Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Institut
für Hebammen

**Bachelorarbeit**

# Erfahrungen von genitalbeschnittenen Frauen in der westlichen Industriegesellschaft während der Geburt

---

**Petronilar Mwajuma Mulamba- Kuucha**
**Pionierstrasse 20**
**8400 Winterthur**
**Matrikelnummer: S08258782**

| | |
|---|---|
| **Departement:** | **Gesundheit** |
| **Institut:** | **Institut für Hebammen** |
| **Studienjahr:** | **2010/ 2011** |
| **Eingereicht am:** | **18.05.2011** |
| **Betreuende Lehrperson:** | **Elisabeth Kurth** |

**Inhaltsverzeichnis**

Abstrakt....1
1 Erfahrungen von genitalbeschnittenen Frauen in der westlichen Industriegesellschaft während der Geburt....2
1.1 Einführung in die Thematik....2
1.2 Problemstellung....3
1.3 Themeneingrenzung....3
1.4 Zielsetzung....4
1.5 Fragestellung....4
2 Methode....5
2.1 Art der Arbeit....5
2.2 Erläuterung der Suchstrategie....5
2.2.1 Medline....5
2.2.2 MiDirS....5
2.2.3 PubMed....6
2.2.4 CINAHL....6
2.2.5 Auswahlverfahren in den Datenbanken....6
2.3 Kriterien zur Auswahl der Hauptstudien....6
2.3.1 Einschlusskriterien....6
2.3.2 Ausschlusskriterien....7
2.4 Begründung für die Auswahl der Hauptstudien....7
2.5 Kriterien zur Beurteilung der Studien....8
3 Theoretischer Hintergrund zur Female Genital Mutilation....9
3.1 FGM Klassifikationen und Durchführung von FGM....9
3.2 Begründung für FGM....9
3.2.1 Gesellschaftlicher Druck....10
3.2.2 Religion und Familienehre....10
3.2.3 Angst vor dem weiblichen Geschlecht....11
3.2.4 Ästhetik, Hygiene und Fruchtbarkeit....11
3.2.5 Doppelgeschlechtlichkeit....12
3.3 Komplikationen....12
3.4 Mögliche Konsequenzen während der Geburt....13

3.4.1 Postpartale Blutung und perineale Wundinfektion ..... 14
3.4.2 Hochgradige Dammrisse ..... 14
3.5 Aktuelle Empfehlung für die Geburtsbetreuung von Patientinnen mit FGM ..... 14
4 Resultate ..... 16
4.1 Beschreibung der Studien ..... 16
4.1.1 “The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia” ..... 19
4.1.2 “Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden” ..... 19
4.1.3 “432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation” ..... 20
4.1.4 ”Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway” ..... 20
4.2 Darstellung der erlebten Erfahrungen ..... 21
4.2.1 Gedanken und Ängste ..... 21
4.2.2 Nicht verstanden und nichts gewusst ..... 22
4.2.3 Sectio- Geburten ..... 23
4.2.4 Allein sein und unerwünschte Begleitung ..... 23
4.2.5 Die Fähigkeit des medizinischen Personals ..... 24
4.2.6 Wahrgenommene Botschaften ..... 25
4.2.7 Belastende Ereignisse ..... 26
4.2.8 Positive Erlebnisse ..... 26
4.3 Zusammenfassung ..... 26
5 Diskussion ..... 30
5.1 Vergleich der Resultate ..... 30
5.2 Auseinandersetzung mit den Resultaten ..... 31
5.3 Schwächen und Stärken der Studien ..... 34
5.3.1 The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia ..... 34
5.3.2 “Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden” ..... 35
5.3.3 “432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation” ..... 35
5.3.4 “Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway“ ..... 36

5.4 Theorie –Praxis Transfer ..... 36
5.5 Weiterführende Fragestellungen ..... 38
6 Schlussfolgerung ..... 38
Literaturverzeichnis ..... 39
A Tabellenverzeichnis ..... 42
B Glossar ..... 42
C Wortzahl ..... 44
D Eigenständigkeitserklärung ..... 44
E Danksagung ..... 45
Anhang ..... 46

## Abstrakt

**Ziel:**

Analyse von Erfahrungsberichten genitalbeschnittener Frauen in Bezug auf die erlebte Betreuung unter der Geburt in Ländern der westlichen Industriegesellschaft.

**Grundlage:**

Ca. 100 -140 Millionen Frauen und Mädchen sind weltweit betroffen von der weiblichen Genitalbeschneidung [FGM]. Durch die weltweiten Migrationen wird FGM aus den stark FGM praktizierenden Ländern in das jeweilige Migrationsland eingeführt. Dadurch gewinnt FGM auch in der westlichen Geburtshilfe an Bedeutung.

FGM hat während der Geburt Konsequenzen, die beachtet werden müssen.

**Methode:**

Es wurde eine systematische Studiensuche in den Datenbanken Medline, MiDirS, PubMed und CINAHL durchgeführt. Die ausgewählten Studien wurden nach den Beurteilungskriterien von Katja Stahl bewertet.

**Resultate:**

In der Literaturübersicht von 4 Studien berichteten die Mehrzahl der genitalbeschnittene Frauen in Kanada, Schweden, Norwegen und Australien negativ über die Betreuung während der Geburt. Bei der Betreuung gab es Kommunikationsprobleme, verletzende Botschaften und nicht gerechtfertigte Episiotomien. Die Frauen fühlten sich oft alleine. In allen Studien wurde die Angst vor einem Kaiserschnitt von den Frauen genannt. Vereinzelt gab es positive Erfahrungsberichte.

**Schlussfolgerungen:**

Die Betreuung könnte bedürfnisgerechter gestalten werden, indem die Angst vor Kaiserschnitt berücksichtigt wird, das medizinische Personal mehr Sicherheit - ggf. durch Hinzuziehung der Empfehlungen - im Umgang mit genitalbeschnitten Frauen gewinnt.



**Keywords:**

Australien, eritreische Frauen, Erleben, FGM, Geburt, Geburtsbetreuung, Kanada, Norwegen, Schweden, somalische Frauen, weibliche Genitalbeschneidung, westliche Industrienationen

# 1 Erfahrungen von genitalbeschnittenen Frauen in der westlichen Industriegesellschaft während der Geburt

Im ersten Abschnitt wird darlegt, wie die Thematik hergeleitet wurde. Anschliessend werden die Problemstellung und die Relevanz in Bezug auf die Profession erläutert. Aus der daraus resultierenden Schlussfolgerung werden Ziel- und Fragestellung formuliert.

## 1.1 Einführung in die Thematik

Als Hebammen- Studentin betreute die Autorin, häufiger als erwartet, Opfer der weiblichen Genitalbescheidung (engl.: female genital mutilation oder kurz [FGM]) im Gebärsaal.

Die World Health Organization [WHO] (2008) definiert weibliche Genitalbeschneidung als alle, nicht medizinisch indizierten Eingriffe, bei denen die äusseren weiblichen Geschlechtsorgane ganz oder zum Teil entfernt oder in irgendeine Weise verletzt werden.

Bei der Geburtsbetreuung von Klientinnen mit FGM realisierte die Autorin, dass FGM vielschichtige gesundheitliche und psychologische Auswirkung unter der Geburt haben kann.

Während einer berufsspezifischen Fallbesprechung zu FGM stellte sie fest, dass die Teilnehmerinnen lückenhafte Kenntnisse über die unterschiedlichen Beschneidungsformen hatten. Darüber hinaus vertrat das medizinische Personal (Hebammen und Gynäkologen) stark voneinander abweichende Auffassungen bezüglich der spezifischen Betreuung von Frauen mit FGM unter der Geburt.

Das medizinische Risiko von Geburtskomplikationen wie verlängerte Austreibungsperiode, fetale Asphyxie wurde von dem medizinischen Personal berücksichtigt. Es führte entsprechende Massnahmen durch, um diese Risiken zu minimieren wie z.B. die prophylaktische Episiotomie (Scheidendammschnitt). Gemäss Mändle & Opitz-Kreuter (2007) ist FGM eine zeitgemässe Indikation, um eine Episiotomie durchzuführen.

Doch wie erleben die betroffenen Frauen die Betreuung unter der Geburt und was wird von ihnen wahrgenommen?

Welche Gefühle und Überlegungen haben die Frauen mit FGM und was macht ihnen unter der Geburt am meisten Sorgen? Mit diesen Fragestellungen wird sich die Autorin auseinandersetzen.

### 1.2 Problemstellung

Ca. 100 -140 Millionen Frauen und Mädchen sind weltweit Opfer von FGM, so WHO (2008). Diese befinden sich überwiegend in den folgenden afrikanischen Ländern: Benin, Burkina Faso, Kamerun, Zentral Afrika, Chad, Elfenbeinküste, Djibouti, Ägypten, Eritrea, Äthiopien, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenia, Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Nordsudan, Togo, Uganda, Tansania, Jemen, aber auch in Teilen des Mittleren Ostens: Israel, Irak, den Vereinigten Arabischen Emiraten sowie im südostasiatischen Raum: Indien, Indonesien, Malaysia.

Durch die weltweiten Migrationen wird FGM in das jeweilige Migrationsland eingeführt. Vereinzelt wird FGM illegal im Migrationsland praktiziert (Büchner, 2004). Gemäss Lundberg und Gerezgiher (2006) und Vangen, Johansen, Sundby, Træend und Stray-Pedersena (2004) steigt die Zahl von Frauen mit FGM in der westlichen Welt und gewinnt somit im Gesundheitswesen Europas und Nordamerikas an Bedeutung. Amnesty International (2009) zählte bis zu 500, 000 betroffene Frauen, die in Europa lebten. Nach Angaben von United Nations International Children’s Emergency Fund [UNICEF] (2005) lebten schätzungsweise bis zu 6700 betroffene Frauen in der Schweiz.

### 1.3 Themeneingrenzung

Laut Asefaw (2007) erleben die Frauen mit FGM die Geburt in den Herkunftsländern anders als in dem Migrationsland.

In dem Migrationsland gebären die betroffenen Frauen unter anderen – psychosozialen - Voraussetzungen und eines dieser Voraussetzung ist, das FGM in der westlichen Gesellschaft als ein befremdlicher Akt angesehen wird. Dies hat Einfluss auf das Geburtserlebnis von den betroffenen Frauen.

Demzufolge beschränkt sich die Studienauswahl auf die Länder, die nach der westlichen Wertevorstellung leben und wo Frauen mit FGM eine Minderheit darstellen.

### 1.4 Zielsetzung

Das Ziel ist:

Erfahrungsberichte von genitalbeschnittenen Frauen in Bezug auf die erlebte Betreuung unter der Geburt in der westlichen Industriegesellschaft zu analysieren. Gewonnene Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Betreuung von genitalbeschnittenen Frauen unter der Geburt bedürfnisgerechter zu gestalten.

### 1.5 Fragestellung

Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie erleben genitalbeschnittene Frauen die Betreuung unter der Geburt in der westlichen Industriegesellschaft?

# 2 Methode

Im folgenden Abschnitt wird die angewandte Suchstrategie ausführlich beschrieben. Schlüsselwörter (Keywords) werden benannt und die endgültige Auswahl der Hauptstudien wird begründet. Im Anhang befindet sich die Suchhistorien (Anhang A) mit allen Suchbegriffen und den dazugehörigen Treffern.

## 2.1 Art der Arbeit

Bei dieser Bachelor- Thesis handelt es sich um eine Literaturübersicht von ausgewählten Studien, die die Geburtserlebnisse von genitalbeschnittenen Frauen thematisieren.

## 2.2 Erläuterung der Suchstrategie

Die systematische Suche fand vom 09.09.2010 bis 23.12. 2010 statt.
Die Hauptstudien wurden in den Datenbanken
Medline, MiDirS, PubMed und in CINAHL gefunden.
Die Eingabe der Keywords “female genital mutilation“ förderte ein unübersichtliches Suchergebnis (z.B. in PubMed 1985) zutage. Durch die Verknüpfung der weiteren Keywords “experiences“ und “birth“ mit Hilfe des Boolescher Operators AND konnte die Suche massgeblich eingegrenzt werden.

### *2.2.1 Medline*

In der Datenbank Medline via OvidSP wurde die Suche mit dem Suchmodus Mehrfeldsuche durchgeführt, und es wurden alle besagten Keywords eingeben. Insgesamt wurden sechs Studien gefunden. Für ein genaueres Auswahlverfahren wurden die Studien von Murray, Windsor und Parker (2010) und Chalmers und Hashi (2000) ausgewählt.

### *2.2.2 MiDirS*

Die Suche in MiDirS erfolgte ebenfalls mit dem Suchmodus Mehrfeldsuche unter Zuhilfenahme derselben Keywords. Es wurden fünf Studien gefunden; die von Kargar, Hunt und Editors (1997) wurde für die nähere Beurteilung ausgewählt.

### *2.2.3 PubMed*

Im PubMed wurden mithilfe der Keywords im Suchmodus Advanced Search 12 Studien gefunden. Für die genauere Untersuchung wurde die Studie von Vangen et al. (2004) ausgewählt.

### *2.2.4 CINAHL*

Die Suche in der Datenbank CINAHL erfolgte unter dem Suchmodus Boolescher Wert und mit den Keywords “female genital mutilation“ AND “experiences“. Es wurden insgesamt 6 Studien gefunden. Die Studien von Chalmers und Omer-Hashi (2002) und Lundberg et al. (2006) wurden für die genauere Prüfung ausgesucht.

### *2.2.5 Auswahlverfahren in den Datenbanken*

Bei der Suche beurteilte die Autorin die Titel der gefundenen Studien. Sobald ersichtlich wurde, dass genitalbeschnittene Frauen nicht im Zentrum standen oder dass Studien sich auf Entwicklungsländer fokussierten, wurden sie verworfen. Dies traf auf insgesamt 15 Studien zu. Studien, die mehrfach in den unterschiedlichen Datenbanken vorkamen, wurden nur im Kontext einer Datenbank erwählt und bei der nächste Suche nicht berücksichtigt. Für die genauere Untersuchung der Studien wurden Einschluss- und Ausschlusskriterien formuliert.

## 2.3 Kriterien zur Auswahl der Hauptstudien

### *2.3.1 Einschlusskriterien*

- Studien aus Datenbanken
- Studien, die FGM behandeln
- Studien mit dem formulierten Ziel, sich mit Erfahrungen von Frauen während der Geburt auseinanderzusetzen
- Teilnehmerinnen der Studien mussten von FGM betroffen sein und in einer westlichen Industrienation eine Geburt erlebt haben
- Studien, in denen das erleben der Geburt von Frauen wiedergeben wird
- Studien, die im Zeitraum 2000 bis 2010 erschienen sind

- keine Einschränkung im Hinblick auf Ethnien
- keine Einschränkung im Hinblick auf Teilnehmerzahl

### *2.3.2 Ausschlusskriterien*

- Studien, die in anderen Sprachen als Englisch oder Deutsch veröffentlicht wurden
- nicht wissenschaftlich erarbeitete Artikel, Bücher sowie nicht veröffentlichte Berichte und Kommentare
- Dissertationen

Dissertationen wurden bewusst verworfen, da durch den vorgegeben zeitlichen Rahmen und erlaubten Umfang Einschränkungen gemacht werden mussten.

## 2.4 Begründung für die Auswahl der Hauptstudien

Die Auswahl zur Hauptstudie erfolgte auf der Basis der Auswahlkriterien.
Aus Medline wurde die Studie von Chalmers et al. (2000) als Hauptstudie gewählt, obwohl sie keine Zitate von Frauen über ihre Geburtserlebnisse enthält. Die Studienauswahl wird mit der grossen Teilnehmerzahl [n=432] begründet. Die Studie von Murray et al. (2010) erfüllte die Einschlusskriterien und wurde als Hauptstudie aufgenommen.
Aus MiDirS wurde die Studie von Kargar et al. (1997) verworfen, da sie die Geburtserfahrungen der genitalbeschnittenen Frauen nicht thematisiert.
Die Studie von Vangen et al. (2004) aus der Datenbank PubMed wurde zur Hauptstudie gewählt, da sie alle Auswahlkriterien erfüllt.
Aus CINAHL wurde die Studie von Chalmers et al. (2002) zugunsten einer anderen kanadischen Studie verworfen. Ausserdem stützt diese Studie sich in ihren Aussagen in weiten Teilen auf die Studie von Chalmers et al. (2000), welche als Hauptstudie bestimmt wurde.
Die Studie von Lundberg et al. (2006) wurde als Hauptstudie deklariert, da sie alle Kriterien erfüllt.
Die systematische Suche nach relevanten Reviews (systematische Übersichtsarbeiten), die das Geburtserlebnis von genitalbeschnittenen Frauen

thematisieren, verlief ergebnislos. Deshalb konnten keine Reviews in diese Arbeit mit einbezogen werden.

### 2.5 Kriterien zur Beurteilung der Studien

Die Hauptstudien wurden nach den Beurteilungskriterien von Katja Stahl (2008) bewertet. Die selbst erstellten Tabellen mit den Fragen zur “Beurteilung von Einzelstudien“ sind im Anhang (Anhang B–E ) enthalten und geben einen Überblick über die Studienauswertung.

# 3 Theoretischer Hintergrund zur Female Genital Mutilation

In dem folgenden Abschnitt werden Grundlageninformation zu FGM und themenspezifische Begriffe geklärt.

## 3.1 FGM Klassifikationen und Durchführung von FGM

Die WHO (2008) unterscheidet vier Typen von FGM.

Beim Typ I werden Teile der Klitoris oder die ganze Klitoris entfernt (Klitoridektomie). Typ II wird als Excision bezeichnet. Hierbei wird eine Klitoridektomie durchgeführt und zusätzlich werden die kleinen Labien teilweise oder ganz entfernt (WHO, 2008). Beim Typ III handelt es sich um eine Infibulation. Hierbei werden die grossen Labien teilweise oder ganz entfernt, mit oder ohne Durchführung einer Excision. Anschliessend wird die Passage wieder zusammengenäht und eine kleine Öffnung für das Menstruationsblut und Urin offen gelassen (WHO, 2008). Typ IV klassifiziert alle weiteren, oben nicht benannten Eingriffe im Genitalbereich, die nicht medizinisch indiziert und gesundheitsschädigend sind wie z.B. das Abschaben, Anritzen, Anätzen, Anstechen etc. des Gewebes (WHO, 2008).

Nach der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] (2005) wird FGM häufig ohne Anästhesie und ohne sterile Instrumente durchgeführt. Als Instrument werden Rasierklingen, Messer, Scheren, Glasscherben und Scheren benutzt. Bei wenigen Mädchen erfolgt FGM in einer medizinischen Einrichtung (SGGG, 2005).

Das genaue Alter, in dem FGM durchgeführt wird, variiert je nach Region und ethnischer Zugehörigkeit. Die Beschneidung kann bereits wenige Tage nach der Geburt, im Kleinkindalter oder mit dem Einsetzen der Menstruation stattfinden (Dorkenoo, 1994).

## 3.2 Begründung für FGM

So vielfältig und unterschiedlich die Kulturen und Ethnien sind, die an FGM festgehalten, so unterschiedlich sind auch die Begründungen und Rechtfertigungen (Büchner, 2004).

Aus diesem Grund kann im Rahmen dieser Arbeit nur auf die Motive eingegangen werden, die im Kontext der verarbeiteten Studien am häufigsten benannt werden.

### *3.2.1 Gesellschaftlicher Druck*

Laut Nzimegne (1999) zeichnet sich die Gesellschaft, die FGM traditionell praktiziert, durch ihren starken Gemeinschaftssinn aus. Sich als Frau gegen die Gemeinschaft zu widersetzen, führt zu gesellschaftlicher Isolierung (Nzimegne, 1999). Für Frauen in einer solchen Gemeinschaft sind die Bedingungen für ein ökonomisch selbständiges Leben oft schwierig (Gruber, Kulik & Binder, 2005). Familie und Gemeinde dienen als Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Sozialversicherung und Rentenversicherung. Diese Tatsache setzt die Frauen unter sehr hohen sozialen Druck, da ein Ausschluss aus der Gemeinschaft ein Wegfall dieser Absicherungen bedeuten würde (Nzimegne, 1999).

### *3.2.2 Religion und Familienehre*

Die geographische Verbreitung von FGM und die unterschiedlich praktizierenden Ethnien widerlegen die weit verbreitete Annahme, dass FGM ausschliesslich in islamisch geprägten Gesellschaften stattfinde. Die weibliche Genitalbeschneidung wird unter Christen, Juden, Angehörigen von Naturreligionen, Atheisten und Muslimen praktiziert. FGM wurde bereits vor der Zeit der monotheistischen Religion durchgeführt (Peller, 2002). Lightfoot-Klein (1992) betont, dass das Festhalten an FGM durch religiös beeinflusste Begründungen nicht unterschätzt werden sollte. In den verschiedenen Religionsgemeinschaften wird FGM unterschiedlich gerechtfertigt. So glauben die christlichen und muslimischen Frauen, ihren Männern dadurch besser dienen zu können. Einzelnen jungen christlichen Mädchen wird erklärt, sie seien zum ewigen Höllenfeuer verdammt, wenn sie die FGM verweigerten. In den animistischen Religionen

(Ahnenverehrung) wird die Durchführung von FGM damit begründet, dass die Ahnen den Brauch vorschreiben. Es herrscht der Glaube, bei Zuwiderhandlung drohten hohe Strafen (Lightfoot-Klein, 1992).
Für Lightfoot-Klein ist auffällig, dass die Infibulation, welches die invasivste Form von FGM darstellt, ausschliesslich in der islamischen Gesellschaft praktiziert wird. Sie stellt einen direkten Zusammenhang zur Familienehre her, die durch das Praktizieren von FGM bewahrt werden soll (Lightfoot-Klein, 1992). Denn in islamisch geprägten Ländern gilt die Ehre der Familie als hoher Wert, so Dorkenoo (1994) und sexuelles Fehlverhalten von weiblichen Familienmitgliedern hat somit einen negativen Einfluss auf die Familienehre. Durch FGM wird sichergestellt, dass Frauen ihrer Familie durch unangebrachtes sexuelles Verhalten nicht schaden können. Sie soll die Jungfräulichkeit der Frauen bis zur Eheschliessung garantieren und in der in der Ehe vor Untreue schützen (Dorkenoo, 1994).

### *3.2.3 Angst vor dem weiblichen Geschlecht*

Steixner (1997) beschreibt, dass in einigen FGM praktizierenden Ethnien die Vorstellung herrscht, die Klitoris könne im Erregungszustand zum überlangen Penis wachsen. Die Frau würde somit in Konkurrenz zum Mann stehen und könnte seinen Macht- und Disziplinierungsanspruch in Frage stellen (Steixner, 1997).
Eine andere Theorie von der Klitoris ist, diese mache den Mann impotent. In manchen Regionen wird angenommen, dass durch ein Kontakt zwischen Klitoris und Penis bzw. dem kindlichen Kopf unter der Geburt es für das Kind oder den Mann tödlich enden könnte. Durch die Amputation wäre die Gefahrenquelle beseitigt (Steixner, 1997).

### *3.2.4 Ästhetik, Hygiene und Fruchtbarkeit*

Lightfoot-Klein (1992) schildert die Theorie, dass die intakte Vulva in den verschiedene Regionen und Ethnien, wo FGM praktiziert wird, als zu

gross betrachtet wird. Durch das Zurückschneiden würde die Frau weiblicher und schöner gemacht (Lightfoot-Klein, 1992).
Zusätzlich werde der Vulva vereinzelt eine krankmachende Wirkung zugeschrieben. Diese habe negative Auswirkung auf die Fertilität. FGM wird als präventive Massnahme vor Infertilität oder Sterilität angesehen und folglich angewendet (Lightfoot-Klein, 1992).

#### *3.2.5 Doppelgeschlechtlichkeit*

Steixner (1997) führt die Theorie von der Doppeltgeschlechtlichkeit aus. Demnach besitzen Neugeborene sowohl weibliche als auch männliche Seelen. Bei Jungen stellt die Vorhaut das weibliche Element dar, während die Klitoris beim Mädchen das männliche Element darstellt. Die Eindeutigkeit des Geschlechts wird durch das Entfernen des jeweils gegengeschlechtlichen Elements erlangt (Steixner, 1997).

Laut Pók (2011) ist wichtig zu erwähnen, dass FGM nicht aus Boshaftigkeit durchgeführt wird. Zu dieser Auffassung kommt auch Büchner (2004) die folgert, dass in den Motiven für FGM zwar gute Absichten erkennbar seien, wie z. Bsp. der Glauben an die Fruchtbarkeit, ästhetische, hygienische und medizinische Vorstellungen, jedoch sei FGM, medizinisch gesehen ein Nachteil für die betroffene Frau (Büchner, 2004).

### 3.3 Komplikationen

Die Frauen mit FGM setzen sich häufig erst in der Schwangerschaft mit der Geburtshilfe in dem jeweiligen Migrationsland in Verbindung. Deshalb kommt der Kontakt mit den betroffenen Frauen erst Jahre später, nachdem FGM durchgeführt wurde, zustande (Pók, 2011). Demzufolge werden Frühkomplikationen in der Geburtshilfe nicht erlebt. Aus diesem Grund werden die allgemeinen Komplikationen benannt, aber nicht vertieft erörtert.
Die Art und Häufigkeit von Komplikationen stehen in Abhängigkeit vom Geschick und der Erfahrung der Beschneiderin, dem Widerstand des Opfers und den hygienischen Bedingungen. Zu den Frühkomplikationen werden Infektionen, Blutungen, Probleme im Urogenitalbereich gezählt.

Die Frühkomplikationen stehen mit Spätfolgen wie Infertilität, Sterilität, Adnexitis, Inkontinenz, Dermoidzysten und gestörte Sexualfunktion im Zusammenhang (SGGG, 2005).

### 3.4 Mögliche Konsequenzen während der Geburt

Die SGGG (2005) benennt folgenden Komplikation die im Zusammenhang mit FGM während der Geburt auftreten könnten:

- verlängerte Austreibungsphase
- Polysystolie
- hochgradige Dammrisse
- postpartale Blutung
- perineale Wundinfektion
- vesikovaginale Fistelbildung
- rektovaginale Fistelbildung
- fetale Zerebralschäden
- erhöhtes Risiko von perinataler Mortalität (SGGG, 2005).

Asefaw (2007) und die SGGG (2005) betonen, dass bei eine adäquaten medizinischen Geburtsbetreuung das Risiko für eine verlängerte Austreibungsphase, Polysystolie, fetale Zerebralschäden und eine erhöhte perinatale Mortalität erheblich abnimmt.

Asefaw (2007) erklärt weiterhin, dass durch Eröffnen der Infibulationsnarbe (= Deinfibulation) unter sterilen Bedingung und ggf. Episiotomie die adäquate medizinische Geburtsbetreuung gewährleistet wäre (Asefaw, 2007). Laut Asefaw (2007) gelten diese Komplikationsrisiken vor allem für die Länder, in denen Frauen einen grossen Aufwand betreiben müssen, um in einer medizinischen Einrichtung oder unter Betreuung von medizinischem Fachpersonen gebären zu können (Asefaw, 2007).

Hochgradige Dammrisse, postpartale Blutung und perineale Wundinfektionen sind in den erarbeitet Studien die am häufigsten genannten Komplikationen. Laut Wuest et al. (2009) erlitten die Frauen, die eine Infibulation hatten, häufiger einen Dammriss III° als in der Kontrollgruppe.

Gemäss Pók (2011) ist eine Geburt ohne grössere Geburtsverletzung und ohne Interventionen wie Deinfibulation und/ oder Episiotomie bei genitalbeschnittenen Frauen möglich (Pók, 2011).

### *3.4.1 Postpartale Blutung und perineale Wundinfektion*

Wenn die Deinfibulation nicht rechtzeitige stattfindet, kann das Vulvagewebe zusätzlich verletzt werden. Dabei können grössere Blutgefässe betroffen sein, wodurch eine vermehrte Blutung auftreten kann. Dies kann auch geschehen, wenn die Deinfibulation inkorrekt durchgeführt wird. Das Infektionsrisiko durch aufsteigende Keime ist beim Wundheilungsprozess genitalbeschnittener Frauen oder deinfibulierte Frauen erhöht (Asefaw, 2007).

### *3.4.2 Hochgradige Dammrisse*

Beim FGM Typ III der Infibulation kann das Dammgewebe aufgrund der Narbenbildung unelastisch sein. Beim Durchtreten des kindlichen Kopfes unter der Geburt könnte dieses hochgradige Dammrisse verursachen (Asefaw, 2007).

## 3.5 Aktuelle Empfehlung für die Geburtsbetreuung von Patientinnen mit FGM

Die SGGG (2005) gibt vor, dass FGM keine Indikation für einen geplanten Kaiserschnitt (primäre Sectio) oder ein Notkaiserschnitt während der aktiven Geburtsphase (sekundäre Sectio) ist.

Bei der Betreuung genitalbeschnittener Frauen sollte in ihrer Anwesenheit der Begriff Verstümmelung vermieden werden. Stattdessen sollte der Begriff Beschneidung benutzt werden (SGGG, 2005).

Idealerweise sollte die Hebamme über den soziokulturellen Hintergrunde der FGM praktizierende Ethnien informiert sein. Sie sollte die unterschiedlichen Formen von FGM kennen und die assoziierten Komplikationen bei ihrer Betreuung berücksichtigen (SGGG, 2005).

Die betreuende Hebamme sollte sich über die eigene Haltung zu FGM bewusst sein und Strategien entwickeln, um die Frau wert- und vorurteilsfrei begleiten zu können (SGGG, 2005).
Betreut die Hebamme eine betroffene Frau, sollte sie das Thema sensibel ansprechen und es nicht in Erwartung von Angst und Scham seitens der Gebärenden vermeiden.
Bei der Anamnese sollte das Alter, in dem der Eingriff durchgeführt wurde, ermittelt und der FGM Typ genauer eingeordnet werden. Darüber hinaus ist es wichtig, die Einstellung der Frau zur FGM zu erfragen (SGGG, 2005).
Sollten sprachliche Probleme vorliegen, empfiehlt die SGGG (2005) eine Übersetzerin oder Mediatorin. Diese sollte eine erwachsene Frau sein, die keinen familiären Bezug zur betreuten Frau aufweist.
Bei einer gynäkologischen Untersuchung oder einem Ultraschall achtet die Hebammen darauf, dass dies vorsichtig durchgeführt wird und passendes Untersuchungsmaterial verwendet wird (SGGG, 2005).
Die vaginale Untersuchung sollte auf das Nötigste beschränkt werden und die Episiotomie sollten nur stattfinden, wenn sie indiziert ist (SGGG, 2005).
Die SGGG (2005) weist daraufhin, dass mit den schwangeren Frauen und ihren Partnern über den Nutzen von der Deinfibulation frühzeitig gesprochen werden sollte (SGGG, 2005).
Idealerweise sollte die Deinfibulation in dem dritten Trimenon der Schwangerschaft stattfinden. Jedoch wird dieses Vorgehen von den Frauen nicht bevorzugt, da sie die Schmerzen in der Schwangerschaft vermeiden möchten (SGGG, 2005).
Wenn über die Deinfibulation gesprochen wird, muss die betroffene Frau wissen, dass eine Rekonstruierung des eröffnete Vulva-Gewebes in den ursprünglichen Infibulationszustand (= Reinfibulation) in den Europäischen Ländern verboten ist (SGGG, 2005).
Das Verbot der Reinfibulation wurde ebenfalls in den ausgewerteten Studien aus Kanada und Australien angeben (Chalmers et al., 2000; Murray et al., 2010).

# 4 Resultate

Um den Leser einen Überblick zugeben, wird der methodische Teil der Studien in einer Tabelle dargestellt. Anschliessend werden die wichtigsten Aspekte der Studien beschrieben.

Im nächsten Schritt werden die Resultate der Studien in Beziehung zur Fragestellung gesetzt. Abschliessend werden in einer weiteren Tabelle die Resultate aller Studien dargestellt.

## 4.1 Beschreibung der Studien

Alle Studien wurden in wissenschaftlichen englischen Zeitschriften publiziert. Die Studien wurden in dem Zeitraum von 2000 bis 2010 veröffentlicht und kamen aus Australien, Schweden, Kanada und Norwegen. Weitere Aspekte der Studie werden in der Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1

*Studienübersichttabelle*

| | **Studie 1**<br>**Murray, Windsor und Parker (2010)**<br>**“The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia”** | **Studie 2**<br>**Lundberg und Gerezgiher (2006)**<br>**“Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden”** | **Studie 3**<br>**Chalmers und Hashi (2000)**<br>**“432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation”** | **Studie 4**<br>**Vangen, Johansen, Sundby, Træend und Stray-Pedersena (2004)**<br>**“Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway”** |
|---|---|---|---|---|
| **Ziel** | Erfahrungsberichte von afrikanischen Flüchtlingsfrauen, die in Brisbane geboren haben, sammeln und die Gemeinsamkeiten beschreiben | Aufzeigen der erlebten Erfahrungen von eritreischen Frauen mit FGM während der Schwangerschaft und Geburt in Schweden. | Informationen über die Wahrnehmung von somalischen Frauen mit FGM in der Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung in Kanada gewinnen | Die Studie untersucht, ob die Betreuung in der Schwangerschaft und Geburt einen Einfluss auf den perinatalen Outcome bei Somalierinnen in Norwegen hat |
| **Methode** | Qualitativer Forschungsansatz, phänomenologisches Design | Qualitativer Forschungsansatz, ethnographisches Design | Qualitative und quantitative Ansatzpunkte, Design wird nicht beschrieben | Qualitativer Forschungsansatz, ethnographisches Design |
| **Setting** | **Interview**<br>• bei ST zu Hause oder<br>• in den Büroräumen des Familien-Planungs- Zentrums<br><br>**Setting, in der die ST Ereignisse erlebten:**<br>Australien | **Interview:**<br>• bei ST zu Hause<br>• separater Raum<br><br>**Setting, in der die ST Ereignisse erlebten:**<br>Krankenhaus in Schweden, Gebärabteilung | **Interview:**<br>• bei ST zu Hause .<br><br>**Setting in der die ST Ereignisse erlebten:**<br>Kanada | **Interview:**<br>• bei 16 ST zu Hause<br>• 4 ST in öffentlicher Umgebung<br>• 1 in dem Büro des Forschers<br>• bei 2 ST auf einer Wochenbettstation<br><br>**Setting, in der die ST Ereignisse erlebten:**<br>• Mutter und Kind Gesundheitszentrum für Schwangerschaftsvorsorge in Norwegen<br>• öffentliche Allgemeinmedizin- Praxen<br>• geburtshilfliche Abteilungen |
| **ST und Kriterien** | 10 Frauen<br><br>**Einschlusskriterien**<br>• afrikanische Flüchtlings- Frauen<br>• in Brisbane mind. 1 Kind geboren<br>• das Geburtserlebnis fand innerhalb der vorangegangenen 5 Jahre statt | 15 Frauen<br><br>**Einschlusskriterien:**<br>• eritreische Frauen<br>• FGM<br>• in Schweden min.1 Kind geboren<br>• in Schweden länger als zwei Jahre gelebt<br>• im Alter von 30-50 Jahre<br>• waren bereit, an der Studie teilzunehmen. | 432 Frauen<br><br>**Einschlusskriterien:**<br>• somalische Frauen<br>• FGM<br>• in Kanada mind.1 Kind geboren<br>• in Kanada seit 5 Jahren lebten<br><br>**Ausschlusskriterien:**<br>• Aufforderung zur Entlohnung<br>• Aufforderung dazu Beschneidung für Tochter zu organisieren<br>• Aufforderung zur Reinfibulation | 23 Frauen<br>36 ST des mP<br>**Einschlusskriterien:**<br>• somalische Frauen<br>• FGM<br>• in Norwegen mind. 1 Kind geboren<br>• lebten in Oslo oder in Umgebung<br><br>**Einschlusskriterien** beim mP: werden nicht genannt |

Fortsetzung Tabelle 1

*Studienübersichtstabelle*

| | **Studie 1**<br>**Murray, Windsor und Parker (2010)** | **Studie 2**<br>**Lundberg und Gerezgiher (2006)** | **Studie 3**<br>**Chalmers und Hashi (2000)** | **Studie 4**<br>**Vangen, Johansen, Sundby, Træend und Stray-Pedersena (2004)** |
|---|---|---|---|---|
| **Datenerhebung** | • teilstrukturiertes Tiefeninterview<br>• zehn offene Fragen | • teilstrukturiertes Tiefeninterview<br>• offene Fragen | • Fragebogen mit 122 Fragen<br>• Fragen im closed- ended Format | • teilstrukturiertes Tiefeninterview<br>• offene Fragen |
| **Analyse** | • Transkription und Verschaffen von Überblick<br>• Beschreibung und Gliederung<br>• Herstellen von Zusammenhängen<br>• Reflexion und kategorische Zuordnung von Daten | • Wiederholtes Lesen der Transkription<br>• Unterschiede u. Gemeinsamkeiten ermitteln<br>• Kategorische Zuordnung | Keine Angaben | •Detaillierte Interview- Interpretationen<br>• Kategorische Zuordnung |
| **Qualität der Studie** | **Evidenzlevel 3**<br>+ detaillierte Information über das Design mit Begründung<br>+ um Bias durch Forscher zu minimieren, war bilingualer Mitarbeiter beim Interview anwesend<br>+ genaue Beschreibung, wie die Datenanalyse durchgeführt wurde<br>- Studie wirkt unübersichtlich<br>- Fragestellung wird nicht klar beschrieben<br>- grobe Beschreibung des Setting in der ST Ereignisse erlebten<br>- keine Angaben, ob Interviewleitfaden validiert wurde<br>- keine Angaben über die Verifizierung der Daten<br>- keine Auflistung, welche ST FGM hatte | **Evidenzlevel 3**<br>+ Glaubwürdigkeit (credibility)<br>+ Ergebnis wurde durch externe Forscher validiert<br>+ Leitfragen wurden validiert<br>- keine Angaben über eine Genehmigung von Ethik Kommission<br>- keine Angaben über das Setting, in dem die ST geboren haben<br>- keine Angaben, ob ST über die Freiwilligkeit und Abbruchmöglichkeit der Studie informiert wurden | **Evidenzlevel 4**<br>+ Fragebogen wurde validiert<br>+ einheitliche Datenerhebung durch Fragebogen<br>- keine Angaben, um welchen Forschungsansatz es sich handelt.<br>- keine Angaben über das Design<br>-keine Angaben über das Setting, in dem die ST geboren haben<br>- keine Quellenangabe über die recherchierte Literatur zur Erstellung des Interviewleitfadens, das auf Literatur Review basiert<br>- keine Angabe zur Parität<br>- keine Angaben, wie die Daten festgehalten wurden<br>- keine Angaben über Aufklärung der ST über die Freiwilligkeit der Studie<br>- keine Angaben über die Auswertungsmethode<br>- keine Angabe über die Verifizierung der Studie<br>- keine Diskussion mit vorhandenen Studien<br>- Limitationen werden nicht benannt | **Evidenzlevel 3**<br>+ Glaubwürdigkeit, Objektivität<br>+ Setting wird ausführlich beschrieben<br>- Studiendesign wird nicht klar benannt<br>- Einschlusskriterien für mP werden nicht benannt<br>- Zeitspanne, wann das Interview nach dem Geburtsereignis stattfand, wird nicht präzisiert<br>- keine Angaben, wer das Interview wie strukturiert hat<br>- keine Angaben über Validation des Interviewleitfadens<br>- Bias, da Forscher bei Datenerhebung abwesend war<br>- keine Angaben, ob ST über die Freiwilligkeit und Abbruchmöglichkeit der Studie informiert wurden<br>- Bias, da überproportional viele ST höheren Bildungsstand hatten |

Anmerkung: **+** Stärken, **-** schwäche, **ST**= Studienteilnehmende, **mP** = medizinische Personal, **FGM**= female genital mutilation

In Tabelle 1 wird dargestellt, dass die Studien1, 2 und 4 einen qualitativen Forschungsansatz verfolgen und mit phänomenologischem oder ethnologischem Design erarbeitet wurden. Der Forschungsansatz der Studie 3 kann nicht eindeutig zugeordnet werden. Er weist sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte auf. Die qualitativen Merkmale werden bei der Beschreibung des Settings und der Auswahlmethode sichtbar. In der Studie von Chalmers et al. (2000) wurden die Teilnehmerinnen durch Schneeballverfahren, was in der qualitativen Forschung die typische Vorgehensweise ist, gemäss Cluett und Bluff (2003), ausgewählt. Bei der Datenerhebung und Darstellung der Ergebnisse wurden Methoden der quantitativen Forschung gewählt.
Das Setting wird in Studie 2 und 4 vollständig angeben, in Studie 1 und 3 wird es zum Teil unvollständig oder grob beschrieben. Für die Auswahl der Studienteilnehmer/innen wurden in allen Studien klare Kriterien formuliert.

#### *4.1.1 "The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia"*

Die Daten aus der Studie von Murray et al. (2010) wurden durch teilstrukturierte Tiefeninterviews erhoben.
In der ersten Phase der Datenanalyse transkribierte ein Simultandolmetscher die Daten. Anschliessend fand eine Datenanalyse nach Giorgi (1997) statt. Diese Vorgehensweise wird in der phänomenologischen Studie häufig angewendet (Cluett et al., 2003). Sie wird in der Tabelle 1 genauer beschrieben. In der Studie von Murray et al. (2010) berichten 9 Mehrgebärende und eine Erstgebärende über ihre Geburtserlebnisse in Australien.

#### *4.1.2 "Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden"*

In der Studie von Lundberg et al. (2006) wurden die Daten durch teilstrukturierte Tiefeninterviews erhoben, weitere Aspekte der Datenerhebung werden in der Tabelle 1 angeben.

15 Mehrgebärende mit Infibulation berichten in der Studie, wie sie die Schwangerschaft und Geburt in Schweden erlebten.
Zusätzlich gaben von den 15 Teilnehmerinnen 12 Erfahrungsberichte aus ihren Herkunftsländern ab und stellten einen Vergleich zum schwedischen Gesundheitssystem her.

#### *4.1.3 “432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation”*

Die Daten in der Studie von Chalmers et al. (2000) wurden in dem Zeitraum von 1996 bis 1999 durch einen Fragebogen mit 122 Fragen erhoben. Diese Methode der Datenerhebung durch einen Fragebogen ist typisch für die die quantitative Forschung (Cluett et al., 2003). Chalmers et al. (2000) beschrieben nicht, wie die Datenanalyse durchgeführt wurde, was zusätzlich die Zuordnung zu einem qualitativen oder quantitativen Forschungsansatz erschwert. Die erlebten Erfahrungen der somalischen Frauen wurden prozentual in der Studie aufgelistet. Sechsundneunzig Prozent der Frauen hatten eine Infibulation.

#### *4.1.4 ”Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway”*

Die Daten der Studie von Vangen et al. (2004) wurden durch teilstrukturierte Tiefeninterviews erhoben. Diese fanden in zwei Erfassungsintervallen statt (s. Anhang E). Die Datenanalyse erfolgte auf der Basis nach ethnografischer Vorgehensweise. In der Studie von Vangen et al. (2004) wurden neben den betroffenen Frauen auch 36 Personen aus dem medizinischen Bereich befragt. Es sollte ermittelt werden, wie sie die Betreuung von Frauen mit FGM erlebte hatten. Sie äusserten, dass Unsicherheit vorliege, wenn es um die Deinfibulation in der Austreibungsphase gehe und es wurde die Episiotomie bevorzugt angewendet. Zudem berichteten einzelne Personen, dass anstatt der Deinfibulation eine Sectio durchgeführt wurde (Vangen et al., 2004).

## 4.2 Darstellung der erlebten Erfahrungen

In diesem Kapitel werden die Resultate der einzelnen Studien in unterschiedlichen Kategorien präsentiert.

### *4.2.1 Gedanken und Ängste*

Bevor die Frauen zur Geburt in die Krankenhäuser gingen, machten sie sich Gedanken über die Geburtsbetreuung.

Eine Frau beschrieb ihre Gedanken zur Geburt so: “Geburt ist, als würde man in einen Tunnel gehen, und du weisst nie, ob du lebendig rauskommst.“ (Vangen et al., 2004, S 33, übersetzt durch die Autorin)

Die Teilnehmerinnen der Studie von Lundberg et al. (2006) berichteten, dass sie vor der Geburt

- Angst vor einer zu schnellen Geburt hatten
- Angst hatten, nicht rechtzeitig eine Deinfibulation zu erhalten
- Angst hatten, dass die Hebamme nicht fähig sein könnte, eine Deinfibulation durchzuführen
- Angst vor einem Kaiserschnitt hatten
- Angst vor schweren Geburtsverletzungen hatten
- Angst vor Inkontinenz hatten
- Angst hatten, wegen Komplikationen von ihrer Gemeinde verstossen zu werden (Lundberg et al., 2006)

Die somalischen Frauen, die an der Studie von Vangen et al. (2004) teilnahmen, sorgten sich darum, während der Geburt von Personen betreut zu werden, die kein oder wenig Wissen über FGM verfügten. Vereinzelt fürchteten sie, eine zu kurze Deinfibulation zu erhalten und zweifelten eine adäquate Geburtsbetreuung an (Vangen et al., 2004).

Die Somalierinnen in Kanada wünschten sich so wenig Intervention wie möglich, und 99% der Teilnehmerinnen wünschten keine sekundäre Sectio (Chalmers et al., 2000).

### *4.2.2 Nicht verstanden und nichts gewusst*

An allen vier Studien nahm eine grosse Anzahl von Mehrgebärenden teil, die bereits Erfahrungen bezüglich des Gebärprozesses hatten (Chalmers et al., 2000; Lundberg et al., 2006; Murray et al., 2010; Vangen et al., 2004). Trotz dieser Tatsache berichtete eine Vielzahl der Frauen, nicht gewusst zu haben, was um sie herum stattfand. So gaben alle Studienteilnehmerinnen aus der Studie von Murray et al. (2010) an, nicht ausreichend über die Vorgänge bei der Geburt informiert worden zu sein. Einige wussten nicht, welche Position die anwesenden Personen innehatten. Andere verstanden nicht, weshalb welche Medikamente eingesetzt wurden. Mehrfach unterschrieben die Frauen eine Einverständniserklärung für Durchführungen, die für sie nicht nachvollziehbar waren (Murray et al., 2010). Dies hing meist mit einem sprachlichen Verständigungsproblem und der Abwesenheit einer Übersetzerin zusammen. Erschwerend für ihre Situation war, dass viele Frauen ihre Verständigungsprobleme aus Scham nicht klar mitteilten (Murray et al., 2010). Die Kommunikationsprobleme waren für diese Frauen eine zusätzliche Herausforderung und bildete einen Stressfaktor, der als frustrierend beschrieben wurde (Murray et al., 2010).

In den Studien von Chalmers et al. (2000) und Vangen et al. (2004) wurde von den Frauen mehrfach berichtet, nicht ausreichend über Schmerzmanagement und die Möglichkeit von Schmerzmedikation informiert worden zu sein. Des Weiteren teilten die Frauen mit, nicht ausreichend über Episiotomie und Kardiotokogramm [CGT] (= Gerät, das die fetale Herzfrequenz und Wehentätigkeit synchron aufzeichnet) informiert worden zu sein. Das führte dazu, dass der Sinn von CTG von einzelnen Frauen nicht erkannt wurde (Vangen et al., 2004).

In der Studie von Vangen et al. (2004) schildert eine Frau, sie habe das Anliegen des CTG- Gurt als unangenehm empfunden, und deshalb versucht die CTG- Gurte zu lockern. Das medizinische Personal bestand auf dem CTG-Gurt und argumentierte damit, dass sich das Kind in

grosser Gefahr befände. Die Frau war verunsichert, ob sich das Kind tatsächlich in Gefahr befand oder ob die Aussage ein Druckmittel für den Gurt war. Es endete in einer sekundären Sectio und die Frau konnte nicht beurteilen, ob die Sectio indiziert war (Vangen et al., 2004).

### *4.2.3 Sectio- Geburten*

Obwohl 99% der somalischen Frauen in Kanada sich keine Sectio wünschten, endete bei 50% dieser Frauen die Geburt in einer solchen. Bei 35% der Frauen wurde die Möglichkeit, dass die Geburt in einer Sectio enden könnte, nie besprochen (Chalmers et al., 2000).

Die Somalierinnen in Norwegen hatten ebenfalls eine negative Haltung zur Sectio. Die Frauen, die eine sekundäre Sectio hatten, empfanden diese häufig als nicht notwendig. Eine betroffene Frau reflektiert ihre Situation so: “[…] Und es endete in einer Sectio. Ich weiss nicht warum und ich denke, es war nicht notwendig.“ (Vangen et al., 2004, S 33, übersetzt durch die Autorin)

In der Studie von Murray et al. (2010) nahmen die mehrgebärenden Frauen eine lange Geburt als natürlichen Prozess wahr. Sie empfanden die Andeutung oder Empfehlungen einer Sectio als beängstigend und überraschend. Die lange Geburt wurde der Sectio vorgezogen. Sie befürchteten, durch die Sectio länger geschwächt zu sein und dadurch ihre Familie nicht versorgen können (Murray et al., 2010).

Vereinzelt gaben die Studienteilnehmerinnen aus Australien an, bewusst bei Geburtsbeginn lange zu Hause geblieben zu sein, um einer Sectio zu entgehen (Murray et al., 2010).

### *4.2.4 Allein sein und unerwünschte Begleitung*

Die Somalierinnen in Australien schilderten, sich bei der Geburtsbetreuung alleingelassen gefühlt zu haben (Murray et al., 2010). Das “Allein- Sein“ wird mehrfach in der Studie von Vangen et al. (2004) beschrieben. Dies wird durch folgende Aussage einer Frau verdeutlicht:

> “Ich fühlte mich so alleine und verloren. Ich kannte die Sprache nicht und mein Mann konnte nicht immer dabei sein. Wenn ich zu Hause in Somalia geblieben wäre, hätte ich Menschen um mich gehabt, die sich um mich kümmerten. Hier war ich ganz alleine und hilflos. Ich fühlte mich miserabel […]“ (Vangen et al., 2004, S. 33, übersetzt durch die Autorin).

Die eritreischen mehrgebärenden Studienteilnehmer in Schweden äusserten, dass sie bei ihren früheren Geburten immer durch Familienangehörige und Freunde unterstützt worden seien. Im Vergleich dazu fühlten sie sich bei der Geburt in Schweden alleine. Dies erschwerte das Geburtserlebnis (Lundberg et al., 2006).

In der kanadischen Studie gaben die Teilnehmerinnen an, dass sie sich unter Druck gesetzt fühlten, ihre Ehemänner mit in den Gebärsaal zu nehmen. Ihnen war die Anwesenheit ihrer Männer bei so einem intimen Prozess einer Geburt unangenehm. Lediglich 6, 7 % der Teilnehmerinnen wollten ihre Männer während der Austreibungsphase im Raum wissen (Murray et al., 2010).

#### *4.2.5 Die Fähigkeit des medizinischen Personals*

In der Studie von Murray et al. (2010) äusserten einzelne Teilnehmerinnen, dass sie überrascht gewesen seien, wenn die Hebammen in der Austreibungsphase unfähig waren, mit dem FGM umzugehen. In Schweden bewerteten die eritreischen Frauen aufgezeigte Wissenslücken von Hebammen und Ärzten in Bezug auf FGM als negativ und sorgten sich, nicht adäquat betreut werden zu können (Lundberg et al., 2006). Eine Teilnehmerin berichtete, dass die Hebamme während der Geburt mit den Ärzten über die Deinfibulation diskutiert habe. Noch ehe eine Entscheidung getroffen wurde, kam es zur Geburt des Kindes und die Frau erlitt einen schweren Dammriss. Für die Frau war dies ein frustrierendes Erlebnis (Lundberg et al., 2006).

Eine ähnliche Situation mit der Hebamme wurde auch von einer Somalierin in Australien beschrieben:

> “Als sie versuchte, das Baby auf die Welt zu bringen, wusste die Hebamme nicht, was sie tun sollte, sie sah panisch aus. Aber ich hatte meine Nichte bei mir, die ihr sagte, dass sie mich aufschneiden müsste. Wegen der weiblichen Beschneidung fühlte ich mich ganz anders. Ich war mir nicht sicher und die ganze Zeit über, in der ich im Krankenhaus war, war es mir peinlich.“ (Murray et al., 2010, S 466, übersetz durch die Autorin)

In Kanada kritisierten 52,3 % der somalischen Frauen die Betreuung von den Ärzten während der Geburt. 39,8% der Frauen gaben an, dass sie bei der vaginalen Untersuchung zu grob behandelt worden seien (Chalmers et al., 2000). Eine somalische Studienteilnehmerin aus Norwegen berichtete, die Hebamme habe während der Geburt zur Deinfibulation instruiert werden müssen. Die Teilnehmerin war selbst Hebamme. Die betreuende Hebamme führte anschliessend, ohne Absprache bei der Frau, eine Reinfibulation durch (Vangen et al., 2004).

#### *4.2.6 Wahrgenommene Botschaften*

In der Studie von Chalmers et al. (2000) schilderten 87% der Frauen, verletzende Botschaften vom medizinischen Personal empfangen zu haben. Es wurden non-verbale Nachrichten in Form von einem überraschten oder auch angewiderten Gesichtsausdruck wahrgenommen; verbal registrierten die Frauen eine fehlende Kultursensibiliät; sie hatten den Eindruck, vor anderen medizinischen Kollegen vorgeführt zu werden, wurden zum Beispiel gefragt, ob andere sich die FGM anschauen könnten (Chalmers et al., 2000; Vangen et al., 2004). Auch in Norwegen gaben die Frauen solche Erlebnisse an. So wurde eine Teilnehmerin bei der vaginalen Untersuchung von dem Arzt gefragt, ob sie verbrannt worden sei. Sie empfand die Frage als beschämend (Vangen et al., 2004).

### *4.2.7 Belastende Ereignisse*

Hauptsächlich in Norwegen wurde die Geburt von einzelnen Somalierinnen als traumatisch beschrieben (Vangen et al., 2004). Mehrfach erzählten die Frauen, sich sehr schmerzhaft an die Beschneidung erinnert zu haben und dass diese Erinnerung unter der Geburt wieder hochgekommen sei. So beschrieb eine Teilnehmerin ihre Situation folgendermassen:

“Im meinen Träumen vermischt sich die Geburt und die Bescheidung. Ich liege da, bin schwanger, aber ich bin sechs Jahre alt und ich bin umgeben von Menschen, die mich mit Messern aufschneiden möchten. Es ist so furchtbar!“ (Vangen et al., 2004, S 33, übersetzt durch die Autorin).

### *4.2.8 Positive Erlebnisse*

Vereinzelt berichteten Frauen über ein positives Geburtserlebnis. Diese Frauen gaben an, von Hebammen und Ärzte betreut zu worden, die über FGM informiert waren und dies den Frauen mitteilten. Sie fühlten sich fachgerecht betreut und begleitet (Lundberg et al., 2006).

In Kanada gaben 23,1 % der Teilnehmerinnen an, sie hätten das Gefühl, gut von den Ärzten betreut worden zu sein (Chalmers et al., 2000). In Australien wurde ebenfalls von einzelnen Frauen angeben, dass sie über die Betreuung während der Geburt dankbar gewesen seien. Diese Frauen nahmen die Hebammen als Ressourcen wahr (Murray et al., 2010). In Norwegen wurde die Geburt von einzelnen Frauen mit FGM als unproblematisch beschrieben (Vangen et al., 2004).

## 4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend werden von der Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen negative Berichte über ihr Geburtserlebnis und die Betreuung in einem westlichen Krankhaus gegeben. Vielfach äusserten die Frauen Angst vor einer Sectio und vereinzelt konnten Frauen nicht nachvollziehen, weshalb eine Sectio vorgenommen wurde. Sie erlebten sowohl verbal als auch nonverbal

verletzende Äusserungen von dem medizinischen Personal. Als belastenden Faktoren wurden Kommunikationsprobleme und das “Alleinsein“ beschrieben. Häufig fühlten sich die Frauen über die Vorgänge während der Geburt nicht ausreichend informiert. In drei Studien bewerteten einzelne Frauen ihre Betreuung positiv.

Tabelle 2

*Resultatübersicht*

| | **Studie 1**<br>**Murray, Windsor und Parker (2010)**<br>**“The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia”** | **Studie 2**<br>**Lundberg und Gerezgiher (2006)**<br>**“Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden”** | **Studie 3**<br>**Chalmers und Hashi (2000)**<br>**“432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation”** | **Studie 4**<br>**Vangen, Johansen, Sundby, Træend und Stray-Pedersena (2004)**<br>**“Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway”** |
|---|---|---|---|---|
| **Resultate** | ST waren 1 Primipara und 9 Multipara<br>Kategorein der interpretierten Daten:<br>**Die Gefühlslage der Frauen**<br>• ST fühlten sich verloren durch die Sprachbarriere, Migrationsprobleme und das “Nicht -Informiert“- Sein<br>**Wahrnehmung des medizinischen Personals durch die Frauen**<br>• ST waren dankbar, wenn sie vom mP betreut wurden, die sich um sie kümmerten<br>• einzelne ST waren überrascht, wenn Hebammen unfähig waren, mit dem FGM während der Geburt umzugehen<br>**Vorstellung über natürliche Geburt**<br>• ST beschrieben die Geburt als einen dynamischen und aktiven Prozess, der mit starken Schmerzen verbunden ist<br>•ST können nicht nachvollziehen, weshalb zur Sectio geraten wurde<br>• mehrgebärende ST betrachteten Sectio als eine Schwächung und sie wollten im Wochenbett nicht geschwächt sein | 15 Multipara<br><br>**Demographischen Daten:**<br>• alle ST hatten FMG Typ III<br>• 12 ST hatten Geburtserfahrung in ihrem Herkunftsland<br>**Angst vor**<br>• Kaiserschnitt<br>• schweren Geburtsverletzungen<br>• Inkontinenz<br>• sozialer Verstossung<br>• zu schneller Geburt<br>• vor einer zu spät durchgeführten Deinfibulation<br>• Unfähigkeit der Hebamme, die Deinfibulation durchzuführen<br>**Erfahrung mit Gesundheitspersonal**<br>• positive Erfahrung:<br>mP war über FGM informiert;<br>ST fühlten sich fachgerecht während der Geburt begleitet und beraten<br>• neg. Erfahrung:<br>mP zeigte Wissenslücken über FGM; ST: Angst und Sorge, nicht adäquat betreut zu werden | 96,1 % der ST hatten den FGM Typ III (Infibulation)<br>**Die Geburtserfahrung in Kanada**<br>• 63,4% der ST erwarteten nicht, dass FGM eine Einfluss auf die Geburt hatte<br>• 99% der ST wünschten keine Sectio zu erhalten, bei 50% der Betroffenen wurde eine Sectio durchgeführt<br>• 35,4% wurden nicht darüber aufgeklärt, dass die Geburt per Sectio beendet werden könnte<br>• 67,4 % der ST bevorzugten weibliche Unterstützung bei der Geburt gegenüber ihren Partnern<br>• 87% der ST nahmen verletzende Botschaften vom mP wahr<br>• 46,7% der ST fühlten sich während der Geburt nicht ausreichend über das Schmerzmanagement informiert<br>• 39,8 % der ST berichteten, dass sie grob untersucht worden seien<br>• 35 % der ST würden sich bei der nächsten Geburt für einen anderen Arzt entscheiden | ST waren 9 Primipara und13 Multipara<br>22 ST mit FGM Typ III und 1 mit FGM Typ II<br><br>**Erfahrungen der ST**<br>• drei ST beschrieben ihr Geburtserlebnis als traumatisch<br>• bei drei ST endete die Geburt in einer Sectio<br>• bei drei ST fand eine vaginal- operative Geburt statt<br>• zwei ST erlitten eine schwere Geburtsverletzung<br>• zwei ST beschrieben die Geburt als sehr schmerzhaft<br>• vier ST berichten, nicht über das Schmerzmanagement informiert worden zu sein<br>• sieben ST beschrieben ihre Geburt als unproblematisch<br>• drei ST machten keine Angaben zum Geburtserlebnis<br>• die Mehrzahl der ST fürchteten durch die mangelnde Erfahrung vom mP, nicht optimal während der Geburt behandelt werden zu können<br>• alle somalischen ST äusserten grosse Angst vor einer Sectio |

Fortsetzung Tabelle 2

*Resultatübersicht*

| | Studie 1<br>Murray, Windsor und Parker (2010) | Studie 2<br>Lundberg und Gerezgiher (2006) | Studie 3<br>Chalmers und Hashi (2000) | Studie 4<br>Vangen, Johansen, Sundby, Træend und Stray-Pedersena (2004) |
|---|---|---|---|---|
| **Resultate** | | **Erfahrung mit Gesundheitspersonal**<br>• Hebammenbetreuung mit Wissen über FGM verschafft ein Gefühl der Geborgenheit<br>• ST hatten einen guten Eindruck von dem schwedischen Gesundheitssystem<br>• ST wünschten, dass Hebammen über<br>**Unterstützung durch Familie, Freunde und Bekannte**<br>• die Anwesenheit von Freunden und Familie während der Geburt lenkte die ST von Schmerzen ab<br>• in Schweden empfanden die ST die Geburt ohne die Familie und Freunde als belastend<br>**Deinfibulation**<br>• in Schweden wurden die ST darüber informiert, dass die Reinfibulation verboten war<br>• ST akzeptierten die Rechtslage<br>• ST berichteten, dass die Geburt nach Deinfibulation einfacher war<br>• eine ST berichtete, dass eine Hebamme in Schweden ohne Absprache Reinfibulation durchführte | • 52,3 % der ST würden sich für eine andere Hebamme oder Krankenschwester entscheiden<br>• 88,7 % der ST würden sich erneut für eine Geburt im Krankenhaus entscheiden<br>• 74,5 % der ST gebaren ein gesundes Neugeborenes | **Berichte vom mP**<br>• FGM wurde während der Geburt nicht als relevant von mP wahrgenommen<br>• Unsicherheit in Bezug auf die Deinfibulation in der Austreibungsphase<br>• FGM wurde während der Geburt nicht als relevant wahrgenommen<br>• vereinzelt würde das mP eine Sectio der Deinfibulation vorziehen |

Anmerkung: **ST**= Studienteilnehmende, **mP** = medizinische Personal, **FGM**= female genital mutilation

# 5 Diskussion

## 5.1 Vergleich der Resultate

In drei Studien, die sich in Anzahl der Teilnehmerinnen und ethnischer Zugehörigkeit unterschieden, wurde von ähnlichen Überlegungen bezüglich der Geburt vor dem Krankenhauseintritt berichtet (Chalmers et al., 2000; Lundberg et al., 2006; Vangen et al., 2004). Allein in der Studie von Murray et al. (2010) gab es diesbezüglich keine Angaben. Dies liegt daran, dass diese Studie ihren Schwerpunkt auf die Geburtsbetreuung von afrikanischen Asylanten legte, während in den anderen Studien FGM im Vordergrund stand. Der Fokus der Studie von Murray et al. (2010) erschwerte die Zuordnung von Frauen mit FGM, da diese Frauen in der Studie nicht direkt benannt wurden und nur durch Zitate identifiziert werden konnten.

Während in den Studien Chalmers et al. (2000); Murray et al. (2010) und Vangen et al. (2004) Kommunikationsprobleme und das “Nicht-informiert-Sein“ während der Geburt thematisiert wurden, wurden diese Aspekte in der Studie Lundberg et al. (2006) nicht beschrieben. Letztere Autoren legten den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf das Aufzeigen von Erfahrungen während Schwangerschaft, Geburt und postpartum in Schweden. Zusätzlich gaben die Frauen in dieser Studie ihre Erfahrungsberichte aus den Herkunftsländern wieder. Aussagen über die erlebte Geburtserfahrung waren von untergeordneter Bedeutung, was dazu führte, dass bestimmte Gesichtspunkte wie z.B. Kommunikation in dieser Studie nicht dargestellt wurden (Lundberg et al., 2006).

Während in den Studien von Lundberg et al. (2006); Murray et al. (2010) und Vangen et. al. (2004) das “Allein-Sein“ thematisiert wurde, befragten Chalmers et al. (2000) ihre Studienteilnehmerinnen, welche Personen sie als Unterstützung für die Geburt auswählen würden.

Im Vergleich zu Chalmers et al. (2000) und Vangen et al. (2004) gab es bei Lundberg et al. (2006) und Murray et al. (2010) keine Informationen über die wahrgenommenen Botschaften vom medizinisches Personal, da sich diese Studien damit nicht auseinandergesetzt hatten.

In der von Studie Vangen et al. (2004) fehlen Angaben zur Begründung, weshalb die einzelnen Frauen die Geburt traumatisch oder als unproblematisch beschrieben. In diesem Zusammenhang wird nicht erläutert, ob ein direkter Zusammenhang mit FGM oder der Betreuung während der Geburt bestand, was für die Fragestellung relevant gewesen wäre.

### 5.2 Auseinandersetzung mit den Resultaten

Die genitalbeschnittenen Frauen aus der Studie Chalmers et al. (2000) und Vangen et al. (2004) wurden vom medizinischen Personal mit emotionalen Reaktionen, Unverständnis und Zurschaustellung konfrontiert, was bei den Frauen Schamgefühle hervorrief. Bauer (2008) weist daraufhin, dass beschnitte Frauen erst in unserem Kulturkreis zu Aussenseiterinnen werden. In der Studie von Zaidi, Khalil, Roberts und Browne (2007) in der Wissensstand verschiedener Berufsgruppen in England über FGM Gegenstand der Untersuchung war, gaben nur 3 von 15 Hebammen an, dass sie Hintergrundwissen über FGM besassen. Gemäss Asefaw (2007) beruht die emotionale Reaktion des medizinischen Personals auf mangelndem Wissen über die Hintergründe für FGM und deren komplexe Zusammenhänge. Hinzu kommt, dass FGM in der westlichen Gesellschaft einseitig und plakativ dargestellt wird, was Vorurteile und Abwertung verursacht (Asefaw, 2007). Dabei wird ausser Acht gelassen, dass FGM nicht aus Böswilligkeit der betroffenen Frau durchgeführt wird.

In den Krankenhäusern, in denen die Geburten stattfanden, wurde zum Zeitpunkt der Studien ohne Leitfaden zu FGM gearbeitet (Chalmers et al., 2000; Lundberg et al., 2006; Murray et al., 2010; Vangen et al., 2004). Die WHO veröffentlichte bereits 2001 die internationale Empfehlung “Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation” für die Betreuung von genitalbeschnittenen Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und postpartum (WHO, 2001). Bei den Studien von Chalmers et al (2000) und Vangen et al. (2004) lag der Erfassungszeitraum (1997-2000) vor der Veröffentlichung der WHO-Leitfaden. Der Leitfaden wurde auch nicht in den Studien von Lundberg et al. (2006) und

Murray et al. (2010) erwähnt, obwohl dies aufgrund des Publikationsdatums zu erwarten gewesen wäre. Diese Tatsache wird von der Autorin kritisiert, da Forscher diesbezüglich Recherchen betreiben sollten. In allen Studien wurde angeben, bei der Betreuung von genitalbeschnittenen Frauen ohne Leitfaden gearbeitet zu haben (Chalmers et al., 2000; Lundberg et al., 2006; Murray et al., 2010; Vangen et al., 2004). Die Autorin hätte erwartet, dass das medizinische Personal in den Studien auf der Grundlage eines Leitfadens arbeitete, um die relevanten Betreuungsbedürfnisse der Frauen gerecht zu werden.
Eine der am häufigsten genannten Ängste der Studienteilnehmerinnen war, dass das medizinische Personal nicht fähig sei, eine Deinfibulation durchzuführen (Lundberg et al., 2006).In der Studie von Lundberg et al. (2006) gaben die Hebammen an, anstatt einer Deinfibulation bevorzugt Episiotomie anzuwenden. Sie begründeten dies mit der Annahme, dass die Frauen keine Deinfibulation haben wollten. Zudem sahen sie in der Deinfibulation ein Risiko für eine Beschädigung der Urethra. Dieses Verhalten deckt sich mit Ergebnissen der Studie von Zaidi et al. (2007). Hier gaben 80% (12 von 15) der Hebammen an, dass die Episiotomie gegenüber der Deinfibulation favorisiert würde. Siebzig Prozent der Hebammen gingen davon aus, dass die Deinfibulation während der Geburt nicht möglich wäre (Zaidi et al., 2007). Dies zeigt eine grosse Unwissenheit der Hebammen. Denn wie die Studie von Rouzi, Alhhadali, Amarin und Abduljabbar (2001) beweist, ist die Deinfibulation in der Austreibungsphase leicht durchführbar. Sie rief zudem bei allen Frauen [n= 142] keine zusätzlichen Verletzung hervor (Rouzi et al., 2001).In allen ausgewerteten Studien hatten die Frauen nicht die Möglichkeit, über die Voraussetzungen, unter denen die Deinfibulation durchgeführt werden sollte, zu entscheiden. Die Wahlmöglichkeit war ebenfalls hinsichtlich der Angebote in der Geburtsbetreuung begrenzt. So durften die Frauen z.B. das Schmerzmanagement und die Anwesenheit von gewünschten und unerwünschten Personen nicht bestimmen (Chalmers et al., 2000; Murray et al., 2010; Vangen et al., 2004). Vor allem in der Studie von Murray et al. (2010) wird auf diese Thematik eingegangen. Sie machen deutlich, dass das “Nicht-

informiert- Sein “ und das “Nicht- wählen-Können“ einen negativen Effekt auf das Geburtserlebnis hatte. Einzelne Frauen aus der Studie beschrieben, die Geburt entspannter erlebt zu haben, als sie die Sprache beherrschten und in Entscheidungen mit einbezogen wurden (Murray et al., 2010).
Im Vergleich zu den Studien von Chalmers et al (2000); Lundberg et al. (2006); Murray et al. (2010) und Vangen et al. (2004) hatten die Teilnehmerinnen der Studie von Wuest et al. (2009) die Auswahl darüber, wann und unter welchen Bedingungen die Deinfibulation stattfand. Die Teilnehmerinnen dieser Studie konnten sich für eine Deinfibulation während der Schwangerschaft, eine prophylaktische Deinfibulation während der Geburt oder für eine indizierte Deinfibulation entscheiden. Bei letzterer Option wird bei der vaginalen Untersuchung die Dehnbarkeit des Introitus vaginae (Scheidenöffnung) beurteilt und nur, wenn diese unelastisch sein sollte, ist die Deinfibulation indiziert. Im Übrigen kann die Frau ohne Deinfibulation gebären (FGM Education, 2009).
Von den 122 Teilnehmerinnen entschieden sich 8 für die Deinfibulation in der Schwangerschaft, 52 wollten eine prophylaktische Deinfibulation während der Geburt und 42 entschieden sich für die indizierte Deinfibulation (Wuest et al., 2009). Sechsundsiebzig Prozent der Teilnehmerinnen gaben an, dass sie zufrieden mit der Betreuung gewesen seien (Wuest et al., 2009). Dieses Ergebnis zeigt deutlich, dass die Auswahlmöglichkeit hinsichtlich der Deinfibulation positiv bei der Betreuung angenommen wurde.
Ebenfalls wird durch die Studie von Wuest et al. (2009) dokumentiert, dass bei genitalbeschnittenen Frauen die Sectiorate höher lag als in der Vergleichsgruppe. Von 122 Frauen musste bei 18 Frauen die Geburt mit Sectio beendet werden, während in der Kontrollgruppe die Zahl bei 3 Frauen lag (Wuest et al., 2009). In diesem Zusammenhang stellt die Sectio einen wichtigen Faktor für die Beratung von Frauen mit FGM dar.
In der Studie von Wuest et al. (2009) wurden die Indikationen für die operative Geburtsbeendigung benannt. In den vier Hauptstudien wurden keine Indikationen für die Sectio aufgeführt (Chalmers et al., 2000; Lundberg et al., 2006; Murray et al., 2010; Vangen et al., 2004). Dies wäre für die Fragestellung

dieser Arbeit wichtig gewesen, da nur dann ersichtlich wäre, ob die Frauen eine indizierte Sectio hatten und ob auf ihre Ängste vor der Sectio eingegangen worden war.

Essén et al. (2000) stellten bei somalischen Frauen fest, dass die Angst vor Sectio mit den Erfahrungen aus den Heimatländern zusammenhängt. In den Heimatländern ist die Sectio häufig mit schwerwiegenden Komplikationen und oder maternaler Mortalität verbunden (Essén et al., 2000).

In Somalia liegt die maternale Mortalität bei 1,044/ 100,000 und in Eritrea bei 450/100, 000. Im Vergleich dazu liegt sie in der Schweiz bei 1/100,000, in Schweden bei 2/100,000, in Kanada bei 9/ 100,000 und in Norwegen bei 9/ 100 000 (WHO, 2010).

## 5.3 Schwächen und Stärken der Studien

### *5.3.1 The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia*

Murray et al. (2010) beschreiben detailliert das phänomenologische Design und begründen, weshalb es gewählt wurde.

Bei der Datenerhebung waren bilinguale Mitarbeiter anwesend mit dem Ziel, die Verzerrung (Bias) durch die Anwesenheit des Forschers zu minimieren. Die Datenanalyse wurde genau beschrieben. Diese Aspekte stellen eine Stärke der Studie dar.

Wesentliche Schwachpunkte der Studie sind unter anderem, dass die Fragestellung in der Studie nicht klar benannt wird. Zudem wirkt die Studie unübersichtlich, da bereits beim theoretischen Hintergrund Informationen zum Setting und zur Datenerhebung angegeben werden. Das Setting, in denen die Teilnehmerinnen die Geburt erlebten, wird im Vergleich zu der Studie von Vangen et al. (2004) nur grob beschrieben. Es wird nicht mitgeteilt, ob der Interviewleitfaden validiert wurde, und es fehlen Angaben über die Verifizierung der Daten.

### *5.3.2 “Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden”*

Positive Aspekte der Studie von Lundberg et al. (2006) sind unter anderem, dass deren Aussagekraft und Glaubwürdigkeit (credibility) gefördert wurde, indem zwei Analysten die einzelnen Kategorien bei der Datenanalyse separat entwickelten. Zusätzlich wurden die Ergebnisse durch einen externen Forscher und die Leitfragen für das Interview bei einer Probe-Datenerhebung mit drei eritreischen Frauen validiert.
An der Studie werden die fehlenden Angaben über eine Genehmigung von einer Ethikkommission und die Beschreibung des Setting, in dem die Frauen ihre Geburtserlebnisse hatten, von der Autorin kritisiert.
Zusätzlich wird bemängelt, dass nicht aufzeigt wurde, ob die Studienteilnehmerinnen über die Freiwilligkeit und Abbruchmöglichkeit der Studie informiert waren.

### *5.3.3 “432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation”*

In der Studie von Chalmers et al. (2000) wurde der Fragebogen validiert, indem ein Probe- Fragebogen durch eine somalische Fokusgruppe getestet und beurteilt wurde. Durch den Fragebogen konnte eine einheitliche Datenerhebung gewährleistet werden. Diese zwei Faktoren werden positiv bewertet.
Die Autorin kritisiert folgende Punkte an der Studie:
Im Methodenabschnitt wird nicht angeben, um welchen Forschungsansatz es sich handelt und das Design der Studie wird nicht beschrieben. Das Setting, in dem die Frauen geboren haben, wird nicht angeben und die Einschlusskriterien werden nicht benannt. Es werden keine Quellenangaben über die Literatur zur Erstellung des Interviewleitfadens deklariert und es wird nicht erwähnt, wie die Daten festgehalten wurden. Es erfolgt weiterhin keine Aussage über die Aufklärung der Teilnehmerinnen zur Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie. Es bleibt daher unklar, ob diese ethisch wichtige Aufklärung

stattgefunden hat. In dem Abschnitt der Datenanalyse wird die Auswertungsmethode nicht erläutert und es wird nicht beschrieben, ob die Studie verifiziert wurde. In der Diskussion werden die Ergebnisse nicht mit vorangehenden Studien verglichen und diskutiert und die Limitationen der Studie werden nicht benannt. Zudem wird in dieser Studie die Parität (die Anzahl der Geburten bei einer Frau) der Teilnehmerinnen nicht deutlich gemacht.

#### *5.3.4 "Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway"*

In der Studie von Vangen et al. (2004) wird die Objektivität durch die Abwesenheit der Forscher bei der Datenerhebung gewährleistet. Die Teilnehmerinnen bestätigten die Interpretationen ihrer Aussagen, was die Glaubwürdigkeit der Resultate fördert. Zudem werden die Settings ausführlich beschrieben. Dies sind positive Kriterien der Studie.
Zu kritisieren ist, dass das Studiendesign nicht klar dargestellt wird und die Einschlusskriterien für das medizinische Personal fehlen. Bei der Datenerhebung wird die Zeitspanne zwischen Geburtsereignis und Interview nicht genauer benannt. Zudem fehlen Information über die beteiligten Personen und die Vorgehensweise bei der Strukturierung des Interviews. Es werden keine Angaben über die Validation des Interviewleitfadens gemacht. Es wird nicht erwähnt, ob Studienteilnehmerinnen über die Freiwilligkeit und Abbruchmöglichkeit der Studie informiert waren.

### 5.4 Theorie –Praxis Transfer

In den erarbeiteten Studien hatte die Mehrzahl der genitalbeschnittenen Frauen negative Erlebnisse bei ihrer Geburtsbetreuung.
Bei erstmaligem Kontakt mit einer genitalbeschnittenen Frau sollte sich die betreuende Person über einen Leitfaden informieren, um die Grundbedürfnisse (z. B. Respekt und Intimsphäre) der genitalbeschnitten Frau gerecht werden zu können. Inzwischen wurden zahlreiche internationale und nationale

Empfehlungen entwickelt, die die Betreuung und den Umgang von Frauen mit FGM festlegen. Die Empfehlung der SGGG (2005) bietet eine gute Übersicht über FGM. Jedoch muss berücksichtig werden, dass in der Empfehlung Geburtskomplikationen beschrieben werden, die bei einer adäquaten medizinischen Geburtsbetreuung nicht auftreten (Asefaw, 2007; SGGG, 2005). Die Autorin empfiehlt den Leitfaden “Female Genital Mutilation Clinical Care“ der FGM Education (2009). Sie stellt die Vorgehensweise bei der Betreuung schematisch dar und beschreibt die Option der indizierten Deinfibulation. Bei einer verengte Introitus vaginae ist die Deinfibulation der Episiotomie vorzuziehen (FGM Education, 2009; SGGG, 2005).

In der Schweiz ist der theoretische Aspekt von FGM Bestandteil des Lehrplans bei den Studierenden Hebammen. Jedoch ist es wichtig dass Hebammen oder Ärzte die Frauen mit FGM während der Geburt betreuen, die Möglichkeit haben sollten, die Deinfibulation zu erlernen damit sie Sicherheit bei der Handhabung gewinnen.

Die Angst der genitalbeschnittenen Frauen vor einer Geburtsbeendigung per Sectio sollte berücksichtigt und besprochen werden. Bei genitalbeschnittenen Frauen sollte darauf geachtet werden, dass die Sectio nur durchgeführt wird, wenn sie zwingend indiziert ist. Gemäss Pók (2011) sollte eine vaginale Geburt angestrebt werden, vor allem, wenn der Aufenthaltsstatus der Frau nicht geklärt ist. Denn wie aus den beschriebenen Studien ersichtlich ist, planen (und haben) diese Frauen in der Regel viele Kinder. Wenn sie später in ihre Heimatländer zurückkehren müssen, kann dort eine Resectio (wiederholter Kaischnitt) nicht garantiert werden oder sie ist mit einem erheblichen Risiko verbunden (Pók, 2011). Das Wichtigste bei der Geburtsbetreuung von genitalbeschnittenen Frauen ist ein respektvoller Umgang. Die Frauen dürfen nicht nur auf FGM reduziert werden, sondern sollten professionell, individuell und emphatisch von der Hebamme und dem medizinischen Personal begleitet und betreut werden. Für die Frauen ist FGM zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes kein zentrales Thema. Deshalb sollte das Thema zwar angesprochen, aber nicht in den

Mittelpunkt der Betreuung gerückt werden, nur weil es in den westlichen Ländern, eine Besonderheit darstellt (Pók, 2011).

### 5.5 Weiterführende Fragestellungen

Eine weitere Forschungsmöglichkeit bestünde darin zu ermitteln, weshalb diese Frauen lieber im Krankenhaus gebären als zu Hause, obwohl sie sich so wenig Intervention wie möglich wünschen (Chalmers et al., 2000). In der Studie von Wuest et al. (2009) gab eine grosse Anzahl der Frauen an, dass sie mit der Geburtsbetreuung zufrieden gewesen seien. Es wäre wichtig zu erforschen, welche Faktoren Einfluss auf die Zufriedenheit der Frauen mit FGM haben.
Es sollte ebenfalls erforscht werden, inwieweit die grossen und kleinen Krankenhäuser in der Schweiz den Betreuungsleitfaden zu FGM umsetzen.

## 6 Schlussfolgerung

Um eine bessere Voraussetzung für die Betreuung von Frauen mit FGM zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, dass die Hebamme mit der Frau schon während der Schwangerschaftsvorsorge eine ausführliche Anamnese erhebt und die Frau über den Ablauf der anstehenden Geburt informiert. Medizinisches Personal, welches erst während der Geburt über die FGM informiert ist und wenig Erfahrung aufweist, sollte sich an den Empfehlungen der FGM Education oder der SGGG orientieren.
Bei der Betreuung ist ein respektvoller Umgang, der unter anderem beinhaltet, dass die Frauen nicht auf FGM reduziert werden, von grosser Bedeutung und eine vaginale Geburt sollte grundsätzlich angestrebt werden.
Ein bedeutenderer Aspekt bei der Betreuung ist zu ermitteln, wie die Frau zu Sectio steht, und der Aufenthaltsstatus sollte berücksichtigt werden. Sollte der Aufenthaltsstatus unsicher sein, ist eine Sectio möglichst zu vermeiden.

## Literaturverzeichnis


Amnesty International. (2009). END FGM Lack of data on prevalence of FGM in Europe is preventing an understanding of the magnitude. - Female genital mutilation is a concern for Europe. Abgerufen von http://www.endfgm.eu/en/female-genital-mutilation/a-european-concern/prevalence-in-europe/

Asefaw, F. (2007). Weibliche Genitalbeschneidung, (Female Genital Cutting, FGC) Eine Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Hintergründe sowie der gesundheitlichen und psychosexuellen Folgen für Betroffene und Partner in Eritrea und Deutschland. Abgerufen von http://www.hebammen.uni-osnabrueck.de/Asefaw.pdf

Bauer, E. (2008). Frauengesundheit und Sexualität-Kontroversen zwischen Kulturakzeptanz und Menschenrechtsaspekten am Bespiel genitaler Beschneidung. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt.* (S 219). Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.

Büchner, A.-C. (2004). *Weibliche Genitalverstümmelung. Betrachtungen eines traditionellen Brauchs aus Menschenrechtsperspektive – Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit in Deutschland*. Oldenburg: Paulo Freire Verlag.

Chalmers, B., & Hashi, K. O. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *BIRTH*, *27*(4), 227-234.

Chalmers, B., & Omer-Hashi, K. (2002). What Somali women say about giving birth in Canada. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *20*(4), 267-282.

Cluett, E. R., & Bluff, R. (Hrsg.). (2003). *Hebammenforschung* (1st Aufl.). Bern: Hans Huber.

Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose: Female Genital Mutilation : The Practice & Its Prevention*. London: Minority Rights Group.

Essén, B., Johnsdotter, S., Hovelius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N.-O., Friedman, J., & Östergren, P.-O. (2000). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *107*(12), 1507-1512.

FGM Education. (2009). Female Genital Mutilation Clinical Care. Abgerufen von http://www.fgm.co.nz/data/uploads/fgm-antenatal-labour-and-birth-and-postnatal-guidelines-2009.pdf

Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, *28*(2), 235-260.

Gruber, F., Kulik, K., & Binder, U. (2005). Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM= Female Genital Mutilation). Abgerufen von http://frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EU-StudieFGM.pdf

Kargar I, Hunt SC, & Editors. (1997). Challenges in midwifery care. Abgerufen von http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=mwic&NEWS=N&AN=970413036

Lightfoot-Klein, H. (1992). *Das grausame Ritual : sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen*. Frankfurt am Main: Fischer.

Lundberg, P. C., & Gerezgiher, A. (2006). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, *24*(2), 214-225.

Mändle, C., & Opitz-Kreuter, S. (2007). Das Hebammenbuch (5th Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Murray, L., Windsor, C., & Parker, E. (2010). The experiences African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, *31*, 458-472.

Nzimegne, S. (1999). Die weibliche Genitalverstümmelung (FGM): Begründungen - Folgen - Lösungen. *Die weibliche Genitalverstümmelung (FGM): Begründungen - Folgen - Lösungen*. Abgerufen März 29, 2011, von http://nzimegne.org/fgm.html

Peller, A. (2002). *Chiffrierte Körper -disziplinierte Körper female genital cutting rituelle Verwendung als Statussymbol*. Berlin: Weißensee Verlag.

Pók, J. (2011). *Female Genital Mutilation*. [Power Point slides], Winterthur. Abgerufen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=182778&subdir=/Woche_13/FGM

Rouzi, A., Alhhadali, E., Amarin, Z., & Abduljabbar, H. (2001). The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (108), 949-951.

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2005). Patientinnen mit genitaler Bescheidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte. *Schweiz Ärztezeitung*, *86*(16), 951-960.

Schweizerisches Komitee für UNICEF. (2005). Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Abgerufen von http://assets.unicef.ch/downloads/Bericht_Umfrage_d.pdf

Stahl, K. (2008). Beurteilung von Einzelstudien. *Hebammen Forum Evidenzbasiertes Arbeiten*, 24-30.

Steixner, M. (1997). Die Beschneidung der Weiblichkeit: Verstehensprozess einer westafrikanischen Tradition im Lichte ihrer Ursprünge und Kontext. Abgerufen von http://www.intercultural-perspectives.com/download/Beschneidung_steixner_kurzversion.pdf

Vangen, S., Johansen, R. E. B., Sundby, J., Træend, B., & Stray-Pedersena, B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *112*(1), 29-35.

World Health Organization. (2001). Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Abgerufen von http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf

World Health Organization. (2008). Eliminating female genital mutilation. Abgerufen von http://whqlibdoc.who.int/publications/2008 /9789241596442_eng.pdf

World Health Organization. (2010). Part II Global Health Indicators. Abgerufen von http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Part2.pdf

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M., Stadlmayr, W., Surbek, D., & Kuhn, A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *116*, 1204-1209.

Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *27*(2), 161-164.

## A Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Studienübersichttabelle* ..... 17

Tabelle 2 *Resultatübersicht* ..... 28

## B Glossar

**Adnexitis:**
Entzündung von Eileiter und des Eierstocks.

**animistischen Religionen:**
Animismus ist die Lehre von der Beseeltheit der Dinge.

**Austreibungsphase:**
Der Abschnitt des Geburtsvorgangs zwischen der vollständigen Öffnung des Muttermundes und der vollständigen Geburt des Kindes.

**Bias:**
Sämtliche Aspekte, die das Potenzial haben, eine Forschung oder Forschungsergebnisse bewusst oder zufällig systematisch zu verzerren.

**Dermoidzysten:**
einen Hohlraum, der von Oberhautgewebe ausgekleidet ist.

**Episiotomie:**
Scheidendammschnitt

**fetale Asphyxie:**
Aufhören des Pulsschlags beim Neugeboren.

**Glaubwürdigkeit (credibility):**
Eine qualitative Studie gilt als glaubwürdig, wenn die Teilnehmerinnen und diejenigen, die mit dem Forschungsthema vertraut sind, die Ergebnisse als richtig anerkennen.

**Hochgradige Dammrisse:**
Weichteilverletzung bei der Geburt mit Einriss des Gewebes zwischen Vulva und After
***Dammriss III°:*** Verletzung des Afterschliessmuskel ohne Beteiligung der Rektumschleimhaut.
***Dammriss IV°***: Verletzung oder Durchtrennung des Afterschliessmuskel und der Rektumschleimhaut.

**Infertilität:**
Unfähigkeit, eine Schwangerschaft bis zu einem lebensfähigen Kind auszutragen.

**Inkontinenz:**
Unwillkürlichen Harnabgang oder Stuhlabgang.

**Maternale Mortalität**:
Müttersterblichkeit

**Mediator:**
interkultureller Übersetzer.

**monotheistischen Religion:**
Religionen bzw. philosophische Lehren, die einen allumfassenden Gott kennen und anerkennen.

**Multipara = Mehrgebärende:**
Bezeichnet eine Frau, die mehr als ein Kind geboren hat.

**Objektivität:**
Allgemeines Güterkriterium wissenschaftlicher Aussagen. Der Versuch, den Forschungsprozess, die Daten und die Auswertung aus einer distanzierten Perspektive zu betrachten, so dass die Daten/ Ergebnisse nicht durch die am Forschungsprozess Beteiligten beeinflusst werden.

**Parität:**
die Zahl der Geburten einer Frau.

**Perinatal:**
die Zeit, um die Geburt herum.

**Perineale:**
Damm = Perineum

**Polysystolie:**
Wehensturm = mehr als 5 Wehen pro 10 Minuten.

**Post Partum:**
Nach der Geburt

**Primipara = Erstgebärende:**
Bezeichnet eine Frau die ein Kind goren hat.

**rektovaginale Fistelbildung:**
Krankhafte Verwachsungen zwischen Rektum und Vagina mit Stuhl- und Windinkontinenz. Durch verzögerten Geburtsverlauf kann sich eine Drucknekrose an der hinteren Vaginalwand und Rektum entwickeln.

**Schneeballverfahren**
Eine Form der bewussten Stichprobenauswahl bei dem ein/e Teilnehmerin eine weitere Person empfiehlt, die bereit ist, an einer qualitativen Studie teilzunehmen.

**Sterilität:**
Zustand der Unfruchtbarkeit bei Frauen.

**Urogenitalbereich: = Urogenitalsystem**
Harn- und Geschlechtsapparat.

**Verifizierung:**
Nachweis, dass ein vermuteter oder behaupteter Sachverhalt wahr ist.

**vesikovaginale Fistelbildung:**
Krankhafte Verbindung zwischen Harnblase und Vagina mit Harninkontinenz.
Durch verzögerten Geburtsverlauf kann sich eine Drucknekrose der vorderen Vaginalwand und Harnblasenhals entwickeln.

## C Wortzahl

Der Abstract hat eine Wortzahl von 193.

Die Bachelor Thesis hat ohne die Tabelle eine Wortzahl 7718 von und mit den

Tabellen weist sie eine Wortzahl von auf 9241.

## D Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe

Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quelle verfasst habe.

Winterthur, den 18. Mai 2011

Unterschrift:_____

Petronilar Mwajuma Mulamba- Kuucha

## E Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich bei meiner Arbeit unterstützt haben.

Bei Frau F. Mulamba bedanke ich mich für die Hilfe bei der Übersetzung der Zitate.

Frau L. Winter und D. Kupferschmied danke ich für den fachlichen Austausch, die aufmunternden Worte und die Anregungen.

Ich bedanke mich bei meinem Lebenspartner F. Welker für die Unterstützung während der ganzen Arbeit.

Grossen Dank wird an Frau C. Stubli und E. Welker für das Korrekturlesen dieser Arbeit gerichtet.

# Anhang

## Anhang A Suchhistorien

### *Medline via OvidSP*

Suchmodus: Mehrfeldsuche

| # | Abfrage | Ergebnisse |
|---|---|---|
| S4 | (S1 and S2 and S3) | 6 |
| S3 | experiences | 359828 |
| S2 | birth | 207960 |
| S1 | female genital mutilation | 564 |

**Suchergebnisse:**

1. (1995). Nigeria. TOT or training of trainers of TBAs. Newsletter: Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, (17), 11.

2. Chalmers B & Hashi KO. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. Birth, 27(4), 227-34

3. Diniz SG & Chacham AS. (2004). "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters, 12(23), 100-10.

4. Mulholland L. (1992). Female circumcision: the view from Sudan. Interview [with Ikhlas Nouh Osman]. Off Our Backs, 22(11), 6-7.

5. Murray L, Windsor C, Parker E & Tewfik O. (2010). The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. Health Care for Women International, 31(5), 458-72.

6. Ntiri DW. (1993). Circumcision and health among rural women of southern Somalia as part of a family life survey. Health Care for Women International, 14(3), 215-26.

### *MiDirS*

(Maternity and Infant Care)

Suchmodus: Mehrfeldsuche

| # | Abfrage | Ergebnisse |
|---|---|---|
| S4 | (S1 and S2 and S3) | 4 |
| S3 | experiences | 9444 |
| S2 | birth | 46624 |
| S1 | female genital mutilation | 434 |

**Suchergebnisse:**

1. Chalmers B & Hashi KO. December 2000. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. Birth. 27(4):227, 234. Retrieved from

2. Chalmers B & Omer-Hashi K. November 2002. What Somali women say about giving birth in Canada. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 20(4):267, 282.

3. Kargar I, Hunt SC & editors. 1997. Challenges in midwifery care. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.

4. Murray L, Windsor C & Parker E. 2010. The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. Health Care for Women International. 31(5):458, 472.

### *PubMed*

Suchmodus: Advanced Search

| # | Abfrage | Ergebnisse |
|---|---|---|
| S4 | (S1 and S2 and S3) | 12 |
| S3 | experiences | 360333 |
| S2 | birth | 215771 |
| S1 | female genital mutilation | 1985 |

**Suchergebnisse:**

1. Feinberg AN, Brust RA, Walker TA. Bleeding at circumcision: patient or operator issue?. Clin Pediatr (Phila). 2010 Aug; 49 (8) :760-3..

2. Rahlenbeck S, Mekonnen W, Melkamu Y. Female genital cutting starts to decline among women in Oromia, Ethiopia. Reprod Biomed Online. 2010 Jun; 20 (7) :867-72.

3. Murray L, Windsor C, Parker E, Tewfik O. The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. Health Care Women Int. 2010 May; 31 (5) :458-72.

4. Straus L, McEwen A, Hussein FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. Midwifery. 2009 Apr; 25 (2) :181-6.

5. Johansen RE. Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue. Med Anthropol Q. 2006 Dec; 20 (4) :516-44.

6. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. Reprod Health Matters. 2004 May; 12 (23) :100-10.

7. Vangen S, Johansen RE, Sundby J, Traeen B, Stray-Pedersen B. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004 Jan 15; 112 (1) :29-35.

8. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. Birth. 2000 Dec; 27 (4) :227-34.

9. Nigeria TOT or training of trainers of TBAs. Newsl Inter Afr Comm Tradit Pract Affect Health Women Child. 1995 Apr;

10. Ntiri DW. Circumcision and health among rural women of southern Somalia as part of a family life survey. Health Care Women Int. 1993 May-Jun; 14 (3) :215-26.

11. Mulholland L. Female circumcision: the view from Sudan Interview [with Ikhlas Nouh Osman]. Off Our Backs. 1992 Dec; 22 (11) :6-7

12. Elder JS. Commentary: importance of antenatal diagnosis of vesicoureteral reflux. J Urol. 1992 Nov; 148 (5 Pt 2) :1750-4.

***CINAHL***

Suchmodus: Boolescher Wert

| # | Abfrage | Ergebnisse |
|---|---|---|
| S3 | (S1 and S2) | 6 |
| S2 | experiences | 41632 |
| S1 | female genital mutilation | 191 |

**Suchergebnisse**

1. Chalmers, B., & Hashi, K. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 27(4), 227-234. Retrieved from EBSCO*host*.

2. Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18(2), 113-125. Retrieved from EBSCO*host*.

3. Harris, M., Humphries, K., & Nabb, J. (2006). Asylum-seekers: delivering care for women seeking refuge. *RCM Midwives*, 9(5), 190-192. Retrieved from EBSCO*host*.

4. Lundberg, P., & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214-225. Retrieved from EBSCO*host*.

5. Murray, L., Windsor, C., Parker, E., & Tewfik, O. (2010). The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 31(5), 458-472. doi:10.1080/07399330903548928

6. Chalmers, B., & Omer-Hashi, K. (2002). What Somali women say about giving birth in Canada. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 20(4), 267-282. Retrieved from EBSCO*host*.

## *Anhang B*

Kritische Studie Beurteilung nach Stahl (2008) der Studie1 von

| **Von Murray, Windsor und Parker (2010)**<br>**"The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia"** | |
|---|---|
| ***Titel*** | |
| **Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?** | Titel gibt den Inhalt der Studie wieder |
| ***Abstract*** | |
| **Ist ein Abstract vorhanden?** | Abstract ist vorhanden |
| **Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie?** | Der Abstract ist als Fliesstext klar strukturiert, jedoch nicht Vollständig da die Schlussfolgerung nicht benannt wird. |
| ***Hintergrund*** | |
| **Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?** | Die Studie gibt Hintergrundinformation zu<br>- afrikanische Migration in Australien,<br>- die Beziehung von afrikanischen Migranten zum australischen Gesundheitssystem,<br>- die Bedeutung vom positiven Geburtserlebnis im Frauenleben.<br><br>Bereits beim theoretischen Hintergrund werden Informationen zum Setting und Datenerhebung geliefert, dadurch Studie wirkt unübersichtlich |
| ***Wird das Ziel der Studie klar formuliert?*** | Erfahrungsberichte von afrikanischen Flüchtlingsfrauen, die in Brisbane geboren haben, sammeln und die Gemeinsamkeiten beschreiben. |
| ***Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?*** | Die Forschungsfrage wird durch die steigende Zunahme der afrikanischen Flüchtigen in Australien und die daraus resultieren Konfrontation mit dem Gesundheitswesen |
| ***Methode*** | |
| **Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | Es handelt sich um einen qualitativen Ansatz. Diese wurde ausgewählt, weil sich die Forscher sich mit der Erleben Erfahrung auseinandersetzten |
| ***Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?*** | Für die Zielsetzung der Studie ist, der Forschungsansatz passend ausgewählt |
| **Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrolliert Studie, eine nicht-experimentell, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | Es wurde die phänomenologische Studiendesign, mit dem philosophischen Ansatz von Husserl erwählt |
| ***Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?*** | Da die Studie sich mit der erlebten Erfahrung auseinandersetzt und die Phänomenologie dies als Schwerpunkt hat, wurde das Design als geeignet eingestuft. |
| ***Setting*** | |
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | - Interview fand bei den Teilnehmerinnen zu Hause statt<br>- oder in den Büroräumen von Familien- Planungs- Zentrum<br>**Setting in die TN Ereignisse erlebten:**<br>- es wird nur Australien angeben, aber nicht ob sie im Krankenhaus oder zu Hause |
| **Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?** | Um eine Atmosphäre schaffen, in dem sich die Teilnehmerinnen wohlfühlen und ihre Erfahrung wiederzugeben, ist das Setting korrekt gewählt. |
| ***Teilnehmerinnen/ Stichprobe*** | |
| **Wie gross ist die Stichprobe?** | 10 Teilnehmerinnen |
| ***Wie wurden die Teilnehmerrinnen ausgewählt?*** | Durch den Schneeballverfahren. Die ersten Teilnehmer wurden in einem Unterrichtkurs, das von Familie – Planung- Büro organisiert wurde , rekrutiert |
| ***War das Auswahlverfahren geeignet?*** | Da es festformuliert Vorgaben für Teilnehmerinnen gab, konnte durch diese Auswahlverfahren die Zielgruppe am effektivsten angesprochen werden. |
| **Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?** | - afrikanische Flüchtlings Frauen<br>- die mind. eine Geburt in Brisbane erlebt haben<br>- das Geburtserlebnis fand innerhalb der vorangegangenen 5 Jahre statt |

| | |
|---|---|
| ***Datenerhebung*** | |
| **Wie und wann wurden die Daten erhoben?** | - teilstrukturierte Tiefeninterview<br>- mit 10 offene Fragen<br>- keine Angabe von Erfassungshäufigkeit<br>- keine Angabe von Erfassungszeitraum |
| **War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?** | Die Methode für die Datenerhebung wurde geeignet befunden |
| **Wird das Instrument der Datenerhebung (z. Bsp. Fragebogen, Interviewleitfaden) beschreiben?** | Der Interviewleitfaden wurde von Mitarbeiter/innen der Familien- Planung-Zentrum, den Forscher und bilinguale Mitarbeiter aus dem Gesundheitsamt entwickelt. |
| **Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?** | Es wird nicht benannt ob der Interviewleitfanden auf die Qualität getestet wurde. |
| **Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein Entsprechendes Training stattgefunden?** | Die Daten wurden vom dem Forscher, mit Unterstützung von einem bilinguale Mitarbeiter des Gesundheitsamt, erhoben. In 6 Fällen war ein Simultandolmetscher anwesend. |
| **Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?** | Forscher nahmen an der Befragung teil und führte die Analysen der Ergebnisse durch |
| **Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgt?** | Die Forscher die den Interviewleitfanden formulierten, führten das Interview durch. Es wird nicht beschrieben ob die Forscher vorher eine Schulung hatten, damit die Datenerhebung gleich erhoben werden könnten |
| **Wie wurden die Daten festgehalten?** | Das Interview wurde auf einem Laptop als MP3 aufgenommen. Anschliessend wurden die Daten durch ein Simultandolmetscher transkribiert. Bei 6 Teilnehmerinnen fand die Transkription parallel zum Interview durch einen Simultandolmetscher statt. |
| ***Ethische Aspekte*** | |
| **Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?** | Studie wurde von dem Queensland University of Technology Human Ethics Committee genehmigt. |
| **Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurde sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?** | Die Teilnehmerinnen wurden vor dem Interview über die Studie informiert und es wurden schriftlich Einwilligungen eingeholt |
| **Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder in Verlauf der Studie abbrechen?** | Die Teilnehmerinnen wurde über die Abbruch Möglichkeit der Studie nicht informiert |
| **Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?** | Sie wurden über den Umgang mit ihre Daten informiert und konnte sich selbst ihren Pseudonyms aussuchen |
| ***Datenanalyse*** | |
| **Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?** | Die Datenanalyse fand nach Giorgi (1997) statt. Diese Vorgehensweis ist in der phänomenologischen Studie angebracht |
| **Ist ersichtlich, wie die Kategorie und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?** | - Daten wurden von Simultandolmetscher transkribiert<br>- nach dem Interview wurde ein Überblick geschafft<br>- anschliessend wurde die Daten beschrieben, gegliedert und die einzelne Teile wurden in Verbindung zueinander gesetzt.<br>- die einzelnen Teilbereichen wurden reflektiert<br>- dann wurden die Daten in den einzelne Kategorie eingeordnet |
| **Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?** | Es wird nicht beschreiben ob Teilnehmerinnen die Ergebnisse zur Verifizierung lesen konnten |
| ***Ergebnisse*** | |
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | - Teilnehmerinnen bestanden aus neuen Multipara und ein Primipara<br><br>**Die Gefühlslage der Frau**<br>- Frauen beschreiben dass sie Aufgrund von Sprachprobleme, die Migration und Unwissenheit sie sich in vielen Bereichen verloren fühlten.<br>- Mehrgebärende Teilnehmerinnen beschreiben dass sie die technisierte Schwangerschaftsvorsoge als unpersönlich und befremdlich empfanden |

| | |
|---|---|
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | - Teilnehmerinnen berichten dass, nachdem sie die Sprach gelernt hatten und die Ereignisse nachvollziehen könnten, weil sie die Erklärungen verstanden, sich bei der Betreuung entspannten konnten.<br><br>**Beschreibung wie das medizinische Personal Wahrnehmung**<br>- Teilnehmerinnen waren dankbar wenn sie vom medizinischen Personal betreut wurden die sich um sie kümmerten<br>- einzelne Teilnehmerinnen geben an das sie bei der zukünftige Schwangerschafts- Betreuung die Hebammen vorziehen wurden<br>- Teilnehmerinnen machen Aussagen das sie von unfähige medizinischen Personal betreut wurden und das Hebamme unangebrachte Fragen gestellt haben<br>- Teilnehmerinnen beschweren sich das es keine kontinuierlichen Betreuung gab<br>- Teilnehmerinnen geben an das sich von medizinischen Personal häufig eingeschüchtert fühlten<br>- einzelne Teilnehmerinnen waren überrascht wenn Hebammen unfähig waren mit dem FGM während der Geburt umzugehen<br><br>**Berichte über die Vorstellung von natürliche Geburt**<br>- Mehrgebärende Teilnehmerinnen berichten ihre Geburtserfahrung die sie in den verschiedene afrikanischen Länder hatten<br>- die Frauen hatten damals starke Unterstützung durch Familie und Freunde in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett<br>- Teilnehmerinnen berichten das sie während der Geburt in Australien häufig alleine gelassen wurden weil sie Mehrgebärende waren aber für sie war die Geburtserlebnis anders (neu) in Australien sie waren häufig verunsichert.<br>- TN beschrieben dass die Geburt ein dynamischer und aktiver Prozess sei, dass mit starken Schmerzen verbunden ist. Das dieser Prozess lange andauern kann und lehnten Sectio eher ab<br>- Mehrgebärende TN sahen in Sectio eher eine Schwächung und sie wollten im Wochenbett nicht geschwächt sein. |
| **Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?** | Die Übersichttabelle von den Teilnehmerinnen ist verständlich und selbsterklärend |
| **Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabelle überein?** | Aussagen im Resultattext stimmen mit den Angaben der Tabelle überein |
| **Unterstützen die bei den qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?** | Original Zitate von den Teilnehmerinnen, untermauern die Interpretationen der Daten und Kategorien. |
| ***Diskussion*** | |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?** | Da es in der Studie keine genaue Fragestellung formuliert oder beschrieben wurde, findet sich Diskussion keine Interpretation mit der Fragestellung statt. |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmung und Unterschiede)?** | Die Ergebnisse werden mit anderen Studie über<br>- die Sprachliche Kompetenz bei der Betreuung von ausländischen Frauen und<br>- die Kulturelle Kompetenz bei der Betreuung in Gesundheitswesen Diskutiert |
| **Werden die Grenzen der Studie benannt?** | - die sprachliche Barriere bei der Studie wird thematisiert, da die Datenerhebung nicht direkt zwischen Befrager und Teilnehmer stattfinden konnte.<br>- dass die Teilnehmerinnen unterschiedlichen Ethnischen Hintergrund hatten |
| **Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?** | - dass die bilinguale Mitarbeiter aus dem Gesundheitsamt nicht ausgebildet waren und keine Erfahrung in der Studienerhebung und Analyse aufzeigten |
| **Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?** | - durch beseitigen der sprachliche Problematik könnten die afrikanischen Frauen positive auf das Geburtsereignis erleben das mit guten Outcome verbunden wäre. |
| ***Schlussfolgerungen und Empfehlungen/ Implikationen für die Praxis*** | |
| **Lassen sich die Schlussfolgerungen/ Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?** | Es werden folgenden Schlussfolgerung hergeleitet:<br>- das eine transkulturelle Schulung fürs australische Gesundheitswesen notwendig ist. |

| | |
|---|---|
| **Lassen sich die Schlussfolgerungen/ Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?** | Es wurden folgende Empfehlungen hergeleitet<br>- einen Leitfanden für die Betreuung von FGM Frauen zu formulieren<br>- bei der Betreuung von Patienten mit sprachlichen Barrieren eine Übersetzter hinzuziehen |
| **Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?** | Die Empfehlungen sind angemessen und in der Praxis umsetzbar. |
| **Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?** | Es gibt keine Empfehlung für weitere Studien |
| ***Literatur und andere Angaben*** | |
| **Sind die Literaturangaben eindeutig? Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?** | Die Literaturangaben sind eindeutig und die zitierten Quellen sind in der Literaturangaben auffindbar |
| ***Sonstiges*** | |
| **Evidenzlevel** | III |

Die grau Markierten Felder stellen die wertenden Fragen dar

## Anhang C

Kritische Studie Beurteilung nach Stahl (2008) der Studie 2

| | |
|---|---|
| von **Lundberg und Gerezgiher (2006)**<br>**Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden** | |
| ***Titel*** | |
| **Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?** | Der Titel gibt den Inhalt der Studie treffen wieder. |
| ***Abstract*** | |
| **Ist ein Abstract vorhanden?** | Abstract ist vorhanden |
| **Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie?** | Der Abstrakt, ist klar und vollständig strukturiert (Hintergrunde, Ziel, Methode Ergebnis und Schlussforderung |
| ***Hintergrund*** | |
| **Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?** | Die Studie gibt Hintergrundinformation zu:<br>- Begriffserklärung von FGM<br>- Prävalenz und Inzidenz<br>- FGM Klassifikationen<br>- Anzahl der genitalbeschnittenen Frauen in Schweden<br>- Religion und FGM<br>- Gründe und Erläuterung für FGM:<br>- Fakten und Zahlen der Zugewanderte Eritrea und der Grund für die Zuwanderung<br>- frühe Komplikationen<br>- späte Komplikationen |
| ***Wird das Ziel der Studie klar formuliert?*** | Aufzeigen der erlebten Erfahrungen von eritreischen Frauen mit FGM, während der Schwangerschaft, Geburt und postpartum in Schweden. |
| ***Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?*** | Begründung: durch die zunehmende Zuwanderung von *27000 Frauen* aus den Gebieten wo FGM durchgeführt werden leben in Schweden<br>>> Relevant für das Gesundheitssystem in Schweden<br>wenig Wissen im Gesundheitswesen über Komplikationen und FGM |
| ***Methode*** | |
| **Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | qualitativer Forschungsansatz erwählt, es wird aber nicht begründet |
| ***Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?*** | Es ist geeignet, da Erfahrung einer Ethnie erforscht wird |
| **Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrolliert Studie, eine nicht- experimentell, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | ethnographisches Design |
| ***Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?*** | Da sich die Studie mit der erlebten Erfahrung in eine definierte Ethnie auseinandersetzt und in der Ethologie dies als Schwerpunkt behandelt wird. Wurde das Design für geeignet bewertet. |
| ***Setting*** | |
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | - bei den Teilnehmerinnen zu Hause o<br>- in eine separater Raum |

| | |
|---|---|
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | Setting in der die Teilnehmerinne die Ereignisse erlebten wird nicht benannt |
| **Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?** | Da sich die Studie mit der erlebten Erfahrung in eine definierte Ethnie auseinandersetzt und in der Ethologie dies als Schwerpunkt behandelt wird. Wurde das Design für geeignet bewertet. |
| ***Teilnehmerinnen/ Stichprobe*** | |
| **Wie gross ist die Stichprobe?** | 15 Frauen |
| ***Wie wurden die Teilnehmerrinnen ausgewählt*** | - durch Schneeball Verfahren |
| ***War das Auswahlverfahren geeignet?*** | Da es festformuliert Vorgaben für Teilnehmerinnen gab und dies begründet wird das Auswahlverfahren geeignet bewertet |
| **Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?** | Frauen die<br>- die in Eritreerin<br>- mit FGM<br>- in Schweden immigrierten und leben seit mindesten zwei Jahren dort<br>- im Alter von 30-50 Jahre<br>- mindesten 1 Kind in Schweden geboren haben<br>- waren bereit an der Studie teilzunehmen. |
| **Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?** | Nach 15 Teilnehmerinnen kam es zur Datensättigung |
| ***Datenerhebung*** | |
| **Wie und wann wurden die Daten erhoben?** | - teilstrukturierte Tiefeninterview<br>- offene Fragen<br>- in innerhalb von zwei Jahren nach dem die Geburt stattfand |
| **War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?** | Methode der Datenerhebung wird als geeignet eingeordnet, da es in dem Forschungsansatz das normal ist. |
| **Wird das Instrument der Datenerhebung (z. Bsp. Fragebogen, Interviewleitfaden) beschreiben?** | Es wurde thematisch strukturiert Interview durchgeführt. Dabei wurden offene Fragen gestellt. |
| **Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?** | Leitfragen wurde speziell für die Studie entwickelt.<br>Leitfragen wurden validiert durch Pilot Untersuchung mit drei Frauen aus Eritrea. Diese schauten sich den Leitfragen auf Verständlichkeit, die Eignung des Frageformat und die Relevanz der Fragen |
| **Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein Entsprechendes Training stattgefunden?** | Von zwei Befrager, ob es vorher eine Schulung gab wird nicht beschrieben |
| **Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?** | Die Rolle der Forscher wird nicht beschreiben |
| **Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgt?** | Die Daten wurden von zwei Personen ermittelt, dabei wurde die Zweite Person vom ersten geschult um die gleiche Vorgehensweise zu gewährleisten. |
| **Wie wurden die Daten festgehalten?** | Interview wurde auf eine Kassette aufgenommen anschliessend wortgetreu transkribiert |
| ***Ethische Aspekte*** | |
| **Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?** | Es wird nicht erwähnt ob die Studie durch eine Ethikkomitee genehmigt wurde |
| **Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurde sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?** | Schriftliche Einwilligungen wurden eingeholt und die Teilnehmerinnen wurden über die Studie aufgeklärt. |
| **Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder in Verlauf der Studie abbrechen?** | Es wird nicht in der Studien deutliche ob über die Freiwilligkeit der Teilnahme und Abbruchmöglichkeit besprochen wurde |
| **Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?** | Teilnehmerinnen wurden über Zusicherung von Anonymität, Diskretion und das die Aufnahmen am Ende zerstört wurden schriftlich informiert |

| *Datenanalyse* | |
|---|---|
| **Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet** | Es wurde die passende Vorgehensweise für ethnographische Design erwählt |
| **Ist ersichtlich, wie die Kategorie und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden** | Durch wiederholtes lesen der Transkription wurden Unterschiede und Gemeinsamkeiten ermittelt, diese wurden notiert und interpretiert und anschliessend in Kategorie eingeteilt. |
| **Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?** | Um die Aussagekraft und Glaubwürdigkeit der Studie zu fördern wurde Kategorien von zwei Analysten separat entwickelt. |
| ***Ergebnisse*** | |
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich** | Ergebnisse Einteilung<br><br>**Demographischen Daten:**<br>- Frauen waren 31-45 Jahre alt<br>- mit unterschiedlichen Bildungsstand<br>- alle hatten FMG Type 3<br>- alle waren mehrgebärende (3-5 Kinder)<br>- 12 Teilnehmerinnen hatten Geburtserlebnis in Eritrea oder Sudan und in Schwenden.<br>- zwei Teilnehmerinnen hatten Geburtserlebnis nur in Schweden<br>-13 waren Muslime/ 2 Christen<br>- lebten zwischen 10-22 Jahre in Schweden<br><br>die Aussagen von den Teilnehmerinnen werden in 6 Themenabschnitte präsentiert<br>**Angst**<br>Geburt ist mit Angst verbunden. Frauen wissen nicht was sie Erwartet. Erhielten keine Auskunft. Frauen machen sich Sorgen über Gebären.<br>- Angst vor Kaiserschnitt<br>- Angst vor schwere Risse<br>- Angst vor Inkontinenz<br>- Angst wegen Komplikation von sozial verstossen zu werden<br>- Angst dass das Baby zu schnell auf die Welt kommt<br>- Angst nicht rechtzeitig eine Deinfibulation zu erhalten<br>- Angst das Hebamme nicht fähig ist Frau zu Deinfibulieren<br>**starke Schmerzen und späte Komplikationen**<br>Schmerzen bei der vaginalen Untersuchung Schmerzen wird aus Scham nicht offen angesprochen<br>- Schmerzen beim ersten Geschlechtsverkehr<br>- Teilnehmerin berichten über Schmerzen in der postpartale Phase wegen vaginal Untersuchung<br>→ Frauen berichten über schlechte Erfahrung in p.p. Phase in ihre Herkunftsländer, Komplikationen wie:<br>- Urin Inkontinenz<br>- Starke Schmerzen wegen unelastische Wundnarbe<br>- schlechte Wundheilung<br>- postnatale Infektion<br>- Hochgradige Dammrisse mit hohem Blutverlust<br>- entzündete Wundbereich<br>- Kompilationen wegen inkorrekte Deinfibulation, musste chirurgisch korrigiert werden<br>-Teilnehmerin beschreibt hat zu stark gepresst dadurch hochgradigen Darmriss (Herkunftsland)<br>- Teilnehmerinnen wurde falsch deinfibuliert >> falsche Wundheilung>> Infektion>> Antibiotika<br>**Erfahrung mit Gesundheitspersonal**<br>- positive Erfahrung: über Hebamme und Ärzten die über FGM informiert waren >> konnten Frauen fachgerecht in ihre Situation Begleiten und Beraten<br>- neg. Erfahrung: Ärzte und Hebammen die Wissenslücken über FGM aufzeigten >> Angst und Sorge nicht adäquat betreut zu werden<br>Hebammenbetreuung mit Wissen über FGM verschafft eine Gefühl der Geborgenheit<br>Frau wurde in Sudan von unwissende Hebamme betreut >> stellte viele Frage >> verunsicherte Frau |

| | |
|---|---|
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | **Erfahrung mit Gesundheitspersonal**<br>- Frauen haben einen guten Eindruck von dem schwedischen Gesundheitssystem.<br>- in ihre Herkunftsländer hatten sie eher schlechte Erfahrung mit dem medizinischen Personal<br>- in den Schwedischen Krankenhäuser fühlte sich die Frauen überwiegend wohl<br>-Teilnehmerinnen wünscht das Hebammen über FGM unterrichtet werden soll damit diese besser betreuen können<br><br>**Unterstützung durch Familie Freude und Bekannte**<br>-in den Herkunftsland hatten Teilnehmerinne stärke Unterstützung durch die Familie und Freunde<br>- die Abwesenheit der Familie belasteten den Frauen während Schwangerschaft und Geburt<br>- Teilnehmerinnen beschreiben das die 40 Tage postpartal die einzige Erholungsphase für die Frauen waren in den Herkunftsländer<br>- die Anwesenheit von Freunde und Familie während der Geburt lenkte die Teilnehmerin von Schmerzen ab<br>**Deinfibulation**<br>- in Herkunftsländer wurde die Reinfibulation immer durchgeführt<br>- in Schweden wurden die Teilnehmerinnen informiert das die Reinfibulation verboten ist, Teilnehmerinnen akzeptieren diese Tatsache<br>- Teilnehmerinnen berichtet das Geburt nach Deinfibulation einfacher war<br>- 1 Teilnehmerin berichtet das Hebamme in Schweden ohne Absprache eine sie wieder vernäht hat<br>- Teilnehmerinnen entscheiden sich nach Geburt in Schweden offen zu bleiben weil sie Wissen das es ihr Recht ist<br>**die Entscheidung nicht FGM bei ihre Tochter nicht durchzuführen**<br>Teilnehmerinnen sehen die als Veraltete Tradition um die Sexualität der Frauen zu kontrollieren<br>- Entscheiden sich das sie ihre Tochter deshalb nicht beschneiden lassen wollen |
| **Unterstützen die bei den qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?** | Original Zitate von den Teilnehmerinnen, untermauern die Interpretationen der Daten und Kategorien. |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?**<br>**Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmung und Unterschiede)?** | Es findet eine Diskussion mit der Fragestellung und die erforschen Ergebnisse:<br>Zudem werden die erforschen Ergebnisse mit bereits bestehenden Studien auf Übereinstimmung<br>→ Unterschiede diskutiert über:<br>- die Wahrnehmung der Frauen wenn sie von männlichen Ärzten untersucht werden<br>- die Notwendigkeit Frauen mit FGM während der Geburt zu assistieren<br>- die Notwendigkeit das Hebammen fähig sind die Deinfibulation durchzuführen<br>- weibliche Begleitungsperson während der Geburt<br>- Unwissenheit des medizinisches Personal das die Reinfibulation illegal ist<br>- Vergleich zu andere Studie über die Haltung zu FGM |
| **Werden die Grenzen der Studie benannt?** | - Das durch die Auswahlmethode der Schneeballverfahren Bias entstehe könnte<br>- die ausgewählten Teilnehmer können nicht repräsentativ für die Gesamtheit ist - - die Interviewten können nicht die Meinung von den Eritreischen Frauen wieder spiegeln. |
| **Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?** | Erkenntnis der Schulung vom medizinischen Personal von Umgang mit FGM notwendig ist. |
| **Schlussfolgerungen und Empfehlungen/ Implikationen für die Praxis** | |
| **Lassen sich die Schlussfolgerungen/ Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?** | Empfehlungen formuliert,<br>- das geburtshilfliche medizinisches Personal Kompetent sein sollte in der Betreuung von Frauen mit FGM<br>- Schulung im FGM gewährleisten werden<br>- Paare Kurs angeboten werden die die Frauen mit FGM und ihre Partner in über die Anatomie thematisiert wird.<br>Empfehlung der Frauen vor der Schwangerschaft oder in der Schwangerschaft eine Deinfibulation durchzuführen.<br>- Frauen über Rechtslage von FGM aufklären. |

| | |
|---|---|
| **Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?** | die Empfehlung mit den Paar Kursen ist unangemessen. Es macht die Frau mit FGM wieder deutlich das sie wegen FGM nicht normal sind und kann den Compliance gefährden |
| **Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung** | Forschung Empfehlungen:<br>- Studien in dem Ermittelt wird, welche Erfahrungen das Gesundheitspersonal macht bei Betreuung von Frauen mit FGM während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.<br><br>- Die Sichtweise zur FGM bei den betreuenden Gesundheitspersonal erforschen |
| ***Literatur und andere Angaben*** | |
| **Sind die Literaturangaben eindeutig?**<br>**Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben** | Die Literaturangaben sind eindeutig, die zitierten Quellen werden in den Literaturangaben wieder gefunden. |
| ***Sonstiges*** | |
| **Evidenzlevel** | **III** |

Die grau Markierten Felder stellen die wertenden Fragen dar

## *Anhang D*

Kritische Studien Beurteilung nach Stahl (2008) der Studie3

| | |
|---|---|
| von **Chalmers und Hashi (2000)**<br>**Title: 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation** | |
| ***Titel*** | |
| **Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?** | Der Titel gibt den Inhalt der Studien treffend wieder. |
| ***Abstract*** | |
| **Ist ein Abstract vorhanden?** | Ein Abstract ist vorhanden. |
| **Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie?** | Der Abstract hat eine klare Struktur (Hintergrunde, Methode Ergebnis und Schlussforderung). Dabei werden treffend die wichtigsten Aspekte benannt, nur das Ziel ist nicht ersichtlich. |
| ***Hintergrund*** | |
| **Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?** | Im Hintergrund wird<br><br>- FGM definiert und erläutert<br>- Gründe für FGM benannt<br>- Mögliche Komplikationen aufgelistet<br>- die Ursachen für die Komplikationen<br>- die Begriffe werden geklärt |
| ***Wird das Ziel der Studie klar formuliert?*** | Informationen über die Wahrnehmung, von somalischen Frauen mit FGM, in der Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung in Kanada gewinnen |
| ***Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?*** | Es wird durch die zunehmen Einwanderungszahlen von Frauen aus den Gebieten wo FGM praktiziert wird begründet. Das Gesundheitspersonal kommt häufiger mit FGM in Berührung, diese besitzen aber wenig wissen über FGM. Die Informationen könnte nützlich sein um Personal zu schulen |
| ***Methode*** | |
| **Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | Es wird nicht erwähnt welcher Forschungsansatz gewählt wurde. Die Studie hat qualitative Aspekte wie die Beschreibung des Setting und Auswahlverfahren und quantitativen Aspekte in bei der Datenerhebung und Darstellung der Resultate. |
| ***Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?*** | Kann nicht beurteilt werden |
| **Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrolliert Studie, eine nicht- experimentell, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | Design wird nicht angeben. |
| ***Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?*** | *Keine Angabe möglich* |
| ***Setting*** | |
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | Interview fand bei den Frauen zu Hause statt.<br>**Setting in der Geburtsereignis stattfand**<br>In Kanada |

| | |
|---|---|
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | Keine Angaben ob im Krankenhaus oder zu Hause. |
| **Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?** | Für Interview ist Setting geeignet. |
| ***Teilnehmerinnen/ Stichprobe*** | |
| **Wie gross ist die Stichprobe?** | 432 Somalierinnen |
| ***Wie wurden die Teilnehmerrinnen ausgewählt?*** | Die ersten Teilnehmerinnen wurden an 21 Gebiete in Ontario, in den viele Somalier lebten. Dann durch Schneeballverfahren. |
| ***War das Auswahlverfahren geeignet?*** | Da es festformuliert Vorgaben für Teilnehmerinnen gab und dies begründet wird das Auswahlverfahren geeignet bewertet |
| **Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?** | **Einschlusskriterien**<br>- Frauen aus Somalia<br>- mit FGM<br>- in Kanada innerhalb von 5 Jahren mind. Kind geboren haben<br>**Ausschlusskriterien**<br>- Aufforderung von Entlohnung<br>- Aufforderung Beschneidung für Tochter zu organisieren<br>- Aufforderung von Reinfibulation |
| **Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?** | Es wurden 473 angefragt<br>41 Frauen haben abgelehnt, weil sie Angst den hatten Aufenthaltsbewilligung zu verlieren, Angst vor dem Jungendamt hatten und weil die Fragen zu persönlich waren |
| ***Datenerhebung*** | |
| **Wie und wann wurden die Daten erhoben?** | - Durch ein Fragebogen mit 122 Fragen<br>- Fragen waren closed- ended Format<br>- Fragen wurden mündlich gestellt<br>Eins- zu – Eins Interviewformat<br>- 1996 bis 1999 Erfassungszeitraum<br>- 1 bis 2 Erfassungszeitpunkte |
| **War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?** | Methode ist geeignet um von 432 Frauen die Daten zu erheben |
| **Wird das Instrument der Datenerhebung (z. Bsp. Fragebogen, Interviewleitfaden) beschreiben?** | Interviewleitfaden als Standartformat beschrieben die durch Literatur Review ermittelt wurde. In welchen Literaturen der Review recherchiert wurden wird nicht Angeben |
| **Wenn es sich bei dem Instrument um eine bestehendes handelt oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?** | Keine Angabe zu Quelle von Interviewleitfaden |
| **Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?** | Pilot Fragebogen wurde in die somalische Gemeinschaft (Fokusgruppe) getestet.<br>Darauffolgenden fanden Anpassungen bei den Fragen zur Geburt (die nicht genauer Angeben wurden) da die Fragen zu persönlich waren. In der Fokusgruppe wurde über Fragebogen und Vorgehensweise diskutiert. |
| **Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein Entsprechendes Training stattgefunden?** | Die Daten wurden durch zwei somalischen Hebammen erhoben, die für die Datenerhebung geschult wurden sind. |
| **Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung** | Welche Rolle die Forscher spielten wird nicht ersichtlich |
| **Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgt?** | Durch den formulierten Fragebogen konnte die Datenerhebung gleich erfolgen. |
| **Wie wurden die Daten festgehalten?** | Wie Daten festgehalten wurde ist wird nicht beschrieben |
| ***Ethische Aspekte*** | |
| **Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?** | Die Studie wurde durch das Ethikkomitee vom Women´s College Hospital in Toronto genehmigt |
| **Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurde sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?** | Die Teilnehmer wurden mündlich über die Studie informiert |

| | |
|---|---|
| **Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder in Verlauf der Studie abbrechen?** | In der Studie wird nicht beschreiben ob es eine Aufklärung über die Freiwilligkeit der Studie gab. |
| **Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?** | Die Teilnehmerinnen wurden darüber informiert das die Daten anonymisiert wurden (Namen und Geburtsdatum)<br>Die Teilnehmerinnen erhielten ein Informationsblatt über die Studie, es wird aber nicht erwähnt welche Information vermittelt wurde sind. |
| ***Datenanalyse*** | |
| **Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?** | Keine Angaben wie die Daten ausgewertet wurden |
| **Ist ersichtlich, wie die Kategorie und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?** | Fragebogen war in Biographische Daten, Schwangerschaft, Erfahrungsbericht über die FGM, Geburtserfahrung in Kanada und Bezugnahme zur rechtliche Lage in Kanada in Beziehung auf FGM |
| **Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?** | Es gibt keine Angaben über die Verifizierung der Studie |
| ***Ergebnisse*** | |
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | 96,1 % hatten den FGM Typ III (Infibulation)<br><br>Die Ergebnisse werden in Kategorien eingeteilt<br>**1 Die Erfahrung der Frauen mit FGM in ihrer Kindheit**<br>- Angaben in welchen Ländern die FGM durchgeführt wurde. Mehrheitlich in Somalia (52, 2 %)<br>- Angaben über die Gründe weshalb die Frauen genitalbeschnitten wurden sind. Mehrheitlich aus religiösen (91,4%) und traditionelle (71,4%) Motive.<br>- Mehrheitlich wurden die FGM von traditionelle Geburtshelferinnen (32,2%) in den jeweiligen Gebieten durchgeführt<br>- Die genutzten Instrumente: bei 68, 3% Rasierklingen und Desinfektionsmittel bei 37,5 % Dettol usw. bei der Durchführung.<br>- Für die Wundheilung wurde bei 88,4 % beide Beine verbunden<br>- 66, 2 % waren vor der Durchführung sehr aufgeregt usw.<br>- 64,2% beschrieben den Tag nach dem FGM als sehr Schmerzhaft und 71, 8 fühlten sich glücklich<br>- 72, 9 % gaben zum Datenerfassungszeitraum das sie stolz auf die FGM sind<br>- Frauen geben das sie Komplikationen wie Vaginale Infektionen (81, 7%), Blutungen, starke Schmerzen (87,3%) und Wundinfektionen (36,7) usw. nach dem FGM hatten.<br>- Als Langzeitkomplikationen werden gestörte (schmerzhafte) Sexualfunktion (78,2%), schmerzenden Narbengewebe (62,2 %), wiederkehrende Blasenentzündung (32,9%)<br>**Die Geburtserfahrung in Kanada**<br>- 74,6 % hatten Angst die Schwangerschaftsvorsorge auf zu suchen<br>- 63,4% erwarteten nicht das FGM eine Einfluss auf Geburt haben<br>- viele wünschten sie so wenig Intervention wie möglich<br>- 99% Frauen hofften sich keine Sectio zu erhalten, bei 50% der wurde eine Sectio durchgeführt<br>- 35,4% berichten dass die Möglichkeit dass die Geburt in eine Sectio enden könnte nie besprochen würde<br>- 67,4 % bevorzugten eher weibliche Unterstützung bei der Geburt als ihre Partner<br>- 87% nahmen verletzende Botschaften vom medizinischen Personal wahr<br>- 52,3% dachten das ihre betreuende Ärzte nicht fähig waren, das sie zu betreuen<br>46,7% während der Geburt fühlten sich viele Frauen nicht ausreichend über das Schmerzmanagement informiert<br>- 39,8 %berichten über grobe Untersuchung<br>- 23,1 % gaben an das sie das Gefühl hatten gut von den Ärzten betreuet |

| | |
|---|---|
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | - 83,6 % dachte das die Krankenschwester sie für faul hielten (postpartum)<br>- 35 % wurden sich für einen anderen Arzt entscheiden bei der nächsten Geburt<br>- 87% nahmen verletzende Botschaften vom medizinischen Personal wahr |
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | - 52,3% dachten das ihre betreuende Ärzte nicht fähig waren, das sie zu betreuen<br>- 46,7% während der Geburt fühlten sich viele Frauen nicht ausreichend über das Schmerzmanagement informiert<br>- 39,8 %berichten über grobe Untersuchung<br>- 23,1 % gaben an das sie das Gefühl hatten gut von den Ärzten betreuet worden<br>- 83,6 % dachte das die Krankenschwester sie für faul hielten (postpartum)<br>- 35 % wurden sich für einen anderen Arzt entscheiden bei der nächsten Geburt<br>- 52,3 % wurden sich eine andere Hebamme oder Krankenschwester entscheiden<br>- 88,7 % wurde sich erneut für eine Geburt im Krankenhaus entscheiden<br>- 74,5 % gebaren ein gesundes neugeborenes Kind |
| **Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?** | Die Rücklaufquote lag bei 91 % |
| **Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?** | Die Gründe für Ausscheiden sind unterschiedlich<br>- Aufforderung von Entlohnung<br>- Aufforderung eine Beschneidung für Tochter organisieren<br>- ein Reinfibulation zu Organisieren<br>- Abbruch wegen Geburt des Kindes |
| **Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?** | die in der Studie dargestellten Tabellen sind klar verständlich |
| **Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabelle überein?** | Die Aussagen im Text stimmen mit den Tabellen überein. Zum Teil sind Textaussagen ergänzend zu den Tabelle oder auch umgekehrt |
| ***Diskussion*** | |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert** | Es gibt eine Interpretation der Ergebnisse zur ursprünglichen Fragestellung. Die Erfahrungen Teilnehmerinnen zeigen dass das Pflegepersonal Wissenslücke in Betreuung von Frau mit FGM aufzeigen.<br>Viele Teilnehmerinnen beklagten sich über den unsensiblen Umgang mit ihre Kultur und Betreuung |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmung und Unterschiede)?** | Es gibt keine Diskussion mit vorhandenen Studien |
| **Werden die Grenzen der Studie benannt?** | Es wird keine Limitationen benannt |
| **Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?** | Obwohl die mehrheitlich Teilnehmerinnen über negative Erfahrungen berichten, ziehen sie es vor in Kanada und im Krankenhaus zu gebären. Deshalb sollte das Gesundheitspersonal im Umgang mit Frau die eine FGM hatten, geschult werden um diese besser betreuen zu können |
| ***Schlussfolgerungen und Empfehlungen/ Implikationen für die Praxis*** | |
| **Lassen sich die Schlussfolgerungen/ Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?** | - Frauen in den kulturellen Umdenksprosses in Bezug auf FGM zu bestärken und nicht zu verurteilen.<br>- Gesundheitspersonal schulen damit eine kultursensible Betreuung von Frauen mit FGC möglich ist.<br>- Mit den Frauen frühzeitig kommunizieren und ihre Bedürfnisse ermittelten (z. Bsp. Wünsch von vaginale Spontangeburt) und eine Respektvolle Umgang mit den betroffenen Frauen (Frau nicht auf FGM reduzieren und nicht zu Schau stellen)<br>- Einen Leitfaden zur Geburtsbetreuung der Frauen mit FGM entwickeln |
| **Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?** | - Kulturelle Umdenkungsprozess unterstützen, die Kultur der Frau wird abgewertet<br>- die anderen Empfehlungen sind in der Praxis gut umsetzbar |

| | |
|---|---|
| **Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?** | - es wird erwähnt das es damals noch wenig Forschung über die sexuelle Erfahrungen der Frauen mit FGM vorhanden war oder<br>- Forschung über Erfahrungsberichte von mögliche Komplikationen von Frauen mit FGM Typ I und Typ II während Schwangerschaft und Geburt<br>- weitere Forschungsmöglichkeit wäre zu ermitteln weshalb diese Frauen lieber in Krankenhause gebären als zu Hause obwohl sie sich so wenig Intervention wie möglich wünschen |
| ***Literatur und andere Angaben*** | |
| **Sind die Literaturangaben eindeutig?**<br>**Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben** | Literaturangaben sind eindeutig und lassen auffinden |
| **Evidenzlevel** | **IV** |

Die grau Markierten Felder sind Wertenden Fragen

## *Anhang E*

Kritische Studie Beurteilung nach Stahl (2008) der Studie

| | |
|---|---|
| von **Vangen, Johansen, Sundby, Træend, und Stray-Pedersena (2004)**<br>**Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway** | |
| ***Titel*** | |
| **Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?** | Der Titel gibt den Inhalt der Studie passend wieder. |
| ***Abstract*** | |
| **Ist ein Abstract vorhanden?** | Ein Abstract ist vorhanden |
| **Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie?** | Der Abstract, ist klar und vollständig strukturiert (Hintergrunde, Ziel, Methode Ergebnis und Schlussforderung). |
| ***Hintergrund*** | |
| **Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?** | Die Studie gibt Hintergrundinformation zu:<br><br>- Inzidenz von FGM in Somalia<br>- Begriffserklärung von FGM<br>- die Zuwanderung von Somaliarinnen in Norwegen<br>- mögliche Komplikationen die somalischen Frauen während der Geburt haben erleiden könnten<br>- Informationstext über das Empowerment |
| ***Wird das Ziel der Studie klar formuliert?*** | Es wird untersucht, ob die Betreuung in der Schwangerschaft und Geburt einen Einfluss auf das perinatales Outcome bei Somalierinnen in Norwegen hat |
| ***Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?*** | Als Begründung wird die zunehmen Migration von Somalierinnen in Norwegen benannt. Diese gewinnen in dem norwegischen Gesundheitssystem eine wichtigere Rolle. |
| ***Methode*** | |
| **Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | Die Studie hat einen qualitativen Forschungsansatz, er wird damit begründet das mit diesem, das Forschungsziels am besten werden kann erreicht. |
| ***Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?*** | Da die Erfahrung von somalischen Frauen und vom gesundheitspersonal erforscht werden soll, ist der Forschungsansatz angemessen. |
| **Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrolliert Studie, eine nicht- experimentell, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?** | Das Studiendesign wird nicht klar benannt. Die Studie hat ethnografische Merkmale da der Schwerpunkt auf die Somalierinnen gelegt. Zudem ist ein Anthropologe in der Studie involviert. |
| ***Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?*** | Da sich die Studie mit der erlebten Erfahrung in eine definierte Ethnie auseinandersetzt und in der Ethologie dies als Schwerpunkt behandelt wird. Wurde das Design für geeignet bewertet. |
| ***Setting*** | |
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | - Bei den meisten Frauen fand das Interview bei ihnen zu Hause statt<br>- 4 Frauen wurden im öffentliche Umgebung interviewt, |

| | |
|---|---|
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | - eine Interview fand in den Büro der Forscher statt<br>- zwei Interview fand auf dem Wochenbettstation statt<br><br>Erfahrungen von Frauen die<br>- Mutter und Kind Gesundheitszentren für Schwangerschaftsvorsorge in Norwegen<br>- öffentlichen Allgemeinmediziner<br>- geburtshilflichen Abteilungen aufsuchten |
| **In welche Setting wurde die Studie durchgeführt?** | medizinische Personal aus drei<br>- Mutter und Kind Gesundheitszentren für Schwangerschaftsvorsorge in Oslo<br>- geburtshilflichen Abteilungen in Oslo |
| **Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?** | - für eine Tiefeninterview sind Bereiche in dem sich die Teilnehmerinnen am wohlsten fühlen wichtig daher eignet sich das Setting für die Studie sehr gut.<br>- öffentlichen Bereiche eigenen sich für Tiefeninterview nicht<br>- Setting in den die Frauen und medizinische Personal die Erfahrung sammelten wurde als geeignet eingestuft |
| ***Teilnehmerinnen/ Stichprobe*** | |
| **Wie gross ist die Stichprobe?** | - 23 Somalischen Teilnehmer<br>- 36 Teilnehmer aus den medizinischen Bereich (8 Gynäkologen, 23 Hebammen, 3 Krankenschwester ,3 Allgemeinmediziner) |
| ***Wie wurden die Teilnehmerrinnen ausgewählt?*** | - Die ersten Teilnehmerinnen wurden direkt in der Somalischen Verein angefragt, sie wurde dann gebet andere somalische Frauen anzufragen (Schneeballverfahren)<br>- medizinische Personal wurde an den Settings angefragt |
| ***War das Auswahlverfahren geeignet?*** | Da es festformuliert Vorgaben für Teilnehmerinnen gab und dies begründet wird das Auswahlverfahren geeignet bewertet. |
| **Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?** | Die Einschlusskriterien bei den Frauen sind: gebürtige Somalierinnen, die in Oslo oder in Umgebung lebten, die genitalbeschnitten wurden und Geburtserfahrung in Norwegen hatten.<br><br>Einschlusskriterien für das medizinische Personal wird nicht aufgelistet. |
| **Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?** | Bei der Studien wollten 29 Frauen Teilnehmen, jedoch wurde die Teilnehmerzahl auf 23 reduziert aus folgenden Gründen:<br>- 3 Teilnehmerinnen hatten keine Geburtserfahrung hatten<br>- 2 Teilnehmerinnen waren nicht genitalbeschnitten waren. |
| ***Datenerhebung*** | |
| **Wie und wann wurden die Daten erhoben?** | - teilstrukturierte Tiefeninterview<br>- offene Fragen<br>- dauerte in Durchschnitt 2- 3 Stunden dauerte<br>- bis 6 Erfassungszeitpunkte<br>- bis zu Datensättigung nach ca. 20 Teilnehmerinnen<br>- erste Erfassungsintervall war Ende 1997<br>- zweite Erfassungsintervall war zu Beginn 2000<br><br>die Zeitspanne wann das Interview nach dem Geburtsereignis stattfand wird nicht genauer benannt aber es wird von Zwei Frauen berichtet die noch am selben Tag Interviewt worden sind als sie entbunden hatten.<br><br>Es wird darauf hingewiesen das sich das medizinische Personal nach eine Betreuung sich bei dem Forscher melden sollte. |
| **War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?** | Methode der Datenerhebung wird als geeignet eingeordnet |
| **Wird das Instrument der Datenerhebung (z. Bsp. Fragebogen, Interviewleitfaden) beschreiben?** | Es wurde ein Themen strukturiert Interview durchgeführt. Dabei wurden offene Fragen gestellt. |
| **Wenn es sich bei dem Instrument um eine bestehendes handelt oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?** | Wer und wie das Interview strukturiert wurde wird nicht angegeben |
| **Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?** | Keine Angaben ob Interviewleitfaden validiert wurde |

| | |
|---|---|
| **Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein Entsprechendes Training stattgefunden?** | Die Daten wurden vom einem Anthropologen erhoben und zum Teil analysiert |
| **Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?** | Die Forscher waren bei der Datenerhebung nicht involviert |
| **Wie wurden die Daten festgehalten?** | Bei den somalischen Teilnehmerinnen wurde das Interview durch ein Gesprächsprotokoll fest gehalten.<br>Das Interview beim Gesundheitspersonal wurde auf eine Kassette aufgenommen um es anschliessend zu transkribieren.<br>Zwei Ärzte verweigerten die Aufnahmen und das Gespräch wurde dann protokolliert. |
| ***Ethische Aspekte*** | |
| **Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?** | Die Studie wurde durch das Regional Ethical Research Commitee genehmigt |
| **Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurde sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?** | Alle Teilnehmer wurden mündlich und schriftlich über die Studie informiert. Die Einwilligung wurde schriftlich eingeholt. |
| **Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder in Verlauf der Studie abbrechen?** | In der Studie wird nicht beschreiben ob es eine Aufklärung über die Freiwilligkeit der Studie gab. |
| **Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?** | Vor Beginn des Interviews wurde ein Schriftstück abgegeben, in dem die Anonymität zu gesichert wurde. |
| ***Datenanalyse*** | |
| **Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?** | Die Daten wurden durch detaillierte Interview- Interpretationen ermittelt. Darauffolgend wurde Themenbereich formuliert. Die Methode der Datenanalyse wird als geeignet bewertet. |
| **Ist ersichtlich, wie die Kategorie und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?** | Es wurden folgende Kategorien formuliert<br>- Die Betreuung von Frauen in Schwangerschaftsklinik und Geburtsabteilungen<br>- Deinfibulation Prozedere und das Gesundheitspersonal<br>- Die Erfahrungen von somalischen Frauen aus den Schwangerschaft Vorsorgeklinik und Gebärabteilung |
| **Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?** | Die Teilnehmerinnen konnten in der Nachbereitung sich die Interpretation ihrer Daten überprüfen. Was die Glaubwürdigkeit der Studie bestärkt |
| ***Ergebnisse*** | |
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | Das Ergebnis wird im Fliesstext dargestellt.<br><br>Erfahrungen der Teilnehmerinnen<br>• drei Teilnehmerinnen beschrieben ihr Geburtserlebnis als traumatisch<br>• bei drei Teilnehmerinnen endete die Geburt in einer Sectio<br>• bei drei Teilnehmerinnen fand eine vaginal- operative Geburt statt<br>• zwei Teilnehmerinnen erlitten eine schwere Geburtsverletzung<br>• zwei Teilnehmerinnen beschrieben die Geburt als sehr schmerzhaft<br>• vier Teilnehmerinnen berichten, nicht über das Schmerzmanagement informiert worden zu sein<br>• sieben Teilnehmerinnen beschrieben ihre Geburt als unproblematisch<br>• drei Teilnehmerinnen machten keine Angaben zum Geburtserlebnis<br>Zusammenfassend erhielten die Forscher folgende Ergebnisse durch die Studie<br>• Das FGM während der Geburt nicht als relevant aufgefasst wurde.<br>• Im Norwegischen Gesundheitswesen wird die Thematik in der Schwangerschaft Vorsorge nicht angesprochen.<br>• Die Somalierinnen befürchten durch die mangelnde Erfahrung der medizinische Personal, nicht optimal während der Geburt behandelt zu werden zu können. |

| | |
|---|---|
| **Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?** | • Alle Somalierinnen äusserten dass sie grosse Ängste von Kaiserschnitt hätten.<br>• Das medizinische Personal äussert Unsicherheit in Bezug auf die Deinfibulation in der Austreibungsphase.<br>• In manchen Fällen würde die Sectio vorgezogen, anstatt einer Deinfibulation. |
| **Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?** | Die Übersichttabelle von den Teilnehmerinnen ist verständlich und selbsterklärend |
| **Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabelle überein?** | Aussagen im Resultattext stimmen mit den Angaben der Tabelle überein |
| **Unterstützen die bei den qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?** | Original Zitate von den Teilnehmerinnen, untermauern die Interpretationen der Daten und Kategorien. |
| ***Diskussion*** | |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?** | Die Ergebnisse werden mit der Fragestellung, ob das Gesundheitspersonal fähig ist Frauen mit FGM zu in der Schwangerschaft und Geburt betreuen, interpretiert und diskutiert. |
| **Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmung und Unterschiede)?** | Es findet eine Diskussion mit vorhandenen Studien über das<br>- Verhalten der somalischen Frauen zu Sectio und Geburt<br>- die Effektivität von Epiduralanästhesie bei Geburten von Frauen mit FGM und<br>- den Zusammenhang von Infibulation und Geburt |
| **Werden die Grenzen der Studie benannt?** | Im Vergleich zu anderen somalischen Frauen die in Norwegen gebären, gab es bei der Studienteilnehmerinnen überproportional viele Frauen, die eine höhere Bildungstand hatten dies konnte zu eine Verzerrung geführt haben konnte. |
| **Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?** | Der klinischen Zusammenhang steht mit Erkenntnis das unnötige Sectio stattfinden.<br>Die Ängste der Teilnehmerinnen und die Vernachlässigung der Bescheidung haben eine negative Einfluss auf den Geburtserlebnis und Outcome |
| ***Schlussfolgerungen und Empfehlungen/ Implikationen für die Praxis*** | |
| **Lassen sich die Schlussfolgerungen/ Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?** | Die Forscher empfehlen Kultur Sensible, Empathische und Individuelle Unterstützung um die negative Sachlage der Frauen zu ändern.<br><br>Sie kommen auf folgende Schlussfolgerungen:<br>Frauen mit FGM III benötigen eine sorgfältige geplante Geburt, ausreichende Schmerzlinderung und ordnungsgemässe Deinfibulation |
| **Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?** | Die Empfehlungen sind in der Praxis umsetzbar |
| **Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?** | Es werden keine Empfehlung für weitere Forschungen benannt |
| ***Literatur und andere Angaben*** | |
| **Sind die Literaturangaben eindeutig?<br>Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?** | Die Literaturen sind eindeutig und die zitierten Quellen sind in der Literaturangabe auffindbar. |
| ***Sonstiges*** | |
| **Evidenzlevel** | III |

Die grau Markierten Felder stellen die wertenden Fragen dar