

Fehlgeburt - Perspektive Betroffener

BACHELORARBEIT 2

Studierende: Jessica Specht, 1010624034

Betreuer: FH-Prof. Dr. Thomas Boggatz

Salzburg, am 30. Mai 2014

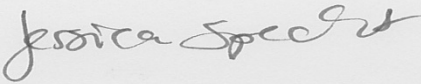
Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Weiters versichere ich hiermit, dass ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission weder im In- noch im Ausland vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

27.05.2014

.....
Datum



.....
Unterschrift

Zusammenfassung

Fragestellung: *Wie erleben Frauen eine Fehlgeburt, wie reagieren sie, was sind ihre Bedürfnisse und Probleme, wie gehen sie mit der Belastung um und was lässt sich daraus für Pflegekräfte ableiten?*

Hintergrund: *10% aller Schwangerschaften, bei denen bereits ein Herzschlag festzustellen ist, enden in einer Fehlgeburt. Die Frauen werden auf gynäkologischen Stationen von Pflegekräften betreut.*

Methoden: *Mittels Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed und CINAHL wurden relevante Studien anhand bestimmter Kriterien gesucht. Deren Merkmale, Vorgehensweise und Ergebnisse wurden zusammengefasst, bewertet und diskutiert.*

Resultate: *Es wurden neun Studien ausgewählt. Deren Ergebnisse lassen sich in drei Kategorien einordnen: Zeit vor der Diagnose, nach der Diagnose: emotionale und kognitive Reaktion sowie Erfahrung im Krankenhaus, Bewältigungsphase: Coping, Unterstützung, Schwierigkeiten, Folgeschwangerschaft*

Schlussfolgerung: *Eine Fehlgeburt stellt für die meisten Frauen ein unerwartetes und emotional sowie kognitiv höchst aufwühlendes Ereignis dar. Nicht immer erleben die Frauen die gewünschte Unterstützung von Seiten des Klinikpersonals oder des eigenen Umfelds. Am meisten hilft den Betroffenen das Gespräch, um das Geschehen zu bewältigen. Pflegende sollen den Frauen deshalb ihre Aufmerksamkeit schenken, Gespräch anbieten und ihnen das Gefühl geben, dass sie in dieser schwierigen Situation nicht alleine sind. Es ist zudem Aufgabe der Pflege, Informationen über Angebote von Selbsthilfegruppen, Gedenkgottesdiensten und dem Recht auf Bestattung weiterzugeben.*

Schlüsselwörter:

Qualitative Studien, Perspektive Betroffener, Fehlgeburt, Erwartungen an medizinisches Personal

Abstract

Objective: *The aim of this thesis is to describe the lived experience of women affected by miscarriage focussing their needs, problems and coping strategies.*

Background: *About 10% of pregnancies, already showing a heart-beat, end in miscarriage. The women are cared for by nurses in gynaecological wards.*

Method: *The databases PubMed and CINAHL were used for systematic data research following defined criteria. The characteristics, methods and results of those studies have been summarized, evaluated and discussed.*

Results: *Nine studies have been found proper for this systematic review. The results have been resumed within the following categories: time before diagnosis, time after diagnosis, including emotional and cognitive reactions as well as experiences in hospital, the aftermath, including aspects of coping, support, problems and pregnancy following miscarriage*

Conclusio: *For most women miscarriage is an unexpected and distressing even. Their need for support and understanding isn't always met properly neither by health professionals nor by family and friends. Women describe that talking about what happened was the most helpful coping strategy. Therefore nurses should pay attention to the women and offer conversation addressing their feelings and needs. Furthermore nurses ought to provide information about local support groups, memorial services and the possibility of having a funeral.*

Key Words:

Qualitative Studies, Patient's lived Experience, Miscarriage, Spontaneous Abortion, Expectations for medical staff

Danksagung

Ich danke meinem Betreuer Herrn FH-Prof. Dipl. Pflegepädagoge Dr. Thomas Boggatz für die anschauliche und strukturierte Vermittlung des wissenschaftlichen Arbeitens. Zudem gilt mein Dank meinem Ehemann, meiner Tochter und meinen Eltern, die mir ermöglicht haben das Studium und die vorliegende Arbeit zu Ende zu führen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Hauptteil	3
2.1. Methode	3
2.2. Klärung des Begriffs ‚Fehlgeburt‘	5
2.3. Beschreibung der Studien	5
2.3.1. Forschungsfrage	9
2.3.2. Angaben zum Forschungsdesign und zur –tradition	9
2.3.3. Angaben zur Stichprobe	9
2.3.4. Angaben zur Datensammlung	11
2.3.5. Angaben zum Interviewleitfaden	11
2.3.6. Angaben zur Datenauswertung	12
2.3.7. Darstellung der Resultate aus den Studien	12
2.3.7.1. Vor der Diagnose	17
2.3.7.2. Nach der Diagnose	17
2.3.7.3. Bewältigungsphase	23
2.4. Diskussion	28
2.4.1. Passung von Forschungsfrage, -tradition und –design	32
2.4.2. Qualität der Stichprobe	33
2.4.3. Qualität der Datensammlung	34
2.4.4. Qualität des Leitfadens	36
2.4.5. Qualität der Auswertung	37
2.4.6. Bemerkung zu den Ergebnissen	38
2.4.6.1. Vor der Diagnose:	38
2.4.6.2. Nach der Diagnose	39
2.4.6.3. Bewältigungsphase	43
2.5. Einschränkungen der Arbeit	46
3. Conclusio	47
Tabellenverzeichnis	49
Abkürzungsverzeichnis	49
Literaturverzeichnis	50
Anhang	1

1. Einleitung

Im pflegerischen Alltag auf einer gynäkologischen Station werden häufig Frauen mit Verdacht auf oder bestätigter Diagnose einer Fehlgeburt aufgenommen. Der unkomplizierte Zugang zu Schwangerschaftstest, ebenso wie die Technologie des Ultraschalls, bedeutet, dass Frauen ihre Schwangerschaft wesentlich früher als in der Vergangenheit feststellen können. Dadurch werden Blutungen in der Frühschwangerschaft erst als Anzeichen einer Fehlgeburt erkannt, wohingegen in früheren Zeiten eine verspätete Menstruationsblutung vermutet worden ist. Auch die Möglichkeit der Familienplanung intensiviert das Erlebnis der Fehlgeburt. Das vorzeitige Ende einer geplanten Schwangerschaft lässt den Verlust noch stärker wirken. (Frost et al., 2007, 1004f.)

Etwa 10% aller Schwangerschaften, bei denen bereits eine Herzaktivität des Embryos per Ultraschall festgestellt werden kann, enden in einer Fehlgeburt. (Hecher et al.) Schließt man alle Fehlgeburten ab Einnistung der Eizelle mit ein, sind es nochmals wesentlich mehr Prozent. Allerdings unterscheiden sich die Angaben hierzu, schwankend zwischen 15% und 30%. (Menche, 2007, 1191; Hefler, L.)

Erfolgt eine Fehlgeburt, werden die Gewebereste des Embryos oder Fötus mittels Kürettage (=Abrasio) entfernt. (Nümann-Dulke et al., 2007, 807)

Die Frauen werden während des stationären Aufenthalts durch das Pflegepersonal betreut. Dabei spielt die psychische Begleitung eine wichtige Rolle (Menche, N. (Hrsg.), 2007, 1192). Eine Fehlgeburt erfasst sehr sensible und Tabu-Themen wie Sexualität, Tod und die Wahrnehmung des Versagens der eigenen Fruchtbarkeit. (Murphy & Merrell, 2009, 1584) Um den Frauen in dieser Situation richtig begegnen zu können, ist es hilfreich, eine Vorstellung davon zu haben, was eine Fehlgeburt für die Frauen bedeutet und wie ihre Reaktion darauf aussehen kann. Für die vorliegende Arbeit wurde darum folgende Forschungsfrage formuliert:

Wie erleben Frauen eine Fehlgeburt, wie reagieren sie, was sind ihre Bedürfnisse und welche Anforderungen und Konsequenzen lassen sich daraus für das zuständige Pflegepersonal ableiten?

Im Folgenden werden zunächst im Abschnitt „Methode“ die verschiedenen Arbeitsschritte kurz beschrieben. Anschließend wird der Begriff ‚Fehlgeburt‘ erläutert und abgegrenzt. Es folgt eine Beschreibung von Studien zum Thema und deren Ergebnisse, bevor diese bewertet und diskutiert werden. Die Arbeit endet mit der „Conclusio“, in welcher die Antwort auf die oben beschriebene Forschungsfrage gegeben wird.

Als Einstieg ins Thema ein Auszug aus dem Gedicht eines betroffenen Vaters:
(aus: Zebothsen & Ragosch, 2007, 27)

*„Unser Kind hat uns verlassen, nie werden wir es lachen sehen -
wer kann unseren Schmerz erfassen, wer kann unser Leid verstehen...[...]*

*Beachtet bitte, was ihr sagt, wenn Ihr mit uns sprechen solltet -
damit Ihr uns nicht quält und plagt, wo ihr uns doch trösten wolltet...*

*Worte haben große Macht, sie spenden Liebe, können heilen -
wählt eure Worte mit Bedacht, wollt Ihr uns zur Hilfe eilen...*

*Denn Worte können auch verletzen, wenn sie unsrer Trauer höhnen –
Können unser Aug´ benetzen, statt mit dem Schicksal uns versöhnen...*

*Begleitet unseren Weg ein Stück, und wenn wir reden, lauscht uns bitte -
weist unser Baby nicht zurück und nehmt es auf in Eurer Mitte.“*

Ralf Korrek, 4.1.2007

2. Hauptteil

2.1. Methode

Auf der Suche nach aussagekräftigen Studien für die vorliegende Arbeit wurden die Datenbanken PubMed und CINAHL durchforstet. Diese Datenbanken enthalten zahlreiche Abstracts von Studien im Bereich der Medizin und den angrenzenden Forschungsfeldern wie der Pflegewissenschaft.

Zunächst wurden auf der Datenbank PubMed geeignete MeSH-Terms (Suchbegriffe) recherchiert. Dabei stellten sich die MeSH-Terms „Abortion, spontaneous“ und „qualitative research“ als hilfreich heraus. Weitere erfolgreiche Suchbegriffe für den deutschen Begriff „Fehlgeburt“ waren „miscarriage“ und „early pregnancy miscarriage“. Da bei der Datenbankrecherche der Titel und das Thema der Arbeit noch nicht genau definiert waren, wurde in einem Fall außerdem der Suchbegriff „patient satisfaction“ verwendet.

Die Datenbank PubMed stellte bei der Suche zahlreiche Abstracts von Studien zum Thema dar. Studien, welche geeignet erschienen, wurden bestellt und gelesen.

Einschlusskriterien für die Auswahl der relevanten Studien waren die Aktualität der Studie (Erscheinungsjahr frühestens 2003), die Passung zur Thematik (Perspektive Betroffener bei Fehlgeburt), keine deutliche Beschränkung der Stichprobe in Bezug auf Alter oder Ethnie sowie das qualitative Design in Form von Interviews mit den Betroffenen. Ausgeschlossen wurden, neben quantitativen Studien, Studien welche das Thema Totgeburt fokussierten oder eine sehr spezifische Stichprobe untersucht hatten (z.B. Afro-Amerikanerinnen mit niedrigem Einkommen, lesbische Frauen, Minderjährige). Diese Studien wurden aufgrund der mangelhaften Vergleichbarkeit nicht einbezogen.

Im Anschluss an die Recherche auf Medline wurde die Datenbank CINAHL untersucht, hierbei wurden vier weitere Studien nach den oben genannten Kriterien als relevant erachtet und berücksichtigt.

Tabelle 1: Suchstrategie stellt die Suchpfade für die insgesamt neun bzw. zehn ausgewählten Studien dar:

	Datum (Filter)	Suchbegriffe/Eingabe	Ergebnisse	Entnommene Studien:
PubMed	3.2.2014 (10 Jahre, Full Text)	„miscarriage“ AND „qualitative“	88	Murphy & Merrell (2009) Gerber-Epstein et al. (2009) Mc Creight (2008) Frost et al. (2007)
	3.2.2014	Abortion, spontaneous (MeSH) AND qualitative research (MeSH)	13	Frost et al. (2007) Abboud & Liamputtong (2003)
	7.2.2014	"miscarriage" AND "care" AND "patient satisfaction"	30	Wong et al. (2003)
	19.2.2014 (10 Jahre)	"early pregnancy miscarriage" AND "qualitative"	18	Murphy & Merrell (2009)
CINAHL	5.3.2014	Miscarriage (AB abstract) AND qualitative (AB abstract) AND lived experience	6	Rowlands & Lee (2010) Da Fonseca et al. (2011) Abboud & Liamputtong (2005)
		Miscarriage (AB abstract) AND qualitative (AB abstract) AND reaction	32	Maker & Ogden (2003)
		Spontaneous abortion (AB ab- stract)AND qualitative (AB ab- stract) AND lived experience	5	Rowlands & Lee (2010) Da Fonseca et al. (2011)

Tabelle 1: Suchstrategie

Die Studie von Abboud& Liamputtong (2003; 2005) wurde in Bezug auf zwei verschiedene Fragestellungen ausgewertet. Die jeweiligen Ausarbeitungen wurden einzeln in Zeitschriftenaufsätzen veröffentlicht.

Nach der Auswahl der relevanten Studien wurden die Eckdaten derselben erfasst und tabellarisch dargestellt. (Tabelle 2) Anschließend wurden die Studien anhand des vom Studiengang zur Verfügung gestellten Leitfadens nach Polit & Beck (2008) bewertet. Eine Übersicht über die Bewertungen wurde ebenfalls in Tabellenform erstellt. (Tabelle 4).

Die Ergebnisse der neun Studien wurden mittels des Literaturerfassungsprogramms Citavi erfasst und strukturiert. Das Resultat dieser Ergebniszusammenfassung ist in Tabelle 3 ersichtlich.

2.2. Klärung des Begriffs ‚Fehlgeburt‘

Der Begriff Fehlgeburt, in der Fachsprache ´Abort`, bezeichnet eine „vorzeitige Ausstoßung des Embryos oder Fetus bei einem Gewicht von unter 500g UND Fehlen aller Lebenszeichen. Unterteilt in Frühaborte bis zur 16.SSW und Spätaborte nach der 16.SSW.“ (Menche (Hrsg.), 2007, 1191).

Eine drohende oder beginnende Fehlgeburt zeigt sich üblicherweise als „schmerzlose vaginale Blutung“. Später kommen wehenartige Unterleibsschmerzen hinzu. Ein Ausnahmefall bildet die sogenannte „Missed abortion“, die verhaltene Fehlgeburt. Hier treten keine Symptome auf, obwohl der Embryo bereits abgestorben ist. Die Fehlgeburt wird im Ultraschall festgestellt. (Menche (Hrsg.), 2007, 1191f.).

Abzugrenzen von der Fehlgeburt ist die Totgeburt, dabei liegt das Gewicht des Kindes über 500g, ohne dass das Kind Lebenszeichen zeigt.

Liegen unabhängig vom Gewicht Lebenszeichen vor, spricht man von einer Lebendgeburt. In Österreich gelten Geburten mit Lebenszeichen ab der 23. Schwangerschaftswoche als Frühgeburten. (Hellmer, 2007)

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich bei den Fehlgeburten soweit nachvollziehbar um Frühaborte. Eine Ausnahme stellt die Studie von McCreight (2008) dar, in welcher sowohl Frauen nach Fehl- als auch Totgeburt teilnahmen.

2.3. Beschreibung der Studien

Um eine Übersicht über die verwendete Literatur zu bekommen, werden im Folgenden die verwendeten Studien zusammengefasst. Dabei wird im Besonderen auf die Forschungsfrage, das Studiendesign und die Forschungstradition, die Stichprobe sowie auf die Themen Datensammlung, Interviewleitfaden und die jeweilige Datenauswertung eingegangen. Die Reihung der Studien in Tabelle 2 richtet sich hierbei nach dem Land, in welchem die Studie durchgeführt worden ist.

Studie	Forschungsfrage	Design	Stichprobe	Datensammlung	Leitfaden	Auswertung
Murphy & Merrell, (2009)	Welche Erfahrungen machen Frauen, welche eine frühe Fehlgeburt auf einer gynäkologischen Station im Krankenhaus erleiden?	Forschungstradition: Ethnographie Design: Teilnehmende Beobachtung Einzelinterviews Dokumentenanalyse	Land: Großbritannien (Wales) n=8 Setting: Frauen zu Hause nach Fehlgeburt im KH Rekrutierung: KH, Gemeindeeinrichtungen Alter Ø 30-39 (30-59) Einschlusskriterien: k. A. Abstand zur Fehlgeburt: k. A.	Interviewer: k. A. Aufklärung: Schriftlich und mündlich Datensicherung: Tonbandaufnahme + Transkription Dauer der Gespräche: 35-90 Minuten Dauer der Beobachtung: 20 Monate (1 Tag / Woche)	Kernthemen der Interviews: Erfahrung der Fehlgeburt und der erwiesenen Behandlung und Pflege	Auswertungsmethode: nach Hammersley und Atkinson (1995)
Wong et al. (2003)	Wie erleben Frauen die Versorgung nach einer Fehlgeburt? Was kann das Pflegeteam befähigen, psychiatrische Beeinträchtigungen aufzudecken?	Forschungstradition: k. A. Design: Einzelinterviews in Kombination mit quantitativer Befragung (HAD-Skala, Fragebögen)	Land: Großbritannien n=22 Setting & Rekrutierung: zu Hause nach FG im KH Alter Ø k. A. Einschlusskriterien >18 Jahre, Englisch beherrschen Abstand zur Fehlgeburt: k. A.	Interviewer: geschult Aufklärung: k. A. Datensicherung: Tonbandaufnahme Dauer der Gespräche: 45-90 Minuten Dauer Datensammlung: 9 Monate (Jahr 2000)	Kernthemen: <ul style="list-style-type: none"> • Fehlgeburt • Probleme • Erfahrung bei Suche nach Unterstützung • Informelle und formelle Hilfe • Wahrnehmung der Unterstützung durch Pflege, Klinikpersonal, Nachsorge und Familienfürsorge 	Auswertungsmethode: Grounded-Theory
Frost et al. (2007)	Was sind die Erfahrungen, Reaktionen und Bedürfnisse von Frauen mit Fehlgeburt, in Zusammenhang mit der Behandlung (Operation, Medikamente zur Ausstoßung, Schmerzmedikamente)?	Forschungstradition: k. A. Design: Einzelinterviews, im Rahmen einer quantitativen Studie	Land: Großbritannien (Südwestengland) n=79 Setting: zu Hause, nach KH Rekrutierung: nach FG im KH Alter : 50 TN < 35, 29 TN > 35 Einschlusskriterien k. A. Abstand zur FG: 6-12 Monate	Interviewer: Geschult Aufklärung: schriftlich Datensicherung: Tonbandaufnahme + Transkription Dauer der Gespräche: 45 Minuten bis 2,5 Stunden Dauer Datensammlung: k.A.	Kernthemen: <ul style="list-style-type: none"> • Vorgeschichte und FG • Behandlung und Gesundheitsdienste • Unterstützung • Gefühle vor /nach FG • Auswirkungen auf Partner und Familienmitglieder • Coping • Hoffnungen und Pläne 	Auswertungsmethode: k. A.

<p>Maker & Ogden (2003)</p>	<p>Das Erleben einer Fehlgeburt im ersten Trimester und inwiefern dieses Erleben von der Planung bzw. dem Wunsch der Schwangerschaft, sowie der reproduktiven Vorgeschiede beeinflusst ist.</p>	<p>Forschungstradition: k. A.</p> <p>Design: Einzelinterviews</p>	<p>Land: Großbritannien n=13 Setting/Rekrutierung: zu Hause nach KH Alter Ø 34,4 (22-43) Einschlusskriterien: Fehlgeburt in den ersten 14 SSW Abstand zur FG: Ø 5 Wochen</p>	<p>Interviewer: k. A. Aufklärung: schriftlich, informierte Zustimmung Datensicherung: „Transkription durch den Forschenden“ Dauer der Gespräche: 30-60 Minuten Dauer Datensammlung:k.A.</p>	<p>Kernthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realisieren der Fehlgeburt • Gesprächspartner • Emotionen • Vorschläge für bessere Behandlung? 	<p>Auswertungsmethode:</p> <p>Interpretative Phänomenologische Analyse (Smith, 1996)</p>
<p>McCreight (2008)</p>	<p>Wie reagieren Frauen emotional auf den Verlust und die medizinische Versorgung, welche Arten von Beerdigungsgestaltung für die Überreste des Babys gibt es?</p>	<p>Forschungstradition: k. A.</p> <p>Design: Einzelinterviews</p>	<p>Land: Nordirland (GB) n=23 Setting: k.A. Rekrutierung: Selbsthilfegruppen Alter Ø 19-60 Einschlusskriterien: k. A. Abstand zur FG: n=18 letzte 3 Jahre (2 Monate – 34 Jahre)</p>	<p>Interviewer: k. A. Aufklärung: mündlich Datensicherung: Tonbandaufnahme+ Transkription Dauer der Gespräche: k. A. Dauer der Datensammlung: 3 Jahre</p>	<p>Kernthemen:</p> <p>Geschichte bezüglich der Ereignisse rund um den Verlust des Babys</p>	<p>Auswertungsmethode:</p> <p>Paradigmatische Analyse nach Polkinghorne (1995)</p>
<p>Rowlands & Lee (2010)</p>	<p>Welchen Formen von Unterstützung und Hindernissen begegnen australische Frauen nach einer Fehlgeburt im gesellschaftlichen Umfeld und den Einrichtungen des Gesundheitswesens?</p>	<p>Forschungstradition: k. A.</p> <p>Design: Einzelinterviews</p>	<p>Land: Australien n=9 Setting: k. A. Rekrutierung: Anzeige in Universitätsrundbrief Alter Ø 37 (35-42) Einschlusskriterien: Fehlgeburt innerhalb der letzten zwei Jahre</p>	<p>Interviewer: k. A. Aufklärung: k. A. Datensicherung: Transkription Dauer der Gespräche: k. A. Dauer Datensammlung: k. A</p>	<p>Kernthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was war (nicht) hilfreich beim Verarbeiten? • Ratschläge an Betroffene • Haben Sie genügend/richtige Informationen erhalten? 	<p>Auswertungsmethode:</p> <p>Thematische Analyse nach Chamberlain (1999)</p>

<p>Abboud & Liamputtong (2003/2005)</p>	<p>Welche Erfahrungen und Wahrnehmungen haben Frauen und ihre Partner, wenn sie eine Fehlgeburt erleiden?(2003)</p> <p>Wie reagieren Frauen und Männer auf eine Fehlgeburt, wie verarbeiten sie die Erfahrung und wie erleben sie die gesundheitliche Versorgung?(2005)</p>	<p>Forschungstradition: Phänomenologie</p> <p>Design: Einzelinterviews</p>	<p>Land: Australien n= 6 Frauen (+ Partner) Setting: Zu Hause Rekrutierung: Schneeballverfahren Alter Ø 22-45 5 TN aus mittlerem Osten Einschlusskriterien: k. A. Abstand zur FG: Ø 1 Jahr</p>	<p>Interviewer: k. A. Aufklärung: Informierte Zustimmung Datensicherung: Tonbandaufnahme + Transkription Dauer der Gespräche: 40-90 Minuten Dauer Datensammlung:k.A</p>	<p>Kernthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Erleben • Erfahrung des Partners • Umgang mit Situation • Erfahrungen mit Personal und Dienstleistungen • Einstellungen (eigene und fremde) zum Thema Fehlgeburt 	<p>Auswertungsmethode:</p> <p>k. A.</p>
<p>Gerber-Epstein et al. (2009)</p>	<p>Worin besteht die subjektive Erfahrung von Frauen, die eine frühe Fehlgeburt in ihrer ersten Schwangerschaft erleben?</p>	<p>Forschungs-tradition: k. A.</p> <p>Design: „Aktive Interviews“ nach Holstein & Gubrium (1995)</p>	<p>Land: Israel n=19 Setting: zu Hause Rekrutierung: Werbung, Schneeballverfahren Alter Ø 25-35 Einschlusskriterien: < 35 Jahre, frühe FG in der 1. SS innerhalb letzte 4 Jahre, aktuell schwanger/ junge Mutter</p>	<p>Interviewer: k. A. Aufklärung: mündlich Datensicherung: Tonbandaufnahme, Interviewnotizen Dauer der Gespräche: 1-3 Stunden Dauer Datensammlung: k. A</p>	<p>Kernthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeit vor Fehlgeburt • Auswirkungen auf persönliches Leben und Beziehungen • Bedeutung des Verlustes • Bewältigung • Ratschläge an Betroffene und Gesundheitspersonal 	<p>Auswertungsmethode:</p> <p>Thematische Analyse nach Glesne und Peshkin (1992)</p>
<p>Da Fonseca et al. (2011)</p>	<p>Die Erfahrungen von Frauen mit Spontanabort im Kontext öffentlicher bzw. privater Einrichtungen verstehen</p>	<p>Forschungs-tradition: Soziale Phänomenologie nach Alfred Schütz</p> <p>Design: Einzelinterviews + Befragung von 7 Krankenschwestern</p>	<p>Land: Brasilien n=13 Setting: zu Hause Rekrutierung: KH Alter Ø 18-38 Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung d. Fehlgeburt in Gesundheitseinrichtung • Fehlgeburt in den letzten zwei Monaten • Alter >18 Jahre 	<p>Interviewer: k. A. Aufklärung: informierte Zustimmung Datensicherung: Tonbandaufnahme Dauer der Gespräche: k. A. Dauer Datensammlung: k. A</p>	<p>Kernthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlgeburt, Erfahrungen und Gefühle • Erleben der pflegerischen Versorgung • Wünsche nach aktueller Versorgung 	<p>Auswertungsmethode:</p> <p>Nach Schülern von Alfred Schütz</p>

Tabelle 2: Beschreibung der Studie

2.3.1. Forschungsfrage

Neben den Autoren und dem Erscheinungsjahr der Studie wird jeweils in der zweiten Spalte die Forschungsfrage (teilweise gekürzt) aufgeführt. Sechs der neun behandelten Studien rücken die Erfahrung oder das Erleben einer Fehlgeburt ins Zentrum der Fragestellung (u.a. Gerber-Epstein et al., 2009). Dabei werden bei Abboud & Liamputtong (2003, 2005) auch die Partner der Betroffenen berücksichtigt. Murphy & Merrell (2009), Frost et al. (2007) und Da Fonseca et al. (2011) fragen nach dem Erleben in Zusammenhang mit der jeweiligen Gesundheitseinrichtung oder der erfolgten Behandlung. Maker & Odgen (2003) interessiert der Kontext des Erlebens mit der reproduktiven Vorgeschichte bzw. der Familienplanung. McCreight (2008) fragt nach der emotionalen Reaktion der Frauen und nach Bestattungsmöglichkeiten. Rowlands & Lee (2010) konzentrieren sich auf die Formen von Unterstützung und Hindernissen welche Frauen in Bezug auf eine Fehlgeburt erfahren. Wong et al. (2003) hingegen stellen die Frage, wie Frauen die Versorgung nach einer Fehlgeburt erleben und was Gesundheitspersonal dazu befähigen kann, psychische Beeinträchtigungen nach einer Fehlgeburt festzustellen.

2.3.2. Angaben zum Forschungsdesign und zur –tradition

Aufgrund der im Punkt Methodik aufgeführten Einschlusskriterien weisen alle neun Studien ein qualitatives Studiendesign in Form offener Fragestellungen und Einzelinterviews auf. Die Studie von Frost et al. (2007) war im Rahmen von, die Studie von Wong et al. (2003) in Kombination mit einer quantitativen Befragung durchgeführt worden.

Der Großteil der Studien gibt keine Forschungstradition an. Die Studie von Murphy & Merrell (2009) nennt als Forschungstradition die Ethnographie. Diese Forschungstradition wird primär in der Anthropologie verwendet und stellt einen guten Rahmen um „Bedeutungen, Muster und Erfahrungen“ in ganzheitlicher Weise zu untersuchen. (Polit et al., 2012, 214)

In den Studien von Abboud & Liamputtong (2003;2005) und Da Fonseca et al. (2011) wird die Phänomenologie als Forschungstradition beschrieben. Diese „befasst sich mit den gelebten Erfahrungen des Menschen“. (Polit et al., 2012, 214f) Da Fonseca et al. (2011) greifen dabei auf die Soziale Phänomenologie von Alfred Schütz als Forschungstradition zurück.

2.3.3. Angaben zur Stichprobe

Fünf Studien wurden in Großbritannien, zwei in Australien und jeweils eine Studie in Israel bzw. Brasilien durchgeführt.

Die Kontaktaufnahme zu den Teilnehmerinnen erfolgte meist über die Krankenhäuser, in welchen die Frauen aufgrund der Fehlgeburt aufgenommen worden waren. Weitere Formen der Rekrutierung fanden mittels Werbung, über Selbsthilfegruppen oder durch das sogenannte Schneeballverfahren statt. Beim Schneeballverfahren laden Teilnehmer der Studie ihnen bekannte andere potentielle Studienteilnehmer ein, ebenfalls bei der Studie mitzumachen.

Es nahmen zwischen 6 und 79 betroffene Frauen an den Studien teil. Bei Murphy & Merrell (2009), Wong et al. (2003) und Da Fonseca et al. (2011) wurden neben den Betroffenen auch Angehörige des Gesundheitspersonals interviewt. Die Ergebnisse dieser Befragungen wurden jedoch in der vorliegenden Arbeit, ebenso wie die Interviews mit den Partnern bei Abboud & Liamputtong (2003; 2005), nicht berücksichtigt.

Das Alter der Teilnehmenden betrug, soweit angegeben, 18 bis 60 Jahre. Die Studie von Wong et al. (2003) macht keinerlei Altersangaben. In den meisten Studien wird das Alter als Spannweite (von bis) angegeben.

Die Einschlusskriterien beziehen sich vor allem auf das Alter (z.B. >18 Jahre, <35 Jahre) und den zeitlichen Abstand zur Fehlgeburt (z.B. max. 2 Jahre). Bei Murphy & Merrell (2009) wird die Beherrschung der Englischen Sprache als Einschlusskriterium genannt. Gerber-Epstein et al. (2009) haben aus ethischen Gründen nur Frauen in die Studie eingeschlossen, welche zum Zeitpunkt der Erhebung bereits schwanger oder junge Mütter waren. In vier Studien werden keine Einschlusskriterien genannt.

Die zeitlichen Abstände zwischen der Fehlgeburt und dem Interview variieren teilweise sehr stark. Drei Studien haben einen maximalen Abstand zur Fehlgeburt von 2 Monaten bis 4 Jahren als Einschlusskriterium vorgegeben. Maker & Odgen (2003) sowie Wong et al. (2003) haben die Teilnehmerinnen nach der Entlassung rekrutiert, woraus sich schließen lässt, dass auch hier ein eher zeitnaher Abstand zur Fehlgeburt vorliegt. Bei Frost et al. (2007) wird angegeben, dass die Interviews sechs bis zwölf Monate nach der Fehlgeburt durchgeführt wurden. Abboud & Liamputtong (2003, 2005) geben einen zeitlichen Abstand von etwa 1 Jahr an. Anders bei Murphy & Merrell (2009) und McCreight (2008), hier wird deutlich, dass auch Frauen teilgenommen haben, deren Fehlgeburtserfahrungen bereits Jahrzehnte vergangen sind.

2.3.4. Angaben zur Datensammlung

Die Interviews fanden allesamt im Zuhause der Betroffenen statt. Frost et al. (2007) und Wong et al. (2003) beschreiben, dass die Interviewer geschult waren. Die anderen Studien machen hierzu keine Angaben.

Die Studienteilnehmerinnen wurden vorab schriftlich oder mündlich über die Studie informiert. In drei Fällen werden genauere Angaben zur Aufklärung der Teilnehmerinnen gemacht.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. In manchen Studien wird jedoch explizit nur die „Tonbandaufnahme“ oder die „Transkription“ erwähnt. Eine Ausnahme bildet die Studie von Gerber-Epstein et al. (2009). Hier findet sich der Hinweis, dass Interviewnotizen gemacht wurden, die mittels der Tonbandaufnahme ergänzt wurden.

30 Minuten bis zu drei Stunden dauerten die Interviews. Drei Studien machen keine Angaben zur Interviewdauer.

Der Beobachtungszeitraum bzw. die Dauer der Datensammlung wird in drei der neun Studien beschrieben und betrug hier zwischen neun Monaten bei Wong et al. (2003) und drei Jahren bei McCreight (2008).

2.3.5. Angaben zum Interviewleitfaden

Drei der aufgeführten neun Studien führen einen Interviewleitfaden mit offen formulierten Fragen an. Vier weitere Studien nennen Kernthemen der Interviews, ohne die Formulierung der Fragen darzustellen. Dabei verweisen Wong et al. (2003) auf eine vorangegangene Pilotstudie, aus welcher die Kernthemen bzw. der nicht aufgeführte Leitfaden entstanden sind. Bei Gerber-Epstein et al. (2009) werden beispielhaft Fragen zu den Kernthemen genannt. Die Studie von McCreight (2008) beschränkte sich auf eine Eröffnungsfrage. Murphy & Merrell (2009) geben lediglich das inhaltliche Thema der Interviews an.

Im Folgenden sind die wesentlichen Fragen und Themen der Interviews zusammengefasst:

- Zeit der Schwangerschaft - vor der Fehlgeburt (zwei Studien)
- Erleben der Fehlgeburt - Emotionen (acht Studien)
- Erleben der Behandlung - Unterstützung durch Klinikpersonal (sechs Studien)
- Formen der Unterstützung und Bewältigung (zwei Studien)
- Auswirkungen der Fehlgeburt auf persönliches Leben und Beziehungen (zwei Studien)
- Verbesserungsvorschläge und Ratschläge (zwei Studien)

2.3.6. Angaben zur Datenauswertung

Sieben von neun in der vorliegenden Arbeit verwendeten Studien griffen bei der Auswertung der gesammelten Daten auf bewährte Methoden zurück und sechs Studien zitieren dabei Autoren, nach deren Vorgehensweise sie die Daten aufgearbeitet haben.

Wong et al. (2003) legten ihrer Auswertung die Methode des Grounded Theory zugrunde.

Die Grounded-Theory-Analyse ist ein bekanntes Auswertungsverfahren und verwendet die Methode des permanenten Vergleichs. Hierbei überschneiden sich die Datensammlung, -kodierung und -analyse zeitlich. Das klassische Ergebnis einer Grounded-Theory-Analyse ist ein theoretisches Modell. ((vgl. Polit et al., 2012, 368f.)

Die weiteren sechs Studien haben sich anderer Formen der Analyse bedient, welche aufgrund ihrer Verschiedenartigkeit und geringeren Popularität nicht näher erläutert werden:

Bei Murphy & Merrell(2009) erfolgte die Analyse nach Hammersley & Atkinson (1995). Maker & Ogden (2003) geben an, die Auswertung nach Smiths (1996) interpretativer phänomenologischer Analyse durchgeführt zu haben. McCreight (2008) griff auf die paradigmatische Analyse nach Polkinghome (1995) zurück. Rowlands & Lee (2010) bedienten sich der thematischen Analyse nach Chamberlain (1999). Gerber-Epstein et al. (2009) vollzogen die thematische Analyse nach Glesne & Peshkin (1992). DaFonseca (2011) geben an, bei der Auswertung nach Schülern von Alfred Schütz vorgegangen zu sein.

2.3.7. Darstellung der Resultate aus den Studien

Die wesentlichen Ergebnisse der neun Studien wurden von der Autorin dieser Arbeit gegliedert und zusammengefasst und sind in Tabelle 3 dargestellt. Dabei wurden die Ergebnisse in drei Hauptkategorien unterteilt und wiederum in Unterkategorien gegliedert. Die Hauptkategorien stellen drei Phasen dar: Die Zeit „Vor der Diagnose“ sowie „Nach der Diagnose“ mit den Unterkategorien „Emotionale Reaktion“ sowie „Kognitive Reaktion“ und der „Erfahrung im Krankenhaus“. Es folgt die Kategorie der „Bewältigungsphase“, welche verschiedene Formen des Copings, der Unterstützung aber auch erlebte Schwierigkeiten umfasst, sowie Emotionen und Gedanken in Bezug auf eine „Folgeschwangerschaft“.

Hinweis: In der Studie von Rowlands & Lee (2010) wird nur eine von zwei herausgearbeiteten Hauptkategorien dargestellt, es wird auf einen weiteren Artikel verwiesen, der jedoch über die verwendeten Suchmaschinen nicht zu finden war. Die Ergebnisse dieser Studie sind somit unvollständig.

Studie	Murphy & Merrell (2009)	Wong et al (2003).	Frost et al. (2007)	Maker & Odgen (2003)	McCreight (2008)	Rowlands & Lee (2010)	Abboud & Liamputtong (2003, 2005)	Gerber-Epstein et al. (2009)	Da Fonseca et al. (2011)
1. Vor der Diagnose									
Mitteilung der SS							Überraschung (ungeplant)	Aufregung, Freude, Zufriedenheit, „Kontrolle“ (geplant)	
Mangel an Vorwissen			Fehlendes Wissen	Falsche Vorstellungen			Fehlendes Vorwissen		
Anzeichen ignorieren				Hoffnung bis zuletzt			Nicht an FG denken, gegen ungutes Gefühl kämpfen		
2.1. Nach der Diagnose - Emotionale Reaktion									
Schock	unerwartet plötzlich belastend	„durcheinander“		Schock, unvorbereitet	Verleugnung		nicht realisieren, noch schwanger fühlen	Schock, unbegreiflich	unerwartet, schrecklich
Trauer und Schmerz	Traurigkeit Trauer	Schmerz		„nieder-schmetternd“ Traurigkeit „schrecklicher Verlust“	Trauer „Herz bricht“		Schmerz, Trauer, „Alptraum“	„die ganze Welt bricht zusammen“	Weinen
Einsamkeit	Allein gelassen fühlen	„unverstanden“		Alleine mit den Gefühlen (Partner trauert nicht mit)		Fehlendes Verständnis/ Mitfühlen des Partners		Alleine mit der Diagnose und Behandlung (ohne Partner)	Einsamkeit Unsicherheit, Hilflosigkeit, Angst
Wut, Frust		Wut		Ärger Frustration	Wut (gegen sich selbst)			Wut über „Verständnis“	Frustration
Gleichgültigkeit				Egal, ungewollte SS					
Erleichterung				Erleichtert, geplante Abtreibung					
2.2. Nach der Diagnose - Kognitive Reaktion									
Warum Ich?			Warum ich?				Warum ich? Opferrolle		Warum ich?
Bin ich schuld?	Schuldgefühle	Was war mein Anteil? „Ich habe alle enttäuscht“	„ich habe versagt“ Aktivitäten/ Rauchen/Alkohol als Ursache?	Stress, Belastung, Schluck Alkohol als Ursache?	Schuldgefühle größer wenn keine med. Gründe oder z.B. „Übergewicht“		Anschuldigungen anderer (2005) Selbstvorwürfe (2003)		Für etwas bezahlen müssen?

Medizinische Gründe suchen		Frage nach wirklicher Ursache Akzeptieren der fehlenden Erklärung	Eigene Überlegungen	Med. Gründe suchen	Suche nach Ursache				
Schicksal			„sollte so sein“	Schicksal als Erklärung					
Sinnfrage			Lebenssinn hinterfragen	Zukunftspläne hinterfragen, was ist wichtig	Suche nach Sinn				
Neues Bewusstsein			man hat wenig Kontrolle					schlimme Dinge passieren	
Den Verlust definieren			Die verlorene „Möglichkeit“/“Erfahrung“ als „Probelauf“					Einen „Traum“ verloren; das besondere der 1. SS	
2.3.1. Nach der Diagnose : Erfahrung im Krankenhaus									
Bagatellisierung		Fehlgeburt als Alltag	„noch nichts geformt“		„Sie sind nicht die Einzige“	„noch nicht eng gebunden“			
Medizinische Sprache		Schont Emotionen	Begriffe für FG bagatellisierend und aufwühlend		“abortion” → empört		„Empfängnisprodukt“ → verletzend (2005)		
Unerfüllte Bedürfnisse	öfter nach Pat. sehen	Nachsorge	Dem eigenen Körper vertrauen dürfen Wunsch nach Obduktion	Keine Ursachenforschung vor 3. FG	Wortkargheit bei Diagnosestellung; Fokus auf rein körperliches Befinden	Fokus auf körperliches Befinden; mangelnde Aufklärung über Prozedur; DNA-Test	Gegensätzliche Informationen (2005) Nachsorge-Angebot		rein technische Behandlung Aufmerksamkeit, Information
Hilfreiches Verhalten					Krankenpflege und Hebammen sehr unterstützend	Hebamme verständnisvoll; Mitgefühl des Anästhesisten	Menschliche Wärme bei Diagnose (2005); Adäquate Information (2005)		Aufmerksamkeit, gute Behandlung, Privatsphäre beachten

Unpassende Umgebung						Wehen im 6-Bett-Zimmer auf Orthopädie; Schwangerenambulanz	Sechsköpfige Visite → "sehr schlecht" (2005)		
Erleben der OP			unnatürliche Beendigung des Lebens Wunsch nach schneller OP weil man etwas totes in sich trägt					Kälte, Eindringen in Intimsphäre "nehmt es raus – fasst es nicht an!" Angst vor Schäden	In privatem KH: schnell, Team präsent; Versuch, Privatsphäre und Komfort zu wahren
3.1. Bewältigungsphase – Coping									
Gespräch			Gespräch	Gespräche einfacher da SS bekannt war		Gespräch	Gespräch	Gespräch	
Vergleichen			Besser FG als Kind mit Behinderung Besser frühe FG	Anderen geht's schlechter					
Ablenkung				Auf Bedürfnisse Anderer fokussieren			Beschäftigung (2005)	mit Arbeit eindecken	
Trauer (-Rituale)	Privater Raum zum Weinen					Rituale, z.B. Gottesdienst (KH)	Weinen; Erinnerungen schaffen		
3.2. Bewältigungsphase – Unterstützung durch...									
Partner				Partner		Partner	Partner		
Familie				Familie			Mütter, Schwestern (2005)	Mutter	
Freunde, Kollegen		Freundin	Freunde, Kollegen	Freunde, Kollegen			Freunde, Kollegen		
Med. Personal		Hausarzt/ Hausärztin					Hausarzt/ Hausärztin (2005)		
Frauen nach FG		Freundin mit Fachwissen				Freunde nach FG		Frauen nach FG	
3.3. Bewältigungsphase – Schwierigkeiten im Umfeld									

Verhalten/ Erwartungen		Fehlende Trauer der Frau wird nicht akzeptiert				Mangelnde Unterstützung Fehlende Trauer der Frau wird nicht akzeptiert	„zu viele Geschichten“ (2005)	Frage nach Kinderlosigkeit Fragen nach FG „Vergiss es und geh weiter“	
Wenig Verständnis	Ich bin nicht „depressiv“	fehlendes Verständnis und Mitgefühl				(nach 5.FG) fehlende Anerkennung des Verlustes			
FG als Tabuthema			FG=Tabuthema	Unsicherheit des Umfelds über Thema zu reden		Angst über FG zu reden			
Schwangere treffen							aufwühlend	→Neid, Verlust, Versagen	
3.4. Bewältigungsphase - Folgeschwangerschaft									
Angst			Langes Verschweigen – Angst vor FG	Angst vor Angst	Angst vor FG	„Stress“ - schon 2 FG	Angst vor FG; vor 3. Monat nicht mitteilen		
Verwundbarkeit	Unsicherheit, Verwundbarkeit						Verwundbarkeit		
Mangel an Betreuung					Mangelnde fachliche Betreuung	Mangelnde fachliche Betreuung			
Positives Empfinden			Kind lebt weiter in der Folge-SS				Kind bekommen als heilsam		
3.5. Bewältigungsphase – Weitere Aspekte									
Persönliche Probleme							Angst vor Periode (FG auf WC)	Kraftlosigkeit, Unfähigkeit, zu „funktionieren“	
Verbesserte Beziehungen			Andere trösten können	Verbesserte Beziehung zu Partner				Verstärkte Beziehung zur Mutter	
Trauerprozess		erst nach einigen Wochen wird es schlimm	Frage: Wie alt wäre es jetzt?	3. Woche am schlimmsten; Die Zeit wird heilen			Es braucht Zeit	Braucht Jahre, weil der Verlust so wenig greifbar ist	

Tabelle 3: Systematische Darstellung der Ergebnisse

2.3.7.1. Vor der Diagnose

Gefühle in Bezug auf die Schwangerschaft werden bei Abboud & Liamputtong (2003) sowie bei Gerber-Epstein et al. (2009) beschrieben. Bei Gerber-Epstein et al. (2009) hatten die Frauen die Schwangerschaft geplant und berichteten von positiven Gefühlen wie Aufregung, Freude und Erfolg. Eine Teilnehmende bei Abboud & Liamputtong (2003) berichtete, dass die Schwangerschaft für sie überraschend war.

In drei Studien reflektierten die Frauen, dass sie vor dem Ereignis der Fehlgeburt falsche Vorstellungen oder fehlendes Wissen in Bezug auf Fehlgeburten gehabt hatten. In zwei dieser Studien berichteten die Frauen, wie sie erste Anzeichen für eine Fehlgeburt, Blutungen oder ein ungutes Gefühl zunächst ignorierten. Erst als Schmerzen und Krämpfe hinzukamen suchten sie einen Arzt auf, und selbst dann dachten einige Frauen noch nicht an die Möglichkeit einer Fehlgeburt. Andere Frauen berichteten, dass die Anzeichen zwar deutlich waren, sie aber bis zum Ultraschall Hoffnung hatten, dass es nicht wahr sei. (Maker & Ogden, 2003, 408). Eine weitere Frau erzählte, dass sie erwartet hatte, dass die Fehlgeburt sehr schnell passiert („dass es `Platsch` macht“), allerdings dauerte der Prozess bei ihr mehrere Tage an. (Maker & Ogden, 2003, 408).

2.3.7.2. Nach der Diagnose

Emotionale Reaktion

Das Realisieren der Fehlgeburt in Form von eindeutigen Symptomen oder der Diagnosestellung durch den Arzt oder Ultraschalltechniker geht mit sehr starken Emotionen einher. *„(...)from the first day you find out about it you sort of love this thing in there. You don't know what it is yet. You know, you love it to death and you just want to protect it. And then to wake up and be losing blood and spotting, it's a nightmare.“* (Abboud & Liamputtong, 2003, 45)

Schock und Trauer

Der Großteil der Studien beschreibt, dass die Frauen die Realisierung der Fehlgeburt als eine Art Schock empfanden. Das Ereignis traf die Frauen unerwartet und unvorbereitet. Die Frauen konnten teilweise nicht realisieren, was mit ihnen passierte. Eine Frau beschrieb etwa, dass sie sich immer noch schwanger fühlte, auch nachdem die Leibesfrucht bereits ausgestoßen oder entfernt worden war. (Abboud & Liamputtong, 2003, 45) Sieben der neun Studien beschreiben das Empfinden des Verlustes der Frauen als großen Schmerz, der mit Trauer und Traurigkeit einhergeht. Die Frauen verwendeten verschiedene

Ausdrücke um diesen Schmerz zu beschreiben, etwa, dass `die ganze Welt zusammenbricht` oder das `Herz bricht`.

„ *When they showed me there was no heartbeat I was gutted. It was like some-one had ripped out my heart, my heart broke and it's never gone back right. (...)*” (McCreight, 2008, 7)

Einsamkeit

In sechs Studien wurde von den Frauen ein Gefühl des Allein-Gelassen-Seins beschrieben. Dieses Gefühl der Einsamkeit bezieht sich entweder auf das tatsächliche Allein-Sein im Krankenzimmer (Murphy & Merrell, 2009, 1586) oder aber auf subjektiv empfundenes „Unverstanden Sein“ von der Umgebung. Einige Frauen erzählten, dass sie sich durch die mangelnde Trauer oder das mangelnde Verständnis ihres Partners mit ihren Gefühlen alleingelassen gefühlt haben. Das Erleben des Partners wird in mehreren Studien thematisiert. Die Frauen fühlten sich mit ihren Gefühlen alleine gelassen, wenn die Partner keine Trauerreaktion und/oder mangelndes Verständnis für die Gefühle der Frau zeigten.

Gerber-Epstein et al. (2009) fassen in ihrer Studie drei unterschiedliche Reaktionen der Partner auf die Fehlgeburt zusammen: Es gibt Partner, die den Schmerz teilen, verstehen und die Frau unterstützen. Andere Partner zeigen Unverständnis für die Trauerreaktion der Frau und beteuern, dass alles in Ordnung sei. Eine dritte Reaktion von Partnern ist es, der Frau mit Verständnis zu begegnen ohne selbst von der Situation bewegt zu sein. (Gerber-Epstein et al. 2009, 18). So erlebte es eine Studienteilnehmerin bei Rowlands & Lee (2010): „*I was surprised by my husband, who's very supportive, wasn't really that involved...And they can't relate to it. [...]They can sort of empathise and try to understand but they can't really relate to it, because they don't have the same experience.*” (Rowlands & Lee, 2010, 279)

Mit der neuen Situation gehen auch Gefühle von Unsicherheit, Hilflosigkeit und Angst einher, welche in der Studie von Da Fonseca et al. (2011) von einer Teilnehmerin beschrieben wurden.

Wut

Weitere, in fünf Studien beschriebene emotionale Reaktionen stellen Wut und Frustration dar. Dabei kann sich die Wut gegen verschiedene Personen oder Umstände richten. Etwa Wut auf sich selbst verbunden mit Selbstanschuldigung oder über das „Verständnis“ der Umgebung, welches nicht als solches akzeptiert werden kann. Der Frust bezieht sich auf das plötzliche Ende der Schwangerschaft und steht im Zusammenhang mit den Erwartungen, welche die Frauen an die Schwangerschaft hatten.

„[...] I felt helpless. My story was just getting started and was interrupted, very frustrating. It's like being in a crowd and being alone.“ (Da Fonseca et al, 2011)

Gleichgültigkeit und Erleichterung

Eine Ausnahme der emotionalen Reaktion der Frauen bildet die Beschreibung in der Studie von Maker & Ogden (2003). Hier nahmen drei Frauen an der Studie teil, welche ungewollt schwanger geworden waren. Diese Frauen empfanden keine Trauer, sondern Gleichgültigkeit oder Erleichterung, dass die Schwangerschaft auf diese Art und Weise beendet worden war.

Kognitive Reaktion

Neben vielfältigen, meist negativen, Emotionen werden auch kognitive, gedankliche Reaktionen auf die Fehlgeburt beschrieben. Eine Fehlgeburt wirft viele Fragen auf, wobei die Frage nach dem „Warum?“, nach der Ursache der Fehlgeburt, im Vordergrund steht.

Warum Ich ?

So beschreiben drei Studien, dass Frauen sich die Frage stellten „Warum Ich?“. Eine häufige Reaktion auf verlustreiche, negative Ereignisse im Leben.

„[...]like if there was a reason they were able to give me, maybe it would have made it easier on me. But because there was never a reason, just you're unlucky, that's just hard to accept.[...]You know, why? Just a bad egg? Why are the bad eggs just appearing with me? There must be something wrong for this to be happening.“ (Abboud & Liamputtong, 2003, 45)

Bin ich Schuld?

In sieben Studien berichteten die Frauen von Schuldgefühlen oder zumindest der Frage, ob sie aufgrund von Verhaltensweisen Mit-Schuld tragen, dass es zu einer Fehlgeburt gekommen ist. In einem Fall (Abboud & Liamputtong, 2005) wurden die Selbstvorwürfe von Außenstehenden produziert, welche die Betroffene anklagten, dass sie eine Fehlgeburt erlitten habe, weil sie in der Schwangerschaft getanzt und sich unpassend ernährt hatte. Eine Frau brachte das eigene Schuldempfinden an der Fehlgeburt in einen spirituellen Zusammenhang und fragte sich, ob sie für irgendetwas bezahlen müsste (Da Fonseca et al., 2011). Das Empfinden des eigenen Versagens oder das Gefühl, das Umfeld enttäuscht zu haben wurden jeweils in einer Studie von Frauen genannt.

Bei McCreight (2008) wird das Ausmaß der Schuldgefühle in Zusammenhang mit medizinischen Begründungen gebracht. So werden zum einen die Schuldgefühle als intensiver empfunden, wenn die medizinischen Gründe für die Fehlgeburt unbekannt sind. Auf der anderen

Seite berichtete eine Frau, dass die Vermutung eines Beraters, sie habe aufgrund ihres Übergewichtes eine Fehlgeburt gehabt, ihre Schuldgefühle verstärkt hatte.

Suche nach Gründen

Die Suche nach medizinischen Gründen für die Fehlgeburt wird in vier der neun Studien thematisiert. In der Regel wurde jedoch keine medizinische Ursache evaluiert oder gefunden. In einem Fall wurde beschrieben, dass die fehlende Erklärung von der Betroffenen akzeptiert würde. (Wong et al., 2003, 700) Allerdings berichteten in derselben Studie andere Frauen davon, dass sie die fehlende Erklärung wütend mache. In einer anderen Studie wird beschrieben, dass die Frauen eigene Überlegungen anstellten, etwa dass die Babys nicht gesund gewesen seien. (Frost et al, 2007, 1015; Maker & Ogden, 2003, 410).

Schicksal und Sinnfrage

In zwei Studien wird dargestellt, wie Frauen sich auf schicksalshafte Erklärungen beriefen, dass ´es schon so sein solle´. Dieselben Studien sowie die Studie von McCreight (2008) beschreiben auch, dass die Fehlgeburt dazu führte, dass sich Frauen mit dem Lebenssinn oder den eigenen Zukunftsplänen neu auseinandersetzten

Eng im Zusammenhang mit der Sinnfrage steht das Bewusstwerden, dass man keine Kontrolle darüber hat, was geschieht, und dass schlimme Dinge auf der Welt passieren. Dieses neue Bewusstsein wurde bei Frost et al. (2007) und Gerber-Epstein et al. (2009) von Frauen geschildert.

Als Herausforderung zeigt sich die Aufgabe, das Wesen des Verlustes für sich selbst zu definieren. Sprechen die einen Frauen von dem Verlust ihres Babys, beschreiben andere die Fehlgeburt als den Verlust eines `Traums` oder einer möglichen Erfahrung. Diese Definition wird in zwei Studien erläutert.

„I think as well, you can say: well there was never anything to actually lose, but there was 12 weeks of expectations to lose.“ (Frost et al., 2007, 1013)

Eine Frau definierte die Fehlgeburt eher positiv als „Probelauf“ für eine weitere Schwangerschaft, und war froh über die Erkenntnis, dass sie offensichtlich schwanger werden konnte. (Frost et al, 2007, 1016)

Erfahrung im Krankenhaus

In sieben Studien werden Aussagen über das Erleben der Fehlgeburt in Zusammenhang mit der erfahrenen Versorgung in Gesundheitseinrichtungen bzw. Krankenhäusern getroffen. Dabei wird überwiegend von negativen Erlebnissen berichtet.

Bagatellisierung und medizinische Fachbegriffe

In drei Studien wurde von Frauen beschrieben, dass sie die vom Fachpersonal gebrauchten Bezeichnungen für die Fehlgeburt als bagatellisierend, aufwühlend, empörend oder verletzend empfanden. Bei McCreight(2008) erläuterte eine Frau, dass sie den englischen Begriff „abortion“ als empörend und anklagend empfunden hat, da dieser Fachausdruck auch für eine Abtreibung verwendet wird. Eine andere Frau beschrieb folgendes:

„[...]as they said in the hospital, it probably never even formed, but there was something there...I don't feel as though I've lost a few cells that might have become a child, I feel as though I've lost a baby“ (Frost et al., 2007, 1012)

Andererseits erläuterte eine Frau im Interview mit Wong et al. (2003), dass sie die medizinischen Begriffe für die Fehlgeburt als schonend empfunden hatte. Ihr war es eine Erleichterung gewesen, dass das Fachpersonal nicht von dem `Baby´ gesprochen hat.

Unerfüllte Bedürfnisse

Auch auf andere Arten und Weisen haben die Frauen ein mangelndes Eingehen auf die Bedürfnisse durch das Personal erfahren. Dabei handelte es sich um unterschiedliche Themen: So wurde das Personal etwa dem Bedürfnis nach Selbst-Vertrauen in den eigenen Körper, oder dem Bedürfnis nach ausreichender und klarer Information oder Aufklärung nicht gerecht.

Ein dreimal genannter nicht unwesentlicher Punkt ist das Empfinden der Frauen, dass im Krankenhaus das körperliche Befinden so stark im Fokus stand, dass die emotionalen Belange nicht beachtet wurden.

„[...]they look at it physically and say, 'Are you ok physically?' you know, 'How are all these physical symptoms?' Ah, ok, you're fine, off you go, sort of thing. Um and don't have any time or any methodology to deal with the emotions that go along with it.“ (Rowlands & Lee, 2010, 282)

In drei Studien wurde der Wunsch nach mehr Untersuchungen für die Ursache der Fehlgeburt von den Teilnehmenden geäußert. Eine Frau wünschte sich eine Obduktion des Fötus, da sie schon zum zweiten Mal eine Fehlgeburt erlitten hatte, diesem Wunsch wurde jedoch nicht nachgekommen. (Frost et al., 2007, 1017).

Weitere offene Wünsche der Frauen waren der Wunsch nach mehr Kontaktaufnahme durch das Pflegepersonal, der Wunsch nach Empathie und Verständnis und der Wunsch nach einem Nachsorge-Angebot, worauf in zwei Studien eingegangen wurde.

Hilfreiches Verhalten

Neben den aufgeführten negativen Erlebnissen, werden jedoch in drei Studien auch verschiedene positive Erfahrungen berichtet, in denen die Frauen sich vom Personal unterstützt und wertgeschätzt fühlten.

So beschreibt McCreight (2008), dass die Frauen von den Krankenschwestern und Hebammen Unterstützung erhielten und die Einstellungen dieser Berufsgruppen als positiv wahrnahmen. Das Bekunden von Mitgefühl durch einen Anästhesisten empfand eine weitere Studienteilnehmerin bei Rowlands & Lee (2010) als Anerkennung ihrer Trauer, die ihr von anderen Angehörigen des Klinikpersonals nicht zu Teil wurde:

„[...] He was the only person who said, ‘I’m sorry’. For everyone else it was really a medical procedure. [...] And for me it was the end of something very significant, and something cherished, yeah.” (Rowlands & Lee, 2010, 280)

Abboud & Liamputtong (2005) beschreiben in ihrer Ergebnisdarstellung, wie eine Frau die menschliche Wärme des Untersuchenden bei der Diagnosestellung und –mitteilung als sehr wohltuend empfunden hat. Auch das Geben der ‘richtigen Information zum richtigen Zeitpunkt’ wurde hier als positives Erlebnis beschrieben.

Eine Studienteilnehmerin bei Da Fonseca et al. (2011) berichtete von ihrer zweiten Fehlgeburt, in einem privaten Krankenhaus, wo sie viel Aufmerksamkeit von Seiten des Personals und eine gute Behandlung erfahren hatte.

Unpassende Umgebung

Bei Rowlands & Lee (2010) berichtete eine Frau, dass sie zwölf Stunden lang im Zimmer einer Orthopädie mit einem ‘Publikum von fünf alten Damen’ in den Wehen gelegen ist, was für diese Frau ‘nicht besonders angenehm’ war. Eine weitere Teilnehmerin dieser Studie berichtete, wie sie im Wissen um ihre Diagnose im selben Wartebereich mit vielen glücklichen schwangeren Frauen auf ihren Ultraschall warten musste, was für sie eine ‘Tortur’ darstellte. (Rowlands & Lee, 2010, 282)

Eine Teilnehmerin der Studie von Abboud & Liamputtong (2005) kritisierte zudem: *„[...] I had six doctors come and check on me. And most of them were students. And I thought that is the worst thing they can do to a patient. Because you’re feeling so down, and you’re so upset, and you’re bleeding [...] I thought that was really, really bad. It shouldn’t be happening, not even in public hospitals.” (Abboud & Liamputtong, 2005, 12)*

Erleben der Operation

In zwei Studien wird das Erleben der operativen `Behandlung` der Fehlgeburt von den Betroffenen beschrieben. Dabei wird von widersprüchlichen Gefühlen in Bezug auf die Operation berichtet.

„[...]I was terribly confused – on the one hand, take it out because it’s dead, and on the other: don’t touch, it’s my child...I had very ambivalent feelings [...]”
(Gerber-Epstein et al., 2009, 12)

Eine weitere Studienteilnehmerin bei Gerber-Epstein et al. (2009) äußerte ihre empfundene Angst, dass die OP Schäden hinterlässt und sie später nicht mehr schwanger werden könnte.

Bei Frost et al. (2007) beschrieben die Frauen, dass eine Ausschabung für sie eine unnatürliche Beendigung des Lebens bedeutet. Bis zur OP hätten die Frauen noch Hoffnung gehabt, dass das Kind noch lebt. Gleichzeitig beschrieben andere Betroffene, dass sie sich eine schnelle OP wünschten, da sie kein ´totes Ding´ in sich tragen wollten. Die Atmosphäre und das Vorgehen im Operationssaal (hier: Saugkürettage) wurden von Studienteilnehmerinnen bei Gerber-Epstein et al. (2009) als unmenschlich beschrieben. Die Frauen fühlten sich einsam, ausgeliefert und in ihrer Intimsphäre verletzt.

„No privacy, no...it’s as if you’re not there at all.” (Gerber-Epstein et al., 2009, 13)

Dahingegen erläuterte eine Teilnehmerin der Studie von Da Fonseca et al. (2011), wie sie bei ihrer zweiten Fehlgeburt, anders als bei der ersten, eine rasche Behandlung, ein präsent Team und soweit möglich eine Wahrung der Intimsphäre und des Wohlfühlens erlebt hatte.

2.3.7.3. Bewältigungsphase

„When the baby dies, the medical opportunity to ensure its survival is removed; for the mother, the challenge to regain self-worth and emotional well-being is only beginning.”

(McCreight, 2008, 15)

Auch die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt wurde teilweise von den Studienteilnehmerinnen geschildert. Im Folgenden werden der Umgang mit der Trauer (Coping), erfahrene Unterstützung und Schwierigkeiten zusammengefasst.

Coping

Der Verlust einer Schwangerschaft erzeugt in den meisten Fällen Trauer bei den Betroffenen. Die Frauen wenden unterschiedliche Formen der bewussten oder unbewussten Trauerbewältigung an, um die Erlebnisse zu verarbeiten und über den Schmerz hinwegzukommen.

Der am häufigsten genannte Punkt der Bewältigung ist das Gespräch. Dieses wurde in vier Studien von Teilnehmenden als hilfreiche `Coping-Strategie` beschrieben.

„We just took the attitude: let’s talk about it, let’s not make it into an impossible situation. It doesn’t matter if I get upset, because it, the more we talk about it the more of a normal subject it all becomes. Rather than being a huge sort of secret.” (Frost et al., 2007, 1019)

Eine Frau beschrieb im Interview mit Maker & Ogden (2003), dass es ihr leichter fiel, über die Fehlgeburt zu reden, weil die Schwangerschaft ihrem Umfeld bereits bekannt gewesen war.

Als weitere Formen des Umgangs mit dem eigenen Erlebten werden in je zwei Studien Ablenkung und der soziale Vergleich genannt. Die Betroffenen verglichen sich mit Menschen denen es schlechter gehe, welche unheilbare Krankheiten haben, oder mit Frauen, die zu einem späteren Zeitpunkt eine Fehlgeburt erleiden. Eine weitere, für eine Frau tröstende, Überlegung war, dass es besser sei eine Fehlgeburt zu haben, als ein Kind mit schweren Behinderungen zur Welt zu bringen. (Frost et al, 2007, 1016)

Als Strategien zur Ablenkung wird jeweils in zwei Studien Beschäftigung oder Arbeit und in einer Studie das Fokussieren auf die Bedürfnisse anderer Menschen genannt.

In drei Studien werden Trauerformen beschrieben, etwa das Weinen an sich bei Murphy & Merrell (2009) und Abboud & Liamputtong (2003), welches einen gewissen Schutzrahmen erfordert. Betroffene berichteten, dass sie Erinnerungen geschaffen hatten, etwa in Form von dem Pflanzen von Rosenbüschen. (Abboud & Liamputtong, 2003, 50)

Bei Rowlands & Lee (2010) schilderten zwei Frauen, wie ihnen Trauerzeremonien geholfen hatten. In einem Fall war es ein persönliches Ritual am Strand, im anderen Fall ein Trauergottesdienst, der vom Krankenhaus einmal monatlich abgehalten wurde.

„The hospital once a month does a cremation, um, which was really helpful, to put some closure on it that way because I had some souvenirs, I had a service, I had a candle – that little angel candle that they give to you and yeah, just you know, a point in time where someone’s gone, ‘Yep, you had a baby and that baby died.’ And, we’re going to speak about that in public. So that was good. “ (Rowlands & Lee, 2010, 280)

Unterstützende Personen

Als wichtige Personen in der Unterstützung nach der Fehlgeburt werden der eigene Partner, die Familie, in zwei Fällen insbesondere die Mutter, Freunde und Kollegen und Frauen, die ebenfalls eine Fehlgeburt erlebt haben, genannt. Die Unterstützung erfolgte in Form von praktischer Hilfe oder Gesprächen.

So beschrieb etwa eine Studienteilnehmerin bei Abboud & Liamputtong (2003) die Unterstützung ihres Partners:

„[...]he was always my stone, for me to lean on.“ (Abboud & Liamputtong, 2003, 52)

In zwei Studien wird der Hausarzt als zentrale und hilfreiche Bezugsperson geschildert.

In drei Studien beschrieben die Frauen, wie verstanden sie sich von Frauen fühlten, die bereits selbst eine oder mehrere Fehlgeburten erlitten hatten.

„[...]Somehow it helped me to hear how she went through it. I remember she told me she really understood me very well and I felt that she did.“

(Gerber-Epstein et al., 2009, 19)

Neben der wertvollen Unterstützung erleben Frauen nach einer Fehlgeburt aber auch Schwierigkeiten im persönlichen Umfeld.

Schwierigkeiten im Umfeld

Sowohl Frauen, die um ihre Fehlgeburt trauern, als auch Frauen, bei denen eine Trauerreaktion ausbleibt, erleben teilweise mangelndes Verständnis von Seiten ihres privaten Umfelds. Die mangelnde Trauerreaktion der Frau wurde als Herzlosigkeit aufgefasst, wovon Frauen in zwei Studien berichteten. Gleichzeitig erlebten Frauen, welche sich Verständnis und Unterstützung in ihrer Trauer wünschen, wie ihre Wünsche nach Anerkennung ihres Verlustes und ihrer Bedürfnisse nicht erfüllt wurden.

Davon berichtet insbesondere die Studie von Rowlands & Lee (2010). Eine Frau erzählte:

„[...]people would say, `Well you´ve had five [miscarriages], surely it must be getting easier by now?´ And you know, you´d want to punch them in the head.“ (Rowlands&Lee, 2010, 280)

Auch bei Gerber-Epstein et al. (2009) wurde ein Mangel an Verständnis ausgedrückt, durch die Erwartung der Familie an die betroffenen Frauen, das Geschehene zu vergessen und `weiterzugehen`. (Gerber-Epstein et al., 2009, 17)

Eine Studienteilnehmerin bei Murphy & Merrells (2009) betonte, dass sie sich wünschte, dass ihre Trauer anerkannt würde, ohne als „Depression“ bezeichnet zu werden.

Das mangelnde Verständnis oder die unpassenden Reaktionen des Umfeldes sind möglicherweise auf die Tatsache zurückzuführen, dass Fehlgeburt in der Öffentlichkeit häufig ein Tabuthema darstellt. So beschreiben Studienteilnehmerinnen ihre eigene Unsicherheit sowie die Unsicherheit ihres Umfelds über das Thema zu reden. Die betroffenen Frauen erklärten, dass sie selbst Angst vor der Reaktion der Anderen hätten; das Umfeld schien unsicher zu sein, wie es auf die Nachricht reagieren soll.

„[...] Cos you feel like you´re saying that you´ve suddenly got cancer or something...it´s the most bizarre thing“ (Frost et al., 2007, 1010)

Eine Frau in der Studie von Abboud & Liamputtong (2005) wiederum berichtete, dass viele Frauen aus ihrem Bekanntenkreis ihr deren Fehlgeburten schildern wollten, was sie als störend und nicht hilfreich empfunden hatte. (Abboud & Liamputtong, 2005, 10)

Als ´aufwühlend` beschrieben manche Frauen in den Studien von Gerber-Epstein et al. (2009) und Abboud & Liamputtong (2003) die Konfrontation mit der eigenen Kinderlosigkeit und der Fehlgeburt in Form von Fragen oder der Begegnung mit Schwangeren.

Eine Frau in der Studie von Gerber-Epstein et al. (2009) etwa berichtete, dass sie häufig nach dem Grund für ihre Kinderlosigkeit gefragt wurde. Um nicht den wahren Grund (die Fehlgeburt) zu nennen, mussten ihr Partner und sie sich ´Ausreden einfallen lassen`.

Die Begegnung mit Schwangeren kann viele Emotionen hervorrufen, wie etwa Neid, Verlust, Versagen oder Verzweiflung. Dies zeigen die Studien von Abboud & Liamputtong (2003) sowie Gerber-Epstein et al. (2009) auf.

„When I saw someone pregnant, I´d sit and cry [...] I wish that it doesn´t happen again and I say, `O God, don´t let this happen to me again`. (crying).“ (Abboud & Liamputtong, 2003, 45)

Folgeschwangerschaft

Das Erleben einer Folgeschwangerschaft nach einer Fehlgeburt wird in sechs der neun Studien thematisiert.

In vier Studien wird von Angst in Bezug auf die Folgeschwangerschaft berichtet. Die größte Angst der Frauen ist es, wieder ein Kind zu verlieren. In Zusammenhang damit wurde in zwei Studien von Frauen beschrieben, dass sie die Folgeschwangerschaft länger ´geheim gehalten´ hatten.

„You [...] don´t want to tell them again if it does go wrong.“ (Frost et al., 2007, 1011)

Bei Rowlands & Lee (2010) äußerte eine Frau den zunehmenden ´Stress` den es ihr bereite, dass sie bereits zwei Kinder fehlgeboren hatte. Neben der Angst wird in zwei Studien das

Stichwort `Verwundbarkeit` genannt. Auch dieses drückt die Möglichkeit einer weiteren Fehlgeburt und die damit verbundene Empfindung von Machtlosigkeit aus.

„[...]I still have the occasional weep...But in terms of there´s idea that you have to have another baby and suddenly it´s all going to be OK. For starters, certainly, the whole thing upped my anxiety. It´s really hard to relax and enjoy her ´cause you feel vulnerable in a way you weren´t before.“ (Abboud & Liamputtong, 2003, 50)

In zwei Studien berichteten Frauen von einer unpassenden oder fehlenden Betreuung in ihrer Folgeschwangerschaft. Auf die Ängste und Fragen der Betroffenen wurde hier unzureichend eingegangen.

Ein positiver Gedanke in Bezug auf eine Folgeschwangerschaft war die Aussage einer Frau, sie glaube, dass ihr fehlgeborenes Baby in der Folgeschwangerschaft weiter lebe. (Frost et al., 2007, 1016)

Teilnehmerinnen der Studie von Abboud & Liamputtong (2003) erlebten eine erfolgreiche Folgeschwangerschaft, sprich: ein Kind zu bekommen, als heilsam. Durch die Folgeschwangerschaft rückte die Erfahrung der Fehlgeburt in den Hintergrund. (Abboud & Liamputtong, 2003, 50)

Bewältigungsphase - weitere Aspekte

Neben den Schwierigkeiten im Umfeld, berichteten Frauen in zwei Studien von persönlichen Problemen nach der Fehlgeburt. Bei Abboud & Liamputtong (2003) beschrieb eine Studienteilnehmerin ihre regelmäßige Angst vor der Periode. Die Blutungen erinnerten sie jedes Mal an ihre Fehlgeburt, welche sie auf der Toilette geboren hatte.

Gerber-Epstein et al. (2009) führten auf, dass einige Frauen starke Kraftlosigkeit und Unfähigkeit im Alltag zu `funktionieren` in der Zeit nach der Fehlgeburt erlebt hatten.

Die Trauer um ein fehlgeborenes Kind braucht Zeit, um durchlebt zu werden. Der Zeitaspekt in Bezug auf die Trauer kommt in vier der neun Studien zur Sprache. Dabei wird in zwei Studien davon gesprochen, dass bei den Teilnehmenden einige Wochen nach der Fehlgeburt die schlimmste bzw. intensivste Phase der Trauer aufgetreten ist. Bei Gerber-Epstein et al. (2009) wird in den Ergebnissen dargestellt, dass es viel Zeit braucht um den Verlust zu verarbeiten, weil die Frage danach, `was` verloren gegangen ist, so schwierig zu beantworten ist.

Auch nach dem Verarbeiten der Trauer bleibt die `verlorene Möglichkeit` im Bewusstsein der Betroffenen. So beschrieb eine Frau im Interview mit Frost et al., welche Gedanken die Begegnung mit jungen Familien in ihr bewirkt:

„ I think that she would have been five months old, you know, I look at other people, and I think: that would have been me. “ (Frost et al., 2007, 1013)

Die Veränderung, welche durch das Erleben einer Fehlgeburt, im Leben der Frau geschieht, kann jedoch auch positive Seiten haben:

So berichteten Frauen in zwei Studien von verbesserten Beziehungen mit der Mutter oder dem Partner durch das gemeinsame Durchleben des Verlustes. Eine Frau in der Studie von Frost et al. (2007) konnte der Erfahrung der Fehlgeburt den positiven Aspekt abgewinnen, dass sie nun selbst in der Lage sei, andere Menschen zu trösten und begleiten, welche einen Verlust (auch in anderer Form) erleben.

2.4. Diskussion

Im Folgenden werden die Studien auf ihre Qualität und die Studienergebnisse auf ihre Glaubwürdigkeit hin diskutiert. Eine Übersicht über die Bewertung der Studien findet sich in Tabelle 4.

Studie	Passung von Forschungsfrage, -tradition, und -design	Qualität der Stichprobe	Qualität der Datensammlung	Qualität des Leitfadens	Qualität der Auswertung
Murphy & Merrell (2009)	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design • Passung von Tradition und Design 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße <10 • Keine Auswahlkriterien • Nur gebildete Frauen • k. A. zu zeitlichem Abstand Fehlgeburt-Interview • k. A. zu Datensättigung <p>Negativ:</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informierte Zustimmung und Anonymität • vertraute Atmosphäre • Kontrolle der Datensammlung durch Triangulation <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thema angemessen <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Leitfaden, keine Kernthemen aufgeführt 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüssige Ergebnisse • Vergleichsdaten durch Triangulation <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Kontrollmaßnahmen (Member-check, ext. Audit, Zweitauswerter)
Wong et al. (2003)	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Tradition 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße >10 • Theoretical Sampling • Breit gefächerte Stichprobe (bzgl. Alter, Familienstand, Schwangerschaften, Sozialer Status) • Datensättigung <p>Negativ:</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschulte Interviewer • Kontrolle der Datensammlung durch Triangulation <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Vertrauensbildung • k. A. zu informierter Zustimmung und Anonymität 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptthemen angemessen <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Leitfaden aufgeführt 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüssige Ergebnisse • Member-Check • Diskussion im Forschungsteam <p>Negativ:</p>
Frost et al. (2007)	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Tradition 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße >10 <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Auswahlkriterien • k. A. zu demografischen Merkmalen • k. A. zu Datensättigung 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Atmosphäre • Geschulte Interviewer • Informierte Zustimmung • Kontrolle der Datensammlung: Feedbackgruppen, Fokusgruppen mit Klinikpersonal <p>Negativ:</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptthemen angemessen <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Leitfaden aufgeführt 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüssige Ergebnisse • Struktur übersichtlich • Member check • Diskussion der Ergebnisse mit Fokusgruppe von Gesundheitspersonal <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Darstellung der Ergebnisse von Member-Check/ Fokusgruppe

<p>Maker & Ogdan (2003)</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Tradition • Fragestellung un-deutlich 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße >10 • Heterogene Stichprobe (bzgl. Alter, ethnischer Hintergrund) <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Auswahlkriterien • k. A. zu Datensättigung 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Atmosphäre • Informierte Zustimmung • Offene Fragestellung im Leitfaden <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer • eingeschränkte Freiwilligkeit? 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden beschrieben und angemessen <p>Negativ:</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüssige Ergebnisse <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Kontrollmaßnahmen (Member-Check, ext. Audit, Zweitauswerter)
<p>McCreight (2008)</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragestellung un-deutlich • k. A. zu Tradition 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße >10 • Ausnahmefälle werden kurz dargestellt <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Auswahlkriterien • Keine demografischen Angaben außer Alter • k. A. zu Datensättigung 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vertraute Atmosphäre, Vertrauensbildung • Informierte Zustimmung, Anonymisierung <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offen formulierte Eingangsfrage/ Aufforderung zum Erzählen <p>Negativ:</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Datenkontrolle: Triangulation • Kontrollmaßnahmen: Teilnahme an Selbsthilfegruppen • Gespräche mit Klinikpersonal <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur ungenügend • Kategorisierung unlogisch • Ausnahmen nehmen zu viel Raum ein • Ergebnisse der Kontrollmaßnahmen nicht dargestellt
<p>Rowlands & Lee (2010)</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragestellung un-deutlich • k. A. zu Tradition 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datensättigung <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße <10 • Keine Auswahlkriterien • Kontaktaufnahme über Universitätsrundbrief → Homogene Stichprobe bzgl. Alter (37-42), Bildungsstand 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensbildung (Interview durch eine Frau) • Freiwillige Teilnahme <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer • k. A. zu Setting 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden beschrieben und angemessen <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine der Fragen ist nicht offen formuliert (Ja/Nein-Frage) 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüssige Ergebnisse • Ausnahmefälle als solche berücksichtigt • Prüfung der Ergebnisse durch Zweitautorin <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur z.T. unübersichtlich • Kein Member-Check/Audit

<p>Abboud & Liamputtong (2003 & 2005)</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Phänomenologischer Tradition und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragestellung undeutlich 	<p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße < 10 • Keine Auswahlkriterien • Schneeballverfahren → Homogene Stichprobe bzgl. Herkunft (mittlerer Osten) • k. A. zu Datensättigung 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Atmosphäre • Informierte Zustimmung <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptthemen angemessen <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Leitfaden aufgeführt 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur übersichtlich <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf Einzelfälle • keine Kontrollmaßnahmen (Member-Check, ext. Audit, Zweitauswerter)
<p>Gerber-Epstein et al. (2009)</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage und Design <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Tradition 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße > 10 • Mehrere Formen der Kontaktaufnahme (Werbung, persönlich, Schneeballverfahren) • Einschlusskriterien ethisch begründet <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Auswahlkriterien • Homogene Stichprobe bzgl. Alter (25-35 Jahre), Familienstand (verheiratet, Kind oder schwanger) • k. A. zu Datensättigung 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Atmosphäre • Informierte Zustimmung • Aktives Interview (→ Vermeidung von Suggestivfragen) <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer • keine Transkription, Interviewnotizen mit Tonbandaufnahme ergänzt 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptthemen angemessen <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Leitfaden aufgeführt 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur übersichtlich • Schlüssige Ergebnisse <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Kontrollmaßnahmen (Member-check, ext. Audit, Zweitauswerter)
<p>Da Fonseca et al. (2011)</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passung von Frage, Design und Tradition <p>Negativ:</p>	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße > 10 <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Auswahlkriterien • k. A. demografischer Merkmale (außer Alter) • k. A. zu Datensättigung 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertraute Atmosphäre • Informierte Zustimmung und Anonymisierung • Kontrollmaßnahme: Befragung von Krankenschwestern <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k. A. zu Interviewer • k. A. zu Interviewdauer 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden beschrieben und angemessen 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlüssige Ergebnisse <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur unübersichtlich • keine Kontrollmaßnahmen (Member-check, ext. Audit, Zweitauswerter)

Tabelle 4: Bewertung der Studien

2.4.1. **Passung von Forschungsfrage, -tradition und –design**

Alle Studien führen als Forschungsfrage oder –thema eine offen formulierte Fragestellung an. Dies ist unabdinglich, damit die Fragestellung mit dem qualitativen Design, welches ebenfalls in allen Studien verwendet wurde, übereinstimmt.

Allerdings ist die Forschungsfrage in vier Studien sehr undeutlich formuliert oder es gibt mehrfache ungleiche Angaben zum Ziel der Studie. Dies ist als mangelhaft zu bewerten.

Wie in der Beschreibung der Studien bereits aufgeführt, haben bei allen Studien Einzelinterviews mit den Betroffenen stattgefunden.

In der Studie von Murphy & Merrell (2009) kamen zudem die Methode der Teilnehmenden Beobachtung sowie die Dokumentenanalyse zum Einsatz. Die Teilnehmende Beobachtung ist ein wesentliches Merkmal der Ethnografie, welche in diesem Fall als Forschungstradition angegeben wird. Die Forschungstradition der Ethnografie ist für die Fragestellung nach dem Erleben von Betroffenen eher ungewöhnlich. In diesem Fall wurden jedoch anhand verschiedener Methoden die Erfahrungen von Frauen mit Fehlgeburt auf einer gynäkologischen Station erfasst. Man könnte gewissermaßen von der „Kultur“ oder den gewöhnlichen Abläufen der gynäkologischen Station und deren Bedeutung für die Frauen sprechen. Auf diesem Hintergrund erscheint die ethnologische Tradition nicht ungeeignet.

Bei Abboud & Liamputtong (2003; 2005) wird die Phänomenologie als Forschungstradition angegeben. Die phänomenologische Tradition gilt als „erste Wahl“ für qualitative Designs und passend zu der Frage nach dem Erleben und Verstehen von „Phänomenen“, also bestimmten Ereignissen wie etwa einer Fehlgeburt. Der Verweis auf diese geeignete Forschungstradition ist somit positiv zu bewerten.

Da Fonseca et al. (2011) geben eine besondere Form der Phänomenologie, die „soziale Phänomenologie nach Alfred Schütz“ als der Forschung zugrunde liegende Tradition an. Schütz entwickelte die `Theorie der Lebenswelt`, ein soziologischer Ansatz der Phänomenologie. Vermutlich wurde diese Tradition gewählt, weil die Forschungsfrage auf den Unterschied von privaten und öffentlichen Einrichtungen eingeht. In diesem Zusammenhang erscheint die Forschungstradition geeignet, da das Individuum als eingebettet in seinen sozialen Strukturen betrachtet wird.

Der Großteil der Studien nennt keine Forschungstradition. Dies stellt jedoch bei einer sonst qualitativ hochwertigen Durchführung und Auswertung der Studie und ihrer Ergebnisse keinen großen Mangel dar.

2.4.2. Qualität der Stichprobe

Im Folgenden wird die Qualität der Stichproben, in Bezug auf Stichprobengröße, Datensättigung, Auswahlverfahren und –kriterien, sowie die Merkmalsverteilung der Stichproben, diskutiert.

Stichprobengröße und Datensättigung

Sechs der neun Studien weisen eine Stichprobengröße über zehn Personen auf, was bei qualitativen Studien bereits als repräsentative Größe gilt. Wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Stichprobengröße ist die sogenannte Datensättigung. Wird diese erreicht, wiederholen sich die Aussagen der TeilnehmerInnen und weitere Interviews liefern keine neuen Ergebnisse. Wong et al. (2003) beschreiben, dass bei ihrer Studie eine Datensättigung erreicht wurde. Die anderen fünf Studien mit einer Stichprobengröße >10 Personen machen keine Angaben zur Datensättigung.

Rowlands & Lee (2010) befassten sich zwar mit einer Stichprobe von nur neun Personen, allerdings begründen sie diese Größe mit der bereits vorhandenen Datensättigung. Die Stichprobengröße kann in diesem Fall somit als ausreichend bewertet werden.

Bei Abboud & Liamputtong (2003; 2005) sowie bei Murphy & Merrell (2009) sind die Stichproben mit sechs bzw. acht Personen und den fehlenden Angaben zur Datensättigung als zu klein zu betrachten. Bei einer zu kleinen Stichprobe können Ausnahmefälle zu sehr in den Vordergrund treten und wichtige Ergebnisse ´unter den Tisch fallen´. Dies beeinträchtigt die Qualität der Stichprobe erheblich.

Auswahlverfahren und Merkmalsverteilung

Fast alle Studien nahmen ihre Teilnehmerinnen ohne gesondertes Auswahlverfahren als „Gelegenheitsstichprobe“ auf. Je nach daraus resultierender Zusammensetzung der Stichprobe kann dies zu einem Selektionsbias führen. Eine homogene Stichprobe senkt die Repräsentativität der Studie. So etwa bei Murphy & Merrell (2009) und Rowlands & Lee (2010); hier wurden nur Frauen mit hohem Bildungsniveau interviewt. Bei Rowlands & Lee (2010) erklärt sich dies mit der Teilnehmerrekrutierung mittels eines Universitätsrundbriefes.

Auch die Studien bei denen das so genannte Schneeballverfahren zum Einsatz kam zeigen gewisse demografische Homogenität.

So sind bei Abboud & Liamputtong (2003; 2005) bis auf eine Ausnahme nur Frauen aus dem mittleren Osten befragt worden. Bei Gerber-Epstein et al. (2009) zeigte sich die Stichprobe sehr homogen in Bezug auf Alter und Familienstand, wobei dies auch auf die Einschlusskri-

terien der Studie zurückzuführen ist.

Bei Frost et al. (2007), McCreight (2008) und DaFonseca et al. (2011) werden neben dem Alter der Teilnehmerinnen keine demografischen Merkmale aufgeführt.

Ein gewisser Selektionsbias ist somit nicht auszuschließen.

Lediglich bei Wong et al. (2003) findet sich ein gezieltes Auswahlverfahren, das sog. `Theoretical Sampling`. Bei diesem Verfahren werden zunächst einige ähnlich anmutende `Fälle` für Tiefeninterviews ausgewählt, anschließend werden gezielt TeilnehmerInnen befragt, welche möglicherweise gegensätzliche Sichtweisen auf die Thematik haben. Die Aufnahme von Teilnehmerinnen in die Studie endet mit Erreichen der Datensättigung (vgl. Wong et al., 2003, 698). Dieses Verfahren ist aufgrund der daraus erwachsenden umfangreichen und gezielten Datensammlung als qualitativ hochwertig zu betrachten. Weiterhin zeigt sich die Stichprobe bei Wong et al. (2003) in Bezug auf verschiedene demografische Merkmale breit gefächert. Dies spricht für eine gute Repräsentativität der Studie.

Beim Großteil der Studien ist aufgrund der Homogenität der Stichprobe oder mangelnden demografischen Angaben eine Einschränkung der Repräsentativität der Studie jedoch nicht auszuschließen.

2.4.3. Qualität der Datensammlung

Vertrauensförderung und ethische Aspekte (Freiwilligkeit, Anonymisierung)

Die Datensammlung erfolgte in allen Fällen im Einzelinterview. Die Interviews wurden, soweit angegeben, im zu Hause der Betroffenen durchgeführt. Dies ist positiv zu bewerten. Man geht davon aus, dass die Studienteilnehmerinnen in ihrer vertrauten Umgebung eher bereit sind über persönliche Erfahrungen zu berichten und die Interviews damit mehr Tiefe bekommen. Bei McCreight (2008) war die Interviewerin den Teilnehmerinnen bereits durch den Besuch der Selbsthilfegruppen bekannt, was als Maßnahme der Vertrauensbildung positiv zu werten ist.

Sieben von neun Studien geben an, dass die Teilnahme freiwillig auf Grundlage von informierter Zustimmung erfolgte. Drei dieser Studien weisen zudem explizit auf eine Anonymisierung der Daten vor der Auswertung hin. Diese Aspekte sind relevante Merkmale dafür, dass auf die ethischen Rechte der Teilnehmenden Rücksicht genommen worden ist. Nur auf der Basis von freiwilliger Teilnahme kann man eine vertrauensvolle, offene Gesprächsatmosphäre gewährleisten. Dies sind somit wichtige qualitative Aspekte von Studien.

Bei Wong et al. (2003) werden keine Angaben zur Aufklärung und Zustimmung der Teilnehmer sowie der Anonymisierung der Daten gemacht, was als Mangel zu bewerten ist.

In der Studie von Maker & Ogden (2003) war der Interviewer bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung anwesend und führte anschließend ein Erstgespräch. Auch wenn die Anwesenheit auf der Grundlage informierter Zustimmung erfolgte, erscheint dieser Tatbestand ethisch bedenklich im Sinne eines Eingriffs in die Privatsphäre der Betroffenen und ist kritisch zu bewerten. Andererseits ist es möglich, dass dadurch bereits ein tiefes Vertrauen zum Interviewer aufgebaut wird, was wiederum positiv für die Qualität des Interviews wäre.

Vermeidung von Beeinflussung

Um eine Beeinflussung der Teilnehmerinnen durch die Interviewsituation auszuschließen, ist neben der Vertrauensbildung das Vermeiden von Suggestivfragen einer der wichtigsten Aspekte. Sind die Interviewer geschult lassen sich Suggestivfragen ehestmöglich ausschließen. Ein Hinweis auf die Schulung der Interviewer findet sich bei den verwendeten Studien jedoch nur im Falle von Wong et al. (2003) und Frost et al. (2007), wobei Frost et al. (2007) bei der Schulung mehr Wert auf die Einfühlsamkeit und Psychohygiene der Interviewer als auf die Vermeidung von Suggestivfragen legten.

Gerade in Ermangelung eines Leitfadens ist es somit in den meisten Fällen nicht möglich, eine Beeinflussung der Teilnehmer durch die Art der Fragestellungen auszuschließen. Ein Leitfaden findet sich nur in drei der neun Studien, worauf später noch näher eingegangen wird.

Bei Frost et al. (2007) wird beschrieben, dass in einigen Fällen die Partner der Betroffenen einen Teil des Interviews mit anwesend waren. Dies ist auf das Setting der Interviews zu Hause zurückzuführen. Es wird betont, dass das Erleben der Frau im Fokus des Interviews stand. Eine Beeinflussung des Gesprächsverlaufs durch die Anwesenheit des Partners ist jedoch zu vermuten. Fraglich ist, ob dadurch die Ergebnis**qualität** beeinträchtigt wurde.

Datensicherung

Die Datensicherung der Interviews erfolgte in allen Fällen durch Tonbandaufnahme. In den meisten Fällen wird eine anschließende Transkription der Aufzeichnungen beschrieben. Bei Gerber-Epstein et al. (2009) wurden Interviewnotizen gemacht, welche mittels der Aufnahme ergänzt wurden. Die vorrangige Datensicherung anhand von Notizen ist kritisch zu beleuchten, da bereits während des Interviews Daten selektiert werden. Eine Transkription der Aufnahme hingegen stellt das Interview in vollem Umfang dar. Es ist beinahe auszuschließen, dass hierbei Informationen verloren gehen.

Kontrolle der Datensammlung

In fünf Studien wurden neben den Interviews mit den Betroffenen auch Interviews mit Klinikpersonal (teilweise in Fokusgruppen) durchgeführt. Allerdings werden die Ergebnisse dieser Interviews nicht mit den Aussagen der Betroffenen verglichen, sondern dienen vielmehr als Ergänzung in der Darstellung der Ergebnisse und Diskussion. Diese zusätzlichen Daten sind somit nicht als Kontrollmaßnahmen im eigentlichen Sinne zu bewerten.

Bei Murphy & Merrell (2009) wird die Dokumentenanalyse als zusätzlicher Teil der Datensammlung genannt. In der späteren Ergebniszusammenfassung wird davon jedoch nichts mehr erwähnt. Somit ist auch dieser ´ Arm der Triangulation ´ vom Leser nicht als nachvollziehbare Kontrollmaßnahme einzuschätzen.

2.4.4. Qualität des Leitfadens

Der Leitfaden bestimmt den Verlauf und die Themen des Interviews. Der Leitfaden sollte so verfasst sein, dass die Forschenden Antworten auf die Forschungsfrage bekommen, ohne die Teilnehmenden in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen.

Maker & Ogden (2003), Rowlands & Lee (2010) sowie DaFonseca et al. (2011) beschreiben in ihren Studien den verwendeten Leitfaden. Die aufgeführten „Leitfragen“ sind bis auf eine Ausnahme offen formuliert und stimmen in der Thematik mit der Forschungsfrage überein. Das Offenlegen des Leitfadens, die offenen Fragestellungen sowie die Übereinstimmung mit der Forschungsfrage sind positiv zu bewerten, der Leser kann dadurch besser nachvollziehen wie bestimmte Ergebnisse zustande gekommen sind.

In vier der weiteren Studien werden die Kernthemen der Interviews genannt. Auch dies gibt dem Leser die Möglichkeit die Ergebnisse auf die Themen des Interviews zurückführen zu können. Allerdings können hierbei Suggestivfragen nicht ausgeschlossen werden und es ist zu vermuten, dass die Fragen in den einzelnen Interviews unterschiedlich formuliert worden sind. Bei Murphy & Merrell (2009) sind die Kernthemen wenig differenziert dargestellt, was als mangelhaft bewertet werden kann.

McCreight (2008) verwendete in ihrer Studie keinen Leitfaden. Das Interview begann mit der Aufforderung, von den Ereignissen rund um den Verlust der Schwangerschaft zu erzählen. Dieses Vorgehen ist bei einer qualitativen Studie zwar nicht negativ zu bewerten, bewirkt jedoch ein sehr weitläufiges Spektrum an möglichen Themen, ohne dass diese bei allen Teilnehmenden gleichermaßen berücksichtigt würden. Dies kann sich auf die Studienergebnisse auswirken.

Alles in allem sind die Themen der Interviews passend gewählt, um die jeweilige Forschungsfrage zu beantworten.

2.4.5. Qualität der Auswertung

Struktur und Nachvollziehbarkeit der Resultate

Obleich in qualitativen Studien nicht unüblich, wurde in den berücksichtigten Studien in keinem Fall eine grafische oder tabellarische Übersicht der Ergebnisse gegeben. Dies ist negativ zu bewerten. In allen Fällen wurden die Ergebnisse in Themen und zum Teil in Unterthemen kategorisiert.

Bei DaFonseca et al. (2011) wurden zwar Themen genannt, die Ergebnisse aber nicht nach Themen geordnet dargestellt. Dadurch wird die Ergebnisdarstellung unübersichtlich, was die Verständlichkeit der Studie einschränkt.

McCreight (2008) und Rowlands & Lee (2010) beschreiben die Ergebnisse nach Themen geordnet, jedoch wäre eine weitere Einordnung in Unterthemen wünschenswert gewesen, da jeweils zu viele verschiedene Aspekte in ein Thema gepackt worden sind. Dies erschwert die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit der Studien.

Die Ergebnisse wurden für sieben der neun Studien als nachvollziehbar und schlüssig bewertet. Mängel finden sich bei Abboud & Liamputtong (2003) sowie bei McCreight (2008). Die Ergebnisse stellen hier zum Großteil Einzelerfahrungen oder Ausnahmefälle dar. Die Repräsentativität dieser Ergebnisse ist in Frage zu stellen.

Verzerrung der Interpretation

Um eine Verzerrung der Interpretation durch die Subjektivität der Forscher zu vermeiden, sind verschiedene Formen von Kontrollmaßnahmen möglich.

In den meisten der dargestellten Studien werden KEINE Kontrollmaßnahmen beschrieben, was als deutlicher Mangel zu bewerten ist.

In den Studien von Wong et al. (2003) und Frost et al. (2007) kam der sogenannte „Member Check“ zum Einsatz. Hierbei prüfen die StudienteilnehmerInnen, ob sie sich in den Ergebnissen wiederfinden und diese bestätigen können. Der Einsatz dieser Kontrollmaßnahme erhöht die Glaubwürdigkeit der vorliegenden Ergebnisse. Allerdings wurden die Ergebnisse dieses Member-Checks in beiden Studien nicht näher dargestellt.

Bei Wong et al. (2003) wurde vor dem Member Check die Kodierung der Ergebnisse mit bisher nicht an der Datensammlung und –analyse beteiligten Forschenden diskutiert. An-

schließlich an den Member Check wurden die Themen in Fokusgruppen mit Angehörigen des Gesundheitspersonals diskutiert.

Eine Verzerrung der Interpretation der Ergebnisse ist bei Wong et al. (2003) somit weitgehend auszuschließen.

Auch bei Frost et al. (2007) wurden die Ergebnisse weiterhin in Fokusgruppen mit Klinikpersonal diskutiert. Der Einsatz von zweierlei Kontrollmaßnahmen reduziert die Wahrscheinlichkeit einer Verzerrung der Interpretation und ist positiv zu werten.

Bei Rowlands & Lee (2010) wurden die Ergebnisse nach der Analyse durch die Interviewerin mit der Zweitautorin diskutiert. Auch diese Maßnahme bewirkt eine gewisse Reduktion der möglichen Verzerrung der Interpretation.

2.4.6. Bemerkung zu den Ergebnissen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse in Bezug auf ihre Glaubwürdigkeit diskutiert. Dabei wird auf die Ordnung der Ergebnisse in Tabelle 3 zurückgegriffen.

2.4.6.1. Vor der Diagnose:

Vier der neun Studien machen Angaben zu der Zeit der Schwangerschaft vor der Diagnose der Fehlgeburt. In drei dieser Studien wurde im Interviewleitfaden die Zeit vor der Fehlgeburt bzw. das Realisieren der Fehlgeburt berücksichtigt. Die Studien, welche keine Aussagen darüber machen, führten das Thema nicht im Leitfaden auf. Abboud & Liamputtong (2003,2005) fragten zwar nicht dezidiert nach der Zeit vor der Fehlgeburt, dennoch kam das Thema von Seiten der Betroffenen auf.

Mangelndes Wissen über Fehlgeburten vor dem Zeitpunkt des persönlichen Erlebens wird in drei Studien aus verschiedenen Ländern beschrieben. Dieses Phänomen ist in Zusammenhang zu sehen mit der Emotionalen Reaktion „Schock“, welche zum Ausdruck bringt, dass das Ereignis unerwartet eintritt. Auch das Ignorieren von Anzeichen steht in enger Verbindung mit mangelndem Wissen oder Realisieren dessen was passiert. Man kann davon ausgehen, dass in der Allgemeinheit der Bevölkerung ein Wissensmangel zu dem Thema herrscht. Allerdings stellt sich die Frage, wie bei allen anderen Ergebnissen, ob sich der Status quo eins zu eins auf Österreich oder die deutschsprachigen Länder im Allgemeinen übertragen lässt.

Die Gefühle, welche in Bezug auf die Schwangerschaft beschrieben werden, hängen davon ab, ob die Schwangerschaft geplant oder ungeplant war. Die Studienteilnehmerinnen bei

Gerber-Epstein et al. (2009) waren alle geplant schwanger geworden und zeigten dementsprechend vielfache positive Gefühle und Gedanken. Man kann davon ausgehen, dass dies bei einer geplanten ersten Schwangerschaft grundsätzlich der Fall ist, ebenso wie eine ungeplante Schwangerschaft vermutlich ein Gefühl der „Überraschung“, wie bei Abboud & Li-amputtong (2003) beschrieben, hervorruft.

Unklar ist, weshalb bei Frost et al. (2007) trotz der Aufführung des Themas „Gefühle vor (und nach) der Fehlgeburt“, keine Angaben zu diesem Thema gemacht werden. Möglicherweise ist dies auf das Nicht-Vorhandensein eines einheitlichen Leitfadens oder aber auf die Selektion und Kategorisierung der Ergebnisse durch die Auswertenden zurückzuführen.

2.4.6.2. Nach der Diagnose

Emotionale Reaktion

Acht von neun Studien machen Aussagen zur Emotionalen Reaktion auf die Fehlgeburt, wobei Rowlands & Lee (2010) nur einen Punkt aufführen. Die Forschungsfrage bezieht sich hier auf die erfahrene Unterstützung und Hindernisse in Bezug auf die Fehlgeburt und nicht auf das Erleben der Fehlgeburt als solche. Es überrascht, dass Frost et al. (2007) zu diesem Thema keine Aussagen treffen, obwohl, wie bereits beschrieben, das Thema „Gefühle (vor und) nach der Fehlgeburt“ als eines der Hauptthemen der Interviews aufgeführt wird. Vermutlich wurden die Ergebnisse diesbezüglich unter der Kategorie „Kognitive Reaktion“ eingeordnet.

Emotionen wie Erleichterung oder Gleichgültigkeit finden sich nur bei Maker & Ogden (2003) und beziehen sich auf die Aussagen von Frauen, die ungewollt schwanger geworden waren. Unklar ist, warum nur bei Maker & Ogden (2003) Frauen teilgenommen haben, die ungewollt schwanger geworden waren. Aus den Aussagen dieser einzelnen Studie lässt sich nicht klären, ob Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind, eher häufig oder selten diese Emotionen der Gleichgültigkeit oder Erleichterung zeigen.

Die anderen aufgeführten Emotionen (Schock, Trauer und Schmerz, Einsamkeit, Wut) werden mehrfach genannt und können somit als typische Reaktionen auf eine Fehlgeburt beurteilt werden.

Kognitive Reaktion

Unter dieser Kategorie führen acht der neun Studien Überlegungen der Betroffenen auf. Die Forschungsfrage von Rowlands & Lee (2010) umfasst nicht das Erleben und die Reakti-

on der Betroffenen in ihrer Forschungsfrage, womit sich das Fehlen an Ergebnissen erklären lässt.

Die Aussagen zur Kognitiven Reaktion beschränkten sich in den Studien von Murphy & Merrell (2009), Abboud & Liamputtong (2003, 2005) sowie Gerber-Epstein et al. (2009) auf ein bis zwei Inhalte. Die Verteilung dieser Ergebnisse ist nicht erklärbar.

Die Frage nach dem `Warum?` in Zusammenhang mit der Schuldfrage wird mehrfach genannt und ist somit als glaubwürdiges, repräsentatives Ergebnis einzustufen. Eine Ermangelung des Themas „Schuld“ bei Gerber-Epstein et al. (2009) ist möglicherweise auf die kulturellen und gesellschaftlichen Verhältnisse in Israel zurückzuführen.

Auffällig ist, dass die Angabe zur Suche nach medizinischen Gründen ausschließlich in vier Studien aus Großbritannien eine Rolle spielt, die sich mit den Leitfäden nicht erklären lässt. Somit ist ein Zusammenhang zwischen dem Suchen nach medizinischen Ursachen für die Fehlgeburt und der „westlichen“ Kultur zu vermuten.

Die Punkte „Schicksal“, „Sinnfrage“, „Neues Bewusstsein“ und „den Verlust definieren“ werden jeweils in zwei bis drei Studien thematisiert. Bei Frost et al. (2007) wurden dabei zu allen Bereichen Aussagen getroffen. Dies kann auf die große Teilnehmerzahl und den stark philosophisch-soziologischen Ansatz der Forschenden zurückzuführen sein.

Das Aufkommen dieser Themen bei Maker & Ogden (2003) sowie bei McCreight (2008) lässt sich nicht anhand der Forschungsfragen oder Interviewleitfäden erklären.

Gerber-Epstein et al. (2009) fragten spezifisch nach der Bedeutung des Verlustes für die Betroffenen.

Es wird nicht deutlich, wie verbreitet die „schicksalhaften Erklärungen“ der Betroffenen oder die „Suche nach Sinn“ im Allgemeinen nach einer Fehlgeburt sind. Das neue Bewusstsein über die `mangelnde Kontrolle` oder das `Passieren schlimmer Dinge` setzt voraus, dass die Frauen zuvor in einer anderen Haltung gelebt haben und ist vermutlich von der eigenen Biografie und Persönlichkeit abhängig. Die Bedeutung des Verlustes wird in den Studien eindeutig von den Frauen unterschiedlich definiert. Die einen sprechen von dem Kind oder Baby und finden es herablassend, wenn z.B. medizinische Fachausdrücke für die Fehlgeburt verwendet werden, andere Frauen bezeichnen den Verlust nicht als Verlust eines Kindes sondern den Verlust einer möglichen Mutterschaftserfahrung. Das Vorhandensein verschiedenartiger Definitionen und Bedeutungen dessen, was geschehen ist, lässt sich vermutlich auf die Frauen im Allgemeinen übertragen.

Die Definition der Fehlgeburt als ‚Probelauf‘ ist dabei eine einmalige Aussage einer Teilnehmerin bei Frost et al. (2007) und tendenziell als Ausnahmefall zu werten.

Erfahrung im Krankenhaus

In allen neun Studien wird zumindest eine Aussage zum Thema Erfahrungen im Krankenhaus getroffen.

Nur wenige Ergebnisse in dieser Kategorie finden sich bei Murphy & Merrell (2009) sowie bei Maker & Ogden (2003) und Gerber-Epstein et al. (2009). Dies verwundert etwas, gehen Murphy & Merrell (2009) doch bei ihrer Fragestellung gesondert auf das Erleben im Krankenhaus ein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in der Studie von Murphy & Merrell (2009) auch Krankenpflegepersonal interviewt wurde, und vorwiegend Aussagen dieser Teilnehmergruppe verwendet wurden um die Situation vor Ort zu beschreiben. Maker & Ogden (2003) führen im Interviewleitfaden „Vorschläge für eine bessere Behandlung“ auf, allerdings finden sich hierzu keine Ergebnisse. Entweder die Frauen in diesem Setting waren mit ihrer Behandlung sehr zufrieden gewesen, oder die Ergebnisse wurden von den Forschenden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Gerber-Epstein et al. (2009) führten lediglich Ergebnisse in Bezug auf das Erleben der OP an. Auch wenn nicht ausdrücklich beschrieben lässt die Studie jedoch vermuten, dass in Israel eine ambulante Kürettage nach einer Fehlgeburt die Standardbehandlung darstellt. Damit beschränkt sich die Erfahrung im Krankenhaus auf den Warteraum und die Operation als solche.

Die weiteren fünf Studien führten in den Kernthemen der Interviews die Unterstützung, Behandlung oder Versorgung durch das Personal auf.

Bagatellisierung und medizinische Sprache

Mehrfach genannt werden die empfundene Bagatellisierung der Fehlgeburt und die Entrüstung über die medizinischen Begriffe für die Fehlgeburt. Hierbei ist im einzelnen Fall zu berücksichtigen, dass es sich um englische Begriffe handelt. Dennoch ist zu vermuten, dass auch im deutschsprachigen Raum von Frauen nach Fehlgeburt die Verwendung von Fachbegriffen als unpassend empfunden wird.

Bei Wong et al. (2003) beschrieb eine Teilnehmerin, wie sie eben diese Fachsprache als erleichternd empfand, weil man nicht vom „Baby“ gesprochen hatte. Dies scheint in der Ergebniszusammenfassung eher eine Ausnahme zu bedeuten. Im Zusammenhang mit der Definition des Verlustes als `noch-kein-Baby` ist dies jedoch ein wichtiger Hinweis, dass nicht jede Frau eine Bezeichnung des Verlustes als `Baby` oder `Kind` wünscht.

Unerfüllte Bedürfnisse

Der Wunsch nach mehr oder einheitlicher Information und Aufklärung über den Prozess wird in vier Studien thematisiert. Hier scheint in verschiedenen Ländern und Institutionen immer wieder ein Mangel vorzuliegen. Man kann davon ausgehen, dass der Informationsfluss stark vom jeweiligen Personal oder der spezifischen Institution abhängig ist. So findet sich unter dem Punkt „Positive Erlebnisse“ etwa auch ein Hinweis darauf, wie hilfreich die `passende Information zum richtigen Zeitpunkt` empfunden wird.

Der Wunsch nach mehr Untersuchungen steht in engem Zusammenhang mit der in der Kategorie „Kognitive Reaktion“ dargestellten Suche nach Ursachen. Auch in diesem Fall wird der Wunsch nach Ursachenforschung in drei Studien mit überwiegend `westlichen` Teilnehmerinnen aus Großbritannien, bzw. Australien aufgeführt. Insbesondere scheint das Bedürfnis nach Ursachenforschung zudem bei wiederholter Fehlgeburt vorzuliegen.

In vier Studien nannten Frauen den Wunsch nach der Sorge um ihr emotionales Wohl. Dies zeigt, dass Frauen nach einer Fehlgeburt einer verständnisvollen und auch im emotionalen Bereich unterstützenden Behandlung bedürfen. Dies ist nachvollziehbar in einer emotional derart aufwühlenden Situation. Das Erleben dieses Verständnisses und das Befassen mit den Gefühlen der Frau wurden von den Studienteilnehmerinnen unter den positiven Erlebnissen mit dem Klinikpersonal aufgeführt. Der Wunsch nach empathischer, fürsorglicher Betreuung ist somit als repräsentatives Ergebnis zu werten.

Das Bedürfnis nach fachkompetenter Nachsorge wird in zwei Studien genannt. Unklar ist, ob in den anderen Settings diese Nachsorge bereits erfolgt, oder ob das Aufkommen dieser Thematik lediglich in Zusammenhang mit den Interviewleitfäden von Wong et al. (2003) und Abboud & Liamputtong (2003,2005) steht.

Unpassende Umgebung

Kritik an der Institution wurde in zwei Studien von den Teilnehmerinnen geübt. Interessant hierbei ist, dass beide Studien in Australien durchgeführt wurden. Dennoch ist z.B. die `sechsköpfige Visite` welche in der Studie von Abboud & Liamputtong (2005) kritisiert wurde, in Österreich nicht unüblich. Auch das Warten auf einen Ultraschall in einer Ambulanz, wo viele Schwangere eine Untersuchung haben, ist vermutlich im Mitteleuropäischen Raum nicht ausgeschlossen. Obwohl diese Aussagen nachvollziehbar sind, handelt es sich um Einzelwertungen der dargestellten Umstände. Es ist somit nicht eindeutig, ob Frauen diese Situationen im Allgemeinen negativ bewerten.

Erleben der Operation

Das Erleben der Operation wird in drei Studien thematisiert. Allerdings gehen Frost et al. (2007) dabei mehr auf Überlegungen in Bezug auf die Operation ein.

Die Einschätzung der OP als unnatürliche Beendigung des Lebens, der Wunsch nach einer schnellen OP und die widersprüchlichen Gefühle in Bezug auf die Operation, sowie die Angst vor möglichen Folgeschäden waren einzelne Ergebnisse von Studien. Dennoch sind diese Aussagen möglicherweise auch auf österreichische Frauen in derselben Situation übertragbar.

Bei Gerber-Epstein et al. (2009) wird die Operation als sehr negatives Erlebnis geschildert. Allerdings lässt sich hier die Frage in den Raum stellen, inwiefern dieser Zustand auf andere Länder und Settings zutrifft.

Eine der Forschungsfragen von Da Fonseca et al. (2011) bezieht sich auf Unterschiede zwischen privaten und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Hier ist die spezifische Situation vor Ort zu berücksichtigen, in welcher die Operation in einer privaten Einrichtung als positiv im Gegensatz zu einer Operation in einer öffentlichen Einrichtung beschrieben wird.

2.4.6.3. Bewältigungsphase

In der Ergebniskategorie „Nachphase“ weisen sieben der neun Studien Ergebnisse auf. Keine Ergebnisse finden sich in den Studien von Da Fonseca et al. (2011) und McCreight (2008). Da Fonseca et al. (2011) richteten die Themen der Interviews nicht auf das Thema Coping oder Unterstützung im Umfeld aus, außerdem wurden die Frauen in dieser Studie innerhalb von zwei Monaten nach der Fehlgeburt untersucht, und befanden sich somit aktuell noch in der „Nachphase“. Dies erklärt die fehlenden Ergebnisse in dieser Kategorie.

In der Studie von McCreight (2008) wurde kein Leitfaden verwendet. Die Frage nach der Beerdigungsgestaltung ist zwar Teil der Forschungsfrage, jedoch wurden hierzu keine Ergebnisse bzgl. Aussagen Betroffener aufgeführt.

Von Murphy & Merrell (2009) finden sich nur wenige Aussagen zur Nachphase. Möglicherweise ist dies auf den Fokus der Forschungsfrage auf das Erleben im Krankenhaus (= Akutphase) zurückzuführen.

Coping

Unter der Kategorie Nachphase – Coping werden verschiedene Umgangsweisen mit der Trauer aufgezeigt. Als häufigste „Coping-Strategie“ wird das Gespräch genannt, was somit ein repräsentatives Ergebnis darstellt.

Der Vergleich mit anderen Menschen oder Situationen wird nur in zwei Studien als Umgang mit der Trauer aufgeführt. Die Studien, welche diese Ergebnisse, sowie die Strategie der „Ablenkung“ ausführten, fragten alle laut Leitfaden direkt nach der Bewältigung oder dem Umgang mit der Situation.

Wie weit sich diese Ergebnisse mit den Erfahrungen anderer Frauen decken ist nicht abschließend zu klären, allerdings scheint es eine Tendenz zu geben, die eigene Not durch soziale Vergleiche anders einzuordnen.

Das Suchen nach Ablenkung ist vermutlich ein häufiger auftretendes Phänomen, es wurde in drei Studien aus verschiedenen Ländern genannt.

In zwei Studien wurden Rituale erläutert, welche die Frauen als hilfreich empfunden haben. Allerdings sind die Ergebnisse hierbei Einzelfälle. Daraus lässt sich lediglich ableiten, dass für manche Frauen äußere Zeichen und Rituale bei der Trauerbewältigung hilfreich sind.

Unterstützung

In sechs Studien werden Personen genannt, die als besonders wertvolle Unterstützung von den Frauen betrachtet worden sind.

So zeigen sich der eigene Partner, die Familie und Freunde sowie Frauen mit Fehlgeburtserfahrung als wichtigste Unterstützungsquellen in der Zeit nach der Fehlgeburt.

In zwei Fällen wurde der/die Hausarzt/Hausärztin als Bezugsperson genannt. Dies wird, wie bei den anderen Personengruppen auch, von der jeweiligen Beziehung abhängen, sowie von der Bedeutung des/der Hausarztes/Hausärztin im Gesundheitssystem des jeweiligen Landes.

Schwierigkeiten im Umfeld

Alle sieben Studien, welche die „Nachphase“ in ihren Ergebnissen ausführten, machten auch Aussagen über erlebte Schwierigkeiten im persönlichen Umfeld.

Zwei Studien berichten über die fehlende Akzeptanz der Familie, wenn die Frau keine Trauerreaktion zeigt. Die fehlende Trauerreaktion tritt eher selten, meist im Falle einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft, auf. Es ist fraglich, ob die fehlende Akzeptanz des Umfelds im Falle von Mangel an Trauer häufig auftritt und sich auf andere Gesellschaften übertragen lässt.

Manche Aussagen der Frauen waren Einzelaussagen und sind als solche, im jeweiligen kulturellen Kontext, zu werten.

Mehrfach genannt wird allerdings wiederum ein Mangel an Mitgefühl oder Unterstützung. Dies scheint jedoch sehr individuell zu sein.

Fehlgeburt als Tabuthema, über das man sich nicht zu sprechen traut, wird in drei Studien beschrieben. Dies scheint von mehreren Frauen so empfunden zu werden. Interessant ist,

dass die Studien von Abboud & Liamputtong (2003,2005) und Gerber-Epstein et al. (2009) mit Teilnehmerinnen aus dem „Nahen Osten“ hierzu keine Aussagen treffen. Dagegen wird nur in diesen Studien die Begegnung mit Schwangeren als emotional sehr aufwühlendes Erlebnis beurteilt. Dies ist möglicherweise auf die Kultur zurückzuführen, in der Mutterschaft einen anderen Stellenwert als in der westlichen Welt hat. Es könnte allerdings auch reiner Zufall sein, dass gerade diese Studien das Thema anführen.

Folgeschwangerschaft

Das Thema Folgeschwangerschaft wird in keiner Studie als Teil des Leitfadens aufgeführt. Dennoch weisen sechs der neun Studien Aussagen zum Thema auf.

Unklar ist, warum gerade bei Gerber-Epstein et al. (2009) keine Ergebnisse zu dieser Thematik vorliegen, sind doch immerhin alle Studienteilnehmerinnen dieser Studie bereits Mutter oder schwanger geworden.

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass Frauen nach einer Fehlgeburt häufig mit Gefühlen der Angst und Verwundbarkeit in die nächste Schwangerschaft gehen. Manche Frauen warteten deshalb länger damit, die Neuigkeit über die Schwangerschaft ihren Familien und Bekannten mitzuteilen. Diese Ergebnisse sind aufgrund ihrer Häufigkeit als glaubwürdig zu bewerten.

Ein Mangel an Betreuung in der Folgeschwangerschaft wurde in zwei Fällen beschrieben. Dies wird vom jeweiligen Setting bzw. vom zuständigen Gesundheitspersonal abhängen.

Die positiven Empfindungen in Bezug auf die Folgeschwangerschaft sind Einzelaussagen, die deswegen nicht unbedingt als allgemein gültige Erfahrungen betrachtet werden können.

Bewältigungsphase - weitere Aspekte:

Die Angst vor der Periode, die von einer Frau nach einer Fehlgeburt am WC berichtet wurde, ist als Einzelfall zu bewerten, trifft aber möglicherweise auf Frauen mit derselben Erfahrung zu.

Die von Gerber-Epstein et al. (2009) beschriebene Kraftlosigkeit wurde von einigen Frauen berichtet. Es ist unklar, ob sich diese Empfindung auf Frauen nach Fehlgeburt im Allgemeinen übertragen lässt. Möglich wäre auch, dass die Kraftlosigkeit umso stärker scheint, wenn die Familie, wie unter „Schwierigkeiten im Umfeld“ beschrieben, von der Frau erwartet, dass sie ‚vergisst und weitergeht‘. Diese Erwartung und das daraus resultierende Gefühl „nicht zu funktionieren“ sind möglicherweise auf den israelisch-jüdischen Kulturkreis zurückzuführen.

In zwei Studien wird von den Teilnehmenden eine verbesserte Beziehung zum Partner oder zur Mutter berichtet. Beide dieser Studien fragten nach „Gesprächspartnern“ oder „Beziehungen“ als solche. Es ist wahrscheinlich, dass auch andere Frauen diese Erfahrung machen.

Die Möglichkeit, andere zu trösten, die einen Verlust erleiden, ist eine einzelne Aussage einer Studienteilnehmerin bei Frost et al. (2007). Dennoch ist nicht auszuschließen, dass auch andere Frauen erleben, wie sie aufgrund des eigenen Erlebens besser in der Lage sind, andere zu trösten. Das unter „Unterstützung durch...“ beschriebene besondere Verständnis von Frauen, die selbst eine Fehlgeburt erlebt haben, untermauert diese Annahme.

Der Zeitaspekt wurde in mehreren Studien aufgeführt, jeweils mit unterschiedlichem Schwerpunkt. Weshalb gerade diese Studien Ergebnisse zu diesem Thema aufführen, ist unklar. Die Aussagen sind aufgrund ihrer Mehrfachnennung als repräsentativ zu werten. Sie lassen darauf schließen, dass es unterschiedlich `schlimme` Phasen in der Trauerbewältigung gibt, und dass es einige Zeit, in manchen Fällen sogar viele Jahre braucht, um den Verlust zu verarbeiten.

2.5. Einschränkungen der Arbeit

Aufgrund der sprachlichen Einschränkung bei der Studiauswahl auf deutsche und englischsprachige Studien, wurden anderssprachige Studien nicht berücksichtigt. Auch wenn zwei renommierte Suchmaschinen für die Studiensuche verwendet worden sind, kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere aktuell relevante Studien zum Thema veröffentlicht worden sind. Außerdem kann es bei der Bearbeitung der englischsprachigen Studien zu Übersetzungsfehlern gekommen sein.

Einige der Studien weisen erhebliche Mängel in Bezug auf ihre Glaubwürdigkeit auf. Im Vergleich der Studienergebnisse untereinander haben sich die Ergebnisse jedoch hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit relativ gut einstufen lassen. Das Hinzuziehen von quantitativen Studien ist in einigen Fällen empfehlenswert, um die Häufigkeit der aufgetretenen Phänomene zu evaluieren.

Die Frage nach den Coping-Strategien war kein Einschlusskriterium für die Studien. Es ist davon auszugehen, dass dieses Thema in weiteren Studien fokussiert worden ist und die Ergebnisse hierzu unvollständig sind.

3. Conclusio

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Fehlgeburt für die betroffene Frau meist unerwartet auftritt und starke Emotionen hervorruft. Die Betroffenen erleben tiefe Trauer, Schmerz und Einsamkeit, in manchen Fällen auch Wut. Eine bohrende Frage, die sich viele Frauen stellen, ist die Frage nach dem `Warum?`. Diese Frage kann von Schuldgefühlen begleitet sein und mit dem Wunsch nach körperlichen Untersuchungen einhergehen.

Die Verwendung von medizinischen Fachbegriffen um das Geschehen zu beschreiben wird von mehreren Frauen als unpassend und bagatellisierend empfunden. In dieser sehr belastenden Situation wollen die Frauen vom Klinikpersonal ernst genommen werden, und sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht mit Verständnis und Anteilnahme versorgt werden. Dabei sind die Aufklärung über den Prozess sowie Informationen zum Geschehen von Bedeutung. Manche Frauen wünschen sich auch ein Nachsorge-Angebot in welchem sie weitere Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt erfahren.

Um das Geschehen zu bewältigen, hilft den Frauen am meisten das Gespräch. Hier kann das Pflegepersonal, in Zusammenarbeit mit dem psychotherapeutischen Dienst, eine wichtige Aufgabe übernehmen. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, zu erörtern, was die Fehlgeburt für die einzelne Frau bedeutet, um auch auf sprachlicher Ebene (Benennung der Fehlgeburt) auf das Empfinden der Frau einzugehen. Hierbei ist auch die mögliche mangelnde Trauerreaktion wertfrei anzuerkennen.

In manchen Fällen trauert der Partner nicht mit, was für die betroffenen Frauen eine Belastung darstellen kann. Hier ist möglicherweise ein Gespräch mit dem Paar angebracht, damit die Partner ihre unterschiedlichen Gefühle und Empfindungen zum Ausdruck bringen können.

„Emphasize this aspect, that it's all right to mourn, know how to say it to people – perhaps it's different for each one, one may need more time and another less...The professionals must emphasize to these mothers, these women, that they're not alone, or that they're not freaks.“ (Gerber –Epstein et al., 2009, 21)

Einige Frauen berichten neben dem Bedürfnis nach Gespräch von der Bedeutung von Ritualen, um ihre Trauer auszudrücken und Erinnerungen zu schaffen. Hier spielt die Pflegeperson als Vermittlerin von Angeboten wie krankenhauses internen Gedenkgottesdiensten und Selbsthilfegruppen eine bedeutsame Rolle. Auch Informationen zur rechtlichen Lage und den jeweiligen Möglichkeiten, was Bestattung etc. betrifft, sollten rechtzeitig an die Betroffenen übermittelt werden.

In einigen Fällen berichten Frauen nach einer Fehlgeburt von Schwierigkeiten des Umfelds angemessen mit der Situation umzugehen. Gerade, wenn das soziale Netzwerk nicht die gewünschte Unterstützung bietet, ist eine fachliche, begleitende Nachbetreuung empfehlenswert. In der Erarbeitung und Ausführung eines Nachsorgeprogramms kann die Pflegefachperson eine zentrale Rolle im interdisziplinären Team spielen.

Insbesondere eine Folgeschwangerschaft nach einer Fehlgeburt ruft in den Betroffenen häufig Ängste und Unsicherheit hervor. Frauen in dieser Situation bedürfen besonders einfühlsamer Beratung und Betreuung, insbesondere wenn Komplikationen auftreten. Hier sind die zuständigen Fachärzte und betreuenden Stationen aufgefordert, eine Betreuung, welche auch die psychischen Belange umfasst, anzubieten. (14.212 Worte)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie.....	4
Tabelle 2: Beschreibung der Studien	8
Tabelle 3: Systematische Darstellung der Ergebnisse.....	16
Tabelle 4: Bewertung der Studien	31

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.....bezüglich

bzw.....beziehungsweise

et al.....und andere

FG.....Fehlgeburt

k. A.....keine Angabe

KH.....Krankenhaus

lt laut

med.....medizinisch

n.....Anzahl

SS.....Schwangerschaft

SSW....Schwangerschaftswoche

TN.....TeilnehmerInnen

x.....Hinweis in Tabelle, dass das Ergebnis in der Studie vorkommt

Literaturverzeichnis

Abboud, L.N., Liamputtong, P. (2003). Pregnancy Loss: What It Means to Women Who Miscarry and Their Partners. *Social work in health care* 36(3), 37-62

Abboud, L.N., Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 23 (1), 3-18

Da Fonseca, S.R., Merighi, M.A.B., Jesus, M.C.P. de (2011). Experience and care for spontaneous abortion: phenomenological study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 10 (2) Permalink: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011471440&site=ehost-live>

Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L., Garcia, J. (2007). The loss of possibility: scientisation of death and special case of early miscarriage. *Sociology of health and illness* 29 (7), 1003-1022

Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R., Benyamini, Y. (2009). The Experience of Miscarriage in First Pregnancy: The Women's Voices. *Death studies* (33), 1-29

Hecher, S.; Keller U; Jirka, K. Fehlgeburt. Abruf am 14.2.2014 von URL: <http://www.netdokter.at/krankheit/fehlgeburt-5567>

Hefler, L. Fehlgeburt Definition und Hintergrund. Abruf am 27.05.2014 von URL: <http://www.fehlgeburt.at/fehlgeburt.html>

Hellmer, H. (2007). Definitionen in der Geburtshilfe: Frühgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt. Abruf am 27.05.2014 von URL: <http://www.kup.at/kup/pdf/6312.pdf>

Maker, C., Ogden, . (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity?. *Psychology and Health* 18(3), 403-415

McCreight, B.S. (2008). Perinatal Loss: A Qualitative Study in Northern Ireland. *Omega (Westport)* 57 (1), 1-19

Menche, N. (Hrsg.) (2007). *Pflege heute*. München: Elsevier

Murphy, F., Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing* 18 (11), 1583-1591

Nümann-Dulke, A., Kastaun, C., Nispel, S. (2007). Pathologische Schwangerschaft. In: Heuwinkel-Otter, A. (Hrsg.), Nümann-Dulke, A. (Hrsg.), Matscheko, N. (Hrsg.). *Menschen pflegen Band 3*. Heidelberg: Springer, 796-810

Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Polit, D.F., Beck, C. T., Hungler, B.P. (2012). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Hans Huber Verlag.

Rowlands, I.J., Lee, C. (2010). `The silence was deafening`: social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28 (3), 274-286

Wong, M.K.Y., Crawford, T.J., Gask, L., Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice* 53, 697-702

Zebothsen, B., Ragosch, V. (2007). *Sternenkinder*. München: Südwest

Anhang

Ergänzender Hinweis: Reichlich Infomaterial zum Thema Selbsthilfegruppen und Rechtslage bei Bestattungswunsch in Österreich findet sich auf folgender Homepage:
<http://www.shg-regenbogen.at/>