

When Birth Harms -

Wie erleben betroffene Frauen in Äthiopien die Auswirkungen von Geburtsfisteln auf psychosozialer Ebene und welche Erkenntnisse leiten sich daraus für die globale Hebammenprofession ab?

Lisa Bernasconi

Ester Büchler

Departement Gesundheit

Institut für Hebammen

Studienjahr: 2019

Eingereicht am: 28.04.2022

Begleitende Lehrperson: Ruth Eggenschwiler

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Bachelorarbeit 2022

Ester Bächler
Lisa Bernasconi



When Birth Harms

“I would like people to know that a woman with an obstetric fistula did not intend to have a fistula, it is not her fault, and it is important not to add more weight to her shoulders by mistreating her.”

*Zitat von Dr. Khalid Hussein, FIGO
Fistula Surgeon*

(Hussein, 2021)

Abstract

Darstellung der Thematik

Geburtsfisteln stellen eine Problematik dar, welche infolge eines Geburtsstillstands ausschliesslich in Entwicklungsländern mit unzureichender medizinischer Geburtsbetreuung auftritt. Durch die Verletzung im Geburtskanal leiden betroffene Frauen an permanenter Inkontinenz. Schätzungsweise leben zwei Millionen Frauen weltweit mit Geburtsfisteln, wobei jährlich 50 000 bis 100 000 neue Fälle hinzukommen. Betroffene Frauen leiden neben den physischen Komplikationen an schwerwiegenden psychosozialen Beeinträchtigungen.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen Erkenntnisse über die psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln auf betroffene Frauen in Äthiopien zu identifizieren. Daraus sollen Folgerungen für die globale Hebammenprofession abgeleitet werden. Das übergeordnete Ziel beruht auf einer Sensibilisierung der Thematik.

Methode

Anhand von fünf Studien aus neun Datenbanken wurde ein Literaturreview verfasst.

Ergebnisse

Betroffene Frauen leiden unter schwerwiegenden sozialen Folgen wie Stigmatisierung, Diskriminierung, Trennung vom Ehepartner, soziale Ausgrenzung oder geringe soziale Unterstützung von der Familie und der Gesellschaft. Die psychischen Auswirkungen zeigen sich in Form von Depressionen, Angststörungen, Suizidgedanken sowie Suizidversuchen, Gefühlen von Einsamkeit, Scham und Hoffnungs- und Wertlosigkeit.

Schlussfolgerung

Die physischen Komplikationen von Geburtsfisteln führen zu gravierenden sozialen und psychischen Beeinträchtigungen. In Anlehnung an die Menschenrechte des *International Confederation of Midwives* (ICM) ist es für die Behandlung von Geburtsfisteln notwendig, effektive Massnahmen für psychische Störungen und soziale Herausforderungen der betroffenen Frauen zu etablieren und auszubauen.

Keywords

Obstetric Fistula, psycho-social consequences, lived experiences, depression, women, Ethiopia

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich an Hebammen und Fachpersonen, welche im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie tätig sind. Zum besseren Verständnis dieser Literaturarbeit wird ein medizinisches Grundwissen vorausgesetzt. Spezifische Begriffe werden nach ihrer ersten Aufführung abgekürzt. Die benutzten Abkürzungen werden anschliessend an das Vorwort aufgeführt und bei ihrer erstmaligen Aufführung in Klammern gekennzeichnet. Bezeichnungen, welche für das Verständnis der Thematik bedeutsam sind, werden beim erstmaligen Verwenden mit einem Stern (*) bezeichnet und im Glossar (siehe Anhang A) erläutert. Fremdsprachige Wörter, ausgenommen lateinische Fachbegriffe, werden *kursiv* geschrieben. Hervorzuhebende Begriffe, Orte, Institutionen oder Titel von inkludierten Dokumenten werden bei ihrer Erstnennung *kursiv* gekennzeichnet. Das Literaturverzeichnis ist gemäss den internationalen Richtlinien der American Psychological Association (APA) 7th Edition aufgeführt. Die gendergerechte Sprache wird mithilfe des Leitfadens *sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft* gewährleistet (ZHAW, 2015). Dabei werden geeignete Umformulierungen, Paarformen und geschlechtsneutrale Ausdrücke verwendet. Eine Ausnahme stellt die Bezeichnung *Hebamme* dar, welche im deutschsprachigen Raum sowohl für das weibliche als auch für das männliche Geschlecht verwendet wird (SHV, 2011).

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik wurde deutlich, dass die Terminologie *Ehe* die Verbindung zwischen einer Frau und einem Mann bezeichnet. Deshalb wird im vorliegenden Werk ausschliesslich die Bezeichnung *Ehepartner* verwendet. Zum besseren Verständnis wird der Ausdruck *betreffene Frauen* eingesetzt. Diese Schreibweise soll alle von Geburtsfisteln betroffenen Frauen und Mädchen einschliessen, im Wissen, dass sich die Geburtsfisteln in Klassifizierung und Schweregrad unterscheiden können. Unter dem Begriff *Geburtsfisteln* werden alle Formen von Geburtsfisteln verstanden.

Einfachheitshalber wird unter der Bezeichnung *Trennung* vom Ehepartner sowohl eine Trennung als auch eine Scheidung verstanden. Die Autorinnen sind sich der juristischen Inkorrektheit dieser Vereinfachung bewusst und weisen deshalb explizit daraufhin.

Der Ausdruck *Obstructed Labour* wird aus der englischsprachigen Fachliteratur mit dem deutschen Wort *Geburtsstillstand** gleichgesetzt. Analog dazu wird der Begriff *prolonged labour* als *protrahierten Geburtsverlauf** übersetzt.

Mit der Bezeichnung *die Autorinnen* werden die Verfasserinnen dieser Literaturarbeit gekennzeichnet. Der Ausdruck *die Forschende* bezieht sich dabei auf die Autorinnen und Autoren der analysierten Studien.

Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
AIM	African Index Medicus
APA	American Psychological Association
AJOL	African Journals Online
BPS-Modell	Biopsychosoziales Modell
DOAJ	Directory of Open Acces Journals
EMED	Einleitung-Methode-Ergebnisse-Diskussion
EJHD	The Ethiopian Journal of Health Development
EJHS	The Ethiopian Journal of Health Sciences
HFE	Hamlin Fistula Ethiopia
ICM	International Confederation of Midwives
KBM	Kopf-Becken-Missverhältnis
PICo	Problem/ Population, Interest, Contest
PID	pelvic inflammatory disease
RVF	Rektovaginale Fistel
UN	Vereinte Nationen
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UVF	Ureterovaginale Fistel
VVF	Vesikovaginale Fistel
VZF	Vesikozervikale Fistel

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Vorwort	II
1 Einleitung	1
1.1 Darstellung der Thematik	1
1.2 Relevanz für die globale Hebammenprofession.....	2
1.3 Begründung für die Themenwahl	3
1.4 Zielsetzung	4
1.5 Fragestellung.....	4
1.6 Thematische Eingrenzung.....	4
2 Methode	5
2.1 Datenbankrecherche	5
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	6
2.2.1 Begründung der Studiauswahl.....	7
2.2.2 Evaluationsinstrumente	8
3 Theoretische Grundlagen	9
3.1 Definition Geburtsfistel	9
3.2 Ätiologie.....	11
3.2.1 Sozioökonomische und kulturelle Risikofaktoren	12
3.2.2 Gesundheitsrelevante Risikofaktoren	12
3.2.3 Geburtshilfliche Risikofaktoren	13
3.3 Komplikationen.....	14
3.3.1 Physische Folgen	15
3.3.2 Betroffene Frauen im gesellschaftlichen Kontext	17
3.4 Das Biopsychosoziale Modell nach Engel (1977)	19
3.5 Therapie	20
3.5.1 Hamlin Fistula Ethiopia (HFE)	21
4 Ergebnisse	22
4.1 Studie A: Übersicht der Studie von Animut et al. (2019).....	22
4.1.1 Zusammenfassung	22
4.1.2 Kritische Würdigung.....	23
4.2 Studie B: Übersicht der Studie von Bashah et al. (2019).....	25
4.2.1 Zusammenfassung	25
4.2.2 Kritische Würdigung.....	26
4.3 Studie C: Übersicht der Studie von Gebresilase (2014).....	27
4.3.1 Zusammenfassung	28
4.3.2 Kritische Würdigung.....	29

4.4	Studie D: Übersicht der Studie von Tsegaw (2018)	30
4.4.1	Zusammenfassung	30
4.4.2	Kritische Würdigung.....	31
4.5	Studie E: Übersicht Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018)..	33
4.5.1	Zusammenfassung	33
4.5.2	Kritische Würdigung.....	34
5	Diskussion	36
5.1	Gegenüberstellung der Ergebnisse zu psychischen Auswirkungen.....	36
5.2	Gegenüberstellung der Ergebnisse zu sozialen Auswirkungen	38
5.2.1	Rollenverlust	38
5.2.2	Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung	39
5.2.3	Soziale Unterstützung.....	40
5.3	Beantwortung der Fragestellung	41
6	Schlussfolgerung	44
6.1	Theorie-Praxis-Transfer	44
6.2	Limitationen	46
6.3	Ausblick	46
	Literaturverzeichnis	48
	Zusatzverzeichnisse	61
	Abbildungsverzeichnis.....	61
	Tabellenverzeichnis.....	61
	Wortanzahl.....	62
	Danksagung.....	63
	Eigenständigkeitserklärung	64
	Anhang.....	65
	Anhang A: Glossar	65
	Anhang B: Rechercheprotokoll und Begründung Studienausschluss	67
	Anhang C: Studienbeurteilung nach AICA von Ris und Preusse-Bleuler (2015)	70

1 Einleitung

1.1 Darstellung der Thematik

Das Ziel der geburtshilflichen Versorgung ist es, die perinatale, kindliche und maternale Morbidität und Mortalität möglichst tief zu halten (WHO, 2021). Besonders in Regionen, in welchen der Zugang zu adäquater geburtshilflicher Betreuung nicht gewährleistet ist, gibt es eine hohe fetale und maternale Morbidität und Mortalität (UNFPA, 2012). Eine der schwerwiegendsten Komplikationen, die im Zusammenhang mit einem nicht therapierten Geburtsstillstand aufgrund nicht angemessener Geburtsbetreuung steht, ist die Geburtsfistel (UNFPA, 2019). Demzufolge widerspiegelt das Auftreten von Geburtsfisteln ein defizitäres Gesundheitssystem und repräsentiert den Grad der geburtshilflichen Entwicklung eines Landes (Müller Sapin, 2016). Aufgrund der qualifizierten, medizinischen Versorgung ist den Geburtsfisteln in Industrieländern* vielmehr eine medizinhistorische Bedeutung zuzuschreiben (Spindler et al., 2020). Im sogenannten Fistelgürtel der Subsahara-Region und Teile Asiens treten geburtsbedingte Fisteln vermehrt auf (Spindler et al., 2020). Global wird von zwei Millionen betroffenen Frauen ausgegangen, wobei jährlich 50 000 bis 100 000 neue Fälle hinzukommen (WHO, 2022). Allein in Äthiopien sind es jährlich 3700 neue Patientinnen (HFE, 2014). So zählt man dortzulande aktuell 36 000 betroffene Frauen (Seaton, 2020). Als zentrale Folge des Geburtsstillstands werden Geburtsfisteln mit einer hohen maternalen Mortalität in Verbindung gebracht (Berhan & Berhan, 2014; Wall, 2012; WHO, 2018). Noch verheerender ist die fetale Mortalität. Bei 95% der Geburten, welche in einem Geburtsstillstand resultieren und sich daraufhin eine Geburtsfistel bildet, stirbt der Fetus (Wall, 2006). Betroffene Frauen erleben nebst dem Leitsymptom der Inkontinenz weitere körperliche Beeinträchtigungen und schwerwiegende psychosoziale Folgen (Müller Sapin, 2016). Sie werden häufig vom Ehepartner verlassen, aus der Gemeinde verstossen und leben am Rande der Gesellschaft (Spindler et al., 2020). Entsprechend hoch ist die Rate an psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei betroffenen Frauen, wie beispielsweise die Suizid- und Depressionsrate (Müller Sapin, 2016).

Nicht nur regional, sondern auch global erfährt die Thematik der Geburtsfisteln zunehmende Aufmerksamkeit. Die internationale Organisation *Vereinte Nationen* (UN) verabschiedete im Jahr 2015 global geltende Ziele für eine nachhaltige Entwicklung. Mitunter wurde die Beendigung von Geburtsfisteln bis im Jahr 2030 aufgeführt (SDG,

2015). Diverse Projekte und Organisationen auf regionaler und globaler Ebene wurden seither etabliert und ausgebaut. Der Schwerpunkt wurde dabei auf die Prävention und die chirurgische Behandlung von Geburtsfisteln gelegt (Browning & Syed, 2020). Der *Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen* (UNFPA) startete im Jahr 2003 mit der Kampagne zur Geburtsfistelbeendigung und erklärte den 23. Mai als internationalen Tag zur Beendigung von Geburtsfisteln (UN, 2020).

1.2 Relevanz für die globale Hebammenprofession

Die Hebamme spielt in der Prävention sowie im Erkennen von Frauen mit Geburtsfisteln eine entscheidende Rolle (UNFPA, 2010). In Regionen, welche über eine qualitativ hochstehende Hebammenbetreuung verfügen, sinkt die Inzidenz von Geburtsfisteln nahezu auf 0% (HFE, 2016). Entscheidend ist, dass die Hebammen in die abgelegenen Regionen reisen, um die Bevölkerung mit der grössten Bedürftigkeit erreichen zu können (HFE, 2021). Somit kann das Hebammenwissen über die Stadtgrenzen hinausgetragen werden. Ausserdem wird ersichtlich, dass global mehr Hebammen erfordert werden, um eine flächendeckende und optimale Betreuung gewährleisten zu können (Homer et al., 2021)

Die internationale Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ist ein integraler Bestandteil der Schweizer Politik. Die Schweiz beteiligt sich daran, die reproduktive und sexuelle Gesundheit sowie die Gesundheit von Mutter und Kind und die damit einhergehenden Rechte in Partnerländern zu wahren (Bundesamt für Gesundheit, 2019). Sowohl die Schweiz als auch Äthiopien sind UN-Mitgliedsstaaten und beteiligen sich gemeinsam an der verabschiedeten Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung (EDA, 2021; UNRIC, 2019). Dabei fördert die Schweiz die Zusammenarbeit mit internationalen Akteuren, insbesondere der internationalen Organisationen des UN-Systems, wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der UNFPA. Zudem arbeiten jene besagten Organisationen eng mit dem *International Confederation of Midwives* (ICM) zusammen (Amman-Fiechter et al., 2020). Der ICM setzt sich weltweit für die Hebammen und ihre Berufsausübung ein mit dem obersten Ziel, die reproduktive Gesundheit von Frauen, Kindern und Familien zu verbessern. Sowohl die Schweiz als auch Äthiopien gehören zu den 142 Mitgliedsverbänden des ICM (Amman-Fiechter et al., 2020; ICM, 2022). Gemeinsam mit der WHO und der UNFPA setzt sich der ICM für die Eliminierung von

Geburtsfisteln ein und anerkennt die verheerende Tragweite der psychosozialen Auswirkungen für betroffene Frauen (ICM, 2017b; UNFPA, 2021; WHO, 2018). Die Globalisierung und die internationale Vernetzung ist ein fester Bestandteil der Hebammenprofession geworden (Amman-Fiechter et al., 2020). Auch für jene Hebammen, welche in ihrem klinischen Alltag nicht mit Geburtsfisteln in Berührung kommen, kann eine Auseinandersetzung mit Umständen fernab der eigenen Landesgrenze von grossem Nutzen sein. Die internationale Kooperation und der weltweite Austausch ermöglichen spannende Einblicke in die Arbeit von Hebammen in Praxis, Forschung und Bildung. Darüber hinaus können Ressourcen geschont, Innovation gestärkt und die Weiterentwicklung der globalen Hebammenprofession und Geburtshilfe gefördert werden (Amman-Fiechter et al., 2020).

1.3 Begründung für die Themenwahl

Weltweit arbeiten und studieren Hebammen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Bildungsinstitutionen unter verschiedensten Bedingungen. Dennoch verfolgen alle das gleiche universelle Ziel, Müttern, Kindern und Familien die bestmögliche Betreuung anbieten zu können. Gemäss dem Motto "Hebammen ohne Grenzen" möchten die Autorinnen einen Blick über den eigenen Tellerrand wagen und ihr geburtshilfliches Fachwissen im globalen Kontext vertiefen und erweitern. Die Thematik der Geburtsfisteln erscheint sich hierfür als besonders geeignet. Nebst einer Auseinandersetzung mit einer geburtshilflichen Thematik kann auch eine internationale Vernetzung stattfinden. Die aktuelle Evidenz beschäftigt sich primär mit der Prävalenz, dem optimalen Therapiemanagement und potenziellen Risikofaktoren für Geburtsfisteln in Äthiopien. Die psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln sind bis dato nur spärlich erforscht (Bello & Oluwasolaa, 2020). Die Autorinnen wollen dem psychosozialen Erleben der betroffenen Frauen Aufmerksamkeit schenken.

1.4 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen Erkenntnisse über die psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln auf betroffene Frauen in Äthiopien zu identifizieren. Die psychosozialen Auswirkungen werden mithilfe des biopsychosozialen Modells (BPS-Modell) von George Libman Engel eingeordnet und interpretiert (Engel, 1977). Daraus sollen Erkenntnisse für die globale Hebammenprofession im geburtshilflichen Setting abgeleitet werden. Hierfür wird der internationale Ethikkodex für Hebammen des ICM und das Dokument *Bill of rights for Women* des ICM zur Hilfe gezogen (ICM, 2014, 2017a). Das übergeordnete Ziel dieser Bachelorthesis ist eine Wissensvermittlung sowie Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit, um Geburtsfisteln und deren Komplexität jeglichen deutschsprachigen Fachpersonen der Geburtshilfe näherzubringen. Das vorgelegte Werk möchte einen Beitrag zur Globalisierung und internationalen Vernetzung in der Hebammenprofession leisten.

1.5 Fragestellung

Wie erleben betroffene Frauen in Äthiopien die Folgen von Geburtsfisteln auf psychosozialer Ebene und welche Erkenntnisse leiten sich daraus für die globale Hebammenprofession ab?

1.6 Thematische Eingrenzung

Die Auswirkungen von Geburtsfisteln sind vielschichtig. Die psychischen Auswirkungen fokussieren sich auf die Gefühlswelt und die Prävalenz von Depressionserkrankungen bei betroffenen Frauen. Die sozialen Auswirkungen werden mithilfe der Makro-, Meso- und Mikroebene erläutert. Dabei wird die Makroebene, welche sich mit ökonomischen und politischen Prozessen in Äthiopien beschäftigt, nicht behandelt. Generell werden rein ökonomische, politische und gesetzliche Faktoren, welche mit der Thematik in Bezug zubringen sind, nicht thematisiert. Bei Notwendigkeit werden religiöse und kulturelle Aspekte erläutert. Der Fokus liegt auf dem psychosozialen Erleben von Frauen, die in ihrem Leben von Geburtsfisteln betroffen sind.

2 Methode

In diesem Kapitel wird die systematische Vorgehensweise bei der Datenbankrecherche anhand der Suchbegriffe und Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt. Ferner werden die Studienwahl und die selektierten Instrumente für die kritische Würdigung präsentiert. Die Beantwortung der Fragestellung wird im Rahmen eines Literaturreviews bearbeitet. Das methodische Vorgehen dieser Bachelorarbeit basiert auf einer *Mixed-Method*, bei welcher sowohl qualitative als auch quantitative Studien inkludiert wurden. Auf sozialer Ebene werden Auswirkungen auf das familiäre und gesellschaftliche Lebensumfeld untersucht. Dabei wird ein exploratives, induktives Vorgehen angewendet. Um das Ausmass der psychischen Ebene zu erforschen, wird das subjektive emotionale Innenleben der betroffenen Frauen begutachtet. Um diese Ebene quantifizierbar zu beleuchten, werden die psychische Auswirkungen zusätzlich an der Prävalenz der Depression gemessen.

2.1 Datenbankrecherche

Zu Beginn wurden anhand der Fragestellung passende Suchbegriffe formuliert. Hierbei wurde das Hilfsschema nach *Problem/ Population, Interest, Contest* (PICo) für qualitative Studien verwendet (Martin, 2022). Die Suchbegriffe wurden anschliessend als englische Keywords übersetzt und mit Synonymen ergänzt, um die Literaturrecherche ausweiten zu können (siehe Tabelle 1). Die systematische Literaturrecherche wurde von August bis Dezember 2021 in den Datenbanken CINHAL Complete, Google Scholar, Pubmed, Medline, African Journals Online (AJOL), African Index Medicus (AIM), Directory of Open Acces Journals (DOAJ), The Ethiopian Journal of Health Sciences (EJHS) und The Ethiopian Journal of Health Development (EJHD) durchgeführt. Diese Datenbanken wurden angesichts der hebammenrelevanten und internationalen Fachliteratur verwendet. In den Datenbanken CINHAL Complete, Medline und Google Scholar wurde mit dem Filter *full text* gearbeitet, um einzig Volltexte als Suchergebnisse zu erhalten. Analog hierzu wurde in der Datenbank Pubmed die Studiensuche mit dem Filter *free full text* eingeschränkt. In den Datenbanken EJHS, AJOL und AIM konnte nur bedingt mit den Keywords, Filter- und Suchoptionen gearbeitet werden. Deswegen wurde hauptsächlich der Begriff *Obstetric fistula* verwendet um Suchergebnisse zu erzeugen. In den Datenbanken AIM, CINHAL Complete, EJHD, Google Scholar und Pubmed wurde zudem mit dem Filter *2011-2021* der zeitliche Rahmen der Studienveröffentlichung eingegrenzt.

Zur Ausweitung und Verknüpfung der gefundenen Ergebnisse wurde mit den Bool'schen Operatoren *AND* und *OR* gearbeitet. Mit den in der Tabelle 1 dargestellten Keywords ergaben sich folglich diverse Kombinationen, welche zu zahlreichen Suchergebnissen führten. Die Suchergebnisse wurden in einem ersten Schritt anhand des Titels und des Abstracts auf ihre Verwendbarkeit begutachtet. Dabei wurde geprüft, ob die Studien zu den gewählten Ein- und Ausschlusskriterien und der Fragestellung passten.

Tabelle 1

Suchbegriffe zur Literaturrecherche (Eigene Darstellung, 2022)

	Kernelemente	Suchbegriffe deutsch	Keywords englisch inkl. Synonyme
P	Problem/ Population	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen mit Geburtsfisteln ▪ Vesikovaginale Fistel (VVF)/ Blasen-Scheiden-Fistel, ▪ Rektovaginale Fistel (RVF)/ Darm-Scheiden-Fistel, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstetric fistula ▪ Impacted Women, women at risk ▪ vaginal fistula, vesicovaginal fistula (VVF) ▪ rectal fistula, rectovaginal fistula (RVF)
I	Interest	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychosoziales Erleben/ Empfinden/ Folgen/ Konsequenzen ▪ Psychisches Erleben ▪ Soziales Erleben ▪ Depression ▪ Prävalenz der Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychosocial/ social/ psychological consequences/experiences/ distress ▪ Lived experiences ▪ Depression ▪ Prevalence of depression
Co	Context	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äthiopien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ethiopia

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Seit der Lancierung der Kampagne zur Beendigung von Geburtsfisteln im Jahr 2003 (UNFPA, 2010) erhielt die Thematik mehr globale Aufmerksamkeit, wodurch zahlreiche Forschungsarbeiten publiziert wurden. Um die Aktualität der Studienlage zu wahren, wurden nur Studien eingeschlossen, welche im Zeitraum 2011 bis 2021 publiziert wurden. Aufgrund der Verständlichkeit wurden nur Studien in deutscher oder englischer Sprache miteinbezogen. Bei der Stichprobe handelt es sich ausschliesslich um äthiopische Frauen, welche aktuell an Geburtsfisteln leiden oder eine Krankheitsgeschichte von Geburtsfisteln aufweisen. Es wurden nur Studien inkludiert, welche Fisteln untersuchen, die während der Geburt entstanden sind. Aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns konnte keine notwendige Stichprobengrösse festgelegt werden. Es wurden nur Studien inkludiert, welche sich auf die psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln konzentrieren oder

sich ausschliesslich mit dem Krankheitsbild der Depression auseinandersetzen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Übersicht Ein- und Ausschlusskriterien (Eigene Darstellung, 2022)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publikationsdatum zwischen 2011-2021 ▪ Studien aus Äthiopien ▪ Englisch- oder deutschsprachige Studien ▪ Stichprobe: Subjektive Lebenserfahrung mit Geburtsfisteln ▪ Fokus auf psychosoziale Auswirkungen und/oder Depression ▪ Nur Studien mit Fokus auf Fisteln, welche durch die Geburt entstanden sind (insbesondere durch Geburtsstillstand) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veröffentlichungen vor 2011 ▪ Studien mit Fokus auf Prävention, Risikofaktoren, Therapie und Reintegration von Geburtsfisteln ▪ Literatur, die sich mit Fisteln beschäftigt, welche nicht durch die Geburt entstanden sind

2.2.1 Begründung der Studienauswahl

Nach Abschluss der Recherche und Studienauswahl konnten insgesamt fünf Studien selektiert werden, welche sich für die Beantwortung der Fragestellung eignen (siehe Tabelle 3). Das detaillierte Rechercheprotokoll und die Begründung zum Studienausschluss sind im Anhang (B) zu finden.

Tabelle 3

Ausgewählte Studien (Eigene Darstellung, 2022)

Studie A	
Titel	“The Sun keeps rising but darkness surrounds us”: A qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia
Forschende	Animut M., Mamo A., Abebe L., Berhe M. A., Asfaw S., Birhanu Z.
Publikationsort	Springer Nature, BMC Women’s Health
Jahr	2019
Studie B	
Titel	The loss of dignity: social experience and coping of women with obstetric fistula, in Northwest Ethiopia
Forschende	Bashah D.T., Worku A.G., Yitayal M., Azale T.
Publikationsort	Springer Nature, BMC Women’s Health
Jahr	2019

Studie C	
Titel	A qualitative study of the experience of obstetric fistula survivors in Addis Ababa, Ethiopia
Forschende	Gebresilase, Y.T.
Publikationsort	International Journal of Women's Health
Jahr	2014
Studie D	
Titel	Prevalence of Depression and Associated Factors among Patients with Obstetric Fistula at Hamlin Fistula Treatment Centers, Ethiopia: A Facility Based Cross-Sectional Study
Forschende	Tsegaw M.G.
Publikationsort	American Journal of Public Health Research
Jahr	2018
Studie E	
Titel	Psychological distress in women with obstetric fistula in Ethiopia: A multi-center, facility-based, cross-sectional study
Forschende	Belayihun B., Mavhandu-mudzuis A.H.
Publikationsort	Ethiopian Journal of Health Development
Jahr	2018

2.2.2 Evaluationsinstrumente

Für die Zusammenfassung und kritische Würdigung der Studien wird das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleurer (2015) verwendet. Die Studien von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) werden mithilfe des quantitativen AICA's erarbeitet, die Studie von Animut et al. (2019), Bashah et al. (2019) und Gebresilase (2014) mit dem qualitativen AICA. Dieses Beurteilungsinstrument wird aufgrund seiner klaren Struktur und Übersicht sowie des detaillierten Fragekataloges ausgewählt. Zur Einschätzung der Güte der drei qualitativen Studien (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014) werden die vier Kriterien zur Vertrauenswürdigkeit nach Lincoln und Guba (1985) verwendet, nämlich Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit. Die Qualität der beiden quantitativen Studien (Belayihun & Mavhandu-mudzuis, 2018; Tsegaw, 2018) wird mithilfe der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeyczik et al. (2008) eingestuft. Das Evidenzlevel der Studien wird mit der 6S-Pyramide nach Dicenso et al. (2008) eingeschätzt.

3 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die relevanten Grundlagen und Begrifflichkeiten erläutert, um der Leserschaft einen ausführlichen, breitgefächerten Einblick in die Thematik der Geburtsfisteln und deren psychosozialen Auswirkungen gewährleisten zu können.

3.1 Definition Geburtsfistel

Der Terminus *Geburtsfistel* beschreibt eine geburtsbedingte Fistel, wobei eine pathologische Verbindung zu benachbarten Organen im Geburtskanal entsteht (Hancock & Browning, 2009). Die häufigste Form stellt die sogenannte vesikovaginale Fistel (VVF) dar, bei welcher eine abnormale Verbindung zwischen Harnblase und Vagina entsteht. Bei der selteneren Form der rektovaginalen Fistel (RVF) bildet sich eine pathologische Verbindung zwischen Vagina und Rektum (Müller Sapin, 2016). Nebst der VVF und RVF werden weitere seltene Arten von Geburtsfisteln beschrieben, welche sich terminologisch von der Lokalisation der krankhaften Verbindung unterscheiden (siehe Tabelle 4) (Müller Sapin, 2016). Die Geburtsfisteln können isoliert oder kombiniert auftreten (Wall, 2006). Die Hauptursache für die Entstehung einer Geburtsfistel liegt mit 95.2% bei einem Geburtsstillstand (Hillary et al., 2016). Aufgrund der tagelangen Wehentätigkeit und dem starken Pressen der Frau wird der fetale Kopf gegen das knöcherne Becken gedrückt, wobei das dazwischenliegende Gewebe stark komprimiert wird (Arrowsmith et al., 1996). Folgt keine zeitnahe Geburtsbeendigung, werden die komprimierten Gewebsstrukturen ischämisch* und es erfolgt eine Nekrose* des vesikovaginalen und rektovaginalen Septums* (siehe Abbildung 1) (Hancock & Browning, 2009).

Tabelle 4

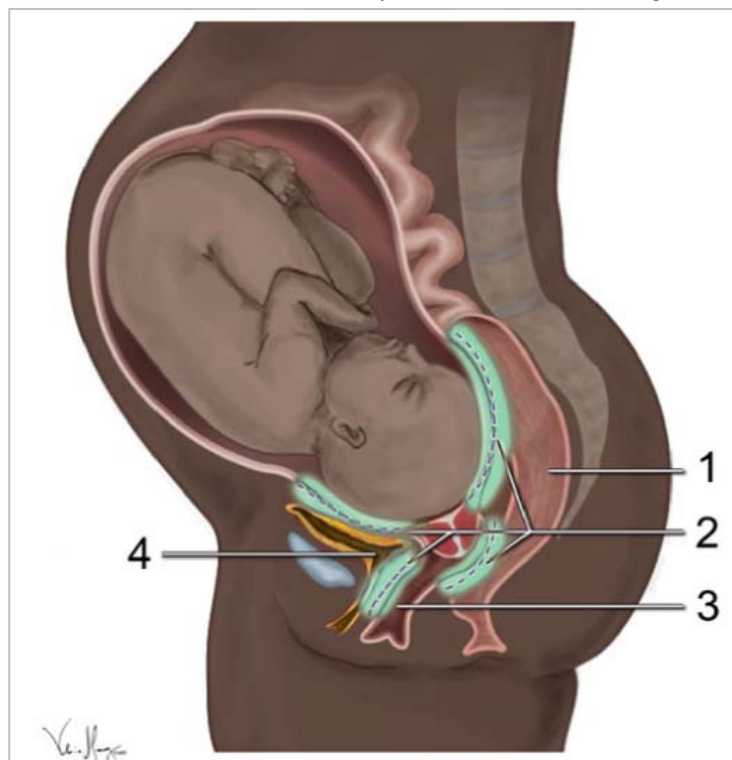
Formen der Geburtsfisteln (Eigene Darstellung, 2022)

Beschreibung	Lokalisation
Vesikovaginale Fistel (VVF)	Zwischen Harnblase und Vagina
Rektovaginale Fistel (RVF)	Zwischen dem Enddarm und der Vagina
Ureterovaginale Fistel (UVF)	Zwischen dem Harnleiter und der Vagina
Vesikouterine Fistel (VUF)	Zwischen der Harnblase und der Gebärmutter
Vesikozervikale Fistel (VZF)	Zwischen der Harnblase und dem Gebärmutterhals

Dadurch entsteht ein unterschiedliches Ausmass an Organ- und Gewebdefekten. Die Lokalisation und der Schweregrad der Geburtsfisteln hängt unter anderem davon ab, wo die Obstruktion* im Becken stattfindet und wie viel Gewebe dabei komprimiert wird (Wall et al., 2021). Erfolgt die Obstruktion auf Höhe des Beckenausgangs, so besteht ein höheres Risiko einer Schädigung der Urethra und des Blasenhalses (Browning et al., 2010). Das Leitsymptom einer Geburtsfistel stellt die Inkontinenz dar. Diese kann postpartal, sofort oder verzögert auftreten. Die VVF und die weiteren in der Tabelle 4 aufgeführten Formen von Geburtsfisteln führen zu Urin-, die RVF zu Stuhlabgang aus der Vagina (Müller Sapin, 2016).

Abbildung 1

Lokalisation der Geburtsfisteln (Modifizierte Darstellung, 2022)



Legende. (1) Enddarm (2) blaue Einfärbungen bezeichnen mögliche Lokalisationen der komprimierten Gewebstrukturen, welche zu VVF, RVF, UVF, VUF, VZF führen können (3) Vagina (4) Harnblase

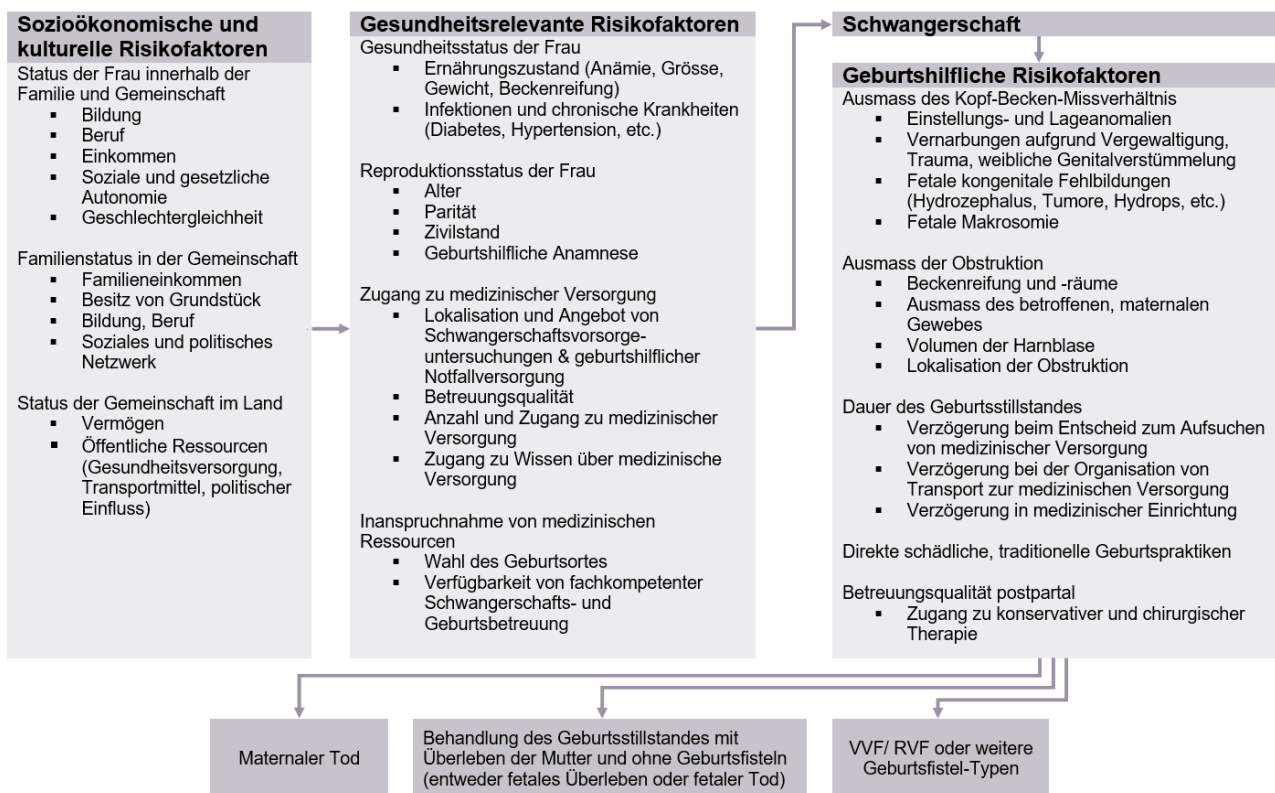
Anmerkung. In Anlehnung an Henry Art, 2015, [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Obstetric_Fistula_Locations_Diagram_\(Numbered\).png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Obstetric_Fistula_Locations_Diagram_(Numbered).png)

3.2 Ätiologie

Unsachgemässe geburtshilfliche Interventionen bei einer Episiotomie, einer Sectio caesarea (kurz Sectio) oder einer vaginaloperative Geburtsbeendigung können zu Geburtsfisteln führen (Fistula Care, 2012). Ferner werden nicht-geburtshilfliche Gründe für die Entstehung von VVF und RVF beschrieben, wie beispielsweise weibliche Genitalverstümmelung, Infektionen, Karzinome und sexuelle Gewalt (Wall, 2012). Dem Geburtsstillstand als Hauptursache für die Entstehung von Geburtsfisteln liegen diverse Risikofaktoren auf unterschiedlichen Ebenen zugrunde (Wall, 2012). Die Risikofaktoren werden gemäss Wall (2012) in drei Kategorien unterteilt: Sozioökonomische und kulturelle Risikofaktoren, gesundheitsrelevante Risikofaktoren und geburtshilfliche Risikofaktoren. In der Abbildung 2 werden die drei Kategorien in einem Flussdiagramm dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass sich die einzelnen Risikofaktoren direkt beeinflussen (Wall, 2012).

Abbildung 2

Entstehung einer Geburtsfistel infolge eines Geburtsstillstandes (Eigene Darstellung, 2022)



Anmerkung. In Anlehnung an Wall (2012)

3.2.1 Sozioökonomische und kulturelle Risikofaktoren

Das sozioökonomische Umfeld, in welchem die Thematik der maternalen Gesundheit eingebettet werden kann, wird durch drei Aspekte beeinflusst (Wall, 2012): Die Stellung der Frau innerhalb der Familie und Gemeinschaft (Bildung, Geschlechtergleichheit, Einkommen, Beruf, soziale und gesetzliche Autonomie), der Familienstatus innerhalb der Gemeinschaft (Familieneinkommen, Beruf, Bildung, Besitz von Grundstück, soziales und politisches Netzwerk) und der Gemeinschaftsstatus innerhalb des Landes (Vermögen, öffentliche Ressourcen wie Transportmittel, gesundheitliche Versorgung, Politik).

Sozioökonomische Bedingungen in den ressourcenarmen Ländern wie Äthiopien gehen direkt mit der reproduktiven Gesundheit der Mütter einher; eine hohe maternale und fetale Morbiditäts- und Mortalitätsrate wird mit Armut, niedrigem Bildungsstand, geringem Einkommen, sozialer Ungleichheit und unzureichender Gesundheitsversorgung assoziiert (Wall, 2012). Ein geringer sozioökonomischer Status kann zu einem verminderten Körperwachstum und -gewicht führen (Subramanian, Perkins, et al., 2011; Subramanian, Özaltın, et al., 2011). Dadurch steigt das Risiko für Beckendeformitäten, welche im Fall einer Schwangerschaft und Geburt zu einem protrahierten Geburtsverlauf und Geburtsstillstand führen können (Harrison, 1990).

3.2.2 Gesundheitsrelevante Risikofaktoren

Zu den gesundheitsrelevanten Risikofaktoren zählen der Gesundheits- und Reproduktionsstatus der Frau sowie der Zugang und Gebrauch von medizinischer Versorgung. Etwa ein Drittel der schwangeren Äthiopierinnen weisen eine Anämie aufgrund von Mangelernährung (Eisen, Folsäure, Vitamin B12) (Subramanian, Perkins, et al., 2011; Subramanian, Özaltın, et al., 2011), Infektionen (Malaria, HIV/AIDS) oder angeborenen Erkrankungen (Sichelzellanämie*, Thalassämie*) auf (Wall, 2012). Junge Mädchen im reproduktiven Alter oder Schwangere weisen zudem ein erhöhtes Risiko für eine Anämie auf (Fleming et al., 1985). Besonders im jungen Alter kann eine Anämie das Körperwachstum hemmen. Im Fall eines Geburtsstillstands sind anämische Frauen anfälliger auf Gewebsschäden als nicht anämische Frauen (Wall, 2012). Dies ist auf den verminderten Sauerstofftransport im Blut zurückzuführen. Beckenanomalien und -deformitäten können infolge von Mangelernährung, Erkrankungen, Verletzungen des Beckens oder Entwicklungsstörungen auftreten (Wall, 2012). Dabei spielt die Mangelernährung eine zentrale Rolle. Hierbei kann infolge eines verminderten

Körperwachstums ein erhebliches Risiko für einen Geburtsstillstand oder weitere Komplikationen durch operative, subpartale Interventionen entstehen (Wall, 2012). Gemäss Wall (2012) sind insbesondere junge, erstgebärende Mädchen von Geburtsfisteln betroffen. In Äthiopien heiraten 40% der Mädchen vor dem 18. Lebensjahr, davon heiraten 14% sogar vor dem 15. Lebensjahr (Girls Not Brides, 2020). Das maternale Durchschnittsalter in Äthiopien bei der ersten Geburt beträgt 18.7 Jahren (Ethiopian Public Health Institute, 2021). Zudem weisen laut Muleta et. al. (2010) Erstgebärende eine längere Geburtsdauer auf als Mehrgebärende*, wodurch Erstgebärende schwerwiegendere VVF und häufiger RVF als Mehrgebärende erleiden. Knapp die Hälfte aller Geburten finden in medizinischen Institutionen statt (Ethiopian Public Health Institute, 2021). Zudem prägt das Gesellschaftsbewusstsein die Entscheidung zur Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe. In manchen Regionen herrscht ein schlechter Ruf über die Gesundheitsinstitutionen. Zudem erfahren Hausgeburten, die mit traditionellen Praktiken verbunden sind, eine wesentliche Bedeutung in Äthiopien (Wall, 2012). Dies stellen Gründe dar, warum 50% der Geburten zuhause stattfinden (Ethiopian Public Health Institute, 2021) oder zumindest dort beginnen (Duby & Hailey, 2013).

3.2.3 Geburtshilfliche Risikofaktoren

Die geburtshilflichen Risikofaktoren beinhalten jene akuten, klinischen Umstände, welche subpartal für die Entstehung eines Geburtsstillstands und somit für die Entwicklung von Geburtsfisteln verantwortlich sind. Dem Geburtsstillstand liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde (Wall, 2012). Darunter wird häufig ein Kopf-Becken-Missverhältnis (KBM) genannt (Müller Sapin, 2016). Das KBM kann aufgrund einer Anpassungsunmöglichkeit des fetalen Kopfs entstehen. Dies tritt bei fetalen Einstellungs- und Lageanomalien, bei fetaler Makrosomie und bei kongenitalen Fehlbildungen (z.B. Hydrozephalus*, Hydrops*, Tumore) auf (Wall, 2012). Des Weiteren kann eine abweichende Beckenform Ursache des KBM sein. Vernarbungen des Vaginalgewebes nach einer Vergewaltigung, einem Trauma, oder nach weiblicher Genitalverstümmelung sind weitere mögliche Geburtshindernisse (Wall, 2006). Eine gefüllte Harnblase unter der Geburt stellt ein weiterer Risikofaktor für VVF dar, weil die gespannte, dünne Harnblasenwand durch Kompression anfälliger auf ischämische Veränderungen ist (Wall, 2012).

Gemäss Thaddeus und Main (1994) können drei Verzögerungszeitpunkte eintreten, welche für die Entstehung von Geburtsfisteln wegweisend sind: Erste Verzögerung tritt ein, wenn zu spät eine Entscheidung für das Aufsuchen von medizinischer Versorgung getroffen wird. Diese Verzögerung tritt auf, wenn der Geburtsfortschritt und die Geburtsdauer ungenau beobachtet werden. Die Geburtsdauer wird unterschiedlich lange definiert und ist stark abhängig von den Personen, wie beispielsweise Familienangehörige, medizinisches Fachpersonal oder traditionelle Geburtsbegleitende*, welche an der Geburt beteiligt sind (Wall, 2012). Oftmals werden die Ursachen von Geburtskomplikationen eher mittels sozialer als naturalistischer Auffassung interpretiert. Somit wird beispielsweise ein protrahierter Geburtsverlauf oder Geburtsstillstand als sexuelle Untreue gewertet. Dadurch werden oftmals religiöse und gefährliche Behandlungsmethoden den medizinischen Interventionen vorgezogen (Wall, 2012). Die zweite Verzögerung tritt bei der Organisation von Transportmöglichkeiten zur medizinischen Einrichtung ein; grosse Distanzen, fehlende Transportmittel und finanzielle Ressourcen oder schlechte topografische Verhältnisse verlangsamen den Prozess (Tebeu et al., 2012). Die dritte Verzögerung tritt in der medizinischen Institution auf, in welcher durch fehlendes Material und nicht geschultes Personal keine sofortige, qualitativ wertvolle Behandlung erfolgen kann (Thaddeus & Maine, 1994).

3.3 Komplikationen

Als zentrale Folgen des Geburtsstillstands wird der fetale und maternale Tod sowie die Bildung von Geburtsfisteln beschrieben (Wall, 2012). In Äthiopien zählt der Geburtsstillstand zu den Hauptgründen für die hohe maternale Mortalitätsrate (Berhan & Berhan, 2014). 13% der Frauen erleben einen Geburtsstillstand, dabei versterben 17- 36% der Frauen in Äthiopien (Ayenew, 2021; Berhan & Berhan, 2014). Die maternale Mortalität in Äthiopien liegt bei 412 Frauen pro 100 000 Lebendgeburten (USAID, 2021). Falls keine rechtzeitige Entbindung erfolgt und sich eine Geburtsfistel bildet, so stirbt der Fetus in 95% der Fälle während der Geburt (Wall, 2006). Mittels adäquaten und zeitgerechten Interventionen, wie beispielsweise einer Sectio oder einer vaginaloperativen Geburtsbeendigung, kann der maternale Tod und die Entstehung von Geburtsfisteln verhindert werden. Zum Teil kann der Fetus gerettet werden (Wall, 2012). Frauen, bei denen aufgrund eines Geburtsstillstands eine Geburtsfistel entsteht, erfahren nebst weiteren physischen Komorbiditäten auch schwerwiegende psychosoziale Folgen (Wall et

al., 2001). Unter dem Begriff *Obstructed labor injury complex* werden neben den bereits erläuterten Ursachen und Risikofaktoren zusätzlich physische und psychosoziale Folgen von betroffenen Frauen beschrieben (Arrowsmith et al., 1996).

3.3.1 Physische Folgen

Die unterschiedlichen Formen von Geburtsfisteln können nebst der Urin- und Stuhlinkontinenz zu weiteren urologischen und gastrointestinalen Komorbiditäten führen (Wall et al., 2005). Des Weiteren treten neurologische, muskuloskelettale gynäkologische, und dermatologische Beeinträchtigungen auf (siehe Abbildung 3) (Hancock & Browning, 2009).

Das Gewebe rundum die Geburtsfistel ist anfällig auf aufsteigende Infektionen, wodurch sich die Nekrose auf benachbarte Strukturen weiter ausbreiten und eine Sepsis* hervorrufen kann (Müller Sapin, 2016). Durch die Ischämie kann das Volumen der Harnblase verringert werden, wodurch nach chirurgischer Behandlung eine Blasenfunktionsstörung entstehen kann (Hancock & Browning, 2009). Des Weiteren können infolge der Ischämie die Ureter mitbetroffen sein, wodurch die Gefahr einer Hydronephrose* und Nierenschädigung bis hin zum Nierenversagen besteht (Hancock & Browning, 2009). Ferner kann es zum Verlust der kompletten oder inkompletten Urethra kommen (Arrowsmith et al., 1996, 2021). Ebenfalls besteht das Risiko auf eine akute oder chronische Pyelonephritis* (Wall et al., 2005, 2021). Von Geburtsfisteln betroffene Frauen reduzieren ihre Trinkmenge, wodurch ein stark konzentrierter Urin entsteht. Dies begünstigt den Nidus* von Nierensteinen (Wall et al., 2021). Bei der RVF kann es zusätzlich zu einer Stuhlinkontinenz kommen, welche durch eine Insuffizienz des Analsphinkters entsteht (AWMF, 2017).

Ischämien im Becken verursachen neurologische Schäden, wie beispielsweise eine Fussheberparese* durch die Verletzung des Plexus lumbosacralis (L5-S1 im Beckeneingang) und Nervus peroneus (Hancock & Browning, 2009; Tennfjord et al., 2014). Folglich können Gangstörungen auftreten (Müller Sapin, 2016). Eine solche Fussheberparese entwickelt sich in 90% der Fällen über einen Zeitraum von zwei Jahren wieder zurück (Hancock & Browning, 2009). Durch die neurologische Schädigung kann es umgehend nach Geburt zu einer kurzzeitigen Paraplegie* kommen, welche sich komplett rückbildet. Taubheitsgefühle im Leisten- und Gesässbereich (sogenannte Sattelanästhesie) können ebenfalls auftreten und stellen ein erhöhtes Risiko für einen

Dekubitus* dar. Auch das Auftreten einer neuropathischen Blasenfunktionsstörung ist möglich (Wall et al., 2005). Ferner treten Beckenbodentraumata auf, bei welchen die Funktion des Musculus levator ani beeinträchtigt wird (Wall et al., 2021).

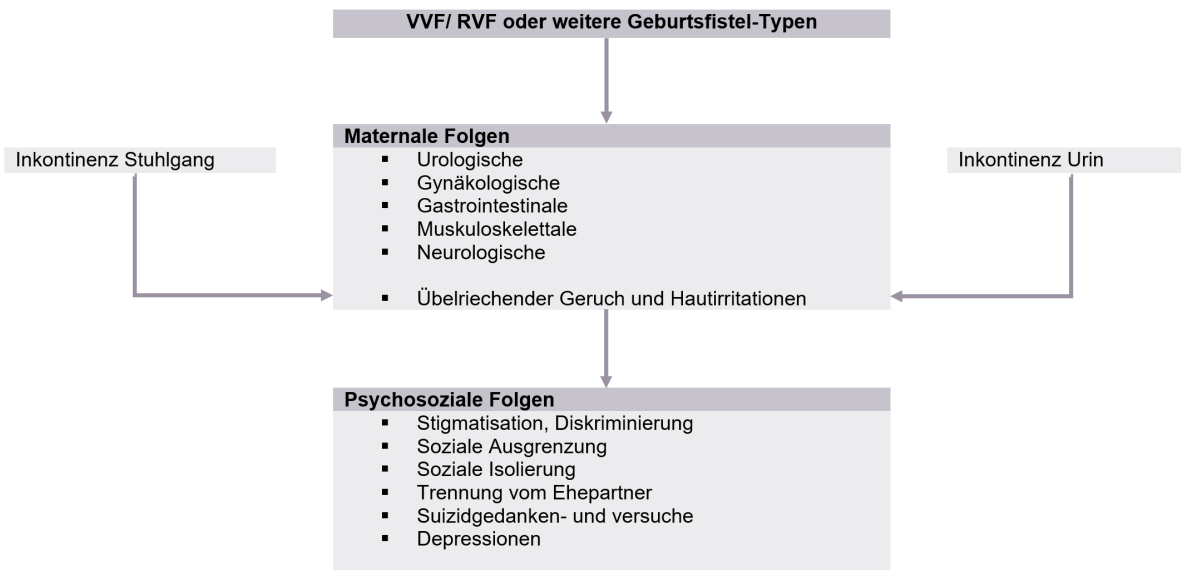
Hinsichtlich des Bewegungsapparats treten bei 2% der betroffenen Frauen in Äthiopien Kontrakturen* der unteren Extremitäten auf (Hancock & Browning, 2009). Dieser Umstand ist der langen Liegezeit mit geschlossenen Beinen zu schulden, wodurch sich die Frauen minimalen Urinabgang erhoffen. Frauen verharren über Jahre hinweg in dieser Position (Hancock & Browning, 2009). Des Weiteren können Schambeinentzündungen auftreten (Wall, 2006).

60% der betroffenen Frauen zeigen postpartal eine Amenorrhoe*. Hierfür werden unterschiedliche Gründe genannt, wie beispielsweise die Mangelernährung, starke psychische Belastung, das Ashermans's-* oder Sheehan's-* Syndrom (Hancock & Browning, 2009). Frauen leiden vermehrt an sekundärer Sterilität, denn nur etwa 20% der behandelten Frauen erreichen bei erneuter Schwangerschaft eine Termingeburt (Hancock & Browning, 2009). Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Fehlgeburt oder eine Frühgeburt. Dies ist hauptsächlich auf die verminderte Funktionstüchtigkeit oder komplette Läsion* der Zervix zurückzuführen (Hancock & Browning, 2009). Die Ischämie kann Gewebe von Vagina, Zervix und Uterus zerstören, weshalb Vaginalstenosen* sowie Verluste vom anterioren Zervixkanal und Zervixstenosen* auftreten können (Hancock & Browning, 2009). Vaginalstenosen und Vernarbungen erschweren oder verhindern den Geschlechtsverkehr und führen zu einer Dyspareunie* (Wall et al., 2005). Auch das Auftreten von einer *Pelvic inflammatory disease** (PID) wird in der Literatur beschrieben (Wall et al., 2005).

Betroffene Frauen können an einer Inkontinenz-assoziierten Dermatitis* leiden, bei welcher das Phosphat und Nitrat im Urin die Haut irritiert und sich Mazerationen* bilden (Wall, 2006). Resultierend daraus kann eine lokale Hyperkeratose* und ein Ulkus* entstehen (Hancock & Browning, 2009). Der Mangel an Hygieneartikel und sauberem Wasser führt zu einem unangenehmen Geruch, der kaum unbemerkt gemacht werden kann (Fistula e.V., 2019). In der Abbildung 3 werden die physischen Auswirkungen gemäss dem *Obstructed labor injury complex* zusammengefasst.

Abbildung 3

Obstructed labor injury complex (Eigene Darstellung, 2022)



Anmerkung. In Anlehnung an Arrowsmith et al. (1996)

3.3.2 Betroffene Frauen im gesellschaftlichen Kontext

Die Gesellschaft wird stark von Wertvorstellungen, Traditionen, Kultur und Normen beeinflusst. Die irrtümliche Annahme, dass Geburtsfisteln durch Flüche, sexuell übertragbare Krankheiten, Gottes Strafe oder sexuelles Fehlverhalten entstehen, ist in Äthiopien weiterhin verbreitet (Kasamba et al., 2013). Folglich werden betroffene Frauen oftmals wegen ihrer Inkontinenz und dem damit einhergehenden strengen Geruch mit Diskriminierung und Stigmatisierung von der Familie und der Gesellschaft konfrontiert (Wall et al., 2001). Diskriminierung bezeichnet hierbei eine Ungleichbehandlung, wodurch ein Mensch herabgewürdigt oder benachteiligt wird (EDI, 2003). Eine solche Ungleichbehandlung ist vorhanden, wenn eine Person oder Gruppe im Vergleich zu einer anderen Person oder Gruppe schlechteren Umgang erfährt, obwohl sie sich in einer gleichen oder ähnlichen Situation befinden. Die Diskriminierung kann in direkter, indirekter oder struktureller Form auftreten (Humanrights, 2020). Stigmatisierung beschreibt den Prozess, infolgedessen ein Mensch innerhalb der Gesellschaft angesichts äußerer Merkmalen negativ beurteilt und ausgegrenzt wird (Lenz, 2021). Demzufolge liegt der Stigmatisierung ein abwertendes Attribut zugrunde, welches die Eigenschaft besitzt, auf beschämende Art und Weise einen Menschen anders als andere anzusehen. Personen, welche eine solche Eigenschaft erwerben, werden sozial abgewertet und in der Gesellschaft diskriminiert (Goffmann, 1963). Die Evidenz zeigt, dass Menschen mit

chronischen Krankheitszuständen Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren (Dako-Gyeke et al., 2015). Geburtsfisteln dürfen als einen chronischen Krankheitszustand verstanden werden (Khisa et al., 2019), bei welchem infolge der Inkontinenz eine Marginalisierung und Diskriminierung stattfindet (Wall et al., 2001). Bei betroffenen Frauen zeigt sich die Stigmatisierung in unterschiedlichen Ausprägungen: Sie erfahren soziale Ausgrenzung, Vermeidung, Beschimpfungen, Beleidigungen, Misshandlungen, Spott und Verachtung von der Gesellschaft und der Familie (Changole et al., 2017; Müller Sapin, 2016). Auf struktureller Ebene werden betroffene Frauen infolge ihrer Unreinheit von religiösen und sozialen Aktivitäten oder den öffentlichen Transportmitteln ausgeschlossen (Baker et al., 2017; Dako-Gyeke et al., 2022). Betroffene Frauen können solche stigmatisierende Begegnungen internalisieren* und gegen sich selbst richten. Dies zeigt sich in Form von Gefühlen der Wertlosigkeit, Scham, Minderwertigkeit, Niedergeschlagenheit, Schuldzuweisung, Selbstzweifel, sozialer Selbstisolierung, Depressionen und Suizidgedanken (Changole et al., 2017). Gemäss Duko et al. (2020) beläuft sich die Rate von Depressionserkrankungen bei betroffenen äthiopischen Frauen auf 74.4%. Laut Muleta et al. (2008) zeigen 92% der Frauen Depressionssymptome, wobei davon 54% Suizidgedanken äussern. Die diskriminierenden und stigmatisierenden Verletzungen können somit in ihrer Summe die psychische Gesundheit von Betroffenen erheblich gefährden (DGPPN, 2018). Eine solche Gefährdung wird durch eine geringe Unterstützung des sozialen Umfelds umso bedrohlicher (Röhrle, 1994). Von Geburtsfisteln betroffene Frauen erhalten oftmals unzureichende bis keine soziale Unterstützung (Lewis & de Bernis, 2002). Der Begriff *soziale Unterstützung* beschreibt qualitativ-funktionale Eigenschaften eines sozialen Netzwerks. Dabei werden zwischen verschiedenen Arten der Hilfe aus dem Umfeld unterschieden: Die informationelle Unterstützung (guter Rat, nützliche Informationen), die instrumentelle Unterstützung (Bereitstellung finanzieller Mittel und das Erledigen von Arbeiten) und die emotionale Unterstützung (Mitleid, Anerkennung, Trost) (Lüscher & Scholz, 2018).

Die mit der Geburtsfistel einhergehende Inkontinenz und die häufig auftretende Totgeburt stellen Gründe dar, weshalb sich der Ehepartner oftmals von der Frau trennt (Müller Sapin, 2016). Bei betroffenen äthiopischen Frauen wird eine Trennungsrate zwischen 54% und 70% angegeben (Central Statistical Agency Ethiopia & ORC Marco, 2006; Muleta et al., 2010). Dadurch verstärkt sich die Armut und Vulnerabilität der betroffenen Frauen (Baker et al., 2017). Die Trennung vom Ehepartner darf hierbei nicht als Standard

angesehen werden, da es auch Frauen gibt, welche trotz Geburtsfisteln verheiratet bleiben (Yeakey et al., 2009). In der Abbildung 3 werden die sozialen und psychischen Auswirkungen gemäss dem *Obstructed labor injury complex* zusammengefasst.

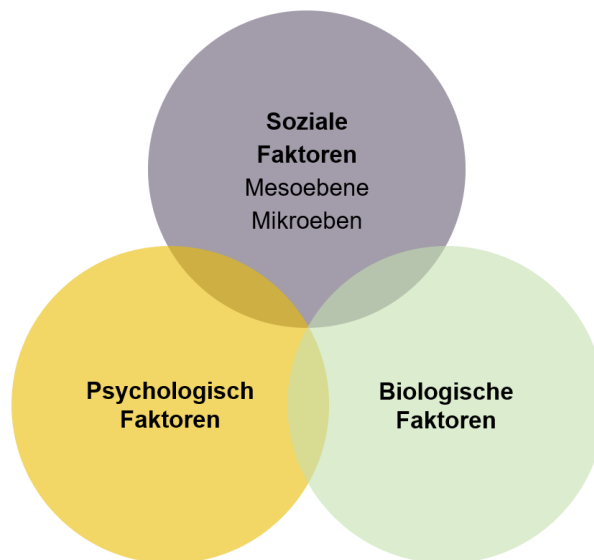
3.4 Das Biopsychosoziale Modell nach Engel (1977)

Das BPS-Modell wird im Rahmen dieser Bachelorthesis benutzt, um differenziert und systematisch die psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln eruieren zu können. Ausserdem wird untersucht, wie diese drei Ebenen zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Das BPS-Modell wird nicht nur wegen seiner Aktualität und Anerkennung als Hilfsmittel genutzt, sondern auch aufgrund seiner übersichtlichen Struktur und Verständlichkeit. Die drei Ebenen widerspiegeln die vielseitigen Auswirkungsformen, welche Geburtsfisteln auf das Leben von betroffenen Frauen haben können. Das Modell wurde Ende der 1970er vom Psychiater George Libman Engel ausformuliert und gilt heute als eines der international anerkannten Gesundheits- und Krankheitsmodellen (Universität Augsburg, 2021). Der Grundgedanke des Engel'schen Modells besteht darin, dass die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren in Wechselbeziehung miteinander stehen (siehe Abbildung 4). Somit soll der jeweilige Mensch im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Das Modell dient als Instrument, um Krankheit und Gesundheit nicht als Zustand, sondern als ein sich wandelnder und anpassender Prozess zu sehen (Engel, 1977). Analog zur Gesundheitsdefinition der WHO ist Gesundheit ein Zustand, welcher vom physischen, psychischen und sozialen Wohlergehen einer Person abhängig ist (WHO, 1948).

Die soziale Ebene wird dabei in eine Mikro- und Mesoebene unterteilt. Auf Mikroebene wird das Individuum, respektive die betroffenen Frauen und deren soziales Verhalten und Handeln beleuchtet. Auf der Mesoebene werden soziale Prozesse und Interaktionen zwischen Individuen und Gruppen untersucht. Dazu zählen das soziale Netzwerk, der Ehepartner, die Familie, die Gemeinschaft und die Gesellschaft. Die psychische Ebene beschäftigt sich mit dem Erleben, der Gefühlslage und dem Denkverhalten eines Menschen. Die biologische Ebene umfasst genetische und organmedizinische Faktoren, welche sowohl die Krankheit als auch die Gesundheit eines Menschen beeinflussen (Universität Augsburg, 2021).

Abbildung 4

BPS- Modell (Eigene Darstellung, 2022)



Anmerkung. In Anlehnung an Engel (1977)

3.5 Therapie

Inwiefern eine Frau eine Geburtsfistel entwickelt, hängt vom Zeitpunkt und der Qualität der postpartalen Betreuung ab (Wall, 2012). Durch eine sofortige konservative Behandlung mittels Urindrainage und Katheter erfolgt eine Dekompression der Harnblase, wodurch sich das Hohlorgan teils vollständig erholen kann (Bazi, 2007; Ghoniem & Warda, 2014). Eine solche Therapie erfolgt bei VVF mit einer maximalen Grösse von 1 cm. Die Erfolgsrate der konservativen Therapie liegt bei 10% bis 30% (Bazi, 2007). Der Grossteil der von VVF und RVF betroffenen Frauen benötigen eine operative Behandlung. Je nach Ausmass der Geburtsfistel ist die chirurgische Intervention komplex und erfordert oftmals Wiederholungsoperationen (Abendstein, 2009; AWMF, 2017). Je nach Ausprägung der Geburtsfistel bleiben 16% bis 32% postoperativ inkontinent (Browning, 2006). Erstgebärende weisen geringere operative Erfolgserlebnisse auf im Vergleich zu Mehrgebärenden und bleiben häufiger inkontinent (Muleta et al., 2010).

3.5.1 Hamlin Fistula Ethiopia (HFE)

Mit der Errichtung eines grossen Fistelkrankenhauses in der Hauptstadt Addis Abeba konnte bereits vielen betroffenen Frauen chirurgische Abhilfe geschaffen werden. Um eine flächendeckende operative Behandlung anbieten zu können, wurden fünf strategisch gelegene, regionale Fistelzentren gegründet (siehe Abbildung 5). Im Norden Äthiopiens befindet sich ein *Hamlin* Fistelzentrum in Mekele und Bahir Dar, im Süden in Yirgalem, im Osten in Harar und im Westen in Metu. Neben dem fistelspezifischen Krankenhaus und den fünf Zentren gehört zum HFE eine Ausbildungsstätte für zukünftige Hebammen, das *Hamlin College of Midwives*. Angehörig ist ebenfalls das *Desta Mender* (dt. Dorf der Freude), welches die Rehabilitation und soziale Reintegration von Frauen nach einer operativer Behandlung fördert (HFE, 2014).

Abbildung 5

Übersicht der sechs fistelspezifischen Kliniken in Äthiopien (Modifizierte Darstellung, 2022)



Anmerkung. In Anlehnung an HFE, 2021, Genehmigung erhalten durch Hamlin Fistula Ethiopia. <https://catherinehamlin.org/impact-report-march-may-2021/>.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die fünf selektierten Studien einzeln zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Zusammenfassungen der jeweiligen Studien beinhalten Informationen zum Forschungsgegenstand, dem methodischen Vorgehen, dem Studiendesign, der Datenerhebung und -analyse, den Ergebnissen und der Diskussion. Im Zuge der kritischen Würdigung werden die Gütekriterien sowie auch das Evidenzlevel jeder Studie begutachtet. Zu Beginn jedes Unterkapitels erfolgt eine tabellarische Übersicht der wichtigsten Eckpunkte der jeweiligen Studie (siehe Tabelle 5 bis 9). Die ausführlichen AICA-Raster der einzelnen Studien befinden sich im Anhang (C).

4.1 Studie A: Übersicht der Studie von Animut et al. (2019)

Tabelle 5

Studie von Animut et al. (2019) (Eigene Darstellung, 2022)

"The Sun keeps rising but darkness surrounds us": A qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia	
Forschende	Animut M., Mamo A., Abebe L., Berhe M. A., Asfaw S., Birhanu Z.
Land	Äthiopien
Sprache	Englisch
Studiendesign	Qualitatives Design
Stichprobengrösse	11
Publikationsjahr	2019
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)	6. Stufe

4.1.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie von Animut et al. (2019) ist es, physische, psychologische und soziale Konsequenzen auf das alltägliche Leben von betroffenen Frauen zu erforschen. Zudem soll auch die subjektive Einschätzung der Frauen über die Ursache von ihren Geburtsfisteln analysiert werden. Es wurde ein deskriptives, qualitatives, phänomenologisches Studiendesign gewählt. Hierfür wurden am *Bar Dar Hamlin Fistula Center* in Äthiopien zwischen November und Dezember 2016 zehn Probandinnen selektiert. Mit jeder Probandin wurde einmalig ein Einzelinterview durchgeführt. Die Daten

wurden mittels einem Kodierungsleitfaden transkribiert und in drei Oberthemen eingeteilt. Die drei festgelegten Oberthemen konzentrieren sich erstens auf die subjektive Einschätzung der betroffenen Frauen über die Ursache ihrer Geburtsfisteln. Zweitens auf die gesundheitlichen Konsequenzen von Geburtsfisteln und drittens auf angewendete Bewältigungsstrategien. Es konnte aufgezeigt werden, dass die meisten Frauen eine falsche Vorstellung von der Ursache ihrer Geburtsfisteln hatten. Als gesundheitliche Konsequenz wurde das Auftreten von Suizidgedanken und -versuche identifiziert. Die betroffenen Frauen leiden häufig unter geringem Selbstbewusstsein, Einsamkeit, Gefühlen von Wertlosigkeit, Angst, Trauer und Scham, welche durch die Inkontinenz hervorgerufen werden. Sie sind nicht imstande, ihre Rolle als Frau weiterhin auszuführen und erfahren häufig familiäre und gesellschaftliche Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung. Als Bewältigungsstrategie isolieren sich die Frauen aus ihrem sozialen Umfeld. 50% der betroffenen Frauen sind aufgrund von Geburtsfisteln, Depressionen, der Totgeburt oder dem familiären Druck von ihrem Ehepartner getrennt. Die Ergebnisse der Studie sollen dem Gesundheitsfachpersonal aufzeigen, dass es zukünftig mehr Investition in die Gesundheitsbildung und Aufklärung von Geburtsfisteln betroffener Frauen bedarf. Die Forschenden implizieren, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsakteuren gestärkt sowie die Gesundheitsinfrastruktur weiter ausgebaut werden muss. Zukünftige Forschung soll sich mit der quantitativen Datensammlung von Gesundheitsfachpersonen und deren Wahrnehmung bezüglich Geburtsfisteln auseinandersetzen.

4.1.2 Kritische Würdigung

Die Studie von Animut et al. (2019) wird nach dem Konzept der Vertrauenswürdigkeit von Lincoln und Guba (1985) bewertet. Als wichtige Stärke der Studie ist deren Glaubwürdigkeit anzusehen. Dies zeigt sich in der sorgfältigen Darlegung und Begründung des Forschungsgegenstandes und -ziels, des Studiendesigns und des methodischen Vorgehens. Die Glaubwürdigkeit der Studie wird aufgrund der Anwendung von *Peer Debriefings*, kommunikativer Validierung und Datentriangulation gefestigt. Die Ergebnisse werden durch detaillierte Beschreibungen mithilfe von Zitaten und nonverbalen Ausdrücken präsentiert, was die Glaubwürdigkeit der Studie zusätzlich bekräftigt. Der konzipierte Fragebogen wird im Anhang der Studie angegeben und wurde vorab auf einer gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung des *Jimma University Specialized*

Hospital auf Genauigkeit und Zeitaufwand getestet. Hierdurch wird die Glaubwürdigkeit und die Bestätigung der Studie untermauert. Die Zuverlässigkeit der Studie ist als bedeutend einzustufen, da die Datenerhebung wie auch die Datenanalyse zeitnah erfolgte. Zudem wurde ein Expertenaudit durchgeführt, welches die Zuverlässigkeit und die Bestätigung der Studie stärken. Um die Objektivität gewährleisten zu können, wurde die *Bracketing-Out* Methode* angewandt, welche in der Studie jedoch unzureichend erläutert wurde. Durch die erhobenen soziodemographischen Variablen werden die Probandinnen in einem umfassenden Kontext dargestellt.

Bei der Stichprobenwahl werden die Einschlusskriterien nachvollziehbar definiert, die Ausschlusskriterien hingegen werden unklar formuliert. Hierdurch birgt sich die Gefahr eines Selektionsbias und eines *Diagnostic Access Bias**. Die Stichprobengröße ist für das Studiendesign und den Forschungszweck ausreichend, da eine Datensättigung erreicht wurde. Die Datenerhebung wird nachvollziehbar beschrieben. Ferner werden die Forschenden namentlich erwähnt, was die Bestätigung der Studie festigt.

Die Datenanalyse wird ausreichend beschrieben und dargestellt. Als Schwachstelle kann jedoch die Güte des Fragebogens benannt werden, welche nicht beschrieben wird. Die Ergebnisse und die Diskussion verhalten sich kongruent, sodass sich die Interpretation der Resultate von den Studienergebnissen ableiten lassen. Nachvollziehbare Ansätze für Gesundheitsfachpersonal und Politik werden beschrieben. Als weitere Schwäche der Studie ist anzumerken, dass die Forschenden die Resultate auf die gesamte Forschungspopulation von betroffenen Frauen übertragen. Einen solchen Rückschluss ist impraktikabel. Limitationen und Grenzen der Studie werden nicht erwähnt. Eine informierte Einverständniserklärung wurde von jeder Probandin eingefordert, bevor diese an der Studie teilnahmen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der *Jimma University* genehmigt. Die Studie ermöglicht Gesundheitsfachpersonen einen Einblick in die Lebenswelt von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien.

4.2 Studie B: Übersicht der Studie von Bashah et al. (2019)

Tabelle 6

Studie von Bashah et al. (2019) (Eigene Darstellung, 2022)

The loss of dignity: social experience and coping of women with obstetric fistula, in Northwest Ethiopia	
Forschende	Bashah D.T., Worku A.G., Yitayal M., Azale T.
Land	Äthiopien
Sprache	Englisch
Studiendesign	Qualitatives Design
Stichprobengrösse	11
Publikationsjahr	2019
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)	6. Stufe

4.2.1 Zusammenfassung

In der Studie von Bashah et al. (2019) untersuchen die Forschenden die psychosozialen und ökonomischen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit unbehandelten Geburtsfisteln. Die Ergebnisse dieser Studie sollen dazu beitragen, die Ursache der Problematik von Geburtsfisteln besser zu verstehen und im Rahmen der Aufklärungsarbeit ein Bewusstsein für die frühzeitige Identifizierung und Behandlung betroffener Frauen zu schaffen. Für die Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Am *Fistula treatment center of the University of Gondar Specialized Referral and Teaching Hospital* wurden zwischen September und November 2017 insgesamt elf Frauen mit unbehandelten Geburtsfisteln selektiert. Es wurde hierbei mit jeder Probandin einmalig ein Einzelinterview durchgeführt. Insgesamt wurden fünf Hauptthemen identifiziert: Die subjektive Einschätzung der Frauen über den Beginn und die Ursache von ihren Geburtsfisteln, die Rolle der Frau und ihre sozialen Beziehungen, finanzielle Einkommensquellen, Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Inkontinenz und die Inanspruchnahme von professioneller, medizinischer Betreuung. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Mehrheit der Frauen die Ursache und Definition von Geburtsfisteln nicht kannte. Zu Beginn erfuhren einige Frauen gute Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld. Als sich die Inkontinenz aber manifestierte, wendeten sich Familie und Gesellschaft vermehrt ab. Die Inkontinenz, die Totgeburt, die maternale Depression,

die Dyspareunie und die Unfähigkeit, die traditionelle Rolle einer Frau einnehmen zu können, führten bei 73% der Frauen zur Trennung vom Ehepartner. Die Mehrheit der Frauen waren bereits vor Eintritt der Geburtsfisteln finanziell vom Ehepartner abhängig. Durch die Trennung und der damit wachsenden Armut erfahren die Frauen ein Leben in Abhängigkeit anderer. 27% der Frauen erfuhren trotz Geburtsfisteln gute Unterstützung durch den Ehepartner. Die Forschenden konkludieren, dass eine gute soziale Unterstützung essenziell für das Überleben von betroffenen Frauen darstellt. Die meisten Frauen erfuhren aufgrund der Inkontinenz familiäre und gesellschaftliche Ausgrenzung sowie Stigmatisierung und Diskriminierung. Dadurch intensivieren sich Angst- und Schamgefühle, weshalb sich die Frauen sozial isolieren. Diverse Depressionssymptome wie Suizidgedanken- und versuche, ein vermindertes Selbstbewusstsein, Gefühle der Wertlosigkeit, Minderwertigkeit, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit wurde von den betroffenen Frauen beschrieben.

4.2.2 Kritische Würdigung

Mithilfe der Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) wird die Studie von Bashah et al. (2019) kritisch gewürdigt. Obwohl keine explizite Fragestellung in der Studie beschrieben wird, lässt sich der Forschungszweck von der differenzierten Zielformulierung ableiten. Einerseits wird die Glaubwürdigkeit durch die systematische Strukturierung der Studie im EMED*-Format gestützt. Andererseits kann sie durch die nachvollziehbare Erläuterung des Forschungsgegenstandes, des Studiendesigns und des Rekrutierungsvorganges weiter gestärkt werden. Um die Glaubwürdigkeit weiter zu untermauern, wurde im Interview mit einer semi-strukturierten Methode und der Fragetechnik der Sondierungsfragen* gearbeitet. Auf diese Weise werden die Probandinnen aufgefordert, noch mehr Informationen und Erklärungen preiszugeben. Ferner wird die Glaubwürdigkeit durch die Zitate der Probandinnen gefestigt. Hinweise auf eine Datentriangulation, *Peer Debriefings* oder eine kommunikative Validierung sind aus der Studie nicht zu entnehmen. Auch wird die Gefahr der Subjektivität der Forschenden im Forschungsprozess nicht erläutert. Als eine spezifische Art von Expertenaudit agierte eine übersetzende Person, welche die sprachlichen Übersetzungsprozesse der Interviews und der Transkriptionen überprüfte. Der Auditinhalt und -prozess wird hierbei nicht detailliert beschrieben, wodurch die Zuverlässigkeit und die Bestätigung der Studie nur bedingt gestärkt werden können.

Die Stichprobenwahl wird nur knapp beschrieben und spärlich mit einem Einschlusskriterium begründet. Zudem wurden zwei Patientinnen inkludiert, welche sich bereits einer rektovaginalen Fisteloperation unterzogen hatten. Dies könnte die Resultate verzerren und schwächt die Glaubwürdigkeit der Studie. Jedoch werden mittels erhobenen soziodemographischen Variablen die Probandinnen in einem umfassenden Kontext dargestellt. Die Stichprobengrösse wird unter Berücksichtigung des Forschungsgegenstandes und -designs als zufriedenstellend begutachtet. Gemäss den Forschenden wurde eine Datensättigung erreicht. Als Schwäche der Studie wird die Datenerhebung und -analyse aufgezeigt, welche unzureichend und nicht nachvollziehbar dargestellt werden. Hierdurch wird die Zuverlässigkeit der Studie weiter eingeschränkt. Der Diskussionsteil ist analog zum Ergebnisteil aufgebaut und wiedergibt die wichtigsten Erkenntnisse chronologisch. Limitationen wurden von den Forschenden benannt, mitunter auch die eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die gesamte Forschungspopulation infolge eines potentiellen *Diagnostic Acces Bias* und der hohen Subjektivität der erhobenen Daten. Von jeder Probandin wurde vor Studienbeginn eine schriftliche Einverständniserklärung eingefordert, ferner wurde die Studie durch die Ethikkommission der *Gondar* Universität genehmigt. Es werden keine Ansätze für Gesundheitsfachleute oder weitere potenzielle Akteure beschrieben. Die Studie ermöglicht einen Einblick in die Lebenswelt von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien.

4.3 Studie C: Übersicht der Studie von Gebresilase (2014)

Tabelle 7

Studie von Gebresilase (2014) (Eigene Darstellung, 2022)

A qualitative study of the experience of obstetric fistula survivors in Addis Ababa, Ethiopia	
Forschende	Gebresilase, Y.T.
Land	Äthiopien
Sprache	Englisch
Studiendesign	Qualitatives Design
Stichprobengrösse	8
Publikationsjahr	2014
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)	6. Stufe

4.3.1 Zusammenfassung

In der Studie von Gebresilase (2014) wird das Erleben von Geburtsfisteln betroffenen Frauen hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihren sozialen Beziehungen erforscht. Es wird ergründet, wie sich jene Empfindungen über einen Zeitraum vom erstmaligen Auftreten der Geburtsfisteln bis hin zur chirurgischen Behandlung und zum gesellschaftlichen Reintegrationsversuch verändert haben. Das Studiendesign kann einem qualitativen Ansatz zugeordnet werden. Die Studie wurde von der *Women for Women* Stiftung im Stadtteil Kolfe Keranio von Addis Abeba durchgeführt. Insgesamt wurden acht Probandinnen rekrutiert, welche sich einer chirurgischen Geburtsfistelbehandlung unterzogen hatten. Jede Probandin absolvierte jeweils zwei Einzelinterviews im Abstand von vier bis sechs Tagen. Soziodemographische und relevante krankheitsgeschichtliche Angaben der Probandinnen wurden mittels eines strukturierten Fragebogens erhoben. Es wurden insgesamt fünf Hauptthemen identifiziert: Herausforderungen für Fistelopfer, emotionale Herausforderungen für Fistelopfer, Bewältigungsstrategien der betroffenen Frauen, Chancen und Risiken für die Zukunft und subjektive Wahrnehmung der Frauen von prädisponierenden Faktoren für Geburtsfisteln. Die Frauen beschreiben die Inkontinenz als einen Kontrollverlust über den eigenen Körper, welchen sie zu einer sozialen Abhängigkeit zwingt. Durch die körperlichen Herausforderungen sind die Frauen nicht imstande, die von der Gesellschaft anerkannte Familienrolle aufrechtzuerhalten. 100% der Frauen sind von ihrem Ehepartner getrennt und werden von der Familie und Gesellschaft verstossen. Alle Frauen erfahren wenig soziale Unterstützung. Angesichts ihres Zustandes empfinden alle Frauen Leid, Scham, Wut, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und Trauer, wodurch sie sich von der Gesellschaft und sozialen Aktivitäten isolieren. Die Mehrheit der Frauen leiden an Depressionen und emotionalen Störungen, wobei sechs Frauen über Suizidgedanken und -versuche berichten. Die Inkontinenz und der damit verbundene, unangenehme Geruch sind die Hauptgründe, warum die Mehrheit der Frauen in der Öffentlichkeit Diskriminierung und Stigmatisierung erfahren. Im Prozess der chirurgischen Behandlung äussern Frauen Unsicherheiten bezüglich der Ehe, dem Geschlechtsverkehr, der erwarteten Familienplanung, ihrer Rolle im Familienkonstrukt und der sozialen Akzeptanz in der Gesellschaft. Laut Gebresilase (2014) soll in der geburtshilflichen Versorgung nebst den chirurgischen auch psychosoziale Therapien für die Reintegration der Frauen inkludiert werden. Jene Angebote sollen einem familienorientierten Ansatz entsprechen und die Inklusion von Ehepartnern fördern.

4.3.2 Kritische Würdigung

Anhand der Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) wird die Studie von Gebresilase (2014) kritisch gewürdigt. In der Studie wird keine eindeutige Fragestellung dargelegt, jedoch lässt sich der Forschungszweck aus der prägnanten Zielformulierung herleiten. Die Glaubwürdigkeit der Studie wird durch die offenkundige Darlegung des Forschungsgegenstands, der Limitationen und des Rekrutierungsvorganges gestärkt. Das methodische Vorgehen wird anhand von zwei theoretischen Modellen des Gesundheitsverhaltens beschrieben, jedoch wird kein explizites Studiendesign genannt und begründet. Der Ansatz eines qualitativen Studiendesigns lässt sich aus dem methodischen Vorgehen und der Datenerhebung erahnen. Diese ungenaue Beschreibung schwächt die Glaubwürdigkeit und die Nachvollziehbarkeit der Studie. Ferner wurden keine Angaben zu den Instrumenten der Datentriangulation, des *Peer Debriefings*, des Expertenaudits oder der kommunikativen Validierung beschrieben, wodurch die Bestätigung der Studie als vermindert angesehen werden kann. Als positive Eigenschaft kann die *Bracketing-Out* Methode genannt werden, welche die Subjektivität der Forschenden im Forschungsprozess sichert. Die Datenerhebung und -analyse wurde insgesamt unzureichend dokumentiert und begründet. Das Erhebungsinstrument in Form eines Fragebogens wird inhaltlich nicht transparent dargestellt. Ferner werden keine Angaben zum Zeitrahmen der Studie erläutert. Die Datenanalyse ermöglicht keine Einsicht über das verwendete Kodierungsverfahren und die Validität des Fragebogens. Dadurch wird die Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit der Studie vermindert sowie die Gefahr eines *Reporting Bias* gegeben. Mit jeder Teilnehmerin erfolgen jeweils zwei Interviews durch dieselbe Person, wodurch die Möglichkeit eines *Response Bias* minimiert werden kann. Die Stichprobenwahl wird nachvollziehbar beschrieben und begründet. Die Einschlusskriterien für die Probandinnen werden differenziert vermittelt. Die Stichprobengröße von acht Studienteilnehmerinnen ist sehr klein, jedoch wurde laut Gebresilase (2014) eine Datensättigung erreicht. Durch die Inklusion von bedeutenden Zitaten wird die Glaubwürdigkeit der Studie weiter gefestigt. Der Diskussionsteil verhältet sich deckungsgleich zum Ergebnisteil, darüber hinaus werden die beiden theoretischen Modelle auf die Resultate appliziert und interpretiert. Die kleine Stichprobengröße und die Subjektivität der erhobenen Daten erlauben keine Übertragbarkeit auf die gesamte Forschungspopulation. Durch den Miteinbezug von plausiblen Zitaten können jedoch Sachverhalte für die Praxis reflektiert und interpretiert werden. Eine schriftliche und

mündliche Einverständniserklärung wurde von allen Probandinnen eingefordert. Die Studie wurde vom Departement der Sozialarbeit der Universität Addis Abeba genehmigt. Empfehlungen und Bedarf für Gesundheitspersonal und weitere potenzielle Akteure werden beschrieben. Die Studie ermöglicht einen Einblick in die Lebenswelt von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien.

4.4 Studie D: Übersicht der Studie von Tsegaw (2018)

Tabelle 8

Studie von Tsegaw (2018) (Eigene Darstellung, 2022)

Prevalence of Depression and Associated Factors among Patients with Obstetric Fistula at Hamlin Fistula Treatment Centers, Ethiopia: A Facility Based Cross-Sectional Study	
Forschender	Tsegaw M.G.
Land	Äthiopien
Sprache	Englisch
Studiendesign	Querschnittstudie
Stichprobengrösse	167
Publikationsjahr	2018
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)	6. Stufe

4.4.1 Zusammenfassung

In der multizentrischen Querschnittstudie von Tsegaw (2018) wird der Einfluss von acht verschiedenen Faktoren auf die Prävalenz von Depressionen bei Frauen mit Geburtsfisteln untersucht. Die untersuchten Variablen beinhalten soziodemographische Variablen wie der Wohnort, der Bildungsstand, der Zivilstand und die Parität der Probandinnen. Daneben wurde die Lebensdauer der Teilnehmerinnen mit Geburtsfisteln sowie auch deren subjektive Einschätzung bezüglich sozialer Unterstützung, inkludiert. Ausserdem wurde das Vorkommen einer Totgeburt und einer Fussheberparese bei jener Geburt begutachtet, welche zu Geburtsfisteln führte. Durchgeführt wurde die Studie an sechs spezialisierten Kliniken (HFE) in Äthiopien zwischen Juli und August 2016. Insgesamt konnten 167 betroffene Frauen rekrutiert werden. Als Diagnoseinstrument für das Krankheitsbild der Depression wurde der Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten (PHQ-9) verwendet. Soziodemographische und relevante

krankheitsgeschichtliche Angaben der Probandinnen wurden mittels eines strukturierten Fragebogens erhoben.

Laut Tsegaw (2018) leiden 73.7% der Patientinnen mit Geburtsfisteln an einer Depression. Zudem konnte gezeigt werden, dass bei denjenigen Frauen, welche beim Eintritt der Geburtsfisteln eine Totgeburt erlitten haben, einen signifikanten Zusammenhang mit einer Depressionserkrankung besteht. Dieser Zusammenhang besteht ebenfalls bei unzureichender, sozialer Unterstützung von betroffenen Frauen. 60% der Frauen stufen ihre soziale Unterstützung als gering bis nicht vorhanden ein. Die Signifikanz ist auch im Zusammenhang mit einer Trennung vom Ehepartner, einer Lebensdauer mit Geburtsfisteln von mehr als drei Monaten und bei Zweitgebärenden im Gegensatz zu Mehrgebärenden gegeben. Der Forscher schlussfolgert, dass das Auftreten von Depressionen eher mit den psychosozialen Folgen nach Eintritt der Geburtsfisteln einhergeht als mit den medizinischen Folgen. Der Forscher benennt die Notwendigkeit, eine psychiatrische Versorgung der Patientinnen in die Geburtsfistelbehandlung zu integrieren. Dabei soll der Schwerpunkt auf die soziale Unterstützung der betroffenen Frauen gelegt werden. Es bedarf weiterer Forschung, um die Manifestation des Krankheitsbildes einer Depression im klinischen Setting von betroffenen Frauen zu verstehen und weitere assoziierbare Variablen zu ergründen.

4.4.2 Kritische Würdigung

Die kritische Würdigung der Studie von Tsegaw (2018) wird anhand einer differenzierten Darlegung von Schwächen und Stärken der Studie sowie unter Miteinbezug der Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008) aufgezeigt. Der Forschungsbedarf, das Untersuchungsziel, das Messverfahren und die Datenanalyse werden mehrheitlich nachvollziehbar und vollständig beschrieben. Ferner wurden alle Probandinnen unter vergleichbaren Untersuchungsbedingungen befragt. Jene beschriebenen Aspekte stellen Stärken dar, welche die Objektivität der Studie erhöhen. Im Kontrast hierzu stehen vier Merkmale der Studie, welche mitunter die Objektivität abschwächen. Erstens wird die Datenerhebung ungenau beschrieben sowie potentielle Störvariablen unzureichend berücksichtigt. Zweitens besteht innerhalb der jeweiligen untersuchten Variablen auf der Ebene der statistischen Datenmessung eine hohe Heterogenität, wodurch sich deren Aussagekraft abschwächt. Die Qualität der Variabel *soziale Unterstützung* wird unzureichend beschrieben, wodurch sich deren Nachvollziehbarkeit einschränkt. Drittens

wird der Selektionsprozess der Probandinnen ungenau beschrieben, es erfolgt keine differenzierte Darlegung von Ein- und Ausschlusskriterien. Viertens kann die Wahl des Studiendesigns kritisch hinterfragt werden mit der Begründung, dass vorbestehende Depressionen nicht detektiert wurden und somit auch unklar erscheint, ob die untersuchten Variablen als Risikofaktoren oder als Folge für die Entstehung von Depressionen zu interpretieren sind. Zudem wurden sowohl präoperative als auch postoperative Patientinnen inkludiert. Die Durchführung einer chirurgischen Behandlung könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Dadurch wird die interne Validität der Studie geschwächt. Trotz multizentrischer Durchführung, welche die externe Validität der Studie stärkt, wird die Validität durch eine nicht nachvollziehbare Verallgemeinerung der Ergebnisse herabgesetzt. Hierbei wird das Auftreten von Depressionen eher mit den psychosozialen Folgen nach Eintritt der Geburtsfisteln assoziiert als mit den medizinischen Folgen. Von den insgesamt acht untersuchten Variablen beschreibt bloss eine davon die medizinischen Folgen. Dieses Ungleichgewicht der Variablen ohne statistische Korrektur macht die Verallgemeinerung der Resultate nicht nachvollziehbar. Die Berechnung der erforderlichen Stichprobengrösse wird nicht genannt, was die Repräsentativität und die externe Validität der Studie ebenfalls beeinträchtigt. Die Datenerhebung und -analyse berücksichtigen die statistischen Messverfahren und -instrumente und sind somit reliabel. Die Güte des benutzten Messinstrumentes ist gegeben und weist eine hohe, geprüfte Validität und Reliabilität auf. Die Datenerhebung folgte ausschliesslich an Geburtsfistel spezialisierten Kliniken, wodurch die Gefahr eines *Diagnostic Access Bias* gegeben ist. Im Kontext dieser spezialisierten Kliniken sind die Ergebnisse reproduzierbar. Eine Replizierbarkeit in einem anderen Setting ist aufgrund der ungenauen Beschreibung des methodischen Vorgehens nicht garantiert. Dadurch wird die Reliabilität der Studie von Tsegaw (2018) eingeschränkt. Die Studie wurde von der Ethikkommission des *Hamlin Fistula Center* genehmigt. Eine verbale Einverständniserklärung wurde von jeder Teilnehmerin eingeholt. Unter Berücksichtigung der angesprochenen Schwachstellen und Limitationen der Studie verdeutlichen die Ergebnisse die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Interventionen im Hinblick auf die psychische Behandlung von Geburtsfisteln betroffenen Frauen.

4.5 Studie E: Übersicht Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018)

Tabelle 9

Studie Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) (Eigene Darstellung, 2022)

Psychological distress in women with obstetric fistula in Ethiopia: A multi-center, facility-based, cross-sectional study	
Forschende	Belayihun B., Mavhandu-mudzuis A.H.
Land	Äthiopien
Sprache	Englisch
Studiendesign	Querschnittstudie
Stichprobengrösse	219
Publikationsjahr	2018
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)	6. Stufe

4.5.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) ist es, die Prävalenz von psychischen Belastungen wie Depressionen und Angststörungen bei Frauen mit Geburtsfisteln zu erforschen. Es wurde eine multizentrische Querschnittstudie durchgeführt, wobei sechs fistelspezialisierte Kliniken (HFE) in Äthiopien konsultiert wurden. 219 Probandinnen wurden für die Studie zugelassen, welche sich alle im Aufnahmeprozess zur chirurgischen Behandlung ihrer Geburtsfisteln von Januar bis Juni 2017 befanden. Anzeichen einer Depression wurden anhand eines Gesundheitsfragebogens für Patientinnen und Patienten (PHQ-9) detektiert. Die Angststörungen wurde mittels eines Testinstruments für generalisierte Angststörungen (GAD-7) erhoben. Soziodemographische und relevante anamnestische Daten wurden mittels eines strukturierten Fragebogens erhoben.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass 58% der betroffenen Frauen Depressionssymptome aufzeigten. Hingegen wurden bei 47% der Frauen Anzeichen einer Angststörung identifiziert. Alle Frauen, welche von einer Depression betroffen waren, erhielten signifikant geringe soziale Unterstützung. 63.5% der Frauen gaben an, dass sie unzureichende bis mittelmässige soziale Unterstützung erhielten. Die Forschenden benennen die geringe soziale Unterstützung als Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression bei betroffenen Frauen.

Einen signifikanten Zusammenhang wurde zudem zwischen dem Auftreten einer Angststörung und einer Totgeburt sowie dem Leben mit Geburtsfisteln über einem Jahr detektiert. Die Totgeburt bezieht sich dabei auf jene Geburt, welche zu den Geburtsfisteln führte. Die beiden Forschenden konkludieren, dass von Geburtsfisteln betroffene Frauen anfällig auf hohe psychische Belastungen sind. Insofern besteht ein Bedarf und eine Notwendigkeit an geeigneten Interventionen, welche die psychische Gesundheit der betroffenen Frauen in den Krankenhäusern thematisieren. Diesbezüglich sollte ebenfalls in die Schulung und Weiterbildung von Hebammen investiert werden.

4.5.2 Kritische Würdigung

Die kritische Würdigung der Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) wird mithilfe der Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008) vorgenommen. Zudem werden entscheidende Schwächen und Stärken der Studie aufgeführt. Der Forschungsbedarf, das Untersuchungsziel, die Datenerhebung sowie die Limitationen werden nachvollziehbar erläutert und begründet. Das statistische Verfahren wurde unter standardisierten Bedingungen durchgeführt, jedoch nicht absolut wiedergegeben, wodurch die Nachvollziehbarkeit eingeschränkt wird. Potenzielle Störvariablen, wie beispielsweise soziodemographische Unterschiede wurden statistisch ausgeglichen.

Als Stärke der Studie kann deren Objektivität genannt werden. Einschluss- und Ausschlusskriterien im Rahmen des Rekrutierungsprozesses wurden benannt. Ferner wurde die starke Güte der Messinstrumente differenziert beschrieben und begründet. Die Forschenden waren am Datenerhebungsprozess initial vor Ort beteiligt, danach fanden regelmässige Supervisionen statt, um den Datenerhebungsprozess mit den Interviewenden zu reflektieren. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wird hierdurch gestärkt.

Die beiden verwendeten Fragebögen sind als valide und reliabel für den Gebrauch im äthiopischen Setting einzustufen. Eine ausführliche Darlegung und Begründung für diese Annahme werden durch die Forschenden angegeben. Auch die interne Konsistenz der Instrumente wurde überprüft, indem der amharische Fragebogen nochmals ins Englische übersetzt wurde. Nebst der amharischen Sprache wurde der Fragebogen in weitere äthiosemitische Sprachvarianten übersetzt, bei welchen die interne Validität nicht überprüft wurde.

Einerseits wird die externe Validität durch die Berechnung der Stichprobengröße und der multizentrischen Datenerhebung gestärkt, andererseits wird die Validität der Studie durch die Vernachlässigung von potenziellen Störvariablen vermindert. Der Zeitpunkt der Datenerhebung kann hierfür exemplarisch beleuchtet werden. Alle Probandinnen befanden sich vor der chirurgischen Behandlung in einem ungewohnten klinischen Setting, fernab von zuhause. Diese Bedingungen können einen Einfluss auf die zu untersuchenden Variablen haben. Mit Rücksicht auf das Forschungsziel suggeriert die Wahl des Studiendesigns eine Schwachstelle, wodurch die Validität der Studie herabgesetzt wird. Es ist nicht möglich, einen kausalen Zusammenhang zwischen Frauen mit Geburtsfisteln und Depressionen oder Angststörungen zu detektieren, da eine Depression oder Angststörung bereits vor Eintritt der Geburtsfisteln persistieren könnte. Eine solche vorgängige Abklärung fand nicht statt. Zudem unterliegt der in der Studie gegebenen Diagnosestellung einer Depression oder Angststörung kein klinisches Assessment zugrunde, welches die Diagnose sichern könnte. Des Weiteren muss das Risiko eines *Diagnostic Acces Bias* und eines *Recall Bias** erwähnt werden. Ein *Recall Bias* kann durch das Auftreten von traumatischen Erlebnissen oder psychischer Belastung die negativen Empfindungen eine stärkere Gewichtung erhalten im Gegensatz zu positiven Erfahrungen (Baumeister et al., 2001).

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist nicht gegeben, da aufgrund des gewählten Studiendesigns die Daten nicht auf einen anderen Zeitpunkt oder andere Population übertragen werden können. Einverständnis der Studie wurde durch die südafrikanische Universität und des *Hamlin Fistula Center* erteilt. Eine schriftliche oder mündliche Einverständniserklärung der Probandinnen wurde eingefordert. Unter Berücksichtigung der angesprochenen Schwachstellen und Limitationen der Studie verdeutlichen die Ergebnisse die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Interventionen und Weiterbildungsprogrammen für Hebammen und Geburtshelfer im Hinblick auf die psychische Behandlung von Geburtsfisteln betroffenen Frauen.

5 Diskussion

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie betroffene Frauen in Äthiopien die Auswirkungen von Geburtsfisteln auf psychosozialer Ebene erleben. Das Ziel ist es herauszufinden, welche psychosozialen Auswirkungen Geburtsfisteln auf das Leben betroffener Frauen in Äthiopien haben. Daraus sollen Erkenntnisse für die globale Hebammenprofession abgeleitet werden. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Auf diese Weise wurden drei qualitative Studien (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014) und zwei quantitative Studien (Belayihun & Mavhandu-mudzuis, 2018; Tsegaw, 2018) selektiert. In diesem Kapitel werden die ausgewählten Studien miteinander in Verbindung gesetzt und kritisch diskutiert. Der theoretische Hintergrund fließt in die Diskussion mit ein, um zentrale Kernpunkte miteinander in Beziehung zu setzen. Alle Studien befinden sich gemäss Dicenso et al. (2009) auf dem gleichen Evidenzlevel, wodurch eine direkte Gegenüberstellung und ein Vergleich der Studien möglich ist. Jede der fünf inkludierten Studien liefert essenzielle Aspekte zur Beantwortung der Fragestellung. Der Diskussionsteil wird in drei Hauptteile gegliedert: Im ersten Abschnitt werden die psychischen und im zweiten Abschnitt die sozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln dargelegt. Drittens erfolgt eine Beantwortung der Fragestellung mithilfe des BPS-Modells.

5.1 Gegenüberstellung der Ergebnisse zu psychischen Auswirkungen

In Anbetracht der psychischen Auswirkungen wird der Fokus auf die subjektiven Empfindungen und auf die Prävalenz von Depressionserkrankung bei betroffenen Frauen gelegt. Dabei werden auch assoziierte Faktoren, welche im Zusammenhang mit einer Depressionserkrankung stehen, diskutiert.

Depressionen und assoziierte Faktoren

Die beiden qualitativen Studien von Animut et al. (2019) und Gebresilase (2014) sowie auch die beiden Querschnittstudien von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) benennen das Auftreten von Depressionen als psychische Auswirkung von Geburtsfisteln. Animut et al. (2019), Bashah et al. (2019) und Gebresilase (2014) beschreiben diverse Depressionssymptome, wie beispielsweise Hoffnungslosigkeit,

Hilflosigkeit, Einsamkeit, Wertlosigkeit, Trauer, Freudlosigkeit, Schuld- und Schamgefühle, geringes Selbstwertgefühl und Suizidgedanken- und versuche. In der Studie von Muleta et al. (2008) zeigen 92% der Fistelopfer Depressionssymptomatik, wobei 54% davon Suizidgedanken äussern. In der Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) werden neben den Depressionen auch Angststörungen bei betroffenen Frauen identifiziert. In der Studie von Tsegaw (2018) konnte eine Depressionserkrankung bei 73.7% der Fistelopfer in Äthiopien identifiziert werden. Im Vergleich hierzu wurde laut Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) eine Prävalenz von 58% eruiert. Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) verwenden das gleiche Messinstrument zur Beurteilung einer Depression, jedoch definieren Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) einen höheren Grenzwert für die Diagnosesicherung. Dadurch werden weniger falsch-positive Resultate inkludiert, was mitunter die Diskrepanz der Depressionsraten der beiden Studien erklären könnte. Die Meta-Analyse von Duko et al. (2020) identifiziert eine Prävalenz für eine Depressionserkrankung von 74.4% für betroffene Frauen in Äthiopien. Dieser Prävalenz stimmt mit derjenigen der Studie von Tsegaw (2018) überein.

Der kausale Zusammenhang zwischen Geburtsfisteln und Depression lässt sich aufgrund des Studiendesigns von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) nicht erheben. Die nationalen Depressionsrate von äthiopischen Frauen im reproduktiven Alter beträgt 4.4% (Deyessa et al., 2008). Im Vergleich wird dementsprechend ersichtlich, dass Frauen mit Geburtsfisteln einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt sind.

In den Studien von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) wurden die geringe soziale Unterstützung, die Trennung vom Ehepartner und die Totgeburt bei Eintritt von Geburtsfisteln auf deren Zusammenhang mit dem Auftreten einer Depression geprüft. Hierbei ergab sich laut Tsegaw (2018) unter anderem einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Depression und einer Totgeburt bei Eintritt der Geburtsfisteln. Betroffene Frauen, welche bei Eintritt der Geburtsfisteln eine Totgeburt erleben, weisen ein fast neunmal höheres Risiko für eine Depression auf als Frauen, welche keine Totgeburt erlitten (Tsegaw, 2018). Diese Erkenntnis wird von Goh et al. (2005) unterstützt, die besagen, dass 98% der betroffenen Frauen, welche mit einer psychischen Erkrankung diagnostiziert werden, eine Totgeburt erlebten. Das Erleben einer Totgeburt bei Geburtsfisteleintritt beträgt gemäss Tsegaw (2018) 53%, laut Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) 72%. Gemäss Baba (2014) stellen die Totgeburt und die Trennung vom Ehepartner die traumatischsten Ereignisse für betroffene Frauen auf

psychosozialer Ebene dar. Daher lässt sich vermuten, dass die unterschiedlich angegebenen Totgeburtsraten in den Studien von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) einen weiteren Grund für die verschiedenen Prävalenzangaben einer Depression darstellen. Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) widersprechen diesen Ergebnissen und beobachten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Depression und einer Totgeburt bei Geburtsfisteleintritt. Diese unterschiedlichen Erkenntnisse können erneut auf das Messinstrument zurückzuführen sein, da in der Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) ein grösserer Grenzwert akzeptiert wurde.

5.2 Gegenüberstellung der Ergebnisse zu sozialen Auswirkungen

Die sozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln werden in drei Unterthemen kategorisiert. Im ersten Kapitel wird unter dem Begriff *Rollenverlust* die soziale Stellung der Frau in der Familie und der Gesellschaft diskutiert. Im zweiten Kapitel erfolgt die Auseinandersetzung mit Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung, welche die betroffenen Frauen oftmals erfahren. Im dritten Kapitel wird das verfügbare soziale Unterstützungsangebot der Frauen evaluiert.

5.2.1 Rollenverlust

Laut Animut et al. (2019), Bashah et al. (2019) und Gebresilase (2014) berichten die Mehrheit der betroffenen Frauen über ein patriarchalisches Familienbild, in welchem sie die traditionelle Geschlechterrolle einer Frau in Äthiopien nicht erfüllen können. Die Haushaltsführung und die schwerkörperliche Landwirtschaftsarbeit können aufgrund der Inkontinenz und weiteren körperlichen Komorbiditäten nicht mehr durchgeführt werden (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014). Inkontinenz, Infertilität, Dyspareunie, Koitophobie, Geburtstraumata und die Angst vor einem rezidivierenden Auftreten von Geburtsfisteln bei erneuter Schwangerschaft stellen Gründe dar, welche die Frauen hindern, ihren ehelichen Verpflichtungen nachzukommen. Als Konsequenz dieses Rollenverlustes erfahren viele betroffene Frauen die Trennung von ihrem Ehepartner (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Belayihun & Mavhandu-mudzuis, 2018; Gebresilase, 2014; Tsegaw, 2018). Die Trennungsquote von betroffenen Frauen variiert in der beschriebenen Literatur stark: Muleta et al. (2010) beschreibt 70%, während die äthiopische Demographie- und Gesundheitsumfrage 54% identifiziert (Central Statistical

Agency Ethiopia & ORC Marco, 2006). Die inkludierten Studien von Bashah et al. (2019) detektieren 73%, Animut et al. (2019) 50%, Gebresilase (2014) 100%, Tsegaw (2018) 67% und Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) 33%. Die Heterogenität dieser Daten ist primär auf die unterschiedlichen Stichprobengrößen und Ein- und Ausschlusskriterien zurückzuführen. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der selektierten Studien beeinträchtigt. Animut et al. (2019) und Bashah et al. (2019) beschreiben die maternale Depression, die Totgeburt, die Lebensdauer mit unbehandelten Geburtsfisteln und der familiäre Druck als Ursache für eine Trennung. Laut Tsegaw (2018) droht getrennten Frauen, welche unter Geburtsfisteln leiden, ein siebenmal höheres Risiko für Depressionen im Gegensatz zu verheirateten, betroffenen Frauen. Dabei sieht Tsegaw (2018) im Gegensatz zu Animut et al. (2019) und Bashah et al. (2019) das Auftreten einer maternalen Depression nicht als Ursache, sondern als Konsequenz für die Trennung.

Nachfolgende Schlussfolgerung muss unter Berücksichtigung der Studiendesigns und den differenzierten Schwächen der jeweiligen Studien verstanden werden. Frauen mit Geburtsfisteln weisen eine bemerkenswerte Trennungsrate auf, allerdings kann kein kausaler Zusammenhang zwischen einer Trennung vom Ehepartner und einer Depression aufgezeigt werden. Jedoch gilt die Trennung vom Ehepartner als die häufigste dokumentierte, soziale Konsequenz von Geburtsfisteln (Baba, 2014; Muleta et al., 2010).

5.2.2 Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung

Frauen, welche an Geburtsfisteln leiden, berichten über familiäre und gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014). Der Hauptgrund hierfür ist die Inkontinenz und der damit einhergehenden, übelriechenden Geruch. Ferner werden auch eine Trennung vom Ehepartner, Schamgefühle und Depressionen als ausschlaggebende Ursachen genannt (Gebresilase, 2014). Die Stigmatisierung zeigt sich in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie sozialer Ausgrenzung, Vermeidung, Verachtung und verbalen Beleidigungen von Seiten der Familie und der Gesellschaft (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014). Dadurch intensivieren sich Scham- und Angstgefühle, Depressionen und Selbstzweifel, weshalb sich die Frauen von ihrer Familie und der Gesellschaft sozial isolieren. In der Studie von Animut et al. (2019) äussert eine betroffene Frau: *“When I approach to peoples, they cover their face and mouth by towels and hands. Then I became panic and feels shame. I felt that I shouldn’t had been born”* (S.7). Dabei wird

deutlich, dass die betroffene Frau die Stigmatisierung internalisiert und gegen sich selbst richtet (Changole et al., 2017). Auf struktureller Ebene wurden einige Frauen beim Benutzen der öffentlichen Verkehrsmittel marginalisiert, wodurch ihnen der Transport verwehrt blieb (Gebresilase, 2014). Diese Erfahrungen werden von betroffenen Frauen im systematischen Review von Baker et al. (2017) geteilt. Die soziale Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren nicht nur unbehandelte Frauen, sondern auch jene, welche sich einem langwierigen Behandlungsprozess unterziehen müssen oder diesen bereits erfolgreich abgeschlossen haben (Khisa & Nyamongo, 2012). Obgleich eine Inkontinenzbehandlung erfolgreich oder frustriert verläuft, können betroffene Frauen beim Versuch einer sozialen Reintegration weiterhin Opfer von Stigmatisierung und Diskriminierung werden (Khisa & Nyamongo, 2012).

5.2.3 Soziale Unterstützung

Aus den inkludierten Studien ist zu entnehmen, dass das vorhandene soziale Unterstützungsangebot der betroffenen Frauen stark variiert. Die fünf eingeschlossenen Studien identifizieren vorwiegend eine geringe soziale Unterstützung, welche betroffene Frauen von ihren Ehemännern, Familien und Gemeindemitgliedern erhalten (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Belayihun & Mavhandu-mudzuis, 2018; Gebresilase, 2014; Tsegaw, 2018). Laut Bashah et al. (2019) erfahren die Frauen bei Eintritt der Geburtsfisteln eine angemessene soziale Unterstützung, welche sich graduell verschlechtert. Die Inkontinenz wird irrtümlicherweise häufig nach der Kindsgeburt als physiologisch angesehen. Wenn erkannt wird, dass sich die Inkontinenz manifestiert, wendet sich der Ehepartner vermehrt ab und oftmals folgt die Trennung. Obwohl die Frauen dadurch verstärkt auf finanzielle, physische und soziale Unterstützung angewiesen sind, bleibt ihnen diese oftmals verwehrt. In der Studie von Tsegaw (2018) bestreiten 60% der Teilnehmerinnen ihr Leben mit fehlender oder geringer sozialer Unterstützung. Eine ähnliche Prävalenz wird von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) beschrieben, wobei 63.5% der betroffenen Frauen eine unzureichende oder mittelmässige soziale Unterstützung erhalten. Dabei wird in den Studien von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) die Qualität der sozialen Unterstützung nicht beschrieben. Einige Frauen äussern Machtlosigkeit gegenüber den gesellschaftlichen Strukturen und Wut aufgrund der fehlenden Unterstützung ihres sozialen Umfeldes (Gebresilase, 2014). Laut Bashah et al. (2019), Gebresilase (2014) und Tsegaw (2018) führen die Frauen ein

Leben in Abhängigkeit, weshalb ein stabiles, soziales Unterstützungsangebot der wichtigste Überlebensmechanismus für Betroffene darstellt. Besteht kein soziales Netzwerk, führt dies gemäss Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) und Tsegaw (2018) zu einem erhöhten Risiko für eine Depression. Die Frauen leben in konstanter Ungewissheit hinsichtlich ihres Ehepartners, des Geschlechtsverkehrs, einer erneuten Schwangerschaft und Geburt. Zudem besteht Unsicherheit in Bezug auf eine Reintegration in die Gesellschaft und Familie (Gebresilase, 2014).

Die unzureichende soziale Unterstützung wurde auf internationaler Ebene als eine zentrale Herausforderung im Kampf gegen Geburtsfisteln identifiziert (Lewis & de Bernis, 2002). Demgegenüber stehen weitere Ergebnisse der Studie von Bashah et al. (2019), welche besagen, dass einige betroffene Frauen nach Eintritt der Geburtsfisteln verheiratet bleiben und gute Unterstützung durch den Ehepartner und die Familie erfahren. Ahmed und Holtz (2007) beobachten, dass die emotionale Unterstützung des Ehepartners den betroffenen Frauen eine zuversichtlichere Lebenssicht ermöglicht. Auch Yeakey et al. (2009) beschreiben, dass eine Trennung vom Ehepartner nicht als Standard angesehen werden darf.

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lässt sich mithilfe der fünf inkludierten Studien beantworten. Gemäss Engel (1977) spielt es keine Rolle, auf welcher Ebene des Systems *Mensch* im BPS-Modell eine Störung auftritt, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene bewirkt. Obwohl Geburtsfisteln auf den ersten Blick ein rein physisches Problem darstellen, ist die Tragweite der daraus resultierenden sozialen und psychischen Auswirkungen verheerend. Demnach erfahren betroffene Frauen auf allen drei Systemebenen diverse Störungen, welche ihre Gesundheit gravierend beeinträchtigen (siehe Abbildung 6). Ausgehend von der Inkontinenz und weiteren physischen Komorbiditäten entstehen soziale Folgen, welche auf der Mesoebene Stigmatisierung, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung von Familie, Ehepartner und Gesellschaft beinhalten (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014). Die Mehrheit der Frauen berichtet über geringe soziale Unterstützung durch den Ehepartner, die Familie und die Gemeinschaft (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Belayihun & Mavhandu-mudzuis, 2018; Gebresilase, 2014; Tsegaw, 2018). In den meisten Fällen findet eine Trennung vom Ehepartner statt (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Belayihun &

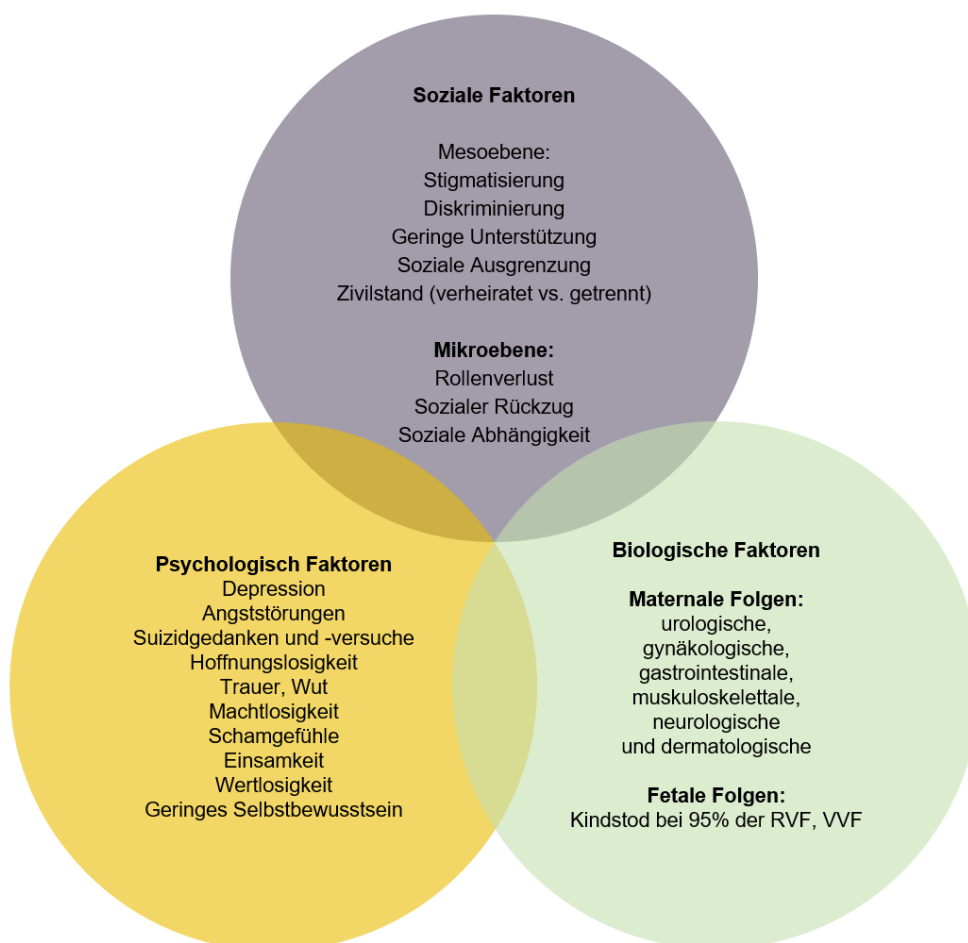
Mavhandu-mudzuis, 2018; Gebresilase, 2014; Tsegaw, 2018). Jedoch gibt es auch Frauen, welche gute Unterstützung durch ihr soziales Umfeld erhalten und trotz Geburtsfisteln mit ihrem Ehepartner verheiratet bleiben (Bashah et al., 2019). Auf der sozialen Mikroebene wird ersichtlich, dass betroffene Frauen einen Rollenverlust erfahren (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014). Daraus entwickelt sich ein Interrollenkonflikt, welcher ein perfides Spannungsfeld zwischen sozialer Ausgrenzung und sozialer Abhängigkeit kreiert. Sowohl die Schädigungen auf der Meso- und der Mikroebene führen letztlich zu einer Störung auf der psychischen Ebene. Die betroffenen Frauen leiden unter Depressionen, Suizidgedanken- und versuche, Angststörungen und geringem Selbstbewusstsein (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Belayihun & Mavhandu-mudzuis, 2018; Gebresilase, 2014; Tsegaw, 2018). Zudem beschreiben sie Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Trauer, Wut, Machtlosigkeit, Scham, Einsamkeit und Wertlosigkeit (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019; Gebresilase, 2014). Je nach Bewältigungsstrategien der betroffenen Frauen intensiviert sich das Ausmass der Schädigung auf den verschiedenen Systemebenen. Beispielsweise reduzieren betroffene Frauen ihre Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr, um die Inkontinenz zu minimieren (Animut et al., 2019; Bashah et al., 2019). Daraus entstehen weitere physische Komplikationen wie beispielsweise Mangelernährung, chronische Harnwegsinfekte, Hautinfektionen und Nierensteine (Hancock & Browning, 2009).

Tsegaw (2018) konkludiert, dass das Auftreten von Depressionen bei betroffenen Frauen eher mit den psychosozialen Folgen nach Eintritt der Geburtsfisteln assoziiert wird, als mit den körperlichen Folgen. Obwohl unter Berücksichtigung der Schwächen der Studie ein solcher Rückschluss unzulässig ist, besagt Kickbusch (nach Ngyuen, 2019) ebenfalls, dass die Gesundheit stärker durch soziale als durch biologische Faktoren beeinflusst wird. Die stärksten Faktoren, die die Gesundheit prägen, sind demnach struktureller Natur, wodurch der Mensch anfälliger auf Gesundheitsrisiken ist. Dieser Zusammenhang wird im BPS-Modell evident. Die Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung der Familie und der Gesellschaft wirkt sich direkt auf die psychische Gesundheit der betroffenen Frauen aus. Die Diskriminierung und die Stigmatisierung stellen ausserdem eine Barriere dar, welche betroffene Frauen daran hindern, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das BPS-Modell erweist sich als passend für die Darstellung und Erklärung der psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln. Es gilt jedoch zu beachten, dass je nach individuellen Erfahrungen der betroffenen Frauen die einzelnen Systemebenen

unterschiedlich stark betroffen und ausgeprägt sein können. Die Abbildung 6 wiedergibt eine Zusammenfassung der in den selektierten Studien gefundenen Erkenntnissen. Die präzisen Wechselwirkungen der unterschiedlichen sozialen, biologischen und psychologischen Faktoren werden auf individueller Ebene nicht dargestellt. Dadurch ist der Gesundheitszustand der Einzelperson nicht konkret nachvollziehbar.

Abbildung 6

Überblick der biopsychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln anhand des BPS-Modells (Eigene Darstellung, 2022)



6 Schlussfolgerung

In diesem abschliessenden Kapitel erfolgt zunächst der Theorie-Praxis-Transfer. Dieser Absatz beinhaltet auf der Grundlage der erarbeiteten Kernpunkte des Diskussionsteils die abgeleiteten Erkenntnisse für die globale Hebammenprofession. Die Erkenntnisse werden mit Aspekten des internationalen Ethikkodex des ICM und des Dokuments *Bill of rights for Women* des ICM verfasst (ICM, 2014, 2017a). Diese Dokumente wurden aufgrund ihrer universellen Gültigkeit und globalen Anerkennung des ICM ausgewählt. Danach werden die Limitationen und der Ausblick der vorgelegten Bachelorarbeit beschrieben.

6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Geburtsfisteln sind nicht nur eine schwerwiegende geburtshilfliche Komplikation mit physischen Beeinträchtigungen. Die damit einhergehenden psychosozialen Auswirkungen schädigen die Gesundheit der betroffenen Frauen erheblich. Der ICM ist der Meinung, dass die Beendigung von Geburtsfisteln nur erreicht werden kann, wenn Hebammen vor Ort eine qualifizierte präpartale, subpartale und postpartale Betreuung gewährleisten können (ICM, 2017b). Im Rahmen der postpartalen Betreuung kann die Hebamme die Diagnose einer Geburtsfistel stellen sowie die Frau und ihre Familie aufklären und an eine gesundheitliche Einrichtung überweisen (East, Central, and Southern African Health Community et al., 2012). Die Hebamme soll im Rahmen der Gesundheitsprävention Frauen, Familien und die Gemeinschaft über die Risikofaktoren von Geburtsfisteln aufklären, sowie sich für die Inanspruchnahme von medizinischen und geburtshilflichen Dienstleistungen einsetzen. Daraus entfaltet sich die Erkenntnis, dass der Hebamme im Kampf gegen die Geburtsfisteln eine Schlüsselrolle zugeschrieben werden kann. Nicht umsonst sinkt die Inzidenz von Geburtsfisteln in Regionen, in welchen eine Hebammenbetreuung gewährleistet wird auf 0% (HFE, 2016).

Im internationalen Verhaltenskodex für Hebammen wird beschrieben, dass die Hebammen auf die psychischen, physischen und emotionalen Bedürfnisse von Frauen, unabhängig von ihren Lebensumständen, reagieren (ICM, 2014). Darüber hinaus gilt es angesichts der gewonnenen Erkenntnisse dieser Arbeit auch die sozialen Begebenheiten miteinzubeziehen, welche die psychischen und physischen Komponenten wechselseitig beeinflussen. Der Betreuungsbogen einer Hebamme umfasst somit alle drei Ebenen des BPS-Modells. Die Hebamme kann während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in verschiedenen Funktionen direkt auf die unterschiedlichen Ebenen

einwirken. Die Thematik der Geburtsfisteln ist deshalb von globaler Bedeutung, da gemäss ICM elementare, eigens definierte Menschenrechte für Frauen, Mütter und deren Neugeborenen verletzt werden. Die nachfolgenden vier Rechte (ICM, 2017a) wurden bei der Mehrheit der betroffenen Frauen und Neugeborenen in den selektierten Studien beeinträchtigt, welche mitunter zur Entstehung von Geburtsfisteln beitragen:

- Jede Frau hat das Recht, bei der Entbindung von einer unabhängigen, kompetenten Hebamme betreut zu werden
- Jedes Neugeborene hat das Recht auf eine gesunde und gut informierte Mutter
- Jede Frau hat das Recht, aktiv an Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung mitzuwirken
- Jede Frau hat das Recht, ihren Geburtsort zu wählen

In Hinblick auf die psychosozialen Auswirkungen werden vier weitere Rechte (ICM, 2017a) beschrieben, welche angesichts der betroffenen Frauen verletzt werden:

- Jede Frau hat das Recht, als wertvoller Mensch geachtet zu werden
- Jede Frau hat das Recht auf Sicherheit ihres eigenen Körpers
- Jede Frau hat das Recht, frei von jeder Form von Diskriminierung zu sein
- Jede Frau hat das Recht auf aktuelle Gesundheitsinformationen

Die Autorinnen befürworten die Stellungnahme des ICM. Ausnahmslos jede Frau, ob betroffen oder prädestiniert für Geburtsfisteln, muss das Recht auf Sicherheit und Aufklärung über ihren eigenen Körper haben. Alle Frauen müssen als wertvoll geachtet werden und frei von Diskriminierung leben können. Die Eliminierung der Geburtsfisteln endet nicht mit dem chirurgischen Verschluss der Fisteln. Die psychischen und sozialen Komorbiditäten sind zwingend therapiebedürftig, sei dies in Form einer sozialen Reintegration oder psychologischen Behandlung. Soziale Strukturen, wie beispielsweise das frühe Heiratsalter oder die Familienplanung, gilt es in der Präventionsstrategie von Geburtsfisteln zu berücksichtigen. Nur so können Geburtsfisteln beendet und die Gesundheit von betroffenen Frauen wiederhergestellt werden.

6.2 Limitationen

Die vorliegende Bachelorarbeit zeigt einige Limitationen auf, welche anschliessend erläutert werden. Die Ergebnisse der Studie können nur bedingt auf die gesamte Forschungspopulation von Geburtsfisteln betroffenen Frauen übertragen werden, da der Fokus dieser Arbeit auf dem Land Äthiopien und dessen gesetzlichen, gesellschaftlichen, sozialen, ökonomischen, politischen und kulturellen Begebenheiten basiert.

Aufgrund der geringen Anzahl geeigneter Forschungsliteratur wurden Studien miteinbezogen, welche sich in den Ein- und Ausschlusskriterien der Stichproben unterschieden. Dabei wurden teils Frauen mit erfolgreichem und frustanem Therapieverlauf inkludiert. Zudem wurden präoperative und postoperative Patientinnen miteingeschlossen. Dieser Einschluss könnte die Aussagen der betroffenen Studien und somit von dieser Bachelorarbeit verzerren.

Das vorgelegte Werk beschäftigt sich ausschliesslich mit psychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln. Es gilt jedoch zu beachten, dass religiöse, kulturelle, ökonomische und politische Faktoren hinzugezogen werden müssen, um die Thematik der Geburtsfisteln und deren Einflussfaktoren tiefgründiger verstehen zu können. Diese wurden im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht thematisiert.

6.3 Ausblick

Durch die COVID-19 Pandemie und der daraus resultierenden Überlastung der Gesundheitsversorgung tragen mehr Frauen und Mädchen ein erhöhtes Risiko für Geburtsfisteln (UN, 2020). Gründe hierfür liegen in der reduzierten operativen Behandlung von Geburtsfisteln (UN, 2020), den herunterregulierten Hilfsprogrammen und der Angst von Frauen, sich in den Kliniken mit dem Virus infizieren zu können (Browning, 2020). Diese Entwicklung intensiviert die Notwendigkeit, das UN-Ziel zur Beendigung der Geburtsfisteln bis im Jahr 2030 zu erreichen. Dabei ist es von grosser Bedeutung, dass die Geburtsfisteln mit deren Ursachen, Risikofaktoren und Konsequenzen an Aufmerksamkeit gewinnen.

Bis anhin besteht wenig Forschung über die psychosozialen Auswirkungen von Frauen mit Geburtsfisteln. Weiterführende qualitative und quantitative Forschung mit hohem Evidenzlevel und wissenschaftlicher Güte ist essenziell, um im Rahmen einer operativen Therapie auch die psychosozialen Komorbiditäten erfassen und behandeln zu können. Im Zuge der qualitativen Forschung sollen die Bedürfnisse von betroffenen Frauen

hinsichtlich ihrer psychosozialen Behandlung eruiert werden. In Anbetracht der quantitativen Forschung wäre die Durchführung von Kohortenstudien wünschenswert, wodurch eine potenzielle Kausalität zwischen einer Depression und assoziierten Faktoren (z.B. Totgeburt, geringe soziale Unterstützung, Inkontinenz, Lebensdauer mit Geburtsfisteln, Trennung, Parität) identifizierbar wäre. Dabei gilt es zu beachten, präzise Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe zu definieren, wie beispielsweise depressive Vorerkrankungen miteinzubeziehen.

Ferner gilt es die Handlungsmöglichkeiten der Hebamme zur Beendigung der Geburtsfisteln genauer zu erforschen. Hierbei soll die Rolle der Hebamme in der Präventionsarbeit begutachtet werden, insbesondere im Hinblick auf die Familienplanung, die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und die Betreuung unter der Geburt. Zudem braucht es mehr Forschung angesichts der postpartalen Betreuung von äthiopischen Frauen durch Hebammen. Es sollen evidenzbasierte Diagnoseinstrumente und Hilfsangebote bereitgestellt werden, welche die Hebammen für die physische und psychosoziale Betreuung von betroffenen Frauen nutzen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

When Birth Harms Wenn keine ausreichende Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht und es während der Geburt zu einem Geburtsstillstand kommt, können langfristig Schäden entstehen. Möglich ist die Konsequenz einer Geburtsfistel. Nebst den verheerenden körperlichen Folgen kann es zu schwerwiegenden psychosozialen Auswirkungen kommen.

When Birth Harms (dt. wenn die Geburt schadet). Die Last soll nicht auf die Schultern der betroffenen Frauen gebürdet werden (siehe Einleitungszitat von Hussein (2021)). Es sollen Ressourcen eingesetzt werden, um die Gesellschaft und das geburtshilfliche Gesundheitspersonal zu sensibilisieren, dass die Schuldtragenden der Geburtsfisteln nicht die Frauen selbst sind. Vielmehr soll gemeinsam die Last getragen werden um Frauen vor Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung zu schützen.

Literaturverzeichnis

- Abendstein, B. (2009). Rektovaginale Fisteln und ihre Behandlungsmöglichkeiten. *Journal für Urologie und Urogynäkologie*, 16(4), S. 5-9.
- Ahmed, S., & Holtz, S. A. (2007). Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99, S. 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.011>
- Amman-Fiechter, S., Graf Heule, P., & Schläppy, F. (2020). Die Hebamme in der globalen Welt. *Obstetrica*, S. 24-27.
- Animut, M., Mamo, A., Abebe, L., Berhe, M. A., Asfaw, S., & Birhanu, Z. (2019). "The sun keeps rising but darkness surrounds us": A qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia. *BMC Women's Health*, 19, 37. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0732-3>
- Arrowsmith, S., Hamlin, E. C., & Wall, L. (1996). Obstructed Labor Injury Complex: Obstetric Fistula Formation and the Multifaceted Morbidity of Maternal Birth Trauma in the Developing World. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(9), S. 568-574. <https://doi.org/10.1097/00006254-199609000-00024>
- Arrowsmith, S., Kalasa, B., Ternald Knutsson, A., Lal, G., Zeck, W., Abdulla, M., Sahbani, S., Biswas, A., & von Hörsten, A. (2021). *Obstetric Fistula & other forms of femal genital Fistula*. United Nations Population Fund (UNFPA).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). (2017). *Leitlinie Rektovaginale Fisteln* (S. 88). Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie.
- Ayewew, A. A. (2021). Incidence, causes, and maternofetal outcomes of obstructed labor in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01103-0>

- Baba, S. B. (2014). Birth and sorrow: The psycho-social and medical consequences of Obstetric fistula. *International Journal of Medical Sociology and Anthropology*, 4(3), S. 1-12.
- Baker, Z., Bellows, B., Bach, R., & Warren, C. (2017). Barriers to obstetric fistula treatment in low-income countries: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 22(8), S. 938-959. <https://doi.org/10.1111/tmi.12893>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Bashah, D. T., Worku, A. G., Yitayal, M., & Azale, T. (2019). The loss of dignity: Social experience and coping of women with obstetric fistula, in Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0781-7>
- Baumeister, R., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. (2001). Bad is Stronger than Good. *Review of General Psychology*, 5(4), S. 323-370. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
- Bazi, T. (2007). Spontaneous closure of vesicovaginal fistulas after bladder drainage alone: Review of the evidence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 18, S. 329-333. <https://doi.org/10.1007/s00192-006-0194-7>
- Belayihun, B., & Mavhandu-mudzuis, A. H. (2018). Psychological distress in women with obstetric fistula in Ethiopia: A multi-center, facility-based, cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Development*, 32(4), S. 210-217. <https://doi.org/10.4314/ejhd.v32i4>
- Bello, O., & Oluwasolaa, T. (2020). Clinical and Psychosocial Outcomes of Obstetrics Fistulae in Sub-Saharan Africa: A Review of Literature. *Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences*, 9(1), S. 8-16. <https://doi.org/10.4103/2278960X.1945139>

- Berhan, Y., & Berhan, A. (2014). Causes of Maternal Mortality in Ethiopia: A Significant Decline in Abortion Related Death. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24, S. 15-28. <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v24i1.3S>
- Browning, A. (2006). Risk factors for developing residual urinary incontinence after obstetric fistula repair. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology (BJOG)*, 113, S. 482-485. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00875.x>
- Browning, A. (2020). *Eradicating Obstetric Fistula during the COVID-19 Pandemic*. FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics. <https://www.figo.org/news/eradicating-obstetric-fistula-during-covid-19>
- Browning, A., Allsworth, J., & Wall, L. (2010). The Relationship Between Female Genital Cutting and Obstetric Fistulas. *BMC Journal - Obstetrics and Gynecology*, 115(3), S. 578-583. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d012cd>
- Browning, A., & Syed, S. (2020). Where we currently stand on obstetric fistula treatment and prevention. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148((Suppl. 1)), S. 1-2. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13030>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2019). *Gesundheitsaussenpolitik der Schweiz 2019-2024*. Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik (GAP). www.bag.admin.ch
- Central Statistical Agency Ethiopia & ORC Marco. (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. [https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR179/FR179\[23June2011\].pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR179/FR179[23June2011].pdf)
- Changole, J., Thorsen, V. C., & Kafulafula, U. (2017). "I am a person but I am not a person": Experiences of women living with obstetric fistula in the central region of Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1604-1>

- Dako-Gyeke, M., Dako-Gyeke, P., & Asampong, E. (2015). Experiences of stigmatization and discrimination in accessing health services: Voices of persons living with HIV in Ghana. *Social Work in Health Care*, 54(3), S. 269-285.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1005268>.
- Dako-Gyeke, M., Kodom, R. B., & Ntewusu, J. (2022). Are We Human Beings Like Others? Stigmatization and Discrimination Experiences of Women Living with Obstetric Fistula in the Northern Region of Ghana. *Journal of Human Rights and Social Work*. <https://doi.org/10.1007/s41134-022-00209-0>
- Debella, A., Dheresa, M., Geda, B., Tiruye, G., & Fage, S. G. (2021). A Third of Pregnant Women are Affected by Anemia in Eastern Ethiopia: A Facility-Based Study. *Journal of Blood Medicine*, 12, S. 299-306. <https://doi.org/10.2147/JBM.S305567>
- Deyessa, N., Berhane, Y., Alem, A., Hogberg, U., & Kullgren, G. (2008). Depression among women in rural Ethiopia as related to socioeconomic factors: A community-based study on women in reproductive age groups. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(6), S. 589-597.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2018). *Diskriminierung und Stigmatisierung fördern psychische Erkrankungen auf vielfältige Weise*. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/ratgeber-archiv/artikel/diskriminierung-und-stigmatisierung-foerdern-psychische-erkrankungen-auf-vielfaeltige-weise>
- Duby, F., & Hailey, J. (2013). Joint AusAID and USAID Review of Support to Hamlin Fistula Ethiopia, Final Report. *AusAID Health Resource Facility*.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/joint-aus-us-gov-review-hamlin-fistula-ethiopia-final-report.pdf>

- East, Central, and Southern African Health Community, EngenderHealth, Fistula Care, & ECSACON. (2012). *The prevention and management of obstetric fistula: A curriculum for nurses and midwives*. https://fistulacare.org/wp-content/uploads/pdf/Training/nursing_curriculum_2012_forweb.pdf
- Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA). (2021). *17 Ziele für nachhaltige Entwicklung*. <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung.html>
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). (2003). *Diskriminierung*. Schweizerische Eidgenossenschaft. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/recht1/diskriminierung.html>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), S. 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ethiopian Public Health Institute. (2021). *Mini Demographic and Health Survey 2019: Final report*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR363/FR363.pdf>
- Fistula Care. (2012). *Prevention and recognition of obstetric fistula training package: Facilitator's manual*. https://fistulacare.org/wp-content/uploads/pdf/Training/Module_6_Obstetric_fistula_causes_and_factors_Fistula_Care.pdf
- Fistula e.V. (2019). *Hilfe für geburtsverletzte Frauen*. <https://fistula.de/fistula.html>
- Fleming, A. F., Briggs, N. D., & Rossiter, C. E. (1985). Growth during pregnancy in Nigerian teenage primigravidae. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 92(Suppl. 5), S. 32-39. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1985.tb15869.x>
- Gebresilase, Y. T. (2014). A qualitative study of the experience of obstetric fistula survivors in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 6, S. 1033-1043. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S68382>

- Ghoniem, G. M., & Warda, H. A. (2014). The management of genitourinary fistula in the third millennium. *Arab Journal of Urology*, 12, S. 97-105.
<https://doi.org/10.1016/j.aju.2013.11.006>
- Girls Not Brides. (2020). *Atlas*. <https://atlas.girlsnotbrides.org/map/>
- Global Goals for sustainable Development (SDG). (2015). *The Global Goals*.
<https://www.globalgoals.org/>
- Goffmann, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.
- Goh, J. T. W., Sloane, K. M., Krause, H. G., Browning, A., & Akhter, S. (2005). Mental health screening in women with genital tract fistulae. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology (BJOG)*, 112, S. 1328-1330.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00712.x>
- Hancock, B., & Browning, A. (2009). Obstetric Fistulae: Cause and Nature; The Obstetric Fistula Complex; Classification. In *Practical obstetric fistula surgery* (S. S. 1-5). Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Harrison, K. A. (1990). Predicting trends in operative delivery for cephalopelvic disproportion in Africa. *The Lancet*, 335(8693), S. 861-862.
[https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)90982-B](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)90982-B)
- Hamlin Fistula Ethiopia (HFE). (2014). *About Us*. <https://hamlinfistula.org/about-us/>
- Hamlin Fistula Ethiopia (HFE). (2016). *The Hamlin College of Midwives*. Catherine Hamlin Fistula Foundation. <https://hamlin.org.au/hamlin-college-midwives/>
- Hamlin Fistula Ethiopia (HFE). (2021). *Hamlin Midwives: The key to a fistula-free Ethiopia*. Catherine Hamlin Fistula Foundation. <https://hamlin.org.au/what-we-do/obstetric-fistula-prevention/>

- Hillary, C. J., Osman, N. I., Hilton, P., & Chapple, C. R. (2016). The Aetiology, Treatment, and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-resourced Countries: A Systematic Review. *European Urology*, 70, S. 478-492.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.02.015>
- Homer, C., Hughes, K., McManus, J., Mekuria, M., Nove, A., McWhirter, E., Manning, G., Martinez-Bianchi, V., Orbegoso, A. M., Maurizio, F., Moller, A.-B., Muong, S., Najjemba, M., Nguon, P., Nieuwenhuijze, M., & Okoro, D. (2021). The State of the World's Midwifery. *ICM, WHO, UNFPA*.
- Humanrights. (2020). *Formen der Diskriminierung*.
<https://www.humanrights.ch/de/ipf/menschenrechte/diskriminierung/diskriminierung-sverbot-dossier/juristisches-konzept/formen-der-diskriminierung/>
- Hussein, K. (2021). *FIGO*. International Federation of Gynecology and Obstetrics.
<https://www.figo.org/what-we-do/obstetric-fistula/campaign-to-end-fistula>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2014). International Code of Ethics for Midwives. Prague Council meeting.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2017a). Bill of Rights for Women and Midwives. Toronto Council Meeting, Toronto.
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2011_002-v2017-eng-bill_of_rights-2.pdf
- International Confederation of Midwives (ICM). (2017b). Position Statement: Obstetric Fistula. Toronto Council Meeting, Toronto.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-obstetric-fistula3.pdf>

- International Confederation of Midwives (ICM). (2022). *Contact details ICM- Members*.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2022/02/icm-main-contact-details-for-website-2022-02-10.pdf>
- Kasamba, N., Kaye, D. K., & Mbalinda, S. N. (2013). Community awareness about risk factors, presentation and prevention and obstetric fistula in Nabitovu village, Iganga district, Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-229>
- Khisa, A. M., & Nyamongo, I. K. (2012). Still living with fistula: An exploratory study of the experience of women with obstetric fistula following corrective surgery in West Pokot, Kenya. *Reproductive Health Matters*, 20(40), S. 59-66.
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40661-9](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40661-9)
- Khisa, A. M., Nyamongo, I. K., Omoni, G. M., & Spitzer, R. F. (2019). A grounded theory of regaining normalcy and reintegration of women with obstetric fistula in Kenya. *Reproductive Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0692-y>
- Lenz, J. (2021). *Definitionen Kulturelle Aneignung und Erklärung der Begriffe der Diskursanalyse*. StuDocu. <https://www.studocu.com/de/document/martin-luther-universitat-halle-wittenberg/kolloquium/definitionen-kulturelle-aneignung-und-erklarung-der-begriffe-der-diskursanalyse/11207685>
- Lewis, G., & de Bernis, L. (2002). *Obstetric Fistula—Guiding principles for clinical management and programme development*.
<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/mps%20Fistula2.pdf>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Lüscher, J., & Scholz, U. (2018). Soziale Unterstützung. In *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Hogrefe.

- Martin, Z. (2022). *Systematic Reviews—Research Guide PICO*. Murdoch University.
<https://libguides.murdoch.edu.au/systematic/PICO>
- Muleta, M., Hamlin, C., Fantahun, M., Kennedy, R., & Tafesse, B. (2008). Health and Social Problems Encountered by Treated and Untreated Obstetric Fistula Patients in Rural Ethiopia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30, S. 44-50.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32712-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32712-8)
- Muleta, M., Rasmussen, S., & Kiserud, T. (2010). Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89, S. 945-951.
<https://doi.org/10.3109/00016341003801698>
- Müller Sapin, M. (2016). *Krankheit der Scham: Geburtsbedingte Fisteln*. https://www.gyn-praxis.ch/mueller_fisteln.pdf
- Nguyen, V. (2019). *The Growing Importance of Global Health*.
<https://www.graduateinstitute.ch/communications/news/growing-importance-global-health>
- Regionales Informationszentrum der Vereinten Nationen für Westeuropa (UNRIC). (2019). *Die 193 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen*. <https://unric.org/de/wp-content/uploads/sites/4/2020/03/mitgliedstaaten.pdf>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Skript Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz
- Seaton, K. (2020). *In Ethiopia, Nurses and Midwives Help Mothers Overcome the Pain and Shame of Fistula*. IntraHealth. <https://www.intrahealth.org/vital/ethiopia-nurses-and-midwives-help-mothers-overcome-pain-and-shame-fistula>

- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2011). *Leitbild des Schweizerischen Hebammenverbandes*. https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/06/06_Leitbild_d.pdf
- Spindler, R., Maleki, F., & Rieke, B. (2020). Geburtsassoziierte vaginale Fisteln und weibliche Genitalverstümmelung; Die Frauen am Rand von Äthiopiens Gesellschaft. *Thieme*, 27(6), S. 298-303.
- Subramanian, S., Özaltin, E., Finlay, J., & Konigsberg, L. (2011). Height of Nations: A Socioeconomic Analysis of Cohort Differences and Patterns among Women in 54 Low- to Middle-Income Countries. *PLOS ONE*, 6(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018962>
- Subramanian, S., Perkins, J. M., Özaltin, E., & Smith, G. D. (2011). Weight of nations: A socioeconomic analysis of women in low- to middle-income countries¹²³. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 93(2), S. 413-421.
<https://doi.org/10.3945/ajcn.110.004820>
- Tebeu, P. M., Fomulu, J. N., Khaddaj, S., de Bernis, L., Delvaux, T., & Rochat, C. H. (2012). Risk factors for obstetric fistula: A clinical review. *International Urogynecology Journal*, 23(4), S. 387-394. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1622-x>
- Tennfjord, M. K., Muleta, M., & Kiserud, T. (2014). Musculoskeletal sequelae in patients with obstetric fistula – a case–control study. *BMC Women’s Health*, 14.
<https://doi.org/10.1186/s12905-014-0136-3>
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), S. 1091-1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)

- Tsegaw, M. G. (2018). Prevalence of Depression and Associated Factors among Patients with Obstetric Fistula at Hamlin Fistula Treatment Centers, Ethiopia: A Facility Based Cross-sectional Study. *American Journal of Public Health Research*, 6(5), S. 215-221. <https://doi.org/10.12691/ajphr-6-5-2>
- United Nations (UN). (2020). *International Day to End Obstetric Fistula*. <https://www.un.org/en/observances/end-fistula-day>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2010). *Midwives Essential to Fistula Prevention, International Experts Emphasize*. <https://www.unfpa.org/press/midwives-essential-fistula-prevention-international-experts-emphasize>
- United Nations of Population Fund (UNFPA). (2012). *When Childbirth Harms (Obstetric fistula)*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-Fistula.pdf>
- United Nations of Population Fund (UNFPA). (2019). *Ending obstetric fistula: Devastating and preventable childbirth injury continues to haunt women*. <https://www.unfpa.org/news/ending-obstetric-fistula-devastating-and-preventable-childbirth-injury-continues-haunt-women>
- United Nations of Population Fund (UNFPA). (2021). *Obstetric fistula*. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>
- United Nations (UN). (2020). *Intensifying efforts to end obstetric fistula within a decade*. <http://www.endfistula.org/sites/default/files/pub-pdf/Intensifying%20efforts%20to%20end%20obstetric%20fistula%20within%20a%20decade.pdf>
- Universität Augsburg. (2021). *Biopsychosoziales Krankheitsmodell*. <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/lehre/schwerpunkte-lehre/bps/>

- United States Agency for International Development (USAID). (2021). *Maternal, Neonatal and Child Health*. <https://www.usaid.gov/ethiopia/global-health/maternal-and-child-health>
- Wall, L. (2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*, 368(9542), S. 1201-1209. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)69476-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69476-2)
- Wall, L. (2012). A Framework for Analyzing the Determinants of Obstetric Fistula Formation. *Studies in Family Planning*, 43(4), S. 255-272. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2012.00325.x>
- Wall, L., Arrowsmith, S., Briggs, N. D., Browning, A., & Lassey, A. (2005). The Obstetric Vesicovaginal Fistula in the Developing World. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 60(Supplement 1), S. 3-51. <https://doi.org/10.1097/00006254-200507001-00002>
- Wall, L., Arrowsmith, S., Briggs, N. D., & Lassey, A. (2001). Epidemiology of the obstetric fistula. In *Urinary Incontinence in the Developing World: The Obstetric Fistula* (S. S. 899). <https://www.fistulafoundation.org/pdf/UIDW.pdf>
- Wall, L., Ouedraogo, I., & Ayenachew, F. (2021). Contemporary Issues in Obstetric Fistula. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 64(3), S. 491-500. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000630>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1948). Constitution of the World Health Organization. *International Health Conference*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018). *Obstetric fistula*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2021). *New global targets to prevent maternal deaths*. <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths>

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2022). *Facts about obstetric fistula*.

<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula>

Yeakey, M. P., Chipeta, E., Taulo, F., & Tsui, A. O. (2009). The lived experience of Malawian women with obstetric fistula. *Culture, Health & Sexuality*, 11(5), S. 499-513. <https://doi.org/10.1080/13691050902874777>

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). (2015). *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Titelblatt: Jana Imhof (2022)

Abbildung 1 Lokalisation der Geburtsfisteln	10
Abbildung 2 Entstehung einer Geburtsfistel infolge eines Geburtsstillstandes (Eigene Darstellung, 2022).....	11
Abbildung 3 Obstructed labor injury complex (Eigene Darstellung, 2022).....	17
Abbildung 4 <i>BPS- Modell (Eigene Darstellung, 2022)</i>	20
Abbildung 5 Übersicht der sechs fistelspezifischen Kliniken in Äthiopien (Modifizierte Darstellung, 2022).....	21
Abbildung 6 Überblick der biopsychosozialen Auswirkungen von Geburtsfisteln anhand des BPS-Modells (Eigene Darstellung, 2022).....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe zur Literaturrecherche (Eigene Darstellung, 2022)	6
Tabelle 2 Übersicht Ein- und Ausschlusskriterien (Eigene Darstellung, 2022)	7
Tabelle 3 Ausgewählte Studien (Eigene Darstellung, 2022)	7
Tabelle 4 Formen der Geburtsfisteln (Eigene Darstellung, 2022)	9
Tabelle 5 Studie von Animut et al. (2019) (Eigene Darstellung, 2022)	22
Tabelle 6 Studie von Bashah et al. (2019) (Eigene Darstellung, 2022)	25
Tabelle 7 Studie von Gebresilase (2014) (Eigene Darstellung, 2022)	27
Tabelle 8 Studie von Tsegaw (2018) (Eigene Darstellung, 2022).....	30
Tabelle 9 Studie Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018) (Eigene Darstellung, 2022) .	33
Tabelle 10 Glossar (Eigene Darstellung, 2022)	65
Tabelle 11 Rechercheprotokoll (Eigene Darstellung, 2022).....	67
Tabelle 12 Begründung Studienausschluss (Eigene Darstellung, 2022)	68

Wortanzahl

Abstract: 209

(exklusive Keywords)

Arbeit: 11 890

(exklusive Titelblatt, Abstract, Vorwort, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Ein grosses Dankeschön geht an unsere betreuende Dozentin Ruth Eggenschwiler für die wertvolle und konstruktive Beratung und Begleitung im Schreibprozess.

Des Weiteren möchten wir uns bei Vera Maria Probst, Dr. med. Otto, Nina Bernasconi, Andrea Bernasconi, Nina Züger und Eva Müller für die produktiven Inputs und das Korrekturlesen bedanken.

Zudem möchten wir Dario Selenati für die Unterstützung beim Formatieren und Erstellen der grafischen Modelle danken, sowie Jana Imhof für das wunderschöne Titelbild.

Ein herzliches Dankeschön geht an unsere Freunde und Familien für ihre Unterstützung und stets motivierenden Worte.

Ein weiterer Dank geht an Denise Eigenmann, welche mit ihrem Fachwissen und Literatur das Interesse an der Thematik weckte.

Zu guter Letzt möchten wir uns gegenseitig für die freundschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe bedanken.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Lisa Bernasconi
Winterthur, 21.04.2022

Ester Bächler
Winterthur, 21.04.2022

Anhang

Anhang A: Glossar

Tabelle 10

Glossar (Eigene Darstellung, 2022)

Amenorrhoe	Ausbleiben der Regelblutung.
Ashermans's Syndrom	Bezeichnet Verwachsungen und Verklebungen der Uterusvorder- und Hinterwand.
Bracketing-Out Methode	Nach Edmund Husserl definiert: Methode in der qualitativen, phänomenologischen Forschung, um potenzielle schädliche Auswirkungen von vorgefassten Meinungen und Vorurteilen, die den Forschungsprozess beeinträchtigen können, zu mildern.
Dekubitus	Umgangssprachlich "Druckgeschwür". Durch eine Minderdurchblutung der Haut und/ oder des Subkutangewebes entsteht eine schlecht heilende Wunde. Oftmals entsteht eine solche Minderdurchblutung infolge von längerer Druckausübung auf einen Körperbereich.
Dermatitis	Bezeichnet die Entzündung der obersten Hautschicht (Dermis). Unter dem Begriff werden unterschiedliche Arten von ekzematösen Entzündungsreaktionen der Dermis zusammengefasst.
Diagnostic Access Bias	Dieser Bias würde die Prävalenz der Erkrankung in einigen Gruppen überbewerten, wenn sie besseren Zugang zu Tests und Diagnostik haben. Während in einigen Gruppen ein geringerer Zugang zu einer Unterschätzung führt.
Dyspareunie	Dyspareunie beschreibt Schmerzen im Genitalbereich, welche während oder nach dem Geschlechtsverkehr auftreten.
EMED	Das Akronym beschreibt den grundsätzlichen Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit: Einleitung, Methoden, Ergebnisse und Diskussion.
Entwicklungsländer	Die folgende Einteilung von Entwicklungsländern und Industrieländern richtet sich nach dem Human Development Index (HDI). Dabei wird der Entwicklungsstand von Nationen unter Berücksichtigung von drei Komponenten (Lebenserwartung, Bildung, Einkommen) identifiziert: <ul style="list-style-type: none">▪ Sehr hohe menschliche Entwicklung▪ Hohe menschliche Entwicklung▪ Mittlere menschliche Entwicklung▪ Niedrige menschliche Entwicklung Dabei gehört Äthiopien zur Kategorie <i>niedrige menschliche Entwicklung</i> .
Fussheberparese	Infolge einer zentralen oder peripheren Nervenschädigung entsteht eine Fussheberparese. Dabei erfolgt ein Kraftverlust jener Muskeln, welche den Fuss heben. Bei einer peripheren Nervenschädigung kann der Nervus peroneus oder der Plexus lumbosacralis zu einer Fussheberparese führen.
Geburtsstillstand	Bezeichnet einen fehlenden Fortschritt der Geburt, der über Stunden andauert. Je nach Literatur werden hierbei verschiedene zeitliche Angaben gemacht. Ein Geburtsstillstand liegt nur dann vor, wenn alle Massnahmen zur Förderung einer Vaginalgeburt ausgeschöpft wurden.
Hydronephrose	Pathologische Erweiterung des Nierenbeckens und der Nierenkelche aufgrund einer Harnabflussstörung der ableitenden Harnwege.
Hydrops fetalis	Beschreibt eine generalisierte Flüssigkeitsansammlung oder ein Ödem, welches sich in mindestens zwei fetalen Kompartimenten oder serösen Körperhöhlen befindet.
Hydrozephalus	Entsteht aufgrund einer Liquorzirkulationsstörung, wodurch die inneren und äusseren Liquorräume erweitert werden.
Hyperkeratose	Bezeichnet eine verstärkte Verhornung des Plattenepithels, insbesondere des Plattenepithels der Haut.
Industrieländer	Siehe Erklärung Entwicklungsländer.

Internalisierung	Beschreibt in den Sozialwissenschaften die Verinnerlichung und Aneignung von gesellschaftlichen Normen, Wertvorstellungen, Verhaltensmuster, Vorurteilen, Sitten und sozialen Rollen.
Ischämie	Bezeichnet eine aufgehobene oder verminderte Durchblutung eines Gewebes. Ursache hierfür liegt in einer mangelnden arteriellen Zufuhr von Blut.
Kontrakturen	Verkürzung eines Gewebes z.B. der Bänder, Sehne oder eines Muskels. Resultierend daraus entstehen Bewegungseinschränkungen und Zwangsfehlstellungen.
Läsion	Gewebsschädigung der Haut durch Verletzung oder Krankheit.
Mazerationen	Vorgang bei welchem das Gewebe aufquillt und aufweicht. Dies entsteht bei längerem Kontakt oder bei einer Durchtränkung mit einer Flüssigkeit (z.B. Speichel, Urin).
Mehrgebärende	Frauen welche zwei oder mehr Kinder geboren haben.
Nekrose	Beschreibt die Schädigung der Zellstruktur, welche zum Tod der Zelle führt. Gründe hierfür sind beispielsweise Infektionen mit Krankheitserregern, Hypoxie, mechanische Verletzungen, etc.
Nidus	Nidus bezeichnet den Kern eines Konkrements. Als Konkrement bezeichnet man Festkörper, die sich durch Ausfällung von in Körperflüssigkeiten gelösten Substanzen in Hohlräumen des Organismus bilden.
Obstruktion	Kompletter oder teilweiser Verschluss eines Hohlorgans oder eines Abschnitts von Gang- und Gefäßsystemen durch eine Blockade von aussen (Kompression) oder von innen (Obturation).
Paraplegie	Querschnittlähmung oder auch vollständige Lähmung (Plegie) beider Beine.
Pelvic inflammatory disease (PID)	Beschreibt eine Bandbreite von Beckenerkrankungen des oberen weiblichen Genitaltrakts (Zervix, Uterus, Eileiter, Eierstöcke) durch eine Infektion, z.B. Endometritis, Salpingitis, Peritonitis.
Protrahierter Geburtsverlauf	Bei einem protrahierten Geburtsverlauf zeigen sich häufig stagnierende Phasen im Geburtsverlauf. Es gibt keine allgemein anerkannte Definition zur Dauer einer protrahierten Geburt. Die Diagnose wird klinisch gestellt.
Pyelonephritis	Infektion des Nierenbeckens, die meist durch eine bakterielle Infektion verursacht wird.
Recall Bias	Fehlerquelle in Form von kognitiven Verzerrungen, die dadurch entstehen, dass die Studienteilnehmenden sich nicht mehr korrekt an die Begebenheiten erinnern.
Septum	Trennwand aus Bindegewebe. Das rektovaginale Septum befindet sich zwischen Rektum und Vagina, das vesikovaginale Septum zwischen Harnblase und Vagina.
Sheehan's Syndrom	Partieller oder globaler Hypopituitarismus (Hypophysenunterfunktion). Das Syndrom tritt postpartal auf nach hohem Blutverlust.
Sichelzellanämie	Erbliche Blutkrankheit die zur Anämie führt.
Sondierungsfragen	Diese Fragetechnik dient dazu, genauere Informationen zu einem spezifischen Punkt zu erhalten.
Thalassämie	Genetisch bedingte Störungen der Hämoglobinbildung.
Traditionelle Geburtsbegleitende	Die traditionelle Geburtsbegleitende ist eine Person, welche die Frau sub partu unterstützt und ihr Wissen und Fertigkeiten hinsichtlich der Kindsgeburt durch Erfahrungen anderer traditionellen Geburtsbegleitenden erworben hat. Für die Geburt wird in Äthiopien häufig eine solche Person hinzugezogen, anstatt eine medizinische Klinik aufzusuchen. Gründe hierfür liegen im Misstrauen gegenüber dem Fachpersonal in den Kliniken sowie auch im unzureichenden Zugang zu medizinischer Versorgung.
Ulkus	Defekt der Haut, welcher bis in den Bereich der Dermis oder noch tiefer in die Schleimhaut reicht. Ein Ulkus kann durch infektiöse, angiologische oder immunologische Faktoren entstehen.
Vaginalstenose	Verengung der Vagina durch Verletzungen oder vernarbte Entzündungen des Gewebes.
Zervixstenosen	Verengung des inneren Muttermundes.
Zirkumferentiell	Ringförmig

Anhang B: Rechercheprotokoll und Begründung Studienausschluss

Tabelle 11

Rechercheprotokoll (Eigene Darstellung, 2022)

Suchinstrument	Suchbegriffe (Keywords inkl. Bool'sche Operatoren & Filter)	Suchergebnisse	Näher betrachtet	Davon eingeschlossene Studien	Davon ausgeschlossene Studien
African Index Medicus (AIM)	Obstetric fistula AND ethiopia + Filter full text, 2011-2021	0	0	0	0
	Obstetric fistula + Filter full text, 2011-2021	11	0	0	0
African Journals Online (AJOL)	Obstetric fistula	41	2	0	Houlihan und Lynch (2016) Andargie und Debu (2017)
CINHAL Complete	Obstetric fistula OR vesicovaginal fistula OR rectovaginal fistula AND psychological OR depression OR prevalence of depression OR social OR lived experiences AND ethiopia +Filter full text, 2011-2021	12	6	Animut et al. (2019)** Bashah et al.(2019)**	Adefris et al. (2017)* Duko et al. (2021)* Matiwos et al. (2021)** Rundasa et al. (2021)*
Directory of Open Access Journals (DOAJ)	Obstetric fistula AND ethiopia AND social	7	5	Animut et al. (2019)** Bashah et al. (2019)** Gebresilase (2014)**	Matiwos et al. (2021)** Sunil und Sagna (2009)
The Ethiopian Journal of Health Development (EJHD)	Obstetric fistula AND psychological distress + Filter 2011-2021	2	1	Belayihun und Mavhandu-mudzuis, 2018*	0
The Ethiopian Journal of Health Sciences (EJHS)	Obstetric fistula	0	0	0	0
Google Scholar	Obstetric fistula AND ethiopia AND prevalence of depression + Filter 2011-2021	52	7	Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018)* Tsegaw (2018)	Bello und Oluwasolaa (2020) Bifttu et al. (2018) Duko et al. (2021)* Matiwos et al. (2021)**

					Zelege et al. (2013)
Medline	Obstetric fistula AND ethiopia AND experience + Filter full text	10	2	Animut et al. (2019)** Bashah et al. (2019)** Gebresilase (2014)**	0
Pubmed	Obstetric fistula AND ethiopia AND psychosocial OR social OR psychological + Filter 2011-2021, free full text	19	8	Animut et al. (2019)** Bashah et al. (2019)** Gebresilase (2014)**	Adefris et al. (2017)* Bashah et al., (2018) Gebremedhin und Asefa (2019) Matiwos et al. (2021)** Rundasa et al. (2021)*
Total inkludierte Studien				5	

* Doppeltreffer

** Mehrfachtreffer

Liste der näher betrachteten Studien und Begründung für Studienausschluss

Tabelle 12

Begründung Studienausschluss (Eigene Darstellung, 2022)

Datenbank	Studie	Grund für den Ausschluss
African Journals Online (AJOL)	Andargie und Debu (2017): <i>Determinants of obstetric fistula in Ethiopia.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (psychosoziale Auswirkungen). Fokus liegt auf den Risikofaktoren.
	Houlihan und Lynch (2016): <i>The biopsychosocial impact of vesicovaginal fistula repair: A cross-sectional analysis.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Einschlusskriterien (psychosoziale Auswirkungen, Äthiopien). Fokus liegt auf postoperativem Outcome.
CINHAL Complete	Adefris et al. (2017)*: <i>Reasons for delay in decision making and reaching health facility among obstetric fistula and pelvic organ prolapse patients in Gondar University hospital, Northwest Ethiopia.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (Fokus auf Fisteln, welche geburtsbedingt entstanden sind).
	Duko et al. (2021)*: <i>Prevalence of depression among women with obstetric fistula in low-income African countries: a systematic review and meta-analysis.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (Äthiopien).

	Matiwos et al. (2021)**: <i>Quality of life and associated factors among women with obstetric fistula in Ethiopia.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Einschlusskriterien (psychosoziale Auswirkungen). Ziel der Studie ist es die Lebensqualität von betroffenen Frauen zu quantifizieren.
	Rundasa et al. (2021)*: <i>Awareness of obstetric fistula and associated factors among women in reproductive age group attending public hospitals in southwest Ethiopia, 2021.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (psychosoziale Auswirkungen). Ziel der Studie ist die Prävention von Geburtsfisteln.
Directory of Open Access Journals (DOAJ)	Matiwos et al. (2021)*	
	Sunil und Sagna (2009): <i>Analysis of Obstetric Fistula in Ethiopia.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (Zeitraum 2011-2021).
Google Scholar	Bello und Oluwasolaa (2020): <i>Clinical and Psychosocial Outcomes of Obstetric Fistulae in Sub-Saharan Africa: A Review of Literature.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (Äthiopien).
	Bifftu et al. (2018): <i>Depression and Its Help seeking Seeking Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community Survey in Ethiopia.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (Geburtsfisteln).
	Duko et al. (2021)*	
	Zelege et al. (2013): <i>Depression among women with obstetric fistula, and pelvic organ prolapse in northwest Ethiopia.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Einschlusskriterien (Fokus auf Fisteln, welche geburtsbedingt entstanden sind).
	Matiwos et al. (2021)**	
Pubmed	Adefris et al. (2017)*	
	Bashah et al. (2018): <i>Consequences of obstetric fistula in Sub Sahara African countries, from patient's perspective: a systematic review of qualitative studies.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Ein- und Ausschlusskriterien (Äthiopien).
	Gebre-medhin und Asefa (2019): <i>Treatment-seeking for vaginal fistula in sub-Saharan Africa.</i>	Fehlende Übereinstimmung mit Einschlusskriterien (psychosoziale Auswirkungen). Fokus der Studie liegt auf den Risikofaktoren.
	Matiwos et al. (2021)**	
	Rundasa et al. (2021)*	

* Doppeltreffer, Erläuterung erfolgt bei der jeweiligen Erstnennung der Studie

** Mehrfachtreffer, Erläuterung erfolgt bei der jeweiligen Erstnennung der Studie

Anhang C: Studienbeurteilung nach AICA von Ris und Preusse-Bleuler (2015)

Studie A: Zusammenfassung der Studie von Animut et al. (2019)

Einleitung	<p><u>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage</u> Um welches Phänomen handelt es sich? Es werden physische, soziale und psychologische Erfahrungen von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien untersucht. Des Weiteren werden die subjektiven Einschätzungen der Frauen über die Ursache von ihren Geburtsfisteln und ihre Bewältigungsstrategie erfragt.</p> <p>Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Geburtsfisteln betreffen ca. zwei Millionen Frauen, ausschliesslich in Entwicklungsländer. Geburtsfisteln bringen soziale, psychische und physische Folgen mit sich. 93% der Frauen erfahren eine Totgeburt ihres Kindes, 97% der Frauen leiden danach unter psychischen Problemen (Depressionen, suizidale Gedanken, etc.) und 54% der Frauen werden vom Ehepartner verlassen. ¾ der Frauen gebären zu Hause, ohne fachkompetente Unterstützung. Solche Frauen haben ein erhöhtes Risiko auf einen Geburtsstillstand und resultierend daraus ein erhöhtes Risiko auf Geburtsfisteln. Bei Geburtsfisteln handelt es sich um ein Loch zwischen Blase und Vagina und/oder zwischen Vagina und Darm. Eine solche Geburtsfistel entsteht durch den langanhaltenden fetalen Kopfdruck auf das umliegende Gewebe bei einem Geburtsstillstand.</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Im Wortlaut wurde keine explizite Forschungsfrage definiert.</p> <p>Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhaben wird benannt? Der aktuelle Forschungsstand fokussierte sich primär darauf, die Prävalenz und Inzidenz von Geburtsfisteln in Entwicklungsländer erfassen zu können. Die physischen, psychischen und sozialen Konsequenzen von betroffenen Frauen wurde nur spärlich erforscht, sowie auch die subjektive Einschätzung der Frauen über die Ursache von ihren Geburtsfisteln.</p>
Methode	<p><u>Ansatz/ Design</u> Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Deskriptives, phänomenologisches, qualitatives Studiendesign</p> <p>Wie wird die Wahl des Ansatzes/Designs begründet? Das qualitative Studiendesign wurde ausgewählt, um die subjektiven Erfahrungen von Geburtsfisteln betroffenen Frauen analysieren zu können. Für die Beantwortung der Fragestellung ist ein induktives und interpretatives Vorgehen notwendig. Der phänomenologische Ansatz ergründet, wie die Frauen zu Betroffenen wurden und wie sie mit Geburtsfisteln leben.</p> <p><u>Stichprobe</u> Um welche Population handelt es sich? Frauen mit geburtshilflichen Fisteln, welche im <i>Bahir Dar Hamlin Fistula Centre</i> mindestens einmal erfolglos therapiert wurden.</p> <p>Welches ist die Stichprobe? Zehn Frauen mit Geburtsfisteln.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Mit <i>Non-probability sampling</i>. Alle Frauen waren am <i>Bahir Dar Hamlin Fistula Centre</i> in Therapie.</p> <p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein, es gibt nur eine Studiengruppe und keine Vergleichspopulation.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Es wurden 36 Frauen, welche während der beschriebenen Studiendauer das <i>Bahir Dar Hamlin Fistula Centre</i> aufsuchten, in einer initialen Ersteinschätzung angeschaut. Es wurden nur Frauen für die Studie aufgenommen, welche aktuell an Geburtsfisteln leiden und welche</p>

mindestens einmal erfolglos therapiert wurden. Des Weiteren wurden Frauen ausgeschlossen, welche aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht teilnehmen konnten. Eine ausführlichere Begründung für die Auswahl der Probandinnen ist nicht beschrieben.

Datenerhebung

Welche Strategien/ Vorgehensweise wurden bei der Datenerhebung verwendet?

Der Interviewleitfaden wurde vom Studienleiter Misganaw Anmut unter Einschluss von Fachliteratur entwickelt. Der Fragebogen wurde zuerst auf Englisch verfasst, danach ins Amharische übersetzt. Folgend werden stichwortartig die Themen des Interviews wiedergegeben: *Sozial-demographische Angaben, reproduktive/physische/psychische Gesundheit der betroffenen Frauen, allgemeines Gesundheitsempfinden der Frauen vor/nach Auftreten der Geburtsfisteln, persönliche Meinung der Frauen über Ursache von Geburtsfisteln, Zivilstand, Beziehung zu Ehepartner/Familie/Verwandte/ andere soziale Gruppen und Bewältigungsstrategie der betroffenen Frauen*. Es wurden Interviews mit den Studienteilnehmerinnen durchgeführt, wobei ausschliesslich offene Fragen gestellt wurden. Die Interviews erfolgten jeweils mit einer Probandin und einer interviewenden Person. Das Interview wurde auditiv aufgezeichnet und Feldnotizen wurden durch den Interviewer verfasst, um auch Gefühle und non-verbale Ausdrücke festzuhalten. Nach jeder Frage paraphrasierte die interviewende Person die Probandin, wodurch sie weitere Ergänzungen anbringen konnte. Der Interviewleitfaden wurde vorab auf einer geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung der Jimma University mit getestet. Dadurch konnten die Fragen präzisiert und die Länge des Interviews abgeschätzt werden.

Wie häufig wurden Daten erhoben?

Die zehn Probandinnen wurden jeweils einmalig befragt, das Interview dauerte zwischen 60 und 78 Minuten. Die Daten wurden zwischen November und Dezember 2016 am Bahir Dar-Hamlin-Fistelzentrum erhoben.

Wie wurden die Daten verarbeitet?

Die Audioaufnahmen und Feldnotizen wurden auf Amharisch transkribiert. Weiter wurden jene Transkriptionen auf Englisch übersetzt. Die Transkriptionen wurden von diversen Personen gelesen, welche aktiv an der Studie beteiligt waren. Ein primärer Kodierungsleitfaden wurde auf die Transkriptionen verwendet. Abweichungen im Leitfaden wurden überprüft und angepasst. Nach dem Prozess wurde eine endgültige Version des Kodierungsleitfadens entwickelt. Die Kodierung wurde in Kategorien unterteilt mithilfe der Atlas.ti Softwareversion 7. Somit wurden drei Hauptthemen definiert mit jeweiligen Unterkategorien. Bedeutende Zitate wurden in die Kategorien untergeordnet.

Methodologische Reflexion

Wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert?

Ja. Die methodische Vorgehensweise wurde in einem Spital vorab mit betroffenen Frauen getestet.

Datenanalyse

Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?

Laut Forschenden erfolgte Datenerhebung und Datenanalyse gleichzeitig, da beispielsweise durch die persönlichen Feldnotizen non-verbale Ausdrücke zeitgleich gewertet wurden. Eine detailliertere Datenanalyse erfolgte danach durch die Erhebung des Kodierungsleitfadens und den daraus resultierenden drei Hauptthemen und Unterkategorien.

Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?

Die Glaubwürdigkeit der Studie wird durch das Studiendesign mit offenen Interviewfragen gewährleistet. Durch die *Bracketing-Out* Methode werden die Forschenden auf den Einfluss ihrer vorgefassten Meinungen sensibilisiert. Zudem wurden *Peer-Debriefings* und ein Expertenaudit gemacht.

Ethik

Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?

Es werden keine ethischen Fragen diskutiert.

Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?

Ja.

<p>Ergebnisse</p>	<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Sozial-demographischen Ergebnisse zeigen, dass die Frauen durchschnittlich 33.8 Jahre alt waren. Die erste Schwangerschaft erfolgte durchschnittlich im Alter von 17.2 Jahren. Alle Probandinnen wurden im Kindsalter genital beschnitten und kannten ihren Ehemann nicht vor der Hochzeit. Im Durchschnitt lebten die Frauen 12.6 Jahre mit Geburtsfisteln, bevor sie professionelle Hilfe aufsuchten. 50% der Frauen waren aufgrund von Geburtsfisteln geschieden. Vier Frauen konnten lesen und schreiben, sechs Frauen hatten keine Ausbildung. Alle Frauen stammten aus der ländlichen Amhara-Region.</p> <p>Es wurden drei Hauptthemen mit jeweiligen Unterkategorien identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Subjektive Einschätzung der Frauen über die Ursache von ihren Geburtsfisteln: <ul style="list-style-type: none"> → <i>Vaginaloperative Beendigung</i>: Einige betroffene Frauen glauben, dass durch die Benutzung von Instrumenten wie Forceps und Vakuum während der Geburt Geburtsfisteln entstehen → <i>Unzureichende klinische Untersuchung und Betreuung durch Gesundheitsfachpersonen</i>: Einige Frauen sind der Meinung, dass sie als Frauen von ländlichen Regionen eine schlechtere und unzureichende klinische Betreuung erhalten. Resultierend daraus entstehen Geburtsfisteln. Die betroffenen Frauen sehen die Gesundheitsfachpersonen in Kliniken eher als Ursache des Problems und nicht als Lösung. Betroffene Frauen suchen daher weniger Hilfe in Kliniken auf → <i>Protrahierter Geburtsverlauf</i>: Einige betroffene Frauen nennen den protrahierten Geburtsverlauf als Ursache von Geburtsfisteln → <i>Frühes Heiratsalter</i>: Das durchschnittliche Heiratsalter der betroffenen Frauen ist 14.3 Jahre. Einige betroffene Frauen sind der Ansicht, dass durch die physische Unreife, die frühe Hochzeit inkl. frühe Schwangerschaft Geburtsfisteln entstehen können 2. Gesundheitliche Konsequenzen von Geburtsfisteln: <ul style="list-style-type: none"> → <i>Physische Probleme</i>: Stuhl- und Urininkontinenz, Schmerzen im Genitalbereich (brennen, jucken), strenger Geruch, stetig nasse und beschmutzte Kleider oder Bettwäsche, Immobilität gewisser Körperteile, Erschöpfungssymptomatik, Totgeburt des Kindes. Alle betroffenen Frauen leiden unter Urininkontinenz → <i>Soziale Konsequenzen wegen Geburtsfisteln</i>: Soziale Ausgrenzung und Isolierung vom familiären Umfeld und der Gesellschaft, Rollenverlust, fehlende Unterstützung sowie Diskriminierung und Stigmatisierung des Ehepartners, der Familie und der Gesellschaft. 50% der betroffenen Frauen sind aufgrund von Geburtsfisteln, Depressionen, Totgeburt oder dem familiären Druck von ihrem Ehepartner getrennt. → <i>Psychologische Probleme</i>: Verringertes Selbstbewusstsein, Gefühl der Wertlosigkeit, Scham, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Trauer und Angst, da sie inkontinent sind und deshalb auch nicht an sozialen Anlässen teilnehmen können. Einige Probandinnen werden von suizidalen Gedanken geplagt oder haben ein Suizid bereits versucht. Einige Frauen sind der Meinung, lieber zu sterben als mit Geburtsfisteln zu leben. 3. Bewältigungsstrategien der Frauen im Umgang mit Geburtsfisteln: <ul style="list-style-type: none"> → Häufiges Kleiderwechseln, Einlagen und Binden, reduzierte Flüssigkeitseinnahme, sozialer Rückzug beschrieben. <p>Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeschichten? Die sozial-demographischen Ergebnisse wurden in tabellarischer Form zusammengefasst. Die drei Hauptthemen wurden in Unterkategorien eingeteilt und werden in Form eines Fliesstextes erläutert. Um das Gesagte der Frauen so realitätsnah wie möglich wiedergeben zu können, wurden bedeutende Zitate als Ergebnisse inkludiert.</p>
<p>Diskussion</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u> Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? Die Forschenden sehen ihre Erkenntnisse als «Grundbaustein», weitere Forschung ist notwendig.</p> <p>Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Die Forschenden bekräftigen, dass betroffene Frauen ein sehr schwieriges Leben führen müssen. Es konnte gezeigt werden, dass die meisten Frauen eine falsche Vorstellung von der Ursache ihrer Geburtsfisteln haben. In der Studie wird sogar gesagt, dass die Gesellschaft eine falsche Vorstellung von der Ursache von Geburtsfisteln haben.</p>

Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?

In der Studie wird keine explizite Forschungsfrage gestellt. Es konnte aufgezeigt werden, dass die meisten Frauen eine falsche Vorstellung von der Ursache ihrer Geburtsfisteln haben. Betroffene von Geburtsfisteln leiden unter Urin- und/oder Stuhlinkontinenz und erleben familiäre und gesellschaftliche Ausgrenzung, sozialen Rollenverlust, geringe soziale Unterstützung, sozialer Rückzug, Suizidgedanken- und versuche, Schamgefühle, verringertes Selbstbewusstsein, Wertlosigkeit, Angst, Stigmatisierung und Diskriminierung, Einsamkeit, Trauer. Frauen wenden unterschiedliche Bewältigungsstrategien an.

Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug?

Bezüglich Hauptthema 1:

→ Verglichen wird mit weiteren Studien aus Äthiopien, welche ebenfalls die subjektive Einschätzung von betroffenen Frauen bezüglich der Ursache von ihren Geburtsfisteln befragte. Auch diese Studien bestätigen, dass die Frauen eine falsche Vorstellung zur Ursache von Geburtsfisteln haben.

Bezüglich Hauptthema 2:

→ The Ethiopian Demographic and Health Survey bestätigt ebenfalls, dass betroffene Frauen oftmals verdrängt und sozial ausgestossen werden.

→ Weitere äthiopische Studien belegen die psychologischen Konsequenzen von betroffenen Frauen und bestätigen die hier aufgeführten Erkenntnisse, wie z.B. Suizidgedanken, Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Angst, Trauer, usw.

Bezüglich Hauptthema 3:

→ Vergleich zu Studie aus Ostafrika, in welcher beschrieben wird, dass betroffene Frauen wegen der Inkontinenz alte Kleidung trugen. Die alten Bekleidungen reduzierte den sozialen Stellenwert der Frauen jedoch noch mehr.

→ Eine Studie aus Kenia belegt, dass von Geburtsfisteln betroffene Frauen auch nach einer erfolgreichen Operation oftmals geschieden sind.

Fazit: Die bereits existierende Forschungsliteratur unterstützt die Ergebnisse der Studie. Gewisse Forschungsliteratur wurde ergänzend hinzugezogen, um das Phänomen noch in einem etwas erweiterten Kontext zu betrachten (wie z.B. den Stellenwert der Frauen nach einer operativen Therapie).

Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis

Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?

Geburtsfisteln stellen eine verheerende Geburtskomplikation dar, welche nebst physischen auch gravierende psychische und soziale Konsequenzen für betroffene Frauen mit sich bringen. Die Ergebnisse der Studie sollen dem Gesundheitsfachpersonal am Hamlin Hospital dazu dienen, zukünftig mehr in die Gesundheitsbildung und Aufklärung von Geburtsfisteln betroffenen Frauen zu investieren. Somit kann die Gesellschaft die korrekte Ursache für die Entstehung von Geburtsfisteln verstehen. Die Forschenden implizieren, dass auch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsakteuren gestärkt werden müsse, um die Aufklärung über Geburtsfisteln steigern zu können. Zudem müsse die Gesundheitsinfrastruktur weiterhin ausgebaut werden, um die Entstehung von Geburtsfisteln zu verhindern. Zukünftige Forschung soll sich des Weiteren mit der quantitativen Datensammlung von Gesundheitsfachpersonen und deren Wahrnehmung bezüglich Geburtsfisteln auseinandersetzen.

Studie A: Kritische Würdigung der Studie von Animut et al. (2019)

<p>Einleitung</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Die Studie erwähnt keine explizite Fragestellung. Die Studie verfolgt ein Phänomen, welches in Industrieländer kaum mehr anzutreffen ist, sondern vorwiegend in Entwicklungsländer präsent ist. Global sind etwa zwei Millionen Frauen betroffen, daher stellen Geburtsfisteln ein globales, wichtiges Thema dar.</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Die Beschreibung des Phänomens wird klar und verständlich definiert. Für Länder, welche nach wie vor mit Geburtsfisteln zu kämpfen haben, ist diese Thematik von grosser Relevanz. Das Phänomen der Geburtsfisteln ist keine lokale Herausforderung mehr, sondern zu einer globalen Challenge geworden. Etliche Projekte, Non Governmental Organisations (NGO), Regierungen, usw., kämpfen für die Eliminierung von Geburtsfisteln.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Nein, in der Studie wird keine explizite Forschungsfrage oder Hypothese gestellt. Der Forschungsgegenstand ist jedoch präzise beschrieben und nachvollziehbar begründet.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja.</p>
<p>Methode</p>	<p><u>Ansatz/ Design</u> Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, der Forschungsansatz und die Wahl des Studiendesigns ist für die Thematik passend gewählt und wird begründet.</p> <p><u>Stichprobe</u> Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Die Stichprobenziehung ist für das Studiendesign und den Forschungszweck ausreichend.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die gesamte Forschungspopulation. Es wurden nur Betroffene ausgewählt, die Zugang zu dem Fistelzentrum "Bahir Dar Hamlin" hatten (Diagnostic access Bias). Zudem übertragen die Forschenden die Ergebnisse der Studie auf die ganze Population. Ein solcher Rückschluss auf die ganze Gesellschaft ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Die Stichprobengrösse ist für die Datenerhebung des Phänomens angemessen. Als Begründung wird die erreichte Datensättigung angegeben.</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Ja, das Setting wird reichhaltig beschrieben. Die Ausschlusskriterien der Teilnehmenden wird unzureichend beschrieben.</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja.</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja, die Teilnehmenden sind Betroffene.</p> <p><u>Datenerhebung</u> Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Die Datenerhebung geht um das menschliche Erleben und Verhalten der Folgen von geburtshilflichen Fisteln.</p>

Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?

Die Datenerhebung wird nachvollziehbar dargestellt und beschrieben. Bei allen Studienteilnehmerinnen werden die gleichen Daten erhoben. Um einen *Confirmation Bias* zu verhindern, werden methodische Anpassungen vorgenommen, wie z.B. die *Bracketing Out Methode*. Diese Methode wird unzureichend beschrieben.

Wird die Datensättigung diskutiert?

Es wird beschrieben, dass eine Datensättigung erreicht wurde, jedoch wird das Vorgehen hierzu nicht genau erläutert.

Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?

Ja.

Methodologische Reflexion

Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?

Der philosophische Hintergrund der Phänomenologie wird dargestellt. Des Weiteren werden phänomenologische Ansätze von Edmund Husserl und Martin Heidegger beschrieben, welche sich von der klassischen Phänomenologie differenzieren. Sie entwickelten die *Bracketing-Out Methode*, welche den Forschenden eine Objektivität und Unvoreingenommenheit gegenüber dem Forschungsprozess ermöglichen sollte. Ohne Vorkenntnisse ist die Methode nur schwierig aus dem Text zu verstehen.

Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?

Ja. Der Interviewfragebogen wurde in Englisch verfasst, dann in Amharisch übersetzt und für die Analyse wieder ins Englisch übersetzt. Hierbei könnten aufgrund des unterschiedlichen Sprachgebrauches Übersetzungsfehler entstehen, welche den genauen Wortlaut der Probandinnen verfälschen.

Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung?

Der methodologische Ansatz ist für die Fragestellung passend.

Datenanalyse

Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?

Die Datenauswertung wird ausreichend beschrieben.

Werden entsprechende Referenzierungen zur Analysemethode nach «So und So» gemacht?

Es wird beschrieben, mit welcher Software die Codierung vorgenommen wurde. Des Weiteren wurde der Interviewleitfaden durch den Studiengangleiter Misganaw Animut (MA) erstellt. Es wird beschrieben, dass er für die Erstellung des Leitfadens relevante Literatur und ähnliche Guidelines analysiert hatte. Jene werden jedoch nicht als Referenz angegeben.

Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?

Das Kodierungsverfahren wird nachvollziehbar erklärt. Die analytischen Schritte bezüglich der Erstellung und Validierung des Fragebogens werden nicht beschrieben.

Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?

Die Interviewtranskripte wurden mehrfach gelesen und der Codierungsleitfaden wurde kontinuierlich angepasst. Ein Expertenaudit wurde ebenfalls durchgeführt. Dieser Prozess wird als unparteiisches Feedback zum Forschungsprozess beschrieben. Auch Peer-Debriefings fanden statt. Die Datenanalyse wird als präzise und glaubwürdig eingeschätzt.

Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?

Die Glaubwürdigkeit der Studie wird aufgrund der Anwendung des Codierungsverfahrens, von Peer Debriefings, kommunikativer Validierung und Triangulation gefestigt. Die Interviewdaten werden mit weiterer Beobachtung, wie der non-verbale Kommunikation, ergänzt.

Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?

Ja. Während den Einzelinterviews wurden durch den Interviewer Feldnotizen gemacht.

	<p><u>Ethik</u> Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Ethische Fragen werden nicht beschrieben. Es wurde eine Bewilligung der Ethikkommission beschrieben. Es wird nicht erläutert, wer die Interviews mit den Teilnehmenden durchgeführt hatte.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p><u>Ergebnisse</u> Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Vielseitigkeit ist in den Ergebnissen sichtbar. Die Ergebnisse sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden. Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja. Die Ergebnisse wurden übersichtlich dargestellt, entweder in tabellarischer Form, mit Zitaten oder im Fliesstext. Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Die Ergebnisse sind stimmig zum Kontext und sind präzise formuliert. Die Interpretation der Resultate lässt sich von den Studienergebnissen ableiten. Vergleiche mit dem aktuellem Forschungsstand werden gemacht. Ebenfalls werden alternative Erklärungen für die gefundenen Resultate aufgezeigt, sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt. Limitationen und Grenzen der Studie wurden nicht erwähnt. Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Ja. Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja. Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja, das Phänomen wurde in drei Hauptthemen unterteilt, welche wiederum in Unterkategorien gegliedert wurden. Somit wird eine detailreiche Erfassung des Phänomens erreicht. Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Ja. Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Die Kategorien wurden sinnvoll erstellt und erlauben eine plausible Interpretation der Daten.</p>
<p>Diskussion</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u> Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja, um das Erleben von Geburtsfisteln betroffenen Frauen besser nachvollziehen zu können. Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Es ist keine explizite Forschungsfrage in dem qualitativen Studiendesign formuliert worden. Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Die Ergebnisse wurden mit weiterer empirischer Literatur verglichen und diskutiert. Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)? Ja, Die Ergebnisse der Studie sollen dem Gesundheitsfachpersonal dazu dienen, zukünftig mehr in die Gesundheitsbildung und Aufklärung von Geburtsfisteln betroffenen Frauen zu investieren. <u>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</u> Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Die Befunde können zur Aufklärungsarbeit mit betroffenen Frauen, aber auch zur Sensibilisierung der Gesellschaft genutzt werden.</p>

	<p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja, die Schlussfolgerungen bilden die Ergebnisse der Studie ab.</p> <p>Welches ist das Evidenzlevel der Studie? Da es sich um eine Studie handelt, befindet sich das Evidenzlevel auf der sechsten Stufe der 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009).</p>
--	--

Studie B: Zusammenfassung der Studie von Bashah et al. (2019)

Einleitung	<p><u>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage</u> Um welches Phänomen handelt es sich? Es handelt sich um das subjektive Erleben von Frauen mit unbehandelten Geburtsfisteln in Äthiopien. Die Frauen wurden nebst ihrem Erleben mit Geburtsfisteln auch nach ihren Bewältigungsstrategien gefragt.</p> <p>Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Geburtsfisteln stellen eine abnormale Verbindung zwischen Scheide und Harnblase und/oder Vagina und Rektum dar. Die Hauptursache von Geburtsfisteln ist ein Geburtsstillstand, wodurch das umliegende mütterliche Gewebe nekrotisiert und sich eine Fistel bildet. Als Risikofaktoren gelten Kopf-Becken-Missverhältnisse, sowie auch die Abwesenheit von professioneller Betreuung während der Geburt. Geburtsfisteln als Geburtsverletzungen treten heute praktisch nur noch in Entwicklungsländern auf, wie beispielsweise in Subsahara-Afrika. In Äthiopien leiden 39'000 Frauen unter unbehandelten Geburtsfisteln, ca. 3700 weitere Fälle kommen jährlich hinzu. Jene Geburtsfisteln haben nebst physischen Konsequenzen auch psychosoziale und ökonomische Folgen für die betroffenen Frauen.</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Es wird keine explizite Forschungsfrage gestellt.</p> <p>Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhaben wird benannt? Ziel der Studie ist es, die psychosozialen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien von betroffenen Frauen vor einem chirurgischem Eingriff zur Behandlung der Geburtsfistel zu ergründen. Der Forschungsbestand über soziale Erfahrungen, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien von betroffenen Frauen in Äthiopien ist gering. Die erhobenen Ergebnissen sollen dazu beitragen, die Identität und Würde der Frauen nach einem chirurgischen Eingriff beizubehalten und zu stärken.</p>
Methode	<p><u>Ansatz/ Design</u> Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine qualitative Fallstudie.</p> <p>Wie wird die Wahl des Ansatzes/Designs begründet? Es wird beschrieben, dass durch Mitgefühl und aktives Zuhören von betroffenen Frauen über ihre Gefühle, Schmerzen und Leiden viel in Erfahrung gebracht werden kann. Dies wird auch mittels Literatur bekräftigt.</p> <p><u>Stichprobe</u> Um welche Population handelt es sich? Alle Probandinnen haben Geburtsfisteln und warten auf eine chirurgische Intervention zur Behebung der Geburtsfistel.</p> <p>Welches ist die Stichprobe? Die Stichprobe enthält 11 betroffene Frauen.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Mit <i>Non-probability sampling</i>. Zwei Pflegefachpersonen des <i>Fistula treatment Centers</i> überprüften die Krankenakte potentieller Probandinnen und rekrutierten total 11 Frauen für die Studie. Alle Frauen wurden als Patientinnen am <i>Fistula treatment Center of the University of Gondar Specialized Referral and Teaching Hospital</i> aufgenommen.</p>

	<p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Es wird beschrieben, dass die Krankheitsakten von potentiellen Teilnehmerinnen überprüft und daraus geeignete Frauen rekrutiert wurden.</p> <p><u>Datenerhebung</u></p> <p>Welche Strategien/ Vorgehensweise wurden bei der Datenerhebung verwendet? Es wurde ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen konzipiert. Die Interviews fanden von Angesicht zu Angesicht mit jeweils einer Probandin statt, der Erstautor der Studie führte das Interview, eine diplomierte Pflegefachperson war ebenfalls anwesend. Das Interview wurde in der amharischen Landesprache abgehalten und dauerte zwischen 45 min und 65 min.</p> <p>Wie häufig wurden Daten erhoben? Die Daten wurden pro Teilnehmerin einmal erhoben.</p> <p>Wie wurden die Daten verarbeitet? Die Interviews wurden auditiv aufgezeichnet, zusätzlich wurden Notizen während des Interviews gemacht.</p> <p><u>Methodologische Reflexion</u></p> <p>Wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? Nein.</p> <p><u>Datenanalyse</u></p> <p>Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die Audioaufnahmen wurden transkribiert und mit den Notizen abgeglichen, um die Stimmigkeit der Angaben von den Probandinnen zu gewährleisten. Danach wurden die Transkriptionen mithilfe eines Übersetzers/einer Übersetzerin ins Englische übersetzt und als <i>open code text</i> verfasst. In einem ersten Schritt wurden die Transkriptionen kodiert, indem ähnliche Aussagen, Zitate, etc. als sogenannte <i>meaning units</i> identifiziert wurden. In einem zweiten Schritt wurden die Kodierungen weiter zusammengefasst, sodass Hauptthemen festgestellt werden konnten.</p> <p>Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Laut Forschenden wird die Qualität der Datenanalyse durch den Einsatz eines unabhängigen Übersetzers/ einer unabhängigen Übersetzerin unterstützt. Ansonsten wird bezüglich Qualität der Datenanalyse nichts weiteres beschrieben.</p> <p><u>Ethik</u></p> <p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es werden keine ethischen Fragen diskutiert.</p> <p>Falls relevant: Ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Ja.</p>
Ergebnisse	<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsame Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Die sozialdemographischen Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Frauen von ländlichen Regionen Äthiopiens stammen und zwischen 19 und 43 Jahre alt sind. Die meisten Frauen haben keine schulische Ausbildung. 73% der Frauen sind vom Ehemann getrennt. Im Durchschnitt leben die Frauen seit bereits 3.9 Jahren mit Geburtsfisteln. Nur bei zwei Frauen überlebte das Neugeborene die Geburt, welche zu Geburtsfisteln führte. Drei Frauen waren mindestens einmal aufgrund von Geburtsfisteln im <i>Fistula treatment center</i>. Bei zwei Frauen wurden bereits rektovaginale Fisteln operiert und warteten noch auf die Behandlung der vesikovaginalen Fistel. Eine Frau erlitt zwei frustrierte vesikovaginale Fisteloperationen.</p>

	<p>Hauptergebnisse:</p> <p><i>1. Subjektive Einschätzung der Frauen über den Beginn und die Ursache von ihren Geburtsfisteln:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Wenige Tage nach der Geburt verspürten die Frauen Urininkontinenz → Die Frauen kannten die Ursache für die Inkontinenz nicht und glaubten, dass die Inkontinenz mit der Rückbildung des Körpers wieder verschwinden würde → Bei manifestierter Inkontinenz: Frauen glaubten die Ursache sei ein Fluch oder böser Geist → Soziales Umfeld benennt Krankheit als Ursache des Zustandes <p><i>2. Rolle der Frauen und ihre Beziehungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Zu Beginn erhielten Frauen gute Unterstützung aus dem sozialem Umfeld. Als sich die Inkontinenz manifestierte, wendeten sich Familie und Gesellschaft vermehrt ab → Frauen erlitten einen Rollenverlust, da sie aufgrund der Inkontinenz, der Totgeburt, Depressionen und der Dyspareunie ihre traditionelle Rolle als Frau nicht mehr wahrnehmen konnten → Familiäre und gesellschaftliche Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung → 73% der Frauen leben getrennt vom Ehepartner → 27% der Frauen erfuhren trotz anhaltender Inkontinenz gute Unterstützung durch Ehepartner → Frauen sind lebenslänglich auf die Hilfe der Familie oder dem sozialen Umfeld angewiesen → Sozialer Rückzug aus Gesellschaft aufgrund Inkontinenz, Scham- und Angstgefühlen → Suizidgedanken- und versuche, vermindertes Selbstbewusstsein, Gefühle der Wertlosigkeit, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit <p><i>3. Einkommensquelle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Die Mehrheit der Frauen hatten vor Eintritt der Geburtsfisteln kein Einkommen und waren vom Ehepartner finanziell abhängig. Durch die Scheidung waren die Frauen dazu gezwungen, für einen Mindestlohn zu arbeiten, waren aber dennoch stets finanziell abhängig von der eigenen Familie. Einige Frauen, welche vor Eintritt der Geburtsfisteln arbeiteten, waren aufgrund ihrer Inkontinenz nicht mehr in der Lage zu arbeiten. <p><i>4. Bewältigungsstrategien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Die Frauen leben ein qualvolles Leben in Trauer und Scham und äussern das Bedürfnis lieber sterben zu wollen, als ein solches „schmutziges“ Leben führen zu müssen. Einige Frauen tragen in der Öffentlichkeit dicke, farbenlose Kleidung und absorbierende Einlagen um die Inkontinenz zu kaschieren. Zu Hause lassen einige Frauen den Urin einfach fließen, was häufig zu Hautirritationen an den Oberschenkeln führt. Die Mehrheit der Frauen leben ausschliesslich isoliert und meiden soziale Aktivitäten. Die betroffenen Frauen limitieren ihre Trinkmenge, um die Urinmenge reduzieren zu können. Wiederum erhöhen teils Frauen die Trinkmenge, um den strengen Uringeruch und die Hautirritationen zu vermindern <p><i>5. Inanspruchnahme von professioneller, medizinischer Betreuung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Alle Frauen wussten Nichts über die Behandlungsmöglichkeiten von Geburtsfisteln, da sie glaubten, dieser Zustand betreffe sie exklusiv. Aufmerksam auf das Angebot wurden die Frauen durch Angehörige, Gemeinschaftsmitglieder, Gesundheitsinstitutionen und Werbungen <p>Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehnergeschichten?</p> <p>Die sozial-demographischen Ergebnisse wurden in tabellarischer Form zusammengefasst. Die fünf Hauptthemen wurden in Form eines Fliesstextes erläutert. Um das Gesagte der Frauen so realitätsnah wie möglich wiedergeben zu können, wurden bedeutende Zitate als Ergebnisse inkludiert.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p> <p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?</p> <p>Es wird nicht beschrieben, wie die Forschenden die Ergebnisse beurteilen.</p>

	<p>Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Die betroffenen Frauen erleben diverse psychosoziale und ökonomische Herausforderungen. Frauen wenden unterschiedliche Bewältigungsstrategien bezüglich der Inkontinenz an, welche unterschiedlich erfolgreich sind.</p> <p>Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? In der Studie wird keine explizite Forschungsfrage oder Hypothese gestellt. Jedoch konnte das Ziel der Studie erreicht werden, indem man die sozialen Erfahrungen, Herausforderungen und Bewältigungsstrategien von betroffenen Frauen realitätsnah widerspiegelt.</p> <p>Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Die Ergebnisse der Studie werden mit bereits existierender Forschungsliteratur verglichen. Es konnte festgestellt werden, dass die Ergebnisse mit der existierenden Forschungslage korreliert. Die aktuelle Forschungslage besteht hauptsächlich aus Studien aus dem afrikanischen Subsahara-Gebiet.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Es werden keine Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung beschrieben.</p>
--	--

Studie B: Kritische Würdigung der Studie von Bashah et al. (2019)

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Die Studie verfolgt ein Phänomen, welches in Industrieländer kaum mehr anzutreffen ist, sondern vorwiegend in Entwicklungsländern vorzufinden ist. Global sind etwa zwei Millionen Frauen betroffen, daher stellen Geburtsfisteln ein globales, wichtiges Thema dar.</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Die Beschreibung des Phänomens wird klar und verständlich definiert. Für Länder, welche nach wie vor mit Geburtsfisteln zu kämpfen haben, ist diese Thematik von Relevanz. Das Phänomen der Geburtsfisteln ist aber seit einiger Zeit keine lokale Herausforderung mehr, sondern zu einer globalen Challenge geworden. Etliche Projekte, Non Governmental Organisations (NGOs), Regierungen, usw., gehen die Problematik der Geburtsfisteln an.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Nein, in der Studie wird keine explizite Forschungsfrage oder Hypothese gestellt. Der Forschungsgegenstand ist jedoch präzise beschrieben und nachvollziehbar begründet.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja.</p>
Methode	<p>Ansatz/ Design</p> <p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, das gewählte Studiendesign wird begründet.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Die Stichprobenziehung ist für das gewählte Design angebracht. Es wurde beschrieben, dass die Stichprobengröße angepasst wurde, bis eine Datensättigung erreicht werden konnte. Genauere Angaben zum Prozess der Datensättigung wurden nicht erläutert.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Es wurden nur Frauen in die Studie inkludiert, welche für eine Behandlung im <i>Hamlin Fistula Center</i> zugelassen wurden. Gewisse Frauen hatten bereits eine Behandlung absolviert, jene verlief entweder frustrierend oder die Frau litt nach erneuter Geburt wieder an Geburtsfisteln. Die</p>

Studie könnte einen *Diagnostic access Bias* aufweisen, da betroffene Frauen, welche nicht von diesem Behandlungsangebot wissen oder sich den Transportweg finanziell nicht leisten können, keinen Zugang zur Therapie haben.

Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?

Die Stichprobengrösse ist für die Datenerhebung des Phänomens angemessen. Laut Studie wurden neue Teilnehmerinnen gesucht bis eine Datensättigung erreicht wurde.

Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?

Ja. Das Setting wird reichhaltig beschrieben. Das Fistula Treatment Center of the University of Gondar Specialized Referral and Teaching Hospital wird genau beschrieben. Die Teilnehmerinnen werden ebenfalls genau beschrieben und wichtige Parameter im Zusammenhang des untersuchten Phänomens (Alter, Zivilstand, Anzahl Kinder, Fetales Outcome, Anzahl Lebensjahre mit Geburtsfistel) werden dargestellt.

Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?

Ja.

Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?

Ja.

Datenerhebung

Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?

Bei der Datenerhebung geht es um das menschliche Erleben und Verhalten der Folgen von geburtshilflichen Fisteln.

Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?

Die Datenerhebung wird ungenau beschrieben. Es wird beispielsweise nicht beschrieben, wie die Datenerhebung erfolgt. Dies wird erst im Abschnitt Datenanalyse definiert. Der Interviewleitfaden ist als Anhang der Studie veröffentlicht worden.

Wird die Datensättigung diskutiert?

Es wird beschrieben, dass eine Datensättigung erreicht wurde, jedoch wird das Vorgehen hierzu nicht genau erläutert.

Wird die Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen diskutiert (ethischer Rigor)?

Ja.

Methodologische Reflexion

Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forscherinnen und Forscher dargestellt?

Nein.

Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?

Ja.

Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung?

Ja.

Datenanalyse

Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?

Die Datenanalyse wird nur knapp beschrieben. Das genaue Kodierungsverfahren wird ungenügend beschrieben.

Werden entsprechende Referenzierungen zur Analysemethode nach «So und So» gemacht?

Nein.

Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?

Nein.

Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?

Nein.

	<p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Es wurde ein Übersetzer/ eine Übersetzerin hinzugezogen, welche/r nicht an der Studie beteiligt war. Er/ Sie stellte sicher, dass sich die englischen und amharischen Transkriptionen kongruent verhalten. Zudem wurde beschrieben, dass die Technik <i>Probing</i> bei der Datenerhebung angewendet wurde. Durch diese Technik können weitere Aussagen von den Teilnehmer und Teilnehmerinnen generiert werden, z.B. durch nonverbale Kommunikation mit Pausen und Gesten, oder durch verbale Kommunikation mit follow-up Fragen. Die Interviewfragen folgten keiner strikten Reihenfolge, sodass die Chronologie je nach Gesprächsverlauf flexibel entschieden werden konnte.</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Zusätzlich zu den auditiven Aufnahmen der einzelnen Interviews wurden Notizen gemacht, welche bei der Transkription dienlich waren. Es wurde aber nicht weiter erläutert, was genau notiert wurde (non verbale Kommunikation, etc.).</p> <p>Ethik Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Ethische Fragen wurden nicht diskutiert. Die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde nicht weiter diskutiert. Es wurde beschrieben, wer die Interviews durchführt.</p>
<p>Ergebnis</p>	<p>Ergebnisse Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Vielseitigkeit ist in den Ergebnissen sichtbar.</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Ja.</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Ja.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja.</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja, die Kategorien erklären das Phänomen als Ganzes.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Ja.</p> <p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Beziehungen zwischen den Kategorien sind ersichtlich.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja.</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Es wird keine explizite Forschungsfrage gestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Frauen aufgrund ihrer Geburtsfisteln unterschiedliche soziale Herausforderungen meistern müssen, wie beispielsweise Scheidung, sozialer Rückzug aus der Gesellschaft und Abhängigkeit von Familie und Angehörigen. Zudem wird ersichtlich, dass viele Frauen keinen Zugang zu Informationen und Wissen haben, um ihren Zustand erklären und verstehen zu können. Die Frauen beschrieben verschiedene Bewältigungsstrategien, um mit der Inkontinenz leben zu können.</p>

	<p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja.</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)? Ja.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja. Es werden jedoch keine explizite Implikationen und Empfehlungen beschrieben. Jedoch wird aus den Schlussfolgerungen ersichtlich, dass es Massnahmen braucht, um die sozialen Herausforderungen von solchen Frauen zu verbessern. Des Weiteren wird auch ersichtlich, dass noch mehr Arbeit geleistet werden muss, damit betroffene Frauen in ländlichen Regionen vom Behandlungsangebot erfahren.</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja, die Schlussfolgerungen bilden die Ergebnisse der Studie ab.</p> <p>Welches ist das Evidenzlevel der Studie? Da es sich um eine Studie handelt, befindet sich das Evidenzlevel auf der sechsten Stufe der 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009).</p>
--	---

Studie C: Zusammenfassung der Studie von Gebresilase (2014)

Einleitung	<p><u>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage</u></p> <p>Um welches Phänomen handelt es sich? Es werden die subjektiven Erfahrungen von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien untersucht. Dabei wird der Fokus auf die sozialen Beziehungen und ihre Gesundheit gelegt und wie sich diese Parameter über den Zeitraum vom erstmaligen Auftreten der Geburtsfisteln bis hin zur chirurgischen Behandlung und sozialen Reintegration verändert haben.</p> <p>Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Geburtsfisteln werden als medizinischer Zustand bezeichnet, bei welchem eine abnormale Öffnung zwischen Harnblase und Scheide (vesikovaginale Fistel) und/oder zwischen Rektum und Scheide (rektovaginal Fistel) entsteht. Dadurch werden die Frauen urin- und/oder stuhlinkontinent. Die Hauptursache für diesen Zustand stellt ein Geburtsstillstand dar. Geburtsfisteln stellen in Äthiopien ein übliches gesundheitliches und soziales Problem dar.</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Es wird keine explizite Forschungsfrage beschrieben.</p> <p>Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhaben wird benannt? Das Ziel der Studie ist es, die Wahrnehmung von betroffenen Frauen hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihren sozialen Beziehungen seit Eintritt von Geburtsfisteln zu ergründen. Zweck der Forschung ist es, subjektive Wahrnehmungen über die Ursache von Geburtsfisteln zu ergründen, Herausforderungen im Leben mit Geburtsfisteln zu erfahren, Bewältigungsstrategien zu detektieren und die persönliche Bedeutung der Erfahrungen mit Geburtsfisteln zu identifizieren.</p>
Methode	<p><u>Ansatz/ Design</u></p> <p>Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es wird kein Studiendesign beschrieben. Als Methode werden zwei Theorien zum Gesundheitsverhalten beschrieben, welche für die Studie verwendet werden. Dabei wird das <i>ecological model</i> und das <i>transactional model of stress and coping</i> benutzt.</p> <p>Wie wird die Wahl des Ansatzes/Designs begründet? Das Studiendesign wird nicht begründet. Die beiden Modelle werden hinzugezogen, um das Phänomen aus verschiedenen Perspektiven beleuchten zu können.</p> <p><u>Stichprobe</u></p>

Um welche Population handelt es sich?

Frauen mit Geburtsfisteln.

Welches ist die Stichprobe?

Acht Frauen.

Wie wurde die Stichprobe gezogen?

Für die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen wurde eine Kombination aus *purposive sampling method*, resp. gezieltem Sampling und Schneeballprinzip gewählt. Das gezielte Sampling wurde initial angewendet, um die ersten Frauen für die Studie zu finden. Danach wurde das Schneeballprinzip angewendet, um weitere Probandinnen rekrutieren zu können.

Gibt es verschiedene Studiengruppen?

Nein.

Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?

Ja. Für die Studienteilnehmerinnen galten folgende Einschlusskriterien:

→ 18-24 Jahre alt

→ Medizinische Vorgeschichte einer Behandlung von Geburtsfisteln

→ Seit mind. 1 Jahr im städtischen Setting lebend

→ Mind. 2 Jahre ohne Behandlung der Geburtsfisteln gelebt

→ Bereitschaft und Motivation in der Studie teilzunehmen

→ Frauen mit geburtshilflichen Fisteln

→ Klientinnen von der *Women for Women Foundation* und zum Zeitpunkt der Datenerhebung in *Addis Ababa, Kolfe Keranio subcity* leben

Datenerhebung**Welche Strategien/ Vorgehensweise wurden bei der Datenerhebung verwendet?**

Es wurden zweimal Einzelinterviews mit den Teilnehmerinnen durchgeführt. Inhalt des ersten Interviews beschränkte sich auf die subjektive Wahrnehmung der Frauen, wie es zu den Geburtsfisteln kam. Im zweiten Interview wurden die Frauen nach Herausforderungen und Schwierigkeiten zu ihrem Leben mit Geburtsfisteln erfragt. Des Weiteren wurden auch Bewältigungsstrategien und die persönliche Sinndeutung in Bezug auf ihre Erfahrungen mit Geburtsfisteln eruiert.

Wie häufig wurden Daten erhoben?

Pro Probandin fanden zwei Einzelinterviews statt, welche sich in ihrem Inhalt unterschieden. Das erste Interview dauerte ca. 30-45min, das zweite Interview wurde vier bis sechs Tage nach dem Ersten durchgeführt und dauerte 40-80 min. Die Datenerhebung wurde am *Women for Women Foundation in Kolfe Keranio subcity, Addis Ababa* in Äthiopien durchgeführt.

Wie wurden die Daten verarbeitet?

Die Interviews wurden auditiv aufgenommen und in einem ersten Schritt transkribiert. In einem zweiten Schritt wurden relevante Wörter, Sätze mittels Kodierungsverfahren detektiert. Danach wurde in einem Kategorisierungsverfahren die Kodierungen in relevante Kategorien unterteilt. In einem vierten Schritt wurden Haupt- und Unterthemen identifiziert. Signifikante Aussagen der Teilnehmerinnen wurden ebenfalls in Themen kategorisiert, um die Erfahrungen realitätsnah widergeben, sowie auch deren Bedeutung im Kontext verstehen zu können. Durch dieses Verfahren werden gemeinsame Ansichten der Teilnehmerinnen detektiert, sowie auch individuelle Anschauungen erläutert.

Methodologische Reflexion**Wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert?**

Nein.

Datenanalyse

	<p>Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die Interviews wurden auditiv aufgenommen und transkribiert. Mittels Kategorisierungs- und Kodierungsverfahren wurden Hauptthemen identifiziert. Signifikante Aussage der Teilnehmerinnen wurden ebenfalls markiert.</p> <p>Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Die Forschenden nehmen keine direkte Stellung zur Qualität der Datenanalyse. Es wird lediglich beschrieben, dass durch die verwendeten Zitate die subjektiven Erfahrungen der Teilnehmerinnen beschrieben werden kann.</p> <p>Ethik</p> <p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es werden keine ethischen Fragen von den Forschenden diskutiert.</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Die Durchführung der Studie wurde von der <i>Graduate School of Social Work, Addis Ababa University</i>, genehmigt. Erlaubnis für die Durchführung der Interviews wurde von der Stiftung <i>Women for Women</i> genehmigt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Probandinnen sind zwischen 20-24 Jahre alt und leben seit zwei bis vier Jahren mit Geburtsfisteln. Alle Frauen waren vor Eintritt der Geburtsfisteln verheiratet. Keine der Frauen hatte zum Zeitpunkt der Datenerhebung Kinder. Sechs Frauen besuchten die Schule. Alle Frauen kamen aus der ländlichen Region und hatten Zugang zur chirurgischen Behandlung.</p> <p><u>1. Subjektive Wahrnehmung von prädisponierende Faktoren für Geburtsfisteln</u> Die subjektive Wahrnehmung der Frauen von prädisponierende Faktoren hinsichtlich Geburtsfisteln änderte sich, als die Frauen Zugang zu medizinischer Betreuung erhielten. Vor medizinischer Aufklärung: Frauen glaubten sie seien verflucht, Gottes Wille, böse Geister, Schicksal, Familie hat Gott etwas schlechtes angetan. Nach medizinischer Betreuung nannten die Frauen folgende Gründe: Fehlende Entscheidungsmacht, keinen Zugang zu Transportmöglichkeiten und Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, gut ausgerüstete Gesundheitsinstitutionen und ausgebildetes Gesundheitspersonal.</p> <p><u>2. Herausforderungen für Fistelopfer</u></p> <p>Machtlosigkeit Frauen beschreiben ihre Machtlosigkeit, welche sie in ihrer Kindheit und Ehe erfahren. Die Frauen machen eigene Familie und ihre Traditionen (limitierte Schulbildung für Mädchen, frühes Heiraten) für ihren jetzigen Zustand verantwortlich. Alle Probandinnen heirateten zwischen 9-13 Jahre alt und kannten ihren Ehemann vor der Hochzeit nicht. Das Einverständnis für die Heirat wurde von den Frauen nicht erfragt.</p> <p>Protrahierter Geburtsverlauf als traumatisches Erlebnis Keine Probandin besuchte in der Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen, da sie entweder nichts davon wussten oder keinen Zugang dazu hatten. Bei allen Probandinnen startete die Geburt zu Hause und entwickelte sich zu einem Geburtsstillstand. Die Frauen wurden nach Gefühlsverlust in den unteren Extremitäten in eine Gesundheitsinstitution gebracht.</p> <p><u>3. Emotionale Herausforderungen für Fistelopfer</u></p> <p>Körper als Hindernis Alle Probandinnen durchliefen physische Veränderungen, wie beispielsweise Gewichtsverlust, Verlust von Kontrolle über den eigenen Körper, Schmerzen im Beckenbereich, physische Ermüdung, Schwierigkeiten beim Laufen und Arbeitsunfähigkeit. Obwohl jene Aussagen primär körperlicher Beschreibungen zu zuordnen sind, beschreiben alle Frauen hierbei das Gefühl der Abhängigkeit von ihrem sozialen Umfeld. Gefühle, welche durch die körperlichen Herausforderungen entstanden sind, hatten Auswirkungen auf die soziale Beziehungen der Frauen. Dadurch verloren die Frauen die Kontrolle über alltägliche Tätigkeiten, wie Haushaltsarbeiten. Resultierend daraus konnten die Probandinnen ihre gesellschaftliche Rolle als Frau nicht mehr einnehmen. <i>„Full of pain, can't eat as usual, becoming too thin, spending most of the time lying on a bed and crawling in the house like a child and being dependent on people for simple things, like eating, drinking and dressing“.</i></p>

Wut, Trauer und Scham

Frauen verspürten Wut, Trauer und Scham aufgrund ihres Kind- und Arbeitsverlustes, der Inkontinenz und der fehlenden Unterstützung von Ehepartner, Familie, Freunde und Gesellschaft. Zudem wurden jene Emotionen auch durch die Misshandlung beim Benutzen der öffentlichen Verkehrsmittel hervorgerufen. Die Frauen berichten über emotionale Störungen, welche auch nach einer erfolgreichen Therapie gegenwärtig waren.

Ungewissheit für die Zukunft

Frauen äusserten eine Ungewissheit über ihre Zukunft, hinsichtlich Ehepartner, Ehe, Sex, erneute Schwangerschaft und Geburt und Reintegration in die Gesellschaft. Die Frauen hatten Angst davor, erneut Geburtsfisteln zu erleiden.

4. Bewältigungsstrategien- Problemfokussiertes Coping/ Emotionsfokussiertes Coping

Teilnehmerinnen benutzen zwei Bewältigungsstrategien: 4.1 Problemfokussiertes Coping und 4.2 Emotionsfokussiertes Coping.

4.1.1 Unterstützung von Familie und Angehörigen als primären Überlebensmechanismus

Die Frauen erhielten insgesamt sehr wenig soziale Unterstützung. Jedoch erhielt jede Frau von mindestens einem Familienmitglied Unterstützung. Alle Frauen sind von ihrem Ehepartner getrennt.

4.1.2 Orientierung an der Realität

Der Zugang zu medizinischer Versorgung stellte für die Frauen eine Art soziale Genesung dar.

4.2.1 Isolation und Leid

Fünf Frauen berichteten über ihr Leid, Trauer, Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit aufgrund des isolierten Lebensstils, welchen sie fernab von sozialen Aktivitäten führen. Gründe für die Isolation waren die Inkontinenz, der Uringeruch, Depressionen, die Gefühle, Wut und Scham.

4.2.2 Suizidgedanken und -versuche

Die Frauen erfuhren soziale Verstossung, Stigmatisation und Diskriminierung von der Gesellschaft und Familie. Sechs Frauen hatten Suizidgedanken, eine Frau wagte ein Suizidversuch. Die Mehrheit der Frauen leidet unter Depressionen und emotionalen Störungen.

4.2.3 Subjektive, positive Interpretation

Frauen verwendeten die *subjektive, positive Interpretation* als Strategie, um ihr Selbstvertrauen wiederherstellen und ihr Zustand bewältigen zu können. Dabei profitierten die Frauen vom Austausch mit anderen betroffenen Frauen und deren Erfahrungen. Frauen gewannen an Vertrauen in das Gesundheitswesen. Frauen realisierten, dass dieser Zustand nicht nur sie alleine trifft.

4.2.4 Vermeidung

Mit Ausblick auf die zukünftige Reintegration der Frauen in ihr familiäres Umfeld berichteten alle Frauen, dass ein Zurückkehren in ihr Heimatdorf keine Option darstelle. Frauen hatten Angst vor weiterer Stigmatisation und Diskriminierung.

5. Chancen und Risiken für die Zukunft

Glückseligkeit und Gesundheit

Frauen nach erfolgreicher, chirurgischer Behandlung nahmen positive Veränderungen auf emotionaler, sozialer und finanzieller Ebene wahr, trotz gegenwärtigen Herausforderungen und Verpflichtungen. Die Frauen gewannen durch die chirurgische Behandlung ihren Gesundheitsstatus zurück und konnten mit ihrem sozialen Umfeld interagieren, ohne Angst- und Schamgefühle.

Chance für ein besseres Leben

Vier Frauen nannten Geburtsfisteln als Möglichkeit, ein besseres Leben führen zu können, mehr Freiheit und Macht zu erlangen.

Motivation und Perspektivenwechsel im Leben

Einige Frauen bezeichneten Geburtsfisteln als Motivation, ihrem Leben einen Perspektivenwechsel zu verleihen.

Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmfälle, Teilnehmergeschichten?

	<p>Die sozial-demographischen Ergebnisse wurden in tabellarischer Form zusammengefasst. Die Ergebnisse wurden in 5 Hauptthemen untergliedert. Alle Hauptthemen wurden in Unterkategorien eingeteilt und werden in Form eines Fliesstextes erläutert. Um das Gesagte der Frauen so realitätsnah wie möglich wiedergeben zu können, wurden bedeutende Zitate als Ergebnisse inkludiert.</p>
<p>Diskussion</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u></p> <p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? Die Forschenden erkennen, dass Geburtsfisteln sowohl physische, als auch psychosoziale und emotionale Konsequenzen mit sich bringen. Dabei gilt es zu verstehen, dass die Frauen keine passiven Opfer sind, sondern vielmehr aktive Überlebende.</p> <p>Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Von Geburtsfisteln betroffene Frauen weisen nebst den physischen Komplikationen schwerwiegende psychosoziale Herausforderungen auf. Die betroffenen Frauen zeigen unterschiedliche Bewältigungsstrategien.</p> <p>Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Studie vermittelt ein tieferes Verständnis dafür, was es bedeutet, als Frau mit einer geburtshilflichen Fistel zu existieren und zu überleben.</p> <p>Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Gewisse Erkenntnisse der Studie werden mittels bereits existierender Forschungsliteratur unterstützt oder ergänzt. Folgend wird der Bezug zur bereits existierender Studienlage stichwortartig erläutert.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Die betroffenen Frauen beschreiben die Beziehung zwischen Geburtsfisteln und deren Einfluss auf kognitive, geschlechterspezifische, familiäre, soziale und umweltbedingte Faktoren. Diese Erkenntnisse werden in der existierenden Forschungsliteratur bestätigt → Die beschriebene Gefühlswelt der betroffenen Frauen (Wut, Trauer und Scham) wird auch in anderen Studien beschrieben → Die Ungewissheit über die Zukunft, das verlorene Interesse an Kinder, Familie, Sex und Ehe korreliert mit aktueller Forschungsliteratur → Der niedrige soziale Status der Frau, welcher sich durch verschiedene Aspekte und Aussagen in der Studie ersichtlich macht (z.B. die Machtlosigkeit der Frauen schon während ihrer Kindheit, Einschränkungen in ihrer Entscheidungsfreiheit bezüglich Ehepartner, Gesundheit, Sexualität und Reproduktion), wird mit aktueller Literatur bestätigt → Trotz erfolgreicher, chirurgischer Behandlung ist es für betroffene Frauen eine Herausforderung, in ihr soziales Umfeld zurückzukehren. Dies wird mit bestehender Literatur bestätigt. Dies zeigt deutlich, dass dieselben gesellschaftlichen Bedingungen, welche die Frauen für Geburtsfisteln prädisponieren, ihnen auch die soziale und emotionale Unterstützung verweigern, die zur Bewältigung ihres Traumas nötig wären → Mit bestehender Literatur wird gezeigt, dass betroffene Frauen ein Leben mit Schmerzen, Scheidung, Leid, Kindsverlust, emotionalem Zusammenbruch, Depressionen, physischen Einschränkungen und dem Verlust von Menschenrechten führen. → Die Bewältigungsstrategien der Frauen werden mit den physischen, ökonomischen und psychosozialen Herausforderungen von bereits existierender Literatur verknüpft <p><u>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</u></p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Grundlegende geburtshilfliche Dienstleistungen sollen gestärkt werden, um auch präventive Massnahmen und Behandlungsmöglichkeiten von Geburtsfisteln zu fördern. Hierbei sollen auch die Thematiken der Geburtsvorbereitung und Geburtsstillstand mit Frauen und Familien besprochen werden. Die Forschenden diskutieren auch die Notwendigkeit von kleinen, kostengünstigen, geburtshilflichen Notfallversorgungsstätten in den ländlichen Regionen. In der geburtshilflichen Versorgung sollen nebst der chirurgischen Rekonstruktion von Geburtsfisteln auch psychosoziale Therapien und Programme für die soziale und finanzielle Reintegration der Frauen inkludiert werden. Die Forschenden legen nahe, dass solche Initiativen unter Einschluss der Frauenförderung entwickelt, sowie auch einen familienorientierten Ansatz mit aktiver Inklusion der Männer miteinbezogen werden sollte. Laut Forschenden hat die äthiopische Regierung bereits auf politischer Ebene Verabschiedungen zum Schutz der mütterlichen Gesundheit und sicheren Mutterschaft getroffen. Die Ergebnisse der Studien zeigen aber auf, dass jene gesetzlichen Vorlagen noch nicht genügend implementiert wurden. Weiterführende Fragestellungen wurde diesbezüglich formuliert.</p>

Studie C: Kritische Würdigung der Studie von Gebresilase (2014)

<p>Einleitung</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Die Studie erwähnt keine explizite Fragestellung. Die Studie verfolgt ein Phänomen, welches in Industrieländer kaum mehr anzutreffen ist, sondern vorwiegend in Entwicklungsländer vorzufinden ist. Global sind etwa zwei Millionen Frauen betroffen, daher stellen Geburtsfisteln ein globales, wichtiges Thema dar.</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Ja.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Nein. In der Studie wird keine explizite Forschungsfrage oder Hypothese gestellt. Der Forschungsgegenstand ist jedoch präzise beschrieben und nachvollziehbar begründet.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja.</p>
<p>Methode</p>	<p><u>Ansatz/ Design</u> Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Nein. Das Studiendesign wird nicht genannt und ist daher nicht nachvollziehbar. Der methodische Teil besteht aus der Beschreibung des gewählten theoretischen Frameworks, d.h. zwei theoretischen Modelle werden beschrieben.</p> <p><u>Stichprobe</u> Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/das Design angebracht? Fraglich. Durch das kombinierte <i>purposive sampling method</i> und Schneeballprinzip erhofft man sich, möglichst viele betroffene Frauen zu generieren, jedoch können hierdurch die Daten auch verzerrt werden.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Nein, die Stichprobe ist für die ganze Population von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien nicht repräsentativ. Es wurden nur Betroffene ausgewählt, welche Mitglied der <i>Women for Women</i> Stiftung waren, eine medizinische Vorgeschichte einer Behandlung von Geburtsfisteln aufwiesen und seit mindestens einem Jahr im städtischen Setting lebten. Dadurch ergibt sich ein Diagnostic access Bias.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Für das Ziel der Studie ist die Stichprobengrösse angemessen. Es muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse, welche auf subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen beruhen, nicht auf eine grössere Population übertragen werden können. Eine Datensättigung wird beschrieben, jedoch nicht genauer ausgeführt. Ansonsten wird die Stichprobengrösse nicht weiter begründet.</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Ja.</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja.</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja.</p> <p><u>Datenerhebung</u> Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Die Datenerhebung geht um das menschliche Erleben der Folgen von geburtshilflichen Fisteln.</p> <p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</p>

	<p>Ja.</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Es wird beschrieben, dass eine Datensättigung erreicht wurde. Das genau Vorgehen hierbei wurde nicht diskutiert.</p> <p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Es wurde eine schriftliche und mündliche Einwilligung aller Probandinnen vorgelegt.</p> <p>Methodologische Reflexion</p> <p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Der theoretische Hintergrund mit zwei verwendeten Theorien bezüglich dem subjektivem Gesundheitsverhalten werden detailliert beschrieben.</p> <p>Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Nein, das methodische Vorgehen wird nicht beschrieben.</p> <p>Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? Nein.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Nein.</p> <p>Werden entsprechende Referenzierungen zur Analysemethode nach «So und So» gemacht? Ja.</p> <p>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Nein.</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Nein. Die Datenanalyse wird unzureichend dokumentiert. Beispielsweise ist das verwendete Instrument für die Kodierung nicht beschrieben. Ein <i>Reporting Bias</i> kann dadurch entstehen, dass Methode und Analyse (analytisches Kodierungsverfahren) der Studie unzureichend erläutert werden. Um den <i>Response Bias</i> zu vermindern, wurden zwei Interviews durchgeführt.</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Die Glaubwürdigkeit wird anhand den vier Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) bewertet: → <i>Bestätigung</i>: Es erfolgten kein Expertenaudit oder Triangulation. Es wurde beschrieben, dass mithilfe der <i>Bracketing-Out</i> Methode, welche offene Fragestellungen impliziert, die Voreingenommenheit von den Forschenden minimiert werden kann. → <i>Zuverlässigkeit</i>: Der Forschungsprozess ist nicht nachvollziehbar gestaltet. → <i>Glaubwürdigkeit</i>: Es wurden keine Peer Debriefings oder kommunikative Validierung durchgeführt. Ob die Datenerhebung ausführlich ist, kann nicht abschliessend beantwortet werden, da nicht beschrieben wird, in welchem Zeitraum die Daten erhoben wurden. → <i>Übertragbarkeit</i>: Aufgrund den subjektiven Daten und der kleinen Stichprobengrösse nur bedingt übertragbar.</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Nein.</p> <p>Ethik</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Die Beziehung zwischen den Forschenden und Teilnehmerinnen wurden nicht beschrieben.</p>
Ergebnis	<p>Ergebnisse</p> <p>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Vielseitigkeit in den Ergebnissen ist sichtbar. Die Analyse ist nicht transparent beschrieben.</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</p>

	<p>Ja. Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Als Limitation wird genannt, dass die subjektive Sichtweise der Frauen nicht auf eine ganze Population übertragen werden kann. Ferner stellt sich die Frage, inwiefern die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe repräsentativ sind. Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Nein, da die Konzeptualisierung nur ungenügend beschrieben wird. Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja. Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja. Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Die dargestellten Modelle sind in sich logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. Zwei Kategorien, respektive Hauptthemen sind nicht ganz klar voneinander abzugrenzen. Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Die Beziehungen zwischen den Kategorien sind fundiert. Die verwendeten zwei Modelle zum Gesundheitsverhalten ermöglichen eine zusätzliche, plausible Interpretation der Daten.</p>
<p>Diskussion</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u> Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja. Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Es kann aufgezeigt werden, welche sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen Geburtsfisteln auf das Leben von betroffenen Frauen haben kann. Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja. Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)? Ja. <u>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</u> Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja. Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja. Welches ist das Evidenzlevel der Studie? Da es sich um eine Studie handelt, befindet sich das Evidenzlevel auf der sechsten Stufe der 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009).</p>

Studie D: Zusammenfassung der Studie von Tsegaw (2018)

<p>Einleitung</p>	<p><u>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage</u> Um welche Konzepte / Probleme handelt es sich? Das Leben mit Geburtsfisteln geht für viele betroffene Frauen nebst den physischen Konsequenzen auch mit psychosozialen Dysfunktionen einher. Depressionen bei Frauen mit geburtshilflichen Fisteln stellen nach wie vor ein aktuelles Problem dar. Dabei gibt es diverse Faktoren, welche die Entstehung einer Depression bei betroffenen Frauen begünstigen.</p> <p>Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie ? Es wurde keine explizite Forschungsfrage beschrieben. Das Ziel der Studie ist es, die Prävalenz von Depressionserkrankungen und acht assoziierten Faktoren (z.B. Wohnort, Bildungsgrad, Totgeburt, Parität, Scheidung, soziales Unterstützungsfeld, Fussheberparese und Lebensdauer mit Geburtsfisteln) bei Frauen mit Geburtsfisteln an den Hamlin Fistula Institutionen in Äthiopien zu eruieren.</p> <p>Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? Der theoretische Hintergrund wird mit reichlicher Literatur aus Äthiopien und anderen afrikanischen Ländern gestützt: → Ursache von Geburtsfisteln → Psychosoziale Konsequenzen von Geburtsfisteln → Prävalenz von Depression bei Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien (92% der Frauen zeigten Symptome einer Depression) → Faktoren, welche die Entstehung einer Depression bei Frauen mit Geburtsfisteln begünstigen, z.B. Wohnort, Zivilstand, Alter, Berufstätigkeit, Scheidung, Totgeburt, Urin- und Stuhlinkontinenz</p> <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Obwohl bereits Literatur vorhanden ist, welche die Prävalenz von Depressionserkrankungen und assoziierten Faktoren beschreibt, ist die Erforschung der mentalen Gesundheit in Äthiopien limitiert.</p>
<p>Methode</p>	<p><u>Ansatz/ Design</u> Um welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine Querschnittstudie.</p> <p>Wie wird das Design begründet? Das Studiendesign wird nicht begründet.</p> <p><u>Stichprobe</u> Um welche Population handelt es sich? Frauen mit Geburtsfisteln, welche im Zeitraum vom Juli bis August 2016 als Patientinnen in den Hamlin Fistula Ethiopia Behandlungsinstitutionen waren. Hierzu zählt das Addis Ababa Fistula Hospital (AAFH) mit einem Rehabilitationszentrum („The Desta Mender center“) und dem Hamlin College of Midwives (HCM), sowie fünf weiteren Behandlungsinstitutionen, Bahirdar Hamlin Fistula Center (BHFC), Mekele Hamlin Fistula Center (MHFC), Harar Hamlin Fistula Center (HHFC), Yirgalem Hamlin Fistula Center (YHFC) und Metu Hamlin Fistula Center (MeHFC)</p> <p>Welches ist die Stichprobe? Insgesamt 167 Frauen mit Geburtsfisteln (AAFH + The Desta Mender Center:91, BHFC:22, MeHFC:4*, HHFC:12, YHFC:33, MHFC:9) * 4 Patientinnen wurden am MeHFC zwar im genannten Zeitraum aufgenommen, jedoch wurden diese Frauen nicht gescreent und deshalb aus dem Selektionsprozess ausgeschlossen.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? <i>Non-probability sampling.</i> Alle Frauen, welche im genannten Zeitraum in den aufgelisteten Behandlungsinstitutionen aufgenommen wurden, sind in die Studie inkludiert worden.</p>

Gibt es verschiedene Studiengruppen?

Nein.

Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?

Die Auswahl der Teilnehmenden wird nicht detailliert beschrieben und begründet. Vier Patientinnen vom MeHFC wurden nicht gescreent und deshalb aus dem Selektionsprozess exkludiert. Dies lässt darauf schliessen, dass ein Screeningverfahren für potentielle Teilnehmerinnen angewendet wurde, jedoch wird dieses Screening nicht erläutert.

Datenerhebung

Welche Art von Daten wurden erhoben?

Es wurden Daten aus einem Interview mithilfe eines strukturierten Gesundheitsfragebogen erhoben.

Wie häufig wurden Daten erhoben?

Die Daten wurden einmalig erhoben.

Messverfahren & oder Intervention

Welche Messinstrumente wurden verwendet?

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag	
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis, zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig, ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Summen:	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>				

Deutsche Übersetzung und Validierung des «Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)» durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999

Auswertung:
 5 – 9 Punkte: Verdacht auf leichte Depression
 10 – 14 Punkte: Verdacht auf mittelgradige Depression
 15 – 27 Punkte: Verdacht auf schwere Depression

Es wurden Interviews durchgeführt mithilfe eines strukturierten Gesundheitsfragebogens (PHQ-9). Der Gesundheitsfragebogen wird aufgrund seiner geprüften Validität verwendet.

Datenanalyse

Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf?

Ordinal: PHQ-9

Nominal: Wohnort, kulturelle Herkunft, Ethnizität, Bildungsstand, soziale Unterstützung, Trennung vom Ehepartner, Parität, Lebensdauer mit Geburtsfistel

	<p>Ratio: Alter</p> <p>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet? Die Dateneingabe, -kodierung und -analyse erfolgte mithilfe SPSS, Version 20. Als primäre Methode zur statistischen Analyse wurde eine logistische Regression durchgeführt. Für die Beschreibung der unabhängigen Variablen wurde deskriptive Statistik angewendet. Für den Zusammenhang zwischen den unabhängigen Variablen und einer Depression wurde ein Odds Ratio (OR) mit einem 95% Vertrauensintervall (CI) berechnet. Die unabhängigen Variablen, welche einen p-Wert von <0.2 aufwiesen, wurden einer weiteren multivariablen, logistischen Regression unterzogen. Für die signifikanten Variablen wurde ein korrigierter Odds Ratio (AOR) mit 95% Vertrauensintervall berechnet. Standardabweichung und Mittelwert wurde für die Beschreibung einer kontinuierlichen Variable verwendet.</p> <p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? Ja. P-Wert < 0.005.</p> <p>Ethik</p> <p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Keine.</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Ja.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Als Ergebnisse werden die soziodemographischen Charakteristiken der Probandinnen vorgestellt, darunter wurde das Alter, die kulturelle Herkunft, der Wohnort und der Bildungsstatus inkludiert. Zudem werden die bivariate & logistische Regressionsanalysen der Faktoren, welche einen Zusammenhang mit einer Depression aufweisen, dargestellt. Als assoziierte Faktoren gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Wohnort (städtisch/ländlich) → Bildungsgrad → Fussheberparese → Totgeburt während der Geburt, welche zum Auftreten der Geburtsfistel führte → Subjektiv wahrgenommene, fehlende, soziale Unterstützung → Trennung oder Scheidung vom Ehepartner → Zweitgebärende → Leben mit Geburtsfisteln zu Hause für länger als drei Monaten <p>Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie? Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)? Die Ergebnisse werden verständlich präsentiert. Die Tabellen sind präzise und vollständig dargestellt und sind als Ergänzungen zum Text zu verstehen.</p> <p><i>Zentrale Ergebnisse der soziodemographischen Daten:</i> 82.6% der Frauen leben in den ländliche Gebieten Äthiopiens, 76% durchliefen keine schulische Ausbildung, 80.8% der Frauen waren zwischen 18 und 35 Jahre alt.</p> <p><i>Zentrale Ergebnisse bezüglich Depression und assoziierten Faktoren:</i> Prävalenz der Depression betrug 73.7%. Zwischen einer Depression und folgenden assoziierten Faktoren bestand ein signifikanter Zusammenhang:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Totgeburt während der Geburt, welche zum Auftreten der Geburtsfistel führte → Subjektiv wahrgenommene fehlende soziale Unterstützung → Trennung vom Ehepartner → Leben mit Geburtsfisteln zu Hause für länger als drei Monaten → Zweitgebärende

<p>Diskussion</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u> Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Ja. → Die Forschenden adressieren die Schwierigkeit, die Ergebnisse innerhalb der bereits vorhandenen Forschungsliteratur zu integrieren. Dies liegt daran, dass das Forschungsfeld noch sehr wenig Literatur aufweist. Im Vergleich zur existierenden Literatur, bei welcher die Inkontinenz aufgrund eines anderen medizinischen Problems entstanden ist, weist die Studie eine höhere Prävalenz von Depressionen auf. Dies wird damit begründet, dass die betroffenen Frauen über ein geringes Selbstvertrauen verfügen. Sie sehen sich selbst als inakzeptabel für eine Ehe. → Im Vergleich zu ähnlichen Studien mit Betroffenen, wurde eine ähnliche Prävalenz von Depressionen beschrieben. Diese Studien beziehen sich auf andere afrikanische Länder. Im Vergleich zu ähnlichen Studien, welche in Äthiopien durchgeführt wurden, ist die beschriebene Prävalenz von 73.7% deutlich geringer. Bei diesen Studien wurden nur Frauen vor einem chirurgischen Eingriff inkludiert. → Im Kontrast mit anderen Studienergebnissen, wurde in der Studie keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem maternalen Alter zum Zeitpunkt des Interviews und einer Depression festgestellt. → Die Forschenden begründen den Zusammenhang zwischen der Trennung vom Ehepartner, der geringen sozialen Unterstützung der Frauen, dem Erleben einer Totgeburt, der Zweitgebärenden, der Lebensdauer mit Geburtsfisteln von mehr als drei Monaten und dem Auftreten einer Depression. Folgend werden die wichtigsten Zusammenhänge erklärt. Jene stimmen mit der aktuellen Forschungslage überein: → Inkontinenz führte oftmals zur Scheidung oder Trennung vom Ehepartner. Das Verlieren einer wichtigen Vertrauensperson stellt ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Depression dar. → Die geringe soziale Unterstützung ist der stärkste Risikofaktor für das Entwickeln einer Depression. → Mit dem Auftreten einer Totgeburt glauben die Frauen, dass sie keine Kinder zur Welt bringen können oder verflucht seien. Eine Totgeburt stellt ein traumatisches Erlebnis dar, welches das Auftreten einer Depression begünstigen kann. → Zweitgebärende scheinen anfälliger auf eine Depression zu sein, da jene Frauen, welche nach dem ersten Kind bereits Geburtsfisteln erlitten haben, meistens ein kinderloses Leben führen und daher ihrem sozialem Status nicht gerecht werden können. → Frauen, welche lange Zeit mit Geburtsfisteln leben (mehr als drei Monaten) sind anfälliger auf Depressionen. Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? Es wurde keine explizite Fragestellung formuliert. Das Ziel der Studie konnte erreicht werden. Werden Limitationen diskutiert? Ja. In der Studie wurden sowohl chirurgisch unbehandelte, als auch behandelte Frauen inkludiert, wodurch die Resultate der Studie verzerrt werden könnten (<i>Selection Bias</i>). Zudem wurden nur Frauen inkludiert, welche im beschriebenen Zeitrahmen die klinischen Settings des Hamlin Fistelzentrums in Äthiopien aufsuchten. Dadurch ergibt sich einen <i>Diagnostic access Bias</i>, wodurch die Stichprobe nicht repräsentativ in Bezug auf die gesamte Population von Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien ist. Daraus kann auch geschlossen werden, dass sich die Ergebnisse nicht auf die globale Forschungspopulation von betroffenen Frauen applizieren lässt. Durch das gewählte Studiendesign (Querschnittstudie) kann nicht abschliessend eruiert werden, ob die identifizierte Depression der Frauen neu auftretend oder vorbestehend ist. Bei den assoziierten Faktoren kann nicht unterschieden werden, ob sie als Risikofaktoren oder Konsequenzen hinsichtlich einer depressiven Erkrankung agieren. Die kleine Stichprobe könnte zudem die Resultate und deren Signifikanz verzerren. Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Ja. <u>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</u> Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Es wird beschrieben, dass eine psychische Behandlung der Frauen nebst der klassischen chirurgischen Therapie erfolgen soll. Dabei soll auch das familiäre Umfeld der Frauen miteinbezogen werden. Soziale Unterstützung und Beratungsstellen werden empfohlen, um die mentale Gesundheit von betroffenen Frauen zu verbessern.</p>
--------------------------	---

Studie D: Kritische Würdigung der Studie von Tsegaw (2018)

<p>Einleitung</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis? Die Ergebnisse der Studie sind für alle Fachpersonen im Umgang mit Frauen, welche an Geburtsfisteln leiden, von grosser Bedeutung. Des Weiteren können die Ergebnisse der Studie auch für die Sensibilisierungsarbeit in jenen Ländern dienen, in welchen die Problematik der Geburtsfisteln in Vergessenheit geraten ist.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Es wird keine explizite Forschungsfrage definiert. Das Forschungsziel ist unklar formuliert, da erst im Ergebnisteil klar wird, welche Parameter als assoziierte Faktoren betitelt werden.</p> <p>Wird das Thema/das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja.</p>
<p>Methode</p>	<p><u>Ansatz/ Design</u></p> <p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Nein. Das gewählte Design in Zusammenhang mit dem Forschungsziel birgt gewisse Risiken. Es ist nicht möglich, einen kausalen Zusammenhang zwischen Frauen mit Geburtsfisteln und Depressionen oder Angststörungen zu detektieren, da eine Depression oder Angststörung bereits vor Eintritt der Geburtsfisteln persistieren könnte. Dies wurde nicht vorgängig abgeklärt. Zudem ist bei den assoziierten Faktoren nicht ersichtlich, welche Variablen als Risikofaktoren oder als Konsequenzen von Geburtsfisteln angesehen werden sollten.</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Die Validität des verwendeten Fragebogens (PHQ-9) wird anhand von Literatur bestätigt. Ansonsten wird die Validität der Studie nicht weiter erläutert. Gewisse Störvariablen, wie die Inkludierung von prä- und postoperativen Frauen kann die interne Validität der Studie hemmen. Des Weiteren wurde vorgängig nicht eruiert, ob die Frauen bereits an einer Depression vor Eintritt der Geburtsfisteln litten.</p> <p><u>Stichprobe</u></p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht. Es muss jedoch beachtet werden, dass ein <i>Diagnostic access Bias</i> entstehen kann, da nur jene Frauen in den Fistelzentren behandelt werden, welche einen Zugang dazu haben. Vielen Frauen bleibt jener aufgrund von finanziellen, logistischen oder topographischen Begebenheiten erschwert.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Nein, dafür gibt es mehrere Gründe: → Das Studiendesign erlaubte eine einmalige Datenerhebung und stellt somit eine "Momentaufnahme" dar. Die Resultate lassen sich nicht auf einen anderen Zeitpunkt oder Ort applizieren → Aufgrund des <i>Diagnostic access Bias</i> können die Ergebnisse nicht auf die gesamte Forschungspopulation adaptiert werden. Die Resultate können auch nicht auf andere Länder übertragen werden, da sie gegebenenfalls eine andere Strategie zur Bekämpfung von Geburtsfisteln verfolgen und sich andere Herausforderungen diesbezüglich stellen</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Werden Drop-Outs angegeben und begründet? Schwer zu beurteilen, da keine Berechnung der Stichprobengrösse durchgeführt wurde. Für die Beantwortung der Fragestellung scheint die Grösse angemessen zu sein. Keine Dropouts bekannt.</p> <p><u>Datenerhebung</u></p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Nein. Es wird beispielweise nicht erläutert, welches die assoziierten Faktoren sind, die mit einer Depression im Zusammenhang stehen sollten.</p>

	<p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja. Die Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmerinnen gleich.</p> <p>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja.</p> <p><u>Messverfahren & oder Intervention</u></p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Ja.</p> <p>Sind die Messinstrumente valide (validity)? Ja.</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja.</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein.</p> <p><u>Datenanalyse</u></p> <p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ja.</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Fraglich. In den jeweiligen untersuchten Variablen auf der Ebene der statistischen Datenmessung entsteht eine hohe Heterogenität, wodurch sich deren Aussagekraft abschwächt.</p> <p>Entsprechen die verschiedenen statistischen Tests den Datenniveaus? Ja.</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja, unter Berücksichtigung der Störfaktoren.</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nachvollziehbar. Begründet wird das Signifikanzniveau nicht.</p> <p><u>Ethik</u></p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Es werden keine ethischen Fragen diskutiert. Die Studie wurde von der Ethikkommission des Hamlin Fistelzentrums genehmigt. Eine verbale Einverständniserklärung wurde von jeder Teilnehmerin eingeholt.</p>
Ergebnis	<p><u>Ergebnisse</u></p> <p>Sind die Ergebnisse präzise? Die Ergebnisse werden präzise dargestellt.</p> <p>Wenn Tabellen/ Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien? Die Tabellen werden präzise und vollständig dargestellt. Sie werden aber nicht als Ergänzung zum Text angesehen. Nirgends im Text werden die assoziierten Faktoren prägnant erwähnt, jene gilt es aus der Tabelle zu eruieren.</p>
Diskussion	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u></p> <p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja.</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja.</p>

Werden die Ergebnisse in Bezug auf Fragestellung, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen?

Ja.

Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?

Ja.

Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis

Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?

Um die Studie als sinnvoll beachten zu können, müssen die Grenzen und Limitationen der Studie inkludiert und berücksichtigt werden. Stärken der Studie werden nicht benannt, die Schwächen werden differenziert dargestellt.

Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Praxis umsetzbar?

Die Ergebnisse der Studie erfüllen einen Sensibilisierungsauftrag, welcher die Notwendigkeit und Wichtigkeit von psychischer Behandlung nebst der chirurgischen Therapie von Frauen mit Geburtsfisteln aufzeigt. Die Forschenden konkludieren, dass nicht nur die Frau behandelt werden muss, sondern auch Unterstützung für die gesamte Familie angeboten werden sollte. Weitere Forschung wird benötigt, um die verschiedenen Stadien einer Depression und beitragende Faktoren zu eruieren.

Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?

Ja.

Studie E: Zusammenfassung der Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018)

<p>Einleitung</p>	<p><u>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage</u> Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? Die Geburtsfistel ist eine schwerwiegende und tragische Komplikation bei einem Geburtsstillstand. Dabei kommt es häufig zu einer Totgeburt. Während und nach solchen Geburten sind die Frauen erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Solche Geburtserlebnisse und die soziale Stigmatisierung, die mit den Geburtsfisteln einhergehen, sind Prädiktoren für psychische Störungen wie Depression und Angststörungen.</p> <p>Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie ? Ziel dieser Studie ist es die Prävalenz von Depressionen und Angststörungen bei Frauen mit Geburtsfisteln in Äthiopien zu untersuchen.</p> <p>Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? Die Studie gibt Hintergrundinformation zu → Definition und Ursache von Geburtsfisteln → Geschätzte, globale Prävalenz & Epidemiologie von Geburtsfisteln → Körperliche & psychosoziale Konsequenzen von Geburtsfisteln</p> <p>Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Obwohl Geburtsfisteln in den meisten afrikanischen Entwicklungsländern südlich der Sahara verbreitet sind, existiert nur wenig Literatur über das Ausmass von Depressionen und Angststörungen von Frauen mit Geburtsfisteln.</p>
<p>Methode</p>	<p><u>Ansatz/ Design</u> Um welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine Querschnittsstudie.</p> <p>Wie wird das Design begründet? Das Studiendesign wird nicht explizit begründet.</p> <p><u>Stichprobe</u> Um welche Population handelt es sich? Um Frauen mit Geburtsfisteln, die sich zur chirurgischen Reparatur in eines der sechs Fistelspezialisierten Krankenhäuser in Amhara, Tigray, Oromia, Addis Abeba, Harar und SNNPR gaben.</p> <p>Wie gross ist die Stichprobe? 219 Frauen.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? <i>Non-probability sampling.</i> Alle Frauen wurden in die Studie inkludiert, die sich zwischen 1. Januar und 31. Juni 2017 in einem der sechs spezialisierten Krankenhäuser einer Behandlung unterzogen. 320 besuchten die Fistelklinik im beschriebenen Zeitraum. Es wurden alle Frauen in die Studie aufgenommen, welche → durch einen ärztlichen Untersuch mit Geburtsfisteln diagnostiziert wurden → mindestens seit drei Monaten mit Geburtsfisteln leben Bei Frauen, die die Problematik der Geburtsfisteln bereits kannten oder welche bereits eine Operation hatten, wurden exkludiert. Zudem wurden Frauen, deren Zustand keine geburthilfliche Fistel war, ausgeschlossen. Letztlich erfüllten 219 Personen die nachfolgenden Zulassungskriterien.</p>

Gibt es verschiedene Studiengruppen?

Im Datenerhebungsprozess wurden die Frauen in zwei Gruppen aufgeteilt, abhängig von ihrer Punktezahl im Fragebogen (PHQ-9 & GAD-7). Es wurde festgelegt, dass Frauen, welche in beiden Fragebögen > 10 Punkte hatten, Symptome einer Depression oder einer Angststörung vorwiesen. Bei < 10 Punkte wiesen die Frauen keine Symptome einer Depression oder Angststörung auf.

Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?

Ja, es wurden Ein- und Ausschlusskriterien differenziert dargestellt und begründet. Jedoch wurde über die Klassifikation der Geburtsfisteln von den einzelnen Probandinnen nicht berichtet. Die Stichprobengröße wurde berechnet und auf 200 Teilnehmerinnen festgelegt.

Datenerhebung**Welche Art von Daten wurden erhoben?**

Der Fragebogen, welcher für die Interviews benutzt wurden, konnte in drei Teile kategorisiert werden:

→ Soziodemografische Angaben (Alter, Wohnort, Bildungsstand, Religion, Zivilstand)

→ Geburtshilfliche und gynäkologische Anamnese (Alter bei erster Hochzeit, Alter bei erster Geburt, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Anzahl von Lebendgeburten/Totgeburten, Lebensdauer mit Geburtsfisteln, Geburtsdauer, Geburtsmodus, Geburtsort, Geburtsoutcome)

→ Symptome psychischer Belastung (Depressionen und Angststörungen)

Wie häufig wurden Daten erhoben?

Einmalig.

Messverfahren & oder Intervention**Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)?**

Interview mit einem strukturierten, vorkodierten, dreiteiligen Fragebogen. Symptome von Depressionen und Angststörungen wurde mit dem Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten (PHQ-9) bzw. Testinstrument generalisierte Angststörung (GAD-7) gemessen. Die Verwendung dieser Messinstrumente wurde begründet. PHQ-9 und GAD-7 gilt in Äthiopien unter Verwendung verschiedener Cut-off-Punkte zur Diagnosesicherung einer Depression oder einer Angststörung als valide. Als Cut-off-Punkt ist diejenige Punktezahl beschrieben, welche Symptome einer Depression oder einer Angststörung diagnostiziert. Jene kann entweder bei > 5 Punkten oder bei > 10 Punkten angesetzt werden. In dieser Studie wurde der Cut-off bei > 10 Punkten gewählt mit der Begründung, dass durch eine Überschneidung von Symptomen zwischen geburtshilflichen Fisteln und somatischen Symptomen einer psychischen Belastung (z.B. Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust) bei der tieferen Cut-off-Grenze die Resultate verzerrt werden könnten.

Welche Intervention wird getestet?

Es wurde keine Intervention getestet.

Datenanalyse**Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf?**

Nominal: Wohnort, kulturelle Herkunft, Zivilstand, Bildungsstand, Geburtsort, Geburtsmodus,

Ordinal: PHQ-9 & GAD-7

Ratio: Alter, Geburtsdauer, Anzahl Tod- und Lebensgeburten, Anzahl Lebensjahre mit Geburtsfisteln, Anzahl Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Alter bei erster Geburt, Alter bei der Hochzeit

Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet?

Die Daten wurden auf Qualität, Genauigkeit und Vollständigkeit mit den Plausibilitäts- und Kreuzvalidierungsprüfungen bewertet. Die Daten wurden kodiert und in Epi-Data Version 3.2 eingegeben. Um die Richtigkeit der Daten zu überprüfen, wurde eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Beim Auftauchen von Eingabefehlern wurde mit den ausgefüllten Fragebögen gegenkontrolliert. Nach Abschluss der Dateneingabe wurden die Daten zur Analyse in SPSS Version 20 exportiert. Danach wurde eine Faktoranalyse (AMOS version 22 computer software) durchgeführt. Interne Konsistenz wurde mit Cronbach's alpha durchgeführt.

Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?
 Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0.05$ gesetzt.

Ethik
Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?
 Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert und dementsprechend auch keine Massnahmen ergriffen.

Falls relevant: Ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?
 Ja. Die ethische Genehmigung wurde von der Ethikkommission der Universität von Südafrika und des *Hamlin Fistula Center* eingeholt. Die Teilnehmer unterschrieben eine mündliche oder schriftliche Einverständniserklärung und wurden über ihre Rechte und die Vertraulichkeit informiert.

Ergebnisse

Welche Ergebnisse werden präsentiert?
 1. Soziodemografische Charakteristika

Table 1: Socio-demographic characteristics of the study respondents (n = 219)

Characteristics	Number	Percent (%)
Current age		
<25+	77	35.2
26-30	79	36.1
>31+	63	28.8
Residence		
Urban	31	14.1
Rural	188	85.8
Educational status		
Unable to read and write	162	74.0
Read and write or primary	57	26.0
Religion (n=214)		
Orthodox	75	35.05
Muslim	69	32.24
Protestant	68	31.8
Others	2	0.9
Ever married		
Yes	203	92.7
No	16	7.3
Current marital status		
Married	159	72.6
Divorced/Widowed	44	20.1
Single	16	7.3

2. Gynäkologische und geburtshilfliche Daten

Table 2: Gynecological and obstetric history of women with obstetric fistula

Characteristic	Number	Percent (%)
Age at first marriage (year) (n = 219)		
<18	108	49.3
18+	111	50.7
Average age at first marriage		16.4 years (SD = 3.02)
Age at first delivery (Year) (n=219)		
<18	67	30.6
18+	152	69.4
Average age at first delivery		19.25 years (SD = 3.6)
Antenatal attendance (last child) (n=214)		
0	86	40.2
1-3	63	29.4
4+	65	30.4
Number of live births (n=176)		
1-2	85	48.3
3-5	59	33.5
>5	32	18.2
Fistula duration (year) (n=217)		
<1 year	134	61.8
1-5 years	46	21.2
>5 years	37	17.1
Average duration of the fistula		2.3 years (SD = 3.5), median = 0.75
Labor duration (time spent during their last delivery, in hours) (n=213)		
<24	59	27.7
24+	154	72.3
Mode of delivery (last delivery) (n=210)		
Normal vaginal delivery	93	44.3
CS delivery	81	38.6
Other mode of delivery	36	17.1
Place of delivery (last delivery) (n=210)		
Home	58	27.6
Hospital	127	60.5
Health center	20	9.5
Health post	5	2.4
Delivery outcome (last birth) (n=194)		
Stillbirth	140	72.2
Livebirth	54	27.8
Number of stillbirth experiences (n=154)		
1	114	74.0
2+	40	26.0

3. Explorative Assoziation zwischen gynäkologischer/geburtshilflicher Krankheitsgeschichte und psychischer Belastung

Table 4: Exploratory association between patient gynecologic and obstetric history and psychological distress ^{a,b,c,d} sub-scale.

Characteristic	Depression (%)	P value	Anxiety (%)	P value
Fistula duration				
<1+ year	120 (60)	0.242	98 (56.3)	0.004
>1 year	80 (40)		76 (43.7)	
Delivery outcome (last birth)				
Stillbirth	128 (72.7)	0.578	118 (75.6)	0.049
Livebirth	48 (27.3)		38 (24.4)	
Social support				
Poor	50 (25)	0.024	48 (27.6)	0.001
Intermediate	77 (38.5)		68 (39.1)	
Strong	73 (36.5)		58 (33.3)	

*T-test = 61.01; P = <0.000

^a Values are given as number (percentage) unless otherwise indicated.

^b Women with minimal depression were grouped together with those without depression to form a 'minimal or no depression' cohort, whereas those with mild, moderate, moderately severe, or severe depression constituted the 'depression' cohort (n = 219).

^c Women with minimal anxiety were grouped together with those without anxiety to form a 'minimal or no anxiety' cohort, whereas those with mild, moderate, or severe anxiety constituted the 'anxiety' cohort (n = 219).

^d Women with minimal PTSD were grouped together with those without PTSD to form a 'minimal or no PTSD' cohort, whereas those with mild, moderate, moderately severe, or severe PTSD constituted the 'PTSD' cohort (n = 219).

Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie?

Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)?

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass 58% der betroffenen Frauen Depressionssymptome aufzeigen. Hingegen wurden bei 47% der Frauen Anzeichen einer Angststörung identifiziert. Alle Frauen, welche entweder von Depressionen oder Angststörungen betroffen waren, besaßen signifikant geringe soziale Unterstützung. Symptome einer Depression oder Angststörung zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit der vorhandenen sozialen Unterstützung der Betroffenen auf. 63.5% der betroffenen Frauen besaßen unzureichende bis mittelmässige soziale Unterstützung. Ein signifikanter Zusammenhang wurde ferner zwischen dem Auftreten einer Angststörung und einer Totgeburt oder dem Leben mit Geburtsfisteln über einem Jahr, detektiert. Die Totgeburt bezieht sich dabei auf jene Geburt, welche zu den Geburtsfisteln führte.

Die zentralen Ergebnisse werden einerseits in soziodemographische und gynäkologische/geburtshilfliche Resultate unterteilt. Andererseits werden die Zusammenhänge zwischen gynäkologischer/geburtshilflicher Krankheitsgeschichte und dem Vorkommen von psychischer Belastung (Depression und Angststörungen) dargestellt. Die Ergebnisse werden sowohl in tabellarischer, als auch in schriftlicher Form übersichtlich dargestellt.

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?

Diskussion

Signifikante und nicht signifikante Ergebnisse werden erklärt.

Die Forschenden erläutern weitere Ursachen, weshalb die Frauen Anzeichen von Depressionen und Angststörungen entwickelt haben, wie z.B. das Erleben einer Totgeburt oder eine Scheidung vom Ehepartner.

Die Forschenden konkludieren, dass Frauen mit Geburtsfisteln eine hohe Prävalenz von psychischer Belastung in Form von Depressionen und Angststörungen zeigen.

Werden Limitationen diskutiert?

→ Ein kausaler Zusammenhang zwischen Frauen mit Geburtsfisteln und Depressionen oder Angststörungen kann nicht bestätigt werden, da eine Depression oder Angststörung bereits vor Eintritt der Geburtsfisteln persistieren könnte

→ Der in der Studie verwendeten Diagnosedstellung einer Depression oder Angststörung liegt kein klinisches, ärztliches Assessment zugrunde.

	<p>→ Das Risiko eines Erinnerungsbias ist gegeben, bei welchem durch das Auftreten von traumatischen Erlebnissen oder psychischer Belastung jene negativen Empfindungen eine stärkere Gewichtung erhalten im Gegensatz zu positiven Erfahrungen (Baumeister et al., 2001).</p> <p>→ Die Validität des Fragebogens wurde für die amharische Sprache eruiert, jedoch nicht für andere äthiosemitische Sprachen, in welche der Fragebogen ebenfalls übersetzt wurde. Dies könnte die Validität der Studie beeinträchtigen.</p> <p>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <p>Ja.</p> <p>→ Ähnliche Studien belegen, dass Frauen mit Geburtsfisteln eine hohe Prävalenz an Depressionssymptomen und Angststörungen aufweisen</p> <p>→ Ähnliche Studien belegen den Zusammenhang von soziodemographischen und geburtshilflichen Hintergründen mit dem Auftreten von Geburtsfisteln und psychischen Belastungen mitunter Depressionen und Angststörungen. Das Erleben einer Totgeburt ist ein essentieller Risikofaktor für das Entwickeln einer psychischen Störung wie Depressionen und Angststörungen (72% der Betroffenen Frauen brachten ihr Kind tot zur Welt).</p> <p>→ Ähnliche Studien verweisen ebenfalls auf den signifikanten Zusammenhang von Depressionen und Angststörungen und der geringen sozialen Unterstützung bei Frauen mit Geburtsfisteln.</p> <p>→ Die Prävalenz von 58% (Depressionssymptome) und 47% (Anzeichen einer Angststörung) sind deutlich höher als in der vorhandenen Literatur. Dies wird damit begründet, dass in der Studie eine höhere Anzahl an Scheidungen und Trennungen vorhanden war. Laut Literatur ist eine psychische Belastung signifikant mit dem Familienstand assoziiert.</p> <p><u>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</u></p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</p> <p>Frauen mit einer Geburtsfistel weisen eine hohe Prävalenz psychischer Belastung auf. Das Behandlungskonzept für betroffene Frauen soll weiter ausgebaut werden, damit sie nebst der chirurgischen Therapie auch eine gezielte psychotherapeutische Behandlung erfahren, um Depressionen und Angststörungen entgegenzuwirken. Auch Hebammen sollen die Konzepte der psychotherapeutischen Behandlung von Frauen mit Geburtsfisteln erlernen.</p>
--	---

Studie E: Kritische Würdigung der Studie von Belayihun und Mavhandu-mudzuis (2018)

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis?</p> <p>Die Ergebnisse der Studie sind für alle Fachpersonen im Umgang mit Frauen, welche an Geburtsfisteln leiden, von grosser Bedeutung. Des Weiteren können die Ergebnisse der Studie auch für die Sensibilisierungsarbeit in jenen Ländern dienen, in welchen die Problematik der Geburtsfisteln in Vergessenheit geraten ist.</p> <p>Wird das Thema/ das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</p> <p>Ja.</p>
Methode	<p><u>Ansatz/ Design</u></p> <p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</p> <p>Nein. Das gewählte Design im Zusammenhang mit dem Forschungsziel birgt gewisse Risiken. Es ist nicht möglich, einen kausalen Zusammenhang zwischen Frauen mit Geburtsfisteln und Depressionen oder Angststörungen zu detektieren, da eine Depression oder Angststörung bereits vor Eintritt der Geburtsfisteln persistieren könnte.</p>

Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert?

Es wurde kein klinisches, ärztliches Assessment durchgeführt, um die Diagnose einer Depression oder Angststörung zu identifizieren. Zudem wurde auch nicht eruiert, ob eine Depression oder Angststörung schon vor Eintritt einer Geburtsfistel bestehen könnte. Dadurch wird die interne Validität heruntergesetzt.

Die externe Validität wird durch die Berechnung der Stichprobengrösse gefestigt. Potentielle Störvariablen, wie beispielsweise soziodemographische Unterschiede oder das Erleben eines traumatischen Events (Totgeburt des Kindes) wurden statistisch ausgeglichen. Es wird jedoch nicht genau erläutert, was alles als traumatischer Event definiert wird. Gewisse Störfaktoren, wie beispielsweise der Zeitpunkt der Datenerhebung, wurden nicht berücksichtigt.

Abschliessend kann gesagt werden, dass gewisse Parameter kontrolliert wurden, um die interne und externe Validität zu erhöhen, jedoch gibt es auch einige Schwachstellen, welche die Validität verringern.

Stichprobe

Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?

Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht. Es muss jedoch beachtet werden, dass ein *Diagnostic access Bias* entstehen kann, da nur jene Frauen in den Fistelzentren behandelt werden, welche einen Zugang dazu haben. Vielen Frauen bleibt jener aufgrund von finanziellen, logistischen oder topographischen Begebenheiten erschwert.

Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?

Nein, dafür gibt es mehrere Gründe:

→ Das Studiendesign erlaubte eine einmalige Datenerhebung und stellt somit eine Momentaufnahme dar. Die Resultate lassen sich nicht auf einen anderen Zeitpunkt applizieren

→ Aufgrund des *Diagnostic access Bias* können die Ergebnisse nicht auf die gesamte Forschungspopulation adaptiert werden. Die Resultate können auch nicht auf andere Länder übertragen werden, da sie gegebenenfalls eine andere Strategie zur Bekämpfung von Geburtsfisteln verfolgen und sich andere Herausforderungen diesbezüglich stellen.

Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse?

Werden Drop-Outs angegeben und begründet?

Es erfolgte eine Berechnung der Stichprobengrösse, welche auf 200 Probandinnen festgelegt wurde. Die Stichprobengrösse wurde begründet. In der Studie kam es zu keinen Drop-Outs.

Datenerhebung

Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?

Ja. Die Forschenden supervisierten initial einige Interviews mit den Probandinnen, danach fanden wöchentliche und monatliche Supervisionen vor Ort statt, um den Forschungsprozess und die Datenerhebung reflektieren und evaluieren zu können.

Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich?

Ja. Es wurden bei allen Probandinnen systematisch die gleiche Methode der Datenerhebung angewendet.

Die Interviews wurden von sechs psychiatrischen Pflegefachpersonen durchgeführt, welche zuvor geschult wurden.

Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?

Ja.

Messverfahren & oder Intervention

Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)?

Ja, die Reliabilität der beiden Messinstrumente (PHQ-9 und GAD-7) wurde berechnet und nachvollziehbar begründet.

Sind die Messinstrumente valide (validity)?

Die starke interne Validität der beiden Messinstrumente (PHQ-9 und GAD-7) wurde mit zusätzlicher Literatur belegt. Des Weiteren wurde die interne Validität mit dem erhöhten Cut-off-Wert gestärkt. Die interne Validität der Messinstrumente ist jedoch nur für jene Fragebögen

	<p>zutreffend, welche in der amharischen Sprache verfasst worden sind. Für andere, äthiosemitische Sprachen wurde die interne Validität nicht berechnet.</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja.</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Eine nicht abschliessende Liste von möglichen Verzerrungen auf die Intervention wurde erwähnt. Beispielsweise werden soziodemographische Unterschiede statistisch kontrolliert, um keine Verzerrung der Resultate zu generieren.</p> <p><u>Datenanalyse</u></p> <p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ja.</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Die statistischen Verfahren wurden teilweise unzureichend beschrieben. Gewisse Berechnungen des p-Wertes werden nicht nachvollziehbar dargestellt und begründet.</p> <p>Entsprechen die verschiedenen statistischen Tests den Datenniveaus? Ja.</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja, unter Berücksichtigung der Störvariablen und Limitationen der Studie.</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nachvollziehbar und begründet.</p> <p><u>Ethik</u></p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Die Interviews wurden von sechs psychiatrischen Pflegefachfrauen durchgeführt. Da sensitive Daten erhoben wurden, wurden nur Frauen als Interviewende zugelassen. Die Forschenden waren initial bei einigen Interviews zur Supervision dabei.</p>
Ergebnis	<p><u>Ergebnisse</u></p> <p>Sind die Ergebnisse präzise? Ja.</p> <p>Wenn Tabellen/ Grafiken verwendet wurden, sind jene präzise, vollständig und als Ergänzung zum Text beschrieben? Mehrheitlich sind die Tabellen präzise, vollständig und als Ergänzung zum Text beschrieben. Die Tabelle, welche den Zusammenhang zwischen der gynäkologischen/geburtshilflichen Krankheitsgeschichte und dem Auftreten von Depressionen und Angststörungen darstellt, ist nicht als Ergänzung zum Text beschrieben. Es wird von Unterkategorien geredet, welche das Krankheitsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) erläutern. Dies wird nirgends im Text erwähnt.</p>
Diskussion	<p><u>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</u></p> <p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja.</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf Fragestellung, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p>

Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis

Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?

Um die Studie als sinnvoll betrachten zu können, müssen die Grenzen und Limitationen der Studie inkludiert und berücksichtigt werden.

Stärken der Studie werden nicht benannt, die Schwächen werden differenziert dargestellt.

Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Praxis umsetzbar?

Die Ergebnisse der Studie erfüllen einen Sensibilisierungsauftrag, welcher die Notwendigkeit und Wichtigkeit von psychischer Behandlung nebst der chirurgischen Therapie von Frauen mit Geburtsfisteln aufzeigt.

Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?

Ja.

