

Barbara Schildberger / Christoph Zenzmaier / Martina König-Bachmann

Erfahrungen von Müttern mit motorischer oder sensorischer Beeinträchtigung während Schwangerschaft / Geburt und Wochenbett

126 - Gesundheitliche Chancengerechtigkeit – Brücken bilden für Gesundheit und Lebensqualität vulnerabler Gruppen im österreichischen Kontext

Abstract

In Österreich leben ca. 8% der Frauen im gebärfähigen Alter mit dauerhaften Beeinträchtigungen. Die Betroffenen sind im Alltagsleben mit verschiedenen Herausforderungen und diskriminierenden Aspekten konfrontiert, wobei insbesondere das Thema Sexualität oftmals tabuisiert und gleichsam die Möglichkeit der Elternschaft abgesprochen wird. Die Kenntnisse über die Erfahrungen von Frauen mit Behinderungen während der Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind nach wie vor begrenzt. Um diese persönlichen Wahrnehmungen/Erfahrungen zu untersuchen, wurden leitfadengestützte Tiefeninterviews mit zehn Müttern mit motorischer oder sensorischer Behinderung geführt, und diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. In diesem induktiven Verfahren konnten die Aussagen der Gesprächspartnerinnen drei Hauptkategorien zugeordnet werden, (i) der des sozialen Netzwerks, (ii) der von Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein und (iii) der von Kommunikation, Transparenz und Information. Die Frauen berichteten über begrenzte Akzeptanz ihrer Lebensentscheidungen, fehlende Gleichstellung, diskriminierende Haltungen, mangelnde Unterstützung sowie über fehlendes Vertrauen in ihre Fähigkeit zur Elternschaft im Umfeld, Faktoren die sich negativ auf ihre Selbstwirksamkeit und ihr Selbstbewusstsein auswirkten. Des Weiteren berichteten die Frauen vom Verletzen persönlicher Grenzen, einem Gefühl, beobachtet und kontrolliert zu werden, und eine durch gegenseitige Angst, Unsicherheit und Unbeholfenheit gekennzeichnete Kommunikation mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Ausreichende Informationen über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und insbesondere über ergriffene Maßnahmen und Interventionen wurden oft vermisst. Aus den geführten Interviews wird erkennbar, dass Gesundheitseinrichtungen in einer Weise strukturiert werden sollten, die einen gleichgestellten Zugang für Frauen mit Behinderungen gewährleistet. Die Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfelds für Mutter und Kind und ihre Familien erfordert eine sensible, respektvolle und nicht-wertende Haltung der Gesellschaft gegenüber Frauen mit Behinderungen während der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Keywords:

Behinderung, Geburt, Gesundheitssystem, Gleichstellung, Schwangerschaft, Wochenbett

1. Hintergrund

Die weltweite Prävalenzrate für Behinderungen, definiert als signifikante Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag, in der Erwachsenenbevölkerung wird auf 15,6% geschätzt (WHO 2011). In Österreich leben rund 8,1% der Frauen im gebärfähigen Alter (15-44 Jahre) mit einer dauerhaften Beeinträchtigung (Leitner 2008). Die betroffenen Frauen sind in ihrem Alltagsleben mit unterschiedlichen Herausforderungen und diskriminierenden Aspekten konfrontiert (Steinmetz 2006). Vor allem das Thema der Schwangerschaft und Mutterschaft von Frauen mit Behinderung ist nach wie vor tabuisiert oder wird kritisch diskutiert und die Fähigkeit zur Elternschaft angezweifelt (Kirshbaum / Olkin 2002; Walsh-Gallagher et al. 2012).

Behinderungen der Mutter werden in der österreichischen Geburtenstatistik nicht erfasst. Die Prävalenz von Behinderungen bei Schwangeren variiert abhängig von Land und Definition von Behinderung und betrug beispielsweise in Studien aus Großbritannien und den USA 9,4% bzw. 4,9% (Sumilo et al. 2012; Mitra et al. 2012). Frauen mit Behinderungen haben ein erhöhtes Risiko für Krankenhausaufenthalte während der Schwangerschaft und eine nicht adäquate Schwangerenvorsorge. Ebenso ist die Rate an Kaiserschnitten, an Frühgeburten und die der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht erhöht (Gavin et al. 2006).

Mehrere internationale qualitative Studien zeigten, dass Frauen mit Behinderungen einen schlechteren Zugang zu Versorgungsleistungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett haben und mit strukturellen Barrieren und fehlender Infrastruktur konfrontiert sind. Darüber hinaus berichteten Frauen mit Behinderungen über unzureichende Verhütungsmöglichkeiten und inadäquate sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung. Die Betroffenen erlebten bei Angehörigen der Gesundheitsberufe mangelndes Wissen über Behinderungen, unzureichende oder unangebrachte Hilfeleistungen, Vorurteile oder diskriminierende Praktiken und erhielten vielfach nur begrenzte oder unzureichende Informationen (Becker et al. 1997; Thomas / Curtis 1997; Gibson / Mykitiuk 2012).

Relevante Studien aus dem deutschsprachigen Raum liegen nicht vor. Ziel dieser Arbeit war es, die persönlichen Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit motorischen oder sensorischen Behinderungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Österreich zu untersuchen.

2. Methodik

Um diese Erfahrungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu untersuchen, wurden leitfadengestützte Tiefeninterviews mit insgesamt zehn in Österreich lebenden Müttern mit motorischer oder sensorischer Beeinträchtigung geführt. Mütter mit Behinderungen wurden über nationale Behindertenorganisationen bzw. über persönliche Kontakte rekrutiert. Die Interviews wurden nach schriftlicher Zustimmung bei den Teilnehmern zu Hause oder im Büro der jeweiligen Behindertenorganisation oder im Büro der Forscherin geführt, aufgezeichnet und pseudonymisiert transkribiert. Die Interviewdauer betrug 50-90 Minuten. Die nachfolgende Analyse der transkribierten Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010).

3. Ergebnisse und Diskussion

Die Aussagen aus den geführten Interviews konnten im Zuge dieser induktiven Analyse im Wesentlichen drei Hauptkategorien zugeordnet werden. Diese sind: 1. das soziale Netzwerk der Frauen, 2. Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein sowie 3. Kommunikation, Transparenz und Information.

3.1. Das soziale Netzwerk

Die befragten Frauen waren durchwegs in funktionierende familiäre, nachbarschaftliche oder soziale Netzwerke eingebunden, welche in unterschiedlichen Situationen meist ausreichend Support boten. Dennoch berichteten die Frauen, dass die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz ihrer Lebensentscheidungen sowie die Gleichstellung in allen Bereichen des Lebens nicht gegeben waren. Ein bei allen befragten Frauen artikulierter Aspekt war der Wunsch nach Normalität, der Wunsch, als Frau und Mutter akzeptiert zu werden.

Die meisten Frauen berichteten, dass der endgültigen Entscheidung zum Wunschkind in der Regel eine genaue Planung der Lebensumstellung vorausging. Sich der Herausforderungen bewusst, ist der Prozess vom Kinderwunsch zum Wunschkind ein von unterschiedlichen Motiven geleiteter Gestaltungsprozess. Alle Frauen erlebten großen Freude und Zuversicht in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, aber auch Ängste und Zweifel, die von ihrer eigenen Familie oder Umgebung oftmals zusätzlich verstärkt wurden. Diese unmittelbar diskriminierende Haltung des Umfeldes beeinflusste betroffene Frauen und in weiterer Folge deren Familienleben nachhaltig negativ. Eine familiäre und soziale Unterstützung hingegen fördert das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Coping Ressourcen der Mutter (Gebuza et al. 2014). Eine adäquate Unterstützung von Frauen ist so eine unumstößliche Notwendigkeit im Sinne der Schaffung der Rahmenbedingungen, die für eine positive Entwicklung und Förderung der Kinder unabdingbar ist. Da mannigfache personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern, sind ressourcenstärkende Maßnahmen zur protektiven Entfaltung der Schutzfaktoren in jegliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme zu integrieren (Zolkoski / Bullock 2012; Lyssenko et al. 2010; Bengel et al. 2009).

Die von uns interviewten Frauen schilderten allerdings mehrfach die Erfahrung, wenig Unterstützungsleistungen erhalten zu haben. Die professionelle Betreuung und Begleitung der Frauen während der Schwangerschaft blieb meist auf die im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen beschränkt. Darüber hinaus oblag es der Eigeninitiative der Frauen, professionelle Unterstützung bzw. notwendige Hilfe anzufordern. Eine wichtige Stütze war der Austausch mit anderen betroffenen Frauen, wobei hier auch ganz alltagstaugliche Ratschläge (wie z.B. die barrierefreie Einrichtung des Kinderzimmers) eingeholt wurden.

Das mangelnde Vertrauen der Gesellschaft in die Fähigkeiten von Müttern mit Behinderungen, für das Wohl ihrer Kinder sorgen zu können, manifestierte sich im Aspekt der gesellschaftlichen Kontrolle. So berichteten die Frauen von einem schmalen Kontinuum von Unterstützung und Kontrolle, verbunden mit einem Gefühl der ständigen Beobachtung oder Überwachung durch andere. Als Konsequenz

versuchen sich die betroffenen Frauen möglichst unauffällig zu verhalten und führen teilweise ein zurückgezogenes Leben, auch aus Angst vor Interventionen von außen (beispielsweise durch das Jugendamt).

Im Zusammenhang mit der Mutter-Kind-Bindung berichteten die befragten Frauen über die Entwicklung von Erziehungskompetenzen, die sich durch sichere Bindung und liebevolle Interaktion auszeichnen. Mütter und Kinder entwickeln eine gegenseitige Fürsorglichkeit und Achtsamkeit und wachsen zu einem eingespielten Team. So erzählte beispielsweise eine motorisch beeinträchtigte Frau mit persönlicher Assistenz, dass ihr Kind am Spielplatz zwar mit den Assistentinnen und Assistenten mehr Spaß habe, aber trotzdem dränge das Mädchen auf die Anwesenheit seiner Mutter.

3.2. Selbstwirksamkeit und Selbstbewußtsein

Aus den Transkripten der geführten Interviews wurde auch das Bewusstsein über die eigenen Fähigkeiten, Aufgaben lösen oder Ziele erreichen zu können, sichtbar. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten in bestimmten Situationen beeinflusst das Denken, Fühlen und Handeln von Personen und ist eine wichtige persönliche Ressource im Umgang mit alltäglichen Aufgaben.

Gemäß dem Konzept der „Selbstwirksamkeit“ beeinflusst dieses Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten nachhaltig Einschätzung, Motivation und Ergebnis in bestimmten Situationen (Bandura 1995). Eine Voraussetzung für eine effektive Selbstwirksamkeit ist die Körperwahrnehmung bzw. die Entwicklung eines kongruenten Körpergefühls, was wiederum die Basis für Selbstvertrauen und Eigenverantwortung ist (Fogel 2009; Köcher 2006). In der Schwangerschaft kann ein gutes Körpergefühl auch als Quelle eines Sicherheitsgefühls genutzt werden, vorausgesetzt, das Vertrauen in die Fähigkeiten des eigenen Körpers ist ausreichend vorhanden (Sieber et al. 2006; Lothian 2009). Die sensitive Körperwahrnehmung von schwangeren Frauen schärft einerseits die Wahrnehmung auf eine neue Facette der eigenen Körperlichkeit und birgt andererseits eine wichtige Ressource zur Kontaktaufnahme und Bindung zum ungeborenen Kind.

Die vom sozialen Umfeld, von der Gesellschaft eingebrachten Zweifel und Ängste in die Fähigkeiten und Kompetenzen von Frauen mit Behinderungen beeinflussen unweigerlich deren Konzeption der Selbstwirksamkeit. Die dabei entstehende Bewertung der vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen mündete schnell in die Diskussion, wem aufgrund bestimmter Eigenschaften und Merkmale das Recht auf Mutterschaft zugesprochen bzw. auch abgesprochen wird.

Mangelndes Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit kann zu einem höheren Risiko geburtshilflicher Komplikationen psychosomatischen Ursprungs führen. Die Entwicklung einer positiven Körperwahrnehmung und einer Selbstwirksamkeit erfährt einen hemmenden Impuls, wenn das soziale Umfeld, die betreuenden Personen dem entgegenzuwirken scheinen. So mündeten das mangelnde Vertrauen in die physischen Fähigkeiten der Frauen und ein eklatanter Wissens- und Erfahrungsmangel in der geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Behinderungen in Unsicherheit und Angst bei den betroffenen Frauen.

Auf die während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stattfindenden körperlichen Veränderungen reagieren die Frauen mitunter unsicher, vor allem, wenn auftretende Symptome nicht

mehr eindeutig evaluiert und zugeordnet werden können. Die individuelle Sorge um das Wohlergehen des Kindes ist im Hinblick auf die Möglichkeiten der Pränatalmedizin mit besonderer Sensibilität zu behandeln. So erzählte eine Frau, dass ihr im Zuge der Mutter-Kind-Pass Vorsorge eine pränatale Untersuchung dringend empfohlen wurde, mit dem Ziel, im Falle eines auffälligen Befundes zeitgerecht eine Interruptio einleiten zu können. Die Frau erlebte dies gleichsam als Verletzung ihrer eigenen Integrität und Infragestellung ihrer eigenen Lebensberechtigung.

Selbstwirksamkeit als die Überzeugung, auf die Umwelt einwirken zu können und die eigene Situation gestalten zu können gilt als einer der stärksten Schutzfaktoren. In engem Zusammenhang damit steht die Kommunikations- und Verständigungsfähigkeit, also die Fähigkeiten des Menschen, sich anderen mitteilen und andere verstehen zu können. Ist diese aufgrund von Sinnesbehinderungen eingeschränkt, muss die Vermittlung von Botschaften, Wünschen, Erwartungen und Gefühlen über andere Kommunikationskanäle gewährleistet werden. Dies wiederum bedarf spezifischer Kenntnisse, welche die handelnden Personen in der Gesundheitsversorgung nur mangelhaft vorweisen können. So erzählten sowohl gehörlose als auch sehbeeinträchtigte Frauen, dass ihnen die Möglichkeit fehlte, ihren Bedürfnissen adäquat Ausdruck zu verleihen. Zudem waren sie über erfolgte Maßnahmen und Interventionen während der peripartalen Betreuung zum Teil zu wenig aufgeklärt und informiert worden.

3.3. Kommunikation, Transparenz und Information

In Bezug zur Frage der Kommunikation zwischen den Frauen mit Behinderungen und dem Gesundheitspersonal zeigten sich Aspekte der Angst, Unsicherheit und Unbeholfenheit. Aus der Unsicherheit und dem mangelnden Wissen bildeten sich Schutzmechanismen von Seiten des Personals, die ein mögliches Nachfragen und somit eine adäquate Betreuung verhindern. Dies widerspricht dem grundlegenden Ansatz, dass einer gelungenen Unterstützung eine achtsame, respektvolle und würdevolle Haltung zugrunde liegen muss, die wiederum von persönlichen Einstellungen und Werten geprägt und beeinflusst ist (Sydsjö et al. 2015).

Aber nicht nur die Angst auf Seiten des Personals wurde sichtbar, sondern auch die der Betroffenen, die dringend Ansprache und Erklärungen benötigten. Schmerz- und Angstbewältigung im Kontext des Geburtserlebens steht in einem multifaktoriellen Kontext. Es existiert eine hohe Dissonanz zwischen den Bedürfnissen der Frauen in Bezug zur Schmerz- und Angstbewältigung einerseits, sowie den Möglichkeiten und der realen klinischen Praxis andererseits (Van der Gucht / Lewis 2015). Eine kontinuierliche und als sicher wahrgenommene Unterstützung wird als Schlüsselement beschrieben, die in weiterer Konsequenz zu einer erhöhten Schmerzakzeptanz führt (Van der Gucht / Lewis 2015).

Der von Dick Read bekannte „Angst, Schmerz und Spannungskreislauf“ wird durch mangelnde verbale und nonverbale Kommunikationsformen negativ beeinflusst und verstärkt. Die eigens empfundene Kompetenz und die Stärkung des Selbstvertrauens, die Entwicklung der Selbstwirksamkeit werden zudem geschwächt (Knape et al. 2014). Mangelnde kontinuierliche Betreuung und Aufklärung über pflegerische und geburtshilfliche Handlungsschritte und Maßnahmen

führen in der Konsequenz zu einem Erleben des Alleingelassen Werdens und dieses wiederum zu einem Anspannungskreislauf.

Aus dem konstruktivistischen Ansatz resultierend dürfen wir davon ausgehen, dass Kommunikation ein sozialer Prozess ist, in dem sich die beteiligten Personen gegenseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen (Thomas et al. 2014). Dieses Teilnehmen lassen an der Wirklichkeit und Gegebenheit der Welt des anderen würde die Betreuungsqualität für Frauen mit Behinderungen deutlich verbessern. Diese Haltung impliziert ein Nachfragen im Sinne: „Was brauchst du? Was tut dir gut? Wie kann ich dich am besten stärken und stützen?“ Achtsames und zugewandtes Nachfragen erleichtert und unterstützt die Frauen. Sie empfinden dies als hilfreich und entlastend. In diesem Sinne darf das Personal lernen und damit unterstützend wirksam sein.

Unwissenheit über die Anliegen und Bedürfnisse von Frauen mit motorischen oder sensorischen Behinderungen können zu einer geringeren pflegenden Unterstützung führen. Erschwerend kommt hinzu, dass mangelnde Zeitressourcen durch zu wenig Personal für eine adäquate Unterstützung hinderlich sein können.

Die Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit sind primär intime Erfahrungen, und es sollte die Privatsphäre geachtet werden – dieser Tatsache sollen sich Unterstützende und Begleitende immer wieder bewusst werden. (Lothian 2004). Das Nicht-Einhalten von Grenzen und ein unachtsamer Umgang mit Intimität löst das Gefühl von Scham in einem erhöhten Maße aus. In den Interviews zeigte sich deutlich, dass dieser Zusammenhang in der Betreuung der Frauen nur mangelhaft bewusst ist. So beschrieb eine blinde Frau, dass die Tatsache, dass das Personal etwas sieht, was sie selbst nicht sehen kann, ein hohes Maß an Scham und Unbehagen in ihr ausgelöst hat.

4. Conclusio

Die befragten Frauen äußerten ein tiefes Bedürfnis nach Normalität und Akzeptanz als Frau und Mutter, nahmen jedoch häufig diskriminierende Haltungen ihrer Umwelt und Mangel an Vertrauen in ihre Fähigkeiten wahr. Vielfach boten Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichende Informationen über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für Frauen mit Behinderungen an, insbesondere über ergriffene Maßnahmen und Interventionen. Als Begründungen dafür nannten die betroffenen Frauen Unsicherheiten und Ängste bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie mangelhaftes Wissen und begrenzte Erfahrungen in der Betreuung von Frauen mit Behinderungen. Auch der Schutz der Intimsphäre wurde in geburtshilflichen Einrichtungen häufig als unzureichend erlebt, und die betroffenen Frauen fühlten sich kontrolliert und beobachtet. Effektive Hilfeleistungen können die Selbstwirksamkeit stärken und fördern. Daher sollten Gesundheitseinrichtungen in einer Art und Weise strukturiert werden, die einen gleichgestellten und barrierefreien Zugang für Frauen mit Behinderungen gewährleisten. Weiterbildungsangebote für Angehörige der Gesundheitsberufe zur Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten mit Frauen mit Behinderungen und zur Vermittlung von speziellem Wissen über Umgang mit und Pflege von betroffenen Frauen, insbesondere während der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sollten entwickelt und verstärkt angeboten werden. Alle notwendigen Informationen für die betroffenen Mütter müssen in angemessener Weise

vorbereitet und zur Verfügung gestellt werden. Die Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfelds für Mutter und Kind und ihre Familien erfordert einen sensiblen, respektvollen Umgang und eine nicht-wertende Haltung der Gesellschaft gegenüber Frauen mit Behinderungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Literaturliste/Quellenverzeichnis:

- Bandura, A. (1995): Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Albert Bandura (Hg.): Self-Efficacy in Changing Societies: Cambridge University Press, 1–45.
- Becker, H./Stuifbergen, A./Tinkle, M. (1997): Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: a qualitative study. In: Archives of physical medicine and rehabilitation 78 (12 Suppl 5), S26-33.
- Bengel, J./Meinders-Lücking, F./Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 35).
- Fogel, A. (2009): The Psychophysiology of Self-awareness: Rediscovering the Lost Art of Body Sense: W.W. Norton.
- Gavin, N. I./Benedict, M. B./Adams, E. K. (2006): Health service use and outcomes among disabled Medicaid pregnant women. In: Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health 16 (6), 313–322.
- Gebuza, G./Każmierczak, M./Mieczkowska, E./Gierszewska, M./Kotzbach, R. (2014): Life satisfaction and social support received by women in the perinatal period. In: Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University 23 (4), 611–619.
- Gibson, B. E./Mykitiuk, R. (2012): Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a qualitative study. In: Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health 22 (1), e111-8.
- Kirshbaum, M./Olkin, R. (2002): Parents with Physical, Systemic, or Visual Disabilities. In: Sexuality and Disability 20 (1), 65-80.
- Knape, N./Mayer, H./Schnepp, W./Sayn-Wittgenstein, F. zu (2014): The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. In: BMC pregnancy and childbirth 14, 300.
- Köcher, A. K. (2006): Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben der Pflege in Disease-Management-Programmen am Beispiel des Disease-Management-Programms Diabetes Mellitus Typ II. In: M. Hasseler und M. Meyer (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung: neue Aufgaben für die Pflege ; Grundlagen und Beispiele: Schlütersche, 81–110.
- Leitner, B. (2008): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007. In: Statistische Nachrichten (12), 1132–1141.
- Lothian, J. A. (2004): Do Not Disturb: The Importance of Privacy in Labor. In: Journal of Perinatal Education 13 (3), 4–6.

Lothian, J. A. (2009): Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. In: Journal of Perinatal Education 18 (3), 48–54.

Lysenko, L./Rottmann, N./Bengel, J. (2010): Resilienzforschung. In: Bundesgesundheitsbl. 53 (10), 1067-1072.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11th Edition. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).

Mitra, M./Manning, S. E./Lu, E. (2012): Physical abuse around the time of pregnancy among women with disabilities. In: Maternal and child health journal 16 (4), 802–806.

Sieber, S./Germann, N./Barbir, A./Ehlert, U. (2006): Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. In: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 85 (10), 1200–1207.

Steinmetz, E. (2006): Americans with disabilities: 2002. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau (Current population reports: Household economic studies, P70-107).

Sumilo, D./Kurinczuk, J. J./Redshaw, M. E./Gray, R. (2012): Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. In: BMC pregnancy and childbirth 12, 31.

Sydsjö, G./Blomberg, M./Palmquist, S./Angerbjörn, L./Bladh, M./Josefsson, A. (2015): Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. In: BMC pregnancy and childbirth 15, 115.

Thomas, A./Menon, A./Boruff, J./Rodriguez, A. M./Ahmed, S. (2014): Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: a scoping review. In: Implementation science : IS 9, 54.

Thomas, C./Curtis, P. (1997): Having a baby: some disabled women's reproductive experiences. In: Midwifery 13 (4), 202–209.

Van der Gucht, N./Lewis, K. (2015): Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. In: Midwifery 31 (3), 349–358.

Walsh-Gallagher, D./Sinclair, M./Mc Conkey, R. (2012): The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: a phenomenological understanding. In: Midwifery 28 (2), 156–162.

WHO (2011): World report on disability. Geneva: WHO.

Zolkoski, S. M./Bullock, L. M. (2012): Resilience in children and youth: A review. In: Children and Youth Services Review 34 (12), 2295–2303.