



(un)erHÖRT

Herausforderungen gehörloser Frauen in der Schwangeren-
vorsorge und Empfehlungen für die Praxis

Fiela Mebold

Aline Schwegler

Departement Gesundheit
Institut für Hebammenwissenschaft
und reproduktive Gesundheit

Studienjahr: 2020

Eingereicht am: 01.05.2023

Begleitende Lehrperson: Prof. Dr. Marion Huber

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Hintergrund: Gehörlose Frauen werden in der Gesundheitsversorgung sowie spezifisch in der Schwangerenvorsorge benachteiligt und begegnen dabei vielen Herausforderungen. Durch unterschiedliche Methoden kann diesen Herausforderungen entgegengewirkt werden.

Ziel: Anhand von diesem systematisierten Literaturreview sollen Herausforderungen eruiert werden, welchen gehörlosen schwangeren Frauen in der Schwangerenvorsorge begegnen. Hierzu sollen für die Gesundheitsfachpersonen Empfehlungen für die Praxis ausgearbeitet werden.

Methode: Um die Fragestellung zu beantworten, wurde mittels definierten Keywords in drei verschiedenen online Datenbanken nach Literatur gesucht. Anhand von spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien wurden drei qualitative, eine quantitative und eine Mixed Method Studie ausgesucht. Die Literatur wurde mit Hilfe vom CanMEDS Modell analysiert und diskutiert.

Ergebnisse: Die Kommunikation, der Zugang zu gesundheitlichen Informationen und die Einstellung von Gesundheitsfachpersonen gegenüber gehörlosen Frauen stellen Herausforderungen in der Schwangerenvorsorge für gehörlose schwangere Frauen dar. Gesundheitsfachpersonen können eine zentrale Rolle darin spielen, diese Herausforderungen für die schwangere Frauen zu minimieren.

Schlussfolgerungen: Anhand der Ergebnisse wird aufgezeigt, dass gehörlose schwangere Frauen vielen Herausforderungen in der Schwangerenvorsorge begegnen. Eine der wichtigsten Faktoren dabei, ist die Kommunikation. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, ist das Hinzuziehen von Gebärdensprachdolmetscher:innen von Bedeutung. Um aussagekräftigere Ergebnisse zu erreichen, ist weitere Forschung nötig.

Keywords: pregnancy, pregnant, maternity care, deaf, deafness, experience

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit lehnt sich bei der gendergerechten Sprache an den Leitfaden der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften an. Sind Männer und Frauen gemeint, werden Paarformen wie zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher:innen verwendet (Stabstelle Diversity, 2022).

Wenn der Begriff Hebamme verwendet wird, werden weibliche und männliche Personen angesprochen. In dieser Bachelorarbeit wird die Begrifflichkeit «die schwangere Frau» gebraucht. Dabei werden lediglich Personen inkludiert, welche sich als Frau identifizieren.

Diese Arbeit wurde vorwiegend für Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich, die ein gewisses Vorwissen mitbringen, verfasst. Für ein besseres Verständnis werden bei der Erstnennung Fachbegriffe mit einem Stern (*) markiert und diese im Glossar erläutert.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Problemstellung und Forschungsstand	7
1.2	Eingrenzung des Themas	8
1.3	Zielsetzung	8
1.4	Fragestellung	9
2	Theoretischer Hintergrund	9
2.1	Gehörlosigkeit	9
2.1.1	Definition	10
2.1.2	Ursachen der Gehörlosigkeit	10
2.1.3	Gehörlosenkultur	11
2.1.4	Gebärdensprache	11
2.2	Kommunikation zwischen hörenden und gehörlosen Menschen	12
2.3	Schwangerenvorsorge	13
2.4	CanMEDS Modell	14
3	Methode	17
3.1	Form der Arbeit	17
3.2	Literaturrecherche	18
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien	18
3.4	Selektierte Literatur	19
3.5	Beurteilungsinstrumente	20
4	Ergebnisse	21
4.1	Studie A: Übersicht	21
4.1.1	Zusammenfassung Studie A	21
4.1.2	Würdigung Studie A	23
4.1.3	Güte Studie A	24

4.2	Studie B: Übersicht	25
4.2.1	Zusammenfassung Studie B.....	25
4.2.2	Würdigung Studie B.....	26
4.2.3	Güte Studie B	28
4.3	Studie C: Übersicht	29
4.3.1	Zusammenfassung Studie C.....	29
4.3.2	Würdigung Studie C	31
4.3.3	Güte Studie C	31
4.4	Studie D: Übersicht	33
4.4.1	Zusammenfassung Studie D.....	33
4.4.2	Würdigung Studie D	35
4.4.3	Güte Studie D	36
4.5	Studie E: Übersicht	37
4.5.1	Zusammenfassung Studie E.....	37
4.5.2	Würdigung Studie E.....	39
4.5.3	Güte Studie E	39
5	Diskussion	40
5.1	Herausforderungen	41
5.2	Empfehlungen.....	46
5.3	Beantwortung der Fragestellung	48
6	Schlussfolgerungen.....	49
6.1	Theorie-Praxis Transfer	49
6.2	Limitationen	51
6.3	Ausblick	52
6.4	Fazit.....	52
	Literaturverzeichnis	53

Abbildungsverzeichnis	56
Tabellenverzeichnis	56
Wortzahl	56
Danksagung	57
Eigenständigkeitserklärung	57
Anhang	58

1 Einleitung

In der Schweiz sind circa 10'000 Personen vollständig gehörlos, was 0,1% der Bevölkerung entspricht (Stephens, 2021). Hörbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz bis zu 800'000, die genaue Zahl ist allerdings nicht vorhanden, da die Schweiz keine Statistik dazu führt (Stephens, 2021).

Trotzdem gestaltet sich der Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen für gehörlose Personen unter anderem aufgrund der Kommunikation als schwierig. Die erschwerte Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und gehörlosen Patient:innen sowie die unzureichende Erfahrung der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit gehörlosen Menschen resultieren oftmals in einer schlechten Erfahrung für die Patient:innen (Alexander et al., 2012). Diese Aussage lässt sich auch auf gehörlose Frauen in der Schwangerschaft übertragen. Gemäss Luton et al. (2022) haben gehörlose Frauen in der Schwangerschaft einen mangelnden Zugang zur Schwangerenvorsorge und nehmen weniger Schwangerschaftskontrollen wahr. Zudem ist die Zufriedenheit von gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge als niedriger einzustufen im Vergleich zu hörenden Frauen (O'Hearn, 2006). Des Weiteren fehlt es gemäss Sporek de Lacerda (2021) an Wissen im Umgang mit gehörlosen schwangeren Frauen. Diese werden bei unterschiedlichen Leistungen der Schwangerenvorsorge oftmals von der Hebamme vernachlässigt (Sporek de Lacerda, 2021). Dies stellt ein Problem dar, denn Gesundheitsfachpersonen sollen eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Betreuung für schwangere Frauen gewährleisten können.

1.1 Problemstellung und Forschungsstand

Die aufgezeigten Faktoren verdeutlichen, dass gehörlose Frauen in der Gesundheitsversorgung generell und in der Schwangerenvorsorge benachteiligt sind. Aufgrund dessen sollen Gesundheitsfachpersonen für das Thema der Gehörlosigkeit in der Gesundheitsversorgung sowie spezifisch in der Schwangerenvorsorge sensibilisiert werden. Sporek de Lacerda (2021) sagt aus, dass Hebammen in diesem Bereich zu wenig Expertise aufweisen und der Zugang zu Informationen für schwangere gehörlose Frauen unzureichend sein kann. Um diese Expertise für

Gesundheitsfachpersonen zugänglich und erlernbar zu machen, werden im Verlauf dieser Bachelorarbeit eine Reihe von Ideen erläutert, um am Schluss evidenzbasierte Empfehlungen für die Praxis abzuleiten.

Des Weiteren ist für diese Thematik weitere Forschung von Bedeutung. Dies wird anhand der Studie von Adigun und Mngomezulu (2020) verdeutlicht, die aufzeigt, dass die Forschung im Bereich der Schwangerenvorsorge in Bezug auf die Gehörlosigkeit limitiert ist. Vereinzelt gibt es internationale Studien über dieses Thema, in der Schweiz wurden dazu bisher keine Studien publiziert.

1.2 Eingrenzung des Themas

Diese Bachelorarbeit befasst sich lediglich mit absolut gehörlosen Menschen, wobei Personen, die schwerhörig sind, in dieser Bachelorarbeit nicht miteinbezogen werden. Des Weiteren wird der erschwerte Zugang von gehörlosen Frauen zur Schwangerenvorsorge in dieser Bachelorarbeit nicht berücksichtigt. Es werden ausschliesslich Aussagen über gehörlose Frauen gemacht, die bereits Zugang zur Schwangerenvorsorge haben. Da gehörlose Frauen während der Schwangerenvorsorge mit unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen in Kontakt sind, wird in dieser Bachelorarbeit lediglich auf jene Gesundheitsfachpersonen eingegangen, welche während der Schwangerenvorsorge geburtshilflich die gehörlose Frau betreuen. Dazu legen die Autorinnen den Fokus auf Hebammen, Pflegefachpersonen und Gynäkolog:innen. Auf einen Einbezug weiterer Gesundheitsfachpersonen wird verzichtet, da dies den Rahmen dieser Bachelorarbeit überschreiten würde.

1.3 Zielsetzung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit soll anhand von fünf Studien aufgezeigt werden, welchen Herausforderungen gehörlose Frauen in der Schwangerenvorsorge im Spital begegnen. Die Bachelorarbeit soll ausserdem dazu dienen, Gesundheitsfachpersonen für diese Thematik zu sensibilisieren und Handlungsempfehlungen für die Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen in der Schweiz aufzuzeigen. Die Motivation der Autorinnen für diese Bachelorarbeit ist es, eine bessere und umfangreichere Betreuung für gehörlose Frauen anbieten zu können. Das Ziel ist es,

dass Gesundheitsfachpersonen im Rahmen der Schwangerenvorsorge gezielt auf gehörlose Frauen eingehen und sie adäquat betreuen können. Aus dieser Zielsetzung ist der Titel dieser Bachelorarbeit entstanden.

(un)erHÖRT. Der Titel dieser Bachelorarbeit kann auf verschiedene Weisen interpretiert werden. Unerhört kann einerseits bedeuten, dass gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorgen teilweise vernachlässigt werden und ihre Bedürfnisse allenfalls unerhört bleiben (Sporek de Lacerda, 2021). Andererseits ist es unerhört und unverständlich, dass diese Benachteiligung existiert. Daraus lässt sich für die Autorinnen dieser Bachelorarbeit eines der Ziele ableiten, dass die Lesenden für diese Thematik sensibilisiert werden. Deshalb der Appell an Sie: Hört!

1.4 Fragestellung

Mittels folgender Fragestellung soll die Zielsetzung erreicht werden:

Welchen Herausforderungen begegnen gehörlose Frauen während der Schwangerenvorsorge im Spital und welche Empfehlungen lassen sich hierzu für Gesundheitsfachpersonen aussprechen?

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden für die Arbeit relevante Begriffe definiert und erläutert. Zusätzlich wird auf das CanMEDS Modell eingegangen, welches im Ergebnis- und Diskussionsteil miteinbezogen wird.

2.1 Gehörlosigkeit

Die Thematik der Gehörlosigkeit wird in diesem Unterkapitel genauer beschrieben. Dies sollte den Leser:innen das nötige Wissen vermitteln um dieser Bachelorarbeit folgen zu können. In dieser Bachelorarbeit wird auf eine detaillierte Definition und Beschreibung des Begriffs Schwerhörigkeit verzichtet, da dies den Umfang der Arbeit überschreiten würde und der Fokus der Bachelorarbeit spezifisch auf den gehörlosen Personen liegt.

2.1.1 Definition

Personen, bei denen das Hörvermögen nicht vorhanden ist, werden als absolut gehörlos bezeichnet. 98% der als gehörlos bezeichneten Menschen besitzen geringe Hörreste, welche jedoch kaum vorhanden sind, so dass diese Personen auf natürlichem Weg die Lautsprache nicht wahrnehmen können (Leonhardt, 2019). Die medizinische Definition der Hörschädigung ist eine Möglichkeit, die Gehörlosigkeit von der Schwerhörigkeit abzugrenzen. Mittels der Einheit Dezibel (dB) wird der Grad der Schwerhörigkeit klassifiziert. Die Gehörlosigkeit bezeichnet ein Hörverlust über 90dB (Kramer, 2007). Zum einfacheren Verständnis der Einheit dB wird in der Tabelle 1 anhand von Beispielen der Grad der Schwerhörigkeit mit dB verglichen.

Tabelle 1: Der Grad der Schwerhörigkeit im Vergleich mit Dezibel (Eigene Darstellung in Anlehnung an Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2021)

Grad der Schwerhörigkeit	Lautstärke in dB	Beispiel
Mild	26 – 40 dB	Das Verstehen von leisen Geräuschen (beispielsweise Flüstern) ist erschwert.
Moderat	41 – 60 dB	Normale Gespräche zu verstehen wird schwierig.
Stark	61 – 80 dB	Laute Geräusche (beispielsweise lautes Sprechen) wird kaum gehört.
Sehr stark	> 81 dB	Laute Geräusche werden lediglich noch als Vibration registriert.

Gehörlose Personen definieren sich selbst nicht durch die möglichen Beeinträchtigungen des Hörverlusts, sondern über die Sprache und die Kultur (Deutscher Gehörlosenbund e.V., 2007).

2.1.2 Ursachen der Gehörlosigkeit

Es gibt unterschiedliche Gründe für das Entstehen einer Gehörlosigkeit. Laut der World Health Organization (2023) wird der Zeitpunkt des Auftretens in pränatal, perinatal*, Kindes- und Jugendalter, sowie das Erwachsenenalter eingeteilt. Des Weiteren definiert die World Health Organization (2023) Ursachen für die Entstehung der Gehörlosigkeit zu den verschiedenen Zeitpunkten. Pränatal sind die

Hauptursachen genetische Faktoren sowie intrauterine Infektionen. Perinatal gehö- ren Geburtskomplikationen und neonatale Komplikationen zu den Ursachen. Im Kindes- und Jugendalter können chronische Ohrentzündungen und Flüssigkeitsan- sammlungen im Ohr zu Gehörlosigkeit führen. Zudem können Meningitis* und an- dere Infektionen ursächlich dafür sein. Chronische Erkrankungen, Rauchen, Osteo- sklerose* und nervenbedingter Hörverlust können im Erwachsenenalter zur Gehör- losigkeit führen. Im Verlaufe des Lebens können Traumatas, bestimmte Medika- mente, Lärm und Weiteres, Gründe für die Gehörlosigkeit sein (World Health Orga- nization, 2023).

2.1.3 Gehörlosenkultur

Die sogenannte Gehörlosenkultur hat sich durch die Gebärdensprache, durch ge- meinsame Überzeugungen und kulturelle Interessen entwickelt (Hoffmann & Schä- fer, 2020). Zudem greifen Hoffmann und Schäfer (2020) das Thema der Gehörlo- senkultur detaillierter auf und erwähnen folgende Aussage: «Ein gemeinsames Merkmal der Gehörlosenkultur ist es, dass die Gehörlosigkeit von ihren Mitgliedern per se nicht als Behinderung, sondern als sprachliche Minderheit angesehen wird» (S. 280).

Gehörlose Menschen erleben aufgrund des Hörverlusts und der Kommunikation Diskriminierung (Hoffmann & Schäfer, 2020). Auch im Gesundheitswesen erweist sich die Kommunikation zwischen gehörlosen Personen und den Gesundheitsfach- personen als schwierig. Das kann dazu führen, dass der Zugang zu medizinischen Einrichtungen erschwert ist (Alexander et al., 2012).

2.1.4 Gebärdensprache

Die Gebärdensprache ist die bevorzugte Kommunikationsform gehörloser Men- schen. Es ist eine auf natürliche Art und Weise entstandene Sprache, welche eine visuell-gestische Ausdrucksform hat (Hoffmann & Schäfer, 2020). Dabei werden hauptsächlich mit den Händen vor dem Oberkörper und vor dem Kopf Wörter und Buchstaben zum Ausdruck gebracht. Zusätzlich sind die Mimik, sowie Lippenbewe- gungen von Bedeutung, um das Gebärdete zu unterstützen. Als Ergänzung dazu gibt es innerhalb der Gebärdensprache das Fingeralphabet. Dieses dient dazu,

dass jedes Wort manuell buchstabiert werden kann. Das Fingeralphabet kommt hauptsächlich zum Einsatz, um Wörter zu gebärden, welche im Gegensatz zur Lautsprache in der Gebärdensprache nicht existieren (Hoffmann & Schäfer, 2020). Nebst den oben genannten Ausdrucksweisen innerhalb der Gebärdensprachen ist zu betonen, dass weltweit unterschiedliche Gebärdensprachen existieren. Dazu gehören unter anderem die Deutschschweizer Gebärdensprache (DSGS), die American Sign Language (ASL) und die British Sign Language (BSL). Auch innerhalb eines Landes gibt es regionale Dialekte (Hoffmann & Schäfer, 2020).

2.2 Kommunikation zwischen hörenden und gehörlosen Menschen

Da in der Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen jeweils hörende Gesundheitsfachpersonen involviert sind, ist ein Verständnis von den möglichen Kommunikationsarten zwischen den zwei Personengruppen essenziell. Die Kommunikation kann mit oder ohne Einbindung von Drittpersonen stattfinden. Ohne Drittperson kann über das Lippenlesen oder schriftlich mit gehörlosen Personen kommuniziert werden. Beim Lippenlesen werden Sprachbewegungen der Lippen abgelesen (Dudenredaktion, 2023). Dadurch können Missverständnisse entstehen, da nur ein Drittel des Gesprochenen von der ablesenden Person verstanden wird (Kramer, 2007). Im Lippenlesen geübte Personen können jedoch bis zu 50% des Gesprochenen ablesen und verstehen (Stephan & Pinilla, 2014). Empfehlungen zum Lippenlesen sind eine möglichst klare Artikulation, dass die Sprecher:in leicht verlangsamt spricht und dass das Mundbild ersichtlich sein soll (Stephan & Pinilla, 2014). Die Schrift hingegen ist eine Ergänzung zur Lautsprache. Kinder, die vor dem Erlernen des Lesens gehörlos sind, haben im Vergleich zu hörenden Kindern mehr Schwierigkeiten die Schriftsprache zu erlernen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass gehörlose Kinder keine vollentwickelte Lautsprache besitzen. Verschiedene Studien ergaben, dass gehörlose Erwachsene eine deutlich geringere Lesekompetenz aufweisen als hörende Personen im Erwachsenenalter (Kramer, 2007). Trotzdem kann die geschriebene Sprache teilweise in der Kommunikation zwischen gehörlosen und hörenden Personen unterstützend wirken (Stephan & Pinilla, 2014). Beim Beiziehen von Drittpersonen handelt es sich um Dolmetscher:innen. Diese können professionell ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher:innen oder

Personen aus dem Umfeld sein. Beim Dolmetschen können Informationen teilweise verzerrt übersetzt werden (Hoffmann & Schäfer, 2020). Allerdings kann durch die Kommunikationshilfe von einer Gebärdensprachdolmetscher:in die Teilnahme am öffentlichen Leben unterstützt werden. Zudem können Gebärdensprachdolmetscher:innen Verständnisschwierigkeiten zwischen einer gehörlosen Person sowie einer hörenden Person klären und bei Unsicherheiten als Unterstützung wirken (Fries, 2020).

2.3 Schwangerenvorsorge

Die Schwangerenvorsorge dient dazu, Risikoschwangerschaften frühzeitig zu erkennen und die Gesundheit von Mutter und Kind zu überwachen (Amboss, 2023). Falls ein Risiko besteht, wird der Betreuungsbogen gemäss dem Risiko angepasst, wobei die Anamnese ein wichtiges Instrument für die Schwangerenvorsorge ist (Urban et al., 2016). Neben den medizinischen Inhalten sind die psychischen, wie auch die sozialen Bedürfnisse, Aspekte der Schwangerenvorsorge. Die schwangere Frau erhält Informationen, wird aufgeklärt und hat die Möglichkeit Fragen zu stellen. Hierbei wird auf die Bedürfnisse der Frau eingegangen. Die Schwangerenvorsorge kann in verschiedenen Settings durchgeführt werden und es sind mehrere Fachpersonen darin involviert. Im Spital sind Hebammen und Gynäkolog:innen hauptverantwortlich für die Schwangerenvorsorge (Höfer & Stiefel, 2020). Um die Schwangerenvorsorge zu standardisieren, hat die World Health Organization im Jahr 2016 Empfehlungen für eine positive Schwangerschaftserfahrung in Bezug auf die Schwangerenvorsorge publiziert (World Health Organization, 2016). Dabei priorisieren sie die personenzentrierte Gesundheitsversorgung, das Wohlbefinden der Frauen und Familien, sowie positive perinatale und maternale Outcomes. Die Empfehlungen umfassen Gesundheitsförderung, die klinische Schwangerenbetreuung und Massnahmen zur Ernährung. Zudem gehören die Prävention und Früherkennung bestimmter schwangerschaftsbedingten Krankheiten dazu. Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitssystems und der Qualität der Schwangerenvorsorge werden ebenfalls erwähnt. Dafür werden mindestens acht Vorsorgetermine vorgeschlagen. Die Empfehlungen sind flexibel konzipiert, damit die

unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Schwangerenvorsorge den verschiedenen Ländern angepasst werden können (World Health Organization, 2016).

2.4 CanMEDS Modell

Das CanMEDS Modell ist ein Framework*, welches anfangs der 1990er Jahre für Fachärzt:innen in Kanada entwickelt wurde. Entstanden ist das Modell durch Mitglieder des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Das Modell wird heutzutage international in verschiedenen Ländern und Kontinenten gebraucht. Zudem wird es in der Medizin und in anderen Gesundheitsberufen eingesetzt und ist weltweit das anerkannteste und am meisten angewandte Kompetenzmodell für Berufe im Gesundheitssystem (Frank et al., 2015). Es dient dazu, die Patient:innenversorgung mit definierten Fähigkeiten zu verbessern und den Gesundheitsbedürfnissen von Menschen gerecht zu werden. Die Fähigkeiten werden in sieben Rollen gegliedert (Frank et al., 2015). Die ZHAW Gesundheit bedient sich ebenfalls für die Abschlusskompetenzen der Hebamme am Referenzmodell CanMEDS. Die sieben Rollen werden unten in Anlehnung an die neu revidierte CanMEDS Rollen von Frank et al. (2015) aufgeführt. Im Originaltext wird von Ärzt:innen gesprochen. Nachfolgend werden die Aspekte der jeweiligen Rollen erläutert, die für diese Bachelorarbeit von Relevanz sind und auf Hebammen und Pflegefachpersonen übertragen werden können. Wird nachfolgend von Ärzt:innen gesprochen, sind Hebammen und Pflegefachpersonen miteinbezogen. In der Abbildung 1 werden diese sieben Rollen schematisch dargestellt, um einen Überblick zu bekommen.



Abbildung 1: CanMEDS Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Frank et al., 2015)

Expert:in

Expert:innen arbeiten patient:innenorientiert und sicher. Dabei stützen sie sich auf ihr evidenzbasiertes Wissen, ihre klinischen Fähigkeiten sowie ihre Werte. Sie kennen die Grenzen ihres Fachgebiets, treffen evidenzbasierte Entscheidungen und handeln ethisch korrekt und gewissenhaft. Dabei werden die Situation und die Wünsche der Patient:innen stets beachtet. Zudem werden vorhandene Ressourcen entsprechend genutzt. Die Expert:in arbeitet interprofessionell mit anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens zusammen. Die Rolle der Expert:in ist zentral und verbindet die restlichen sechs Rollen (Frank et al., 2015). Dies wird in der Abbildung 1 visuell verdeutlicht.

Kommunikator:in

Kommunikator:innen kommunizieren patient:innenorientiert. Dabei gehen sie ganzheitlich auf ihre Patient:innen ein und erfassen körperliche Symptome und Gefühle.

Zudem werden Erwartungen an die Gesundheitsfachpersonen geklärt. Die Anamnese wird stets miteinbezogen. Mittels gemeinsamer Entscheidungsfindung wird das Prozedere besprochen, wobei sich die Ärzteschaft an die evidenzbasierten Leitlinien hält. Die Kommunikator:in ist fähig mit Personen, die an der Versorgung der Patient:innen beteiligt sind, zu kommunizieren. Auch Familienmitglieder werden in die Patient:innenversorgung miteinbezogen (Frank et al., 2015).

Teamworker:in

Als Teamworker:in wird mit Familienmitgliedern und weiteren Personengruppen zusammengearbeitet. Dies bildet die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Betreuung. Ein respektvoller und vertrauenswürdiger Umgang ist erforderlich. Die Zusammenarbeit umfasst den Austausch von Wissen und das Definieren von Verantwortungsbereichen. Damit Teamwork erfolgreich ist, ist ein Verständnis von anderen Rollen und Unterschieden sowie das Verfolgen gemeinsamer Ziele nötig (Frank et al., 2015).

Manager:in

Ein Ziel der Manager:in ist es, dass gemeinsam im Team eine Führungsrolle eingenommen werden kann. Manager:innen arbeiten interprofessionell, um die Gesundheitsversorgung stetig zu verbessern. Sie agieren als Teammitglieder, als einzelne Leistungserbringer:innen und als Mitglied und Leiter:innen im Gesundheitssystem auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene (Frank et al., 2015).

Health Advocate

Health Advocates sind verpflichtet, die Gesundheit ihrer Patient:innen zu fördern. Zu den Aufgaben dieser Rolle gehören die Prävention von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit. Die gesundheitliche Chancengleichheit, ohne Benachteiligung einzelner Personengruppen, ist ein zentraler Aspekt. Der Zugang zu verfügbaren Ressourcen für Patient:innen wird gefördert. Ärzt:innen erkennen die Pflicht, das Wohlbefinden und die Gesundheit von Patient:innen und deren Umfeld zu verbessern. Die Health Advocates können sich ein ganzheitliches Bild der Situation machen, entwickeln ein Verständnis dafür und erarbeiten Lösungsansätze. Wo

nötig, setzen sich Ärzt:innen für ihre Patient:innen ein. Sie schärfen das Bewusstsein von Gesundheitsthemen. Die Zusammenarbeit mit Behörden, Verwaltungen und politischen Entscheidungsträger:innen sind erforderlich, um der Rolle des Health Advocates gerecht zu werden (Frank et al., 2015).

Lernende und Lehrende

Um die Gesundheitsversorgung stetig auszubauen, erlernen Lernende und Lehrende gewisse wissenschaftliche Fähigkeiten. Sie evaluieren ständig ihre Arbeit und holen aktiv Feedback ein, um die Patient:innensicherheit zu gewährleisten. Das Ziel dieser Rolle ist es, dass die Ärzteschaft ihr Fachgebiet beherrscht und sich ständig neues Wissen aneignet. Sie fördern die Aus- und Weiterbildung von Studierenden, Mitarbeiter:innen und anderen Personengruppen (Frank et al., 2015).

Professionsangehörige

Ärzt:innen erfüllen durch ihren Beruf eine wesentliche Aufgabe der Gesellschaft und reflektieren dessen Erwartungen. Dazu gehören unter anderem die Beherrschung ihres Fachgebietes, die stetige Weiterentwicklung und die Einhaltung des ethischen Kodex. Um eine optimale Patient:innenversorgung zu gewährleisten, achten Professionsangehörige auf die eigene Gesundheit und deren von Kolleg:innen (Frank et al., 2015).

3 Methode

Dieses Kapitel umfasst die Form der Arbeit und das Vorgehen bei der Literaturrecherche. Zusätzlich werden die Ein- und Ausschlusskriterien, die selektierte Literatur und die Beurteilungsinstrumente beschrieben.

3.1 Form der Arbeit

Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird mit Hilfe eines systematisierten Literaturreviews beantwortet. Für die Beantwortung der Fragestellung werden drei

qualitative, eine quantitative sowie eine Mixed Method Studie verwendet. Zusätzlich wird für die Diskussion ein Fachartikel miteinbezogen.

3.2 Literaturrecherche

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde zwischen Juni 2022 und Dezember 2022 die Literaturrecherche durchgeführt. Die Studien und der Fachartikel wurden auf den Datenbanken CINAHL, PubMed und Google Scholar gesucht. Des Weiteren wurde die Recherche durch das Schneeballprinzip erweitert. Für den theoretischen Hintergrund wurde die Literatur auf der online Datenbank ZHAW swisscovery gesucht. Zu Beginn wurde ein Überblick über den generellen Forschungsstand des Themas Gehörlosigkeit in der Geburtshilfe verschafft. Aufgrund der mangelhaften Studien in Bezug zur Geburt, wurde die Recherche auf der Datenbank spezifisch auf die Schwangerenvorsorge ausgelegt. Dabei wurden die Keywords mittels den booleschen Operatoren «AND» und «OR» verknüpft. In der Tabelle 2 werden die verwendeten Keywords in deutscher und englischer Sprache aufgelistet.

Tabelle 2: Auflistung der Keywords (eigene Darstellung)

Schlüsselwörter	Keywords
Schwangerschaft	pregnancy
schwanger	pregnant
Mutterschaft	maternity
taub	deaf
Taubheit	deafness
Erfahrung	experience

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Fragestellung der Bachelorarbeit möglichst präzise beantworten zu können, wurden verschiedene Kriterien bei der Literaturrecherche berücksichtigt. Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit hat nicht den Anspruch, dass der kulturelle und

wirtschaftliche Hintergrund ähnlich sein müssen. Begründet wird dies dadurch, dass alle ausgewählten Studienteilnehmerinnen einen Zugang zur Schwangerenvorsorge haben. Aufgrund dessen wurden drei Studien aus Industrieländern und je eine aus einem Schwellen- und Entwicklungsland miteinbezogen. Um das Thema dieser Bachelorarbeit einzugrenzen, bezieht sich die Literatur lediglich auf die Schwangerenvorsorge im Spital und nicht auf das ausserklinische Setting. Anfangs wurde nach passenden Studien gesucht, die vor nicht mehr als fünf Jahren publiziert wurden. Da wenig Forschung zum Thema existiert, wurde eine Studie aus 2006 miteinbezogen. Der im Ergebnisteil inkludierte Fachartikel ist ebenfalls älter als fünf Jahre und stammt aus dem Jahr 2011. Dies begründen die Autorinnen damit, dass die Literatur für die heutige Zeit immer noch relevant ist. Bei allen Stichproben der Studien handelt es sich um Frauen, welche älter als 18 Jahre alt sind. Dabei wird in den Studien nicht zwischen Erst- und Mehrgebärenden unterschieden. Aus der Arbeit ausgeschlossen werden Studien, welche sich mit leichter und mittlerer Hörbeeinträchtigung befassen. Zudem werden Frauen ausgeschlossen, welche mittels medizinischer Hilfstechniken über das Gehör kommunizieren können.

3.4 Selektierte Literatur

Durch die oben aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien wurden die folgenden fünf Studien, sowie ein Fachartikel ausgewählt. In der Tabelle 3 werden die fünf Hauptstudien dargestellt. Der Suchverlauf zu diesen Studien wird im Anhang B ersichtlich dargestellt.

Tabelle 3: Selektierte Literatur (eigene Darstellung)

Reihenfolge der Studien	Studie
Studie A	Panko, T. L., Cuculick, J., Albert, S., Smith, L. D., Cooley, M. M., Herschel, M., Mitra, M. & McKee, M. (2023). Experiences of pregnancy and perinatal healthcare access of women who are deaf: A qualitative study. <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , 130(5), 514-521. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17300
Studie B	Adigun, O. T. & Mngomezulu, T. P. (2020). 'They Forget I'm Deaf': Exploring the Experience and Perception of Deaf Pregnant Women Attending Antenatal Clinics/Care. <i>Annals of Global Health</i> , 86(1), 96. https://doi.org/10.5334/aogh.2942
Studie C	Gichane, M. W., Heap, M., Fontes, M. & London, L. (2017). "They must understand we are people": Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. <i>Disability and Health Journal</i> , 10(3), 434–439. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.016
Studie D	O'Hearn, A. (2006). Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: A comparative study. <i>Family Medicine</i> , 38(10), 712–716. ISSN: 0742-3225
Studie E	Hubbard, L. J., D'Andrea, E. & Carman, L. A. (2018). Promoting Best Practice for Perinatal Care of Deaf Women. <i>Nursing for Women's Health</i> , 22(2), 126–136. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.02.002

3.5 Beurteilungsinstrumente

Für die Zusammenfassung und kritische Würdigung der quantitativen, qualitativen und der Mixed Method Studien wurde das Critical Appraisal (AICA) Raster nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) angewendet. Um die Güte der qualitativen Studien zu definieren, wurde nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) gearbeitet. Für die quantitative Studie wurden die Gütekriterien von Krebs und Menold (2019) benutzt. Bei der Mixed Method Studie wurden die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985), sowie nach Krebs und Menold (2019) verwendet. Anhand von der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) wurde das Evidenzlevel der jeweiligen Studie definiert.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Güte der qualitativen Studien werden anhand Lincoln und Guba (1985) und die quantitativen Studien nach Krebs und Menold (2019) bewertet.

4.1 Studie A: Übersicht

In der folgenden Tabelle 4 wird eine Übersicht der Studie von Panko et al. (2023) aufgezeigt.

Tabelle 4: Übersicht Studie A (eigene Darstellung)

Titel	Experiences of pregnancy and perinatal healthcare access of women who are deaf: a qualitative study
Autoren	Panko Tiffany L., Cuculick Jess, Albert Sasha, Smith Lauren D., Cooley Margarita D., Herschel Melanie, Mitra Monika, McKee Michael
Jahr, Land, Sprache	2023, USA, Englisch
Design	Qualitativ
Stichprobe	45 gehörlose Frauen
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Frauen zwischen 21 und 50 Jahren- Mussten sich selbst als gehörlos bezeichnen- Gebärdensprache als Hauptsprache- Innerhalb der letzten fünf Jahre in den USA entbunden
Ausschlusskriterien	Keine definiert
Evidenzlevel nach di Censo	I. Stufe

4.1.1 Zusammenfassung Studie A

Panko et al. (2023) untersuchen in der Studie Schwangerschaftserfahrungen von gehörlosen Frauen in den USA. Im Gesundheitssystem sind gehörlose Frauen mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Sie erhalten weniger Informationen von den Leistungserbringer:innen als hörende Frauen und nehmen weniger

Termine in der Schwangerenvorsorge wahr, wenn Kommunikationsbarrieren vorhanden sind. Die Autor:innen erläutern, dass gehörlose Frauen eine höhere Rate negativer Schwangerschafts- und Geburtsoutcomes aufzeigen. Die entscheidenden Faktoren, die zu diesen Ungleichheiten beitragen sind unklar. Somit dient diese qualitative Studie dazu, Schwangerschaftserfahrungen von gehörlosen Frauen aufzuzeigen und zu verstehen. Mittels einer Mischung aus Zufalls- und Schneeballverfahren* wurde die Stichprobe der Studie gezogen. Über E-Mails, soziale Medien und persönliche Anwerbungen bei Veranstaltungen, die mit gehörlosen Personen zusammenarbeiten, wurden 45 gehörlose Frauen rekrutiert. Die Frauen waren zwischen 21 und 50 Jahren alt und haben in den letzten fünf Jahren in den USA ein Kind geboren. Zur Datenerhebung wurden jeweils 90-minütige halbstrukturierte Interviews in Gebärdensprache durchgeführt. Die Studienteilnehmerinnen wurden dabei zum Zugang zu Schwangerschaftsinformationen und Ressourcen, zur Kommunikation, zur Zufriedenheit mit Gesundheitsdienstleister:innen und zu den Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem während der Schwangerschaft befragt. Die Interviews wurden von den Forscher:innen per Video aufgenommen und danach von zwei Transkriptionist:innen in die englische Sprache übersetzt. Mithilfe der Analysenanwendung Dedoose wurden Kodierungen generiert und Muster zwischen den Studienteilnehmerinnen dokumentiert.

Den Ergebnisteil gliederten die Forscher:innen in drei Hauptthemen: «Zugang zu Kommunikationshilfen», «Zufriedenheit mit der Kommunikation» und «Unterstützung durch Gesundheitsdienstleister:innen und Team». Die Autor:innen stellten nach der Auswertung der Interviews fest, dass eine Gebärdensprachdolmetscher:in vor Ort entscheidend ist für eine positive Erfahrung in der Schwangerenvorsorge. Jedoch ist der Zugang zu professionellen Gebärdensprachdolmetscher:innen unzureichend und die Auswahl der Gesundheitsdienstleister:innen herausfordernd. Ein weiterer wichtiger Aspekt für alle Studienteilnehmerinnen ist es, dass die Gehörlosigkeit von den Gesundheitsdienstleister:innen wahrgenommen und akzeptiert wird. Zudem berichteten 30 Studienteilnehmerinnen, dass zu wenig Informationen in der Schwangerenvorsorge weitergegeben wurden als benötigt. Fast alle Studienteilnehmerinnen wiesen darauf hin, wie wichtig es ist, für sich selbst einzustehen.

Abschliessend betonen die Autor:innen, dass weitere Forschungsarbeiten nötig sind, um die perinatale Betreuung für gehörlose Frauen zu verbessern. Zudem sind Schulungen für Gesundheitsfachpersonen wichtig.

4.1.2 Würdigung Studie A

Die Studie von Panko et al. (2023) beschreibt das Thema klar und die Relevanz der Thematik wird aufgezeigt. Die Forscher:innen erläutern in der Einleitung wissenschaftliche Studien, um bereits vorhandene Literatur aufzuzeigen. Das Ziel wird explizit dargestellt und es lässt sich daraus eine Fragestellung ableiten. Das qualitative Studiendesign erscheint sinnvoll, denn es handelt sich um die subjektive Wahrnehmung einzelner Personen. In der Studie wird die Wahl des Studiendesigns allerdings nicht explizit begründet. Die Stichprobengrösse wird auf der Grundlage der Datensättigung ausgewählt. Die Grösse der Stichprobe erscheint als geeignet, da es sich um ein qualitatives Design und um die Erfahrungen einzelner Personen handelt. Die Teilnehmerinnen wurden mittels einer Mischung aus Purposive Sampling*, Zufalls- und Schneeballverfahren ausgesucht. Durch eine nationale Rekrutierungsstrategie und mittels Online-Interviews wurde die Stichprobe erweitert, was die Repräsentativität der Stichprobe erhöht. Es werden Einschlusskriterien genannt. Ein Kriterium lautet unter anderem, dass die Entbindung nicht länger als fünf Jahre her sein darf. Das kann zu einem Recall Bias* führen. Ausschlusskriterien werden keine erwähnt. Limitationen bei der Auswahl der Teilnehmerinnen werden angegeben, jedoch nicht begründet. Die Interviews bei der Datenerhebung wurden persönlich durchgeführt. Es ist jedoch unklar, ob die Interviews immer von der gleichen Person durchgeführt wurden. Die Interviews wurden entweder vor Ort oder online durchgeführt, was die Objektivität der Studie einschränken kann. Es wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt, die am Online-Interview teilgenommen haben. Bei den anderen Probandinnen erwähnen die Forscher:innen nichts explizit. Die Datenanalyse wird klar und verständlich beschrieben. Es wurde ein einheitliches Analysesystem gewählt, was die Reliabilität der Studie stärkt. Jedes Interview wurde von einer Autor:in kodiert. Eine weitere Autor:in überprüfte danach die kodierten Transkripte und Unstimmigkeiten wurden diskutiert. Somit wurden subjektive Einflüsse bestmöglich ausgeschaltet und die

Glaubwürdigkeit sichergestellt. Die ethische Genehmigung wurde von dem institutionellen Prüfungsgremium von den Autor:innen eingeholt. Die Ergebnisse sind strukturiert dargestellt und erklären das Phänomen. Mithilfe von Zitaten und Tabellen wird das Gesagte unterstützt. Zudem werden Limitationen und mögliche Verzerrungen erwähnt, sowie die Ergebnisse sinnvoll diskutiert.

4.1.3 Güte Studie A

Glaubwürdigkeit (Credibility): In der Studie wurden nicht mehrere Methodenansätze verwendet. Die Triangulation in Bezug auf unterschiedliche Perspektiven von mehreren Personen hat jedoch stattgefunden. Die Studie beinhaltet ein Peer-Debriefing. Ein Member-Checking wird nicht erwähnt. Erfahrungen der Studienteilnehmerinnen sind beschrieben und werden mit Zitaten unterstützt, was die Glaubwürdigkeit steigert.

Folgerichtigkeit (Dependability): Die Prozesse werden grösstenteils detailliert und nachvollziehbar beschrieben. Es wird zudem ersichtlich, warum zum Beispiel die Stichprobe erweitert wurde.

Angemessenheit (Confirmability): In der Studie sind mehrere Forscher:innen beteiligt, was die Bestätigbarkeit stärkt. Die erhobenen Daten werden transparent dargestellt. Durch Limitationen wird eine Selbstreflexion ersichtlich. Durch ein Expert:innenaudit hätte die Studie noch eine zusätzliche Überprüfung von externen Personen erhalten.

Übertragbarkeit (Transferability): Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte ist unklar. Die Umstände bei den Interviews vor Ort werden nicht klar beschrieben. Es wird keine genaue Kontextbeschreibung des Untersuchungsfeldes angegeben. Die Stichprobe hingegen wird genau erläutert. Im Ergebnisteil werden plausible Zitate verwendet.

4.2 Studie B: Übersicht

Ein Überblick der Studie von Adigun und Mngomezulu (2020) wird in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5: Übersicht Studie B (eigene Darstellung)

Titel	«They Forget I'm Deaf»: Exploring the Experience and Perception of Deaf Pregnant Women Attending Antenatal Clinics/Care
Autoren	Adigun Olufemi T. & Mngomezulu Thanduxolo P.
Jahr, Land, Sprache	2020, Nigeria, Englisch
Design	Qualitativ
Stichprobe	Neun gehörlose Frauen
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Gebärdensprache als Hauptsprache- Frauen zwischen 18 und 45 Jahren- Mussten sechs Monaten vor Studienbeginn in der Geburtsklinik angemeldet sein und diese besucht haben- Freiwillige Teilnahme an der Studie
Ausschlusskriterien	Keine definiert
Evidenzlevel nach di Censo	I. Stufe

4.2.1 Zusammenfassung Studie B

Die Studie von Adigun und Mngomezulu (2020) befasst sich mit dem Ziel, Wahrnehmungen und Erfahrungen von gehörlosen Frauen in Nigeria während der Schwangerenvorsorge zu untersuchen. Es wurden drei Forschungsfragen erläutert. Die Autoren stellten sich die Fragen, in welchem Stadium der Schwangerschaft sich die Teilnehmerinnen zur Vorsorge meldeten und welche Faktoren dafür zuständig waren. Zudem wurde die Zufriedenheit mit der Schwangerenvorsorge erfragt. Es wurde ein qualitativ-deskriptives Design gewählt. Die Datenerhebung wurde mittels halbstrukturierten Interviews, die 35 Minuten dauerten, durchgeführt. Mithilfe des Vorsitzenden des lokalen nigerianischen Gehörlosenverbands wurden in der Stadt Ibadan in Nigeria Teilnehmerinnen rekrutiert. Es haben neun

Teilnehmerinnen mitgewirkt. Alle waren zwischen 18 und 45 Jahre alt und kommunizierten in Gebärdensprache. Bereits vor der Teilnahme an der Studie haben sie sich in einer Geburtsklinik angemeldet und diese besucht. Die Interviews wurden in Gebärdensprache durchgeführt und aufgezeichnet. Anschliessend wurden sie transkribiert, kodiert und anonymisiert. Es stellte sich heraus, dass die meisten Teilnehmerinnen das erste Mal im zweiten Schwangerschaftsdrittel einen Termin bei der Schwangerenvorsorge wahrgenommen haben. Die Gründe dafür unterteilten die Forscher in persönliche Faktoren und Faktoren, welche im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem stehen. Sieben Probandinnen gaben die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus als Grund an. Alle waren sich der Wichtigkeit der Schwangerenvorsorge bewusst, hatten aber unterschiedliche Vorstellungen davon. Zudem hatten alle Studienteilnehmerinnen Schwierigkeiten mit der Kommunikation und die Kommunikationsmethoden während der Vorsorge empfanden sie als unangemessen. Die Kommunikation fand hauptsächlich verbal, schriftlich und oftmals ohne professionelle Gebärdensprachdolmetscher:in statt. Zudem waren bei der Schwangerenvorsorge sieben Personen mit der Haltung und Einstellung der Gesundheitsfachpersonen ihnen gegenüber unzufrieden. Die zwei Teilnehmerinnen, die im Privatspital die Schwangerenvorsorge besuchten, waren mehrheitlich zufrieden. Jene sieben Teilnehmerinnen, die die Schwangerenvorsorge in einem öffentlichen Spital wahrnahmen, waren unzufrieden. Im Diskussionsteil nehmen die Autoren Bezug auf andere Studien. Die Kommunikation als Hauptschwierigkeit findet sich auch in anderen Studien wieder. Zudem ist die Einstellung der Gesundheitsfachpersonen gegenüber gehörlosen Frauen ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit. Des Weiteren werden Verbesserungsvorschläge gemacht. Jede Einrichtung soll Gebärdensprachdolmetscher:innen zur Verfügung stellen und es sollen Workshops angeboten werden, die die Bedeutung einer frühzeitigen Anmeldung für die Schwangerenvorsorge aufzeigen.

4.2.2 Würdigung Studie B

In der Einleitung der Studie von Adigun und Mngomezulu (2020) wird die Relevanz des Themas deutlich aufgezeigt und das Ziel klar definiert. Zudem werden mehrere Literaturquellen miteinbezogen. Am Schluss der Einleitung sind drei logisch

aufgebaute Forschungsfragen formuliert. Die Verbindung zwischen den Forschungsfragen und dem gewählten Design ist nachvollziehbar. Es wird im Methodenteil erläutert, dass die subjektiven Erfahrungen im Vordergrund stehen und darum ein qualitativ deskriptives Design gewählt wurde.

Bei der Stichprobenziehung wurde ein Purposive Sampling verwendet, was die Gefahr von einem sample Bias* begünstigt. Da es sich um ein qualitatives Design handelt, erscheint diese Vorgehensweise jedoch als geeignet. Die Stichprobe besteht aus neun Studienteilnehmerinnen. Jede dieser Frauen hat das zu befor- schende Phänomen erlebt, darum erscheint die Auswahl sinnvoll. Fraglich ist aller- dings, ob die Stichprobengröße von neun Personen aussagekräftig genug ist, um allgemeine Schlussfolgerungen ableiten zu können. Zusätzlich wird die Stichpro- bengröße in der Studie nicht begründet. Für die Beantwortung der Forschungsfra- gen wurden halbstrukturierte Interviews bei den Teilnehmerinnen zu Hause durch- geführt. Es bleibt unklar, ob die Interviews immer von derselben Person geleitet wurden, was die Objektivität in Frage stellt. Es wurde ein Interviewleitfaden nach den Ratschlägen von Cohen et al. (2011) erstellt und verwendet, was die Reliabili- tät steigert und die Interviews vergleichbar macht. Zudem werden Einschlusskrite- rien festgelegt. Ausschlusskriterien werden keine genannt. Die Interviews wurden per Video aufgenommen und anschliessend transkribiert, kodiert und anonymisiert. Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Um die Glaubwürdigkeit bei der Datenanalyse sicherzustellen, haben die Autoren vor der Analyse die transkribierten Daten mit den Interviews abgeglichen. Es wird nicht klar beschrieben, wer die aufgenommenen Interviews von der Gebärdensprache in die englische Sprache übersetzte. Aufgezeigt wird aber, dass mithilfe einer thema- tischen Analyse die Interviews bearbeitet wurden.

Die Studienteilnehmerinnen wurden mittels Gebärdensprache durch die For- schungsassistent:in über das Ziel informiert und eine Einverständniserklärung wurde eingeholt. Zudem wurde die Erlaubnis zur Durchführung der Studie von der Leitung der Deaf Women Association of Nigeria erteilt. Im Ergebnisteil werden die Aussagen der Teilnehmerinnen mit Zitaten dargestellt. Zudem werden die Ergeb- nisse in mehrere Abschnitte unterteilt, was dem Kapitel eine klare Struktur gibt.

Die drei Forschungsfragen werden beantwortet und in der Diskussion wird mithilfe empirischer Literatur das Thema diskutiert.

4.2.3 Güte Studie B

Glaubwürdigkeit (Credibility): In der Studie wurde kein Peer-Debriefing und kein Member-Check durchgeführt, was die Glaubwürdigkeit in Frage stellt. Auf der anderen Seite wurde ein einheitlicher Interviewleitfaden verwendet und die Datenerhebung und Analyse sind grösstenteils detailliert beschrieben, was die Glaubwürdigkeit wiederum steigert.

Folgerichtigkeit (Dependability): Die Forschungsfrage ist klar ersichtlich dargestellt. Der Forschungsbedarf wird erläutert und die Entscheidungspfade sind grösstenteils dokumentiert, was die Folgerichtigkeit stärkt.

Angemessenheit (Confirmability): Die Schlussfolgerungen werden im Ergebnisteil mit Zitaten unterstützt. Es hat eine Selbstreflexion stattgefunden und Limitationen werden diskutiert. Jedoch wurden zur Überprüfung keine externen Personen miteinbezogen.

Übertragbarkeit (Transferability): Es werden Zitate verwendet und die Stichprobe ist genau beschrieben, was für eine Übertragbarkeit sinnvoll erscheint. Die Interviews haben an verschiedenen Orten stattgefunden, was die Übertragbarkeit wiederum nicht vollständig gewährleistet.

4.3 Studie C: Übersicht

Die Eckdaten der Studie von Gichane et al. (2017) werden in der Tabelle 6 zusammengefasst.

Tabelle 6: Übersicht Studie C (eigene Darstellung)

Titel	«They must understand we are people»: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town
Autoren	Gichane Margaret W., Heap Marion, Fontes Mayara, London Leslie
Jahr, Land, Sprache	2017, Südafrika, Englisch
Design	Mixed Method
Stichprobe	42 gehörlose Frauen
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Frauen zwischen 18 und 49 Jahren- Mindestens einmal schwanger gewesen sein- Frauen müssen sich selbst als gehörlos bezeichnen- Verwendung der Gebärdensprache
Ausschlusskriterien	Keine definiert
Evidenzlevel nach di Censo	I. Stufe

4.3.1 Zusammenfassung Studie C

Das Ziel der Studie von Gichane et al. (2017) ist es, Schwangerschaftserfahrungen und -outcomes und die Inanspruchnahme von Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von gehörlosen Frauen in Kapstadt, Südafrika, aufzuzeigen. Bei der Studie handelt es sich um ein Mixed Method Design. Die Stichprobe besteht aus 42 gehörlosen Frauen, die zwischen 18 und 49 Jahre alt waren. Die Forscher:innen sendeten SMS und WhatsApp Nachrichten an eine Datenbank von gehörlosen Erwachsenen in Kapstadt. Mittels Schneeballverfahren wurden sieben Personen ausgewählt, die gebeten wurden, weitere Kontakte vorzuschlagen. Schlussendlich hatten die Forscher:innen 407 Telefonnummern. Mithilfe der Einschlusskriterien wählten die Autor:innen die Stichprobe aus. Für die

Datenerhebung benutzten sie einen strukturierten Fragebogen mit 22 Fragen. An zwei Standorten in Kapstadt wurde ein Interview anhand des Fragebogens durchgeführt. Eine geschulte Gebärdensprachdolmetscher:in übersetzte das Gespräch in Gebärdensprache und dann wieder auf Englisch. Bei der Analyse der Daten haben die Autor:innen quantitative, wie auch qualitative Ansätze miteinbezogen. Die demografischen Daten und die Outcomes der Schwangerschaft wurden mit einer deskriptiven Statistik berechnet und die Parität und Gravität mit der allgemeinen Bevölkerung des Westkaps verglichen. Die offenen Fragen wurden mit einer thematischen Analyse bearbeitet. Mittels Kodierungen haben die Autor:innen die am häufigst genannten Faktoren erarbeitet und verglichen. Der Ergebnisteil gliedert sich in drei Themen. Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen meldeten sich im ersten Trimester in einem Spital wegen Symptomen oder vorbeugenden Massnahmen für das Ungeborene. 18% meldeten sich im dritten Trimester. Gründe dafür waren, dass Nichtwissen der Schwangerschaft oder das Nichtbewusstsein der Wichtigkeit der Schwangerenvorsorge. 59% besuchten vier oder mehr Schwangerenvorsorgetermine. Für die Qualität der Schwangerenvorsorge ist die Kommunikation ein wichtiger Faktor. 38% erwähnten Kommunikationsprobleme zu haben und fehlende Dolmetscher:innendienste. Weitere 56% gaben an, dass Gesundheitspersonen nicht verstanden wurden. Von diesen 56% kommunizierten einige Frauen schriftlich (23%), andere mittels Übersetzung durch ein Familienmitglied (18%), durch Lippenlesen (8%) oder mit der Hilfe einer professionellen Gebärdensprachdolmetscher:in (5%). Ein Drittel der Studienteilnehmerinnen berichteten jedoch von Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Gesundheitsfachpersonen in der Schwangerenvorsorge. 15% berichteten wiederum von negativen Erfahrungen aufgrund der Einstellung gegenüber gehörlosen Frauen.

Am Ende des Ergebnisteils wurden Verbesserungsvorschläge von den Probandinnen definiert. Gemäss ihnen sollten in den Gesundheitseinrichtungen Gebärdensprachdolmetscher:innen zur Verfügung stehen oder Gesundheitsfachpersonen in den Grundlagen der Gebärdensprache geschult werden. Zudem soll mehr Respekt und Geduld für gehörlose Frauen aufgebracht werden.

4.3.2 Würdigung Studie C

Gichane et al. (2017) zeigen das Ziel der Studie deutlich auf. Eine Forschungsfrage wird nicht explizit definiert, diese lässt sich jedoch aus dem Ziel ableiten. Die Relevanz der Studie wird ersichtlich dargestellt. In der Einleitung wird mit Literatur und Gesetzesartikeln das Phänomen beschrieben. Es handelt sich um ein Mixed Method Design, welches jedoch nicht genauer begründet wird. Mittels Einschlusskriterien wählten die Autor:innen die Stichprobe aus. Auf die Ausschlusskriterien wird nicht eingegangen. Die Stichprobengröße von 42 Teilnehmerinnen erscheint für diese Studie als sinnvoll, da es sich um das Erleben einzelner Individuen handelt. Zudem wird das Vorgehen bei der Rekrutierung der Teilnehmerinnen genau beschrieben, was die Glaubwürdigkeit der Studie stützt. Das Einverständnis wurde von allen Teilnehmerinnen eingeholt. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird im Methodenteil ersichtlich dargestellt. Jedoch wird das Setting zu ungenau beschrieben. Eine Gebärdenspracholmetscher:in übersetzte während dem Interview das Gesagte auf Englisch, was dann von einer Forschungsassistent:in erfasst wurde. Die Wahrscheinlichkeit eines Übersetzungsfehlers könnte dadurch steigen, da das Gesagte mehrmals übersetzt wurde. In der Studie wurde ein Fragebogen mit 22 Fragen verwendet. Die Fragen wurden in die Gebärdensprache übersetzt und danach von mehreren Mitarbeitenden geprüft und diskutiert, was die Glaubwürdigkeit stützt. Die Datenanalyse ist strukturiert und nachvollziehbar. Es wird beschrieben, dass die Autor:innen die Antworten immer wieder durchgelesen haben. Damit wird die Zuverlässigkeit der Studie gestärkt. Der Ergebnisteil ist sinnvoll gegliedert und die Autor:innen verwenden Zitate, um die Glaubwürdigkeit zu stärken. Limitationen werden zudem detailliert beschrieben. Unter anderem erwähnen die Autor:innen, dass ein Recall Bias vorhanden sein könnte. Dies wird dadurch begründet, dass die Schwangerschaft teils mehr als zehn Jahre her ist.

4.3.3 Güte Studie C

Glaubwürdigkeit (Credibility): Die Glaubwürdigkeit wird dadurch gestärkt, dass die Studie quantitative und qualitative Ansätze beinhaltet. Mehrere Mitarbeitende prüften die Fragen, was zudem die Glaubwürdigkeit stärkt.

Folgerichtigkeit (Dependability): Das Vorgehen im Methodenteil wird klar beschrieben. Jedoch wird das Design nicht detailliert begründet, was das Nachvollziehen der Studie für die Lesenden erschwert.

Angemessenheit (Confirmability): Einerseits wurden keine externen Personen zur Überprüfung miteinbezogen, wodurch die Angemessenheit geschwächt wird. Andererseits fand eine Selbstreflexion statt und erwähnte Limitationen stützen die Angemessenheit. Zudem sind die erhobenen Daten strukturiert dargestellt.

Übertragbarkeit (Transferability): In der Studie ist die Beschreibung des Settings zu ungenau. Ausserdem werden keine Ausschlusskriterien genannt und der Fragebogen wird nicht vollständig angegeben. Somit bleibt fraglich, ob eine Übertragbarkeit stattfinden kann.

Objektivität: Die Durchführungsobjektivität ist zu hinterfragen, da unklar ist ob die Interviews von der gleichen Person durchgeführt wurden. Die Auswertungsobjektivität wird durch Lesen und Wiederlesen von den Autor:innen gestärkt. Um die Ergebnisse auszuwerten, wurden keine Instrumente angegeben. Dies schwächt wiederum die Objektivität. Die Interpretationsobjektivität wird dadurch gestärkt, dass zwei der Autor:innen die Ergebnisse interpretierten. Diese hätte zusätzlich optimiert werden können, indem ergänzend externe Personen in der Interpretation der Daten mitgewirkt hätten.

Reliabilität: Die Schwangerschaften der Teilnehmerinnen sind unterschiedlich lange her, was die Reliabilität schwächt. Zudem wird die Auswertung von den Autor:innen zu ungenau beschrieben, was das Wiederholen der Studie erschwert.

Validität: Die Validität ist dadurch gegeben, da in der Studie das erfragt und gemessen wurde, was auch gemessen werden möchte. Fraglich ist, ob die externe Validität gegeben ist, da die Stichprobe klein und homogen ist.

4.4 Studie D: Übersicht

Die untenstehende Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Studie von O’Hearn (2006).

Tabelle 7: Übersicht Studie D (eigene Darstellung)

Titel	Deaf women’s experience and satisfaction with prenatal care: a comparative study
Autoren	O’Hearn, Amanda
Jahr, Land, Sprache	2006, USA, Englisch
Design	Quantitativ
Stichprobe	23 gehörlose Frauen 32 hörende Frauen
Einschlusskriterien	- Haben in den letzten drei Jahren geboren
Ausschlusskriterien	Keine definiert
Evidenzlevel nach di Censo	I. Stufe

4.4.1 Zusammenfassung Studie D

Das Ziel der Studie von O’Hearn (2006) ist es, die Erfahrungen in der Schwangerschaftsvorsorge von hörenden Frauen und gehörlosen Frauen zu vergleichen. Dabei fokussiert sich die Autorin auf die Kommunikation und Patient:innenzufriedenheit. Ein Erhebungsfragebogen, welcher sich an Omar und Schiffman (1995) anlehnt, wurde von 23 gehörlosen Frauen und 32 hörenden Frauen beantwortet. Alle Frauen haben in den letzten drei Jahren ein Kind geboren. Genauere Einschluss- und Ausschlusskriterien werden nicht beschrieben. Der Fragebogen besteht aus 37 Fragen, welcher sich mit der Patient:innenzufriedenheit, Erwartungen in Bezug auf Kommunikation und Pflege, sowie das gesundheitliche Outcome von Mutter und Kind auseinandersetzt. Die Antworten des Fragebogens wurden mittels Likert-Skala* dargestellt. Um die Erfahrungen gehörloser Frauen noch besser zu verstehen, wurden dem Fragebogen zusätzlich zahlreiche qualitativ offene Fragen beigelegt. Die Teilnehmerinnen wurden mit Hilfe von E-Mail und von Werbung auf einem Universitätscampus, sowie durch das Internet, Mund-zu-Mund-Propaganda und Gehörlosenverbände rekrutiert. Die demographischen Daten der gehörlosen

Frauen wurden im Vergleich zu hörenden Frauen mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die Varianzanalyse wurde verwendet, um zu untersuchen ob signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen.

Im Ergebnisteil sagt O'Hearn (2006) aus, dass hörende Frauen im Vergleich zu gehörlosen Frauen tendenziell mehr Schwangerschaftskontrollen wahrgenommen haben. Zudem zeigen die Resultate auf, dass hörende Frauen signifikant mehr Informationen von Seiten der zuständigen Ärzt:innen bekommen haben als gehörlose Frauen. Des Weiteren wurden hörende Frauen häufiger über Alkoholabstinenz in der Schwangerschaft aufgeklärt als gehörlose Frauen. In Bezug auf die Spitalaufenthaltsdauer von Mutter und Kind, die insgesamt gesehenen Ärzt:innen, die Frühgeburtlichkeit, das Geburtsgewicht, die Geburtskomplikationen und die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Ausserdem gaben die gehörlosen, sowie die hörenden Frauen an, gleich gut über den Gebrauch von Vitaminen, die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft und das Stillen aufgeklärt worden zu sein. Hörende Frauen waren signifikant zufriedener mit der Schwangerenvorsorge als gehörlose Frauen. Ebenfalls äusserten hörende Frauen zufriedener mit der Kommunikation und der wahrgenommenen Fürsorge der Ärzt:innen zu sein. Es wurden keine Unterschiede in der Zufriedenheit festgestellt, ob die Frauen in der Schwangerenvorsorge von Ärzt:innen oder Hebammen betreut wurden. O'Hearn (2006) erwähnt, dass je mehr Schwangerschaftskontrollen eine gehörlose Frau hatte, desto unzufriedener wurde sie im Allgemeinen mit der Schwangerenvorsorge. Dies ist bei hörenden Frauen nicht der Fall. 95% der befragten gehörlosen Studienteilnehmerinnen gaben zudem an, dass sie die Kommunikation mittels Gebärdensprache oder mit Hilfe einer Gebärdensprachdolmetscher:in bevorzugten, während nur circa die Hälfte davon angab, zumindest zeitweise eine Gebärdensprachdolmetscher:in zur Verfügung gestellt bekommen zu haben. Die gehörlosen Studienteilnehmerinnen äusserten den Wunsch, dass Ärzt:innen zusätzliche Kommunikationswege nutzen würden, um mit ihnen zu kommunizieren. So würde die Klarheit der zu vermittelnden Informationen gesteigert werden.

4.4.2

Würdigung Studie D

Die Studie von O'Hearn (2006) leitet evidenzbasiert und fundiert ins Thema von gehörlosen Frauen im Gesundheitswesen und in der Schwangerenvorsorge ein. Das Thema wird verständlich dargestellt und der Leser:in werden die nötigen Informationen vermittelt, um die Wichtigkeit des Themas nachzuvollziehen. Die Studie weist keine Forschungsfrage auf, hat dafür ein klar formuliertes Ziel, welches mittels Literatur gestützt wird.

Mit einem quantitativen Ansatz wurde das Ziel erarbeitet, die Wahl des Designs wird allerdings nicht begründet. Aufgrund des Vergleichs der beiden Studiengruppen, erscheint das quantitative Design als sinnvoll. Der Methodenteil ist zum grössten Teil detailliert beschrieben und ist somit nachvollziehbar. Die Analyse der offenen Fragen, sowie die Auswahl der Stichproben werden allerdings nicht klar erläutert. Die Datenerhebung mit dem adaptierten Fragebogen nach Omar und Schiffman (1995) ermöglicht einen möglichst objektiven Vergleich der beiden Studiengruppen. Die Erhebung des Fragebogens mittels Likert-Skala erscheint sinnvoll, da die Skalierung zum Erreichen der Zielsetzung geeignet ist. Die Instrumente der Datenanalyse werden genannt. O'Hearn (2006) hat deskriptive Statistiken, wie Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentsätze verwendet, um Abweichungen in den beiden Studiengruppen zu beschreiben. Die Varianzanalyse wurde gebraucht, um die Signifikanz der Resultate zu überprüfen. Die Studie wurde von der Gallaudet Universität geprüft und genehmigt.

Die Stichprobengrösse erscheint für einen quantitativen Ansatz eher klein, wodurch fraglich bleibt ob die Ergebnisse verallgemeinert werden können.

Bei der Stichprobensuche ist zu beachten, dass allenfalls ein Allokations*- und Selektionsbias* entstanden sein könnte, da die Stichprobensuche nicht komplett randomisiert erhoben wurde. Allfällige Bias bei der Datenerhebung werden in der Studie nicht diskutiert. Die Ergebnisse werden nachvollziehbar beschrieben und übersichtlich in Tabellen dargestellt, sowie mit Zitaten unterstützt. Des Weiteren weisen die Ergebnisse eine Relevanz für die Praxis auf. Die Limitationen der Studie werden reflektiert und verständlich beschrieben.

4.4.3

Güte Studie D

Objektivität: Bei der Studie von O’Hearn (2006) ist die Auswahl der Teilnehmerinnen nicht standardisiert, die Datenanalyse des Fragebogens erfolgt jedoch objektiv. Auf der einen Seite wird die Interpretationsobjektivität grösstenteils eingehalten, da der Fragebogen jeweils mit den gleichen Instrumenten ausgewertet wurde. Auf der anderen Seite wird die Interpretationsobjektivität wiederum geschwächt, da die Interpretation der Ergebnisse nicht von mehreren Personen erfolgt. Es wird ein einheitlicher Fragebogen verwendet, was die Durchführungsobjektivität stärkt. Zum Durchführungsort des Fragebogens werden keine Angaben gemacht, was die Durchführungsobjektivität schwächt. Die Auswertung der Daten erfolgte nach standardisierten Regeln. Dies stärkt wiederum die Auswertungsobjektivität.

Reliabilität: Der Zeitpunkt der Datenerhebung ist unklar, was die Reliabilität schwächt. Ein Ziel wird genau beschrieben. Der grösstenteils standardisierte Fragebogen stärkt die Reliabilität.

Validität: Die Validität ist dadurch gegeben, dass gemessen wird, was gemessen werden möchte. Fraglich bleibt, ob die Resultate genug valide sind, um sie für die gleichen Rahmenbedingungen zu generalisieren. Die interne Validität ist nicht vollständig gegeben, da nicht alle Confounder* berücksichtigt werden.

4.5 Studie E: Übersicht

Die Tabelle 8 zeigt einen Überblick über die Studie von Hubbard et al. (2018) auf.

Tabelle 8: Übersicht Studie E (eigene Darstellung)

Titel	Promoting Best Practice for Perinatal Care of Deaf Women
Autoren	Hubbard Lori J., D'Andrea Elizabeth, Carman Luke A.
Jahr, Land, Sprache	2018, USA, Englisch
Design	Qualitativ
Stichprobe	Fünf gehörlose Frauen
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Haben vor höchstens fünf Jahren und mindestens sechs Monaten ein Kind lebend geboren- Über 18 Jahre alt
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- In den letzten 3 Monaten hospitalisiert
Evidenzlevel nach di Censo	I. Stufe

4.5.1 Zusammenfassung Studie E

Das Ziel der deskriptiven Pilotstudie von Hubbard et al. (2018) ist es herauszufinden, was die Erfahrungen gehörloser Frauen in der Schwangerenvorsorge, während der Geburt und im Wochenbett sind. Zudem sollen Implikationen für die Betreuung von gehörlosen Frauen in der Geburtshilfe mittels des QSEN Frameworks gemacht werden. Das QSEN bezeichnet Kompetenzen für die Sicherheit und die Qualität für Pflegefachpersonen (Quality and Safety Education for Nurses, 2020). In die Studie wurden fünf gehörlose Frauen eingeschlossen, welche vor höchstens fünf Jahren und mindestens sechs Monaten ein Kind geboren haben und über 18 Jahre alt waren. Ausgeschlossen wurden Frauen, welche in den letzten drei Monaten vor Studienbeginn hospitalisiert wurden. Alle Studienteilnehmerinnen kommen aus dem Südosten der USA und wurden mittels Convenience Sampling und Schneeballverfahren durch Flyer und einer Gebärdensprachdolmetscher:in einer lokalen Gehörlosenorganisation rekrutiert. Alle Studienteilnehmerinnen besuchten

im ersten Trimenon in die Schwangerenvorsorge und wurden von einer Gynäkolog:in betreut. Mit jeder Studienteilnehmerin wurde ein 20- bis 30-minütiges Interview an einem Ort ihrer Wahl durchgeführt, welches anschliessend transkribiert wurde. Es wurden Fragen zur Demographie, Schwangerenvorsorge, der stationären Pflege sowie zur Pflege im Wochenbett gestellt. Die Resultate wurden mit dem QSEN Framework analysiert. Hubbard et al. (2018) haben herausgefunden, dass mit personalisierter Kommunikation und Wissen über unterschiedliche Kommunikationsarten von gehörlosen Menschen, Missverständnissen entgegenwirkt werden können. Zudem ist es zu bevorzugen, dass während der ganzen Schwangerschaft dieselbe Gebärdensprachdolmetscher:in für die jeweilige gehörlose schwangere Frau zuständig ist. Wenn das nicht möglich ist, sollte ein kleines Team aus verschiedenen Gebärdensprachdolmetscher:innen zur Verfügung gestellt werden. Ausserdem ist eine positive Beziehung zwischen der gehörslosen Schwangeren und den Gesundheitsfachpersonen wichtig und dass letztere genügend Geduld aufweisen. Wenn eine Gebärdensprachdolmetscher:in anwesend ist, sollte die Gesundheitsfachperson die Frau direkt ansprechen und der Frau zugewandt sein. Hubbard et al. (2018) betonen zudem, dass Geburtsvorbereitungskurse die Frauen besser auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorbereiten könnten. Um Informationen rund um die Schwangerschaft zu vermitteln, wären geeignete Videos für gehörlose Frauen eine Möglichkeit. Des Weiteren wird empfohlen, dass bei Kursen eine Gebärdensprachdolmetscher:in anwesend sein sollte. Es sollte nach neusten Evidenzen gearbeitet werden, um eine optimale Betreuung zu bieten. Hierbei erwähnen Hubbard et al. (2018) die Teach-Back-Methode. Diese Methode erlaubt es das Verständnis der Patient:innen zu überprüfen. Dabei bitten Gesundheitsfachpersonen Patient:innen die gegebenen Informationen zu wiederholen (Yen & Leasure, 2019).

Auch die Option Videodolmetscher:innen beizuziehen, welche jederzeit zur Verfügung stehen, wird besprochen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Betreuung, welche die Kommunikationspräferenzen gehörloser Frauen berücksichtigt, das Outcome und die Patient:innensicherheit, sowie -zufriedenheit steigern kann. Zudem ist es für Gesundheitsfachpersonen wichtig für die Gehörlosenkultur sensibilisiert zu werden.

4.5.2 Würdigung Studie E

Die Studie von Hubbard et al. (2018) leitet auf Fachliteratur gestützt ins Thema der Gehörlosigkeit im Gesundheitswesen und ins QSEN Framework ein. Dabei erläutern die Autor:innen die Gehörlosenkultur detailliert. Dadurch erhalten die Lesenden einen Überblick über das Gesamtthema. Das Ziel der Studie wird klar erläutert, wobei eine Fragestellung abgeleitet werden kann. Mittels eines qualitativen Ansatzes werden die Erfahrungen von gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge erfragt. Die Wahl des qualitativen Designs wird nicht begründet, erscheint aber als sinnvoll, da es sich um subjektive Erfahrungswerte handelt. Die Fragen für das Interview wurden von der Hauptuntersuchungsperson, der Berater:in der Fakultät und der Forschungsleitung des Departements Pflege ausgearbeitet. Die Institution wird namentlich nicht genannt. Das Erstellen der Interviewfragen wird nicht genauer erläutert, was die Reliabilität schwächen kann. Die Studie wurde von der Prüfungskommission der Universität genehmigt. In Bezug auf die Stichprobe werden Ein- und Ausschlusskriterien genannt. Auch die Auswahl der Stichprobe wird verständlich dargestellt. Die Studienteilnehmerinnen sind als Stichprobe sinnvoll gewählt, da sie das Phänomen selbst durchlebt haben. Jedoch ist die Stichprobe sehr klein, weshalb die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Da die Interviews an verschiedenen Orten durchgeführt wurden, könnte das Umfeld die Befragung und die jeweiligen Antworten beeinflusst haben. Die Interviews wurden in Anwesenheit von einer Gebärdensprachdolmetscher:in oder einer Praktikant:in durchgeführt. Dies wiederum könnte Übersetzungsfehler hervorgerufen haben. Die Analyse der Daten wird nicht genau erläutert. Es wird lediglich gesagt, dass die Interviewantworten jeweils mit dem QSEN Framework abgeglichen wurden und anschliessend Empfehlungen für die Praxis gemacht wurden. Die Studie ist nicht vollständig nach EMED-Format aufgebaut. Limitationen sind keine ersichtlich.

4.5.3 Güte Studie E

Glaubwürdigkeit (Credibility): Die Ergebnisse werden mit Zitaten in der Studie gestützt, was die Glaubwürdigkeit stärkt. In der Studie wird allerdings die Analyse und Auswertung der Ergebnisse nicht klar erläutert, was wiederum die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse schwächt. Des Weiteren wird nicht klar ersichtlich, wie die

Autor:innen die Schlüsse gezogen haben, welche sie für die Praxis empfehlen. Ein Peer-Debriefing wird nicht erwähnt.

Folgerichtigkeit (Dependability): Der Prozess der Datenauswertung wird nicht klar erläutert, was die Folgerichtigkeit der Studie in Frage stellt. Die unterschiedlichen Fragearten der Interviews werden aufgezeigt, eine genaue Übersicht der Fragen ist jedoch nicht vorhanden.

Angemessenheit (Confirmability): Die Angemessenheit wird gestärkt, da mehrere Forschende am Projekt tätig waren und die Studie von der Universität genehmigt wurde. Eine genauere Selbstreflexion hätte allerdings die Angemessenheit zusätzlich stärken können. Ein Expert:innenaudit wurde nicht eingeholt.

Übertragbarkeit (Transferability): Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte wird durch Zitate gestärkt. Wiederum wird diese Übertragbarkeit geschwächt, da die Durchführung der jeweiligen Interviews unterschiedlich stattgefunden haben und somit die Datenerhebung nicht nochmals genau nachkonstruiert werden könnte. Die Stichprobe wird ersichtlich mit Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt.

5 Diskussion

Im nachfolgenden Kapitel werden die Herausforderungen von gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge diskutiert. Daraus werden Empfehlungen für die Gesundheitsfachpersonen in der Praxis abgeleitet.

Mittels einer systematisierten Literaturrecherche wurden die fünf im Ergebnisteil analysierten Studien miteinbezogen und dienen in diesem Kapitel als Grundlage für die Diskussion.

Die Studien von Panko et al. (2023), Adigun und Mngomezulu (2020), Gichane et al. (2017), O'Hearn (2006) und Hubbard et al. (2018) werden in diesem Kapitel miteinander diskutiert und verglichen. Für die Vergleichbarkeit der Studien spricht, dass die fünf ausgewählten Studien sich nach dem Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009) auf der I.Stufe befinden. Für die jeweiligen Studien wurden jedoch unterschiedliche Studiendesigns ausgewählt. Dies erschwert wiederum das Vergleichen der fünf Studien.

In der Fragestellung der Bachelorarbeit werden zwei Teilfragen gestellt, weshalb diese einzeln diskutiert werden. Die in den Studien genannten Herausforderungen und Empfehlungen werden ausgearbeitet und in Abschnitte gegliedert. In den jeweiligen Abschnitten wird das CanMEDS Modell in Anlehnung von Frank et al. (2015) miteinbezogen. Dabei wird bei jeder Herausforderung in der Schwangerenvorsorge für gehörlose Frauen auf drei bis vier Rollen des CanMEDS eingegangen. Dieses Modell dient als Grundlage um die Betreuung stetig zu verbessern. Die Ergebnisse werden mit dem Modell veranschaulicht, um die Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen zu reflektieren. Zur Beantwortung der Fragestellung wird zusätzlich ein Fachartikel von Jackson (2011) eingeschlossen.

5.1 Herausforderungen

Kommunikation

In allen ausgewählten Studien steht die Kommunikation als Herausforderung im Vordergrund (Adigun & Mngomezulu, 2020; Gichane et al., 2017; Hubbard et al., 2018; O’Hearn, 2006; Panko et al., 2023). In der Studie von Adigun und Mngomezulu (2020) gaben alle Studienteilnehmerinnen an, Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den jeweiligen Gesundheitsfachpersonen zu haben. Gichane et al. (2017) beschreibt die Kommunikation ebenfalls als Herausforderung. Als herausfordernde Kommunikationsmethoden wurden das Schreiben und das Lippenlesen genannt (Adigun & Mngomezulu, 2020; Gichane et al., 2017). In der Studie von Gichane et al. (2017) erwähnten 18% der Teilnehmerinnen das Dolmetschen durch ein Familienmitglied ebenfalls als eine Herausforderung. Weitere 5% sagten aus, dass das Dolmetschen durch eine professionelle Gebärdensprachdolmetscher:in herausfordernd ist. Aus dem theoretischen Hintergrund geht hervor, dass das Lippenlesen zu Missverständnissen führen kann, da oftmals nur ein Drittel des Gesagten verstanden wird. Die teils geringere Lesekompetenz von gehörlosen Erwachsenen ist eine mögliche Erklärung für die Herausforderung der schriftlichen Kommunikation (Kramer, 2007). Die geringere Schreib- und Lesekompetenz äussern Teilnehmerinnen der Studie von Gichane et al. (2017) ebenfalls. Zudem wird in der Studie von Gichane et al. (2017) erwähnt, dass geschriebene medizinische Fachwörter nicht verstanden werden. Daraus lässt sich erschliessen, dass diese

Kommunikationsmethode in der Schwangerenvorsorge ungeeignet ist, wenn sie nicht mit anderen Kommunikationsmethoden kombiniert wird. Als Ergänzung zu anderen Kommunikationsmethoden kann die geschriebene Sprache einen Mehrwert erzeugen (Stephan & Pinilla, 2014). Panko et al. (2023) erwähnen, dass für eine effektive Kommunikation eine kulturelle Kompetenz von Gesundheitsfachpersonen vorhanden sein soll. Das bedeutet, dass das Personal sich den einzigartigen Bedürfnissen in Bezug auf die Kommunikation mit gehörlosen Menschen bewusst sein sollte. Wenn keine effektive Kommunikation gewährleistet werden kann, wird die Qualität der Schwangerenvorsorge beeinflusst (Gichane et al., 2017). Wie im theoretischen Hintergrund ersichtlich ist, ist die Kommunikation unabdingbar. Aufgrund dessen ist es von Vorteil, wenn mit den schwangeren Frauen in ihrer Erstsprache kommuniziert wird. Dabei handelt es sich meist um die Gebärdensprache (Jackson, 2011).

In Anlehnung an das CanMEDS Modell wird die Kommunikation als eigenständige Rolle betrachtet. Dies zeigt die Relevanz der Rolle der Kommunikator:in in der Schwangerenvorsorge mit gehörlosen Frauen auf. Des Weiteren dient die Kommunikation als Grundlage für weitere CanMEDS Rollen. Zum Beispiel ist die Kommunikation wichtig für die Rolle der Teamworker:in. Dies ist damit zu begründen, dass eine gelingende Zusammenarbeit zwischen dem Team, sowie zwischen gehörlosen Frauen und den Gesundheitsfachpersonen nur dann stattfinden kann, wenn verständlich kommuniziert wird. In der Rolle des Health Advocates spielt die Anamnese eine wichtige Rolle, da sie zentral für das Vorgehen in der Schwangerenvorsorge ist. Falls aufgrund von Kommunikationsbarrieren die Anamnese nicht vollständig erhoben werden kann, kann die Rolle des Health Advocates nicht vollumfänglich ausgeübt werden. Die oben genannten Herausforderungen in Bezug auf die Kommunikation zeigen auf, dass die Kommunikation mit gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge erschwert ist. Um dem entgegenzuwirken ist es wichtig, dass sich Gesundheitsfachpersonen in der Rolle als Lernende stetig weiterbilden (Frank et al., 2015).

Zugang zu Gebärdensprachdolmetscher:innen

In den ausgewählten Studien wird hauptsächlich das professionelle Dolmetschen erwähnt. Deshalb legt diese Arbeit den Fokus auf das professionelle Gebärdensprachdolmetschen und nicht auf ein Übersetzen durch Bekannte. In allen analysierten Studien wird der Mehrwert des Dolmetschens aufgezeigt (Adigun & Mngomezulu, 2020; Gichane et al., 2017; Hubbard et al., 2018; O’Hearn, 2006; Panko et al., 2023). Dieser wird ersichtlich, da ohne Gebärdensprachdolmetscher:innen gewisse Herausforderungen auftreten können. Hubbard et al. (2018) nennen folgende Situation dazu: Wenn keine Gebärdensprachdolmetscher:in vor Ort ist und die betreuende Fachperson gestresst oder unter Zeitdruck steht, kann es sein, dass die zu vermittelnde Information von der gehörlosen Frau nicht verstanden wird. Dies kann dazu führen, dass die gehörlose schwangere Frau weitere Kommunikation verhindert. Weiterführend werden allfällige Bedürfnisse der Frau weniger kommuniziert, was herausfordernd für die schwangere Frau, wie auch für die Gesundheitsfachpersonen sein kann (Hubbard et al., 2018).

In der Studie von Panko et al. (2023) kommunizierten alle Teilnehmerinnen am liebsten mit einer Gebärdensprachdolmetscher:in vor Ort. Dabei unterscheiden sie zwischen einer Gebärdensprachdolmetscher:in vor Ort und einer per Video zugeschalteten. Ein genannter Grund für diese Bevorzugung sind potenziell miteinhergehende Verbindungsprobleme, sollte eine Gebärdensprachdolmetscher:in online zugeschaltet werden.

Eine weitere Herausforderung in Bezug auf Gebärdensprachdolmetscher:innen ist, dass die Hälfte der schwangeren Frauen keinen Zugang zu einer Gebärdensprachdolmetscher:in hatten (O’Hearn, 2006). Gichane et al. (2017) äusserten zudem fehlende Dolmetscher:innendienste für die Gebärdensprache.

Für die Gesundheitsfachpersonen in der Rolle der Expert:in und der Teamworker:in ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Gebärdensprachdolmetscher:in und Gesundheitsfachpersonen von Bedeutung. Wenn das Bedürfnis oder der Wunsch nach einer Gebärdensprachdolmetscher:in von einer schwangeren gehörlosen Frau geäußert wird, dann ist es die Aufgabe der Expert:in, dies wahrzunehmen und wenn möglich zu erfüllen. Ist eine Gebärdensprachdolmetscher:in involviert, wird mit der schwangeren gehörlosen Frau patient:innenorientiert

kommuniziert. Dies entspricht der Rolle der Kommunikator:in. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen und Gebärdensprachdolmetscher:innen zeigt die Rolle der Manager:in auf, da dadurch die Schwangerenvorsorge für gehörlose Frauen verbessert werden kann (Frank et al., 2015).

Zugang zu Informationen

Aus der Analyse der ausgewählten Studien wird eine weitere Herausforderung ersichtlich. Diese ist, dass gehörlose Frauen in der Schwangerenvorsorge nicht alle notwendigen Informationen erhalten (Panko et al., 2023). Die Studie von Adigun und Mngomezulu (2020) bestärkt diese Herausforderung. Acht der neun befragten Frauen gaben an, mit dem Umfang der erhaltenen Informationen nicht zufrieden zu sein. O’Hearn (2006) vergleicht die Vermittlung von Informationen durch Gesundheitsfachpersonen zu hörenden im Gegensatz zu gehörlosen schwangeren Frauen. Dabei kommt O’Hearn (2006) zum Schluss, dass hörende Frauen mehr Informationen in der Schwangerenvorsorge erhalten als gehörlose Frauen. Diese Diskrepanz zeigt auf, dass der Zugang zu Informationen in der Schwangerenvorsorge für gehörlose Frauen herausfordernd und erschwert ist.

Ausserhalb der Schwangerenvorsorge erweist sich die Gesundheitsinformationsaneignung ebenfalls als herausfordernd. Ein Grund dafür kann sein, dass gehörlose Frauen weniger Zugang zu Medien haben (Jackson, 2011). Zudem erfahren gehörlose Frauen oftmals weniger Bildung und haben eine geringere Gesundheitskompetenz als hörende Frauen (Ubido et al., 2002). Einigen gehörlosen Frauen wird erst im Nachhinein bewusst, dass es ihnen an Informationen in der Schwangerenvorsorge gefehlt hat und somit eine Wissenslücke vorhanden war (Panko et al., 2023). Eine Studienteilnehmerin von Panko et al. (2023) äussert dazu: «I just wish I understood that once you have more than two C-sections*, [my doctor would not allow you to] have a natural birth ... I didn't know until later. After the second C-section, it was too late» (S. 517).

Im Bezug zum CanMEDS Modell, ist es in der Rolle der Expert:in wichtig, ethisch korrekt und gewissenhaft zu arbeiten (Frank et al., 2015). Fraglich ist, ob dies beim Zugang zu Informationen gewährleistet wird, da gehörlose schwangere Frauen oft nicht alle Informationen bekommen (Panko et al., 2023). Zudem ist unklar, ob die

Rolle des Health Advocates in diesem Bereich gegeben ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die gesundheitliche Chancengleichheit ohne Benachteiligung von gehörlosen schwangeren Frauen eingeschränkt ist. Zu der Rolle der Lernenden gehört das Bewusstsein, dass gehörlose schwangere Frauen weniger Zugang zu Informationen haben (Frank et al., 2015).

Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen

In allen fünf ausgewählten Studien werden die Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen gegenüber gehörlosen schwangeren Frauen thematisiert (Adigun & Mngomezulu, 2020; Gichane et al., 2017; Hubbard et al., 2018; O’Hearn, 2006; Panko et al., 2023). Es ist zu erwähnen, dass es sich hierbei um die individuell von den gehörlosen Frauen wahrgenommenen Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen handelt. Einerseits gaben sieben von neun gehörlosen Frauen an, dass sie unzufrieden mit den Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen ihnen gegenüber waren (Adigun & Mngomezulu, 2020). Folgendes Zitat bekräftigt dies: «Truly, health facilities and health personnel are overburdened due to excess work and overcrowded antenatal waiting rooms, but they discriminate against the deaf» (Adigun & Mngomezulu, 2020, S. 6). Andererseits haben Studienteilnehmerinnen angegeben, dass sie positiv überrascht waren mit der Art und Weise wie Gesundheitsfachpersonen auf sie eingegangen sind (Adigun & Mngomezulu, 2020). In der Studie von Hubbard et al. (2018) wird erwähnt, dass es bei Gesundheitsfachpersonen betreffend der Gehörlosenkultur Missverständnisse gab. Es wird allerdings nicht genauer darauf eingegangen, was mit den Missverständnissen gemeint wird. In Bezug auf den theoretischen Hintergrund kann gesagt werden, dass aufgrund von Missverständnissen möglicherweise Diskriminierung hervorgerufen werden kann (Hoffmann & Schäfer, 2020). Einige Studienteilnehmerinnen gaben an, dass sie sich Sorgen machten, stereotypisiert zu werden (Adigun & Mngomezulu, 2020). Zusätzlich ist es möglich, dass die Gesundheitsfachpersonen die Gehörlosigkeit als Behinderung betrachten, was deren Einstellung beeinflussen kann (Alexander et al., 2012). Laut Jackson (2011) haben Gesundheitsfachpersonen oftmals ein fehlendes Wissen über gehörlose Personen. Das wiederum kann die Einstellung der Gesundheitsfachpersonen in der Schwangerenvorsorge beeinflussen.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Studienteilnehmerinnen negative und positive Erfahrungen mit der Einstellung von Gesundheitsfachpersonen hatten (Gichane et al., 2017; Hubbard et al., 2018). Daraus kann angenommen werden, dass verschiedene Faktoren zentral für die Einstellung der Gesundheitsfachpersonen gegenüber gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge sind.

Mit dem CanMEDS Modell verglichen, besteht die Aufgabe des Health Advocates unter anderem darin, das Wohlbefinden von gehörlosen schwangeren Frauen zu steigern. Dafür soll die Gesundheitsfachperson den schwangeren Frauen gegenüber wohlgesinnt sein. Die Gesundheitsfachperson in der Rolle der Lernenden eignet sich ständig neues Wissen an und reflektiert das eigene Verhalten (Frank et al., 2015). Womöglich kann sich die Einstellung dadurch gegenüber gehörlosen schwangeren Frauen verändern. Weitere CanMEDS Rollen werden in diesem Abschnitt nicht aufgeführt, da die weiteren fünf Rollen für die Autorinnen als unpassend erscheinen.

5.2 Empfehlungen

Hubbard et al. (2018) erwähnen, dass das Wissen in Bezug auf Kommunikationsmethoden mit gehörlosen Menschen Missverständnissen entgegenwirken kann. Dabei ist wichtig, dass die Gesundheitsfachpersonen individuelle Präferenzen von gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge in Bezug auf die Kommunikation berücksichtigen. Falls die bisher verwendete Kommunikationsmethode nicht effizient genug ist, ist zu empfehlen weitere Kommunikationsmethoden herbeizuziehen (O’Hearn, 2006). Als Ergänzung dazu erwähnen Hubbard et al. (2018) die Teach-Back-Methode. Daraus lässt sich die Empfehlung ableiten, diese evidenzbasierte Methode in Gesprächen zu verwenden. Zudem sollen Gesundheitsfachpersonen während eines Gesprächs in der Schwangerenvorsorge darauf achten, die Worte klar auszudrücken, sowohl nicht zu schreien, als auch nicht übertrieben die Lippen zu bewegen. Gründe dafür sind, dass Schreien aggressiv wirken kann und ein übertriebenes Bewegen der Lippen das Mundbild verändern kann (Jackson, 2011). In der Schwangerenvorsorge werden unter anderem Gespräche geführt, bei denen medizinische Fachbegriffe erwähnt werden. Diese sollten den gehörlosen Frauen in kurzen und einfachen Sätzen erklärt werden. Zudem können Diagramme

hilfreich sein (Jackson, 2011). Aufgrund der oftmals niedrigeren Gesundheitskompetenz von gehörlosen Personen erscheint das Erklären von Fachbegriffen besonders wichtig (Ubido et al., 2002).

Es sollte ein besserer Zugang zu Gebärdensprachdolmetscher:innen angeboten werden (Gichane et al., 2017; Hubbard et al., 2018; Jackson, 2011). Hierbei einzuwenden ist, dass unklar bleibt, wie der Zugang verbessert werden kann. Es wird empfohlen, dieselbe Gebärdensprachdolmetscher:in während der ganzen perinatalen Zeit zu haben. Falls dies nicht möglich ist, sollte ein kleines Team von Gebärdensprachdolmetscher:innen erstellt werden (Hubbard et al., 2018). Die kontinuierliche Betreuung durch dieselben Personen gilt auch für andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Hebammen, Pflegefachpersonen und Gynäkolog:innen (Jackson, 2011). Zu beachten gilt, dass dabei empfohlen wird professionelle Gebärdensprachdolmetscher:innen zu organisieren und nicht Familienmitglieder. Es kann vorkommen, dass schwangere gehörlose Frauen über gewisse Themen nicht sprechen, wenn Übersetzer:innen aus dem Umfeld involviert sind (Hubbard et al., 2018). Die Aussage wird bekräftigt, da Gichane et al. (2017) zum selben Schluss kommen. Andererseits erwähnen Adigun und Mngomezulu (2020), dass das Übersetzen durch Familienmitglieder vorteilhafter ist als keine Übersetzer:in zu involvieren.

Wenn eine Gebärdensprachdolmetscher:in vorhanden ist, soll die Gesundheitsfachperson darauf achten, direkt mit der gehörlosen schwangeren Frau zu kommunizieren. Beispielsweise sollten Ausdrücke wie «Frage Frau XY...» vermieden werden. Stattdessen sollte die Frau direkt angesprochen werden (Hubbard et al., 2018; Jackson, 2011).

Gichane et al. (2017) empfehlen Gebärdensprachschulungen für Gesundheitsfachpersonen. Die Empfehlung bleibt vage in Bezug zur Umsetzung und Sinnhaftigkeit. Im Gegensatz empfiehlt Jackson (2011) dazu Informationen in Gebärdensprache zur Verfügung zu stellen. Während einem Termin in der Schwangerschaft wird empfohlen die gehörlose Frau während dem Kommunizieren möglichst nicht zu unterbrechen und Ablenkungen zu vermeiden (Hubbard et al., 2018). Diese Aussage ist unvollständig, da die Ablenkungen nicht explizit begründet werden. Aussagekräftiger erscheint die Empfehlung von Jackson (2011), die aussagt, vor einer

Handlung in der Schwangerenvorsorge der gehörlosen Frau zu erklären, was durchgeführt wird. Des Weiteren weist Jackson (2011) daraufhin, dass wenn eine gehörlose Frau vor Ort im Wartebereich wartet, sie akustisch nicht wahrnehmen kann, wenn sie aufgerufen wird. Daraus leitet Jackson (2011) ab, visuelle elektronische Ansagen einzubauen oder die gehörlose Frau persönlich abzuholen. Durch die Empfehlung, dass kulturelle Verhaltensweisen gekannt und beachtet werden, wird die vorherige Aussage unterstützt, da sich Gesundheitsfachpersonen bewusst sind, dass sie auf spezifische Kommunikationsmittel achten müssen (Hubbard et al., 2018). Des Weiteren zeigt O’Hearn (2006) die Wichtigkeit auf, kulturelle Unterschiede von gehörlosen Personen wahrzunehmen. Dies stützt sie mit dem Beispiel, dass hörende Frauen durch ihre betreuende Gesundheitsfachperson telefonisch kontaktiert wurden, die gehörlose Frau im Gegensatz dazu nicht. Alternative Kontaktierungsmöglichkeiten werden allerdings keine genannt. Es soll betont werden, dass Gesundheitsfachpersonen mehr Respekt gegenüber gehörlosen schwangeren Frauen zeigen sollen (Gichane et al., 2017).

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Nachfolgend wird die Fragestellung dieser Bachelorarbeit beantwortet:

Welchen Herausforderungen begegnen gehörlose Frauen während der Schwangerenvorsorge im Spital und welche Empfehlungen lassen sich hierzu für Gesundheitsfachpersonen aussprechen?

Aus der Analyse der ausgewählten Literatur haben sich folgende vier Hauptherausforderungen im Spital herausgestellt:

- Kommunikation
- Zugang zu Gebärdensprachdolmetscher:innen
- Zugang zu Informationen
- Einstellungen der Gesundheitsfachpersonen

Um diesen Herausforderungen entgegenzuwirken, werden weiterführend die Empfehlungen zusammenfassend aufgelistet:

- Gesundheitsfachpersonen kennen Kommunikationsarten, um mit gehörlosen schwangeren Frauen zu kommunizieren und deren Präferenzen dazu.
- Gesundheitsfachpersonen wissen, wie diese Kommunikationsarten am besten umgesetzt werden, damit sie für die gehörlose Frau verständlich sind.
- Gehörlosen schwangeren Frauen soll eine professionelle Gebärdensprachdolmetscher:in während der Schwangerenvorsorge zur Verfügung gestellt werden.
- Eine kontinuierliche Betreuung durch dieselben Fachpersonen soll während der Schwangerenvorsorge für gehörlose Frauen gewährleistet werden.
- Gesundheitsfachpersonen sollen in Bezug zur Gebärdensprache und der Gehörlosenkultur geschult werden.
- Gesundheitsfachpersonen sollen gegenüber gehörlosen schwangeren Frauen mehr Respekt erweisen.

6 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden Schlussfolgerungen für die Praxis angegeben. Dabei wird das CanMEDS Modell nach Frank et al. (2015) miteinbezogen. Anschliessend werden Limitationen dieser Bachelorarbeit erwähnt, sowie der weitere Forschungsbedarf aufgezeigt. Abschliessend wird ein Fazit erläutert.

6.1 Theorie-Praxis Transfer

In dieser Bachelorarbeit wird klar ersichtlich, dass in der Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen Herausforderungen bestehen. Damit gehörlose schwangere Frauen trotzdem adäquat und professionell betreut werden können, ist es wichtig das in dieser Bachelorarbeit gewonnene Wissen in der Praxis umzusetzen. Mithilfe der sieben Rollen des CanMEDS Modell kann auf die Gesundheitsbedürfnisse von gehörlosen schwangeren Frauen eingegangen werden. Es kann in der Praxis eine Orientierungshilfe sein, um Best Practice* für gehörlose Frauen in der Schwangerenvorsorge zu erreichen (Frank et al., 2015).

Um das eigene Handeln in der Praxis kritisch zu hinterfragen, werden untenstehend Beispiele erläutert, wie mittels den sieben CanMEDS Rollen die Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen verbessert werden kann.

Table 9: Verbesserungsvorschläge für die Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen in Anlehnung an das CanMEDS Modell von Frank et al. (2015) (eigene Darstellung)

CanMEDS Rolle	Vertiefung der CanMEDS Rolle	Beispiel zur Umsetzung
Expert:in	Es werden vorhandene Ressourcen in der Schwangerenvorsorge genutzt, um Best Practice zu erreichen.	Es wird eine Gebärdensprachdolmetscher:in beigezogen.
Kommunikator:in	Es wird wahrgenommen, dass die verbale Kommunikation mit gehörlosen Personen nicht patient:innenorientiert ist.	Es werden Präferenzen in Bezug auf die Kommunikation erfragt.
Teamworker:in	Die Gesundheitsfachpersonen und Gebärdensprachdolmetscher:innen pflegen untereinander einen respektvollen und wertschätzenden Umgang.	Die Gesundheitsfachpersonen verwenden untereinander die Teach-Back-Methode.
Manager:in	Eine kontinuierliche Betreuung für die gehörlose schwangere Frau wird durch eine Gesundheitsfachperson organisiert.	Es wird ein fixes Betreuungsteam für eine gehörlose schwangere Frau erstellt.
Health Advocate	Es wird wahrgenommen, dass die schwangere gehörlose Frau weniger Zugang zu Informationen hat.	Gesundheitsfachpersonen stellen relevante Informationen für die Schwangerschaft mittels Videos in Gebärdensprache zur Verfügung.
Lernende und Lehrende	Gesundheitsfachpersonen eignen sich neues Wissen in Bezug auf die Gehörlosigkeit und die Gehörlosenkultur an.	Es werden Schulungen zur Gehörlosenkultur und Gebärdensprache für Gesundheitsfachpersonen angeboten.
Professionsangehörige	Es wird hinterfragt, was die Gehörlosengemeinschaft von der Schwangerenvorsorge erwartet.	In den Schulungen zur Gehörlosenkultur werden Erwartungen von gehörlosen Personen betreffend Gesundheitsversorgung geklärt.

6.2 Limitationen

In diesem Kapitel werden einerseits Limitationen der ausgewählten Studien ersichtlich, andererseits werden Limitationen in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Studien genannt. Die Teilnehmerinnen der jeweiligen Studien bezeichneten sich teils subjektiv als gehörlos. Durch die Subjektivität bleibt fraglich, ob die Definition Gehörlosigkeit für alle dieselbe ist. Des Weiteren ist unklar, ob sich die in dieser Arbeit erläuterte Definition der Gehörlosigkeit, mit der wahrgenommenen Gehörlosigkeit der Studienteilnehmerinnen deckt. Die fünf ausgewählten Studien haben in den USA, Südafrika und Nigeria stattgefunden. Der Fachartikel stammt aus England. Durch die Länderunterschiede kann die Vergleichbarkeit der Studien aufgrund von unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen, Kultur und verschiedenen Rahmenbedingungen der Schwangerenvorsorge in Frage gestellt werden. In den Studien haben die Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen die Schwangerenvorsorge in Anspruch zu nehmen. Dies stellt eine weitere Limitation dar. Zudem ist die Gravidität kein Ein- oder Ausschlusskriterium in den ausgewählten Studien. Durch diese Limitation wird wiederum die Vergleichbarkeit der Studien eingeschränkt. Da Herausforderungen subjektiv wahrgenommen werden, kann dies die Objektivität der Ergebnisse beeinflussen. Die Empfehlungen dieser Bachelorarbeit wurden für die Schweiz definiert. Fraglich ist dabei, ob diese Empfehlungen aufgrund der ausgewählten Studien für die Schweiz ausgesprochen werden können, da keine Studie in der Schweiz durchgeführt wurde.

In der Studie von O'Hearn (2006) wird ein Vergleich von gehörlosen und hörenden schwangeren Frauen gemacht. In den anderen vier Studien wird auf keinen Vergleich eingegangen, sondern die Stichprobe besteht ausschliesslich aus gehörlosen Frauen. Auch dies erschwert die Vergleichbarkeit und wird in dieser Arbeit als Limitation definiert. Das Publikationsjahr der Studie von O'Hearn (2006) stellt eine weitere Limitation dar, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Herausforderungen heutzutage vollumfänglich unverändert sind. Bei der Durchführung der Interviews wurden jeweils Gebärdensprachdolmetscher:innen beigezogen, was Übersetzungsfehler hervorrufen könnte.

6.3 Ausblick

Basierend auf den Limitationen wird nachfolgend der weitere Forschungsbedarf aufgezeigt. Die Wichtigkeit vom Gebärdensprachdolmetschen wird in dieser Bachelorarbeit ersichtlich. Jedoch ist der Einfluss des Dolmetschens auf das Verhalten der Frau in der Schwangerenvorsorge noch nicht ausreichend erforscht worden. Des Weiteren wird die Gehörlosigkeit in den ausgewählten Studien nicht einheitlich definiert. Von Vorteil wäre es, wenn in weiteren Studien ein Messinstrument verwendet werden würde, welches die Gehörlosigkeit objektiv und messbar definiert. Zusätzlich wäre es hilfreich, Studien über konkrete Schulungsansätze zur Gehörlosigkeit für Gesundheitsfachpersonen durchzuführen. Die Studienergebnisse könnten Aussagen darüber liefern, wie die Gesundheitsfachpersonen für dieses Thema sensibilisiert werden könnten. Auffällig ist, dass es bisher in der Schweiz keine Studien über die Herausforderungen gehörloser Frauen in der Schwangerenvorsorge gibt. Um spezifische Aussagen für die Schwangerenvorsorge in der Schweiz auszusprechen, müssten daher Studien in der Schweiz durchgeführt werden. Abschliessend ist zu betonen, dass es allgemein noch mehr Studien über dieses Thema benötigt, um gehörlose Frauen in der Schwangerenvorsorge bestmöglich zu betreuen.

6.4 Fazit

Aus dieser Bachelorarbeit wird ersichtlich, dass gehörlose Frauen während der Schwangerenvorsorge Herausforderungen begegnen. Mittels genannter Empfehlungen können Gesundheitsfachpersonen diesen Herausforderungen entgegenwirken. Die Autorinnen hoffen, dass durch die Sensibilisierung dieser Thematik in dieser Bachelorarbeit die Wünsche und Bedürfnisse gehörloser Frauen in der Schwangerenvorsorge vermehrt erhört werden. Dies stellt eine weitere Interpretation des Titels dar. (un)erHÖRT.

Literaturverzeichnis

- Adigun, O. T. & Mngomezulu, T. P. (2020). 'They Forget I'm Deaf': Exploring the Experience and Perception of Deaf Pregnant Women Attending Antenatal Clinics/Care. *Annals of Global Health*, 86(1), 96.
<https://doi.org/10.5334/aogh.2942>
- Alexander, A., Ladd, P. & Powell, S. (2012). Deafness might damage your health. *The Lancet*, 379(9820), 979–981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61670-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61670-X)
- Amboss. (2023, 12. Januar). *Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft*. https://www.amboss.com/de/wissen/Vorsorgeuntersuchungen_in_der_Schwangerschaft
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2011). *Research Methods in Education* (7. Aufl.). Routledge.
- Deutscher Gehörlosenbund e.V. (2007, 14. August). *Was ist Gehörlosigkeit?* [Pressemeldung]. <https://www.gehoerlosen-bund.de/presse/pressemitteilungen>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Dudenredaktion. (2023, 11. Januar). *Lippenlesen*. <https://www.duden.de/recht-schreibung/Lippenlesen>
- Frank, J. R., Snell, L. & Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015: Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons Canada.
- Fries, S. (2020). *Gewalterfahrungen gehörloser Frauen: Risikofaktoren, Ressourcen und gesundheitliche Folgen*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Gichane, M. W., Heap, M., Fontes, M. & London, L. (2017). "They must understand we are people": Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disability and Health Journal*, 10(3), 434–439.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.016>
- Höfer, S. & Stiefel, A. (2020). Schwangerenvorsorge. In A. Stiefel, K. Brendel, N. Bauer & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Aufl., 291-296). Thieme Verlag.

- Hoffmann, V. & Schäfer, K. (2020). *Kindliche Hörstörungen: Diagnostik - Versorgung - Therapie*. Springer Nature.
- Hubbard, L. J., D'Andrea, E. & Carman, L. A. (2018). Promoting Best Practice for Perinatal Care of Deaf Women. *Nursing for Women's Health*, 22(2), 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.02.002>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2021, 10. Februar). Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit bei Kindern. <https://www.gesundheitsinformation.de/schwerhoerigkeit-und-gehoerlosigkeit-bei-kindern.html>
- Jackson, M. (2011). Deafness and antenatal care: Understanding issues with access. *British Journal of Midwifery*, 19(5), 280–284. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.5.280>
- Kramer, F. (2007). *Kulturfaire Berufseignungsdiagnostik bei Gehörlosen und daraus abgeleitete Untersuchungen zu den Unterschieden der Rechenfertigkeiten bei Gehörlosen und Hörenden* (Dissertation, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen). University Library RWTH Aachen University. http://publications.rwth-aachen.de/record/62286/files/Kramer_Florian.pdf
- Krebs, D. & Menold, N. (2019). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 489–504). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_34
- Leonhardt, A. (2019). *Grundwissen Hörgeschädigtenpädagogik* (4. Aufl.). utb GmbH.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Luton, M., Allan, H. T. & Kaur, H. (2022). Deaf women's experiences of maternity and primary care: An integrative review. *Midwifery*, 104, 103190. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103190>
- O'Hearn, A. (2006). Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: A comparative study. *Family Medicine*, 38(10), 712–716. ISSN: 0742-3225
- Omar, M. A. & Schiffman, R. F. (1995). Pregnant women's perceptions of prenatal care. *Maternal-child nursing journal*, 23(4), 132–142. PMID: 8826079

- Panko, T. L., Cuculick, J., Albert, S., Smith, L. D., Cooley, M. M., Herschel, M., Mitra, M. & McKee, M. (2023). Experiences of pregnancy and perinatal healthcare access of women who are deaf: A qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130(5), 514-521. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17300>
- Quality and Safety Education for Nurses (2020). *Competencies*. <https://qsen.org/competencies/>
- Ris, I & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Sporek de Lacerda, P. E. (2021). Maternity Service Provision for Deaf Women and Women with Hearing Impairment. In L. Abbott (Hrsg.), *Complex Social Issues and the Perinatal Woman* (S. 173-187). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-58085-8>
- Stabstelle Diversity. (2022). *Leitfaden für einen inklusiven Sprachgebrauch*. https://gmpmpublic.zhaw.ch/GPMDocProdDPublic/Vorgabedokumente_ZHAW/Z_MB_Sprachleitfaden_ZHAW.pdf
- Stephan, K. S. & Pinilla, S. (2014). Gehörlose Patienten in der Notfallmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*, 17(5), 449–462. <https://doi.org/10.1007/s10049-014-1903-2>
- Stephens, T. (2021, 27. Juli). Schweizer Gehörlosenverband: 75 Jahre voller Widrigkeiten. *SWI swissinfo.ch*. <https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/schweizer-gehoerlosenverband-75-jahre-voller-widrigkeiten/46817398>
- Ubido, J., Huntington, J. & Warburton, D. (2002). Inequalities in access to healthcare faced by women who are deaf: Inequalities in access to healthcare. *Health & Social Care in the Community*, 10(4), 247–253. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00365.x>
- Urban, H., Wimberger, P. & Goeckenjan, M. (2016). Schwangerenvorsorge. *Der Gynäkologe*, 49(2), 111–124. <https://doi.org/10.1007/s00129-015-3834-5>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>

World Health Organization. (2023, 27. Februar). *Deafness and hearing loss*.
 Who.It. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

Yen, P. H. & Leasure, A. R. (2019). Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal Practitioner*, 36(6), 284–289. PMID: 31258322

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: CanMEDS Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Frank et al., 2015)..... 15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Der Grad der Schwerhörigkeit im Vergleich mit Dezibel (Eigene Darstellung in Anlehnung an Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2021) 10

Tabelle 2: Auflistung der Keywords (eigene Darstellung) 18

Tabelle 3: Selektierte Literatur (eigene Darstellung)..... 20

Tabelle 4: Übersicht Studie A (eigene Darstellung) 21

Tabelle 5: Übersicht Studie B (eigene Darstellung) 25

Tabelle 6: Übersicht Studie C (eigene Darstellung) 29

Tabelle 7: Übersicht Studie D (eigene Darstellung) 33

Tabelle 8: Übersicht Studie E (eigene Darstellung) 37

Tabelle 9: Verbesserungsvorschläge für die Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen in Anlehnung an das CanMEDS Modell von Frank et al. (2015) (eigene Darstellung) 50

Wortzahl

Abstract: 194

Arbeit: 10'489

(Wortzahl ohne Abstract, Vorwort, Inhaltsverzeichnis, Tabellen,

Tabellenbeschriftung, Tabellenverzeichnis, Abbildung, Abbildungsbeschriftung, Abbildungsverzeichnis, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge gezählt.)

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir herzlich unsere Dankbarkeit all denen Menschen ausdrücken, die uns während dem Schreibprozess dieser Bachelorarbeit unterstützt haben. Ein besonderes Dankeschön an Frau Prof. Dr. Marion Huber für die kompetente und empathische Betreuung, sowie für das schnelle Antworten auf unsere Fragen. Ebenfalls möchten wir uns für die hilfreichen Inputs und die dafür investierte Zeit bei den Korrekturleser:innen bedanken. Abschliessend bedanken wir uns gegenseitig für die angenehme und unterstützende Zusammenarbeit.

Eigenständigkeitserklärung

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

Anhang

Anhang A: Glossar

Allokationsbias	Bezeichnet eine Verzerrung der Randomisierung von Stichproben in einer quantitativen Studie.
Best Practice	Bezeichnet eine evidenzbasierte Vorgehensweise, um das bestmögliche gesundheitliche Outcome von Patient:innen zu erreichen.
Confounder	Bezeichnet eine Drittvariable, die allenfalls einen Einfluss auf den Zusammenhang zweier Variablen hat.
C-Section	Bedeutet Kaiserschnitt auf Englisch.
Likert-Skala	Ist ein Verfahren zur Erhebung von persönlichen Meinungen. Mittels einer mehrstufigen Skala können diese persönlichen Einstellungen erfragt werden (trifft stark zu, trifft teilweise zu,...).
Meningitis	Beschreibt eine Entzündung im Bereich der Hirnhäute sowie der Rückenmarkshäute.
Osteosklerose	Bezeichnet eine Knochenerkrankung, bei der die Knochendichte erhöht ist.
Perinatal	Bezeichnet den Zeitraum ab der 22. Schwangerschaftswoche bis sieben Tage nach der Geburt.
Purposive Sampling	Bezeichnet eine gezielte Auswahl einer Stichprobe. Dabei haben die Studienteilnehmer:innen gewisse Merkmale, die in der Studie gesucht werden.
Recall Bias	Bezeichnet eine bestimmte Verzerrung in einer Studie. Kann dadurch entstehen, dass sich Studienteilnehmer:innen nicht mehr korrekt an die Situation erinnern können, da sie schon lange her ist.
Sample Bias	Bezeichnet eine Stichprobenverzerrung. Entsteht dadurch, dass Studienteilnehmer:innen nicht zufällig ausgewählt werden.
Schneeballverfahren	Bezeichnet ein Stichprobenverfahren bei einer schwer erreichbaren oder kleinen Population. Dabei vermittelt eine Person der zu untersuchenden Population weitere Studienteilnehmer:innen.
Selektionsbias	Bezeichnet eine Selektion der Stichprobe, bei der keine Randomisierung stattfindet.

Anhang B: Rechercheprotokoll

Selektierte Literatur	Suchverlauf
<p>Tiffany L. Panko, Jess Cuculick, Sasha Albert, Lauren D. Smith, Margarita M. Cooley, Melanie Herschel, Monika Mitra, Michael McKee (2023).</p> <p>Experiences of pregnancy and perinatal healthcare access of women who are deaf: a qualitative study</p>	<p>PubMed</p> <p>pregnancy AND experience AND deaf</p> <p>27 Resultate, Resultat Nr. 2</p>
<p>Olufemi T. Adigun & Thanduxolo P. Mngomezulu (2020).</p> <p>«They Forget I’m Deaf»: Exploring the Experience and Perception of Deaf Pregnant Women Attending Antenatal Clinics/Care</p>	<p>PubMed</p> <p>pregnant AND experience AND deaf</p> <p>7 Resultate, Resultat Nr. 1</p>
<p>Margaret W. Gichane MSPH, Marion Heap PhD, Mayara Fontes MA, Leslie London MD (2017).</p> <p>«They must understand we are people»: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town</p>	<p>PubMed</p> <p>pregnancy AND maternity AND deaf OR deafness</p> <p>45 660 Resultate, Resultat Nr. 6</p>
<p>O’Hearn, A. (2006).</p> <p>Deaf women’s experience and satisfaction with prenatal care: a comparative study</p>	<p>PubMed</p> <p>pregnancy AND experience AND deaf</p> <p>27 Resultate, Resultat Nr. 7</p>
<p>Hubbard, L. J., D’Andrea, E. & Carman, L. A. (2018).</p> <p>Promoting Best Practice for Perinatal Care of Deaf Women</p>	<p>PubMed</p> <p>pregnancy AND experience AND deaf</p> <p>27 Resultat, Resultat Nr. 10</p>
<p>Jackson, M. (2011).</p> <p>Deafness and antenatal care: Understanding issues with access</p>	<p>Cinahl</p> <p>pregnancy AND deaf OR deafness</p> <p>10 698 Resultate, Resultat Nr. 15</p>

Anhang C: AICA- Raster in Anlehnung an Ris und Preusse-Bleuler (2015)

Zusammenfassung Studie nach Panko et al. (2023):

Qualitatives Forschungsdesign

	Forschungs-schritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
--	---------------------	---	--------------------------

Einleitung	Problembe- schreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage (Hypothese)	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Gehörlose Frauen sind im Gesundheitssystem mit zahlrei- chen Herausforderungen konfrontiert. Sie erhalten weniger Informationen von den Leistungserbringer als hörende Frauen und nehmen weniger Termine bei der Schwange- renavorsorge wahr, wenn Kommunikationsbarrieren vorhan- den sind. Es werden zudem zu wenig Hilfsmittel, wie eine Dolmetscher:in bereitgestellt. Auch haben gehörlose Frauen in der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für SS-Diabetes, Bluthochdruck, PE, FG, Kaiserschnittentbin- dungen und NG mit geringem Geburtsgewicht. • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Phänomen bereits oben aufgeführt, es wird mit verschie- denen Quellen aus unterschiedlichen Studien in die Studie eingeleitet. • Wie lautet die Forschungsfrage? Eine Fragestellung wird nicht genau definiert. Es wird auf- gezeigt, was in der Studie untersucht wird: Es werden Schwangerschaftserfahrungen von gehörlosen Frauen un- tersucht. • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorha- bens wird benannt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja, denn es ist relevant für die Praxis und es wird ersichtlich, dass es wenig Studien über diese Thematik gibt. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Ja, die Beschreibung des Phänomens ist klar beschrieben und es wird eine Relevanz für die Leistungserbringer im Gesund- heitswesen ersichtlich. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Das Ziel wird explizit dargestellt. • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Die Forschungsfragen werden nicht klar formuliert. Es wird auf- gezeigt, was untersucht werden soll, aber es ist keine For- schungsfrage ersichtlich. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Mit wissenschaftlichen Studien wird das Thema aufgezeigt und erläutert. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja, es wird unter anderem aufgezeigt, dass in diesem Thema Lü- cken vorhanden sind und es wird belegt, dass gehörlose Frauen ein schlechteres Outcome haben bei der Schwangerenvorsorge. Darum ist es wichtig zu wissen, welche Faktoren dazu beitragen.
------------	---	--	--

		Es wird aufgezeigt, dass gehörlose Frauen eine höhere Rate negativer Schwangerschafts- und Geburtsergebnisse aufzeigen. Jedoch sind die Faktoren, die zu diesen Ungleichheiten beitragen unklar. Somit dient diese Studie dazu, Schwangerschaftserfahrungen von gehörlosen Frauen aufzuzeigen und zu verstehen.	
Methode	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine qualitative Studie und eine thematische Analyse wurde angewendet. • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Die Wahl wird nicht explizit von den Autor:innen begründet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, denn mit qualitativen Interviews können persönliche Herausforderungen gezeigt werden
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Gehörlose Frauen in den USA, die sich selbst als gehörlos bezeichneten und vorzogen in Gebärdensprache zu sprechen. Zudem haben sie mindestens einmal ein Kind geboren. • Welches ist die Stichprobe? – Wer? Wieviel? Charakterisierungen? Die Stichprobengröße besteht aus 45 gehörlosen Frauen, die zwischen 21 und 50 Jahre alt waren und in den letzten 5 Jahren in den USA ein Kind geboren haben. Frauen, die mehrere Schwangerschaften hatten, wurden gebeten sich 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja. • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Ja, sie nennen, dass eine hohe Repräsentativität durch die Studienflyer an Organisationen, die mit Gehörlosen arbeiten entstanden ist. • Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie begründet?

		<p>auf die wichtigste empfundene zu beziehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde die Stichprobe gezogen? <p>Die Teilnehmerinnen wurden durch eine Mischung aus Zufalls- und Schneeballsystem ausgesucht. Es wurde über E-Mail, soziale Medien und persönliche Anwerbungen bei Veranstaltungen rekrutiert. Zudem wurden Studienflyer und Grafiken verteilt an Organisationen, die mit Gehörlosen zusammenarbeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es verschiedene Studiengruppen? <p>Nein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? <p>Ja es werden Limitationen angegeben für die Stichprobe, jedoch werden diese nicht begründet.</p>	<p>Die Stichprobengröße wurde auf der Grundlage der Datensättigung begründet ausgewählt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? <p>Ja, zuerst wurden die Interviews an 3 Hauptstandorten durchgeführt. Zudem ist die Teilnehmerzahl klar aufgeführt. Mehr über das Setting ist aber nicht bekannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? <p>Ja, denn sie haben das Phänomen erlebt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? <p>Ja.</p>
Datenerhebung		<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <p>Es wurden 90-minütige halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden in Gebärdensprache gehalten. Die Teilnehmerinnen wurden zum Zugang zu Schwangerschaftsinformationen und -ressourcen, zum Zugang zur Kommunikation, zur Zufriedenheit mit Gesundheitsdienstleistungen und zu den Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem während der Schwangerschaft befragt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? <p>Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben und um soziale Prozesse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? <p>Ja, die Vorgehensweise wird explizit dargestellt und klar beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Datensättigung diskutiert?

		<p>Zuerst wurden an 3 Standorten Interviews durchgeführt. Danach haben die Autoren durch eine nationale Rekrutierungsstrategie und Remote-Interviews den Ansatz erweitert. Die in Frage kommenden Teilnehmer wurden nach der Einwilligung von den Autoren kontaktiert um ein Datum für das Interview zu vereinbaren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig wurden Daten erhoben? <p>Pro Person wurde einmal ein Interview durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? <p>Die Interviews wurden per Video aufgezeichnet und danach von zwei Transkriptionisten von der Gebärdensprache in die englische Schriftsprache übersetzt.</p>	<p>Bei der Stichprobe ja, bei der Datenerhebung nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? <p>Es wurde eine webbasierte Einwilligungserklärung bei den Online-Interviews eingeholt. Bei den Vor-Ort-Interviews bleibt es unklar ob es eine Einwilligung gab.</p> <p>Es steht nichts in der Studie über das mögliche Abbrechen des Interviews.</p>
Methodologische Reflexion		<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? <p>– Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders.</p> <p>Der gewählte Ansatz wird durch die Forschende nicht klar diskutiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? <p>Nein, dieser wird nicht dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? <p>Ja, es stimmt überein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z..B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? <p>Ja.</p>

	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die Transkripte wurden in eine Analyseanwendung (Dedoose v8.3.35) hochgeladen, um die Kodierung zu gewährleisten. So wurden Muster zwischen den Teilnehmerinnen identifiziert und generiert. • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Die Transkripte wurden von Forscher:innen überprüft und die Kodierungsschemas immer wieder aktualisiert. Zudem berieten sie sich während des gesamten Prozesses, um ein Kodierungsbuch zu genehmigen, die das Phänomen umfassen. Auch wurde jedes Interview von einem Autor unabhängig kodiert. Ein weiterer Autor überprüfe die kodierten Transkripte und Unstimmigkeiten wurden diskutiert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ja, das Vorgehen wird klar nachvollziehbar beschrieben. • Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Die webbasierte qualitative Analyseanwendung wird mit Name genannt → Dedoose v8.3.35 • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Ja. • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja. • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Da es unabhängig kodiert wurde, ist der Einfluss der Autor:in unwahrscheinlich. • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Das wird nicht erwähnt in der Studie.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?

	<ul style="list-style-type: none">• Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? <p>Die ethische Genehmigung für diese Studie wurde von den Autor:innen eingeholt.</p>	<p>Es wird nicht auf die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmer:innen eingegangen und keine Massnahme für ethische Fragen diskutiert</p>
--	--	---

Ergebnisse	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? <p>Die teilnehmenden Frauen waren überwiegend weiss, verheiratet, verfügten über ein Jahreseinkommen von weniger als 80.000 Dollar und hatte eine Hochschulausbildung. Zudem wurde bei den meisten Frauen die erste SS ausgewählt.</p> <p><u>3 Hauptthemen: immer mit 2 Unterthemen (Barriere und Erleichterung)</u></p> <p>- Zugänglichkeit der Kommunikation: Barriere: Zugang zu Kommunikation Alle Teilnehmerinnen zogen es vor, einen Dolmetscher:in vor Ort zu haben, oftmals wegen der Institution nicht möglich.</p> <p>Viele Teilnehmerinnen haben es mit Videodolmetschern probiert, jedoch war das nicht förderlich wegen mangelnder Qualität des Videos und Tons.</p> <p>Der unzureichende Zugang zu Dolmetscher vor Ort führte dazu, dass Kontinuität der Betreuung unzureichend war, da ein neuer Ort gefunden werden musste, die Dolmetscher anbieten.</p> <p>Eine andere Teilnehmerin erzählt, dass Dolmetscher erst eine Stunde später gekommen ist → verzögerter Zugang zum Dolmetscher → Stress und Verwirrung bei Mutter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja. • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? 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, es wird jedoch bei den Zitaten oftmals auf Geburt und nicht Schwangerenvorsorge eingegangen. • 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? Es wurden keine Modelle entwickelt.
------------	------------	--	--

		<p>Erleichterung: Kommunikationsaufnahme 28 berichteten, wenn Gesundheitsdienstleister auf Kommunikationsbedürfnisse eingehen dann positiv erlebt, da sie direkt Dolmetscher bestellen.</p> <p>Dass kulturelle Kompetenz wahrgenommen wird, wichtiger Aspekt für die Teilnehmerinnen um akzeptiert zu werden</p> <p>- Zufriedenheit mit der Kommunikation</p> <p>Barriere: begrenzter Austausch von Gesundheitsinformationen</p> <p>30 Teilnehmerinnen erinnerten sich an Situationen, wo nicht so viele Informationen weitergegeben wurde als benötigt</p> <p>Erleichterung: Ausführliche Informationen 32 Teilnehmerinnen berichteten, wie wichtig es sei, dass Gesundheitsdienstleister ausführlich Informationen weitergeben und sich Zeit nehmen für sie</p> <p>- Unterstützung durch Gesundheitsdienstleister und Team</p> <p>Barriere: Probleme bei Auswahl des Gesundheitsdienstleisters, 20 berichten, dass sie Probleme hatten bei Auswahl des Anbieters für SS-Betreuung</p> <p>Erleichterung: zusätzliche Unterstützung des Teams</p>	
--	--	---	--

		<p>Verfügbarkeit von Dolmetschern mit medizinischem Fachwissen war entscheidend für positive Erfahrung</p> <p>Abschliessend wird noch genannt wie wichtig für 39 Teilnehmerinnen die Selbstvertretung war. Also wie wichtig es ist, sich selbst zu helfen und für sich einzustehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeschichten? <p>Es wurden Tabellen erstellt. Zudem wurden viele Zitate in den Ergebnisteil gepackt.</p>	
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? – Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? – Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? – Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? <p>Es sei die erste qualitative Studie, die sich mit prä-, peri- und postnatalen Gesundheitserfahrungen von gehörlosen Frauen befasst.</p> <p>Unzugängliche Kommunikation, Herausforderungen bei Beschaffung von Informationen und die Auswahl des Gesundheitsdienstleisters sind Herausforderungen. Es</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? <p>Es wurde keine explizite Fragestellung formuliert, jedoch ist diese vom Ziel ableitbar und wird somit beantwortet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)? <p>Ja, es wird jedoch auf Schulungen für Ärzte eingegangen und nicht für Hebammen.</p>

		werden Limitationen und mögliche Verzerrungen angegeben. Die Hauptergebnisse werden zudem mit Ergebnissen von Literatur verknüpft.	
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Weitere Forschungsarbeiten bezüglich Umsetzung der Änderungen, die erforderlich sind um eine barrierefreie Betreuung zu gewährleisten. Zudem sind Schulungen für Gesundheitsdienstleisterin wichtig und eine bessere Durchsetzung der ADA-Vorgaben. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 der Evidence-Level der Studie? Unterstes Level der 6S Pyramide nach Di Censo.

Zusammenfassung Studie nach Adigun und Mngomezulu (2020):

Qualitatives Forschungsdesign

	Forschungs- schritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
--	-------------------------	---	--------------------------

Einleitung	Problembe- schreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage (Hypothese)	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Verfügbare Daten deuten darauf hin, dass gehörlose Frauen weniger zufrieden sind mit den Dienstleistungen im Bereich der Schwangerenvorsorge. Es wird davon ausgegangen, dass gehörlose Frauen zu wenig Informationen erhalten durch die Hebamme und anderen Gesundheitsfachkräfte. Es gibt jedoch nur wenige Studien über gehörlose schwangere Frauen, insbesondere in Entwicklungsländern wie Nigeria. • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Die Schwangerenvorsorge wird mit Angaben von der WHO beschrieben. Zudem wird auf verschiedene Studien eingegangen. • Wie lautet die Forschungsfrage? Es wurden drei Forschungsfragen gestellt: 1. In welchem Stadium der Schwangerschaft meldeten sich die Teilnehmerinnen zur Vorsorge? 2. Welche Faktoren waren für den Zeitpunkt der Anmeldung verantwortlich? 3. Waren die gehörlosen Frauen mit Schwangerenvorsorge und Dienstleistungen zufrieden? • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Ja, es wird deutlich, dass es zu wenig Forschung in diesem Thema gibt. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja, das Ziel wird klar formuliert. • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Ja, sie sind klar formuliert und ersichtlich dargestellt. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Es wird auf die WHO eingegangen und verschiedene Studien genutzt. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja, sie beschreiben, dass gehörlose Frauen möglicherweise höheren Risiken für Mütter- und Kindersterblichkeit ausgesetzt sind und dass gehörlosen Frauen zu wenig Aufmerksamkeit in diesem Thema geschenkt wird, da es fast keine Studien gibt.
------------	---	--	--

		Es gibt Forschungsarbeiten über die Erfahrungen von hörenden Frauen in der Schwangerenvorsorge, nicht aber von gehörlosen Frauen. Ziel ist es die Wahrnehmungen und Erfahrungen von gehörlosen Frauen zu erforschen, die in Ibadan, Nigeria eine Schwangerschaftsuntersuchung besuchen.	
Methode	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es wurde ein interpretivistisches Paradigma und ein qualitatives, deskriptives Forschungsdesign ausgewählt. • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Es sollen subjektive Erfahrungen untersucht werden. Zudem soll das Phänomen in seinem natürlichen Umfeld untersucht werden basierend auf Werte, Einstellungen und Überzeugungen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, es wird erklärt, dass ein qualitatives Design gewählt wurde, da die subjektiven Erfahrungen untersucht werden sollen.
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Gehörlose Frauen in Entwicklungsländern. • Welches ist die Stichprobe? 9 Teilnehmerinnen, Einschlusskriterien: Kommunikation durch Gebärdensprache, zwischen 18-45 Jahre alt, vor der Studie in einer Geburtsklinik angemeldet sein und diese besucht haben, bereits sein, freiwillig teilzunehmen • Wie wurde die Stichprobe gezogen? Ibadan, eine Stadt in Nigeria wurde bewusst ausgewählt, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja, es macht Sinn, dass ein qualitativer deskriptiver Ansatz gewählt wurde. • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Fraglich, wegen der Anzahl Teilnehmerinnen. • Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie

		<p>da es dort ein Gehörlosenzentrum gibt. Zwei lokale Regierungsbezirke wurden nach Zufallsprinzip durch eine einfache Zufallsstichprobe ausgewählt. Die Autoren haben mit Hilfe dem nigerianischen Gehörlosenverband und mit den Vorsitzenden des örtlichen Gehörlosenverbands Kontakt mit gehörlosen Frauen aufgenommen. Die Rekrutierung erfolgte durch Whatsapp und persönliche Einladungen.</p> <p>– Probability sampling? <u>– Non-probability sampling?</u> Ja → grössere Gefahr von «sample bias»</p> <p>• Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein</p> <p>• Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Es werden Einschlusskriterien beschrieben aber nicht begründet.</p>	<p>begründet? Die Stichprobengrösse wird nicht 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>
	Datenerhebung	<p>• Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? – Interview Es wurden zwischen 02. Und 28.12.2019 mit jeder Teilnehmerin bei ihr zu Hause ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Sie dauerten 35 Min. Der Forscher erstellte einen Interviewleitfaden anhand Cohen, Manion und Morrison.</p>	<p>• Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Ja, es werden Fragen rund ums Erleben gestellt.</p> <p>• Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Ja.</p> <p>• Wird die Datensättigung diskutiert?</p>

	<p>Der Forscher verhielt sich flexibel und kontrollierte die Handlungen und Gesten nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig wurden Daten erhoben? Einmalig • Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? Die aufgezeichneten Videointerviews wurden transkribiert, kodiert und anonymisiert. Um Anonymität zu gewährleisten wurde kein Name genannt, sondern eine Nummer. 	<p>Nein, sie wird nicht diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Ja.
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? <u>Qualitativ-deskriptiver Ansatz:</u> Sie beschreiben, dass es geeignet ist, da subjektiver Erfahrungen im Vordergrund stehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Im Methodenteil wird es nicht ersichtlich dargestellt. • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Ja. • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z..B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Ja.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die transkribierten Dokumente wurden mit den Videointerviews abgeglichen. Danach wurden sie mithilfe einer 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?

		<p>thematischen Analyse bearbeitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? <p>Anonymisierung wird genau angegeben. Sie beschreiben das Ziel der thematischen Analyse genau.</p>	<p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? <p>Glaubwürdigkeit: Transkribierte Daten wurden nochmals abgeglichen, die Forscher jedoch nichts unterschrieben betreffend Objektivität.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? <p>Die Interviews wurden aufgenommen, jedoch nicht ersichtlich für die Leser:in niedergeschrieben.</p>
Ethik		<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? <p>Ein Forschungsassistent, der die Gebärdensprache beherrschte, informierte die Teilnehmerinnen genau und gab ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung, die genau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? <p>Es wird nichts über die Beziehung zwischen Forscher und Teilnehmerin beschrieben.</p>

		<p>beschrieben wurde. Es wurde ihnen zugesichert, dass Daten vertraulich behandelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none">• Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? <p>Es wurde von der Leitung der Deaf woman Association of Nigeria eine Erlaubnis eingeholt.</p>	
--	--	---	--

Ergebnisse	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? <p>Die 3 Forschungsfragen von der Einleitung wurden in Kategorien gegliedert.</p> <p><u>Frage 1:</u> Die meisten Teilnehmerinnen besuchten im zweiten Schwangerschaftsdrittel das erste Mal die Schwangerschaftsvorsorge.</p> <p><u>Frage 2:</u> gegliedert in 2 Kategorien a und b</p> <p>a) Persönliche Faktoren: Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus hielt 7 Teilnehmerinnen ab sich früher zu melden</p> <p>Alle Teilnehmerinnen waren sich bewusst wie wichtig die Schwangerschaftsvorsorge ist, hatten aber unterschiedliche Vorstellungen der Betreuung.</p> <p>Alle gaben an, dass sie Schwierigkeiten während der Vorsorge mit der Kommunikation hatten. Sie finden, dass die Kommunikationsmethoden bei der Vorsorge nicht angemessen sind. Die Mehrheit bezeichneten die Kosten als Hindernis.</p> <p>b) Faktoren im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem:</p> <p>Kommunikationsprobleme mit dem Gesundheitspersonal und Einstellung gegenüber gehörlosen Frauen bei der Vorsorge → 2 wichtigsten Themen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? <p>Es gibt verschiedene Zitate, die von Teilnehmerinnen stammen. Dadurch werden die Daten bestätigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? <p>Es wird nur auf 2 Spitäler eingegangen. Ein Privatkrankenhaus und ein öffentliches Krankenhaus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? <p>Es wurde kein Modell entwickelt.</p>
------------	------------	--	--

		<p>Es bestand eine Kommunikations- und Informationslücke zwischen Hebamme, Arzt und Patientin. 7 nicht zufrieden mit der Haltung der Hebamme bei der Vorsorge</p> <p><u>Frage 3:</u> 2 Personen, die im Privatspital waren, waren mehrheitlich zufrieden, 7 Personen, die im öffentlichen Spital waren, waren unzufrieden</p> <p>• Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeschichten?</p> <p>Die Ergebnisse werden mit vielen Zitaten belegt.</p>	
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>• Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?</p> <p>– Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen?</p> <p>– Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?</p> <p>– Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug?</p> <p>Dass sich gehörlose Frauen häufig zu spät für die Schwangerschaftsvorsorge melden deckt sich mit anderen Studienergebnissen. Die Studie scheint die einzige zu sein, die die Rolle der Entfernung als einen Faktor</p>	<p>• Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</p> <p>Ja.</p> <p>• Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>Mit dem Ergebnisteil und dem Diskussionsteil lassen sich die 3 Forschungsfragen beantworten.</p> <p>• Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</p> <p>Die Autoren gehen auf verschiedene Studien ein, demnach kann gesagt werden, dass sie auf empirische Literatur gestützt und diskutiert werden.</p>

		<p>identifiziert, der verantwortlich ist, dass die Vorsorge verzögert in Anspruch genommen wird. Die Studie bestätigt, dass gehörlose Frauen über die Bedeutung der Vorsorge Bescheid wissen. Wie die Studie von Finlayson und Down unterstützt diese Studie dass das Bewusstsein für die Schwangerschaft und die Offenlegung von Infos zum Beginn der Vorsorge beitragen können.</p> <p>Die negative Einstellung des Personals und in ineffektive zweiseitige Kommunikation zwischen Hebammen und Frauen sich negativ auswirken können. Das steht im Widerspruch zu früheren Studien, in denen Unbeholfenheit, Diskriminierung und Unsicherheit die grössten Herausforderungen waren. Die Kommunikation als Hauptschwierigkeit findet sich auch in frühere Studien wieder.</p> <p>Die Einstellung des Gesundheitspersonals gegenüber gehörlosen Frauen ist ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit, der sich generell auch in Studien mit nicht gehörlosen schwangeren Frauen zeigt.</p>	<p>• Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)?</p> <p>Ja, es werden verschiedene Vorschläge ersichtlich dargestellt und Empfehlungen ausgesprochen.</p>
	<p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p>	<p>• Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</p> <p>Durch Programme sollen gehörlose Frauen ermutigt werden, sich im ersten Schwangerschaftsdrittel zur Vorsorge zu melden. Zudem solle Gebärdensprache verwendet</p>	<p>• Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</p> <p>Ja.</p> <p>• Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</p>

	<p>werden. Jede Gesundheitseinrichtung soll Dolmetscher zur Verfügung stellen.</p> <p>Es wird eine Längsschnittstudie mit quantitativem Ansatz vorgeschlagen. Zudem sollen die Wahrnehmungen und Erfahrungen des Gesundheitspersonals mit gehörlosen Frauen untersucht werden.</p>	<p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none">• Welches ist der Evidence-Level der Studie? <p>Unterstes Level der Pyramide.</p>
--	--	---

Zusammenfassung Studie nach Gichane et al. (2017):

Qualitatives Forschungsdesign

	Forschungs- schritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
--	-------------------------	---	--------------------------

Einleitung	Problembe- schreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage (Hypothese)	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Frauen mit Behinderungen werden in Subsahara-Afrika mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, um eine angemessene sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen zu können. Bei der Inanspruchnahme von Schwangerschafts- und Entbindungsdienste sind gehörlose Frauen weniger zufrieden, nehmen weniger Termine wahr und haben eine schlechtere Kommunikation mit den Gesundheitsdienstleistern. Wenn jedoch eine Dolmeterscher:in vorhanden sind, seien sie zufriedener. • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Das Phänomen wird mit unterschiedlichen Studien aus der USA und UK dargelegt. Zudem werden Gesetzesartikel aufgezeigt. • Wie lautet die Forschungsfrage? Die Forschungsfrage wird nicht klar dargestellt. Die Frage ist in der Form des Ziels dargestellt und demnach ableitbar. • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Das Ziel der Studie ist es, die Schwangerschaftserfahrungen, die Inanspruchnahme von Mutterschaftsdiensten und die Ergebnisse der Schwangerschaft von gehörlosen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja, denn es gibt noch keine Studie, die in einem Land mit niedrigem Einkommen durchgeführt wurde. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Ja. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja. • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Nein, die Fragen werden nicht klar formuliert, jedoch sind sie vom Ziel der Studie ableitbar. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja, es werden Artikel vom Recht und andere Studien aufgeführt. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja.
------------	---	---	---

		Frauen in Kapstadt aufzuzeigen und zu vergleichen mit der allgemeinen Bevölkerung von Frauen in Südafrika	
Methode	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um ein Mixed-Method Design. • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Die Wahl des Designs wird nicht begründet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Es wird nicht genauer darauf eingegangen. Für das Erreichen des Ziels der Studie ist der Ansatz/ das Design passend gewählt.
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Es handelt sich um Frauen zwischen 18 und 49, die mit Gebärdensprache kommunizieren, mindestens einmal schwanger waren und sich selbst als gehörlos bezeichnen und in Südafrika wohnen. • Welches ist die Stichprobe? 42 Frauen zwischen 18 und 49 Jahre • Wie wurde die Stichprobe gezogen? – <u>Non-probability sampling</u>: Es wurden WhatsApp- und SMS Nachrichten an eine Datenbank von gehörlosen Erwachsenen in Kapstadt gesendet. Mithilfe des Schneeballsverfahrens wurde die Datenbank erweitert. So wurden 7 gehörlose Personen ausgewählt und gebeten weitere Kontakte vorzuschlagen. Schlussendlich hatten die Forscher:innen 407 Nummern. Mit den Ausschlusskriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja, da es um das Erleben geht ist die Stichprobe sinnvoll gewählt. • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Sie ist repräsentativ für Frauen, die in Entwicklungsländer leben. Es ist zu beachten, dass über die Hälfte der Teilnehmerinnen weniger als 282 Dollar verdienen und die Strukturen im Land evtl. verschieden sind und es nicht auf Industrieländer übertragen werden kann. • Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie begründet?

		<p>waren es danach 42 Teilnehmerinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es verschiedene Studiengruppen? <p>Nein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? <p>Es werden Einschlusskriterien genannt, jedoch nicht genauer begründet.</p>	<p>Die Stichprobengröße wird nicht begründet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? <p>Die Teilnehmenden werden im Ergebnisteil reichhaltig beschrieben, das Setting fraglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? <p>Ja.</p>
Datenerhebung		<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <p>– <u>strukturierter Fragebogen</u>: Es wurden im Juli 2016 an zwei Standorte in Kapstadt ein Interview anhand des Fragebogens durchgeführt. Geschulte Dolmetscher übersetzten die Frage des Interviewers und übersetzten danach wieder auf Englisch. Ein Forschungsassistent erfasste die Antworten in einem Online Formular. Der Fragebogen umfasste 22 Fragen, die geschlossen und offen waren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig wurden Daten erhoben? <p>Pro Person wurde einmalig ein Interview durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? <p>Ja, denn es geht um das Erleben der Schwangerschaftsvorsorge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? <p>Es werden bei allen Teilnehmerinnen die gleichen Daten erhoben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Datensättigung diskutiert? <p>Nein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?

	Der Fragebogen wurde zuerst auf Englisch erfasst, danach professionell in isiXhosa und Afrikaans übersetzt. Danach in Gebärdensprache und zuletzt von mehreren Personen angesehen und angepasst.	Ja.
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? – Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders. <p>Es wird nicht diskutiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? <p>Nein, der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit wird nicht dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? <p>Ja, es wurde ein passender Fragebogen gewählt. Da es viele Übersetzungen gab kann es sein, dass sich Fehler gebildet haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z..B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? <p>Ja.</p>
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? <p><u>Quantitativ:</u> deskriptive Statistik → die demografischen Daten, die Beschreibung der Schwangerschaftsergebnisse und die Antworten auf dem Fragebogen wurden anhand von einer deskriptiven Statistik berechnet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? <p>Ja, die Datenanalyse ist klar beschrieben und nachvollziehbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?

		<p><u>Qualitativ</u>: thematische Analyse → für die offenen Fragen zu den Erfahrungen während der Vorsorge und die Empfehlungen zur Verbesserung wurde eine thematische Analyse verwendet. Ein Autor führte die Kodierungen durch. Danach traf er sich mit dem anderen Autor um zu besprechen. Unpassende Codes wurden gestrichen und es wurden 2 Hauptkategorien gebildet: Kommunikation und Verhalten des Personals.</p> <p>• Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>Es wird deutlich, dass sich die Autor:innen abgesprochen haben und sich ergänzt haben. Jedoch wird nicht deutlich auf die Qualität der Analyse eingegangen.</p>	<p>Es wird beschrieben, dass das «Instrument» nach so und so entwickelt wurde.</p> <p>• Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</p> <p>Die qualitative Analyse ist genau beschrieben. Die Analyse der quantitativen Daten ist sehr kurz.</p> <p>• Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</p> <p>Ja.</p> <p>• Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</p> <p>Es wurde im Team zusammengearbeitet und die thematische Analyse wurde immer wieder erneut gelesen, um Fehler zu vermeiden. Jedoch wird wenig über die Qualität der Analyse geschildert. Gestärkt wird die Glaubwürdigkeit dadurch, dass quantitative und qualitative Ansätze verwendet wurden.</p> <p>• Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</p> <p>Die deskriptiven Daten werden tabellarisch dargestellt, die qualitativen Daten sind fraglich überprüfbar dokumentiert. Gibt jedoch Zitate von den Teilnehmerinnen, die auch eine gewisse Dokumentation darstellt.</p>
Ethik		<p>• Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?</p>	<p>• Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</p>

	<p>Das Informationsblatt über die Teilnahme wurde schriftlich abgegeben und ein Video wurde abgespielt für die Einverständnisklärung. Danach kommunizierte ein Mitarbeiter in Gebärdensprache, um sicherzustellen, dass alles verstanden wurde und holte die schriftliche Zustimmung ein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? <p>Die ethische Genehmigung wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der UCT eingeholt.</p>	<p>Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</p> <p>Ethische Fragen werden in der Studie nicht diskutiert.</p>
--	--	---

Ergebnisse	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? <p>Die Ergebnisse werden in 3 Themen unterteilt: 1. Inanspruchnahme der Vorsorge und Entbindung, 2. schlechte Kommunikation bei Dienstleistungen für Mütter, 3. Verhalten von Gesundheitsdienstleistern.</p> <p>1) Fast die Hälfte meldete sich im ersten Trimester wegen Symptomen oder vorbeugende Massnahme für das Baby. 18% im 3. Trimester wegen Nichtwissen der Schwangerschaft oder waren sich der Notwendigkeit der Vorsorge nicht bewusst.</p> <p>59% hatten vier oder mehr Schwangeschaftsvorsorgebesuche</p> <p>Alle Frauen, die eine Lebendgeburt hatten, hatten im Krankenhaus oder einer Hebammeentbindungsstation geboren.</p> <p>2) sehr unterschiedliche Erfahrungen mit der Schwangerschaftsbetreuung. Kommunikation als wichtiger Faktor für die Qualität. 38% erwähnten Sprachbarrieren und fehlende Dolmetscherdienste. 56% gaben an, dass sie und das Personal sich nicht verstanden. Kommunikationsmethoden waren schreiben, Dolmetschen durch Familienmitglied, Lippenlesen und professioneller Dolmetscher</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? <p>Die Ergebnisse werden übersichtlich dargestellt und mit Prozentzahlen angegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? <p>Ja, es gibt Zitate im Ergebnisteil, die die Daten bestätigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? <p>Es wurde kein Modell entwickelt.</p>
------------	------------	--	---

		<p>Kommunikationsbarrieren gab es auch während der Geburt.</p> <p>3) 1/3 berichtete von Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals in der Schwangerschaftsvorsorge. 15% berichteten von sehr negativen Erfahrungen, die sich in einer schlechten Einstellung gegenüber den gehörlosen Frauen zeigte.</p> <p>Ähnliche Erfahrungen auch bei der Entbindung</p> <p>Am Schluss des Teils werden noch Verbesserungsvorschläge vorgeschlagen: 76% schlugen vor, dass Dolmetscher eingestellt werden sollen und/oder das Gesundheitspersonal in den Grundlagen der Gebärdensprache zu schulen. 16% sagen, dass Gesundheitspersonal sie besser behandeln und respektieren sollen</p> <p>• Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeichten?</p> <p>Es werden Zitate verwendet.</p>	
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>• Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?</p> <p>– Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen?</p> <p>– Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?</p>	<p>• Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja, die Ergebnisse werden erneut aufgegriffen und mit Literatur belegt.</p> <p>• Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p>

		<p>– Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug?</p> <p>Die Autor:innen betonen, dass es die erste Studie sei mit diesem Thema in Afrika. Die Anzahl der Fehlgeburten seien höher als in Studien mit hörenden Frauen. Jedoch unklar ob landesweit übertragbar wegen der Stichprobe. Jedoch deutet es daraufhin, dass es noch mehr untersucht werden soll laut Autoren. Die Ergebnisse werden nochmals zusammengefasst: Gehörlose Frauen haben Zugang was auch andere Studien nennen. Jedoch zögert ein erheblicher Anteil der gehörlosen Frauen. Die Anzahl der Termine seien durchschnittlich. Jedoch Qualität der Interaktion problematisch. Oftmals kein Dolmetscher dabei oder familiäre «Dolmetscher» was problematisch sei. In weiteren Studien soll Zusammenhang zwischen Qualität und negative Ergebnisse genauer untersucht werden. Die häufigste Kommunikation war das Schreiben, was auch problematisch sei.</p>	<p>Gibt keine eindeutige Frage aber die Forschungsfrage ist vom Ziel ableitbar und kann demnach beantwortet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
	<p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? <p>Einschränkungen: -Bei den quantitativen Daten wird die Anzahl der Besuche und Zeitpunkt von Person selbst angegeben, was Erinnerungsfehler haben kann. Nur eine Autor:in hat die</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja. • Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?

		<p>qualitativen Daten kodiert und kombiniert. Es kann sein, dass die Stichprobe eine Untergruppe repräsentiert. Da die Teilnehmerinnen eine Gruppe sind, die für Dolmetscherdienste werben, kann es verzerrt sein. Jedoch gibt es andere Studien, die die fehlenden Dolmetscherdienste als grosses Problem sehen. → künftige Studien mit anderen Methoden zur Rekrutierung durchführen</p>	<p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none">• Welches ist der Evidence-Level der Studie? <p>Die unterste Stufe bei der Pyramide nach DiCenso.</p>
--	--	--	---

Zusammenfassung Studie nach O'Hearn (2006):

Quantitatives Studiendesign

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------

1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Es handelt sich um gehörlose schwangere Frauen in der Schwangerenvorsorge und deren Erlebnisse dazu im Vergleich zu hörenden Frauen. Das Thema baut darauf auf, dass es gehörlose Patient:innen im generellen schwerer haben in der Gesundheitsversorgung als hörende Personen.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel?? Das Ziel dieser Studie ist es herauszufinden welche Faktoren die Zufriedenheit von gehörlosen Frauen in der Schwangerenvorsorge beeinflussen. Des Weiteren werden Unterschiede in der (Wahrnehmung) der Schwangerenvorsorge von gehörlosen Frauen im Vergleich zu hörenden Frauen untersucht.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Kommunikationsprobleme sind der Nr. 1 Grund weshalb gehörlose Menschen im generellen unzufrieden sind mit der Gesundheitsversorgung. 1/3 wird missverstanden.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Es wird keine spezifische Forschungsfrage erläutert, das Ziel wird aber klar definiert.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja. Es wird allerdings erwähnt, dass für die Schwangerenvorsorge keine Studien vorhanden sind.</p>
---	--------------	--	---	--

2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Es werden Erfahrungen von gehörlosen Frauen vs. Hörenden Frauen in der Schwangerenvorsorge verglichen, besonders in Bezug auf Kommunikation und Patient:innen-zufriedenheit.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? 1x, es gibt keine Messwiederholung.</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja.</p>
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Schlussendlich für gehörlose schwangere Frauen (im Vgl. zu hörenden schwangeren Frauen).</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Gehörlose und hörende Frauen welche in den letzten 3 Jahren ein Baby geboren haben. → 23 gehörlose Frauen & 32 hörende Frauen .</p> <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? 2.</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja → man hätte mehr eingrenzen können in Bezug auf Kommunikationsweisen der gehörlosen Frauen.</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Ja.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Rekrutierung via E-mail, Werbung an Universität, übers Internet, über Freunde und Gehörlosen-Organisationen.</p>

				<p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen? Für eine quantitative Studie erscheint die Stichprobengrösse eher klein.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt Die Vergleichsgruppe wurde erstellt, in dem schwangere hörende Frauen gesucht wurden.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Nein, es werden auch keine erwähnt.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Kann so nicht beantwortet werden, da keine genannt werden.</p>
4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Befragung/Fragebogen/Selbsteinschätzung → Fragebogen von Omar und Schiffmans «prenatal satisfaction measure» wurde angepasst <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben?</p>

			Kann nicht beantwortet werden, da es zwei Stichproben sind.	Dies wird nicht explizit erwähnt, kann aber angenommen werden, da gesagt wird, dass alle Frauen den Fragebogen ausgefüllt haben.
--	--	--	---	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Zufriedenheit -Erwartungen über Kommunikation und Pflege -Gesundheitliches Outcome von Mutter und Kind <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <p>Angepasster Fragebogen von Omar und Schiffmann's prenatal satisfaction measure</p> <p>Likert-scale</p> <p>Deskriptive Statistik</p> <p>c. Welche Intervention wird getestet?</p> <p>Es wird keine Intervention getestet, sondern die subjektive Zufriedenheit der Frauen.</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?</p> <p>Ja</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen?</p> <p>Nein</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet?</p> <p>Ja</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)?</p> <p>Ja</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</p> <p>Ja, wird kurz aber verständlich begründet.</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben?</p>

				Nein
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Zufriedenheit: ordinal Erwartungen: ordinal Gesundheitliches Outcome: ordinal</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Deskriptive Statistik</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Wird nicht erwähnt.</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Sie werden kurz beschrieben.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja.</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Ja Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Wird so nicht erwähnt.</p>

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Hier aufgelistet werden nur jene Ergebnisse, welche für die Bachelorarbeit relevant sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trend dass hörende Frauen mehr in die Schwangerenvorsorge sind als gehörlose -hörende Frauen bekamen mehr Info als gehörlose - mehr hörende Frauen wurden häufiger über Alkoholabstinenz in der Schwangerschaft aufgeklärt als gehörlose Frauen - Beide Gruppen gaben an gleich über folgende Sachen aufgeklärt worden zu sein: Vitamine, Gewichtszunahme in der SS, Stillen - hörende Frauen waren signifikant zufriedener mit der Schwangerenvorsorge als gehörlose Frauen - hörende Frauen waren Zufriedener mit mit Kommunikation und der wahrgenommener Besorgnis/Fürsorge der Ärzt:innen - keine Unterschiede in den Zufriedenheitswerten wurden festgestellt in Bezug auf die Inanspruchnahme einer Mediziner:in oder einer Hebamme 	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</p> <p>Ja</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</p> <p>Ja</p>
---	---------	------------	---	---

			<ul style="list-style-type: none">-kein Unterschied in der Zufriedenheit zwischen gehörlosen Frauen welche auch orale Kommunikationsweisen benutzten, und denen die dies nicht benutzten-je mehr Schwangerschaftskontrollen eine gehörlose Frau hatte, desto unzufriedener wurde sie → dies stimmt für hörende Frauen nicht-95% der gehörlosen Befragten bevorzugten Kommunikation mit ihren Ärzt:innen durch Gebärdensprache oder Dolmetscher:in, während nur die Hälfte der Befragten angab, dass zumindest zeitweise eine professionelle Dolmetscher:in zur Verfügung stand- Wenn die Erwartungen der Dolmetscher:in erfüllt und übertroffen wurden, stieg die Zufriedenheit- Offene Fragen ergaben ein gemeinsames Thema dass gehörlose Patient:innen wünschen, dass Ärzt:innen mehrere Kommunikationswege nutzen um zu kommunizieren, um die Klarheit der Botschaft zu erhöhen,	
--	--	--	--	--

			<p>z. B. schriftlich, wenn die Kommunikation nicht verstanden wurde durch Lippenablesen</p> <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <p>Dass gehörlose schwangere Frauen generell weniger zufrieden sind mit der Schwangerenversorgung wie gehörlose Frauen und dass dies oft mit der Kommunikation zusammenhängt</p>	
--	--	--	---	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Ja, soweit sie durch die Antworten erklärt werden können.</p> <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben? -dass die ausgewählte Population sehr gute Schulbildung hatte. -kleines Sample → limitiert Generalisierbarkeit. -bessere Resultate hätten erzielt werden können, wenn die Frauen von den gleichen Ärzt:innen / Spital behandelt worden wären -Erinnerungsverzerrung, da bis zu 3 Jahre zurück → Zufriedenheit könnte auch durch nachfolgende Interaktionen verändert worden sein</p>	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p>
---	------------	------------	---	---

Anmerkung. LF = Leitfrage

Zusammenfassung Studie nach Hubbard et al. (2018):

Qualitatives Forschungsdesign

	Forschungs-schritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Einleitung	<p>Problembeschreibung</p> <p>Bezugsrahmen</p> <p>Forschungsfrage</p> <p>(Hypothese)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Gehörlosigkeit in der Schwangerenvorsorge. • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Es gibt keine klare Einleitung. Es wird allerdings zu Beginn ein Hintergrund über die Gehörlosenkultur gegeben. • Wie lautet die Forschungsfrage? Eine Forschungsfrage wird nicht erläutert, das Ziel wird aber ersichtlich. • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Ziel ist es, die Resultate einer deskriptiven Pilotstudie zu teilen und Implikationen für die Pflege von gehörlosen schwangeren Frauen im Bezug auf das QSEN Framework zu liefern. Dabei liegt ein Fokus auf die Erfahrungen gehörloser Frauen in der Schwangerenvorsorge, während der Geburt und im Wochenbett. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Ja. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja. • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Keine Frage aber das Ziel wird klar formuliert. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja.

Methode	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Eine qualitative deskriptive Pilotstudie. • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Um Erlebtes zu verstehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja.
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Gehörlose schwangere Frauen • Welches ist die Stichprobe? 5 gehörlose Frauen, welche vor höchstens 5 Jahren und mindestens sechs Monaten Geboren haben und über 18 Jahre alt sind. • Wie wurde die Stichprobe gezogen? Snowball sampling mittels Flyer und Dolmetscher:in. • Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein. • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Mittels Ein- und Ausschlusskriterien, ja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ja. – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Gehörlose schwangere Frauen. • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet? Die Stichprobengrösse ist sehr klein und wird auch nicht begründet. • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Nicht reichhaltig, nein. Die Interviews werden an unterschiedlichen Orten durchgeführt, es wird aber nicht erwähnt wo. Die Teilnehmenden werden mittels Ein- und Ausschlusskriterien näher beleuchtet.

			<ul style="list-style-type: none"> • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja. • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja.
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? Interview • Wie häufig wurden Daten erhoben? 1x • Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? Die Daten wurden aufgenommen und anschliessend transkribiert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Erleben. • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Es wird erklärt, wie die Frauen ausgesucht wurden, dass die Frauen den Ort des Interviews selbst gewählt haben, wer beim Interview dabei war und ungefähr was im Interview gefragt wurde. • Wird die Datensättigung diskutiert? Nein. • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Nein.
	Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?

		<p>– Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders.</p>	<p>Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z..B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? <p>Ja.</p>
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? <p>QSEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? <p>Es wird nicht diskutiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? <p>Nein, sehr kurz und knapp gehalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? <p>Es wird erwähnt, dass die Analyse mittels QSEN gemacht wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? <p>Nein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? <p>Ja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? <p>Die Glaubwürdigkeit wird mittels Zitaten gestärkt. Ein Peer-Debriefing hätte die Glaubwürdigkeit noch mehr steigern können, wird allerdings nicht erwähnt.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? <p>Nein.</p>
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? <p>Wird nicht gross diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? <p>Nein, wäre aber relevant gewesen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? <p>Wird nicht wirklich diskutiert.</p>

Ergebnisse	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? -individualisierte Kommunikation → Wissen über unterschiedliche Kommunikationsformen mit gehörlosen Frauen könnte den Missverständnissen entgegen wirken. -Zusammenarbeit zwischen Frauen und Gesundheitlichem Team wird idealerweise in der Schwangerschaft erstellt → Kontinuität der Übersetzer:innen → wenn nicht möglich ein Team von zusätzlich sekundärer und tertiärer Übersetzer:innen organisieren. -Positive Beziehung mit Pflege ist wichtig → sollten geduldig sein. -Falls eine Dolmetscher:in anwesend ist, sollte die Frau direkt angesprochen werden und die Gesundheitsfachperson der Frau zugewandt sein -Eine Übersetzer:in sollte im Voraus oder bei Ankunft im Spital organisiert werden. -Geburtsvorbereitungskurse sind hilfreich um auf die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett vorzubereiten → gehörlose Frauen versuchen zuerst Informationen von anderen gehörlosen zu bekommen → Videos für gehörlose Frauen wäre eine Möglichkeit auf sie einzugehen. Eine Alternative wäre in Kursen eine Übersetzung anzubieten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja. • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? 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. • 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? Ja.
------------	------------	---	--

		<p>-Evidence-based-practice: Gibt bessere Pflege wenn nach neusten Evidenzen gearbeitet wird → z.B. teach-back methode.</p> <p>-Wartezeiten bis Dolmetscher:in da ist soll minimiert werden.</p> <p>-Cultural sesitivity training soll durchgeführt werden</p> <p>-VRI: Videodolmetscher:in → in den USA 24/7 erreichbar.</p> <p>-Pflege, welche die Präferenzen bezüglich der Kommunikation einer gehörlosen Frau beachtet, kann die Qualität, das Outcome und die Patient:innensicherheit und -zufriedenheit erhöhen.</p> <p>• Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeichten?</p> <p>Die Ergebnisse werden mit Zitaten und Zusammenfassungen der Resultate dargestellt.</p>	
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>• Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?</p> <p>– Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen?</p> <p>– Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?</p> <p>– Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug?</p>	<p>• Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</p> <p>Ja.</p> <p>• Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>Dadurch dass die Ergebnisse eine subjektive und Persönliche Ansicht der Studienteilnehmerinnen ist, kann die Forschungsfrage so für diese Personen beantwortet werden.</p>

		<p>Die Forschenden vergleichen ihre Ergebnisse immer wieder mit bereits vorhandener Literatur. Die Ergebnisse des Phänomens werden so im Vergleich gesetzt und mit Erlebnissen der Studienteilnehmerinnen begründet dargestellt und beurteilt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	<p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? <p>Es wird erläutert, dass weitere Forschung notwendig ist. Ein Fokus wird dabei auch auf das kulturelle Bewusstsein der Gehörlosenkultur gesetzt. Es wird auch betont, dass ähnliche Forschung für andere Populationen durchgeführt werden müssen (z.B. blinde Personen).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 der Evidence-Level der Studie? Die unterste Stufe bei der Pyramide nach DiCenso.