

Aus der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
der Universitätsmedizin der Ernst-Arndt-Universität Greifswald
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. Marek Zygmunt)

Häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen in Mexiko

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Medizin
(Dr. med.)
der
Universitätsmedizin
der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Greifswald
2018

vorgelegt von:
Guillermo Pierdant Gonzalez
geb. am 16. 02. 1983
in San Luis Potosi, Mexiko

Dekan:	Prof. Dr. rer. nat. Max P. Baur
1. Gutachter:	Prof. Dr. H. J. Grabe
2. Gutachter:	Prof. Dr. M. Zygmunt
3. Gutachter:	Frau Prof. Dr. A. Flöel
Ort, Raum:	Seminarraum N0.03, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Greifswald
Tag der Disputation:	05. November 2018

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	1
1 EINLEITUNG.....	2
1.1 Häusliche Gewalt	2
1.1.1 Definitionen	2
1.1.2 Prävalenz, Inzidenz und Risikofaktoren	4
1.1.3 Gesundheitskomplikationen in der Schwangerschaft.....	9
1.2 Fragestellung der Studie	13
2 MATERIAL UND METHODEN	15
2.1 Grundpopulation.....	15
2.2 Stichprobe	15
2.3 Messinstrumente	16
2.4 Studiendurchführung	16
2.5 Statistik.....	17
3 ERGEBNISSE	18
3.1 Soziodemografische Faktoren.....	18
3.1.1 Allgemeine Daten der Frauen	18
3.1.2 Gesundheitliche Risiken der Frauen	19
3.1.3 Planung und Zufriedenheit mit der Schwangerschaft.....	20
3.1.4 Beziehung mit dem Partner.....	20
3.1.5 Empfindung der Betreuung durch den Partner und die Familie der Frauen.....	21
3.1.6 Ausbildung des Partners	21
3.1.7 Konsum von Alkohol und Drogen beim Partner	22
3.1.8 Gewalterfahrung zwischen den Eltern in der Kindheit der Frauen .	22
3.2 Prävalenz von häuslicher Gewalt	22
3.3 Soziodemografische Faktoren und häusliche Gewalterfahrung	25

3.3.1	Allgemeine Daten der Frauen und häusliche Gewalterfahrung	25
3.3.2	Gesundheitliche Risiken der Frauen und häusliche Gewalterfahrung.....	29
3.3.3	Planung und Zufriedenheit mit der Schwangerschaft und häusliche Gewalterfahrung	32
3.3.4	Beziehung mit dem Partner und häusliche Gewalterfahrung	34
3.3.5	Empfindung der Betreuung durch den Partner und die Familie und häusliche Gewalterfahrung.....	36
3.3.6	Soziodemografische Faktoren des Partners und häusliche Gewalterfahrung.....	38
3.3.7	Häusliche Gewalt zwischen den Eltern der Frauen in ihrer Kindheit und häusliche Gewalterfahrung in ihrer Beziehung.....	40
4	DISKUSSION	42
4.1	Häusliche Gewalt in der befragten Population.....	42
4.1.1	Prävalenz	42
4.1.2	Formen und Häufigkeit der häuslichen Gewalt.....	42
4.1.3	Gewalttäter.....	43
4.2	Zusammenfassung und Diskussion der soziodemografischen Faktoren...	43
4.3	Aktuelle Situation der Frauen in Mexiko	48
4.4	Interventionsprogramme in Deutschland.....	50
4.5	Kritische Reflexion.....	52
4.6	Ausblick und weitere Forschungsfragen.....	52
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	56
6	LITERATURVERZEICHNIS	57
7	ANHANG.....	67
7.1	Fragebogen	67
7.2	Fragebogen (Übersetzung)	70

7.3	Abuse Assessment Screen (AAS).....	73
7.4	Einverständniserklärung und Informationen zum Datenschutz.....	75
8	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	76
9	DANKSAGUNG.....	77

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists
IUFT	Intrauteriner Fruchttod
AAS	„Abuse Assessment Screen“
ISA	„Index of Spouse Abuse“
KI	Konfidenzintervall
RR	Relatives Risiko
HRQoL	„health-related quality of life“
AAFP	American Academy of Family Physicians
95% KI	95%-Konfidenzintervall
adjOR	Adjusted Odds Ratio
NISVS	National Intimate Partner and Sexual Violence Survey
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
IRR	Incidence Rate Ratio
SGA	Small for Gestational Age
PPD	Postpartale Depression
WHO	Weltgesundheitsorganisation
IUGR	Intrauterine Wachstumsretardierung
OR	Odds Ratio
SF-36	Short Form (36) Gesundheitsfragebogen

1 EINLEITUNG

1.1 Häusliche Gewalt

1.1.1 Definitionen

Für den Forschungsbereich häuslicher Gewalt gilt in besonderem Maße, was auf die Gewaltforschung insgesamt zutrifft. Es gibt keinen einheitlichen Gewaltbegriff. Seit der sozialen Entdeckung des Problemfeldes häuslicher und familiärer Gewalt besteht vielmehr Uneinigkeit über eine adäquate Definition (Lamnek et al. 2012a). Es gibt ebenfalls keine einheitliche Definition für häusliche Gewalt, die medizinische, soziale und strafrechtliche Aspekte beinhaltet (Chamberlain und Levenson 2010).

Gewalt kann definiert werden als eine bestimmte Art der Durchsetzung seines eigenen Willens gegenüber anderen Personen. Dabei konstituiert sich eine asymmetrische Form von Interaktion und somit eine Hierarchie von einem offenbar überlegenen Part, dem Täter, und einem unterlegenen Part, dem Opfer (Lamnek et al. 2012b).

Gewalt ist Teil eines unvorhersehbaren, gezielten und sich wiederholenden Prozesses, der sich auch der Einschüchterung und Androhung weiterer Gewalt bedient, um so die Kontrolle über das Opfer zu erlangen (ACOG 2005).

Unter häuslicher Gewalt kann jeglicher Akt physischer, sexueller und emotionaler Misshandlung verstanden werden, der zu Hause und innerhalb der Familie oder der Partnerschaft ausgeübt wird und so dem Opfer schadet (Gelles 2002).

Häusliche Gewalt ist kein neues Phänomen. Sie ist Teil der Geschichte aller Gesellschaften (ACOG 2005). Es handelt sich um ein globales, soziales und gesundheitliches Problem. Häusliche Gewalt ist eine der häufigsten Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt. Sie wird als Verletzung der Menschenrechte angesehen (Mavrikou et al. 2014; Stöchl et al. 2013).

Häusliche Gewalt tritt oft in einem Kontext intrafamiliärer Gewalt auf und kann auch den körperlichen oder sexuellen Missbrauch von Kindern beinhalten, sowie Misshandlungen von älteren Personen und behinderten Erwachsenen der Familie. Bei den Opfern aller Altersgruppen finden sich bestimmte Merkmale bzw. Grundelemente des Missbrauchs und der Viktimisierung. Allerdings spiegeln sich die kurz- und langfristigen Folgen für die verschiedenen Opfergruppen, unter

anderem Kinder, Jugendliche, Frauen im gebärfähigen Alter und ältere Menschen auf unterschiedliche Art und Weise wider (ACOG 2005).

Opfer häuslicher Gewalt können Kinder, Männer sowie Frauen sein. Der Großteil der Fälle betrifft jedoch Frauen (Jasinski 2004). Obwohl dieses Phänomen nicht weltweit statistisch erfasst wird, handelt es sich bei der Gewalt gegen Frauen um ein globales Problem des öffentlichen Gesundheitswesens und wird als solches anerkannt.

Zu den Opfern zählen Frauen aller Rassen, Ethnien und Religionen, unabhängig vom Bildungsniveau und sozioökonomischen Status. Dies hat für die Betroffenen erhebliche Auswirkungen in sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Hinsicht (ACOG 2005).

Der Begriff „Gewalt durch den Lebenspartner“ bezieht sich auf die Gewalt gegen junge und erwachsene Frauen im Rahmen ihrer aktuellen oder vergangenen intimen Beziehungen (ACOG 2012).

Die Art der Gewalt gegen die Frau kann zwischen Androhung oder der tatsächlichen Umsetzung von körperlicher, sexueller, psychischer, emotionaler oder finanzieller Gewalt variieren (ACOG 2012). In diesem Zusammenhang ist es fundamental, den Kontext, in dem die Gewalt auftritt, das Verhalten des Täters sowie die Erwartungen und Funktionen, die dem gewalttätigen Verhalten zu Grunde liegen, zu beachten.

Als körperliche Gewalt wird das Werfen von Gegenständen, Stoßen, Treten, Schlagen, Drohen mit Waffen oder das tatsächliche Benutzen von Waffen bezeichnet (ACOG 2005).

Sexuelle Gewalt gegen Frauen kann viele Formen annehmen, einschließlich der Vergewaltigung und anderer sexueller Aktivitäten ohne Zustimmung der Frau. Auch die Sabotage der Familienplanungsmethode oder die Weigerung, Safer-Sex-Praktiken anzuwenden, sind als sexuelle Gewalt einzustufen (ACOG 2005).

Der psychische und emotionale Missbrauch bezieht sich auf Belästigungen und umfasst auch Beschimpfungen, Erniedrigungen, Schuldzuweisungen, abwertende Kommentare sowie verbale Bedrohungen, Isolation der Frau von der Familie, von Freunden und der Arbeit sowie den Entzug des Rechts auf Nahrung, Geld, Transport, Medikamente und medizinische Versorgung wie auch die Zerstörung persönlicher Gegenstände. Auch Misshandlung von Haustieren kann Teil dieser Art der Gewalt sein (ACOG 2005).

In der Fachliteratur trat die Beschreibung der Gewalt gegen Frauen von Seiten des Intimpartners sowie der häuslichen Gewalt und ihre Folgen erst in den siebziger Jahren auf. In den folgenden Jahren wurde die häusliche Gewalt als kriminelle Handlung und auch als Problem des öffentlichen Gesundheitswesens anerkannt (ACOG 2005).

Viele Frauen, die häusliche Gewalt erleiden, sind auch während der Schwangerschaft häuslicher Gewalt ausgesetzt (Akyüz et al. 2012; Devries et al. 2010).

1.1.2 Prävalenz, Inzidenz und Risikofaktoren

Die Prävalenzraten häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft wurden weltweit mit einer großen Bandbreite von 3 bis 30 Prozent abgeschätzt (Van Parys 2014). Die tatsächliche Prävalenz von häuslicher Gewalt durch intime Partner ist jedoch schwer zu bestätigen. Die jüngsten Bemühungen, die Definitionen von häuslicher Gewalt zu standardisieren, haben weltweit zu besserer Vergleichbarkeit und Zuverlässigkeit der Informationen geführt. Die tatsächliche Prävalenzrate ist vermutlich höher als die Daten, die sich aus dieser Standardisierung ergeben, nicht zuletzt aufgrund der Angst der Opfer, von ihren persönlichen Gewalterfahrungen zu berichten (ACOG 2005).

Die Ermittlung der Prävalenz häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen ergab in verschiedenen Studien unterschiedliche Werte in Abhängigkeit von den Messinstrumenten und dem Kontext, in dem die Befragungen und die Untersuchungen durchgeführt wurden. Zum Beispiel lieferten Befragungen über häusliche Gewalt sehr unterschiedliche Ergebnisse, je nach dem, ob die Befragungen in der Wohnung der Frau oder im Krankenhaus stattfanden (ACOG 2005).

In den Vereinigten Staaten werden schätzungsweise zwei Millionen Frauen jedes Jahr von jemandem, den sie kennen, missbraucht. Studien berichten, dass 25 Prozent der Frauen in den USA irgendwann im Laufe ihres Lebens Gewalt von einem intimen Partner erlebt haben. Etwa ein Drittel dieser Frauen hatte in den letzten 6 Monaten vor ihrer Befragung häusliche Gewalt mehr als einmal erlebt (ACOG 2005).

Nach Angaben des „United States Department of Justice“ entfallen 22 Prozent aller Verbrechen gegen Frauen auf häusliche Gewalt. Eines von drei Tötungsdelikten an Frauen wird im Kontext von häuslicher Gewalt verübt, während

nur 5 Prozent der Tötungsdelikte an Männern durch diese Art von Gewalt verursacht werden. Zwei Drittel aller Vergewaltigungen werden im Bereich der häuslichen Gewalt begangen (Black et al. 2011).

Alle Altersgruppen sind von häuslicher Gewalt betroffen. Laut Black u.a. stehen 4 Prozent der Tötungsdelikte an Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren mit häuslicher Gewalt in Verbindung. Der Höhepunkt der Häufigkeit von Gewalt mit Todesfolge bei Frauen liegt bei 20 bis 39 Jahren (Black et al. 2011).

Schätzungen gehen davon aus, dass in den Vereinigten Staaten von allen schwangeren Frauen bis zu 20 Prozent häusliche Gewalt erfahren (Black et al. 2011). Studien in den Vereinigten Staaten liefern mit 1 bis 20 Prozent eine auffallend hohe Bandbreite der Prävalenz von Gewalt während der Schwangerschaft (ACOG 2005).

Eine in den USA durchgeführte Studie ergab eine Prävalenz der Ausübung häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft von 4 bis 9 Prozent. Die häufigsten Risikofaktoren für häusliche Gewalt während der Schwangerschaft waren:

- Der Partner will das Kind nicht.
- Der Partner hatte kürzlich eine Scheidung oder Trennung erlebt.
- Der Partner ist drogen- und/oder alkoholabhängig (Chu et al. 2010).

In einer ersten wissenschaftlichen Befragung über Gewalt gegen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, die von der Bundesregierung 2001 in Auftrag gegeben wurde, berichteten mehr als 10.000 Frauen zwischen 16 und 85 Jahren über ihre Gewalterfahrungen. Jede vierte Frau gab an, mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von Gewalt durch ihren Partner gewesen zu sein. Das Spektrum der Gewalttaten war breit und reichte von sexuellen Übergriffen bis zu verschiedensten Formen körperlicher wie auch psychischer Gewalt. Die Studie zeigte, dass Frauen in ihren Partnerbeziehungen mehr Gewalt erlitten als außerhalb dieser Beziehungen (Schröttle und Ansorge 2008).

In einer anderen für Deutschland repräsentativen Studie (n=10.264) über häusliche Gewalt gegen Frauen waren bei 10 Prozent der Fälle die Schwangerschaft und bei 20 Prozent die Geburt des Kindes der Zeitpunkt, zu dem Gewalt durch den Partner erstmals ausgeübt wurde (Müller und Schröttle 2004). Häufigkeit und Schwere der Gewaltereignisse waren während der Schwangerschaft höher als außerhalb der Schwangerschaft (Stöckl et al. 2013).

An einer Studie in Ägypten über häusliche Gewalt während der Schwangerschaft haben 1.857 Frauen im Alter von 18 bis 43 Jahren teilgenommen. Die Daten wurden mit einem Interview-Fragebogen erhoben, der fünf Rubriken enthielt: demografische Merkmale der Frauen, intime Partnereigenschaften, Bewertung zur häuslichen Gewalt in der Schwangerschaft, Beurteilung der maternalen sowie fetalen und neonatalen Komplikationen. Die Frauen wurden mündlich befragt und körperlich untersucht, um Anzeichen von Gewalt zu erkennen und Verletzungen zu identifizieren. Diese Studie ergab eine Prävalenz von Gewalt in der Partnerschaft von 29 Prozent. Dabei war emotionale Gewalt die häufigste Form der häuslichen Gewalt. Von insgesamt 297 Befragten waren 8 Prozent der Frauen körperlicher Gewalt ausgesetzt, 16 Prozent emotionaler und 5 Prozent sexueller Gewalt. Tritte waren dabei die häufigste Form körperlicher Gewalt. Die Frauen, die häusliche Gewalt erlitten, waren im jüngeren Alter, mit höherer Geburtenzahl und von niedrigerem Bildungsniveau. Ihre Partner waren älter, weniger gebildet und neigten zu Alkohol- und Drogensucht. Diese Studie ergab, dass bei Frauen, die während der Schwangerschaft häuslicher Gewalt ausgesetzt waren, mit deutlich höherer Inzidenz unerwünschte Schwangerschaftskomplikationen wie Fehlgeburt, Frühgeburt, vorzeitiger Blasensprung, fetale und neonatale negative Ereignisse wie fetaler Distress, intrauteriner Fruchttod (IUFT) und zu niedriges Geburtsgewicht auftraten (Ibrahim et al. 2015).

Nejatizade führte 2017 eine deskriptive Studie in Bandar Abbas, Iran, mit einer Population von 725 entbundenen Frauen durch. Die Prävalenz von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt lag bei 6,5, 14,8 bzw. 9,9 Prozent. Die Variablen Alter, Dauer der Ehe, frühere Eheschließungen und der Drogenkonsum des Ehemannes hatten eine signifikante Beziehung zur Ausübung physischer Gewalt durch den Ehemann. Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und Komplikationen während der Schwangerschaft ($p < 0,000$) und eine statistisch signifikante Assoziation zwischen körperlicher Gewalt und niedrigem Geburtsgewicht sowie IUGR ($p = 0,033$) (Nejatizade 2017).

Im Süden Spaniens hat Velasco in 15 öffentlichen Krankenhäusern mit Hilfe zweier verschiedener Screeninginstrumente (AAS und ISA) die Häufigkeit von häuslicher Gewalt gegen Frauen in ihrer Partnerschaft während der 12 Monate vor der Entbindung ermittelt. Es wurden die damit verbundenen Risikofaktoren erfasst. Gemäß dem AAS erlebten ein Jahr vor der Geburt 8 Prozent der Frauen häusliche Gewalt in der Partnerschaft, wobei 5 Prozent emotionalen Missbrauch und 3

Prozent körperlichen Missbrauch angaben. Gemäß dem ISA wurde nichtphysische Gewalt in der Partnerschaft in diesem Zeitraum von 21 Prozent der Frauen und körperliche Gewalt in der Partnerschaft von 4 Prozent angegeben. Bereinigt von soziodemografischen Merkmalen zeigten multivariante Regressionsmodelle, dass wechselnde Beziehungen und die geringe Unterstützung durch Angehörige signifikant für ein erhöhtes Risiko von Gewalt in der Partnerschaft während des Jahres vor der Geburt waren. Ein festes Arbeitsverhältnis war sowohl in der AAS-Studie gegen alle Formen häuslicher Gewalt als auch in der ISA-Studie gegen körperliche Gewalt ein ausschlaggebender Schutzfaktor (Velasco et al. 2014).

In einer multivariaten Analyse der Risikofaktoren von körperlicher Gewalt während der Schwangerschaft, die Stewart in Kanada durchführte, wurden drei Risikofaktoren für misshandelte schwangere Frauen ermittelt: soziale Instabilität (jung, ledig, schlecht ausgebildet, arbeitslos und ungewollt schwanger), ungesunde Lebensweise (schlechte Ernährung, Alkohol und illegale Drogen) und Gesundheitsprobleme (Krankheiten und Verwendung von rezeptpflichtigen Medikamenten). Ein weiterer Risikofaktor, der die Opfer von häuslicher Gewalt kennzeichnete, war Gewalt zwischen den Eltern, die die Frauen während ihrer Kindheit erlebt hatten (Stewart und Cecutti 1993).

In einer anderen Studie in Kanada beschrieb Muhajarine folgende Risikofaktoren, die mit Gewalt gegen schwangere Frauen assoziiert werden: Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, Alkoholismus des Partners, Erfahrung negativer Ereignisse im letzten Jahr und eine als hoch empfundene Stressbelastung (Muhajarine und D'Arcy 1999).

Verschiedene Studien in Mexiko zeigen einen hohen Anteil an Frauen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind.

So ergab eine Studie in Guadalajara durch Befragungen der Nutzerinnen von Pflegediensten, dass 57 Prozent der Frauen in städtischen Gebieten und 44 Prozent der Frauen in ländlichen Gebieten physischen oder emotionalen Missbrauch durch ihre Partner erlitten (Castro und Ruíz 2004).

Eine Studie in Cancun, Quintana Roo, ergab eine Prävalenz von häuslicher Gewalt gegen Frauen von 15,1 Prozent und psychischer Gewalt von 37,3 Prozent. Das Risiko für häusliche Gewalt stieg bei folgenden Faktoren an: Alter der Frauen höher als 40 Jahre (OR=5,9; 95% KI=2,8-12,4) und Alkoholkonsum des Partners (OR=12,4; 95% KI=2,2-29,6) (Sandoval-Jurado et al 2017).

Cervantes-Sánchez u.a. führten 2016 in Mexiko eine Querschnittsstudie mit einer Stichprobe von 102 schwangeren Frauen durch. Es wurde ein Fragebogen mit den soziodemografischen Faktoren der schwangeren Frauen und dem Violence Against Women Scale benutzt. 18,6 Prozent der befragten Frauen erlitten häusliche Gewalt. 10,8 Prozent erlebten körperliche Gewalt, 5,9 Prozent emotionale Gewalt und 4 Prozent sexuelle Gewalt (Cervantes-Sánchez et al. 2016).

Alvarado-Zaldivar berichtet in einer repräsentativen Stichprobe in der mexikanischen Stadt Durango, dass 13 Prozent der Frauen während der Schwangerschaft geschlagen wurden (Alvarado-Zaldivar et al. 1998).

Im Jahr 2005 wurde in der mexikanischen Stadt Ometepec, Guerrero, eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, die Häufigkeit von häuslicher körperlicher Gewalt gegen schwangere Frauen, die damit verbundenen Faktoren und die gesundheitlichen Schäden zu ermitteln. Eine Gruppe von Krankenschwestern führte bei 709 Frauen, die in den letzten drei Jahren vor der Studie mindestens eine Schwangerschaft hatten, die Befragung durch. Bei den Interviews waren die männlichen Partner der Frauen nicht anwesend. 21 Prozent der Frauen berichteten, Opfer körperlicher Gewalt gewesen zu sein. 6 Prozent gaben an, in den letzten Schwangerschaften vergewaltigt worden zu sein (Paredes-Solis et al. 2005).

Im mexikanischen Bundesstaat Morelos wurden Frauen befragt, die in ihrem dritten Trimester der Schwangerschaft waren und Vorsorgekurse in verschiedenen Gesundheitszentren in den Gemeinden von Cuernavaca und Cuautla besucht hatten. Die Stichprobengröße betrug 468 Frauen. Häusliche Gewalt während der Schwangerschaft wurde bei 32 Prozent der Frauen festgestellt (Castro und Ruíz 2004).

In einer an drei staatlichen Krankenhäusern Mexiko Citys zwischen 2000 und 2003 durchgeführten Studie wurden 1.311 Frauen drei Mal während ihrer Schwangerschaft zu häuslicher Gewalt mit modifizierten Fragen aus dem „Abuse Assessment Screen“ befragt, das erste Mal vor der 20. Schwangerschaftswoche, danach zwischen der 20. und 36. und zum dritten Mal nach der 36. Schwangerschaftswoche. Zusätzlich wurden die Frauen, die von Gewalt innerhalb der letzten 12 Monate oder von Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft betroffen waren, gebeten, den „Partner Abuse Scale“ zu körperlicher Gewalt zu beantworten. 7 Prozent der Schwangeren gaben körperliche und 2 Prozent

sexuelle Gewalt an. Bis zur 36. Schwangerschaftswoche war ein Anstieg aller Gewaltformen im Schwangerschaftsverlauf zu verzeichnen, danach fand ein Rückgang der Gewalthandlungen statt. Die Mehrheit der Frauen gab an, dass nach Bekanntwerden der Schwangerschaft die Schwere und Häufigkeit der Gewalttaten zunahm. Von den gewaltbetroffenen Schwangeren gaben 93 Prozent an, bereits vor der Schwangerschaft Opfer häuslicher Gewalt gewesen zu sein (Diaz-Olavarrieta et al. 2007).

Eine weitere Studie über häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen in Mexiko von Castro u.a. mit 914 schwangeren Frauen ergab, dass ungefähr ein Viertel der Frauen häusliche Gewalt während der Schwangerschaft erlitten. Im Vergleich zum Zeitraum vor der Schwangerschaft war die Häufigkeit emotionaler Gewalt während der Schwangerschaft höher, hingegen traten körperliche und sexuelle Gewalt seltener auf. Die stärksten Prädiktoren für häusliche Gewalt vor der Schwangerschaft waren niedriger sozioökonomischer Status, elterliche Gewalt, die die Frauen in ihrer Kindheit erlebt hatten, und Gewalterfahrungen des Täters in seiner Kindheit (Castro et al. 2003).

1.1.3 Gesundheitskomplikationen in der Schwangerschaft

Die Schwangerschaft ist eine Zeit der besonderen Schutzbedürftigkeit der Frau. Häusliche Gewalt gegen sie kann schädliche Auswirkungen auf die Schwangerschaft haben (Audi et al. 2012). Sie ist ein großes Gesundheitsproblem für schwangere Frauen mit erheblichen psychischen und physischen Beeinträchtigungen der Betroffenen (ACOG 2005).

Mögliche gesundheitliche Folgen von Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft sind in Tabelle 1 angeführt (Liepe und Blättner 2012).

Tab. 1 Gesundheitliche Folgen von Gewalt in der Schwangerschaft (Liepe und Blättner 2012)

Bereich	Folgen
Körperliche Folgen	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Verletzungen u.a. Hämatome, Schürfwunden, Brüche, innere Verletzungen • Infektionen • Funktionseinschränkungen • Chronische Schmerzen • Potenziell tödliche Folgen
Psychische Folgen	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörungen • Schlaflosigkeit • Essstörungen • Angststörungen • Verlust des Selbstwertgefühls • Depression • Suizidalität
Gesundheitsschädigende Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Nikotin • Alkohol • Drogen • Selbstverletzendes Verhalten
Schwangerschaftsverlauf	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskomplikationen • Vorzeitige Wehen • Fehlgeburten • Niedriges Geburtsgewicht
(Indirekte) Folgen für die Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Misshandlungsrisiko • Psychosoziale Probleme • Gewalterfahrung als Lernmodell

Ein Trauma während der Schwangerschaft ist die führende nichtgeburtshilfliche Ursache des mütterlichen Todes und so ein erhebliches individuelles und gesellschaftliches Problem (Petroni et al. 2017).

Die physiologischen Veränderungen während der Schwangerschaft tragen dazu bei, die eigene Gesundheit zu vernachlässigen und reduzieren die Fähigkeit der Frauen, ihre täglichen Aufgaben zu bewältigen (Haas et al. 2005).

Die Not, die Frauen während der Schwangerschaft durch häusliche Gewalt erleben, hat weitaus größere Auswirkungen auf das Wohlbefinden der

schwangeren Frauen als man annimmt (Groves et al. 2011). So wirkt sich die erlebte Gewalt nicht nur auf die Gesundheit der Frau, sondern auch auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes und die der anderen Kinder in der Familie aus (Taillieu und Brownridge 2010).

Durch jede Form häuslicher Gewalt werden Unabhängigkeit, Selbstvertrauen, Kontrollbewusstsein und Handlungsspielräume der betroffenen Frauen unterminiert sowie Abhängigkeiten aufgebaut oder gefestigt (Brzank et al. 2004).

Islam u.a. führten 2017 eine Studie in Bangladesh mit 426 Wöchnerinnen durch. Es wurde eine Assoziation zwischen Postpartaler Depression (PPD) und häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft dokumentiert. Nach Adjustierung relevanter Confounder ergab sich für die Assoziation zwischen PPD und körperlicher häuslicher Gewalt ein adjOR von 1,79 (95% KI=1,25-3,43), zwischen PPD und sexueller häuslicher Gewalt ein adjOR von 2,25 (95% KI=1,14-4,45) und zwischen PPD und emotionaler häuslicher Gewalt ein adjOR von 6,92 (95% KI=1,71-28,04) (Islam et al. 2017).

Häusliche Gewalt ist ein wichtiger Risikofaktor für die Gesundheit mit nachteiligen Folgen für die Mutter und für das Ungeborene (Devries et al. 2010). Gewalt an schwangeren Frauen erzeugt ein signifikant erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, vorzeitige Wehentätigkeit, niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt und neonatale Todesfälle. Ebenfalls betroffen ist das Stillen nach der Geburt (Coker et al. 2004; Yost et al. 2004; Sarkar 2008; Stöckl et al. 2010). Die Wahrscheinlichkeit eines niedrigen Geburtsgewichts und einer Frühgeburt steigt mit der Häufigkeit, mit der Frauen Gewalt ausgesetzt sind (Coker et al. 2004).

In der islamischen Republik Iran hat Gharacheh bei 341 Frauen den Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft und der Gesundheit der Frauen bestätigt. Die häusliche Gewalt wurde mit Hilfe eines Fragebogens vom AAS bewertet, wobei eine modifizierte iranische Version des Short Form-36-Fragebogens HRQoL verwendet wurde. Der Gesundheitszustand der Frauen wurde mit dem HRQoL bestimmt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass 45 Prozent der Frauen während der Schwangerschaft unter häuslicher Gewalt litten. In allen 36 Kriterien des HRQoL gab es bezüglich der Dimensionen körperlicher und geistiger Gesundheit einen Unterschied zwischen der Gruppe der misshandelten Frauen und der Gruppe der nicht misshandelten. Die Unterschiede zwischen den Gruppen in den sechs Subskalen des SF-36 waren statistisch signifikant ($p < 0,05$), mit Ausnahme von "körperlicher Funktionsfähigkeit" und

„körperlichem Schmerz“. Diese Ergebnisse legen nahe, dass häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen mit einem schlechten HRQoL verbunden ist (Gharacheh et al. 2015).

In Dänemark untersuchte Sørensen den Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und dem Gesundheitstatus der Betroffenen. Er verglich eine Gruppe von Frauen, die körperliche Gewalt in den letzten 12 Monaten erlitten hatten, mit einer Gruppe ohne Gewalterfahrungen. Bei den Frauen in der Gruppe mit Gewalterfahrungen ergab sich ein niedrigeres HRQoL als bei den Frauen in der Vergleichsgruppe (Sørensen et al. 2012). Die Ergebnisse dieser Studie sind ein weiterer Hinweis auf den Zusammenhang zwischen der Gewalterfahrung einerseits und der verringerten Lebensqualität andererseits, einschließlich gesundheitlicher Einschränkungen.

In den iranischen Städten Miandoab und Mahabad untersuchte Hassan 1.300 schwangere Frauen. 945 dieser Frauen (73%) gaben an, dass sie häusliche Gewalt in ihrer letzten Schwangerschaft erlitten hatten. Es wurde eine Assoziation zwischen häuslicher Gewalt und vorzeitiger Wehentätigkeit (adjOR=1,54; 95% KI=1,16-2,03), notwendigen Kaiserschnitten (adjOR=11,84; 95% KI=6,37-22,02) und vaginalen Blutungen (adjOR=1,51; 95% KI=0,9-2,3) gefunden (Hassan et al. 2014). Der Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt gegen schwangere Frauen und vaginalen Blutungen während der Schwangerschaft wurde auch in einer anderen Studie bestätigt (Paredes-Solis et al. 2005).

In Schweden wurde 2017 eine Studie durchgeführt mit dem Ziel, die Unterschiede in der Länge der Stillzeit bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung zu ermitteln. Diese Studie ergab in der untersuchten Population eine Prävalenz von häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft und nach der Geburt von 4,5 Prozent. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Gewalterfahrung in Bezug auf die Länge der Stillzeit (Finnbogadóttir und Thies-Lagergren 2017).

Ferraro u.a. untersuchten in Brasilien eine Risikopopulation von 775 Schwangeren. Sie fanden eine Assoziation zwischen Angst der Frauen und der Rate von SGA bei Neugeborenen (IRR=1,83; 95% KI=1,06-3,17) sowie eine Assoziation zwischen körperlicher Gewalt während der Schwangerschaft und der Rate von SGA bei Neugeborenen (IRR=1,95; 95% KI=1,11-3,42) (Ferraro et al. 2017).

Die Erfahrung von häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft ist mit weiteren negativen Folgen verbunden, zum Beispiel pränatalen Blutungen, fetalen Frakturen, Infektionen der Mutter, Milzrupturen, Aborten, Totgeburten und Frühgeburten (Akyüz et al. 2012; Bailey 2010). Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angst, posttraumatische Belastungsstörungen und Suizidversuche, während der Schwangerschaft sind Folgen häuslicher Gewalt, ebenso Verhaltensrisiken wie Drogen - und Alkoholmissbrauch, verzögerte vorgeburtliche Betreuung und schlechte Ernährung der Mutter (Van Parys et al. 2014). Häusliche Gewalt deutet sogar auf eine erhöhte Mortalität für schwangere Frauen hin (Lau et al. 2008).

Strasser sieht bei häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen nicht nur die Frauen sondern auch die Kinder als Opfer. Er betont, dass häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen auch eine Form von psychischer Gewalt gegen Kinder ist, die oftmals als die vernachlässigten und vergessenen Opfer übersehen werden. Die Kinder werden in diesem Zusammenhang als Individuen und gleichwertige Persönlichkeiten mit eigenen Rechten, Bedürfnissen und Ansprüchen, einer eigenen Sprache und Ausdrucksfähigkeit, mit eigenen Gedanken und Perspektiven und eigener Gesundheit vergessen und unzureichend wahrgenommen. Diese mangelnde Wahrnehmung und Wertschätzung der Kinder als Betroffene von häuslicher Gewalt ist ein Spiegel der Gesellschaft (Strasser 2006).

1.2 Fragestellung der Studie

Ein großer Teil der Frauen, die häusliche Gewalt erfahren, sind dieser Art von Gewalt auch während ihrer Schwangerschaft ausgesetzt.

Bei dem Problemfeld häuslicher Gewalt handelt es sich um einen weitgehend tabuisierten Forschungsgegenstand, da Fragen zu diesem Bereich leicht als heikel und emotionsgeladen empfunden werden (Neubauer et al. 1987).

Gynäkologen und Geburtshelfer sind hier in einer einzigartigen Position, da sie eine besondere Beziehung zu den Schwangeren im Laufe ihrer Schwangerschaft aufbauen können, um häusliche Gewalt zu erkennen und gegebenenfalls Hilfe anzubieten.

Die durchgeführte Studie hatte die Zielsetzung, Ausmaß und Risikofaktoren häuslicher Gewalt bei schwangeren Frauen, die zur Schwangerschaftsvorsorge in die Frauenklinik der Universitätsklinik Monterrey „Dr. José González Eleuterio“ in

Mexiko kamen, zu ermitteln. In der Analyse werden die soziodemografischen Faktoren der Frauen verglichen und somit Risikofaktoren für häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen identifiziert. Durch die Veröffentlichung des Materials und der Analyse soll ein weiterer Beitrag im Gesundheitswesen für die Entwicklung von Leitlinien zur Früherkennung, Diagnose und Behandlung des Problems häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen in Mexiko und weltweit geleistet werden.

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Grundpopulation

Die Population der Studie bestand aus schwangeren Frauen, die die Schwangerschaftsvorsorgeberatung in der Ambulanz für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik "Dr. José González Eleuterio" in Monterrey, Mexiko zwischen Juli und Dezember 2011, besuchten.

2.2 Stichprobe

Statistisch kamen durchschnittlich 1.500 schwangere Frauen in sechs Monaten zur Schwangerschaftsvorsorge in die Klinik.

Aus dieser Grundpopulation von 1.500 Frauen wurde eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe von 311 schwangeren Frauen, bei einer Zuverlässigkeit von 95 Prozent, einer maximalen Varianz der Messungen von 50 Prozent und einer maximalen Fehlerquote von 5 Prozent, berechnet. Die Berechnung wurde mit Hilfe der Formel für deskriptive Studien mit einer quantitativen Hauptvariablen für eine begrenzte Population durchgeführt:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot pq}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot pq}$$

n = Größe der Stichprobe

N = Größe der Grundpopulation

Z = Konfidenzniveau (1,96 bei einer Zuverlässigkeit von 95%)

d = absolute Genauigkeit (maximale Fehlerquote von 5%)

p = ungefähre Anteil des untersuchten Phänomens

q = Anteil der Referenzpopulation, bei der das Phänomen nicht auftritt q=1-p

(Aguilar-Barojas 2005)

Es wurde auf Basis einer Zufallsauswahl eine einfache Stichprobe von 311 Frauen ausgewählt und mit Hilfe des Programms Excel (Microsoft Corporation, USA 2002) bearbeitet.

2.3 Messinstrumente

Der für die Befragung entwickelte Fragebogen besteht aus zwei Teilen. (siehe Anhang).

Im ersten Teil des Fragebogens werden soziodemografische Faktoren der schwangeren Frauen ermittelt. Dieser erste Teil (Fragen 1 bis 19) bezieht sich auf allgemeine Daten der Frauen (Alter, Familienstand, Schulausbildung, Beruf, usw.) und Ernährungsverhalten sowie Konsumverhalten legaler (Tabak und Alkohol) und illegaler Drogen. Es wird auch erfragt, ob die Schwangerschaft geplant war und wie zufrieden die Frau mit ihrer Schwangerschaft ist. Es werden persönliche Daten und eventuelles Suchtverhalten des Partners sowie Informationen über das Leben in Partnerschaft und Familie erfragt. Die Wahrnehmung der Betreuung durch Partner und Familie wird von den Frauen auf einer Vier-Punkte-Skala bewertet: sehr schlecht, schlecht, gut und sehr gut.

Der zweite Teil des Fragebogens (Fragen 20 bis 24) ist die spanische Version des AAS. Dieses Instrument wurde bereits erfolgreich bei schwangeren Frauen eingesetzt und erfüllt die Gütekriterien Reliabilität, Validität und Sensitivität (Laughon et al. 2008; Basile et al. 2007; Escribà-Agüir et al. 2016).

Die analysierten Variablen sind: Alter der Patientinnen, Familienstand, Ausbildung, Beruf, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Planung der Schwangerschaft, Zufriedenheit mit der Schwangerschaft, Ernährung in der Schwangerschaft, Zusammenleben mit einem Partner, Dauer der Beziehung mit dem Partner, Ausbildung des Partners, Alkohol- und Drogenkonsum des Partners, Betreuung durch Partner und Familie während der Schwangerschaft, Wahrnehmung von Stress und in der Kindheit erlebte häusliche Gewalt zwischen den Eltern.

2.4 Studiendurchführung

In der Studie wurden 311 strukturierte Interviews an Hand des eigens dafür entwickelten Fragebogens durchgeführt. Die Interviewer waren Medizinstudentinnen, die für die Befragung geschult worden waren.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Vor dem Interview wurden die schwangeren Frauen über die Studie informiert und aufgeklärt. Alle ausgewählten Frauen stimmten der Teilnahme an der Studie zu und wurden aufgefordert, die schriftliche Form der Einverständniserklärung und Informationen zum Datenschutz

zu lesen und diese zu unterzeichnen. Die Frauen wurden darauf hingewiesen, dass es für sie auch möglich sei, Fragen unbeantwortet zu lassen. Die Vertraulichkeit von Informationen wurde zugesichert. Das Interview wurde in einem Raum des Krankenhauses getrennt vom Partner, von der Familie, Freunden oder von einer anderen Begleitperson durchgeführt.

In Fällen häuslicher Gewalt wurde den betroffenen Frauen geraten, sich an die psychologische Sprechstunde der Klinik zu wenden. Dazu wurde Hilfestellung angeboten.

2.5 Statistik

Die Datenspeicherung wurde mit dem Programm IBM SPSS Statistics 20.0.0 durchgeführt. Zuerst wurden einfache Häufigkeiten und verschiedene statistische Maßzahlen erhoben. Für den Vergleich zwischen der Gruppe der schwangeren Frauen mit Erfahrung von häuslicher Gewalt und der Gruppe der Frauen, die keine häusliche Gewalt erlitten, wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Querverweistabellen wurden durchgeführt und das relative Risiko mit Konfidenzintervallen von 95 Prozent für jede Variable (soziodemografische Faktoren) berechnet. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms IBM SPSS Statistics 20.0.0.

Allgemein wurden p-Werte $>0,05$ als nicht signifikant (ns), $p \leq 0,05$ als signifikant (*), $p \leq 0,01$ als hoch signifikant (**) und $p \leq 0,001$ als höchst signifikant (***) bewertet.

Die Darstellung der errechneten Werte erfolgte in Form von Tabellen und Abbildungen mithilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Excel.

3 ERGEBNISSE

Alle 311 statistisch erfassten schwangeren Frauen der Population stimmten zu, an der Studie teilzunehmen. Alle 311 Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt.

3.1 Soziodemografische Faktoren

3.1.1 Allgemeine Daten der Frauen

	Anzahl (und %) der Antworten n=311	
Alter (in Jahren)		
11-13	2	(0,6)
14-16	32	(10,3)
17-19	60	(19,3)
20-50	217	(69,8)
Familienstand		
Ledig	71	(22,8)
Verheiratet	90	(29,0)
In eheähnlicher Gemeinschaft	144	(46,3)
Geschieden	6	(1,9)
Ausbildung		
Analphabetin	6	(1,9)
Primarschule	44	(14,1)
Sekundarschule	170	(54,7)
Berufsausbildung	11	(3,5)
Hochschulreife	59	(19,0)
Universitätsabschluss	21	(6,8)
Beruf		
Hausfrau	248	(79,8)
Arbeitslos	15	(4,8)
Angestellte oder Arbeiterin	25	(8,0)
Selbständige	8	(2,6)
Schülerin oder Studentin	15	(4,8)

Die befragten Frauen waren zwischen 13 und 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 23 Jahre mit einer Standardabweichung von ± 6 Jahren. 70 Prozent der

Frauen waren älter als 20 Jahre (217 von 311) und 11 Prozent waren jünger als 17 Jahre (34 von 311). Zwei der befragten Frauen waren 13 Jahre alt.

Etwa die Hälfte der Frauen lebte in einer eheähnlichen Gemeinschaft (144 von 311), 29 Prozent waren verheiratet (90 von 311), 23 Prozent waren ledig (71 von 311) und 2 Prozent geschieden (6 von 311).

2 Prozent der Frauen waren Analphabetinnen (6 von 311), 14 Prozent besuchten die Primarschule ohne weiteren Schulabschluss (44 von 311), 55 Prozent absolvierten die Sekundarschule (170 von 311) und 4 Prozent hatten eine Berufsausbildung (11 von 311). 19 Prozent der Frauen hatten die Hochschulreife (59 von 311) und 7 Prozent einen Universitätsabschluss (21 von 311). Von den Frauen mit Hochschulreife hatten 26 Prozent einen Universitätsabschluss (21 von 80).

80 Prozent der Frauen waren Hausfrauen (248 von 311), 5 Prozent Schülerinnen oder Studentinnen (15 von 311), 8 Prozent entweder Angestellte oder Arbeiterinnen (25 von 311), 3 Prozent Selbständige (8 von 311) und 5 Prozent arbeitslos (15 von 311).

3.1.2 Gesundheitliche Risiken der Frauen

	Anzahl (und %) der Antworten n=311			
	Bejaht		Verneint	
Tabakkonsum	89	(28,6)	222	(71,4)
Alkoholkonsum	86	(27,7)	225	(72,3)
Drogenkonsum	13	(4,2)	298	(95,8)
Mangelnde Ernährung während der Schwangerschaft	75	(24,1)	236	(75,9)

29 Prozent der Frauen gaben an, Raucherinnen zu sein (89 von 311). 28 Prozent der Frauen gaben an, Alkohol zu konsumieren (86 von 311). 4 Prozent konsumierten Drogen (13 von 311). 24 Prozent der Frauen beurteilten ihre Ernährung während der Schwangerschaft als mangelhaft (75 von 311).

Stresswahrnehmung der Frauen	Anzahl (und %) der Antworten n=311	
	Kein Stress	171
Wenig Stress	51	(16,4)
Viel Stress	71	(22,8)
Sehr viel Stress	18	(5,8)

55 Prozent der befragten Frauen fühlten sich nicht gestresst (171 von 311). 6 Prozent empfanden ihr Leben als sehr stressig (18 von 311).

3.1.3 Planung und Zufriedenheit mit der Schwangerschaft

	Anzahl (und %) der Antworten n=311			
	Bejaht		Verneint	
Geplante Schwangerschaft	158	(50,8)	153	(49,2)
Zufriedenheit mit der Schwangerschaft	290	(93,2)	21	(6,8)

51 Prozent der Frauen gaben an, die Schwangerschaft geplant zu haben (158 von 311). 93 Prozent der Frauen waren mit ihrer Schwangerschaft zufrieden (290 von 311).

3.1.4 Beziehung mit dem Partner

88 Prozent der befragten Frauen hatten einen Lebenspartner (274 von 311).

	Anzahl (und %) der Antworten n=274			
	Bejaht		Verneint	
Lebt mit ihrem Partner zusammen	229	(83,6)	45	(16,4)
Dauer des Zusammenlebens mit dem Partner länger als zwei Jahre	137	(50,0)	137	(50,0)
Empfindung des Lebens mit dem Partner als angemessen	261	(95,3)	13	(4,7)

84 Prozent der Frauen lebten mit ihrem Partner zusammen (229 von 274). Die Hälfte der Frauen gab an, länger als zwei Jahre mit dem Partner zusammen zu leben (137 von 274). 95 Prozent der Frauen empfanden ihr Leben mit dem Partner als angemessen (261 von 274).

3.1.5 Empfindung der Betreuung durch den Partner und die Familie der Frauen

	Anzahl (und %) der Antworten	
Empfindung der Betreuung durch den Partner	n=274	
Sehr schlecht	4	(1,5)
Schlecht	4	(1,5)
Gut	131	(47,8)
Sehr gut	135	(49,2)
Empfindung der Betreuung durch die Familie	n=311	
Sehr schlecht	9	(2,9)
Schlecht	6	(1,9)
Gut	134	(43,1)
Sehr gut	162	(52,1)

97 Prozent der Frauen empfanden die Betreuung durch den Partner als gut oder sehr gut (266 von 274). 95 Prozent empfanden die Betreuung durch die Familie als gut oder sehr gut (296 von 311).

3.1.6 Ausbildung des Partners

	Anzahl (und %) der Antworten	
	n=274	
Analphabeten	4	(1,5)
Primarschule	45	(16,4)
Sekundarschule	142	(51,8)
Berufsausbildung	5	(1,8)
Hochschulreife	57	(20,8)
Universitätsabschluss	21	(7,7)

2 Prozent der Partner waren Analphabeten (4 von 274), 16 Prozent besuchten die Primarschule ohne weiteren Schulabschluss (45 von 274), 52 Prozent absolvierten die Sekundarschule (142 von 274) und 2 Prozent hatten eine Berufsausbildung (5 von 274). 21 Prozent der Partner hatten die Hochschulreife (57 von 274) und 8 Prozent einen Universitätsabschluss (21 von 274).

3.1.7 Konsum von Alkohol und Drogen beim Partner

	Anzahl (und %) der Antworten n=274			
	Konsum		Kein Konsum	
Alkoholkonsum	153	(55,8)	121	(44,2)
Drogenkonsum	18	(6,6)	256	(93,4)

56 Prozent der Partner der Frauen konsumierten Alkohol (153 von 274) und 7 Prozent Drogen (18 von 274).

3.1.8 Gewalterfahrung zwischen den Eltern in der Kindheit der Frauen

	Anzahl (und %) der Antworten n=311			
	Gewalterfahrung		Keine Gewalterfahrung	
Erleben von Gewalt zwischen den Eltern	70	(22,5)	241	(77,5)

23 Prozent der Frauen erlebten in ihrer Kindheit Gewalt zwischen ihren Eltern (70 von 311).

3.2 Prävalenz von häuslicher Gewalt

Bei der Beantwortung der AAS-Fragen sind Mehrfachnennungen möglich. Mindestens eine der 5 AAS-Fragen bejahten 39 der 311 befragten Frauen. Dies ergibt eine Prävalenz von häuslicher Gewalt (körperlicher, emotionaler und/oder sexueller Gewalt) von 13 Prozent.

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der AAS-Fragen in der untersuchten Population.

Tab. 2: AAS-Fragen

	Anzahl (und %) der Antworten n=311			
	Bejaht		Verneint	
Frauen, die schon einmal emotional oder körperlich von ihrem Partner oder jemandem, der für sie wichtig ist, missbraucht wurden	35	(11,3)	276	(88,7)
Frauen, die körperliche Gewalt im Jahr vor der Befragung erlitten	14	(4,5)	297	(95,5)
Frauen, die körperliche Gewalt während ihrer Schwangerschaft erlitten	8	(2,6)	303	(97,4)
Frauen, die im Jahr vor der Befragung zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden	4	(1,3)	307	(98,7)
Frauen mit Angst vor dem Lebenspartner oder anderen nahestehenden männlichen Personen	9	(2,9)	302	(97,1)

11 Prozent der schwangeren Frauen wurden schon einmal körperlich oder emotional von ihrem Partner oder jemandem, der ihnen nahe steht, missbraucht (35 von 311).

5 Prozent der Frauen waren im Jahr vor der Befragung geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt worden (14 von 311). Bei 4 der 14 Frauen, die im Jahr vor der Befragung körperliche Gewalt erlitten, war der Täter der Freund, bei 3 Frauen war es der Ehemann. Der Exmann, der Vater oder der Bruder waren es jeweils in zwei Fällen und in einem Fall war es der Exfreund. In 6 Fällen erlitten die Frauen im Durchschnitt ein Mal pro Monat körperliche Gewalt. Eine Frau gab an, ca. 200 Mal Gewalt im Jahr vor der Befragung erfahren zu haben.

Drei Prozent der Frauen (8 von 311) waren während der Schwangerschaft geschlagen, geohrfeigt, getreten, oder anderweitig verletzt worden. Bei der Hälfte der 8 Frauen, die körperliche Gewalt während der Schwangerschaft erlitten, war der Täter der Freund der Frau. In je einem der Fälle war der Aggressor der Exmann oder der Schwiegervater und in zwei Fällen war es der Ehemann. Bei 4 der 8 betroffenen Frauen war körperliche Gewaltanwendung ein einmaliges Ereignis. Bei der anderen Hälfte kam es zu mehrmaligen Gewaltanwendungen mit körperlichen Verletzungen. Eine Frau gab an, während ihrer Schwangerschaft ca. 50 Mal körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. 3 der 8 Frauen, die körperliche Gewalt während der Schwangerschaft erlitten, gaben an, an Armen und/oder Beinen verletzt worden zu sein, weitere 3 Frauen gaben eine Kopfverletzung an. In zwei Fällen wurden die Frauen am Abdomen verletzt. 3 von

8 Frauen erlitten Ohrfeigen und Stöße, 4 Frauen wurden geschlagen oder getreten und eine Frau erlitt schwere Prellungen mit Frakturen. In keinem der Fälle wurden Waffen eingesetzt.

Ein Prozent der befragten Frauen (4 von 311) wurden im Jahr vor der Befragung zu sexuellen Handlungen gezwungen. 2 der 4 Frauen, die sexuelle Gewalt im Jahr vor der Befragung erlitten, gaben als Täter den Freund an. In je einem weiteren Fall wurde als Täter der Ehemann oder der Exmann angegeben. Als Häufigkeit der sexuellen Gewaltanwendung wurde jeweils 1 Mal, 3 Mal, 8 Mal und ca. 20 Mal angegeben.

Drei Prozent der befragten Frauen gaben an, Angst vor ihrem Lebenspartner oder anderen nahestehenden männlichen Personen zu haben (9 von 311).

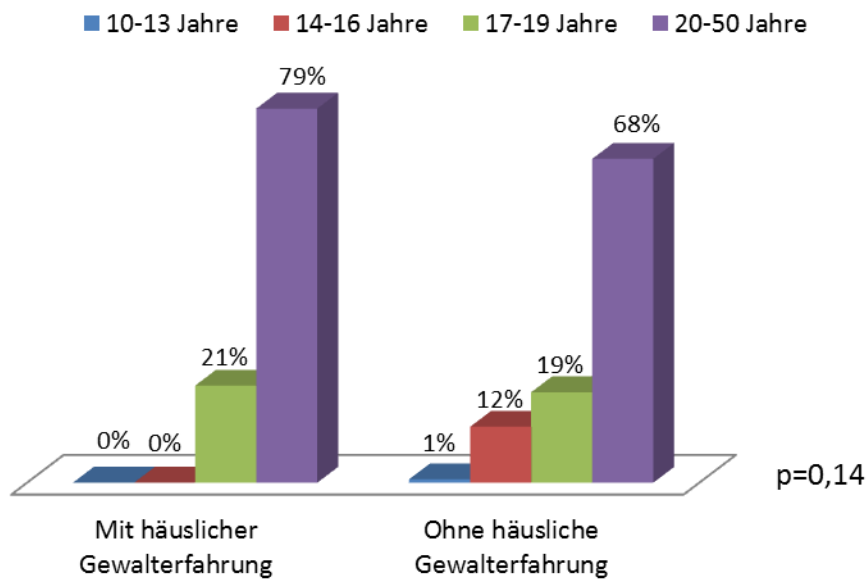
3.3 Soziodemografische Faktoren und häusliche Gewalterfahrung

Verglichen wurden die verschiedenen soziodemografischen Faktoren der Frauen, die unter häuslicher Gewalt litten, mit denen der Frauen ohne häusliche Gewalterfahrung.

3.3.1 Allgemeine Daten der Frauen und häusliche Gewalterfahrung

	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten				p-Wert
	Häusliche Gewalt n=39		Keine Gewalt n=272		
Alter (in Jahren)					
11-13	0	(0)	2	(0,7)	
14-16	0	(0)	32	(11,8)	
17-19	8	(20,5)	52	(19,1)	
20-50	31	(79,5)	186	(68,4)	0,14
Familienstand					
Ledig	7	(17,9)	64	(23,5)	
Verheiratet	11	(28,2)	79	(29,1)	
In eheähnlicher Gemeinschaft	20	(51,3)	124	(45,6)	
Geschieden	1	(2,6)	5	(1,8)	0,85
Ausbildung					
Analphabetin	3	(7,7)	3	(1,1)	
Primarschule	4	(10,2)	40	(14,7)	
Sekundarschule	21	(53,8)	149	(54,8)	
Berufsausbildung	1	(2,6)	10	(3,7)	
Hochschulreife	9	(23,1)	50	(18,4)	
Universitätsabschluss	1	(2,6)	20	(7,3)	0,08
Beruf					
Hausfrau	31	(79,5)	217	(79,8)	
Arbeitslos	2	(5,1)	13	(4,8)	
Angestellte oder Arbeiterin	5	(12,8)	20	(7,4)	
Selbständige	0	(0)	8	(2,9)	
Schülerin oder Studentin	1	(2,6)	14	(5,1)	0,58

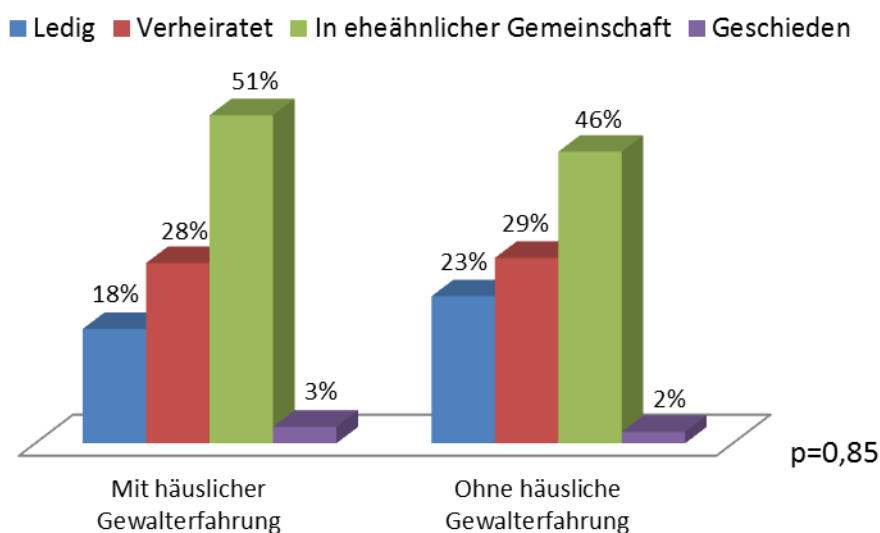
Abb. 1: Alter der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



13 Prozent der Frauen, die keine Gewalt erlitten, waren jünger als 17 Jahre (34 von 272), während keine der Frauen mit Gewalterfahrung jünger als 17 Jahre alt war (0 von 39).

Es besteht, was das Alter der Frauen angeht, kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der Frauen, die Gewalt erlitten, und der Gruppe der Frauen ohne Gewalterfahrung (p=0,14).

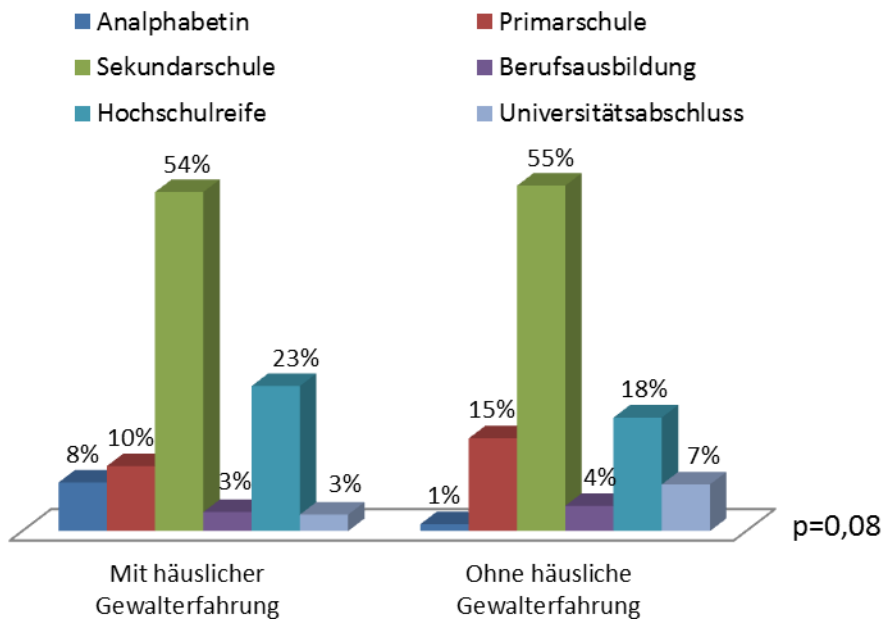
Abb. 2: Familienstand der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



80 Prozent der Frauen, die Gewalt erlitten, waren entweder verheiratet oder lebten in eheähnlicher Gemeinschaft (31 von 39). In der Gruppe der Frauen ohne häusliche Gewalterfahrung waren es 75 Prozent (203 von 272).

Bezüglich des Familienstandes gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p=0,85$).

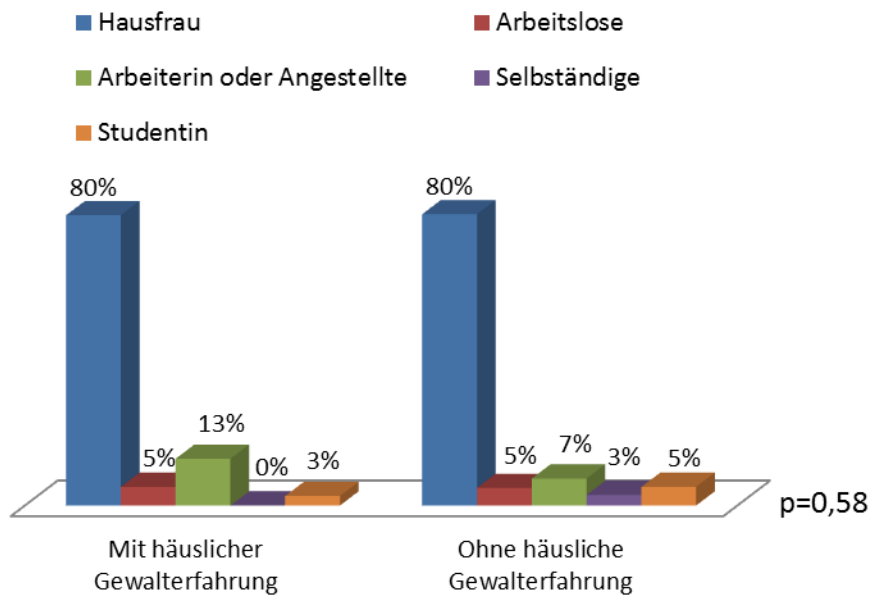
Abb. 3: Ausbildung der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



In der Gruppe der Frauen, die häusliche Gewalt erlitten, waren 8 Prozent der Frauen Analphabetinnen (3 von 39) und 3 Prozent hatten einen Universitätsabschluss (1 von 39). In der Gruppe ohne häusliche Gewalterfahrung war ein Prozent Analphabetinnen (3 von 272) und 7 Prozent der Frauen hatten einen Universitätsabschluss (20 von 272).

Der Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf die Ausbildung der Frauen ist nicht signifikant ($p=0,08$).

Abb. 4: Beruf der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



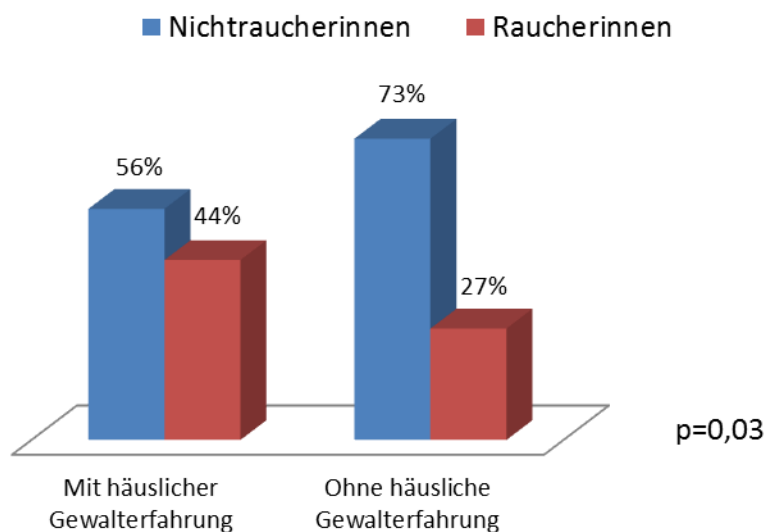
80 Prozent der Frauen in beiden Gruppen waren Hausfrauen (31 von 39 und 217 von 272). In der Gruppe der Frauen, die häusliche Gewalt erlitten, waren 13 Prozent der Frauen Angestellte, Arbeiterinnen oder Selbständige (5 von 39). In der Gruppe der Frauen ohne Gewalterfahrung waren 10 Prozent Angestellte, Arbeiterinnen oder Selbständige (28 von 272).

Es ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Beruf der Frauen und häuslicher Gewalterfahrung ($p=0,58$).

3.3.2 Gesundheitliche Risiken der Frauen und häusliche Gewalterfahrung

	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten				p-Wert
	Häusliche Gewalt n=39		Keine Gewalt n=272		
Tabakkonsum					
Raucherinnen	17	(43,6)	72	(26,5)	0,03
Nichtraucherinnen	22	(56,4)	200	(73,5)	
Alkoholkonsum					
Alkoholkonsum	18	(46,2)	68	(25)	0,006
Kein Alkoholkonsum	21	(53,8)	204	(75)	
Drogenkonsum					
Drogenkonsum	4	(10,3)	9	(3,3)	0,04
Kein Drogenkonsum	35	(89,7)	263	(96,7)	
Ernährung während der Schwangerschaft					
Ausreichende Ernährung	25	(64,1)	211	(77,6)	0,07
Nicht ausreichende Ernährung	14	(35,9)	61	(22,4)	
Stresswahrnehmung der Frauen					
Kein Stress	12	(30,8)	159	(58,5)	<0,001
Wenig Stress	5	(12,8)	46	(16,9)	
Viel Stress	14	(35,9)	57	(20,9)	
Sehr viel Stress	8	(20,5)	10	(3,7)	

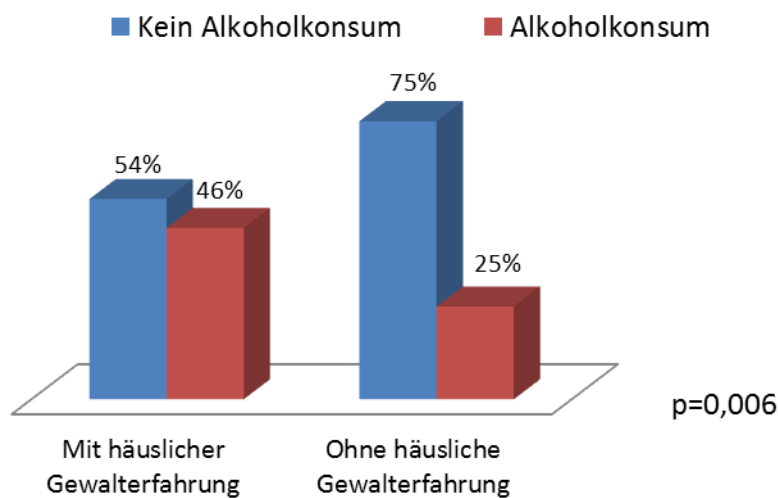
Abb. 5: Tabakkonsum der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



44 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung waren Raucherinnen (17 von 39). Demgegenüber waren nur 27 Prozent der Frauen ohne Gewalterfahrungen Raucherinnen (72 von 272).

Der Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf Tabakkonsum ist signifikant ($p=0,03^*$). Das ergibt ein relatives Risiko von 2,15 mit einem 95%-Konfidenzintervall von 1,08 bis 4,27 für Raucherinnen.

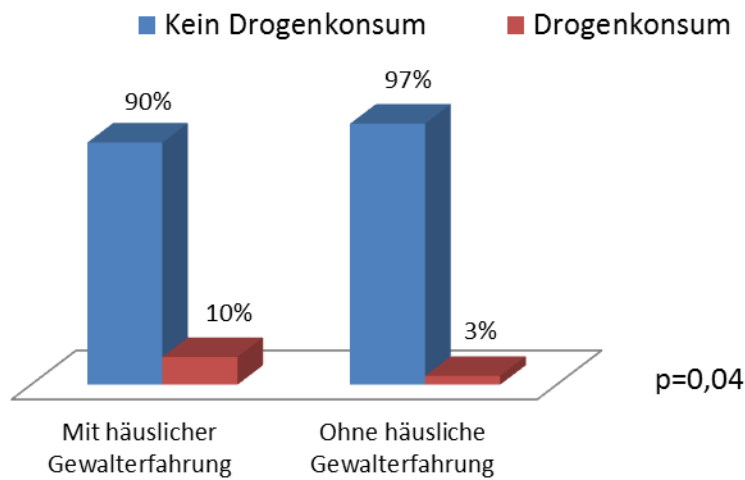
Abb. 6: Alkoholkonsum der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



46 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung konsumierten Alkohol (18 von 39), während 25 Prozent der Frauen, die keine häusliche Gewalt erlitten, Alkohol konsumierten (68 von 272).

Daraus ergibt sich ein hoch signifikanter Unterschied ($p=0,006^{**}$) zwischen beiden Gruppen und somit ein relatives Risiko von 2,57 mit einem 95%-Konfidenzintervall von 1,29 bis 5,11 für Alkoholkonsum.

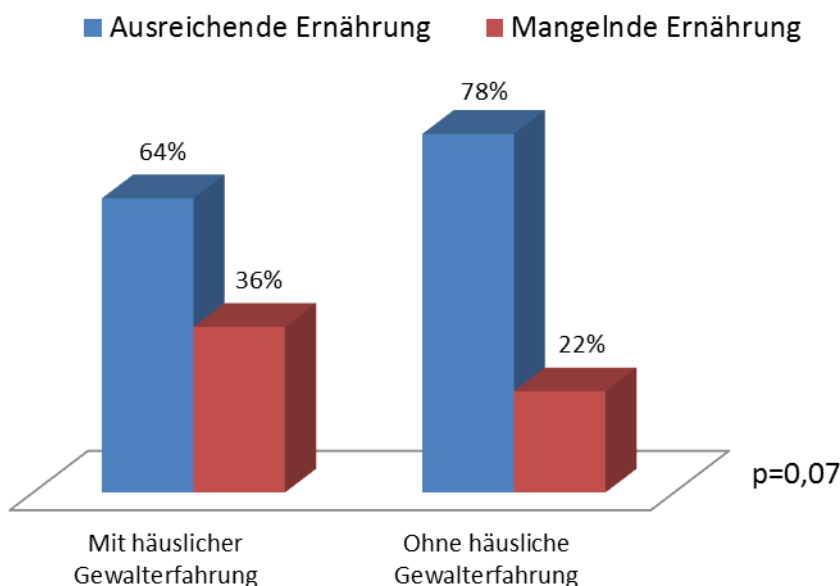
Abb. 7: Drogenkonsum der Frauen und häusliche Gewalterfahrung



10 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung konsumierten Drogen (4 von 39), während 3 Prozent der Frauen ohne häusliche Gewalt Drogen konsumierten (9 von 272).

Dieser Unterschied ist signifikant ($p=0,04^*$) und stellt ein relatives Risiko von 3,34 mit einem 95%-Konfidenzintervall von 0,98 bis 11,42 dar.

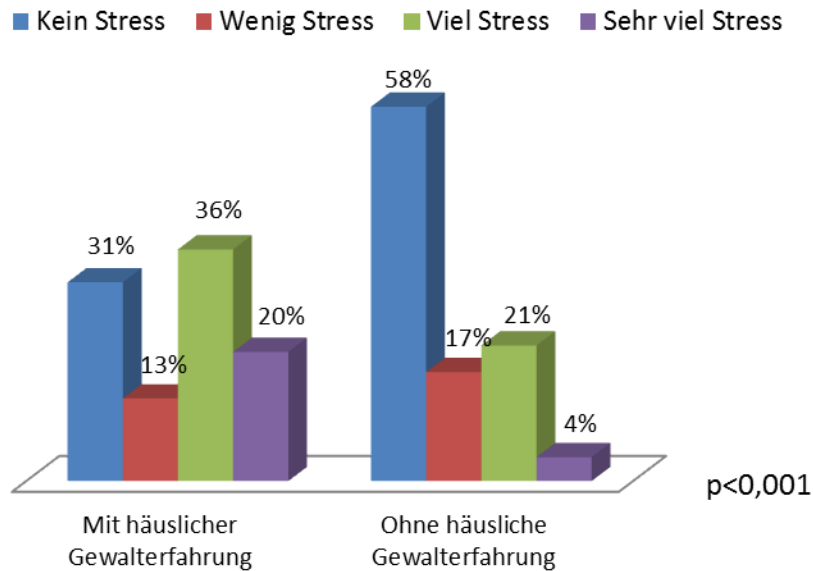
Abb. 8: Ernährung der Frauen während der Schwangerschaft und häusliche Gewalterfahrung



64 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung betrachteten ihre Ernährung während der Schwangerschaft als ausreichend (25 von 39), in der Gruppe ohne Gewalterfahrung waren es 78 Prozent (211 von 272).

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf die Ernährung der Frauen während der Schwangerschaft ($p=0,07$).

Abb. 9: Stresswahrnehmung und häusliche Gewalterfahrung



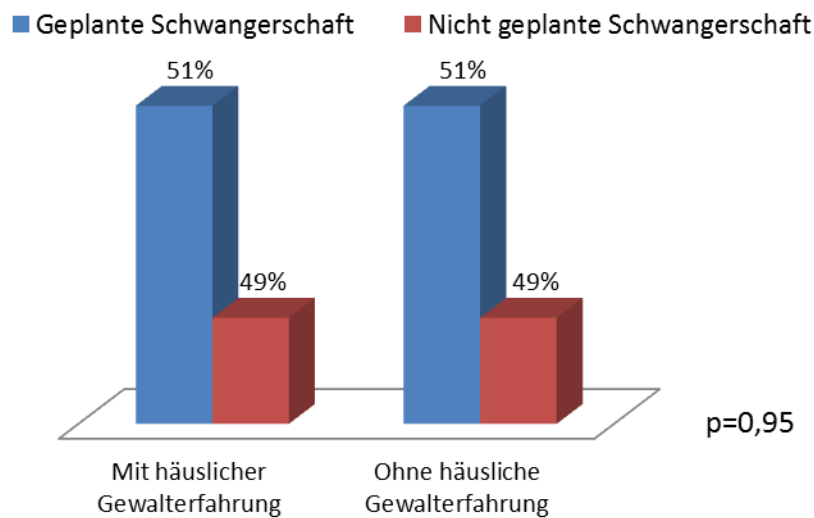
In der Gruppe der Frauen, die nicht unter häuslicher Gewalt litten, fühlten 58 Prozent der Frauen keinen Stress (159 von 272), hingegen empfanden 4 Prozent dieser Frauen ihr Leben als sehr stressig (10 von 272). In der Gruppe der Frauen mit Gewalterfahrung fühlten 31 Prozent der Frauen keinen Stress (12 von 39) und 20 Prozent empfanden ihr Leben als sehr stressig (8 von 39).

Dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen in Bezug auf Stresswahrnehmung ist höchst signifikant ($p < 0,001^{***}$).

3.3.3 Planung und Zufriedenheit mit der Schwangerschaft und häusliche Gewalterfahrung

	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten		p-Wert
	Häusliche Gewalt n=39	Keine Gewalt n=272	
Planung der Schwangerschaft			
Geplante Schwangerschaft	20 (51,3)	138 (50,7)	0,95
Nicht geplante Schwangerschaft	19 (48,7)	134 (49,3)	
Zufriedenheit mit der Schwangerschaft			
Zufrieden	30 (76,9)	260 (95,6)	0,001
Nicht zufrieden	9 (23,1)	12 (4,4)	

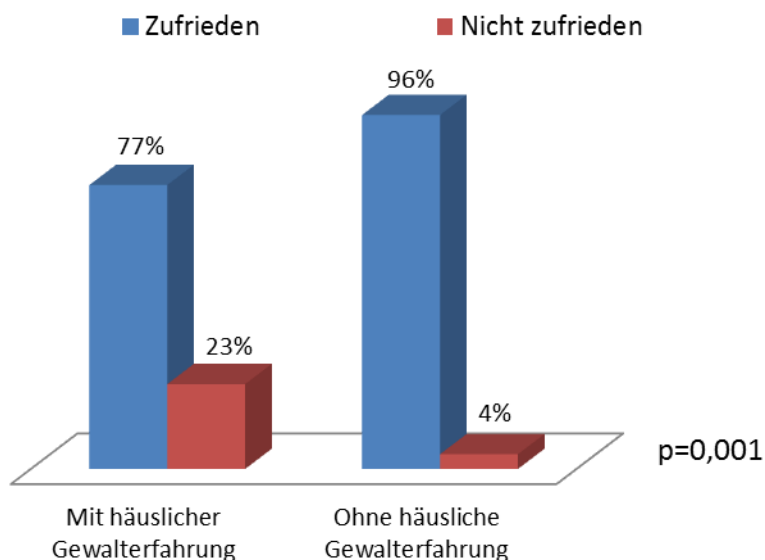
Abb. 10: Planung der Schwangerschaft und häusliche Gewalterfahrung



Die Schwangerschaft wurde in beiden Gruppen von ca. der Hälfte der Frauen geplant (20 von 39 und 138 von 272).

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Planung der Schwangerschaft und häuslicher Gewalterfahrung (p=0,95).

Abb. 11: Zufriedenheit mit der Schwangerschaft und häusliche Gewalterfahrung



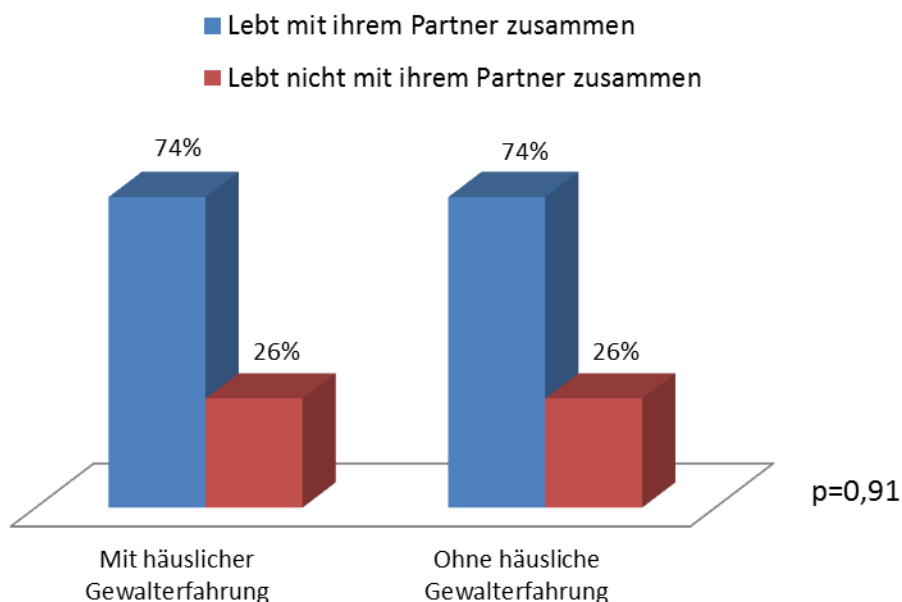
77 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung gaben an, mit der Schwangerschaft zufrieden zu sein (30 von 39). Dieser Wert betrug bei den Frauen ohne Gewalterfahrung 96 Prozent (260 von 272).

Dieser Unterschied ist höchst signifikant ($p=0,001^{***}$). Dies stellt ein relatives Risiko von 0,15 mit einem 95%-Konfidenzintervall von 0,06 bis 0,39 dar.

3.3.4 Beziehung mit dem Partner und häusliche Gewalterfahrung

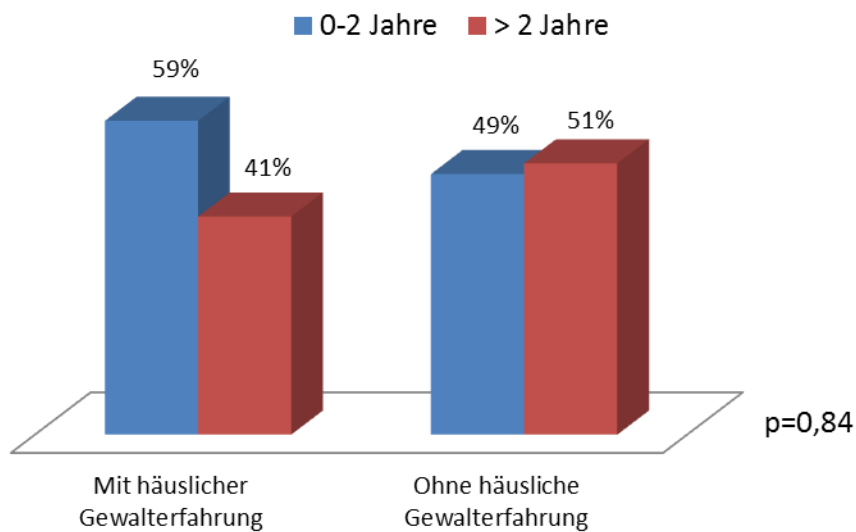
	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten				p-Wert
	Häusliche Gewalt n=34		Keine Gewalt n=240		
Zusammenleben mit dem Partner					
Lebt mit ihrem Partner zusammen	29	(74,4)	200	(73,5)	0,91
Lebt nicht mit ihrem Partner zusammen	5	(25,6)	40	(26,5)	
Dauer des Zusammenlebens mit dem Partner					
0-2 Jahre	20	(58,8)	117	(48,8)	0,84
> 2 Jahre	14	(41,2)	123	(51,2)	
Empfindung des Lebens mit dem Partner					
Angemessen	29	(85,3)	232	(96,7)	0,004
Nicht angemessen	5	(14,7)	8	(3,3)	

Abb. 12: Zusammenleben mit dem Partner und häusliche Gewalterfahrung



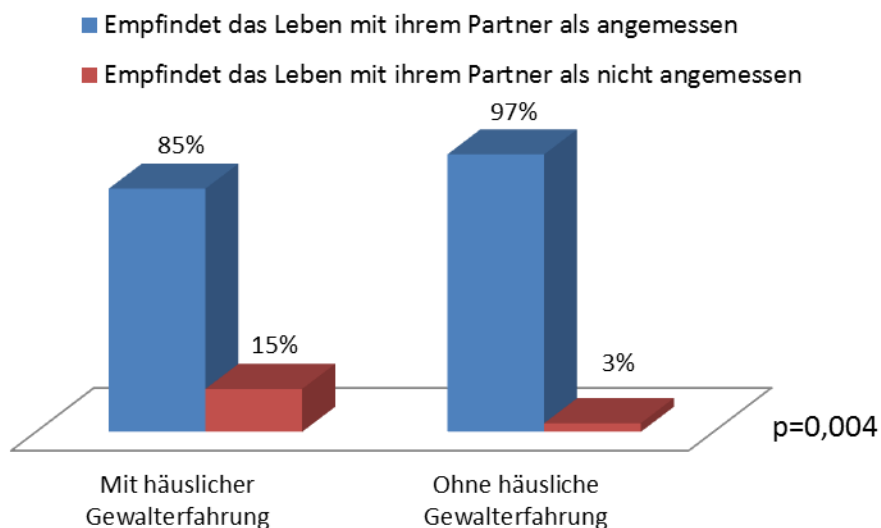
In beiden Gruppen lebten 74 Prozent der Frauen mit ihrem Partner zusammen (29 von 34 und 200 von 240).

Daraus ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Zusammenleben mit dem Partner und häuslicher Gewalterfahrung ($p=0,91$).

Abb. 13: Dauer des Zusammenlebens mit dem Partner und häusliche Gewalterfahrung

41 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung (14 von 34) und 51 Prozent der Frauen ohne Gewalterfahrung (123 von 240) waren mit ihrem Lebenspartner länger als zwei Jahre zusammen.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die Dauer des Zusammenlebens mit dem Partner ist nicht signifikant ($p=0,84$).

Abb. 14: Empfindung des Lebens mit dem Partner und häusliche Gewalterfahrung

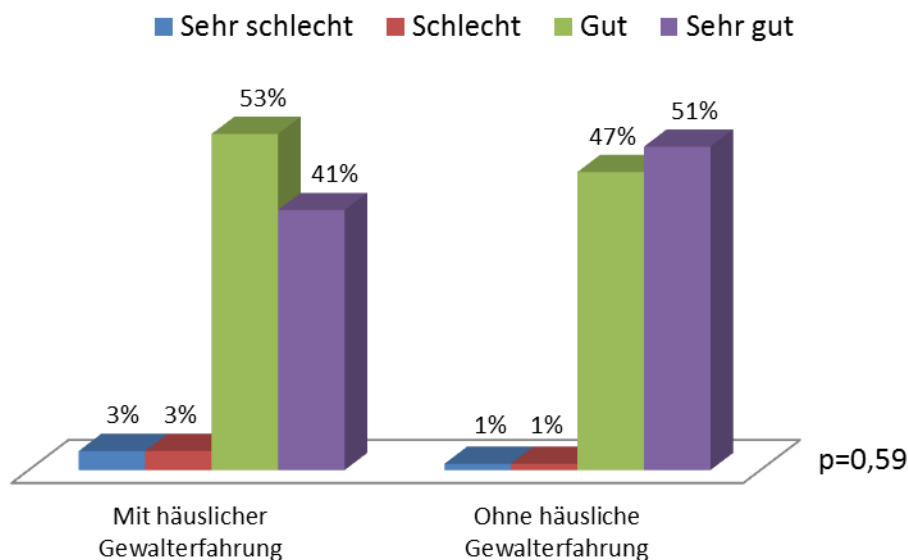
97 Prozent der Frauen, die keine Gewalt erlitten, empfanden das Leben mit ihrem Partner als angemessen (232 von 240), während in der Gruppe der Frauen, die Gewalt erlitten, nur 85 Prozent das Leben mit ihrem Partner als angemessen empfanden (29 von 34).

Dieser Unterschied ist hoch signifikant ($p=0,004^{**}$). Statistisch ergibt sich ein relatives Risiko von 0,20 mit einem 95%-Konfidenzintervall von 0,06 bis 0,65.

3.3.5 Empfindung der Betreuung durch den Partner und die Familie und häusliche Gewalterfahrung

	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten				p-Wert
	Häusliche Gewalt		Keine Gewalt		
Empfindung der Betreuung durch den Partner	n=34		n=240		
Sehr schlecht	1	(2,9)	3	(1,3)	
Schlecht	1	(2,9)	3	(1,3)	
Gut	18	(53,0)	113	(47,0)	
Sehr gut	14	(41,2)	121	(50,4)	0,59
Empfindung der Betreuung durch die Familie	n=39		n=272		
Sehr schlecht	4	(10,3)	5	(1,8)	
Schlecht	4	(10,3)	2	(0,7)	
Gut	13	(33,3)	121	(44,5)	
Sehr gut	18	(46,1)	144	(53,0)	<0,001

Abb. 15: Empfindung der Betreuung durch den Partner und häusliche Gewalterfahrung

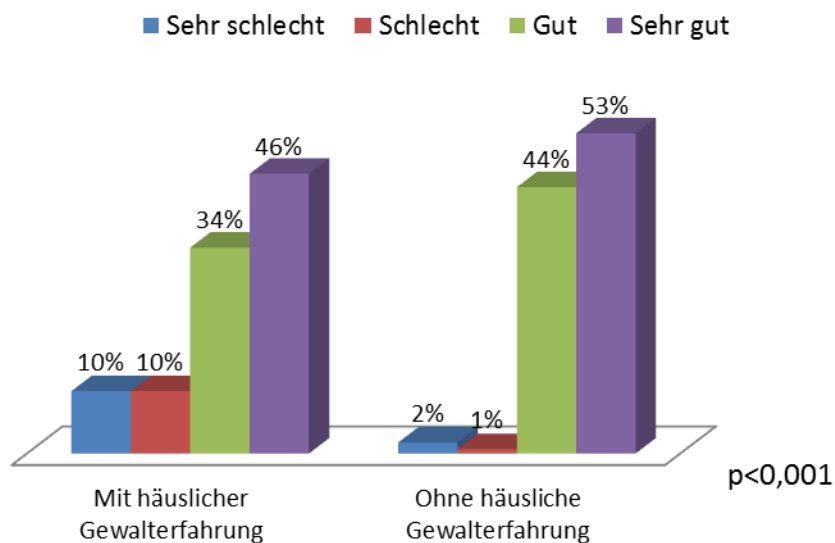


Von den Frauen, die Gewalt erlitten, empfand jeweils eine von 34 (3%) die Betreuung durch ihren Lebenspartner während der Schwangerschaft als sehr schlecht bzw. schlecht. In der Gruppe der Frauen ohne häusliche Gewalterfahrung

betrachteten 3 von 240 Frauen (1%) die Betreuung durch ihren Lebenspartner als sehr schlecht und 3 Frauen als schlecht (1%).

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den zwei Gruppen in Bezug auf die Empfindung der Betreuung durch den Lebenspartner während der Schwangerschaft ($p=0,59$).

Abb. 16: Empfindung der Betreuung durch die Familie und häusliche Gewalterfahrung



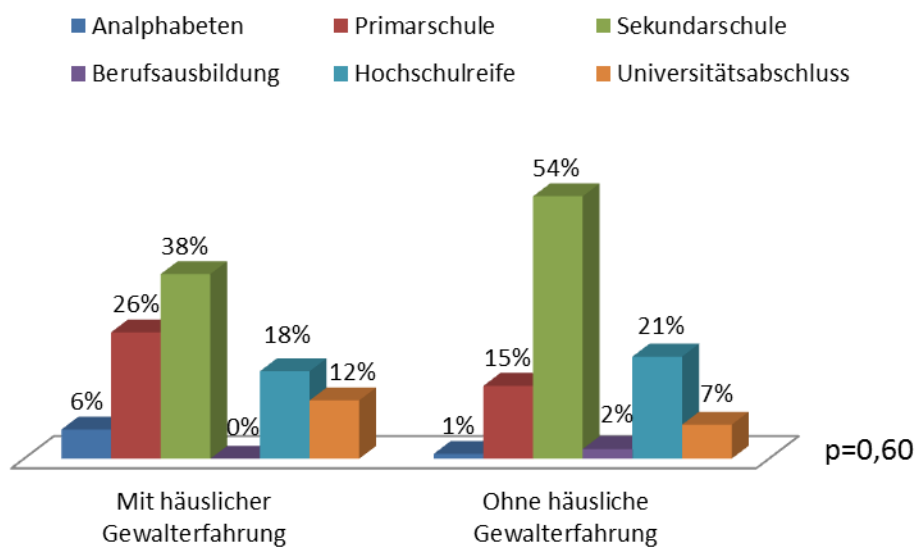
10 Prozent der Frauen, die Gewalt erlitten, empfanden die Betreuung durch ihre Familie während der Schwangerschaft als schlecht (4 von 39). Weitere 10 Prozent beurteilten sie als sehr schlecht (4 von 39). In der Gruppe der Frauen, die keine häusliche Gewalt erlitten, betrachtete ein Prozent der Frauen die Betreuung durch die Familie als schlecht (2 von 272) und 2 Prozent empfanden sie als sehr schlecht (5 von 272).

Zwischen den beiden Gruppen gibt es einen höchst signifikanten Unterschied ($p < 0,001^{***}$).

3.3.6 Soziodemografische Faktoren des Partners und häusliche Gewalterfahrung

	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten				p-Wert
	Häusliche Gewalt n=34		Keine Gewalt n=240		
Ausbildung des Partners					
Analphabeten	2	(5,9)	2	(0,8)	
Primarschule	9	(26,5)	36	(15,0)	
Sekundarschule	13	(38,2)	129	(53,8)	
Berufsausbildung	0	(0)	5	(2,1)	
Hochschulreife	6	(17,6)	51	(21,2)	
Universitätsabschluss	4	(11,8)	17	(7,1)	0,06
Alkoholkonsum des Partners					
Alkoholkonsum	21	(61,8)	132	(55,0)	
Kein Alkoholkonsum	13	(38,2)	108	(45,0)	0,46
Drogenkonsum des Partners					
Drogenkonsum	8	(23,5)	10	(4,2)	
Kein Drogenkonsum	26	(76,5)	230	(95,8)	0,001

Abb. 17: Ausbildung des Partners und häusliche Gewalterfahrung

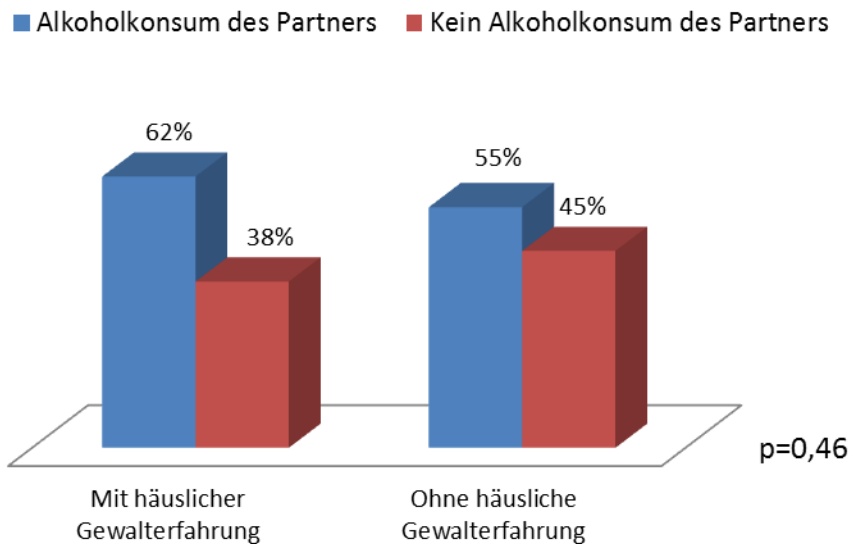


In der Gruppe der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung hatten 6 Prozent einen Lebenspartner, der Analphabet war (2 von 34) und 12 Prozent einen Lebenspartner mit Universitätsabschluss (4 von 34). In der Gruppe ohne häusliche Gewalterfahrung hatte ein Prozent einen Analphabeten als Lebenspartner (2 von

240) und 7 Prozent hatten einen Lebenspartner mit Universitätsabschluss (17 von 240).

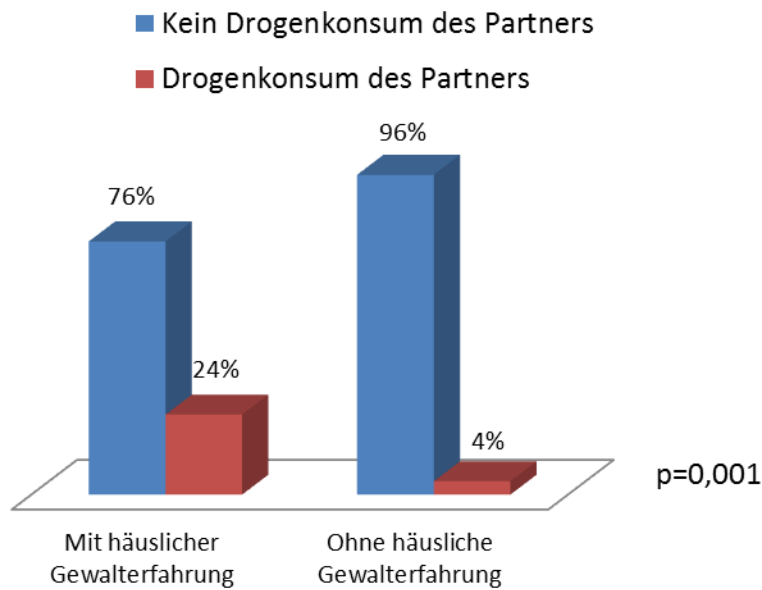
Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Gruppen der Frauen in Bezug auf die Ausbildung des Partners ($p=0,06$).

Abb. 18: Alkoholkonsum des Partners und häusliche Gewalterfahrung



62 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung hatten einen Partner, der Alkohol konsumierte (21 von 34). In der Gruppe der Frauen ohne Gewalterfahrung konsumierten 55 Prozent der Partner der Frauen Alkohol (132 von 240).

Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf den Alkoholkonsum des Partners ist nicht signifikant ($p=0,46$).

Abb. 19: Drogenkonsum des Partners und häusliche Gewalterfahrung

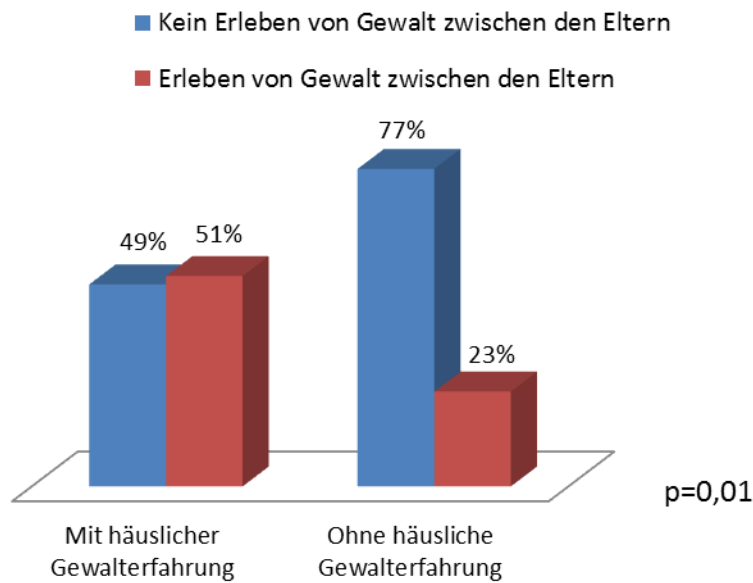
23 Prozent der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung hatten einen Partner, der Drogen konsumierte (8 von 34). 4 Prozent der Frauen, die keine Gewalt erlitten, hatten einen Partner, der Drogen konsumierte (10 von 240).

Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist höchst signifikant ($p=0,001^{***}$). Das ergibt ein relatives Risiko von 7,08 und ein 95%-Konfidenzintervall von 2,57 bis 19,51.

3.3.7 Häusliche Gewalt zwischen den Eltern der Frauen in ihrer Kindheit und häusliche Gewalterfahrung in ihrer Beziehung

	Gruppe; Anzahl (und %) der Antworten		p-Wert
	Häusliche Gewalt n=39	Keine Gewalt n=272	
Erleben von Gewalt zwischen den Eltern	20 (51,3)	50 (22,5)	0,01
Kein Erleben von Gewalt zwischen den Eltern	19 (48,7)	222 (77,5)	

Abb. 20: Erleben von Gewalt zwischen den Eltern der Schwangeren und häusliche Gewalterfahrung



Die Hälfte der Frauen, die unter häuslicher Gewalt litten (20 von 39), erlebten in ihrer Kindheit Gewalt zwischen ihren Eltern. In der Gruppe ohne Gewalterfahrung waren es 23 Prozent (50 von 272).

Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist hoch signifikant ($p=0,01^{**}$). Es ergibt sich ein relatives Risiko von 4,67 mit einem 95%-Konfidenzintervall von 2,32 bis 9,40.

4 DISKUSSION

4.1 Häusliche Gewalt in der befragten Population

4.1.1 Prävalenz

Dreizehn Prozent, der zwischen Juli und Dezember 2011 in der Schwangerschaftsvorsorge des Universitätsklinikums "Dr. José Eleuterio González" in der mexikanischen Stadt Monterrey befragten schwangeren Frauen, waren Opfer häuslicher Gewalt während ihrer Schwangerschaft.

Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen ähnliche Studien in Mexiko und anderen Ländern zum Thema häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen.

In den Vereinigten Staaten zum Beispiel liegt die Prävalenz von häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen je nach begrifflicher Standardisierung zwischen 4 und 19 Prozent (Muhajarine und D´Arcy 1999).

In Mexiko wurden in unterschiedlichen Regionen vergleichbare Studien mit ähnlichen Prävalenzergebnissen durchgeführt. In der Stadt Durango beispielsweise lag die Prävalenz von Gewalt gegen schwangere Frauen ebenfalls bei 13 Prozent (Castro und Ruíz 2004).

In einer von Liepe durchgeführten Studie schwankte die Prävalenz von körperlicher Gewalt im Ländervergleich zwischen 2 Prozent in Dänemark und 14 Prozent in Uganda. Die Prävalenzen liegen mehrheitlich zwischen 4 und 9 Prozent, wobei sie in den afrikanischen und lateinamerikanischen Ländern tendenziell höher liegen (Liepe und Blättner 2013).

4.1.2 Formen und Häufigkeit der häuslichen Gewalt

Die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Formen der Gewalt ist fließend. Eine klare Abgrenzung findet eher in der Theorie statt, da die verschiedenen Gewaltformen in der Praxis häufig in Kombination auftreten. So werden körperlich misshandelte Frauen auch häufig Opfer sexueller Übergriffe, die dann gleichzeitig mit Erniedrigung, Verängstigung und Demütigung verbunden sind (Mark 2001).

In der vorliegenden Studie erlitten 11 Prozent der schwangeren Frauen körperliche oder emotionale Gewalt. Im Jahr vor der Befragung wurden 5 Prozent und während der Schwangerschaft 3 Prozent der Frauen körperlich verletzt. Ein

Prozent der Frauen wurde im Jahr vor der Befragung zu sexuellen Handlungen gezwungen. 3 Prozent der Frauen gaben an, Angst vor ihrem Lebenspartner zu haben.

Bei ungefähr der Hälfte der Frauen war in der Studie häusliche Gewalt ein einmaliges oder seltenes Ereignis (7 von 14 Frauen mit körperlicher Gewalt im Jahr vor der Befragung, 5 von 8 Frauen mit körperlicher Gewalt während der Schwangerschaft und 2 von 4 Frauen mit sexueller Gewalt im Jahr vor der Befragung). In weiteren Studien wäre es wichtig, die soziodemografischen Faktoren der Frauen mit einmaliger oder seltener Gewalterfahrung und die der Frauen mit häufiger bzw. wiederholter Gewalterfahrung zu untersuchen. Für die Frauen mit häufiger Erfahrung von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft sind die Gesundheitsrisiken für die Mutter und für das ungeborene Kind und die Relevanz von Präventionsmaßnahmen im Gesundheitswesen besonders hoch.

4.1.3 Gewalttäter

In der vorliegenden Studie waren die Täter körperlicher oder sexueller Gewalt gegen die schwangeren Frauen meist der Ehemann, Exmann, Freund oder Exfreund (in 10 von 14 Fällen körperlicher Gewalt im Jahr vor der Befragung, in 7 von 8 Fällen körperlicher Gewalt während der Schwangerschaft und in allen 4 Fällen sexueller Gewalt im Jahr vor der Befragung). In den übrigen Fällen war der Gewalttäter ein Blutsverwandter (Vater, Bruder) oder der Schwiegervater. Die Frauen stehen zu den Gewalttätern in unterschiedlicher Beziehung. Dies spiegelt die Komplexität des Problems häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen wider und verdeutlicht die Schwierigkeiten und die hohen Anforderungen für eine erfolgreiche Aufklärung und Vorbeugung.

4.2 Zusammenfassung und Diskussion der soziodemografischen Faktoren

Häusliche Gewalt ist nicht vornehmlich ein Problem eines niedrigen bzw. höheren Sozial- oder Bildungsstatus. Vielmehr handelt es sich um ein in allen Schichten der Gesellschaft weit verbreitetes Problem und ist als ein gesamtgesellschaftliches Phänomen anzusehen (Freichel et al. 2010). Allerdings wurden in einigen Studien und auch in der vorliegenden Studie demografische Faktoren als Risikofaktoren für das Auftreten häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen identifiziert (Mark 2001).

In der vorliegenden Studie wurde kein Zusammenhang zwischen Alter, Familienstand, Ausbildung und Beschäftigung der Frauen mit der Häufigkeit auftretender häuslicher Gewalt ermittelt. Jedoch variiert in anderen Studien der Zusammenhang zwischen diesen soziodemografischen Faktoren und der Häufigkeit auftretender häuslicher Gewalt. So berichten einige Autoren zum Beispiel über eine höhere Prävalenz von häuslicher Gewalt gegen jüngere Frauen im Vergleich zu älteren (Brownridge et al. 2011).

In der Gruppe der Frauen ohne Gewalterfahrung waren in der vorliegenden Studie 13 Prozent der Frauen jünger als 17 Jahre (34 von 272). In der Gruppe mit Gewalterfahrung gab es keine Frau, die jünger als 17 Jahre alt war (0 von 39). Dieses Ergebnis kann vielleicht dadurch erklärt werden, dass sich jüngere Frauen eher scheuen, über erlittene häusliche Gewalt zu berichten. Gründe hierfür könnten Angst vor dem Partner oder einem Familienmitglied sein, als auch die Angst, aus ihrem familiären und sozialen Umfeld verstoßen zu werden.

In beiden Gruppen der vorliegenden Studie waren drei Viertel der Frauen verheiratet oder lebten in eheähnlicher Gemeinschaft. Nur 2 Prozent der Frauen beider Gruppen waren geschieden, was dadurch erklärt werden kann, dass in Mexiko die Scheidungsrate aus gesellschaftlichen, kulturellen und religiösen Gründen relativ niedrig ist. 89,3 Prozent der mexikanischen Bevölkerung gehören der römisch-katholischen Kirche an (INEGI, 2010), die keine Scheidung der Ehe zulässt. Die Religion und damit der Glaube spielen in der mexikanischen Gesellschaft und somit auch für die Frauen eine beherrschende Rolle. Kommt es dennoch zu einer Scheidung, wird in der Regel der Frau die Schuld für das Scheitern der Ehe zugewiesen.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass von den befragten Frauen 13 Prozent (39 von 311) Opfer häuslicher Gewalt waren, aber nur drei 3 Prozent (9 von 311) Angst vor ihrem Lebenspartner oder anderen, ihnen nahestehenden männlichen Personen, hatten. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Frauen sich an die permanente Bedrohung gewöhnt haben und die ständigen Gewalthandlungen als normale Alltagserfahrung wahrnehmen. Die Angst vor sozialer und familiärer Isolation im Falle einer Trennung oder Scheidung übersteigt die Angst vor dem Aggressor.

Der Unterschied zwischen den Gruppen der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung und ohne häusliche Gewalterfahrung in Bezug auf das Gesamtspektrum der schulischen und universitären Ausbildung der Frauen, war

für das Auftreten von häuslicher Gewalt statistisch nicht signifikant ($p=0,08$). Allerdings waren in den Randbereichen niedriger und hoher Bildung doch deutliche Abweichungen zu verzeichnen. In der Gruppe der Frauen, die Gewalt erlitten, waren ca. 8 Prozent Analphabetinnen, während in der Gruppe ohne Gewalterfahrung nur ein Prozent der Frauen Analphabetinnen war. Nur 2 Prozent der Frauen in der Gruppe mit Gewalt hatten einen Universitätsabschluss, während 7 Prozent der Frauen ohne Gewalterfahrung einen Universitätsabschluss hatten. Es liegt die Vermutung nahe, dass eine geringe Ausbildung die Frauen daran hindert, sich vom Ehemann oder Partner zu trennen. Käme es zur Trennung, könnten die betroffenen Frauen nur sehr schwer finanzielle Unabhängigkeit erlangen. Es gibt in Mexiko keine staatliche Unterstützung, die Frauen nach einer Scheidung finanziell vor dem Abgleiten in absolute Armut bewahrt. Bei Frauen mit Universitätsabschluss könnten einerseits ihre Partnerwahl aber auch elaborierte Konfliktbewältigungsstrategien zu einem geringeren Gewalterfahrungsrisiko beitragen.

80 Prozent der Frauen in beiden Gruppen der Studie waren Hausfrauen. Das zeigt den großen Anteil der Frauen, die finanziell vom Ehemann oder Partner abhängig sind. Der Erwerbsstatus von Frauen und das sich daraus ergebende Kontrollverhalten der Partner kann als Risikofaktor für häusliche Gewalt in Mexiko angesehen werden (Terrazas-Carrillo und McWhirter 2015).

In der vorliegenden Studie gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Gruppen der Frauen in Bezug auf die Ausbildung des Partners und häuslicher Gewalt ($p=0,06$). In anderen Studien variiert der Zusammenhang zwischen diesem Faktor und der Häufigkeit auftretender häuslicher Gewalt (Muhajarine und D'Arcy 1999).

Es gab auch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Planung der Schwangerschaft und häuslicher Gewalt ($p=0,95$). In beiden Gruppen war bei der Hälfte der Frauen die Schwangerschaft nicht geplant.

Ebenfalls gab es keinen Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalterfahrung und den Angaben der Frauen, ob sie ihre Ernährung während der Schwangerschaft für ausreichend hielten ($p=0,07$).

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Gewalterfahrung/keine Gewalterfahrung) in Bezug auf die Dauer des Zusammenlebens mit dem Partner war ebenfalls nicht signifikant ($p=0,84$).

Allerdings wurde in Bezug auf Empfindung des Lebens mit dem Partner ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ermittelt ($p=0,004$).

Die Erfahrung von Gewalt zwischen den Eltern führt zu einem statistisch hoch signifikanten Unterschied ($p=0,01$). Die in ihrer Jugend erfahrene Gewalt zwischen den Eltern der von häuslicher Gewalt betroffenen schwangeren Frauen ist ein Risikofaktor für häusliche Gewalt gegen die Frauen in ihrer späteren und eigenen Beziehung. Dieser Risikofaktor für das Auftreten häuslicher Gewalt gegen Frauen wurde auch von Stewart und Cecutti bestätigt (Stewart und Cecutti 1993). Es ist anzunehmen, dass die Frauen ihre Kindheitserfahrungen in ihrer aktuellen Beziehung erneut erleben, da sie dieselben Verhaltensmuster zeigen, die sie in ihrem Elternhaus erfahren bzw. gelernt haben. Es wurde in der Studie nicht untersucht, ob erlebte Gewalt zwischen den Eltern auf der Seite des Partners und Täters ebenfalls ein Risikofaktor für häusliche Gewalt ist.

In der vorliegenden Studie ergab sich ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen Stresswahrnehmung der Frauen und häuslicher Gewalt ($p<0,001$). Stresswahrnehmung der Frauen und Erleben häuslicher Gewalt in ihrer Kindheit wurden von Gelles als wesentliche Risikofaktoren für häusliche Gewalt ermittelt. An der Studie „The violent home“ nahmen 80 Familien in den Vereinigten Staaten im Jahr 1972 teil. „Es werden zwei Hauptbedingungen für Gewalt ersichtlich: Erstens, ist Gewalt eine Anpassung an oder eine Reaktion auf strukturellen Stress. Dieser Stress führt zu Frustrationen, die wiederum oft zu Gewalt führen. Zweitens, ist Gewalt als ein durch Sozialisationserfahrung gelerntes Verhalten anzusehen“ (Neubauer et al. 1987).

Der Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und den Faktoren Stress, wahrgenommener Betreuung durch die Familie und Erfahrung von Gewalt zwischen den Eltern in der Kindheit der Frauen spiegelt die allgemein ungünstigen Bedingungen wieder, in denen Frauen leben, die häusliche Gewalt erleiden. Für viele von ihnen ist häusliche Gewalt nur eines der vielen Probleme, die ihre Gesundheit während der Schwangerschaft gefährden.

Aus den Ergebnissen einer Forschung von Avdibegovic u.a. 2017 kann man schließen, dass Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt wurden, deutlich mehr intensive negative emotionale Dimensionen aufweisen als Frauen, die nicht missbraucht wurden. Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung beschreiben sich als trauriger, apathischer, einsamer, wütender, zänkischer und weniger gesellig (Avdibegovic et al. 2017).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die Frauen, die keine Gewalt erleiden, eine bessere Beziehung zu ihrer Familie unterhalten als diejenigen, die Gewalt erfahren ($p < 0,001$). Dies steht im Einklang mit anderen Studien, die dem sozialen Umfeld eine schützende Rolle für die Frauen durch Unterstützung und Beistand zuschreiben (ACOG 2005; Brownridge et al. 2011).

In der vorliegenden Studie empfanden 97 Prozent der Frauen ohne häusliche Gewalterfahrung das Leben mit ihrem Partner als angemessen (232 von 240), in der Gruppe der Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung waren es 85 Prozent (29 von 34). Das ist hoch signifikant ($p = 0,004$). Es ist auffällig, dass 85 Prozent der Frauen, die Gewalt erlitten, das Leben mit ihrem Partner als angemessen empfanden. Das ist vielleicht dadurch zu erklären, dass in ihrem Leben für sie andere Faktoren wichtiger sind wie zum Beispiel ökonomische Sicherheit oder das Wohlergehen ihrer Kinder. Hinzu kommt, dass Beschimpfungen oder andere Formen von Gewalt zu alltäglichen Geschehnissen werden und von den Frauen als gewöhnliche Alltagserfahrung gesehen werden.

Francis u.a. untersuchten 2017 in Australien Frauen, die häusliche Gewalt erlebt hatten. Sie erforschten im Detail, wie Frauen ihre Erfahrungen mit häuslicher Gewalt verarbeiten. Die Gründe, die Frauen daran hinderten, Missbrauch zu offenbaren und Maßnahmen zur Beendigung häuslicher Gewalt zu ergreifen, waren komplex und unterschiedlich. Oftmals erkannten oder realisierten die Frauen nicht, dass sie mit ihrem Partner in einer problematischen Beziehung lebten (Francis et al. 2017).

Der soziokulturelle Hintergrund bei der Mehrheit mexikanischer Frauen hat zur Folge, dass viele Frauen eher niedrige Erwartungen an ihren Lebenspartner stellen. Sie werden dazu erzogen, in ihrer Kindheit und Jugend vor allem den Eltern zu gehorchen und sich ihrem Lebenspartner zu unterstellen. Als Erwachsene sind sie oftmals ökonomisch und emotional von ihrem Partner abhängig, haben ihm zu gehorchen und erleiden häufig häusliche Gewalt. In der Beziehung nehmen sie ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zurück, um die Erwartungshaltung ihrer Familie und ihres sozialen Umfeldes zu erfüllen.

Eine Studie in Pakistan unterstreicht, dass Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt waren, diese wahrscheinlich auch deswegen weiterhin ertrugen, da sie in wirtschaftlicher Abhängigkeit zu ihrem Ehemann oder Lebenspartner standen. Die Bedeutung der wirtschaftlichen Faktoren für die Prävalenz von häuslicher Gewalt gegen Frauen wurde in dieser Studie bestätigt (Mavrikiou et al. 2014).

In der vorliegenden Studie gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit und der ohne Gewalterfahrung in Bezug auf die Empfindung der Betreuung durch den Lebenspartner während der Schwangerschaft ($p=0,59$). In beiden Gruppen empfanden mehr als 90 Prozent der Frauen die Betreuung durch den Partner als gut oder sehr gut. Dieses Ergebnis überrascht deswegen, da sich dieser hohe Prozentsatz auch in der Gruppe der Frauen mit Gewalterfahrung ergab (37 von 39). Es liegt die Vermutung nahe, dass für die Frauen mit Gewalterfahrungen das Hauptproblem nicht die Gewalterfahrungen an sich sind, sondern andere daraus resultierende Probleme wie zum Beispiel gewalttätiges Verhalten, Alkohol, Drogenkonsum oder Schulabbruch ihrer Kinder.

In der hier durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass bei Frauen, die Alkohol konsumierten, das Risiko von häuslicher Gewalt zweimal höher lag als bei denen, die keinen Alkohol konsumierten (95% KI=1,29-5,11). In ähnlicher Weise hatten Frauen, die rauchten, ein zweimal höheres Risiko, häusliche Gewalt zu erleben als die Nichtraucherinnen (95% KI=1,08-4,27). Bei Drogenkonsum der Frauen war das Risiko von Gewalt dreimal höher als bei Frauen, die keine Drogen konsumierten (95% KI=0,98-11,42).

In der vorliegenden Studie konsumierten 23,5 Prozent der Partner der schwangeren Frauen Drogen. Das Risiko, in der Schwangerschaft häusliche Gewalt zu erleben, erhöhte sich um das Siebenfache für die Frauen mit einem Partner, der Drogen konsumierte (95% KI=2,57-19,51). Es ergab sich allerdings kein Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Alkoholkonsum des Partners ($p=0,46$). Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Alkoholkonsum in der Region der erfassten Population sehr verbreitet ist und soziale Akzeptanz findet. In der Gruppe der schwangeren Frauen mit Gewalt wie auch in der Gruppe ohne Gewalt hatte mehr als die Hälfte einen Partner, der Alkohol konsumierte.

Die Risikofaktoren Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, die in der vorliegenden Studie mit häuslicher Gewalt in Verbindung gebracht wurden, sind in anderen Studien in ähnlicher Weise identifiziert (ACOG 2005. Black et al. 2011). Unklar bleibt jedoch, ob die hier genannten Risikofaktoren Auslöser oder Resultat häuslicher Gewalt sind.

4.3 Aktuelle Situation der Frauen in Mexiko

Gewalt gegen Frauen ist in Mexiko ein gesundheitliches Problem mit massiven negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Frauen, die unter

einer patriarchalen Kultur leben und unter einem Staat, der das Auftreten von häuslicher Gewalt gegen Frauen vertuscht und damit weitgehend unsichtbar macht, leiden (Flores 2016).

Mexiko ist eines der 25 gefährlichsten Länder für Frauen. Im Jahr 2006 wurde erstmals in Mexiko eine Kommission der Regierung mit dem Auftrag gebildet, das Problemfeld "Gewalt gegen Frauen" zu untersuchen. Die Ergebnisse der Studie sind bedrückend. Nach Angaben dieser Kommission wurden in Mexiko 1.205 Frauen im Jahr 2004 getötet und von 1999 bis 2005 durchschnittlich pro Jahr mehr als 1.000 Frauen umgebracht. Die mexikanische Generalstaatsanwaltschaft gab an, dass zwischen 1993 und 2005 allein in Ciudad Juarez, Chihuahua, 379 Frauen ermordet wurden (Lagarde y de los Ríos 2010).

Flores-Torres führte 2017 eine Studie in Mexiko mit 634 Frauen aus einer Kohorte von mexikanischen Lehrerinnen ohne Krankheitsbild durch, die mit der Life-Stressor-Checkliste befragt wurden. Das Durchschnittsalter betrug $48,9 \pm 4,3$ Jahre. Fast 40 Prozent der Frauen berichteten über Gewalt in ihrer Vergangenheit. Die Prävalenz von sexueller Gewalt betrug 7,1 Prozent und die von körperlicher Gewalt 23,5 Prozent. 7,7 Prozent berichteten sowohl über sexuelle als auch über körperliche Gewalt (Flores-Torres et al. 2017).

Häusliche Gewalt ist in Mexiko zwar ein bekanntes, aber wenig erforschtes Problem. Es gibt keine Institution, die genaue Daten und Informationen über die Inzidenz häuslicher Gewalt anbieten kann. Alle verfügbaren Daten basieren auf Schätzungen, da allgemein davon ausgegangen wird, dass eine große Zahl der Fälle nicht zur Anzeige gebracht wird. Ursache dafür ist das Misstrauen der Opfer in die staatlichen Institutionen, ihr Wissen über unzulängliche Bemühungen der Behörden und die minimale Aufklärungsrate bei den zur Anzeige gebrachten Fällen von häuslicher Gewalt. All das lässt die Opfer an dem System und an der Gerechtigkeit zweifeln. Zu dieser Problematik bemerkt Laura Martinez, Direktorin des Verbandes für ganzheitliche Entwicklung von Vergewaltigungsopfern, dass viele Menschen keine Anzeige erstatten wollen, „da sie sagen, dass die Behörden ihnen keinen Glauben schenken. Wir betreuen etwa 140 Frauen im Monat, von denen vielleicht nur 10 Prozent eine Strafanzeige stellen“ (Lagarde y de los Ríos 2010).

Die Regierungskommission, die auch die Interessen der Opfer von Gewalt gegen Frauen vertritt, schätzt die Zahl nicht gemeldeter Fälle von Sexualdelikten gegen Frauen auf 600.000 pro Jahr. Die Kommission weist darauf hin, dass die Ursachen

für diese hohe Dunkelziffer Misstrauen der Opfer gegenüber den Verantwortlichen der Strafjustiz, Machtmissbrauch der Behörden sowie ein unzureichender Rechtsrahmen, der die Würde der Opfer verletzt und in dem keine spezialisierte und qualifizierte Versorgung der Opfer solcher Art von Verbrechen gewährleistet wird, sind.

Das Büro der Vereinten Nationen in Mexiko geht von ca. 15.000 Beschwerden oder Anzeigen pro Jahr wegen Vergewaltigung in Mexiko City aus, wobei aber nur 20 Prozent der Fälle mit einer Verurteilung enden. Das heißt, dass etwa 40 Frauen pro Tag Anzeige erstatten und nur ein Fünftel der Fälle gelöst wird. Dieses Bild zeichnet eine Studie der Vereinten Nationen zum Problemkreis Gewalt gegen Frauen, die Daten zwischen 1997 und 2014 analysierte (Lagarde y de los Ríos 2010).

2014 wurde die Lebenserwartung in Mexiko bei Frauen im Alter von 20 Jahren auf 59,5 Jahre (95% KI=59,0-60,1) hochgerechnet. Für 26 Prozent (15,3 Jahre, 95% KI=15-15,8) ihrer Lebenszeit wurden Auftreten von häuslicher Gewalt prognostiziert. Es ist zu erwarten, dass in Mexiko häusliche Gewalt gegen Frauen weiterhin zunimmt. Gewalt allgemein und häusliche Gewalt gegen Frauen sollten deshalb als ein äußerst wichtiges Problem für das öffentliche Gesundheitswesen in Mexiko gesehen und behandelt werden (Canudas-Romo et al. 2017).

In Mexiko gibt es, im Gegensatz zu Deutschland, kein strukturiertes System, häusliche Gewalt gegen Frauen zu identifizieren und betroffenen Frauen die notwendige Unterstützung zu gewährleisten.

In diesem Kontext kann der Stellenwert der vorliegenden Studie darin gesehen werden, die Häufigkeit häuslicher Gewalt in Mexiko gegen Frauen in der Schwangerschaft zu unterstreichen und Risikofaktoren zu benennen. Dies soll einen Beitrag dazu leisten, die in Mexiko dringend benötigten Interventionsprogramme im Gesundheitswesen und deren Vernetzung mit anderen sozialen Einrichtungen zu entwickeln. Auch wenn in anderen Ländern der soziokulturelle Hintergrund der Gewalt ein anderer ist, ist diese nur durch gut ausgebildetes Personal im Rahmen von Interventionsprogrammen zu bekämpfen.

4.4 Interventionsprogramme in Deutschland

Um ein adäquates Interventionsprogramm für häusliche Gewalt gegen Frauen in der Schwangerschaft für das mexikanische Gesundheitswesen zu entwickeln und in Mexiko zu etablieren, ist es sinnvoll, sich an erfolgreichen Programmen aus

anderen Ländern zu orientieren. Ein Beispiel ist das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, das als erstes Projekt dieser Art in Deutschland, am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin, 1999 implementiert wurde. Die zentralen Handlungsschritte und Ziele des Interventionsprogramms werden durch das S.I.G.N.A.L.-Akronym beschrieben (Hornberg et al. 2008).

Tab. 3: S.I.G.N.A.L.-Akronym (Hornberg et al. 2008)

S	Sprechen Sie die Patientin an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft. Frauen öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.
I	Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Frauen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.
G	Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein.
N	Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtsverwertbar sind.
A	Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.
L	Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.

Die WHO formulierte 2013 evidenzbasierte Leitlinien für den Umgang mit der Problematik häuslicher Gewalt gegen Frauen mit Bezug auf Versorgung der von Gewalt betroffenen Frauen, Aus- und Weiterbildung der Ärzte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen und auf die Gesundheitspolitik allgemein (Wieners und Winterholler 2016).

Mit dem Ziel der praktischen Umsetzung des Programms und dessen Integration im klinischen Alltag wurden in Deutschland Fortbildungskonzepte für pflegerische und ärztliche MitarbeiterInnen entwickelt und durchgeführt sowie gerichtsverwertbare Dokumentationsbögen und Informationsmaterialien für betroffene Patientinnen bereitgestellt (Hornberg et al. 2008).

4.5 Kritische Reflexion

Bei der Durchführung der vorliegenden Studie wurde versucht, Faktoren zu reduzieren, die die Antworten der Schwangeren manipulieren könnten. Die Interviews wurden in separaten Büros und in Abwesenheit der Angehörigen durchgeführt. So sollte die Anzahl der Frauen, die aus Angst oder Scham falsche Angaben machen, minimiert werden. Dieses Verfahren fördert eine höhere Response-Rate bei körperlicher Misshandlung (Chen et al. 2007). Auch die Studie von Paredes-Solís u.a., durchgeführt in Ometepe, Mexiko, bestätigt einen signifikanten Unterschied, je nachdem ob der Partner während des Interviews anwesend war oder nicht (Paredes-Solís et al. 2005).

Die vorliegende Studie enthält ein methodisches Problem, welches aufgrund der Auswertungsart letztlich einen begrenzten Hypothesentest möglich macht. Erfasst sind die Strukturunterschiede zwischen schwangeren Frauen, die angeben häusliche Gewalt erlitten zu haben und ebensolchen ohne Gewalterfahrungen. Daraus ist jedoch kein Umkehrschluß zu ziehen. Laut Lamnek wäre die Erfassung bestimmter Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt nur möglich, wenn man diese mit einer prospektiven Längsschnittanalyse (Trendanalyse) bestimmt (Lamnek et al. 2012b).

Es könnte auch zu einem methodischen Fehler in der Errechnung der Prävalenz gekommen sein, da in der Studie nur eine einmalige Datenerhebung, unabhängig vom Zeitpunkt in der Schwangerschaft, durchgeführt wurde. Laut Liepe wird das Ergebnis der Prävalenz durch den Zeitpunkt der Befragung beeinflusst, da bei einer einmaligen Datenerhebung nicht der gesamte Zeitraum der Schwangerschaft erfasst wird (Liepe und Blättner 2013). Die einmalige Befragung der Frauen in ihrer Schwangerschaft könnte in der vorliegenden Studie zu einer Unterschätzung der Prävalenz häuslicher Gewalt geführt haben.

4.6 Ausblick und weitere Forschungsfragen

Da aufgrund der gesundheitlichen Folgen von häuslicher Gewalt für schwangere Frauen und neugeborene Kinder dringender Handlungsbedarf besteht, sind Hebammen, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte dazu angehalten, die Patientenkontakte im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung zu nutzen, um von Gewalt betroffene Frauen zu identifizieren und in dieser Hinsicht präventiv und unterstützend tätig zu werden (Hellbernd und Brzank 2007).

In einer Studie in Pakistan wurde bestätigt, dass viele ÄrztInnen, die Schwangere betreuen, häusliche Gewalt häufig als ein „Familienproblem“ ansehen, das in einer Routinevorsorge nicht aktiv angesprochen wird (McCauley et al. 2017).

In Australien untersuchten Saberi u.a. 2017 die Qualität der ärztlichen Erstuntersuchung von Frauen in der Notaufnahme, die Opfer häuslicher Gewalt waren. Die Mehrheit der ÄrztInnen fühlte sich bei diesen Untersuchungen unwohl (79,7%, n=59) und gab an, für diesen Tätigkeitsbereich nicht ausreichend ausgebildet zu sein (88,7%, n=55) (Saberi et al. 2017).

Frauen offenbaren häufig erfahrene häusliche Gewalt und Missbrauch selbst dann nicht, wenn es sich um eine offensichtliche und ernsthafte körperliche Verletzung handelt. Erforderlich ist ein aktualisiertes, wirksames und vernetztes Berichterstattungssystem für Verdachtsfälle von häuslicher Gewalt, das auch emotionalen und psychischen Mißbrauch mit einschließt, damit Ärzte und das Personal im Gesundheitswesen die angemessene Betreuung und bestmögliche Unterstützung für die Betroffenen gewährleisten können (Hinsliff-Smith und McGarry 2017).

Die Ursachen typischer Verletzungsbefunde müssen von Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und Praxen aktiv und offen angesprochen werden, um diese hinsichtlich der potenziellen rechtlichen Interessen des Opfers zu dokumentieren. Zudem muss die Beratungskompetenz zur möglichen Weitervermittlung an psychosoziale Beratungseinrichtungen, Kriseninterventionszentren oder eventuell an Schutzeinrichtungen für Frauen, gesteigert werden (Seifert et al. 2006).

Lundell u.a. bestätigten in einer Studie 2017 in Mexiko, dass es für Frauen, die Gewalt erlitten, von Bedeutung ist, dass sich die Fachkräfte im Gesundheitswesen Zeit nehmen, um mit ihnen über das Geschehene zu sprechen. Die Frauen, die mit Respekt und echtem Interesse behandelt wurden, fühlten sich sicherer. Fehlende Empathie von Seiten der Fachkräfte löste aufgrund unerfüllter Erwartungshaltungen Frustration und Misstrauen aus (Lundell et al. 2017).

Die vorliegende Studie ist ein weiterer Beweis dafür, dass häusliche Gewalt in Mexiko eine erhebliche Zahl von schwangeren Frauen betrifft. Dieses Problemfeld sollte als wichtiges Thema mit hoher Priorität in den Fokus des öffentlichen Gesundheitswesens in Mexiko rücken. Die Studie bestätigt die Notwendigkeit des Screenings bezüglich häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft und nach der Geburt bei allen Frauen, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, Unterstützung und Therapie zu erhalten. Darüber hinaus ist es dringend

notwendig, Ärzte und Gesundheitspersonal im Bereich der Geburtshilfe so auszubilden, dass sie mögliche Risikofaktoren für häusliche Gewalt bei schwangeren Frauen identifizieren. Nur so kann den betroffenen Frauen eine adäquate Hilfestellung geben werden. Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum der Frauen, sowie Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit zwischen den Eltern, als auch der Drogenkonsum des Partners, sind Risikofaktoren für häusliche Gewalt, die bei der Schwangerschaftsvorsorge in besonderer Weise beachtet werden müssen.

Der Risikofaktor, dass Frauen, die in ihrer Kindheit Gewalt zwischen ihren Eltern erlebten, fünf Mal häufiger in ihren späteren Beziehungen häusliche Gewalt erleiden ($p=0,01$), enthält psychologische Komponenten und sollte in künftigen Studien untersucht werden. Präventionsmaßnahmen für diese Frauen sind frühzeitig und schon weit vor der Schwangerschaft notwendig.

Der Interventionsbedarf im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, wird durch die physischen und psychischen Folgen häuslicher Gewalt zum Ausdruck gebracht. Das Fachpersonal muss beim Erstkontakt mit den betroffenen Frauen gewaltbedingte Verletzungen oder Beschwerden erkennen können. Zusätzlich kann durch Routinefragen zu Gewalterfahrungen die medizinische Versorgung optimiert werden. Laut Brzank zeigten die Befragten Akzeptanz gegenüber solchen Interventionen (Brzank et al. 2004).

Für die Opfer häuslicher Gewalt ist es dringend erforderlich, dass Gesundheitsdienstleister eine aktive Rolle bei der Offenlegung und Erfassung häuslicher Gewalt übernehmen. Die Frage nach häuslichen Gewalterfahrungen sollte unbedingt Teil der Anamnese der Schwangerschaft sein. Dies sollte aktiv von der Ärztin oder dem Arzt angesprochen werden, da das Thema der häuslichen Gewalterlebnisse nur selten spontan zur Sprache kommt (Leeners 2010). Die Frauenärzte können damit die Frauen, die häusliche Gewalt erleiden, identifizieren, um eine adäquate Behandlung zur Vermeidung der physischen und psychischen Konsequenzen zu ermöglichen.

Die Sensibilität und Kompetenz der Ärzte spielen eine entscheidende Rolle bei der Aufdeckung häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen. Die Ärzte und alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen übernehmen eine tragende Rolle zur frühen Erkennung dieser Problematik und können so den Opfern Hilfestellung bieten. Neben der Aufgabe der medizinischen Diagnostik und Behandlung können die behandelnden ÄrztInnen eine wesentliche Unterstützung beim ersten Schritt der schwangeren Frau aus der Gewaltbeziehung sein. Grundlegende Voraussetzung

dafür, dass die ÄrztInnen ihrer Verantwortung gegenüber den Opfern auch tatsächlich nachkommen können, ist zunächst das Wissen um die Häufigkeit, die Hintergründe, die Risikofaktoren und die Dynamik häuslicher Gewalt bei schwangeren Frauen.

Um die durch häusliche Gewalt an Frauen verursachten gesundheitlichen Schäden zu verringern, gibt es immer öfter positive Ansätze, die die Wirksamkeit der Gesundheitsdienste in diesem Bereich erhöhen. Insbesondere eine fachlich kompetente Beratung und feinfühliges Begleiten der Frauen während ihrer Schwangerschaft sowie eine strukturierte Risikobewertung und Sicherheitsplanung sind grundlegende Komponenten einer gelungenen Intervention (Spangaro 2017).

Darüber hinaus besteht in diesem Kontext auch ein Bedarf an qualitativ hochwertigen, randomisierten und kontrollierten Studien mit ausreichender statistischer Leistung, um so festzustellen, ob die Interventionsprogramme während der Schwangerschaft Episoden von häuslicher Gewalt reduzieren oder verhindern können und welche Auswirkungen diese Interventionsprogramme auf die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit und Morbidität haben (Jahanfar et al. 2014).

Die Allgegenwart, Häufigkeit und Variabilität von häuslicher Gewalt gegen Frauen auch während der Schwangerschaft ist ein weltweites Problemfeld, das weiter intensiv erforscht werden muss, um das Fachwissen im Gesundheitswesen mit Vernetzung von Prävention und Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt zu erweitern (Fischbach und Herbert 1997).

5 ZUSAMMENFASSUNG

Einführung: Häusliche Gewalt stellt ein hohes Risiko für die Gesundheit schwangerer Frauen und ihrer ungeborenen Kinder dar. In Mexiko ist die Datenlage zur Prävalenz unzureichend und eine Unterschätzung des Problems wahrscheinlich. Ziel der Studie war es, die Prävalenz häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen und die soziodemografischen Risikofaktoren für häusliche Gewalt gegen schwangere Frauen zu bestimmen.

Material und Methoden: 311 Frauen wurden in der pränatalen Versorgung an der Universitätsklinik "Dr. José González Eleuterio" von Juli bis Dezember 2011 interviewt. Das „Abuse Assessment Screen“ wurde verwendet. Die soziodemografischen und gesundheitlichen Faktoren der Frauen wurden erhoben, Querverweistabellen erstellt und das relative Risiko für häusliche Gewalt mit Konfidenzintervallen von 95% für jede Variable berechnet.

Ergebnisse: Die Prävalenz von häuslicher Gewalt betrug 13%. 3% wurden während der Schwangerschaft und 5% im Jahr vor der Befragung körperlich verletzt. Hohe Stresswahrnehmung, Unzufriedenheit mit der Schwangerschaft, negative Empfindung des Lebens mit dem Partner und der Betreuung durch die Familie während der Schwangerschaft, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum der Frauen, das Miterleben von häuslicher Gewalt zwischen ihren Eltern während der Kindheit und Drogenkonsum des Partners sind Faktoren, die das Risiko für die schwangere Frauen, Opfer häuslicher Gewalt zu werden, signifikant erhöhen. Schutzfaktoren sind die Zufriedenheit der Frauen mit der Schwangerschaft und eine positive Wahrnehmung des Zusammenlebens mit dem Partner.

Schlussfolgerungen: Die Studie bestätigt die hohe Prävalenz häuslicher Gewalt gegen schwangere Frauen in Mexiko. Dies ist mit erheblichen gesundheitlichen Folgen für die Frauen und ihre ungeborenen Kinder verbunden. Die Studie ist ein weiterer Beweis für die Notwendigkeit des Screenings bezüglich häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft. Grundlegende Komponenten dabei sind Kenntnis über Risikofaktoren häuslicher Gewalt, Sensibilität und Kompetenz des Fachpersonals. Es bedarf weiterer Untersuchungen in Mexiko, um den Aufbau von Interventionsprogrammen im öffentlichen Gesundheitswesen mit Vernetzung zu staatlichen Einrichtungen voranzutreiben, mit dem Ziel, eine adäquate gesundheitliche Versorgung sowie soziale und rechtliche Unterstützung der schwangeren Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung zu erreichen.

6 LITERATURVERZEICHNIS

Aguilar-Barojas S: Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* 2005; 11(1-2): 333-338

Akyüz A, Yavan T, Şahiner G, Kiliç A: Domestic violence and woman's reproductive health: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2012; 17(6): 514-518

Alvarado-Zaldivar G, Salvador-Moysen J, Estrada-Martinez S, Terrones-Gonzalez A: Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex*; 1998; 40(6): 481-486

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Intimate partner violence. Committee Opinion No. 518. *Obstet Gynecol*; 2012; 119: 412-417

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Special Issues in Women's Health. *ACOG*; 2005: 67-80

Audi A F, Segall-Corrêa A M, Santiago S M, Pérez-Escamilla R: Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*; 2012; 28(4): 416-421

Avdibegovic E, Brkic M, Sinanovic O: Emotional Profile of Women Victims of Domestic Violence. *Mater Sociomed*. 2017; 29(2): 109-113
doi: 10.5455/msm.2017.29.109-113

Bailey B A: Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International journal of women's health* 2010; 2: 183-197

Basile K C, Hertz M F, Back S E (2007): Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 1: 11-80

- Black M C, Basile K C, Breidig M J, Smith S G, Walters M L, Merrick M T, Chen J, Stevens M R (2011): The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 5-92
- Brownridge D A, Taillieu T L, Tyler K A, Tiwari A, Chan K L, Santos S C: Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women* 2011; 17(7): 858-881
- Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf - Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. *Gesundheitswesen* 2004; 66(3): 164-169
- Canudas-Romo V, Aburto J M, García-Guerrero V M, Beltrán-Sánchez H: Mexico's epidemic of violence and its public health significance on average length of life. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71(2):188-193
- Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A: Violence Against Women in Mexico: A Study of Abuse Before and During Pregnancy. *American Journal of Public Health* 2003; 93(7): 1110-1116
- Castro R, Ruíz A: Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. México. *Rev Salud Pública* 2004; 38(1): 62-70
- Cervantes-Sánchez P, Delgado-Quiñones E G, Nuño-Donlucas M O, Sahagún-Cuevas M N, Hernández-Calderón J, Ramírez-Ramos J K: Prevalencia de violencia domestica en mujeres embarazadas entre 20 y 35 años en una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2016; 54(3): 286-91

- Chamberlain L, Levenson R (2010): Family Violence Prevention Fund. Reproductive health and partner violence guidelines: an integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion. San Francisco, CA. 1-44
URL: <http://futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare>
(Stand 25.09.2016)
- Chen P H, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan K Y, Johnson M S: Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med* 2007; 5: 430-435
- Chu S Y, Goodwin M M, D'Angelao D: Physical violence against U.S. Women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med* 2010; 38(3): 317-322
- Coker A L, Sanderson M, Dong B: Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004; 18: 260-269
- Devries K M, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus L J, Garcia-Moreno C, Watts C: Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters* 2010; 18(36): 158-170
- Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martínez Ayala H B, Kolstad K, Palermo T: Abuse during pregnancy in Mexico City. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 97: 57-64
- Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M: Validity and Reliability of the Spanish Version of the "Abuse Assessment Screen" among Pregnant Women. *Public Health Nurs* 2016; 33(3): 264-72

- Ferraro A A, Rohde L A, Polanczyk G V, Argeu A, Miguel E C, Grisi SJFE, Fleitlich-Bilyk B: The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1): 257
- Finnbogadóttir H, Thies-Lagergren L: Breastfeeding in the context of domestic violence - a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2017 May 17
doi: 10.1111/jan.13339
- Fischbach R L, Herbert B: Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine* 1997; 45(8); 1161-1176
- Flores Y Y: [Violence against women in transnational communities in San Luis Potosí, Mexico: a public health problem]. *Cad Saude Publica* 2016; 32(7)
doi: 10.1590/0102-311X00022115
- Flores-Torres M H, Lynch R, Lopez-Ridaura R, Yunes E, Monge A, Ortiz-Panozo E, Cantu-Brito C, Hauksdóttir A, Valdimarsdóttir U, Lajous M: Exposure to Violence and Carotid Artery Intima-Media Thickness in Mexican Women. *J Am Heart Assoc* 2017, 6(8)
doi: 10.1161/JAHA.117.006249
- Francis L, Loxton D, James C: The culture of pretence: a hidden barrier to recognising, disclosing and ending domestic violence. *J Clin Nurs* 2017; 26(15-16): 2202-2214
- Freichel S, Mann E, Teichmann A T: Gewalt gegen Frauen in der Schwangerschaft. *Der Gynäkologe* 2010; 43(10): 853-859
- Gelles R J (2002): Gewalt in der Familie. In Heitmeyer W, Hagan J (Hrsg.): Internationales Handbuch der Gewaltforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden, 1043-1077

- Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z: Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. *Glob J Health Sci* 2015; 8(2): 27-34
- Groves A K, Kagee A, Maman S, Moodley D, Rouse P: Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *Journal of interpersonal violence* 2011; 27(7): 1341-1356
- Haas J S, Jackson R A, Fuentes-Afflick E, Stewart A L, Dean M L, Brawarsky P, Escobar G J: Changes in the health status of women during and after pregnancy. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20(1): 45-51
- Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H: Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health* 2014; 128(5): 410-405
- Hellbernd H, Brzank P (2007): Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In Kavemann B, Kreyssig U (Hrsg.): *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden, 88-103
- Hinsliff-Smith K, McGarry J: Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *J Clin Nurs*. 2017; Apr 12
doi: 10.1111/jocn.13849
- Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008): Beispiele guter Praxis für Prävention und Intervention. Robert Koch-Institut. *Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Berlin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 35-37

- Ibrahim Z M, Sayed Ahmed W A, El-Hamid S A, Hagraas A M: Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence, risk factors, and adverse maternal and fetal outcomes. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2015; 42(2): 212-219
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010
- Islam M J, Broidy L, Baird K, Mazerolle P: Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PLoS One* 2017; 4; 12(5): e0176211
doi:10.1371/journal.pone.0176211
- Jahanfar S, Howard L M, Medley N: Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 12;(11): CD009414
doi: 10.1002/14651858.CD009414.pub3
- Jasinski J L: Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5(1): 47-64
- Lagarde y de los Ríos M (2010): Preface: Feminist Keys for Understanding Femicide: Theoretical, Political, and Legal Construction. In Fregoso R L, Bejarano C (Hrsg.): *Terrorizing Women. Femicide in the Americas*. Duke University Press. United States of America, 11-26
- Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S (2012a): Begrifflicher, geschichtlicher und theoretischer Rahmen. In Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S (Hrsg.): *Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden, 3-81
- Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S (2012b): Erscheinungsformen häuslicher Gewalt. In Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, Vogl S (Hrsg.): *Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden, 113-219

- Lau Y, Keung Wong D F, Chan K S: The impact and cumulative effects of intimate partner abuse during pregnancy on health-related quality of life among Hong Kong Chinese women. *Midwifery* 2008; 24(1): 22–37
- Laughon K, Renker P, Glass N, Parker B: Revision of the Abuse Assessment Screen to address nonlethal strangulation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(4): 502–507
- Leeners B (2010): Auswirkungen sexueller Gewalterfahrungen auf Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft. In Rath W, Gembruch U, Schmidt S (Hrsg.): *Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Pränataldiagnostik – Erkrankungen – Entbindung*. Georg Thieme Verlag; Stuttgart, 154-161
- Liepe K, Blättner B: Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft: Prävalenzstudien in OECD-Ländern. *Gesundheitswesen* 2013; 75(08/09): 473-480
- Liepe K, Blättner B: Gewalt in der Schwangerschaft: Wer ist gefährdet? *Hebamme* 2012; 25(4): 242-246
- Lundell I W, Eulau L, Bjarneby F, Westerbotn M: Women's Experiences with Healthcare Professionals after Suffering from Gender-Based Violence: An Interview Study. *J Clin Nurs* 2017 Aug 22
doi: 10.1111/jocn.14046
- Mark H (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Tectum Verlag; Marburg, 11-100
- Mavrikiou P M, Apostolidou M, Parlalis S K: Risk factors for the prevalence of domestic violence against women in Cyprus. *The Social Science Journal* 2014; 51(2): 295-301
- McCauley M, Head J, Lambert J, Zafar S, van den Broek N: „Keeping family matters behind closed doors“: healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1): 318

- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L: Assessing for abuse during pregnancy. *Journal of the American Medical Association* 1992; 267: 3176-3178
- Muhajarine N, D'Arcy C: Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Can Med Ass J* 1999; 160(7): 1007-1011
- Müller U, Schröttle M (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Nejatizade A A, Roozbeh N, Yabandeh A P, Dabiri F, Kamjoo A, Shahi A: Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas, Iran. *Electron Physician*. 2017 Aug 1;9(8):5166-5171
doi: 10.19082/5166
- Neubauer E, Steinbrecher U, Drescher-Aldendorff S (1987): Empirische Untersuchungen zur Gewalt von Männern gegen Frauen. Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. *Gewalt gegen Frauen: Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*. W. Kohlhammer GmbH; Stuttgart, 28-72
- Paredes-Solís S, Villegas-Arrizón A, Meneses-Rentería A, Rodríguez-Ramos I E, Reyes-De Jesús L, Andersson: Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepepec, Guerrero, México. *Salud pública Méx* 2005; 47(5): 335-341
- Petrone P, Jiménez-Morillas P, Axelrad A, Marini C P: Traumatic injuries to the pregnant patient: a critical literature review. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017; Sep 15. Review
doi: 10.1007/s00068-017-0839-x

- Sandoval-Jurado L, Jiménez-Báez M V, Rovira Alcocer G, Vital Hernandez O, Pat Espadas F G: Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Aten Primaria* 2017; 49(8): 465-472
- Sarkar N: The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28(3): 266-271
- Saberi E, Eather N, Pascoe S, McFadzean M L, Doran F, Hutchinson M: Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australas Emerg Nurs J* 2017; 20(2): 82-86
- Schröttle M, Ansorge N (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Seifert D, Heinemann A, Püschel K: Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(33): 2168-73
- Sørensen J, Kruse M, Gudex C, Helweg-Larsen K, Brønnum-Hansen H: Physical violence and health-related quality of life: Danish cross-sectional analyses. *Health and quality of life outcomes* 2012; 10(1): 1-9
- Spangaro J: What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review. *Aust Health Rev.* 2017 Jan 20
doi: 10.1071/AH16155
- Stewart D E, Cecutti A: Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal* 1993; 149(9): 1257-1263
- Stöckl H, Hertlein L, Friese K, Stöckl D: Partner, workplace, and stranger abuse during pregnancy in Germany. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 111: 136-139

- Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Ditsch N, Blume C, Hasbargen U, Stöckl D: Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13(1): 13-77
- Strasser, P (2006): „In meinem Bauch zitterte alles“ Traumatisierung von Kindern durch Gewalt gegen die Mutter. In Kavemann B, Kreyszig U (Hrsg.): *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden, 53-67
- Taillieu T L, Brownridge D A: Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15: 14-35
- Terrazas-Carrillo E C, McWhirter P T: Employment status and intimate partner violence among Mexican women. *J Interpers Violence* 2015; 30(7): 1128-52 doi: 10.1177/0886260514539848
- Van Parys A S, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H: Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions. *PLoS one* 2014; 9(1) e85084 doi: 10.1371/journal.pone.0085084
- Velasco C, Luna J D, Martin A, Caño A, Martin-de-Las-Heras S: Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93(10): 1050-1058
- Wieners K, Winterholler M: Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016; 59(1): 73-80
- Yost N P, Bloom S L, McIntire D D, Leveno K J: A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106: 61-65

7 ANHANG

7.1 Fragebogen

1. **Edad:** _____
2. **Estado civil:**
 - Soltera
 - Casada
 - Unión libre
 - Divorciada/separada
3. **Escolaridad:**
 - Analfabeta
 - Primaria
 - Secundaria
 - Carrera técnica
 - Preparatoria
 - Licenciatura
4. **Ocupación:**
 - Ama de casa
 - Desempleada
 - Empleada u obrera
 - Trabajadora por su cuenta
 - Estudiante
5. **Tabaquismo:** (antes o durante el embarazo; cualquier cantidad)
 - Positivo
 - Negativo
6. **Alcoholismo:** (antes o durante el embarazo; cualquier cantidad)
 - Positivo
 - Negativo
7. **Uso de drogas:** (antes o durante el embarazo; cualquier cantidad)
 - Positivo
 - Negativo
8. **Es un embarazo planeado?**
 - Si
 - No
9. **Está usted feliz con su embarazo?**
 - Si
 - No
10. **Considera usted que su alimentación es adecuada?**
 - Si
 - No
11. **Vive con su pareja?** (Si no tiene pareja saltar a pregunta 18)
 - Si
 - No
12. **Cuántos años lleva junto con su pareja actual?** _____
13. **Escolaridad de su pareja:**
 - Analfabeta
 - Primaria
 - Secundaria
 - Carrera técnica
 - Preparatoria
 - Licenciatura
14. **Consume alcohol su pareja?**
 - Si
 - No
15. **Consume drogas su pareja?**
 - Si
 - No
16. **Considera adecuada la convivencia con su pareja?**
 - Si
 - No

17. Cómo considera el cuidado recibido por parte de su pareja durante el embarazo?

- Muy malo Malo Bueno Muy bueno

18. Cómo considera el cuidado recibido por parte de su familia durante el embarazo?

- Muy malo Malo Bueno Muy bueno

19. Considera usted que vive con estrés?

- No Poco Más o menos Mucho

20. Ha sido testigo durante su niñez de violencia entre sus padres?

- Si No

21. Ha sido alguna vez abusada física o emocionalmente por su pareja o alguien importante para usted?

- Si No

22. Durante el último año ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de alguna otra manera por alguien?

- Si No

Si la respuesta es "sí" ¿por quién(es)?

- Esposo Ex-esposo Novio
 Extraño Otro _____

Número de veces _____

23. Durante tu embarazo ha sido golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente de alguna otra manera por alguien?

- Si No

Si la respuesta es "sí" ¿por quién(es)?

- Esposo Ex-esposo Novio Extraño
 Otro _____

Número de veces _____

Indica las áreas de lesión _____

Marca el incidente más grave en la siguiente escala:

- Amenazas de abuso incluyendo el uso de armas
 Cachetadas, empujones; sin lesiones ni dolor perdurable
 Golpes, patadas, cortadas y/o dolor perdurable
 Golpes graves, quemaduras, fracturas de huesos
 Heridas en la cabeza o internas o lesiones permanentes
 Uso de armas o heridas por armas

24. Durante el último año alguien le ha forzado a tener actividades sexuales?

- Sí No

Si la respuesta es "sí" por quién(es)?

- Esposo Ex-esposo Novio
 Extraño Otro _____

Número de veces _____

25. Tiene miedo de su pareja o de alguien en la lista de arriba?

- Sí No

7.2 Fragebogen (Übersetzung)

1. Alter: _____

2. Familienstand:

- ledig verheiratet
 geschieden in eheähnlicher Gemeinschaft

3. Ausbildung:

- Analphabetin Primarschule Sekundarschule
 Berufsausbildung Hochschulreife Universitätsabschluss

4. Beruf:

- Hausfrau Arbeitslos Angestellte oder Arbeiterin
 Selbständig Schülerin/Studentin

5. Tabakkonsum: (vor oder während der Schwangerschaft, in beliebiger Menge)

- Ja Nein

6. Alkoholkonsum: (vor oder während der Schwangerschaft, in beliebiger Menge)

- Ja Nein

7. Drogenkonsum: (vor oder während der Schwangerschaft, in beliebiger Menge)

- Ja Nein

8. War die Schwangerschaft geplant?

- Ja Nein

9. Sind Sie mit der Schwangerschaft zufrieden (glücklich)?

- Ja Nein

10. Sind Sie der Meinung, dass Ihre Ernährung ausreichend ist?

- Ja Nein

11. Leben Sie mit Ihrem Partner zusammen? (Wenn Sie keinen Partner haben, gehen Sie bitte zu Frage 18)

- Ja Nein kein Partner

12. Wie viele Jahre leben Sie mit Ihrem aktuellen Partner zusammen? _____

13. Schulausbildung des Partners:

- Analphabet Primarschule Sekundarschule
 Berufsausbildung Hochschulreife Universitätsabschluss

14. Trinkt Ihr Partner alkoholische Getränke?

- Ja Nein

15. Konsumiert Ihr Partner Drogen?

- Ja Nein

16. Empfinden Sie das Leben mit Ihrem Partner als angemessen?

- Ja Nein

17. Wie empfinden Sie die Betreuung durch Ihren Partner während der Schwangerschaft?

- Sehr schlecht Schlecht Gut Sehr gut

18. Wie empfinden Sie die Betreuung durch Ihre Familie während der Schwangerschaft?

- Sehr schlecht Schlecht Gut Sehr gut

19. Empfinden Sie Ihr Leben als stressig?

- Nein Wenig Viel Sehr viel

20. Haben Sie während Ihrer Kindheit Gewalt zwischen Ihren Eltern erlebt?

- Ja Nein

21. Wurden Sie jemals emotional oder körperlich von Ihrem Partner oder jemandem, der Ihnen wichtig ist, missbraucht?

- Ja Nein

22. Wurden Sie im letzten Jahr von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt?

- Ja Nein

Wenn ja, von wem? (Zutreffendes ankreuzen)

- Ehemann Exmann Freund

- Fremder Andere (angeben) _____

Anzahl: _____

23. Wurden Sie, seitdem Sie schwanger sind, geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt?

- Ja Nein

Wenn ja, von wem? (Zutreffendes ankreuzen)

- Ehemann Exmann Freund

- Fremder Andere (angeben) _____

Anzahl _____

Geben Sie den Bereich der Verletzung an: _____

Kreuzen Sie den schwersten Vorfall in der folgenden Skala an:

- Androhung von Gewalt, einschließlich der Verwendung von Waffen
- Ohrfeigen, Stöße; keine Verletzungen und/oder dauerhafte Schmerzen
- Schlagen, treten, blaue Flecken, Schnittwunden und/oder andauernde Schmerzen
- Verprügelt, schwere Prellungen, Verbrennungen, Knochenbrüche
- Kopf-, interne und/oder dauerhafte Verletzungen
- Verwendung von Waffen, Verletzungen durch Waffen

24. Hat Sie jemand, innerhalb des letzten Jahres, zu sexuellen Handlungen gezwungen?

- Ja Nein

Wenn ja, wer? (Zutreffendes ankreuzen)

- Ehemann Exmann Freund
 Fremder Anderer (angeben) _____

Anzahl _____

25. Haben Sie vor Ihrem Lebenspartner oder vor jemandem, den Sie oben angegeben haben, Angst?

- Ja Nein

7.3 Abuse Assessment Screen (AAS)

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?

1. Yes
2. No

2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone?

1. Yes
2. No

If yes, by whom? (Circle all that apply)

1. Husband
 2. Ex-husband
 3. Boyfriend
 4. Stranger
 5. Others (specify) _____
- Number of times _____

3. Since you have been pregnant, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone?

1. Yes
2. No

If yes, by whom? (Circle all that apply)

1. Husband
 2. Ex-husband
 3. Boyfriend
 4. Stranger
 5. Others (specify) _____
- Number of times _____

Indicate the area of injury: _____

Score the most severe incident to the following scale:

1. Threats of abuse, including use of a weapon
2. Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain
3. Punching, kicking, bruises, cuts and/or continuing pain
4. Beaten up, severe contusions, burns, broken bones
5. Head, internal, and/or permanent injury
6. Use of weapon, wound from weapon

4. Within the past year, has anyone forced you to have sexual activities?

1. Yes

2. No

If yes, by whom?

1. Husband

2. Ex-husband

3. Boyfriend

4. Stranger

5. Others (specify)

No. of times _____

5. Are you afraid of your partner or anyone you listed above?

1. Yes

2. No

(McFarlane et al. 1992)

7.4 Einverständniserklärung und Informationen zum Datenschutz

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Lugar: Monterrey, Nuevo León	Fecha
<p>YO _____ por medio de la presente autorizo mi participación en el protocolo de investigación titulado: Violencia doméstica en mujeres embarazadas: prevalencia y factores de riesgo</p>	
<p>Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número:</p>	
<p>El objetivo del estudio es determinar la prevalencia y los factores asociados a la violencia doméstica, en mujeres embarazadas, que acuden a la consulta de control prenatal, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de julio a diciembre del 2011</p>	
<p>Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista la cual incluye preguntas relacionadas con la violencia doméstica y los factores asociados. La entrevista la realizara una trabajadora social en un ambiente privado y no tendrá ninguna relación con mi control prenatal ni la atención médica que se me brinde. Tengo la posibilidad de no contestar cualquier pregunta que yo no desee.</p>	
<p>El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial</p>	
<p>Nombre y firma Paciente, Padre, Madre y/o tutor responsable legal</p>	<p>Nombre, firma y matrícula del Investigador responsable</p>
<p>Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:</p>	
<p>Testigo: Nombre, dirección teléfono</p>	<p>Testigo: Nombre, dirección teléfono</p>
<p>Firma</p>	<p>Firma</p>

8 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

9 DANKSAGUNG

Herrn Univ.- Prof. Dr. med. Marek Zygmunt (Ernst-Arndt-Universität Greifswald) danke ich dafür, diese Arbeit durchführen zu dürfen und für Orientierung.

Herrn Prof. Dr. Strittmatter (Rems-Murr-Klinikum Winnenden) danke ich für die Orientierung und Unterstützung bei der vorliegenden Studie und für die Unterstützung und die Begleitung meiner Arbeit in der Klinik.

Dr. Jens Haßfeld (Missionskrankenhaus Diospi Suyana, Peru) für Empfehlungen

Dr. Roberto Ambriz (Monterrey, Mexiko) für Unterstützung

Claudio Wasmer (Freiburg) für Korrektur

Patricia Narro (Wien, Österreich) für Übersetzungen

Hans-Dieter Baumgärtner (Winnenden) für Revision

Gabriele und Magnus Westermann (Münster) für Hilfestellung und Revision

Sabrina Lichtenberg (Winnenden) für Begleitung