. Die für die Beantwortung der Fragestellung gewählten Methoden werden als geeignet, zielorientiert und nachvollziehbar eingeschätzt.

Bei problemzentrierten Interviews wird die Absicht verfolgt, gängige Strukturen aufzuzeigen und nicht die Repräsentativität der Ergebnisse (Kurz et al., 2007, S. 468). Die erhobenen Ergebnisse geben einen Eindruck der sechs interviewten Personen hinsichtlich ihrer gewählten Strategien für die Kontrazeption im Wochenbett. Sie repräsentieren nicht alle Personen, die in der Schweiz leben und zur Zielgruppe gehören. Nachfolgend werden daraus resultierende Limitierungen der Master-Arbeit erläutert.

6.3 Limitierungen der Master-Arbeit

Limitierungen der Master-Arbeit sind, dass die Stichprobe homogen bezüglich Verständigung, Bildungsstand und sozioökonomischem Status war. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass bereits diese Eltern eine grosse Diversität aufweisen, welche in den Ergebnissen dargestellt werden konnte.

Eine weitere Limitierung ist, dass sich nur wenige Studien mit der Kontrazeption im Wochenbett befassen. Qualitative Studien, welche sich mit der Elternperspektive auseinandersetzen, haben bis dato in der Fachwelt wenig Aufmerksamkeit bekommen.

6.4 Qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratung

Die Handlungsempfehlung für eine klient*innenzentrierte Beratung in der Praxis ist die Konklusion aus den Ergebnissen der Interviews, Studien und Fachliteratur. Sie basiert einerseits auf der auf Stufe zwei durchgeführten Partizipation (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019, S. 4) im Rahmen der vier geführten Interviews. Andererseits auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, welcher mithilfe der Literaturrecherche eruiert wurde. Der Leitfaden zur Handlungsempfehlung für die Beratung basiert auf fünf Punkten. Alle fünf Punkte der Handlungsempfehlung können als gezielte Strategie bei der Umsetzung der Handlungsfelder der EKSG (2015, S. 3-5) gewertet werden, vgl. Kapitel 2.1.5.

Entscheidungsfindung

Für eine selbstbestimmte klient*innenzentrierte Entscheidungsfindung in der Kontrazeptionsberatung ist die oberste Priorität, die Eltern ins Zentrum der Beratung zu rücken. Die Wünsche der Eltern müssen wahrgenommen werden (Cleland et al., 2015,

S. 161). Die Interviews haben gezeigt, dass die Bedürfnisse an die Kontrazeption divers sind und nicht durch die Fachperson vorangenommen werden können. Lebenspläne und Wünsche für die weitere Familienplanung müssen besprochen werden (ACOG, 2018, S. 142). Den Eltern sollen informierte Entscheidungsfindungen ermöglicht werden (WHO, 2014a, S. 19). Hierfür muss die beratende Fachperson medizinische und soziale Faktoren, die für die Wahl des Kontrazeptivums relevant sind, in die Beratung einbinden (FSRH, 2017, S. 7).

Beim Modell der informierten Entscheidung (informed decision) entscheiden die zu beratenden Personen alleine, da sie die eigenen Präferenzen kennen (Michelle Gerber, Esther Kraft & Christoph Bosshard, 2014, S. 1885). Bei der Abwägung können das soziale Umfeld oder auch andere Fachpersonen involviert werden (ebd.). Die Beratung zu verschiedenen Strategien erfolgt auf Fachwissen und Erfahrung sowie einer neutralen, anschaulichen und ethischen Vorgehensweise der Fachperson (ebd.). Die Informationen sollten durch ausgebildete Personen bereitgestellt werden, die darauf achten, dass die Informationen präzise, verständlich, frei von Zwang und vollständig sind, damit eine informierte Entscheidungsfindung möglich ist (WHO, 2014a, S. 25).

Die klient*innenzentrierte Kontrazeptionsberatung soll jede Person befähigen, eine persönlich stimmige Entscheidung zu treffen. Eine freie Entscheidung ohne Zwang muss gewährleistet sein (FSRH, 2017, S. 5). Dies kann durchaus bedeuten, dass keine Kontrazeption gewählt wird.

Eltern müssen durch die Fachpersonen informiert werden, dass sie zu jedem Zeitpunkt während der Schwangerschaft und dem Wochenbett Fragen zum Thema Kontrazeption im Wochenbett stellen dürfen.

Selbstbestimmung in der Entscheidungsfindung kann ergänzend gewahrt werden, wenn der passende Zeitpunkt für die Beratung gewählt wird.

Zeitpunkt der Beratung

Wann der ideale Zeitpunkt für die Kontrazeptionsberatung ist, kann nicht für alle Personen einheitlich definiert werden. Um alle Bedürfnisse abzufangen, muss eine Vorgehensweise gewählt werden, die frühzeitig beginnt. Da der erste Geschlechtsverkehr nach der Geburt in der Regel spontan stattzufinden scheint, muss Wissen zur Kontrazeption vorher besprochen werden. Nachfolgend sind vier als chronologisch zu wertende Beratungszeitpunkte und deren Begründung aufgeführt.

1. Der ideale erste Zeitpunkt um über Kontrazeption im Wochenbett zu sprechen,

ist rund sechs Wochen vor der Geburt im Rahmen einer Schwangerschaftskontrolle. Hier soll einerseits über die Notwendigkeit eines (Frauen-)Kondoms während des Lochialflusses aufgeklärt werden. Andererseits soll über den weiblichen Zyklus nach einer Geburt informiert werden. Eltern sollen die Information erhalten, dass ein Intervall von weniger wie einem Jahr zur vorangegangenen Schwangerschaft mit nachteiligen Auswirkungen für Ungeborene, Neugeborene und Schwangere assoziiert ist (Schummers et al., 2018, S. 1669). Von grosser Relevanz ist hier, dass die Eltern verstehen, was das Wochenbett ist und dass über Kontrazeption für diese Zeit nach der Geburt gesprochen wird. Wenn der Beratungsbedarf für die Zeit danach auch bereits besteht, kann dies situativ in die Beratung einfließen. Der Wissensstand und die Bedürfnisse der Eltern müssen in der ersten Beratung eruiert werden. Zum Abschluss sollen die Eltern eine für Laien verständliche kostenlose Broschüre und den Link für die Internetseite (vgl. den Punkt **Hilfsmittel**) erhalten.

Die Eltern sollen rechtzeitig informiert werden, dass das Thema Kontrazeption im Wochenbett bereits in der Schwangerschaftskontrolle aufgegriffen wird. Die Eltern erhalten so die Gelegenheit, sich darauf einzustellen, da sie andernfalls vielleicht nicht damit rechnen. Eltern erhalten die Chance, sich vorrangig zur Schwangerschaftskontrolle Gedanken zum Thema zu machen. Sie haben Zeit, zu entscheiden, wer zum Gespräch kommen soll und ob der Bedarf besteht, eine Vertrauensperson oder Fachperson zum Übersetzen mitzunehmen. Wenn bereits in der Schwangerschaft darüber gesprochen wird, sollten Eltern in der Regel genug Zeit haben, eine Entscheidung zu treffen bezüglich Kontrazeptiva, die direkt nach der Geburt Anwendung finden. Falls Fragen zur Kostendeckung vorhanden sind, besteht Zeit für die Klärung.

In Geburtsvorbereitungskursen, die während der Schwangerschaft von Hebammen durchgeführt werden und von den Eltern freiwillig besucht werden, sollte das Thema Kontrazeption im Wochenbett ebenfalls verallgemeinert behandelt werden.

2. Der zweite reguläre Beratungszeitpunkt ist zirka vier Wochen nach der ersten Beratung. Für Schwangere, die einen geplanten Kaiserschnitt haben, kann das zweite Gespräch im Rahmen des Operations-Aufklärungsgesprächs stattfinden, für alle anderen Schwangeren bei einer regulären Schwangerschaftskontrolle. Der zweite Beratungstermin während der Schwangerschaft ist wichtig, um all jene Eltern zu erreichen, die ein Kontrazeptivum wünschen, das direkt nach der

Geburt oder sehr früh im Wochenbett beginnt, und unter Umständen noch das Spital informiert werden muss. Bei jenen Eltern, die bereits beim ersten Gespräch wissen, dass sie stillen als Kontrazeption wählen und/oder das (Frauen-)Kondom brauchen möchten, soll die Fachperson sich vier Wochen später erkundigen, ob sich in der Zwischenzeit Fragen ergeben haben.

Der zweite Beratungstermin in der Schwangerschaft dient zum Klären von Fragen. Der Termin kann aber auch zum ersten Gespräch werden, falls Eltern vier Wochen vorher noch nicht über das Thema reden wollten. Wird das erste Beratungsgespräch geführt, ist darauf zu achten, dass die Eltern die kostenlose Broschüre und den Hinweis zur Internetseite erhalten.

3. Beim Austrittsgespräch nach der Geburt müssen bekannte wie neu aufgetretene medizinische Aspekte der Wöchnerin erkannt und besprochen werden, die die Wahl des Kontrazeptivums beeinflussen könnten (FSRH, 2017, S. 16). Fragen sollen geklärt werden und je nach gewählter Kontrazeption das Kontrazeptivum noch vor dem Austritt gestartet werden oder ein ärztliches Rezept ausgestellt werden. Wenn das Gespräch ausserklinisch stattfindet, muss die Hebamme bei Bedarf triagieren. Falls noch keine Beratung stattgefunden hat, soll dies während dem Austrittsgespräch erfolgen mit der Abgabe der kostenlosen Broschüre und den Verweis zur Internetseite. Es muss die Chance genutzt werden, dass die Wöchnerin beim Austrittsgespräch in Kontakt mit Fachpersonen ist (Zapata et al., 2015, S. 6). Ob eine ambulante Wochenbettbetreuung zu Hause stattfindet, kann nicht vorausgesagt werden. Im stationären Setting des Austrittsgesprächs wäre zudem die Involvierung eines Übersetzungsdienstes attraktiver wie in der ambulanten Nachsorge (vgl. den Punkt **Verständigung**).
4. Wenn eine Hebamme oder Pflegefachperson das ambulante Wochenbett betreut, kann zwei Wochen nach der Geburt ein Gespräch zur Kontrazeption angekündigt werden. Die Eltern sollen die Möglichkeit haben, sich Gedanken zu machen und sich zu organisieren. Der Zeitpunkt ergibt sich aus der Tatsache, dass drei bis vier Wochen nach der Geburt theoretisch die erste Ovulation stattfinden kann (Zimmermann, 2018, S. 5) und die Eltern daran erinnert werden sollen. Ergänzend soll die Information an die Eltern getragen werden, dass ab 21 Tagen nach der Geburt bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr die Notfallkontrazeption indiziert ist, wenn keine Schwangerschaft beabsichtigt

wird (FSRH, 2017, S.17).

Sechs Wochen nach der Geburt endet das Wochenbett (Geist, 2007, S. 427) und folglich auch die Beratung zur Kontrazeption im Wochenbett. Bei der Nachkontrolle befasst sich die Kontrazeptionsberatung nicht mehr mit dem Wochenbett. Zapata et al. (2015) beschreiben, dass Kontrazeption im Wochenbett am nachhaltigsten angewendet wurde, wenn in der Schwangerschaft und im Wochenbett darüber beraten wurde (S. 5). Ergänzend fanden Leticia E. Hernandez, William M. Sappenfield, David Goodman und Jennifer Pooler (2012) heraus, dass eine Kontrazeptionsberatung in der Schwangerschaft die Anwendung eines Kontrazeptivums im Wochenbett signifikant steigerte, je tiefer der höchste Schulabschluss einer Frau war (S. 426). Auch in der Schweiz haben nicht alle Personen den gleichen Bildungsstand, was einen ersten Beratungszeitpunkt in der Schwangerschaft stützt. Unabhängig davon, welcher Bildungsstand ein Elternpaar mitbringt, alle Personen haben das Recht auf genügend Zeit für eine Entscheidungsfindung und die Möglichkeit, einer Fachperson Fragen zu stellen.

Hilfsmittel

Nebst der mündlichen Beratung sollen auch audio-visuelle Hilfsmittel in diverseren Sprachen zur Verfügung stehen (FSRH, 2017, S. 5). Eine verständliche Broschüre zum Thema Kontrazeption wurde von den Eltern gewünscht. Es soll einfach und nachvollziehbar dargestellt sein, welche Kontrazeptiva auch im Wochenbett angewendet werden können und welche stillfreundlich sind. Ergänzend soll eine Internetseite, deren Inhalte bei Bedarf gehört werden können, den Eltern zur Verfügung stehen.

Ein Hilfsmittel in der Beratung für die Fachpersonen ist die gratis zur Verfügung stehende App ‚*Medical eligibility criteria for contraceptive use*‘ (WHO, 2019). Diese App liefert beispielsweise Informationen dazu, welche Kontrazeptiva in welcher Phase des Wochenbetts verwendet werden dürfen. Die auf Englisch gestaltete App sollte jedoch immer mit den aktuell in der Schweiz geltenden Richtlinien abgeglichen werden.

Verständigung

Die Verständigung zwischen den Eltern und der Fachperson bildet die absolut unerlässliche Grundlage für die beschriebene selbstbestimmte Entscheidungsfindung. Sprache darf gemäss der WHO (2014a) auf keinen Fall zu Diskriminierung führen (S.

6). Aktuell wird durch die kantonale Gesundheitsdirektion empfohlen, dass die Kosten für Übersetzungs- und Dolmetscherdienste im stationären Setting in den Fallpauschalen der obligatorischen Krankenversicherung integriert werden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019a, S. 1). In der ambulanten Betreuung ist keine Mitfinanzierung vorgesehen (ebd.). Abgesehen vom Austrittsgespräch finden jedoch alle Beratungen zum Thema Kontrazeption im ambulanten Setting statt. Origlia Ikhilor et al. (2017) fordern, dass interkulturelles Dolmetschen im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung gesichert sein muss und in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgenommen werden soll (S. 74). Interkulturelle Dolmetschende werden zum Übersetzen involviert, wenn die Verständigung zwischen Fachpersonen und fremdsprachigen Personen nicht gewährleistet ist (BAG, 2019b). Die Kosten für interkulturelles Dolmetschen sollen in der ganzen Schweiz sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext getragen werden (Origlia Ikhilor, 2017, S. 74). Bis diese Voraussetzung erreicht ist, muss jede Fachperson individuell und situativ entscheiden, wie eine zielführende Beratung gestaltet werden kann. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass Eltern respektive Fachpersonen immer für die Kosten des interkulturellen Dolmetscherdienstes im ambulanten Setting aufkommen können. Besonders tragisch ist hierbei, dass dies oftmals zu ad-hoc Übersetzungen führt. Diese Art der Übersetzung zeigt jedoch ein Risiko, dass bei sensiblen Beratungsthemen, wie dies die Kontrazeption ist, Missverständnisse erzeugt werden (Origlia Ikhilor et al., 2017, S. 7). Auf keinen Fall sollten Kinder und Jugendliche in der Funktion als ad-hoc Übersetzende agieren (BAG, 2019a, S. 2).

Nebst der Sicherstellung der Verständigung mit einer fremdsprachigen Person, bei Bedarf mit Hilfe einer professionellen Übersetzung, muss der Beratungsinhalt auch verständlich sein für verschiedene Altersgruppen, Kulturen und für Menschen, die eine Beeinträchtigung haben (NICE, 2016, S. 31).

Fachkompetenz von Fachpersonen

Fachpersonen sollen stets auf dem neusten wissenschaftlichen Stand sein und Kompetenzen in der Beratung vorweisen können, um Eltern den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu beraten. Andererseits sollen Fachpersonen den Bedarf von Triage erkennen, vorschlagen und umsetzen. Für die Triage ist eine intra- und interdisziplinäre Vernetzung mit anderen Fachpersonen grundlegend. Damit das Fachwissen immer dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand entspricht, sollen die Berufsverbände und Arbeitgebende Weiterbildungsangebote organisieren, die durch

kompetente Fachpersonen geleitet werden. Dies können praktische Weiterbildungen zum Thema Beratungsskills sein oder auch fachtheoretische Referate zu sexueller Gesundheit und Pharmakologie. Idealerweise werden theoretische Weiterbildungen stets in Kombination mit der dazugehörenden Beratung geübt um die Fachkompetenzen der Fachpersonen ideal auszubauen.

Die Beratung durch die Fachpersonen soll im Sinne der jeweiligen Berufskodexe erfolgen, um die sexuelle und reproduktive Gesundheit der durch sie betreuten Eltern zu gewährleisten.

Die Entscheidungsfindung, der Zeitpunkt der Beratung, die verwendeten Hilfsmittel, die bewusste Verständigung und die Fachkompetenz von Fachpersonen bilden die fünf Grundpfeiler in der Beratung für eine selbstbestimmte Kontrazeption der Eltern im Wochenbett.

6.5 Ausblick und offene Forschungsfragen

Die Fragestellung der Master-Arbeit hat die Perspektive der Eltern untersucht. In Ergänzung mit der aktuellen Fachliteratur wurde eine qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratung definiert. Zur Generierung einer Repräsentativität der Ergebnisse, sind Interviews mit einer grösseren und heterogeneren Stichprobe indiziert. Es gilt die Bedürfnisse von vielen unterschiedlichen Eltern zu eruieren. Dazu gehören ebenfalls Eltern, die eine reduzierte oder fehlende Möglichkeit haben, sich zu verständigen. In der Stichprobe müssen Eltern von vulnerablen Bevölkerungsgruppen mitvertreten sein, um die Erkenntnisse der Master-Arbeit zu stützen respektive zu erweitern, um dadurch die Handlungsempfehlung anpassen zu können.

Die Handlungsempfehlung für die Beratung zielt auf die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Eltern im Wochenbett ab. Qualitative Interviews mit Eltern, als auch mit Fachpersonen können untersuchen, wie sich die Anwendung der Handlungsempfehlung im Vergleich zur Nicht-Anwendung auswirkt.

Die Politik wird gefordert, dass sowohl die Kosten für Kontrazeptiva wie auch die Kosten für interkulturell Dolmetschende in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Medizinische Entscheidungsträger*innen werden angehalten, Richtlinien zu verfassen,

damit das Einsetzen der Spirale direkt nach der Geburt den Eltern angeboten werden kann. Dies wird beispielsweise im Vereinigten Königreich bereits gemacht (FSRH, 2017, S. 22). Nach einer eingängigen Prüfung und allenfalls Anpassung der aktuell in der Schweiz geltenden Richtlinien zur Kontrazeption im Wochenbett, müsste in interdisziplinärer Zusammenarbeit eine für Laien einfach verständliche kostenlose Broschüre und Internetseite in diversen Sprachen gestaltet werden. Die angedachte Broschüre und Internetseite werden bereits in der Handlungsempfehlung erwähnt. Bis dahin muss auf bereits zur Verfügung stehende Materialien zurückgegriffen werden.

Fachpersonen sollen interdisziplinäre Weiterbildungsangebote schaffen, um die Fachkompetenz derjenigen Fachpersonen zu stärken, die Eltern im Bereich Kontrazeption im Wochenbett beraten respektive beraten könnten. Fachpersonen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit müssen nicht nur aktuelles Wissen vorweisen, sondern dieses auch anwenden können.

Da die Master-Arbeit biologisch geprägt ist und die selbstbestimmte Entscheidung der Kontrazeption im Wochenbett im Fokus steht, wurde der Sprache der Fachliteratur gefolgt. Da die Geschlechtsidentität jedoch ein bedeutsames Merkmal für die Identität einer Person ist, fordert die Autorin die Anpassung der geschriebenen Sprache hinsichtlich Gendersensibilität und Inklusion von non-binären Personen im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die Forschung sollte des Weiteren die Geschlechtsidentität von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen untersuchen.

Die qualifizierte Handlungsempfehlung für die Beratung muss in einem nächsten Schritt mit Hinweisen und Empfehlungen für Transmänner im Wochenbett ergänzt werden. Für Fachpersonen in der Beratung müssen Expert*innen aufgeführt sein, die mit der medizinischen Betreuung von Transmännern während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vertraut sind. Dadurch kann das Ziel einer optimalen interdisziplinären Vernetzung und Betreuung garantiert werden.

Literaturverzeichnis

- Ahrendt, Cordula & Gorontzy, Dagmar (2007). Familienplanung. In Christine Geist, Ulrike Harder & Andrea Stiefel (Hrsg.). *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4. akt. Aufl., S. 50-74). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Alum, Alice C., Kizza, Irene B., Osingada, Charles P., Katende, Godfrey & Kaye, Dan K. (2015). Factors associated with early resumption of sexual intercourse among postnatal women in Uganda. *Reproductive Health*, 12 (107), 1-8.
- Barrett, Geraldine, Pendry, Elizabeth, Peacock, Janet, Victor, Christina, Thakar, Ranee et al. (2000). Women's sexual health after childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107 (2), 186-195.
- Bühling, Kai Joachim (2014). Sexuelle Probleme während und nach der Schwangerschaft. *Der Gynäkologe*, 47 (2), 86-88.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2019a). *Finanzierung des Dolmetschens: Faktenblatt. Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitswesen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)*. Gefunden unter https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html#accordion_8033495751593437041509
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2019b). *Interkulturelles Dolmetschen*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] (ohne Datum, a). *Geburten*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html>

Bundesamt für Statistik [BFS] (ohne Datum, b). *Soziale Kontakte*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/individuelles-wohlbefinden/soziale-kontakte.html>

Bundesamt für Statistik [BFS] (2020a). *Gesundheitsdienstleistungen, Tabelle 2*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informationsgesellschaft-sport/informationsgesellschaft/gesamtindikatoren/haushalte-bevoelkerung/internetnutzung.assetdetail.12307293.html>

Bundesamt für Statistik [BFS] (2020b). *Lebendgeburten nach Kanton und Staatsangehörigkeitskategorie der Mütter, 1970-2019*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.assetdetail.13187401.html>

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2020) (SR 832.10).

Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 (Stand am 1. Januar 2019) (SR 857.5).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (ohne Datum). *Frauengesundheit*. Gefunden unter <https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/frauengesundheit/>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2019). *Verhütung nach der Geburt*. Gefunden unter <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetung-nach-der-geburt/#c21686>

Cignacco, Eva, Berger, Anke, Sénac, Coline, Wyssmüller, Doris, Hurni, Anja et al. (2017). *Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen*. Bern: Berner Fachhochschule. Gefunden unter https://www.interpret.ch/admin/data/files/infolib_asset/file/198/201707_refugee_bericht_final.pdf?lm=1504091092

Cleland, John, Shah, Iqbal H. & Benova, Lenka (2015). A Fresh Look at the Level of Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period, Its Causes And Program Implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41 (3), 155-162.

comparis.ch (2018). *Schwangerschaftsverhütung: Pillenfrust statt Liebeslust*. Gefunden unter <https://www.comparis.ch/krankenkassen/leistungen/information/verhuetung-pille>

compendium.ch (2019). *Anouk*[®]. Gefunden unter <https://compendium.ch/product/24982/mpro?idType=monographienumber>

compendium.ch (2020a). *Cerazette*[®]. Gefunden unter <https://compendium.ch/product/84021-cerazette-filmtabl-0-075-mg/mpro>

compendium.ch (2020b). *Implanon NXT*[®]. Gefunden unter <https://compendium.ch/product/1240805-implanon-nxt-implant/mpro#MPro7600>

compendium.ch (2020c). *Depo Provera*[®] 150. Gefunden unter <https://compendium.ch/product/18028-depo-provera-inj-susp-150-mg-ml/mpro#MPro7350>

Dröge, Kai (2020). *Qualitative Interviews am Telefon oder online durchführen – Informationen für Studierende*. QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. Gefunden unter <https://quasus.ph-freiburg.de/qualitative-interviews-am-telefon-oder-online-durchfuehren/>

Dufey Liengme, Christiane & Hulsbergen, Willemien (2019). Période périnatale et contraception: pistes de réflexions et stratégies. *Obstetrica, Das Hebammenfachmagazin der Schweiz*, 4, 50-55.

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit [EKSG] (2015). *Sexuelle Gesundheit – eine Definition für die Schweiz*. Bern: Autor. Gefunden unter https://old.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/01/150520_SexualHealth_CH_EKSG_d_def.pdf

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH] (2015). *Fertility Awareness Methods*. England: Autor.

Feri, Yvonne (2018). *18.4228 Postulat. Zugang zu Verhütung für alle garantieren*. Gefunden unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184228>

Franz, Maximilian & Kainer, Franz (2011). Nachuntersuchung. In Henning Schneider, Peter Husslein & Karl-Theo M. Schneider (Hrsg.). *Die Geburtshilfe*. (4. Aufl., S. 1125-1135). Berlin: Springer-Verlag.

Geist, Christine (2007). Physiologische Veränderungen im Wochenbett. In Christine Geist, Ulrike Harder & Andrea Stiefel (Hrsg.). *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4. akt. Aufl., S. 427-441). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Gerber, Michelle, Kraft, Esther & Bosshard, Christoph (2014). Grundlagenpapier der DDQ. Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95 (50), 1883-1889.

- Gesundheitsförderung Schweiz (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*.
Gefunden unter https://promotionsante.ch/assets/public/documents/de/6-ueberuns/agenda/kap-tagung/2019/presentationen/KAP-Tagung_2019_PPT_Plenum4_Manon_Delisle_AP48_WEB.pdf
- Glazener, Cathryn M. A. (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 330-335.
- Grylka, Susanne & Pehlke-Milde, Jessica (2019). *Statistikbericht der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband (SHV).
- Heiser, Patrick (2018). *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. Eine Einführung entlang klassischer Studien*. Wiesbaden: Springer VS.
- Helfferrich, Cornelia (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Wiesbaden: Springer VS.
- Helfferrich, Cornelia, Klindworth, Heike, Heine, Yvonne & Wlosnewski, Ines (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Hermanns, Harry (2000). Interviewen als Tätigkeit. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 360-368). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hernandez, Leticia E., Sappenfield, William M., Goodman, David & Pooler, Jennifer (2012). Is Effective Contraceptive Use Conceived Prenatally in Florida? The Association Between Prenatal Contraceptive Counseling and Postpartum Contraceptive use. *Maternal and Child Health Journal*, 16 (2), 423-429.

- Hyde, Janet Shibley, DeLamater, John D., Plant, E. Ashby & Byrd, Janis M. (1996).
Sexuality during Pregnancy and the Year Postpartum. *The Journal of Sex Research*, 33 (2), 143-151.
- International Planned Parenthood Federation [IPPF] (ohne Datum). *About IPPF*.
Gefunden unter <https://www.ippf.org/about-us>
- International Planned Parenthood Federation [IPPF] (2009). *Sexuelle Rechte: Eine IPPF Erklärung*. London: Autor.
- Kirchner, Simone (2011). Psychosoziale Veränderungen im Wochenbett. In Ulrike Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (3. überarb. Aufl., S. 8-24). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Kruse, Jan (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2. überarb. und erg. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kunz, Daniel (2017). *Sexuelle Rechte und Menschenrechte. Grundlagen – Reichweite – Zielsetzung – Inhalte*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Kurz, Andrea, Stockhammer, Constanze, Fuchs, Susanne & Meinhard, Dieter (2007).
Das problemzentrierte Interview. In Renate Buber & Hartmut H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen* (S.463-475). Wiesbaden: Gabler.
- Locicero, Stéphanie & Spencer, Brenda (2013). *Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2012*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Marti, Samira (2019). *19.3660 Motion. Verhütungsmittel gehören in den Grundkatalog der Krankenversicherung*. Gefunden unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20193660>

Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2016). *Contraception*.
Gefunden unter
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs129/resources/contraception-pdf-75545366974405>

Origlia Ikhilor, Paola, Hasenberg, Gabriele, Kurth, Elisabeth, Stocker Kalberer, Barbara, Cignacco, Eva et al. (2017). *Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen BRIDGE. Projektbericht*. Gefunden unter
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html>

parlament.ch (ohne Datum). *Parlamentswörterbuch. Vorstoss*. Gefunden unter
<https://www.parlament.ch/de/%C3%BCber-das-parlament/parlamentsw%C3%B6rterbuch/parlamentsw%C3%B6rterbuch-detail?WordId=238>

Pastore, Lisa, Owens, Annette & Raymond, Colleen (2007). Postpartum Sexuality Concerns Among First-Time Parents from One U.S. Academic Hospital. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 115-123.

pharmaSuisse (2016). *Flussdiagramm zur Abgabe der oralen Notfallkontrazeption*.
Gefunden unter <https://old.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/03/Flussdiagramm-Notfallkontrazeption-DE.pdf>

pro familia (ohne Datum). *Pearl Index*. Gefunden unter
<https://www.profamilia.de/themen/verhuetung/pearl-index.html>

Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2014a). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 117-133). Wiesbaden: Springer VS.

Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2014b). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. erw. Aufl., Hrsg. Dr. Arno Mohr). München: Oldenbourg Verlag.

Pschyrembel Redaktion (2016). *Pschyrembel Online. Perinatalperiode*. Gefunden unter <https://www.pschyrembel.de/Perinatalperiode/K0GM8>

quint-essenz (2016). *Empowerment in der Umsetzung*. Gefunden unter <https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1248>

Radziah, M., Shamsuddin, Khadijah, Jamsiah, M., Normi, M., Mohd Zahari, TH. et al. (2013). Early resumption of sexual intercourse and its determinants among postpartum Iban mothers. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2 (2), 124-129.

Ramsenthaler, Christina (2013). Was ist "Qualitative Inhaltsanalyse?". In Martin W. Schnell, Christian Schulz, Harald Kolbe & Christine Dunger (Hrsg.). *Der Patient am Lebensende. Eine Qualitative Inhaltsanalyse* (S. 23-42). Wiesbaden: Springer VS.

Reynard, Mathias (2019). *19.3197 Motion. Förderung des Zugangs zu Verhütungsmitteln für junge Menschen*. Gefunden unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20193197>

Schöller, Dorit (2016). *Pschyrembel Online. Kontrazeption*. Gefunden unter <https://www.pschyrembel.de/Kontrazeption/K0C4B/doc/>

Schummers, Laura, Hutcheon, Jennifer A., Hernandez-Diaz, Sonia, Williams, Paige L., Hacker, Michele R. et al. (2018). Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. *Journal of the American Medical Association [JAMA] Internal Medicine*, 178 (12), 1661-1670.

Schweizerischer Hebammenverband (ohne Datum). *Wochenbettbetreuung*. Gefunden unter <https://www.hebammensuche.ch/dienstleistungen/>

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1. Juli 2020) (SR 311.0).

Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] (ohne Datum). *Advocacy international*. Gefunden unter <https://www.sexuelle-gesundheit.ch/was-wir-tun/politik-advocacy/international>

Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] (2013). *Die Sterilisation bei Frau und Mann*. Gefunden unter <https://www.sex-i.ch/de/schwangerschaftsverhuetung/die-sterilisation-bei-frau-und-mann/>

Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] (2015). *Das Kondom für die Frau*. Gefunden unter <https://www.sex-i.ch/de/schwangerschaftsverhuetung/das-kondom-fuer-frauen/>

Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] (2017). *Schwangerschaftsverhütung: Welchen Zugang haben Asylsuchende? Bericht zur Umfrage im September 2016 bei den Kantonen und beim Staatssekretariat für Migration SEM*. Gefunden unter https://old.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2017/05/2017_Bericht_Asylsuchende_Zugang_Verhuetung.pdf

Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] (2018a). *Die Notfallverhütung*. Gefunden unter <https://www.sex-i.ch/index.php?L=0&id=69>

Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH] (2018b). *Das Kondom für Männer*. Gefunden unter <https://www.sex-i.ch/de/schwangerschaftsverhuetung/das-kondom-fuer-maenner/>

Sieber, Christine &ENZLER, Daniela (2019). *World Contraception Day 2019. Die Rolle des Mannes – Gleichstellung und Vaterschaftsverhütung*. Gefunden unter https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Welt-Verhuetungstag_2019_Artikel_SGCH.pdf

Späth, Anna, Schneider, Cornelia, Stutz, Lina, Tschudin, Sibil & Zemp Stutz, Elisabeth (2017). *Schweizerischer Verhütungsbericht (Obsan Dossier 59)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Speroff, Leon & Mishell Jr., Daniel R. (2008). The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception*, 78, 90-98.

Spital Thun (ohne Datum). *Wochenbettzeit der Mutter: Sexualität und Verhütung*. Gefunden unter <https://spitalthun.ch/geburtshilfe/#containerGrid8744>

Stadelmann, Sophie, Locicero, Stéphanie & Spencer, Brenda (2016). *Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2014*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (ohne Datum). *Postpartum Birth Control*. Gefunden unter <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/contraception/postpartum-birth-control>

The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018). ACOG committee opinion. Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131 (5), 140-150.

The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH] (2017). *FSRH Guideline Contraception After Pregnancy*. England: Autor.

Transgender Network Switzerland [TGNS] (ohne Datum). *Information*. Gefunden unter <https://www.tgns.ch/de/information/>

Tuttas, Carol A. (2015) Lessons Learned Using Web Conference Technology for Online Focus Group Interviews. *Qualitative Health Research*, 25 (1), 122-133.

United Nations [UN] (ohne Datum). *Overview*. Gefunden unter <https://www.un.org/en/sections/about-un/overview/index.html>

United Nations Population Fund [UNFPA] (ohne Datum). *World Population Dashboard*. Gefunden unter <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

United Nations Population Fund [UNFPA] (2018). *About us*. Gefunden unter <https://www.unfpa.org/about-us>

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 1. Juli 2020), SR 832.112.31.

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 1 (1), Art. 22, Gefunden unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

World Health Organization [WHO] (ohne Datum). *Unmet need for family planning*. Gefunden unter https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/

World Health Organization [WHO] (2014a). *Ensuring human rights within contraceptive programmes. A human rights analysis of existing quantitative indicators*. Genf: Autorin.

World Health Organization [WHO] (2014b). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations*. Genf: Autorin.

World Health Organization [WHO] (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Genf: Autorin.

World Health Organization [WHO] (2018a). *Family planning/Contraception*. Gefunden unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

World Health Organization [WHO] (2018b). *Updated and expanded guidance for family planning providers worldwide*. Gefunden unter https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fp-global-handbook/en/

World Health Organization [WHO] (2018c). *Postpartum family planning: essential for ensuring health of women and their babies*. Gefunden unter https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/world-contraception-day-2018/en/

World Health Organization [WHO] (2019). *New App for WHO's Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Gefunden unter <https://www.who.int/reproductivehealth/mec-app/en/>

Zapata, Lauren B., Murtaza, Sarah, Whiteman, Maura K., Jamieson, Denise J., Robbins, Cheryl L. et al. (2015). Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 212 (171), e1-8.

Zimmermann, Roland (2016). *Ratgeber Wochenbett* (5. teilüberarb. Aufl.). Gefunden unter http://www.geburtshilfe.usz.ch/schwangere/kurse-broschueren-informationen/Documents/GEB_Ratgeber_Wochenbett.pdf

Zimmermann, Roland (2018). *Handbuch Geburtshilfe. Ein praxisnaher Ratgeber*
(Kapitel 1.3 Normales Wochenbett). Zürich: Verein zur Förderung der
Spitzenmedizin in der Geburtshilfe Zürich.

Anhang

Anhang 1: Tabelle Kontrazeptiva im Wochenbett

Art	Methode	Anwendung	Pearl-Index ²²	Besonderes
Barriere	Kondom ¹	- Kann direkt nach der Geburt angewendet werden ¹ - Solange Lochialfluss (vaginale Ausscheidung nach der Geburt) besteht, auch in Ergänzung zu anderer Massnahme anwenden ¹	2-12	Schützt nicht nur vor einer ungeplanten Schwangerschaft, sondern auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten ²
	Scheidenkondom ³	Kann direkt nach der Geburt angewendet werden, passt sich automatisch der Anatomie der Vagina an ³	5-25	Schützt nicht nur vor einer ungeplanten Schwangerschaft, sondern auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten ⁴
Sterilisation	Tubensterilisation ¹	Kann während dem Spitalaufenthalt nach der Geburt durchgeführt werden ⁵	0.2-0.3	In der Regel Verhütung direkt gewährleistet ⁶
	Vasektomie ¹	Jederzeit durchführbar ⁶	0.1	Bis das Fehlen von Spermien im Ejakulat nachgewiesen ist, muss ergänzend verhütet werden ⁶
Hormonell	Gestagen-Pille ¹ (Minipille, Bsp. Anouk®) ⁷	- Beginn ab Geburt möglich ^{7,9}	0.5-3	- Menstruation kann während der Stillzeit schwach auftreten oder ausbleiben ¹ - Muss täglich zur genau gleichen Zeit eingenommen

Art	Methode	Anwendung	Pearl-Index ²²	Besonderes
				werden ⁸ - Wenn Beginn ≥ 3 Wochen nach der Geburt muss zwei Tage zusätzlich verhütet werden ⁹
	Gestagen-Pille ¹ (Cerazette®) ¹⁰	- Beginn ab Geburt möglich ^{9,10}	0.14 ²³	- Menstruation kann während der Stillzeit schwach auftreten oder ausbleiben ¹ - Produkt mit grösserer Toleranz bezüglich Einnahmegenauigkeit (wie die Minipille) ¹ - Wenn Beginn ≥ 3 Wochen nach der Geburt muss zwei Tage zusätzlich verhütet werden ⁹
	Gestagen Einwegspritze ¹ (Depo- Provera®150) ¹¹	Beginn ab Geburt möglich ^{11,12}	0.3-0.88	- Menstruation kann während der Stillzeit schwach auftreten oder ausbleiben ¹ - Wenn Beginn ≥ 3 Wochen nach der Geburt muss sieben Tage zusätzlich verhütet werden ¹²
	Gestagen Implantat ¹ (Implanon NXT®) ¹³	Ab 4 Wochen nach der Geburt ¹³	0-0.08	- Menstruation kann während der Stillzeit schwach auftreten oder ausbleiben ¹ - Wenn Beginn ≥ 3 Wochen nach der Geburt muss sieben

Art	Methode	Anwendung	Pearl-Index ²²	Besonderes
				Tage zusätzlich verhütet werden ¹²
	Kombinierte orale Ovulationshemmer / Pflaster / Ring ¹⁴	Wegen erhöhter Thrombosegefahr und möglichen Auswirkungen auf die Muttermilchmenge, wie die Stilldauer Kontrazeptiva zweiter Wahl < 6 Wochen nach der Geburt ¹⁴	- Pille: 0.1-0.9 - Pflaster: 0.72-0.9 - Ring: 0.4-0.65	
Intrauterin-pessar	Kupfer oder hormonell ¹⁴	- Einsetzen 4-6 Wochen nach einer vaginalen Geburt ¹⁴ - Einsetzen 8 Wochen nach einem Kaiserschnitt ¹⁴ - Einsetzen 10 Minuten bis 48 Stunden nach der Geburt (unabhängig ob vaginal oder Kaiserschnitt) und dann erst wieder 4 Wochen nach der Geburt ¹⁵ - Das Intrauterinpessar kann direkt nach der Geburt (unabhängig ob vaginal oder Kaiserschnitt) oder bei der ersten Nachkontrolle eingesetzt werden ¹⁶	Kupfer: 0.3-0.8 Hormonell: 0.16	- Wenn Beginn ≥ 3 Wochen nach der Geburt muss bei der hormonellen Spirale sieben Tage zusätzlich verhütet werden, bei der Kupferspirale liegt direkter Verhütungsschutz vor ¹² >>> Empfehlung aus Grossbritannien und den USA (vgl. Kapitel 6.5)
Notfall-verhütung	Ulipristalacetat ¹⁸	- Ungeschützter Geschlechtsverkehr 0-120 Stunden ¹⁷		7 Tage Stillpause: abpumpen und Muttermilch

Art	Methode	Anwendung	Pearl-Index ²²	Besonderes
		- ab 3 Wochen nach der Geburt ¹⁸		verwerfen ¹⁷
	Levonorgestrel ¹⁸	- Ungeschützter Geschlechtsverkehr < 72 Stunden ¹⁷ - ab 3 Wochen nach der Geburt ¹⁸		6 Stunden Stillpause: abpumpen und Muttermilch verwerfen ¹⁷
	Kupferspirale ¹⁸	Einsetzbar ab 4 Wochen nach der Geburt ¹⁸ (vgl. Intrauterinpessar ¹⁴)		
Stillen	Voll stillen ¹⁹	Wenn voll gestillt wird (= 6x/24h, am Tag mind. alle 4h und in der Nacht mind. alle 6h, kein Zufüttern des Säuglings und noch kein Einsetzen der Menstruation), gilt Stillen als zuverlässiges Kontrazeptivum ¹⁹	0.2-2 in den ersten 6 Monaten ¹⁹	Das beim Stillen ausgeschüttete Hormon Prolaktin hemmt die Aktivität der Eierstöcke ¹⁹
Natürlich	z.B. Symptothermale Methode (Messen der Temperatur und Beobachten des Zervixschleims) ²⁰	- Nur bei umfangreicher Erfahrung. Sonst zuwarten, bis sich der Zyklus normalisiert hat ¹⁹ - Abgestillt: ab 4 Wochen nach der Geburt natürliche Verhütung möglich, da ab dieser Zeit körperliche zyklusabhängige Veränderungen wiedereinsetzen und	0.4-1.8 (Verzicht auf Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen)	Bevor mit der natürlichen Familienplanung gestartet wird, sollten drei reguläre Regelblutungen stattgefunden haben ²¹

Art	Methode	Anwendung	Pearl-Index ²²	Besonderes
		beobachtbar sind ²¹ - Stillen: In den ersten 6 Monaten nach der Geburt körperliche Veränderungen aufgrund des Hormonhaushaltes noch nicht einschätzbar ²¹		

Verwendete Quellen der Tabelle Kontrazeptiva im Wochenbett

1	Roland Zimmermann, 2018, S. 5
2	Sexuelle Gesundheit Schweiz [SGCH], 2018b
3	Maximilian Franz & Franz Kainer, 2011, S. 1129-1130
4	SGCH, 2015
5	The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH], 2017, S. 29
6	SGCH, 2013
7	compendium.ch, 2019
8	Zimmermann, 2016, S. 25
9	FSRH, 2017, S. 27
10	compendium.ch, 2020a
11	compendium.ch, 2020c
12	FSRH, 2017, S. 19
13	compendium.ch, 2020b
14	Zimmermann, 2018, S. 6
15	Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH], 2015, S. 15
16	The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (ohne Datum)
17	pharmaSuisse, 2016, S. 1-2
18	FSRH, 2017, S. 17
19	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2019
20	Cordula Ahrendt & Dagmar Gorontzy, 2007, S. 53
21	FSRH, 2015, S. 14
22	pro familia, ohne Datum
23	Ahrendt & Gorontzy, 2007, S. 52

Anhang 2: Interviewleitfaden

Material

- Tonträger inkl. Ladekabel
- Einverständniserklärung
- Informationsbrief zum Datenschutz
- Interviewleitfaden
- Kugelschreiber und Notizblock
- Uhr
- Getränke
- Aufwandsentschädigung und kleines Präsent

Einstieg

- Begrüssung und Dank für die Zeit
- Smalltalk (Kai Dröge, 2020, S. 3)
- Installation Material

Kontext klären (in Anlehnung an Jan Kruse, 2015, S. 270-271)

- Wer bin ich, meine Rolle: Ich arbeite einerseits als Hebamme und andererseits als Beraterin im Bereich HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten. Das Interview führe ich jedoch in meiner Rolle als Studentin. Ich studiere an der Hochschule Luzern im Fachgebiet sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. Aktuell schreibe ich meine Master-Arbeit und hierfür interviewe ich Eltern zum Thema Verhütung nach der Geburt.
- Ziele des Interviews: Es gibt wenige Studien darüber, zu welchem Zeitpunkt und durch wen das Thema Verhütung nach der Geburt besprochen wird respektive besprochen werden sollte. Ich möchte herausfinden, wie Sie die Beratung zu diesem Thema erlebt haben und wie sich Ihre Entscheidungsfindung gestaltet hat. Ich möchte mit dem Interview die Elternperspektive beleuchten und einen zweiten Blickwinkel, nebst der Fachliteratur, in meine Master-Arbeit integrieren.
- Kontext/Ablauf des Interviews: Während des Interviews stelle ich Ihnen Fragen zu folgenden zwei übergeordneten Themen.
 - ⇒ Was beeinflusst Eltern bei der Entscheidung zur Art der Verhütung im Wochenbett?

⇒ Was brauchen Eltern für eine selbstbestimmte Wahl der Verhütung im Wochenbett?

Es sind nur wir zwei respektive wir drei anwesend. Es kommt keine Drittperson dazu (persönlich) resp. es hört keine Drittperson im Hintergrund zu (online)

- Dauer: Das Interview dauert 45-60 Minuten, das heisst es endet ca. Uhr.
- Anonymität und Freiwilligkeit: Das ganze Interview ist freiwillig und Sie können selber entscheiden, ob Sie auf eine Frage antworten möchten und wie ausführlich Ihre Antwort sein soll. Sie dürfen mir jederzeit sagen, wenn Sie eine Frage auslassen möchten. Die Einverständniserklärung* haben Sie bereits erhalten zum Durchlesen. Sind Fragen dazu aufgetaucht? Am Ende des Interviews dürfen Sie die Einverständniserklärung gerne unterschreiben und mir zurückgeben respektive zurückschicken, wenn es für Sie immer noch in Ordnung ist, wenn ich das Interview auswerte. Weiter haben Sie von mir einen Informationsbrief zum Datenschutz* erhalten. Sind beim Lesen Fragen aufgetaucht? Das Doppel der Einverständniserklärung und der Informationsbrief zum Datenschutz gehört Ihnen.

* angelehnt an Kruse, 2015, S. 275-276

Kurzfragebogen (in Anlehnung an Andreas Witzel, 2000, S. 6)

Ich möchte gerne noch ein paar Fragen zu Ihrer Person klären.

- Alter
- Geschlecht
- Anzahl Kinder
- Feste Partnerschaft
- Wann letzte Geburt
- Art der Geburt
- Beruf
- Stilldauer (Vorselektionierung für Fragen rund um die Beratung zu Stillen als Kontrazeption)

Fragen von Interviewten klären:

Bevor ich den Tonträger anstelle und wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Sie fragen, ob Sie gerne noch etwas geklärt hätten?

Anstellen des Tonträgers

Ich stelle nun den Tonträger an und alles, was wir sagen, wird aufgezeichnet.

Start Leitfaden

- Offene Einstiegsfrage:
 - ⇒ Heute reden wir über Verhütung nach der Geburt. Bitte beschreiben Sie doch mal, wie das Thema Verhütung nach der Geburt bei Ihnen zum Thema wurde.
- siehe Mind Map zu den zwei Kernfragen (in Anlehnung an Andrea Kurz, Constanze Stockhammer, Susanne Fuchs & Dieter Meinhard, 2007, S. 471-472)

Ausstiegsfrage (in Anlehnung an Kruse, 2015, S. 263)

Jetzt haben wir viel zusammen besprochen und von meiner Seite aus ist das Interview beendet. Gibt es von Ihrer Seite etwas, das Ihnen wichtig erscheint und Sie mir noch mitteilen möchten, was in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Verabschiedung (in Anlehnung an Kruse, 2015, S. 263)

Ich möchte mich herzlich bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben das Interview mit mir zu führen. Ich stelle den Tonträger nun ab und unser Gespräch wird nicht mehr aufgezeichnet.

Abstellen des Tonträgers

Abschluss

- Smalltalk
- Einverständniserklärung im Doppel unterschreiben lassen (Kruse, 2015, S. 274)
- Aufwandsentschädigung und Präsent geben (bei online Interviews klären, wie die Aufwandsentschädigung überwiesen werden soll)
- Verabschiedung

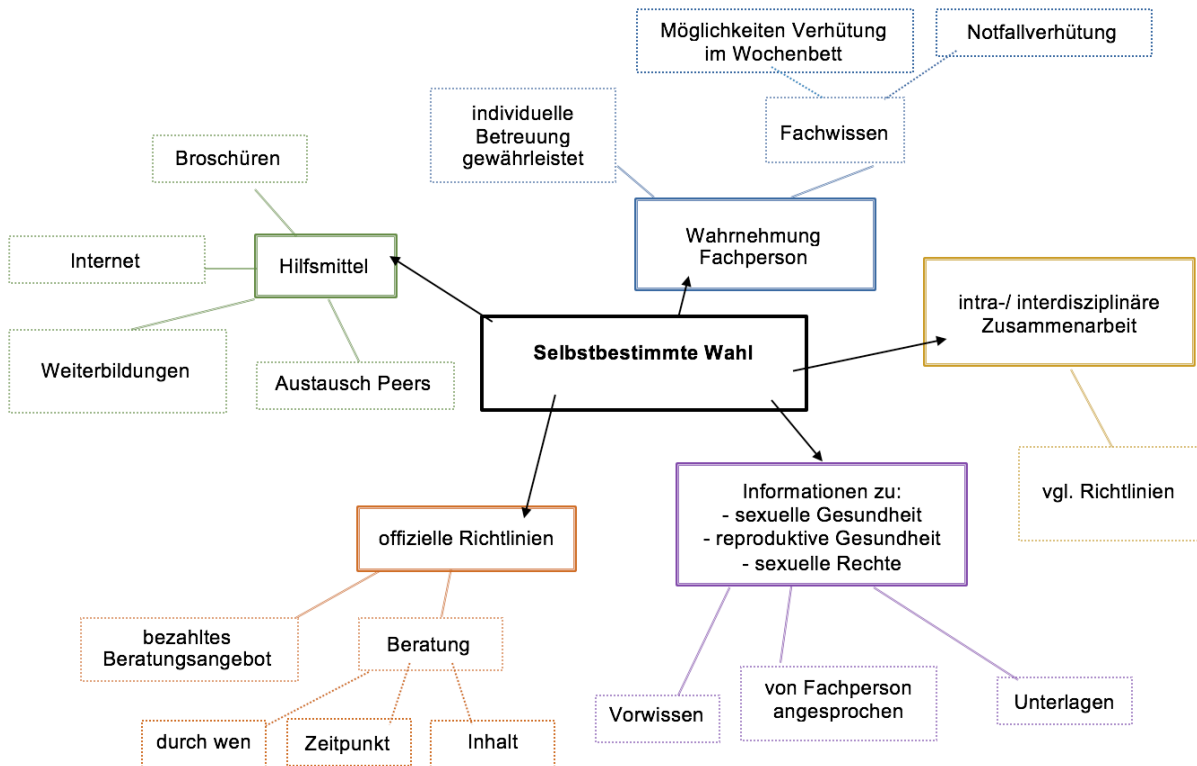
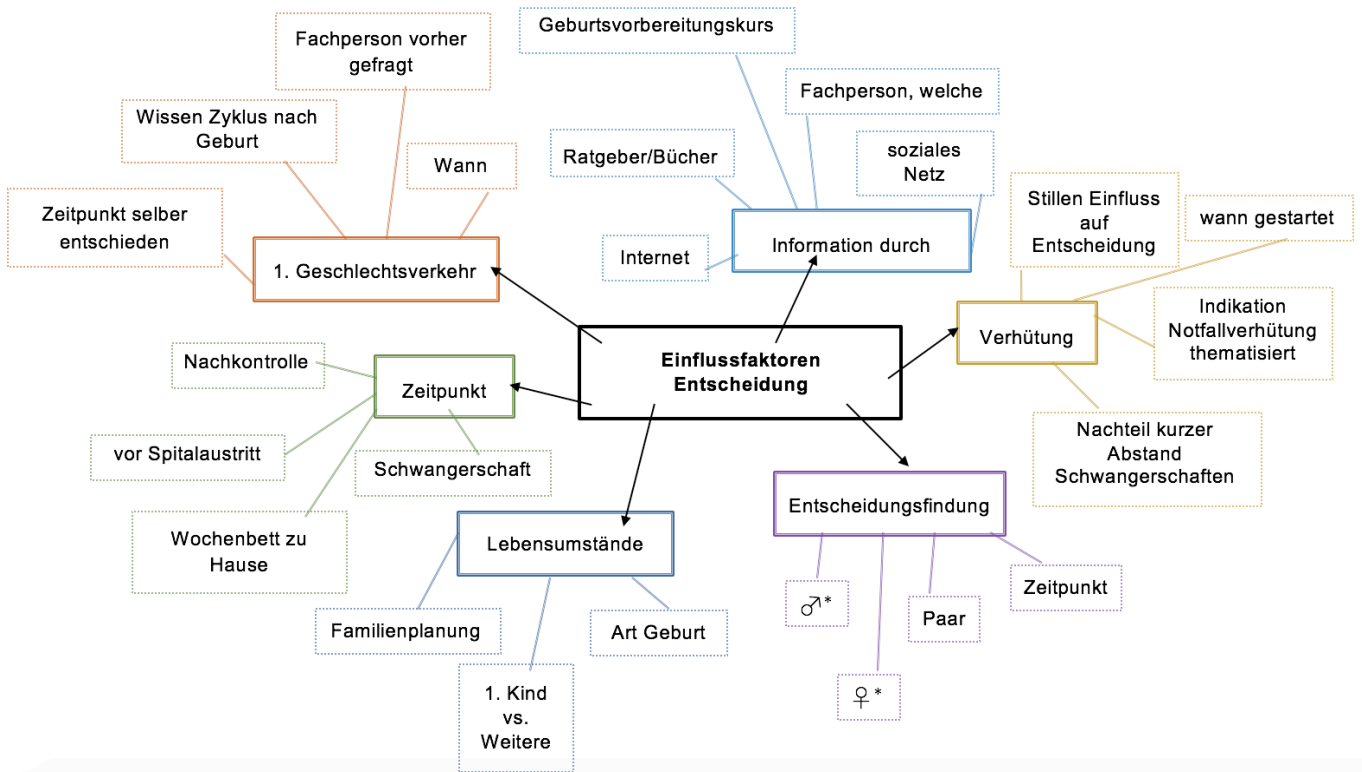
Postskript (vgl. Anhang 3) (in Anlehnung an Witzel, 2000, S. 9 und Kruse, 2015, S. 264)

- Datum
- Ort
- Art
- Dauer
- Kontaktaufnahme
- Beziehung zwischen Interviewten und Interviewerin
- Gesprächsverlauf
- Wahrnehmungen über nonverbale Aspekte / Verhalten der Interviewten
- Wahrnehmungen über verbale Aspekte der Interviewten
- Atmosphäre / Interviewsituation
- Besondere Vorkommnisse während des Interviews
- Thematische Auffälligkeiten
- Verhalten der Interviewerin
- Bemerkungen

Ideen für Aufrechterhaltungsfragen / konkretes Nachfragen (in Anlehnung an Kruse, 2015, 218, 220-222)

- Fällt Ihnen zu ... sonst noch etwas ein?
- Wie kam es eigentlich, dass ...?
- Erzählen Sie doch mal bitte, wie war ...?
- Was ist Ihre Meinung zu ...?
- Beschreiben Sie doch bitte mal ...
- Sie haben erwähnt, dass ..., können Sie mir das bitte genauer erklären?
- Wie haben Sie ... erlebt?
- Wenn Sie noch einmal in der gleichen Situation wären, würden Sie aus der jetzigen Perspektive etwas anders machen? Wenn ja, was?

Mind Map



Anhang 3: Postskripte

(in Anlehnung an Witzel, 2000, S. 9 und Kruse, 2015, S. 264)

Interview 1

Datum	Mai 2020
Ort	Zentralschweiz - Nordostschweiz
Art	online
Dauer	40'
Kontaktaufnahme	Publikation im Internet
Beziehung zwischen Interviewten und Interviewerin	Studienteilnehmerin-Studentin
Gesprächsverlauf	Flüssig
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte/Verhalten der Interviewten	Entspannter Gesichtsausdruck, nimmt sich Zeit zu antworten
Wahrnehmung über verbale Aspekte der Interviewten	CH-Deutsch, kann sich gut ausdrücken
Atmosphäre/Interviewsituation	Offen, fröhlich
Besondere Vorkommnisse während des Interviews	Wegen Skype® nur Kopf gesehen, was Deutung der Körpersprache verunmöglicht
Thematische Auffälligkeiten	Betonung, dass die Wahl der Verhütungsmethode für sie bereits in der Schwangerschaft entschieden war.
Verhalten der Interviewerin	Aufgeregt, speditiv die Zeit genutzt während die Kinder am schlafen waren
Bemerkungen	- Skype ganz am Ende des Interviews für wenige Sekunden abgestürzt - Während des Interviews holt Frau ihr Baby und legt es sich auf die Brust

Interview 2

Datum	Mai 2020
Ort	Nordostschweiz
Art	online
Dauer	42'
Kontaktaufnahme	Publikation im Internet
Beziehung zwischen Interviewten und Interviewerin	Studienteilnehmende-Studentin
Gesprächsverlauf	Flüssig, kurze Intervalle zu zweit wegen Baby
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte/Verhalten der Interviewten	Paar lässt sich ausreden, viel Blickkontakt, wechseln sich mit dem Baby ab, bemüht nach Präsenz, bewegen sich viel
Wahrnehmung über verbale Aspekte der Interviewten	Paar redet Hochdeutsch, offen, reflektierte Antworten, nehmen sich Zeit zum Überlegen
Atmosphäre/Interviewsituation	Aufgestellt, herzlich, offen

Besondere Vorkommnisse während des Interviews	Frau muss Ladekabel holen, Baby immer dabei
Thematische Auffälligkeiten	Paar hat genaue Vorstellung zur Verhütung
Verhalten der Interviewerin	Entspannt, bessere Kontrolle über den Interviewablauf
Bemerkungen	Ab der 25. Schwangerschaftswoche alle Kontrollen durch Hebammen

Interview 3

Datum	Mai 2020
Ort	Nordostschweiz
Art	Persönliches Treffen
Dauer	45'
Kontaktaufnahme	mündliche Werbung
Beziehung zwischen Interviewten und Interviewerin	Studienteilnehmende-Studentin
Gesprächsverlauf	Flüssig
Wahrnehmung über nonverbale Aspekte/Verhalten der Interviewten	Paar lässt sich ausreden, hört genau zu, essen entspannt Apéro
Wahrnehmung über verbale Aspekte der Interviewten	CH-Deutsch, lassen sich Zeit zum Antworten, aussagekräftige Antworten
Atmosphäre/Interviewsituation	Offen, entspannt, konzentriert, aufgestellt
Besondere Vorkommnisse während des Interviews	Geburt präsent
Thematische Auffälligkeiten	Setzen Grundwissen zu den Verhütungsmethoden und gesunden Menschenverstand voraus
Verhalten der Interviewerin	Wieder aufgeregter, da erstes persönliches Interview
Bemerkungen	- Baby schläft die ganze Zeit - Paar wollte Aufwandsentschädigung zuerst nicht annehmen - Studienteilnehmer will die Master-Arbeit gerne lesen

Interview 4

Datum	Mai 2020
Ort	Nordostschweiz
Art	Persönliches Treffen
Dauer	46'
Kontaktaufnahme	Kontakte der Interviewerin
Beziehung zwischen Interviewten und Interviewerin	Studienteilnehmerin-Studentin
Gesprächsverlauf	Flüssig, zügiges Tempo
Wahrnehmung über nonverbale	Gibt Präsenz im Gespräch deutlich zu verstehen

Aspekte/Verhalten der Interviewten	
Wahrnehmung über verbale Aspekte der Interviewten	CH-Deutsch, lässt sich auf Fragen ein, antwortet umfassend, will Fragen nutzbringend beantworten
Atmosphäre/Interviewsituation	Herzlich, offen, fröhlich
Besondere Vorkommnisse während des Interviews	-
Thematische Auffälligkeiten	Sich dann Gedanken machen, wenn etwas aktuell ist.
Verhalten der Interviewerin	Interviewleitfaden sitzt
Bemerkungen	- Während dem Gespräch hat Partner auf Kinder aufgepasst - Gespräch in der Wohnung der Interviewerin

Anhang 4: Flyer

Interview – Liebe Eltern, eine Hebamme braucht Ihre Unterstützung

Sie haben in den letzten 12 Monaten Familienzuwachs bekommen und es sind bereits mehr als 6 Wochen seit der Geburt vergangen? Dann brauche ich Ihre Hilfe 😊

Mein Name ist Sharlen Gregory, ich bin Hebamme und schreibe aktuell meine Masterarbeit an der Hochschule Luzern im Fachgebiet Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. Ich suche Elternpaare oder Einzeleltern, die bereit sind, mit mir während eines einmaligen Gesprächs über das Thema Verhütung nach der Geburt zu reden. Es spielt keine Rolle, ob respektive wie Sie verhütet haben. Das Ziel meiner Masterarbeit liegt darin, herauszufinden wie die aktuelle Beratung und Entscheidungsfindung bei der Verhütung nach der Geburt aussieht.

Das Gespräch dauert 45-60 Minuten und wird je nach Corona-Situation via live Chat oder persönlich an einem von Ihnen frei wählbaren Ort durchgeführt. Das Gespräch wird mit einem Tonträger aufgezeichnet und ausgewertet. Ich garantiere Ihnen absolute Anonymität! Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Für die Teilnahme erhalten Sie 30.-. Bitte melden Sie sich **bis spätestens 17. Mai 2020** bei mir. Ich freue mich, von Ihnen zu hören.

Sharlen Gregory



Kontakt:

██████████@hotmail.com

Anhang 5: Fallübergreifendes Kategoriensystem

Fallübergreifende Kategorien	Reduktion der Paraphrasen	Interviews
K1 Familienplanung	Bei abgeschlossener Familienplanung ist sichere Verhütung obligat	1 + 4
	Familienplanung beeinflusst Verhütungsmethode	2 + 3 + 4
K2 Ressourcen	Erfahrungsaustausch Aktiver Erfahrungsaustausch mit Kolleg*innen und Familie	1 + 4
	Anwendung Kondom Aktive Äusserung, dass die Anwendung eines Kondoms bekannt ist	1 + 2 + 4
	Genutzte Informationsquellen Internet	1 + 3 + 4
	Fachliteratur	3
	nur Hebamme	2
	soziales Umfeld	1 + 4
	Gynäkologin	1 + 4
	K3 Zeitpunkt als Kontrazeption zum persönlichen Thema wurde	Schwangerschaft
Vor dem 1. Geschlechtsverkehr		2 + 4
Bis dato noch nicht		3
K4 Zeitpunkt als Kontrazeptivum festgelegt wurde	Vor der Nachkontrolle	1 + 2 + 3 + 4
K5 Zeitpunkt erster Geschlechtsverkehr	Bewusst Nachkontrolle abgewartet, obwohl vorher Lust	1
	Vor der Nachkontrolle, Lust auf Geschlechtsverkehr	2 + 4
	Sex noch kein Thema, keine Lust auf Geschlechtsverkehr	3

K6 Kontrazeption ab Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs	Verhinderung Folgeschwangerschaft um jeden Preis, Kondom zur Überbrückung	1
	Kondom als Prävention vor Infektion und Schwangerschaft	2
	Lust und Sexualität noch kein Thema	3
	Verhütung mit Kondom selbstverständlich, da Schwangerschaft immer bedacht werden muss	4
K7 Wahl des Kontrazeptivums in der Paarbeziehung	Gespräch zu spät und schwierig	1
	offener Umgang	3
	Vorschlag Verhütung durch Mann, von Frau vergessen	2
	Führung bei der Wahl der Verhütungsmethode durch Frau	2 + 3
	Verhütung als Paarentscheid	1 + 4
K8 Persönliche Anforderungen ans Kontrazeptivum	hormonfrei	1 + 2
	einfache Reversibilität	4
	Abschliessend, „irreversibel“	1
	Bekanntes weitermachen	2 + 3
K9 Gewünschter bedürfnisgerechter Beratungszeitpunkt	Schwangerschaft	2-♀ + 3 + 4
	Austrittsgespräch	2-♀ + 3 + 4
	ambulantes Wochenbett	3
	Nachkontrolle	1 + 2 -♂ + 4
K10 Gewünschte bedürfnisgerechte Wissensvermittlung	Broschüre	1 + 2 + 3 + 4
	Umfassende mündliche Beratung zu Verhütungsmethoden und Familienplanung	1 + 2 + 3 + 4

K11 Erlebte Fachkompetenz in der Kontrazeptionsberatung	Durchgehend sehr kompetent	3 + 4
	Top bis mangelhaft erlebt	1 + 2
K12 Wann und durch wen wurde Kontrazeption in der Beratung thematisiert	Ja, Vorgespräch (explizit Sterilisation): Gynäkolog*in	4
	Nein, Geburtsvorbereitungskurs (durch 2 Parteien besucht): Hebamme	1 + 3
	Ja, Austrittsgespräch: Gynäkolog*in	1 + 3
	Ja, Austrittsgespräch: Hebamme	2
	Ja, ambulantes Wochenbett: Hebamme	1 + 4
	Nein, ambulantes Wochenbett: Hebamme	2 + 3
	Ja, Nachkontrolle: Gynäkolog*in	1 + 3 + 4
	Ja, Nachkontrolle: Hebamme	2
	Nein, Broschüre	1 + 3
	Nein, Notfallverhütung	1 + 2 + 3 + 4
	Ja, Stillen erwähnt während ambulantem Wochenbett: Hebamme	3
	Ja, Stillen erwähnt während der Nachkontrolle: Hebamme	2
	Fachperson: Gynäkolog*in	1 + 3 + 4
	Fachperson: Hebamme	1 + 2 + 4
	Frau	1
K13 Wann und durch wen wurde die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr in der Beratung	Ja, Austrittsgespräch: Gynäkolog*in	1 + 3
	Ja, Austrittsgespräch: Hebamme	2
	Unklar, Austrittsgespräch: Gynäkolog*in	4

thematisiert	Ja, ambulantes Wochenbett: Hebamme	3
	Ja, Nachkontrolle: Hebamme	2
	Ja, Broschüre	1
	Unklar, Broschüre	4
	Nein, Broschüre	3
K14 Sexuelle Rechte	Sexuelle Rechte als gestandener Begriff bekannt	2 (♀) + 3 (♂)
	Sexuelle Recht als gestandener Begriff unbekannt	1 + 2(♂) + 3 (♀) + 4
	Sexuelle Rechte können alltagsspezifisch erklärt werden	1 + 2 + 3 + 4
	Menschenrechte als gestandener Begriff bekannt	1 + 2 + 3 + 4
	Artikel 5 erfüllt (Artikel 5 in zwei Interviews besprochen)	4
	Artikel 5 nicht erfüllt (Artikel 5 in zwei Interviews besprochen)	3
	Artikel 7 nicht erfüllt (Artikel 7 in zwei Interviews besprochen)	1 + 3
	Artikel 9 erfüllt	1 + 2 + 3 + 4
K15 Eintritt Folgeschwangerschaft	Möglichkeit einer schnellen Folgeschwangerschaft omnipräsent	1 + 3 + 4
	Information zum möglichen Zeitpunkt einer Folgeschwangerschaft muss eingeholt werden	2

Anhang 6: Subfragen und fallübergreifende Kategorien

Subfragen	Fallübergreifende Kategorien
Was beeinflusst Eltern bei der Entscheidung zur Art der Kontrazeption im Wochenbett?	<p>K1 Familienplanung</p> <p>K2 Ressourcen</p> <p>K3 Zeitpunkt als Kontrazeption zum persönlichen Thema wurde</p> <p>K4 Zeitpunkt als Kontrazeptivum festgelegt wurde</p> <p>K 5 Zeitpunkt erster Geschlechtsverkehr</p> <p>K6 Kontrazeption ab Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs</p> <p>K 7 Wahl des Kontrazeptivums in der Paarbeziehung</p> <p>K12 Wann und durch wen wurde Kontrazeption in der Beratung thematisiert</p> <p>K 13 Wann und durch wen wurde die Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr in der Beratung thematisiert</p>
Welche konkreten Bedürfnisse können Eltern von ihren gemachten Erfahrungen abgeleitet formulieren, damit eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zur Kontrazeption im Wochenbett möglich ist?	<p>K8 Persönliche Anforderungen ans Kontrazeptivum</p> <p>K9 Gewünschter bedürfnisgerechter Beratungszeitpunkt</p> <p>K10 Gewünschte bedürfnisgerechte Wissensvermittlung</p> <p>K11 Erlebte Fachkompetenz in der Kontrazeptionsberatung</p>
Wie nehmen die Eltern die sexuellen Rechte wahr und wie setzen sie diese um?	<p>K14 Sexuelle Rechte</p> <p>K15 Eintritt Folgeschwangerschaft</p>