



Mutter werden mit eingeschränkter Mobilität

Das subjektive Erleben von Frauen mit
mobilitätseinschränkenden Behinderungen in der
Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Manuela Domig
S15559297

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2015
Eingereicht am: 18.06.2018
Begleitende Lehrperson: Astrid Krahl

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Darstellung des Themas

Der Kinderwunsch bei Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen nimmt immer mehr zu. Die Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett verläuft allerdings oft nicht optimal. Für die Hebammen stellt die Betreuung von betroffenen Frauen eine besondere Herausforderung dar, da nur wenig Literatur und keine hebammenspezifischen Leitlinien zur Verfügung stehen.

Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu ermitteln, wie Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett erleben und ob spezifische Wünsche an die Hebamme vorhanden sind. Daraus sollen Empfehlungen für die Hebammenarbeit abgeleitet werden.

Methode

Anhand zuvor definierter Suchbegriffe wurde in vier Datenbanken eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Unter Berücksichtigung bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien wurden vier qualitative Studien selektiert und ausgewertet.

Relevante Ergebnisse

Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen haben einen grossen Bedarf an Informationen und erleben Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung. Den involvierten Fachpersonen mangelt es häufig an spezifischem Fachwissen und Erfahrung. Zudem treffen betroffene Frauen oft auf bauliche Hürden und nicht behindertengerecht ausgestattete Einrichtungen.

Schlussfolgerung

Es braucht Leitlinien sowie eine individuelle und angepasste Betreuung in einem interprofessionellen Team, um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können.

Keywords

Erleben, Erfahrungen, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, körperliche Behinderung, mobilitätseinschränkende Behinderung, Hebamme

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit ist für Hebammen und Gesundheitsfachpersonen aus dem Bereich Geburtshilfe geschrieben und setzt gewisse medizinische Grundkenntnisse voraus. Die gendergerechte Sprache wird in Anlehnung an den Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW] (2015) umgesetzt. Häufig verwendete Begriffe werden bei der Erstnennung ausgeschrieben und die Abkürzung in Klammer gesetzt. Anschliessend wird nur noch die Abkürzung verwendet. Die mit einem Stern versehenen Begriffe können im Glossar (Anhang A) nachgeschlagen werden. Englische Begriffe, die in den deutschen Sprachgebrauch übernommen wurden, werden bei der Erstnennung kursiv dargestellt. Der Begriff „Autorin“ bezieht sich stets auf die Verfasserin der vorliegenden Bachelorarbeit. Als „Forschende“ werden die Autorinnen und Autoren der verwendeten Literatur bezeichnet. Mit dem Begriff Hebamme sind sowohl weibliche als auch männliche Hebammen gemeint, wie es in der Schweiz üblich ist. Der Begriff Behinderung, inklusive aller Umschreibungen, wurde in der vorliegenden Bachelorarbeit wertfrei verwendet und ist im Sinne von Pro Infirmis* zu verstehen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Praxisrelevanz.....	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Zielsetzung	2
1.4 Stand der Forschung	2
1.5 Abgrenzung	3
2. Methode	4
2.1 Form der Arbeit und Literaturrecherche	4
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	5
2.3 Studiaauswahl.....	6
2.4 Evaluationsinstrumente.....	6
3. Theoretischer Hintergrund	8
3.1 Mobilitätseinschränkende Behinderung	8
3.1.1 Definition Behinderung	8
3.1.2 Prävalenz.....	10
3.1.3 Besondere Herausforderungen.....	11
3.2 Modelle der Hebammenbetreuung.....	12
3.2.1 Evidenzbasierte Hebammenarbeit.....	12
3.2.2 Betreuungsbogen	12
4. Ergebnisse	14
4.1 Studie 1: Smeltzer et al. (2017)	14
4.1.1 Zusammenfassung	14
4.1.2 Würdigung	16
4.1.3 Einschätzung der Güte	17
4.2 Studie 2: Bertschy et al. (2015).....	18
4.2.1 Zusammenfassung	18
4.2.2 Würdigung	20
4.2.3 Einschätzung der Güte	21
4.3 Studie 3: Tebbet & Kennedy (2012).....	22
4.3.1 Zusammenfassung	22
4.3.2 Würdigung	24
4.3.3 Einschätzung der Güte	25

4.4	Studie 4: Mitra et al. (2016)	26
4.4.1	Zusammenfassung	26
4.4.2	Würdigung	28
4.4.3	Einschätzung der Güte	29
5.	Diskussion	30
5.1	Kritisch reflektierende Diskussion der Ergebnisse	30
5.1.1	Informationen	30
5.1.2	Eingeschränkte fachkundige Betreuung	32
5.1.3	Zugänglichkeit und Equipment	34
5.1.4	Beziehung zum Fachpersonal	35
5.2	Beantwortung der Fragestellung	37
6.	Schlussfolgerung	39
6.1	Empfehlungen für die Hebammenarbeit	39
6.2	Limitationen	42
6.3	Weiterer Forschungsbedarf	43
6.4	Fazit	43
	Literaturverzeichnis	44
	Tabellenverzeichnis	49
	Abbildungsverzeichnis	49
	Abkürzungsverzeichnis	50
	Danksagung	51
	Wortzahl	51
	Eigenständigkeitserklärung	52
	Anhang	53
A.	Glossar	53
B.	Rechercheprotokoll	56
C.	Studienbeurteilungen nach Stahl (2008)	61

1. Einleitung

Der Kinderwunsch bei Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen nimmt immer mehr zu (Smeltzer, 2007). Zahlen aus den USA deuten darauf hin, dass Frauen mit chronischen körperlichen Behinderungen gleich häufig schwanger werden wie Frauen ohne Einschränkungen (Iezzoni, Yu, Wint, Smeltzer, & Ecker, 2013). In Anbetracht der steigenden Zahlen gewinnt diese Thematik in der Geburtshilfe immer mehr an Bedeutung. Dabei ist zu beachten, dass Frauen mit körperlichen Behinderungen neben den allgemeinen Herausforderungen einer Schwangerschaft auch die Besonderheiten ihrer Einschränkung bewältigen müssen und damit einer Mehrfachbelastung ausgesetzt sind. Zudem berichten betroffene Frauen häufig über Schwierigkeiten, eine adäquate und bedürfnisgerechte Betreuung zu erhalten (Becker, Stuijbergen, & Tinkle, 1997; Lipson & Rogers, 2000). Es stellt sich die Frage, wie Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen optimal unterstützt werden können, damit die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts* auch für sie zu einer positiven Erfahrung wird.

1.1 Problemstellung und Praxisrelevanz

Die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett stellen auch bei Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen physiologische* Vorgänge dar, welche in das Aufgabengebiet einer Hebamme fallen. Die Interaktion* von Schwangerschaft und Behinderung ist jedoch komplex und bedarf spezifischen Fachwissens. Es können zusätzliche Komplikationen auftreten, weshalb viele betroffene Frauen präventiv als Risikoschwangere eingestuft werden (Lange, Schnepf, & zu Sayn-Wittgenstein, 2015). Es wird ihnen empfohlen, sich von Fachexpertinnen und Fachexperten für Risikoschwangerschaften betreuen zu lassen oder eine reguläre gynäkologische Praxis für die Schwangerschaftsvorsorge aufzusuchen (Schweizer Paraplegiker-Vereinigung, 2018). Dadurch sind sie oft schon von Beginn an ins medizinische System eingebunden und kommen in der vorgeburtlichen Zeit nicht oder nur selten mit einer Hebamme in Kontakt (Lange et al., 2015; Mitra et al., 2017). Für die Hebamme bedeutet dies, dass sie sich nur bedingt Erfahrungswissen aneignen kann. Spätestens bei der Geburt oder im Wochenbett kann es jedoch sein, dass Hebammen mit betroffenen Frauen in Berührung kommen.

Aktuell stehen in der Schweiz keine hebammenspezifischen Handlungsrichtlinien zur Verfügung, auf die bei Bedarf zurückgegriffen werden kann. In aktuellen Hebammenlehrbüchern wird das Thema körperliche Behinderung und die damit verbundenen speziellen Herausforderungen ebenfalls nicht erwähnt (Mändle & Opitz-Kreuter, 2015; Stiefel, Geist, & Harder, 2013). Zudem wird diese Thematik auch während des Bachelorstudiums Hebamme an der ZHAW nur in Ansätzen behandelt. Dies macht die Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen zu einer besonderen Herausforderung für Hebammen. Umso wichtiger ist es, die Wünsche und Bedürfnisse von mobilitätseingeschränkten Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett zu kennen, um eine adäquate Betreuung gewährleisten zu können. Eine geeignete Informationsquelle hierfür stellen die betroffenen Frauen selbst dar, da sie ihre Körper am besten kennen und Expertinnen in Bezug auf ihre Behinderung sind (Smeltzer, Mitra, Iezzoni, Long-Bellil, & Smith, 2016).

Die dargestellte Problematik führte die Autorin dieser Bachelorarbeit zu der unter Punkt 1.2 aufgeführten Fragestellung.

1.2 Fragestellung

Wie erleben Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett und welche Empfehlungen lassen sich daraus für die Hebammenarbeit ableiten?

1.3 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu ermitteln, wie Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett erleben und ob spezifische Wünsche an die Hebamme vorhanden sind. Daraus sollen Empfehlungen für die Hebammenarbeit abgeleitet werden.

1.4 Stand der Forschung

In bisherigen Studien über die Erfahrungen von Frauen mit körperlichen Behinderungen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett lag der Fokus mehrheitlich auf medizinischen Fragestellungen sowie auf spezifischen

Behinderungen wie zum Beispiel Querschnittslähmungen* (Jackson & Wadley, 1999; Le Liepvre et al., 2016). Zudem gibt es einige Studien, in welchen die Erfahrungen von Frauen mit unterschiedlichen Arten von Behinderungen, wie Körper- und Sinnesbehinderungen, untersucht wurden (Lawler, Begley, & Lalor, 2015; Schildberger, Zenzmaier, & König-Bachmann, 2017). In den vergangenen Jahren war auch die Perspektive der Fachpersonen vermehrt Gegenstand der Forschung (Bertschy, Pannek, & Meyer, 2016; McMillan, Lee, Milligan, Hillier, & Bauman, 2016). Jene Studien, in denen ausschliesslich die Erfahrungen von Frauen mit körperlichen Behinderungen erforscht wurden, sind häufig bereits älter als 15 Jahre (Becker et al., 1997; Lipson & Rogers, 2000; Prilleltensky, 2003). Es gibt wenige aktuelle Studien, in denen gezielt der Fragestellung nachgegangen wurde, wie die Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen erlebt wird. Die Betreuung von betroffenen Frauen durch eine Hebamme wurde bisher ebenfalls kaum untersucht. Zudem sind keine hebammenspezifischen Leitlinien für die Schweiz und den deutschsprachigen Raum vorhanden.

1.5 Abgrenzung

Da das Erleben der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen bisher nur wenig erforscht wurde, wird die Fragestellung bewusst offen gehalten. Aufgrund des limitierten Umfangs dieser Arbeit mussten jedoch gewisse Eingrenzungen vorgenommen werden, welche unter Punkt 2.2 detailliert beschrieben werden. Die vorliegende Bachelorarbeit grenzt sich von der bereits bestehenden Literatur ab, indem der Fokus auf die Hebammenarbeit gelegt wird.

2. Methode

Im folgenden Kapitel wird die Form der Arbeit aufgezeigt und das methodische Vorgehen beschrieben. Dies beinhaltet die Vorgehensweise bei der Literaturrecherche inklusive Ein- und Ausschlusskriterien, die Auswahl der Studien sowie eine Auflistung der verwendeten Evaluationsinstrumente.

2.1 Form der Arbeit und Literaturrecherche

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit. Die Literaturrecherche fand zwischen Juli 2017 und Januar 2018 statt. Zunächst wurde über Google Scholar eine oberflächliche Recherche durchgeführt, um einen Überblick über die Thematik und den aktuellen Forschungsstand zu erhalten. Anschliessend fand eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MIDIRS Maternity and Infant Care, MEDLINE (via Ovid), PubMed und CINAHL Complete statt, bei der nach themenrelevanten Studien gesucht wurde. In Tabelle 1 sind die *Keywords* ersichtlich, welche für die Datenbankrecherche verwendet wurden.

Tabelle 1: Suchbegriffe - Darstellung der Autorin

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme
Körperliche Behinderung	physical disability	mobility disability, physical impairment
Querschnittlähmung	spinal cord injury (SCI)	tetraplegia, tetraplegic, paraplegia, paraplegic
Schwangerschaft	pregnancy	gestation, pregnant, prenatal, antenatal
Geburt	birth	delivery, childbirth, labour/labor, perinatal
Wochenbett	puerperium	postnatal, postpartum, postpartal
Erleben	experience	need, expectation
Frau	woman	mother

Die Suchbegriffe wurden mit den Booleschen Operatoren* AND, OR und NOT verknüpft und bei Bedarf mit unterschiedlichen Trunkierungen* versehen. Je nach Trefferzahl wurde die Suche spezifiziert oder ausgeweitet. Zusätzlich wurden die verschiedenen Eingrenzungsmöglichkeiten der Datenbanken angewendet. Ein ausführliches Rechercheprotokoll ist in Anhang B zu finden.

Die Suche nach geeigneten Fachbüchern und -zeitschriften erfolgte über den Nebis-Katalog und via Handrecherche in der Hochschulbibliothek der ZHAW in Winterthur. Auf fachspezifischen Webseiten, wie beispielsweise die der Schweizer Paraplegiker-Stiftung, wurde ebenfalls nach nützlichen Informationen gesucht. Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse geeigneter Studien auf weitere relevante Publikationen geprüft.

Es wurde ebenfalls kontrolliert, ob bereits Leitlinien von Organisationen vorhanden sind, die einen Einfluss auf die geburtshilfliche Praxis haben. Dazu zählen:

- das Royal College Of Midwives
- die Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- der American Congress of Obstetricians and Gynecologists
- das National Institute of Health and Care Excellence
- die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Literatur musste sich mit den Erfahrungen von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen während der Schwangerschaft, der Geburt und/oder dem Wochenbett beschäftigen. Es wurden nur qualitative Studien in deutscher oder englischer Sprache berücksichtigt. Um aktuelle Resultate zu erhalten, durften die Studien und Leitlinien nicht älter als 10 Jahre sein (Stand: Januar 2018). Bei der Sekundär- und Tertiärliteratur wurde keine zeitliche Eingrenzung gemacht. Die Frauen mussten innerhalb der letzten 15 Jahre ab dem Befragungszeitpunkt geboren haben, da die Erfahrungen mit der Zeit verblasen können. Der Geburtsmodus*, die Parität* sowie das Alter der Frauen waren irrelevant. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mussten die Teilnehmerinnen jedoch aus Ländern mit einem ähnlichen soziokulturellen* Hintergrund, wie dem der Schweiz (z. B. USA, Kanada, Australien und Europa), stammen. Studien, welche sich mit Sinnesbehinderungen, Sprachbehinderungen, psychischen und geistigen Behinderungen sowie Lernbehinderungen befasst haben, wurden ausgeschlossen. Die Stichprobe sollte sich ausschliesslich aus Frauen mit mobilitätseinschränkenden

Behinderungen zusammensetzen. Daher wurden auch Studien mit gemischten Untersuchungsgruppen ausgeschlossen.

2.3 Studienauswahl

Nach sorgfältiger Überprüfung des Titels und Abstracts und einer ersten Einschätzung der Relevanz, kamen die Studien entweder in die engere Auswahl oder wurden ausgeschlossen. Erfüllte eine Studie die Einschlusskriterien, wurde der Volltext gelesen und anschliessend eine endgültige Entscheidung getroffen. Die Studien in Tabelle 2 wurden schliesslich für die Bearbeitung der Fragestellung ausgewählt.

Tabelle 2: Selektierte Studien - Darstellung der Autorin

Selektierte Studien
Studie 1: Smeltzer, S. C., Wint, A. J., Ecker, J. L., & Iezzoni, L. I. (2017). Labor, delivery, and anesthesia experiences of women with physical disability.
Studie 2: Bertschy, S., Geyh, S., Pannek, J., & Meyer, T. (2015). Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews.
Studie 3: Tebbet, M., & Kennedy, P. (2012). The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study.
Studie 4: Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Smith, L. D. (2016). Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy.

Die Studien werden in Kapitel 4 dargestellt, zusammengefasst und kritisch gewürdigt. In Kapitel 5 werden die Resultate anschliessend miteinander verglichen und diskutiert. Die ausführlichen Studienbeurteilungen sind in Anhang C zu finden.

2.4 Evaluationsinstrumente

Die selektierten qualitativen Studien wurden anhand des Beurteilungsrasters von Stahl (2008) analysiert und systematisch gewürdigt. Darin enthaltene Fragestellungen, welche sich auf quantitative Studien beziehen oder für die vorliegende Bachelorarbeit ungeeignet waren, wurden nicht berücksichtigt. Die

Einschätzung der Güte erfolgte anschliessend anhand der Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985, zit. nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015).

3. Theoretischer Hintergrund

Im nachfolgenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen zur Thematik beschrieben. Zunächst wird der Begriff Behinderung definiert und die Prävalenz* aufgezeigt. Zudem wird erläutert, welchen Herausforderungen Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett begegnen. Abschliessend werden für die Fragestellung relevante Modelle der Hebammenbetreuung dargestellt.

3.1 Mobilitätseinschränkende Behinderung

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Definitionen des Begriffs Behinderung aufgezeigt. Daraus wird eine Definition für die vorliegende Bachelorarbeit festgelegt.

3.1.1 Definition Behinderung

Gemäss Signore, Spong, Krotoski, Shinowara, und Blackwell (2011) gibt es keine allgemeingültige Definition des Begriffs Behinderung. Die Weitläufigkeit des Begriffs soll anhand der folgenden Definitionen aufgezeigt werden.

Im Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen, kurz Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG), vom 01. Januar 2004, SR 151.3, wird der Begriff Behinderung wie folgt definiert:

In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben. (BehiG, Art. 2 Abs. I)

Eine sehr ähnliche Definition ist im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, kurz Behindertenrechtskonvention (BRK), vom 15. Mai 2008, SR 0.109, zu finden. Dort zählen all jene Personen zu Menschen mit Behinderungen, „ . . . die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen

Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (BRK, Art. 1 Abs. II).

In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO, wird der Begriff Behinderung in einen biopsychosozialen* Kontext (siehe Abbildung 1) gebracht. Gemäss der ICF wird von einer Behinderung gesprochen, wenn die Funktionsfähigkeit eines Menschen in mindestens einem der folgenden drei miteinander verbundenen Bereiche beeinträchtigt ist:

- Beeinträchtigung der Körperfunktion* oder Körperstruktur* (Schädigung)
- Schwierigkeiten bei der Durchführung von bestimmten Aktivitäten (Beeinträchtigung der Aktivität)
- Eingeschränkte Fähigkeit zur Teilnahme an verschiedenen Lebenssituationen (Beeinträchtigung der Partizipation*)

Dabei wird besonders der Einfluss von Umweltfaktoren* sowie personenbezogenen Faktoren* auf die Entstehung einer Behinderung betont. Eine Behinderung ist somit nicht nur ein biologisches, sondern auch ein soziales Problem und entsteht durch die Interaktion einer körperlichen Beeinträchtigung mit der Umwelt und/oder persönlichen Faktoren (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005).

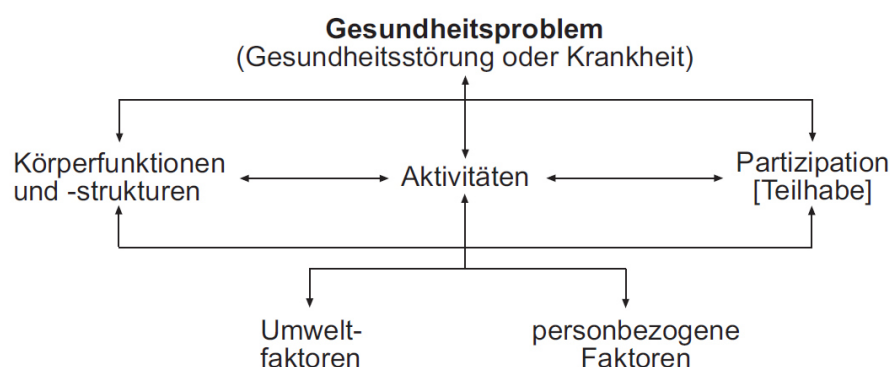


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 21)

Die dargestellten Definitionen dienen nur als Grundlage, da sie sehr umfassend sind und unterschiedliche Aspekte beinhalten. In der vorliegenden Bachelorarbeit wird auf eine spezifische Funktionseinschränkung gemäss der Definition der ICF eingegangen, nämlich auf die beeinträchtigte Körperfunktion oder -struktur. Darunter werden in dieser Arbeit alle Zustände verstanden, die den menschlichen Körper auf irgendeine Art und Weise in seiner Funktion und/oder Mobilität einschränken. Die betroffenen Frauen müssen entweder auf Mobilitätshilfen, wie Rollstühle, Krücken oder Rollatoren, angewiesen sein oder Schwierigkeiten bei der Benutzung einer oder mehrerer Extremitäten haben. Es dürfen keine oder nur verminderte Fähigkeiten vorhanden sein, die Aktivitäten des täglichen Lebens* (ATL) selbständig zu verrichten. Rückenmarksverletzungen, wie Tetraplegie* oder Paraplegie*, werden ebenfalls berücksichtigt. Der Fokus liegt jedoch auf dem Erleben der Frau und nicht auf der Ursache der Einschränkung.

Gemäss der Definition der ICF kann somit auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft von einer Behinderung gesprochen werden, da betroffene Frauen häufig Hindernissen, wie beispielsweise unzugängliche Gesundheitseinrichtungen, begegnen und ihre Partizipation dadurch beeinträchtigt ist. Im weiteren Verlauf dieser Bachelorarbeit wird daher stellvertretend für alle Einschränkungen der Begriff „mobilitätseinschränkende Behinderung“ verwendet. Bei den Studienbeurteilungen wurden die Originalbegriffe belassen, da die Studien unterschiedliche Aspekte von Behinderungen beleuchten und die Ergebnisse nicht verfälscht werden sollten.

3.1.2 Prävalenz

Im Jahr 2012 lebten in der Schweiz rund 1'193'000 Menschen mit einer Behinderung gemäss der Definition des BehiG. Zu diesem Zeitpunkt entsprach dies 17 % der Bevölkerung ab 15 Jahren, die in Privathaushalten lebten. In mehr als drei Viertel der Fälle waren körperliche Gründe die Ursache für die Aktivitätseinschränkungen und Frauen waren häufiger betroffen als Männer (Bundesamt für Statistik, 2014). In der Schweiz liegen derzeit keine detaillierten Zahlen zu mobilitätseinschränkenden Behinderungen vor und auch die Schwangerschaften betroffener Frauen werden statistisch nicht erfasst. Es kann daher keine genaue Aussage über die Prävalenz gemacht werden.

3.1.3 Besondere Herausforderungen

Die Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett können für alle Frauen eine Herausforderung darstellen. Für Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen kann diese Zeit jedoch besonders schwierig sein, da sie mit weniger Ressourcen* ausgestattet sind und zusätzlichen Herausforderungen begegnen (Lawler et al., 2015). Die bisherige Literatur zeigt, dass sich die Suche nach geeignetem Fachpersonal, welches in der Lage ist, betroffene Frauen kompetent durch die Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu begleiten, oft schwierig gestaltet. Den Fachpersonen mangelt es häufig an Informationen und spezifischem Fachwissen über die Interaktion von Schwangerschaft und Behinderung (Lipson & Rogers, 2000). Dies ist problematisch, da mobilitätseingeschränkte Frauen zusätzlichen Risiken wie beispielsweise Dekubitus* oder Spastik* ausgesetzt sind (Iezzoni, Wint, Smeltzer, & Ecker, 2015a). Aufgrund baulicher Hürden sind Gesundheitseinrichtungen für Frauen im Rollstuhl oft nicht oder nur schwer zugänglich. Zudem ist die Ausstattung in manchen Einrichtungen nicht behindertengerecht, wodurch Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen häufig keine angemessene Schwangerschaftsvorsorge erhalten (Iezzoni, Wint, Smeltzer, & Ecker, 2015b; Smeltzer, 2007) und in der Wahl des Geburtsortes eingeschränkt sind (Redshaw, Malouf, Gao, & Gray, 2013). Auch der Zugang zu Unterstützungsangeboten, wie Geburtsvorbereitungskursen, bleibt den Frauen häufig verwehrt, da die Räumlichkeiten nicht behindertengerecht eingerichtet oder die Kursinhalte nicht auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind. Weitere Hürden sind fehlendes Vertrauen der Gesellschaft in die Fähigkeiten der Frauen und mangelnde Unterstützung seitens Familie und Freunde (Schildberger et al., 2017). Auch das Fachpersonal ist den Frauen gegenüber häufig voreingenommen und reagiert negativ auf ihre Schwangerschaften (Smeltzer et al., 2016). Es besteht fälschlicherweise die Annahme, dass ein Körper, der äußerlich nicht reibungslos funktioniert, auch innen nicht richtig arbeiten kann (Lipson & Rogers, 2000).

3.2 Modelle der Hebammenbetreuung

Im nachfolgenden Abschnitt werden Modelle der Hebammenbetreuung dargestellt, welche für die Fragestellung relevant sind.

3.2.1 Evidenzbasierte Hebammenarbeit

Hebammen sind dazu aufgefordert, evidenzbasiert* zu arbeiten, um eine bestmögliche Betreuung für die Frau, ihr(e) Kind(er) und ihre Familie zu erreichen und deren Wohlergehen sicherzustellen (International Confederation of Midwives, 2005). Gemäss Stahl (2008) sind die drei wesentlichen Aspekte des evidenzbasierten Arbeitens die evidenzbasierte Literatur, die Wünsche und Bedürfnisse der Frau sowie das Erfahrungswissen der Hebamme. Für die Praxis bedeutet dies, dass bei jeder Entscheidung für oder gegen eine Massnahme Evidenzen* aus unterschiedlichen Quellen zur Entscheidungsfindung herangezogen und miteinander verglichen werden sollen. Ebenso sollen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Frau sowie das Erfahrungswissen der Hebamme in den Entscheidungsprozess hineinfließen. Um im Sinne der evidenzbasierten Hebammenarbeit eine Entscheidung treffen zu können, müssen alle drei Punkte berücksichtigt werden (Stahl, 2008). Gerade in komplexen Situationen, wie der der Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen, scheint eine evidenzbasierte Hebammenarbeit unabdingbar.

3.2.2 Betreuungsbogen

Das Konzept des Betreuungsbogens nach Sayn-Wittgenstein (2007) besagt, dass der Kompetenzbereich einer Hebamme eine ganzheitliche Betreuung der Frau umfasst und weit über das Ereignis der Geburt hinausgeht. Kontinuierliche Hebammenbetreuung beginnt bereits bei der Familienplanung, wird weitergeführt während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett und endet in der Stillzeit. Abbildung 2 dient der Veranschaulichung dieses Betreuungsbogens.



Abbildung 2: Der Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 24)

Die Hebammen in der Schweiz stehen allen Frauen während des gesamten Betreuungsbogens zur Verfügung. Sie sind entweder in einem Spital angestellt oder frei praktizierend und betreuen die Frauen selbständig und eigenverantwortlich, solange keine Komplikationen vorliegen (Schweizerischer Hebammenverband, 2018). Da die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett auch bei Frauen mit Behinderungen grundsätzlich physiologische Prozesse darstellen, fällt die Betreuung von betroffenen Frauen ebenfalls in das Aufgabengebiet der Hebamme.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden relevante Informationen aus den Studien dargestellt und die wichtigsten Resultate aufgezeigt. Zudem werden die Studien kritisch gewürdigt und ihre Güte eingeschätzt. Die detaillierten Studienbeurteilungen nach Stahl (2008) sowie die Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985, zit. nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015) sind in Anhang C zu finden.

4.1 Studie 1: Smeltzer et al. (2017)

In Tabelle 3 sind die wichtigsten Informationen über die Studie von Smeltzer, Wint, Ecker, und Iezzoni (2017) ersichtlich.

Tabelle 3: Überblick Studie 1: Smeltzer et al. (2017) - Darstellung der Autorin

Smeltzer et al. (2017)	
Titel	Labor, delivery, and anesthesia experiences of women with physical disability.
Autoren	Smeltzer, S. C., Wint, A. J., Ecker, J. L., & Iezzoni, L. I.
Forschungsansatz und Studiendesign	Qualitative deskriptive Studie.
Stichprobe	22 Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen.
Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none">• Gebrauch von technischen Hilfsmitteln, wie Gehstock, Krücken, Rollator, Rollstuhl (manuell oder elektrisch) oder <i>Scooter</i> zum Zeitpunkt der Schwangerschaft• Signifikante Bewegungseinschränkungen der oberen Extremitäten zum Zeitpunkt der Schwangerschaft• Geburt des jüngsten Kindes innerhalb der letzten 10 Jahre Ausschlusskriterien: keine
Methode	Telefoninterviews anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens.

4.1.1 Zusammenfassung

Die qualitative Studie von Smeltzer et al. (2017) wurde durchgeführt, um die Erfahrungen von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen in Bezug auf Wehen, Geburt und Anästhesie zu erforschen. Dadurch sollte das Verständnis für die Frauen erhöht werden, um in weiterer Folge die geburtshilfliche Betreuung verbessern zu können. Ausserdem sollte der weitere Forschungsbedarf aufgezeigt werden. Die Studie wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt und die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte über soziale Netzwerke von Frauen

mit Behinderungen. In einem Zeitraum von knapp drei Monaten wurden 22 Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen anhand von semistrukturierten Telefoninterviews befragt. Die Daten wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die meisten Teilnehmerinnen hatten eine klare Vorstellung über den gewünschten Geburtsmodus. Sie entschieden sich beispielsweise aus Gründen wie der Angst vor einer Autonomen Dysreflexie* (AD) für eine Sectio caesarea* (Sectio) oder aufgrund von möglichen Wundheilungsstörungen dagegen. Von den Gefahren einer AD mussten einige Frauen ihre Geburtshelferinnen und Geburtshelfer allerdings zuerst überzeugen und Fachzeitschriften zur Hilfe nehmen, da seitens der Ärzteschaft kein ausreichendes Fachwissen über diese Komplikation vorhanden war. Frauen, welche eine Vaginalgeburt bevorzugten, hatten Angst, dass ihnen nur aufgrund ihrer Behinderung zu einer Sectio geraten wird und nicht aus geburtshilflichen Gründen. Eine Teilnehmerin entschied sich deshalb für eine hebammengeleitete Geburt in einem Geburtshaus und beschrieb diese als schnell und problemlos. Die Frauen hatten das Gefühl, dass ihre betreuenden Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend über den Einfluss der Behinderungen auf die Geburtswehen informiert waren oder dass sie die vorhandenen Informationen nicht mit ihnen teilten. Einige Ärztinnen und Ärzte gingen zum Beispiel fälschlicherweise davon aus, dass bei gewissen Behinderungen keine schmerzhaften Wehen auftreten können. Die Frauen waren dadurch unvorbereitet und wurden von den Schmerzen überrascht. Sie hätten sich mehr Informationen seitens der Ärzteschaft gewünscht und wären gerne besser auf den Wehenschmerz vorbereitet gewesen. Die Frauen berichteten zudem, dass es seitens der Ärzteschaft an Wissen mangle, wie sich die Behinderung auf die Schwangerschaft auswirke. Dies verängstigte die Frauen und veranlasste sie, selbst für ihre Interessen einzustehen oder sicherzustellen, dass dies durch eine von ihnen bestimmte Person geschieht. Einige Teilnehmerinnen berichteten über positive Geburtserfahrungen und gute Beziehungen zu ihren Geburtshelferinnen und Geburtshelfern, welche bereitwillig Fragen beantworteten und vertrauenswürdige *Inputs* lieferten. Spezifische Informationen über die jeweilige Behinderung und ausführliche Erklärungen seitens der Ärzteschaft trugen ebenfalls zu einer positiven Erfahrung bei.

Die meisten Teilnehmerinnen hatten eine klare Präferenz in Bezug auf die Anästhesie und wollten während der Geburt wach sein. Frauen, welche aufgrund ihrer Behinderung mit Schwierigkeiten bei der Anästhesie rechneten, betonten die Wichtigkeit eines Anästhesiegesprächs vor der Geburt und versorgten die Anästhesistinnen und Anästhesisten aktiv mit Informationen über ihre Behinderung (z. B. Röntgenbilder). Unzufriedenheit kam besonders dann auf, wenn die Wünsche der Frauen trotz Anästhesiegespräch nicht berücksichtigt wurden oder wenn die Entscheidungen über das weitere Vorgehen nicht mit ihnen besprochen wurden. Die Frauen wären gerne in geburtshilfliche Entscheidungen integriert worden und hätten sich eine offene Kommunikation mit der Ärzteschaft gewünscht. Trotz gründlicher Vorbereitung erhielten viele Teilnehmerinnen nicht die gewünschte Anästhesie. Häufig war das Legen einer Epiduralanästhesie* (EDA) trotz mehrerer Versuche nicht möglich oder die Wirkung war unzureichend, was für die Frauen und ihre Begleitpersonen ein beängstigendes Erlebnis war. In einigen Fällen unterschätzte das Anästhesieteam die Komplexität der Behinderung und musste auf eine Vollnarkose zurückgreifen, was für die Betroffenen enttäuschend war. Zudem hatten manchen Frauen Angst vor Verletzungen und bleibenden Lähmungen aufgrund der EDA.

Die Forschenden kamen zu dem Schluss, dass die Ärzteschaft in Sachen Fachwissen und Fertigkeiten geschult werden muss, um eine adäquate Betreuung gewährleisten zu können. Zudem sollten die Frauen enger in den Entscheidungsprozess integriert werden und die Ärzteschaft sollte ihrem Informationsbedarf mehr Beachtung schenken. Eine bessere Kommunikation könnte die Zufriedenheit der Frauen erhöhen und zu positiven Erfahrungen und *Outcomes** führen.

4.1.2 Würdigung

Wie in Anhang C ersichtlich, werden wichtige Aspekte der Studie nachvollziehbar beschrieben und zeugen von einem strukturierten Vorgehen. Einige Punkte können jedoch kritisch bewertet werden. Es wird beispielsweise angedeutet, dass es sich bei dieser Studie um eine Teilstudie einer grösser angelegten Mixed-Methods-Untersuchung handelt. Die Forschenden gehen allerdings nicht näher auf diese ein.

Eine kurze Erläuterung diesbezüglich wäre hilfreich gewesen, um das Gesamtstudiendesign besser einordnen zu können. Weiter wird nicht thematisiert, welche Rolle die Forschenden bei der Datenerhebung hatten und in welcher Beziehung sie zu den Teilnehmerinnen standen. Es ist nicht eindeutig nachvollziehbar, wie die Ergebnisse der Studie kategorisiert wurden und es wird nicht erwähnt, ob eine Verifizierung* durch die Teilnehmerinnen stattgefunden hat. Zudem ist nicht immer eindeutig klar, von welchen Fachpersonen gesprochen wird, da auch übergeordnete Berufsbezeichnungen, wie „Medizinerinnen und Mediziner“, verwendet werden.

4.1.3 Einschätzung der Güte

Nach der Beurteilung der Gütekriterien scheint die Studie sorgfältig erarbeitet worden zu sein. Es werden interessante Einblicke in die Erfahrungen von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen in Bezug auf Wehen, Geburt und Anästhesie aufgezeigt.

4.2 Studie 2: Bertschy et al. (2015)

In Tabelle 4 sind die wichtigsten Informationen über die Studie von Bertschy, Geyh, Pannek, und Meyer (2015) herauszulesen.

Tabelle 4: Überblick Studie 2: Bertschy et al. (2015) - Darstellung der Autorin

Bertschy et al. (2015)	
Titel	Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews.
Autoren	Bertschy, S., Geyh, S., Pannek, J., & Meyer, T.
Forschungsansatz und Studiendesign	Qualitative offene Studie.
Stichprobe	17 Frauen mit einer Rückenmarksverletzung.
Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauen zwischen 18 und 55 Jahren • Traumatische oder nicht-traumatische Rückenmarksverletzung • Permanenter Wohnsitz in der Schweiz • Geburt innerhalb der letzten 15 Jahre • Verletzung bereits vor der Geburt <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angeborene Krankheiten, die zu einer Tetra- oder Paraplegie führen
Methode	Einzel- oder Gruppeninterviews anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens.

4.2.1 Zusammenfassung

Bertschy et al. (2015) gingen in ihrer qualitativen Studie der Fragestellung nach, wie Frauen mit einer Rückenmarksverletzung ihren Bedarf an Dienstleistungen während Schwangerschaft und Geburt wahrnehmen und welche Erfahrungen sie bei der Inanspruchnahme dieser Gesundheitsdienste machen. Dadurch sollte das Verständnis für die Frauen erhöht werden, um die bestehenden Angebote verbessern zu können. Die Studie wurde in der Schweiz durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte über die Datenbank der Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study (SwiSCI) und via Schneeballsystem* innerhalb der Behindertengemeinschaft. Zwischen August 2012 und September 2013 wurden 17 Frauen mit Rückenmarksverletzungen anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens in Einzel- oder Gruppeninterviews befragt. Die Datenanalyse erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Die Teilnehmerinnen hatten einen grossen Bedarf an Informationen über die Interaktion von Schwangerschaft und Rückenmarksverletzung und wollten wissen, was in ihrer Situation anders ist. Sie äusserten das Bedürfnis nach Fachpersonen mit spezifischen Kenntnissen in den Bereichen Geburtshilfe und Paraplegiologie*. Die Frauen berichteten über grosse Schwierigkeiten, Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Kenntnissen über Rückenmarksverletzungen zu finden. Zudem mangelte es den betreuenden Ärztinnen und Ärzten häufig an Wissen über die Bedürfnisse von schwangeren Frauen mit einer Rückenmarksverletzung. Die Teilnehmerinnen mussten deshalb ihre eigenen Recherchen durchführen. Sie kontaktierten Rehabilitationszentren für Rückenmarksgeschädigte oder recherchierten im Internet, um an Informationen zu gelangen. Der Kontakt mit den Rehabilitationszentren war für die Frauen frustrierend, da sie keine ausreichenden Informationen über Rückenmarksverletzungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft erhielten. Nur eine der Teilnehmerinnen erwähnte, eine gynäkologische Sprechstunde in einem Rehabilitationszentrum in Anspruch genommen zu haben. Auch die Suche im Internet führte zu wenig bis gar keinen angemessenen Informationen. Der Kontakt mit *Peers** wurde hingegen von den meisten Teilnehmerinnen als hilfreich erachtet. Durch den Austausch mit Peers fühlten sich die Frauen in ihren Schwangerschaften wohler und konnten ihre Ängste in Bezug auf die Geburt reduzieren.

Sobald die Frauen eine Schwangerschaft vermuteten, hatten sie das dringende Bedürfnis, ihre Gynäkologin oder ihren Gynäkologen zu kontaktieren. Bei gesundheitlichen und schwangerschaftsspezifischen Problemen mussten sie zudem eine Vielzahl an Fachpersonen aus unterschiedlichen Fachbereichen aufsuchen. Da keine Expertinnen oder Experten mit ganzheitlichem Wissen vorhanden waren, mussten sich die Frauen selbst um geeignete Fachpersonen kümmern, was für viele unpraktisch und enttäuschend war. Eine bereits bestehende Beziehung zum Fachpersonal wurde dabei sehr geschätzt und förderte das Vertrauen. Besonders Frauen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Anliegen hatten das Bedürfnis nach einer kontinuierlichen Betreuung und hätten sich ein interdisziplinäres Team oder eine Anlaufstelle mit ganzheitlichem Wissen gewünscht. Andere hingegen wären auch mit besser vernetzten oder zentraler gelegenen Angeboten zufrieden gewesen.

Das Wichtigste für die Frauen war jedoch, dass ihre gesundheitlichen Bedenken ernst genommen wurden.

Die Teilnehmerinnen machten unterschiedliche Erfahrungen mit der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und Angeboten, welche auf ihre Bedürfnisse abgestimmt waren. Viele ärztliche Praxen waren mit dem Rollstuhl nicht zugänglich und nur wenige Einrichtungen verfügten über eine angemessene Ausstattung, wie behindertengerechte Untersuchungsstühle. Dies machte Untersuchungen und Spitalaufenthalte zusätzlich schwierig. Angebote, wie beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse, wurden von den Frauen nicht genutzt, da sie nicht auf ihre Bedürfnisse abgestimmt waren. Auch eine Geburt in einem Geburtshaus blieb den Frauen verwehrt, da sich die zuständigen Hebammen dieser Herausforderung nicht gewachsen fühlten. Aus der Sicht der Teilnehmerinnen waren die betreuenden Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern unerfahren im Umgang mit rückenmarksgeschädigten Patientinnen und Patienten, was zu Ineffizienz, unnötigen Untersuchungen und unsicheren Behandlungsmethoden führte.

Die Forschenden kamen zu dem Schluss, dass Richtlinien erarbeitet werden müssen und Verbesserungen in der Praxis notwendig sind, um betroffenen Frauen eine bessere Gesundheitsversorgung bieten zu können. Neben der Ausweitung des Angebots sollten den Frauen auch spezifische Informationen und Kontakte zu Peers vermittelt werden. Ausserdem sollten bestehende Angebote auf die Bedürfnisse von schwangeren Frauen mit Rückenmarksverletzungen abgestimmt und besser zugänglich gemacht werden.

4.2.2 Würdigung

Wie in Anhang C ersichtlich, werden wichtige Aspekte der Studie nachvollziehbar beschrieben und zeugen von einem strukturierten Vorgehen. Dennoch können einige Punkte kritisch bewertet werden. Anhand der Beschreibung der Datenanalyse ist nicht eindeutig nachvollziehbar, wie die Ergebnisse der Studie kategorisiert wurden und es wird nicht erwähnt, ob die Resultate von den Teilnehmerinnen verifiziert wurden. Zudem ist im Ergebnisteil nicht immer eindeutig klar, von welchen

Fachpersonen die Rede ist, da häufig allgemeine Begriffe, wie „Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister“, verwendet werden.

4.2.3 Einschätzung der Güte

Die Studie scheint nach Beurteilung der Gütekriterien glaubwürdig erarbeitet worden zu sein und liefert wertvolle Ergebnisse über den Dienstleistungsbedarf von schwangeren Frauen mit einer Rückenmarkverletzung. Ebenso werden interessante Einblicke in die Erfahrungen betroffener Frauen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten gegeben.

4.3 Studie 3: Tebbet & Kennedy (2012)

In Tabelle 5 sind die wichtigsten Informationen über die Studie von Tebbet und Kennedy (2012) zu finden.

Tabelle 5: Überblick Studie 3: Tebbet & Kennedy (2012) - Darstellung der Autorin

Tebbet & Kennedy (2012)	
Titel	The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study.
Autoren	Tebbet, M., & Kennedy, P.
Forschungsansatz und Studiendesign	Qualitative phänomenologische Studie.
Stichprobe	8 Frauen mit einer Rückenmarksverletzung.
Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none">• Frauen mit einer Rückenmarksverletzung bereits vor der Geburt• Geburt in den vergangenen 8 Jahren• Geburt im gleichen spezialisierten Krankenhaus• Lebendgeburt Ausschlusskriterien: keine
Methode	Persönliche Interviews anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens.

4.3.1 Zusammenfassung

Tebbet und Kennedy (2012) gingen in ihrer qualitativen Studie der Fragestellung nach, wie Frauen mit einer Rückenmarksverletzung die Zeit der Schwangerschaft und Geburt erleben und welche Faktoren ihre Geburtserfahrungen beeinflussen. Die Ergebnisse sollten den werdenden Müttern und Fachpersonen als Informationsgrundlage dienen, um sich adäquat auf die Geburt vorbereiten zu können. Die Teilnehmerinnen wurden gezielt über ein spezialisiertes Krankenhaus im Süden Englands rekrutiert, welches sowohl über eine Entbindungsstation als auch über ein Wirbelsäulenzentrum verfügt. In einem Zeitraum von drei Monaten wurden acht rückenmarksgeschädigte Frauen persönlich und anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens zu ihren Geburtserfahrungen befragt. Die Aussagen wurden mittels einer interpretativen phänomenologischen Analyse (IPA) ausgewertet.

Obwohl sich die Teilnehmerinnen gründlich auf die Geburt vorbereitet hatten, mussten sie feststellen, dass es sich dabei um ein unvorhersehbares und nicht planbares Ereignis handelt. Der Austausch mit Peers war den Frauen bei ihren Vorbereitungen eine grosse Hilfe, da sie dadurch an Informationen aus erster Hand gelangten und wertvolle Einblicke in das bevorstehende Ereignis erhielten. Frauen, die sich nicht mit Peers austauschen konnten, berichteten, dass sie dies rückblickend als hilfreich erachtet hätten. Die Anwesenheit der Partnerin oder des Partners während der Geburt war für die Frauen die wichtigste nicht-professionelle Unterstützung. Ein ebenfalls wichtiger Einflussfaktor auf das Geburtserlebnis war die professionelle Betreuung der involvierten Fachpersonen. Vertrauenswürdiges und freundliches Fachpersonal zu haben, unterstützte die Frauen dabei, ruhig zu bleiben und an ihre eigenen Fähigkeiten zu glauben.

Einige Frauen hatten Angst davor, ihre Schwangerschaft zu verkünden und von ihrem Umfeld als ungeeignet angesehen zu werden. Die meisten Frauen waren von den Reaktionen ihres Umfelds jedoch positiv überrascht und fühlten sich nach der Geburt gleichgestellt und allgemein mehr akzeptiert. Für manche Frauen war es sehr beängstigend, nicht zu wissen, ob sie die Wehen wahrnehmen können und wie ihre Körper auf die Geburt reagieren werden. Bei Tetraplegikerinnen stand besonders die Angst vor einer AD im Vordergrund. Die Tatsache, sich mit einer Rückenmarksverletzung um ein Neugeborenes zu kümmern, war bei einigen Frauen zu Beginn ebenfalls mit Ängsten und Frustrationen verbunden. Trotz dieser Ängste schafften es die Teilnehmerinnen immer wieder, den Fokus auf ihre Fähigkeiten sowie Erfolge zu lenken und nicht auf Rückschläge. Die Frauen berichteten zudem von praktischen Schwierigkeiten aufgrund des Mangels an geeignetem Equipment und glaubten, dass sie durch die Behinderung in ihren Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt waren.

Neben den vielen Ängsten und Schwierigkeiten berichteten einige Frauen auch über positive Aspekte ihrer Behinderung. Die reduzierte Schmerz Wahrnehmung aufgrund der Rückenmarksverletzung wurde im Zusammenhang mit der Geburt von einigen Teilnehmerinnen als Vorteil angesehen. Die Frauen waren aufgrund ihrer Behinderung nicht in der Lage, sich gegen die natürlichen Prozesse zu wehren und

beschrieben die Geburt oft als „einfach“. Gemäss den Teilnehmerinnen hätten körperlich gesunde Frauen häufig die Tendenz, gegen den Geburtsschmerz anzukämpfen, was eine Verkrampfung der Muskeln und eine verlängerte Geburtsdauer zur Folge haben könne. Die Teilnehmerinnen beschrieben die Geburt trotz Schwierigkeiten und Herausforderungen als eine positive Erfahrung und waren bestrebt, andere Betroffene in ihrem Kinderwunsch zu bestärken.

Ein weiteres wichtiges Thema war das Kontrollgefühl während der Geburt. Einige Frauen hatten das Gefühl, während der Geburt die Kontrolle zu haben und selbstbestimmt handeln zu können. Andere hingegen waren eher passiv, da das Fachpersonal die Führung übernahm und manche Frauen beschrieben die Geburt als Teamarbeit mit geteilter Verantwortung. Das Gefühl von Kontrolle war stärker, wenn die Teilnehmerinnen von den Fachpersonen angehört und in geburtshilfliche Entscheidungen integriert wurden. Von der Kontrolle über den eigenen Körper waren manche Frauen positiv überrascht, da sie trotz ihrer Rückenmarksverletzung einiges von der Geburt wahrnehmen konnten. Dennoch berichteten zwei der Teilnehmerinnen, dass sie von ihrer Hebamme in Bezug auf den Geburtsfortschritt nicht ernst genommen wurden. In beiden Fällen war die Wahrnehmung der Frauen korrekt und die Geburt ging schneller voran, als die Hebamme erwartete.

Die Forschenden kamen zu dem Schluss, dass die Geburt von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung in einem biopsychosozialen Kontext betrachtet werden sollte, um ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen gerecht werden zu können.

4.3.2 Würdigung

Wie in Anhang C ersichtlich, werden wichtige Aspekte der Studie nachvollziehbar beschrieben und zeugen von einem strukturierten Vorgehen. Einige Punkte können jedoch kritisch beurteilt werden. Es stehen beispielsweise nicht alle der dargestellten Studien aus der Einleitung in Zusammenhang mit der Forschungsfrage. Die Rolle der Forschenden bei der Datenerhebung wird nicht thematisiert und aus der Beschreibung geht nicht hervor, wer die Interviews durchgeführt hat. Zudem wird nicht erwähnt, ob die Ergebnisse von den Teilnehmerinnen verifiziert wurden und es

sind keine Angaben darüber vorhanden, ob die Studie von einem Ethikkomitee genehmigt wurde. Im Ergebnisteil ist nicht immer eindeutig klar, von welchen Fachpersonen genau gesprochen wird, da häufig allgemeine Begriffe, wie „Fachleute“, verwendet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass alle Teilnehmerinnen in derselben spezialisierten Klinik betreut wurden und dies die Ergebnisse beeinflusst haben könnte.

4.3.3 Einschätzung der Güte

Die Studie scheint nach Beurteilung der Gütekriterien sorgfältig erarbeitet worden zu sein. Die Glaubwürdigkeit der Studie wird allerdings etwas geschwächt, da keine Angaben darüber gemacht werden, ob eine Genehmigung von einem Ethikkomitee eingeholt wurde. Trotzdem liefert die Studie interessante Ergebnisse über die Einflussfaktoren auf das Geburtserlebnis von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung.

4.4 Studie 4: Mitra et al. (2016)

In Tabelle 6 sind die wichtigsten Informationen über die Studie von Mitra, Long-Bellil, Iezzoni, Smeltzer, und Smith (2016) ersichtlich.

Tabelle 6: Überblick Studie 4: Mitra et al. (2016) - Darstellung der Autorin

Mitra et al. (2016)	
Titel	Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy.
Autoren	Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Smith, L. D.
Forschungsansatz und Studiendesign	Qualitative deskriptive Studie.
Stichprobe	25 Frauen mit einer körperlichen Behinderung.
Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none">• Körperliche Behinderung zum Zeitpunkt der Schwangerschaft oder gesundheitlicher Zustand, der die Benutzung der oberen Extremitäten oder die Gehfähigkeit stark beeinträchtigt• Maximal 55 Jahre alt zum Zeitpunkt des Interviews• Geburt innerhalb der letzten 10 Jahre Ausschlusskriterien: keine
Methode	Telefoninterviews anhand eines semistrukturierten Moderationsleitfadens.

4.4.1 Zusammenfassung

Mitra et al. (2016) führten diese qualitative Studie durch, um die unerfüllten Bedürfnisse und Barrieren in der perinatalen* Betreuung von Frauen mit körperlichen Behinderungen zu erforschen. Zusätzlich wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, Empfehlungen für andere betroffene Frauen mit Kinderwunsch abzugeben. Die Ergebnisse sollten zu einem vertieften Verständnis führen und mögliche Strategien aufzeigen, um die Erfahrungen der Frauen sowie das mütterliche und kindliche Outcome zu verbessern. Die Studie wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt. Die Teilnehmerinnenrekrutierung erfolgte via Internet und über lokale Organisationen. Es wurden 25 Frauen telefonisch und anhand eines semistrukturierten Moderationsleitfadens befragt. Die Datenanalyse erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Die Studienteilnehmerinnen berichteten über ein grosses Bedürfnis nach Informationen über den Einfluss ihrer Behinderung auf die Schwangerschaft. Sie

wandten sich dafür unter anderem an ihre Gynäkologinnen und Gynäkologen, welche dem Informationsbedarf allerdings nicht gerecht wurden. Die Frauen beschrieben, dass es den Gynäkologinnen und Gynäkologen an Informationen über die Auswirkungen der Behinderung auf die Schwangerschaft mangelte. Zudem hatten einige Gynäkologinnen und Gynäkologen keine Erfahrung in der Betreuung von Frauen mit körperlichen Behinderungen und mussten von den Betroffenen über bestimmte Themen aufgeklärt werden. Die Teilnehmerinnen führten deshalb ihre eigenen Recherchen durch, um an Informationen zu gelangen. Sie nutzten dafür unter anderem die sozialen Medien und stellten auch dort einen Mangel an brauchbaren Informationen fest. Den Teilnehmerinnen fehlte es an Informationen über Gynäkologinnen und Gynäkologen für die Schwangerschaftsvorsorge, welche Erfahrung in der Betreuung von mobilitätseingeschränkten Frauen haben. Die Frauen berichteten ausserdem über grosse Schwierigkeiten, geeignete Ausstattung für die Pflege des Neugeborenen zu finden und mussten selbst Anpassungen an Kinderbetten, Tragen oder Wickeltischen vornehmen. Auch zum Thema Stillen waren nur sehr wenige Informationen vorhanden und die Frauen wussten nicht, welche Unterstützungsmöglichkeiten es im Wochenbett gibt. Die meisten Informationen und Tipps erhielten die Teilnehmerinnen von anderen Müttern mit körperlichen Behinderungen. Der Kontakt mit Peers wurde von den Frauen sehr geschätzt und war ihnen eine grosse Unterstützung. Es hatten jedoch nicht alle Teilnehmerinnen das Glück, mit Peers in Kontakt zu kommen oder eine andere geeignete Informationsquelle zu finden.

Das medizinische Fachpersonal war gegenüber den betroffenen Frauen und ihren Schwangerschaften unterschiedlich eingestellt. Einige Gynäkologinnen und Gynäkologen wurden als unterstützend und verständnisvoll wahrgenommen, während andere unangebrachte Bemerkungen äusserten. Die Teilnehmerinnen hatten das Gefühl, als asexuell angesehen zu werden oder unfähig, ein Kind zu gebären und Mutter zu sein. Die Frauen berichteten, dass die Pflegenden ähnlich eingestellt waren wie die Ärzteschaft und nahmen diese entweder als grossartig und wundervoll wahr oder als nicht sehr hilfsbereit. Die Begleitpersonen der Frauen mussten zum Teil pflegerische Aufgaben übernehmen, wenn diese vom Pflegepersonal verweigert wurden.

Einige Frauen berichteten über nicht behindertengerechte Zugänge zu Gesundheitseinrichtungen. Häufig war auch die Ausstattung in den Einrichtungen nicht auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmt. Die Teilnehmerinnen hatten zum Teil grosse Schwierigkeiten damit, auf Untersuchungsliegen zu gelangen und waren auf Hilfe angewiesen. Zudem gab es in den Einrichtungen oft keine angemessenen Personenwaagen, weshalb das Gewicht der Frauen während der gesamten Schwangerschaft nur indirekt bestimmt oder geschätzt wurde. Zum Teil waren auch die Wochenbettabteilungen nicht behindertengerecht eingerichtet oder ausgestattet. Die Frauen konnten die Sanitäranlagen und das Krankenbett nur mit Hilfsmitteln erreichen oder mussten zum Duschen auf andere Stationen gebracht werden. Rollstuhlfahrerinnen hatten zudem Schwierigkeiten mit zu hohen oder zu tiefen Babywiegen und Wickeltischen.

Die Teilnehmerinnen gaben folgende Empfehlungen an andere betroffene Frauen mit Kinderwunsch ab:

- Sorgfältige Auswahl von geeigneten Ärztinnen und Ärzten
- Frühzeitig Unterstützung von Peers organisieren
- Selbstbewusstsein und Durchsetzungsstärke zeigen
- Gute Vorbereitung auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Die Forschenden kamen zu dem Schluss, dass Frauen mit Behinderungen in ihrem Kinderwunsch bestärkt und unterstützt werden sollten. Dafür müssen Richtlinien erarbeitet, Unterstützungsangebote ausgeweitet und die Ärzteschaft entsprechend geschult werden. Ausserdem sollte den Frauen das vorhandene Wissen über Schwangerschaft und Behinderung besser zugänglich gemacht werden.

4.4.2 Würdigung

Wie in Anhang C ersichtlich, sind wichtige Aspekte der Studie nachvollziehbar beschrieben und zeugen von einem strukturierten Vorgehen. Einige Punkte können jedoch kritisch bewertet werden. Die Forschenden erwähnen, dass es sich bei dieser Studie um eine Teilstudie einer grösser angelegten Mixed-Methods-Untersuchung handelt, gehen jedoch nicht näher darauf ein. Eine kurze Erläuterung diesbezüglich wäre hilfreich gewesen, um das Gesamtstudiendesign besser einordnen zu können.

Aus der Beschreibung der Datenerhebung geht nicht hervor, welche Literatur für die Entwicklung des Moderationsleitfadens verwendet wurde oder welche Fragen dieser beinhaltet. Die Rolle der Forschenden bei der Datenerhebung und die Beziehung zu den Teilnehmerinnen werden ebenfalls nicht thematisiert. Es ist nicht eindeutig nachvollziehbar, wie die Ergebnisse der Studie kategorisiert wurden und es fand keine Verifizierung durch die Studienteilnehmerinnen statt. Zudem werden im Ergebnisteil oft übergeordnete Berufsbezeichnungen, wie „Klinikerinnen oder Kliniker“, verwendet, weshalb nicht immer eindeutig klar ist, welche Fachrichtungen genau gemeint sind. In der Diskussion zeigen die Forschenden einige Übereinstimmungen mit bereits vorhandenen Studien auf, geben die entsprechenden Quellen jedoch nicht an.

4.4.3 Einschätzung der Güte

Nach Beurteilung der Gütekriterien scheint die Studie glaubwürdig erarbeitet worden zu sein und liefert wertvolle Erkenntnisse über die unerfüllten Bedürfnisse und Barrieren in der perinatalen Betreuung von Frauen mit körperlichen Behinderungen.

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der analysierten Studien kritisch reflektiert und die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit beantwortet.

Der Ergebnisdiskussion ist vorzuschicken, dass der Begriff „erleben“ aus der Fragestellung nicht einheitlich definiert wurde und die Aussagen der befragten Frauen aus den Studien entsprechend vielfältig waren. Es wird daher im folgenden Abschnitt nur auf häufig genannte oder wichtige Ergebnisse in Bezug auf die Hebammenarbeit eingegangen. Dies soll keinesfalls die Relevanz der übrigen Aussagen herabsetzen.

Wie bereits in Kapitel 4 erwähnt, ist anhand der Studienresultate nicht immer eindeutig klar, von welchen Fachpersonen genau die Rede ist. Deshalb wurden zum Teil die übergeordneten Berufsbezeichnungen aus den Studien übernommen. Die Frauen berichteten hauptsächlich über ihre Erfahrungen mit der Ärzteschaft. Andere Gesundheitsberufe hatten scheinbar kaum eine Relevanz und die Hebamme wurde nur selten explizit erwähnt.

5.1 Kritisch reflektierende Diskussion der Ergebnisse

Die Analyse der Studienergebnisse ergab die vier Hauptkategorien „Informationen“, „Eingeschränkte fachkundige Betreuung“, „Zugänglichkeit und Equipment“ und „Beziehung zum Fachpersonal“.

5.1.1 Informationen

Informationsbeschaffung

Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen wenden sich gemäss Bertschy et al. (2015) zur Informationsbeschaffung an Rehabilitationszentren für Rückenmarksgeschädigte. Die Erwartungen der Frauen wurden in den Zentren jedoch nicht erfüllt, da sie keine ausreichenden Informationen über das Thema Schwangerschaft mit einer Rückenmarksverletzung erhielten. Bertschy et al. (2015) geben als einzige der selektierten Studien an, dass Rehabilitationszentren zur Informationsbeschaffung kontaktiert werden. Da die Studie in der Schweiz

durchgeführt wurde, ist dieser Aussage allerdings eine besondere Wichtigkeit zuzuschreiben. Bertschy et al. (2015) stellen zudem fest, dass das Internet als weitere Möglichkeit zur Informationsbeschaffung genutzt wird und auch dort wenig bis gar keine spezifischen Informationen vorhanden sind. Zum selben Resultat gelangen Mitra et al. (2016), deren Studienteilnehmerinnen die Informationen aus den sozialen Medien als mangelhaft beschrieben. Daraus lässt sich schliessen, dass sich auch die Informationssuche über das Internet schwierig gestaltet.

Die Studienergebnisse von Mitra et al. (2016) sowie Tebbet und Kennedy (2012) zeigen, dass sich mobilitätseingeschränkte Frauen zur Informationsbeschaffung an Peers wenden und dadurch wertvolle Tipps und Einblicke in die bevorstehende Zeit erhalten. Auch Bertschy et al. (2015) stellen fest, dass die Unterstützung durch Peers betroffenen Frauen hilft, sich in der Schwangerschaft wohler zu fühlen und ihre Ängste in Bezug auf die bevorstehende Geburt zu reduzieren. In keiner der selektierten Studien werden negative Aspekte bezüglich Informationen von Peers aufgezeigt. Gemäss Mitra et al. (2016) haben jedoch nicht alle Frauen die Möglichkeit, mit Peers in Kontakt zu treten.

Bertschy et al. (2015) stellen fest, dass Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen bereits früh in der Schwangerschaft das Bedürfnis haben, sich an ihre Gynäkologin oder ihren Gynäkologen zu wenden. Doch zeigt sich in der Studie von Mitra et al. (2016), dass die Frauen von ihren Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht ausreichend darüber informiert werden, wie sie sich auf die Schwangerschaft und die Geburt mit einer körperlichen Behinderung vorbereiten können. Des Weiteren wird durch Smeltzer et al. (2017) angedeutet, dass die betreuenden Ärztinnen und Ärzte vorhandene Informationen nicht mit den Frauen teilen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Erwartungen der Frauen an ihre Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht erfüllt werden, da sie sich die benötigten Informationen selbst beschaffen mussten.

Informationsbedarf

Die Resultate von Bertschy et al. (2015) und Mitra et al. (2016) zeigen, dass mobilitätseingeschränkte Frauen einen grossen Bedarf an Informationen über den

Einfluss ihrer Behinderung auf die Schwangerschaft haben. Des Weiteren fehlt es gemäss Mitra et al. (2016) an Informationen, welche Gynäkologinnen oder Gynäkologen für die Schwangerschaftsvorsorge geeignet sind und welche Unterstützungsmöglichkeiten im Wochenbett zur Verfügung stehen. Zum Thema Stillen sind ebenfalls keine ausreichenden Informationen vorhanden und die Frauen wissen häufig nicht, wie sie an behindertengerechte Ausstattung für die Pflege des Neugeborenen gelangen (Mitra et al., 2016). Es wird allerdings in keiner der analysierten Studien näher darauf eingegangen, welche Informationen den Frauen genau gefehlt haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Frauen einen grossen Bedarf an Informationen über die Auswirkungen ihrer Behinderung auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett haben und dass wenige geeignete Informationsquellen zur Verfügung stehen. Die Frauen profitieren insbesondere vom Kontakt mit Peers und weniger von den Informationen der Gynäkologinnen und Gynäkologen, Rehabilitationszentren oder dem Internet. Es scheint, als ob sich die Gynäkologinnen und Gynäkologen für diesen Bereich nicht zuständig fühlen oder über zu wenig Erfahrung verfügen, um betroffene Frauen adäquat informieren zu können.

5.1.2 Eingeschränkte fachkundige Betreuung

Laut den Ergebnissen von Mitra et al. (2016) und Smeltzer et al. (2017) mangelt es den Geburtshelferinnen und Geburtshelfern sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen an Wissen über die Auswirkungen von mobilitätseinschränkenden Behinderungen auf die Schwangerschaft und Geburt. Diese Aussage wird unter anderem damit begründet, dass die Studienteilnehmerinnen von Smeltzer et al. (2017) falsche Informationen in Bezug auf die Schmerzwahrnehmung während der Geburt erhielten. Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte gingen fälschlicherweise davon aus, dass bei gewissen Behinderungen keine schmerzhaften Wehen auftreten können. Dadurch waren die Teilnehmerinnen unvorbereitet und hatten eine falsche Vorstellung über das eigene Schmerzempfinden (Smeltzer et al., 2017). Diese Ungewissheit ist laut Tebbet und Kennedy (2012) beängstigend für die Frauen. Weiterführend stellen Bertschy et al. (2015) fest, dass die Frauen mit einem Wissensmangel über die

individuellen Bedürfnisse von rückenmarksgeschädigten Frauen konfrontiert werden und sich Fachpersonen mit ganzheitlichem Wissen über Rückenmarksverletzungen und Geburtshilfe wünschen. Zudem wird durch die Ergebnisse von Smeltzer et al. (2017) aufgezeigt, dass viele Frauen trotz gründlicher Vorbereitung nicht die gewünschte Anästhesie erhalten, da die Komplexität der Situation vom Anästhesieteam oft unterschätzt wird. Häufig scheiterte der Versuch der Anästhesie, eine EDA zu legen oder sie zeigte nach erfolgreicher Einlage nicht die gewünschte Wirkung, was für die Frauen beängstigend und enttäuschend war.

Mitra et al. (2016) zeigen auf, dass die Gynäkologinnen und Gynäkologen keine Erfahrung in der Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen haben und von den Frauen über bestimmte Themen aufgeklärt werden müssen. Auch Smeltzer et al. (2017) beschreiben, dass die Frauen ihre betreuenden Geburtshelferinnen und Geburtshelfer zuerst mittels Fachzeitschriften von bestimmten Gefahren überzeugen mussten. Die Frauen begannen deshalb, selbst für ihre Interessen einzustehen oder sicherzustellen, dass immer eine von ihnen gewählte Person anwesend ist, die ihre Interessen vertritt. Bertschy et al. (2015) stellen zudem fest, dass die fehlende Erfahrung der Ärzteschaft in den Spitälern zu Ineffizienz, unnötigen Untersuchungen und unsicheren Behandlungsmethoden führte.

Aus den Resultaten lässt sich schlussfolgern, dass oft kein ausreichendes Fachwissen über die Interaktion von Schwangerschaft und mobilitätseinschränkenden Behinderungen vorhanden ist. Zudem fehlt es an Wissen über die Auswirkungen der jeweiligen Mobilitätseinschränkung auf die Geburt. Es scheint, als hätten nur wenige Fachpersonen Erfahrung in der Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen, was allerdings mit der geringen Anzahl an betroffenen Frauen begründet werden kann. Es stellt sich die Frage, ob es an der mangelnden Erfahrung liegt, dass häufig keine adäquate fachkundige Betreuung stattfindet oder daran, dass den Fachpersonen selbst nicht genügend Informationen zur Verfügung stehen.

5.1.3 Zugänglichkeit und Equipment

Gemäss Bertschy et al. (2015) ist der Zugang zu ärztlichen Praxen oft nicht rollstuhlgerecht und auch Mitra et al. (2016) berichten über nicht behindertengerecht gestaltete Zugänge zu Gesundheitseinrichtungen. Daraus lässt sich schliessen, dass vor allem Rollstuhlfahrerinnen in ihrer Auswahl eingeschränkt sind oder Hilfe benötigen, um in ärztliche Praxen zu gelangen. Dem Resultat von Bertschy et al. (2015) kommt eine besondere Bedeutung zu, da zum Zeitpunkt der Befragung alle Studienteilnehmerinnen in der Schweiz wohnhaft waren.

Die Ergebnisse von Bertschy et al. (2015) und Mitra et al. (2016) zeigen, dass in den Gesundheitseinrichtungen oft keine behindertengerechte Ausstattung, wie höhenverstellbare Untersuchungsliegen oder rollstuhlgängliche Personenwaagen, vorhanden ist, was Untersuchungen und Spitalaufenthalte schwierig macht. Auch Tebbet und Kennedy (2012) erwähnen, dass sich für Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen aufgrund eines Mangels an passendem Equipment oft praktische Schwierigkeiten ergeben. Weiterführend stellen Mitra et al. (2016) fest, dass viele Wochenbettabteilungen nicht behindertengerecht eingerichtet oder ausgestattet sind. Die Studienteilnehmerinnen waren auf Hilfsmittel angewiesen, um die Sanitäranlagen oder das Krankenbett zu erreichen und hatten Schwierigkeiten im Umgang mit Babywiegen und Wickeltischen. Des Weiteren gestaltet sich gemäss Mitra et al. (2016) die Suche nach geeigneter Ausstattung für die Neugeborenenpflege schwierig. Die Frauen mussten beispielsweise Kinderbetten, Tragen oder Wickeltische selbständig auf ihre Bedürfnisse anpassen.

Gemäss Tebbet und Kennedy (2012) fühlen sich betroffene Frauen aufgrund ihrer Behinderung in ihren Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt. Diese Aussage wird durch das Ergebnis von Bertschy et al. (2015) gestützt, dass Angebote, wie zum Beispiel Geburtsvorbereitungskurse, nicht auf die Bedürfnisse von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen abgestimmt sind und daher nicht genutzt werden. Im Widerspruch zueinander stehen die Aussagen von Bertschy et al. (2015) und Smeltzer et al. (2017) bezüglich der Geburt in einem Geburtshaus. In der Studie von Bertschy et al. (2015) fühlten sich die zuständigen Hebammen dieser Herausforderung nicht gewachsen. Hingegen berichten Smeltzer et al. (2017) über

eine Interviewteilnehmerin, die in einem Geburtshaus gebar und dies als schnell und problemlos beschrieb. Dieser Widerspruch könnte mit einem unterschiedlichen Schweregrad der Behinderungen begründet werden. Die Teilnehmerinnen von Bertschy et al. (2015) waren Tetra- und Paraplegikerinnen, wohingegen die besagte Teilnehmerin aus der Studie von Smeltzer et al. (2017) von der Charcot-Marie-Tooth-Krankheit* betroffen war und möglicherweise ihre Extremitäten bewegen konnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Erfahrungen von mobilitätseingeschränkten Frauen mit der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Einrichtungen, Equipment und Angeboten unterschiedlich sind und zum Teil von der Art der Behinderung abhängen. Es scheint, als gäbe es nach wie vor viele Einrichtungen und Angebote, die nicht auf die Bedürfnisse von schwangeren Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen abgestimmt sind. Dies könnte allerdings auch daran liegen, dass kein ausreichendes Wissen über die Wünsche und Bedürfnisse von betroffenen Frauen vorhanden ist.

5.1.4 Beziehung zum Fachpersonal

Mitra et al. (2016) zeigen auf, dass sowohl die Gynäkologinnen und Gynäkologen als auch die Pflegefachpersonen den Frauen gegenüber unterschiedlich eingestellt sind. Die Frauen waren entweder sehr zufrieden mit der Betreuung oder machten negative Erfahrungen (Mitra et al., 2016). Die negativen Erfahrungen sind insbesondere deshalb als problematisch anzusehen, da die involvierten Fachpersonen, neben den Partnerinnen und Partnern, die wichtigste Unterstützung für die Frauen darstellen und einen wesentlichen Einfluss auf das Geburtserlebnis haben (Tebbet & Kennedy, 2012).

Die Ergebnisse von Smeltzer et al. (2017) zeigen, dass Kommunikation einen Einfluss auf die Beziehung zwischen den Frauen und dem Fachpersonal hat. Die Teilnehmerinnen berichteten von positiven Geburtserfahrungen, wenn sie von den betreuenden Ärztinnen und Ärzten passende Informationen, Erklärungen und Antworten erhielten. Unzufriedenheit wurde besonders dann geäußert, wenn keine ausreichende Kommunikation stattfand oder die Wünsche der Frauen nicht berücksichtigt wurden (Smeltzer et al., 2017). Zudem wird durch Bertschy et al.

(2015) aufgezeigt, dass es den Frauen besonders wichtig ist, von den Fachpersonen ernst genommen zu werden.

Bertschy et al. (2015) stellen fest, dass Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen im Laufe der Schwangerschaft mit vielen verschiedenen Fachpersonen in Kontakt kommen. Bestehende Beziehungen zum Fachpersonal wurden dabei von den Frauen als hilfreich erachtet und förderten das Vertrauen. Tebbet und Kennedy (2012) zeigen auf, dass vertrauenswürdiges und freundliches Fachpersonal eine grosse Unterstützung darstellt und den Frauen dabei hilft, Ruhe zu bewahren und Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu haben. Die Ergebnisse von Smeltzer et al. (2017) deuten allerdings darauf hin, dass nicht bei allen Frauen Vertrauen in ihre Geburtshelferinnen und Geburtshelfer vorhanden war, da sie Angst davor hatten, dass fachliche Entscheidungen nur aufgrund ihrer Behinderung getroffen werden und nicht aus medizinischer Indikation*.

Weiterführend stellen Tebbet und Kennedy (2012) fest, dass das Kontrollgefühl während der Geburt einen Einfluss auf das Geburtserlebnis von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen hat. Die Zufriedenheit der Frauen war grösser, wenn sie während der Geburt das Gefühl von Kontrolle hatten, selbstbestimmt handeln konnten und nicht ausschliesslich vom Fachpersonal geführt wurden. Das Gefühl von Kontrolle kann gemäss Tebbet und Kennedy (2012) gesteigert werden, indem die Frauen in geburtshilfliche Entscheidungen integriert werden. Smeltzer et al. (2017) kommen ebenfalls zu der Erkenntnis, dass es wichtig ist, Frauen in die Entscheidungsfindung zu integrieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Betreuung durch das Fachpersonal einen wesentlichen Einfluss auf das Geburtserlebnis der Frauen hat. Kommunikation, Vertrauen und Betreuungskontinuität spielen dabei eine wichtige Rolle. Zudem ist es den Frauen ein grosses Anliegen, in den Entscheidungsprozess integriert zu werden, ernst genommen zu werden und während der Geburt das Gefühl von Kontrolle zu haben.

Die aufgezeigten Resultate machen deutlich, dass Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen ähnliche Bedürfnisse haben wie alle anderen werdenden Mütter. Es empfiehlt sich jedoch, ihren Bedürfnissen eine besondere Beachtung zu schenken, da sie aufgrund ihrer Behinderung oder der oftmals bestehenden Unsicherheit durch fehlende Informationen und mangelnde Expertise seitens der Betreuungspersonen mit zusätzlichen Schwierigkeiten belastet sind.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Wie unter Punkt 1.2 aufgeführt, lautet die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit:

Wie erleben Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett und welche Empfehlungen lassen sich daraus für die Hebammenarbeit ableiten?

Es handelt sich hierbei um eine sehr umfangreiche Fragestellung, die mit lediglich vier ausgewerteten Studien keine vollumfängliche Antwort zulässt. Dennoch kann gesagt werden, dass die Frauen trotz unterschiedlicher Arten von mobilitätseinschränkenden Behinderungen ähnliche Erfahrungen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett machen.

Betroffene Frauen haben einen grossen Bedarf an spezifischen Informationen, welche auf ihre Behinderung und ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt sind. Sie erleben jedoch Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung, da ihnen nur wenige geeignete Informationsquellen zur Verfügung stehen (Bertschy et al., 2015; Mitra et al., 2016; Smeltzer et al., 2017). Der Kontakt mit Peers wird von den Frauen sehr geschätzt und stellt eine grosse Unterstützung bei der Informationsbeschaffung dar (Bertschy et al., 2015; Mitra et al., 2016; Tebbet & Kennedy, 2012). Weiter treffen betroffene Frauen häufig auf ärztliche Praxen, die für Rollstuhlfahrerinnen unzugänglich sind oder auf nicht behindertengerecht ausgestattete Gesundheitseinrichtungen. Dies macht Untersuchungen und Spitalaufenthalte schwierig (Bertschy et al., 2015; Mitra et al., 2016). Zudem sind Frauen mit

mobilitätseinschränkenden Behinderungen in ihren Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt (Tebbet & Kennedy, 2012), da bestehende Angebote, wie zum Beispiel Geburtsvorbereitungskurse, nicht auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind (Bertschy et al., 2015). Die Erwartungen der Frauen an ihre betreuenden Ärztinnen und Ärzte werden oft nicht erfüllt, da es der Ärzteschaft an detaillierten Informationen, spezifischem Fachwissen und ausreichend Erfahrung mangelt (Bertschy et al., 2015; Mitra et al., 2016; Smeltzer et al., 2017). Betroffene Frauen erleben dadurch zum Teil beängstigende und enttäuschende Situationen (Smeltzer et al., 2017; Tebbet & Kennedy, 2012). Die Betreuung durch das Fachpersonal wird von den Frauen positiv erlebt, wenn angemessen kommuniziert wird und sie in geburtshilfliche Entscheidungen integriert werden (Smeltzer et al., 2017; Tebbet & Kennedy, 2012). Wichtige Einflussfaktoren auf ein positives Erleben der Frauen sind ausserdem Kontinuität in der Betreuung (Bertschy et al., 2015), vertrauenswürdiges Fachpersonal sowie das Gefühl von Kontrolle und Selbstbestimmung während der Geburt (Tebbet & Kennedy, 2012).

6. Schlussfolgerung

Nachfolgend werden die Erkenntnisse, welche aus der verwendeten Literatur gewonnen werden konnten, mit der Praxis verknüpft und Empfehlungen für die Hebammenarbeit abgeleitet. Abschliessend werden die Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit genannt, der weitere Forschungsbedarf aufgezeigt und ein Fazit daraus gezogen.

6.1 Empfehlungen für die Hebammenarbeit

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird aufgezeigt, wie Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett erleben. Die Studienresultate zeigen, dass betroffene Frauen während dieser Zeit mit diversen Schwierigkeiten konfrontiert werden und die Betreuung durch das involvierte Fachpersonal nicht immer optimal verläuft. Die Hebamme wird erst spät in die Betreuung eingebunden und kommt mit betroffenen Frauen selten vor der Geburt in Kontakt. Der Betreuungsbogen beginnt jedoch, wie bereits unter Punkt 3.2.2 erwähnt, präkonzeptionell* und endet in der Stillzeit (Sayn-Wittgenstein, 2007). Das bedeutet, dass die Hebamme schon viel früher in die Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen eingebunden sein sollte. Die Autorin dieser Bachelorarbeit empfiehlt daher, nach Wegen zu suchen, um die Hebamme von Beginn an in die Betreuung von betroffenen Frauen zu involvieren. Eine gute Möglichkeit dafür würde zum Beispiel die gynäkologische Sprechstunde des Schweizer Paraplegiker-Zentrums (SPZ) in Nottwil bieten. Dort werden unter anderem Schwangerschaftsvorbereitungen, -begleitungen und interdisziplinäre Schwangerschaftskontrollen für querschnittgelähmte Frauen angeboten (Schweizer Paraplegiker-Zentrum, o.J.). Dabei gilt zu beachten, dass das SPZ ein Rehabilitationszentrum für Querschnittgelähmte ist. Für andere Arten von mobilitätseinschränkenden Behinderungen müssten entsprechende Alternativen für eine Zusammenarbeit gesucht werden. Aus einem persönlichen E-Mail der gynäkologischen Praxisassistentin des SPZ geht hervor, dass die Sprechstunde in Nottwil aktuell durch den Konsiliararzt der Gynäkologie des Luzerner Kantonsspitals Sursee erfolgt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im SPZ findet mit den Paraplegiologinnen und Paraplegiologen sowie den Neurourologinnen und Neurourologen statt. Es sind keine Hebammen in die gynäkologische Sprechstunde

involviert und es arbeiten zurzeit auch keine Hebammen im SPZ (S. Bucher, persönliche Kommunikation, 08. Mai 2018). Die Studienergebnisse von Bertschy et al. (2015) zeigen, dass die gynäkologische Sprechstunde nur von einer Teilnehmerin in Anspruch genommen wurde. Dies könnte auf den von betroffenen Frauen häufig genannten Informationsmangel zurückzuführen sein. Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen sollten daher, unabhängig davon, ob eine Zusammenarbeit mit einer Hebamme zustande kommt, besser über die bestehenden Angebote informiert werden. Alternativ dazu könnten von der Hebamme auch spezielle Geburtsvorbereitungskurse für Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen angeboten werden, um bereits in der Schwangerschaft mit betroffenen Frauen in Kontakt zu kommen. Wie sich herausstellte, nutzen die Frauen unter anderem das Internet zur Informationsbeschaffung. Daher sollten Informationen über bestehende Angebote auf entsprechenden Seiten im Internet platziert werden, welche von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen genutzt werden. Ist der Kontakt zu betroffenen Frauen erst einmal hergestellt, könnte die Hebamme in weiterer Folge spezifische Informationen vermitteln oder weitere Kontakte zu Peers oder Fachpersonen herstellen.

Weiter zeigen die Ergebnisse der ausgewerteten Studien, dass mobilitätseingeschränkte Frauen Schwierigkeiten mit nicht behindertengerecht gestalteten Zugängen zu Gesundheitseinrichtungen haben und dass die Ausstattung der Einrichtungen oft nicht auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist. Für die Praxis bedeutet dies, dass sich die Hebamme, sobald eine Geburtsanmeldung einer Frau mit einer mobilitätseinschränkenden Behinderung eintrifft, mit der Krankengeschichte der Frau auseinandersetzen und das weitere Vorgehen sorgfältig planen sollte. Dazu gehört unter anderem, sich Gedanken über die Zugänglichkeit zum Gebäude und die benötigte Ausstattung zu machen. Nachfolgend sind einige beispielhafte Fragestellungen der Autorin aufgeführt, wobei diese nicht abschliessend sind:

- Ist der Gebäudeeingang rollstuhlgerecht?
- Wie kommt die Frau in den Gebärsaal?
- Ist der Gebärsaal zugänglich für Rollstuhlfahrerinnen?
- Sind die Türgriffe auf einer für die Frau erreichbaren Höhe?
- Sind die Sanitäranlagen für betroffene Frauen erreichbar?

- Gibt es eine rollstuhlgerechte Personenwaage?
- Sind Untersuchungsliegen, Untersuchungsstühle und Gebärbetten höhenverstellbar?
- Welche Hilfsmittel werden während der Geburt benötigt?
- Sind die benötigten Hilfsmittel vorhanden?
- Was muss angepasst oder besorgt werden?
- Ist die Wochenbettabteilung behindertengerecht eingerichtet?
- Kann die Ausstattung für die Neugeborenenpflege von einer Frau im Rollstuhl erreicht werden?

Die Hebamme sollte frühzeitig mit der betroffenen Frau in Kontakt treten und einen Termin vereinbaren, damit der Unterstützungsbedarf eruiert werden kann. Es empfiehlt sich, dies mit einer Gebärsaalbesichtigung zu verknüpfen, damit das Equipment vor Ort getestet werden kann. Das Besprochene sollte anschliessend genau dokumentiert werden, damit der Gebärsaal am Tag der Geburt von der diensthabenden Hebamme entsprechend vorbereitet werden kann.

Aus den Studienergebnissen geht zudem hervor, dass es den involvierten Fachpersonen oft an Fachwissen und Erfahrung mangelt. Die Hebamme wird in diesem Zusammenhang nicht explizit erwähnt. Es ist jedoch anzunehmen, dass bei Fachpersonen im Kontext der Geburt auch Hebammen gemeint sind. Zudem sind, wie bereits unter Punkt 1.4 erwähnt, in der Schweiz aktuell keine hebammenspezifischen Leitlinien vorhanden. In Bezug auf die unter Punkt 3.2.1 beschriebene evidenzbasierte Hebammenarbeit ist dies problematisch, da der Hebamme weder genügend evidenzbasierte Literatur zur Verfügung steht, noch ausreichend Erfahrung vorhanden ist, um eine angemessene Betreuung gewährleisten zu können. Um trotzdem im Sinne des evidenzbasierten Arbeitens zu handeln, kommt den Wünschen und Bedürfnissen von betroffenen Frauen eine besondere Bedeutung zu. Die Autorin dieser Bachelorarbeit empfiehlt daher, in Zusammenarbeit mit der Frau einen detaillierten Geburtsplan zu erstellen und ihre Wünsche und Bedürfnisse darin festzuhalten. Dadurch kann die Hebamme im weiteren Verlauf gezielt die Ressourcen der Frau stärken. Die fachlichen Entscheidungen liegen meist in der Verantwortung der betreuenden Ärztinnen und Ärzte, da das Zusammenspiel von Schwangerschaft, Geburt und Behinderung sehr

individuell und komplex sein kann. Es ist daher ein guter Austausch mit der Ärzteschaft im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit notwendig. Der Fokus der Hebamme sollte auf einer adäquaten Betreuung liegen und sie sollte darauf achten, dass die Kommunikation aufrechterhalten und die betroffene Frau in geburtshilfliche Entscheidungen involviert wird. Falls zuvor ein Geburtsplan erarbeitet wurde, kann die Hebamme bei Bedarf auch als Interessenvertreterin der Frau agieren.

Neben diesen spezifischen Empfehlungen gilt auch bei der Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen, gleich wie bei allen anderen Frauen, der Grundsatz einer einfühlsamen und professionellen Betreuung (Bund Deutscher Hebammen e.V., 2003).

6.2 Limitationen

Das Erleben von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett ist ein sehr umfassendes Thema und kann mit nur vier Studien nicht vollumfänglich erfasst werden. Daher stellt die geringe Anzahl an ausgewerteten Studien eine Limitation dieser Bachelorarbeit dar. Zudem wurde der Begriff „erleben“ aus der Fragestellung von der Autorin nicht einheitlich definiert, weshalb der Fokus der ausgewerteten Studien sowie die Antworten der Teilnehmerinnen sehr vielfältig waren. Die Studienteilnehmerinnen wiesen ausserdem eine Vielzahl an unterschiedlichen mobilitätseinschränkenden Behinderungen mit verschiedenen Schweregraden auf. Dadurch ist es möglich, dass die erarbeiteten Empfehlungen für die Hebammenarbeit nicht auf alle körperlichen Behinderungen zutreffen. Dies gilt auch für andere Arten von Behinderungen, wie zum Beispiel Sinnesbehinderungen oder geistige Behinderungen, die aufgrund des limitierten Umfangs dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden konnten.

Das Ziel der Autorin, etwaig vorhandene Wünsche von betroffenen Frauen an die Hebamme aufzuzeigen, konnte nicht erreicht werden, da von den Teilnehmerinnen keine expliziten Wünsche geäußert wurden.

Die vorliegende Bachelorarbeit war ursprünglich als Zweierarbeit geplant. Aufgrund von unerwarteten Herausforderungen im Entstehungsprozess dieser Arbeit und daraus resultierenden eingeschränkten Ressourcen, ist der theoretische Hintergrund

nur bedingt ausführlich. Zudem verfügt die Autorin dieser Bachelorarbeit über wenig Erfahrung im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens.

Die Literaturrecherche wurde im Januar 2018 abgeschlossen, weshalb neuste Publikationen und Leitlinien möglicherweise nicht berücksichtigt wurden. Des Weiteren ist es trotz gründlicher Literaturrecherche auf verschiedenen Datenbanken möglich, dass nicht die gesamte themenrelevante Literatur gefunden wurde.

6.3 Weiterer Forschungsbedarf

Das Erleben von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett sollte auch in Zukunft weiter erforscht werden. Der Fokus sollte dabei mehr auf die Hebammenbetreuung gelegt werden, da dieser Aspekt in der Forschung bisher vernachlässigt wurde. Zudem sollte untersucht werden, warum die Schwangerschaftsbetreuung häufig nicht adäquat verläuft und welche spezifischen Massnahmen notwendig sind, um dies zu verbessern. Ausserdem sollte weitere Forschung über die Auswirkungen der jeweiligen Behinderungen auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett betrieben werden, da hier offensichtlich ein Informations- und Wissensmangel besteht.

6.4 Fazit

Abschliessend kann gesagt werden, dass es für mobilitätseingeschränkte Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett eine individuelle und angepasste Betreuung braucht und die Hebamme frühzeitig involviert werden sollte. Damit sich die betreuenden Fachpersonen angemessen darauf vorbereiten können, sollten entsprechende Leitlinien erarbeitet werden. Ausserdem ist eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar, da schwangere Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen von unterschiedlichen Fachpersonen betreut werden müssen.

Literaturverzeichnis

- Becker, H., Stuijbergen, A., & Tinkle, M. (1997). Reproductive Health Care Experiences of Women With Physical Disabilities: A Qualitative Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), 26–33.
[https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(97\)90218-5](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(97)90218-5)
- Bertschy, S., Geyh, S., Pannek, J., & Meyer, T. (2015). Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews. *BMC Health Services Research*, 15:234, 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0878-0>
- Bertschy, S., Pannek, J., & Meyer, T. (2016). Delivering care under uncertainty: Swiss providers' experiences in caring for women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – an expert interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0976-y>
- Bund Deutscher Hebammen e.V. (2003). Hebammenstandpunkt Schwangerenvorsorge. Abgerufen von https://www.hebammenverband.de/index.php?elD=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1528568965&hash=d3fd29796313136f83d807b7f8988fad62cd46ef&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Standpunkt_Schwangerenvorsorge.pdf
- Bundesamt für Statistik. (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.349483.html>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2005). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI Medizinische Medien Informations GmbH.

- lezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., & Ecker, J. L. (2015a). Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *94*(2), 133–140.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12544>
- lezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., & Ecker, J. L. (2015b). Physical Accessibility of Routine Prenatal Care for Women with Mobility Disability. *Journal of Women's Health*, *24*(12), 1006–1012.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5385>
- lezzoni, L. I., Yu, J., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., & Ecker, J. L. (2013). Prevalence of Current Pregnancy Among U.S. Women with and without Chronic Physical Disabilities. *Medical Care*, *51*(6), 555–562.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318290218d>
- International Confederation of Midwives. (2005). Philosophy and Model of Midwifery Care, Core Document. Abgerufen von
http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/C D2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf
- Jackson, A. B., & Wadley, V. (1999). A Multicenter Study of Women's Self-Reported Reproductive Health After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *80*(11), 1420–1428. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(99\)90253-8](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(99)90253-8)
- Lange, U., Schnepf, W., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2015). Das subjektive Erleben chronisch kranker Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – eine Analyse qualitativer Studien. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, *219*(04), 161–169. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398632>

- Lawler, D., Begley, C., & Lalor, J. (2015). (Re)constructing Myself: the process of transition to motherhood for women with a disability. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1672–1683. <https://doi.org/10.1111/jan.12635>
- Le Liepvre, H., Dinh, A., Idiard-Chamois, B., Chartier-Kastler, E., Phé, V., Even, A., ... Denys, P. (2016). Pregnancy in spinal cord-injured women, a cohort study of 37 pregnancies in 25 women. *Spinal Cord*, 55(2), 167–171. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.138>
- Lipson, J. G., & Rogers, J. G. (2000). Pregnancy, birth, and disability: Women's health care experiences. *Health Care for Women International*, 21, 11–26. <https://doi.org/10.1080/073993300245375>
- Mändle, C., & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.). (2015). *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- McMillan, C., Lee, J., Milligan, J., Hillier, L. M., & Bauman, C. (2016). Physician perspectives on care of individuals with severe mobility impairments in primary care in Southwestern Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 463–472. <https://doi.org/10.1111/hsc.12228>
- Mitra, M., Akobirshoev, I., Moring, N. S., Long-Bellil, L., Smeltzer, S. C., Smith, L. D., & Iezzoni, L. I. (2017). Access to and Satisfaction with Prenatal Care Among Pregnant Women with Physical Disabilities: Findings from a National Survey. *Journal of Women's Health*, 26(12), 1356–1363. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6297>
- Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Smith, L. D. (2016). Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability and Health Journal*, 9(3), 457–463. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007>

- Prilleltensky, O. (2003). A Ramp to Motherhood: The Experiences of Mothers with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 21(1), 21–47.
<https://doi.org/10.1023/A:1023558808891>
- Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., & Gray, R. (2013). Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:174, 1–14.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-174>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW).
- Sayn-Wittgenstein, F. (Hrsg.). (2007). *Geburtshilfe neu denken*. Bern: Hans Huber.
- Schildberger, B., Zenzmaier, C., & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:201, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1388-3>
- Schweizer Paraplegiker-Vereinigung. (2018). Schwangerschaft. Abgerufen 7. Juni 2018, von <http://www.paramama.ch/de/schwangerschaft/>
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum. (o.J.). Gynäkologie. Abgerufen 7. Juni 2018, von <https://www.paraplegie.ch/spz/de/gynaekologie>
- Schweizerischer Hebammenverband. (2018). Tätigkeitsfelder. Abgerufen 7. Juni 2018, von <http://www.hebamme.ch/de/elt/heb/taetigkeit.cfm>
- Signore, C., Spong, C. Y., Krotoski, D., Shinowara, N. L., & Blackwell, S. C. (2011). Pregnancy in Women With Physical Disabilities. *Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 935–947. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182118d59>

- Smeltzer, S. C. (2007). Pregnancy in Women With Physical Disabilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 88–96.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00121.x>
- Smeltzer, S. C., Mitra, M., Iezzoni, L. I., Long-Bellil, L., & Smith, L. D. (2016). Perinatal Experiences of Women With Physical Disabilities and Their Recommendations for Clinicians. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(6), 781–789. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.07.007>
- Smeltzer, S. C., Wint, A. J., Ecker, J. L., & Iezzoni, L. I. (2017). Labor, delivery, and anesthesia experiences of women with physical disability. *Birth*, 44(4), 315–324. <https://doi.org/10.1111/birt.12296>
- Stahl, K. (2008). Evidenzbasiertes Arbeiten. Hebammenforum. Abgerufen von https://www.hebammenverband.de/hebammenforum/materialien-zum-herunterladen/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1532971472&hash=701de3d7e2803967c505ff054d27a1706b89f57a&file=/fileadmin/user_upload/Grafiken/hf-shop/Evidenzbasiertes-arbeiten.pdf
- Stiefel, A., Geist, C., & Harder, U. (2013). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates.
- Tebbet, M., & Kennedy, P. (2012). The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 762–769. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.619619>
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2015). Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann. Abgerufen von <https://www.zhaw.ch/storage/linguistik/about/sprachleitfaden-gender-zhaw-neu.pdf>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe - Darstellung der Autorin	4
Tabelle 2: Selektierte Studien - Darstellung der Autorin	6
Tabelle 3: Überblick Studie 1: Smeltzer et al. (2017) - Darstellung der Autorin	14
Tabelle 4: Überblick Studie 2: Bertschy et al. (2015) - Darstellung der Autorin	18
Tabelle 5: Überblick Studie 3: Tebbet & Kennedy (2012) - Darstellung der Autorin .	22
Tabelle 6: Überblick Studie 4: Mitra et al. (2016) - Darstellung der Autorin	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 21).....	9
Abbildung 2: Der Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 24).....	13

Abkürzungsverzeichnis

AD	Autonome Dysreflexie
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BehiG	Behindertengleichstellungsgesetz
BRK	Behindertenrechtskonvention
EDA	Epiduralanästhesie
et al.	lat. et alii („und andere“)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IPA	Interpretative phänomenologische Analyse
o.J.	ohne Jahr
SCI	Spinal cord injury
Sectio	Sectio caesarea
SPZ	Schweizer Paraplegiker-Zentrum
SwiSCI	Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei meiner betreuenden Dozentin Astrid Krahl für die angenehme Zusammenarbeit und ihre wertvolle Unterstützung bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit bedanken. Ebenso danke ich Ruth Eggenschwiler für ihre Hilfe während meiner Schreibblockade und Marion Huber für ihren unermüdlichen Einsatz bei der Methodenberatung. Ein grosses Dankeschön auch an Alexander Dibiasi, Sarina Berardi und Silvija Zec für ihre wertvollen Peer-Feedbacks sowie Sabrina Kroeger für das aufwändige Korrekturlesen und Lektorat. Ausserdem möchte ich mich bei meinen Kolleginnen des Studiengangs Hb15 bedanken, welche sich in den vergangenen Monaten sehr fürsorglich um mich gekümmert haben. Und zum Schluss bedanke ich mich herzlich bei meinem Bruder Martin Domig, meiner Familie und meinen Freunden für das Verständnis und die aufmunternden Worte, die sie mir während dieser anstrengenden Zeit entgegengebracht haben.

Wortzahl

Abstract: 193 Wörter

Arbeit: 9'568 Wörter (exkl. Abstract, Vorwort, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Zusatzverzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Winterthur, 18.06.2018

Manuela Domig

Anhang

Im Anhang sind ergänzende Materialien, wie das Glossar, das Rechercheprotokoll und die Studienbeurteilungen nach Stahl (2008) inklusive der Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985, zit. nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015), zu finden.

A. Glossar

Aktivitäten des täglichen Lebens	Die ATLS sind immer wiederkehrende Aktivitäten, welche der Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse dienen. Die Ausführung der ATLS kann im Krankheitsfall erschwert sein. Zu den ATLS zählen: Ruhen und schlafen, sich bewegen, sich waschen und kleiden, essen und trinken, ausscheiden, Körpertemperatur regulieren, atmen, für Sicherheit sorgen, sich beschäftigen, kommunizieren, Sinn finden und sich als Mann oder Frau fühlen.
Autonome Dysreflexie	Eine AD kann auftreten, wenn es zu einem Reiz (z. B. übervolle Harnblase) unterhalb der Läsionshöhe kommt. Da in diesem Bereich keine Sensibilität vorhanden ist, kann der Reiz nicht wahrgenommen und folglich nicht behoben werden. Der Körper reagiert daraufhin mit einer Engstellung der Gefässe, was zu einem starken Blutdruckanstieg führt. Regulationsmechanismen bewirken in weiterer Folge eine Pulsverlangsamung und Weitstellung der Gefässe. Die Signale können über das Rückenmark jedoch nicht weitergeleitet werden, weshalb der Blutdruck unterhalb der Läsionshöhe immer weiter ansteigt. Eine AD muss rasch erkannt und sofort behandelt werden, da sie im schlimmsten Fall bis zum Tod führen kann. Am häufigsten betroffen sind Menschen mit einer Lähmungshöhe oberhalb von Th6/Th7. Symptome: Blutdruckanstieg von 20-30 mmHg über den Normalwert, Kopfschmerzen, Schweissausbruch, hochrotes Gesicht, niedrige Pulsfrequenz etc.
biopsychosozial	Das Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren
Boolesche Operatoren	Boolesche Operatoren werden verwendet, um Suchaufträge in Datenbanken so genau wie nötig, aber so offen wie möglich zu gestalten. So können Wörter wie „UND“, „ODER“ und „NICHT“ verwendet werden, um eine Suchanfrage mit mehreren Begriffen zu starten und diese sinnvoll miteinander zu verknüpfen.
Charcot-Marie-Tooth-Krankheit	Chronisch verlaufende Erkrankung der peripheren Nerven, welche zu motorischen und sensiblen Ausfällen führt. Die daraus resultierenden Einschränkungen hängen vom Ausmass der Nervenschädigung ab und reichen von einem Schwächegefühl in den Extremitäten über Gangstörungen bis hin zu einem Leben im Rollstuhl.
Dekubitus	Druckgeschwür, das durch konstanten Druck auf die Haut und das darunterliegende Gewebe entsteht. Dekubitus kommt häufig bei Menschen vor, die nicht in der Lage dazu sind, ihre Sitz- oder Liegeposition in regelmässigen Abständen zu verändern.
Epiduralanästhesie	Rückenmarksnahe Leitungsanästhesie zur Schmerzlinderung während der Geburt
evidenzbasiert	Auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse

Evidenzen	Als Evidenz wird in der Medizin der Nachweis eines bestimmten Sachverhalts, welcher durch systematische Datenerhebung erbracht wird, verstanden. Im engeren Sinne handelt es sich dabei um Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien.
Geburtsmodus	Art der Entbindung, wie zum Beispiel Spontangeburt, Kaiserschnitt, Vakuum etc.
Interaktion	Wechselwirkung; Zusammenspiel
Körperfunktion	Als Körperfunktion werden laut ICF die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (inkl. psychologische Funktionen) verstanden. Bsp.: Sehfunktion, Verstand
Körperstruktur	Zur Körperstruktur zählen gemäss ICF die anatomischen Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmassen und deren Bestandteile. Bsp.: das Auge und die damit zusammenhängenden Strukturen
medizinische Indikation	Grund für die Durchführung einer bestimmten Massnahme
Outcome	Endergebnis
Paraplegie	Komplette Lähmung der Skelettmuskulatur in den unteren Extremitäten und Anteilen des Rumpfes sowie Verlust der Sensibilität im betroffenen Bereich. Eine Paraplegie kann durch eine Querschnittlähmung hervorgerufen werden.
Paraplegiologie	Unter Paraplegiologie wird die medizinische Spezialisierung und Wissenschaft verstanden, welche sich mit Querschnittlähmungen beschäftigt.
Parität	Anzahl aller Geburten einer Frau
Partizipation	Unter Partizipation wird gemäss ICF das Einbezogenensein in eine Lebenssituation verstanden.
Peer	Seinesgleichen; Menschen, die die gleichen Merkmale haben oder sich in derselben Lebenssituation befinden
perinatal	Bedeutet „um die Geburt herum“ und umfasst die Zeit von der 28. Schwangerschaftswoche bis zum 7. Lebenstag.
personenbezogene Faktoren	Dazu zählen laut ICF zum Beispiel Geschlecht, Ethnie oder Alter.
physiologisch	Nicht krankhaft; bei einem gesunden Menschen auftretend
präkonzeptionell	Vor der Befruchtung
Prävalenz	Anzahl an erkrankten Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt
Pro Infirmis	Pro Infirmis ist ein gemeinnütziger Verein in der Schweiz, welcher Menschen mit körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterstützt und sie darin fördert, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Das Ziel von Pro Infirmis ist, dass Menschen mit Behinderung aktiv am sozialen Leben teilnehmen können und nicht benachteiligt werden.
Querschnittlähmung	Eine Querschnittlähmung resultiert aus einer Schädigung des Rückenmarks und führt zu einem kompletten oder inkompletten Ausfall motorischer, sensibler und/oder vegetativer Körperfunktionen unterhalb der Läsionshöhe.

Ressourcen	Als Ressourcen werden alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten bezeichnet, die einer Patientin oder einem Patienten dabei helfen können, besser mit einer bestimmten Situation oder Krankheit umzugehen oder sie zu bewältigen. Dies können beispielsweise soziale, materielle, personelle oder physische Ressourcen sein.
Schneeballsystem	Das Schneeballsystem ist ein spezielles Verfahren bei der Teilnehmerrekrutierung und eignet sich besonders für schwer erreichbare Personengruppen. Dabei wird versucht, durch eine Person, welche bereits Teil der Stichprobe ist, an weitere geeignete Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ihrem Bekanntenkreis zu gelangen.
Sectio caesarea	Abdominelle operative Entbindung; Kaiserschnitt Im klinischen Alltag wird die Abkürzung „Sectio“ verwendet. Mehrzahl: Sectiones
soziokulturell	Die Gesellschaft und ihre Kultur betreffend
Spastik	Erhöhte Grundanspannung der Muskulatur, die mit einer Einschränkung der Beweglichkeit einhergeht und zu Verhärtungen und Versteifungen führen kann.
Tetraplegie	Komplette Lähmung der Skelettmuskulatur in allen vier Extremitäten sowie Verlust der Sensibilität im betroffenen Bereich. Eine Tetraplegie kann durch eine Querschnittlähmung hervorgerufen werden.
Trunkierung	Eine Trunkierung dient bei einer Datenbanksuche dazu, Begriffe mit gleichem Wortstamm, aber verschiedenen Endungen in eine Suche einzuschliessen. Dabei wird der Wortstamm belassen und je nach Datenbank zum Beispiel ein Sternchen (*) an das Wort angehängt.
Umweltfaktoren	Umweltfaktoren bilden laut ICF die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der ein Mensch lebt und sein Leben gestaltet.
Verifizierung	Überprüfung
Wochenbett	Das Wochenbett beginnt direkt nach der Geburt der Plazenta und dauert 6-8 Wochen.

B. Rechercheprotokoll

Datum	Datenbank	Suchkombination	Einschränkungen	Treffer	Relevant	Eingeschlossene Studien
19.11.17	Midirs	((tetrapleg* or parapleg*) and (pregnan* or gestation) and experience*).af.	Original research	4	1	Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews.
19.11.17	Midirs	((spinal cord injur* or SCI) and (pregnan* or gestation) and experience*).af.	Original research	6	4	
19.11.17	Midirs	((tetrapleg* or parapleg*) and (pregnan* or gestation)).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	14	1	
19.11.17	Midirs	((spinal cord injur* or SCI) and (pregnan* or gestation)).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	22	2	
19.11.17	Midirs	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (pregnan* or gestation) and experience*).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	27	4	
19.11.17	Midirs	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (birth or childbirth) and experience*).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	21	4	
19.11.17	Midirs	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (birth or childbirth) and (expectation* or need*)).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	15	3	
20.11.17	PubMed	((spinal cord injur*[Title/Abstract] AND (pregnancy[Title/Abstract] OR pregnant[Title/Abstract] OR gestation[Title/Abstract])) AND experience*[Title/Abstract]	Title/Abstract	36	3	

Datum	Datenbank	Suchkombination	Einschränkungen	Treffer	Relevant	Eingeschlossene Studien
20.11.17	PubMed	((spinal cord injur*[Title/Abstract]) AND (birth[Title/Abstract] OR childbirth[Title/Abstract])) AND experience*[Title/Abstract]	Title/Abstract	21	2	The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study.
21.11.17	CINAHL Complete	spinal cord injur* AND (pregnan* or gestation) AND experience*	-	18	2	
23.11.17	CINAHL Complete	AB spinal cord injur* AND AB (pregnan* or gestation)	AB Abstract	66	2	
28.12.17	Medline (via Ovid)	(spinal cord injur* and (pregnan* or gestation) and experience*).af.	-	56	3	
28.12.17	Medline (via Ovid)	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (pregnan* or gestation) and (experience* or expectation* or need*)).af.	-	58	7	Labor, delivery, and anesthesia experiences of women with physical disability. Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy.
28.12.17	Medline (via Ovid)	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (birth or childbirth) and (experience* or expectation* or need*)).af.	-	52	6	
28.12.17	Medline (via Ovid)	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (delivery or lab#r or perinatal) and (experience* or expectation* or need*)).ti.	Title	5	3	
28.12.17	Medline (via Ovid)	((mobility disabilit* or physical disabilit*) and (delivery or lab#r or perinatal) and (experience* or expectation* or need*) and (women or woman)).af.	-	41	6	

Datum	Datenbank	Suchkombination	Einschränkungen	Treffer	Relevant	Eingeschlossene Studien
02.01.18	PubMed	((mobility disabilit*[Title/Abstract] OR physical disabilit*[Title/Abstract])) AND (pregnan*[Title/Abstract] OR gestation[Title/Abstract]) AND (experience*[Title/Abstract] OR expectation*[Title/Abstract] OR need*[Title/Abstract])	Title/Abstract	57	10	
02.01.18	PubMed	((mobility disabilit*[Title/Abstract] OR physical disabilit*[Title/Abstract])) AND (birth[Title/Abstract] OR childbirth[Title/Abstract]) AND (experience*[Title/Abstract] OR expectation*[Title/Abstract] OR need*[Title/Abstract])	Title/Abstract	45	7	
02.01.18	PubMed	((mobility disabilit*[Title/Abstract] OR physical disabilit*[Title/Abstract])) AND (labor[Title/Abstract] OR labour[Title/Abstract] OR delivery[Title/Abstract] OR perinatal[Title/Abstract]) AND (experience*[Title/Abstract] OR expectation*[Title/Abstract] OR need*[Title/Abstract]) AND (women[Title/Abstract] OR woman[Title/Abstract])	Title/Abstract	35	5	
02.01.18	PubMed	((spinal cord injur*[Title/Abstract] AND experience*[Title/Abstract]) AND (women[Title/Abstract] OR woman[Title/Abstract])) AND (pregnan*[Title/Abstract] OR birth[Title/Abstract])	Title/Abstract	25	3	

Datum	Datenbank	Suchkombination	Einschränkungen	Treffer	Relevant	Eingeschlossene Studien
02.01.18	CINAHL Complete	AB (mobility disabilit* or physical disabilit*) AND AB (pregnan* or gestation) AND AB (experience* or expectation* or need*)	AB Abstract	39	4	
02.01.18	CINAHL Complete	AB (mobility disabilit* or physical disabilit*) AND AB (birth or childbirth) AND AB (experience* or expectation* or need*)	AB Abstract	35	4	
02.01.18	CINAHL Complete	TI (mobility disabilit* or physical disabilit*) AND TI (delivery or labo#r or perinatal) AND TI (experience* or expectation* or need*)	TI Title	6	3	
02.01.18	CINAHL Complete	AB mother* AND AB experience* AND AB (pregnan* or birth or childbirth) AND AB disabilit*	AB Abstract	58	1	
02.02.18	Midirs	(physical disabilit* and experience* and (pregnan* or birth or childbirth or mother* or labor)).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	32	6	
02.02.18	Midirs	((physical disabilit* or physical impairment) and experience* and (pregnan* or birth or childbirth or mother* or labor)).af.	Original research Qualitative research Qualitative study	32	7	
02.02.18	PubMed	((physical disabilit*[Title/Abstract] AND experience*[Title/Abstract]) AND (pregnan*[Title/Abstract] OR birth[Title/Abstract] OR childbirth[Title/Abstract] OR mother*[Title/Abstract] OR labor[Title/Abstract] OR labour[Title/Abstract]))	Title/Abstract	64	7	

Datum	Datenbank	Suchkombination	Einschränkungen	Treffer	Relevant	Eingeschlossene Studien
02.02.18	PubMed	Search (((physical disabilit*[Title/Abstract] OR physical impairment[Title/Abstract])) AND experience*[Title]) AND (pregnan*[Title/Abstract] OR birth[Title/Abstract] OR childbirth[Title/Abstract] OR mother*[Title/Abstract] OR labor[Title/Abstract] OR labour[Title/Abstract])	Title/Abstract Title	15	4	
02.02.18	CINAHL Complete	AB mobility disabilit* AND TI experience* AND AB (pregnan* or birth or childbirth or mother* or labor or labour)	TI Title AB Abstract	4	4	
02.02.18	CINAHL Complete	AB (physical disabilit* or physical impairment) AND TI experience* AND AB (pregnan* or birth or childbirth or mother* or labor or labour)	TI Title AB Abstract	20	4	

C. Studienbeurteilungen nach Stahl (2008)

C1 Analyse der Studie von Smeltzer et al. (2017)

Titel (Jahr)	Labor, delivery, and anesthesia experiences of women with physical disability (2017)
Autoren	Smeltzer, S. C., Wint, A. J., Ecker, J. L., & Iezzoni, L. I.

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

ABSTRACT
Ist ein Abstract vorhanden? Es ist ein vollständiges Abstract vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)? Das Abstract entspricht dem EMED-Format und enthält alle erforderlichen Daten.

HINTERGRUND
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben? In der Einleitung werden relevante Informationen abgegeben. Die Forschenden zeigen die Prävalenz von schwangeren Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen auf und erwähnen, dass viele von ihnen Schwierigkeiten haben, eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Betreuung zu erhalten.
Literaturreview
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt? Der aktuelle Stand der Forschung wird ausreichend und verständlich beschrieben und der Forschungsbedarf wird aufgezeigt. Gemäss den Forschenden wurden die Geburtserfahrungen von Frauen mit körperlichen Behinderungen sowie ihre Erfahrungen in Bezug auf Geburtswehen und Anästhesie bisher nur wenig erforscht. Auch die Betreuung von Betroffenen während dieser Zeit wurde bisher kaum untersucht, obwohl viele Frauen über eine schlechte geburtshilfliche Betreuung berichten.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? Aus dem beschriebenen Forschungsstand wird die Forschungsfrage nachvollziehbar abgeleitet.
Von wann sind die Studien? Die 14 in der Einleitung verwendeten Studien stammen aus den Jahren 1995–2016.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt? Die Forschenden verweisen in der Einleitung auf drei Studien, welche die schlechte Qualität der geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit mobilitätseinschränkenden Behinderungen belegen. Die bisher verfügbare Literatur wird weder beschrieben, noch kritisch diskutiert. Dies kann jedoch auf den Forschungsmangel zurückgeführt werden.
Ziel der Studie und Forschungsfrage

Wird das Ziel der Studie klar formuliert?

Das Ziel der Forschenden war, die Erfahrungen von Frauen mit einer körperlichen Behinderung in Bezug auf Wehen, Geburt und Anästhesie zu erforschen. Dies sollte zu einem vertieften Verständnis führen, damit die geburtshilfliche Betreuung verbessert werden kann. Zudem sollten Themen identifiziert werden, bei denen noch weiterer Forschungsbedarf besteht.

Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?

Die Forschungsfrage wird mit dem Forschungsmangel begründet.

Definition des Untersuchungsgegenstandes

Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?

Der zu untersuchende Gegenstand (Erfahrungen von Frauen mit einer körperlichen Behinderung mit Wehen, Geburt und Anästhesie) wird im Abstract sowie in der Einleitung klar definiert.

METHODE

Forschungsansatz und Studiendesign

- Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?
- Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?
- Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?
- Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?

In der Einleitung wird erwähnt, dass es sich um eine qualitative deskriptive Studie handelt. Der gewählte Forschungsansatz und das Studiendesign sind für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet. Als Begründung geben die Forschenden an, dass diese Herangehensweise besonders sinnvoll ist für medizinische Fragestellungen und verweisen auf zwei Quellen.

Einige Aussagen deuten darauf hin, dass es sich bei dieser Studie um eine Teilstudie handelt, die im Rahmen einer grösser angelegten Untersuchung publiziert wurde. Die Forschenden gehen jedoch nicht näher darauf ein. Nach ausgiebiger Recherche hat die Autorin dieser Bachelorarbeit herausgefunden, dass es sich um eine explorative Untersuchung mit gemischten Forschungsmethoden (Mixed-Methods) handelt, die aus folgenden drei Komponenten besteht:

- Datenanalyse von grösseren Umfragen
- Durchsicht von geburtshilflichen Krankenakten des Massachusetts General Hospital
- Qualitative deskriptive Analyse von Einzelinterviews unter Berücksichtigung verschiedener Themen

Die weiteren Veröffentlichungen wurden von der Autorin geprüft und ergänzende Informationen wurden übernommen.

SETTING

- In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?
- Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?

Das Setting kann nicht beurteilt werden, da keine Angaben darüber gemacht werden, wo die Frauen damals geboren haben.

TEILNEHMENDE / STICHPROBE

Wie groß ist die Stichprobe?

Die Stichprobe bestand aus 22 Teilnehmerinnen.

Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?

Für diese Mixed-Methods-Studie wurden einmalig Teilnehmerinnen rekrutiert und interviewt. Die anfänglichen Versuche der Teilnehmerinnenrekrutierung über das Massachusetts General Hospital und diversen Behindertenorganisationen im Grossraum Boston blieben nahezu erfolglos. Daher versuchten es die Forschenden auch ausserhalb der Metropole Boston über soziale Netzwerke (z. B. Facebook-Gruppen) von Frauen mit Behinderungen. Es wurde ein Flyer veröffentlicht, woraufhin sich 45 Frauen aus dem ganzen Land meldeten.

War das Auswahlverfahren geeignet?

Obwohl zu Beginn eine Zufallsstichprobe geplant war, wurden die Teilnehmerinnen schliesslich über die sozialen Medien rekrutiert und mussten sich bei Interesse selbständig melden. Die Teilnehmerinnen erhielten als Motivation je einen Gutschein im Wert von \$50. Durch die Ausschreibung im Internet konnten Frauen in den ganzen Vereinigten Staaten von Amerika erreicht werden. Angesichts der geringen Anzahl an betroffenen Frauen erscheint dieses Vorgehen sinnvoll.

Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?

Es werden folgende Einschlusskriterien genannt:

- Gebrauch von technischen Hilfsmitteln, wie Gehstock, Krücken, Rollator, Rollstuhl (manuell oder elektrisch) oder Scooter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft
- Eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten der oberen Extremitäten zum Zeitpunkt der Schwangerschaft
- Geburt des jüngsten Kindes innerhalb der letzten 10 Jahre

Ausschlusskriterien werden keine definiert.

Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?

Von den 45 Frauen blieben nach Prüfung der Einschlusskriterien und einer Absage aus Zeitgründen (Kinderbetreuung) 22 Frauen übrig, die interviewt wurden.

DATENERHEBUNG

Wie und wann wurden die Daten erhoben?

In einem Zeitraum von knapp drei Monaten (2. Oktober 2013 bis 16. Dezember 2013) wurden semistrukturierte Telefoninterviews durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils ca. zwei Stunden.

War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?

Telefoninterviews anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens sind geeignet für eine Studie, die auf das Erforschen von Erfahrungen abzielt. Da die Interviews per Telefon durchgeführt wurden, konnten Frauen aus den ganzen Vereinigten Staaten von Amerika miteinbezogen werden. Ausserdem bieten Telefoninterviews eine grössere Anonymität als persönliche Interviews, was möglicherweise mehr Frauen zu einer Teilnahme bewegt hat und zu mehr Offenheit bei der Befragung führte.

Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?

Es wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden verwendet, welcher anhand von bereits bestehender Literatur und eigenen Forschungsergebnissen entwickelt wurde. Die entsprechenden Quellen sind angegeben. Der Interviewleitfaden deckt folgende Themenbereiche ab:

1. Art der Behinderung und Einstellung zu Behinderungen
2. Einstellung zu Schwangerschaft und Behinderung
3. Schwanger werden
4. Reaktionen auf die Schwangerschaft von Familie, Freunden und Fremden
5. Erfahrungen mit Schwangerschaft, Wehen und Geburt inklusive Komplikationen und klinischer Betreuung
6. Körperliche Zugänglichkeit zu Gesundheitseinrichtungen
7. Überblick über postpartale Erfahrungen
8. Soziodemografische Merkmale

Der Interviewleitfaden ist auf Anfrage erhältlich.

Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?

Es werden keine Aussagen darüber gemacht, ob der Interviewleitfaden im Vorfeld getestet wurde.

Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?

Alle Interviews wurden von Lisa I. Iezzoni aus dem Forschungsteam durchgeführt. Ob eine entsprechende Schulung stattgefunden hat, wird nicht beschrieben.

Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?

Die Rolle der Forschenden bei der Datenerhebung und ihre Beziehung zu den Teilnehmerinnen werden nicht thematisiert.

Wie wurden die Daten festgehalten?

Die Interviews wurden als Audiodatei aufgenommen und anschliessend von einem professionellen Transkriptionsdienst Wort für Wort verschriftlicht.

ETHISCHE ASPEKTE

Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?

Die Studie wurde durch das Institutional Review Board des Massachusetts General Hospital/Partners HealthCare genehmigt.

Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?

Die Frauen wurden im Vorfeld über den Interviewprozess und Datenschutz aufgeklärt. Die mündliche Zustimmung vor jedem Interview wurde vom Institutional Review Board gleichzeitig als Einverständniserklärung angesehen.

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?

Da sich die Frauen aktiv (und damit freiwillig) bei den Forschenden melden mussten, kann davon ausgegangen werden, dass ihnen die freiwillige Teilnahme bewusst war. Inwieweit sie über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Abbruchs bzw. einer Absage informiert wurden, wird nicht beschrieben.

Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?

Die Teilnehmerinnen wurden über den Schutz der Daten aufgeklärt. Es wurden Pseudonyme verwendet und Details leicht angepasst, um die Vertraulichkeit zu wahren. Die Daten sind in passwortgeschützten Computerdateien gespeichert.

DATENANALYSE: QUALITATIVE STUDIEN

Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?

Für die Analyse der Daten wurde eine qualitative Inhaltsanalyse angewendet. Diese Methode ist geeignet für eine Studie, in der die Erfahrungen von Frauen mit körperlichen Behinderungen untersucht werden.

Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?

Das Vorgehen bei der Datenauswertung wird verständlich beschrieben. Es ist jedoch nur eingeschränkt nachvollziehbar, wie die einzelnen Kategorien gebildet wurden. Die Forschenden haben die Transkripte unabhängig voneinander gelesen, auf Hauptthemen geprüft und Codes entwickelt. Damit wurden anschliessend alle Transkripte codiert. Dieser Arbeitsschritt erfolgte computerunterstützt mit der NVIVO 10 Software (QSR International). Die Resultate wurden innerhalb des Forschungsteams diskutiert, bis ein Konsens über die Hauptthemen gefunden wurde.

Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?

Es wird nicht erwähnt, ob die Ergebnisse von den Teilnehmerinnen verifiziert wurden.

ERGEBNISSE

Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?

Die Ergebnisse werden klar und verständlich als Fliesstext dargestellt, mit Zitaten untermauert und in folgende Kategorien eingeteilt:

- Präferenzen zum Geburtsmodus
- Erwartete Schmerzfreiheit
- Interessenvertretung
- Positive Erfahrungen
- Wichtigkeit eines Anästhesiegesprächs
- Entscheidung EDA/Spinalanästhesie vs. Vollnarkose
- Gescheiterte EDA nach mehrmaligen Versuchen
- Angst von Verletzungen aufgrund der Anästhesie

Es werden zum Teil übergeordnete Berufsbezeichnungen wie „Medizinerinnen und Mediziner“ verwendet, weshalb nicht immer eindeutig klar ist, von welchen Fachrichtungen gesprochen wird.

Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?

Folgende Merkmale werden tabellarisch dargestellt:

- Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Interviews
- Alterskategorien
- Ethnie
- Geografische Wohnregion zum Zeitpunkt der Geburt
- Anzahl Kinder
- Grund der Behinderung
- Gestationsdiabetes
- Eklampsie
- Präeklampsie

Im Text wird zusätzlich erwähnt, dass die meisten Teilnehmerinnen College-Absolventinnen waren und zum Zeitpunkt der Geburt in 17 verschiedenen Staaten der USA wohnten. Von den 22 Teilnehmerinnen hatten 16 Frauen mindestens ein Kind, welches 3-jährig oder jünger war und 18 Frauen verwendeten technische Hilfsmittel zur Fortbewegung. 21 Frauen wurden von Geburtshelferinnen oder Geburtshelfern betreut und eine Frau von einer Hebamme. 14 Frauen bekamen eine Sectio, davon waren 8 geplant.

Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?

Im Ergebnisteil heisst es, dass 14 Frauen eine Sectio hatten, wovon 8 geplant waren. In der Diskussion ist nur noch von 5 geplanten Sectiones die Rede. Von den Forschenden werden keine Aussagen über Fehler oder Inkonsistenzen gemacht.

Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?

Die Tabellen sind übersichtlich und verständlich.

Tabelle 1: Merkmale der Teilnehmerinnen

Tabelle 2: Ursachen der Behinderungen der Teilnehmerinnen inkl. Erklärung

Tabelle 3: Gesamtüberblick über alle Teilnehmerinnen inkl. demografische Merkmale, Art der Behinderung, technische Hilfsmittel zur Fortbewegung, geplanter/tatsächlicher Geburtsmodus, geplante/erhaltene Anästhesie und eine genaue Beschreibung der Erfahrungen mit Wehen, Geburt und Anästhesie.

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

Die Aussagen im Text stimmen mit den Tabellen überein. Die Forschenden hätten im Text jedoch mehr Bezug darauf nehmen können.

Unterstützen die bei qualitativen Studien verwendeten Zitate die daraus gebildeten Kategorien?
Die Zitate sind gut gewählt und unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien.

DISKUSSION

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

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert.

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

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert. Es werden hauptsächlich Übereinstimmungen gefunden.

Werden die Grenzen der Studie benannt?

Die Forschenden reflektieren die Limitationen der Studie wie folgt:

- Die negativen Erfahrungen können auch bei Frauen ohne körperliche Einschränkung vorkommen, da sie nicht direkt auf eine Behinderung zurückzuführen sind
- Die Stichprobe ist nicht repräsentativ
- Die Frauen repräsentierten nicht alle Arten von Behinderungen
- Limitierte ethnische Diversität
- Es könnte sein, dass Frauen mit negativen Erfahrungen das grössere Bedürfnis hatten, darüber zu sprechen, als Frauen mit positiven Erlebnissen

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

Es werden keine Fehler oder Verbesserungsvorschläge benannt.

Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?

Die klinische Relevanz der Ergebnisse wird durch die Empfehlungen für die Praxis aufgezeigt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?

Es werden von den Forschenden folgende Empfehlungen genannt:

- Gezielte Schulungen der Ärzteschaft in Sachen Fachwissen, Kommunikation und Fertigkeiten, um eine bessere Betreuung gewährleisten zu können
- Die Ärzteschaft muss dem Informationsbedarf der Frauen und ihrem Bedürfnis, in den Entscheidungsprozess integriert zu werden, mehr Beachtung schenken
- Eine bessere Kommunikation könnte die Zufriedenheit der Frauen mit der geburtshilflichen Betreuung und Anästhesie erhöhen und zu positiven Erfahrungen und Outcomes führen

Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?

Die Empfehlungen sind angemessen, umsetzbar und sinnvoll.

Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?

Die Forschenden weisen darauf hin, dass die beschriebenen Punkte aus der Diskussion weiter untersucht und Strategien zur Umsetzung entwickelt werden müssen.

LITERATUR UND ANDERE ANGABEN

Sind die Literaturangaben eindeutig?

Die Literaturangaben sind eindeutig.

Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?

Es finden sich alle zitierten Quellen in den Literaturangaben.

SONSTIGES

Von wem wurde die Studie finanziert?

Die Studie wurde durch das „Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development“ finanziell unterstützt.

In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?

Dazu werden keine Angaben gemacht.

Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?

Es wird keine Stellung zu Interessenkonflikten genommen.

GÜTEKRITERIEN

- Glaubwürdigkeit (Credibility)
- Zuverlässigkeit (Dependability)
- Übertragbarkeit (Transferability)
- Bestätigbarkeit (Confirmability)

Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet

- + Peer-Debriefings haben stattgefunden
- + Datenerhebung über einen Zeitraum von drei Monaten
- + Detaillierte und nachvollziehbare Ergebnisdarstellung
- + Die verwendeten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien
- + Ausführliche Diskussion der Resultate
- + Empfehlungen für die Praxis sind vorhanden
- + Methodik ist ausreichend beschrieben
- + Genehmigung von einem Ethikkomitee wurde eingeholt
- Kein Member-Checking
- Keine Datentriangulation
- Kein externes Gremium
- Eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der Kategorienbildung
- Kein Forschungstagebuch
- Gesamtstudiendesign (Mixed-Methods) nicht ausreichend beschrieben

C2 Analyse der Studie von Bertschy et al. (2015)

Titel (Jahr)	Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth – a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews (2015)
Autoren	Bertschy, S., Geyh, S., Pannek, J., & Meyer, T.

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

ABSTRACT
Ist ein Abstract vorhanden? Es ist ein ausführliches Abstract vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)? Das Abstract ist im EMED-Format aufgebaut und enthält alle relevanten Informationen.

HINTERGRUND
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben? Es werden geeignete und ausführliche Hintergrundinformationen gegeben. Die Forschenden erklären, dass die Frauen trotz einer Rückenmarksverletzung häufig den Wunsch verspüren, Mutter zu werden. Die speziellen Bedürfnisse dieser Frauen werden oft nicht vollständig erfüllt. Obwohl das Outcome in der Regel gut ist, begegnen ihnen während der Schwangerschaft und Geburt diverse Hindernisse. Dies sind körperliche Barrieren, ein Mangel an spezialisierten Angeboten, Probleme mit dem Gesundheitssystem sowie kommunikations-, informations- und einstellungsbezogene Barrieren. Auch Gesundheitsfachpersonen berichten über Schwierigkeiten bei der Betreuung von Frauen mit Behinderungen. Das ohnehin schon limitierte Wissen zum Thema Schwangerschaft und Geburt mit einer Rückenmarksverletzung ist bei den Fachpersonen und Frauen wenig verbreitet. Studien zeigen, dass es wichtig ist, die mütterlichen Bedürfnisse zu erfüllen, um ein gutes Outcome zu erzielen.
Literaturreview
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt? Der aktuelle Forschungsstand wird umfassend und verständlich dargestellt. Es besteht ein Mangel an Forschung über die reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen mit Rückenmarksverletzungen. Zudem mangelt es an Untersuchungen über die Gesundheitsbedürfnisse aus der Sicht von betroffenen Frauen.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? Aus dem beschriebenen Forschungsstand wird die Forschungsfrage nachvollziehbar abgeleitet.
Von wann sind die Studien? Die 31 in der Einleitung verwendeten Studien stammen aus den Jahren 1990–2013. Die meisten wurden nach dem Jahr 2000 veröffentlicht.
Wird die bisherige verfügbare Literatur lediglich beschrieben und zusammengefasst oder wird sie kritisch diskutiert? Werden auch eventuell Widersprüche oder Lücken aufgezeigt? Die Literatur wird beschrieben und zum Teil kritisch diskutiert. Zudem wird sie miteinander in Verbindung gebracht, um die Problemstellung zu erläutern.
Ziel der Studie und Forschungsfrage

Wird das Ziel der Studie klar formuliert?

Die Studie wurde durchgeführt, um herauszufinden, wie Frauen mit einer Rückenmarksverletzung ihren Bedarf an Dienstleistungen während der Schwangerschaft und Geburt wahrnehmen und welche Erfahrungen sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten machen.

Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?

Die Forschungsfrage wird nachvollziehbar begründet. Um bestehende Angebote verbessern zu können, ist ein erweitertes Verständnis über die Nutzung von Gesundheitsdiensten von Frauen mit Rückenmarksverletzungen während der Schwangerschaft und Geburt notwendig.

Definition des Untersuchungsgegenstandes

Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?

Der zu untersuchende Gegenstand (Erfahrungen und Bedürfnisse von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung während der Schwangerschaft und Geburt) wird in der Zielsetzung der Studie definiert.

METHODE

Forschungsansatz und Studiendesign

- Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?
- Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?
- Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?
- Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?

Das gewählte Studiendesign und der Forschungsansatz sind für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet. Im Abschnitt "Study design" wird erklärt, dass ein offenes qualitatives Forschungsdesign gewählt wurde, um die Bedürfnisse und Erfahrungen der Frauen ermitteln zu können.

SETTING

- In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?
- Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?

Das Setting kann nicht beurteilt werden, da keine Angaben darüber gemacht werden, wo die Frauen damals geboren haben.

TEILNEHMENDE / STICHPROBE

Wie groß ist die Stichprobe?

Es nahmen 17 Frauen mit einer Rückenmarksverletzung an der Befragung teil.

Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte über die Datenbank der SwiSCI und via Schneeballsystem in der Behindertengemeinschaft.

War das Auswahlverfahren geeignet?

Es fand kein aktives Auswahlverfahren statt, da sich die Frauen bei Interesse selbständig melden mussten. Durch die Rekrutierung über eine Datenbank und in der Behindertengemeinschaft konnten Frauen aus verschiedenen Gegenden und mit unterschiedlichen Erfahrungen erreicht werden. Angesichts der geringen Anzahl betroffener Frauen erscheint dieses Vorgehen sinnvoll.

Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?

Die Merkmale der Teilnehmerinnen wurden an die SwiSCI angepasst. Dies wird jedoch nicht weiter begründet.

Einschlusskriterien:

- Frauen zwischen 18 und 55 Jahren
- Traumatische oder nicht-traumatische Rückenmarksverletzung
- Permanenter Wohnsitz in der Schweiz
- Geburt innerhalb der letzten 15 Jahre ab dem Befragungszeitpunkt
- Verletzung bereits vor der Geburt

Ausschlusskriterien:

- Angeborene Krankheiten, die zu einer Tetra- oder Paraplegie führen:
Spina Bifida, Sklerose und amyotrophe Lateralsklerose sowie Guilan-Barre-Syndrom

Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?

Von der ursprünglichen Teilnehmerliste mit 94 Namen blieben nach Prüfung der Einschlusskriterien 60 Frauen übrig, die Informationen über die Studie erhielten und bei Interesse eine Antwortkarte zurückschicken mussten. Nach erneuter Eignungsprüfung per Telefon und der Absage von weiteren sieben Frauen blieb eine Stichprobe von insgesamt 17 Frauen übrig. Aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmerinnen wurde auch eine schwangere Frau mit einer Rückenmarksverletzung in die Studie aufgenommen.

DATENERHEBUNG

Wie und wann wurden die Daten erhoben?

Die Datenerhebung fand zwischen August 2012 und September 2013 statt. Die Frauen wurden anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens in Einzel- oder Gruppeninterviews befragt. Die vier Gruppeninterviews fanden im Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil oder in der Universität Lausanne statt und dauerten zwischen 120-180 Minuten. Die fünf Einzelinterviews wurden bei den Frauen zuhause durchgeführt und dauerten etwa 45-60 Minuten. Die Interviews wurden auf Schweizerdeutsch oder Französisch durchgeführt. Zwei der Frauen brachten ihre Kinder mit zu den Gruppeninterviews, was ein möglicher Störfaktor gewesen sein könnte.

War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?

Semistrukturierte Einzel- oder Gruppeninterviews sind geeignet für eine Studie, die auf das Erforschen von Erfahrungen und Bedürfnissen von Frauen mit Rückenmarksverletzungen abzielt. Die Präferenzen der Frauen bezüglich der Durchführung eines Einzel- oder Gruppeninterviews wurden respektiert und entsprechend umgesetzt. Dies führte möglicherweise zu mehr Vertrauen bei der Befragung.

Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?

Die Interviews waren semistrukturiert und orientierten sich an zuvor definierten Schlüsselfragen, welche auf Grundlage des Andersen Modells (Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung), Reviews und Expertenwissen entwickelt wurden. Die erfragten Themenbereiche werden von den Forschenden ausführlich beschrieben.

Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?

Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld mit einer Gruppe von vier Frauen getestet, welche den Einschlusskriterien nicht entsprachen. Es ist jedoch nicht klar, ob anschliessend noch Änderungen am Interviewleitfaden vorgenommen wurden.

Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?

Die Interviews wurden alle von derselben Person aus dem Forschungsteam durchgeführt. Während dem Gespräch war zusätzlich noch eine Assistentin oder ein Assistent anwesend. Ob eine entsprechende Schulung stattgefunden hat, wird nicht erwähnt.

Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?

Die Interviewerin ist selbst Rollstuhlfahrerin und ermutigte die Frauen, ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen zu teilen. Sie versuchte, eine offene Atmosphäre zu schaffen, damit die Teilnehmerinnen ihre persönlichen Erlebnisse teilen können. Die Aufgabe der assistierenden Person während den Interviews wird nicht beschrieben. Die anderen Forschenden verfügten über Expertise in der Gesundheitsforschung, Psychologie und Medizin.

Wie wurden die Daten festgehalten?

Die Gespräche wurden elektronisch aufgezeichnet und anschliessend mit der f4 Software wörtlich transkribiert.

ETHISCHE ASPEKTE

Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?

Die Studie wurde am 27 April 2012 vom Ethikkomitee des Kantons Luzern genehmigt.

Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?

Die Frauen erhielten Informationen über das Studienziel sowie den Ablauf und mussten vor der Befragung eine Einverständniserklärung unterzeichnen.

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?

Da sich die Frauen aktiv (und damit freiwillig) bei den Forschenden melden mussten, kann davon ausgegangen werden, dass ihnen die freiwillige Teilnahme bewusst war. Inwieweit sie über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Abbruchs bzw. einer Absage informiert wurden, wird nicht beschrieben.

Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?

Ob die Teilnehmerinnen über den Datenschutz informiert wurden, wird nicht erwähnt. Es wurden jedoch Pseudonyme verwendet.

DATENANALYSE: QUALITATIVE STUDIEN

Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?

Die Analyse der Interviewtranskripte erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse und in Anlehnung an das Andersen Modell. Diese Herangehensweise wurde gewählt, da sie laut den Forschenden gut geeignet ist, um Erzählungen zu analysieren und interpretieren.

Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?

Die Hauptkategorien für die Codierung wurden deduktiv vom Andersen Modell abgeleitet und lauten: 1) erlebte Gesundheitsbedürfnisse 2) genutzte Gesundheitsangebote. Die Untergruppen wurden induktiv von den Daten abgeleitet, um sicherzustellen, dass die Aussagen der Frauen in der Analyse möglichst umfassend dargestellt werden. Die Kategorien wurden innerhalb einer Taxonomie geordnet und erhielten jeweils eine bestimmte Definition. Die Codes wurden fortlaufend weiterentwickelt und bei Bedarf verändert oder gelöscht. Dafür waren zwei Personen aus dem Forschungsteam zuständig, welche sich während dem Codierungsprozess regelmässig trafen und sich so lange austauschten, bis ein Konsens gefunden wurde. Trotz dieser Beschreibung ist nicht vollkommen nachvollziehbar, wie die einzelnen Kategorien gebildet wurden.

Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?

Es wird nicht erwähnt, ob eine Verifizierung durch die Teilnehmerinnen stattgefunden hat.

ERGEBNISSE

Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?

Die Datenanalyse ergab die zwei Hauptkategorien „wahrgenommener Bedarf an Dienstleistungen“ und „Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten“ mit folgenden Unterkategorien:

- Bedarf an Informationen zum Thema Rückenmarksverletzung und Schwangerschaft
- Bedarf an spezifischem Fachwissen
- Bedarf an medizinischer Behandlung
- Bedarf an zugänglichen und verfügbaren Diensten
- Bedarf an spezifischem Zubehör und Equipment
- Bedarf an integrierter Versorgung
- Aufgesuchte Gesundheitsfachpersonen
- Konsultierte Fachstellen
- Empfundene Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

Im Ergebnisteil ist nicht immer eindeutig klar, von welchen Fachpersonen genau gesprochen wird, da häufig allgemeine Begriffe wie „Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister“ verwendet werden.

Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?

Folgende Merkmale der Teilnehmerinnen werden in einer Tabelle übersichtlich dargestellt:

- Pseudonym
- Alter zum Zeitpunkt des Interviews
- Zivilstand
- Anzahl Kinder vor der Rückenmarksverletzung
- Anzahl Kinder nach der Rückenmarksverletzung
- Anzahl Jahre von der Verletzung bis zur Geburt des ersten Kindes
- Level und Ausmass der Rückenmarksverletzung
- Bildungsstand
- Anzahl Bildungsjahre
- Angestelltenstatus
- Interviewsetting (Einzel- oder Gruppeninterviews, Gruppennummer)

Im Text heisst es weiter, dass die Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich 34 Jahre alt waren. Zum Zeitpunkt der Schwangerschaft waren alle verheiratet oder lebten in einer stabilen Partnerschaft. Sie hatten einen hohen Bildungsstand und waren in den meisten Fällen berufstätig. Fast die Hälfte der Frauen war im Gesundheitsbereich tätig.

Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?

Es sind keine Fehler oder Inkonsistenzen ersichtlich.

Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?

Die Tabellen und Grafiken sind übersichtlich und verständlich.

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

Die Aussagen im Text stimmen mit den Tabellen und Abbildungen überein.

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

Die verwendeten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien.

DISKUSSION

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

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert.

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

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert und verglichen. Es werden hauptsächlich Übereinstimmungen gefunden.

Werden die Grenzen der Studie benannt?

Die Grenzen der Studie werden von den Forschenden wie folgt beschrieben:

- Aufgrund der gezielten Stichprobenauswahl sind Selektionsbias in Bezug auf die Merkmale der Frauen nicht auszuschliessen.
- Es ist nicht klar, ob die Ergebnisse dieser Studie auch auf Frauen mit anderen Behinderungen zutreffen.
- Die Frauen in den Einzelinterviews hatten zum Teil Schwierigkeiten, sich zu öffnen.
- Die Ergebnisse lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialhilfesysteme möglicherweise nicht mit anderen Ländern vergleichen.
- Das Andersen Modell könnte die Offenheit der Forschenden beeinflusst haben.
- Aufgrund der retrospektiven Herangehensweise mussten sich die Forschenden auf die Erinnerungen und Offenheit der Frauen verlassen.

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

Es werden keine Fehler oder Verbesserungsvorschläge benannt.

Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?

Die klinische Relevanz der Ergebnisse wird durch die Empfehlungen für die Praxis aufgezeigt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?

Die Empfehlungen lassen sich wie folgt aus den Ergebnissen ableiten:

- Eine höhere Anzahl an Fachpersonen mit Wissen über Schwangerschaften und Rückenmarksverletzungen könnte die Chancen der Frauen verbessern, die Betreuung zu bekommen, die sie brauchen.
- Eine spezialisierte Schwangerschaftsvorsorge in Rehabilitationszentren könnte das Selbstvertrauen der Frauen stärken und ihre Unzufriedenheit mit den bestehenden Angeboten in den Zentren mindern.
- Die Suche nach geeigneten Angeboten für die Gesundheitsversorgung könnte durch regional ausgewählte und geschulte Fachpersonen erfolgen. Darüber hinaus könnte eine medizinische Hotline sowie eine Webseite für den Austausch mit Peers eingerichtet werden.
- Die Geburt sollte im Voraus mit allen Beteiligten geplant und koordiniert werden. Die Forschenden empfehlen die Entwicklung einer Checkliste mit wichtigen Informationen zu jeder Phase der Schwangerschaft inkl. Röntgenbilder, Medikation etc.
- Die Frauen sollten auf bestehende Angebote hingewiesen werden, um eine Über- und Unterversorgung sowie eine schlechte Behandlung zu verhindern.
- Medizinisches Wissen sollte an die Frauen weitergegeben werden (Bsp. AD).

Schlussfolgerungen der Forschenden:

- Die Bedürfnisse der Frauen können aktuell nicht erfüllt werden, da die bestehenden Angebote nicht darauf abgestimmt sind.
- Es braucht Richtlinien für die Praxis, um diesen Frauen eine bessere Gesundheitsversorgung bieten zu können.
- Es besteht ein grosser Bedarf an zugänglichen und spezialisierten Angeboten, die spezifische Informationen und Peer-Support vermitteln.

Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?

Die Empfehlungen sind angemessen und könnten durchaus in der Praxis umgesetzt werden.

Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?

Gemäss den Forschenden ist weitere Forschung nötig, um zu verstehen, welche Faktoren die Nutzung von Gesundheitsdiensten am meisten beeinflussen. Auch die Perspektive der Fachpersonen muss weiter erforscht werden. Die Merkmale der Frauen sollen ebenfalls genauer untersucht werden, um herauszufinden, ob es Unterschiede zwischen rückenmarksgeschädigten Frauen mit und ohne Kinderwunsch gibt. Da es sich hierbei um eine retrospektive Studie handelt, empfehlen die Forschenden, in Zukunft eine prospektive Studie inkl. Follow-up durchzuführen.

LITERATUR UND ANDERE ANGABEN

Sind die Literaturangaben eindeutig?

Die Literaturangaben sind eindeutig.

Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?

Alle zitierten Quellen finden sich in den Literaturangaben.

SONSTIGES

Von wem wurde die Studie finanziert?

Die Studie wurde im Rahmen der SwiSCI finanziert und von der Swiss Paraplegic Foundation unterstützt.

In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?

Es wird nicht erwähnt, in welchem Zusammenhang die Studie durchgeführt wurde.

Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?

Die Forschenden erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

GÜTEKRITERIEN

- Glaubwürdigkeit (Credibility)
- Zuverlässigkeit (Dependability)
- Übertragbarkeit (Transferability)
- Bestätigbarkeit (Confirmability)

Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet

- + Peer-Debriefings haben stattgefunden
- + Einbezug von Co-Autoren in verschiedenen Phasen der Studie
- + Datenerhebung über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr
- + Die Entscheidungen, welche während dem Codieren getroffen wurden, wurden in einem separaten Dokument festgehalten (Forschungstagebuch)
- + Detaillierte und nachvollziehbare Ergebnisdarstellung
- + Die gewählten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien
- + Ausführliche Diskussion der Ergebnisse
- + Empfehlungen für die Praxis und für die weitere Forschung sind vorhanden
- + Es wurden verschiedene Forschende in den Analyseprozess integriert
- + Genehmigung von einem Ethikkomitee wurde eingeholt
- + Gesamtstudiendesign und Methodik sind ausreichend beschrieben
- Kein Member-Checking
- Keine Datentriangulation
- Eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der Kategorienbildung

C3 Analyse der Studie von Tebbet & Kennedy (2012)

Titel (Jahr)	The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study (2012)
Autoren	Tebbet, M., & Kennedy, P.

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

ABSTRACT
Ist ein Abstract vorhanden? Es ist ein vollständiges Abstract vorhanden.
Gibt er eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)? Das Abstract ist im EMED-Format aufgebaut und enthält alle wesentlichen Aspekte der Studie.

HINTERGRUND
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben? In der Einleitung werden geeignete und ausführliche Hintergrundinformationen über Rückenmarksverletzungen und das Geburtserlebnis generell gegeben. Die Forschenden beschreiben die Geburt als ein normales und übliches Ereignis. Das Geburtserlebnis kann sowohl positiv als auch negativ sein und wird durch die Faktoren „Kontrolle“, „Unterstützung“, „Vorbereitung“ und „mentale Gesundheit“ beeinflusst. Die Forschung zeigt, dass für eine positive Geburtserfahrung alle vier Faktoren berücksichtigt werden müssen. Es ist jedoch nicht klar, ob diese Faktoren auch für Frauen mit Rückenmarksverletzungen gelten, da sich die Daten auf gesunde Frauen beziehen. Anschliessend werden zwei Studien näher beschrieben. Die Studien zeigen auf, dass Frauen mit Rückenmarksverletzungen mit verschiedenen Problemen konfrontiert werden, ein Mangel an Informationen und Fachwissen besteht und sich das Fachpersonal zum Teil unangemessen verhält. Die Forschenden erwähnen weiter die Prävalenz von Rückenmarksverletzungen, deren Ursachen, die Alters- und Geschlechterverteilung sowie die Fertilität von Betroffenen und zeigen häufige Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft auf.
Literaturreview
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt? Der aktuelle Stand der Forschung ist ausreichend und verständlich beschrieben. Es wird erwähnt, dass viel Literatur für Frauen ohne Einschränkungen vorhanden ist und die Geburtserfahrungen von Frauen mit Rückenmarksverletzungen wenig erforscht sind. Es gibt einzelne Studien zu den Geburtserfahrungen von Frauen mit Behinderungen generell. Dort sind zum Teil auch Studienteilnehmerinnen mit Rückenmarksverletzungen enthalten. Es gibt jedoch fast keine Studien, die explizit auf Frauen mit Rückenmarksverletzungen ausgerichtet sind.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? Es ist nicht ganz klar, warum die Forschenden am Ende der Einleitung auf drei Studien eingehen, die das Muttersein und Familienleben mit Rückenmarksverletzungen behandeln, da es in der Forschungsfrage primär um die Erfahrungen während der Geburt geht. Es stehen somit nicht alle dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage.
Von wann sind die Studien? 19 der 35 verwendeten Studien waren zum Zeitpunkt der Forschung älter als 10 Jahre. Fast alle Studien stammen aus den Jahren 1990–2008.

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, zusammengefasst und miteinander in Verbindung gebracht, um die Problemstellung zu erläutern.

Ziel der Studie und Forschungsfrage

Wird das Ziel der Studie klar formuliert?

Die Studie wurde durchgeführt, um ein besseres Verständnis davon zu bekommen, wie Frauen mit Rückenmarksverletzungen die Geburt erleben.

Das Ziel der Forschenden war es, herauszufinden, ob die im Hintergrund erwähnten Einflussfaktoren auch für Frauen mit Rückenmarksverletzungen gelten oder ob es bei der Betreuung andere wichtige Dinge zu berücksichtigen gibt. Die Ergebnisse sollten betroffene Frauen und Fachpersonen mit Informationen versorgen und in weiterer Folge die Zufriedenheit mit der Geburt erhöhen.

Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?

Die Forschungsfrage wird mit dem Forschungsmangel begründet.

Definition des Untersuchungsgegenstandes

Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?

Der zu untersuchende Gegenstand (Geburtserfahrungen von Frauen mit Rückenmarksverletzungen) ist durch die Forschungsfrage klar definiert.

METHODE

Forschungsansatz

Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?

Der qualitative Forschungsansatz wird bereits im Abstract erwähnt, die Wahl wird jedoch nicht weiter begründet.

Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?

Der qualitative Forschungsansatz ist angemessen, da es in dieser Studie um das Erforschen von Erfahrungen geht.

Studiendesign

Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?

Das Studiendesign wird nicht explizit erwähnt oder begründet, ist jedoch bereits im Titel ersichtlich (phänomenologisch).

Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?

Der phänomenologische Ansatz ist geeignet, um das Geburtserleben von Frauen mit Rückenmarksverletzungen zu erforschen.

SETTING

In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?

Die Studie wurde in einem grossen Allgemeinkrankenhaus im Süden Englands durchgeführt. Das Spital verfügt sowohl über eine Entbindungsstation als auch über ein spezialisiertes Wirbelsäulenzentrum und ist auf beide Fachgebiete ausgerichtet.

Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?

Das Setting ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte jedoch beachtet werden, dass alle Teilnehmerinnen in derselben spezialisierten Klinik betreut wurden und dies die Resultate beeinflusst haben könnte.

TEILNEHMENDE / STICHPROBE

Wie groß ist die Stichprobe?

Die Stichprobe bestand aus acht Teilnehmerinnen.

Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?

Die Teilnehmerinnen wurden über das Krankenhaus rekrutiert. Die Hebammen haben zusammen mit dem geburtshilflichen Team eine Liste mit allen rückenmarksgeschädigten Frauen erstellt, die in den vergangenen acht Jahren in diesem Krankenhaus geboren haben. Die Namen wurden von den Mitarbeitenden des Wirbelsäulenzentrums gegengeprüft um sicherzugehen, dass keine Frauen angeschrieben werden, deren Kinder beispielsweise verstorben sind.

War das Auswahlverfahren geeignet?

Angesichts der spezifischen Behinderung erscheint eine gezielte Stichprobenziehung sinnvoll. Durch eine Ausschreibung über andere Kanäle hätten möglicherweise noch weitere Teilnehmerinnen rekrutiert werden können.

Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?

Es werden folgende Einschlusskriterien genannt:

- Frauen mit einer Rückenmarksverletzung bereits vor der Geburt
- Geburt in den vergangenen acht Jahren
- Geburt im gleichen spezialisierten Krankenhaus
- Lebendgeburt

Ausschlusskriterien werden keine definiert.

Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?

11 Frauen waren potenziell geeignet und wurden angeschrieben. Davon haben sich acht Frauen bereit erklärt, bei der Studie mitzumachen.

DATENERHEBUNG

Wie und wann wurden die Daten erhoben?

Über einen Zeitraum von drei Monaten wurden persönliche Interviews mit den Frauen durchgeführt. Die Interviews haben bei den Frauen zuhause und zu einem für sie geeigneten Zeitpunkt stattgefunden und dauerten zwischen 55 und 125 Minuten.

War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?

Interviews anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens sind geeignet für eine Studie, die auf das Erforschen von Erfahrungen abzielt. Die gewohnte und vertraute Umgebung bei den Frauen zuhause führte möglicherweise zu mehr Offenheit bei der Befragung.

Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?

Der semistrukturierte Interviewleitfaden bestand aus einer Reihe von offenen Fragen, mit denen das Geburtserlebnis der Frauen erforscht werden sollte. Die Teilnehmerinnen wurden zu ihren Erfahrungen in Bezug auf die Unterstützung während der Geburt befragt und ob sie sich ausreichend darauf vorbereitet fühlten. Zusätzlich wurde erfragt, ob etwas speziell positiv oder negativ war und welchen Rat sie anderen Betroffenen geben würden, die über eine Elternschaft nachdenken.

Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?

Es werden keine Aussagen darüber gemacht, ob der Interviewleitfaden im Vorfeld getestet wurde.

Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?

Es wird nicht erwähnt, von wem die Interviews durchgeführt wurden oder ob eine entsprechende Schulung stattgefunden hat.

Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?

Die Rolle der Forschenden bei der Datenerhebung wird nicht diskutiert. Ihre Beziehung zu den Teilnehmerinnen wird ebenfalls nicht thematisiert. Es wird erwähnt, dass die dynamische IPA-Methode den Einfluss der Forschenden auf den Analyseprozess erkennt. Die Forschenden gehen jedoch nicht näher darauf ein.

Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?

Darüber sind keine Informationen vorhanden.

Wie wurden die Daten festgehalten?

Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet.

ETHISCHE ASPEKTE

Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?

Es sind keine Angaben darüber vorhanden, ob die Studie von einem Ethikkomitee genehmigt wurde.

Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?

Alle potenziellen Teilnehmerinnen erhielten ein Paket, welches einen Brief von den Forschenden (inklusive Kontaktdetails), ein Informationsblatt über die Studie und ein Begleitschreiben der Ärzteschaft enthielt. Vor der Befragung mussten die Teilnehmerinnen bestätigen, dass sie die Informationen gelesen und verstanden haben. Zudem wurde ihnen noch einmal die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zu stellen. Anschliessend mussten die Frauen eine Einverständniserklärung unterzeichnen um zu bestätigen, dass sie mit dem Interview fortfahren möchten.

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?

Da sich die Frauen aktiv (und damit freiwillig) bei den Forschenden melden mussten, kann davon ausgegangen werden, dass ihnen die freiwillige Teilnahme bewusst war. Inwieweit sie über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Abbruchs bzw. einer Absage informiert wurden, wird nicht beschrieben.

Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?

Die Forschenden haben Pseudonyme verwendet und die Informationen der Teilnehmerinnen bewusst auf ein Minimum beschränkt, um die Vertraulichkeit der Daten zu wahren. Ob die Frauen darüber informiert wurden, ist unklar.

DATENANALYSE: QUALITATIVE STUDIEN

Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?

Die Daten wurden anhand einer IPA aufgearbeitet. Diese Methode ist laut den Forschenden für qualitative Studien geeignet, da sie darauf ausgerichtet ist, die Lebenswelten der Teilnehmenden zu erforschen und einen Insider-Blick zu generieren. Eine entsprechende Quellenangabe ist vorhanden.

Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?

Die einzelnen Schritte der IPA bzw. die Entwicklung der Themengruppen sind ausführlich, verständlich und nachvollziehbar beschrieben.

1. Jedes Transkript wurde mehrfach gelesen. Beim zweiten Durchgang wurde der Text kommentiert und wichtige Phrasen, Wörter und Erkenntnisse hervorgehoben. Besonders wichtige Aussagen der Frauen wurden interpretiert und aufkommende Themen notiert.
2. Für jedes Transkript wurde eine Tabelle erstellt, in der die Themen gruppiert wurden.
3. Die gruppierten Themen der einzelnen Interviews wurden untereinander verglichen und auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten geprüft. Dies führte zu 12 Themen, die in allen Transkripten vorkamen. Es wurde weiter gruppiert, bis fünf übergeordnete Themen mit jeweils 2-5 Untergruppen übrig blieben.
4. Die Themen und Zitate wurden in einer Tabelle zusammengefasst. Drei unabhängige Forschende haben die Entwicklung und Validität der Kategorien überprüft.

Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?

Es wird nicht erwähnt, ob die Ergebnisse von den Teilnehmerinnen verifiziert wurden.

ERGEBNISSE

Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?

Die Ergebnisse werden klar und verständlich beschrieben, mit Zitaten untermauert und in folgende fünf Hauptkategorien unterteilt:

- Vorbereitung auf die Geburt
- Geburt als ein angenehmes Ereignis
- Geburt als eine einzigartige Erfahrung
- Unterstützung während der Geburt
- Geburt als Teamarbeit mit unterschiedlich ausgeprägtem Kontrollgefühl

Im Ergebnisteil ist nicht immer eindeutig klar, von welchen Fachpersonen genau gesprochen wird, da häufig allgemeine Begriffe wie „Fachleute“ verwendet werden.

Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?

Die Merkmale der Teilnehmerinnen werden in einer Tabelle übersichtlich dargestellt. Angegeben sind Alter, Ursache und Typ der Verletzung, Jahr des Unfalls sowie Anzahl und Alter der Kinder.

Gibt es Fehler oder Inkonsistenzen in den Ergebnissen?

Es sind keine Fehler oder Inkonsistenzen ersichtlich.

Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?

Die Darstellung der Kategorien in einer Grafik ist sehr übersichtlich und die Tabelle mit den demografischen Merkmalen ist verständlich und selbsterklärend. Auf die Infobox „Implications for Rehabilitation“ auf der ersten Seite wird im Text kein Bezug genommen.

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

Die Aussagen im Text stimmen mit der Tabelle und Grafik überein.

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

Die gewählten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien.

DISKUSSION

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

Die Ergebnisse werden interpretiert und in Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung gebracht.

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

Die Ergebnisse werden diskutiert und mit bereits vorhandener Literatur in Verbindung gebracht. Es werden hauptsächlich Übereinstimmungen gefunden.

Werden die Grenzen der Studie benannt?

Die Forschenden reflektieren die Limitationen der Studie wie folgt:

- Die Unterschiede innerhalb der Population sind sehr gross. Jede Rückenmarksverletzung ist einzigartig und bringt individuelle Herausforderungen und Erfahrungen mit sich. Generalisierungen sind daher schwierig. Besonders signifikant sind die Unterschiede zwischen Tetraplegie und Paraplegie (Bsp. AD nur bei Tetraplegikerinnen).
- Die Studie wurde in einem Krankenhaus durchgeführt, welches sowohl über eine Entbindungsstation als auch über ein spezialisiertes Wirbelsäulenzentrum verfügt. Viele Betroffene müssen jedoch in Allgemeinkrankenhäuser gehen, wo es möglicherweise keine Spezialisten für Rückenmarksverletzungen gibt. Das könnte zu anderen Erfahrungen führen.
- Es wäre es möglich, dass die Teilnehmerinnen negative Aspekte bewusst weggelassen haben, um andere Betroffene nicht von ihrem Wunsch abzubringen, Mutter zu werden.

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

Es werden keine Fehler oder Verbesserungsvorschläge benannt.

Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?

Die klinische Relevanz der Ergebnisse wird durch die Empfehlungen für die Praxis aufgezeigt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?

Die Schlussfolgerungen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten. Die Forschenden weisen auf die Notwendigkeit hin, bei der Betreuung von Frauen mit Rückenmarksverletzungen ein biopsychosoziales Modell anzuwenden. Es sollte sichergestellt werden, dass individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Frauen während einer Entscheidungsfindung gehört und respektiert werden.

Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?

Folgende Empfehlungen können aus den Ergebnissen abgeleitet werden:

- Die Geburt von Frauen mit Rückenmarksverletzungen sollte in einem biopsychosozialen Kontext betrachtet werden.
- Das Fachpersonal sollte unter anderem in Bezug auf psychologische Aspekte (z. B. Kontrolle während der Geburt) geschult werden.
- Wenn die Entscheidungsfreiheit der Frauen eingeschränkt ist, sollte der Fokus auf etwas gelenkt werden, das die Frauen kontrollieren können (z. B. die Umgebung).
- Wenn das Fachpersonal aus medizinischen Gründen eine Entscheidung treffen muss, sollte dies genau begründet und erklärt werden.
- Einführung eines Peer-Mentoring-Systems
- Integrierte Versorgung
- Klare Rollendefinition der beteiligten Fachpersonen
- Kontinuierliche Kommunikation zwischen dem Fachpersonal
- Die positiven Erfahrungen sollten gegenüber betroffenen Frauen und Fachpersonen hervorgehoben werden.

Die Empfehlungen sind angemessen und in der Praxis umsetzbar.

Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?

Die Forschenden empfehlen, die Erfahrungen von Frauen mit Rückenmarksverletzungen in nicht spezialisierten Kliniken zu untersuchen. Zudem stellen sie die Hypothese auf, dass die eingeschränkte Körperkontrolle während der Geburt auch ein Vorteil sein könnte. Die Unfähigkeit, sich gegen die natürlichen Prozesse des Körpers zu wehren, könnte ein Grund für die positiven Outcomes der Studienteilnehmerinnen sein. Die Forschenden empfehlen daher, Achtsamkeit in der Geburtshilfe weiter zu erforschen.

LITERATUR UND ANDERE ANGABEN

Sind die Literaturangaben eindeutig?

Die Literaturangaben sind eindeutig.

Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?

Alle zitierten Quellen sind im Literaturverzeichnis zu finden.

SONSTIGES

Von wem wurde die Studie finanziert?

Es werden keine Angaben darüber gemacht, von wem die Studie finanziert wurde.

In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?

Es wird nicht diskutiert, in welchem Zusammenhang die Studie durchgeführt wurde.

Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?

Die Forschenden erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

GÜTEKRITERIEN

- Glaubwürdigkeit (Credibility)
- Zuverlässigkeit (Dependability)
- Übertragbarkeit (Transferability)
- Bestätigbarkeit (Confirmability)

Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet

- + Datenerhebung über einen Zeitraum von drei Monaten
- + Es wurden drei unabhängige Forschende in den Analyseprozess involviert
- + Detaillierte und nachvollziehbare Ergebnisdarstellung
- + Die gewählten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien
- + Ausführliche Diskussion der Ergebnisse
- + Es lassen sich angemessene Empfehlungen für die Praxis ableiten
- + Gesamtstudiendesign und Methodik sind ausreichend beschrieben
- + Die Transkripte wurden von den Forschenden mehrfach gelesen
- Keine Peer-Debriefings
- Kein Member-Checking
- Keine Datentriangulation
- Keine Genehmigung durch ein Ethikkomitee
- Kein Forschungstagebuch

C4 Analyse der Studie von Mitra et al. (2016)

Titel (Jahr)	Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy (2016)
Autoren	Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Smith, L. D.

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

ABSTRACT
Ist ein Abstract vorhanden? Es ist ein ausführliches Abstract vorhanden.
Gibt es eine klar strukturierte und verständliche Darstellung der wesentlichen Aspekte der Studie (Ziel, Methoden, wichtigste Ergebnisse, Schlussfolgerung)? Das Abstract ist im EMED-Format aufgebaut und enthält alle relevanten Informationen.

HINTERGRUND
Werden geeignete Hintergrundinformationen zur Studie gegeben? Die Hintergrundinformationen sind angemessen und ausreichend. Es werden folgende Informationen gegeben: Die Literatur zeigt, dass Frauen mit körperlichen Behinderungen gleich häufig schwanger werden wie gesunde Frauen. Allerdings ist das Risiko für ein schlechtes Outcome (niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt) bei Frauen mit körperlichen Behinderungen erhöht. Zusätzlich treffen betroffene Frauen häufig auf schlecht ausgestattete Fachpersonen, die neben einem Mangel an Fachwissen auch Vorurteile gegenüber Frauen mit Behinderungen haben. Der Mangel an zugänglichen Arztpraxen, Untersuchungstischen und Personenwaagen stellen zusätzliche Hindernisse für eine angemessene Überwachung der Schwangerschaft dar.
Literaturreview
Wird der aktuelle Forschungsstand (bisher verfügbare Studien) zum Thema umfassend, logisch und verständlich dargestellt? Der aktuelle Stand der Forschung wird verständlich dargestellt. Es stehen kaum Informationen für Frauen mit körperlichen Behinderungen zur Verfügung, die eine Schwangerschaft und Mutterschaft in Betracht ziehen. Zudem mangelt es an Informationen über ihre unerfüllten Bedürfnisse während der Schwangerschaft und Geburt.
Stehen die dargestellten Studien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage? Aus dem beschriebenen Forschungsstand wird die Forschungsfrage nachvollziehbar abgeleitet.
Von wann sind die Studien? Die meisten der 21 in der Einleitung zitierten Studien stammen aus den Jahren 1997–2015. Eine Studie ist von 1988.
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, referenziert und miteinander in Verbindung gebracht, um die Problemstellung zu erläutern.
Ziel der Studie und Forschungsfrage

Wird das Ziel der Studie klar formuliert?

Die Studie wurde durchgeführt, um die unerfüllten Bedürfnisse und Barrieren in der perinatalen Betreuung von Frauen mit körperlichen Behinderungen zu erforschen. Zusätzlich wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, Empfehlungen für andere betroffenen Frauen abzugeben.

Wird die Forschungsfrage begründet, also wird gesagt, warum es wichtig ist, genau diese Frage zu untersuchen?

Die Ergebnisse sollen das Verständnis für die unerfüllten Bedürfnisse von Frauen mit körperlichen Behinderungen während der Schwangerschaft erhöhen. Dadurch könnten Strategien aufgezeigt werden, um die Erfahrungen während der Schwangerschaft sowie das mütterliche und kindliche Outcome zu verbessern.

Definition des Untersuchungsgegenstandes

Wird der zu untersuchende Gegenstand klar definiert?

Der zu untersuchende Gegenstand (unerfüllte Bedürfnisse und Barrieren in der perinatalen Betreuung von Frauen mit körperlichen Behinderungen) lässt sich aus der Forschungsfrage ableiten.

METHODE

Forschungsansatz und Studiendesign

- Wird deutlich, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde und wurde die Wahl begründet?
- Ist der Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?
- Wird deutlich, welches Studiendesign (zum Beispiel eine randomisierte, kontrollierte Studie, eine nicht-experimentelle, deskriptive Studie etc.) gewählt wurde, und wurde die Wahl begründet?
- Ist das Studiendesign für die Untersuchung der Forschungsfrage geeignet?

Der qualitative Forschungsansatz wird bereits im Abstract erwähnt. Aus der Einleitung geht hervor, dass es sich um ein deskriptives Studiendesign handelt. Die Wahl wird von den Forschenden nicht weiter begründet, ist jedoch angemessen.

Es wird erwähnt, dass es sich hierbei um eine Teilstudie einer grösser angelegten Mixed-Methods-Studie handelt. Die Forschenden gehen allerdings nicht näher darauf ein.

SETTING

- In welchem Setting wurde die Studie durchgeführt?
- Ist das Setting zum Erreichen des Studienziels geeignet?

Das Setting kann nicht beurteilt werden, da keine Angaben darüber gemacht werden, wo die Frauen damals geboren haben.

TEILNEHMENDE / STICHPROBE

Wie groß ist die Stichprobe?

Es wurden 25 Frauen aus den Vereinigten Staaten von Amerika befragt.

Wie wurden die Teilnehmerinnen ausgewählt?

Informationen über die Studie wurden über diverse Wege verbreitet (E-Mail Listen, Webseiten, soziale Medien von Behindertenorganisationen und Einzelpersonen, lokale Organisationen sowie Blogs)

War das Auswahlverfahren geeignet?

Durch die Verbreitung von Informationen über diverse Kanäle konnten Frauen aus ganz Amerika erreicht werden. Angesichts der geringen Anzahl an betroffenen Frauen erscheint dieses Vorgehen sinnvoll.

Werden Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme genannt?

Die Frauen mussten zum Zeitpunkt der Schwangerschaft eine körperliche Behinderung bzw. einen gesundheitlichen Zustand aufweisen, der die Benutzung der oberen Extremitäten oder die Gehfähigkeit stark beeinträchtigte. Die Frauen durften zum Zeitpunkt des Interviews maximal 55 Jahre alt sein und mussten innerhalb der letzten 10 Jahre geboren haben. Ausschlusskriterien werden keine definiert.

Wie viele Personen wurden um die Teilnahme gebeten und wie viele haben warum abgelehnt?

Von ursprünglich 31 Frauen, welche auf ihre Eignung geprüft werden sollten bzw. überprüft wurden, stellten sich zwei als ungeeignet heraus und zwei weitere konnten nicht erreicht werden. Zwei Frauen wurden nach dem Interview von der Analyse ausgeschlossen, da sie den Einschlusskriterien doch nicht vollständig entsprachen. Dies ergab eine Stichprobe von 25 Frauen.

DATENERHEBUNG

Wie und wann wurden die Daten erhoben?

Die Telefoninterviews wurden auf Englisch durchgeführt und dauerten maximal zwei Stunden. Die Forschenden verwendeten dabei einen semistrukturierten Moderationsleitfaden. Es wurden so lange Daten gesammelt, bis eine Datensättigung erreicht wurde und keine neuen Themen mehr aufkamen. Der Zeitraum der Datenerhebung wird nicht angegeben.

War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?

Telefoninterviews anhand eines semistrukturierten Moderationsleitfadens sind geeignet für eine Studie, die auf das Erforschen von Bedürfnissen abzielt. Da die Interviews per Telefon durchgeführt wurden, konnten Frauen aus ganz Amerika miteinbezogen werden. Ausserdem bieten Telefoninterviews eine grössere Anonymität als persönliche Interviews, was möglicherweise mehr Frauen zu einer Teilnahme bewegt hat.

Wird das Instrument der Datenerhebung (zum Beispiel Fragebogen, Interviewleitfaden) beschrieben?

Der semistrukturierte Moderationsleitfaden wurde von Mitforschenden erstellt. Als Grundlage dafür dienten die Ergebnisse einer vorangegangenen Fokusgruppendifkussion sowie bereits bestehende Literatur. Es werden jedoch keine Quellen genannt oder weitere Informationen zum Moderationsleitfaden abgegeben.

Wenn es sich um ein verändertes oder neues Instrument handelt, wurde es auf seine Qualität hin getestet (validiert)?

Es werden keine Aussagen darüber gemacht, ob der Moderationsleitfaden im Vorfeld validiert wurde.

Von wem wurden die Daten erhoben? Hat ein entsprechendes Training (zum Beispiel eine Interviewerschulung) stattgefunden?

Die Interviews wurden von zwei Personen aus dem Forschungsteam durchgeführt. Es wird nicht erwähnt, ob eine entsprechende Schulung stattgefunden hat.

Welche Rolle spielten die Forscherinnen bei der Datenerhebung?

Die Rolle der Forschenden bei der Datenerhebung wird nicht diskutiert. Ihre Beziehung zu den Teilnehmerinnen wird ebenfalls nicht thematisiert.

Wenn die Daten von mehreren Personen erhoben wurden, wurden Anstrengungen unternommen, dass die Datenerhebung durch alle gleich erfolgte?

Es sind keine Angaben darüber vorhanden, ob Anstrengungen unternommen wurden, um sicherzustellen, dass die Datenerhebung durch beide gleich erfolgte.

Wie wurden die Daten festgehalten?

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

ETHISCHE ASPEKTE

Wurde die Studie durch ein Ethikkomitee genehmigt?

Die Studie wurde vom Institutional Review Board der University of Massachusetts Medical School genehmigt.

Wurde eine Einwilligung der Teilnehmerinnen eingeholt und wurden sie vorher ausreichend über die Studie aufgeklärt?

Die Frauen erhielten im Vorfeld Informationen über das Interview sowie eine Einverständniserklärung. Die Einverständniserklärung musste von den Teilnehmerinnen allerdings weder unterzeichnet noch retourniert werden, da die Forschenden dafür einen Erlass vom Institutional Review Board erhielten. Zu Beginn eines jeden Interviews überprüfte die Interviewerin oder der Interviewer die Zustimmung der Teilnehmerinnen und forderte sie auf, allfällige Fragen oder Sorgen bezüglich der Studie zu äussern.

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?

Es werden keine Aussagen darüber gemacht, ob den Frauen die freiwillige Teilnahme bewusst war. Inwieweit sie über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Abbruchs bzw. einer Absage informiert wurden, wird ebenfalls nicht beschrieben.

Wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, ob ihre Daten vertraulich behandelt beziehungsweise anonymisiert wurden?

Die Zitate in der Studie wurden anonymisiert. Ob die Teilnehmer über den Datenschutz informiert wurden, wird nicht erwähnt.

DATENANALYSE: QUALITATIVE STUDIEN

Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?

Die Analyse der Daten erfolgte mittels der Software Atlas.ti und anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse. Dieses Vorgehen ist für eine qualitative Studie geeignet.

Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?

Das Vorgehen bei der Kategorienbildung wird beschrieben. Es ist jedoch nur eingeschränkt nachvollziehbar, wie die einzelnen Kategorien gebildet wurden. Die Transkripte wurden in einem wiederkehrenden, interpretativen Prozess analysiert. Die Forschenden gingen dabei deskriptiv vor, um keine neuen Theorien zu generieren. Nach Durchsicht der Transkripte wurden erste Themengruppen identifiziert, welche sich in weiterer Folge zu einem gesamten Codebuch entwickelten. Die Codes wurden fortlaufend geprüft und angepasst. Für die Codierung der Interviews war eine Person aus dem Forschungsteam zuständig. Während dem Codierungsprozess fanden regelmässige Treffen mit der Studienleitung statt, um die Codes zu diskutieren und zu klären. Zudem wurde die Zuverlässigkeit und Konsistenz der Datencodierung laufend bewertet.

Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben (als eine Möglichkeit, die Glaubwürdigkeit der Interpretation zu erhöhen)?

Es wird nicht erwähnt, ob die Ergebnisse von den Teilnehmerinnen verifiziert wurden.

ERGEBNISSE

Ist die Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?

Die Ergebnisse werden klar und verständlich beschrieben und mit Zitaten untermauert, die in den Fliesstext integriert wurden. Eine Unterteilung von Fliesstext und Zitaten hätte den Text etwas übersichtlicher gemacht. Die Ergebnisse werden in die drei Hauptkategorien „Wissen und Einstellung der Ärzteschaft“, „Körperliche Zugänglichkeit zu Gesundheitseinrichtungen und Equipment“ und „Bedürfnis nach Informationen“ unterteilt. Abschliessend werden die Empfehlungen der Teilnehmerinnen für andere betroffene Frauen mit Kinderwunsch dargestellt. Es werden zum Teil übergeordnete Berufsbezeichnungen wie „Klinikerinnen oder Kliniker“ verwendet, weshalb nicht immer eindeutig klar ist, von welchen Fachrichtungen genau gesprochen wird.

Werden die Merkmale der Teilnehmerinnen beschrieben?

Folgende Merkmale der Teilnehmerinnen werden in einer Tabelle dargestellt:

- Altersgruppen
- Ethnie
- Parität
- Alter des jüngsten Kindes
- Anzahl Kinder mit einer Behinderung
- Benutzung von Hilfsmitteln

Weiter wird im Text erklärt, dass die Frauen bei der Geburt ihres jüngsten Kindes durchschnittlich 32 Jahre alt waren. Zwei Frauen waren zum Zeitpunkt der Interviews mit ihrem zweiten Kind schwanger. Die Schwangerschaften waren bei 15 der 25 Frauen geplant und 20 Väter waren in das Leben ihres Kindes integriert.

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 und übersichtlich.

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

Die Aussagen im Text stimmen mit den Tabellen überein.

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

Die verwendeten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien.

DISKUSSION

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

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung interpretiert und diskutiert.

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

Die Forschenden zeigen einige Übereinstimmungen mit bereits vorhandenen Studien auf, geben die entsprechenden Quellen jedoch nicht an.

Werden die Grenzen der Studie benannt?

Die Forschenden reflektieren die Limitationen der Studie wie folgt:

- Die freiwillige Studienteilnahme führte möglicherweise zu Selektionsbias.
- Es könnte sein, dass sich vor allem Frauen mit positiven Erfahrungen gemeldet haben und jene mit weniger guten Erinnerungen oder Outcomes eine Studienteilnahme ablehnten.
- Die Art der Rekrutierung lässt darauf schliessen, dass die Teilnehmerinnen innerhalb der Behindertengemeinschaft gut vernetzt waren. Die Studienergebnisse entsprechen daher möglicherweise nicht den Ansichten jener Frauen, die weniger gut vernetzt sind.
- Die meisten Teilnehmerinnen waren hellhäutig und die Interviews wurden ausschliesslich auf Englisch durchgeführt. Die unerfüllten Bedürfnisse von Frauen anderer Ethnien sind daher möglicherweise nicht vertreten.
- Es können keine Aussagen darüber gemacht werden, ob der sozioökonomische Status der Frauen einen Einfluss auf ihre Erfahrungen hat, da diesbezüglich keine spezifischen Informationen gesammelt wurden.
- Die Ergebnisse repräsentieren die persönlichen Wahrnehmungen der Frauen und konnten von den Forschenden nicht überprüft werden.

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

Es werden keine Fehler oder Verbesserungsvorschläge benannt.

Wird die klinische Relevanz der Ergebnisse diskutiert?

Die klinische Relevanz der Ergebnisse wird durch die Empfehlungen für die Praxis aufgezeigt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Lassen sich die Schlussfolgerungen/Empfehlungen aus den Ergebnissen ableiten?

Es lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

Gesundheitsprogramme für Mütter und Kinder sollten sich vermehrt um angemessene ärztliche Weiterbildungen bemühen und Frauen mit körperlichen Behinderungen in die Programme aufnehmen. Diese Programme könnten zudem Peer-Support vermitteln und bei der Verbreitung von Informationen über Hilfsmittel für die Kindererziehung helfen sowie entsprechende Schulungen anbieten. Speziell benötigte Babyausstattung sollte zudem von der Krankenversicherung übernommen werden.

Schlussfolgerungen:

Frauen mit Behinderungen sollten in ihrem Kinderwunsch bestärkt und unterstützt werden. Dafür sollten Richtlinien erarbeitet, Unterstützungsangebote ausgeweitet und das medizinische Fachpersonal entsprechend geschult werden. Ausserdem sollte den Frauen das vorhandene Wissen über Schwangerschaft und Behinderung besser zugänglich gemacht werden.

Sind die Empfehlungen angemessen und in der Praxis umsetzbar?

Die Empfehlungen der Forschenden beziehen sich auf das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten und können daher von der Autorin dieser Bachelorarbeit nur bedingt beurteilt werden. Die meisten Empfehlungen scheinen jedoch umsetzbar und sinnvoll.

Gibt es Empfehlungen für weitere Forschung?

Es werden keine Empfehlungen für weitere Forschung abgegeben.

LITERATUR UND ANDERE ANGABEN

Sind die Literaturangaben eindeutig?

Die Literaturangaben sind eindeutig.

Finden sich alle zitierten Quellen auch tatsächlich in den Literaturangaben?

Alle zitierten Quellen finden sich in den Literaturangaben.

SONSTIGES

Von wem wurde die Studie finanziert?

Die Studie wurde vom National Institutes of Health, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health & Human Development finanziert.

In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt (zum Beispiel Teil eines Studiums, Auftragsforschung)?

Es werden keine Angaben darüber gemacht, in welchem Zusammenhang die Studie durchgeführt wurde.

Gibt es Interessenkonflikte, die einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten (zum Beispiel Interessen des Sponsors, Durchführung der Studie am eigenen Arbeitsplatz)?

Es liegen keine finanziellen Interessenkonflikte vor.

GÜTEKRITERIEN

- Glaubwürdigkeit (Credibility)
- Zuverlässigkeit (Dependability)
- Übertragbarkeit (Transferability)
- Bestätigbarkeit (Confirmability)

Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet

- + Peer-Debriefings haben stattgefunden
- + Regelmässige Sitzungen mit der Studienleitung während der Datencodierung
- + Die Transkripte wurden von den Forschenden mehrfach gelesen
- + Die Zuverlässigkeit und Konsistenz der Datencodierung wurde von den Forschenden laufend bewertet
- + Die Datenerhebung wurde bis zur Datensättigung ausgeführt
- + Detaillierte und nachvollziehbare Ergebnisdarstellung
- + Ausführliche Diskussion der Resultate
- + Die verwendeten Zitate unterstützen das Verständnis der gebildeten Kategorien
- + Empfehlungen für die Praxis sind vorhanden
- + Genehmigung von einem Ethikkomitee wurde eingeholt
- + Methodik ist ausreichend beschrieben
- Kein Member-Checking
- Keine Datentriangulation
- Keine Angaben über den Zeitraum der Datenerhebung
- Kein Forschungstagebuch
- Es war kein externes Gremium involviert
- Eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der Kategorienbildung
- Gesamtstudiendesign (Mixed-Methods) nicht ausreichend beschrieben