

Unerfüllter Kinderwunsch – Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit der Frau: Eine systematische Literaturarbeit

Bachelor-Thesis

Elena Patricia Bachmann

Matrikel-Nr. 20-268-942

Sara Lingg

Matrikel-Nr. 20-269-056

Berner Fachhochschule Departement Gesundheit
Bachelor of Science Pflege, Vollzeitstudiengang 2020

Referentin

Dr. med. Ekawi Schnabel

Koreferentin

Eva Baumgartner, MScN

Luzern, 27. Juni 2023

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	5
1.1	Fragestellung	7
1.2	Zielsetzungen	7
2	Theoretischer Bezugsrahmen	8
2.1	Definition Unfruchtbarkeit	8
2.1.1	Ursachen und Risikofaktoren einer weiblichen Unfruchtbarkeit	8
2.1.2	Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunsches	9
2.2	Definition psychosoziale Gesundheit	10
2.2.1	Bio-Psycho-Soziales Modell	11
2.2.2	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	12
2.3	Stigmatisierungsansatz in der Sozialpsychologie	14
2.4	Sunrise-Modell zur transkulturellen Pflege nach M. Leininger	16
2.5	Selbstwirksamkeit	18
3	Form und Methode der Bachelor-Thesis	20
3.1	Datenbanken und Suchstrategien	20
3.2	Ein- und Ausschlusskriterien	21
3.3	Filter	22
3.4	Flussdiagramm	22
3.4.1	Ausschlussbegründung nach Überprüfung des Volltextes	23
4	Ergebnisse	24
4.1	Tabellarische Darstellung der Studien	24
4.2	Synthese der Ergebnisse	54
4.2.1	Stigmatisierung	55
4.2.2	Isolation	56
4.2.3	Auswirkungen auf die Paarbeziehung	58
4.2.4	Psychische Belastung	60
4.2.5	Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit	63
5	Diskussion	65
5.1	Qualität der Studien	65
5.2	Diskussion der Ergebnisse	67
5.2.1	Stigmatisierung	67
5.2.2	Isolation	70
5.2.3	Auswirkungen auf die Paarbeziehung	71
5.2.4	Psychische Belastung	73
5.2.5	Selbstwert und Selbstwirksamkeit	74

5.3	Stärken und Limitationen	76
5.4	Beantwortung der Fragestellung	78
6	Schlussfolgerungen	79
6.1	Empfehlungen für die Praxis	79
6.2	Empfehlungen für die Forschung	81
7	Literaturverzeichnis	83
8	Abbildungsverzeichnis	90
9	Tabellenverzeichnis	91
10	Abkürzungsverzeichnis	92
11	Anhang	93
11.1	Deutsche Version «FertiQoL» (Cardiff University, o. D.)	93
11.2	Liste der eingeschlossenen Studien	95
11.3	Liste der ausgeschlossenen Studien mit Begründung	97
11.4	Selbständigkeitserklärung Elena Patricia Bachmann	100
11.5	Selbständigkeitserklärung Sara Lingg	101

ABSTRACT

Einleitung: Unfruchtbarkeit ist ein globales Gesundheitsproblem mit steigender Prävalenz. Von Unfruchtbarkeit wird gesprochen, wenn eine Frau nach 12 Monaten regelmässigem und ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht schwanger wird. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation wurde die Prävalenz von Unfruchtbarkeit im Jahr 2022 auf 17,5% geschätzt. Die weibliche Unfruchtbarkeit geht mit zahlreichen psychischen und sozialen Folgen einher, welche Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit der Frau nehmen. Pflegefachpersonen werden im Praxisalltag häufig mit Unfruchtbarkeit konfrontiert. Es kann aufgrund fehlenden Wissens zu Überforderung und inadäquaten Verhaltensweisen kommen. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung: «Welche Auswirkungen hat die weibliche Unfruchtbarkeit auf die psychosoziale Gesundheit der Frau?»

Methode: Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Cochrane, MEDLINE über PubMed, PsycINFO, Web of Science und per Hand-suche. Mittels vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt 15 Studien einer umfassenden Analyse unterzogen. Im Fokus dieser Literaturarbeit stand das Erleben der weiblichen Unfruchtbarkeit, wodurch ausschliesslich Studien mit qualitativem oder Mixed-Methods-Design in diese Bachelor-Thesis einbezogen wurden.

Ergebnisse: Unfruchtbarkeit ging mit diversen psychischen und sozialen Auswirkungen einher, welche sich gegenseitig beeinflussten und nicht voneinander getrennt werden konnten. Folglich wurde die psychosoziale Gesundheit der Frauen beeinträchtigt. Der unerfüllte Kinderwunsch führte zu Stigmatisierung, Isolation, Auswirkungen auf die Paarbeziehung sowie zu psychischen Belastungen. Diese manifestierten sich beispielsweise durch Empfindungen von Verlust, Trauer, Angst, Schuld, Wut, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Darüber hinaus wurde eine Verringerung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit festgestellt. Die Unfruchtbarkeitserfahrungen mussten individuell betrachtet werden und waren stark von kulturellen Gegebenheiten abhängig.

Schlussfolgerung: Es ist essenziell, das Pflegepersonal durch Schulungen zu sensibilisieren und die Integration der Thematik in die Ausbildung zu fördern. Die Anwendung des Sunrise-Modells wird zur Erfassung der kulturellen Gegebenheiten empfohlen. Die fruchtbarkeitsspezifische Lebensqualität sollte mithilfe des Instruments «FertiQoL» erfasst werden. Gezielte Beratung ist erforderlich, um die Selbstwirksamkeit zu steigern und die Entwicklung von Copingstrategien zu fördern. Angesichts der begrenzten Forschungslage in der Schweiz und den umliegenden Ländern ist weitere Forschung nötig.

Keywords: *Infertility, Women, Psychosocial factors, Psychological well-being, Life experience*

1 EINLEITUNG

Im Jahr 2018 wünschten sich 61,4% der kinderlosen 20-29-jährigen Schweizerinnen und Schweizer zwei Kinder (Bundesamt für Statistik, 2019). Der Kinderwunsch und die Familienplanung hängen dabei von diversen Faktoren ab. So spielen beispielsweise die wirtschaftliche und finanzielle Sicherheit, die Stabilität der Beziehung, aber auch die Work-Life-Balance eine Rolle (pro Familia, o. D.). Bedauerlicherweise bleibt es manchen Paaren verwehrt, ihren Kinderwunsch auf natürliche Weise zu erfüllen und sie bleiben ungewollt kinderlos.

Unfruchtbarkeit beschreibt ein weltweites Gesundheitsproblem, wovon Millionen von Menschen im gebärfähigen Alter betroffen sind. Von Unfruchtbarkeit wird gesprochen, wenn eine Frau nach 12 Monaten regelmässigem und ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht schwanger wird. Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrug die Gesamtprävalenz von Unfruchtbarkeit im Jahr 2022 17,5%. Das bedeutet, dass etwa jeder sechste Mensch im Laufe seines Lebens mit Unfruchtbarkeit konfrontiert wird (World Health Organization, 2023c). In der Schweiz kann etwa jedes fünfte Paar seinen Kinderwunsch nicht erfüllen, wobei genaue Zahlen schwer zu ermitteln sind. Experten gehen von einer hohen Dunkelziffer aus (Universitätsspital Zürich, o.D.-b).

Die Unfruchtbarkeitsproblematik hat in den letzten Jahren zugenommen und erlangt eine immer grössere Präsenz (Pöttsch, o. D.). Dieser Anstieg wird unter anderem durch einen veränderten Lebensstil beeinflusst, da immer mehr Paare die Familienplanung auf eine spätere Lebensphase verschieben (Hirslanden, o. D.). Das Alter der Frau hat einen bedeutenden Einfluss auf ihre reproduktive Fähigkeit. Ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Fruchtbarkeit kontinuierlich ab, wobei ab dem 35. Lebensjahr von einem beschleunigten Rückgang ausgegangen wird (Trawick et al., 2021).

Die Ursachen für eine Unfruchtbarkeit können äusserst vielseitig sein. Rund 50% der Störungen treten im weiblichen Organismus auf. In zirka 30% aller Fälle trägt der Mann die Ursache in sich (Scholz, 2022). Die Herkunft der Unfruchtbarkeit beruht neben Störungen des Fortpflanzungssystems, auch auf Umwelt- und Lebensstilfaktoren (World Health Organization, 2023b).

Ungewollte Kinderlosigkeit kann eine erhebliche Belastung für Paare darstellen. Eine Unfruchtbarkeit hat bedeutende Auswirkungen auf die Partnerschaft, Sexualität sowie psychische Gesundheit. Auch das Sozialleben kann von einer Unfruchtbarkeit beeinflusst werden, beispielsweise durch Isolation, Vermeidung von Kontakten mit Schwangeren oder jungen Familien (Universitätsspital Zürich, o.D.-b). Diese Problematik kann

mit zahlreichen negativen Emotionen einhergehen. Nicht selten empfinden Frauen Gefühle wie Frustration, Wut, Trauer, Niedergeschlagenheit oder Verzweiflung. Diese Empfindungen können sich zu intensiven emotionalen Krisen zuspitzen und beeinträchtigen somit die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Frau (Universitätsklinikum Bonn, 2017; World Health Organization, 2023b).

Auch die Kultur prägt die psychosozialen Auswirkungen eines unfruchtbaren Paares. In gewissen kulturellen Kreisen wird die Identität der Frau mit der Geburt von Kindern definiert. Häufig führen die soziokulturellen Werte und Normen dazu, dass Paare oder gar deren Familien aufgrund einer Unfruchtbarkeit als schlecht angesehen werden (Husain & Imran, 2021).

In der Gesellschaft bleibt Unfruchtbarkeit nach wie vor ein Tabuthema, welches Frauen einer Stigmatisierung aussetzt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021). Obwohl Unfruchtbarkeit sowohl Männer als auch Frauen betreffen kann, werden oft Frauen für das Problem verantwortlich gemacht (World Health Organization, 2023b). Die Folgen dieser Stigmatisierung reichen von Angst und Stress bis hin zur Trauer und Depression. Das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der betroffenen Frauen könnten durch das Entwickeln von Schuldgefühlen herabgesetzt werden. Die Tendenz zur Selbststigmatisierung ist dadurch ebenfalls steigend (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021; Wischmann et al., 2020).

Erfahrungen der Autorinnen zeigen, dass Pflegefachpersonen in der klinischen Praxis häufig mit der Thematik Unfruchtbarkeit konfrontiert werden. Unfruchtbare Frauen äußern eine Vielfalt von Problemen, wie Trauer, Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation bis hin zu depressiven Verstimmungen. Sie benötigen psychische Unterstützung und Informationen, sie stellen Fragen und suchen Hilfe seitens der Pflege, sie fühlen sich unsicher und haben Angst. Die Komplexität der Unfruchtbarkeit stellt für Betroffene eine hohe Belastung dar. Bedingt durch das mangelnde Wissen von Pflegefachpersonen ist der Umgang und das Verständnis jedoch erschwert und es kann schnell zur Überforderung führen.

Aufgrund der nachgewiesenen negativen Auswirkungen einer ungewollten Kinderlosigkeit ist es aus Sicht der Autorinnen von zentraler Bedeutung, dass Gesundheitsfachpersonen über die Auswirkungen einer Unfruchtbarkeit informiert sind. Eine auf evidenzbasierten Erkenntnissen beruhende Betreuung von unfruchtbaren Frauen und Paaren könnte deren Wohlbefinden und Lebensqualität steigern. Zudem könnte auch mittels fachgerechter Beratung durch das Pflegepersonal einen Beitrag zur Förderung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit geleistet werden.

1.1 Fragestellung

Aus der herausgearbeiteten Thematik lässt sich folgende Fragestellung für diese Bachelor-Thesis ableiten: «Welche Auswirkungen hat die weibliche Unfruchtbarkeit auf die psychosoziale Gesundheit der Frau?»

In dieser Arbeit wird dieser Forschungsfrage anhand einer systematischen Literaturliteraturarbeit nachgegangen.

1.2 Zielsetzungen

Das Ziel dieser Bachelor-Thesis unterliegt der Offenlegung von psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit aus Sicht der Frau, was als Grundlage für eine Sensibilisierung des Pflegepersonals verwendet werden könnte. Durch diese Sensibilisierung werden Pflegefachpersonen dazu befähigt, psychosoziale Auswirkungen der Unfruchtbarkeit zu erkennen und zu verstehen, was einer Überforderung im Umgang mit unfruchtbaren Frauen und Paaren entgegenwirken könnte. Ebenfalls könnte dadurch eine empathische Herangehensweise erleichtert werden.

Pflegefachpersonen aus verschiedenen Fachgebieten, wie beispielsweise Gynäkologie, Bariatrie oder Onkologie, werden mit Unfruchtbarkeitsproblematiken von Patient*innen konfrontiert. Um Betroffenen eine angemessene und individuelle Unterstützung bieten zu können, ist es wichtig, über evidenzbasiertes Wissen zu den Auswirkungen der Unfruchtbarkeit zu verfügen. Die Thematik Unfruchtbarkeit wird im Pflegestudium jedoch nicht bearbeitet. Diese wissenschaftlich basierte Arbeit soll deshalb auch dazu dienen, die Wichtigkeit dieses zunehmenden globalen Problems aufzuzeigen und zielt daher darauf ab, dieses wichtige Thema in das Pflegestudium aufzunehmen. Durch das erlangte Wissen könnte eine adäquate Betreuung von Betroffenen gewährleistet werden. Zudem würde ein essenzieller Beitrag zur Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Frau geleistet werden. Auch müssten kulturelle Aspekte berücksichtigt werden, da die Auswirkungen je nach Kultur variieren und andere Herausforderungen mit sich bringen könnten. Die vorliegende Arbeit soll des Weiteren die kulturellen Aspekte der Unfruchtbarkeit aufzeigen, welche bei der Betreuung von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch eine Herausforderung darstellen könnten.

In dieser Literaturliteraturarbeit werden auch mögliche Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet. Diese sollen Frauen oder Paare im Umgang mit der Unfruchtbarkeit unterstützen. Zudem wird die Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich erörtert.

2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

In diesem Kapitel wird auf grundlegendes Wissen eingegangen, was für die Beantwortung der Fragestellung benötigt wird. Der Begriff «Unfruchtbarkeit», deren möglichen Ursachen sowie Behandlungsmöglichkeiten werden erläutert. Weiter findet man eine Begriffsdefinition zur «psychosozialen Gesundheit». Zudem wird das Bio-Psycho-Soziale Modell, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell sowie das Sunrise-Modell der transkulturellen Pflege in Bezug auf die möglichen Auswirkungen erklärt. Des Weiteren wird die Thematik der Stigmatisierung und Selbstwirksamkeit aufgegriffen und genauer erläutert.

2.1 Definition Unfruchtbarkeit

Tritt nach mindestens 12 Monaten regelmässigem Geschlechtsverkehr ohne Empfängnisverhütung keine Schwangerschaft ein, spricht die Weltgesundheitsorganisation von einer Unfruchtbarkeit. Dabei unterscheidet man die primäre Unfruchtbarkeit, bei welcher noch nie eine Schwangerschaft eingetreten ist, von der sekundären Unfruchtbarkeit, welche mit mindestens einer zustande gekommenen Schwangerschaft einher geht (World Health Organization, 2023b). Gemäss der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, ICD-11, zählt die weibliche Unfruchtbarkeit zu den Erkrankungen des weiblichen Genitalsystems und wird mit dem Nichteintreten einer klinischen Schwangerschaft definiert (World Health Organization, 2023a).

Umgangssprachlich werden die Begriffe Unfruchtbarkeit, Infertilität und Sterilität als Synonyme verwendet, auch wenn diese klar voneinander zu unterscheiden sind (Universitätsspital Zürich, o.D.-b). Die Unfruchtbarkeit bildet den Oberbegriff für alle Definitionen (World Health Organization, 2023b). Infertilität grenzt sich von Sterilität ab. Frauen, die an Infertilität leiden, können zwar schwanger werden, das Kind wird jedoch nicht bis zur Lebensreife ausgetragen. Sterilität hingegen beschreibt den Zustand, wenn eine Schwangerschaft nicht eintreten kann (Scholz, 2022).

Diese Bachelor-Thesis baut auf der englischen Begriffsdefinition «Infertility» der World Health Organization (2023b) auf und legt den Fokus lediglich auf die weibliche Unfruchtbarkeit.

2.1.1 Ursachen und Risikofaktoren einer weiblichen Unfruchtbarkeit

Die Ursachen für eine weibliche Unfruchtbarkeit können sehr vielseitig sein. Unter anderem sind verschiedene Arten von Anomalien beispielsweise der Ovarien, des Uterus, der Tubae uterinae oder des endokrinen Systems ausschlaggebend für die Entstehung einer Unfruchtbarkeit (World Health Organization, 2023b). Auch gynäkologische

Erkrankungen, wie Endometriose oder das polyzystische Ovarialsyndrom, haben einen grossen Einfluss auf die Fruchtbarkeit der Frau (Swiss Medical Network, o. D.).

Nebst dem Alter nehmen auch Lebensstilfaktoren einschliesslich Ernährung, Gewichtsmanagement, Stress, Nikotinabusus, Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie gewisse Medikamente einen negativen Einfluss auf die Fertilität (Sharma et al., 2013).

Die Exposition von Schadstoffen bildet einen weiteren wichtigen Risikofaktor, welcher die Qualität der Eizellen beeinträchtigen und einen möglichen Schwangerschaftseintritt erschweren kann (Segal & Giudice, 2019). Dazu zählen zum Beispiel auch die Krebstherapien wie Chemo- oder Strahlentherapie (Krebsliga, 2019).

In einigen Fällen ist es nicht möglich, die Ursachen der Unfruchtbarkeit zu klären (World Health Organization, 2023b).

2.1.2 Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunsches

Die Art der Behandlung ist von der Ursache der Unfruchtbarkeit abhängig. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, die trotz Fertilitätsstörung zu einer Elternschaft führen können. Beispiele dafür wären reproduktionsmedizinische Methoden wie In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) oder Embryo-Transfer (ET) (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Ebenfalls kann eine Hormonbehandlung oder Intrauterine Insemination (IUI) durchgeführt werden (Luzerner Kantonsspital, o. D.).

Auch eine Leihmutterschaft oder eine Adoption sind mögliche Wege, um den Kinderwunsch zu erfüllen. Jedoch gilt zu beachten, dass die rechtliche Lage je nach Aufenthaltsland unterschiedlich ist. Gemäss der aktuellen Fassung des Fortpflanzungsmedizingesetzes ist die Eizell- oder Embryonenspende sowie die Leihmutterschaft in der Schweiz verboten (Schweizerische Eidgenossenschaft, o. D.; Schweizerische Eidgenossenschaft, 2017). Eine Adoption erfordert einen langen Prozess, welcher ebenfalls mit verschiedenen rechtlichen Aspekten und Anforderungen einhergeht. Nicht jede Person hat die Befugnis, ein Kind zu adoptieren (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2018; Schneiter, 2017).

Ein elementarer und ergänzender Baustein stellt auch die Beratung im Behandlungsprozess dar. Paare, die eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung anstreben, müssen im Voraus fachgerecht beraten und aufgeklärt werden. Diese Beratung geschieht häufig hinter den Türen eines Kinderwunschzentrums. Eine psychologische Betreuung kann während des Unfruchtbarkeitsprozesses, falls gewünscht, in Anspruch genommen werden (Schweizerische Eidgenossenschaft, o. D.).

Trotz vieler Möglichkeiten gibt es Frauen, beziehungsweise Paare, die sich den Kinderwunsch aus diversen Gründen nicht erfüllen können. Dazu zählt beispielsweise die finanzielle Lage. Die Behandlungen in der Schweiz werden nur bis zu einem bestimmten Grad von der Krankenkasse übernommen. Bei einer IVF oder ICSI, zum Beispiel am Universitätsspital Zürich, muss mit einer Eigenleistung von 5'000 bis 8'000 Schweizer Franken pro Behandlungszyklus gerechnet werden, exklusive weiteren Kosten für Kryokonservierung der Oozyten (Einfrieren von Eizellen) und Hormontherapien (Universitätsspital Zürich, o. D.-a).

2.2 Definition psychosoziale Gesundheit

Der Begriff psychosoziale Gesundheit ist eine Wortkombination, welche die Definitionen der psychischen und sozialen Gesundheit verbindet.

Die psychische Gesundheit, auch mentale Gesundheit genannt, bildet die Basis für das menschliche Wohlbefinden. Sie ist essenziell für die persönliche, gemeinschaftliche und sozioökonomische Weiterentwicklung sowie für die Teilnahme am sozialen Leben (Bundesamt für Gesundheit, o. D.). Dank dieser können Menschen mit den alltäglichen Belastungen umgehen, Entscheidungen treffen, Beziehungen aufbauen und die Welt gestalten. Die psychische Gesundheit ist ein komplexes und individuelles Konstrukt, welches von Mensch zu Mensch differenziert wahrgenommen wird. Im Verlauf des Lebens baut jedes Individuum gewisse Schutzfaktoren auf, wie beispielsweise soziale Interaktionen, Bildung oder sicherer Wohnraum, welche die Resilienz stärken. Gleichzeitig können Menschen diversen Risikofaktoren wie Gewalt, Armut oder Ungleichheit ausgesetzt sein, was sich negativ auf ihre mentale Gesundheit auswirken kann. Fehlt eine adäquate psychische Gesundheit oder ist diese angeschlagen, zeigen sich Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche. Diese Problematik hat negative Folgen für das Individuum, aber auch für dessen Umfeld (World Health Organization, 2022).

Unfruchtbarkeit kann das Konstrukt der mentalen Gesundheit negativ beeinflussen. Die Wahrnehmung der psychischen Auswirkungen einer weiblichen Unfruchtbarkeit müssen individuell betrachtet werden und nehmen Einfluss auf die Frau und das Paar.

Die soziale Gesundheit deutet darauf hin, dass Gesundheit auch ein Ergebnis des gemeinschaftlichen Zusammenlebens darstellt. Sie ist abhängig von sozialen Beziehungen, aber auch von gesellschaftlich verfügbaren Ressourcen (Berner Fachhochschule, Departement soziale Arbeit, o. D.) und wird von sozialen Determinanten, wie Einkommen, Bildung, Kultur oder Lebensbedingungen beeinflusst (World Health Organization, o. D.).

2.2.1 Bio-Psycho-Soziales Modell

Das Bio-Psycho-Soziale Modell bildet einen integrativen medizinischen Ansatz, welcher ermöglicht, dynamische Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren zu vergleichen und ein besseres Krankheitsverstehen zu erreichen. Diese Wechselwirkungen entscheiden über die Entstehung sowie den Verlauf von Krankheit und Gesundheit (Florin, o.D.; Universität Augsburg, o.D.). Nachfolgend werden die grundlegenden Faktoren erläutert:

1. **Biologische Faktoren:** Die biologische Ebene des Modells befasst sich mit den körperlichen Aspekten des menschlichen Organismus. Diese umfassen unter anderem genetische Veranlagungen, physiologische Prozesse, Krankheiten, Verletzungen oder Infektionen (Florin, o.D.; Universität Augsburg, o.D.). Im Kontext zur Unfruchtbarkeit werden auf der biologischen Ebene beispielsweise Ursachen wie gynäkologische Anomalien oder Erkrankungen wie Endometriose betrachtet (Swiss Medical Network, o. D.; World Health Organization, 2023b).
2. **Psychologische Faktoren:** Die psychologische Ebene des Modells konzentriert sich auf die individuellen mentalen und emotionalen Zustände. Diese Ebene beinhaltet unter anderem das Erleben, die Stressoren, Einstellungen, Erwartungen, Emotionen oder die Verhaltensweisen einer Person. Ebenfalls werden psychologischen Faktoren, Bewältigungsmechanismen und Copingstrategien eines Individuums inkludiert (Florin, o.D.; Universität Augsburg, o.D.). In Bezug zur Unfruchtbarkeit würde das Modell zum Beispiel die von der Unfruchtbarkeit ausgehende psychische Belastung berücksichtigen.
3. **Soziale Faktoren:** Die soziale Ebene des Modells bezieht sich auf die sozialen, kulturellen und umweltbedingten Aspekte des menschlichen Lebens. Dazu gehören unter anderem soziale Netzwerke wie Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse, sozioökonomische Status, umweltbedingte Faktoren oder Kultur sowie Ethnie einer Gesellschaft (Florin, o.D.; Universität Augsburg, o.D.). Hinsichtlich der Unfruchtbarkeit werden auf dieser Ebene beispielsweise Auswirkungen wie die soziale Stigmatisierung oder Ausgrenzung diskutiert, welche auf die kulturellen Gegebenheiten zurückzuführen sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021).

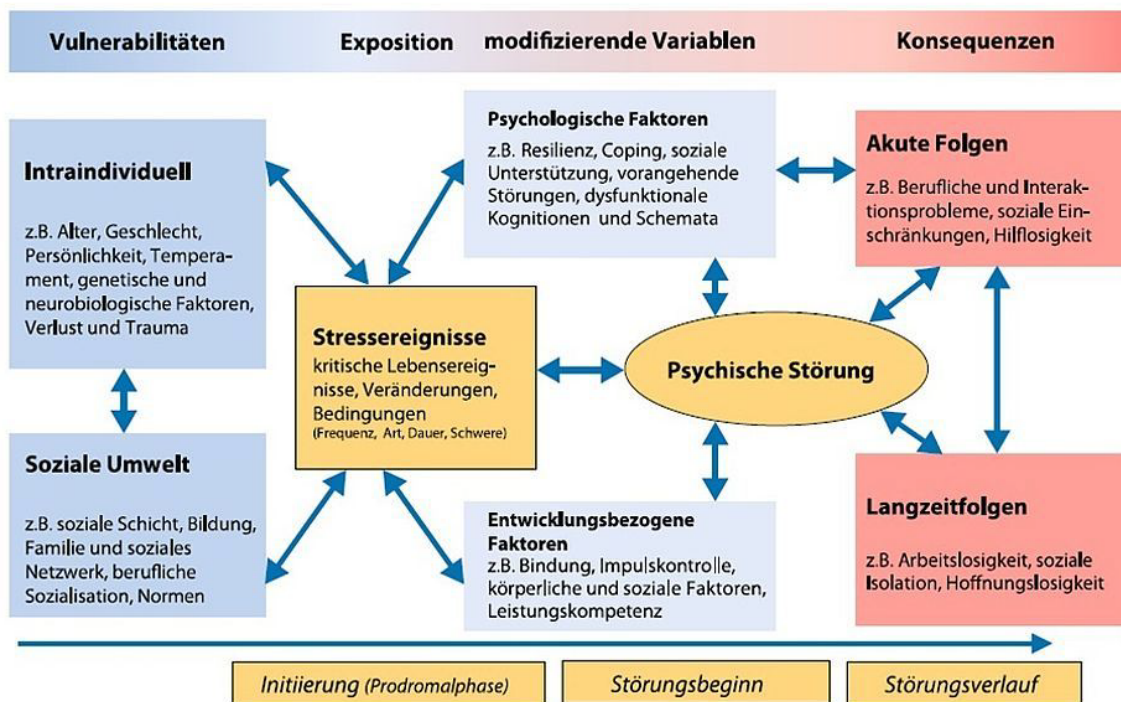
Das Bio-Psycho-Soziale Modell legt den Fokus auf die ganzheitliche Betrachtung der Auswirkungen von Unfruchtbarkeit. Es zeigt die Verknüpfung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren der verschiedenen Ebenen (Universität Augsburg, o.D.). Eine Unfruchtbarkeit wirkt sich insbesondere auf das psychische und soziale

System aus, was einen entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Frau oder des Paares haben kann (World Health Organization, 2023b). Durch die Berücksichtigung dieser verschiedenen Ebenen, könnten Interventionen und Unterstützungsmassnahmen entwickelt werden, welche das Wohlbefinden und die Lebensqualität der unfruchtbaren Frau stärken könnten.

2.2.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, auch Diathese-Stress-Modell genannt, ist ein Ansatz zur Erklärung der Wechselwirkung zwischen Vulnerabilität und Stressereignissen, welche die Entstehung beziehungsweise Genesung von psychischen Störungen beeinflussen. Psychologische Faktoren wie Copingstrategien, soziale Faktoren wie die Unterstützung oder Resilienz sowie entwicklungsbezogene Faktoren wie die Bindung oder Impulskontrolle, beeinflussen das Ausmass der psychischen Störung und deren Akut- und Langzeitfolgen (Ernst et al., 2022; Mauritz, 2019; Wirtz, 2021).

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen (Wittchen et al., 2020, S. 25)



Zentrale Komponenten von Vulnerabilitäts-Stress-Modellen sind Vulnerabilität, Stress beziehungsweise Exposition, Resilienz und Coping, worauf in den nächsten Abschnitten noch differenzierter eingegangen wird.

«Vulnerabilität», auch «Verletzlichkeit» genannt, bedeutet Anfälligkeit und kennzeichnet folglich die Neigung für Störungen. Die Vulnerabilität bezieht sich darauf, wie ein Individuum auf psychischer, sozialer und biologischer Ebene auf Anforderungssituationen

reagiert. Diese Basisvulnerabilität reicht jedoch nicht für die Entwicklung einer Störung aus. Diese tritt erst auf, wenn eine bestimmte Auslösesituation oder Konstellation hinzukommt, die in Wechselwirkung mit der Vulnerabilität eine pathogene Dynamik entfaltet. Die persönliche Vulnerabilität wird durch genetische Faktoren beeinflusst oder durch weitere Prozesse erworben beziehungsweise erlernt. Meistens entsteht die Vulnerabilität durch eine Mischung der genannten Faktoren. Weiter spielen biologische und soziale Determinanten bei der Entstehung der Vulnerabilität eine zentrale Rolle. So wird die Reaktion auf ein einschneidendes Lebensereignis durch das Alter, Geschlecht, genetische und neurobiologische Faktoren, wie auch Bildung, soziale Schicht, Netzwerk oder gesellschaftliche Normen beeinflusst. Diese Vulnerabilitätsfaktoren können ergänzend wirken oder das Risiko für die Entstehung einer pathologischen Störung multiplikativ erhöhen (Wittchen et al., 2020).

Im Kontext zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell umschreibt der vielschichtige Begriff «Stress» alle Anforderungssituationen, denen eine Person auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene ausgesetzt ist. Diese Situationen erfordern eine Anpassungsreaktion, um beispielsweise Herausforderungen von traumatischen Ereignissen, aber auch Alltagssituationen, zu bewältigen. Die den Stressereignissen oder dem Ausmass von Stressbelastungen zugeschriebenen Bedeutungen sind wiederum abhängig von der Vulnerabilität, dem Entwicklungsstadium (psychisch, neurobiologisch), anderen Lebensereignissen oder Copingstrategien sowie der Resilienz eines Individuums (Wittchen et al., 2020).

Im Umgang mit den verschiedenen Belastungssituationen werden Risiko- und protektive Faktoren unterschieden. Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines negativen Outcomes und protektive Faktoren schützen davor. Protektive Faktoren werden dabei häufig mit dem Begriff «Resilienz» diskutiert. Resilienz kann als die Fähigkeit eines Individuums definiert werden, mit Stressereignissen sowie Stressbelastungen umzugehen und sich von ihnen zu erholen. Es ist die Fähigkeit, Widerstandskraft zu zeigen und positive Anpassungen in schwierigen Lebenssituationen zu erreichen (Wittchen et al., 2020).

«Coping», auch «Handlungskompetenz» genannt, beschreibt das Ausmass, in der das Individuum mit den Stressereignissen umgehen und diese bewältigen kann. Copingstrategien umfassen folglich die Fähigkeiten, flexibel und effizient auf Stresssituationen zu reagieren. Ein effektives Repertoire an Copingressourcen geht mit einer hohen Selbstwirksamkeit einher (Wittchen et al., 2020).

Unfruchtbarkeit stellt für die Frau sowie das Paar ein Stressereignis dar. Ein solch belastendes Ereignis kann zu psychischen Störungen führen, wenn eine zu hohe Vulnerabilität und zu wenig modifizierende Variablen vorliegen (Luzerner Kantonsspital, o. D.).

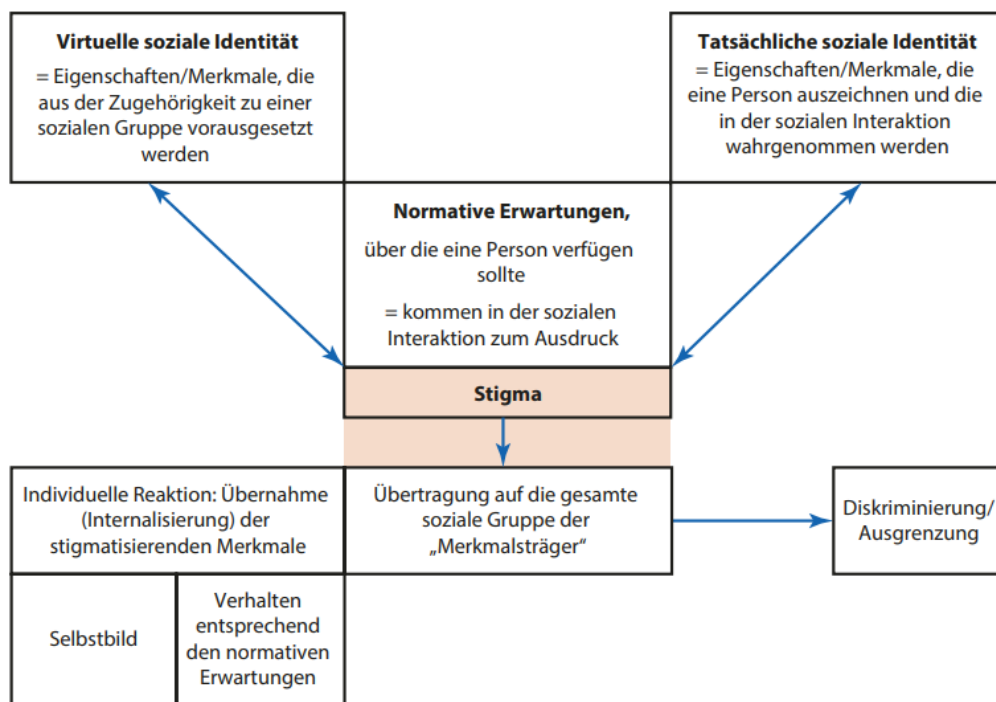
2.3 Stigmatisierungsansatz in der Sozialpsychologie

Die Stigmatisierung kann Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit eines Individuums nehmen und bildet eine Folge der weiblichen Unfruchtbarkeit (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021). Der Begriff «Stigma» wurde von Ervin Goffman eingeführt und bezieht sich darauf, dass einer Person eine bestimmte Eigenschaft oder Verhaltensweise zugeschrieben wird. Dieses Stigma kann metaphorisch als «Aufkleber» betrachtet werden, der anzeigt, dass eine Person oder Personengruppe ein diskriminierendes Merkmal besitzt. Dieses kann entweder eine negative Eigenschaft oder an sich neutrale Eigenschaft sein, die jedoch in einem bestimmten sozialen Kontext als negativ und minderwertig betrachtet wird. Goffman, der die Theorie der sozialen Stigmatisierung erstmalig erklärte, differenzierte zwischen sichtbaren und unsichtbaren Merkmalen. Er definierte drei grundlegende Eigenschaften, welche zur Stigmatisierung führen können. Dazu zählte er körperliche Behinderung (z.B. Hilfs-/ Pflegebedürftigkeit), individuelle Charakterfehler (z.B. Neigung zu Strafdelikten) und phylogenetische Merkmale (z.B. die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe oder Religionsgemeinschaft). Das Ausmass einer potenziellen Stigmatisierung ist von der Sichtbarkeit des Merkmals bzw. der Eigenschaft abhängig. Der Prozess der Stigmatisierung wird durch Merkmale mit negativer Wertigkeit wie beispielsweise Armut, Aussehen, Verhaltensweisen und Erkrankungen zusätzlich begünstigt. Die stigmatisierende Qualität bestimmter Merkmale wird nicht in allen Gemeinschaften und Kulturen gleich bewertet, sie ist kulturell abhängig. Aufgrund der Vielfältigkeit der Ursachen für Stigmata, kommen diese überall und häufig vor und sind kaum zu vermeiden. Stigmatisierung hat verheerende Konsequenzen für das Individuum. Auf gesellschaftlicher Ebene findet häufig eine Ausgrenzung und Isolation statt. Individuell werden häufig Unsicherheit und Angst in den Kontext mit dem Stigma gebracht. Eine Stigmatisierung kann folglich mit einer Beschädigung der Identität einher gehen (Garms-Homolová, 2021; Cloerkes, 2005; von Engelhardt, 2010).

Diese Problematik beschrieb Goffman anhand des Identitätskonzepts, welches eine dreifache Identitätstypologie umfasst. Mit Hilfe des Konzepts kann der Prozess dargelegt und Folgen auf die Identität erklärt werden (Garms-Homolová, 2021; von Engelhardt, 2010):

1. **Soziale Identität:** Die soziale Identität bezieht sich auf die Identität, die einer Person durch ihre Mitgliedschaft in einer sozialen Gruppe oder Kategorie zugeschrieben wird. Sie wird durch soziale Normen, Erwartungen und Rollenbilder geprägt und umfasst die virtuelle Identität (vorausgesetzte Eigenschaften und Verhaltensweisen) sowie die aktuelle Identität (tatsächliche Identität).
2. **Personale Identität:** Die personale Identität umfasst die Fähigkeit, mit dem Stigma umzugehen und eine Informationskontrolle herbeizuführen.
3. **Ich-Identität:** Die Ich-Identität bezieht sich auf das subjektive Empfinden der aktuellen Situation, Kontinuität und Eigenart, welche durch die sozialen Erfahrungen eines Individuums geprägt werden.

Abbildung 2: Die Entstehung eines Stigmas und die Auswirkungen auf die Identität (Garms-Homolová, 2021, S. 74)



Ein Stigma entsteht durch einen Widerspruch der virtuellen-sozialen und aktuellen-sozialen Identität. Durch die Übertragung des Stigmas auf die gesamte soziale Population entsteht ein Diskriminierungscharakter und eine soziale Ausgrenzung Betroffener. Individuen sind von einem Internalisierungsprozess geprägt. Sie neigen folglich dazu, die Haltungen der Gesellschaft auf das Selbst zu übertragen und sich den normativen Erwartungen anzupassen. Die personale Identität wird dadurch geprägt. Das Selbstbild kann somit ebenfalls beeinflusst werden und stellt zudem eine Schwächung der Ich-Identität dar (Garms-Homolová, 2021).

2.4 Sunrise-Modell zur transkulturellen Pflege nach M. Leininger

Das Bild und die Auswirkungen der Unfruchtbarkeit werden stark von geografischen, soziokulturellen, religiösen und ethnischen Unterschieden geprägt (Lawrenz et al., 2019).

Die Pflege von Frauen, welche an Unfruchtbarkeit leiden, sollte den individuellen und kulturellen Gegebenheiten angepasst sein. Kultur ist definiert als komplexes Ganzes, welches Glaubensvorstellungen, Moral, Normen, ethische Vorstellungen, Sitten und Bräuche umfasst. Ebenfalls schliesst sie alle anderen menschlichen Fähigkeiten und Eigenschaften mit ein, die im gesellschaftlichen Rahmen erworben wurden. Im Zentrum der transkulturellen Pflegetheorie nach Madeleine Leininger steht die Fürsorge für die einzelnen Patient*innen. Fürsorge bedeutet in diesem Kontext, dass Pflegefachkräfte sich eingehend und individuell an die Patient*innen und deren Angehörigen anpassen. Die Bedürfnisse stellen dabei ein einzigartiges Konstrukt dar und werden in den pflegerischen Fokus gestellt (von Bose & Terpstra, 2012).

Das Sunrise-Modell soll als Handlungsleitfaden in der transkulturellen Pflege dienen und veranschaulicht die Gesamtheit der verschiedenen, eng zusammenhängenden Dimensionen der kulturellen Pflege. Das Modell zeigt, dass alles, was Pflege und Fürsorge umfasst, eng mit der Kultur in Verbindung steht und die verschiedenen Faktoren das Gesundheitspersonal wie auch die Patient*innen beeinflussen. Leiningers Sunrise-Modell beinhaltet alle bekannten, mit der menschlichen Fürsorge in Verbindung gebrachten Faktoren (von Bose & Terpstra, 2012).

Der äussere Halbkreis des Modells bildet eine Klammer um die individuelle Weltanschauung, welche durch kulturelle und soziologische Einflussfaktoren geprägt wird. Diese Einflussfaktoren umfassen nebst den Werten und Lebensweisen einer Persönlichkeit auch verwandtschaftliche und soziale Aspekte, die individuelle Religion und Philosophie, politische und gesetzliche Faktoren, wie auch die Technologie sowie Wirtschaft. Durch die Einflüsse wurde ein Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden entwickelt und kulturelle Pflegemuster und -praktiken ausgearbeitet.

Die Pflege von Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen stellt für das Gesundheitspersonal eine komplexe Herausforderung dar. Die psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit sind ebenfalls von diversen kulturellen Gegebenheiten abhängig (Lawrenz et al., 2019). Durch die kulturellen Bedingungen kommt es in der Pflege zu einem Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Perspektiven, Wertesystemen und Lebenswelten. Es treffen die Werte der Fachpersonen in Bezug auf Wohlbefinden und Gesundheit im professionellen Pflegesystem auf die Werte der zu pflegenden

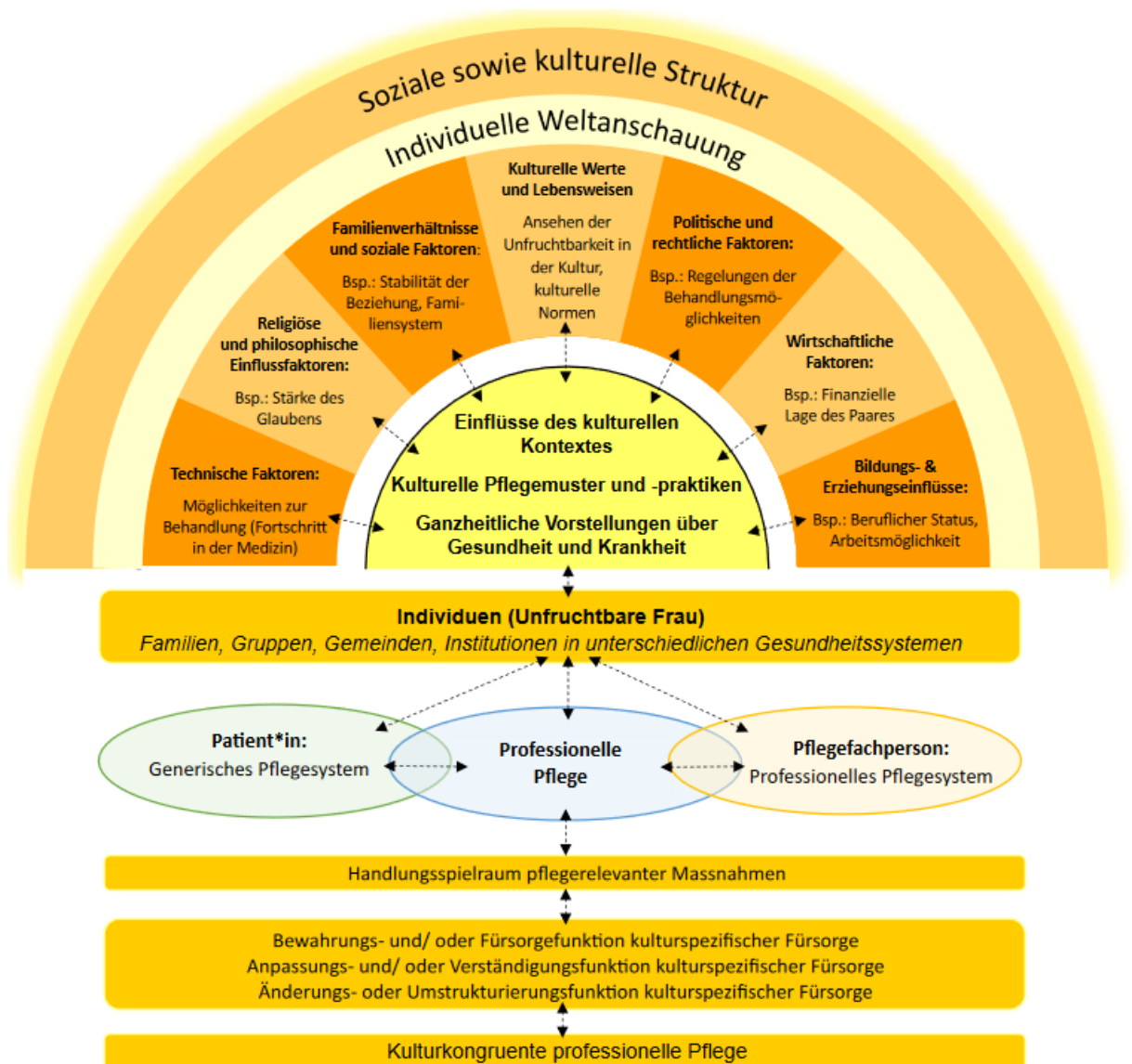
Person im generischen Pflegesystem. Die Schnittmenge dieser beiden Pflegesystemen bildet die professionelle Pflege, welche angestrebt wird (von Bose & Terpstra, 2012; Schewior-Popp et al., 2017).

Bei der Pflege von kulturfremden Patient*innen lassen sich nach Leininger drei kulturspezifische Fürsorgearten unterscheiden. Durch die verschiedenen Fürsorgevorstellungen wird der pflegerische Handlungsspielraum der verschiedenen Interventionen aufgezeigt (von Bose & Terpstra, 2012; Schewior-Popp et al., 2017):

1. **Bewahrungs- und Fürsorgefunktion**: Die Fürsorgevorstellung der Patient*innen wird in die Pflege integriert, beispielsweise wird der Wunsch der Krankensalbung berücksichtigt.
2. **Anpassungs- und/ oder Verständigungsfunktion**: Die Fürsorgevorstellung der Patient*innen kann nur bedingt in der Gesundheitseinrichtung berücksichtigt werden, beispielsweise Anpassungen der Besuchsregeln.
3. **Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion**: Die Fürsorgevorstellung der Patient*innen verhindert einen Behandlungserfolg, beispielsweise Ablehnung von Blutprodukten bei Zeugen Jehovas.

Die kulturkongruente professionelle Pflege basierend auf dem Sunrise-Modell, zielt darauf ab, eine qualitativ hochwertige, kultursensible, angepasste und respektvolle Pflege anzubieten, die den individuellen kulturellen Bedürfnissen der Menschen gerecht wird. Indem kulturelle Faktoren berücksichtigt werden, kann eine bessere Gesundheitsversorgung und ein besseres Wohlbefinden für diejenigen erreicht werden, die gepflegt werden (von Bose & Terpstra, 2012; Schewior-Popp et al., 2017).

Abbildung 3: Das Sunrise-Modell nach M. Leininger im Kontext zur Unfruchtbarkeit, anlehndend an die Darstellung von Schewior-Popp et al. (2017), S. 89 (Eigene Darstellung)



2.5 Selbstwirksamkeit

«Manchmal erscheinen Hindernisse unüberwindbar. Es ist, als ob es an einem bestimmten Punkt gar nicht mehr weitergehen kann.» (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 28)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass das menschliche Verhalten von Emotionen und Gedanken gesteuert wird, was im Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit betrachtet werden muss. Der Begriff «Selbstwirksamkeit» bezieht sich auf die Überzeugung einer Person, neue oder herausfordernde Situationen aufgrund ihrer eigenen Fertigkeiten erfolgreich zu bewältigen. Die Selbstwirksamkeit konzentriert sich auf jene Situationen, die ein gewisses Mass an Anstrengung und Ausdauer erfordern und nicht durch einfache Routine bewältigt werden können. Die Art und Weise, wie ein Individuum auf herausfordernde

Situationen reagiert, wird somit von der Ausprägung der persönlichen Selbstwirksamkeit beeinflusst (Barysch, 2016; Gross, 2023; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Albert Bandura benannte vier grundlegende Faktoren, welche die Entwicklung der Selbstwirksamkeit beeinflussen können. Dazu gehören Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse, stellvertretende Erfahrungen, verbale Einflüsse und die gefühlsmässige Erregung (Barysch, 2016; Gross, 2023). Nachfolgend werden die Faktoren genauer beschrieben:

1. **Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse**: Scheitert jemand in der Bewältigung einer herausfordernden Situation, so kann sich die Selbstwirksamkeit minimieren. Erfolgserlebnisse, aufbauend auf der eigenen Leistung, können hingegen die Selbstwirksamkeit eines Individuums stärken.
2. **Stellvertretende Erfahrungen**: Diese umfassen das soziale Lernen am Modell. Die Selbstwirksamkeitsfähigkeit wird durch Beobachtungen von realen oder virtuellen Personen beeinflusst. Personen, die als erfolgreich wahrgenommen werden, erzeugen einen Vorbildcharakter und können die Selbstwirksamkeit stärken, indem das Verhalten auf die eigene Person übertragen wird. Wird eine Eigenschaft als nicht erfolgreich angesehen, so kann die individuelle Selbstwirksamkeit sinken.
3. **Verbale Einflüsse**: Nebst beobachteten oder erlebten Erfahrungen beeinflussen auch verbale Einschätzungen durch andere Personen die Selbstwirksamkeit positiv oder negativ. Verbale Einflüsse erfolgen häufig durch ein Handlungsfeedback. Dieses kann beispielsweise in Form einer Ermutigung geschehen, welche sich positiv auf die Selbstwirksamkeit auswirkt. Im Gegenzug können wertende Aussagen der Gesellschaft das Konstrukt der Selbstwirksamkeit schwächen.
4. **Gefühlsmässige Erregung**: Gefühle und Emotionen nehmen Einfluss auf das Konstrukt der Selbstwirksamkeit. Als Folge einer Stressbewältigung können Gefühle positiv oder negativ wahrgenommen werden und die Selbstwirksamkeit stärken oder schwächen.

3 FORM UND METHODE DER BACHELOR-THESIS

Die Fragestellung dieser Bachelor-Thesis entspringt dem qualitativen Forschungsparadigma. Diese Literaturliteraturarbeit integrierte daher nur Studien mit qualitativem oder Mixed-Methods Design. Mittels einer systematischen Literaturliteraturarbeit wurde die Forschungsfrage analysiert, diskutiert und beantwortet. In den folgenden Unterkapiteln wird das methodische Vorgehen erläutert.

3.1 Datenbanken und Suchstrategien

Anhand einer systematischen Literaturrecherche wurden im Zeitraum von Februar bis April 2023 verschiedene Datenbanken wie CINAHL, Cochrane, MEDLINE über PubMed, PsycINFO und Web of Science konsultiert, um geeignete Literatur zur Beantwortung der Fragestellung zu finden. Ergänzend wurde eine Handsuche auf Google Scholar durchgeführt, wovon jedoch keine Studien eingeschlossen wurden. Nach dem Prüfen der Abstracts und dem Identifizieren von Duplikaten erfolgte eine Studienauswahl auf Volltext. Nach Abschluss der systematischen Literaturrecherche wurden 15 Studien eingeschlossen. Dabei handelte es sich um 12 qualitative Einzelstudien sowie drei Mixed-Methods-Studien. Die eingeschlossenen Studien stammen aus verschiedenen Ländern und Kontinenten: China, Grossbritannien, Indien, Iran, Mali, Pakistan, Rumänien, Sudan, Türkei und Vereinigte Staaten von Amerika. Eine Qualitätsprüfung der Literatur fand anhand der Forschungskriterien für qualitative Studien oder Mixed-Methods Studien nach Polit und Beck (2021) statt. Danach wurden die Ergebnisse zur übersichtlichen Darstellung in Tabellen extrahiert. Eine Darstellung der generierten Recherche wurde mittels des Flussdiagramms von Moher et al. (2009) gemacht.

Tabelle 1: Suchstrategien

Databank	Suchstrategie (Schlag- und Textworte, Operatoren)	Filter	Anzahl Ergebnisse	Anzahl eingeschlossen
PsycINFO über Ovid	((infertility OR sterility) AND (women OR female) AND ("psychosocial factors" OR "mental health" OR "life experience" OR "psychosocial effects" OR "psychological well-being") AND ("qualitative studies" OR "qualitative research"))	Abstracts, yr="2013 - 2023"	59	8
CINAHL Ultimate	((MH Infertility OR sterility) AND (MH Women OR MH female) AND (MH "Life Experiences" OR (MH "Mental Health" OR MH "Psychological Well-Being" OR "psychosocial factors" Or "psychosocial effects")) AND (MH "Qualitative Studies"))	Abstract Available, Published Date: 20130101-20231231	73	9

MEDLINE über PubMed	("infertility"[MeSH Terms] OR "sterility"[Text Word]) AND ("women"[MeSH Terms] OR "female"[MeSH Terms]) AND ("life change events"[MeSH Terms] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "psychological well being"[MeSH Terms] OR "psychosocial factors"[Text Word] OR "psychosocial effects"[Text Word]) AND "qualitative research"[MeSH Terms]	Abstract, in the last 10 years, English, French, German	7	0
Web of Science	((ALL=(women) OR ALL=(female)) AND (ALL=(infertility) OR ALL=(sterility)) AND (ALL= ("psychosocial factors") OR ALL= ("life experiences") OR ALL= ("mental health") OR ALL= ("psychological well-being") OR ALL= ("psychosocial effects"))) AND (ALL= ("qualitative research")))	2013-2023, English	12	0
Cochrane Library	((MeSH [Infertility,female] OR sterility) AND (MeSH [Women] OR MeSH [Female]) AND (MeSH [Mental Health] OR "Life Experiences" OR MeSH [Psychological Well-Being] OR "psychosocial factors" OR "psychosocial factors") AND (MeSH [Qualitative Research]))		0	0

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Studien, die Auswirkungen der weiblichen Unfruchtbarkeit aus Sicht der Frau erforschten. Dabei wurden die psychosozialen Auswirkungen der primären und sekundären Unfruchtbarkeit betrachtet.

Ausgeschlossen wurden Studien, die schwangere Teilnehmerinnen oder Mütter beinhalteten, sofern die Auswirkungen oder Aussagen nicht differenziert von kinderlosen Frauen betrachtet wurden. Dabei wurde erwartet, dass sich die psychosozialen Auswirkungen und das Erleben der Unfruchtbarkeit durch eine erfolgreiche Schwangerschaft und Mutterschaft veränderten, was der Ausschluss begründete. Ebenfalls wurden Studien exkludiert, welche die Unfruchtbarkeit ausschliesslich aufgrund von verspätetem Kinderwunsch im nicht mehr zeugungsfähigen Alter betrachteten. Studien, welche zusätzlich die männliche Unfruchtbarkeit integrierten, wurden ebenfalls ausgeschlossen, sofern die Auswirkungen nicht getrennt von der Frau analysiert bzw. keine eigenständige, auf die weibliche Unfruchtbarkeit fokussierte Antwort generiert wurde. Auch zum Ausschluss fielen Studien, welche lediglich die Auswirkungen auf das Paar betrachteten. Forschungsarbeiten, welche vom Ziel dieser Bachelor-Thesis oder der im Kapitel 2.1 beschriebenen Definition nach der World Health Organization abwichen, wurden ausgeschlossen. Zudem wurden Studien exkludiert, die primär auf die Coping-Strategien eingingen. Ein weiteres Ausschlusskriterium bildeten Studien, welche explizit die Gefühle von Migrantinnen in Bezug auf die Unfruchtbarkeit begutachteten. Betrachtete eine

Studie die allgemeinen Auswirkungen einer Erkrankung und wurde die Unfruchtbarkeit lediglich als Auswirkung dokumentiert, fand diese Literatur keinen Einschluss in diese Bachelor-Thesis. Weiter wurden Studien ausgeschlossen, welche beabsichtigten, das Erleben bzw. die Auswirkungen von reprodmedizinischen Behandlungen oder deren Abbruch, zu erforschen.

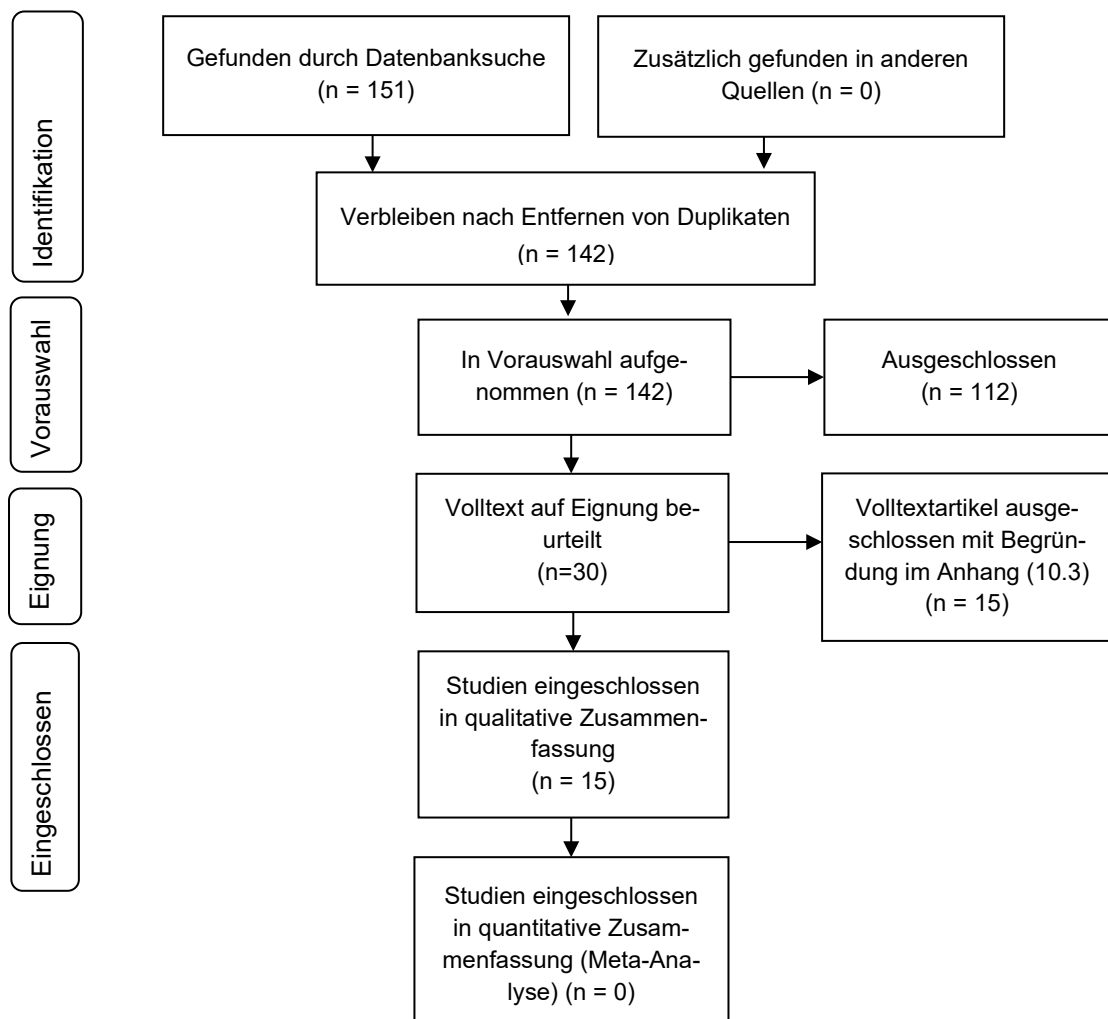
3.3 Filter

Um passende Literatur zu finden, wurde die Suche in den diversen Datenbanken mit Filtern ergänzt. Die Aktualität wurde durch das Setzen eines Publikationszeitraums von 10 Jahren gewährleistet. Aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorinnen wurden die Sprachfilter Deutsch, Englisch und Französisch verwendet. Der Filter «Abstract» wurde eingesetzt, um eine Einschätzung aus der Vorauswahl generieren zu können.

3.4 Flussdiagramm

Der Ablauf der Literaturrecherche wird nachfolgend mittels Flussdiagramm nach Moher et al. (2009) dargestellt.

Abbildung 4: Flussdiagramm zur Literatúrauswahl



3.4.1 Ausschlussbegründung nach Überprüfung des Volltextes

Ausgehend von der Literaturrecherche und Analyse mussten 15 Studien nach Prüfung des Volltextes ausgeschlossen werden. Die Studien stimmten mit den definierten Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit nicht überein. In 13 von 15 ausgeschlossenen Literaturen wurden Schwangere und/oder Frauen in die Stichprobe eingeschlossen, die entweder bereits Kinder auf biologischem Wege gezeugt hatten oder ihnen der Kinderwunsch mittels Adoption oder Leihmutterschaft ermöglicht wurde. Zwei weitere ausgeschlossene Studien umfassten lediglich die Erfahrungen mit der Behandlung oder Copingstrategien, was in der vorliegenden Arbeit nicht primär thematisiert wurde. Eine Auflistung der ausgeschlossenen Studien sowie die einzelnen Begründungen sind im Anhang (Kapitel 10.3) zu entnehmen.

4 ERGEBNISSE

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse tabellarisch dargestellt und synthetisiert.

4.1 Tabellarische Darstellung der Studien

Tabelle 2: Identifying Experiences and Hopelessness Levels of Women Receiving Infertility Treatment: A Mixed Method Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidencelevel
Çitil Canbay et al. (2021) Osttürkei	Für den qualitativen Teil wurden 20 unfruchtbare Frauen, die ein IVF-Zentrum eines Universitätskrankenhauses in der Osttürkei besuchten, rekrutiert.	Im qualitativen Teil wurden 6 Fokusgruppeninterviews mit jeweils 2-4 Teilnehmerinnen durchgeführt. Strukturierter Fragebogenkatalog vorhanden.	Diese Studie ermittelte im qualitativen Teil vier Oberthemen. Dabei waren lediglich zwei Themen zur Beantwortung der Fragestellung relevant: - Reaktion auf den Unfruchtbarkeitsprozess - Schwierigkeiten in Bezug auf Unfruchtbarkeit und Behandlungsprozess	<u>Stärken:</u> Aktualität. Passendes Design. Durchführung Pilot-Projekt. Datensättigung wurde erreicht. In Kontextstellung der Ergebnisse. Schlussfolgerungen. Mehrere Methoden. Limitationen. Stichprobengrösse. Frage der Übertragbarkeit wurde angesprochen und diskutiert.
Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Die soziodemographischen Daten wurden von der gesamten Stichprobe (mit quantitativem Teil (n=276)) analysiert: Im Durchschnitt waren die Frauen 31,88 Jahre alt. Die durchschnittliche Ehe-dauer betrug 6,29 Jahre.	Codierungs- und Kategorisierungsansatz. Analyse durch Colaizzi-Inhaltsanalyse und COREQ-Checkliste.	Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.	<u>Schwächen:</u> Stichprobenauswahl & Design dürftig. Interviewdauer kurz. Schwierigkeiten bei der Forschung wurden erwähnt, jedoch nicht beschrieben. Zusammensetzung der Teilnehmerinnen der Fokusgruppe wurden nicht erläutert.
Mixed-Methods-Design: convergent parallel design				<u>Evidencelevel:</u> 2 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Reaktion auf den Unfruchtbarkeitsprozess: Die Teilnehmerinnen zeigten sehr komplexe, emotionale und kognitive Reaktionen auf den Unfruchtbarkeitsprozess. Sie beschrieben Gefühle wie kognitive Anpassung, Unzulänglichkeit, Einsamkeit, Versagen sowie Enttäuschung. Ebenfalls wurden soziale Isolation, Bedürfnis nach dem Alleinsein sowie Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit in Bezug auf den Prozess erwähnt. Die meisten Teilnehmerinnen äusserten, dass die Verzweiflung mit zunehmender Dauer des Unfruchtbarkeitsprozesses wuchs. Viele der Frauen fühlten sich im Allgemeinen gestresst, besorgt und nervös, da sie nicht wussten, ob sie jemals ein Kind bekommen würden oder nicht. Zudem gaben viele Teilnehmerinnen an, dass sie eine psychologische Störung im Zusammenhang mit dem Unfruchtbarkeitsprozess entwickelt hatten. Fünf Frauen brachten mit ihren Aussagen zum Ausdruck, welche sozialen Folgen die Unfruchtbarkeit hatte:

«I feel loneliness only. But I lock myself in the house when I encounter social pressure.»¹

«My immediate environment talk behind my back, this situation makes me so upset.»²

«My friends and immediate environment talked about infertility in their conversations. Being viewed in this way by the society causes me to get nervous.»³

«I fear that a topic will be started about having a child. Being under family pressure makes me anxious as if social pressure were not enough.»⁴

«I got disappointed as a result of unsuccessful pregnancy tests. Pregnancy is not in my dream because I do not believe that my dream will come true.»⁵

Eine weitere Frau betonte die psychische Belastung der Unfruchtbarkeit mit folgender Aussage: «My psychological state reflected to my physical appearance. I have neglected my self-care recently. I feel myself worthless. I sometimes do not feel myself like a woman (She cried).»⁶

Schwierigkeiten in Bezug auf Unfruchtbarkeit und Behandlungsprozess: Viele unfruchtbare Frauen brachten in den Interviews zum Ausdruck, dass sie extreme emotionale Schwierigkeiten aufgrund von familiärem oder sozialem Druck sowie negativen Schwangerschaftstestergebnissen hatten. Zudem wurden Aussagen zu ehelichen Spannungen und mangelnder sozialer Unterstützung getätigt. Dies hatte zur Folge, dass die Frauen negative Gefühle wie Stress und Hoffnungslosigkeit erlebten. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen zeigte eine ausgeprägte Angst vor Stigmatisierung, die durch den sozialen und familiären Druck verursacht wurde. Eine betroffene Frau schilderte ihre Angst vor Stigmatisierung wie folgt: «I learned that some of my friends with children did not include me in their plans when they came together. I think that they believe I will feel jealous of them. I fear that I will be stigmatized and label as infertile.»⁷

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] «Ich fühle nur Einsamkeit. Ich schliesse mich im Haus ein, wenn ich sozialem Druck ausgesetzt bin.»

[2] «Mein unmittelbares Umfeld redet hinter meinem Rücken, diese Situation macht mich so wütend.»

[3] «Meine Freunde und mein unmittelbares Umfeld sprachen in ihren Gesprächen über Unfruchtbarkeit. Von der Gesellschaft auf diese Weise betrachtet zu werden, macht mich nervös.»

[4] «Ich befürchte, dass ein Thema über ein Kind aufkommen wird. Der familiäre Druck macht mich ängstlich, als ob der soziale Druck nicht schon genug wäre.»

[5] «Ich bin enttäuscht, weil die Schwangerschaftstests nicht erfolgreich waren. Eine Schwangerschaft gehört nicht zu meinen Träumen, weil ich nicht daran glaube, dass mein Traum in Erfüllung geht.»

[6] «Mein psychischer Zustand spiegelt sich in meinem physischen Erscheinungsbild wider. Ich habe meine Selbstfürsorge in letzter Zeit vernachlässigt. Ich fühle mich selbst wertlos. Ich fühle mich manchmal nicht wie eine Frau (Sie weinte).»

[7] «Ich habe erfahren, dass einige meiner Freunde mit Kindern mich nicht in ihre Pläne einbezogen haben, als sie zusammenkamen. Ich glaube, dass sie glauben, ich würde eifersüchtig auf sie sein. Ich befürchte, dass ich stigmatisiert und als unfruchtbar abgestempelt werden könnte.»

Tabelle 3: Experiences of Infertility in British and Pakistani Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidencelevel
<p>Batool und de Visser (2016)</p> <p>Grossbritannien & Pakistan</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel war, die Erfahrungen unfruchtbarer Frauen in zwei verschiedenen Kulturen zu untersuchen.</p> <p>Phänomenologische cross-cultural-qualitative study</p>	<p>Die Stichprobe bestand aus 14 ungewollt kinderlose Frauen, die sich einer Unfruchtbarkeitsbehandlung unterzogen.</p> <p>8 Britinnen im Alter von 30 bis 46 Jahren. Alle waren in festen Beziehungen von 3 bis 13 Jahren.</p> <p>6 verheiratete Pakistanerinnen im Alter von 24 bis 42 Jahren. Die Ehedauer betrug zwischen 2 und 15 Jahren.</p>	<p>Die Stichprobenziehung erfolgte in Übereinstimmung mit dem Fokus der Interpretativen Phänomenologischen Analyse:</p> <p>5 Britinnen wurden aus einer grösseren Studie rekrutiert. Mittels Schneeballmethode wurden weitere 3 Britinnen zum Einschluss ermittelt.</p> <p>6 Pakistanerinnen wurden mittels Schneeballmethode rekrutiert.</p> <p>Semistrukturierte Tiefeninterviews dienten der Datenerhebung. Die wörtlichen Transkripte wurden mittels der Interpretativen Phänomenologischen Analyse (IPA) nach Smith (2009) analysiert.</p> <p>Kein Interviewleitfaden vorhanden.</p>	<p>Ergebnisse wurden zu fünf Hauptkategorien zusammengefasst, wobei nur drei für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sehnsucht nach Mutterschaft - Reaktion auf die Diagnose - Auswirkungen der Unfruchtbarkeit <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u> Methodik. Ausreichend Zeit mit Teilnehmerinnen verbracht. Guter Kontext des Phänomens. Nachvollziehbare Schlussfolgerungen für die medizinische Betreuung und weitere Studien.</p> <p><u>Schwächen:</u> Datenerhebung nur mit einer Methode. Keine klaren Ein- und Ausschlusskriterien. Schneeballstichprobendesign. Fraglich, ob Sättigung erreicht wurde. Direkte Transkription ohne Audio-datei. Limitationen unvollständig. Interviewleitfaden fehlte. Übertragbarkeit nicht gewährleistet.</p> <p><u>Evidencelevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Sehnsucht nach Mutterschaft: Britinnen und Pakistanerinnen gaben an, dass sie sich seit ihrer Kindheit vorstellten, Mutter zu werden. Ein Kind zu zeugen, wurde als Hauptzweck einer heterosexuellen Beziehung beschrieben. Der Mutterschaft wurde ein sozialer Wert zugeschrieben, dieser Status fehlte den unfruchtbaren Frauen.

Reaktion auf die Diagnose: Unfruchtbarkeit wurde als Mangel empfunden, welcher Gefühle der Unvollständigkeit, des Versagens und der Schwäche auslöste. Frauen fühlten sich schuldig, waren unsicher und hatten intensive negative Gefühle: *«I was shocked. I was not familiar with all this. I got quite ill for a few months: very tearful and very fearful regarding the future.»*¹ (Britin) Speziell pakistanische Frauen erlebten die Gefühle Angst und Sorgen von den Ehemännern verlassen zu werden. Sie fühlten sich unvollständig, und nutzlos. Die Britinnen empfanden Unfruchtbarkeit im Gegensatz als körperlicher Makel, welcher das Wohlbefinden beeinträchtigte. Eine Britin beschrieb dies wie folgt: *«[What] I feel from the outside - I am a woman working full time in her late thirties - mismatches internally. Internally, I am dysfunctional. I sometimes feel somehow I am unproductive and uncreative in a broad way in my life, not just that something is not working in my ovaries.»*²

Auswirkungen der Unfruchtbarkeit: Die Unfruchtbarkeit hatte in beiden Ländern Auswirkungen auf die Beziehung und das Selbst. Frauen zeigten Anzeichen von Angst, Depression, Energiemangel, gedrückte Stimmung, Schlafstörungen, Vertrauensverlust und Zukunftsängsten. Einige Pakistanerinnen hatten das Gefühl, die Beziehung zu ihren Ehepartnern hatte sich durch die Unfruchtbarkeit verbessert, andere beschrieben jedoch das Gegenteil. Beide Kulturen klagten über Druck. Pakistanerinnen erlebten direkten Druck insbesondere ausgehend von der Familie: *«It might be shocking to them, so we haven't told anything to our parents and in-laws, because they couldn't tolerate it, especially my mother in law. ... She will throw me out of her home if she knows about it.»*³ Unfruchtbarkeit wird in Pakistan als eine Familienangelegenheit beschrieben, weshalb sich die Familie einmischte. In der britischen Kultur wurde die Unfruchtbarkeit als eine private Angelegenheit betrachtet. Frauen waren indirektem Druck durch Fragen ausgesetzt. Die Britinnen spürten negativen Einfluss auf ihre physische und sexuelle Beziehung. Beide Kulturen waren zudem einer Stigmatisierung ausgesetzt. Britinnen erlebten die Selbststigmatisierung und Pakistanerinnen eine soziale Stigmatisierung. Durch die Konfrontation mit Schwangeren, verstärkte sich das Gefühl der Unzugänglichkeit und Isolation in beiden Kulturen. In Pakistan bestand zudem der Aberglaube, dass kinderlose Frauen Ärger und Unglück für Säuglinge bringen würden und somit Distanz zu unfruchtbaren Frauen gewahrt wurde, weshalb sich Pakistanerinnen ausgeschlossen fühlten.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Ich war schockiert. Ich war mit all dem nicht vertraut. Ich wurde einige Monate lang ziemlich krank: sehr weinerlich und sehr ängstlich, was die Zukunft angeht.»*

[2] *«[Was] ich von aussen spüre - ich bin eine vollzeitbeschäftigte Frau in den späten Dreissigern - passt nicht zu meinem Inneren. Innerlich bin ich dysfunktional. Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich in meinem Leben im Grossen und Ganzen unproduktiv und un kreativ bin, nicht nur, dass etwas in meinen Eierstöcken nicht funktioniert.»*

[3] *«Es könnte schockierend für sie sein, deshalb haben wir unseren Eltern und Schwiegereltern nichts erzählt, weil sie es nicht tolerieren könnten, besonders meine Schwiegermutter. ... Sie würde mich aus dem Haus werfen, wenn sie davon erfährt.»*

Tabelle 4: Quality of life of Sudanese patients attending a fertility clinic: a mixed-methods-study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Bayoumi et al. (2021) Khartum, Sudan</p>	<p>Für den qualitativen Teil wurden 20 unfruchtbare Frauen (n=17) und Männer (n=3), die eine halbprivate Fruchtbarkeitsklinik in Khartum, Sudan, besuchen, rekrutiert.</p>	<p>Im qualitativen Teil wurden Tiefeninterviews durchgeführt. Es wurden offene Fragen anhand eines Interviewleitfadens verwendet, um die gelebte Erfahrung der Unfruchtbarkeit zu eruieren.</p>	<p>Diese Studie ermittelte im qualitativen Teil vier Oberthemen. Dabei waren lediglich drei Themen für die Beantwortung der Fragestellung relevant. - Gefühl, dass etwas fehlt - Kontinuum der Ehegattenbindung - Gefühl des sozialen Drucks</p>	<p><u>Stärken:</u> Aktualität. Design passend zur Zielsetzung. Ergebnisse wurden miteinander in den Kontext gestellt und es wurden relevante Schlüsse gezogen. Gewinn an Vertrauen durch verschiedene Methoden. Stärken und Limitationen nachvollziehbar begründet. Vertrauenswürdigkeit. Datensättigung erreicht. Generalisierbarkeit wurde angesprochen, war jedoch nicht Ziel der Studie.</p>
<p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p>	<p>Das durchschnittliche Alter der Frauen betrug 31,96 Jahre. Die Dauer der Unfruchtbarkeit betrug im Durchschnitt 4,03 Jahre. Die durchschnittliche Ehe-dauer betrug 4,62 Jahre.</p>	<p>Analyse durch einen induktiven Codierungsansatz.</p>	<p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Schwächen:</u> Stichprobendesign könnte durch eine geeignetere Methode ersetzt werden. Interviewdauer eher knapp. Quelle der Unfruchtbarkeit nicht konkret definiert.</p>
<p>Das übergeordnete Ziel dieser Studie war, die Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf die fruchtbarkeitsbezogene Lebensqualität von unfruchtbaren Frauen und Männer im Sudan zu bewerten.</p>				
<p>Nur eines der drei Hauptziele war für die Beantwortung der Fragestellung relevant: Das Ziel, die Art des subjektiven Erlebens von Unfruchtbarkeit zu untersuchen.</p>				
<p>Mixed-Methods-Design: explanatory sequential design</p>				<p><u>Evidenzlevel:</u> 2 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Es wurden hier lediglich die Auswirkungen aus Sicht der Frauen aufgeführt:

Das Gefühl, dass etwas fehlt: 14 Frauen beschrieben das Gefühl, dass aufgrund der ungewollten Kinderlosigkeit etwas fehlte. Eine Frau erläuterte dieses Gefühl wie folgt: *«It has affected me from the emotional side, one doesn't feel at ease emotionally, as if something is missing, yes settled, working, the whole family is well, socially OK, everything is excellent, but one feels something is missing. [She further explained the idea that not having a biological child makes life incomplete, she said] ... one feels that one marries to form a family ... when this thing is missing, there is a lack, and life is not complete.»*¹

Kontinuum der Ehegattenbindung: Anhand Aussagen von 15 Frauen wurde festgestellt, dass die Auswirkungen der Unfruchtbarkeit auf die eheliche Beziehung unterschiedlich ausgeprägt waren. Einige Teilnehmerinnen berichteten davon, dass sie von ihren Ehemännern unterstützt wurden und sie sich verstanden fühlten. Einzelne Frauen äusserten zudem ihre Absicht, ein Kind zu bekommen, um ihrem Ehemann zu gefallen. Mehrere Frauen beschrieben jedoch negative Erfahrungen mit ihren Ehemännern als Folge der Unfruchtbarkeit: *«I just started to fight with my husband ... I've just been telling him that he has to come [home to try to conceive again], and if he doesn't come then maybe we can separate, time is passing, and time is affecting me not him.»*² Eine 22-jährige Frau äusserte zudem Konsequenzen wie Polygamie: *«He will marry [again] because that's what happens, he said "if you don't have kids after some time, I will get married"!»*³

Gefühl des sozialen Drucks: 12 Frauen berichteten von einer sozialen Wirkung aufgrund der Unfruchtbarkeit. Viele Teilnehmerinnen fühlten sich von Fragen der Familie, Freunden oder der Gesellschaft unter Druck gesetzt. Sie erzählten davon, dass sie bereits kurz nach der Hochzeit gefragt wurden, wann sie schwanger werden würden. Eine Teilnehmerin beschrieb dies wie folgt: *«Yes, they make you aware that you have a problem, they talk too much ... especially the aunts and grandmothers they are the ones nagging the most ... but if you are alone and you think about it, you wouldn't assess it this way.»*⁴

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Es hat mich von der emotionalen Seite her betroffen, man fühlt sich emotional nicht wohl, als ob etwas fehlt, ja, man hat sich niedergelassen, arbeitet, der ganzen Familie geht es gut, sozial ist alles in Ordnung, alles ist ausgezeichnet, aber man hat das Gefühl, dass etwas fehlt. [Sie erläuterte weiter die Vorstellung, dass das Fehlen eines biologischen Kindes das Leben unvollständig macht, sagte sie] ... man hat das Gefühl, dass man heiratet, um eine Familie zu gründen ... wenn diese Sache fehlt, gibt es einen Mangel, und das Leben ist nicht vollständig.»*

[2] *«Ich habe gerade angefangen, mit meinem Mann zu streiten ... Ich habe ihm einfach gesagt, dass er kommen muss [nach Hause kommen, um erneut zu versuchen, wieder schwanger zu werden], und wenn er nicht kommt, können wir uns vielleicht trennen, die Zeit vergeht, und die Zeit betrifft mich, nicht ihn.»*

[3] *«Er wird [wieder] heiraten, denn das was passierte. Er sagte: "Wenn du nach einiger Zeit keine Kinder hast, werde ich verheiratet"!»*

[4] *«Ja, sie machen dich darauf aufmerksam, dass du ein Problem hast, sie reden zu viel ... vor allem die Tanten und Grossmütter sind diejenigen, die am meisten nörgeln ... aber wenn du allein bist und darüber nachdenkst, würdest du es nicht so bewerten.»*

Tabelle 5: Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidencelevel
<p>Behboodi-Moghadam et al. (2013)</p> <p>Teheran, Iran</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Der Zweck dieser Studie war, die Erfahrungen iranischer Frauen in Bezug auf ihre Unfruchtbarkeit zu untersuchen und zu beschreiben.</p> <p>Phänomenologie</p>	<p>Das Sample bestand aus Frauen mit nachgewiesener Unfruchtbarkeit, die ein Unfruchtbarkeitsbehandlungszentrum für primäre Unfruchtbarkeit in Teheran, Iran, aufsuchten.</p> <p>10 Frauen mit Unfruchtbarkeit im Alter zwischen 25 und 45 Jahren wurden rekrutiert. Die Frauen litten zwischen 4 und 16 Jahren an Unfruchtbarkeit.</p>	<p>Es wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt.</p> <p>Die Schwerpunkte der Interviewfragen lauteten wie folgt: (I) Erfahrungen mit Unfruchtbarkeit (II) Bedeutung von Unfruchtbarkeit aus der Sicht der unfruchtbaren Frau.</p> <p>Eine Inhaltsanalyse wurde mittels eines systematischen Kodierungs- und Kategorisierungsansatzes durchgeführt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden zu vier Oberthemen zugeordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewalt: <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Gewalt - Körperliche Gewalt - Instabilität der Ehe - Soziale Isolation - Verlust des Selbstwertgefühls <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u> Klare Zweckformulierung. Belegte Vertrauenswürdigkeit. Ethische Überlegungen. Gute und genau beschriebene Methodik. Lange Zeit mit den Teilnehmerinnen verbracht. Datenanalyse durch zwei unabhängige Autor*innen. Bias Limitation.</p> <p><u>Schwächen:</u> Kleine Stichprobengröße. Sättigung fraglich. Stichprobendesign nicht beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien nur knapp beschrieben. Aktualität. Frage der Übertragbarkeit wurde nicht gestellt.</p> <p>Evidencelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Gewalt: Das Thema wurde in zwei Unterkapitel aufgeteilt:

Psychische Gewalt war eine der häufigsten Formen von Gewalt, an welchen iranische Frauen durch ihre Ehemänner und deren Verwandten litten: «*My husband sometimes humiliates me due to my infertility and he insults me and my family.*»¹ Frauen äusserten eine zugetragene Schuld, wie auch das Einmischen der Familie ihres Ehemannes als Hauptproblem der Unfruchtbarkeit. Eine Frau beschrieb dies wie folgt: «*My husband's family, particularly my mother-in-law and sister-in-law, provoke my husband against me.*»² Einige Frauen erlebten **körperliche Gewalt** durch ihre Ehemänner in Form von Schlägen. Eine Frau beschrieb dies mit folgenden Worten: «*My husband is very badtempered; he tells me that "you were an old girl when I married you. You are infertile, too. It is your right to be beaten." Then he beats me and tells me that "if you feel uncomfortable here, go to your father's house."*»³

Instabilität der Ehe: Die Schwierigkeiten des Paarlebens nahmen durch die Unfruchtbarkeit zu. Die Distanz der Paare vergrösserte sich. Der psychische Druck schwächte das Familienkonstrukt und führte zu Scheidungen. Frauen hatten den Eindruck, dass das Interesse der Männer an ihnen nachliess, was zu einem Vertrauensverlust führte. Alle iranischen Frauen hatten zudem Angst, ihre Männer würden eine andere Frau heiraten: «*I think that my husband is betraying me. He may marry with another woman to have a child. This issue always worries me.*»⁴

Soziale Isolation: Für die meisten Teilnehmerinnen hatte Unfruchtbarkeit negative soziale Folgen. Sie zogen es vor, alleine zu sein: «*I am really tired because people always ask me 'When are you going to have a kid?' For this reason, I prefer to stay at home.*»⁵ Einige Frauen erlebten zudem Distanzierung durch die Verwandten.

Verlust des Selbstwertgefühls: Ein Ziel der Ehe war es, ein Kind in der Gesellschaft zu haben. Es wurde angenommen, dass ein Kind die Generation erhält und bewahrt. Bemerkte eine Frau, dass sie unfruchtbar war, so verlor sie ihr Selbstwertgefühl und fühlte sich unzugänglich: «*I would never have married, if I knew that I could not bear a child. Now, I feel useless and think that my works are futile.*»⁶ Weiter wurde erwähnt, dass iranische unfruchtbare Frauen Versagensgefühle erlebten und ihr Leben keinen Sinn mehr ergab.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] «*Mein Mann demütigt mich manchmal wegen meiner Unfruchtbarkeit und beleidigt mich und meine Familie.*»

[2] «*Die Familie meines Mannes, insbesondere meine Schwiegermutter und meine Schwägerin, provozieren meinen Mann gegen mich.*»

[3] «*Mein Mann ist sehr schlecht gelaunt; er sagt mir, dass "du ein altes Mädchen warst, als ich dich geheiratet habe. Du bist auch unfruchtbar. Es ist dein Recht, geschlagen zu werden. Dann schlägt er mich und sagt mir: "Wenn du dich hier unwohl fühlst, geh zu deinem Vater".*»

[4] «*Ich glaube, dass mein Mann mich betrügt. Er heiratet vielleicht eine andere Frau, um ein Kind zu bekommen. Dieses Thema beunruhigt mich immer.*»

[5] «*Ich bin wirklich müde, weil mich die Leute immer fragen: "Wann bekommst du ein Kind? Aus diesem Grund ziehe ich es vor, zu Hause zu bleiben.*»

[6] «*Ich hätte nie geheiratet, wenn ich gewusst hätte, dass ich keine Kinder bekommen kann. Jetzt fühle ich mich nutzlos und denke, dass meine Arbeit vergeblich ist.*»

Tabelle 6: The “Everything About the Existence” Experiences of Turkish Women With Infertility: Solicited Diaries in Qualitative Research

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenlevel
<p>Boz und Okumuş (2017)</p> <p>Türkei</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel dieser Studie war, die positiven und negativen Erfahrungen von Frauen mit Unfruchtbarkeit zu beschreiben und zu interpretieren.</p> <p>Phänomenologie</p>	<p>Das Sample umfasste Frauen mit Unfruchtbarkeit, welche sich in einem Unfruchtbarkeitszentrum in der Türkei behandeln lassen.</p> <p>Die Stichprobe integrierte 18 Frauen mit primärer Unfruchtbarkeit. Das Durchschnittsalter der 18 verheirateten Frauen betrug 32 Jahre. 77.8% der Teilnehmerinnen waren Hausfrauen und mindestens seit fünf Jahren unfruchtbar. 72.2% davon hatten ein durchschnittliches Familieneinkommen.</p>	<p>Die Teilnehmerinnen wurden mit einem gezielten Stichprobendesign ermittelt.</p> <p>Die Datenerhebung erfolgte mittels Tagebucheinträgen. Eine Anleitung zu den Tagebucheinträgen war vorhanden.</p> <p>Demografische Daten wurden mittels Datenformular gesammelt.</p> <p>Datenanalyse mittels Analyseprozess nach Braun und Clarke (2006).</p>	<p>18 Tagebücher kehrten an die forschenden Personen zurück, die Einträge reichten von einer Zeile bis 41 A4-Seiten.</p> <p>Die Analyse der Daten ergab sechs Oberthemen, wovon nur fünf zur Beantwortung der Fragestellung relevant waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Kontrolle über alles verlieren: <ul style="list-style-type: none"> - Schlimmer als Krebs - Pessimistisch und wütend - Sich der Angst stellen: <ul style="list-style-type: none"> - Gott prüft mich! - Verzweifeln - Leben mit dem Unbekannten: <ul style="list-style-type: none"> - Wiederaufbau mit neuen Konzepten - Eine ambivalente Wahl - Entfremdung der fruchtbaren Welt: <ul style="list-style-type: none"> - Schliessen der Fensterläden - Ein stilles Verständnis - Existenzieller Glaube und Hoffnung: <ul style="list-style-type: none"> - Mutterschaft - Normal sein <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p>Stärken:</p> <p>Begründete Datenerhebungsmethode.</p> <p>Datenanalyse durch zwei forschende Personen.</p> <p>Population und Stichprobe genau beschrieben.</p> <p>Limitationen dienen der Dateninterpretation.</p> <p>Schwächen:</p> <p>Wenig Zeit mit den Teilnehmerinnen verbracht.</p> <p>Gezieltes Stichprobendesign.</p> <p>Frage der Vertrauenswürdigkeit wurde nicht gestellt.</p> <p>Übertragbarkeit wurde angesprochen, jedoch fraglich.</p> <p>Frage nach Verzerrungen wurde nicht gestellt.</p> <p>Datensättigung wurde nicht belegt.</p> <p>Evidenlevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Die Kontrolle über alles verlieren: Aus allen Tagebüchern ging hervor, dass Unfruchtbarkeit mit einer existenziellen Bedrohung einherging: *«I feel like a puppet... Who controls the reins of my life?»*¹. Ein Unterkapitel mit dem Titel "Schlimmer als Krebs" deutete darauf hin, dass die Unfruchtbarkeit und die damit verbundene Behandlung intensive Emotionen hervorriefen. Eine Frau erklärte, dass Unfruchtbarkeit für sie schlimmer war als jede potenziell lebensbedrohliche Situation: *«I have been trying to get pregnant... five times...without any success. I think this will never end. Like, actually worse than cancer at least, cancer has an end...»*² Der Prozess wurde zudem als sehr anstrengend beschrieben und wirkte sich auf die Rolle der Frau aus. 10 von 18 Teilnehmerinnen wiesen darauf hin, dass sie die Diagnose pessimistisch und wütend stimmte und zur Verzweiflung führte.

Sich der Angst stellen: Die Konfrontation mit der Leere, die mit Unfruchtbarkeit einherging, löste Ängste aus. Im Kapitel "Gott prüft mich!" wurde erläutert, dass einige Frauen die Unfruchtbarkeit als eine Strafe Gottes empfanden, wodurch sie sich schuldig fühlten: *«God did not give me a baby...a cute son...Am I guilty? Why me?»*³ Die Diagnose der Unfruchtbarkeit und dessen Behandlung löste das Gefühl von Verzweiflung aus: *«...It is completely changing your life, over and over...It is there all the time, sneaky...like a nightmare...it hurts...»*⁴

Leben mit dem Unbekannten: Frauen erlebten nach der Diagnose «Unfruchtbarkeit» ein neues und ungewohntes Leben.

Wiederaufbau mit neuen Konzepten: Frauen mussten ihre Ehe und Identität neu konstruieren: *«My husband and I couldn't speak after the treatment started. I think he blames me.»*⁵ **Ambivalente Wahl:** Obwohl die Paare versuchten, eine der verschiedenen Behandlungsoptionen zu wählen, erlebten sie eine intensive soziale, kulturelle und religiöse Ambivalenz.

Entfremdung der fruchtbaren Welt: **Schliessen der Fensterläden:** Die Teilnehmerinnen nahmen oft wahr, dass die Unfruchtbarkeit sie in einen sozialen Kontext lokalisierte, der von der fruchtbaren Welt getrennt war. Sie hatten ein intensives Gefühl, beurteilt zu werden. Unfruchtbarkeit wurde als Konflikt zum gesellschaftlichen Leben betrachtet: *«Last day at lunch, in a crowded place with children and parents...a little girl came up to me and grabbed my hand. Her mother, who was my friend, came and scolded me: 'You go do your own child.' People can be very rude and thoughtless.»*⁶ Aufgrund des gesellschaftlichen Drucks wurde die Behandlung zudem verheimlicht.

Ein stilles Verständnis: Die Unfruchtbarkeit führte zu neuen Erfahrungen und Identitäten, was die Frauen zerbrechlicher und einsamer machte.

Existenzieller Glaube und Hoffnung: Die Teilnehmerinnen berichteten vom Gefühl der Hoffnung auf Mutterschaft, sowohl Hoffnung auf Normalität. Unfruchtbare Frauen fühlten sich anders als fruchtbare Frauen.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Ich fühle mich wie eine Marionette... Wer kontrolliert die Zügel meines Lebens?»*

[2] *«Ich habe schon fünfmal versucht, schwanger zu werden - ohne Erfolg. Ich glaube, das wird nie enden. Zumindest schlimmer als Krebs, denn Krebs hat ein Ende...»*

[3] *«Gott hat mir kein Baby geschenkt...einen süßen Sohn...Bin ich schuldig? Warum ich?»*

[4] *«...Es verändert dein Leben komplett, immer und immer wieder...Es ist die ganze Zeit da, schleichend...wie ein Alptraum...es tut weh...»*

[5] *«Mein Mann und ich konnten nach Beginn der Behandlung nicht mehr miteinander sprechen. Ich glaube, er gibt mir die Schuld.»*

[6] *«Am letzten Tag beim Mittagessen, an einem überfüllten Ort mit Kindern und Eltern... kam ein kleines Mädchen auf mich zu und ergriff meine Hand. Ihre Mutter, die mit mir befreundet war, kam zu mir und schimpfte: "Geh und kümmere dich um dein eigenes Kind." Die Menschen können sehr unhöflich und rücksichtslos sein.»*

Tabelle 7: Representations of infertility as reflected in online discussion forums in Romania

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Dănilă und Băban (2018) Rumänien</p>	<p>Es wurden 5 relevante rumänische Diskussionsforen zum Thema Unfruchtbarkeit untersucht. Davon wurden 3142 Nachrichten analysiert.</p> <p>Das Sample bestand ausschliesslich aus weiblichen Forenmitgliedern.</p>	<p>Thematische Datenanalyse mittels datengesteuertem und induktivem Ansatz nach Braun & Clarke (2006).</p> <p>Alle Nachrichten wurden kodiert und einem Schema zugeordnet.</p>	<p>Diese Studie ermittelte fünf Oberthemen, wobei nur drei für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unfruchtbarkeit als Bedrohung der weiblichen Identität - Die Geschichte eines weiteren Versuches - Einsames Paar <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u> Anzahl analysierten Nachrichten. Effektive Zusammenfassung der Ergebnisse.</p> <p><u>Schwächen:</u> Methodik sehr anfällig für Bias. Keine Erhebung von demografischen Daten. Ein- und Ausschlusskriterien mangelhaft. Sättigung, Vertrauenswürdigkeit und Übertragbarkeit fraglich. Keine Limitationen. Keine ethische Prüfung.</p> <p><u>Evidenzelevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>
<p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p>				
<p>Das Ziel der Studie war, mehr Einblicke in die Erfahrungen unfruchtbarer Frauen anhand von Einträgen von Online-Diskussionsforen zu geben.</p>				
<p>Phänomenologie</p>				

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Unfruchtbarkeit als Bedrohung der weiblichen Identität: In den Foren ging Unfruchtbarkeit mit mehrfachen Verlusten (Mutterschaft, weiblicher Identität, sozialer Beziehung) einher. Unfruchtbarkeit wertete Frauen ab, indem Frauen die Mutterrolle vorenthalten wurde. Eine Frau berichtete über ihr unerfülltes Leben wie folgt: *«I am sure you all go through the same problems and experience the same unfulfillment of not being able to give birth to a child.»*¹ Frauen fühlten sich abnormal. Sie hatten Emotionen wie Scham und Verlust des Selbstwertgefühls. Diese negativen Gefühle entstanden auch als Folge des sozialen Drucks. Eine Frau beschrieb, wie sie sich aufgrund ihrer Problematik anders fühlte und weshalb sie sich isolieren wollte: *«I feel like crying all the time, nothing pleases me anymore. I do not find any joy going out. I would rather isolate myself, because I am different from the others.»*²

Die Geschichte eines weiteren Versuches: Der Unfruchtbarkeitsprozess und dessen Behandlung wurde als zeit- und kräftezehrend beschrieben. Eine Frau beschrieb, dass sie das Gefühl hatte, zwei Jahre ihres Lebens verloren zu haben: *«I feel that waiting for a miracle to happen, I have lost what could have been 2 beautiful years of my life.»*³ Trotz Erschöpfung durch die Behandlung und Diagnose gaben Frauen nie auf. Der Prozess wurde als eine Achterbahnfahrt von Hoffnung bis Verzweiflung beschrieben.

Einsames Paar: Unfruchtbarkeit hatte nicht nur Auswirkungen auf die Frau, sondern auch auf das Paar. Die Unfruchtbarkeit und die damit verbundene Behandlung beschrieben Frauen als mühsam und zeitaufwendig, das Paarleben wurde dadurch beeinträchtigt. Da sich Frauen nur bei ihrem Partner akzeptiert, verstanden und sicher fühlten, wurde die Thematik auch nur mit dem Partner diskutiert. Unfruchtbarkeit war des Weiteren mit einer Stigmatisierung verbunden: *«I have heard people talking about children conceived in a tube or in a jar” or “some people think that by conceiving through IVF, the child does not belong to you, but to other woman.»*⁴ Die Unfruchtbarkeit beeinträchtigte zudem das Wohlbefinden und das Sexualleben der Paare.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Ich bin sicher, dass sie alle die gleichen Probleme haben und die gleiche Unerfülltheit erleben, wenn sie nicht in der Lage sind, ein Kind zu gebären.»*

[2] *«Mir ist die ganze Zeit zum Weinen zumute, nichts macht mir mehr Freude. Ich habe keine Freude mehr am Ausgehen. Ich würde mich lieber isolieren, weil ich anders bin als die anderen.»*

[3] *«Ich habe das Gefühl, dass ich, während ich auf ein Wunder warte, 2 schöne Jahre meines Lebens verloren habe.»*

[4] *«Ich habe gehört, wie die Leute über Kinder sprachen, die in einem Röhrchen oder in einem Glas gezeugt wurden" oder "einige Leute denken, dass das Kind, das durch IVF gezeugt wurde, nicht zu Ihnen gehört, sondern zu einer anderen Frau.»*

Tabelle 8: Infertility, Psychological Distress, and Coping Strategies among Women in Mali, West Africa: A Mixed-Methods Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Hess et al. (2018)</p> <p>Koutiala, Mali</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Ziel der Studie war, die durch die Unfruchtbarkeit verursachte psychologische Belastung zu untersuchen.</p> <p>Convergent Mixed-Methods-Design</p>	<p>Die Studie wurde im nicht-staatlichen Krankenhaus für Frauen und Kinder in Koutiala, Mali, durchgeführt.</p> <p>Die qualitative Stichprobe umfasste 26 Frauen aus dem quantitativen Teil der Studie (N=52), welche für mindestens 12 Monate schwangerschaftsunfähig waren. Die Frauen waren 17 bis 44 Jahre alt. Etwa 50% der Frauen litten an einer primären Unfruchtbarkeit.</p>	<p>Es wurde eine zielgerichtete Stichprobenmethode verwendet.</p> <p>Durchführung von semi-strukturierten Interviews.</p> <p>Die Frauen wurden nach einem semi-strukturierten Interviewleitfaden in Bambara oder Französisch interviewt.</p> <p>Konventionelle Inhaltsanalyse zur Erstellung von Kategorien und Themen nach Hsieh and Shannon (2005).</p>	<p>In dieser Studie wurden neun Oberthemen im qualitativen Teil ermittelt. Dabei waren lediglich fünf Oberthemen für die Beantwortung der Fragestellung relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spannungen mit dem Mann - Unfruchtbarkeitsbedingter psychischer Stress - Kritik von Schwiegereltern - Stigmatisierung durch die Gemeinschaft - Isolierung <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u></p> <p>Design passend zum Ziel. Datensättigung erreicht. Methodisches Vorgehen. Ergebnisse wurden in den Kontext gestellt und pflegerelevante Schlüsse wurden gezogen. Limitationen wurden nachvollziehbar beschrieben. Stichprobengröße. Frage der Übertragbarkeit wurde angesprochen und diskutiert.</p> <p><u>Schwächen:</u></p> <p>Bezahlung der Teilnehmerinnen. Begründung für ein Mixed-Methods-Design mangelhaft. Zielgerichtetes Stichprobendesign. Der Prozess der Integration von qualitativen- und quantitativen Daten war nicht ersichtlich.</p> <p><u>Evidenzelevel:</u> 2 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Die qualitativen Ergebnisse dieser Studie wiesen darauf hin, dass muslimische Frauen deutlich mehr an zwischenmenschlichen (71.4%) Problemen litten als nicht-muslimische Frauen (33.3%). Die meisten Frauen beschrieben Ehe- und Familienkonflikte, einige sprachen von einer Stigmatisierung.

Spannungen mit dem Mann: 38% der Frauen hatten Ehekonflikte, angezeigt durch Streit, Spannung und Vernachlässigung. Eine Frau wies mit folgenden Worten auf Streitigkeiten mit ihrem Partner hin: «*The effects of not getting pregnant can bring disagreement between my husband and me.*»¹

Unfruchtbarkeitsbedingter psychischer Stress: 3 von 4 Frauen offenbarten eine psychische Notlage. Sie sprachen von Schmerz, Trauer, Isolation, Sehnsucht, Sorge und Resignation. Eine Frau erklärte ihre Gefühle wie folgt: «*The effects of not getting pregnant... it leaves a bad taste in your mouth. Whenever there's talk about a baby, you find your body dies because there is no baby in your arms. You ask yourself, „What happened that I am unable to get pregnant?“*»²

Kritik von Schwiegereltern: 23% der Frauen beschrieben emotionalen Stress aufgrund Kritik der Familie des Ehemannes. Männer wurden von ihren Familien aufgefordert, sich von ihren unfruchtbaren Frauen scheiden zu lassen oder eine andere Frau zu heiraten. Eine Frau erklärte dies folgendermassen: «*Recently his family pushed him until he took another wife. That time was difficult.*»³

Stigmatisierung durch die Gemeinschaft: 23% der Frauen erlebten eine Stigmatisierung oder Diskriminierung von der Gesellschaft. Eine Frau beschrieb wie die Nachbarn über sie sprachen: «*It troubles me. My husband doesn't talk about it, but among my neighbors there are a lot of murmurs about [me not having a child].*»⁴

Isolierung: Die Studie beschrieb zudem, dass sich Frauen einsam oder leer fühlten. Zwei Frauen erwähnten speziell, dass sie sich von anderen Personen isolierten: «*I don't have a calm mind. I only pray at home. I stay at home. I keep away from people. I cry.*»⁵

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] «Die Auswirkungen einer ausbleibenden Schwangerschaft können zu Unstimmigkeiten zwischen meinem Mann und mir führen.»

[2] «Die Auswirkungen einer nicht eingetretenen Schwangerschaft... hinterlassen einen schlechten Geschmack im Mund. Jedes Mal, wenn von einem Baby die Rede ist, stirbt der Körper, weil man kein Baby im Arm hat. Du fragst dich: "Was ist passiert, dass ich nicht schwanger werden kann?"»

[3] «Vor kurzem drängte ihn seine Familie, bis er sich eine andere Frau nahm. Diese Zeit war schwierig.»

[4] «Das beunruhigt mich. Mein Mann spricht nicht darüber, aber unter meinen Nachbarn wird viel darüber [dass ich kein Kind habe] gemurmelt.»

[5] «Ich habe keinen ruhigen Geist. Ich bete nur zu Hause. Ich bleibe zu Hause. Ich halte mich von Menschen fern. Ich weine.»

Tabelle 9: Spiritual and Religious Issues of Stigmatization Women with Infertility: A Qualitative Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Höbek Akarsu und Kızılkaya Beji (2021)</p> <p>Türkei</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Der Zweck dieser Studie war, die Wahrnehmung von Frauen mit Unfruchtbarkeit in Bezug auf Stigmatisierung und religiöse und spirituelle Fragen der Stigmatisierung zu bestimmen.</p> <p>Phänomenologie</p>	<p>Das Sample bestand aus Frauen, bei denen Unfruchtbarkeit diagnostiziert wurde und welche sich in den Geburtshilfe- und Gynäkologie Polikliniken des Bozok University Practise and Research Hospitals überwachen liessen.</p> <p>12 Frauen mit Unfruchtbarkeit im Alter zwischen 20 und 39 Jahren wurden in die Stichprobe eingeschlossen. Die Frauen liteten zwischen 1 und 15 Jahren an Unfruchtbarkeit. Bei 5 Teilnehmerinnen lag die Ursache der Unfruchtbarkeit bei der Frau. Bei vier Teilnehmerinnen konnte die Ursache nicht auf ein bestimmtes Geschlecht zurückgeführt werden. Bei 3 Teilnehmerinnen lag das Problem der Unfruchtbarkeit beim männlichen Partner.</p>	<p>Es wurden problemzentrierte Interviews durchgeführt.</p> <p>Die Stichprobe wurde anhand der Kriteriumsstichprobenmethode nach Yıldırım und Şimşek (2005) ermittelt.</p> <p>Interviewleitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Analyse unterlag der phänomenologischen Forschungsmethode. Eine Inhaltsanalyse wurde durchgeführt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden zu fünf Themen zugeordnet, wobei nur drei für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle emotionale Zustände unfruchtbarer Frauen - Reaktionen von Familien auf Unfruchtbarkeit - Auswirkungen des Treffens mit Menschen, die sich der Unfruchtbarkeit des Subjekts bewusst sind <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u> Klare Zweckformulierung. Gute Methodik. Dauer der Interviews. Problematik wurde in einem aussagekräftigen Kontext beschrieben.</p> <p><u>Schwächen:</u> Kriterien-Stichprobendesign (gezieltes Verfahren). Bias durch männliche Unfruchtbarkeit. Interviews wurden direkt transkribiert, keine Audiodatei vorhanden. Sättigung fraglich. Ein- und Ausschlusskriterien wurden nur knapp beschrieben. Vertrauenswürdigkeit, Übertragbarkeit und Integrität fraglich. Keine Limitationen.</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Es wurden lediglich Ergebnisse aufgeführt, welche die weibliche Unfruchtbarkeit betrafen:

Aktuelle emotionale Zustände unfruchtbarer Frauen: Alle Frauen mit Unfruchtbarkeit waren traurig, unglücklich und nervös. Die Hälfte gab an, einen ängstlichen und anstrengenden Prozess mit Enttäuschungen und Groll zu erleben. Eine Teilnehmerin drückte ihre Situation aus, dabei waren ihre Augen tränenreich und sie hatte Schwierigkeiten zu sprechen: *«I am extremely unhappy; I feel very sad.»*¹ Eine weitere Teilnehmerin beschrieb den Unfruchtbarkeitsprozess folgendermassen: *«I am going through an exhausting and fearful process.»*²

Reaktionen von Familien auf Unfruchtbarkeit: Unfruchtbarkeit beeinflusste die familiären Beziehungen, die psychosozialen Bedingungen und die Bewältigungsmechanismen unfruchtbarer Frauen. Sie erhielten vor allem durch die Familien der Ehemänner Beschuldigungen. Eine Frau beschrieb die familiäre Unterstützung durch die Familie des Partners wie folgt: *«Initially, my partner's family was very supportive. However, later, they started telling me lies. They took me to shrines. I thought that we were making regular visits to these shrines. However, apparently, they were taking me there because I could not have children [...] I was very sorry. I felt so bad and insufficient.»*³ Weiter waren sie den Ängsten einer möglichen Trennung ihres Ehepartners und dem Druck der Schwiegereltern ausgesetzt. Eine unfruchtbare Frau erklärte, die Worte ihrer Schwiegermutter wie folgt: *«In where we come from, women who do not have children are forced to get divorced. Our son is young; we can easily re-marry him to another girl.»*⁴

Auswirkungen des Treffens mit Menschen, die sich der Unfruchtbarkeit des Subjekts bewusst sind: Zehn von zwölf Frauen fühlten sich unwohl, wenn sie sich mit Menschen trafen, die von ihrer Unfruchtbarkeit wussten. Sie glaubten, dass hinter ihrem Rücken über sie gesprochen wurde. Weiter war es ihnen unangenehm, über die Unfruchtbarkeit in der Öffentlichkeit zu sprechen. Sie wurden aufgrund der Kinderlosigkeit bemitleidet. Eine Frau berichtete wie folgt über ihre Erfahrung: *«I feel uncomfortable meeting with people who know that I am infertile because they bombard me with questions just to satisfy their curiosity. I do not want to talk to them. It is not appropriate to tell them 'do not ask me questions like these' so I do not talk to them at all. I, even, distance myself from my co-workers for this reason.»*⁵

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Ich bin äusserst unglücklich. Ich bin sehr traurig.»*

[2] *«Ich mache einen anstrengenden und angstbesetzten Prozess durch.»*

[3] *«Anfangs war die Familie meines Partners sehr hilfsbereit. Später begannen sie jedoch, mir Lügen zu erzählen. Sie nahmen mich zu Heiligtümern mit. Ich dachte, dass wir diese Heiligtümer regelmässig besuchen würden. Aber offenbar brachten sie mich dorthin, weil ich keine Kinder bekommen konnte [...] Es tat mir sehr leid. Ich fühlte mich so schlecht und unzureichend.»*

[4] *«Dort, wo wir herkommen, sind Frauen, die keine Kinder haben, gezwungen, sich scheiden zu lassen. Unser Sohn ist jung; wir können ihn leicht mit einem anderen Mädchen verheiraten.»*

[5] *«Ich fühle mich unwohl, wenn ich mich mit Leuten treffe, die wissen, dass ich unfruchtbar bin, weil sie mich mit Fragen bombardieren, nur um ihre Neugierde zu befriedigen. Ich möchte nicht mit ihnen sprechen. Es ist unangemessen, ihnen zu sagen, dass sie mir solche Fragen nicht stellen sollen, also spreche ich überhaupt nicht mit ihnen. Ich distanziere mich sogar von meinen Arbeitskolleg*innen aus diesem Grund.»*

Tabelle 10: Voices of the Unheard: Women and Infertility in India

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
Kothari und Sriram (2022) Mumbai/Delhi, Indien	Frauen mit nachgewiesener primärer oder sekundärer Unfruchtbarkeit wurden in die Stichprobe aufgenommen. Sie wurden in zwei staatlichen Krankenhäusern in Delhi und Mumbai rekrutiert.	Durchführung von Tiefeninterviews. Interviewleitfaden beinhaltete folgende Bereiche: - Bewusstsein und Zuschreibung von Unfruchtbarkeit - Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf das Selbst und die Interaktionen mit Ehepartner, Familie und anderen - Schwierigkeiten, die aufgrund von Unfruchtbarkeit auftreten, und Möglichkeiten, damit umzugehen - Soziale Unterstützung und ihre Art; Reaktionen der Menschen in der Umgebung	Die Ergebnisse wurden in zehn Oberthemen kategorisiert. Für die Beantwortung der Fragestellung waren lediglich fünf Oberthemen relevant: - Überzeugungen über die Bedeutung eines Kindes für Frauen - Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf das Selbst: - Gefühl des Verlustes und unvollendete Träume - Verweigerung von Rechten - Sich unsicher fühlen - Erfahrungen mit Partner-Paar-Problemen: - Unterstützung durch den Ehemann - Mangelnde Unterstützung durch den Ehemann: Schuldzuweisungen und Druck. - Auswirkungen auf die sexuelle Beziehung - Grenzen und Kommunikation - Erlebnisse mit der Familie - Erfahrungen mit der grösseren Gesellschaft (Verwandte, Nachbarn etc.) Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.	<u>Stärken:</u> Klare Zweckformulierung. Methodik diente dem Zweck der Studie. Ethische Überlegungen wurden getätigt. Bias Verminderung durch methodisches Vorgehen. Ergebnisse waren nachvollziehbar, begründet und wurden im kulturellen Kontext diskutiert. Aktualität. <u>Schwächen:</u> Keine Angaben, ob Datensättigung erreicht wurde. Kein Stichprobendesign beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht aufgeführt. Frage der Übertragbarkeit wurde nicht gestellt. <u>Evidenzelevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)
Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	Die Stichprobe umfasste 11 Frauen mit primärer oder sekundärer Unfruchtbarkeit. Das Durchschnittsalter betrug 31 Jahre. Alle Teilnehmerinnen waren Hausfrauen, durchschnittlich waren sie 10 Jahre verheiratet. Die Anzahl der Behandlungsjahre reichte von 1 bis 11 Jahren.	Analyse wurde durch einen Codierungs- und Kategorisierungsansatz generiert.		
Phänomenologie				

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Überzeugungen über die Bedeutung eines Kindes für Frauen: Die meisten Frauen fühlten sich verpflichtet, ein Kind zu bekommen. Folglich fühlten sie sich unvollständig, mangelhaft oder leer. Die meisten Frauen äusserten, wie ihre Identität als Frau mit der Geburt eines Kindes verbunden war. Dies hatte zur Folge, dass sie sich enturzelt und verloren fühlten. Sie konnten die Rolle der Frau nicht umsetzen, was zu einem Rollenkonflikt führte: *«As a woman you are a sister, daughter, sister-in-law, daughter in law. Being a mother is also important. If I'm not there, my name will be there, this is Tripti's child. If something happens to me my name will live on, this is Tripti's child.»*¹

Auswirkungen von Unfruchtbarkeit auf das Selbst: Einige Frauen erzählten davon, dass sie sich immer wieder die Frage «Was wäre wenn...» gestellt hatten. Sie erlitten dabei Gefühle von Verlust, Traurigkeit, Schmerz, Scham und Schuld. Sie erlebten Minderwertigkeitsgefühle, wenn sie jüngere Frauen mit Kindern betrachteten. Je selbstverständlicher das Muttersein für die Teilnehmerinnen war, desto stärker wurden die psychischen Folgen beschrieben. Eine Frau erwähnte die Unfruchtbarkeit als Schandfleck auf der weiblichen Identität: *«Like there is a white cloth and on that white cloth there is a stain (daag). To remove it, it takes a long time. And sometimes what happens is that it doesn't go at all. The lives of women who don't have a child are like that as well.»*²

Gefühl des Verlustes und unvollendete Träume: Frauen beschrieben die Kinderlosigkeit als Verlust und einen geplatzten Traum. Ebenfalls erlitten sie existentielle Bedenken. **Verweigerung von Rechten:** Die meisten Teilnehmerinnen hatten das Gefühl, sie fielen ihren Familien zur Last, sie wurden nicht genug wertgeschätzt und ihnen wurden Rechte, wie beispielsweise einen Anteil am Familienbesitz, verweigert.

Sich unsicher fühlen: Viele Frauen glaubten, dass ein Kind ihnen Sicherheit und Legitimität verschaffen würde und sie somit von den Blicken anderer verschont blieben.

Erfahrungen mit Partner-Paar-Problemen: **Unterstützung durch den Ehemann:** Die meisten Frauen hatten das Gefühl, dass ihre Ehemänner sie unterstützten und sich dadurch das Gefühl des Alleinseins verbesserte. Die Unterstützung reichte von finanziellen Beiträgen zur Behandlung, Flexibilität gegenüber anderen Kinderwunsch-Optionen und Verteidigung bei verletzenden Kommentaren. **Mangelnde Unterstützung durch den Ehemann: Schuldzuweisungen und Druck:** Frauen, welche keine Unterstützung von ihren Ehemännern spürten, fühlten sich schuldig, waren frustriert und lebten mit der Angst, verlassen zu werden. Einige Frauen fühlten sich unter Druck gesetzt, sich behandeln zu lassen oder mit der Behandlung weiterzufahren, auch wenn sie das eigentlich gar nicht wollten. Eine Frau beschrieb die Vorwürfe ihres Ehemannes: *«My husband also tells me that you have ruined me, I married you and got ruined, was not able to have one child.»*³ **Auswirkungen auf die sexuelle Beziehung:** Wenige Frauen deuteten auf sexuelle Auswirkungen einer Unfruchtbarkeit hin. Eine Frau berichtete darüber, dass ihr Mann überzeugt davon war, dass Geschlechtsverkehr lediglich die Funktion hatte, ein Kind zu zeugen. Ebenfalls schilderte sie, dass die Distanz zwischen ihnen als Paar Annäherungsversuche anderer Männer begünstigte: *«Look, I live with my husband and he must have told somebody that we don't have too much of a relation and it [sex] doesn't happen. Then that person thought that 'I can make use of her'. That I can sleep with that person. But I said I don't want, I don't want a child, if I want, I want from my husband; otherwise I don't want.»*⁴ **Grenzen und Kommunikation:** Einige Frauen erzählten, dass sie sich als Paar uneinig waren, wie viele Informationen über die Unfruchtbarkeit oder den Behandlungsprozess nach aussen gelangen sollten.

Erlebnisse mit der Familie: Viele Frauen machten negative Erfahrungen mit der Familie ihrer Ehemänner. Dabei stellte das Weiterführen der Familienlinie eine zentrale Bedeutung dar. Sie erfuhren vor allem durch die weiblichen Verwandten der Ehemänner Beschuldigungen, Kritik, Bedrängung zur Behandlung, Spott und Beschimpfungen. Dies verletzte die Frauen sehr. Sie wurden ausgegrenzt und fühlten sich minderwertig.

Erfahrungen mit der grösseren Gesellschaft (Verwandte, Nachbarn etc.): Die Abgrenzung wurde schwieriger, je länger die Unfruchtbarkeit bestand. Viele Frauen hatten folglich das Gefühl, dass ihr Leben offen für andere war, um sie zu kommentieren, zu tadeln oder Mitleid auszudrücken. Sie fühlten sich isoliert und anders. Zusätzlich empfanden sie Gefühle der Hilflosigkeit und das Gefühl, als hätten sie ein Verbrechen begangen. Dies machte sie anfälliger für unerwünschte Aufmerksamkeit von anderen Männern. Sie wurden abwertend oder unantastbar behandelt. Ebenfalls stellten sich die Teilnehmerinnen oft die Frage, ob sie überhaupt das Recht auf ein friedliches Leben in der Gesellschaft hätten.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Als Frau ist man Schwester, Tochter, Schwägerin, Schwiegertochter. Mutter zu sein ist auch wichtig. Wenn ich nicht da bin, wird mein Name da sein, das ist Triptis Kind. Wenn mir etwas zustösst, wird mein Name weiterleben, das ist Triptis Kind.»*

[2] *«Es gibt zum Beispiel ein weisses Tuch und auf diesem weissen Tuch ist ein Fleck (daag). Um ihn zu entfernen, braucht man viel Zeit. Und manchmal ist es so, dass er gar nicht verschwindet. So ist auch das Leben von Frauen, die kein Kind haben.»*

[3] *«Mein Mann sagt mir auch, dass du mich ruiniert hast, dass ich dich geheiratet habe und ruiniert wurde, dass ich kein einziges Kind bekommen konnte.»*

[4] *«Sehen Sie, ich lebe mit meinem Mann zusammen, und er muss jemandem gesagt haben, dass wir keine allzu enge Beziehung haben und es [Sex] nicht vorkommt. Dann hat diese Person gedacht: "Ich kann sie ausnutzen". Dass ich mit dieser Person schlafen kann. Aber ich habe gesagt, ich will nicht, ich will kein Kind, wenn ich eins will, dann von meinem Mann, sonst will ich keins.»*

Tabelle 11: Women’s Experience of Infertility and Disenfranchised Grief

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>McBain und Reeves (2019)</p> <p>USA</p> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p>	<p>Das Sample umfasste 8 unfruchtbare Frauen. 7 davon litten an primärer und eine litt an sekundärer Unfruchtbarkeit.</p> <p>Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Studie im Alter von 23 bis 39 Jahren. Die durchschnittliche Unfruchtbarkeitsdauer betrug 5,6 Jahre.</p>	<p>Durchführung von halb-strukturierten Interviews.</p> <p>Gezielte Stichprobenmethode.</p> <p>Dauer der Interviews unbekannt.</p> <p>Codierungs- und Kategorisierungsansatz. Interpretative phänomenologische Analyse (IPA).</p>	<p>Diese Studie ermittelte drei Oberthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauer, die nicht offen zugegeben werden kann - Verletzende Kommentare oder Lösungen - Ausgeschlossen oder ignoriert werden - Trauer, die nicht öffentlich betrauert werden kann - Der Verlust ist unsichtbar - Die Trauer wird verheimlicht - Minimale Linderung der Trauer - Trauer, die gesellschaftlich nicht getragen werden kann - Es ist schwierig, sich auf frühere Stützen zu verlassen - Bedeutung des Ehegattenunterhalts <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u></p> <p>Klare Zweck- und Zielformulierung.</p> <p>Starke Methodik.</p> <p>Ergebnisse waren nachvollziehbar, begründet und wurden im Kontext zu anderen Studien diskutiert.</p> <p>Aktualität.</p> <p>Frage der Übertragbarkeit wurde angesprochen.</p> <p><u>Schwächen:</u></p> <p>Datensättigung fraglich.</p> <p>Gezieltes Stichprobendesign.</p> <p>Stichprobe knapp beschrieben.</p> <p>Keine Ausschlusskriterien.</p> <p>Daten wurden nicht von externen Personen begutachtet.</p> <p>Dauer und genaues Setting der Interviews unbekannt.</p> <p>Kleine Stichprobe.</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>
<p>Das Ziel dieser Studie war, die Trauererfahrungen von Frauen mit Unfruchtbarkeit zu untersuchen und zu ergründen, wie ihre Trauer entmündigt wurde.</p> <p>Die übergeordnete Forschungsfrage lautete: «Wie erleben Frauen Trauer im Zusammenhang mit ihrer Unfruchtbarkeit?»</p> <p>Phänomenologie</p>				

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Trauer, die nicht offen zugegeben werden kann: Alle Teilnehmerinnen berichteten davon, wie ihre Trauer von anderen Personen entkräftigt wurde. Unfruchtbarkeit wurde verheimlicht. Frauen wichen den Reaktionen von anderen aus. **Verletzende Kommentare oder Lösungen:** Viele Frauen wurden mit unsensiblen Kommentaren konfrontiert. Einigen wurde die Adoption vorgeschlagen, was sie als beleidigende Äusserung empfanden. Viele aussenstehende Personen machten Hinweise zu Behandlungsmöglichkeiten. **Ausgeschlossen oder ignoriert werden:** Viele Teilnehmerinnen sagten, dass sie sich von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlten. Sie fühlten sich weder zur Gesellschaft mit Kindern, noch zur Gesellschaft ohne Kinder zugehörig. Sie berichteten von Ausgrenzung von Freunden und Familie, indem sie beispielsweise nicht zu Veranstaltungen eingeladen wurden: *«We have friends that at the beginning when we met them, when we first got married, their kids would have a birthday party and we would get invited because we help with a lot of the kids at our church. We don't get invited to birthday parties anymore. [...]»*¹

Trauer, die nicht öffentlich betrauert werden kann: Die Unfruchtbarkeitstrauer passte nicht in die traditionell gesellschaftliche Norm der Trauer und hinderte die Frauen daran, ihre Trauer bzw. ihren Verlust öffentlich zu bedauern. **Der Verlust ist unsichtbar:** Unfruchtbarkeitstrauer wurde subjektiv empfunden und von aussen nicht wahrgenommen. Sie wurde als Verlust einer Lebensphase (Schwangerschaft, Geburt, Kindererziehung, Grosselternschaft) wahrgenommen: *«When I was growing up, my idea was I would get married kind of young, in my twenties, and then I'd have four kids between getting married and say, my age now, 35. Then I would raise them and go on about my business. That was always what I assumed would happen. And then it did not. So realizing that my plans for my life didn't exactly go the way I thought or wanted gets a little sad»*² 4 Frauen verglichen den Unfruchtbarkeitsverlust mit einem Todesfall. Viele Frauen berichteten auch von monatlichen Verlusten, wenn keine Schwangerschaft eintraf. **Die Trauer wird verheimlicht:** Die Gefühle, die die betroffenen Frauen erlebten, waren oft negativ über sich selbst oder sie fragten sich, warum genau sie unfruchtbar seien. Es wurde ein allgemeines Gefühl von Selbstvorwürfen beschrieben. Frauen distanzieren sich aufgrund dieser Gefühle. Die Trauer führte zu Vermeidungsverhalten. **Minimale Linderung der Trauer:** Alle Frauen berichteten über ein Gefühl der anhaltenden Angst. Die meisten Frauen äusserten eine emotionale Achterbahnfahrt ihres Menstruationszyklus (Hoffnung, Aufregung, Vorfremde, Verwirrung). Zu Beginn der Periode wurden Gefühle wie Wut, Herzschmerz und Scham empfunden. Frauen fühlten sich ruhelos und äusserten ein Gefühl der anhaltenden Unklarheit darüber, ob sie jemals ein Kind empfangen würden oder nicht. Ihnen fiel es somit schwer, ein Gefühl des Friedens oder der Heilung zu finden.

Trauer, die gesellschaftlich nicht getragen werden kann: Alle Frauen beschrieben die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung während der schweren Zeit der Trauer. **Es ist schwierig, sich auf frühere Stützen zu verlassen:** Sieben der acht Teilnehmerinnen erzählten davon, dass sie Schwierigkeiten hatten, sich auf ihre Familienmitglieder und Freunde zu stützen, da sich die Freundschaften veränderten und Unverständnis von Familie und Freunden bestand: *«(Infertility) has ruined some of my friendships because they don't understand where you're at and they can't support you the way that you need support.»*³ **Bedeutung des Ehegattenunterhalts:** Alle Frauen sprachen darüber, wie ihre Beziehung zu ihrem Partner durch die Unfruchtbarkeits-Trauer beeinträchtigt wurde. Fünf Frauen beschrieben eine Stärkung der Beziehung bzw. keinen Schaden der Beziehung: *«In some ways I think it's made it a lot stronger, because this was our first big hurdle we had to go through as a couple. I really got to see how much he loved me [and] that he was willing to do absolutely anything for us to have this family that we dreamed of.»*⁴ Diese Frauen fühlten sich getröstet und ihrem Partner nahe. Drei Frauen berichteten, dass sie sich von ihren Partnern nur wenig unterstützt fühlten, da ihre Partner nicht nachvollziehen konnten, was sie durchmachten oder ihre Trauer auf andere Weise ausdrückten: *«I feel like I've been grieving by myself, even though I'm married to a wonderful human being that I love very much, I've been [at this level of grief] for a lot longer than he has. I didn't think I could ever feel so alone.»*⁵

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Wir haben Freunde, deren Kinder am Anfang, als wir sie kennenlernten, als wir zum ersten Mal heirateten, eine Geburtstagsparty feierten, und wir wurden eingeladen, weil wir vielen Kindern in unserer Kirche halfen. Jetzt werden wir nicht mehr zu Geburtstagsfeiern eingeladen. [...]»*

[2] *«Als ich aufwuchs, hatte ich die Vorstellung, dass ich ziemlich jung heiraten würde, in meinen Zwanzigern, und dass ich dann vier Kinder haben würde, zwischen meiner Heirat und meinem jetzigen Alter, also 35. Dann würde ich sie grossziehen und mich um mein Geschäft kümmern. Das war immer das, wovon ich ausging, dass es so kommen würde. Und dann kam es doch nicht. Wenn ich also feststelle, dass meine Pläne für mein Leben nicht so verlaufen sind, wie ich es mir vorgestellt oder gewünscht habe, ist das schon ein bisschen traurig.»*

[3] *«(Unfruchtbarkeit) hat einige meiner Freundschaften ruiniert, weil sie nicht verstehen, wo man steht, und einen nicht so unterstützen können, wie man es braucht.»*

[4] *«In gewisser Weise glaube ich, dass sie dadurch viel stärker geworden ist, denn das war unsere erste grosse Hürde, die wir als Paar nehmen mussten. Ich habe wirklich gesehen, wie sehr er mich geliebt hat [und] dass er bereit war, alles für uns zu tun, um diese Familie zu haben, von der wir geträumt haben.»*

[5] *«Ich habe das Gefühl, dass ich allein trauere, obwohl ich mit einem wunderbaren Menschen verheiratet bin, den ich sehr liebe, und ich bin schon viel länger [auf dieser Stufe der Trauer] als er. Ich hätte nicht gedacht, dass ich mich jemals so allein fühlen könnte.»*

Tabelle 12: Infertility Related Issues and Challenges: Perspectives of Patients, Spouses, and Infertility Experts

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenlevel
<p>Naz und Batool (2017)</p> <p>Lahore, Pakistan</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war, die psychosozialen Probleme im Zusammenhang mit Unfruchtbarkeit bei Männern und Frauen in Pakistan zu identifizieren und Verständnis dafür zu erlangen.</p> <p>Phänomenologie</p>	<p>Die Teilnehmerinnen wurden aus Ambulatorien, zwei öffentlichen und zwei privaten Unfruchtbarkeitskliniken in Lahore, Pakistan, für diese Studie rekrutiert.</p> <p>Die Stichprobe umfasste 6 unfruchtbare Frauen mit Problematiken wie unregelmässige Menstruation, Follikelprobleme, polyzystisches Ovarialsyndrom oder Endometriose.</p>	<p>Halbstrukturierte Interviews wurden durchgeführt.</p> <p>Interviewleitfaden nicht vorhanden, es wurden lediglich Interviewthemen erwähnt: psychologische, soziale, familiäre und persönliche Auswirkungen der Unfruchtbarkeit, Ehekonflikte, sexuelle Probleme, behandlungsbezogene Auswirkungen der Unfruchtbarkeit.</p> <p>Die Datenanalyse erfolgte nach Braun und Clark (2006) und Braun, Clarke und Terry (2012) mittels sechsstufigem thematischem Analyseansatz.</p>	<p>Die Studie ermittelte Ergebnisse zu acht Oberkategorien, wovon lediglich sechs zur Beantwortung der Fragestellung verwendet wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Probleme - Familiärer Druck - Persönliches Belangen - Psychische Belastung - Sexuelle Probleme - Eheleiche Konflikte <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u></p> <p>Methodik. Zeit mit den Teilnehmerinnen. Empathischer Beziehungsaufbau zu Teilnehmerinnen. Kategorisierung der Daten. Vertrauenswürdigkeit. Gute Limitationen. Schlussfolgerungen für Pflege.</p> <p><u>Schwächen:</u></p> <p>Reflexivität nicht gewährleistet. Gezieltes Stichprobendesign. Stichprobengrösse klein. Frage nach Biasreduktion, Übertragbarkeit und Sättigung wurde nicht gestellt. Keine Beschreibung der Teilnehmerinnen mit demografischen Daten. Kleine Stichprobe. Bias durch männliche Beteiligung.</p> <p><u>Evidenlevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Soziale Probleme: Unfruchtbare Frauen berichteten über negative Erfahrungen innerhalb der Gemeinschaft. Das Kinderkriegen stellte in der pakistanischen Stichprobe ein soziales Prestige und eine Grundlage für das Überleben der Gemeinschaft dar. Pakistanische Studienteilnehmerinnen lebten in grösseren Familiensystemen, weshalb die Familie sich oft in ihre Angelegenheiten einmischte. Diese Einmischung verstärkte ihre Frustration und Reizbarkeit, was zu einem Gefühl der sozialen Isolation führte. Frauen, die ungewollt kinderlos waren, sahen sich mit zynischen und neugierigen Fragen von Familienmitgliedern und der Gesellschaft konfrontiert und litten unter sozialem Druck. Sie hatten Angst, von ihren Ehemännern verlassen zu werden. Eine Frau beschrieb ihre Gedanken darüber, dass ihr Mann sie verlassen könnte, wie folgt: *«I am living in a village, people make me think that my husband will leave me and will do the 2nd marriage. I am tense to hear all this stuff.»*¹

Familiärer Druck: Betroffene Frauen erlebten Stigmatisierung innerhalb ihrer Familien, die sich durch demütigende Worte äusserte. Sie wurden von der Teilnahme an Hochzeiten oder anderen Zeremonien ausgeschlossen. Schwiegereltern beschuldigten, verspotteten und entwürdigten die betroffenen Frauen: *«My mother-in-law, very early, started taking me to midwives and doctors for examination... my husband does not like me and come home after two months or more, and my mother-in-law thinks that children will induce care and love in my husband.»*²

Persönliches Belangen: Eltern zu werden, galt als wichtiger Meilenstein in der pakistanischen Kultur. Die Unfähigkeit, ein Kind zu bekommen, löste bei den Frauen Trauer und Kummer aus. Sie berichteten von niederschmetternden Erfahrungen und intensiven Gefühlen. Eine Frau beschrieb ihren Stress mit folgenden Worten: *«When I saw my cousins and junior colleagues with children, I felt that it was too late, now I should have my own children.»*³

Psychische Belastung: Die psychische Belastung äusserte sich in Form von Symptomen der Depression (Traurigkeit, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer etc.), Angst (Atemprobleme, Reizbarkeit, Unruhe etc.) und Stress (Anspannung etc.). Unfruchtbarkeit war ein Tabuthema und führte daher zur Isolation. Betroffene berichteten zudem über Enttäuschung und Wut im Kontext zu jedem Menstruationszyklus.

Sexuelle Probleme: Der sexuelle Ansporn wich vom Vergnügen ab und zielte auf der Geburt eines Kindes ab. Geschlechtsverkehr wurde als Behandlung angesehen. Oft war die Konzentration während des Geschlechtsverkehrs auf die Problematik gerichtet. Folglich liessen die Motivation und das Interesse an Sexualität nach.

Eheliche Konflikte: Unfruchtbare Frauen wurden mit Drohungen der Scheidung, Trennung und zweiter Ehe direkt konfrontiert oder machten sich Gedanken darüber. Unfruchtbarkeit führte bei einigen Paaren zudem zu Eheproblemen.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] *«Ich lebe in einem Dorf, und die Leute machen mir weiss, dass mein Mann mich verlassen und eine zweite Ehe eingehen wird. Ich bin angespannt, all diese Dinge zu hören.»*

[2] *«Meine Schwiegermutter hat schon sehr früh damit begonnen, mich zu Hebammen und Ärzten zu bringen, um mich untersuchen zu lassen... mein Mann mag mich nicht und kommt nach zwei Monaten oder mehr nach Hause, und meine Schwiegermutter denkt, dass Kinder bei meinem Mann Fürsorge und Liebe hervorrufen werden.»*

[3] *«Als ich meine Cousins und Cousinen und meine jüngeren Kollegen mit Kindern sah, hatte ich das Gefühl, dass es zu spät war, dass ich jetzt meine eigenen Kinder haben sollte.»*

Tabelle 13: The Social Consequences of Infertility among Iranian Women: A Qualitative Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenlevel
<p>Hasanpoor-Azghdy et al. (2015)</p> <p>Teheran, Iran</p>	<p>Frauen mit nachgewiesener Unfruchtbarkeit, welche sich im Vali-e-Asr Fertility Health Research Center in Teheran behandeln liessen, wurden in die Studie eingeschlossen.</p>	<p>Die Teilnehmerinnen wurden mit einer zielgerichteten Sampling-Strategie ermittelt.</p> <p>Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 semi-strukturierte Interviews durchgeführt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden fünf Themenbereichen zugeordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewalt: <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Gewalt - Körperliche Gewalt - Instabilität und Unsicherheit der Ehe - Soziale Isolation: <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung von bestimmten Personen und Netzwerken - Selbst auferlegte Isolation von der Gesellschaft - Gefühl der sozialen Ausgrenzung: <ul style="list-style-type: none"> - Von Familienangehörigen und Angehörigen missachtet werden - Reduzierung sozialer Interaktionen mit der unfruchtbaren Frau - Soziale Entfremdung 	<p><u>Stärken:</u> Klare Zielformulierung. Grosse Stichprobe. Klare Methodik. Vertrauenswürdigkeit der Studie wurde belegt. Sättigung wurde erreicht. Ethische Überlegungen. Mehrere Messmethoden. Ausreichend Zeit mit den Teilnehmerinnen verbracht. Frage der Übertragbarkeit wurde gestellt und bestätigt.</p>
<p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p>	<p>Das Sample bestand aus 25 Frauen mit primärer oder sekundärer Unfruchtbarkeit im Alter zwischen 21 und 48 Jahren. Die Frauen hatten keine Kinder und litten zwischen 1 und 14 Jahren an Unfruchtbarkeit.</p>	<p>Kein Interviewleitfaden vorhanden.</p> <p>Weitere Daten wurden durch Beobachtungen und Feldnotizen gesammelt.</p> <p>Es fand eine konventionelle qualitative Inhaltsanalyse statt. Diese wurde anhand der CQCA-Methode nach Hsieh und Shannon (2005) durchgeführt.</p>	<p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Schwächen:</u> Zielgerichtetes Stichprobendesign. Fehlen eines Interviewleitfadens. Limitationen wären wünschenswert. Studie ging nicht auf Biaslimitation ein. Aktualität.</p>
<p>Diese Studie zielte darauf ab, die sozialen Erfahrungen und das Verständnis iranischer unfruchtbarer Frauen, die eine Behandlung suchten, aufzuzeigen.</p>				<p><u>Evidenlevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>
<p>Conventional qualitative content analysis</p>				

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Gewalt:

Psychische Gewalt wurde in der Regel in Form von Stigmatisierung erlebt. Frauen erlebten das Stigma der Unfruchtbarkeit als Verlust der Würde und des sozialen Status. Sie berichteten über Schuldzuweisungen, Scham, Ignoranz und Demütigung durch ihre Partner, Familie und Gemeinschaft. Eine Frau erläuterte, dass unfruchtbare Frauen als ausgetrockneten Baum betitelt wurden: «*There is a common proverb here that an infertile woman looks like a dried tree.*»¹ Einige Frauen erfuhren Diskriminierung und Druck vor allem seitens der Schwiegereltern. Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss und Familieneinkommen erfuhren öfters psychische Gewalt. Ein Drittel der Teilnehmerinnen erfuhr zudem verbale Gewalt in Form von Belästigung und Beleidigung durch den Ehemann. Eine Frau beschrieb, dass ihr Ehemann sie verspottete: «*My husband frequently makes wisecracks about my infertility by remarking that my brother, for example, has married later than us, but he has a child now.*»² Zwei Teilnehmerinnen erfuhren zusätzlich körperliche Gewalt in Form von an den Haaren ziehen, herumschubsen und schlagen.

Instabilität oder Unsicherheit der Ehe: Unfruchtbarkeit bildete im Iran einen Scheidungsgrund sowie Grund zur Wiederverheiratung der Männer, was zu sozialem Druck führte. Eine Frau beschrieb dies mit folgenden Worten: «*From all sides, people recommend my husband to get remarried. His family, the relatives and significant others instruct my husband to divorce me, to look for and to remarry a fertile woman.*»³ Trotzdem akzeptierten die Ehemänner, gemäss den meisten Teilnehmerinnen, die aktuelle Situation und trennten sich nicht. Alle Betroffenen hingegen konnten die Situation nicht akzeptieren.

Soziale Isolation: Unfruchtbare Frauen äusserten ein Vermeidungsverhalten hinsichtlich der Kinder, Schwangeren, unfruchtbare Gleichaltrigen und Fernsehsendungen, welche sich mit der Fruchtbarkeit auseinandersetzen. Frauen isolierten sich selbst von gesellschaftlichen Zeremonien und Veranstaltungen. Aus Scham schränkten sie die Kontakte und Kommunikation mit Bekannten ein.

Gefühl der sozialen Ausgrenzung: Frauen äusserten Missachtung seitens der Angehörigen: «*Now, there is a new bride in the family, so they make all excuses to ignore me and this is made evident by their behavior and looks.*»⁴ Weiter deuteten die Betroffenen darauf hin, dass Familienmitglieder und Freunde die Interaktion mit der unfruchtbaren Frau vermieden.

Soziale Entfremdung: Unfruchtbare Frauen wurden durch die Kultur und Gesellschaft entfremdet. Sie mussten sich im sozialen Verhalten zurechtfinden und sich sozialen Normen anpassen: «*If one interacts with kids, folks are looking at her, saying that she yearns to have kids. If one does not interact with kids, folks say that she did not pay attention to kids.*»⁵

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] «Ein bekanntes Sprichwort besagt, dass eine unfruchtbare Frau wie ein vertrockneter Baum aussieht.»

[2] «Mein Mann macht sich oft über meine Unfruchtbarkeit lustig, indem er bemerkt, dass mein Bruder zum Beispiel später geheiratet hat als wir, aber jetzt ein Kind hat.»

[3] «Von allen Seiten wird meinem Mann empfohlen, wieder zu heiraten. Seine Familie, die Verwandten und Lebensgefährten raten meinem Mann, sich von mir scheiden zu lassen und eine fruchtbare Frau zu suchen und wieder zu heiraten.»

[4] «Jetzt gibt es eine neue Braut in der Familie, und sie machen alle Ausreden, um mich zu ignorieren, was sich in ihrem Verhalten und ihrem Aussehen zeigt.»

[5] «Wenn man mit Kindern zu tun hat, schauen die Leute auf sie und sagen, dass sie sich danach sehnt, Kinder zu haben. Wenn man nicht mit Kindern zu tun hat, sagen die Leute, dass sie sich nicht um Kinder kümmert.»

Tabelle 14: The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
Hasanpoor-Azghady et al. (2019) Teheran, Iran	Frauen mit Unfruchtbarkeit, welche sich im Vali-e-Asr Fertility Health Research Center oder in der Avicenna Fertility Clinic in Teheran behandeln liessen, wurden zur Studie angeboten.	Die Teilnehmerinnen wurden mit einer zielgerichteten Stichprobenmethode ermittelt. Im Anschluss der Analyse der demografischen Daten erfolgte eine theoretische Stichprobenziehung.	Die Ergebnisse wurden zu 12 Hauptkategorien zugeordnet, wobei nur 6 für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren: <ul style="list-style-type: none"> - Psychische und soziale Folgen der Unfruchtbarkeit: <ul style="list-style-type: none"> - psychologischen Folgen - sozialen Folgen - Interaktion des Paares: <ul style="list-style-type: none"> - Reaktion und Leistungen des Ehemannes auf Unfruchtbarkeit - Unfruchtbarkeit vor Ehemann verbergen - Dialogische und emotionale Beziehungen - Sexuelle Unzufriedenheit aufgrund der Unfruchtbarkeit und dessen Behandlung - Urteilsvermögen und Leistung von Familie und Gesellschaft: <ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung und Einstellung des Individuums zur Unfruchtbarkeit - Persönliche Überzeugungen und Beweggründe für die Geburt - Merkmale der unfruchtbaren Frauen - Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Stärken: Stichprobengrösse. Sehr deutlich beschriebene Vorgehensweise (Datenerhebung und Analyse). Ausreichend Zeit im Feld und mit den Teilnehmerinnen verbracht. Klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien. Sättigung wurde erreicht. Ethische Überlegungen. Frage der Übertragbarkeit wurde gestellt.
Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Keine Interviewleitfaden vorhanden.	Schwächen: Zielgerichtetes Stichprobendesign. Limitationen wären wünschenswert. Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Urteilsvermögen und Leistung von Familie und Gesellschaft: <ul style="list-style-type: none"> - Überzeugung und Einstellung des Individuums zur Unfruchtbarkeit 	Limitationen wären wünschenswert. Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Grounded Theory	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Persönliche Überzeugungen und Beweggründe für die Geburt	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Merkmale der unfruchtbaren Frauen	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.
Das Ziel dieser Studie war, die soziale Konstruktion von Unfruchtbarkeit bei unfruchtbaren Frauen zu untersuchen, die eine Behandlung im iranischen kulturell-sozialen Kontext suchten.	27 Frauen mit primärer und sekundärer Unfruchtbarkeit wurden inkludiert. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 31 Jahren. Sie litten durchschnittlich 5 Jahre an Unfruchtbarkeit. Die Frauen hatten ein durchmisches Bildungsniveau.	Mit den Teilnehmerinnen wurden jeweils 1 - 2 halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews starteten mit der Frage: «Wie haben Sie herausgefunden, dass Sie Probleme mit der Fruchtbarkeit haben?»	- Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: <ul style="list-style-type: none"> - Engere Beziehung - Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens 	Interviewleitfaden fehlte. Vertrauenswürdigkeit wurde nicht belegt. Bias Limitationen wurden nicht generiert.

Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.

Wichtigste Ergebnisse und Zitate**Psychische und soziale Folgen der Unfruchtbarkeit:**

Zu den psychologischen Folgen zählten Aufruhr, verminderte Geduld und Toleranz, Gefühl der Absurdität und Ziellosigkeit, mangelndes Selbstvertrauen, negative Gedanken, Selbstbeschuldigung, Angst, negative Gefühle, Trauer und Depression. Eine Frau beschrieb ihre kognitive Beteiligung wie folgt: «*I was always involved with this issue that whether my problem would be resolved or not.*»¹ Zu den sozialen Folgen gehörten Stigmatisierung, Lebensinstabilität, soziale Ausgrenzung, relative Benachteiligung und soziale Entfremdung. Durch die Vernachlässigung der Teilnehmerinnen und die verminderte Interaktion mit der Familie fühlten sich die Frauen sozial isoliert: «*My sister-in-law is now pregnant. I am really ignored. As if I do not exist at all.*»²

Interaktion des Paares: Reaktion und Leistungen des Ehemannes auf Unfruchtbarkeit: Die meisten Frauen erhielten Unterstützung durch ihre Ehemänner, einige erfuhren jedoch auch Stigmatisierung Seiten dessen. Die Prävalenz der körperlichen Gewalt war gering. Unfruchtbarkeit vor Ehemann verbergen: Frauen, welche keine Unterstützung des Ehemannes erhielten, verborgen ihre Problematik. Alle Frauen berichteten über reduzierte dialogische und emotionale Beziehungen. Einige Frauen berichteten zudem über sexuelle Unzufriedenheit aufgrund der Unfruchtbarkeit und dessen Behandlung.

Urteilsvermögen und Leistung von Familie und Gesellschaft: Viele Teilnehmerinnen wurden von der Familie des Mannes stigmatisiert und verloren ihren sozialen Status. Alle Teilnehmerinnen erfuhren von Verwandten und engen Freunden Demütigungen und Beschuldigungen.

Persönliche Überzeugungen und Beweggründe für die Geburt: Überzeugung und Einstellung des Individuums zur Unfruchtbarkeit: Die meisten Frauen behaupteten, dass die Unfruchtbarkeit mit Herausforderungen und Komplikationen einherging, beispielsweise die Frage nach dem Sinn des Lebens und Unklarheit über die Zukunft. Frauen fühlten sich von ihren Ehemännern nicht verstanden.

Merkmale der unfruchtbaren Frauen: Das Erleben der Unfruchtbarkeit war abhängig vom Alter, Ehejahr, Unfruchtbarkeits- und Behandlungsdauer, Art der Unfruchtbarkeit und Behandlung, Bildung, Beruf, Familieneinkommen, Wohnort sowie Status des Ortes.

Engere Beziehung und Bedrohung der Beziehung: Drei Teilnehmerinnen behaupteten, dass die Folge von Unfruchtbarkeit eine engere Beziehung zu den Ehemännern darstellte, die meisten Teilnehmerinnen deuteten jedoch auf die Wahrscheinlichkeit des Zerfalls des Ehelebens hin.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] «*Ich war immer mit der Frage beschäftigt, ob mein Problem gelöst werden würde oder nicht.*»

[2] «*Meine Schwägerin ist jetzt schwanger. Ich werde wirklich ignoriert. Als ob ich gar nicht existiere.*»

Tabelle 15: Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidencelevel
<p>Taebi et al. (2021)</p> <p>Isfahan, Iran</p> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel dieser Studie war, das Stigma der Unfruchtbarkeit basierend auf Erfahrungen und Wahrnehmungen von iranischen Frauen zu untersuchen.</p> <p>Qualitative Inhaltsanalyse</p>	<p>Frauen mit primärer Unfruchtbarkeit, die sich einer Unfruchtbarkeitsbehandlung im Fruchtbarkeits- und Unfruchtbarkeitszentrum in Isfahan, Iran, unterzogen wurden für diese Studie rekrutiert.</p> <p>17 Frauen mit primärer Unfruchtbarkeit im durchschnittlichen Alter von 32,88 Jahren wurden inkludiert. Die durchschnittliche Dauer der Unfruchtbarkeit betrug 4,25 Jahre.</p>	<p>Durchführung von Semi-Strukturierten-Interviews (Tiefeninterviews).</p> <p>Schwerpunkt der Interviews waren die Wahrnehmungen der Frauen über das Stigma der Unfruchtbarkeit.</p> <p>Eine konventionelle Inhaltsanalyse nach der Methode von Granheim und Lundman wurde durchgeführt. Die Analyse erfolgte durch einen systematischen Kodierungs- und Kategorisierungsansatz.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in vier Hauptthemen kategorisiert. Es waren lediglich zwei Hauptthemen für die Beantwortung der Fragestellung relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stigma-Profil: <ul style="list-style-type: none"> - Verbale Stigmatisierung - Soziale Stigmatisierung - Gleichgeschlechtliche Stigmatisierung - Selbststigmatisierung <ul style="list-style-type: none"> - Negative Gefühle - Abwertung <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p>Stärken:</p> <p>Klare Zweckformulierung. Vertrauenswürdigkeit der Studie wurde belegt. Ethische Überlegungen wurden getätigt. Methodik diente dem Zweck der Studie. Es wurde ausreichend Zeit mit den Teilnehmerinnen verbracht. Ergebnisse wurden nachvollziehbar begründet und diskutiert. Datensättigung wurde erreicht. Übertragbarkeit der Ergebnisse in ähnlichem Kontext möglich.</p> <p>Schwächen:</p> <p>Kein Stichprobendesign beschrieben.</p> <p>Evidencelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Stigma-Profil: Verbale Stigmatisierung: Viele Frauen berichteten über ein verbales Stigma in Form von Sarkasmus, Demütigung und Verwendung von beleidigenden Begriffen für Unfruchtbarkeit durch Bekannte. Einige Teilnehmerinnen äusserten, dass ihnen immer wieder neugierige Fragen gestellt wurden: «*Why haven't you had children yet? Do you have a problem or does your husband have any problems?*»¹ Solche Fragen wurden als beleidigend und ärgerlich empfunden.

Soziale Stigmatisierung: Laut Teilnehmerinnen waren negative Meinungen über die Unfruchtbarkeit häufig verbreitet. Die meisten Frauen zögerten, den Begriff Unfruchtbarkeit zu verwenden: «*I do not like the word of infertility at all. I do not think it is a good word at all.*»²

Gleichgeschlechtliche Stigmatisierung: Die meisten Frauen äusserten, dass sie häufig von anderen Frauen stigmatisiert wurden. Eine Teilnehmerin berichtete von der Stigmatisierung, die sie durch ihre Schwiegermutter erfuhr: «*When my mother-in-law introduces me to others, she says: she is my daughter-in-law, she is in our family for 13 years but still has no children. Please pray for her. She wants to hurt me; she wants to say that the problem is from my side.*»³

Selbststigmatisierung: Gelegentlich verinnerlichten unfruchtbare Frauen den Stigmatisierungsprozess.

Negative Gefühle: Die Erzählungen einiger Teilnehmerinnen brachten ihre Trauer sowie ihr Leid zum Ausdruck. Gefühle wie Bitterkeit, Traurigkeit und Angst wurden erlebt: «*I think that infertility is a disaster. The disease itself could be treated, but what happens in our society and the way that others treat you, it is really bad. The fact that everybody believes that it is your fault.*»⁴ Zudem hatten einige Frauen Angst vor der Gefährdung ihrer Ehe.

Abwertung: Frauen glaubten, dass die Unfruchtbarkeit sie unvollständig machen würde. Daraus resultierte ein Gefühl der Minderwertigkeit sowie eine Veränderung der Überzeugungen und persönlichen Werte bei den betroffenen Frauen: «*I always think that, because I cannot get pregnant, cannot have children, I am lower than others. This idea really bothers me.*»⁵ Einige Frauen berichteten über die Verschlechterung ihres Selbstwertgefühls: «*I'm not comfortable at parties at all. I don't have a good feeling. My self-esteem has really decreased. I don't want to be among others. I feel like I'm boring in comparison to them.*»⁶ Diese negativen Emotionen verringerten auch die Selbstwirksamkeit der Frauen und führte dazu, dass sie ihre Gefühle und Emotionen nicht mehr unter Kontrolle halten konnten.

Deutsche Übersetzungen der Zitate:

[1] «*Warum hast du noch keine Kinder bekommen? Hast du ein Problem oder hat dein Mann ein Problem?*»

[2] «*Ich mag das Wort "Unfruchtbarkeit" überhaupt nicht. Ich denke, es ist überhaupt kein gutes Wort.*»

[3] «*Wenn meine Schwiegermutter mich anderen vorstellt, sagt sie: Sie ist meine Schwiegertochter, sie ist seit 13 Jahren in unserer Familie, hat aber immer noch keine Kinder. Bitte betet für sie. Sie will mich verletzen; sie will sagen, dass das Problem auf meiner Seite liegt.*»

[4] «*Ich denke, dass Unfruchtbarkeit eine Katastrophe ist. Die Krankheit selbst könnte behandelt werden, aber was in unserer Gesellschaft passiert und wie andere einen behandeln, ist wirklich schlimm. Die Tatsache, dass jeder glaubt, dass es deine Schuld ist.*»

[5] «*Ich denke immer, dass ich, weil ich nicht schwanger werden und keine Kinder bekommen kann, schlechter bin als andere. Dieser Gedanke stört mich sehr.*»

[6] «*Ich fühle mich auf Partys überhaupt nicht wohl. Ich habe kein gutes Gefühl. Mein Selbstwertgefühl ist wirklich gesunken. Ich möchte nicht unter anderen sein. Ich habe das Gefühl, dass ich im Vergleich zu ihnen langweilig bin.*»

Tabelle 16: Lived experience of infertility among Hongkong Chinese women

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Tiu et al. (2018)</p> <p>Hongkong, China</p> <hr/> <p>Fragestellung/ Zielsetzung/ Hypothese und Design</p> <p>Ziel der Studie war, das Phänomen der weiblichen Unfruchtbarkeit und deren Auswirkungen auf das Leben (soziale Konsequenzen) zu erforschen.</p> <p>Phänomenologie</p>	<p>Chinesische Frauen aus Hongkong mit primärer oder sekundärer Unfruchtbarkeit wurden zur Studie rekrutiert.</p> <p>13 Frauen mit primärer (n=9) oder sekundärer (n=4) Unfruchtbarkeit wurden eingeschlossen. Die Frauen waren im Alter von 34 bis 52 Jahren und seit 4 bis 22 Jahren verheiratet.</p>	<p>Schneeball-Stichprobenmethode.</p> <p>Durchführung von halbstrukturierten Interviews (Tiefeninterviews).</p> <p>Der Interviewleitfaden enthielt Fragen, um die physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von Unfruchtbarkeit zu erfassen.</p> <p>Analyse durch einen systematischen Kodierungs- und Kategorisierungsansatz.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in vier Hauptthemen unterteilt, wovon lediglich zwei für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht ausweichbare kulturelle Belastung der chinesischen Familie - Psychische Belastung: <ul style="list-style-type: none"> - Isolation durch Neid <p>Auf der folgenden Seite wird der Inhalt der Oberthemen detaillierter dargelegt.</p>	<p><u>Stärken:</u></p> <p>Methodik.</p> <p>Vorgängig durchgeführte Pilotstudie.</p> <p>Genügend Zeit mit Teilnehmerinnen verbracht.</p> <p>Übersetzungen wurden vom ganzen Forschungsteam begutachtet, um Fehler aufzudecken.</p> <p>Ergebnisse waren nachvollziehbar und begründet.</p> <p><u>Schwächen:</u></p> <p>Übertragbarkeit fraglich.</p> <p>Ergebnisse wurden in der Diskussion etwas aus dem Kontext gerissen.</p> <p>Keine ethischen Überlegungen.</p> <p>Schneeballstichprobendesign.</p> <p>Frage der Übertragbarkeit wurde nicht gestellt.</p> <p>Datensättigung fraglich.</p> <p><u>Evidenzelevel:</u> 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Wichtigste Ergebnisse und Zitate

Nicht ausweichbare kulturelle Belastung der chinesischen Familie: Einige Teilnehmerinnen berichteten darüber, dass sie besorgt waren, dass ihre Eltern oder Schwiegereltern aufgrund der Unfruchtbarkeit verärgert wären. Zudem gaben die Frauen an, dass sie sich als Versagerinnen fühlten, da sie ihren Eltern und Schwiegereltern kein Enkelkind gebären konnten, das sie hätten lieben können: «*When I told my mother-in-law that I was unable to have a child, she was very disappointed.*»¹ Viele Teilnehmerinnen fühlten sich schuldig, weil sie der Verpflichtung der Fortsetzung der Familienlinie nicht nachkommen konnten: «*I felt under pressure as my husband's family is from Chiu Chow. They are very much concerned about having their bloodline to pass down through generations.*»² Die Harmonie der Beziehung wurde durch die Unfruchtbarkeit beeinflusst. Einige Frauen erzählten davon, dass ihre Schwiegereltern empört und negativ auf die Unfruchtbarkeit reagiert hatten: «*My mother-in-law has two sons. She always makes the comparison between me and the other daughter-in-law. She told me, 'Ah Ling [another daughter-in-law] is such a good daughter-in-law, she gave me 3 lovely grandchildren, you should learn from her ... and don't be workaholics ...'. I was so upset.*»³

Psychische Belastung: Isolation durch Neid: Es wurde eine psychische Belastung in Form von Verlust, Angst, Depression, Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust, Wut und Groll sowie verminderte Lebenszufriedenheit oder Einsamkeit aufgrund der Unfruchtbarkeit festgestellt. Auch wurde Neid, Bitterkeit und Eifersucht in Bezug auf Kinder geschildert: «*My best friend, whom we knew each other when we were 8 years old, [sic] told me that she was pregnant soon after her marriage. I was not happy or excited about that. I did not even congratulate her.*»⁴ Weiter erläuterte eine unfruchtbare Frau: «*I enjoy taking care of my friend's daughter. However, I find myself getting increasing upset and experience a kind of sadness after playing with the children. I wish I could receive such good luck of having such lovely girls.*»⁵

Deutsche Übersetzung der Zitate:

[1] «Als ich meiner Schwiegermutter sagte, dass ich kein Kind bekommen kann, war sie sehr enttäuscht.»

[2] «Ich fühlte mich unter Druck gesetzt, da die Familie meines Mannes aus Chiu Chow stammt. Sie sind sehr darauf bedacht, dass ihre Blutlinie über Generationen weitergegeben wird.»

[3] «Meine Schwiegermutter hat zwei Söhne. Sie vergleicht mich immer mit der anderen Schwiegertochter. Sie sagte mir: "Ah Ling [eine andere Schwiegertochter] ist eine so gute Schwiegertochter, sie hat mir drei wunderbare Enkelkinder geschenkt, du solltest von ihr lernen ... und nicht so arbeitssüchtig sein ...". Ich war so wütend.»

[4] «Meine beste Freundin, die wir kannten, als wir 8 Jahre alt waren, [sic] erzählte mir, dass sie kurz nach ihrer Heirat schwanger war. Ich war nicht glücklich oder aufgeregt darüber. Ich habe ihr nicht einmal gratuliert.»

[5] «Ich kümmere mich gerne um die Tochter meiner Freundin. Ich merke jedoch, dass ich immer unruhiger werde und eine Art Traurigkeit verspüre, wenn ich mit den Kindern spiele. Ich wünschte, ich könnte das Glück, so liebevolle Mädchen zu haben, noch einmal haben.»

4.2 Synthese der Ergebnisse

Die Literaturrecherche zeigte, dass Unfruchtbarkeit mit zahlreichen, vorwiegend negativen Emotionen und Gefühlen einherging. Die psychologischen Auswirkungen waren oft von kulturellen Gegebenheiten und den daraus resultierenden sozialen Auswirkungen abhängig (Batool & de Visser, 2016). Eine ungewollte Kinderlosigkeit sowie deren Behandlung stellten eine erhöhte psychische Belastung dar und nahmen Einfluss auf die diversen Aspekte des Lebens (Boz & Okumuş, 2017). Allgemein betrachtet führten die psychosozialen Auswirkungen zur Verminderung der Lebensqualität und des Wohlbefindens sowie zur Lebensinstabilität (Bayoumi et al., 2021; Dănilă & Băban, 2018; Hasanpoor-Azghady et al., 2019).

Die nachfolgend genannten Auswirkungen und Empfindungen wurden gemäss Hasanpoor-Azghady et al. (2019) durch biografische und unfruchtbarkeitsspezifische Merkmale, wie das Alter oder die Dauer der Unfruchtbarkeit beeinflusst. Verschiedene wirtschaftliche und soziale Variablen wie Bildung, Beruf, Einkommen aber auch der Wohnort nahmen zudem Einfluss auf das Konstrukt der psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche zu fünf Oberthemen zugeordnet und mit zwei bis sieben Subthemen beschrieben. Zur besseren Orientierung wurde die Gliederung in der nachfolgenden Grafik dargestellt:

Tabelle 17: Synthetisierung der Ergebnisse (in Eigenarbeit erstellt)

Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Stigmatisierung - Selbststigmatisierung
Isolation	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstisolation - Soziale Isolation
Auswirkungen auf die Paarbeziehung	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkung der Beziehung - Instabilität der Beziehung - Sexuelle Probleme - Körperliche Gewalt durch Partner
Psychische Belastung	<ul style="list-style-type: none"> - Verlust und Versagen - Trauer und Schmerz - Angst und Sorgen - Stress - Schuldgefühl und Schuldzuweisung - Wut, Groll und Aufruhr - Hoffnung und Hoffnungslosigkeit
Selbstwert und Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstwert - Selbstwirksamkeit

4.2.1 Stigmatisierung

Die Stigmatisierung wurde in zwei Studien als ein negatives Gefühl definiert. Betroffene standen dabei im Widerspruch zu den sozialen Normen. Die Analyse der Studien zeigte, dass Frauen, die an einer Unfruchtbarkeit litten, häufig von einer Stigmatisierung und deren gravierenden Folgen betroffen waren (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Taebi et al., 2021).

Die Stigmatisierung konnte in zwei Unterthemen gegliedert werden. Diese umfassten die soziale Stigmatisierung sowie Selbststigmatisierung von Betroffenen.

Soziale Stigmatisierung: Unfruchtbare Frauen wurden vorwiegend mit der sozialen Stigmatisierung konfrontiert (Boz & Okumuş, 2017; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Kothari & Sriram, 2022; Naz & Batool, 2017; Taebi et al., 2021). Diese äusserte sich in Form von sarkastischen Aussagen, Demütigung, Beleidigung oder Belästigung durch das Umfeld. Frauen schämten sich für die Unfruchtbarkeit und erlebten eine soziale Ignoranz. Weiter wurden sie mit gesellschaftlichem Druck konfrontiert, welcher sich mittels Fragen und Kommentaren durch Bekannte, Freunde und Familienmitglieder zeigte. Folglich erlebten sie eine Abwertung durch die Gesellschaft, aber auch durch die Familie, insbesondere deren Partner (Behboodi-Moghadam et al., 2013; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Taebi et al., 2021). In der Studie von McBain und Reeves (2019) beschrieben sieben von acht Teilnehmerinnen, dass es für sie schwierig war, sich auf frühere soziale Unterstützung zu verlassen. Sie erzählten von Veränderungen ihrer freundschaftlichen und familiären Beziehungen. Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch erlebten ein Unverständnis in ihrem Umfeld.

Eine ungewollte Kinderlosigkeit führte des Weiteren zur Verspottung der betroffenen Frauen. Diese Verspottung beschrieb eine Frau mit folgenden Worten:

«My husband frequently makes wisecracks about my infertility by remarking that my brother, for example, has married later than us, but he has a child now.» (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015, S. 413)

Weiter litten Frauen unter gesellschaftlichen Beurteilungen und Beschimpfungen (Boz & Okumuş, 2017). Dieser Aspekt wurde von einer Betroffenen wie folgt beschrieben:

«Last day at lunch, in a crowded place with children and parents... a little girl came up to me and grabbed my hand. Her mother, who was my friend, came and scolded me: 'You go do your own child.' People can be very rude and thoughtless.» (Boz & Okumuş, 2017, S. 272)

Als Folge der sozialen Stigmatisierung zeigten sich weitere Auswirkungen. Frauen äusserten, dass sie das Gefühl hatten, sie seien offen für Tadel oder Bemitleidungen. Zudem waren sie anfälliger für unerwünschte Aufmerksamkeit von anderen Männern. Sie wurden mit abwertenden Worten betitelt, beispielsweise mit «Vaishya», was übersetzt «Hure» bedeutet. Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch fühlten sich, als hätten sie ein Verbrechen begangen und wurden zudem unantastbar behandelt. Es wurde für sie immer schwieriger, sich abzugrenzen und das Eindringen ihres Umfeldes in das persönliche Leben zu verhindern. Frauen empfanden zudem, dass die Wertschätzung im familiären Setting abnahm. Ihnen wurden Rechte, wie der Anteil am Familienbesitz, aufgrund der Unfruchtbarkeit entzogen (Kothari & Sriram, 2022).

Selbststigmatisierung: Neben der sozialen Stigmatisierung wurde aufgezeigt, dass sich Betroffene häufig auch selbst stigmatisierten (Batool & de Visser, 2016; McBain & Reeves, 2019; Taebi et al., 2021). Diese Selbststigmatisierung wurde durch persönliche Abwertung oder negative Gefühle gegenüber sich selbst verursacht. Darüber hinaus entwickelten Frauen Selbstvorwürfe. Eine Frau ordnete sich aufgrund der Unfruchtbarkeit einem tieferen sozialen Status zu und stigmatisierte sich folglich selbst:

«I always think that, because I cannot get pregnant, cannot have children, I am lower than others. This idea really bothers me.» (Taebi et al., 2021, S. 192)

Die Selbststigmatisierung ging langfristig mit einer Senkung der Selbstwirksamkeit einher (McBain & Reeves, 2019; Taebi et al., 2021).

Gemäss einer kulturellen Vergleichsstudie könnte das Ausmass der Selbststigmatisierung kulturell bedingt sein. In der britischen Kultur wurde Unfruchtbarkeit als individuelle und persönliche Angelegenheit betrachtet. Frauen erlebten daher vermehrt die Selbststigmatisierung. Die Pakistanerinnen hingegen wurden eher einer direkten Stigmatisierung der Gesellschaft und der Familie ausgesetzt, was gemäss der Studie auf das vergrösserte Familiensystem zurückzuführen war. In der pakistanischen Gemeinschaft wurde Unfruchtbarkeit als ein familiäres Problem betrachtet, was zum Einmischen der Familie in das Leben der unfruchtbaren Frauen führte (Batool & de Visser, 2016).

4.2.2 Isolation

Aus mehreren Studien ging hervor, dass sich Frauen aufgrund der Unfruchtbarkeit häufig isolierten oder von der Gesellschaft ausgegrenzt, beziehungsweise isoliert wurden.

Selbstisolation: Aufgrund sehr komplexer, emotionaler und kognitiver Reaktionen auf den Unfruchtbarkeitsprozess hatten Frauen in der Studie von Çitil Canbay et al. (2021) das Bedürfnis nach dem Alleinsein und isolierten sich folglich selbst. Eine

Interviewteilnehmerin der Studie beschrieb ihr Bedürfnis nach Isolation als Folge des sozialen Druckes mit folgenden Worten:

«I feel loneliness only. But I lock myself in the house when I encounter social pressure.» (Çitil Canbay et al., 2021, S. 213)

Einen weiteren Grund für die Selbstisolation bildete die Bewältigung des soziopsychologischen Stresses, welcher durch die ungewollte Kinderlosigkeit generiert wurde. Frauen bevorzugten daher in der Gesellschaft abwesend zu sein und soziale Kontakte einzuschränken. Sie vermieden Kinder, Schwangere oder unfruchtbare Gleichaltrige. Weiter mieden sie Fernsehsendungen, welche sich mit der Fruchtbarkeit auseinandersetzten und bevorzugten zudem die Abwesenheit an gesellschaftlichen Zeremonien und Veranstaltungen (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015). Die Interaktionen mit der fruchtbaren Welt verstärkten die Isolation und das Gefühl der Unzugänglichkeit (Batool & de Visser, 2016). Um die Unfruchtbarkeitsproblematik von der Gesellschaft zu verheimlichen und neugierigen sowie respektlosen Fragen und Beurteilungen auszuweichen, bevorzugten Frauen die Selbstisolation (Boz & Okumuş, 2017; Dănilă & Băban, 2018; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Naz & Batool, 2017).

Als langfristige Konsequenz der Isolation zeigte sich das Gefühl der Einsamkeit und der Leere (Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Hess et al., 2018).

Soziale Isolation: Die oben genannte Selbstisolation wurde von der sozialen Isolation differenziert. Unfruchtbare Frauen empfanden diese Form der Isolation besonders belastend. Frauen fühlten sich weder der Gesellschaft mit Kindern noch der Gesellschaft ohne Kinder zugehörig und wurden von Veranstaltungen ausgegrenzt und nicht mehr eingeladen (Batool & de Visser, 2016; McBain & Reeves, 2019). Eine Frau beschrieb den Ausschluss aus dem sozialen Leben mit folgenden Worten:

«We have friends that at the beginning when we met them, when we first got married, their kids would have a birthday party and we would get invited because we help with a lot of the kids at our church. We don't get invited to birthday parties anymore. It's one thing for me to say that I can't come, and it's another thing for you to not invite me...Just invite me, don't exclude me.» (McBain & Reeves, 2019, S. 160)

Es gab zudem kulturelle Gedanken und Aberglauben, die sich auf die soziale Isolation auswirkten. Laut Batool und de Visser (2016) glaubte man in Pakistan daran, dass unfruchtbare Frauen Ärger und Unglück für Säuglinge bringen. Daher wurden unfruchtbare Frauen von der Gesellschaft ausgegrenzt und isoliert. Eng verbunden mit der sozialen Isolation waren zudem die Benachteiligung und Entfremdung der Betroffenen

(Behboodi-Moghadam et al., 2013; Çitil Canbay et al., 2021; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Hess et al., 2018; Kothari & Sriram, 2022).

4.2.3 Auswirkungen auf die Paarbeziehung

Fast alle Studien stellten unfruchtbarkeitsbedingte Auswirkungen auf die Paarbeziehung fest. Die Erfahrungen der Frauen waren unterschiedlich. Einige erlebten positive, während andere über negative Auswirkungen berichteten.

Stärkung der Beziehung: Einige Frauen beschrieben eine positive Wirkung auf die Beziehung zu ihrem Partner (Bayoumi et al., 2021; Batool & de Visser, 2016; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019). Frauen brachten in den Interviews zum Ausdruck, dass die Unterstützung durch ihren Ehemann in unterschiedlicher Weise stattfand. Der partnerschaftliche Support beinhaltete beispielsweise Hilfestellung bei der Bewältigung, finanzielle Beiträge, Flexibilität gegenüber anderen Kinderwunsch-Optionen und Verteidigung bei verletzenden Kommentaren (Kothari & Sriram, 2022). Sie fühlten sich dadurch verstanden und das Gefühl des Alleinseins verbesserte sich. Zudem verspürten sie Trost und Nähe (Bayoumi et al., 2021; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019).

Eine Teilnehmerin beschrieb die Stärkung ihrer Beziehung mit folgenden Worten:

«In some ways I think it's made it a lot stronger, because this was our first big hurdle we had to go through as a couple. I really got to see how much he loved me [and] that he was willing to do absolutely anything for us to have this family that we dreamed of.» (McBain & Reeves, 2019, S. 161)

Instabile Beziehung: Viele Frauen erlebten negative Auswirkungen auf die Paarbeziehung (Batool & de Visser, 2016; Bayoumi et al., 2021; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019; Naz & Batool, 2017).

Unfruchtbare Frauen, die keine Unterstützung von ihren Ehemännern erfuhren, empfanden Schuldgefühle, waren frustriert und lebten in der Angst, verlassen zu werden. Häufig erfuhren Frauen durch die Schwiegerfamilie Drohungen der Scheidung, Trennung und Wiederverheiratung ihrer Männer (Hasanpoor-Azghady et al., 2015; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019; Naz & Batool, 2017). Sie wurden mit Schuldvorwürfen konfrontiert und waren dem Druck ausgesetzt, sich behandeln zu lassen oder mit der Kinderwunsch-Behandlung weiterzufahren (Kothari & Sriram, 2022).

Eine Frau berichtete mit folgenden Worten über Schuldzuweisungen ihres Ehemannes:

«My husband also tells me that you have ruined me, I married you and got ruined, was not able to have one child.» (Kothari & Sriram, 2022, S. 11)

Eine weitere Auswirkung auf die Paarbeziehung bildeten Ehekonflikte, die sich durch Streit oder Spannung zeigten. Eine Frau schilderte die Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann wie folgt:

«I just started to fight with my husband ... I've just been telling him that he has to come [home to try to conceive again], and if he doesn't come then maybe we can separate, time is passing, and time is affecting me not him.» (Bayoumi et al., 2021, S. 1016)

Ungewollte Kinderlosigkeit führte des Weiteren zum Gefühl der weiblichen Vernachlässigung und Distanz. In einigen Kulturen wurde der Mann neu verheiratet und es entstand dadurch eine polygame Ehe (Bayoumi et al., 2021; Hess et al., 2018; Kothari & Sriram, 2022). Die Unfruchtbarkeit und die damit verbundene Behandlung erklärten die Frauen als sehr mühsam, zeitintensiv und kräftezehrend, was das gemeinsame Paarleben beeinträchtigte (Dănilă & Băban, 2018).

Sexuelle Probleme: Unfruchtbarkeit wirkte sich zudem negativ auf die Sexualität eines Paares aus (Batool & de Visser, 2016; Dănilă & Băban, 2018; Kothari & Sriram, 2022). Die sexuelle Aktivität diente bei einigen Paaren lediglich der Zeugung eines Kindes. Ebenfalls wurde der Geschlechtsverkehr bei einigen Paaren als Behandlungsmethode der Unfruchtbarkeit angesehen. Die Gedanken der Frauen während des Sexualakts richteten sich vorwiegend nach ihrem Kinderwunsch. Einige Frauen berichteten darüber, dass sie während des Geschlechtsverkehrs beteten und dadurch ihre Konzentration gestört war (Dănilă & Băban, 2018; Kothari & Sriram, 2022; Naz & Batool, 2017). Folglich nahm das Interesse an Sexualität ab und die Motivation liess nach, was allmählich zur sexuellen Unzufriedenheit und dem Verzicht darauf führte (Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Naz & Batool, 2017).

Körperliche Gewalt durch Partner: Wenige Frauen berichteten über körperliche Gewalt durch den Partner aufgrund der Unfruchtbarkeit. Iranische Studienteilnehmerinnen beschrieben die körperliche Misshandlung in Form von an den Haaren ziehen, herumschubsen oder schlagen (Behboodi-Moghadam et al., 2013; Hasanpoor-Azghady et al., 2015; Hasanpoor-Azghady et al., 2019).

Eine Frau beschrieb ihre Gewalterfahrung mit folgender Aussage:

«My husband is very badtempered; he tells me that “you were an old girl when I married you. You are infertile, too. It is your right to be beaten.” Then he beats me and tells me that “if you feel uncomfortable here, go to your father’s house.”» (Behboodi-Moghadam et al., 2013, S. 43)

4.2.4 Psychische Belastung

Unfruchtbarkeit war mit einer erhöhten psychischen Belastung der Studienteilnehmerinnen verbunden. Diese zeigte sich durch diverse Symptome der Depression, aber auch mit Vitalitätsstörungen wie Insomnie und Energiemangel (Batool & de Visser, 2016; Höbek Akarsu & Kızılkaya Beji, 2021; Naz & Batool, 2017; Tiu et al., 2018).

Verlust und Versagen: In vielen Kulturen ging die Rolle der Frau mit der Pflicht der Mutterschaft einher und zielte auf der Weiterführung der Familienlinie ab (Behboodi-Moghadam et al., 2013; Kothari & Sriram, 2022). Frauen, welche an ungewollter Kinderlosigkeit litten, hatten folglich das Gefühl, dass ihnen etwas im Leben fehlte oder ihr Traum geplatzt sei. Unfruchtbarkeit wurde dabei in Kontext mit dem Verlust der Mutterschaft, Kontrolle, Status, Würde und der weiblichen Identität gestellt. Frauen erlebten einen Mangel, der sich in Form von Unvollständigkeit des Lebens und innerer Leere manifestierte und sich mit Sinnfragen über das Leben äusserte (Batool & de Visser, 2016; Bayoumi et al., 2021; Dănilă & Băban, 2018; Kothari & Sriram, 2022). Eine unfruchtbare Frau beschrieb diesen Mangel mit folgenden Worten:

«It has affected me from the emotional side, one doesn’t feel at ease emotionally, as if something is missing, yes settled, working, the whole family is well, socially OK, everything is excellent but one feels something is missing. [She further explained the idea that not having a biological child makes life incomplete, she said] ... one feels that one marries to form a family ... when this thing is missing, there is a lack, and life is not complete.» (Bayoumi et al., 2021, S. 1017)

Aus dem oben beschriebenen Mutterschafts- und Kontrollverlust resultierten weitere Emotionen wie beispielsweise das Gefühl des Versagens, der persönlichen Schwäche sowie der Minderwertigkeit (Batool & de Visser, 2016; Taebi et al., 2021; Tiu et al., 2018). Ungewollte Kinderlosigkeit wurde als existenzielle Bedrohung angesehen und stellte eine psychische Notlage für die Betroffenen dar (Boz & Okumuş, 2017).

Trauer und Schmerz: Die Unfähigkeit ein Kind zu bekommen, löste bei den Frauen anhaltende Trauer, Kummer und psychischen Schmerz aus (McBain & Reeves, 2019; Naz & Batool, 2017; Taebi et al., 2021). Die Unfruchtbarkeitstrauer passt nicht in die

traditionell gesellschaftliche Norm der Trauer. Sie wird subjektiv empfunden und von aussen nicht wahrgenommen. Die Definition der Unfruchtbarkeitstrauer geht mit dem Verlust einer Lebensphase einher. Durch das von der Norm abweichende Geschehen, wurde die Trauer von Betroffenen nicht öffentlich gemacht und die Frauen litten daher darunter (McBain & Reeves, 2019). Mit folgenden Worten machte eine Betroffene ihre Trauer deutlich:

«When I was growing up, my idea was I would get married kind of young, in my twenties, and then I'd have four kids between getting married and say, my age now, 35. Then I would raise them and go on about my business. That was always what I assumed would happen. And then it did not. So realizing that my plans for my life didn't exactly go the way I thought or wanted gets a little sad.» (McBain & Reeves, 2019, S. 160)

Angst und Sorgen: Die Konfrontation mit der Unfruchtbarkeitsproblematik stellte in den meisten Studien einen Grund für anhaltende Ängste und Sorgen dar (Batool & de Visser, 2016; Boz & Okumuş, 2017; Çitil Canbay et al., 2021; Naz & Batool, 2017).

Gemäss der Studie von Naz und Batool (2017) äusserte sich die Angst bei Betroffenen mit Atemproblemen, innerer Unruhe, Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder auch als emotionale und kognitive Störung. Gründe für diese anhaltende Angst bildeten die mögliche Trennung oder Scheidung von den Partnern und die gesellschaftliche Stigmatisierung. Weiter verspürten die Frauen Angst vor der Ungewissheit, ob sie jemals eine Mutterschaft erreichen würden (Batool & de Visser, 2016; Boz & Okumuş, 2017; Çitil Canbay et al., 2021; Naz & Batool, 2017).

Stress: Einige Studien deuteten darauf hin, dass Unfruchtbarkeit mit einer Stresssituation verbunden war und Nervosität auslöste (Çitil Canbay et al., 2021; Hess et al., 2018). Eine 35-jährige Frau berichtete über das Stressgefühl, das bei ihr ausgelöst wurde, da ihre Verwandten bereits Kinder hatten:

«When I saw my cousins and junior colleagues with children, I felt that it was too late, now I should have my own children.» (Naz & Batool, 2017, S. 5)

Symptomatisch zeigte sich Stress mit Frustration und Anspannung. Unfruchtbarkeitsbedingter psychischer Stress wurde in Bezug auf den Menstruationszyklus oder das Versagen einer Behandlung erlebt. Auch Kritik von Familienmitgliedern trug zum Stressempfinden bei (Hess et al., 2018; Naz & Batool, 2017).

Als Folgen des unfruchtbarkeitsbedingten Stresses wurde ein unregelmässiger Menstruationszyklus und eine Gewichtszunahme erlebt, was das Eintreten einer möglichen

Schwangerschaft zusätzlich erschwerte. Aufbauend auf der Problematik traten auch weitere Morbiditätsstörungen auf (Naz & Batool, 2017).

Schuldgefühl und Schuldzuweisung: Obwohl Schuldzuweisungen zur sozialen Stigmatisierung zählten, wurde die Thematik in diesem Abschnitt synthetisiert, um ein vollständiges Bild des Schuldgefüges aufzuzeigen. In den Studien wurde von einigen Frauen darauf hingewiesen, dass Unfruchtbarkeit mit einem Gefühl der Schuld verbunden war (Batool & de Visser, 2016; Boz & Okumuş, 2017; Kothari & Sriram, 2022).

Eine Studie, welche die britische und pakistanische Kultur verglich, kam zum Ergebnis, dass pakistanische Frauen an eine gerechte Welt glaubten – in der Menschen für schlechte Taten bestraft und für Gute belohnt wurden. Unfruchtbarkeit stellte folglich eine Bestrafung Gottes dar, aus welcher Schuldgefühle und eine abwertende Haltung gegenüber sich selbst entstanden (Batool & de Visser, 2016). Ähnliche Gegebenheiten beschrieb auch die Studie von Boz und Okumuş (2017). Folgende Worte beschrieben die Schuldgefühle einer Frau, welche durch religiöse Gedanken ausgelöst wurden:

«God did not give me a baby...a cute son...Am I guilty? Why me?» (Boz & Okumuş, 2017, S. 271)

Weitere Studien berichteten, dass man die Schuld für die ungewollte Kinderlosigkeit der Frau zuschrieb, obwohl eine männliche Unfruchtbarkeit nicht ausgeschlossen wurde. Frauen erlebten vorwiegend Beschuldigungen durch die Familien ihrer Partner. (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Kothari & Sriram, 2022; Naz & Batool, 2017). Eine Frau aus Hongkong beschrieb einen Konflikt mit ihrer Schwiegermutter über die ungewollte Kinderlosigkeit wie folgt:

«My mother-in-law has two sons. She always makes the comparison between me and the other daughter-in-law. She told me, 'Ah Ling [another daughter in-law] is such a good daughter-in-law, she gave me 3 lovely grandchildren, you should learn from her ... and don't be workaholics ...'. I was so upset.» (Tiu et al., 2018, S. 4)

Wut, Groll und Aufruhr: Aus verschiedenen Studien ging hervor, dass die Unfruchtbarkeit Wut, Groll und verminderte Toleranz auslöste (Boz & Okumuş, 2017; McBain & Reeves, 2019; Naz & Batool, 2017).

Basierend auf persönlichen Reflexionen der Betroffenen in der Studie von Tiu et al. (2018) wurde aufgezeigt, dass Groll und Bitterkeit sich sogar gegen gute Freunde und Kinder auswirkten. In einer weiteren Studie ging bei 10 von 18 Teilnehmerinnen das Gefühl der Wut mit Pessimismus einher. Die Gefühle verstärkten sich mit der Konfrontation der Problematik (Boz & Okumuş, 2017).

Hoffnung und Hoffnungslosigkeit: Der Unfruchtbarkeitsprozess war für viele Frauen mit den Gefühlen der Hoffnung, aber auch Hoffnungslosigkeit, verbunden (Batool & de Visser, 2016; Boz & Okumuş, 2017).

Fast alle Studien beschrieben das intensive Gefühl der Hoffnung auf eine Mutterschaft. Ungewollt kinderlose Frauen erlebten während dem Prozess diverse existentielle, religiöse und spirituelle Erfahrungen, in welchen sie hofften (Boz & Okumuş, 2017; McBain & Reeves, 2019). Eine Frau beschrieb dies mit folgenden Worten:

«I guess that this time I will be a mother. Yes, I hope and believe. This faith is very deep.» (Boz & Okumuş, 2017, S. 272)

Das Gefühl der Hoffnung wurde ebenfalls im Kontext zu einem normalen Leben erwähnt. Frauen fühlten sich von der Norm abweichend und nicht der Gesellschaft zugehörig (Boz & Okumuş, 2017; Dănilă & Băban, 2018). Das Gegenstück zur Hoffnung bildete die Enttäuschung, Frustration sowie Verzweiflung, welche häufig am Ende des Menstruationszyklus durch das Nichteintreten einer Schwangerschaft erlebt wurde (Çitil Canbay et al., 2021; Naz & Batool, 2017). Viele Frauen unterzogen sich diversen Schwangerschaftstests. Ein negatives Ergebnis liess die Frauen verzweifeln, was eine Frau mit folgender Aussage beschrieb:

«I got disappointed as a result of unsuccessful pregnancy tests. Pregnancy is not in my dream because I do not believe that my dream will come true.» (Çitil Canbay et al., 2021, S. 213)

4.2.5 Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit

Unfruchtbarkeit hatte zusätzlich negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der Frau.

Selbstwert: Das Bewusstsein über die Unfruchtbarkeit und dessen negativen Emotionen sowie sozialen Folgen führte bei Frauen zur Verminderung des Selbstwertgefühls und zur Unzugänglichkeit (Behboodi-Moghadam et al., 2013; Dănilă & Băban, 2018; Taebi et al., 2021). Eine unfruchtbare Frau berichtete über das Empfinden ihres Selbstwertgefühls wie folgt:

«I'm not comfortable at parties at all. I don't have a good feeling. My self-esteem has really decreased. I don't want to be among others. I feel like I'm boring in comparison to them.» (Taebi et al., 2021, S. 192)

Frauen mit ungewollter Kinderlosigkeit schämten sich für ihre Problematik und fühlten sich unsicher, was sich ebenfalls negativ auf den Selbstwert auswirkte (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019).

Selbstwirksamkeit: Als Folge des verminderten Selbstwerts sank auch die weibliche Selbstwirksamkeit und das Gefühl der Minderwertigkeit nahm zu (Kothari & Sriram, 2022; Taebi et al., 2021). Zudem wurde die Verminderung des Selbstvertrauens im Kontext zum sinkenden Selbstwertgefühl angesehen und als wichtige Auswirkung beschrieben (Hasanpoor-Azghady et al., 2019).

Eine Frau aus der Studie von Kothari und Sriram (2022) beschrieb ihre Unfruchtbarkeit als einen Schandfleck auf die weibliche Identität:

«Like there is a white cloth and on that white cloth there is a stain (daag). To remove it, it takes a long time. And sometimes what happens is that it doesn't go at all. The lives of women who don't have a child are like that as well.» (Kothari & Sriram, 2022, S. 9)

Eine weitere Auswirkung in Bezug auf die Selbstwirksamkeit bildete den Rollenkonflikt. In vielen Kulturen hatte die Bedeutung des Kinderkriegens einen sehr hohen Stellenwert. Die Mutterschaft war dabei stark mit der weiblichen Identität verbunden. Unfruchtbarkeit führte daher zu einer Bedrohung der persönlichen Identität (Boz & Okumuş, 2017; Dănilă & Băban, 2018; Kothari & Sriram, 2022; Naz & Batool, 2017). Viele Frauen empfanden es als eine Pflicht, ein Kind zu bekommen, weshalb die Unfruchtbarkeit mit einem Rollenkonflikt einherging (Kothari & Sriram, 2022). Eine indische Frau erzählte von ihrem persönlichen Rollenkonflikt in folgendem Zitat:

«As a woman you are a sister, daughter, sister-in-law, daughter in law. Being a mother is also important. If I'm not there, my name will be there, this is Tripti's child. If something happens to me my name will live on, this is Tripti's child.» (Kothari & Sriram, 2022, S. 8)

5 DISKUSSION

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Studien diskutiert und in einen breiteren Kontext gestellt. Zudem wird die Studienqualität der inkludierten Studien differenziert erläutert. Stärken und Schwächen dieser Thesis werden aufgezeigt und die Forschungsfrage beantwortet.

5.1 Qualität der Studien

Im Kapitel 4.1 sind tabellarische Übersichten der einzelnen Studien sowie deren Stärken und Schwächen zu entnehmen. Im Folgenden wird die Qualität der Studien übergeordnet diskutiert.

Die zur Beantwortung der Fragestellung verwendeten Studien wurden anhand den Forschungskriterien für qualitative Studien nach Polit und Beck (2021) auf ihre Qualität geprüft. Die Evidenzlevels der Studien wurden anhand der Evidenzeinschätzung «Levels of Evidence for Meaningfulness» nach dem Joanna Briggs Institut eingeschätzt (Joanna Briggs Institute, 2013).

Zwölf der integrierten Studien waren qualitative Einzelstudien des 3. Evidenzlevels, weitere drei integrierte Studien waren Mixed-Methods Einzelstudien, welche zum 2. Evidenzlevel zugeordnet wurden. Die Einschätzung hat gezeigt, dass diese Bachelor-These auf mittleren bis guten Studienevidenzen aufbaut und mit den Ergebnissen eine starke Bedeutung für die Praxis dargestellt werden konnte. Gemäss der durchgeführten Literaturrecherche gab es bisher keine veröffentlichten Studien mit höheren Evidenzlevels, welche sich mit den psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit auf die Frau auseinandersetzten und den gesetzten Filtern sowie Kriterien entsprachen. Die inkludierten Studien bildeten zum Zeitpunkt der Literaturrecherche die Studienlage mit der höchsten Evidenz zur Thematik ab. Zehn der 15 eingeschlossenen Studien wurden im Jahr 2018 oder später publiziert, was darauf hindeutet, dass die vorliegende Arbeit auf die aktuelle Studienlage zurückgreift.

In 13 Studien wurden die Daten von unfruchtbaren Frauen mittels Interviewmethode erhoben. Eine Studie generierte die Daten mittels Fokusgruppeninterviews, 12 weitere Studien führten Einzelinterviews mit den Betroffenen durch. Aufgrund halbstrukturierter qualitativer Interviews konnte ein sehr tiefer Informationsgehalt ermittelt werden. Zudem ermöglichte die Interviewmethodik die bestmögliche Erörterung von Erfahrungen und Hintergründen im Zusammenhang mit dem Thema dieser Bachelor-These. In der Studie von Boz und Okumuş (2017) wurden Tagebucheinträge analysiert, während in der Studie von Dănilă und Băban (2018) Diskussionsforenbeiträge zur Thematik Unfruchtbarkeit

analysiert und interpretiert wurden. Vor allem die Datenerhebung anhand von Beiträgen aus Diskussionsforen borg viele Bias und wurde aufgrund diverser methodischer Mängel weniger gewichtet. Es kann beispielsweise nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass die Forenbeiträge ausschliesslich von Frauen stammen, bei denen die Diagnose Unfruchtbarkeit vorlag. Eine mögliche Verfälschung der Ergebnisse kann somit nicht ausgeschlossen werden.

Ein diskussionswürdiger Punkt beschreibt zudem die teilweise geringe Stichprobengrösse. Die Ergebnisse von drei Studien (Behboodi-Moghadam et al., 2013; McBain & Reeves, 2019; Naz & Batool, 2017) basierten auf einer Samplegrösse von zehn oder weniger Teilnehmerinnen, was als gering eingeschätzt wurde. Lediglich vier Studien (Dănilă & Băban, 2018; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Hess et al., 2018) analysierten ein Sample von über 20 unfruchtbaren Frauen. Der Stichprobenumfang war dann angemessen, wenn eine repräsentative Abbildung der Population gewährleistet wurde. In bestimmten kulturellen Kreisen wurde die Unfruchtbarkeit eher tabuisiert oder nicht medizinisch abgeklärt, was zu einer eingeschränkten Rekrutierung potenzieller Teilnehmenden führen konnte. Viele Studien beschrieben, dass es schwierig war, Betroffene und Teilnehmende zu identifizieren. Ein Grund dafür könnte sein, dass Unfruchtbarkeitsbetroffene eine vulnerable Personengruppe darstellen. Vier Studien (Behboodi-Moghadam et al., 2013; Dănilă & Băban, 2018; Kothari & Sriram, 2022; Taebi et al., 2021) beschrieben kein Stichprobendesign. Die meisten Studien rekrutierten ihre Teilnehmenden mittels gezielter Stichprobenmethode oder Schneeballverfahren. Diese Verfahren könnten potenziell zu Verzerrungen der Stichprobe führen und die externe Validität der Studienergebnisse beeinflussen.

In neun der 15 Studien wurde die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse gestellt und diskutiert. Es lässt sich ableiten, dass einige Studienergebnisse auf Frauen, die in einem sehr ähnlichen kulturellen Umfeld leben, zu übertragen sind. Eine externe Validität ist schwierig zu erzielen, da die psychosozialen Auswirkungen durch diverse Lebensfaktoren, aber auch durch die Behandlungsart beeinflusst werden. Zudem müssen die einzelnen Stichprobenmethoden berücksichtigt werden, da diese in gewisser Hinsicht die Generalisierbarkeit einschränken können.

Die Datensättigung wurde nur in sechs von 15 Studien explizit angesprochen und erreicht, was die Aussagekraft der Ergebnisse in Frage stellt. Das Nichterreichen einer Datensättigung könnte auf eine zu geringe Stichprobengrösse oder eine unzureichende Interaktionsdauer mit den Teilnehmenden zurückzuführen sein. Die Mehrheit der analysierten Studien basierten auf einer sorgfältigen Planung und methodischen Umsetzung, was das Vertrauen in die Studienergebnisse wiederum stärkte.

Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse von qualitativ hochwertigen Studien (Hasanpoor-Azghady et al., 2019; Hess et al., 2018; Taebi et al., 2021) mit Studien, welche qualitative Mängel aufwiesen (Dănilă & Băban, 2018; Höbek Akarsu & Kızılkaya Beji, 2021) zeigte, dass die Ergebnisse der schwächeren Studien in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der qualitativ hochwertigen Studien stehen. Die Ergebnisse zeigten lediglich einen Widerspruch, welcher im Abschnitt 5.2.2 Isolation konkret beschrieben und diskutiert wird.

Des Weiteren ist anzumerken, dass zwei der 15 Studien spezifische Auswirkungen betrachteten und weniger den allgemeinen Rahmen der psychosozialen Folgen. Die Studien beabsichtigten, die unfruchtbarkeitsbezogene Stigmatisierung (Taebi et al., 2021) sowie die Unfruchtbarkeitstrauer (McBain & Reeves, 2019) zu erforschen. Diese Studien könnten die Ergebnisse dieser Arbeit ebenfalls beeinflussen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Unfruchtbarkeit ging mit diversen psychischen und sozialen Auswirkungen einher. Die psychosoziale Gesundheit wurde durch psychische und soziale Faktoren beeinflusst und beeinträchtigt. Diese Auswirkungen dürfen gemäss dem Bio-Psycho-Sozialen Modell nicht getrennt werden, denn sie beeinflussen sich jeweils gegenseitig (Florin, o.D.; Universität Augsburg, o.D.). Es zeigten sich Folgen wie soziale Stigmatisierung und Isolation, negative sowie positive Auswirkungen auf die Paarbeziehung, erhöhte psychische Belastung wie auch Einfluss auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit. Die Ergebnisse werden nachfolgend mit Themen aus dem theoretischen Bezugsrahmen und weiteren Evidenzen diskutiert.

5.2.1 Stigmatisierung

Unfruchtbare Frauen waren oft von einer Stigmatisierung betroffen. Vorwiegend wurde ein soziales Stigma durch ihr Umfeld erzeugt, sie wurden gedemütigt, belästigt und erfuhren sozialen Druck (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Taebi et al., 2021). Die Stigmatisierung nahm folglich Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit der Frau. Aus den Studien ging hervor, dass der Ausdruck der Stigmatisierung stark von den kulturellen Gegebenheiten geprägt wurde. Gemäss der Literatur von Garms-Homolová (2021) wird eine Stigmatisierung auf gewisse Merkmale und Eigenschaften zurückgeführt, welche im sozialen Kontext als negativ betrachtet werden. Unfruchtbarkeit bildet ein unsichtbares Merkmal, welches häufig mit einer zugrunde liegenden Erkrankung oder körperlichen Behinderung, wie beispielsweise Anomalien der Ovarien oder Tuben, einhergeht. Folglich wird eine grundlegende Eigenschaft, welche nach Ervin Goffman zur Stigmatisierung führt, dargelegt. Das Unfruchtbarkeitsstigma wird qualitativ nicht von allen

Gesellschaften gleich bewertet. Kulturelle Bedingungen sind massgebend für die Entfaltung eines Unfruchtbarkeitsstigmas. Die kulturellen Gegebenheiten, wie beispielsweise das weibliche Rollenbild, die Normvorstellungen über die Familienplanung oder gesellschaftliche Werte, beeinflussen das Ausmass dieses Stigmas. Es lässt sich aus den Studien ableiten, dass vor allem Frauen aus Entwicklungsländern, in welchen ihre Rolle vorwiegend mit der Mutterschaft einherging, eine stark ausgeprägte soziale Stigmatisierung erlitten. Diese Gesellschaften assoziierten mit der Unfruchtbarkeit ein von der Norm abweichendes Phänomen. Die Normen einer Gesellschaft lassen sich nicht so schnell ändern, weshalb vermutet wird, dass Frauen lediglich mit dem Eintreten einer Mutterschaft von der Stigmatisierung befreit werden können. Die Möglichkeit zur Elternschaft, beispielsweise durch die Adoption, In-Vitro-Fertilisation oder Embryo-Transfer, wird jedoch von diversen Gegebenheiten geprägt und ist somit von verschiedenen Faktoren abhängig. Nicht jede Frau kann sich mit einer Behandlung vom sozialen Stigma befreien. Die Möglichkeit zur Behandlung ist von diversen kulturell bedingten Faktoren abhängig, welche mit dem Sunrise-Modell nach M. Leininger aufgezeigt werden können. Differenziert man diese Faktoren, so bildet beispielsweise die wirtschaftliche Lage eines Paares eine tragende Rolle. Die Behandlungsmöglichkeiten bauen häufig auf Eigenfinanzierung auf und sind somit von den finanziellen Mitteln der Paare abhängig. Diese Kosten können nicht von jedem Paar gedeckt werden, weshalb einige ungewollt kinderlos bleiben und längerfristig der Stigmatisierung ausgesetzt sind. Gemäss dem Sunrise-Modell bildet auch die berufliche Laufbahn eine tragende Rolle und nimmt Einfluss auf die wirtschaftliche Situation eines Paares. Auch politische Gegebenheiten können Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten nehmen, welche zu einer Schwangerschaft führen und das Stigma minimieren könnten. Jedoch zeigte sich in den Studien, dass gewisse Länder Behandlungen verbieten oder nur bedingt zulassen.

Nebst der sozialen Stigmatisierung unterzogen sich die Frauen einer ausgeprägten Selbststigmatisierung. Diese ist ebenfalls von kulturellen Faktoren abhängig. Im Kontext zum Sunrise-Modell nach M. Leininger kann die Selbststigmatisierung beispielsweise auf religiöse Gedanken zurückgeführt werden. Die Religion hatte bei vielen Betroffenen einen hohen Stellenwert, was die Art und Weise des Denkens prägte und das Ausmass der Selbststigmatisierung bestimmte. Ungewollte Kinderlosigkeit wurde häufig als Gottes Wille betrachtet, Frauen fühlten sich schuldig und stigmatisierten sich folglich selbst. Gemäss der Literatur von Garms-Homolová (2021) kann erklärt werden, dass die Intensität der Selbststigmatisierung vom Ausmass der sozialen Stigmatisierung abhängig ist. Je mehr die unfruchtbaren Frauen mit Demütigung, Beleidigung und Abwertung konfrontiert wurden, desto stärker übertrugen sie das gesellschaftliche Bild auf sich selbst und das

Gefühl der Abnormalität und der Entfremdung verstärkte sich. Frauen unterzogen sich einer deutlichen Internalisierung der stigmatisierenden Merkmale. Folglich könnte es zu einer Veränderung des Selbstbildes einer unfruchtbaren Frau kommen.

Es zeigte sich, dass in gewissen Kulturen die Unfruchtbarkeit gesellschaftlich nicht diskutiert und folglich als eine private Angelegenheit betrachtet wurde. Frauen wurden daher weniger sozial stigmatisiert und unterzogen sich hingegen eher einer Selbststigmatisierung durch die Konfrontation mit der fruchtbaren Gesellschaft (Batool & de Visser, 2016). Diese Selbststigmatisierung könnte auch in der Schweiz vorkommen. Reflektiert man das Leben in der schweizerischen Gesellschaft, so wird kaum über Unfruchtbarkeit gesprochen, obschon es ein sehr wichtiges Thema mit steigender Prävalenz darstellt. Unfruchtbarkeit bildet auch in der Schweiz eine private Angelegenheit. Es zeigten sich somit Ähnlichkeiten zur britischen Kultur (Batool & de Visser, 2016). Ein weiterer Grund, weshalb Schweizer Bürgerinnen eher einer Selbststigmatisierung als der sozialen Stigmatisierung ausgesetzt sind, bildet das weibliche Rollenbild. Die Rolle der Frau wird vielerorts nicht nur der Mutterschaft zugeschrieben. Es gibt Frauen, welche beispielsweise die berufliche Karriere bevorzugen und daher keine Kinder möchten. Aus Erfahrungen zeigt sich, dass dies in der heutigen Gesellschaft akzeptiert wird. Das Ausmass der sozialen Folgen der ungewollten Kinderlosigkeit, wie beispielsweise die diskutierte Stigmatisierung, wird in der Schweiz aufgrund des oben genannten Kontextes geringer eingestuft als in den verschiedenen Ländern, welche in diese Literaturarbeit einfließen.

Ein möglicher Grund, weshalb die Schweizerische Gesellschaft eine Unfruchtbarkeit nicht in dem Masse pragmatisiert wie die Gesellschaften in den integrierten Studien, könnte das hohe Wohlstandsniveau darstellen (Bundesamt für Statistik, 2023). Für die schweizerische Gesellschaft ist es wahrscheinlich eher möglich, die Kosten einer Behandlung zu tragen, im Vergleich zu Personen aus Entwicklungsländern.

Wie bereits erläutert, wird das Stigma der Unfruchtbarkeit stark von kulturellen Einflüssen geprägt. Im pflegerischen Kontext kann es daher entscheidend sein, das Bewusstsein für das Stigma der Unfruchtbarkeit zu schärfen und dessen Auswirkungen auf die betroffenen Patientinnen zu verstehen. Dabei kann auf das Sunrise-Modell nach M. Leininger zurückgegriffen werden (Lawrenz et al., 2019). Dieses bildet einen Leitfaden aller möglichen Einflussfaktoren der Gesellschaft auf die unfruchtbare Frau. Des Weiteren ist es essenziell, kulturelle Aspekte in der Pflege zu berücksichtigen, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu stärken. Konkret sollte die Kultur und deren Wert- und Normvorstellungen akzeptiert werden. Es kann zudem vorkommen, dass Pflegefachpersonen aufgrund von fehlendem Fachwissen, Vorurteilen oder persönlichen Überzeugungen selbst eine stigmatisierende Haltung gegenüber unfruchtbaren Frauen einnehmen. Diese

könnte sich durch mangelnde Empathie, unangemessenen Kommentaren oder unzureichendem Verständnis für die Bedürfnisse der Betroffenen zeigen. Um dieser Stigmatisierung entgegenzuwirken, ist in der kulturellen Pflege die Selbstreflexion von zentraler Bedeutung.

5.2.2 Isolation

Basierend auf der Literaturlarbeit zeigte sich, dass die Unfruchtbarkeit oftmals mit verschiedenen Formen der Isolation einherging. Einige Frauen reagierten auf die Problematik mit der Selbstisolation, andere wurden durch die Gesellschaft isoliert (Çitil Canbay et al., 2022; Hasanpoor-Azghady et al., 2019). Die soziale Isolation und Selbstisolation bildeten gemäss der Literatur von Garms-Homolová (2021) eine Folge der Stigmatisierung.

Ein diskussionswürdiger Punkt stellen die Differenzen im Kontext zur Isolation in der Studie von Hasanpoor-Azghady et al. (2019) sowie McBain und Reeves (2019) dar. Hasanpoor-Azghady et al. (2019) verallgemeinerte, dass unfruchtbare Frauen es bevorzugten, von gesellschaftlichen Veranstaltungen oder Zeremonien fernzubleiben. Die Ausgrenzung und somit auch die beschriebene Isolation bauten auf dem Willen der betroffenen Frauen auf. In der Studie von McBain und Reeves (2019) hingegen, wird die unfreiwillige Isolation beschrieben. Frauen wurden nicht mehr zu Veranstaltungen eingeladen und sozial ausgegrenzt. Ein Zitat verdeutlicht, dass Frauen gerne eingeladen worden wären. Die Exklusion wurde folglich nicht wie in der Studie von Hasanpoor-Azghady et al. (2019) bevorzugt, sondern ging mit einer schmerzhaften Erfahrung der Ausgrenzung einher. Diese Differenzen zeigten die individuellen Wahrnehmungen dieser sozialen Auswirkungen auf. Gemäss Interpretationen der beiden Studien sind diese Auswirkungen nachvollziehbar und weisen einen wahrheitsgetreuen Wert auf. Folglich wird trotz der Gegensätzlichkeit jede Auswirkung als möglich betrachtet.

Die Isolation wurde in den Studien entweder als soziale Auswirkung oder als Bewältigungs- beziehungsweise Copingstrategie betrachtet. Zur Differenzierung musste jeweils der Kontext der Isolation beachtet werden. Studien, welche die Isolation ausgehend von der Gesellschaft betrachteten, wurden als deutliche soziale Auswirkungen definiert. Frauen, welche sich einer selbst auferlegten Isolation unterzogen, flüchteten vor der realen Welt. Demzufolge wurde die Stigmatisierung in diesem Kontext als weiblichen Schutzmechanismus betrachtet und im weiteren Sinne als Copingstrategie im Umgang mit den psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit definiert. Obwohl Copingstrategien in dieser Thesis zum Ausschluss fielen, wird auch dem Phänomen der Selbstisolation Beachtung geschenkt, um ein vollständiges Bild der Isolation aufzuzeigen. Es wird

davon ausgegangen, dass Frauen, welche sich von der sozialen Welt abkapseln unter Umständen weniger dem sozialen Stigma ausgesetzt sind und daher eine geringere Beeinträchtigung ihrer psychosozialen Gesundheit erfahren. Langfristig gesehen birgt diese Copingstrategie jedoch erhebliche Folgen, wie die Einsamkeit. Daher wird diese Handlungskompetenz allein nicht als effektiv eingestuft und führt nicht zur Stärkung der Selbstwirksamkeit.

5.2.3 Auswirkungen auf die Paarbeziehung

In fast allen bearbeiteten Studien zeigten sich diverse Auswirkungen auf die Paarbeziehung. Einige unfruchtbare Frauen erlebten eine Stärkung der partnerschaftlichen Beziehung. Sie fühlten sich akzeptiert, erhielten Trost und Nähe trotz der Unfruchtbarkeitsproblematik. Ihre Partner wurden als Hilfestellung zur Bewältigung der aktuellen belastenden Situation betrachtet (Bayoumi et al., 2021; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019).

Unfruchtbarkeit stellt gemäss der Interpretation des Vulnerabilität-Stress-Modells eine starke Belastung beziehungsweise ein Stressereignis für das Individuum und Beziehungssystem dar. Das Ausmass dieser Belastung wird durch die Umwelt und interindividuelle Faktoren der Vulnerabilität beeinflusst. So nimmt auch die partnerschaftliche Beziehung Einfluss auf das Ausmass der Vulnerabilität und folglich auch auf die Handlungskompetenz von Betroffenen. Es wird davon ausgegangen, dass eine sehr starke Bindung und ein hohes Mass an Vertrauen zum Partner oder zur Partnerin, sowie die Zufriedenheit mit der Beziehung, die weibliche Verletzlichkeit und das Risiko für eine psychische Störung minimieren könnten. Die Stärkung einer partnerschaftlichen Beziehung trotz den akuten Stressoren, wird mit einer erhöhten Resilienz in Verbindung gebracht. Frauen, welche auf protektive Faktoren, wie eine gut funktionierende und tragfähige Beziehung zurückgreifen können, können sich daher eher den schwierigen Lebenssituationen anpassen.

Neben den positiven Auswirkungen zeigten sich auch schwerwiegende negative Folgen auf die Partnerschaft. Frauen empfanden Schuldgefühle, waren frustriert und lebten mit der Angst, verlassen zu werden. Sie wurden zudem partnerschaftlichem Druck ausgesetzt und erlebten Ehekonflikte (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015; Naz & Batool, 2017).

Durch die Konfrontation mit diesen schwerwiegenden partnerschaftlichen Belastungen, erhöhte sich die Vulnerabilität der Frauen. Der Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit wird daher als erschwert betrachtet. Betroffene, welche nicht auf eine stabile Partnerschaft zurückgreifen können, sind einem deutlich höheren Risiko für schwerwiegende Folgen und psychischen Störungen ausgesetzt. So kann Unfruchtbarkeit, wie in der

Analyse erläutert, zu intensiven negativen, depressiven Gefühlen und Emotionen führen, beispielsweise Rückzug aus dem sozialen Leben, Einsamkeit, Trauer, Verlust oder Ängste. Im Kontext zum Vulnerabilität-Stress-Modell könnten aufgrund langfristig versagender Copingstrategien auch Erkrankungen wie Depression, Angststörung oder somatische Belastungsstörungen erklärt werden.

In gewissen Kulturen wurde die Rolle und der Wert der Frau vorwiegend mit der Mutterschaft in Verbindung gebracht. Unfruchtbarkeitsbetroffene erfuhren häufig die Drohung der Scheidung durch die Schwiegereltern, selten auch durch den Partner. In einigen Fällen wurde die Wiederverheiratung und folglich die Polygamie beschrieben. Frauen litten dadurch unter anhaltenden Ängsten und Sorgen (Naz & Batool, 2017). Die kulturellen Gegebenheiten der untersuchten Studien zeigten, dass die Partnerwahl und Eheschließung durch die Eltern bestimmt wurde und die Zwangsheirat rechtlich erlaubt war.

Dazu bestehen in gewissen Ländern, wie beispielsweise Iran, Gesetzgebungen, in denen Unfruchtbarkeit ein deutlicher religiöser Scheidungsgrund darstellt. Solche Gegebenheiten widerspiegeln die extreme kulturelle Prägung der sozialen Konstruktion der Unfruchtbarkeit. Damit die psychosozialen negativen Auswirkungen auf die Frau minimiert werden können, müssten in vielen Kulturen, Anpassungen der Gesetzgebung, des Rollenbildes und der Werte der Frau sowie der Familiensysteme erfolgen. Weiter müssten sich die gesellschaftlichen Gedanken zur Unfruchtbarkeit verändern, damit diese nicht mehr als ein von der Norm abweichendes Phänomen betrachtet wird. Da solche Veränderungen jedoch sehr schwierig herbeizuführen sind, ist der Einsatz und das Angebot von psychischer Beratung und Therapie in solchen Kulturen unabdingbar.

Unfruchtbarkeit betrifft auch das Schweizervolk. Aufgrund von kulturellen Gegebenheiten und den sozialen Normen der Schweizer Kultur, wird Unfruchtbarkeit akzeptiert, jedoch in der Gesellschaft kaum diskutiert. Betroffene Bürgerinnen und Bürger werden vermutlich weniger mit psychosozialen Auswirkungen, wie Drohung von Scheidung, konfrontiert. Trotzdem erscheint es nachvollziehbar, dass auch in der Schweiz das Angebot für Beratung und psychische Unterstützung für unfruchtbare Frauen ausgebaut und angeboten werden sollte.

Der erhöhte Druck, eine Schwangerschaft zu erzielen, beeinträchtigte die Sexualität der Paare erheblich. In zwei Studien wurde erwähnt, dass die sexuelle Aktivität ausschliesslich den Zweck hatte, eine Schwangerschaft zu erzielen (Kothari & Sriram, 2022; Naz & Batool, 2017). Laut Leeners (2021) nimmt die Qualität der sexuellen Beziehung mit der Dauer der Unfruchtbarkeit ab. Durch gezielten Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Phase des weiblichen Zyklus geht häufig die spontane Intimität verloren.

Unfruchtbarkeit stellt daher einen besonderen Belastungsfaktor für eine Partnerschaft dar (Leeners, 2021). Es lässt sich vermuten, dass die Abnahme der spontanen Intimität die Beziehungsdynamik beeinträchtigt und Spannungen oder Konflikte auslösen kann. Sexuelle Unzufriedenheit kann möglicherweise auch zu vermindertem Wohlbefinden führen. Die unfruchtbarkeitsbezogene psychische Belastung kann unter Umständen einen Einfluss auf das Lustempfinden einer Frau haben. Auch sollte daran gedacht werden, dass eine Unfruchtbarkeit das Körperbild und den Selbstwert verändert. Eine Betroffene fühlt sich weniger als Frau und demzufolge weniger attraktiv, was zu einem verminderten Selbstwertgefühl führen und die sexuelle Aktivität erschweren kann (Leeners, 2021). Aus Sicht der Autorinnen ist es zudem möglich, dass Fruchtbarkeitsbehandlungen sowohl körperliche als auch psychische Nebenwirkungen mit sich bringen können. Die Nebenwirkungen, wie verstärkte hormonelle Schwankungen, können sehr belastend sein und das sexuelle Verhalten des Weiteren beeinflussen. Gemäss Leeners (2021) können mit Hilfe von Fachkenntnissen und entsprechender Sensibilität für diese Problematik wertvolle Hilfestellungen angeboten werden. Dadurch kann eine erfüllende partnerschaftliche Sexualität trotz Unfruchtbarkeit ermöglicht werden.

5.2.4 Psychische Belastung

Alle Studien haben eine erhöhte psychische Belastung der betroffenen Frauen festgestellt. Bei den Studienteilnehmerinnen wurden Empfindungen wie beispielsweise Verlust, Trauer, Angst, Schuld, Wut, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit identifiziert. Darüber hinaus wurde eine Verringerung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit festgestellt.

Im Kontext zum Bio-Psycho-Sozialen Modell werden die Auswirkungen der ungewollten Kinderlosigkeit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene betrachtet. Die biologische Ebene umfasst die körperlichen Aspekte, wie in diesem Fall die Unfruchtbarkeit, deren Ursache und die genetische Disposition. Die psychische Ebene betrachtet die psychischen Reaktionen und Belastungen, die mit einer ungewollten Kinderlosigkeit einhergehen können. Die soziale Ebene konzentriert sich auf die Beziehungen, das soziale Umfeld und die gesellschaftlichen Erwartungen. Auch der kulturelle Kontext muss dabei beachtet werden. Das Bio-Psycho-Soziale Modell unterstreicht die gegenseitige Wechselwirkung zwischen körperlicher, psychischer und sozialer Ebene. Die psychischen und sozialen Auswirkungen beeinflussen sich somit gegenseitig. Die sozialen Auswirkungen einer Unfruchtbarkeit gehen mit negativen Emotionen einher. Umgekehrt können aber auch negative Gefühle zu sozialen Problemen führen. Ein Beispiel dafür wäre das Gefühl der Unzugänglichkeit bei den Betroffenen, was eine Selbstisolation zur Folge hatte. Ein

weiteres Beispiel stellt die Stigmatisierung dar. Diese bewirkte bei den Frauen das Gefühl der Absonderlichkeit, was wiederum die Selbststigmatisierung begünstigte.

Gemäss dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell könnte die Unfruchtbarkeit, welche ein Stressor darstellt, psychische Störungen begünstigen. Es ist möglich, dass eine erlernte Vulnerabilität die Bewältigungsstrategien der Unfruchtbarkeit beeinflussen kann. Wenn eine Frau beispielsweise aufgrund eines bereits erlebten Aborts oder einer erfolglosen IVF-Behandlung eine emotionale Belastung erlebt hat, kann dies ihre psychologische Vulnerabilität vermindern und folglich den Umgang mit ihrer ungewollten Kinderlosigkeit beeinflussen. Andererseits können negative Erfahrungen und Ängste zu erhöhtem Stress führen, der sich wiederum negativ auf den Bewältigungsprozess auswirken kann. Es lässt sich vermuten, dass sich mit zunehmender Dauer der Unfruchtbarkeit die psychologischen Faktoren verändern. Möglicherweise sind einige Patientinnen nach einer gewissen Zeit besser in der Lage, mit ihrer ungewollten Kinderlosigkeit umzugehen.

Aus Sicht der Autorinnen ist es daher unerlässlich, einen ganzheitlichen Ansatz in der pflegerischen Beziehung und Betreuung zu verfolgen, um die psychische Belastung zu erkennen und zu reduzieren. Daraus lässt sich schliessen, dass die psychische Belastung im Rahmen der Betreuung von unfruchtbaren Frauen offen thematisiert werden sollte und in bestimmten Fällen eine Involvierung psychologischer Unterstützung erforderlich sein kann.

5.2.5 Selbstwert und Selbstwirksamkeit

Die Analyse der Studienergebnisse verdeutlichte, dass die Unfruchtbarkeit negative Auswirkungen auf den Selbstwert sowie die Selbstwirksamkeit hatte. Der verminderte Selbstwert ging mit einer Senkung der Selbstwirksamkeit einher. Folglich kam es zu einer Bedrohung der weiblichen Identität und einem Rollenkonflikt (Behboodi-Moghadam et al., 2013; Boz & Okumuş, 2017; Kothari & Sriram, 2022; McBain & Reeves, 2019; Naz & Batool, 2017; Taebi et al., 2021).

Im Kontext zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell lässt sich der verminderte Selbstwert sowie die Senkung der Selbstwirksamkeit erklären. Stressoren, wie die Unfruchtbarkeit oder soziale Gegebenheiten, sozialer Druck oder Stigmatisierung, in Kombination mit der individuellen Vulnerabilität, können die Entstehung einer psychischen Störung begünstigen und die Selbstwirksamkeit schwächen. Die Selbstwirksamkeit steht in engem Zusammenhang mit Copingstrategien. Jede Person entwickelt im Verlauf des Lebens eigene Strategien im Umgang mit Stresssituationen. Wie den Studienergebnissen zu entnehmen ist, geht Unfruchtbarkeit mit einer verminderten Selbstwirksamkeit einher, weshalb möglicherweise auch die Copingstrategien der Betroffenen beeinträchtigt

werden können. Eine adäquate Reaktion auf unfruchtbarkeitsbasierte Stressoren kann daher erschwert sein.

Die Selbstwirksamkeit einer unfruchtbaren Frau wird gemäss der Theorie von Albert Bandura durch vier grundlegende Faktoren beeinflusst. Scheitern Frauen regelmässig in der Bewältigung der Unfruchtbarkeit oder sind die Copingstrategien für die psychosozialen Auswirkungen unwirksam, so nimmt die Selbstwirksamkeit durch die Misserfolgs-erlebnisse ab. Hingegen könnte ein Erfolgserlebnis, zum Beispiel der Therapieerfolg oder Unterstützung der Familie, die Selbstwirksamkeit stärken. Unfruchtbare Frauen beschrieben zudem, dass sie vorwiegend Vertrauen in Gleichgesinnte hatten (McBain & Reeves, 2019). Durch solche Kontakte wird das Modellernen begünstigt. Beispielsweise könnten Gespräche über den Nutzen von Copingstrategien, Therapien oder Beratungsgespräche mit anderen Betroffenen, die Handlungskompetenz und folglich auch die Selbstwirksamkeit verbessern. Kommt es im Kontakt mit Gleichgesinnten zum gegenseitigen Bemitleiden und zum Gedanken, dass keine Unterstützung oder Erfolge gefeiert werden können, so wird das Konstrukt der Selbstwirksamkeit geschwächt. Weiter bilden negative verbale Einflüsse der Gesellschaft, wie beispielsweise Drohungen und Schuldzuweisungen, einen Grund für eine geschwächte Selbstwirksamkeit. Die Beziehung hingegen, welche von einigen Frauen als Stütze dargestellt wurde, könnte als Kommunikationsgefäss dienen. Partner*innen könnten über verbale Einflüsse, wie das Zusprechen von Mut oder Verständnis, einen positiven Effekt auf die Selbstwirksamkeit erzielen. Die ungewollte Kinderlosigkeit und deren Bewältigung ging vorwiegend mit negativen Gefühlen einher, welche gemäss A. Bandura ebenfalls die Selbstwirksamkeit negativ beeinflussen. Eine selbstwirksamkeitsstärkende Pflege knüpft folglich an Erfolgserlebnissen an und wird durch positive verbale Einflüsse gestärkt. Unfruchtbaren Frauen soll beispielsweise Mut und Hoffnung zugesprochen werden. Der Kontakt zu Frauen, welche die Unfruchtbarkeit erfolgreich bewältigt haben, kann ebenfalls die Selbstwirksamkeit stärken. Das Gefäss der Peer-Arbeit sollte folglich gefördert werden.

Es lässt sich vermuten, dass der verminderte Selbstwert häufig mit einer Unzugänglichkeit einhergeht und folglich der Aufbau einer professionellen Beziehung im Pflegealltag erschwert ist. Darüber hinaus könnten auch Auswirkungen auf die Adhärenz der Betroffenen entstehen, da ein geringes Selbstwertgefühl sowie ein Mangel an Selbstwirksamkeit die Motivation und das Durchhaltevermögen bei Behandlungen oder Therapien beeinflussen können. Eine niedrige Selbstwirksamkeit könnte zudem einen negativen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben. Wenn ein Individuum sich selbst als weniger wirksam in Bezug auf die eigene Gesundheit wahrnimmt, kann der Therapieerfolg beeinträchtigt werden. Daher ist es für Pflegefachpersonen wichtig, ein verminderter

Selbstwert sowie eine Beeinträchtigung der Selbstwirksamkeit zu erkennen, um geeignete Massnahmen einleiten zu können. Diese sollen die Gesundheitskompetenz stärken und einen besseren Umgang mit der Unfruchtbarkeit ermöglichen.

Eine weitere Auswirkung in Bezug auf die Selbstwirksamkeit bildete der Rollenkonflikt. Ein Rollenkonflikt wurde eher begünstigt, wenn eine Frau die Pflicht verspürte, eine Mutterschaft zu erzielen (Kothari & Sriram, 2022). Eine unfruchtbare Frau mit verminderter Selbstwirksamkeit könnte möglicherweise Schwierigkeiten dabei haben, den Rollenkonflikt erfolgreich zu bewältigen. Der niedrige Selbstwert im Zusammenhang mit der verminderten Selbstwirksamkeit könnte zu negativen Gefühlen wie Hilflosigkeit, Frustration oder Überforderung führen. Somit kann es für Betroffene eine Herausforderung darstellen, die individuelle Rolle mit den gesellschaftlichen Erwartungen in Einklang zu bringen.

5.3 Stärken und Limitationen

Eine Limitation dieser Arbeit stellt die sprachliche Eingrenzung der Literatur dar. Es fanden lediglich Studien Einschluss, welche auf Englisch, Deutsch oder Französisch verfasst wurden. Die inkludierten Studien bauten meist auf kleinen Samples auf, welche häufig durch eine gezielte Stichprobenmethode oder Schneeballverfahren erörtert wurden. Ein repräsentatives Bild der weiblichen unfruchtbaren Population konnte folglich nicht abgebildet werden, die Übertragbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ist daher erschwert.

Die Analyse der Studien hat gezeigt, dass die kulturellen Gegebenheiten der untersuchten Zielgruppen von der schweizerischen Kultur abweichen. Es zeigten sich Differenzen im Rollenbild der Frau und dem Familienkonstrukt. Weiter wiesen auch die ökonomische und rechtliche Lage Unterschiede im Vergleich zur Schweiz auf. Dies könnte die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Literaturarbeit ins schweizerische Setting stark erschweren.

Alle Studien haben unterschiedliche medizinische und demographische Daten zur Differenzierung des Samples erhoben. Gewisse Studien wiesen mangelhafte Beschreibungen der Stichproben auf. Beispielsweise haben einige Literaturen lediglich das Geschlecht der Teilnehmer*innen erfasst oder es konnten keine Rückschlüsse auf die Ursache der Unfruchtbarkeit gezogen werden. Andere setzten die medizinischen und demographischen Daten in einen breiteren Kontext und erhoben Faktoren wie Alter, Beruf, Bildungsniveau sowie Art und Dauer der Unfruchtbarkeit. Aus diesem Grund war es schwierig, eine Homogenität der Daten herzustellen und Faktoren, wie beispielsweise Schwangerschaft, Mutterschaft, Migrationshintergrund oder männliche Einflussfaktoren, zu erkennen und diese Studien dadurch auszuschliessen.

In zwei Studien (Bayoumi et al., 2021; Naz & Batool, 2017) wurden sowohl Frauen als auch Männer als Teilnehmende eingeschlossen. Männer erlebten die Unfruchtbarkeit anders als Frauen. Folglich müssten die Ergebnisse differenziert betrachtet werden. Trotz der differenzierten und eigenständigen Analyse der Daten, könnten verallgemeinernde Aussagen der Studien die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verzerren.

Im theoretischen Bezugsrahmen wurde auf die Differenzierung der primären und sekundären Unfruchtbarkeit eingegangen. Obwohl einige Studien die Art der Unfruchtbarkeit mit den Ergebnissen in Kontext setzten, wurde in der vorliegenden Arbeit keine Differenzierung durchgeführt. Weiter erzeugten die Ergebnisse ein allgemeines Bild der Unfruchtbarkeit. Ursachenspezifische Auswirkungen wurden in den Ergebnissen nicht erläutert. Zudem wurden Studien, welche die Unfruchtbarkeit in einen direkten Kontext zu einer Erkrankung setzten, ausgeschlossen. Die Übertragbarkeit ist somit nur bedingt möglich.

Die Synthetisierung der vorliegenden Arbeit weist ebenfalls eine methodische Einschränkung auf. Aufgrund der Beeinflussung von psychischen und sozialen Faktoren, könnten einige Ergebnisse mehreren Oberthemen zugeordnet werden. Eine klare Trennung und Diskussion kann dadurch erschwert werden. Beispielsweise bauen Schuldzuweisungen auf einer sozialen Stigmatisierung auf, werden jedoch unter der psychischen Belastung im Kontext zum Schuldgefühl synthetisiert.

Das systematische Vorgehen bei der Literaturrecherche bildet eine methodische Stärke dieser Bachelor-Thesis. Es wurden deutlich formulierte Ein- und Ausschlusskriterien verwendet, um die Studienvielfalt einzuschränken und die passendsten Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage zu erörtern. Zudem wurde die Suche auf diversen Datenbanken vollzogen, was die Stärke dieser Arbeit unterstreicht. Des Weiteren wurden die Studien einer qualitativen Bewertung unterzogen, welche durch die Autorinnen präzise durchgeführt wurde. Da der Fokus der integrierten Studien auf das qualitative Forschungsparadigma gelegt wurde, konnte das Erleben und somit auch die psychosozialen Auswirkungen bestmöglich erörtert werden. Die Aktualität der analysierten Studien kann als eine weitere Stärke dieser Arbeit betrachtet werden. Zehn der fünfzehn eingeschlossenen Studien wurden im Jahr 2018 oder später publiziert.

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Dieses Kapitel widmet sich der Beantwortung der Fragestellung, aufbauend auf 15 analysierten Studien. Die Fragestellung lautete wie folgt: «Welche Auswirkungen hat die weibliche Unfruchtbarkeit auf die psychosoziale Gesundheit der Frau?»

Es zeigen sich viele verschiedene Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit einer unfruchtbaren Frau. Die Erfahrungen müssen individuell betrachtet werden und sind stark von kulturellen Gegebenheiten abhängig. Die psychosoziale Gesundheit ist von psychischen und sozialen Faktoren abhängig. Diese beeinflussen sich gegenseitig und können nicht voneinander getrennt werden. Die Auswirkungen wurden entweder vom sozialen Gefüge oder von der Betroffenen selbst herbeigeführt. Sie umfassten neben der sozialen Stigmatisierung und Isolation auch die Selbststigmatisierung sowie die Selbstisolation. Weiter wurden positive wie auch negative Auswirkungen auf die Partnerschaft festgestellt. Die Unfruchtbarkeit führte zu einer Stärkung oder Instabilität der Partnerschaft. Diese Auswirkungen beinhalteten unter anderem sexuelle Probleme oder körperliche Gewalt durch den Partner. Einhergehend mit den sozialen Folgen wurden auch emotionale Veränderungen erlebt. Ungewollte Kinderlosigkeit stellte für Betroffene eine grosse psychische Belastung dar, was in gewissen Fällen zu einer psychischen Störung führte. Die psychische Notlage zeigte sich mit Empfindungen wie Verlust, Versagen, Trauer, Schmerz, Angst, Sorgen, Stress, Schuld, Wut, Groll, Aufruhr, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Ebenfalls ging Unfruchtbarkeit mit einem verminderten Selbstwert einher. Folglich wurde auch die Selbstwirksamkeit negativ beeinflusst.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die weibliche Unfruchtbarkeit die psychosoziale Gesundheit einer Frau vorwiegend negativ beeinflusst. Es ist von zentraler Bedeutung, die Auswirkungen der Unfruchtbarkeit in der Pflegepraxis zu identifizieren und gezielte Hilfestellungen anzubieten.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Anhand dieser Literaturarbeit wurden bedeutsame Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis und Forschung identifiziert.

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Der Umgang mit unfruchtbaren Frauen und Paaren stellt eine Herausforderung für das Pflegepersonal dar. Es ist essenziell, dass Gesundheitsfachpersonen für die Bedeutung der Unfruchtbarkeit sensibilisiert werden, um die entsprechenden Bedürfnisse der Patientinnen zu erfassen sowie einer Überforderung seitens der Pflege entgegenzuwirken. Dabei wäre es unabdingbar, dass Fachpersonen über psychosoziale Auswirkungen der Unfruchtbarkeit sowie deren kulturellen Gegebenheiten informiert sind. Eine Schulung für Pflegefachpersonen, welche im Pflegealltag häufig mit der Thematik Unfruchtbarkeit konfrontiert werden (z.B. im Setting der Bariatrie, Onkologie, Gynäkologie, Reproduktionsmedizin, Psychiatrie etc.), ist empfehlenswert, um evidenzbasiertes Wissen zu den psychosozialen Auswirkungen zu vermitteln. Die Auswirkungen sind je nach Kultur sehr unterschiedlich. Ein besonderes Augenmerk muss daher auf die kulturelle Pflege gelegt werden. Um eine ganzheitliche Betrachtung von unfruchtbaren Patientinnen zu gewährleisten, wird empfohlen, das Sunrise-Modell nach M. Leininger in die Pflegepraxis zu implementieren (Schewior-Popp et al., 2017). Das Modell ermöglicht es einer Pflegefachperson, sämtliche kulturellen Einflussfaktoren, die das Individuum beeinflussen, umfassend zu erörtern, mit dem Ziel, das kulturelle Verständnis zu vertiefen und kulturelle Aspekte in der Pflege angemessen zu berücksichtigen. Unfruchtbarkeit bildet in der Gesellschaft ein Tabuthema. Daher ist eine vertrauensvolle und professionelle Beziehung zur Patientin nötig, die auf einer empathischen und personenzentrierten Grundhaltung aufbaut.

Wie in den Studienergebnissen dargelegt wurde, befanden sich die Betroffenen in einer psychischen Krise, die durch die Diagnose Unfruchtbarkeit ausgelöst wurde. Es wäre von zentraler Bedeutung, unfruchtbare Frauen und Paare mittels gezielter Beratung zu unterstützen. Dabei sollen das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit sowie das Selbstvertrauen gestärkt und Coping-Strategien entwickelt werden. Das vorrangige Ziel besteht darin, die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu verbessern sowie das Empowerment der Betroffenen zu stärken. Die Analyse der Ergebnisse hat zudem ergeben, dass sich Betroffene vorwiegend von Personen verstanden fühlten, die sich mit Unfruchtbarkeit auskennen oder selbst davon betroffen sind (McBain & Reeves, 2019). Die Frauen und Paare könnten daher von einem Gefäss profitieren, welches Peer-Arbeit sowie Selbsthilfegruppen integriert.

Die Erfahrungen der Autorinnen verdeutlichen, dass Unfruchtbarkeit im Pflegealltag ein bedeutsames Thema darstellen kann. Aktuell wird dieses Thema in der schweizerischen Pflegeausbildung nicht abgedeckt, was im Alltag einer Pflegefachperson schnell zur Überforderung führen könnte. Aus Sicht der Autorinnen würden Betroffene von evidenzbasierten Kenntnissen der Gesundheitsfachpersonen profitieren. Daher wäre es sehr sinnvoll, die Thematik der Unfruchtbarkeit in die Ausbildung zur Pflegefachperson mit Abschluss an der höheren Fachschule (HF) oder Fachhochschule (FH) zu integrieren oder ein entsprechendes Wahlmodul anzubieten. Dadurch wird eine Sensibilisierung für die Thematik geschaffen und Betroffene können bestmöglich betreut werden.

Der Einsatz einer spezialisierten Pflegefachperson mit fundiertem Wissen im Gebiet der Unfruchtbarkeit wird derzeit diskutiert. In anderen Ländern, wie in den Vereinigten Staaten von Amerika oder Grossbritannien wird bereits eine sogenannte Fertility Nurse eingesetzt. Anhand dieser Literaturarbeit lässt sich ableiten, dass solche Fachexpert*innen die Betreuung des Paares während des Fruchtbarkeitsbehandlungsprozesses übernehmen. Hierbei könnten sie beispielsweise das Erstgespräch, die Anamnese oder spezifische Untersuchungen durchführen und eine umfassende Beratung anbieten. Zusätzlich würden sie das Paar bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation ist die Unfruchtbarkeitsproblematik steigend (World Health Organization, 2023c). Daher erwarten die Verfasserinnen dieser Thesis, dass die Nachfrage nach einer spezialisierten Fachperson weiter steigen wird. Bisher gibt es nur begrenzt Literatur zu dieser Thematik. Es zeigt sich, dass die Rolle einer Fertility Nurse in der Schweiz derzeit noch unzureichend definiert ist. In der Schweiz übernehmen teilweise erfahrene Pflegefachpersonen eine solche Funktion. Eine erweiterte Definition oder Zertifizierung dieser Rolle ist von wichtiger Bedeutung, um in Zukunft gegebenenfalls auch Pflegeexpert*innen in diesem Bereich einsetzen zu können und die Qualität der Versorgung sowie die Erfolgchancen der Behandlungen zu verbessern.

An der Betreuung von unfruchtbaren Frauen und Paaren sind verschiedene Professionen beteiligt. Die Kompetenzbereiche müssen klar definiert und aufgeteilt werden. Die Aufgaben der Pflege in diesem Kontext umfassen vor allem die psychische Betreuung während des Spitalaufenthaltes und die Beratung. Wie bereits erwähnt, baut diese auf der Stärkung des Selbstwertgefühls, der Selbstwirksamkeit sowie des Selbstvertrauens auf und fördert das Empowerment. Der Kompetenzbereich einer Pflegefachperson HF oder FH umfasst nicht eine gezielte Beratung zu Behandlungen von Unfruchtbarkeit oder reproduktionsmedizinischen Massnahmen. Pflegefachpersonen können die betroffenen Frauen und Paare dafür an weitere Dienste verweisen, wie beispielweise an das Kinderwunschzentrum oder an eine Fertility Nurse, sofern dieses Rollenbild bereits in der

Pflegepraxis implementiert ist. Zudem könnten Pflegefachpersonen auf bedürfnisangepasste komplementärmedizinische Massnahmen hinweisen. Einige Beispiele dafür wären Entspannungstechniken, Akupunktur oder -massage, Massagen oder Aromatherapie. Es geht dabei primär um die Stärkung vom Wohlbefinden der betroffenen Frauen. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht für jede dieser Massnahmen ausreichende Evidenz vorliegt. Diese Massnahmen wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht auf ihre Evidenz geprüft.

6.2 Empfehlungen für die Forschung

Die Analyse der Studien hat den Bedarf an weiteren Forschungsarbeiten hinsichtlich der psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit verdeutlicht.

Für die Pflegewissenschaft wäre es fundamental, die Rolle der Pflege im Konstrukt der Unfruchtbarkeit genauer zu betrachten. Es wäre sinnvoll, die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Personen gegenüber dem Gesundheitspersonal zu ermitteln, um eine patient*innenzentrierte Betreuung zu ermöglichen. Die Recherche hat gezeigt, dass die psychosozialen Auswirkungen der Unfruchtbarkeit in der Schweiz oder deren Nachbarländern bisher wenig oder gar nicht erforscht worden sind. Aktuell wird lediglich das Forschungsprojekt HoPE durchgeführt. Die Studie verfolgt das Ziel, Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen, welche sich einer Fertilitätsbehandlung unterziehen, zu erfassen und zu beschreiben. Ebenfalls wird dabei das Gesundheitspersonal, wie Pflegefachpersonen, Hebammen und Mediziner*innen, integriert. HoPE ist momentan das einzige Forschungsprojekt der Schweiz, welches eine ganzheitliche, interprofessionelle und pflegewissenschaftliche Perspektive der Unfruchtbarkeit aufzeigt. Voraussichtlich wird die geplante Laufzeit bis Ende 2025 andauern (Berner Fachhochschule Departement Gesundheit, o. D.).

Zur Gewährleistung der Generalisierbarkeit der Studienergebnisse dieser Bachelor-Thesis ist weitere Forschung in der Schweiz sowie im angrenzenden Ausland nötig. Es wäre wünschenswert, wenn zukünftige Forschung die Auswirkung der Unfruchtbarkeit hinsichtlich primärer und sekundärer Form unterscheiden würde. Ausserdem wäre Forschung basierend auf spezifischen Erkrankungen nötig, um eine bessere Differenzierung und Übertragbarkeit zu gewährleisten. Ebenfalls müssten komplementärmedizinische Massnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens bei unfruchtbaren Frauen erforscht werden. Zudem wäre es sinnvoll, die unfruchtbarkeitsbezogenen Auswirkungen auch auf Männer und Paare zu erforschen, um gezielte geschlechtsspezifische Rückschlüsse ziehen zu können.

Die Auswirkungen einer Unfruchtbarkeit kann man Personen nicht ansehen, sie werden lediglich subjektiv empfunden (McBain & Reeves, 2019). Für die Weiterentwicklung dieses pflegerischen Settings wäre es essenziell, ein Assessmentinstrument zur Erfassung der unfruchtbarkeitsspezifischen Faktoren in die Pflegepraxis zu implementieren. Durch die Anwendung des international entwickelten Fragebogens «FertiQoL» ist es möglich, die subjektive fruchtbarkeitsspezifische Lebensqualität von unfruchtbaren Frauen und Männern zu ermitteln. Dieses valide Instrument deckt die synthetisierten Ergebnisse dieser Literaturarbeit fast vollumfänglich ab und wird daher für die Implementierung in die Pflegepraxis empfohlen (Sexty et al., 2018; Cardiff University, o.D.; Boivin et al., 2011). Durch die Beantwortung der 36 Fragen kann die behandlungsbezogene Lebensqualität, wie auch das allgemeine Leben und die physische Gesundheit einer betroffenen Person bewertet werden. Pflegefachpersonen wird somit ermöglicht, die Individualität der Unfruchtbarkeit zu verstehen und spezifische Massnahmen abzuleiten. Ausserdem besteht die Möglichkeit, frühzeitig Risikofaktoren für psychische Störungen zu identifizieren und Handlungsbedarf zu erörtern. Anhand des «FertiQoL» könnte der Einsatz von zusätzlichen Ressourcen, wie beispielsweise der psychologische Dienst oder die Fertility Nurse, begründet werden. Die validierte deutsche Version des «FertiQoL» ist im Anhang ersichtlich.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass eine umfangreichere Forschung nötig ist, welche grössere Stichproben einschliesst. Des Weiteren wäre qualitative Forschung mit höherer Evidenz wünschenswert, um dieses wichtige Thema weiter zu untersuchen und angemessene Handlungsmassnahmen abzuleiten.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Barysch, K. N. (2016). Selbstwirksamkeit. In D. Frey (Hrsg.), *Psychologie der Werte: Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie* (S. 201–211). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48014-4_18
- Batool, S. S., & de Visser, R. O. (2016). Experiences of Infertility in British and Pakistani Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis. *Health Care for Women International*, 37, 180–196. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.980890>
- Bayoumi, R. R., Koert, E., Boivin, J., Viswanath, K., & McConnell, M. (2021). Quality of life of Sudanese patients attending a fertility clinic: A mixed methods study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 1006–1030. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2007773>
- Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhar-Ardabily, H., Vaismoradi, M., & Ramezanzadeh, F. (2013). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 41–46. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00208.x>
- Berner Fachhochschule Departement Gesundheit. (o. D.). *HoPE – Unerfüllter Kinderwunsch und Fertilitätsbehandlungen in der Schweiz*. Abgerufen am 8. Juni 2023, von <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/hope-unerfuellter-kinderwunsch-fertilitaetsbehandlungen-schweiz/>
- Berner Fachhochschule Departement soziale Arbeit. (o. D.). *Soziale Gesundheit*. Abgerufen am 9. Mai 2023, von <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/soziale-gesundheit/>
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 26(8), 2084–2091. <https://doi.org/10.1093/humrep/der171>
- Boz, I., & Okumuş, H. (2017). The “Everything About the Existence” Experiences of Turkish Women With Infertility: Solicited Diaries in Qualitative Research. *The Journal of Nursing Research*, 25(4), 268–275. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000166>
- Bundesamt für Gesundheit. (o. D.). *Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung*. Abgerufen am 25. April 2023, von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplane/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html>

- Bundesamt für Statistik. (2019). *Kinderwunsch, Elternschaft*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien/kinderwunsch-elternschaft.html>
- Bundesamt für Statistik. (2023, Januar 27). *Haushaltseinkommen und -ausgaben*. Schweizerische Eigenossenschaft. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2021). *Ungewollte Kinderlosigkeit 2020; Leiden – Hemmungen – Lösungen*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/161018/b36a36635c77e98bcf7b4089cd1e562e/ungewollte-kinderlosigkeit-2020-data.pdf>
- Cardiff University. (o. D.). *Fertility quality of life tool*. Abgerufen am 11. Juni 2023, von <https://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/>
- Çitil Canbay, F., Çitil, E. T., Şadiye Çitil Şap, T., & Şap, O. (2022). Identifying Experiences and Hopelessness Levels of Women Receiving Infertility Treatment: A Mixed Method Study. *The American Journal of Family Therapy, 50*(2), 205–226. <https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1905570>
- Cloerkes, G. (2005, März 10). *Die Stigma-Identitäts-These*. bidok: behinderung inklusion dokumentation. <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-00-stigma.html>
- Dănilă, I., & Băban, A. (2018). Representations of infertility as reflected in on-line discussion forums in Romania. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal, 22*(2), 85–98. <https://doi.org/10.24193/cbb.2018.22.06>
- Ernst, G., Franke, A., & Franzkowiak, P. (2022). *Stress und Stressbewältigung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I118-2.0>
- Florin, M. (o. D.). *Bio-psycho-soziale Modelle; Integration der Modelle*. Abgerufen am 9. März 2023, von <https://zuugs.hfh.ch/verhalten/chapter/bio-psycho-soziale-modelle/>
- Garms-Homolová, V. (2021). Warum werden bestimmten Menschen negative Merkmale zugeschrieben? In V. Garms-Homolová (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Informationsverarbeitung über das Selbst und die Mitmenschen: Selbstkonzept, Attributionstheorien, Stereotype & Vorurteile* (S. 67–79). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62922-2_5

- Gross, M. (2023, April 7). Das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura. *intrapsychisch.de*. <https://intrapsychisch.de/das-konzept-der-selbstwirksamkeit-nach-bandura/>
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study. *Journal of Reproduction & Infertility*, *20*(3), 178–190.
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The Social Consequences of Infertility among Iranian Women: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility & Sterility*, *8*(4), 409–420.
<https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4181>
- Hess, R. F., Ross, R., & Gililand, J. L. (2018). Infertility, Psychological Distress, and Coping Strategies among Women in Mali, West Africa: A Mixed-Methods Study. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, *22*(1), 60–72. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i1.6>
- Hirslanden. (o. D.). *Unfruchtbarkeit der Frau*. Abgerufen am 9. März 2023, von <https://www.hirslanden.ch/de/corporate/themen-im-fokus/hirslandenbaby/kinderwunsch/unerfuellter-kinderwunsch/frau.html>
- Höbek Akarsu, R., & Kızılkaya Beji, N. (2021). Spiritual and Religious Issues of Stigmatization Women with Infertility: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*, *60*(1), 256–267. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00884-w>
- Husain, W., & Imran, M. (2021). Infertility as seen by the infertile couples from a collectivistic culture. *Journal of Community Psychology*, *49*(2), 354–360.
<https://doi.org/10.1002/jcop.22463>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Kothari, A., & Sriram, S. (2022). Voices of the Unheard: Women and Infertility in India. *Human Arenas*. <https://doi.org/10.1007/s42087-022-00269-8>
- Krebsliga. (2019, Juni 25). *Kostenübernahme für fruchtbarkeitserhaltende Massnahmen*. <https://www.krebsliga.ch/medien/medienmitteilungen/pages/2019/kostenuebernahme-fuer-fruchtbarkeitserhaltende-massnahmen>
- Lawrenz, B., Coughlan, C., Melado, L., & Fatemi, H. M. (2019). Ethnical and sociocultural differences causing infertility are poorly understood—Insights from the Arabian perspective. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *36*(4), 661–665. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01411-2>

- Leeners, B. (2021). Paare mit unerfülltem Kinderwunsch beraten. In U. Hartmann, T. Krüger, V. Kürbitz, & C. Neuhof (Hrsg.), *Sexualmedizin für die Praxis: Sexualberatung und Kurzinterventionen bei sexuellen Störungen* (S. 167–173). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62512-5_14
- Luzerner Kantonsspital. (o. D.). *Unerfüllter Kinderwunsch*. Abgerufen am 26. April 2023, von <https://www.luks.ch/was-wir-behandeln/unerfuellter-kinderwunsch>
- Mauritz, S. (2019, Mai 24). *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Resilienz Akademie. <https://www.resilienz-akademie.com/vulnerabilitaets-stress-modell/>
- McBain, T. D., & Reeves, P. (2019). Women's Experience of Infertility and Disenfranchised Grief. *The Family Journal*, 27(2), 156–166. <https://doi.org/10.1177/1066480719833418>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Fertility problems: Assessment and treatment: Clinical guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/resources/fertility-problems-assessment-and-treatment-pdf-35109634660549>
- Naz, B., & Batool, S. S. (2017). Infertility Related Issues and Challenges: Perspectives of Patients, Spouses, and Infertility Experts. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 3–11.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 ed.). Wolters Kluwer.
- Pötzsch, O. (o. D.). *Kinderlosigkeit: Datenreport 2021*. Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen am 9. März 2023, von <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/familie-lebensformen-und-kinder/329596/kinderlosigkeit/>
- pro Familia. (o. D.). *Desire to have children*. Abgerufen am 9. März 2023, von <https://www.profamilia.de/en/topics/desire-to-have-children>
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ulrich, L. (2017). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (13. Auflage).
- Schneiter, E. J. (2017). *Kaufmännische Ausgabe ZGB OR: Zivilgesetzbuch, Obligationenrecht, SchKG, BV und weitere Erlasse* (14. Auflage). orell füssli.
- Scholz, C. (2022, Juli 19). *Infertilität und Sterilität der Frau, Reproduktionsmedizin*. Thieme. <https://viamedici.thieme.de/lernmodul/8646242/4915465/infertilitaet+und+sterilitaet+der+frau+reproduktionsmedizin>

- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S. 28–53). Beltz : Weinheim. https://www.pedocs.de/volltexte/2011/3930/pdf/ZfPaed_44_Beiheft_Schwarzer_Jerusalem_Konzept_der_Selbstwirksamkeit_D_A.pdf
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (o. D.). *Medizinisch unterstützte Fortpflanzung*. ch.ch. Abgerufen am 24. März 2023, von <https://www.ch.ch/de/familie-und-partnerschaft/mutterschaft-und-vaterschaft/schwangerschaft-und-geburt/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung/#wer-erhalt-medizinische-hilfe>
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2018). *Adoption in der Schweiz* (Artikel-Nr. 402.003.D). https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_bbl/bp/updateltems.do?&next=seeltem&item-key=0024817F68691EE1B4AF63F692FF4F2E1402EC770E351ED8A6FAAFD928B2C795&areakey=0024817F68691EE1B4AF63F692FF4F2E&lastVisited=catalogQuery&itemPageSize=0&page=1&display_scenario=query&xsr-fid=OZ4aOpVXcUuBUhTrPe2yzyxRMFgZQBp8DzXE#
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2017, September 1). *Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG, 810.11)*. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/de>
- Segal, T. R., & Giudice, L. C. (2019). Before the beginning: Environmental exposures and reproductive and obstetrical outcomes. *Fertility and Sterility*, *112*(4), 613–621. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.001>
- Sexty, R. E., Griesinger, G., Kayser, J., Lallinger, M., Rösner, S., Strowitzki, T., Toth, B., & Wischmann, T. (2018). Psychometric characteristics of the FertiQoL questionnaire in a German sample of infertile individuals and couples. *Health and Quality of Life Outcomes*, *16*, 233. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1058-9>
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *11*, 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>
- Swiss Medical Network. (o. D.). *Endometriose - Ursache und Behandlung*. Abgerufen am 9. März 2023, von <https://www.swissmedical.net/de/gynaekologie/endometriose>

- Taebi, M., Kariman, N., Montazeri Ph.D.4, A., & Majd, H. A. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189–196.
<https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Tiu, M. M., Hong, J. Y., Cheng, V. S., Kam, C. Y., & Ng, B. T. (2018). Lived experience of infertility among Hong Kong Chinese women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1554023>
- Trawick, E., Pecoriello, J., Quinn, G., & Goldman, K. N. (2021). Guidelines informing counseling on female age-related fertility decline: A systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(1), 41–53.
<https://doi.org/10.1007/s10815-020-01967-4>
- Universität Augsburg. (o. D.). *Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell*. Abgerufen am 9. März 2023, von <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/>
- Universitätsklinikum Bonn. (2017). *Psychisches Befinden bei ungewollter Kinderlosigkeit und Kinderwunschbehandlung; Eine Information für Betroffene und Angehörige*. <https://www.gynaekologische-psychosomatik.de/themen/unerfuellter-kinderwunsch/>
- Universitätsspital Zürich. (o. D.-a). Die häufigsten Fragen rund um die Kinderwunschbehandlung. *USZ*. Abgerufen am 14. März 2023, von <https://www.usz.ch/kinderwunsch/die-haeufigsten-fragen-rund-um-die-kinderwunschbehandlung/>
- Universitätsspital Zürich. (o. D.-b). Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau. *USZ*. Abgerufen am 14. März 2023, von <https://www.usz.ch/krankheit/unfruchtbarkeit-bei-mann-und-frau/>
- von Bose, A., & Terpstra, J. (2012). Modelle der transkulturellen und kultursensiblen Pflege. In A. von Bose & J. Terpstra (Hrsg.), *Muslimische Patienten pflegen: Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation* (S. 11–19). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-24925-9_2
- von Engelhardt, M. (2010). Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In B. Jörissen & J. Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (1. Auflage, S. 123–140). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92196-9_8

- Wirtz, M. A. (2021). *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Dorsch. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/vulnerabilitaets-stress-modell>
- Wischmann, T., Schick, M., & Ditzen, B. (2020). Psychogene Infertilität – Mythos und Patientenstigmatisierung. *Gynäkologische Endokrinologie*, 18, 140–147. <https://doi.org/10.1007/s10304-020-00326-x>
- Wittchen, H.-U., Knappe, S., & Hoyer, J. (2020). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Auflage, S. 3–28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- World Health Organization. (o. D.). *Social determinants of health*. Abgerufen am 3. April 2023, von <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- World Health Organization. (2022, Juni 17). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2023a). *Infertility prevalence estimates: 1990-2021*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf>
- World Health Organization. (2023b, Januar). *GA31 Female Infertility*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1237004558>
- World Health Organization. (2023c, April 3). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen (Wittchen et al., 2020, S. 25).....	12
Abbildung 2: Die Entstehung eines Stigmas und die Auswirkungen auf die Identität (Garms-Homolová, 2021, S. 74).....	15
Abbildung 3: Das Sunrise-Modell nach M. Leininger im Kontext zur Unfruchtbarkeit, anlehnend an die Darstellung von Schewior-Popp et al. (2017), S. 89 (Eigene Darstellung).....	18
Abbildung 4: Flussdiagramm zur Literaturoauswahl.....	22

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Suchstrategien.....	20
Tabelle 2:	Identifying Experiences and Hopelessness Levels of Women Receiving Infertility Treatment: A Mixed Method Study.....	24
Tabelle 3:	Experiences of Infertility in British and Pakistani Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis	26
Tabelle 4:	Quality of life of Sudanese patients attending a fertility clinic: a mixed-methods-study	28
Tabelle 5:	Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study	30
Tabelle 6:	The “Everything About the Existence” Experiences of Turkish Women With Infertility: Solicited Diaries in Qualitative Research	32
Tabelle 7:	Representations of infertility as reflected in online discussion forums in Romania	34
Tabelle 8:	Infertility, Psychological Distress, and Coping Strategies among Women in Mali, West Africa: A Mixed-Methods Study	36
Tabelle 9:	Spiritual and Religious Issues of Stigmatization Women with Infertility: A Qualitative Study.....	38
Tabelle 10:	Voices of the Unheard: Women and Infertility in India	40
Tabelle 11:	Women’s Experience of Infertility and Disenfranchised Grief	42
Tabelle 12:	Infertility Related Issues and Challenges: Perspectives of Patients, Spouses, and Infertility Experts.....	44
Tabelle 13:	The Social Consequences of Infertility among Iranian Women: A Qualitative Study	46
Tabelle 14:	The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study.....	48
Tabelle 15:	Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women.....	50
Tabelle 16:	Lived experience of infertility among Hongkong Chinese women.....	52
Tabelle 17:	Synthetisierung der Ergebnisse (in Eigenarbeit erstellt)	54

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ET	Embryo-Transfer
FH	Pflegefachperson mit Abschluss der Fachhochschule
HF	Pflegefachperson mit Abschluss der höheren Fachschule
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IPA	Interpretative Phänomenologische Analyse
IUI	Intrauterine Insemination
IVF	In-Vitro-Fertilisation
WHO	World Health Organization

11 ANHANG

11.1 Deutsche Version «FertiQoL» (Cardiff University, o. D.)

FertiQoL International

Fragebogen zu Kinderwunsch und Lebensqualität (2008)

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.

Beziehen Sie bei Ihren Antworten Ihre derzeitigen Gedanken und Gefühle ein.

Die Fragen über Ihr Privatleben sind notwendig, um alle Aspekte Ihres Lebens adäquat messen zu können.

Bitte beantworten Sie die mit Sternchen (*) markierten Fragen nur dann, wenn Sie einen Partner haben.

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr schlecht	Schlecht	Weder gut noch schlecht	Gut	Sehr gut
A	Wie würden Sie Ihre Gesundheit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
B	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebensqualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Völlig	Sehr stark	Es geht	Nicht sehr	Überhaupt nicht
Q1	Leiden Ihre Aufmerksamkeit und Konzentration, weil Ihre Gedanken um das Thema Unfruchtbarkeit kreisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit Ihren anderen Zielen und Plänen im Leben aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen nicht vorankommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen ausgelaugt oder erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Glauben Sie, dass Sie Ihre Fertilitätsstörungen verkraften können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Q5	Sind Sie zufrieden mit der Unterstützung, die Sie von Freunden wegen Ihrer Fertilitätsstörungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Sind Sie trotz Ihrer Fertilitätsstörungen zufrieden mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Immer	Sehr oft	Ziemlich oft	Selten	Nie
Q7	Verspüren Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Neid und Verbitterung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Überkommen Sie Kummer und/oder Verlustgefühle, weil Sie kein Baby (keine Kinder mehr) bekommen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Schwanken Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung hin und her?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Sind Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen von der Gesellschaft ausgegrenzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Sind Sie und Ihr Partner trotz Ihrer Fertilitätsstörungen zärtlich zueinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Leiden Ihre tägliche Arbeit oder Ihre Pflichten aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen unwohl in gesellschaftlichen Situationen wie im Urlaub oder bei Feierlichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Familie versteht, was Sie durchmachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Extrem stark	Sehr	Mäßig	Etwas	Überhaupt nicht
*Q15	Füllen Sie sich durch Ihren unerfüllten Kinderwunsch mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin stärker verbunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Sind Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen traurig und deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Haben Sie das Gefühl, aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Menschen mit Kindern gegenüber minderwertig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Stört Sie Ihre Ermüdung/Erschöpfung aufgrund Ihres unerfüllten Kinderwunsches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Haben sich Ihre Fertilitätsstörungen negativ auf Ihre Beziehung ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Fällt es Ihnen schwer, sich mit Ihrem Partner über Ihre Gefühle zur Unfruchtbarkeit auszutauschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Sind Sie trotz Ihres unerfüllten Kinderwunsches zufrieden mit Ihrer Beziehung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Fühlen Sie sich einem gewissen gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, (mehr) Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Empfinden Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Zorn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Empfinden Sie aufgrund Ihrer Fertilitätsstörungen Schmerzen und körperliches Unbehagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Optionales Behandlungsmodul

Haben Sie eine Fertilitätsbehandlung angefangen (d. h. auch eine medizinische Beratung oder Intervention)? Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.

Beziehen Sie bei Ihren Antworten Ihre derzeitigen Gedanken und Gefühle ein.

Die Fragen über Ihr Privatleben sind notwendig, um alle Aspekte Ihres Lebens adäquat messen zu können.

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Immer	Sehr oft	Ziemlich oft	Selten	Nie
T1	Wirkt sich Ihre Fertilitätsbehandlung negativ auf Ihre Gemütsverfassung aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Gibt es medizinische Fertilitätsangebote, auf die Sie gerne zugreifen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Extrem stark	Sehr	Mäßig	Etwas	Überhaupt nicht
T3	Wie kompliziert ist der Umgang mit dem Verfahren und/oder der Verabreichung der Medikation für Ihre Fertilitätsbehandlung(en)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Stören Sie die Auswirkungen der Behandlung in Bezug auf Ihre täglichen oder beruflichen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Haben Sie das Gefühl, dass die Reproduktionsmediziner und ihr Team verstehen, was Sie durchmachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Stören Sie die körperlichen Nebenwirkungen der Kinderwunsch- und Hormonbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihren derzeitigen Gedanken und Gefühlen am ehesten entspricht.		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
T7	Sind Sie zufrieden mit der Qualität der Leistungen/ Einrichtungen, die Sie in Anspruch nehmen können, um Ihren emotionalen Bedürfnissen gerecht zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Wie würden Sie Ihre chirurgische(n) und/oder medizinische(n) Behandlung(en) bewerten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Wie würden Sie die Qualität der Informationen bewerten, die Sie über Ihre Medikation, chirurgische und/oder medizinische Behandlung erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Beziehung zu den Reproduktionsmedizinern und deren Team?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11.2 Liste der eingeschlossenen Studien

- Batool, S. S., & de Visser, R. O. (2016). Experiences of Infertility in British and Pakistani Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis. *Health Care for Women International*, *37*, 180–196. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.980890>
- Bayoumi, R. R., Koert, E., Boivin, J., Viswanath, K., & McConnell, M. (2021). Quality of life of Sudanese patients attending a fertility clinic: A mixed methods study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *9*(1), 1006–1030. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2007773>
- Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhar-Ardabili, H., Vaismoradi, M., & Ramezanzadeh, F. (2013). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, *10*, 41–46. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00208.x>
- Boz, I., & Okumuş, H. (2017). The “Everything About the Existence” Experiences of Turkish Women With Infertility: Solicited Diaries in Qualitative Research. *The Journal of Nursing Research*, *25*(4), 268–275. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000166>
- Çitil Canbay, F., Çitil, E. T., Şadiye Çitil Şap, T., & Şap, O. (2022). Identifying Experiences and Hopelessness Levels of Women Receiving Infertility Treatment: A Mixed Method Study. *The American Journal of Family Therapy*, *50*(2), 205–226. <https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1905570>
- Dănilă, I., & Băban, A. (2018). Representations of infertility as reflected in on-line discussion forums in Romania. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, *22*(2), 85–98. <https://doi.org/10.24193/cbb.2018.22.06>
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study. *Journal of Reproduction & Infertility*, *20*(3), 178–190.
- Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The Social Consequences of Infertility among Iranian Women: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility & Sterility*, *8*(4), 409–420. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4181>
- Hess, R. F., Ross, R., & Gililand, J. L. (2018). Infertility, Psychological Distress, and Coping Strategies among Women in Mali, West Africa: A Mixed-Methods Study. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, *22*(1), 60–72. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i1.6>

- Höbek Akarsu, R., & Kızılkaya Beji, N. (2021). Spiritual and Religious Issues of Stigmatization Women with Infertility: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 256–267. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00884-w>
- Kothari, A., & Sriram, S. (2022). Voices of the Unheard: Women and Infertility in India. *Human Arenas*. <https://doi.org/10.1007/s42087-022-00269-8>
- McBain, T. D., & Reeves, P. (2019). Women's Experience of Infertility and Disenfranchised Grief. *The Family Journal*, 27(2), 156–166. <https://doi.org/10.1177/1066480719833418>
- Naz, B., & Batool, S. S. (2017). Infertility Related Issues and Challenges: Perspectives of Patients, Spouses, and Infertility Experts. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 3–11.
- Taebe, M., Kariman, N., Montazeri Ph.D.4, A., & Majd, H. A. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Tiu, M. M., Hong, J. Y., Cheng, V. S., Kam, C. Y., & Ng, B. T. (2018). Lived experience of infertility among Hong Kong Chinese women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1554023>

11.3 Liste der ausgeschlossenen Studien mit Begründung

Bornstein, M., Gipson, J. D., Failing, G., Banda, V., & Norris, A. (2020). Individual and community-level impact of infertility-related stigma in Malawi. *Social Science & Medicine*, 251. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112910>

Ausschlusskriterium: Einige Teilnehmerinnen hatten zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits Kinder, was die Empfindungen hinsichtlich der Unfruchtbarkeit verändern könnte.

Cipolletta, S., & Faccio, E. (2013). Time experience during the assisted reproductive journey: A phenomenological analysis of Italian couples' narratives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 285–298.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2013.813627>

Ausschlusskriterium: Die Erfahrungen mit der Unfruchtbarkeit sind lediglich auf die Behandlung bezogen. Die Ergebnisse stimmen somit nicht mit dem Ziel dieser Bachelor-Thesis überein.

Collins, M. E. (2019). The Impact of Infertility on Daily Occupations and Roles. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(1), 24–34.

Ausschlusskriterium: Zwei Studienteilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung schwanger. Die psychosozialen Empfindungen hinsichtlich der Unfruchtbarkeit könnten sich verändern und eine Verzerrung der Ergebnisse dieser Literaturarbeit herbeiführen.

Daibes, M. A., Safadi, R. R., Athamneh, T., Anees, I. F., & Constantino, R. E. (2018). „Half a woman, half a man; that is how they make me feel“: A qualitative study of rural Jordanian women's experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20(5), 516–530. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1359672>

Ausschlusskriterium: Einige Studienteilnehmerinnen waren bereits im Besitz von Kindern, was die Empfindungen der Unfruchtbarkeit verändern könnte.

Dierickx, S., Coene, G., Jarju, B., & Longman, C. (2019). Women with infertility complying with and resisting polygyny: An explorative qualitative study in urban Gambia. *Reproductive Health*, 16(1), N.PAG-N.PAG.

<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0762-1>

Ausschlusskriterium: Die Studie baut auf früheren Schwangerschaften auf, inkludiert Frauen mit Kindern.

Dube, L., Nkosi-Mafutha, N., Balsom, A. A., & Gordon, J. L. (2021). Infertility-related distress and clinical targets for psychotherapy: A qualitative study. *BMJ Open*, 11(11), e050373. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050373>

Ausschlusskriterium: Die Studie inkludierte Schwangere Frauen ins Sample.

Ďurašková, G., & Peterson, B. (2022). Posttraumatic Growth in Women With a Long-Standing Experience of Involuntary Childlessness in the Czech Republic. *Journal of Humanistic Psychology*, 002216782110682.

<https://doi.org/10.1177/00221678211068291>

Ausschlusskriterium: Die Studie schloss Frauen ein, welche bereits Kinder hatten.

Genesse, D., Bécotte, K., Brassard, A., Purcell-Lévesque, C., & Péloquin, K. (2019). L'expérience psychologique masculine et féminine de l'infertilité: Différences et similitudes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(3), 135–150. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-014>

Ausschlusskriterium: Zwei Studienteilnehmerinnen hatten bereits Kinder.

Gezinski, L. B., Carlsen, B., & Hawkins, C. (2021). Motherhood and assisted reproduction in a religious context: Genes, stigma and supports in Utah, United States. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1738–1746.

<https://doi.org/10.1111/hsc.13279>

Ausschlusskriterium: Alle Studienteilnehmerinnen hatten bereits Kinder.

Karaca, A., & Unsal, G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3), 243–250.

<https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>

Ausschlusskriterium: Diese Studie schloss die männliche und weibliche Unfruchtbarkeit ein, eine Differenzierung war erschwert. Die Frauen hatten zudem bereits Kinder.

Naab, F., Lawali, Y., & Donkor, E. S. (2019). „My mother in-law forced my husband to divorce me“: Experiences of women with infertility in Zamfara State of Nigeria. *PLoS ONE*, 14(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225149>

Ausschlusskriterium: Die Studie schloss Frauen ein, welche bereits Kinder hatten.

Ozturk, R., Herbell, K., Morton, J., & Bloom, T. (2021). „the worst time of my life“: Treatment-related stress and unmet needs of women living with infertility. *Journal of Community Psychology*, No Pagination Specified.

<https://doi.org/10.1002/jcop.22527>

Ausschlusskriterium: Die Studie inkludiert Frauen, welche bereits Kinder hatten. Die erläuterten Erfahrungen standen im Kontext mit der Behandlung und Copingstrategien an und für sich nicht direkt mit der Unfruchtbarkeit.

Sahin, B. M., & Gursoy, E. (2021). The social and psychological consequences of women getting pregnant with fertility treatment: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 463–472. <https://doi.org/10.1111/ppc.12641>

Ausschlusskriterium: Einige befragte Studienteilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung schwanger.

Tabong, P. T.-N., & Adongo, P. B. (2013). Infertility and childlessness: A qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(1), 72–72. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-72>

Ausschlusskriterium: Es wurden Frauen in die Studie integriert, welche bereits Kinder hatten.

Zandi, M., Mohammadi, E., Vanaki, Z., Shiva, M., Bagheri Lankarani, N., & Zarei, F. (2017). Confronting infertility in Iranian clients: A grounded theory. *Human Fertility (Cambridge, England)*, 20(4), 236–247.

<https://doi.org/10.1080/14647273.2017.1283447>

Ausschlusskriterium: Die Studie integrierte Erfahrungen von Frauen, welche bereits Kinder hatten, die biologisch gezeugt, mittels Adoption oder Leihmutterschaft entstanden.

11.4 Selbständigkeitserklärung Elena Patricia Bachmann

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Departement Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.
- dass mir bekannt ist, dass bei Gruppenarbeiten die Verfasserinnen und Verfasser gemeinsam für den gesamten Inhalt der schriftlichen Arbeit bürgen.

Titel der Arbeit	Unerfüllter Kinderwunsch – Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit der Frau
Name, Vorname	Bachmann, Elena Patricia
Matrikelnummer	20-268-942
Ort, Datum	Luzern, 27. Juni 2023
Unterschrift	<u>E. Bachmann</u>

11.5 Selbständigkeitserklärung Sara Lingg

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Departement Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.
- dass mir bekannt ist, dass bei Gruppenarbeiten die Verfasserinnen und Verfasser gemeinsam für den gesamten Inhalt der schriftlichen Arbeit bürgen.

Titel der Arbeit	Unerfüllter Kinderwunsch – Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit der Frau
Name, Vorname	Lingg, Sara
Matrikelnummer	20-269-056
Ort, Datum	Neuenkirch, 27. Juni 2023
Unterschrift	