

# Guter Hoffnung?

Bedürfnisse von Frauen nach Verlust eines Kindes durch  
Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod während einer  
Folgeschwangerschaft

Mariana Meier  
S15559537

Samira Streuli  
S15559651

Departement Gesundheit  
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2015  
Eingereicht am: 30. April 2018  
Begleitende Lehrperson: Andrea Stiefel

**Bachelorarbeit  
Hebamme**

## **Abstract**

### **Darstellung des Themas**

Mehrere Studien zeigen, dass Frauen während einer Folgeschwangerschaft nach Kindsverlust vermehrt unter Angstzuständen und Depressionen leiden. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Bedürfnisse jener Frauen von denjenigen unterscheiden, die zum ersten Mal schwanger sind oder keinen Kindsverlust in der Anamnese haben.

### **Ziel**

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Empfehlungen für die Betreuung von Frauen nach früherem Verlust eines Kindes durch Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod während einer Folgeschwangerschaft abzuleiten. Die Empfehlungen sollen sich an Hebammen und andere in die Betreuung der Betroffenen involvierten Fachpersonen richten.

### **Methode**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde anhand festgelegter Keywords auf vier Datenbanken nach themenrelevanter Literatur gesucht. Mittels definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurden vier qualitative Studien ausgewählt, welche ausgewertet und kritisch beurteilt wurden.

### **Ergebnisse**

Aus den Ergebnissen der ausgewerteten Studien konnten folgende Bedürfnisse von Frauen während einer Folgeschwangerschaft nach früherem Kindsverlust abgeleitet werden:

- Bedürfnis nach Sicherheit
- Bedürfnis nach Unterstützung
- Bedürfnis nach Kontrolle

Daraus liessen sich konkrete Empfehlungen für die Betreuung durch Hebammen und andere Fachpersonen formulieren.

### **Schlussfolgerung**

Die Berücksichtigung der ermittelten Bedürfnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen sollten unter Beachtung der Salutogenese und den individuellen Wünschen der Schwangeren in deren Betreuung mit einfließen.

### **Keywords**

Kindsverlust, Abort, Totgeburt, neonataler Kindstod, Folgeschwangerschaft, Bedürfnisse, Betreuung

„Guter Hoffnung sein' – so wird eine Schwangerschaft im Volksmund oft bezeichnet.  
Und nichts ist in einer Folgeschwangerschaft oft schwieriger,  
als dieses Gefühl zu haben“ (Wolter, 2010, S. 12).

## **Vorwort**

In der Literatur lässt sich kein Fachbegriff finden, unter dem sowohl Aborte als auch perinatale Todesfälle zusammengefasst sind. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Bachelorarbeit der Begriff „Kindsverlust“ für den Verlust eines Kindes durch Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod verwendet. Weiter wird unter „Folgeschwangerschaft“ eine Schwangerschaft nach einem oder mehreren Kindsverlusten verstanden.

Ein medizinisches Grundwissen wird für diese Arbeit vorausgesetzt. Sie richtet sich vorwiegend an Hebammen und andere in die Betreuung von Schwangeren mit früherem Kindsverlust involvierte Fachpersonen.

Zur Beantwortung der Fragestellung relevante Begriffe werden im Kapitel 3, theoretischer Hintergrund definiert. Die mit einem ° gekennzeichneten Fachbegriffe können im Glossar unter Anhang A nachgeschlagen werden.

## Inhalt

1	Einleitung.....	7
1.1	Darstellung des Problems .....	8
1.2	Relevanz für die Praxis .....	9
1.3	Stand der Forschung.....	10
1.4	Hypothese.....	10
1.5	Fragestellung .....	10
1.6	Zielsetzung .....	10
1.7	Abgrenzung.....	10
2	Methode.....	11
2.1	Literaturrecherche .....	11
2.2	Ein- und Ausschlusskriterien .....	12
2.3	Evaluationsinstrumente .....	13
3	Theoretischer Hintergrund.....	14
3.1	Arten von Kindsverlusten .....	14
3.1.1	Abort .....	14
3.1.2	Totgeburt .....	15
3.1.3	Neonataler Kindstod.....	16
3.1.4	Perinatale Sterblichkeit .....	16
3.2	Bedürfnisse werdender Mütter .....	17
3.3	Schwangerschaftsbetreuung in der Schweiz .....	17
3.4	Ganzheitlicher Betreuungsbogen durch die Hebamme .....	18
3.5	Salutogenese in der Hebammenbetreuung .....	20
3.6	Internationaler Ethikkodex für Hebammen .....	21
4	Ergebnisse.....	22
4.1	Studie von Andersson et al. (2012) .....	22
4.1.1	Zusammenfassung .....	22
4.1.2	Beurteilung.....	24
4.2	Studie von Meredith et al. (2017) .....	24

4.2.1	Zusammenfassung .....	25
4.2.2	Beurteilung.....	27
4.3	Studie von Ockhuijsen et al. (2014).....	28
4.3.1	Zusammenfassung .....	28
4.3.2	Beurteilung.....	29
4.4	Studie von Sun et al. (2011).....	30
4.4.1	Zusammenfassung .....	30
4.4.2	Beurteilung.....	31
5	Diskussion.....	32
5.1	Gegenüberstellung der Ergebnisse .....	32
5.2	Beantwortung der Fragestellung .....	34
5.3	Theorie-Praxis-Transfer .....	35
6	Schlussfolgerung.....	40
6.1	Limitationen und Ausblick.....	40
7	Verzeichnisse.....	42
7.1	Literaturverzeichnis .....	42
7.2	Abbildungsverzeichnis .....	48
7.3	Tabellenverzeichnis .....	48
7.4	Abkürzungsverzeichnis .....	48
	Wortzahl.....	49
	Eigenständigkeitserklärung .....	50
	Anhang .....	51
A.	Glossar .....	52
B.	Studienbeurteilung.....	53
C.	Rechercheprotokoll .....	93

## 1 Einleitung

Laut Anna Margareta Neff Seitz, Leiterin der Fachstelle Kindsverlust, manifestiert sich eine gesellschaftliche Entwicklung rund um das Thema Kindsverlust (Hildebrand Brand, 2017). Beispielsweise ist der Bundesrat (2018) im Jahr 2017 zum Schluss gekommen, dass zukünftig für alle Kinder unabhängig von Gewicht und Gestationsalter eine zivilstandsamtliche Registrierung möglich sein soll. Ausserdem gibt es diverse in diesem Bereich tätige Fachstellen, Vereine und Institutionen, die zum Ziel haben, betroffene Familien zu begleiten, Fachpersonen weiterzubilden und die Öffentlichkeit für die Thematik zu sensibilisieren. Informationen über Folgeschwangerschaften konnten auf Anfrage der Autorinnen dieser Bachelorarbeit nicht abgegeben werden. Selbst die Hebammenausbildung in der Schweiz, welche die Themen Tod und Trauer als Bestandteil des Curriculums ansieht, setzt keinen Schwerpunkt auf die Betreuung von Frauen mit früherem Kindsverlust während einer Folgeschwangerschaft.

Im Rahmen eines Interviews mit Kristen Sharp, Gründerin der Hope After Loss Clinic in Madison (Wisconsin), machte diese bei der Diskussion über Schwangerschaft nach Kindsverlust folgende Aussage: „That’s more misunderstood than the loss pregnancy. [...] people just don’t understand that rainbow pregnancy.”<sup>1</sup> (Markert, 2017)

Allerdings gehören Schwangere mit Kindsverlusten in der Anamnese zum geburtshilflichen Praxisalltag. Trotzdem fühlen sich einige Betroffene in der Folgeschwangerschaft unangemessen betreut, wie folgende Zitate zeigen:

[...] Mittlerweile bin ich in der 35. SSW (34+0) und liege aktuell im Krankenhaus. [...] Leider fühle ich mich hier überhaupt nicht ernst genommen. [...] Meine Schmerzen nehmen die nicht ernst und sagen einerseits bei 34+0 und geschätzten 2500 Gramm dürfte er auch kommen, andererseits wenn sie Fragen [*sic*] was mein Arzt gesagt hat heisst es sie sind ja erst 34+0. Auf meine Angst den kleinen [*sic*] jetzt noch zu verlieren reagiert keiner. [...] Ich habe solche Angst und die Ärzte hier wollen mich einfach nicht Ernst [*sic*] nehmen. [...] (Jasmin-t, 2016)

There were a couple of weeks before when he had slowed down and I got really scared. And I called the doctor and they would be saying, ‘Oh just drink some orange juice and lay on your side. The baby will move within 30 minutes and everything will be fine.’ I just wish that they had said, ‘Why don’t you just come in and we will hook you up to the fetal

---

<sup>1</sup>„Diese ist missverständlicher als die Verlustschwangerschaft. [...] die Leute verstehen diese Regebogenschwangerschaft° einfach nicht.“ (Übersetzung durch Autorinnen)

heart rate monitor. [...]’ I really feel that the health care system just really failed us.<sup>2</sup>  
(O’Leary & Warland, 2016, S. 36)

Es stellt sich somit die Frage, was die betroffenen Frauen sich von Hebammen und anderen involvierten Fachpersonen wünschen und wie die Betreuung durch diese optimiert werden kann.

## 1.1 Darstellung des Problems

Jährlich werden weltweit 2,6 Millionen Kinder tot geboren, davon 98% in Entwicklungsländern (Lawn et al., 2016). Dennoch wurden 2016 in der Schweiz auf 88’254 Geburten 371 Totgeburten registriert (Bundesamt für Statistik [BFS], 2017a, 2017c). Weiter sind pro 1000 Lebendgeburten 3,0 Kinder neonatal verstorben (BFS, 2017b). Über die Anzahl Aborte in der Schweiz kann keine Aussage gemacht werden, da diese nicht meldepflichtig sind (Art. 7 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 34 ZStV). Gemäss Pildner von Steinburg (2016, S. 22-23) enden jedoch 11 bis 15 % der nach Ausbleiben der Periode festgestellten Schwangerschaften in einem Abort. Das Risiko eines Aborts steigt mit der Anzahl der vorangegangenen Aborte. Nach zwei aufeinanderfolgenden Aborten ist die Wahrscheinlichkeit für einen weiteren bereits bei 19 bis 35 % (Pildner von Steinburg, 2016, S. 29).

Einerseits kann eine Folgeschwangerschaft laut Beutel (2002, S. 174) dabei helfen, das beschädigte Selbstwertgefühl wieder aufzubauen. Für viele Frauen sei sie die einzige Option, die gefühlte Leere zu füllen oder die Bestätigung zu erhalten, dass ihr Körper überhaupt in der Lage ist, ein Kind auszutragen. Andererseits zeigen die Ergebnisse mehrerer Studien, dass Frauen nach einem Kindsverlust während einer Folgeschwangerschaft vermehrt unter Angstzuständen und Depression leiden (Armstrong, 2004; Gong et al., 2013; McCarthy et al., 2015; Murphy, Shevlin & Elklit, 2014). Laut Côté-Arsenault (2007) sollte die Schwangerschaftsangst als normaler Bestandteil jeder Schwangerschaft nach einem Verlust angesehen werden, es sei denn, die Frau gebe etwas anderes an. Auch das folgende Zitat einer Schwangeren gewährt einen Einblick in ihre Gefühlslage:

Voll Hoffnung und Vertrauen wollte ich in die Folgeschwangerschaft gehen. Nicht lange habe ich so positiv denken können. Ziemlich bald siegten Angst, Trauer und Wut. [...]

---

<sup>2</sup> „Ein paar Wochen davor wurden seine Bewegungen weniger und ich bekam wirklich Angst. Und ich rief den Arzt an und sie sagten: ‘Oh, trinken Sie einfach etwas Orangensaft und legen Sie sich auf die Seite. Das Baby wird sich innerhalb von 30 Minuten bewegen und alles wird gut.’ Ich wünschte nur, sie hätten gesagt: ‘Warum kommen Sie nicht einfach vorbei und wir überprüfen die Herztöne des Kindes. [...]’ Ich glaube wirklich, dass das Gesundheitssystem uns echt im Stich gelassen hat.“ (Übersetzung durch Autorinnen)



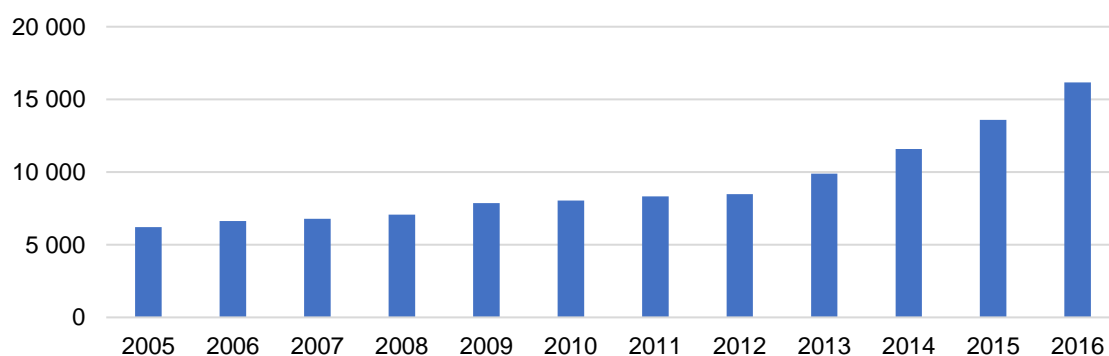
Auch ich wollte so ‚innerlich lächelnd‘ die schönsten neun Monate durchleben. Zumal es mir beim ersten Mal schon nicht so gelang, wie ich es wollte. [...] (Wolter, 2010, S. 148)

Das Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG, 2010) erkennt diese Problematik, gibt jedoch keine Ratschläge wie das Fachpersonal die Eltern begleiten kann. Weder die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V (DGGG, o.D.), noch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG, o.D.) noch die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, o.D.) thematisieren die Betreuung während einer Folgeschwangerschaft nach früherem Kindsverlust.

## 1.2 Relevanz für die Praxis

Der Verlust eines Kindes verändert eine Familie erheblich, weswegen sie nicht mit Paaren verglichen werden kann, die ihr erstes Kind erwarten (O’Leary, 2009). Diese Aussage wird durch die Beschreibung von Lothrop (2016, S. 293), dass Schwangere nach einem früheren Kindsverlust spezielle Betreuung brauchen, bestärkt.

Die Arbeitsgruppe Schwangerschaftsbetreuung des Schweizerischen Hebammenverbandes hat zum Ziel, „die Sichtbarkeit der Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung durch die Zunahme der Anzahl Betreuungen zu erhöhen“ (Schweizerischer Hebammenverband [SHV], o.D.). Wie die Abbildung 1 zeigt, steigt in der Schweiz die Schwangerenbetreuung durch die Hebammen stetig an (Erdin, Grylka-Bäschlin, Schmid & Pehlke-Milde, 2017). Dabei sollen gemäss Sayn-Wittgenstein et al. (2007b, S. 188) die Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund der Hebammentätigkeit stehen. Aus Sicht der Autorinnen dieser Arbeit ist es daher für Hebammen umso wichtiger, allfällige besondere Bedürfnisse von Frauen während einer Folgeschwangerschaft zu kennen und zu wissen, wie sie diesen unter Berücksichtigung der salutogenetischen Aspekte (siehe Kapitel 3.5) gerecht werden könnten. Dies bestätigt der unter Kapitel 3.6 genauer erläuterte internationale Ethikkodex für Hebammen, der besagt, dass diese ungeachtet aller Umstände auf die Bedürfnisse der Frauen eingehen (SHV, 1994).



**Abbildung 1: Anzahl erfasster Fälle mit Schwangerschaftsbetreuung durch freipraktizierende Hebammen in der Schweiz, eigene Darstellung, angelehnt an Erdin et al. (2017).**

### **1.3 Stand der Forschung**

Im Rahmen einer ersten Literaturrecherche wurde festgestellt, dass die Untersuchungen vorwiegend das Ziel verfolgen, die körperlichen und emotionalen Auswirkungen eines früheren Kindsverlustes auf eine Folgeschwangerschaft aufzuzeigen. Mit der vorliegenden Bachelorarbeit soll jedoch beleuchtet werden, welches die Bedürfnisse der Frauen während einer weiteren Schwangerschaft sind, beziehungsweise was sie sich von Hebammen und anderen Fachpersonen für die Betreuung wünschen. Diesbezüglich ist der aktuelle Forschungsstand sehr dürftig. Darüber hinaus wird nur in wenigen Publikationen zwischen den verschiedenen Arten von Kinderverlusten unterschieden, weshalb es auch in der vorliegenden Arbeit nicht möglich ist, eine Differenzierung vorzunehmen.

### **1.4 Hypothese**

Es wird davon ausgegangen, dass Schwangere mit einem oder mehreren früheren Kindsverlusten nicht die gleichen Bedürfnisse in der Betreuung haben, wie jene, die zum ersten Mal schwanger sind. Weiter wird angenommen, dass sich ihre Bedürfnisse auch von denen jener Mütter unterscheiden, die diese Erfahrung nicht machen mussten.

### **1.5 Fragestellung**

Welche Bedürfnisse von Frauen nach Verlust eines Kindes durch Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod während einer Folgeschwangerschaft werden in der Literatur beschrieben?

### **1.6 Zielsetzung**

Ziel dieser Arbeit ist es, Empfehlungen für die Betreuung von Frauen nach früherem Verlust eines Kindes durch Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod während einer Folgeschwangerschaft abzuleiten. Die Empfehlungen sollen sich an Hebammen und andere in die Betreuung der Betroffenen involvierten Fachpersonen richten.

### **1.7 Abgrenzung**

In der vorliegenden Arbeit geht es nicht primär darum, die Bedürfnisse von Schwangeren in der Schweiz zu evaluieren, sondern um den Vergleich der in der Literatur beschriebenen Bedürfnisse von Frauen aus industrialisierten Ländern. Dabei werden die Bedürfnisse von Schwangeren nach früherem Kindsverlust während der gesamten Schwangerschaft bis zu vier Wochen post partum berücksichtigt. Auf diese Weise erfolgt die Abgrenzung von Bühls (2017) unveröffentlichter Masterthesis.

## 2 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturanalyse qualitativer Studien durchgeführt, deren methodisches Vorgehen im folgenden Kapitel beschrieben wird. Es beinhaltet die Herangehensweise bei der Literaturrecherche, die durchsuchten Datenbanken, die verwendeten Keywords, die Ein- und Ausschlusskriterien der Literatur sowie die Evaluationsinstrumente.

### 2.1 Literaturrecherche

Recherchiert wurde periodisch im Zeitraum zwischen September 2017 und Januar 2018. Die Datenbanken MEDLINE, CINAHL, MIDIRS und PsycINFO wurden nach geeigneten Studien durchsucht. Mithilfe der Booleschen Operatoren AND und OR sowie der Funktion Multifield Search konnten die in Tabelle 1 aufgeführten Keywords miteinander in Verbindung gebracht werden. Das ausführliche Rechercheprotokoll befindet sich im Anhang C.

**Tabelle 1: Keywords, eigene Darstellung.**

Schlüsselbegriffe (deutsch)	Keywords (englisch)
Kindsverlust	Pregnancy loss Miscarriage Perinatal loss Abortion
Folgeschwangerschaft	Subsequent pregnancy Next pregnancy Following pregnancy Rainbow pregnancy
Bedürfnisse	Need Wish
Erfahrung	Experience

Bei potenziell relevanten Studien wurden die Abstracts gelesen. Von den als themenrelevant erachteten, wurden die Studien gelesen und auf die zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Dank den in den Studien angegebenen Referenzen konnte die Suche im Schneeballsystem erweitert werden. Parallel dazu haben Handrecherchen in der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), der

Zentralbibliothek Zürich sowie im NEBIS-Katalog stattgefunden. Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur, welche sich direkt mit der Fragestellung befasst oder wichtige Hintergrundinformationen liefert, wurden miteinbezogen.

Zum Thema passenden Beiträgen aus der Poster- und Präsentationssammlung der International Stillbirth Alliance (ISA) Conference 2017 wurde online nachgegangen. Nach erfolgloser Suche nach Volltexten konnten diese auch auf Anfrage per E-Mail bis Ende Februar 2018 weder durch die Autorinnen dieser Arbeit noch durch die betreuende Dozentin bezogen werden. Auch über ResearchGate wurden mehrere Volltexte angefragt. Die erhaltenen Studien erwiesen sich jedoch im Verlauf als nicht geeignet zur Beantwortung der Fragestellung. Auf den Grossteil der Anfragen erfolgte bis Ende Februar 2018 keine Reaktion.

## **2.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Bei der Recherche auf den Datenbanken wurde der Zeitraum der Publikation auf die letzten 10 Jahre beschränkt. Dies geschah mit der Überlegung, dass sich bezüglich des Themas Kindsverlust sehr viel im Umgang mit den Frauen als auch in der Schulung des Fachpersonals verändert hat. Studien, welche später durch Schneeballsystem gefunden wurden, wurden ausgeschlossen, sofern sie vor 2007 publiziert worden waren. Um die Übertragbarkeit auf die Schweiz zu gewährleisten, sind in Industrieländern durchgeführte Studien miteinbezogen worden, die in deutscher oder englischer Sprache publiziert wurden und sich mit Schwangeren beschäftigten, die folgende Kriterien erfüllen:

- Alter über 18 Jahre
- St. n. einem oder mehreren Kindsverlusten durch Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod

Ausgeschlossen wurden Studien, welche die Bedürfnisse von Lebenspartnern oder Lebenspartnerinnen untersuchten. Des Weiteren wurden Studien, deren Probandinnen psychische Vorerkrankungen aufweisen oder eine Abortio<sup>o</sup> vorgenommen haben, nicht berücksichtigt.

Die ausgewählten Studien sind in Tabelle 2 aufgeführt.

**Tabelle 2: Ausgewählte Studien, eigene Darstellung.**

Studie	Datenbank	Keywords
Andersson, I.-M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 26 (2), 262-270.	PsycINFO	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience
Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J. & Desha, L. (2017). "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 17 (6).	MEDLINE via Ovid MIDIRS CINAHL Complete	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience
Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S. & Boer, F. de. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. <i>Research in Nursing &amp; Health</i> , 37 (4), 267-275.	MEDLINE via Ovid MIDIRS CINAHL Complete PsycINFO	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience
Sun, H.-L., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Chang, T.-H. & Patterson, H. (2011). Sailing against the tide: taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood. <i>The American Journal of Maternal Child Nursing</i> , 36 (2), 127-133.	PsycINFO	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience

### 2.3 Evaluationsinstrumente

Die ausgewählten qualitativen Studien wurden mithilfe des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) zusammengefasst und nach Stahl (2008) kritisch gewürdigt. Anschliessend wurde deren Güte mittels der Kriterien nach Lincoln und Guba (1985) bestimmt.

Im Kapitel 4, Ergebnisse finden sich die Zusammenfassung und kritische Beurteilung der Studien. Im darauffolgenden Kapitel 5, Diskussion werden die Ergebnisse untereinander verglichen und diskutiert. Die ausführliche Zusammenfassung und Würdigung befindet sich im Anhang B.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

Im nachfolgenden Kapitel werden Hintergrundinformationen vermittelt, die wichtig im Zusammenhang mit dem Thema dieser Bachelorarbeit sind. Es werden die Arten von Kindsverlusten definiert und deren mütterlichen und kindlichen Ursachen erläutert. Weiter werden die Bedürfnisse werdender Mütter im Allgemeinen, sowie die Schwangerschaftsbetreuung in der Schweiz aufgezeigt. Darüber hinaus werden die Vorteile des ganzheitlichen Betreuungsbogens durch die Hebamme, die Salutogenese in der Hebammenbetreuung als auch die Ziele des internationalen Ethikkodex für Hebammen dargestellt.

#### **3.1 Arten von Kindsverlusten**

In der Literatur werden Fachbegriffe teilweise unterschiedlich definiert. Die Abbildung 2 zeigt die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Beschreibungen aus den für diese Bachelorarbeit verwendeten Quellen.

##### **3.1.1 Abort**

Der Abort, auch Fehlgeburt genannt, wird in der Fachliteratur häufig nicht eindeutig erläutert. Helmer und Schneider (2016, S. 260) sowie die Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1977) definieren einen Abort als Verlust eines Embryos<sup>o</sup> oder Föten<sup>o</sup> von weniger als 500 g innerhalb der ersten 20 bis 22 vollendeten Schwangerschaftswochen. Aborte bis zur 12. bis 14. Schwangerschaftswoche werden als Früh-, solche ab der 14. Schwangerschaftswoche als Spätaborte bezeichnet. Es wird zwischen sporadischen (bis zu zwei aufeinanderfolgenden) und habituellen (drei oder mehr aufeinanderfolgenden) Aborten unterschieden. (Pildner von Steinburg, 2016, S. 23)

Für einen Abort beschreibt Pildner von Steinburg (2016, S. 25-29) folgende mütterliche bzw. elterliche Ursachen:

- genetische Anomalien der Eltern
- angeborene bzw. erworbene Uterusanomalien
- Infektionen
- Genuss- und Schadstoffe
- psychosoziale Faktoren
- endokrine Ursachen
- immunologische Ursachen
- Gerinnungsstörung

Als fetale bzw. embryonale Ursachen werden nur chromosomale Veränderungen erwähnt (Pildner von Steinburg, 2016, S. 26).

### 3.1.2 Totgeburt

Sowohl Helmer und Schneider (2016, S. 260) als auch die schweizerische Zivilstandsverordnung (Art. 9 Abs. 2 ZStV) definieren Totgeburten als Kinder mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 g, was 22 vollendeten Schwangerschaftswochen entsprechen, die während oder nach der Geburt keine Lebenszeichen aufweisen. Die WHO (2016, S. 18) fügt dieser Erklärung die Mindestkörperlänge von 25 cm hinzu. Zum internationalen Vergleich empfiehlt sie jedoch, Totgeburten von mindestens 1000 g Geburtsgewicht, einem Gestationsalter von mindestens 28 Wochen und einer Mindestkörperlänge von 35 cm zu registrieren. In beiden Fällen hat das Gewicht dem Alter gegenüber Vorrang.

Eine Totgeburt wird laut dem RCOG (2010, S. 2) als Geburt eines Kindes ohne Lebenszeichen, das nach 24 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen verstorben ist, definiert.

Für eine Totgeburt beschreiben Reddy und Spong (2014, S. 720-725) folgende Ursachen:

Mütterliche Gründe:

- Infektionen
- Hypertensive Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankungen
- Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege
- intrahepatische Schwangerschaftscholestase°
- Gerinnungsstörungen
- systemischer Lupus erythematodes°

Kindliche Gründe:

- Rhesusinkompatibilität
- chromosomale Veränderungen
- Fehlbildungen
- fetomaternal Transfusion°
- Plazentainsuffizienz
- Nabelschnurkomplikationen
- fetofetales Transfusionssyndrom (FFTS)°

### 3.1.3 Neonataler Kindstod

Neonatale Todesfälle werden in frühe und späte neonatale Todesfälle eingeteilt. Als frühe neonatale Todesfälle gelten solche innerhalb der ersten Lebenswoche, als späte jene zwischen dem 8. und dem 28. Lebenstag (Lack, 2016, S. 1170; WHO, 2016, S. 19).

Zu den Ursachen für den neonatalen Kindstod gehören laut Lissauer und Fanaroff (2013, S. 365) die kindliche Unreife, die Geburtsasphyxie°, kongenitale° Ursachen sowie Infektionen. In der Literatur lassen sich keine mütterlichen Ursachen finden.

### 3.1.4 Perinatale Sterblichkeit

Totgeburten und frühe neonatale Todesfälle werden unter dem Begriff perinatale Sterblichkeit zusammengefasst (Lack, 2016, S. 1170; WHO, o.D.).

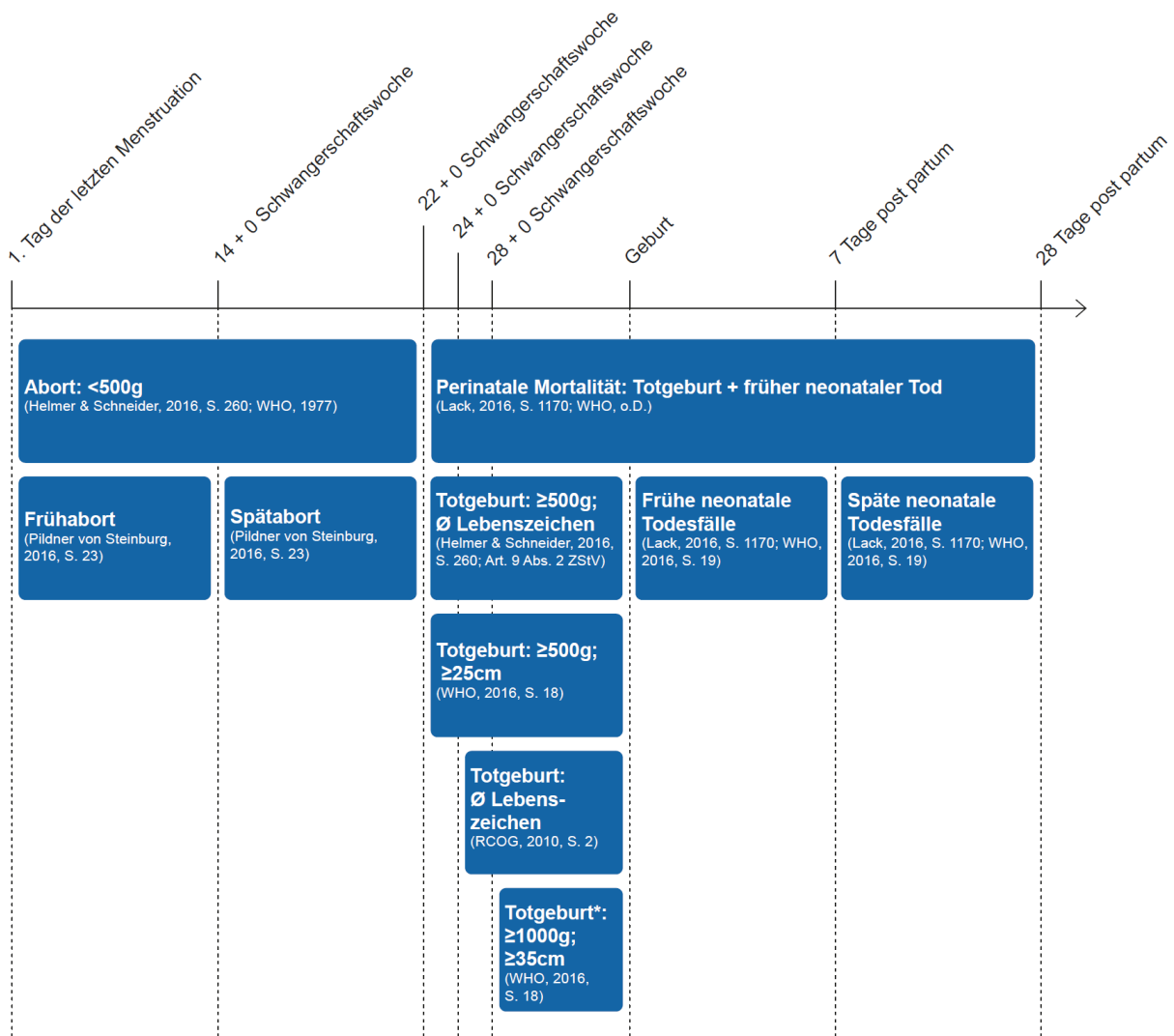


Abbildung 2: Zeitstrahl, eigene Darstellung.

Anmerkung: \*Internationale Empfehlung der WHO



### **3.2 Bedürfnisse werdender Mütter**

Obwohl eine Schwangerschaft für viele Frauen wünschenswert ist, sind Ängste aufgrund der physischen und emotionalen Veränderungen nicht ungewöhnlich (Hofberg & Ward, 2003). Schuster (2014) beschreibt die Schwangerschaft als eine Übergangsphase, in welcher die Frau auf körperlicher und seelischer Ebene besonderen Herausforderungen ausgesetzt wird. Laut Barclay et al. (1997, zitiert nach Barker, 2011, S. 142) und Cronin (2003, zitiert nach Barker, 2011, S. 142) könne der emotionale Kampf mit der Anpassung an die Mutterrolle von Einsamkeit, Traurigkeit und depressiven Verstimmungen begleitet werden. Gemäss Schuster (2015) ist neben dem Verlust der bisherigen Identität und Unabhängigkeit auch die damit verbundene neue Lebenserfahrung gegenwärtig, was zu ambivalenten Gefühlen gegenüber der Schwangerschaft führen kann. Im Allgemeinen sei die Entwicklung weder kontrollier- noch beeinflussbar. Nach David und Kantenich (2008) haben alle schwangeren Frauen Ängste und Befürchtungen, die sich vor allem auf allfällige Fehlbildungen des Kindes sowie Komplikationen unter der Geburt beziehen. Rahden, Ayerle, Paulus und Lohmann (2014, S. 29) nennen die Geburtsvorbereitung als auch die Parität als Einflussfaktoren auf das Angsterleben. Besonders bei Erstgebärenden sowie bei Frauen mit St. n. Sectio caesarea oder vaginaloperativer Geburtsbeendigung sind verstärkte Ängste vor der Entbindung zu beobachten (Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E & Saisto T, 2008). Laut Schuster (2015) überwinden die meisten Frauen und Paare diese Ängste ohne zusätzliche professionelle Hilfe. Barclay et al. (1997, zitiert nach Barker, 2011, S. 142) und Cronin (2003, zitiert nach Barker, 2011, S. 142) hingegen bemerken, dass sie auf Fachpersonen angewiesen sind, die sie in ihrem Selbstvertrauen stärken sowie realistische Erwartungen in Bezug auf die Mutterschaft fördern. Von Rahden et al. (2014, S. 39) zufolge, ist die gewünschte Unterstützung sehr individuell und unter anderem abhängig vom Bildungsniveau und der Lebenssituation, in der sich die Schwangere befindet. Gemäss Bondas (2002) wünschen sich Frauen sowohl eine kompetente Schwangerenvorsorge als auch eine vertrauensvolle Beziehung zu der betreuenden Fachperson.

### **3.3 Schwangerschaftsbetreuung in der Schweiz**

In der Schweiz haben Schwangere seit dem 1. Januar 2017 die Wahl zwischen einer gynäkologischen Schwangerschaftsbetreuung und der Begleitung durch eine Hebamme (Aschwanden, 2017). Laut der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 13 KLV i.V.m. Art. 29 Abs. 2 lit. a KVG) werden bei Mutterschaft in der Schweiz folgende Leistungen von der Grundversicherung übernommen:

In der normalen Schwangerschaft werden üblicherweise sieben Kontrolluntersuchungen vorgenommen. In der Erstkonsultation werden nebst der Beratung die Anamnese erhoben, eine klinische sowie vaginale Untersuchung durchgeführt, die Beine auf Varizen und Ödeme

untersucht sowie die notwendigen Laboranalysen veranlasst. In den weiteren Konsultationen werden die Frauen umfassend in Bezug auf die Schwangerschaft und die allenfalls aufgetretenen Beschwerden beraten. Ausserdem wird der Allgemeinzustand, insbesondere das Gewicht, der Blutdruck, und der Urin der Frau kontrolliert. Das Messen des Fundusstandes und das Auskultieren der fötalen Herztöne gehören ebenfalls dazu. Notwendige Laboranalysen werden zu den jeweiligen Zeitpunkten vorgenommen. Während einer normalen Schwangerschaft erhält eine Frau je eine Routineuntersuchung mittels Ultraschall in der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche (Ersttrimestertest<sup>o</sup>) und in der 20. bis 23. Schwangerschaftswoche (Organscreening<sup>o</sup>). Bei einer Schwangerschaftsbegleitung durch die Hebamme hat diese die Schwangere darauf hinzuweisen, dass im ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung stattfinden soll. Sofern die Schwangerschaftskontrollen nach Art. 13 KLV ausschliesslich durch ärztliches Fachpersonal vorgenommen werden, haben diese die Frauen im zweiten Schwangerschaftstrimenon auf die Sinnhaftigkeit eines Beratungsgesprächs mit der Hebamme hinzuweisen (Art. 13 lit. a Ziff. 1 KLV).

Das gynäkologische Fachpersonal legt das Untersuchungsintervall während einer Risikoschwangerschaft fest (Art. 13 lit. a Ziff. 2 KLV). Als solche wird eine Schwangerschaft mit einem Risiko für Mutter und oder Kind bezeichnet. Dazu zählen vorbestehende oder während der Schwangerschaft neu aufgetretene Erkrankungen als auch anamnestische Risiken, wie zum Beispiel St. n. Früh- oder Totgeburt sowie habituellen Aborten. (Psyhyrembel Online, 2018)

Zusätzlich zu den Leistungen einer normalen Schwangerschaft werden unter bestimmten Voraussetzungen folgende pränataldiagnostischen Untersuchungen bezahlt:

- Nicht-invasiver Pränataltest<sup>o</sup> (NIPT)
- Kardiotokografie (CTG)
- Amniozentese<sup>o</sup>
- Chorionzottenbiopsie<sup>o</sup>
- Chordozentese<sup>o</sup>

(Art. 13 lit. a-d KLV)

Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme mit dem ärztlichen Fachpersonal zusammen, während sie bei einer manifesten Pathologie ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung erbringt (Art. 16 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 KLV).

### **3.4 Ganzheitlicher Betreuungsbogen durch die Hebamme**

Laut Sayn-Wittgenstein et al. (2007a, S. 17) umfasst der Begriff Geburtshilfe die gesamte Lebensphase im Übergang zur Mutterschaft bzw. Elternschaft. Hierbei werden die für die Frau

und ihr ganzes familiäres Umfeld bedeutsamen, biographisch relevanten Ereignisse Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit betrachtet. Alle Geschehnisse dieser Lebensphase werden als sich gegenseitig beeinflussend verstanden und dementsprechend professionell begleitet und betreut. Dabei steht das Handeln der Hebammen im Vordergrund.

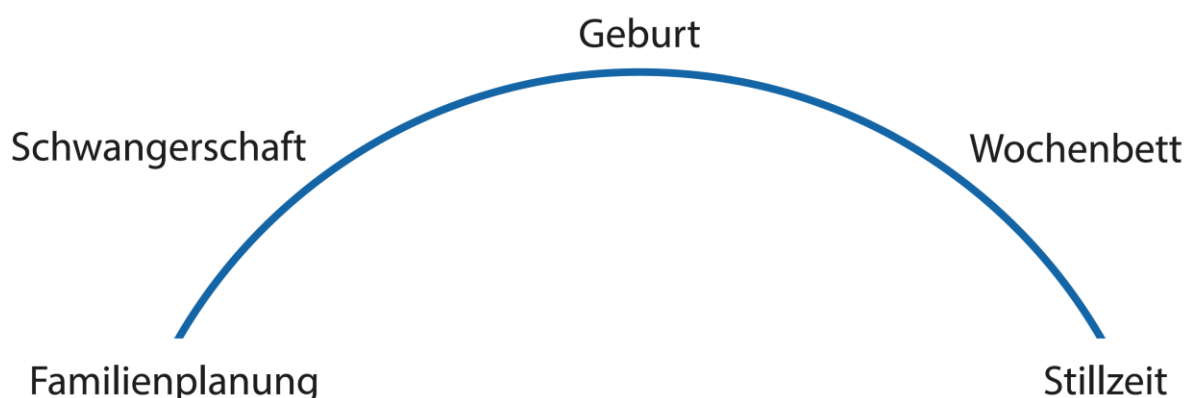
Das RCOG (2016) rät, der Kontinuität der betreuenden Fachpersonen während der gesamten Mutterschaft hohe Priorität einzuräumen. „Care should be organised so that a woman has continuity of care and carer from an appropriately skilled maternity team.“<sup>3</sup>

Die WHO (2017) befürwortet hebammengeführte Kontinuitätsmodelle, bei denen eine Hebamme oder eine kleine Gruppe von Hebammen eine Frau während des pränatalen, intrapartalen und postnatalen Kontinuums unterstützt.

Das Royal College of Midwives (RCM, 2016) empfiehlt jeder schwangeren Frau, so wenig Hebammen und andere Fachpersonen wie möglich während der gesamten Mutterschaft zu konsultieren. Frauen sollten die Möglichkeit haben, auf Vertrauen basierte Beziehungen zu Hebammen und anderen Fachpersonen aufzubauen. Laut dem RCM hat die kontinuierliche Hebammenbetreuung für die Frauen folgende Vorteile:

- 7x höhere Chance, die Hebamme, welche die Geburt begleitet, bereits zu kennen
- 19% niedrigeres Risiko, einen Verlust vor der 24. Schwangerschaftswoche zu erleiden
- 24% niedrigeres Risiko für eine Frühgeburt

Der in Abbildung 3 dargestellte ganzheitliche Betreuungsbogen beinhaltet die Hebammenarbeit von der Familienplanung bis zur Stillzeit.



**Abbildung 3: Ganzheitlicher Betreuungsbogen, eigene Darstellung, angelehnt an Sayn-Wittgenstein et al. (2007a, S. 24)**

---

<sup>3</sup> „Die Betreuung sollte so organisiert sein, dass Frauen eine kontinuierliche Betreuung durch ein qualifiziertes geburtshilfliches Team erhält.“ (Übersetzung durch Autorinnen)

### 3.5 Salutogenese in der Hebammenbetreuung

Im Gegensatz zu einem pathogenetischen Ansatz, der sich auf die Entstehung und Verhinderung gewisser Krankheiten richtet, bezieht sich die salutogenetische Perspektive auf die Entstehung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Gesundheitsförderung Schweiz, o.D.). Laut Antonovsky besteht ein Kontinuum mit den Polen Gesundheit und Krankheit, in welchem völlige Gesundheit oder völlige Krankheit für den Menschen nicht zu erreichen sind. Demzufolge hat auch jemand der sich gesund fühlt, kranke Anteile (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2009, S. 32).

Der Kernaspekt des salutogenetischen Modells bildet das Kohärenzgefühl, auch Kohärenzsinn oder sense of coherence (SOC) genannt. Es steht für die im Kindes- und Jugendalter erworbene Grundhaltung der Menschen, von der abhängig ist, wie gut diese ihre Ressourcen nutzen können (Bengel et al., 2009, S. 28-30).

Das SOC ist laut Antonovsky (1997, S. 34-35) gekennzeichnet von folgenden Gefühlen:

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit
- Bedeutsamkeit

Unter dem Gefühl von Verstehbarkeit wird die Fähigkeit verstanden, Geschehnisse des Lebens zu erklären und einzuordnen, auch wenn diese unerwartet auftreten. Gefühl von Handhabbarkeit bedeutet, Krisen als zu bewältigend einzuschätzen sowie Widerstandskräfte und Ressourcen rasch aktivieren zu können. Gefühl von Bedeutsamkeit heisst, den Sinn des Lebens zu erkennen, wodurch der Mensch bereit ist, Krisen als Herausforderungen anzusehen und ihnen entgegenzuwirken (Bengel et al., 2009, S. 29-30). Je ausgeprägter das SOC, desto besser kann mit Stressoren umgegangen werden (Bengel et al., 2009, S. 33).

Laut Luther (2006) können Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als eine natürliche Krise angesehen werden, in der Frauen in einer Phase grosser Unsicherheit aktiv unterstützt und in ihrem Kohärenzgefühl gestärkt werden sollten. Aus salutogenetischer Sicht spreche dies für eine interventionsarme und Selbstheilungskräfte stärkende Arbeitsweise der Hebammen und anderen in die Betreuung involvierter Fachpersonen. Downe (2010) vertritt die Auffassung, dass Hebammen die beiden gegensätzlichen Ansätze der Pathogenese und der Salutogenese in ein Ganzes integrieren. Darüber hinaus erfüllen die diagnostischen Fähigkeiten der Hebammen ein breites Spektrum an Anforderungen. Dieses reiche von der Evaluation und Abschätzung, ob bestehende Beschwerden innerhalb der durch Evidenzen definierten Physiologie liegen, bis hin zur individuellen Einschätzung jeder Frau und ihrer spezifischen Situation oder Umstände.

### 3.6 Internationaler Ethikkodex für Hebammen

Der Internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives) hat zum Ziel, den Standard der Betreuung von Frauen, Säuglingen und Familien in der ganzen Welt durch Förderung, Ausbildung und entsprechenden Einsatz der professionellen Hebamme zu verbessern [...] Dieser Kodex anerkennt die Frau als Person, strebt nach Gerechtigkeit für alle Menschen und setzt sich für eine allen zugängliche Gesundheitsversorgung ein. Der Kodex beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde aller Mitglieder der Gesellschaft. (SHV, 1994)

Der internationale Ethikkodex der Hebammen besteht aus den folgenden vier Teilen:

- I Beziehungen der Hebamme
- II Berufsausübung der Hebamme
- III Professionelle Verantwortung der Hebamme
- IV Förderung des Wissens und Könnens und der Berufsausübung der Hebammen

Nachfolgend werden die zum Thema relevanten Paragraphen aufgeführt.

Teil I, Paragraph A. Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen.

Teil I, Paragraph B. Hebammen arbeiten mit Frauen und unterstützen deren Recht, sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihrer Betreuung zu beteiligen. Sie bestärken die Frauen, bei Themen, welche die Gesundheit von Frauen und deren Familien in ihrer Kultur/ ihrer Gesellschaft betreffen, für sich selbst zu sprechen.

Teil I, Paragraph C. Hebammen, gemeinsam mit Frauen, arbeiten mit politischen Instanzen und geldgebenden Trägerschaften zusammen, um die Bedürfnisse der Frauen bezüglich Gesundheitsversorgung zu definieren und um sicher zu stellen, dass Beiträge - unter Berücksichtigung von Prioritäten und Verfügbarkeit - gerecht verteilt werden.

[...]

Teil I, Paragraph E. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen, sie ziehen sie bei und überweisen ihnen Frauen, wenn deren Bedarf an Betreuung ihre Kompetenzen überschreitet.

[...]

Teil II, Paragraph D. Hebammen gehen bei den Frauen, die ihre Unterstützung suchen, auf deren psychologische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein, wie auch immer die Umstände sein mögen. (SHV, 1994)

## 4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die selektierten Studien zusammenfassend dargestellt und nach auf ihre Güte (Lincoln & Guba, 1985) geprüft. Die detaillierte Zusammenfassung mittels AICA (Ris & Preusse-Bleuler, 2015), die kritische Würdigung nach Stahl (2008) sowie eine Darstellung der Stärken und Schwächen sind im Anhang B zu finden.

### 4.1 Studie von Andersson et al. (2012)

Journal:	Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26 (2), 262-270
Titel:	How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study
Autoren:	Andersson, I.-M., Nilsson, S., & Adolfsson, A.
Land:	Schweden
Publikationsjahr:	2012
Publikationssprache:	Englisch

#### 4.1.1 Zusammenfassung

In dieser Studie wurde der Umgang mit Emotionen während einer Folgeschwangerschaft nach Aborterfahrung untersucht. Die Untersuchung hatte zum Ziel, herauszufinden, wie Frauen, die einen oder mehrere Aborte erlebt haben, während einer Folgeschwangerschaft mit ihren Emotionen umgehen.

Dafür wurden die Probandinnen einer vorherigen Studie zum Thema Folgebesuche einer Hebamme nach einem Abort gebeten, sich bei einer erneuten Schwangerschaft zu melden. Zusätzlich sind weitere Frauen durch das Schneeballsystem auf die Studie aufmerksam geworden. Die Forschenden haben 16 Schwangere mit mindestens einem erlebten Abort in der Vergangenheit, die alle im gleichen Krankenhaus einer mittelgrossen schwedischen Stadt betreut wurden, ausgewählt. Sie waren alle über 18 Jahre alt und befanden sich zwischen der 9. und der 12. Schwangerschaftswoche.

Pro Teilnehmerin fand ein Interview zwischen 12 und 60 Minuten statt, welches aufgenommen und transkribiert wurde. Aus der Datenanalyse gingen folgende fünf Themen hervor:

- Distanzierung von der Schwangerschaft: Aus Angst vor einem erneuten Verlust und Zweifel über den erfolgreichen Ausgang der Schwangerschaft grenzten sich die Frauen bewusst emotional von dieser ab. Sie machten sich nur zurückhaltend Hoffnung und vermieden, an das in sich tragende Kind zu denken. Die Vorbereitung auf den

Nachwuchs sowie die Bekanntgabe der Schwangerschaft wurden auf ein Minimum beschränkt. Dies diente dem Eigenschutz vor einer weiteren Enttäuschung.

- Konzentration auf Schwangerschaftsbeschwerden: Die vorhandenen Schwangerschaftssymptome gaben den betroffenen Frauen ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle über das Fortbestehen der Schwangerschaft.
- Suche nach bestätigenden Informationen: Die während der Folgeschwangerschaft durchlebte Angst warf viele Fragen auf. Die Frauen suchten nach Ursachen für den vorangegangenen Abort und nach Massnahmen, einen erneuten zu verhindern.
- Wunsch nach Ultraschalluntersuchung: Die Bestätigung des physiologischen Schwangerschaftsverlaufes half den Teilnehmerinnen, ihre Angst zu bewältigen. Die Kindsbewegungen mit ihren eigenen Augen zu sehen vermittelte ein Gefühl von Sicherheit. Allerdings beschrieben einige Probandinnen die Ultraschalluntersuchungen als teilweise belastend, da die Diagnosestellung des früheren Abortes auf diesem Weg erfolgte.
- Wunsch nach professioneller und sozialer Unterstützung: Einerseits konnte das Bedürfnis, mit jemandem über das Erlebte und die aktuelle Schwangerschaft zu sprechen, durch den Austausch mit der Familie sowie anderen Betroffenen gestillt werden. Andererseits wollten die Frauen aufgrund der ständigen Angst vor einem weiteren Abort und der Sorge um die Intaktheit der Schwangerschaft durch Fachpersonal beruhigt werden. Dies war insbesondere bei angstausslösenden Ereignissen wie zum Beispiel leichten vaginalen Blutungen der Fall.

Aus den gebildeten Themen lässt sich eine Hauptaussage ableiten:

Die Betroffenen neigten zu ambivalenten Gefühlen bezüglich ihrer gegenwärtigen Schwangerschaft. Sie distanzieren sich zum Eigenschutz von ihr, suchten jedoch auch aktiv nach der Bestätigung, dass sie physiologisch verläuft.

Die Forschenden beurteilten das Auswahlverfahren der Teilnehmerinnen als bedingt geeignet. Da die Frauen bereits Probandinnen einer anderen Studie waren, ist es fraglich, ob es einen bestimmten Persönlichkeitstyp gibt, bei dem die Wahrscheinlichkeit, an einer Studie teilzunehmen, höher ist. Weiter wurde kritisiert, dass alle Teilnehmerinnen aus der gleichen Region stammten und die Betreuung im selben Krankenhaus stattfand. Zuletzt merkten sie an, dass die Datenerhebung und –analyse nicht durch dieselben Forschenden durchgeführt wurde.

### 4.1.2 Beurteilung

Die offene Einstiegsfrage des Interviews ist für das Erreichen des Forschungsziels geeignet. Es gab den Frauen die Freiheit, selbst darüber zu bestimmen, welche Bestandteile ihrer Erfahrung sie preisgeben wollten. Die nachvollziehbar beschriebene Ausfallrate zeigt die Transparenz der Forschenden auf. Das durchgeführte peer debriefing unterstützt die Glaubwürdigkeit der Studie. Die Ergebnisse werden mit aussagekräftigen Zitaten unterlegt. Eigene Limitationen zur Untersuchung werden dargelegt.

Bezüglich des Settings stellt sich die Frage, ob die Probandinnen bewusst oder zufällig aus nur einem Spital rekrutiert wurden. Im Zusammenhang mit der Datenerhebung sind einige Aspekte kritisch zu beachten. Es ist unklar, ob die Interviews während den in den Einschlusskriterien genannten Schwangerschaftswochen durchgeführt wurden. Falls sie zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft oder sogar post partum stattgefunden hätten, wäre es wichtig zu wissen, ob dieser bei allen Teilnehmerinnen der gleiche war. Es besteht die Möglichkeit, dass sich die Erfahrungen im Verlauf der Schwangerschaft verändern, weswegen ein Einfluss auf die Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden könnte. Hätten die Interviews nach der Geburt stattgefunden, müsste die fragliche Präsenz der in der Schwangerschaft gemachten Erfahrungen beachtet werden. Die Übertragbarkeit wird erschwert, da keine Merkmale der Teilnehmerinnen bekannt sind.

Als ungünstig zu erachten gilt, dass nicht ersichtlich ist, wie viele Probandinnen der vorherigen Studie sich für eine erneute Teilnahme meldeten, resp. wie viele von jenen eingeschlossen wurden. Ebenfalls fehlt die Angabe zu den Probandinnen, die durch Schneeballsystem dazukamen. Die nicht erwähnte Verifizierung der Ergebnisse durch die Frauen wird bezüglich der Glaubwürdigkeit kritisiert.

### 4.2 Studie von Meredith et al. (2017)

Journal: BMC Pregnancy and Childbirth, 17 (6)  
Titel: "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss  
Autoren: Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J., & Desha, L.  
Land: Australien  
Publikationsjahr: 2017  
Publikationssprache: Englisch



#### 4.2.1 Zusammenfassung

Die Studie befasst sich mit den Erfahrungen von Müttern mit früherem Kindsverlust in Bezug auf deren Folgeschwangerschaft, Geburt sowie der Pregnancy After Loss Clinic (PALC). Die PALC ist eine hebammengeleitete Abteilung in einer öffentlichen Klinik in Brisbane, Australien mit multidisziplinärem Betreuungsangebot. Sie wurde eröffnet, um auf die speziellen Bedürfnisse der einheimischen Frauen während einer Folgeschwangerschaft nach Verlust einzugehen. Die in der PALC tätigen Hebammen verfügen alle über eine Verlust- und Trauerausbildung. Der Zweck dieser Studie war es, die von Frauen mit früherem Kindsverlust gemachten Erfahrungen während einer Folgeschwangerschaft und Geburt sowie mit der spezialisierten PALC zu verstehen.

Hierfür wurde nach Frauen, welche nach einem früheren Kindsverlust während der Folgeschwangerschaft in der PALC betreut wurden und dort ein gesundes Kind geboren haben, gesucht. Nachdem die Forschenden Frauen mit möglichst unterschiedlichen Merkmalen ausgewählt hatten, wurden diese von einer PALC Hebamme zur Studienteilnahme eingeladen. Zehn Erst- und Mehrgebärende im Alter zwischen 22 und 39 Jahren nahmen an der Studie teil. Sie erlitten einen Kindsverlust zwischen 2008 und 2014, wobei die Hälfte aller Kinder als Frühgeburten zur Welt kam und post partum verstarb. Einige Frauen hatten bereits lebende Kinder. Die Betreuung in der PALC fand im Jahre 2015 statt.

Pro Teilnehmerin fand ein semistrukturiertes Interview wahlweise noch in der Klinik oder per Telefon statt. Dieses wurde aufgenommen und durch einen professionellen Service transkribiert. Zwei Forschende analysierten die Daten, woraus sich folgende sieben Kategorien ergaben:

- Gesamterfahrung mit PALC: Die Frauen berichteten von überwiegend positiven Erfahrungen bezüglich der Betreuung in der PALC, wovon auch das nahe Umfeld profitierte.
- Einzigartige Erfahrung einer Schwangerschaft nach Verlust: Das Zurückkehren in ein medizinisches Umfeld empfanden die Teilnehmerinnen als quälend. Umso mehr wurde das vom PALC Team entgegengebrachte Verständnis und das Anerkennen der speziellen Schwangerschaft, geschätzt. Das Abklingen der durch die Schwangerschaft hervorgerufenen körperlichen Veränderungen war für die Frauen beängstigend. Ausserdem waren Meilensteine wie zum Beispiel der Zeitpunkt des früheren Verlustes stressauslösend. Zu den erlebten Gefühlen gehörten unter anderem Schuld, das verlorene Kind durch das neue zu ersetzen sowie Wut. Die Frauen grenzten sich oftmals von ihrer Schwangerschaft ab und gaben sie nur zurückhaltend bekannt. Im Laufe der Zeit entwickelten sie jedoch verschiedene Bewältigungsstrategien.

- Unterstützung durch PALC: Die Teilnehmerinnen schätzten die individuelle, kontinuierliche und in der Regelmässigkeit flexible Betreuung durch das interprofessionelle Team. Bei Fragen und Unterstützungsbedarf waren die Hebammen gut zu erreichen, brachten grosses Verständnis entgegen und stärkten die Frauen in ihrer Selbstwirksamkeit.
- Erfahrungen mit Fachpersonal von anderen Abteilungen: Als positiv erachtet haben die Frauen die kontinuierliche Betreuung durch ärztliches Fachpersonal, welches ihre Vergangenheit und die damit verbundenen Ängste kannte und Fragen in verständlicher Sprache beantwortete. Kritisiert wurde die teils schlechte Kommunikation im Team sowie das autoritäre Verhalten einzelner ärztlicher Fachpersonen, welches die Frauen daran hinderte, ihre Fragen zu stellen.
- Empfehlungen für die PALC-Dienste: Eine präkonzeptionelle Betreuung wäre zum Beispiel bei Empfängnischwierigkeiten wünschenswert gewesen. Während der Schwangerschaft hatten die Frauen das Bedürfnis nach mehr Kontrollen und Unterstützung für ihre Angehörigen. Die Probandinnen hätten es geschätzt, bei der Geburt durch dieselbe Hebamme wie während der Schwangerschaft betreut zu werden, oder diese zumindest vor der Geburt kennengelernt zu haben. Auch nach Abschluss der Betreuung durch die PALC Hebammen wünschten sich die Frauen in Kontakt zu bleiben. Im Allgemeinen hätten sich die Teilnehmerinnen über eine bessere Beziehung zum ärztlichen Team und eine individuellere Betreuung durch dieses gefreut. Als Erweiterung des bestehenden Angebots äusserten die Frauen das Interesse an Selbsthilfegruppen, einem Online-Support, einer 24-Stunden-Hotline und Zugang zu geeignetem Informationsmaterial.
- Bedarf an alternativen Dienstleistungen: Aus der Datenanalyse ging der Bedarf nach PALC-Angeboten in anderen Regionen hervor. Ausserdem wurde das Bedürfnis nach Selbsthilfegruppen oder spezifischen Angeboten für Angehörige und Partner geäussert.
- Ratschläge an andere betroffene Mütter: Die Probandinnen rieten anderen betroffenen Müttern, die Eigenverantwortung über ihre Schwangerschaft und die damit verbundenen Entscheidungen zu behalten. Dazu gehört, sich Fachpersonen auszusuchen, denen man vertraut, Sorgen und Ängste anzubringen und zusätzliche Termine zu vereinbaren, falls das Bedürfnis danach besteht. Zur Bewältigung empfahlen sie, sich soziale Unterstützung zu suchen und ein Tagebuch zu führen. Ausserdem machten sie den Betroffenen Mut, hoffnungsvoll nach vorne zu schauen und die Schwangerschaft zu geniessen.

Die Forschenden kritisierten an der eigenen Untersuchung, dass sich die Ergebnisse spezifisch auf die befragten Frauen sowie das Angebot der PALC beziehen. Des Weiteren werden Informationen zu den Partnern und Angehörigen nur aus der Perspektive der Teilnehmerinnen dargestellt.

#### **4.2.2 Beurteilung**

Das Setting ist geeignet, da sich das definierte Forschungsziel auf die Erfahrung mit der PALC bezieht. Positiv hervorzuheben ist, dass die Datenerhebung durch nur eine, in Interviewtechniken geübte, Person stattgefunden hat. So ist die Chance gross, dass alle Interviews im selben Stil durchgeführt worden sind. Zwei Forschende, die weder für die PALC tätig, noch bei der Datenerfassung beteiligt waren, haben die Transkripte unabhängig voneinander analysiert. Anschliessend haben sie sich mehrmals getroffen, um die Themen abzugleichen und zu verfeinern, was die Zuverlässigkeit erhöht. Ein peer debriefing wurde durch eine dritte nicht in die Studie eingebundene Forschungsperson durchgeführt. Die Resultate werden durch plausible Zitate verdeutlicht. Zur Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit wurde die Reflexivität angewendet. Eigene Limitationen zur Studie werden aufgezeigt.

Da nur wenige Angaben zum Auswahlverfahren und Zeitpunkt der Rekrutierung der Teilnehmerinnen vorliegen, ist es schwer nachvollziehbar, inwiefern sich diese eignen. Unklar ist, ob die Probandinnen über Ziel, Zweck sowie Freiwilligkeit der Teilnahme informiert wurden, weswegen ein allfälliger Einfluss auf die Aussagen nicht ausgeschlossen werden kann. Ebenfalls nicht ersichtlich ist der Zeitraum zwischen Geburt und Interview, weshalb sich die Frage stellt, wie präsent die gemachten Erfahrungen noch sind. Die befragten Frauen hatten zwar verschiedene kulturelle Hintergründe, sie wurden jedoch alle in der PALC betreut, weswegen die Resultate nur bedingt übertragbar sind.

Laut den Forschenden wurden die Interviewfragen so formuliert, dass die Frauen die Kontrolle darüber hatten, welche Aspekte ihrer Erfahrungen sie preisgeben wollten. Hierbei gilt es anzumerken, dass die im Anhang ersichtlichen Interviewfragen auf die Themen abzielen scheinen, die sich angeblich aus der Datenanalyse ergeben haben. Weder eine theoretische Sättigung noch eine Verifizierung durch die Teilnehmerinnen werden erwähnt.

Die Studie wurde durch ein Netzwerk, welches diverse medizinische Institutionen umfasst, finanziert. Zu diesem gehört auch das Spital, in welchem PALC eröffnet wurde. Deswegen können, obwohl laut den Forschenden keine Interessenskonflikte bestehen, diese nicht ausgeschlossen werden.

### 4.3 Studie von Ockhuijsen et al. (2014)

Journal:	Research in Nursing and Health, 37 (4), 267-275
Titel:	Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control
Autoren:	Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & de Boer, F.
Land:	Niederlande
Publikationsjahr:	2014
Publikationssprache:	Englisch

#### 4.3.1 Zusammenfassung

Für diese Studie formulierte das Forschungsteam folgende Fragestellung: „Wie erleben Frauen einen Abort, die nachfolgende Empfängnis und die Frühschwangerschaft und welche Bewältigungsstrategien setzen sie während dieser Zeiträume ein?“. Das Ziel war es, die zukünftige Betreuung ihren Emotionen anzupassen und die Bewältigungsstrategien jener Frauen zu unterstützen. Zu diesem Zweck wurden auf der Frühschwangerschaftsstation sowie der Abteilung für wiederkehrende Aborte einer niederländischen Universitätsklinik nach Frauen gesucht, die nach einem oder mehreren Aborten wieder schwanger waren oder den Wunsch danach hatten. Die möglichen Probandinnen wurden telefonisch zur Studienteilnahme eingeladen und bei Interesse mündlich und schriftlich darüber informiert. 24 Frauen im Alter zwischen 27 und 38 Jahren, mit einem bis fünf erlebten Aborten haben zur Teilnahme eingewilligt. Die Stichprobe war bewusst unterschiedlich in der Anzahl Aborte und dem Alter gezogen worden.

Mit jeder Teilnehmerin wurde einmalig nach der 8. Schwangerschaftswoche ein persönliches halbstrukturiertes Interview geführt. Die 40– bis 76–minütigen Gespräche wurden aufgenommen und transkribiert.

Die Hauptaussage der Studie ist, dass die Frauen nach einem Abort das Gefühl eines Kontrollverlusts haben. Sie suchen nach Bewältigungsstrategien, um die Kontrolle über die Unsicherheit zu erlangen. Die untergeordneten Ergebnisse wurden den drei Phasen zugeteilt, welche die Frauen durchlebten:

- Abortphase: Die Frauen durchlebten jegliche Art von Emotionen sowie das Empfinden von Machtlosigkeit. Sie waren gezwungen, sich mit dem Verlust abzufinden. Die Suche nach sozialer Unterstützung, die positive Aufarbeitung der Situation sowie die Beschaffung von Informationen halfen ihnen bei der Bewältigung dieser Phase.

- Konzeptionsphase: Der Wunsch nach mehr Begleitung durch das Fachpersonal war ausgeprägt. Ausserdem erzählten die Teilnehmerinnen vom Gefühl der Eifersucht auf Schwangere und Frauen mit Kindern. Alternativ fanden sie Unterstützung durch Psychologen, Akupunktur, Yoga oder Homöopathie. Freizeitaktivitäten, die Arbeit oder soziale Kontakte verschafften ihnen Ablenkung.
- Schwangerschaftsphase: Aufgrund dessen, dass sich die Frauen des Abortrisikos bewusst waren, wurden die positiven Gefühle über eine neue Schwangerschaft häufig durch Unsicherheit überdeckt. Durch das Aufbauen einer emotionalen Schutzmauer grenzten sich die Probandinnen von ihrer Schwangerschaft ab. Sie waren auf medizinisches Fachpersonal und regelmässige Konsultationen inklusive Ultraschalluntersuchungen angewiesen, um Kontrolle über ihre Situation zu erlangen. Zusätzlich gaben ihnen bemerkbare Schwangerschaftssymptome sowie die häufige Wiederholung von Schwangerschaftstests eine Bestätigung über das Fortbestehen der Schwangerschaft. Sicherheit vermittelte ihnen das Erreichen von persönlichen Meilensteinen. Es wurde bewusst abgewogen, welchen Personen im sozialen Umfeld die Schwangerschaft bekanntgegeben wurde.

Von Seiten der Forschenden galten sowohl das hohe Bildungsniveau als auch das geringe Altersspektrum der Teilnehmerinnen als Limitation für die Studie.

#### **4.3.2 Beurteilung**

Das Setting ist geeignet, da dort jene Frauen, die die Einschlusskriterien erfüllen in grosser Zahl anzutreffen sind. Das Auswahlverfahren ist angemessen, da die beiden Faktoren Alter und Anzahl Aborte möglicherweise die Emotionen beeinflussen, was sich wiederum auf die Übertragbarkeit auswirken könnte. Des Weiteren wird als positiv erachtet, dass Beispielfragen aus den Interviews nachvollziehbar sind. Die Triangulation bei der Rohdatenanalyse, das stattgefundenene peer debriefing sowie die Verifizierung durch die Teilnehmerinnen wirken sich günstig auf die Glaubwürdigkeit aus. Durch plausibel eingesetzte Zitate werden die Ergebnisse übertragbar. Die Forschenden nennen Kritikpunkte der eigenen Untersuchung.

Die Übertragbarkeit ist limitiert wegen dem ausschliesslich hohen Bildungsniveau und dem geringen Altersspektrum. Ungünstig ist, dass keine Begleitung durch eine externe Person stattgefunden hat. Die Datenanalyse und –ergebnisse sind nur bedingt zuverlässig, da sie nicht von einem Gremium geprüft wurden.

#### 4.4 Studie von Sun et al. (2011)

Journal:	MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing, 36 (2), 127-133
Titel:	Sailing against the tide: Taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood
Autoren:	Sun, H.-L., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Chang, T.-H., & Paterson, H.
Land:	Taiwan
Publikationsjahr:	2011
Publikationssprache:	Englisch

##### 4.4.1 Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Studie wurden die von Müttern erlebten Emotionen während der Vorbereitung auf die Mutterschaft nach einem früheren Schwangerschaftsverlust untersucht. Die Forschenden hatten zum Ziel, die gemachten Erfahrungen von jenen betroffenen Frauen zu verstehen. Dafür wurde auf vier verschiedenen Wochenbettstationen in einem nordtaiwanesischen Gesundheitszentrum nach Frauen gesucht, die nach einem früheren Schwangerschaftsverlust ein gesundes Kind geboren haben. Es wurden sechs Wöchnerinnen im Alter zwischen 23 und 38 Jahren, welche nach Einschätzung der zuständigen Hebammen und Pflegefachpersonen in der psychischen Verfassung waren, an der Studie teilzunehmen, ausgewählt.

Mit jeder Teilnehmerin wurden zwei interpretative Interviews durchgeführt, von welchen das erste noch während des Wochenbettaufenthaltes und das zweite vier bis sechs Wochen post partum stattfand. Die Gespräche wurden aufgenommen, transkribiert und mit IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) analysiert. Die metaphorische Hauptaussage „Sailing against the tide“ wurde gewählt, da in Taiwan das Meer die kulturelle Bedeutung der Ungewissheit im Leben hat. Ihr lassen sich die drei aus der Datenanalyse hervorgehenden Kategorien unterordnen:

- Erinnerung an den Schwangerschaftsverlust: Nach dem Schwangerschaftsverlust fühlten sich die Frauen schuldig. Die grösste Unterstützung nach dem Verlust erfuhren die Frauen von ihren Partnern.
- Die neue Schwangerschaft: Die Frauen waren während ihrer Schwangerschaft und Geburt geprägt von Angst, Unsicherheit, dem Gefühl von Kontrollverlust und einem tiefen Verlangen nach Bestätigung, dass es dem ungeborenen Kind gut geht. Das Spüren von Kindsbewegungen und die vermehrten ärztlichen Kontrollen inkl. Ultraschalluntersuchungen haben den Frauen Sicherheit vermittelt. Die Teilnehmerinnen informierten sich über allfällige Risiken auf verschiedene Arten und

tauschten sich mit Betroffenen aus. Drei der Frauen haben die gynäkologische Betreuung gewechselt, weil sie die beste Versorgung für sich und ihr Kind wollten.

- Die Geburt eines gesunden Kindes: Die Ängste der Frauen wurden um den errechneten Geburtstermin stärker und liessen erst nach, als die Schreie des Kindes zu hören waren. Auch nach der Geburt suchten die Frauen nach Bestätigung, dass es dem Neugeborenen gut geht. Die Teilnehmerinnen empfanden das Muttersein schwieriger als erwartet.

Als wichtigsten Kritikpunkt in Bezug auf die Studie nannten die Forschenden den hohen Bildungsstand der Teilnehmerinnen, da dieser die Entscheidungsfindung und Lebenserfahrung beeinflusst haben könnte.

#### **4.4.2 Beurteilung**

Das Setting wird als geeignet erachtet, da Schwangerschaftsverluste in der Anamnese häufig sind und somit viele Betroffene eingeschlossen werden können. Ausserdem sind die gemachten Erfahrungen während des Wochenbettaufenthaltes noch sehr präsent. IPA ist ein bewährtes Instrument zur Datenanalyse. Des Weiteren wird als positiv erachtet, dass eine Verifizierung der gebildeten Kategorien durch die Teilnehmerinnen stattgefunden hat. Die Ergebnisse werden durch plausible Zitate untermauert. Eigene Limitationen zu der Studie werden von den Forschenden genannt.

Das Auswahlverfahren wird als bedingt geeignet erachtet, da alle Teilnehmerinnen im gleichen Gesundheitszentrum rekrutiert wurden. Zu diesem liegen keine Angaben vor, weswegen die Möglichkeit besteht, dass sich dessen Klientel von jenen in anderen Institutionen unterscheidet (zum Beispiel im sozioökonomischen Status). Dies könnte die Ergebnisse der Studie beeinflussen. Ebenfalls kritisch zu beurteilen ist, dass die Transkripte zwar mehrmals gelesen und überarbeitet wurden, es jedoch nicht ersichtlich ist, ob von verschiedenen Forschungspersonen. Es ist zu beachten, dass in Taiwan das Sprechen über den Tod als Tabuthema gilt. Dies sowie die Tatsache, dass alle Probandinnen ein hohes Bildungsniveau aufwiesen, machen die Ergebnisse nur bedingt übertragbar.

Die Begleitung durch eine externe Person wird nicht genannt, was einen negativen Einfluss auf die Bestätigbarkeit hat. Bezüglich der Glaubwürdigkeit kann nicht beurteilt werden, ob ein peer debriefing<sup>o</sup> stattgefunden hat, da nicht ersichtlich ist, wie viele Forschungspersonen bei der Datenanalyse involviert waren. Kritisch zu würdigen gilt es auch, dass nicht genannt wird, ob die Datenanalyse und die Ergebnisse von einem Gremium geprüft wurden. Dies wirkt sich auf die Zuverlässigkeit der Studie aus. Aufgrund dessen, dass kein Interviewleitfaden einsehbar ist, ist die Nachvollziehbarkeit nur beschränkt möglich.

## 5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der beurteilten Studien miteinander verglichen und diskutiert. Unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes wird Bezug auf die in der Einleitung genannte Hypothese genommen und die Fragestellung beantwortet. Darauf basierend werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben und mit weiterer Literatur in Zusammenhang gebracht.

### 5.1 Gegenüberstellung der Ergebnisse

Die Probandinnen aller vier Studien äusserten, während ihrer Folgeschwangerschaft den Wunsch nach Bestätigung über das Wohlergehen des ungeborenen Kindes verspürt zu haben (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2014; Sun et al., 2011).

Andersson et al. (2012) sowie auch Ockhuijsen et al. (2014) beschreiben in ihrer Studie, dass die Wahrnehmung von typischen Beschwerden Sicherheit über das Fortbestehen der Schwangerschaft vermittelte. Diese erlangten sie laut Sun et al. (2011) auch durch das Spüren von Kindsbewegungen. In nur einer Studie wurde die häufige Wiederholung der Schwangerschaftstests als Rückversicherung für die Frauen genannt (Ockhuijsen et al., 2014).

Die Frauen wünschten sich während ihrer Folgeschwangerschaft Kontrollen in kürzeren Abständen (Meredith et al., 2017), was laut den Ergebnissen von Sun et al. (2011) einen wesentlichen Beitrag zum Sicherheitsgefühl geleistet hat.

Häufigere Ultraschalluntersuchungen bestätigten den Teilnehmerinnen den physiologischen Verlauf ihrer Schwangerschaft (Ockhuijsen et al., 2014; Sun et al., 2011). Andersson et al. (2012) erwähnen dies ebenfalls, bemerken jedoch den stressauslösenden Faktor für einzelne Frauen, deren früherer Abort mittels Ultraschall diagnostiziert worden war.

Die Unterstützung durch Hebammen und ärztliches Fachpersonal wurde grundsätzlich als sehr wertvoll erachtet (Meredith et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2014). Laut einigen Teilnehmerinnen wäre jedoch das Bedürfnis nach mehr Begleitung dagewesen (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2014). Bei Sun et al. (2011) werden keine vergleichbaren Aspekte genannt. Dies kann allerdings vernachlässigt werden, da die kulturellen Umstände in Taiwan es Fachpersonen erschweren, Frauen nach Kindsverlust emotional zu begleiten.

Bei Unsicherheiten und angstausslösenden Ereignissen waren die Fachpersonen leicht zu erreichen. Die entgegengebrachte Empathie, die verständliche Beantwortung ihrer Fragen sowie die beruhigenden Worte haben den Frauen eine grosse emotionale Unterstützung geboten und sie in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017).



In der Studie von Meredith et al. (2017), in welcher die Teilnehmerinnen in einer spezialisierten Klinik betreut wurden, wird betont, dass die kontinuierliche und individuelle Begleitung durch ein interprofessionelles Team geschätzt wurde. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach präkonzeptioneller und postpartaler Unterstützung geäußert, woraus abgeleitet werden kann, dass ein Bedarf nach dem ganzheitlichen Betreuungsbogen besteht.

Die Ergebnisse aller beurteilten Studien weisen auf das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung hin, um über Gefühle, das Erlebte und die aktuelle Schwangerschaft zu sprechen (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2014; Sun et al., 2011). Dieses wurde im Austausch mit anderen Betroffenen (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017; Sun et al., 2011) oder der eigenen Familie (Andersson et al., 2012) gestillt. Die taiwanesischen Frauen erfuhren die meiste Unterstützung durch ihre Partner, was erneut den kulturellen Aspekten zugeschrieben wird (Sun et al., 2011).

Die Probandinnen aller vier Studien nannten ein Gefühl von Kontrollverlust. Durch verschiedene Möglichkeiten haben sie versucht, diesem entgegenzuwirken (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2014; Sun et al., 2011).

Laut Ockhuijsen et al. (2014) sind sich Frauen, die bereits einen Kindsverlust erlitten haben, darüber im Klaren, dass eine Schwangerschaft keine Garantie für ein lebendes Kind darstellt. Die daraus resultierende Angst während einer Folgeschwangerschaft, wirft gemäss Andersson et al. (2012) viele Fragen bezüglich der Ursache des erlebten und der Verhinderung eines erneuten Verlusts auf. Um diese Fragen zu beantworten sowie die Kontrolle über die beeinflussbaren Faktoren zu erlangen, haben sich die Teilnehmerinnen aller vier Studien auf verschiedenen Wegen ausführliche Informationen beschafft (Andersson et al., 2012; Meredith et al., 2017; Ockhuijsen et al., 2014; Sun et al., 2011).

Ockhuijsen et al. (2014) erwähnen, dass sich die Frauen in ihrer Studie eine emotionale Schutzmauer als Abgrenzung zur neuen Schwangerschaft aufgebaut haben. Dies kann mit der Distanzierung von der Folgeschwangerschaft gleichgesetzt werden, welche in den Studien von Andersson et al. (2012) und Meredith et al. (2017) beschrieben wird. Die Teilnehmerinnen waren verhalten in der Hoffnung über den erfolgreichen Verlauf der Folgeschwangerschaft, weswegen sie sich nur zurückhaltend auf das neue Kind vorbereitet haben. Dies diente dem Ziel, sich vor einer erneuten Enttäuschung zu schützen (Andersson et al., 2012).

In drei Studien haben sich die Teilnehmerinnen bewusst mit der Bekanntgabe der Folgeschwangerschaft auseinandergesetzt. Andersson et al. (2012) sowie Meredith et al. (2017) beschreiben eine zurückhaltende Inkenntnissetzung des Umfeldes, um Glückwünsche zu vermeiden. Einige Probandinnen der Studie von Ockhuijsen et al. (2014) schilderten dasselbe, andere involvierten mehr Menschen als in der vorherigen Schwangerschaft, in der

Hoffnung auf grössere Unterstützung im Falle eines erneuten Kindsverlustes. In den Ergebnissen von Sun et al. (2011) werden keine Aussagen dazu gemacht. Da Informationen bezüglich der Schwangerschaft und deren Bekanntgabe in der taiwanesischen Kultur fehlen, kann nicht beurteilt werden, ob und inwiefern die Frauen dazu beglückwünscht würden. Andererseits ist der Tod ein Tabuthema, weswegen davon ausgegangen wird, dass die Anzahl eingeweihter Personen keine Auswirkung auf die Unterstützung im Falle eines weiteren Verlustes hätte.

Laut Ockhuijsen et al. (2014) vermittelte das Erreichen von persönlichen Meilensteinen den Schwangeren Sicherheit. In der Studie von Meredith et al. (2017) wird das Setzen von Kurzzeitzielen einerseits als hilfreich, andererseits als stressauslösend beschrieben.

Zusätzliche Kontrolle über die Unsicherheit erlangten die Frauen durch verschiedene Bewältigungsstrategien. Die Teilnehmerinnen der Studie von Meredith et al. (2017) fanden es hilfreich, Gedanken und Gefühle in einem Tagebuch festzuhalten oder Briefe an das Ungeborene zu verfassen. Ockhuijsen et al. (2014) beschreiben, die Schwangeren hätten sich alternative Unterstützung beispielsweise durch Akupunktur oder Yoga eingeholt, oder sich mit ihrem Beruf oder Freizeitaktivitäten abgelenkt.

## **5.2 Beantwortung der Fragestellung**

Zu Beginn dieser Bachelorarbeit haben die Autorinnen die Hypothese aufgestellt, dass Schwangere mit einem oder mehreren früheren Kindsverlusten nicht die gleichen Bedürfnisse in der Betreuung haben, wie jene, die zum ersten Mal schwanger sind. Weiter wurde angenommen, dass sich ihre Bedürfnisse auch von denen jener Mütter unterscheiden, die diese Erfahrung nicht machen mussten. Daraus wurde die Fragestellung „Welche Bedürfnisse von Frauen nach Verlust eines Kindes durch Abort, Totgeburt oder neonatalen Kindstod während einer Folgeschwangerschaft werden in der Literatur beschrieben?“ abgeleitet.

Die meisten Studien thematisieren die Begleitung während eines Kindsverlustes oder die Emotionen während einer Folgeschwangerschaft. Dennoch konnten vier zur Beantwortung der Fragestellung relevante Studien verwendet werden.

Das Vergleichen aller Ergebnisse hat folgende Bedürfnisse ergeben, deren Herleitung in Tabelle 3 unter Kapitel 5.3, Theorie-Praxis-Transfer dargestellt wird:

- Bedürfnis nach Sicherheit
- Bedürfnis nach Unterstützung
- Bedürfnis nach Kontrolle

Die Ergebnisse der ausgewählten Studien, woraus sich die obengenannten Bedürfnisse ableiten liessen, sind grösstenteils kongruent. Die Studien wurden in vier Ländern durch voneinander unabhängige Forschungsteams durchgeführt und in den letzten sieben Jahren veröffentlicht. Dies legt den Schluss nahe, dass diese Bedürfnisse bei der Betreuung der betroffenen Frauen berücksichtigt werden sollten. Allerdings ist die Gesamtteilnehmerzahl von 53 Frauen relativ gering. Um die Fragestellung dieser Bachelorarbeit abschliessend beantworten zu können müsste mehr Forschung zu diesem Thema verfügbar sein. Aus diesem Grund und weil die Bedürfnisse werdender Mütter im Allgemeinen, wie in Kapitel 3.2 aufgeführt, in der Literatur unterschiedlich beschrieben sind, kann die Hypothese weder bestätigt noch widerlegt werden. Die Verfasserinnen dieser Arbeit interpretieren, dass die Sorgen von Primigravidae auf die Ungewissheit gerichtet sind, während Schwangere nach früherem Kindsverlust aufgrund des Erlebten besorgt sind. Daraus schliessen sie, dass die Bedürfnisse nicht miteinander verglichen werden können, da sie, selbst wenn sie ähnlich oder gar gleich beschrieben werden, nicht auf dasselbe ausgerichtet sind.

### **5.3 Theorie-Praxis-Transfer**

Aus den Bedürfnissen, die aus den Ergebnissen der ausgewerteten und kritisch beurteilten Studien abgeleitet wurden, liessen sich nachfolgende Empfehlungen für die Betreuung betroffener Frauen entwickeln. Diese richten sich an Hebammen und andere in die Betreuung von Schwangeren nach früherem Kindsverlust involvierte Fachpersonen. Zusätzlich wurden aus Fachbüchern, Ratgebern und Fachzeitschriften Aussagen zusammengetragen, die erkennbare Übereinstimmungen mit diesen Empfehlungen aufweisen.

#### *Sicherheit*

Es braucht die Bereitschaft, sich für die Schwangeren genügend Zeit zu nehmen und ihnen den Raum zu geben, über ihren Verlust und ihre Ängste zu sprechen. Dies deckt sich sinngemäss mit der Empfehlung von Ehlers, Juliane und George (1998, S. 46), in der ausserdem auf die Wichtigkeit hingewiesen wird, dass die betroffenen Frauen die Möglichkeit haben sollen, ihr verstorbene Kind zu betrauern. Die Schwangeren sollen in ihrer Selbstwirksamkeit gefördert und dazu ermutigt werden, ihre Bedürfnisse und Wünsche bezüglich der individuellen Betreuung zu benennen. Wolter (2010, S. 122) rät beispielsweise, Paare darin zu bestärken, bei Terminvereinbarungen auf ihre besondere Situation hinzuweisen. Darauf sollte unter anderem mit einer Anpassung der Kontrollen in ihrer Häufigkeit und Dauer reagiert werden. Auch Wischmann (2017, S. 74) empfiehlt, den Müttern während einer Folgeschwangerschaft eine hochfrequente Kontaktaufnahme zum Fachpersonal zu ermöglichen. Gleichzeitig gilt es, die Wichtigkeit der Ultraschalluntersuchungen zu eruieren, da einige Frauen dadurch eine Bestätigung über den physiologischen Verlauf ihrer Schwangerschaft erhalten, während andere

diese als angst- und stressauslösend empfinden. O'Leary und Warland (2016, S. 38) weisen darauf hin, dass den Eltern oftmals allein durch das Angebot von zusätzlichen Ultraschalluntersuchungen Sicherheit vermittelt wird. Allerdings betonen sie ebenfalls, dass ein Ultraschall negative Erinnerungen hervorrufen kann. In jedem Fall soll die Frau in ihrer körperlichen Wahrnehmung gestärkt werden, indem sie auf Schwangerschaftssymptome und Kindsbewegungen aufmerksam gemacht wird und lernt, diese als Zeichen des Wohlergehens des Ungeborenen zu deuten. Grossen Wert auf das Vermitteln von Vertrauen in den eigenen Körper und dessen Fähigkeit, ein Kind auszutragen legen auch Neises und Becker (2005, S. 190) sowie Wheeler (2000). Laut Côté-Arsenault und Donato (2007) sind die Kindsbewegungen das bedeutendste Kriterium für das Wohlbefinden des Ungeborenen.

### *Unterstützung*

Die Frau ist zu Beginn der Betreuung über die Zuständig- und Erreichbarkeiten der involvierten Fachpersonen zu informieren. Die Begleitung soll empathisch und in einer für Laien verständlichen Sprache stattfinden. Auch Caelli, Downie und Letendre (2002) und Beutel (2002, S. 146) machen auf die Notwendigkeit einer individualisierten, einfühlsamen Betreuung durch authentische Fachpersonen aufmerksam. Komplexe Informationen können laut O'Leary und Warland (2016, S. 38) in Stresssituationen nicht aufgenommen werden. Ärztliches Fachpersonal soll die Schwangeren auf die Vorteile einer kontinuierlichen Betreuung im Sinne des ganzheitlichen Betreuungsbogens durch eine Hebamme, welche mehr Zeit für Gespräche aufbringen kann, hinweisen. Um Frauen nach Kindsverlust den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen zu ermöglichen, sollen spezielle Kurse für diese Zielgruppe organisiert oder auf bestehende Angebote aufmerksam gemacht werden. Côté-Arsenault und Freije (2004) erwähnen, dass Frauen während einer Folgeschwangerschaft davon profitieren, Gemeinsamkeiten zu erkennen und sich miteinander an die verstorbenen Kinder zu erinnern. Dadurch werde auch ein Beziehungsaufbau zum Ungeborenen erleichtert. Des Weiteren ist es ratsam, den Frauen zu empfehlen, in ihrem sozialen Umfeld aktiv Unterstützung anzufordern. Gemäss Lothrop (2016, S. 232) ist es essenziell, während einer Schwangerschaft nach früherem Kindsverlust von Menschen umgeben zu sein, die einem erlauben über die eigenen Gefühle zu sprechen.

### *Kontrolle*

Schwangere nach früherem Kindsverlust sollten darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie bei Bedarf jederzeit ein Geburtsnachgespräch einfordern können. Auch Wolter (2010, S. 91) rät den Betroffenen, die Geburt des verstorbenen Kindes mit den damals involvierten Fachpersonen zu besprechen. Weiter sollen die Mütter dazu animiert werden, bei Unklarheiten bezüglich der Ursache des erlebten und Verhinderung eines erneuten Verlustes aktiv

nachzufragen. Lothrop (2016, S. 232) und O’Leary und Warland (2016, S. 38) teilen die Ansicht, dass es für die Eltern wichtig ist, Fragen stellen zu können, wann immer sie etwas beschäftigt. Geeignetes Informationsmaterial zu erhalten, kann den Betroffenen helfen, die Kontrolle über ihre Situation zu erlangen. Betreuende Fachpersonen sollen die Frauen dazu ermutigen, sich auf die aktuelle Schwangerschaft zu konzentrieren und sich dabei Kurzziele zu setzen. Die Eltern darauf aufmerksam zu machen, dass es sich um eine neue Schwangerschaft und ein anderes Kind handelt, kann laut O’Leary und Warland (2016, S. 38) dabei helfen, die Vergangenheit von der gegenwärtigen Erfahrung zu trennen. Als hilfreich könnte sich hierbei das Führen eines Tagebuches herausstellen. Es sollte jederzeit Raum für Gespräche über persönliche Meilensteine geboten werden. O’Leary (2009) empfiehlt Fachpersonen, sich Daten zu notieren, die für die Frau potentiell stressauslösend sind. Die Förderung der pränatalen Mutter-Kind-Bindung ist eine Möglichkeit, die Frau dabei zu unterstützen, ihre emotionale Schutzmauer abzubauen. Lothrop (2016, S. 231) betont, dass eine zurückhaltende Bindung zum ungeborenen Kind es einer Frau nicht leichter macht, einen allfälligen weiteren Verlust zu verarbeiten.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass diese Empfehlungen nicht auf jede Schwangere nach früherem Kindsverlust angewendet werden können, da die Berücksichtigung des Individuums – wie bei allen Schwangerschaftsbegleitungen – im Vordergrund stehen soll. Eine kontinuierliche Betreuung durch eine oder wenige Fachpersonen ist in jedem Fall anzustreben. Falls dies aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht möglich ist, sind eine ausführliche Dokumentation sowie ein regelmässiger Austausch im interprofessionellen Team unerlässlich. In einigen Ländern besteht bereits das Angebot spezialisierter Sprechstunden für Betroffene. Angesichts der steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz wird davon ausgegangen, dass ein solches Angebot derzeit nicht als Grundversicherungsleistung realisiert werden kann. Dennoch stellt sich die Frage, ob die Kosten damit nicht langfristig im Sinne der Prävention unter Berücksichtigung der unter Kapitel 3.5 beschriebenen Salutogenese gesenkt werden könnten. Aus Sicht der Autorinnen dieser Arbeit ist das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auch auf die Schwangerschaft anwendbar. Selbst eine allfällige Risikoschwangerschaft weist regelrichtige Anteile auf, welche es zu erkennen und zu fördern gilt. Hebammen und andere in die Betreuung von Schwangeren nach früherem Kindsverlust involvierte Fachpersonen können das Kohärenzgefühl der Frau stärken, indem sie die Gefühle von Handhabbarkeit, Verstehbarkeit sowie Bedeutsamkeit unterstützen.

Die Tabelle 3 verschafft einen Überblick über die aus den Ergebnissen abgeleiteten Bedürfnisse, die daraus formulierten Empfehlungen sowie sinngemässe Aussagen aus bestehender Literatur.

**Tabelle 3: Überblick über Ergebnisse, Bedürfnisse, Empfehlungen und Literatur, eigene Darstellung.**

Ergebnisse	Bedürfnisse	Empfehlungen	Literatur
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestätigung über das Wohlergehen des Ungeborenen</li> <li>▪ Wahrnehmen von Schwangerschaftsbeschwerden</li> <li>▪ Spüren von Kindsbewegungen</li> <li>▪ Wiederholung von Schwangerschaftstests</li> <li>▪ Kontrollen in kürzeren Abständen</li> <li>▪ Häufigere Ultraschalluntersuchungen</li> </ul>	Sicherheit	Genügend Zeit nehmen	
		Körperliche Wahrnehmung stärken, auf Kindsbewegungen und Schwangerschaftssymptome aufmerksam machen	Neises und Becker (2005, S. 190), Wheeler (2000) Côté-Arsenault und Donato (2007)
		Raum geben über Verlust zu sprechen	Ehlers et al. (1998, S. 46)
		Frau in ihrer Selbstwirksamkeit stärken	Wolter (2010, S. 122)
		Häufigkeit und Dauer der Kontrollen anpassen	Wischmann (2017, S. 74)
		Wichtigkeit der Ultraschalluntersuchungen eruieren	O'Leary und Warland (2016, S. 38)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wertvolle Unterstützung durch Fachpersonal</li> <li>▪ Gute Erreichbarkeit der Fachpersonen</li> <li>▪ Emotionale Unterstützung und Stärkung der Selbstwirksamkeit</li> <li>▪ Kontinuierliche und individuelle Betreuung</li> <li>▪ Austausch mit Betroffenen, Familien und Partner</li> <li>▪ Wunsch nach präkonzeptioneller und postpartaler Unterstützung</li> <li>▪ Bedürfnis nach sozialer Unterstützung</li> </ul>	Unterstützung	Empathische Begleitung	Caelli et al. (2002), Beutel (2002, S. 146)
		Zuständigkeit und Erreichbarkeit von Fachpersonen aufzeigen	
		Laiensprache verwenden	O'Leary und Warland (2016, S. 38)
		Vorteile des ganzheitlichen Betreuungsbogens aufzeigen	
		Kurse für Betroffene anbieten	Côté-Arsenault und Freije (2004)
		Empfehlen, soziale Unterstützung anzufordern	Lothrop (2016, S. 231)

**Tabelle 3 (Fortsetzung): Überblick über Ergebnisse, Bedürfnisse, Empfehlungen und Literatur, eigene Darstellung**

Ergebnisse	Bedürfnisse	Empfehlungen	Literatur
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gefühl von Kontrollverlust</li> <li>▪ Bewusstsein des Verlustrisikos</li> <li>▪ Informationsbeschaffung</li> <li>▪ Emotionale Schutzmauer als Abgrenzung von der Schwangerschaft</li> <li>▪ Verhaltene Hoffnung</li> <li>▪ Zurückhaltende Vorbereitung auf das Kind</li> <li>▪ Bekanntgabe der Folgeschwangerschaft</li> <li>▪ Erreichen von persönlichen Meilensteinen</li> <li>▪ Bewältigungsstrategien</li> </ul>	Kontrolle	Geburtsnachgespräch anbieten	(Wolter, 2010, S. 91)
		Bei Unklarheiten zur aktiven Nachfrage ermutigen	Lothrop (2016, S. 232), O'Leary und Warland (2016, S. 38)
		Förderung der Konzentration auf die aktuelle Schwangerschaft	O'Leary und Warland (2016, S. 38)
		Zugang zu Informationsmaterial ermöglichen	
		Förderung der pränatalen Mutter-Kind-Bindung	Lothrop (2016, S. 231)
		Vorschlagen, Tagebuch zu führen	
		Motivieren, Kurzziele zu setzen	
		Gespräch über Meilensteine ermöglichen	O'Leary (2009)

## 6 Schlussfolgerung

Basierend auf dem theoretischen Hintergrund, den Ergebnissen und der Diskussion folgt nun das Fazit der Autorinnen dieser Bachelorarbeit. Weiter werden die Limitationen genannt, sowie auf weiteren Forschungsbedarf hingewiesen.

Es ist erneut darauf hinzuweisen, dass jede Frau als Individuum angesehen werden soll. Eine wertfreie und unvoreingenommene Betreuung durch Hebammen und andere involvierte Fachpersonen ist essentiell. Diese Aussage wird durch das folgende Zitat verdeutlicht: „Each individual is unique and each narrative a complex tapestry of threads that includes but is not limited to the pregnancy loss“<sup>4</sup> (Freedman, 2017).

Trotz der überschaubaren Gesamtzahl an Probandinnen über alle vier beurteilten Studien hinweg, sind die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit der Ansicht, dass die ermittelten Bedürfnisse bei der Betreuung von Schwangeren mit früherem Kindsverlust berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus erachten sie die sorgfältige Umsetzung der herausgearbeiteten Empfehlungen als wichtigen Beitrag dazu, dass sich die Frauen während ihrer Folgeschwangerschaft gut begleitet fühlen und in ihrem Kohärenzsinn gestärkt werden. Die Tatsache, dass sich in bereits bestehender Literatur Aussagen finden lassen, die sinngemäss mit ihren Empfehlungen übereinstimmen, bestärkt diese Überzeugung. Auch im unter Kapitel 3.6 beschriebenen Internationalen Ethikkodex für Hebammen ist das Recht der Frauen auf Information, die Bedeutung der Selbstwirksamkeitsförderung sowie die Notwendigkeit festgehalten, unabhängig von den Umständen auf die körperlichen, geistigen und spirituellen Bedürfnisse einzugehen. Umso mehr stellt sich die Frage, warum diesem Thema in der Praxis so wenig Beachtung geschenkt wird. Gleichzeitig sind sich die Autorinnen der vorliegenden Arbeit bewusst, dass sich der Umgang mit dem Tod von Kindern während der Schwangerschaft, bei oder kurz nach der Geburt seit einigen Jahren stark im Wandel befindet. Politisch und gesellschaftlich wird der Kindsverlust zunehmend thematisiert und enttabuisiert sowie die Auswirkungen für die Frauen anerkannt. Somit besteht die Zuversicht, dass auch der Folgeschwangerschaft künftig mehr Beachtung geschenkt wird.

### 6.1 Limitationen und Ausblick

Grundsätzlich ist nur wenig Forschung, die sich mit den Bedürfnissen während der Folgeschwangerschaft auseinandersetzen, verfügbar. Dementsprechend ist mit 53 Probandinnen die Gesamtzahl über alle beurteilten Studien relativ klein. Weitere Forschung

---

<sup>4</sup> „Jedes Individuum ist einzigartig und jede Erzählung ein komplexes Geflecht aus Themen, das den Schwangerschaftsverlust einschliesst, aber nicht darauf beschränkt ist.“ (Übersetzung durch Autorinnen)



zum Thema wird benötigt, um die Ergebnisse und die daraus resultierenden Empfehlungen übertragbar zu machen. Zu Beginn des Rechercheprozesses bestand die Überlegung, die Bedürfnisse von Frauen nach den Personen, an die sie gerichtet sind, zu clustern. Dies konnte nicht realisiert werden, da in den Studien diesbezüglich keine Unterscheidung gemacht wird. Dennoch sind die herausgearbeiteten Bedürfnisse an mehrere Zielgruppen gerichtet und es konnte gezeigt werden, inwieweit Hebammen und andere in die Betreuung involvierte Fachpersonen diese beeinflussen können. Die weitere Intention, sich auf eine Art des Kindsverlustes zu beschränken, konnte nicht umgesetzt werden, da sich nicht in allen Publikationen eine Unterscheidung finden lässt. Hierbei stellt sich die Frage, ob die Art des Verlustes die Bedürfnisse während einer Folgeschwangerschaft beeinflusst.

Von weiterem Interesse könnten folgende Themen sein:

- Die Rolle des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin während einer Folgeschwangerschaft nach einem Kindsverlust
- Auswirkung der Betreuung während der Folgeschwangerschaft nach einem Kindsverlust auf den Geburtsmodus
- Langzeit-Outcome vom Folgekind
- Die Bedürfnisse von Frauen während einer Folgeschwangerschaft nach Abortio

## 7 Verzeichnisse

### 7.1 Literaturverzeichnis

- Andersson, I.-M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 262-270.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Band 36). Tübingen: dgvt.
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. (o.D.). *Website*. Zugriff am 19.04.2018. Verfügbar unter <http://www.awmf.org/>
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33 (6), 765-773.
- Aschwanden, E. (2017). *Krankenkasse zahlt mehr Untersuchungen durch Hebammen*. Zugriff am 04.03.2018. Verfügbar unter <https://www.nzz.ch/schweiz/betreuung-in-der-schwangerschaft-vertrauen-in-die-hebamme-waechst-ld.150917>
- Barker, S. (2011). *Midwives' Emotional Care of Women becoming Mothers*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2009). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6, 2. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beutel, M. e. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes: Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und plötzlichem Kindstod* (Reihe psychosoziale Medizin, Bd. 2, 2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bondas, T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18 (1), 61-71.
- Bühl, E. (2017, 13. September). *Schwangerschaft nach perinatalem Kindsverlust - Gefühle und Bedürfnisse der Schwangeren in der Schweiz*. Master-Thesis, Donau-Universität. Krems.
- Bundesamt für Statistik. (2017a). *Gesundheit der Neugeborenen*. Zugriff am 03.02.2018. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheits-neugeborenen.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017b). *Perinatale, Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate*, Bundesamt für Statistik. Zugriff am 13.03.2018. Verfügbar unter

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/saeuglings-totgeburten.assetdetail.3562839.html>

Bundesamt für Statistik. (2017c). *Säuglingssterblichkeit, Totgeburten*. Zugriff am 03.02.2018.

Verfügbar unter

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/saeuglings-totgeburten.html>

Bundesrat. (2018). *Personenstandsregister wird modernisiert: Eröffnung des*

*Vernehmlassungsverfahrens*. Zugriff am 28.03.2018. Verfügbar unter

<https://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home/aktuell/news/2018/2018-03-090.html>

Caelli, K., Downie, J. & Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2), 127-136.

Côté-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*, 56 (2), 108-116.

Côté-Arsenault, D. & Donato, K. L. (2007). Restrained expectations in late pregnancy following loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36 (6), 550-557.

Côté-Arsenault, D. & Freije, M. M. (2004). Support groups helping women through pregnancies after loss. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (6), 650-670.

David, M. & Kentenich, H. (2008). Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Der Gynäkologe*, 41 (1), 21-27.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (o.D.). *Leitlinienprogramm*.

Zugriff am 19.04.2018. Verfügbar unter <https://www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/>

Downe, S. (2010). Hebammendiagnosen. Aus Sicht der Salutogenese. *Hebamme.ch* (3).

Ehlers, C., Juliane, G. & George, C. (1998). *Wenn das Leben mit dem Tod beginnt:*

*Anregungen für alle, die unterstützen möchten, wenn Kinder vor, während oder kurz nach der Geburt sterben* (2. Aufl.). Hannover: Elwin Staude.

Erdin, R., Grylka-Bäschlin, S., Schmid, M. & Pehlke-Milde, J. (2017). *der Schweiz. Bericht zur Erhebung 2016.* : Schweizerischer Hebammenverband (SHV). Verfügbar unter

[http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/stat/Statistikbericht\\_2016\\_d.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2016_d.pdf)

- Freedman, R. (2017). *Addressing the Diversity of Experiences in Working with PAL Clients*. Zugriff am 27.03.2018. Verfügbar unter <https://pregnancyafterlosssupport.com/addressing-diversity-experiences-working-pal-clients/>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (o.D.). *Glossar*. Zugriff am 12.04.2018. Verfügbar unter <https://quint-essenz.ch/de/concepts>
- Gong, X., Hao, J., Tao, F., Zhang, J., Wang, H. & Xu, R. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 166 (1), 30-36.
- Helmer, H. & Schneider, H. (2016). Frühgeburt: Pränatale und intrapartale Aspekte. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 257-306). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hildebrand Brand, B. (2017). *Es geht um das Trauern, Verarbeiten und Anerkennen*, Luzerner Zeitung. Zugriff am 28.03.2018. Verfügbar unter <https://www.luzernerzeitung.ch/nachrichten/schweiz/Es-geht-um-das-Trauern-Verarbeiten-und-Anerkennen;art9641,1009794>
- Hofberg, K. & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79 (935), 505-510.
- Jasmin-t. (2016, 08. November). *35 SSW und panische Angst vor erneuter*. Zugriff am 04.03.2017. Verfügbar unter <https://www.eltern.de/foren/schwangerschaft-nach-gehlgeburt/1233068-35-ssw-panische-angst-vor-erneuter.html>
- Lack, N. (2016). Perinatale Mortalität. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 1169-1179). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D. et al. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387 (10018), 587-603.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London / Neu-Delhi: Sage.
- Lissauer, T. & Fanaroff, A. A. (2013). Internationale Vergleiche. In T. Lissauer & A. A. Fanaroff (Hrsg.), *Neonatologie* (Programmbereich Medizin, S. 363-371). Bern: Huber.
- Lothrop, H. (2016). *Gute Hoffnung, jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit: Begleitung und neue Hoffnung für Eltern*. München: Kösel.
- Luther, B. (2006). Salutogenese als Modell für die Hebammenarbeit. *Die Hebamme*, 19, 269-272.

- Markert, R. (2017). *Rainbow clinics are a thing and they're going to change your pregnancy after loss care*. Zugriff am 19.02.2018. Verfügbar unter <https://pregnancyafterlosssupport.com/rainbow-clinics-thing-theyre-going-change-pregnancy-loss-care/>
- McCarthy, F., Moss-Morris, R., Khashan, A., North, R., Baker, P., Dekker, G. et al. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122 (13), 1757-1764.
- Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J. & Desha, L. (2017). "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (6).
- Murphy, S., Shevlin, M. & Elklit, A. (2014). Psychological consequences of pregnancy loss and infant death in a sample of bereaved parents. *Journal of Loss and Trauma*, 19 (1), 56-69.
- Neises, M. & Becker, H. (Hrsg.). (2005). *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde: ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- O'Leary, J. (2009). Never a simple journey: pregnancy following perinatal loss. *Bereavement Care*, 28 (2), 12-17.
- O'Leary, J. & Warland, J. (2016). *Meeting the needs of parents pregnant and parenting after perinatal loss*. London: Routledge.
- Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S. & Boer, F. de. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Research in Nursing & Health*, 37 (4), 267-275.
- Pildner von Steinburg, S. (2016). Frühschwangerschaft: Klinische Aspekte und Abordgeschehen. In H. Schneider, P. Husslein & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 21-31). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Psyhyrembel Online, Goerke, K. (Mitarbeiter). (2018). *Risikoschwangerschaft*, Psyhyrembel Online. Zugriff am 10.04.2018. Verfügbar unter <https://www.psyhyrembel.de/Risikoschwangerschaft/K0K14/doc/>
- Rahden, O. von, Ayerle, G. M., Paulus, A. & Lohmann, S. (2014). Bedürfnisse und Wünsche der schwangeren Frauen. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (3. Aufl., S. 24-44). Stuttgart: Hippokrates.

- Reddy, U. M. & Spong, C. Y. (2014). Stillbirth. In R. K. Creasy, R. Resnik, M. F. Greene, J. D. Iams & C. J. Lockwood (Hrsg.), *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: principles and practice* (7. Aufl., S. 718-731). Philadelphia: Elsevier.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels* (Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW).
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E & Saisto T. (2008). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (1), 67-73.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2010). *Late intrauterine fetal death and stillbirth (Green-top Guideline No. 55)*. Zugriff am 19.02.2018. Verfügbar unter <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg55/>
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2016). *Maternity Standards*. Zugriff am 29.03.2018. Verfügbar unter <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/standards-for-maternity-care/>
- Sayn-Wittgenstein, F. z., Krahl, A., Kehrbach, A., Loytved, C., Albrecht, H., Kirchner, S. et al. (2007a). Einleitung. In F. z. Sayn-Wittgenstein (Hrsg.), *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung, S. 17-34). Bern: Huber.
- Sayn-Wittgenstein, F. z., Krahl, A., Kehrbach, A., Loytved, C., Albrecht, H., Kirchner, S. et al. (2007b). Ziele und Empfehlungen zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. In F. z. Sayn-Wittgenstein (Hrsg.), *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung, S. 183-206). Bern: Huber.
- Schuster, D. (2014). Psychosomatisches Verständnis – ein wichtiger Bestandteil der Hebammenarbeit. *Die Hebamme*, 27 (02), 92-96.
- Schuster, D. (2015). Ängste in der Schwangerschaft. *Die Hebamme*, 28 (04), 238-243.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (o.D.). *Website*. Zugriff am 19.04.2018. Verfügbar unter <https://www.sggg.ch/>
- Schweizerischer Hebammenverband. (o.D.). *Arbeitsgruppe Schwangerschaftsbetreuung*. Zugriff am 27.03.2018. Verfügbar unter <https://shv-zh.ch/arbeitsgruppen/>

- Schweizerischer Hebammenverband. (1994). *Internationaler Ethikkodex für Hebammen*. Zugriff am 26.03.2018. Verfügbar unter [http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/doku/ethikkodexd.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexd.pdf)
- Stahl, K. (2008). *Evidenzbasiertes Arbeiten*. Hebammenforum. Karlsruhe: BDH/deutscher Hebammenverband.
- Sun, H.-L., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Chang, T.-H. & Patterson, H. (2011). Sailing against the tide: taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36 (2), 127-133.
- The Royal College of Midwives. (2016). *Position Statement. Continuity of midwife-led care*, The Royal College of Midwives. Zugriff am 23.03.2018. Verfügbar unter <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Continuity%20of%20midwife-led%20care.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation. (o.D.). *Maternal and perinatal health*. Zugriff am 11.03.2018. Verfügbar unter [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/)
- Weltgesundheitsorganisation. (1977). Recommended Definitions, Terminology and Format for Statistical Tables Related to The Perinatal Period And Use of A New Certificate For Cause of Perinatal Deaths. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 56 (3), 247-253.
- Weltgesundheitsorganisation. (2016). *Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths*. Zugriff am 19.02.2018. Verfügbar unter [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/stillbirth-neonatal-death-review/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/stillbirth-neonatal-death-review/en/)
- Weltgesundheitsorganisation. (2017). *Recommendations on maternal health*. Zugriff am 25.03.2018. Verfügbar unter [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/)
- Wheeler, S. R. (2000). A loss of innocence and a gain in vulnerability: subsequent pregnancy after a loss. *Illness, Crisis & Loss*, 8 (3), 310-326.
- Wischmann, T. (2017). Psychologische Aspekte von Fehl-, Tot-, und Frühgeburten. In B. Toth (Hrsg.), *Fehlgeburten Totgeburten Frühgeburten: Ursachen, Prävention und Therapie* (SpringerLink : Bücher, S. 69-75). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wolter, H. (2010). *Meine Folgeschwangerschaft: Begleitbuch für Schwangere, ihre Partner und Fachpersonen nach Fehlgeburt, stiller Geburt oder Neugeborenenentod*. Salzburg: Edition Riedenburger.

## 7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl erfasster Fälle mit Schwangerschaftsbetreuung durch freipraktizierende Hebammen in der Schweiz, eigene Darstellung, angelehnt an Erdin et al. (2017).....	9
Abbildung 2: Zeitstrahl, eigene Darstellung. ....	16
Abbildung 3: Ganzheitlicher Betreuungsbogen, eigene Darstellung, angelehnt an Sayn-Wittgenstein et al. (2007a, S. 24) .....	19

## 7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords, eigene Darstellung. ....	11
Tabelle 2: Ausgewählte Studien, eigene Darstellung.....	13
Tabelle 3: Überblick über Ergebnisse, Bedürfnisse, Empfehlungen und Literatur, eigene Darstellung.....	38

## 7.4 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
Art.	Artikel
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
EDI	Eidgenössisches Department des Innern
i.V.m.	in Verbindung mit
KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, SR 832.112.31
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, SR 832.10
lit.	litera
NEBIS	Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz
PALC	Pregnancy After Loss Clinic
RCM	Royal College of Midwives
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SR	Systematische Rechtssammlung
St. n.	Status nach
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZStV	Zivilstandsverordnung vom 28. April 2004, SR 211.112.2



## **Wortzahl**

Abstract: 202

Arbeit: 9900

## **Eigenständigkeitserklärung**

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

Ort / Datum

Unterschriften

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mariana Meier

Samira Streuli

## **Anhang**

- A. Glossar
- B. Studienbeurteilung
- C. Rechercheprotokoll

## A. Glossar

Fachbegriff	Erklärung
Abruptio	Absichtlich herbeigeführte Beendigung einer Schwangerschaft vor Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeit von Embryo oder Fetus. Der Abbruch kann instrumentell und/oder pharmakologisch erfolgen.
Amniozentese	Punktion der Fruchthöhle (Amnionhöhle) zur Gewinnung von Fruchtwasser. Die Punktion erfolgt unter Ultraschallsicht von der Bauchdecke der Mutter aus.
Chordozentese	Ultraschallgesteuerte Punktion der fetalen Nabelschnur durch die mütterliche Bauchdecke.
Chorionzottenbiopsie	Pränataldiagnostisches Verfahren zur Gewinnung von Chorionzotten (aus der Plazenta) durch transvaginale oder transabdominale Punktion.
Embryo	Bezeichnung für die Frucht im Uterus während der Embryogenese vom 16. bis 60. Entwicklungstag.
Ersttrimestertest (ETT)	Der ETT besteht aus einer Berechnung des Trisomie-Risikos anhand von schwangerschaftsbedingten Faktoren (u.a. des Alters der Mutter), der Nackentransparenzmessung mittels Ultraschall sowie der Bestimmung von zwei biochemischen Markern (pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A), $\beta$ -Untereinheit des humanen Choriongonadotropins (freies $\beta$ -HCG)). Der ETT ermöglicht es, das Risiko für eine Trisomie 21, 18 oder 13 beim Fötus zu berechnen.
Fetofetales Transfusionsyndrom	Intrauteriner Blutaustausch von einem als Donor fungierenden Zwilling zum anderen als Akzeptor mit Anämie bzw. Polyglobulie durch die ungleiche Blutverteilung.
Fetomaternales Transfusionsyndrom	Seltene Erkrankung des Feten, bei der es zum Übertritt von fetalen Erythrozyten in den maternalen Kreislauf kommt.
Fötus	Bezeichnung für die Frucht im Uterus während der Fetogenese (ab 61. Gestationstag bis zur Geburt).
Geburtsasphyxie	Ein schwerer Sauerstoffmangel des Feten, der während der Eröffnungs- oder Austreibungsphase der Geburt entsteht.
Intrahepatische Schwangerschaftscholestase	Schwangerschaftsbedingte reversible intrahepatische Cholestase mit Pruritus und Ikterus.
Kongenital	Angeboren, durch Schädigung bzw. Fehlerhaftigkeit des genetischen Materials entstanden.
nicht-invasive Pränataltest (NIPT)	Eine Laboranalyse, die das fetale Genom (DNA) im mütterlichen Blut untersucht.
Organscreening	Die Ultraschalluntersuchung zwischen der 19. und 22. Schwangerschaftswoche, bei der die kindlichen Organsysteme untersucht werden, um Fehlbildungen bzw. Anomalien auszuschliessen.
Peer debriefing	Diskussion der Daten unter den Forschenden.
Regenbogenschwangerschaft	Eine Schwangerschaft nach einem oder mehreren Kindsverlusten.
Systemischer Lupus erythematodes	Der systemische Lupus erythematosus ist eine entzündliche Autoimmunerkrankung.

## **B. Studienbeurteilung**

Jeweils pro Studie:

- Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015)
- Kritische Würdigung nach Stahl (2008)
- Stärken und Schwächen

## Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015)

Andersson, I.-M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 262-270.

Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	Um welches Phänomen handelt es sich?	Der Umgang mit Emotionen während einer Folgeschwangerschaft nach einem oder mehreren erlebten Aborten
		Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?	Nach einem Abort erleben Frauen das Gefühl von Leere und Traurigkeit. Sie wünschen sich eine Betreuung durch kompetentes Personal und dass dieses ihre Gefühle ernst nimmt. Während einer Folgeschwangerschaft kommen gemischte Gefühle auf. Die positiven Gefühle einer neuen Schwangerschaft können mit Ängsten eines erneuten Verlustes verbunden sein. Frauen neigen dazu, sich selbst zu schützen, indem sie ihre Gefühle und Emotionen in Bezug auf ihre neue Schwangerschaft und das zukünftige Kind zurückhalten.
		Wie lautet die Forschungsfrage?	Es wird keine Forschungsfrage genannt.
		Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?	Das Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, wie Frauen die eine oder mehrere Fehlgeburten erlebt haben, während einer Folgeschwangerschaft mit ihren Emotionen umgehen.
Methode	Ansatz	Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?	Es wurde eine qualitative Studie mit induktivem Ansatz durchgeführt.
		Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet?	Der induktive Ansatz ist geeignet, weil die individuelle Erfahrung beschrieben und Textmaterial, ohne davor erstellte Theorie analysiert wurde.
	Stichprobe	Um welche Population handelt es sich?	Schwangere, welche in der Vergangenheit einen oder mehrere Aborte erlebt hatten
		Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen?	16 Teilnehmerinnen
		Wie wurde die Stichprobe gezogen?	Die Probandinnen haben an einer vorherigen Studie teilgenommen (Thema: Folgebesuche einer Hebamme nach einer Fehlgeburt) und wurden gebeten, sich zu melden, wenn sie wieder schwanger sind. Es wurden noch weitere Frauen durch Schneeballsystem auf die Studie aufmerksam.  8       Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ schwedisch sprechend</li> <li>▪ über 18 Jahre alt</li> <li>▪ zwischen der 9. und 12. Schwangerschaftswoche</li> <li>▪ mindestens ein erlebter Abort in der Vergangenheit</li> </ul>
		Gibt es verschiedene Studiengruppen?	Nein.

Methode (Fortsetzung)	Stichprobe (Fortsetzung)	Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?	Dazu wird nichts erwähnt.
	Datenerhebung	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet?	Zum Erreichen des Forschungszieles wurden Interviews mit den Teilnehmerinnen durchgeführt.
		Wie häufig wurden Daten erhoben?	Die Gespräche fanden einmalig statt und dauerten 12 bis 60 Minuten.
		Wie wurden die Daten verarbeitet?	Die Interviews wurden aufgezeichnet, so dass sich der Interviewer auf die Reaktion der Frau und die Dynamik des Interviews selbst konzentrieren konnte. Anschliessend fand eine Transkription statt.
	Methodologische Reflexion	Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selbstdiskutiert?	Es fand keine Diskussion statt.
	Datenanalyse	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?	Die Transkripte wurden mehrmals gelesen und die Hauptinhalte miteinander diskutiert, woraus Codes erstellt wurden. Die Forschenden haben zu Beginn drei Interviews zusammen analysiert, damit ihre Technik aufeinander abgeglichen werden konnte. Die folgenden wurden unabhängig voneinander bearbeitet. Ein peer debriefing hat stattgefunden. Aus 12 Unterkategorien wurden 5 Hauptthemen gemacht, woraus sich eine Hauptaussage ableiten liess.
		Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?	Es fand ein peer debriefing statt, um die Vertrauenswürdigkeit der Studie zu erhöhen.
	Ethik	Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?	-
Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?		Das Komitee für Forschungsethik an der Universität Göteborg kam zu dem Schluss, dass die Vorteile der Teilnahme an der Studie die potenziellen Risiken für die Teilnehmer überwiegen, bevor sie die Studie genehmigten.	
Ergebnis	Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?	Hauptaussage: Die Betroffenen neigten zu ambivalenten Gefühlen bezüglich ihrer gegenwärtigen Schwangerschaft. Einerseits distanzieren sie sich zum Eigenschutz von ihr, andererseits suchten sie aktiv nach Bestätigung, dass sie physiologisch ist.  Es wurden fünf Kategorien gebildet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distanzierung von der Schwangerschaft <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eigenschutz vor Enttäuschung</li> <li>○ Zweifel über erfolgreichen Ausgang der Schwangerschaft</li> <li>○ Angst vor erneutem Verlust</li> <li>○ Vermeidung, an das in sich tragende Kind zu denken</li> <li>○ Zurückhaltende Hoffnung, Vorbereitung aufs Kind und Bekanntgabe der Schwangerschaft</li> </ul> </li> <li>▪ Konzentration auf Schwangerschaftsbeschwerden <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorhandene Symptome gaben ein Gefühl von Sicherheit</li> </ul> </li> </ul>	

Ergebnis (Fortsetzung)			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suche nach bestätigenden Informationen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Angst warf viele Fragen auf</li> <li>○ Frage nach der Ursache des/der erlebten und Verhinderung eines erneuten Abortes</li> </ul> </li> <li>▪ Wunsch nach Ultraschalluntersuchung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bestätigung über physiologischen Verlauf</li> <li>○ Bewältigung von Angst</li> <li>○ Kindsbewegungen mit eigenen Augen sehen gab Sicherheit</li> <li>○ Teilweise auch schwierig, da die Diagnose des Abortes mittels Ultraschall gestellt wurde</li> </ul> </li> <li>▪ Wunsch nach professioneller und sozialer Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über Erlebtes und aktuelle Schwangerschaft sprechen</li> <li>○ Austausch mit der eigenen Familie sowie mit anderen Betroffenen half</li> <li>○ Beruhigung bei angstausslösende Ereignisse wie zum Beispiel leichte vaginale Blutungen</li> </ul> </li> </ul> <p>Befürchtung einer weiteren Fehlgeburt, Sorge um Intaktheit der Schwangerschaft</p>
		Wie sind die Ergebnisse präsentiert?	Die Ergebnisse werden in fünf Kategorien dargestellt und durch Zitate verdeutlicht. Eine Tabelle zeigt die Kategorien, ihre Unterkategorien sowie die daraus abgeleitete Hauptaussage.
Diskussion	Diskussion, Interpretation	Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?	Die Teilnehmerinnen lieferten Informationen, die bestehende Literatur bestätigten und erweiterten. Die Kernaussagen werden mit anderen Studien verglichen. Als Einschränkung der Studie wird genannt, dass die Frauen alle aus der gleichen Region stammten und im selben Krankenhaus betreut wurden.
	Schlussfolgerung, Anwendung, Praxistransfer	Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?	Die Frauen fühlten sich oftmals isoliert mit ihren Sorgen und waren angewiesen auf die Unterstützung des Umfeldes und der Fachpersonen. Leider bekamen sie von diesen häufig nicht die Unterstützung, die sie gebraucht hätten, um mit ihren Gefühle umzugehen. Daraus resultierte, dass die Teilnehmerinnen ihre Emotionen meistens alleine bewältigten.



## Kritische Würdigung nach Stahl (2008)

Andersson, I.-M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 262-270.

Titel	
Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?	Der Titel gibt den Inhalt der Studie eindeutig wieder.

Abstract	
Ist ein Abstract vorhanden?	Ja ein Abstract ist vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?	Er ist klar strukturiert und stellt die wichtigsten Aspekte der Studie dar.

Hintergrund	
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?	Es werden wenige Hintergrundinformationen gegeben.
<b>Literaturreview</b>	
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?	Der aktuelle Forschungsstand wird anhand von 19 Studien verständlich und ausführlich dargestellt.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage?	Die erwähnten Studien stehen alle im Zusammenhang mit dem Forschungsziel
Von wann sind die Studien?	Die zitierten Studien wurden zwischen 1977 und 2010 veröffentlicht.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?	Die verwendete Literatur wurde nur zusammenfassend beschrieben. Es werden keine Widersprüche oder Lücken aufgezeigt.
<b>Ziel der Studie und Forschungsfrage</b>	
Wird das Ziel der Studie klar formuliert?	Das Ziel dieser Studie ist klar formuliert und war, zu untersuchen, wie Frauen die eine oder mehrere Fehlgeburten erlebt haben, während einer Folgeschwangerschaft mit ihren Emotionen umgehen.
Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?	Es wird keine Forschungsfrage erwähnt.
<b>Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	
Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?	Der zu untersuchende Gegenstand „der Umgang mit Emotionen während einer Folgeschwangerschaft nach einem oder mehreren erlebten Aborten“ ist klar ersichtlich.

Methode	
<b>Forschungsansatz</b>	
Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?	Es wurde ein qualitativer Ansatz gewählt ohne dass die Wahl begründet wurde.

Methode	
Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?	Der qualitative Forschungsansatz ist geeignet, da Erfahrungen und Gefühle erforscht werden sollen.
<b>Studiendesign</b>	
Wird deutlich, welches Studiendesign gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?	Das Studiendesign wird nicht benannt. Es wird ersichtlich, dass es sich um deskriptive Phänomenologie handelt.
Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?	Das Studiendesign wird als geeignet erachtet, da die Emotionen der Teilnehmerinnen dargestellt werden, ohne dass etwas hinein interpretiert wurde.

Setting	
In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?	Die Probandinnen wurden alle im gleichen Krankenhaus in einer mittelgrossen schwedischen Stadt betreut.
Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?	Kann nicht beurteilt werden, da nicht nachvollziehbar ist, ob und inwiefern sich das Klientel von jenem in anderen Krankenhäusern unterscheidet.

Teilnehmerinnen/Stichprobe	
Wie groß ist die Stichprobe?	Die Stichprobe besteht aus 16 Frauen.
Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?	Die Probandinnen haben an einer vorherigen Studie teilgenommen und wurden gebeten, sich zu melden wenn sie wieder schwanger sind. Es wurden noch weitere Frauen durch Schneeballsystem auf die Studie aufmerksam.
War das Auswahlverfahren geeignet?	Das Auswahlverfahren der vorausgegangenen Studie ist nicht nachvollziehbar. Aus diesem Grund kann nicht beurteilt werden, inwiefern es sich für diese Studie eignet.
Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ schwedisch sprechend</li> <li>▪ über 18 Jahre alt</li> <li>▪ zwischen der 9. und 12. Schwangerschaftswoche</li> <li>▪ mindestens ein erlebter Abort in der Vergangenheit</li> </ul> Es werden keine Ausschlusskriterien genannt.
Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?	Es ist nicht ersichtlich, wie viele Teilnehmerinnen der vorherigen Studie sich meldeten, resp. wie viel von jenen eingeschlossen wurden. Ebenfalls fehlt die Angabe zu den Probandinnen, die durch Schneeballsystem dazukamen.

Datenerhebung	
Wie und wann wurden die Daten erhoben?	Es ist nicht dargestellt, zu welchem Zeitpunkt die Interviews durchgeführt wurden. Die Gespräche wurden in einem Sprechzimmer der ambulanten gynäkologischen Klinik des Krankenhauses durchgeführt und dauerten 12 bis 60 Minuten.
War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?	Die Methode ist für qualitative Forschung geeignet.
Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?	In der Studie wird die erste und einzige Frage des Interviews aufgeführt und lautet: „Sie sind wieder schwanger geworden. Können Sie mir sagen, wie Sie mit Ihren Gefühlen bezüglich Ihrer Schwangerschaft umgegangen sind?“  Wenn die Interviewerin das Gefühl hatte, es müsse mehr gesagt werden, hat sie die Antworten der Frauen wiederholt, um sie zu motivieren, mehr zu erzählen. Bevor das Interview beendet wurde, fragte sie die Frauen, ob sie ihrer Geschichte

Datenerhebung	
Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?	Es handelt sich nicht um ein bestehendes Instrument.
Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?	-
Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?	-
Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?	Die Daten wurden von der betreuenden Dozentin zweier Studierenden des Masterstudiengangs Hebamme erhoben.
Welche Rolle spielten die Forschenden bei der Datenerhebung?	Die Studierenden spielten bei der Datenerhebung keine Rolle. Die Interviews wurden ausschliesslich durch die Dozentin durchgeführt.
Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?	-
Wie wurden die Daten festgehalten?	Die Gespräche wurden aufgenommen und transkribiert.

Ethische Aspekte	
Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?	Eine Genehmigung beim Ethikkomitee wurde eingeholt.
Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?	Die Probandinnen wurden mündlich und schriftlich über das Ziel der Studie informiert. Sie unterzeichneten eine Einverständniserklärung und eine Geheimhaltungsvereinbarung.
Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?	Sie bestätigten, dass sie freiwillig an der Studie teilnehmen. Da sich die Frauen selbstständig zu einer erneuten Teilnahme meldeten, wird davon ausgegangen, dass sich keine Nachteile bei Nichtteilnahme ergeben hätten.
Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?	Eine Anonymisierung wurde garantiert.

Datenanalyse	
<b>Qualitative Studien</b>	
Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?	Die qualitative Inhaltsanalyse ist als Auswertungsmethode geeignet, da es um das Verstehen spezifischer Forschungsobjekte geht.
Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?	Die Transkripte wurden mehrmals gelesen und die Hauptinhalte miteinander diskutiert, woraus Codes erstellt wurden. Die Forschenden haben zu Beginn drei Interviews zusammen analysiert, damit ihre Technik aufeinander abgeglichen werden konnte. Die folgenden wurden unabhängig voneinander bearbeitet. Ein peer debriefing hat stattgefunden. Aus 12 Unterkategorien wurden 5 Hauptthemen gemacht, woraus sich eine Hauptaussage ableiten liess.
Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?	Eine Verifizierung durch die Probandinnen wird nicht erwähnt.

Ergebnisse	
Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?	Die Ergebnisse wurden in fünf Themengruppen klar dargestellt sowie verständlich und ausführlich beschrieben und mit Zitaten untermauert.

Ergebnisse	
Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?	Nein.
Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?	Es wurden keine Fragebögen verwendet.
Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?	13 Teilnehmerinnen
Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?	Zwei Interviews wurden aus gesundheitlichen Gründen der Teilnehmerinnen abgebrochen. Ein weiteres wurde verworfen, weil es das Ziel nicht verfolgte (die Frau sprach nur über ihre Gefühle und nicht über deren Bewältigung).
Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?	Es werden keine Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben.
Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?	Sind keine ersichtlich.
Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?	Die Tabellen sind inhaltlich verständlich, optisch nicht sehr übersichtlich.
Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?	Die Aussagen im Text stimmen mit den beiden Tabellen überein.
Unterstützen die bei qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?	Die aufgeführten Zitate der Teilnehmerinnen unterstützen die gebildeten die Kategorien.

Diskussion	
Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?	Es besteht keine Forschungsfrage. Das Forschungsziel wird in der Diskussion nicht mehr aufgegriffen.
Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?	Die Teilnehmerinnen lieferten Informationen, die bestehende Literatur bestätigten und erweiterten. Die Kernaussagen werden mit anderen Studien verglichen.
Werden die Grenzen der Studie benannt?	Es werden folgende Einschränkungen der Studie genannt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Teilnehmerinnen stammten aus der gleichen Region und wurden im selben Krankenhaus betreut.</li> <li>▪ Die Studierenden, die die Interviews analysiert haben, haben jene nicht selber durchgeführt.</li> <li>▪ Da die Frauen bereits Probandinnen einer anderen Studie waren, ist es fraglich, ob es einen bestimmten Persönlichkeitstyp gibt, der wahrscheinlicher ist, an einer Studie wie dieser teilzunehmen.</li> </ul>
Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?	Es werden keine Fehler benannt.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?	Die Frauen fühlten sich oftmals isoliert mit ihren Sorgen und waren angewiesen auf die Unterstützung des Umfeldes und der Fachpersonen. Leider bekamen sie von diesen häufig nicht die Unterstützung, die sie gebraucht hätten, um mit ihren Gefühle umzugehen. Daraus resultierte, dass die Teilnehmerinnen ihre Emotionen meistens alleine bewältigten.
Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?	Es werden keine Empfehlungen genannt.
Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?	Es werden Empfehlungen für weitere Forschung angegeben.

## Literatur und andere Angaben

Sind die Literaturangaben eindeutig?	Literatur wird im Text nicht zitiert, sondern mit Zahlen versehen, die im Literaturverzeichnis den Quellen zugeordnet werden können.
Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?	Dies ist schwierig zu beurteilen, da im Text nur Zahlen genannt werden.

<b>Sonstiges</b>	
Von wem wurde die Studie finanziert?	Es wird nicht genannt, wer die Studie finanzierte.
In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?	Es ist unklar, in welchem Rahmen die Masterstudierenden diese Studie durchgeführt haben.
Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten?	Es ist unklar, in welchem Rahmen die Masterstudierenden diese Studie durchgeführt haben.

## Stärken und Schwächen

Andersson, I.-M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 262-270.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klar definiertes Forschungsziel</li> <li>▪ Phänomen klar definiert</li> <li>▪ Forschungsansatz genannt</li> <li>▪ Einschlusskriterien genannt</li> <li>▪ Datenerhebung durch nur eine Person</li> <li>▪ Interviewfrage ersichtlich</li> <li>▪ Ethische Genehmigung eingeholt</li> <li>▪ Aufklärung der Teilnehmerinnen</li> <li>▪ Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt</li> <li>▪ Freiwilligkeit erwähnt</li> <li>▪ Anonymisierung durchgeführt</li> <li>▪ Geeignete Datenanalyse</li> <li>▪ Ausfallrate beschrieben</li> <li>▪ Text stimmt mit Tabellen überein</li> <li>▪ Zitate vorhanden</li> <li>▪ Limitationen werden genannt</li> <li>▪ Keine Interessenskonflikte genannt oder erkannt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenige Hintergrundinformationen</li> <li>▪ Keine Forschungsfrage</li> <li>▪ Forschungsansatz nicht begründet</li> <li>▪ Studiendesign nicht genannt</li> <li>▪ Bedingt geeignetes Setting</li> <li>▪ Bedingt geeignetes Auswahlverfahren</li> <li>▪ Keine Ausschlusskriterien genannt</li> <li>▪ Zeitpunkt der Datenerhebung nicht ersichtlich</li> <li>▪ Keine Verifizierung durch Teilnehmerinnen</li> <li>▪ Keine Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben</li> <li>▪ Keine Angaben über Finanzierung</li> </ul>

## Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015)

Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J. & Desha, L. (2017). "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (6).

Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	Um welches Phänomen handelt es sich?	Die Erfahrungen von Müttern mit früherem Kindsverlust in Bezug auf die Folgeschwangerschaft und Geburt sowie PALC (Pregnancy after loss Clinic).
		Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?	Frauen, die nach einem Kindsverlust wieder schwanger werden, können Zweifel entwickeln, ob ihr Körper in der Lage ist, eine Schwangerschaft erfolgreich auszutragen. Viele befürchten einen erneuten Verlust (Cacciatore, 2010; Nansel, Doyle, Frederick, Zhang, 2005). Betroffene erleben eine Bandbreite von Emotionen wie zum Beispiel Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit (Bonanno, 2002). Es besteht ein erhöhtes Risiko für Seelische Erkrankungen wie Depression oder schwangerschaftsbezogene Ängste (Murphy, Shevlin, Elklit, 2014; Turton, Hughes, Evans, Fainman 2001). Interventionen für die Betreuung direkt nach einem Verlust sind geläufig (Koopmans, Wilson, Cacciatore, Flenady 2013; Bennett, Ehrenreich-May, Litz, Boisseau, 2012; Brown-Bowers, Fredman, Wanklyn, Monson, 2012; Cacciatore, 2007; Kersting, Kroker, Schlicht, Wagner, 2011; Raitio, Kaunonen, Aho, 2015 Wilson, Boyle, Ware, 2015). Die Betreuung in einer Schwangerschaft nach einem Verlust ist weniger bekannt. Um diese Frauen unterstützen zu können wurde in Brisbane, Australien, eine „Pregnancy after loss Clinic“ (PALC) eröffnet.  Die PALC ist eine hebammengeleitete Abteilung in einer öffentlichen Klinik in Brisbane, Australien mit multidisziplinärem Betreuungsangebot. Sie wurde eröffnet, um auf die speziellen Bedürfnisse der lokalen Frauen während einer Folgeschwangerschaft nach Verlust einzugehen. Die Hebammen verfügen alle über eine Verlust- und Trauerausbildung. Die erste Konsultation findet zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche statt. Weiter sind 13 Kontrollen und zwei bis sechs Ultraschalluntersuchungen vorgesehen.
		Wie lautet die Forschungsfrage?	Es wird keine Forschungsfrage genannt.
		Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?	Die von Frauen mit früherem Kindsverlust gemachten Erfahrungen während einer Folgeschwangerschaft und Geburt sowie mit der spezialisierten PALC zu verstehen.
Methode	Ansatz	Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?	Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz mit deskriptivem Design.
		Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet?	Die Wahl wird nicht begründet.
	Stichprobe	Um welche Population handelt es sich?	Frauen, die nach einem früheren Kindsverlust während der Folgeschwangerschaft in der PALC betreut wurden und dort ein gesundes Kind geboren haben.

Methode (Fortsetzung)	Stichprobe (Fortsetzung)	Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen?	10 Frauen mit folgenden Merkmalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 22-39 Jahre alt</li> <li>▪ Primi- oder Multipara, einige der Frauen haben ältere Kinder</li> <li>▪ In einer Beziehung mit dem Vater des neuen Kindes</li> <li>▪ verschiedene kulturelle Hintergründe</li> <li>▪ Kindsverlust zwischen 2008 und 2014 (die Hälfte der Kinder verstarb postpartal)</li> <li>▪ Betreuung in der PALC im Jahr 2015</li> </ul>
		Wie wurde die Stichprobe gezogen?	Die Forschenden haben Frauen mit möglichst unterschiedlichen Merkmalen ausgewählt. Anschliessend wurden die Frauen von einer PALC Hebamme zur Studienteilnahme eingeladen.
		Gibt es verschiedene Studiengruppen?	Nein, es gibt nur eine Studiengruppe.
		Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?	Mir der Auswahl der Teilnehmerinnen wird eine weite Bandbreite von demographischen und klinischen Merkmalen dargestellt.
	Datenerhebung	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet?	Semistrukturierte Interviews
		Wie häufig wurden Daten erhoben?	Die Interviews wurden einmalig im Spital oder per Telefon geführt und dauerten 20 bis 60 Minuten.
		Wie wurden die Daten verarbeitet?	Die Interviews wurden aufgenommen und durch einen professionellen Transkriptionsservice transkribiert.
	Methodologische Reflexion	Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selbstdiskutiert?	Im Abschnitt Methodologie werden drei Quellen bezüglich der Inhaltsanalyse und dem Sampling referenziert. Es findet keine Diskussion zur Vorgehensweise statt.
	Datenanalyse	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?	Die Interviews wurden von zwei Forschenden analysiert, die weder in der PALC arbeiten, noch bei der Datenerfassung beteiligt waren. Bevor sich diese den Transkripten gewidmet haben, haben sie ihre eigenen Erfahrungen und Gedanken zum Thema, welche die Datenanalyse beeinflussen könnten, aufgenommen. Anschliessend haben die Forschenden unabhängig voneinander mehrmals die Audioaufnahmen gehört und die Transkripte gelesen. Es wurden einzeln wichtige Textstellen markiert und daraus Themen gebildet. Sobald jedes Transkript analysiert war, trafen sich die Forschenden dreimal, um die Themen zu vergleichen und zu verfeinern. Ein Peer-Debriefing wurde von einer dritten Forschungsperson durchgeführt. Es wurde diskutiert, bis eine vollständige Übereinstimmung erreicht wurde.
		Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?	Zur Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit wurde die Reflexivität angewendet. Ein Peer-Debriefing hat stattgefunden.
	Ethik	Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?	Aufgrund der Frageformulierung hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, selber zu bestimmen, inwiefern sie auf die gemachten Erfahrungen eingehen wollten. Dies weil Forschung zu diesem Thema sehr sensibel sei und Stress auslösen könne.
		Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?	Ja, es wurde eine ethische Genehmigung eingeholt.



Ergebnis		<p>Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?</p>	<p>Die Ergebnisse sind in sieben Kategorien dargestellt:</p> <p><b>Gesamterfahrung mit PALC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ überwiegend positive Erfahrung</li> <li>▪ auch Partner hätten von Angebot profitiert</li> <li>▪ ältere Kinder oder Familienangehörige wurden miteingezogen</li> </ul> <p><b>Einzigartige Erfahrung einer Schwangerschaft nach Verlust</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PALC Team hat Folgeschwangerschaft als etwas spezielles anerkannt</li> <li>▪ Zurückkehren in medizinisches Umfeld war quälend, das entgegengebrachte Verständnis wurde geschätzt</li> <li>▪ Meilensteine waren stressauslösend</li> <li>▪ Veränderungen in körperlicher Wahrnehmung waren angstauslösend</li> <li>▪ Erleben von Wut in verschiedenen Aspekten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verlust des vorherigen Kindes</li> <li>○ Unzufriedenheit mit der Betreuung zur Zeit des Verlustes</li> <li>○ Ungerechtigkeit, dass andere Frauen Kinder haben</li> </ul> </li> <li>▪ Schuldgefühle, das verlorene Kind durch das neue zu ersetzen</li> <li>▪ Zurückhaltende Akzeptanz sowie Bekanntgabe der neuen Schwangerschaft</li> <li>▪ Entwickeln von verschiedenen Bewältigungsstrategien <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soziale Unterstützung suchen</li> <li>○ Wissen aneignen</li> <li>○ Kurzzeitziele setzen</li> </ul> </li> <li>▪ Frauen wünschten sich mehr Unterstützung für ihren Partner</li> </ul> <p><b>Unterstützung durch PALC</b></p> <p>Die Frauen schätzten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kontinuierliche und individuelle Betreuung durch interprofessionelles Team sowie regelmässiger Kontakt</li> <li>▪ gute Erreichbarkeit der Hebammen bei Fragen oder Unterstützungsbedarf</li> <li>▪ Flexibilität in Bezug auf Häufigkeit und Dauer der Kontrollen</li> <li>▪ Grosses Verständnis, emotionale Unterstützung und Stärkung der Selbstwirksamkeit durch die Hebamme</li> </ul> <p><b>Erfahrungen mit Fachpersonal von anderen Abteilungen</b></p> <p>Die Frauen schätzten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontinuierliche Betreuung durch ärztliches Fachpersonal, welches ihre Vergangenheit kannte und die damit verbundenen Ängste</li> <li>▪ Beantwortung der Fragen in verständlicher Sprache</li> </ul>
----------	--	---	---

Ergebnis (Fortsetzung)			<p>Die Frauen kritisierten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoritäres ärztliches Fachpersonal, so dass sich die Frauen nicht trauten, ihre Fragen zu stellen</li> <li>▪ Schlechte Kommunikation im Team Die Frauen kritisierten:</li> </ul> <p><b>Schlechte Kommunikation im Team</b></p> <p><b>Empfehlungen für die PALC-Dienste</b></p> <p>Präkonzeptionell</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eine präkonzeptionelle Betreuung wäre wünschenswert gewesen, zum Beispiel bei Empfängnischwierigkeiten</li> </ul> <p>Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen wünschten sich mehr Kontrollen durch PALC</li> <li>▪ Unterstützung durch PALC Hebammen auch für Angehörige</li> <li>▪ PALC Team vergrössern für mehr Kapazität</li> <li>▪ Hebammen der Gebärabteilung den Eltern vorstellen</li> </ul> <p>Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen wünschten sich die selbe Hebamme wie in der Schwangerschaftsbetreuung</li> </ul> <p>Wochenbett</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen wünschten sich auch postpartal Kontakt zu den PALC Hebammen</li> </ul> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen wünschten eine bessere Beziehung zum ärztlichen Team und eine individuellere Betreuung durch dieses</li> <li>▪ PALC Selbsthilfegruppen für Mütter und Väter, PALC Online-Support und PALC Facebookgruppe, 24 h PALC Hotline</li> <li>▪ Zugang zu guten Infos (Bücher, Kurse, Online) ermöglichen</li> </ul> <p><b>Bedarf an alternativen Dienstleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PALC in anderen Regionen eröffnen oder als Standard in allen Spitälern einführen</li> <li>▪ Frauen suchten nach alternativen Angeboten ausserhalb PALC, zum Beispiel durch online Selbsthilfegruppen</li> <li>▪ Ein spezifisches Angebot für Angehörige wäre sinnvoll</li> </ul>
------------------------	--	--	--

Ergebnis (Fortsetzung)			<p><b>Ratschläge an andere betroffene Mütter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sorgen und Ängste anbringen</li> <li>▪ für sich selber einstehen</li> <li>▪ sich nicht einschüchtern lassen, speziell vom ärztlichen Fachpersonal</li> <li>▪ Fragen aufschreiben und stellen</li> <li>▪ zusätzliche Termine vereinbaren, falls das Bedürfnis besteht</li> <li>▪ Zweitmeinungen einholen</li> <li>▪ zusätzliche Tests einfordern</li> <li>▪ Fachpersonen auswählen, denen man vertraut</li> <li>▪ Eigenverantwortung über die Schwangerschaft und die damit verbundenen Entscheidungen behalten</li> <li>▪ Auf eigene Instinkte vertrauen</li> </ul> <p>Verschiedene Bewältigungsstrategien anwenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soziale Unterstützung suchen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ um Hilfe bitten</li> <li>○ über Gefühle sprechen</li> <li>○ andere Mütter treffen</li> <li>○ Ratschläge nach Bedarf annehmen oder ablehnen</li> </ul> </li> <li>▪ Tagebuchführung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gedanken, Gefühle und Fragen aufschreiben</li> <li>○ Briefe an das Ungeborene verfassen</li> </ul> </li> </ul> <p>Weiter voranschreiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ es ist in Ordnung, nach vorne zu schauen</li> <li>▪ neue Schwangerschaft geniessen</li> <li>▪ sich kleine Meilensteine setzen</li> <li>▪ Hoffnung haben</li> </ul>
		Wie sind die Ergebnisse präsentiert?	Die Ergebnisse werden in sieben übergeordnete Themen dargestellt und durch Zitate verdeutlicht. Eine Tabelle zeigt eine Zusammenfassung der Themen und Unterthemen auf.
Diskussion	Diskussion, Interpretation	Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?	Die Ergebnisse decken sich sinngemäss mit einer Studie aus dem Jahr 2002. Die Teilnehmerinnen lieferten Informationen, die bestehende Literatur bestätigten und erweiterten. Die Kernaussagen werden mit anderen Studien verglichen und diskutiert. Obwohl die Ergebnisse die bestehende Literatur widerspiegeln, wird genannt, dass sie sich spezifisch auf die befragten Frauen sowie PALC beziehen. Des Weiteren werden Informationen zu den Partnern und Angehörigen nur aus der Perspektive der Teilnehmerinnen dargestellt.
	Schlussfolgerung, Anwendung, Praxistransfer	Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?	Die Studie hebt die Notwendigkeit für mehr Forschung zum Outcome von spezialisierter Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust hervor. Ausserdem ist bekannt, dass Väter und Mütter anders um einen Verlust trauern, weswegen mehr Forschung zu den Erfahrungen der Väter gemacht werden soll. Das Hauptanliegen der Teilnehmerinnen war, den PALC-Dienst zu erweitern und ähnliche Dienste zu entwickeln.

## Kritische Würdigung nach Stahl (2008)

Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J. & Desha, L. (2017). "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (6).

Titel	
Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?	Der Titel gibt den Inhalt der Studie eindeutig wieder.

Abstract	
Ist ein Abstract vorhanden?	Ja ein Abstract ist vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?	Im Abstract werden die wesentlichen Aspekte der Studie mit Ausnahme des Forschungszieles klar strukturiert wiedergegeben.

Hintergrund	
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?	Es werden ausführliche und geeignete Hintergrundinformationen dargestellt.
<b>Literaturreview</b>	
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?	Im Hintergrund wird lediglich genannt, dass wenig Forschung zum Thema besteht. Erst im Diskussionsteil wird ersichtlich, dass bisher nur eine Studie veröffentlicht wurde.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage?	Es werden 34 Studien zitiert, welche im Zusammenhang mit einem Teil des Forschungszieles stehen.
Von wann sind die Studien?	Die zitierten Studien sind aus den Jahren 1996 bis 2016.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?	Die aufgeführte Literatur wird beschrieben. Eine kritische Diskussion findet nicht statt. Forschungslücken werden nicht aufgezeigt.
<b>Ziel der Studie und Forschungsfrage</b>	
Wird das Ziel der Studie klar formuliert?	Das Ziel ist klar formuliert und lautet: Die von Frauen mit früherem Kindsverlust gemachten Erfahrungen während einer Folgeschwangerschaft und Geburt sowie mit der spezialisierten PALC zu verstehen.
Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?	Es wird keine Forschungsfrage genannt.
<b>Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	
Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?	Aus der Forschungsfrage geht der zu untersuchende Gegenstand „die Erfahrungen von Müttern mit früherem Kindsverlust in Bezug auf die Folgeschwangerschaft und Geburt sowie PALC (Pregnancy after loss Clinic)“ hervor.

Methode	
<b>Forschungsansatz</b>	
Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?	Es wird ein qualitativer Forschungsansatz genannt. Die Wahl wurde nicht begründet.

Methode	
Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?	Der Forschungsansatz ist geeignet, da Gefühle und Erfahrungen erforscht werden sollen.
<b>Studiendesign</b>	
Wird deutlich, welches Studiendesign gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?	Es wurde ein deskriptives Studiendesign gewählt. Die Wahl wurde nicht begründet.
Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?	Das Studiendesign wird als geeignet erachtet. Da noch kaum Forschung zum Thema besteht, ist es sinnvoll die Sicht der betroffenen Frauen zuerst unverändert darzustellen, ohne dass etwas hineininterpretiert wurde.

Setting	
In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?	Als Setting wird die Pregnancy after loss clinic (PALC) in Brisbane, Australien genannt.
Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?	Das Setting ist geeignet, da sich das Forschungsziel auf die PALC bezieht.

Teilnehmerinnen/Stichprobe	
Wie groß ist die Stichprobe?	Die Stichprobe besteht aus 10 Frauen.
Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?	Die Teilnehmerinnen wurden so ausgewählt, dass sie möglichst unterschiedliche Merkmale aufweisen. Ob die Frauen pränatal oder post partum zur Studie eingeladen wurden, wird nicht genannt.
War das Auswahlverfahren geeignet?	Da wenige Angaben zum Auswahlverfahren vorliegen, kann nicht beurteilt werden, ob dieses geeignet war.
Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?	Es werden weder Ein- noch Ausschlusskriterien genannt.
Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?	Dazu wird in der Studie nichts genannt.

Datenerhebung	
Wie und wann wurden die Daten erhoben?	Die Daten wurden mittels halbstrukturierten Interviews erhoben. Es ist nicht ersichtlich, wie viel Zeit zwischen der Geburt und dem Interview vergangen war. Dies ist kritisch zu betrachten, da die Erfahrungen unter Umständen bereits länger zurücklagen, was die Sichtweise der Teilnehmerinnen auf das Geschehene verändert haben könnte.  Die Gespräche fanden persönlich im Spital oder per Telefon statt und dauerten 20 bis 60 Minuten. Die Interviews wurden aufgenommen und durch einen professionellen Transkriptionsservice wörtlich transkribiert.
War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?	Halbstrukturierte Interviews waren zum Erreichen des Forschungszieles geeignet.
Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?	Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang der Studie.
Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?	-
Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?	-
Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?	-

Datenerhebung	
Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?	Alle Interviews wurden durch dieselbe Forschende durchgeführt. Ob ein spezifisches Training stattgefunden hat, wird nicht erwähnt. Es wird jedoch beschrieben, dass es sich bei der Forschenden um eine Ergotherapeutin handelte, welche in Interviewtechniken und in der Arbeit mit Eltern geübt war.
Welche Rolle spielten die Forschenden bei der Datenerhebung?	Eine der fünf Forschenden hatte die Datenerhebung durchgeführt. Die anderen vier waren bei der Datenerhebung nicht beteiligt.
Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?	Die Daten wurden nur von einer Person erhoben.
Wie wurden die Daten festgehalten?	Die Daten wurden aufgenommen und transkribiert.

Ethische Aspekte	
Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?	Eine ethische Genehmigung wurde eingeholt.
Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?	Die Teilnehmerinnen wurden schriftlich über die Studie informiert. Über dessen Ausführlichkeit ist nichts bekannt. Ob eine Einwilligung eingeholt wurde ist unklar.
Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?	Dazu wird nichts genannt.
Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?	Die Teilnehmerinnen erhielten ein Pseudonym. Ob sie darüber informiert wurden, wird nicht genannt.

Datenanalyse	
<b>Qualitative Studien</b>	
Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?	Eine Forschende verwendete zur Datenanalyse das Textverarbeitungsprogramm Word. Inwiefern dies als Auswertungsmethode geeignet ist, kann nicht beurteilt werden. Die zweite Forschende nutzte die NVivo Software zum Auswerten der Daten, welche als geeignet erachtet wird.
Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?	Die Forschenden haben unabhängig voneinander mehrmals die Audioaufnahmen gehört und die Transkripte gelesen. Es wurden einzeln wichtige Textstellen markiert und daraus Themen gebildet. Sobald jedes Transkript analysiert war, trafen sich die Forschenden, um die Themen zu vergleichen und zu verfeinern. Ein Peer-Debriefing wurde von einer dritten Forschungsperson durchgeführt. Es wurde diskutiert, bis eine vollständige Übereinstimmung erreicht wurde. Kritisch zu beurteilen ist, dass die im Anhang ersichtlichen Interviewfragen auf die angeblich durch die Datenanalyse hervorgegangenen Kategorien abzielen scheinen.
Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?	Dazu werden keine Angaben gemacht.

Ergebnisse	
Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?	Die Ergebnisse wurden in sieben Themengruppen klar dargestellt sowie verständlich und ausführlich beschrieben und mit Zitaten untermauert.
Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?	Dazu wird nichts genannt.

Ergebnisse	
Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?	Es wurden keine Fragebögen verwendet.
Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?	Es wird keine Ausfallrate beschrieben.
Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?	-
Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?	Es werden folgende Merkmale beschrieben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 22-39 Jahre alt</li> <li>▪ Primi- oder Multipara, einige der Frauen haben ältere Kinder</li> <li>▪ In einer Beziehung mit dem Vater des neuen Kindes</li> <li>▪ verschiedene kulturelle Hintergründe</li> <li>▪ Kindsverlust zwischen 2008 und 2014 (die Hälfte der Kinder verstarb postpartal)</li> <li>▪ Betreuung in der PALC im Jahr 2015</li> </ul>
Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?	Es sind keine Fehler oder Inkonsistenzen ersichtlich.
Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?	Die Tabelle zeigt verständlich eine Zusammenfassung der sieben erstellten Kategorien inkl. Unterkategorien.
Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?	Die in der Tabelle aufgeführten Hauptthemen finden sich im Text wieder. Die Unterkategorien stimmen jedoch nicht überein.
Unterstützen die bei qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?	Die aufgeführten Zitate der Teilnehmerinnen unterstützen die gebildeten die Kategorien.

Diskussion	
Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?	Es besteht keine Forschungsfrage. Das Forschungsziel wird erneut aufgegriffen und mit den Ergebnissen in Verbindung gebracht.
Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?	Die Ergebnisse werden mit den bereits vorhandenen Studien diskutiert. Es kann eine Übereinstimmung der Ergebnisse festgestellt werden.
Werden die Grenzen der Studie benannt?	Als Limitation wird genannt, dass sich die Ergebnisse nur auf die befragten Frauen und PALC beziehen. Ausserdem werden die Anliegen der Angehörigen nur aus der Perspektive der Teilnehmerinnen aufgezeigt.
Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?	Es werden keine Fehler genannt.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen / Implikationen für die Praxis	
Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?	Ja. Es wird deutlich, dass es mehr Betreuung z.B. in Form von einer PALC braucht.
Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?	Die Empfehlungen sind angemessen, jedoch in der Umsetzung aufwändig und kostspielig.
Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?	Es werden Empfehlungen für weitere Forschung angegeben.

Literatur und andere Angaben	
Sind die Literaturangaben eindeutig?	Literatur wird im Text nicht zitiert, sondern mit Zahlen versehen, die im Literaturverzeichnis den Quellen zugeordnet werden können.
Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?	Dies ist schwierig zu beurteilen, da im Text nur Zahlen genannt werden.

Sonstiges	
Von wem wurde die Studie finanziert?	Die Studie wurde durch die Stiftung Mater finanziert.
Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten?	Es wird genannt, dass keine Interessenskonflikte bestehen, was jedoch als kritisch erachtet wird. Mater ist ein Netzwerk, welches unter anderem diverse Krankenhäuser, Gesundheitszentren sowie ein medizinisches Forschungsinstitut umfasst. Dazu gehört auch das Spital, in welchem PALC eröffnet wurde.



## Stärken und Schwächen

Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J. & Desha, L. (2017). "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (6).

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausführliche Hintergrundinformationen</li> <li>▪ Klar definiertes Forschungsziel</li> <li>▪ Phänomen klar definiert</li> <li>▪ Forschungsansatz genannt</li> <li>▪ Studiendesign definiert</li> <li>▪ Geeignetes Setting</li> <li>▪ Datenerhebung durch nur eine Person</li> <li>▪ Interviewleitfaden im Anhang ersichtlich</li> <li>▪ Ethische Genehmigung eingeholt</li> <li>▪ Aufklärung der Teilnehmerinnen</li> <li>▪ Anonymisierung durchgeführt</li> <li>▪ Geeignete Datenanalyse</li> <li>▪ Merkmale der Teilnehmerinnen beschreiben</li> <li>▪ Zitate vorhanden</li> <li>▪ Limitationen genannt</li> <li>▪ Angaben über Finanzierung</li> <li>▪ Keine Interessenkonflikte genannt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Forschungsfrage</li> <li>▪ Forschungsansatz nicht begründet</li> <li>▪ Studiendesign nicht begründet</li> <li>▪ Bedingt geeignetes Auswahlverfahren</li> <li>▪ Keine Ein- und Ausschlusskriterien genannt</li> <li>▪ Zeitpunkt der Datenerhebung nicht ersichtlich</li> <li>▪ Keine Einwilligung der Teilnehmerinnen beschrieben</li> <li>▪ Keine Freiwilligkeit erwähnt</li> <li>▪ Keine Verifizierung durch Teilnehmerinnen</li> <li>▪ Unterkategorien in Tabelle und im Text stimmen nicht überein</li> <li>▪ Möglicher Interessenkonflikt erkannt</li> </ul>

## Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015)

Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S. & Boer, F. de. (2014). Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Research in Nursing & Health*, 37 (4), 267-275.

Einleitung	Problembeschreibung	Um welches Phänomen handelt es sich?	Das Erleben und die Bewältigung eines Abortes, der nachfolgenden Empfängnis und der Frühschwangerschaft.
	Bezugsrahmen	Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?	Frauen, die nach einem Abort wieder schwanger werden, durchleben folgende Phasen: Die Abortphase beschreibt die Zeit vom Schwangerschaftsverlust bis zum Versuch wieder schwanger zu werden; die Konzeptionsphase vom Versuch wieder schwanger zu werden bis zur Befruchtung und die Schwangerschaftsphase, von der Befruchtung bis zur Bestätigung, dass das Kind lebensfähig ist. Diese Phasen können als stressig empfunden werden, weil das Outcome unberechenbar und schwer zu beeinflussen ist (Boivin & Lancaster, 2010).
	Forschungsfrage	Wie lautet die Forschungsfrage?	Die Forschungsfrage lautet „Wie erleben die Frauen Abort, Empfängnis und Frühschwangerschaft und welche Bewältigungsstrategien setzen sie während dieser Zeiträume ein?“.
		Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?	Das Ziel ist es ist, zukünftige Interventionen den Emotionen anzupassen und die Bewältigungsstrategien von Frauen nach erlebtem Abort zu unterstützen.
Methode	Ansatz	Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?	Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz. Das Design wird nicht benannt.
		Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet?	Die Wahl des Forschungsansatzes wird nicht begründet.
	Stichprobe	Um welche Population handelt es sich?	Frauen nach einer oder mehreren Fehlgeburten während einer Folgeschwangerschaft oder mit dem Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft.
		Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen?	24 Frauen mit folgenden Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestehende Schwangerschaft <i>oder</i></li> <li>▪ Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft</li> </ul>
		Wie wurde die Stichprobe gezogen?	Frauen, die in einem niederländischen Universitätsklinikum eine Abteilung für Frühschwangerschaft und/oder eine für wiederkehrende Aborte besuchen, wurden telefonisch zur Studienteilnahme eingeladen. Interessierte Frauen wurden mündlich und schriftlich über die Studie informiert und einbezogen, sofern sie eine Einwilligung gaben.
		Gibt es verschiedene Studiengruppen?	Es gab nur eine Studiengruppe.

Methode (Fortsetzung)	Stichprobe (Fortsetzung)	Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?	Die Auswahl der Teilnehmerinnen wurde aufgrund der obengenannten Einschlusskriterien und folgenden Ausschlusskriterien beschrieben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nichtsprechen der niederländischen Sprache</li> <li>▪ Schwangerschaft nach einer Fertilitätsbehandlung</li> <li>▪ bekannter medizinischer Grund für den Abort</li> </ul> Ausserdem war die Stichprobe bewusst unterschiedlich in der Anzahl Aborte (1, 2, 3 oder mehr) und dem Alter (über oder unter 35 Jahren).
	Datenerhebung	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet?	Semistrukturiertes persönliches Interview
		Wie häufig wurden Daten erhoben?	Die Gespräche fanden einmalig nach 8 Schwangerschaftswochen statt und dauerten 40 bis 76 Minuten.
		Wie wurden die Daten verarbeitet?	Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert.
	Methodologische Reflexion	Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selbstdiskutiert?	Es findet keine Diskussion statt.
	Datenanalyse	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?	Die Daten wurden mittels Software Programm MAXQDA 10 thematisch analysiert. Nach dem Lesen der Transkripte wurden beschreibende Codes erstellt. Diejenigen mit gemeinsamer Bedeutung wurden in interpretierte Kategorien zusammengefasst, welche in einem weiteren Schritt in übergeordnete Themen eingeteilt wurden. Die Analyse war kein linearer Prozess, sondern ein ständiges Hin- und Herbewegen zwischen den Codes und den übergeordneten Themen. In der Diskussion mit den Mitforschenden konnten die Themen verfeinert und zum Schluss mit den ursprünglichen Daten abgeglichen werden.
		Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?	Zur Gewährleistung der Vertrauenswürdigkeit wurden Transparenz, peer debriefing und Triangulation angewendet.
	Ethik	Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?	Es werden keine ethischen Fragen diskutiert.
Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?		Die Genehmigung zur Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums eingeholt.	
Ergebnis	Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?	Die Hauptaussage der Studie ist, dass die Frauen nach einem Abort das Gefühl eines Kontrollverlusts haben. Sie suchen nach Bewältigungsstrategien, um die Kontrolle über die Unsicherheit zu erlangen. Die untergeordneten Ergebnisse wurden den drei Phasen zugeteilt, welche Frauen, die nach einem Abort wieder schwanger werden, durchleben:	

Ergebnis (Fortsetzung)			<p><b>Abortphase</b></p> <p>Erleben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gezwungen, sich mit dem Verlust abzufinden</li> <li>▪ Lebensziele mussten geändert werden</li> <li>▪ Unsicherheit wurde mit jedem Abort stärker</li> <li>▪ Durchleben jeglicher Art von Emotionen</li> </ul> <p>Gefühl von Machtlosigkeit</p> <p>Bewältigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beschaffung von Informationen</li> <li>▪ Positive Aufarbeitung der Situation</li> <li>▪ Suche nach sozialer Unterstützung</li> </ul> <p><b>Konzeptionsphase</b></p> <p>Erleben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eifersucht auf Schwangere und Frauen mit Kindern</li> <li>▪ Wunsch nach mehr Unterstützung durch Fachpersonal</li> </ul> <p>Bewältigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ablenkung (Job, Ferien, Sport, soziale Kontakte)</li> <li>▪ Suche nach alternativen Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Psychologe, Akupunktur, Yoga, Homöopathie)</li> </ul> <p><b>Schwangerschaftsphase</b></p> <p>Erleben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewusstsein des Abortrisikos</li> <li>▪ Überdeckung der positiven Gefühle über eine neue Schwangerschaft durch Unsicherheit</li> <li>▪ Unsicherheit stieg mit der Anzahl erlebter Aborte</li> <li>▪ Sicherheit und Gefühl von Kontrolle durch Schwangerschaftssymptome und häufige Ultraschallkontrollen</li> <li>▪ Erreichen von persönlichen Meilensteinen gab Sicherheit</li> </ul> <p>Bewältigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal half den Frauen, Kontrolle über ihre Situation zu erlangen</li> <li>▪ Häufige Wiederholung der Schwangerschaftstests zur Bestätigung der fortbestehenden Schwangerschaft</li> <li>▪ Aufbauen einer Schutzmauer zur emotionalen Abgrenzung von der Schwangerschaft</li> </ul>
------------------------	--	--	---

Ergebnis (Fortsetzung)			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontrolle über die soziale Unterstützung für den Fall eines erneuten Abortes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frauen, die bei der vorherigen Schwangerschaft nur wenigen Bescheid gaben, sagten es mehr Leuten, damit auch mehr zur Unterstützung da gewesen wären.</li> </ul> </li> </ul> <p>Frauen, bei denen es in der vorherigen Schwangerschaft mehr Leute wussten, gaben nur noch wenigen Bescheid. Sie wollte nicht beglückwünscht werden.</p>
		Wie sind die Ergebnisse präsentiert?	Die Ergebnisse sind in die drei untersuchten Phasen eingeteilt und klar dargestellt. Sie werden mit Zitaten unterlegt. Die übergeordneten Themen werden in einer Grafik dargestellt.
Diskussion	Diskussion, Interpretation	Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?	<p>Die Ergebnisse werden ausführlich mit jenen aus früheren Studien in Zusammenhang gebracht und diskutiert. Es konnte eine Kongruenz gewisser Aspekte festgestellt werden.</p> <p>Folgende Stärke der Studie werden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alle Frauen wurden im ersten Trimester befragt, somit waren die Emotionen noch präsent</li> <li>▪ detaillierte Befragung von 24 gezielt ausgewählten Frauen</li> <li>▪ Datenerhebung bis zur Sättigung</li> </ul> <p>Folgende Limitationen werden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ausschliesslich sehr gebildete Frauen</li> <li>▪ geringes Altersspektrum</li> </ul>
	Schlussfolgerung, Anwendung, Praxistransfer	Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?	<p>Die Frauen waren in allen drei Phasen auf die Unterstützung des Fachpersonals angewiesen. Die Ergebnisse dieser Studie könnten zu Veränderungen in der Praxis führen, durch welche Frauen dabei unterstützt werden, Kontrolle zu erlangen und mit der Unsicherheit in jeder Phase der Folgeschwangerschaft nach Abort umzugehen.</p> <p>Zukünftige Forschung könnte sich der Entwicklung von Interventionen während der Konzeptionsphase widmen.</p>

## Kritische Würdigung nach Stahl (2008)

Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S. & Boer, F. de. (2014).  
Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control.  
Research in Nursing & Health, 37 (4), 267-275.

Titel	
Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?	Der Titel gibt den Inhalt der Studie eindeutig wieder.

Abstract	
Ist ein Abstract vorhanden?	Ein Abstract ist vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?	Eine klare Gliederung fehlt. Die wesentlichen Aspekte der Studie sind dennoch ersichtlich.

Hintergrund	
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?	Es werden einzelne Hintergrundinformationen gegeben.
<b>Literaturreview</b>	
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?	Der aktuelle Forschungsstand wird anhand von 19 zitierten Studien umfassend dargestellt.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage?	Die zitierten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage.
Von wann sind die Studien?	Die zitierten Studien wurden zwischen 1996 und 2013 veröffentlicht.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?	Die bisherige Literatur wird beschrieben, jedoch nicht diskutiert. Es wird auf mehrere Forschungslücken hingewiesen.
<b>Ziel der Studie und Forschungsfrage</b>	
Wird das Ziel der Studie klar formuliert?	Die Forschungsfrage ist deutlich formuliert und das Ziel ist ersichtlich.
Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?	Es wird damit begründet, dass keine Studie das Kontinuum von Abort, Befruchtung und Frühschwangerschaft behandelt.
<b>Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	
Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?	Der zu untersuchende Gegenstand „das Erleben und die Bewältigung eines Abortes, der nachfolgenden Empfängnis und der Frühschwangerschaft“ ist klar ersichtlich.

Methode	
<b>Forschungsansatz</b>	
Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?	Es wurde ein qualitativer Ansatz gewählt ohne dass die Wahl begründet wurde.
Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?	Der qualitative Forschungsansatz ist geeignet, da Erfahrungen und Gefühle erforscht werden sollen.

Methode	
<b>Studiendesign</b>	
Wird deutlich, welches Studiendesign gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?	Das Studiendesign wird nicht genannt. Es wird deutlich, dass es sich um interpretative Phänomenologie handelt.
Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?	Das Studiendesign ist für das Forschungsziel geeignet, da sich die Phänomenologie mit dem Verstehen der Erfahrung befasst.

Setting	
In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?	Auf der Frühschwangerschaftsstation und der Abteilung für wiederkehrende Aborte in einer Universitätsklinik in den Niederlanden.
Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?	Ja, es ist geeignet, da dort jene Frauen, die die Einschlusskriterien erfüllen in grosser Zahl anzutreffen sind.

Teilnehmerinnen/Stichprobe	
Wie groß ist die Stichprobe?	Die Stichprobe besteht aus 24 Frauen.
Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?	Die Auswahl der Teilnehmerinnen fand mithilfe der Ein- und Ausschlusskriterien statt. Danach wurde die Stichprobe bewusst unterschiedlich in der Anzahl Aborte (1, 2, 3 oder mehr) und dem Alter (über oder unter 35 Jahren) gezogen.
War das Auswahlverfahren geeignet?	Dieses Auswahlverfahren wird als geeignet erachtet, da die beiden Faktoren (Alter und Anzahl Aborte) möglicherweise die Emotionen beeinflussen, was sich wiederum auf die Übertragbarkeit auswirken könnte.
Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?	<p>Als Einschlusskriterien werden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bestehende Schwangerschaft oder</li> <li>▪ Wunsch nach einer erneuten Schwangerschaft</li> </ul> <p>Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich jeweils um die Folgeschwangerschaft nach Abort handelt, da sich der Inhalt der Studie ausschliesslich auf dieses Thema bezieht. Da es sich um eine niederländische Studie handelt, ist es möglich, dass ein Übersetzungsfehler vorliegt.</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nichtsprechen der niederländischen Sprache</li> <li>▪ Schwangerschaft nach einer Fertilitätsbehandlung</li> <li>▪ bekannter medizinischer Grund für den Abort</li> </ul>
Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?	54 Frauen wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. 24 Frauen haben sich bereiterklärt, daran teilzunehmen. Gründe für die Nichtteilnahme waren die Befürchtung, dass eine Teilnahme eine zu grosse emotionale oder psychische Belastung sein könnte (n=11), Unsicherheit bezüglich dem Wunsch einer erneuten Schwangerschaft (n=7), kein Interesse an der Forschung (n=4) und andere Gründe (n=8). Es kann nicht beurteilt werden, ob die Frauen, die nicht an der Studie teilgenommen haben, sich von den Teilnehmerinnen unterscheiden und inwiefern dies einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragestellung und somit aufs Ergebnis haben könnte.

Datenerhebung	
Wie und wann wurden die Daten erhoben?	Die Frauen wurden einmalig nach der 8. Schwangerschaftswoche von der gleichen Person befragt. Die semistrukturierten in niederländischer Sprache durchgeführten Interviews dauerten 40 bis 76 Minuten. Die Gespräche wurden aufgenommen und transkribiert.

Datenerhebung	
War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?	Die Datenerhebung mittels Interviews wird als geeignet erachtet, da sie einen Einblick in das Empfinden der Frauen ermöglichen. Die in der Studie ersichtlichen Interviewfragen sind geeignet, da sie offen gestellt wurden und die befragte Person nicht beeinflussen konnten.
Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?	Beispiele von Interviewfragen sind aufgeführt.
Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?	-
Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?	-
Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?	-
Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?	Die Daten wurden alle von der gleichen Person erhoben. Ob eine Interviewschulung durchgeführt wurde, ist nicht bekannt.
Welche Rolle spielten die Forschenden bei der Datenerhebung?	Welche Rolle die Forschenden bei der Datenerhebung spielen, ist nicht ersichtlich.
Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?	-
Wie wurden die Daten festgehalten?	Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert.

Ethische Aspekte	
Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?	Die Genehmigung zur Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums eingeholt.
Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?	Die Frauen wurden mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt und haben eine Einwilligung unterzeichnet.
Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?	Bezüglich der Freiwilligkeit sowie allfälligen Nachteilen einer Nichtteilnahme oder Abbrechens der Studie wird nichts beschrieben.
Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?	Es wird nicht erwähnt, dass die Teilnehmerinnen darüber informiert wurden, ob ihre Daten vertraulich behandelt und anonymisiert wurden.

Datenanalyse	
<b>Qualitative Studien</b>	
Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?	Zur Datenanalyse wurde das Softwareprogramm MAXQDA 10 genutzt, welches ein gängiges Auswertungsinstrument in den Sozialwissenschaften ist und somit als geeignet erachtet wird.
Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?	Die Kategorien aus den Daten wurden mittels thematischer Analyse nach Braun & Clarke (2006) entwickelt. Als kritisch zu erachten ist, dass die beschriebenen Arbeitsschritte nicht mit jenen in der zitierten Quelle übereinstimmen.
Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?	Die Teilnehmerinnen erhielten eine Übersicht der Themen und bestätigten, dass ihre Aussagen diesen Kategorien entsprachen.



Ergebnisse	
Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?	Die Ergebnisse sind in die drei untersuchten Phasen eingeteilt und klar dargestellt. Sie werden mit Zitaten unterlegt. Die übergeordneten Themen werden in einer Grafik dargestellt.
Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?	Es ist nicht ersichtlich, ob alle erhobenen Daten in die Auswertung miteinbezogen wurden.
Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?	Es wurden keine Fragebögen verwendet.
Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?	Keine Teilnehmerinnen hat die Mitwirkung abgebrochen.
Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?	-
Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?	Es werden folgende Merkmale beschrieben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 27 – 38 Jahre alt</li> <li>▪ Heterosexuell</li> <li>▪ verheiratet oder in einer Partnerschaft</li> <li>▪ Sekundar- bis Universitätsabschluss</li> <li>▪ 1 bis 5 Aborte (Median 2)</li> <li>▪ nur 1 Frau hat ein lebendes Kind</li> </ul>
Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?	Es werden keine Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen erkannt.
Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?	Die aufgeführte Grafik ist verständlich.
Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?	Die Grafik ist übersichtlich und stimmt mit den Aussagen im Text überein.
Unterstützen die bei qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?	Die gewählten Zitate verdeutlichen die Kategorien.

Diskussion	
Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?	Die ursprüngliche Fragestellung wird nicht mehr erwähnt, nur noch das Oberthema resp. der Titel der Studie wird aufgeführt.
Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?	Die Ergebnisse werden in Zusammenhang mit solchen aus anderen Studien gebracht und verglichen. Es konnten gewisse Übereinstimmungen festgestellt werden.
Werden die Grenzen der Studie benannt?	Es haben nur sehr gebildete Frauen an der Studie teilgenommen, schlechter gebildete konnten nicht rekrutiert werden. Dies und das geringe Altersspektrum werden als kritisch beurteilt.
Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?	Es werden keine Fehler genannt.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis	
Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?	Die Schlussfolgerungen sind kurz gehalten und Empfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten.
Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?	Die Empfehlungen sind angemessen und in der Praxis umsetzbar.
Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?	Auf weiteren Forschungsbedarf wird hingewiesen.

Literatur und andere Angaben	
Sind die Literaturangaben eindeutig?	Die Literaturangaben sind klar aufgeführt.
Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?	Die zitierten Quellen finden sich im Literaturverzeichnis wieder.

Sonstiges	
Von wem wurde die Studie finanziert?	Das Frauen- und Säuglingsdepartement des Universitätsklinikums Utrecht hat diese Studie finanziert.
Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten?	Ein Interessenkonflikt ist nicht anzunehmen.

## Stärken und Schwächen

Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S. & Boer, F. de. (2014).  
Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control.  
Research in Nursing & Health, 37 (4), 267-275.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Klar definiertes Forschungsziel</li><li>▪ Forschungsfrage ersichtlich</li><li>▪ Phänomen klar definiert</li><li>▪ Geeignetes Setting</li><li>▪ Geeignetes Auswahlverfahren</li><li>▪ Ein- und Ausschlusskriterien genannt</li><li>▪ Datenerhebung durch nur eine Person</li><li>▪ Beispielfragen aus Interview ersichtlich</li><li>▪ Ethische Genehmigung eingeholt</li><li>▪ Aufklärung der Teilnehmerinnen</li><li>▪ Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt</li><li>▪ Geeignete Datenanalyse</li><li>▪ Verifizierung durch Teilnehmerinnen</li><li>▪ Merkmale der Teilnehmerinnen beschreiben</li><li>▪ Grafik stimmt mit Text überein</li><li>▪ Zitate vorhanden</li><li>▪ Limitationen genannt</li><li>▪ Angaben über Finanzierung</li><li>▪ Keine Interessenskonflikte genannt oder erkannt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wenige Hintergrundinformationen</li><li>▪ Forschungsansatz nicht genannt</li><li>▪ Studiendesign nicht genannt</li><li>▪ Zeitpunkt der Datenerhebung nicht ersichtlich</li><li>▪ Keine Freiwilligkeit erwähnt</li><li>▪ Keine Anonymisierung erwähnt</li></ul>

## Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015)

Sun, H.-L., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Chang, T.-H. & Patterson, H. (2011). Sailing against the tide: taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood. The American Journal of Maternal Child Nursing, 36 (2), 127-133

Einleitung	Problembeschreibung	Um welches Phänomen handelt es sich?	Die von Mütter erlebten Emotionen während der Vorbereitung auf die Mutterschaft nach einem früheren Schwangerschaftsverlust
	Bezugsrahmen Forschungsfrage	Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?	Wird eine Frau nach einem Schwangerschaftsverlust wieder schwanger, können verschiedene Emotionen die Schwangerschaft begleiten. Dazu gehören vor allem Ängste und Sorgen, aber auch Traurigkeit und Schuldgefühle. Die Frau sucht einen Weg, sich auf die kommende Mutterrolle vorzubereiten. Frühere Studien zeigen das Vorhandensein der verschiedenen Emotionen auf. Es werden kulturelle und religiöse Aspekte angesprochen.
		Wie lautet die Forschungsfrage?	Es wird keine Forschungsfrage genannt.
		Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?	Die Erfahrungen von taiwanesischen Frauen zu verstehen, die sich nach einem früheren Schwangerschaftsverlust aufs Muttersein vorbereiten. Da es noch wenig Forschung zu den Erfahrungen der betroffenen Frauen gibt, wurde diese Studie durchgeführt.
Methode	Ansatz	Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?	Der Forschungsansatz wird nicht genannt. Als Studiendesign wird die Interpretative Phänomenologie angegeben.
		Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet?	Es erlaubte den Forschenden, in die Welt der Betroffenen einzutauchen, einen Einblick in ihre Gedanken und Gefühle zu erhalten und dem eine Bedeutung hinzuzufügen. Es sollten nicht nur die gemachten Erfahrungen beschrieben werden, sondern auch deren Bedeutung für die Mütter selbst verstanden werden.
	Stichprobe	Um welche Population handelt es sich?	Wöchnerinnen, die nach einem früheren Schwangerschaftsverlust ein gesundes Kind geboren haben.
		Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen?	6 Frauen im Alter zwischen 23 und 38 Jahren, die sich auf vier Wochenbettstationen verteilt in einem Gesundheitszentrum in Nordtaiwan befanden. Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwangerschaftsverlust in der Vergangenheit</li> <li>▪ vor kurzem Geburt eines gesunden Kindes</li> <li>▪ Sprechen von Mandarin</li> </ul>
		Wie wurde die Stichprobe gezogen?	Nach Einverständnis des Gesundheitszentrums wurden die Wöchnerinnen auf die Einschlusskriterien geprüft. Jene Frauen, die nach Einschätzung der zuständigen Hebammen und Pflegefachpersonen in der psychischen Verfassung waren, an der Studie teilzunehmen, wurden von der leitenden Forscherin über Grund und Ziel der Studie aufgeklärt und zur Teilnahme eingeladen.

Methode (Fortsetzung)		Gibt es verschiedene Studiengruppen?	Nein, es gibt nur eine Studiengruppe.
		Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?	Die Auswahl erfolgte aufgrund der Einschlusskriterien und der Zustimmung der Wöchnerinnen.
	Datenerhebung	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet?	Interpretative Interviews
		Wie häufig wurden Daten erhoben?	Das erste Interview wurde noch während dem Wochenbettaufenthalt im Gesundheitszentrum durchgeführt und dauerte 60 bis 90 Minuten. Ein zweites Interview fand vier bis sechs Wochen post partum wahlweise telefonisch oder persönlich statt.
		Wie wurden die Daten verarbeitet?	Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert.
	Methodologische Reflexion	Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selbstdiskutiert?	Smith (1995) schlägt eine Stichprobe von fünf bis sechs Teilnehmern vor, wenn IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) verwendet wird.
	Datenanalyse	Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet?	Die Daten wurden mit IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) analysiert. Nach der Datenanalyse der vierten Probandin ergaben sich keine neuen Themen mehr, so dass die Sättigung als erreicht galt. Die Transkripte wurden mehrmals gelesen und dann in Kategorien unterteilt. Nach einer genaueren Analyse ergaben sich zusätzliche Unterkategorien. Die interpretierten Daten wurden wiederhergestellt und erneut interpretiert. So wurden die metaphorischen Ausdrücke gewählt um die Geschichten der Frauen darzustellen.
		Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?	Die Zusammenfassungen wurden an die Teilnehmerinnen zurückgegeben, welche bestätigten, dass diese die verschiedenen Etappen ihres Weges darstellten. Ausserdem ergab die Forschung genügend aussagekräftige beschreibende Daten, inkl. Details zur Stichprobe und Setting um eine transparente Qualitätssicherung zu gewährleisten.
	Ethik	Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?	Es wurde im Voraus abgeklärt, ob die Frauen psychisch in der Lage waren, an der Studie teilzunehmen. Somit wurden nur Frauen angefragt, denen die Teilnahme zugetraut wurde. Zusätzlich stand ihnen zu jeder Zeit eine psychologische Unterstützung zur Verfügung.
		Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?	Ja, es wurde eine ethische Genehmigung eingeholt.

Ergebnis		Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?	<p>Die Ergebnisse sind in drei Kategorien dargestellt:</p> <p><b>Erinnerung an den Schwangerschaftsverlust</b></p> <p>Nach dem Schwangerschaftsverlust fühlten sich die Frauen schuldig. Die grösste Unterstützung nach dem Verlust erfuhren die Frauen von ihren Partnern.</p> <p><b>Die neue Schwangerschaft</b></p> <p>Die Frauen waren während ihrer Schwangerschaft und Geburt geprägt von Angst, Unsicherheit, dem Gefühl von Kontrollverlust und einem tiefen Verlangen nach Bestätigung, dass es dem ungeborenen Kind gut geht. Das Spüren von Kindsbewegungen und die vermehrten ärztlichen Kontrollen inkl. Ultraschalluntersuchungen haben den Frauen Sicherheit vermittelt. Die Teilnehmerinnen informierten sich über allfällige Risiken auf verschiedene Arten und tauschten sich mit Betroffenen aus. Drei der Frauen haben die gynäkologische Betreuung gewechselt, weil sie die beste Versorgung für sich und ihr Kind wollten.</p> <p><b>Die Geburt eines gesunden Kindes</b></p> <p>Die Ängste der Frauen wurden um den errechneten Geburtstermin stärker und liessen erst nach, als die Schreie des Kindes zu hören waren. Auch nach der Geburt suchten die Frauen nach Bestätigung, dass es dem Neugeborenen gut geht. Die Teilnehmerinnen fanden das Muttersein schwieriger als erwartet.</p>
		Wie sind die Ergebnisse präsentiert?	Die drei übergeordneten Themen werden mittels nautischen Metaphern dargestellt, da in Taiwan das Meer die kulturelle Bedeutung der Ungewissheit im Leben hat. Im Weiteren wurden Unterkategorien gebildet, in welchen die Ergebnisse erläutert und mittels Zitaten untermauert werden. Eine Tabelle veranschaulicht die Themen und Unterkategorien.
Diskussion	Diskussion, Interpretation	Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?	Die vorliegende Studie verstärkt die Aussagen von anderen Studien. Da es in Taiwan ein Tabu ist, sich über den Tod zu äussern, haben die Teilnehmerinnen für die Studie das erste Mal über ihren Verlust gesprochen. Sie waren gewollt, offen von ihren Erfahrungen zu erzählen. Der hohe Bildungsstand der Frauen könnte die Entscheidungsfindung und Lebenserfahrung beeinflusst haben. Es wird empfohlen, mit weiterer Forschung herauszufinden, ob der Zeitpunkt des Verlustes einen Einfluss aufs Erleben und Trauern der Frauen hat.
	Schlussfolgerung, Anwendung, Praxistransfer	Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?	Die Forschenden zeigen auf, wie wichtig das Entwickeln und Testen von kultursensibler Trauerbegleitung und -unterstützung nach Schwangerschaftsverlust durch ein interprofessionelles Team ist. Hebammen und Pflege können Taiwanesischen Frauen helfen, indem sie ihre Verlustschmerzen und Kultur verstehen und eine sensible, evidenzbasierte Betreuung anbieten, die auf Wissen beruht, das aus Forschung wie dieser stammt.

## Kritische Würdigung nach Stahl (2008)

Sun, H.-L., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Chang, T.-H. & Patterson, H. (2011). Sailing against the tide: taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood. The American Journal of Maternal Child Nursing, 36 (2), 127-133

Titel	
Gibt der Titel den Inhalt der Studie eindeutig wieder?	Der Titel der Studie gibt den Inhalt nicht eindeutig wieder, da es sich um eine Metapher handelt. Der Untertitel jedoch zeigt auf, womit sich die Studie befasst.

Abstract	
Ist ein Abstract vorhanden?	Ja, ein Abstract ist vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)?	Der vorhandene Abstract ist klar strukturiert, verständlich formuliert und gibt die wichtigsten Aspekte der Studie wieder.

Hintergrund	
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben?	Es werden wenige Hintergrundinformationen gegeben.
<b>Literaturreview</b>	
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt?	Der aktuelle Forschungsstand wird anhand von 21 zitierten Studien umfassend dargestellt.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage?	Die zitierten Studien stehen alle im Zusammenhang mit dem Forschungsziel.
Von wann sind die Studien?	Die zitierten Studien wurden zwischen 1988 und 2010 veröffentlicht.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt?	Die zitierten Studien werden beschrieben, jedoch nicht kritisch diskutiert. Als Forschungslücke wird genannt, dass bisher nur wenig Forschung zum Phänomen betrieben worden ist. Diese Studie sollte dies ändern.
<b>Ziel der Studie und Forschungsfrage</b>	
Wird das Ziel der Studie klar formuliert?	Das Ziel der Studie wird klar definiert und lautet: Die Erfahrungen von taiwanesischen Frauen zu verstehen, die sich nach einem Schwangerschaftsverlust aufs Muttersein vorbereiten.
Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?	Es wird keine Forschungsfrage genannt. Das Forschungsziel wird damit begründet, dass es noch wenig Forschung zu den Erfahrungen der betroffenen Frauen gibt.
<b>Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	
Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?	Der zu untersuchende Gegenstand „die erlebten Emotionen nach einem Schwangerschaftsverlust während der Vorbereitung auf die Mutterschaft“ ist klar ersichtlich.

Methode	
<b>Forschungsansatz</b>	
Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?	Der qualitative Forschungsansatz wird deutlich ohne dass er benannt wird. Die Wahl wird nicht begründet.
Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?	Aufgrund des auf das Erleben bezogenen Forschungsziels ist der qualitative Forschungsansatz angemessen.
<b>Studiendesign</b>	
Wird deutlich, welches Studiendesign gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?	Als Studiendesign wird die interpretative Phänomenologie genannt. Es wird damit begründet, dass die Forschenden in die Welt der Teilnehmerinnen eintauchen können. Somit können nicht nur die gemachten Erfahrungen beschrieben werden, sondern auch die jeweiligen Bedeutungen für die Frauen verstanden werden.
Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?	Das Studiendesign ist für das Forschungsziel geeignet, da sich die Phänomenologie mit dem Verstehen der Erfahrung befasst.

Setting	
In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?	Als Setting werden vier Wochenbettstationen in einem Gesundheitszentrum im Nordtaiwan beschrieben.
Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?	Das Setting wird als geeignet erachtet, da Schwangerschaftsverluste in der Anamnese häufig sind und somit viele Betroffene eingeschlossen werden können. Ausserdem sind die gemachten Erfahrungen während dem Wochenbettaufenthalt noch sehr präsent.

Teilnehmerinnen/Stichprobe	
Wie groß ist die Stichprobe?	Die Stichprobe besteht aus 6 Frauen.
Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?	Nach Einverständnis des Gesundheitszentrums wurden die Wöchnerinnen auf die Einschlusskriterien geprüft. Jene Frauen, die nach Einschätzung der zuständigen Hebammen und Pflegefachpersonen in der psychischen Verfassung waren, an der Studie teilzunehmen, wurden von der leitenden Forscherin über Grund und Ziel der Studie aufgeklärt und zur Teilnahme eingeladen.
War das Auswahlverfahren geeignet?	Das Auswahlverfahren wird als bedingt geeignet erachtet. Alle Teilnehmerinnen wurden im gleichen Gesundheitszentrum rekrutiert. Da keine Angaben zu diesem vorliegen, besteht die Möglichkeit, dass sich sein Klientel von jenem in anderen Institutionen unterscheidet (zum Beispiel im sozioökonomischen Status). Dies könnte die Ergebnisse der Studie beeinflussen.
Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?	Es werden folgende Einschlusskriterien genannt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwangerschaftsverlust in der Vergangenheit</li> <li>▪ vor kurzem Geburt eines gesunden Kindes</li> <li>▪ Sprechen von Mandarin</li> </ul>
Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?	Darüber werden keine Angaben gemacht.

Datenerhebung	
Wie und wann wurden die Daten erhoben?	Es wurden pro Teilnehmerin zwei interpretative Interviews aufgenommen und anschliessend transkribiert. Das erste Interview wurde noch während dem Wochenbettaufenthalt im Gesundheitszentrum durchgeführt und dauerte 60 bis 90 Minuten. Ein zweites Interview fand vier bis sechs Wochen post partum wahlweise telefonisch oder persönlich statt.



Datenerhebung	
War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?	Die Methode ist für qualitative Forschung geeignet.
Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?	Die Einstiegsfrage ist aus der Studie ersichtlich und lautet: „Bitte teilen Sie mir Ihre Gedanken und Gefühle über die Erfahrung der Mutterschaft nach vorangegangenem Schwangerschaftsverlust mit.“ Diese soll die Teilnehmerinnen dazu animieren, frei zu erzählen. Der weitere Verlauf des Gesprächs ist jedoch nicht nachvollziehbar.
Wenn es sich bei dem Instrument um ein bestehendes handelt oder es aus einem bestehenden abgeleitet wurde, ist die Quelle angegeben?	Es handelt sich nicht um ein bestehendes Instrument.
Wenn das Instrument verändert wurde, gibt es hierfür eine Begründung und sind die Veränderungen benannt?	-
Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?	-
Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?	Die Daten wurden durch die leitende Forscherin erhoben. Ob ein entsprechendes Training erfolgte, ist nicht ersichtlich.
Welche Rolle spielten die Forschenden bei der Datenerhebung?	Die leitende Forscherin hat die Daten erhoben.
Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?	Alle Daten wurden von nur einer Forscherin erhoben.
Wie wurden die Daten festgehalten?	Die Gespräche wurden aufgenommen und anschliessend transkribiert.

Ethische Aspekte	
Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?	Die Studie wurde durch die Ethikkommission genehmigt.
Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?	Die Teilnehmerinnen wurden über Grund und Ziel der Studie aufgeklärt. Eine schriftliche Einwilligung wurde eingeholt.
Wurde für die Teilnehmerinnen deutlich, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich keine Nachteile für sie ergeben, wenn sie die Teilnahme ablehnen oder im Verlauf der Studie abbrechen?	Die Teilnahme war freiwillig und ohne Nachteile bei Ablehnen oder Abbrechen. Sie wurden darüber informiert, dass psychologische Hilfe jederzeit verfügbar ist.
Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?	Die Forschenden garantierten den Teilnehmerinnen, die vertrauliche und anonymisierte Aufbewahrung der Daten. Die Frauen erhielten ein Pseudonym.

Datenanalyse	
<b>Qualitative Studien</b>	
Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?	Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und mittels IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) analysiert, welche als geeignete Auswertungsmethode erachtet wird.
Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?	Die Art und Weise wie aus den Daten Kategorien erhoben wurden, ist ersichtlich. Nach der Datenanalyse der vierten Probandin ergaben sich keine neuen Themen mehr, so dass die Sättigung als erreicht galt. Die Transkripte wurden mehrmals gelesen und dann in Kategorien unterteilt. Nach einer genaueren Analyse ergaben sich zusätzliche Unterkategorien. Die interpretierten Daten wurden wiederhergestellt und erneut interpretiert. So wurden die metaphorischen Ausdrücke gewählt um die Geschichten der Frauen darzustellen.

## Datenanalyse

Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?

Eine Verifizierung durch die Teilnehmerinnen hat stattgefunden.

## Ergebnisse

Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?

Die Ergebnisse werden klar dargestellt und finden sich in einer Metapher wieder. Sie werden durch Zitate untermauert.

Sind alle erhobenen Daten in die Auswertung einbezogen worden?

Es wird nicht erwähnt, ob alle erhobenen Daten in die Auswertung miteinbezogen wurden.

Bei der Verwendung von Fragebögen: Wie war die Rücklaufquote (sollte mindestens bei 65 Prozent liegen)?

Es wurden keine Fragebögen verwendet.

Wie viele der in die Studie aufgenommenen Teilnehmerinnen waren am Ende noch dabei (Ausfallrate)?

Es wird keine Ausfallrate beschrieben.

Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie benannt?

-

Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?

Folgende Merkmale wurden beschrieben:

- 23 bis 38 Jahre alt
- Alle waren verheiratet
- 5 Frauen mit Universitätsabschluss, eine Frau mit High School Abschluss
- 4 Frauen waren berufstätig
- Der Verlust fand bei allen Frauen in der ersten Schwangerschaft statt.
- 2 Frauen erlitten einen zweiten Verlust
- 2 Frauen hatten lebende Kinder zum Zeitpunkt des Interviews

Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?

Es sind keine Fehler oder Inkonsistenzen ersichtlich.

Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?

Die Tabellen sind verständlich.

Stimmen die Aussagen im Text mit den Grafiken und Tabellen überein?

Im Text wird genannt, dass in Tabelle 1 die Kategorien ersichtlich seien. Diese befinden sich jedoch in Tabelle 2. Die Profildaten der Frauen befanden sich somit in Tabelle 1, statt wie erwähnt in Tabelle 2.

Unterstützen die bei qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?

Es werden Zitate verwendet und die gebildeten Kategorien so unterstützt.

## Diskussion

Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert?

Es besteht keine Fragestellung. Das ursprüngliche Forschungsziel wird in der Diskussion nicht wieder aufgegriffen.

Werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert (Übereinstimmungen und Unterschiede)?

Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur verglichen. Es kann eine Übereinstimmung festgestellt werden.

Werden die Grenzen der Studie benannt?

Als Limitation wird das ausschliesslich hohe Bildungsniveau der Teilnehmerinnen angemerkt.

Sind eventuelle Fehler benannt und werden Vorschläge gemacht, wie diese in Zukunft vermieden werden können?

Dazu wird nichts genannt.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen / Implikationen für die Praxis

Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?

Die in der Studie genannten Empfehlungen für die Praxis lassen sich aus den Ergebnissen ableiten.

Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?

Die Empfehlungen scheinen angemessen und auch umsetzbar zu sein.

### Schlussfolgerungen und Empfehlungen / Implikationen für die Praxis

Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?	Auf weiteren Forschungsbedarf wird hingewiesen.
---	---

### Literatur und andere Angaben

Sind die Literaturangaben eindeutig?	Die Literaturangaben sind klar aufgeführt.
Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?	Die zitierte Literatur findet sich im Quellenverzeichnis wieder.

### Sonstiges

Von wem wurde die Studie finanziert?	Dazu werden keine Angaben gemacht.
Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten?	Es ist beschrieben, dass keine Interessenkonflikte einschliesslich finanzieller Interessen und Beziehung zu Organisationen oder Unternehmen vorliegen.

## Stärken und Schwächen

Sun, H.-L., Sinclair, M., Kernohan, W. G., Chang, T.-H. & Patterson, H. (2011). Sailing against the tide: taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36 (2), 127-133

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klar definiertes Forschungsziel</li> <li>▪ Phänomen klar definiert</li> <li>▪ Studiendesign definiert und begründet</li> <li>▪ Geeignetes Setting</li> <li>▪ Einschlusskriterien genannt</li> <li>▪ Zeitpunkt der Datenerhebung ersichtlich</li> <li>▪ Datenerhebung durch nur eine Person</li> <li>▪ Einstiegsfrage des Interviews ersichtlich</li> <li>▪ Ethische Genehmigung eingeholt</li> <li>▪ Aufklärung der Teilnehmerinnen</li> <li>▪ Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt</li> <li>▪ Freiwilligkeit erwähnt</li> <li>▪ Anonymisierung durchgeführt</li> <li>▪ Geeignete Datenanalyse</li> <li>▪ Verifizierung durch Teilnehmerinnen</li> <li>▪ Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben</li> <li>▪ Zitate vorhanden</li> <li>▪ Limitationen genannt</li> <li>▪ Keine Interessenskonflikte genannt oder erkannt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenige Hintergrundinformationen</li> <li>▪ Keine Forschungsfrage</li> <li>▪ Forschungsansatz nicht genannt</li> <li>▪ Bedingt geeignetes Auswahlverfahren</li> <li>▪ Keine Ausschlusskriterien genannt</li> <li>▪ Weitere Interviewverlauf nicht nachvollziehbar</li> <li>▪ Verweis im Text auf Tabelle stimmt nicht mit tatsächlicher Tabellenummer überein</li> <li>▪ Keine Angaben über Finanzierung</li> </ul>

## C. Rechercheprotokoll

Datum	Datenbank	Keyword und Boolesche Operationen	Treffer	Potentiell relevant	Davon eingeschlossen
28.12.17	MEDLINE via Ovid	Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need	14	7	1
		Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience	25	6	2
28.12.17	MIDIRS	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss OR abortion AND subsequent pregnancy OR next pregnancy OR following pregnancy OR rainbow pregnancy AND need OR wish	15	5	1
		Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience	18	8	2
30.12.17	CINAHL Complete	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience	35	11	2
		Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss OR abortion AND subsequent pregnancy OR next pregnancy OR following pregnancy OR rainbow pregnancy AND need OR wish	47	15	1
30.12.17	PsycINFO	Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss AND subsequent pregnancy AND need OR wish OR experience	168	22	3
		Pregnancy loss OR Miscarriage OR perinatal loss OR abortion AND subsequent pregnancy OR next pregnancy OR following pregnancy OR rainbow pregnancy AND need OR wish	86	7	2