

Zur psychosozialen Pflege von Frauen mit einer Fehlgeburt

Diplomarbeit der Höheren Fachausbildung
in Krankenpflege, Stufe II

Ernst Näf

Aarau, Juli 1994
HöFa II / Kurs 3

Begleitung:
Frau Dr.
Hildegard Holenstein

| | |
|---|-----------|
| INHALSTVERZEICHNIS | 1 |
| ZUSAMMENFASSUNG | 5 |
| I. KAPITEL: EINLEITUNG | 7 |
| 1 Einführung | 7 |
| 1.1 Die persönliche Betroffenheit | 8 |
| 2 Fragestellung | 9 |
| 2.1 Begriffsdefinitionen | 9 |
| 2.2 Differenzierung und Gewichtung der Fragestellung | 10 |
| 2.3 Abgrenzung | 11 |
| 3 Ziel der Arbeit | 11 |
| II. KAPITEL: LITERATURBEARBEITUNG | 13 |
| 1 Die Populäre Literatur | 13 |
| 2 Die Forschungsliteratur | 14 |
| 2.1 Methodologien | 14 |
| 2.2 Die Inzidenz der Fehlgeburt | 16 |
| 2.3 Die Frauen | 16 |
| 2.3.1 Die Gefühle der Frauen | 16 |
| 2.3.1.a Depressive Gedanken / Trauer | 16 |
| 2.3.1.b Schuld und zerstörtes Selbstvertrauen | 17 |
| 2.3.1.c Angst | 18 |
| 2.3.1.d Feindseligkeit / Zorn | 18 |
| 2.3.1.e Neid | 19 |
| 2.3.1.f Erleichterung und Glück | 19 |
| 2.3.2 Beeinflussungsfaktoren der Bewältigung | 19 |
| 2.3.2.a Plötzlichkeit des Geschehens | 20 |
| 2.3.2.b Dauer der Schwangerschaft | 20 |
| 2.3.2.c Psychische Repräsentation des Kindes | 20 |
| 2.3.2.d Planung der Schwangerschaft / Gewünschtheit der Schwangerschaft | 21 |
| 2.3.2.e Eigene Kinder haben | 22 |
| 2.3.2.f Vorbestehende Fertilitätsprobleme oder frühere Aborte | 22 |
| 2.3.2.g Zuwendung und Akzeptanz erfahren | 23 |
| 2.3.2.h Sich mitteilen | 23 |
| 2.3.2.i Information erhalten | 24 |
| 2.3.2.j Sinn finden | 26 |
| 2.3.2.k Trauerrituale | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3.2.1 Qualität der medizinischen Betreuung | 28 |
| 2.3.3 Die verlorene Mutterrolle | 28 |
| 2.4 Die Partner | 29 |
| 2.5 Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer | 30 |
| 2.5.1 Verhältnisse in Basel | 33 |
| | |
| III. KAPITEL: THEORETISCHER RAHMEN | 34 |
| | |
| 1 Caring | 34 |
| | |
| 2 Swansons Theorie des „Caring“ | 35 |
| 2.1 Zu wissen [KNOWING] | 37 |
| 2.2 Mit ihr / ihm sein [BEING WITH] | 37 |
| 2.3 Für sie / ihn tun [DOING FOR] | 38 |
| 2.4 Ermöglichen [ENABLING] | 39 |
| 2.5 Glauben erhalten [MANINTAINING BELIEF] | 39 |
| | |
| 3 Gültigkeitsbereich | 40 |
| | |
| IV. KAPITEL: METHODOLOGIE | 41 |
| | |
| 1 Der Forschungsansatz | 41 |
| 1.1 Der qualitative Ansatz | 41 |
| | |
| 2 Literatursuche | 42 |
| | |
| 3 Datenerhebung | 43 |
| 3.1 Die Vorbereitungen | 43 |
| 3.1.1 Erlaubnis zur Durchführung der Studie | 43 |
| 3.1.2 Information der Mitarbeiterinnen | 43 |
| 3.1.3 Information der Ärzte | 44 |
| 3.2 Die Interviews | 44 |
| 3.2.1 Die Stichprobe | 44 |
| 3.2.2 Wahl der Interviewtechnik | 46 |
| 3.2.3 Durchführung der Interviews | 46 |
| 3.3 Die nicht durchgeführten Beobachtungen | 47 |
| | |
| 4 Datenanalyse | 47 |
| 4.1 Transkription | 47 |
| 4.2 Wahl der Analysemethode: inhaltliche Strukturierung | 49 |
| 4.3 Die Analyse | 51 |
| 4.3.1 Die Analyseeinheiten | 51 |
| 4.3.2 Die Kategorien | 51 |
| 4.3.3 Paraphrasierung und Bündelung | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3.3.a Ein Beispiel | 52 |
| 5 Gütekriterien | 53 |
| 5.1 Verfahrensdokumentation | 53 |
| 5.2 Argumentative Interpretationsabsicherung | 54 |
| 5.3 Regelgeleitetheit | 54 |
| 5.4 Nähe zum Gegenstand | 54 |
| 5.5 Kommunikative Validierung | 55 |
| 5.6 Triangulation | 55 |
| 6 Forschungsplan | 56 |
| 7 Kritik der Arbeit | 57 |
| V. KAPITEL: RESULTATE | 58 |
| 1 Die Wahrnehmung der Frauen und deren Umwelt durch die Pflegenden | 58 |
| 1.1 Die Frauen | 58 |
| 1.1.1 Die allgemeine Bedeutung für die Frauen | 58 |
| 1.1.2 Wie sich die Frauen fühlen | 58 |
| 1.1.3 Wie die Frauen mit der Situation umgehen | 59 |
| 1.1.4 Längerfristige Auswirkungen | 60 |
| 1.2 Die Umwelt | 60 |
| 1.3 Die Annahmen der Pflegenden über Faktoren, welche das Erleben beeinflussen | 61 |
| 2 Die Relevanz von psychosozialen Fragen in der Pflege im Gegensatz zum medizinischen Management | 63 |
| 2.1 Zu wissen: | 64 |
| 2.2 Mit ihr sein: | 65 |
| 2.3 Für sie tun: | 65 |
| 2.4 Ermöglichen | 66 |
| 2.5 Glauben erhalten | 66 |
| 3 Die Bedeutung des Körpers des verlorenen Kindes für die Pflegenden und deren Wissen, was damit passiert | 67 |
| 4 Die Kriterien der Pflegenden zur Unterscheidung der Patientinnen hinsichtlich der psychosozialen Pflege | 69 |
| 4.1 Die Strategien der Unterscheidung | 69 |
| 4.2 Wollen oder Können? | 72 |
| 5 Die Gefühle der Pflegenden | 73 |
| 5.1 Die allgemeine emotionale Betroffenheit | 73 |
| 5.2 Identifikation | 73 |
| 5.3 Der Umgang mit der Betroffenheit | 75 |

| | |
|---|-----------|
| 5.4 Hilflosigkeit | 75 |
| 5.5 Angst | 76 |
| 6 Die Probleme der Pflegenden | 77 |
| 6.1 Der Umgang mit der trauernden Patientin | 77 |
| 6.2 Der Zeitmangel | 78 |
| VI. KAPITEL: DISKUSSION | 79 |
| 1 Die Wahrnehmung der Frauen und deren Umwelt | 79 |
| 2 Die Relevanz von psychosozialen Fragen | 81 |
| 3 Der Körper des verlorenen Kindes | 81 |
| 4 Die Kriterien der Unterscheidung | 83 |
| 5 Die Gefühle der Pflegenden | 84 |
| 5.1 Der Umgang mit der Trauer der Mütter | 85 |
| 6 Die Probleme der Pflegenden | 86 |
| VII. KAPITEL: SCHLUSSFOLGERUNGEN | 89 |
| 1 Für die persönliche Ebene | 89 |
| 2 Für die institutionelle Ebene | 90 |
| PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME | 92 |
| LITERATURVERZEICHNIS: | 93 |
| ANDERE QUELLEN: | 97 |
| Anhang A | 99 |
| Anhang B | 101 |
| Anhang C | 102 |
| Anhang D1 | 104 |
| Anhang D2 | 105 |
| Anhang E | 107 |

Zusammenfassung

Obwohl in den angelsächsischen Ländern das Thema des Verlustes eines Kindes in der frühen Schwangerschaft in den letzten Jahren häufiger aufgegriffen wurde, scheint dies für die deutschsprachigen Länder noch weniger der Fall zu sein.

Nachdem ich durch persönliche Betroffenheit auf das Thema aufmerksam wurde, ging ich in dieser Arbeit der Frage nach, wie Pflegepersonen ihre Patientinnen, welche bei einem Spontanabort zur Curettage ins Spital eingetreten sind, in psychosozialer Hinsicht pflegen und was sie dabei erleben.

Die Erfahrungen, welche eine Frau bei einer Fehlgeburt macht, erforschte ich durch das Studium bereits existierender Forschungsliteratur. Dabei zeigte sich, dass die Fehlgeburt zwar unterschiedlich erlebt wird, jedoch sehr häufig ein gravierender Einschnitt in das Leben der Frau bedeutet. Trauer und depressive Gedanken folgen einer Fehlgeburt häufig. Weiter wurden Schuldgefühle, Angst, Zorn und Neid auf Schwangere regelmässig festgestellt.

Es zeigte sich in der Literatur weiter, dass die Schwangerschaftsdauer, die Gewünschtheit der Schwangerschaft und die Tatsache, ob schon andere Kinder vorhanden sind, einen kleineren Einfluss auf die Trauerintensität und die Bewältigung haben als bisher angenommen wurde. Die psychische Repräsentation des Kindes bei der Mutter und vorbestehende Fertilitätsprobleme oder frühere Aborte erwiesen sich dagegen als eindeutige Faktoren, welche die Verarbeitung des Ereignisses beeinflussen. Eindeutig erschienen auch die Feststellungen, dass die betroffenen Frauen eine Fehlgeburt besser verkraften, wenn sie Zuwendung und Akzeptanz ihrer Gefühle erfahren, wenn sie sich mitteilen können, wenn sie einen Sinn in der Fehlgeburt finden und genügend Informationen erhalten. Fehlende Trauerrituale und die Bagatellisierung der Fehlgeburt durch die Umgebung hingegen behindern eine adäquate Verarbeitung. Partnerschaftsprobleme entstehen häufig durch die unterschiedliche Bewältigung der beiden Partner.

Um die Einschätzungen, welche sich auf das Erleben der Patientinnen beziehen und die daraus folgenden Handlungen der Pflegenden, sowie die Gefühle der Pflegenden aufzeigen zu können, führte ich neun Problemzentrierte Interviews durch. Diese analysierte ich mittels inhaltlicher Strukturierung, einer Form der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1993).

Die Ergebnisse zeigten, dass die Pflegenden die Situation, in welcher sich die betroffenen Frauen befinden, recht gut erkannten.

Dass die psychosoziale Pflege den Betreuenden ein Anliegen ist, erwies sich durch die von ihnen als wichtig benannten Handlungen. Diese analysierte ich anhand der Caring-Theorie von Swanson (1991).

Aus den Daten schloss ich weiter, dass die Pflegenden die Patientinnen vor allem beobachten und mit diesen reden, um zu entscheiden, wer von ihnen psychische Unterstützung braucht oder will. Die Patientinnen werden dabei aber selten direkt darauf angesprochen, welche Bedürfnisse sie haben.

Die Bedeutung der Auseinandersetzung der Frau mit dem Körper des Kindes zur Verarbeitung des Geschehens wird von den Pflegenden noch wenig erkannt.

Gemäss den Interviews fühlen sich alle Pflegenden emotional betroffen. Die Identifikation und das Mitgefühl mit den Betroffenen versuchen die Pflegenden, teilweise aus Selbstschutz, zu kontrollieren. Dabei unterdrücken sie die eigenen Gefühle teilweise oder verarbeiten sie im Gespräch.

Der Umgang mit den aktiv trauernden Müttern fällt den Pflegenden schwer. Sie fühlen sich teilweise hilflos, weil sie den Frauen ihr Kind nicht zurückgeben können.

Die kurze Aufenthaltsdauer erschwert den Pflegenden den Aufbau einer Beziehung und damit auch die psychosoziale Pflege.

Aus der Arbeit lässt sich der Schluss ziehen, dass die Pflegenden die Wichtigkeit der psychosozialen Betreuung erkannt haben. Dabei sollten sie aber noch vermehrt versuchen, den Trauerprozess der Betroffenen zu unterstützen. Konkrete Anregungen für Veränderungen auf der persönlichen und der institutionellen Ebene werden im Kapitel VII: „Schlussfolgerungen“ aufgezeigt.

I. Kapitel: Einleitung

1 Einführung

Vor allem in den Siebziger Jahren begann sich die Pflege-Fachliteratur mit den Reaktionen der Eltern beim Verlust eines Kindes durch Totgeburt oder den Tod kurz nach der Geburt zu befassen. Dabei blieb der Verlust eines Kindes in einem früheren Stadium der Schwangerschaft aber weitgehend ausgeblendet (Bansen und Stevens 1992, Reed 1990). Erst in den letzten Jahren wurden vor allem im angelsächsischen Raum sowohl populäre als auch wissenschaftliche Artikel und Bücher zu diesem Thema veröffentlicht. Die Allgemeinheit scheint sich aber der Wichtigkeit der Thematik noch nicht bewusst zu sein. Goldmann-Posch (1988) betont nämlich:

„Der Tod im Mutterleib und das Sterben nach dem ersten Atemzug werden häufig totgeschwiegen, als Fehltritt der Natur abgetan, auf ein Missgeschick reduziert, das jederzeit durch eine neue Schwangerschaft wieder wettgemacht werden kann. Dass Frauen Föten, Embryos und Neugeborene genauso betrauern wie andere Kinder auch, wird kaum zur Kenntnis genommen“ (S.62).

Auch der Trauerberater Canacakis (1990) meint:

„Eine Art von Verlust lässt man bei uns buchstäblich unter den Tisch fallen, schweigt ihn gnadenlos tot. Ich meine den Verlust von Ungeborenen, sowohl durch Abort als auch durch Schwangerschaftsunterbrechung. Es ist ein wohlbekanntes und vielstrapaziertes Kapitel mit einem immensen Leidenspotential“ (S.35).

Selbst die Pflegenden und die betroffenen Frauen können mit der Situation des Verlusts eines Kindes in der früheren Schwangerschaft offenbar noch nicht ohne Hemmungen umgehen. Laurent (1991) meint jedenfalls:

„Fehlgeburt bleibt ein Tabuthema. Frauen sprechen selten über ihre Erfahrung und im Spital meidet das Personal das Thema“ (S.26).

Sterben und Tod sind Themen, welche Menschen in unseren Breitengraden trotz einer gewissen Enttabuisierung weiterhin unangenehm berühren. In vielen Teilen der westlich zivilisierten Welt wird der Tod als ein zwar unabdingbares, jedoch sinnloses Geschehen weitgehend verdrängt. Nach einem Todesfall in der Familie tragen die Hinterbliebenen kaum noch Trauerkleider. Sie gehen so rasch als möglich zur Tagesordnung des normalen Lebens über. Das Trauern um einen Verstorbenen wird als etwas negatives betrachtet, mit dem man niemanden belasten und das man möglichst bald von sich

wegschieben will (Willi und Heim 1986). In anderen Kulturen wird das Sterben stärker als Teil des Lebens betrachtet und durch Trauerrituale besser verarbeitet.

Besonders unverständlich und erschreckend erscheinen Sterben und Tod, wenn sie zur „Unzeit“ in Erscheinung treten, wenn es Kinder trifft. Die Sinnlosigkeit des Endes eines „nicht gelebten Lebens“ tritt hier besonders zu Tage. Zusätzliche Ängste lösen trauernde Eltern bei Mitmenschen aus, weil diese daran erinnert werden, wie unsicher eigentlich Leben ist. Die Eltern sollen in den Augen der Umwelt deshalb mit dem Verlust bald fertig werden und diesen gefälligst nicht so sehr „aufbauschen“ (Kast 1988). Andererseits ist der Stellenwert eines Kindes heute höher als zuvor, was nach Goldmann-Posch (1988) auf einer hohen emotionalen Besetzung der Eltern-Kind-Beziehung beruht, welche die zunehmende Entfremdung des einzelnen in der Arbeitswelt wettmachen soll.

Damit wird klar, dass der Verlust eines Kindes die Eltern in eine regelrechte Krise führen kann. Im Gegensatz dazu gehörte früher der Tod eines Kindes zum Alltag. Auch in der Gegenwart wird in Kulturen mit hoher Kindersterblichkeit der Verlust eines Kindes anders bewertet. Vergleiche dazu beispielsweise Goldmann-Posch (1988).

1.1 Die persönliche Betroffenheit

Vor einiger Zeit haben meine Frau und ich zwei aufeinanderfolgende Fehlgeburten erlebt. Diese Erfahrung war für uns beide unerwartet intensiv. Obwohl meine Frau (auch Krankenschwester) und ich schon etliche Patientinnen mit Curettage bei Spontanabort gepflegt hatten, waren wir uns vor unserem Erlebnis nicht bewusst, welche Bedeutung ein solches Geschehen haben kann. Wir erlebten eine Zeit der Trauer, in der wir unterschiedlich viel Verständnis und Unterstützung erfuhren.¹ Obwohl bei den Aborten meiner Frau kein Spitalaufenthalt nötig war, beobachtete ich mich und meine Berufskolleginnen² bezüglich der psychosozialen Pflege dieser Patientinnengruppe, da ich auf Grund unseres Erlebnisses sensibilisiert war. Dabei erhielt ich den Eindruck, dass wir Pflegenden den Frauen oft nicht so begegnen, wie sie es nötig hätten.

¹ Unterdessen sind wir Eltern von zwei gesunden Kindern.

² In der Arbeit werden für beide Geschlechter die weiblichen Bezeichnungen gebraucht. „Berufskolleginnen“ meint also „Berufskolleginnen“ und „Berufskollegen“, „Patientinnen“ meint also dort, wo es nicht nur Frauen mit einer Fehlgeburt betrifft, „Patientinnen“ und „Patienten“ etc. Männer sind jeweils gleichberechtigt mitgemeint, auch wenn sie grammatikalisch nicht erwähnt werden.

Der Artikel von Benkert (1991), „*Fehlgeburt, Totgeburt, genetische Interruptio: wie kann das Klinikpersonal den Umgang mit Eltern nach Verlust eines Kindes verkraften?*“, bestärkte mich in der Absicht, das Erleben von Pflegepersonen in solchen Situationen näher zu untersuchen, zumal ich selbst weiterhin regelmässig Frauen nach einem Spontanabort betreue. Auf Grund des Studiums weiterer Artikel zum Thema Fehlgeburt formulierte ich folgende Fragestellung.

2 Fragestellung

Wie pflegen Pflegepersonen Patientinnen, welche bei einem Spontanabort zur Curettage ins Spital eingetreten sind in psychosozialer Hinsicht und was erleben¹ sie dabei?

2.1 Begriffsdefinitionen

Psychosoziale Pflege: Die Pflege, welche sich auf alle psychologischen und soziologischen Aspekte des Krankseins bezieht, unabhängig davon, ob ihr eine sogenannte „psychische“ oder „somatische“ Krankheit zugrunde liegt².

Spontanabort: Auch Fehlgeburt genannt, ist die Beendigung einer Schwangerschaft *durch natürliche Ursachen*³, vor der Lebensfähigkeit des Fötus (Ignatavicius und Bayne 1991, S.1732)⁴.

Curettage: Auch Kürettage geschrieben, ist die Auskratzung der Uterushöhle mit dem scharfen Löffel (Pschyrembel 1982). Meist werden im Falle einer Fehlgeburt übriggebliebene Plazentaresten entfernt. Bei der Sonderform des verhaltenen

¹ Erfahrungen machen / erfahren / erdulden / spüren.

² In enger Anlehnung an die Definition der „psychosozialen Medizin“ von Willi und Heim (1986:VII).

³ Damit wird die Fehlgeburt klar vom induzierten Abort, auch Schwangerschaftsunterbrechung oder Abtreibung genannt, abgegrenzt.

⁴ Andere Autorinnen legen die Grenze vor Beginn der 28. Schwangerschaftswoche fest, da zu diesem Zeitpunkt das Überleben des Kindes anzunehmen ist.

Aborts, medizinisch als „missed abortion“ bezeichnet, muss auch das abgestorbene kindliche Gewebe entfernt werden (Schmidt-Matthiesen 1989).

2.2 Differenzierung und Gewichtung der Fragestellung

Auf Grund des Literaturstudiums und der punktuellen Beobachtung der Pflege in der Praxis differenzierte ich die Fragestellung folgendermassen:

| Auslösende Behauptung in der Literatur oder eigene Feststellung | ⇒ | Entsprechende Fragestellung |
|--|---|---|
| Praktisch alle Autorinnen, welche sich zum Thema äussern, schätzen eine Fehlgeburt als meist dramatisches Ereignis ein, welches viele Auswirkungen auf die betroffenen Mütter hat. | ⇒ | A) <i>Wie nehmen Pflegende die Auswirkungen und die Bedeutung wahr, welche eine Fehlgeburt für ihre Patientinnen und deren soziales Umfeld haben?</i> |
| Eine Fehlgeburt wird häufig zu einem kleinen körperlichen Geschehnis herabgemindert (Stewart, Harker und Ford 1992). | ⇒ | B) <i>Sind psychosoziale Fragen für die Pflege relevant oder beschränkt sich die Pflege auf das medizinische Management?</i> |
| Die Auseinandersetzung der Mutter mit dem toten Körper oder dem Gewebe des Kindes hat eine wesentliche Bedeutung für die Verarbeitung des Geschehens (Henley und Kohner 1991). | ⇒ | C) <i>Welche Bedeutung hat der Körper des verlorenen Kindes für die Pflegenden und wissen sie, was damit passiert?</i> |

Weil der Trauerprozess sehr individuell verläuft, gibt es wenig allgemeingültige Verhaltensnormen für das Personal (Bansen und Stevens 1992).



D) Machen Pflegende Unterschiede in der psychosozialen Pflege dieser Patientinnen und wenn ja, nach welchen Kriterien entscheiden die Pflegenden, welche Pflege diese erhalten sollen?

Das betroffene Spitalpersonal befindet sich bei einer Fehlgeburt in einem stürmischen emotionalen Aufruhr (Benkert 1991).



E) Fühlen sich die Pflegenden durch die Pflege ihrer Patientinnen persönlich betroffen? Wenn ja, in welcher Weise?

Nach meiner eigenen Erfahrung ist der Spitalaufenthalt der Patientinnen sehr kurz, so dass nur wenig Zeit bleibt, zur Patientin eine Beziehung aufzubauen.



F) Welche eigenen Probleme erfahren Pflegenden bei der psychosozialen Pflege der Patientinnen ?

2.3 Abgrenzung

Obwohl die physischen Aspekte bei einer Fehlgeburt nicht vernachlässigt werden dürfen, sind die emotionalen Auswirkungen des Spontanaborts oft schwerwiegender (Reed 1992). Da die Pflege, welche sich um rein körperliche Belange kümmert, auf Grund meiner Erfahrung kaum schwerwiegende Probleme bietet, berücksichtige ich diesen Bereich in der Untersuchung nicht.

Ausdrücklich nicht in die Untersuchung beziehe ich Situationen ein, bei denen es um Abtreibung geht. In diesen Fällen treten zusätzliche, neue Dynamiken im Vergleich zu Fehlgeburtssituationen auf.

3 Ziel der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit verfolge ich nachstehende Ziele:

- Bestehende Forschungsergebnisse, welche die Erfahrung von Frauen mit Spontanabort dokumentieren, sollen dargelegt werden.
- Die Einschätzungen und daraus folgende Handlungen der Pflegenden, welche sich auf das Erleben der Patientinnen mit einer Fehlgeburt beziehen, sollen aufgezeigt und anhand der oben angesprochenen Forschungsergebnisse reflektiert werden.
- Die emotionalen Reaktionen der Pflegenden bei der Pflege von Patientinnen mit einer Fehlgeburt sollen beschrieben und in Bezug zu den oben genannten Ergebnissen und zur Literatur diskutiert werden.
- Insgesamt erwarte ich ein grösseres Wissen über die Situation der Patientinnen mit einer Fehlgeburt¹ im Spital und über die Situation der Pflegenden bei der Betreuung dieser Frauen. Dieses grössere Wissen soll zu Konsequenzen für die Pflege führen, welche die Pflegequalität erhöhen.

¹ Auf Grund des Literaturstudiums.

II. Kapitel: Literaturbearbeitung

In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick über die Literatur, welche sich vorwiegend auf das Erleben einer Fehlgeburt durch die Frauen bezieht. Wie die Betreuenden Frauen mit einer Fehlgeburt pflegen und was sie dabei persönlich erleben, wird im Kapitel V: Resultate behandelt.

Die Kriterien für die Berücksichtigung der Literatur sind im Kapitel IV: Methodologie erwähnt.

Ich gehe zuerst kurz auf die populäre Literatur ein. Danach stelle ich die Methodologien und die Zusammenfassung der Ergebnisse der für diese Arbeit relevanten Studien vor.

1 Die Populäre Literatur

Die deutschsprachigen Bücher (Borg 1987, Goldmann-Posch 1988, Lothrop 1991, Lutz 1988), welche sich mit dem Thema Fehlgeburt auseinandersetzen und sich nicht an pflegerisches oder medizinisches Fachpersonal wenden, behandeln den Spontanabort meist zusammen mit Themen wie Schwangerschaftsabbruch, Totgeburt, neonataler Tod, plötzlicher Kindstod, allgemeine Todesfälle bei Kindern oder Missbildungen. Dadurch bleibt wenig Raum für die Beschreibung der Besonderheiten der verschiedenen Situationen. Dass dem Thema Fehlgeburt in der englischen Öffentlichkeit mehr Gewicht beigemessen wird, zeigen vier Buchtitel, welche in keiner öffentlichen Bibliothek der Schweiz zugänglich sind:

- Jones, J.: Miscarriage. Thorsons, London 1990.
- Moulder, C.: Miscarriage: Womens Experiences and Needs. Pandora, London 1990.
- Leroy, M.: Miscarriage. McDonald Optima, London 1988.
- Oakley, A.: Miscarriage. Fontana, Glasgow 1984.

Die deutschsprachigen Bücher beinhalten Erfahrungsberichte, medizinische und psychologische Erklärungen für das Ereignis und dessen Erleben. Sie geben Ratschläge für die Verarbeitung des Geschehens und das eigene Verhalten in einem Umfeld, welches oft nicht weiss, wie es mit den Betroffenen umgehen soll. Die Publikationen wenden sich aber nicht nur an die Betroffenen, sondern an alle, die diese unterstützen wollen.

2 Die Forschungsliteratur

2.1 Methodologien

Damit ersichtlich wird, wie die Forschungsergebnisse zustande gekommen sind, welche ich weiter unten darlegen werde, stelle ich im folgenden einige Aspekte der angewendeten Methodologien in Kurzform dar.

| Autorin / Jahr | Typ Sample | Titel der Arbeit oder der Zusammenfassung ¹ |
|---|------------------|--|
| Erhebungsmethoden / Analysemethoden der qualitativen Arbeiten soweit bekannt | | |
| Bansen und Stevens 1992 | qualitativ 10 | Die Erfahrung von Frauen mit einer Fehlgeburt in der frühen Schwangerschaft. |
| Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen. Analyse: qualitative Inhaltsanalyse. | | |
| Beutel et al. 1992 | quantitat. 86 | Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort - Eine Studie über systematische Erfassung und Einflussfaktoren. |
| Strukturierte Interviews + Fragebogeninterviews mit diversen vorbestehenden Messinstrumenten. (PGS, SCL 90-R, Beschwerdeliste von v.Zerssen.) | | |
| Cormell 1990 | qualitativ 13 | Fehlgeburt - unbedeutendes Ereignis oder schwerer Verlust? |
| Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen. Analyse nach Grounded Theory. | | |
| Friedmann / Gath 1989 | quantitat. 67 | Die psychiatrischen Folgen eines Spontanaborts. |
| Semistrukturiertes Interview + Fragebogeninterviews mit diversen vorbestehenden Messinstrumenten. (PSE, MADRS, HRSD, BDI, EPQ, MMQ, SAS-M) | | |

¹ Die grösstenteils englischen Titel wurden sinngemäss vom Autor übersetzt. Die Originaltitel sind im Literaturverzeichnis aufgeführt.

II. Kapitel: Literaturbearbeitung

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Hutti 1986 | qualitativ 2 | Eine explorative Untersuchung des Erlebens einer Fehlgeburt. |
| Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen. Analyse nach Dougherty's Modell der Kognitiven Repräsentation. | | |
| Läpple 1989 | quantitat. 83 ¹ | Bewältigungsverhalten bei Frauen mit Fehlgeburt bzw. Spontanaborten und rezidivierenden Spontanaborten. |
| Fragebogeninterviews mit diversen vorbestehenden Messinstrumenten . (STAI,-S-S- G, -PL, -FPI-R, modif. SVF) | | |
| Lovell 1983 | qualitativ 22 ² | Einige Identitätsfragen: späte Fehlgeburt, Totgeburt und perinataler Verlust. |
| Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen. Zusätzliche Interviews mit diversem Spitalpersonal (Anzahl unbekannt). Analysemethode nicht erwähnt. | | |
| Neugebauer et al. 1992 | quantitat. 382 ³ | Depressive Symptome bei Frauen in den sechs Monaten nach einer Fehlgeburt. |
| Telefon- Fragebogeninterviews 2 Wochen, 6 Wochen und 6 Monate nach der Fehlgeburt. Einschätzung mit CES-D Depressionsskala. | | |
| Reed 1990 | quantitat. 309 | Der Einfluss vom Alter und von vorhandenen oder fehlenden Kindern der Patientin auf die Pflege, welche Frauen mit einer Fehlgeburt erhalten. |
| Per Post versandter Fragebogen mit hypothetischen Pflegebeispielen und Schätzskalen. | | |
| Reed 1992 | quantitat. 292 | Die Wirkung der Schwangerschaftsdauer und der Tatsache, ob die Schwangerschaft geplant war oder nicht, auf die Einschätzung von Geburtshilfeschwestern bezüglich emotionaler Pflege von Frauen mit einer Fehlgeburt. |
| Per Post versandter Fragebogen mit hypothetischen Pflegebeispielen und Schätzskalen. | | |
| Swanson-Kauffman 1986 a) + b) | qualitativ 20 | a) Eine kombinierte qualitative Methodologie für Pflegeforschung. b) Caring bei unerwartetem frühem Schwangerschaftsverlust. |
| Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen. Analyse nach Grounded Theory. | | |

¹ Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe (N=69) untersucht.

² 5 späte Fehlgeburten, 10 Totgeburten, 8 perinataler Tod

³ Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe schwangerer Frauen (N=283) und eine Kontrollgruppe „normaler“ Frauen (N=318) untersucht.

| | | |
|--|------------------|--|
| Wall-Haas 1985 | quantitat. 9 | Die Wahrnehmung von Frauen mit einem Spontanabort im ersten Schwangerschaftsdrittel. |
| Fragebogen mit geschlossenen Fragen und einer offenen Schlussfrage. | | |
| Zaccardi et al. 1993 | quantitat. 44 | Verlust- und Trauerreaktionen nach Spontanabort auf der Notfallabteilung. |
| Strukturierte Telefoninterviews mit geschlossenen Fragen und einer offenen Schlussfrage. | | |

2.2 Die Inzidenz der Fehlgeburt

Die Fehlgeburtsrate wird unterschiedlich beurteilt, Neugebauer et al. (1992) zitieren Kline et al. und nennen eine Zahl von 12-15% aller klinisch bekannten Schwangerschaften. Andere Schätzungen gehen von einer 40% Rate aus, wobei hier auch die unbemerkten Schwangerschaften mitberücksichtigt wurden (Oakley zitiert in Reed 1992).

Nahezu 75% aller Fehlgeburten treten vor der 16. Schwangerschaftswoche auf (Bansen und Stevens 1992).

2.3 Die Frauen

2.3.1 Die Gefühle der Frauen

Die Gefühle der Frauen, welche eine Fehlgeburt erlitten haben, scheinen unterschiedlich zu sein. Insgesamt wird das Ereignis aber als meist traumatisch bezeichnet (Cornell 1990).

Schuld, Angst, Feindseligkeit und Neid werden als möglicher Teil von Trauer bezeichnet. Da sie im Zusammenhang mit dem Spontanabort aber besonders häufig beschrieben werden, führe ich sie neben der Trauer separat auf.

2.3.1.a Depressive Gedanken / Trauer

Die Forscherinnen, die das Thema von der medizinischen Seite her mit quantitativen Methoden bearbeiteten, benutzen häufig eine Terminologie der Krankheit. Die Verwendung von Messinstrumenten, welche die Ausprägung von depressiven Zuständen messen, scheint dies zu implizieren (vgl. Beutel, Deckardt, Schaudig, Franke

und Zauner 1992, Friedmann und Gath 1989 und Neugebauer, Kline, O'Conner, Shrout, Hohnson, Scodol, Wicks und Susser 1992).

Forscherinnen, die das Problem qualitativ, von der pflegerischen oder soziologischen Sicht angingen, beschreiben die Reaktionen auf die Fehlgeburt primär als normale Wirkung des Geschehens (vgl. Bansen und Stevens 1992, Cormell 1990, Hutti 1986, Lovell 1983, Swanson 1986a+b).

Neugebauer et al. (1992) fanden bei Frauen nach einem Spontanabort vier mal höhere depressive Symptome als bei „normalen“ Frauen. Friedmann und Gath (1989) beschreiben 48% „psychiatrische Fälle“ gemäss PSE-Level. Drei von seinen 67 untersuchten Frauen unternahmen denn auch einen Suizidversuch nach der Fehlgeburt. Auch Läßple (1989) wertete die bei ihren Frauen gefundenen signifikant erhöhten Mittelwerte bei „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“, „Selbstbemitleidung“ und „Selbstbeschuldigung“ als verstärkte Neigung zu depressiven Bewältigungsweisen.

Ausnahmslos alle Forscherinnen berichten von anhaltender und intensiver Trauer bei den meisten ihrer untersuchten Frauen. Bansen und Stevens (1992) und Friedmann und Gath (1989) beschreiben mehrere Forschungsteilnehmerinnen, deren Trauer so stark war wie beim Verlust eines anderen Familienangehörigen.

Als Ausdruck der Trauer werden „weinen“ (Läßple 1989, Friedmann und Gath 1989), „ständiges denken an das Kind“ und „vom Kind träumen“ (Wall-Haas 1985) sowie ein allgemeines „Verlustgefühl“ (Beutel et al. 1992) genannt. Zaccardi, Abbott und Koziol-McLain (1993) berichten, dass sich 77% der Befragten durch Schlaflosigkeit, Inapetenz, handikapierte Arbeitsfähigkeit oder andere Einschränkungen der Aktivitäten im täglichen Leben behindert fühlten. Auch Friedmann und Gath (1989) fanden hindernde Müdigkeit bei ihren Forschungsteilnehmerinnen.

Beutel et al. (1992), Hutti (1985) und Stirtzinger (1989), welche Helstrom zitiert, beschreiben eine Art Gefühlstaubheit in den ersten Stunden nach dem Ereignis, teilweise verbunden mit einer verminderten Aufnahmefähigkeit für Informationen oder dem Unglauben, dass die Fehlgeburt stattgefunden hat.

2.3.1.b Schuld und zerstörtes Selbstvertrauen

Ausser Swanson (1986) und Wall-Haas (1985) berichten *alle* Forscherinnen, welche sich mit dem Erleben der Frauen auseinandersetzen, von Schuldgefühlen als sehr häufige Folge der Fehlgeburt. Bei Cormell (1990) ergab die qualitative Analyse des

Datenmaterials sogar eine eigene Kategorie „Schuld und Versagen als Frau“. Sie zitiert eine ihrer Frauen:

„Ich fühlte ein totales Versagen und ich fühlte mich sehr verantwortlich. Ich hatte das Gefühl, dass alles mein Fehler war. Ich fühle mich immer noch sehr schuldig gegenüber den Kindern, welche ich verlor“ (S.44).

Gefragt nach der Einschätzung der Hauptursache der Fehlgeburt gaben sieben Prozent der befragten Frauen Selbstverschulden an (Beutel et al. 1992).

In einer Untersuchung von Seibel und Graves (Graves 1987) fühlten sich ein Viertel der Frauen persönlich verantwortlich für die Fehlgeburt.

Zaccardi et al. (1993) fanden vor allem Schuldgefühle bei Frauen, welche früher einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen liessen.

2.3.1.c Angst

Die Angst vor dem Krankenhaus und vor der Curettage (Beutel et al. 1992) kann sich durch die Blutung und die wehenartigen Schmerzen zu lebensbedrohender Angst steigern (Bansen und Stevens 1992).

Die Angst davor, dass die Fehlgeburt ein Zeichen dafür ist, dass die Gebärorgane irreparabel geschädigt sind, beschreibt Cormell (1990), indem sie Suzanne zitiert:

„Ich sagte zu meinem Mann, dass etwas nicht stimmt mit mir. ... : ‘Da stimmt wahrscheinlich etwas nicht in mir und ich kann keine richtige Mutter sein’“ (S.44).

Die Angst, in einer nächsten Schwangerschaft dieselbe Enttäuschung erleben zu müssen (Bansen und Stevens 1992, Beutel et al. 1992), kann bis zur Ablehnung weiterer Schwangerschaften führen (Graves 1987). Läßle (1989) fand denn auch stark erhöhte Schwangerschaftsängste bei Frauen mit Spontanabortanamnese.

2.3.1.d Feindseligkeit / Zorn

Hutti (1986) sagt, dass ihre zwei untersuchten Frauen schon kurz nach der Fehlgeburt starken Zorn vor allem gegenüber anderen Schwangeren verspürten, welcher noch über Monate anhielt.

„Warum gerade ich? Warum können andere Leute Babys haben und ich nicht?“ (S.385) fragte eine von ihnen.

Sowohl Aggressionen von Seiten der Frauen gegen ihre Partner als vermeintliche Verursacher der Fehlgeburt, als auch gegen das Spitalpersonal, welches die Fehlgeburt nicht verhinderte, konnte festgestellt werden (Cormell 1990, Bansen und Stevens 1992, Graves 1987).

2.3.1.e Neid

Oft zusammen mit Feindseligkeit und Wut wurde der Neid anderen Schwangeren oder Müttern gegenüber festgestellt. Jane, eine der von Cormell (1990) untersuchten Frauen, äusserte sich folgendermassen:

„Ich war entsetzt ob meiner eigenen Eifersucht, meinem Desinteresse an den Babys anderer Leute, meinem Groll über ihr Glück, ob allem“(S.41).

2.3.1.f Erleichterung und Glück

Obwohl sie die Ausnahmen sind, soll nicht verschwiegen werden, dass es auch Frauen gibt, welche froh sind, dass die Schwangerschaft vorüber ist und sie nicht für ein Kind werden sorgen müssen. Andere verspüren einfach keine Trauer nach einer Fehlgeburt. Graves (1987) führt Untersuchungen auf, in denen sich Forschungsteilnehmerinnen offen erleichtert und glücklich zeigten. In einem Rückblick auf das erste Jahr einer speziellen Fehlgeburts-Klinik in Dublin stellt Turner (1991) fest, dass vier Prozent der hospitalisierten Patientinnen keine Trauerreaktionen zeigte. Beutel et al. (1992) äussern den Verdacht, dass Frauen, welche keine Trauer zeigen, eine konflikthafte Einstellung zur Schwangerschaft haben, welche letztlich auf eine gestörte mütterliche Identifikation bzw. auf Konflikte im Umfeld der ödipalen Situation zurückzuführen ist.

2.3.2 Beeinflussungsfaktoren der Bewältigung

Viele Forscherinnen versuchten durch ihre Arbeiten herauszufinden, welche Faktoren die psychische Bewältigung einer Fehlgeburt bestimmen. Hutti (1986) kam nach einem Vergleich von verschiedenen Forschungsergebnissen zum Schluss, dass nur wenig Übereinstimmung herrscht. Ich kann Hutti nur teilweise Recht geben, da sie in ihrer Zusammenstellung Faktoren, welche die Frauen zu pathologischem Verhalten prädisponieren sollen, mit solchen Faktoren vermischt, die zu intensiver Trauer führen sollen. Da intensive Trauer meiner Ansicht nach eine normale Reaktion sein kann, pathologisches Verhalten aber nicht, müssten auch die beeinflussenden Faktoren getrennt voneinander aufgeführt werden. Zudem wurden von den von Hutti insgesamt aufgeführten 28 Faktoren deren 15 von nur einer Forscherin untersucht. Bei den restlichen Faktoren deckten sich die Aussagen der Forscher bei sechs Faktoren und nur bei sieben widersprachen sie sich.

Im folgenden bespreche ich nur die wesentlichsten Faktoren, welche in der von mir konsultierten Literatur mehrfach untersucht und erwähnt wurden. Läßle (1991) nimmt an, dass die psychische Bewältigung einer Fehlgeburt neben den zum grösseren Teil von aussen bestimmten Faktoren auch durch die Qualität der habituellen Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien der Frauen mitbestimmt wird.

2.3.2.a Plötzlichkeit des Geschehens

Die Plötzlichkeit des Auftretens eines Spontanaborts ist meistens gegeben. Die „Vorwarnzeit“ ist sehr kurz, so dass sich die Frauen psychisch nicht auf die Möglichkeit einer Fehlgeburt einstellen können. Der Fortschritt in der Medizin, auch in der Geburtshilfe, lässt die Frauen in der westlichen Welt weniger damit rechnen, dass ihr Kinderwunsch unter Umständen nur mit Schwierigkeiten erfüllt wird (Cormell 1990, Bansen und Stevens 1992). Da der Verlust unvermittelt eintritt, ist keine vorausgehende Trauer möglich, welche den Trauerprozess erleichtern könnte (Bansen und Stevens 1992).

2.3.2.b Dauer der Schwangerschaft

Beutel et al. (1992) fanden im Unterschied zu früheren Studien, dass die Schwangerschaftsdauer für die Bewältigung keine signifikante Rolle spielt. Sie führen dies auf die Homogenität ihrer Stichprobe zurück. Auch Neugebauer et al. (1992) konnten feststellen, dass Frauen mit früher und solche mit später Fehlgeburt ähnlich hohe Symptomintensitäten aufwiesen.

Bei Cormell (1990) sagten mehrere betroffene Frauen, dass sie das Gefühl hätten, wenn sie ihr Kind zu einem späteren Zeitpunkt verloren hätten, wäre es für sie noch schlimmer gewesen. Da die Symptome, welche diese Frauen auf Grund der Fehlgeburt angaben aber nicht kleiner waren als bei den Frauen, welche den Spontanabort zu einem späteren Zeitpunkt hatten, nimmt Cormell an, dass dies eine Form der Rationalisierung des Geschehens war, um besser mit der Fehlgeburt umgehen zu können.

Bei einem Auftreten der Fehlgeburt zu einem frühen Zeitpunkt fällt die psychische Unterstützung von Freunden und Nachbarn oft weg, da die Schwangerschaft vom Paar noch nicht bekanntgegeben wurde (Zaccardi et al. 1993, Bansen und Stevens 1992).

2.3.2.c Psychische Repräsentation des Kindes

Beutel et al. (1992) fanden, dass besonders Frauen, welche eine deutliche psychische Repräsentation des Babys als Ausdruck ihrer Bindung entwickelt hatten, mit

schmerzlichen Gefühlen von Trauer und Verzweiflung reagierten. Weit weniger Trauerreaktionen zeigten die Frauen, die dem Abort keinen grossen Stellenwert beimassen¹ und weder in Phantasien noch in Träumen bzw. in der Realität das heranwachsende Kind repräsentiert hatten.

Graves (1987) führt eine Forschung von Herz auf und betont, dass die Bindung an ihr Kind bei vielen Frauen schon sehr früh in der Schwangerschaft beginnt. Durch das Sichtbarmachen mittels Ultraschall, lange bevor die Kindsbewegungen im Uterus spürbar sind, werde diese Tatsache noch verstärkt. In einer Untersuchung von Lumley (Graves 1987) zeigte sich, dass dreissig Prozent der verheirateten Frauen schon in der 8.-12. Woche ihrer ersten Schwangerschaft vom heranwachsenden Kind als reale Person denken.

In Cormells Untersuchung (1990) sagte Jane beispielsweise:

„Sobald du weisst dass du schwanger bist, gehört ein Kind zu dir“ (S.39).

Ich vermute, dass die frühe psychische Repräsentation und damit die Trauerreaktionen bei einer Fehlgeburt im Gegensatz zu früher auch durch die Möglichkeit verstärkt wird, die Schwangerschaft kurz nach dem Ausbleiben der Monatsblutung durch einfache und trotzdem sichere Schwangerschaftstests festzustellen. Auch all die populäre Literatur zu den Themen Schwangerschaft, pränatale Psychologie, Entwicklung des Kindes im Mutterleib – oft mit hervorragenden Farbfotos illustriert – verstärken diesen Trend wohl².

2.3.2.d Planung der Schwangerschaft / Gewünschtheit der Schwangerschaft

Ob Patientinnen ihre Schwangerschaft als erwünscht oder geplant beschrieben, spielte für Trauerreaktion und Depressivität bei Beutel et al. (1992) keine statistisch signifikante Rolle. Auch Zaccardi et al. (1993) fanden in ihrer Untersuchung keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Verlustgefühls nach einem Spontanabort und der Tatsache, ob die Schwangerschaft geplant war oder nicht. Von den 44 untersuchten Frauen gaben 31 an, dass die Schwangerschaft nicht geplant war, zehn dass sie nicht gewünscht war. Trotzdem berichteten 77% von den Frauen mit ungeplanter und vierzig Prozent derer mit ungewünschter Schwangerschaft, dass sie ein Verlustgefühl verspürten.

¹ Der subjektive Stellenwert des Aborts wurde von 55% als hoch, 23% als gering, den übrigen als mitelmässig eingestuft.

² Folgende Bücher mögen als Beispiele für eine noch weit grössere Auswahl im Buchhandel dienen: Akos (1990), Schwabenthan (1990), Gross (1992), Nilsson (1990).

Bei den von Cormell (1990) interviewten 13 Frauen verloren deren sieben ein nicht geplantes Kind. Ausser einer Mutter gaben alle an, dass sie sich zum Zeitpunkt der Fehlgeburt auf das Kind gefreut hätten. Ein eindrückliches Beispiel ist Helen, welche nach acht Kindern keine weitere Schwangerschaft mehr geplant hatte. Trotzdem meinte Helen:

„Es war ein Schock, ein gewaltiger Schock und ich denke es schockte mich, weil ich ... nie wirklich erlebte wie niederschmetternd es ist und welches Leid verursacht wird. Es schüttelte mich wirklich durch“ (Cormell 1990 S.38).

Auf Grund der Schilderung der Erlebnisse der Frauen kommt Cormell zum Schluss, dass die Tatsache, ob ein Kind geplant war oder nicht, keinen Einfluss auf die *unmittelbare* Reaktion der Mutter hat, aber die *Dauer* der Trauerreaktion beeinflussen könnte.

2.3.2.e Eigene Kinder haben

Ob und wie die Bewältigung einer Fehlgeburt durch vorhandene Kinder beeinflusst wird, ist umstritten. Beutel et al. (1992) führen eine fremde Studie auf, die vorhandene Kinder als günstiger Faktor aufzeigte, eine, die keine Effekte zeigte und eine Untersuchung, die negative Folgen durch vorhandene Kinder anzeigte. Bei der eigenen Studie von Beutel et al. liess sich lediglich ein mildernder Effekt bereits vorhandener Kinder auf Verzweiflungsgefühle nachweisen.

In der Untersuchung von Friedmann und Gath (1989) konnten zwischen den beiden Gruppen von Frauen mit und ohne Kinder mit keinem der vier psychiatrischen Messinstrumente ein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

In Huttis (1986) explorativer Studie war die Fehlgeburt für die Frau mit vorhandenen Kindern auch schlimm, weil das verlorene mit den vorhandenen Kindern identifiziert wurde. In den Worten einer Mutter ausgedrückt:

„Noch ein kleiner Junge wie meine kleinen Jungs oder noch ein kleines Mädchen wie meine Tochter“ (Hutti 1986, S.383).

Auch Cormell (1990) kommt zum Schluss, dass die Frauen, welche schon Kinder haben, sich unter Umständen stärker bewusst sind, was sie durch eine Fehlgeburt verlieren.

2.3.2.f Vorbestehende Fertilitätsprobleme oder frühere Aborte

Bei Beutel et al. (1992) hatte die Gruppe von Frauen mit wiederholten Aborten, die noch keine Kinder hatten, durchwegs die höchsten Depressions- Angst- und Ärgerwerte. Auch bei Friedmann und Gath (1986) zeigten sich in den Depressions-

Einschätzungsskalen bei den Frauen mit Abortanamnese durchwegs signifikant höhere Mittelwerte im Vergleich zu den Frauen ohne frühere Fehlgeburten. Ebenso waren bei Läßle (1989) die psychischen Beschwerden bei wiederholtem Schwangerschaftsverlust am häufigsten.

Cormell (1990) kommt zum Schluss, dass das Vorhandensein von Fertilitätsproblemen alle anderen Beeinflussungsfaktoren nahezu überwiegt.

Die Erläuterungen des Abschnittes, „Die verlorene Mutterrolle“ S.28 geben Hinweise, weshalb Fertilitätsprobleme oder frühere Aborte zu so gravierenden Auswirkungen führen.

2.3.2.g Zuwendung und Akzeptanz erfahren

Sechs von zehn untersuchten Frauen bezeichneten die Empathie und die Sorge, welche sie von den Pflegenden erhielten, als unbezahlbar (Bansen und Stevens 1992). Die Forscherinnen stellten fest, dass die Frauen, welche bedingungslose Akzeptanz ihrer Gefühle und ihrer individuellen Reaktion auf die Fehlgeburt erfuhren, eine positivere Sicht des Geschehnisses entwickelten.

Swanson (1986b) zitiert eine Frau, welche ihr positives Erleben folgendermassen ausdrückte:

„Der Krankenpfleger – ich glaube er half mir ziemlich stark, weil er mich so gut wie möglich zu trösten versuchte ... er versuchte, so sanft wie möglich zu sein ... er weinte sogar ein wenig. Ich denke er gab mir das Gefühl, dass es ihm etwas ausmachte ... Als sie die Saugurette brauchten – das kleine Saugding – das schmerzte ziemlich. Ich biss die Zähne zusammen und wartete darauf, dass es vorüber sein würde und er versuchte mich zu trösten und versicherte mir, dass es bald vorbei sei. ... Ärzte und Schwestern machen keinen Unterschied – ich meine, sie sind keine Untermenschen oder Unmenschen, ich meine, sie sehen Tod und sie sehen Schmerzen und sie sehen Qualen jeden Tag und ich denke, sie können bestimmten Dingen gegenüber immun werden. Aber vielleicht können sie bestimmten Dingen gegenüber nicht immun werden. ... Er brach nicht völlig zusammen und war nicht unfähig, seine Arbeit zu verrichten. ... Er sagte einfach: ‘Es ist jetzt eine Frage der Zeit.’ Wissen Sie, er bedauerte es so ... „ (S.42).

Die von Hutti (1986) befragten Frauen bezeichneten die erhaltene individuelle Pflege als hilfreich, bei der ihre seelische Not anerkannt wurde, bei der persönliche Fragen neben medizinischen wichtig waren und bei der ihnen im Gespräch ohne Seitenblicke in das Kardex Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

2.3.2.h Sich mitteilen

Dass das „sich mitteilen“ für die Verarbeitung einer Fehlgeburt ein wesentlicher Faktor scheint, zeigte sich eindeutig in mehreren Arbeiten. Bei Cormell (1990) ergab sich eine eigene Kategorie „Das Bedürfnis zu erzählen“. Helen sagte:

„Ich habe es den Menschen erzählt und sobald ich es ihnen anvertraute, wurde ich freier“ (S.63).

Kate meinte:

„Ich denke, du musst darüber sprechen. Das ist das Beste. Ich glaube, es hat mir gut getan“ (S.63).

Auch in der Studie von Bansen und Stevens (1992) zeigte sich, dass die Frauen ihren Kummer unter anderem durch Erzählen, Weinen und das Ausdrücken von Zorn verarbeiteten.

In seiner klassischen Untersuchung der akuten Trauer betont Lindemann (1944), dass Gefühle wie Leid, Schuld, Feindseligkeit und Angst akzeptiert und ausgedrückt werden sollten. In der Studie von Lovell (1983) betonten beinahe alle Frauen, wie schmerzlich es sei, keine Erlaubnis zu haben, über den Verlust zu sprechen. Ein unerwartetes Resultat erbrachte die Arbeit von Neugebauer et al. (1992), in welcher Interviews zwei Wochen, sechs Wochen und sechs Monate nach der Fehlgeburt durchgeführt wurden. Ein Teil der Stichprobe wurde alle drei mal untersucht, ein Teil das erste mal nach sechs Wochen und ein Teil nur nach sechs Monaten. Die Depressions-Symptomintensität war sechs Wochen und sechs Monate nach der Fehlgeburt niedriger als zwei Wochen danach, *aber nur bei denjenigen, welche schon vorher interviewt wurden*. Da bei jedem ersten Interview den Frauen die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Schwangerschaft, die Umstände des Aborts und dessen psychische Nachwirkungen zu erörtern, nehmen die Forscherinnen an, dass die Möglichkeit sich mitzuteilen diesen therapeutischen Effekt ausgelöst hat.

2.3.2.i Information erhalten

In der gesamten von mir studierten Literatur kommt einheitlich zum Ausdruck, dass Frauen nach einer Fehlgeburt ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Information haben. Auch aus den Daten von Cormell (1990) ergab sich die eigene Kategorie „Das Bedürfnis zu wissen“. Suzanne stellte fest:

„Es hätte mir für nachher geholfen, wenn sie ein bisschen mehr Interesse gezeigt hätten, zum Beispiel mehr Informationen gegeben hätten“ (S.59).

Nahezu drei Viertel der Frauen gaben in einer Studie von Seibel und Graves (Graves 1987) an, dass sie sich besser gefühlt hätten, wenn sie mehr Information erhalten hätten.

In der Untersuchung von Bansen und Stevens (1992) zeigte sich, dass jede Frau nach der Ursache der Fehlgeburt suchte. Eine beispielhafte Schilderung einer ihrer Frauen bezüglich der Beratung einer Pflegenden bestätigt die Aussage von Graves (1987), dass viele destruktive Schuldgefühle durch die richtige Information verhindert werden können:

„Sie sagte: ‘Nichts was Sie getan haben, hat dies verursacht. ... Das passiert oft. ... Es ist in Ordnung wenn Sie das Gefühl haben, etwas verloren zu haben.’ Ich denke das machte es wahrscheinlich leichter für mich ... weil die Gesundheitsschwester mir sagte: ‘Es gibt nichts was Sie hätten tun können um es abzuwenden, und es ist okay dass Sie sich durcheinander fühlen.’ Ich glaube das war genau eines der Dinge, welche am meisten ausgemacht haben“ (S.88).

2.3.2.j Sinn finden

Cormell (1990) glaubt, dass die Suche nach Informationen auch der Beantwortung der warum-Fragen dient. Warum ist es passiert? Warum ist es *mir* passiert? Warum erlaubt Gott, das Schicksal oder die Vorsehung, dass solche Dinge passieren?

Es scheint ein Zeichen einer mindestens teilweise gelösten, abgeschlossenen Trauer zu sein, wenn diese Fragen eine Antwort finden, vielleicht auch nur ansatzweise. Bei Bansen und Stevens (1992) beispielsweise betonten verschiedene Frauen die positiven Aspekte, welche sich daraus ergaben, dass sie so ein Trauma durchleben mussten. Bei einigen wurde ein Lern- und Wachstumsprozess sowie ein Verständnis für die Höhen und Tiefen des Lebens ausgelöst.

Sätze wie:

„Mein Kopf sagt mir, dass es vielleicht das beste ist, auf die Dauer gesehen“ (Cormell 1990, S.74).

oder:

„Meine Schwägerin hatte eine Menge Fehlgeburten, hatte furchtbare Probleme. Ich habe eigentlich noch Glück gehabt“ (Cormell 1990, S.74),

scheinen auch als kurzfristige Copingstrategien zu dienen, welche den Frauen Erleichterung verschaffen.

2.3.2.k Trauerrituale

Obwohl das Kind während der Schwangerschaft nicht in derselben Art erfahrbar ist wie nach der Geburt, existiert es für die Mutter oft als reales Kind (Cormell 1990). Trauer ist der emotionale Ausdruck für einen Verlust, in dem auch Abschied genommen wird von einem verlorenen Menschen (Kast 1988). Zum Prozess der Trauer gehören normalerweise Rituale, in denen Gefühle ausgedrückt und dadurch verarbeitet werden können. In unserer westlichen Zivilisation existieren keine von der Gesellschaft anerkannten Rituale für die Trauer um ein fehlgeborenes Kind¹. Bei einem sehr frühen Spontanabort kommt erschwerend hinzu, dass nach der Fehlgeburt nichts mehr vorhanden ist, was als menschlicher Körper erkennbar wäre und betrauert werden könnte. Turner (1991) berichtet, dass von 45 untersuchten Frauen, welche einen Monat nach dem Ereignis befragt wurden, 33% den Fötus nach der Fehlgeburt hätten sehen wollen. Auch wenn kein Fötus identifizierbar gewesen wäre, hätten zwölf Prozent das vorhandene Gewebe sehen wollen. Lovell (1983) fand in ihrer Studie, dass Mütter,

welche nicht wussten, was mit ihren Kindern nach der Fehlgeburt, der Totgeburt oder dem perinatalen Tod geschah, regelmässig von einem Gefühl der Unrealität sprachen. In ihrer Studie zeigte sich auch, dass der Kontakt mit dem toten Kind zwar aufwühlend war, aber die Mütter besser für die Trauer befähigte, da er half, den Verlust zu sehen und zu akzeptieren.

Carmen, eine Teilnehmerin in Cormells Arbeit (1990), die ihr Kind in der 15. Schwangerschaftswoche verlor, drückte sich folgendermassen aus:

„Ich wollte den Fötus sehen. Ich glaube, es hätte mich aus der Fassung gebracht, aber es hätte mir geholfen zu akzeptieren, dass ich etwas verloren habe. Das war es, was ich nicht akzeptieren konnte. ... aber weil ich ihn (den Fötus) nie sah – eine Minute war ich schwanger und dann wurde er weggenommen. Ich konnte es nicht akzeptieren“ (S.69).

Pat, selber Hebamme, konnte ihr Kind bei der zweiten von vier Fehlgeburten, welche in der zwölften Schwangerschaftswoche passierte, sehen:

„Ich bin sicher, dass ich mit dem Baby, welches ich wirklich selber sah, schneller darüber hinwegkam, weil ich es *sah*, und wenn du ein Kind verlierst und überhaupt nichts siehst, das ist schwer, weil du nicht weisst, was es ist das du verlierst“ (Cormell 1990, S.69).

Aus der Erkenntnis, dass Trauerrituale nach einer Fehlgeburt nicht üblich sind, schreibt ein anglikanischer Diakon folgendes:

„... im Fall einer späten Fehlgeburt kann ein Begräbnis hilfreich sein, besonders um auszudrücken, dass das Kind ein richtiges menschliches Wesen war, einmalig und geliebt in den Augen Gottes und der Familie. Wo kein Körper vorhanden ist, kann auch ein einfacher Gedenkgottesdienst der Familie helfen, über den Verlust hinwegzukommen. Damit wird auch ausgedrückt, dass da tatsächlich jemand war, an den man sich erinnert; es erlaubt den Menschen, ohne Schuldgefühle zu trauern“ (Cormell 1990, S.68²).

Um den Eltern die Möglichkeit von Trauerritualen zu geben, werden, mehr in der Fachliteratur als in der Forschungsliteratur, für die Praxis verschiedene Empfehlungen gegeben:

- Dem Kind einen Namen geben
- Erinnerungsbuch in der Spitalkapelle mit Eintrag des Namens und des Geburtsdatums des Kindes
- Erinnerungskarte, evtl. mit Foto des Kindes

Und sofern möglich:

- Föten genügend lange aufbewahren und Eltern genügend Zeit geben, sich für oder gegen einen Trauergottesdienst zu entscheiden
- Den Eltern das Geschlecht mitteilen

¹ Im Gegensatz dazu betrauern die Siriono Indianer eine Fehlgeburt offenbar während drei Tagen, mit denselben Ritualen wie für erwachsene Verstorbene (Oakley zitiert in Cormell 1990).

² Auszug eines Artikels der Winterausgabe 1989 der Zeitschrift der englischen Miscarriage Association.

- Die Eltern ermuntern, das Kind zu halten oder zu betrachten
- Fotos oder Fussabdrücke machen
- Haarlocke abnehmen

(Laurent 1991, Henley und Kohner 1991, Kohner 1993, Sparham 1991, Stewart et al. 1992, Stirtzinger und Robinson 1989).

2.3.2.1 Qualität der medizinischen Betreuung

Obwohl der physische Aspekt in dieser Arbeit kein Schwerpunkt ist, möchte ich erwähnen, dass auch die medizinische Betreuung als wesentlicher Faktor erlebt wird. Sowohl Cormell (1990) als auch Bansen und Stevens (1992) schildern, wie intensiv die befragten Frauen die Schmerzen und die Blutung erlebten, so dass die entsprechende Betreuung auch einen Einfluss auf die spätere Bewältigung der Fehlgeburt nahm.

2.3.3 Die verlorene Mutterrolle

Unter einer sozialen Rolle werden die typischen Erwartungen verstanden, die an den Inhaber einer sozialen Position gerichtet werden. Willi und Heim (1986) schreiben:

„Die wichtigsten biologischen Merkmale der Frau sind der Monatszyklus mit der endokrinen Periodizität und die Fähigkeit, schwanger zu werden, Kinder zu gebären und Kinder zu stillen“ (S.203).

Mutterschaft wird kulturell gleichgesetzt mit der Vollendung des Frau-seins. Ohne eigenes Kind entspricht eine Frau somit den Erwartungen der Gesellschaft nicht vollständig, auch nicht in der heutigen Zeit, in welcher die Gleichheit der Geschlechter proklamiert wird (Cormell 1990). Auf diesem Hintergrund wird verständlich, weshalb Frauen mit Schuldgefühlen reagieren und weshalb Frauen mit Fertilitätsproblemen oder früheren Aborten aus Angst, den Erwartungen der Gesellschaft nie gerecht werden zu können, zusätzliche Probleme haben, mit einer Fehlgeburt zurecht zu kommen (vgl. „Schuld und zerstörtes Selbstvertrauen“ S.17 und „Vorbestehende Fertilitätsprobleme oder frühere Aborte“ S.22).

Wenn eine Frau schwanger wird, geht die Umwelt mit ihr in einer sozial vorgeschriebenen Weise um, welche sie auf die Rolle „neue Mutter“ vorbereitet. Der Wechsel einer zentralen Rolle, wie eben derjenige zur neuen Mutter, wird als Lebensereignis (Life-event) bezeichnet. Solch ein „Life-event“ kann durch eine zunehmende Distanz zur alten Rolle und durch eine innere Vorbereitung auf die neue Rolle erleichtert werden. Der Status „schwängere Frau“ wird als Übergangsrolle betrachtet (Willi und Heim 1986, Graves 1987).

Was bezüglich der Rolle bei einer Fehlgeburt passiert, schildert Lovell (1983) so:

„Von Anfang an spricht das Personal vom Baby und redet von der Frau als Mutter. Auch ihre Familie bereitet sich auf den grundlegenden Generationenwechsel vor. Das ist speziell beim ersten Kind so, aber wenn es ein weiteres ist, werden diese Wechsel wiederholt und die Geschwister darauf vorbereitet, einen Platz höher zu rücken. Jedenfalls entsteht vom Moment an wo entdeckt wird, dass das Baby verloren ist, ein abrupter Unterbruch des Identitätsbildungsprozesses. Es entsteht eine plötzliche Auflösung der gelebten Erfahrung der Frau und eine schnelle Aufhebung der Mutterschaft“ (S.760).

In der Studie von Bansen und Stevens (1992) drückte sich eine Frau so aus:

„Ich weiss nicht, wer ich jetzt bin. Ich bin nicht mehr die gleiche Person. Wer bin ich nun also? Ich dachte etwa: ‘Ich werde ein Elternteil sein, deshalb muss ich in dieser Art zu denken beginnen.’ ... Es erschütterte mich bis auf den Grund, das ist sicher“ (S.88).

Diana, eine der von Cormell (1990) interviewten Frauen, deren Schwangerschaft ungeplant war, welche sich aber unterdessen auf das Kind eingestellt hatte:

„Es war einfach wie abgeschnitten. Genau so fühlte ich mich. In der einen Minute bist du auf die Zukunft ausgerichtet und freust dich auf dies und jenes. Und in der nächsten Minute – that’s it. Es ist wirklich sehr schwer, sich damit abzufinden“ (S.81).

Es wird klar, dass die Abruptheit des Geschehens der Frau keine vorbereitende Zeit lässt, sich auf die neue Situation, respektive wieder auf die alte Rolle „normale Frau“ vorzubereiten. Wie aus den Zitaten ersichtlich, kann dies Verunsicherung auslösen.

2.4 Die Partner

Einerseits wird berichtet, dass der Partner durch seine Unterstützung der Frau entscheidend bei der Bewältigung des Abortgeschehens mithilft. Andererseits scheinen geschlechtsbedingte Reaktionsunterschiede zu Partnerschaftskonflikten führen zu können, vor allem wenn über den Verlust nicht gesprochen werden kann (Läpple 1991, Beutel et al. 1992). Gemäss Kowalski (1991) zeigten zwei Studien, dass Frauen länger und heftiger zu trauern scheinen und dass die Männer, den sozialen Erwartungen entsprechend, hauptsächlich das Gefühl hätten, sie müssten stark sein für ihre Frau und dabei ihre eigenen Gefühle verleugnen und begraben.

Welche Folgen dies haben kann beschreibt Hutti (1986):

„Beide Frauen hatten das Gefühl, dass ihr Partner nach der Fehlgeburt mehr um sie besorgt war, als dass sie um den Verlust des Fötus trauerten. Beide Frauen ... interpretierten dessen geringere Sorge um das Baby als: ‘er liebte das Kind nicht; er machte sich nichts daraus’. ... Infolgedessen entstanden bei beiden Paaren Eheprobleme“ (S.385).

Eine der von Hutti untersuchten Frauen erlebte einen zweiten Spontanabort wesentlich besser, nachdem ihr Ehemann ermutigt wurde, aktiv mitzuentcheiden, seine durch den Verlust verursachten Gefühle aktiv auszudrücken und in der körperlichen Pflege zu

helfen. Dadurch wurde er von der Frau als tatsächlich um das Baby trauernd und als grosse Stütze empfunden.

Da jeder Mensch auch in der Trauerarbeit seinen eigenen Rhythmus hat, kann es vorkommen, dass der Partner, der gerade ein erstes Mal den Verlust akzeptieren kann, sich durch den Partner bedroht fühlt, welcher noch rebelliert gegen das Schicksal (Kast 1988). Cormell (1990) zitiert Helen, welche dieses Problem verdeutlicht:

„Er war sehr sanft und behutsam während den ersten paar Wochen und kam dann zum Punkt wo er dachte: ‘Nun mach schon, hör schon auf, es ist vorüber und vorbei, vergiss es jetzt und lass uns vorwärts schauen’“ (S.54).

Trauerphasen sind für ein Paar somit sehr belastende Phasen. Auch der Partner muss ja seine zukünftige Rolle als neuer Vater begraben. Andererseits kann gerade diese Zeit des Umbruchs und der grossen Belastung auch dazu führen, dass Menschen sich einander näher zeigen können. Bei Wall-Haas (1985) gaben denn auch sieben der neun Frauen an, dass sie durch die Fehlgeburt ihrem Ehemann näher gekommen seien. Bei Friedmann und Gatt (1989) gaben knapp die Hälfte der Frauen mit Partner an, dass ihre Beziehung seit der Fehlgeburt besser sei, 14% bezeichneten sie als schlechter und 36 % als unverändert.

2.5 Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer

Die entsprechenden Abschnitte zeigen, wie wichtig es ist, dass Frauen nach einer Fehlgeburt Zuwendung und Akzeptanz erfahren, sich mitteilen können, genügend Informationen erhalten und evtl. Trauerrituale durchführen können (vgl. „Beeinflussungsfaktoren der Bewältigung“ S.19).

Beim Lesen der Literatur fällt auf, wie oft diese Bedingungen nicht gegeben sind. Einige Texte zeigen reihenweise Beispiele auf, bei denen den betroffenen Müttern in einer inakzeptablen Art und Weise gegenübergetreten wurde. Meist geschieht dies wohl nicht aus bösem Willen, sondern aus Unkenntnis der Tatsachen, aus falschen Annahmen und aus der unangenehmen Situation, jemand trauerndem begegnen zu müssen.

Graves (1987) sagt, dass eine Fehlgeburt bis vor kurzem ein „Nichtereignis“ war. Wall-Haas (1985) stellt fest, dass aus der medizinischen Perspektive eine Curettage ein Routine-Notfall ist. Ein paar Freunde entgegneten einer von Bansen und Stevens (1992) interviewten Frau:

„Gut, eigentlich warst du ja gar nicht richtig schwanger. Hör auf mit dem Selbstmitleid, es ist schliesslich kein Weltuntergang“ (S.88).

Bei Cormell (1990) zeigte sich, dass nicht ausschliesslich, aber doch vor allem Männer die Bedeutung einer Fehlgeburt für die Frau nicht erkennen oder negieren. Die emotionelle Distanziertheit des Gesundheitspersonals¹ allgemein, vor allem aber der Ärzte, bringt Cormell mit der von Parsons postulierten „affektiven Neutralität“ in Zusammenhang, welche besagt, dass die Gefühle des Personals nicht mit der Arbeit interferieren sollen, um unter anderem einen emotionalen Zusammenbruch der Berufsausübenden zu verhindern (Bachmann 1975).

Lovell (1983), Cormell (1990) und Kowalski (1991) kommen zum Schluss, dass das Gesundheitspersonal, welches seine Aufgabe hauptsächlich darin sieht, Leben zu erhalten und zu retten, durch trauernde Mütter an einen vermeintlichen Misserfolg erinnert wird. Folglich versuchen Pflegende und Ärzte die Trauer zu mildern oder ihr auszuweichen. Trostversuche, welche mehr verletzen als helfen, weil sie das Geschehen bagatellisieren, können die Folge sein. Nachstehende Beispiele dokumentieren, was gemeint ist.

„Der Arzt sagte: ‘Sie haben drei Andere, welche gesund und normal sind. Was wollen Sie mehr?’“

„Wenigstens haben Sie schon zwei Kinder.“

„Sie sind jung, Sie können immer noch ein Anderes haben.“

„Es war ja sowieso nicht geplant.“ (alle Zitate: Cormell 1992, S.42/43)

Reed (1990 + 1992) zeigt, dass Geburtshilfepersonal eine Fehlgeburt als weniger gravierend einschätzt, wenn mindestens ein Kind vorhanden ist oder wenn die Schwangerschaft nicht geplant war.

Lovell (1983) stellte in ihrer Arbeit fest, dass das Gesundheitspersonal glaubte, je früher eine Schwangerschaft verloren gehe, desto geringer sei der Verlust. Damit war eine Fehlgeburt für die Pflegenden weniger schlimm als eine Totgeburt und eine Totgeburt weniger schlimm als der Tod eines Kindes, welches eine gewisse Zeit gelebt hatte. Infolgedessen wurden Fehl- und Totgeburt nicht als richtige Trauerfälle betrachtet. Auch Reed (1992) zeigte, dass je weiter fortgeschritten die Schwangerschaft in den Pflegebeispielen war, desto höher schätzten die Geburtshilfeschwester die gefühlsmässige Betroffenheit der Frauen und die Priorität der emotionalen Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu andern Patientinnen ein.

Pat, eine von Cornell (1990) mituntersuchte Hebamme, welche selber fehlgeboren hatte, schildert:

„Du bist demgegenüber beruflich völlig abgehärtet und dir überhaupt nicht bewusst, dass es eine gefühlsintensive, aufwühlende Erfahrung ist. Du schreibst es ab – ich meine das ist das, was ich gelehrt wurde. Eine sechswöchige Schwangerschaft berührt dich gefühlsmäßig nicht. Ich denke, wie medizinisches Personal Leben in diesem Stadium behandelt, ist absolut unglaublich.“

„Ich merke, wie die Leute es beinahe übergehen, wenn du nur sechs Wochen schwanger bist: ‘Oh gut, es ist nichts und es ist kein Kind.’ Für mich ist das einfach furchtbar“ (S.51).

Carmen, welche ihr Kind in der 15. Woche verlor, schildert die Aussage eines Kaplans folgendermassen:

„Er sagte so etwas wie: ‘Vielleicht ist es, weil ich ein Mann bin, aber ich verstehe es nicht. Ich sehe nicht, warum man über etwas trauert, wenn es nicht einmal ein Mensch war. Es war gar nichts’“ (Cornell 1990, S.46).

Weil die Frau, die fehlgeboren hat, selber ja auch ein Teil der Gesellschaft ist, welcher einen Spontanabort als unwichtig erachtet, ist sie überrascht und verwirrt, wenn sie unerwartet intensive Trauer verspürt. Helen äussert sich in Cormells Arbeit (1990) so:

„Ich war schockiert, enorm schockiert und ich glaube, ich war so schockiert, weil ich, obwohl ich es akzeptierte und es mich berührte, dass andere Frauen ... hatte ich selber nie wirklich die verheerende Wirkung und die Trauer erlebt, welche es verursacht“ (S.38).

Wenn die Umgebung der Frau ihr dann zusätzlich zu ihren eigenen Zweifeln direkt oder indirekt signalisiert, dass ihre Trauer unangepasst ist, liegt es nahe, dass sie diese verdrängt, zumal Patienten gemäss Lindemann (1944) generell versuchen, dem Schmerz der Trauerarbeit auszuweichen. Eine englische Trauerberaterin versichert, dass in ihren Seminarien die Verarbeitung von Fehlgeburten häufiger als alles andere zum Thema wird² (Sparham 1991).

Dadurch, dass ein Fötus nicht als Kind, nicht als menschliches Wesen betrachtet wird, sozusagen eine „Nonperson“ ist (Graves 1987)³, macht sich, ausser vielleicht der Mutter, niemand über dessen Verbleib grosse Gedanken. Traditionellerweise wird es denn auch verbrannt (Sparham 1991).

Da eine Fehlgeburt weder eine Geburtsurkunde noch eine Todesurkunde erfordert, wird die Existenz des Kindes gewissermassen verleugnet (Lovell 1983).

¹ Mit diesem Begriff fasse ich alle Berufsangehörigen zusammen, welche im Gesundheitswesen arbeiten. Also Pflegende, Ärztinnen usw.

² Auch eine hiesige Trauerberaterin erzählte mir, dass in ihren Seminarien unverarbeitete Fehlgeburten häufig in den Vordergrund treten würden, obwohl sich ihre Klientinnen ursprünglich aus einem anderen Grund angemeldet hatten.

³ Der Apostel Paulus bezeichnet sich in 1.Kor.15.8 als Fehlgeburt. Verschiedene Ausleger gehen davon aus, dass er damit ein Schimpfwort aufgreift, welches ihm Gegner zuriefen (Kittel 1935).

2.5.1 Verhältnisse in Basel

Obwohl nicht als Teil des Literaturstudiums erarbeitet, sondern als Ergebnis von Recherchen auf persönlicher Ebene in Erfahrung gebracht, möchte ich die folgenden Tatsachen über die Basler Verhältnisse hier anfügen:

Ein leitender Arzt einer gynäkologischen Abteilung eines Basler Spitals musste nach eigenen Angaben erst eine halbe Stunde in der Pathologie und auf dem Friedhofsamt umher telefonieren, bis er einer Mutter, welche Rechenschaft über den Verbleib ihres fehlgeborenen Kindes von ihm verlangte, eine nur halbwegs befriedigende Antwort geben konnte. Im Kanton Basel Stadt werden nämlich fehlgeborene Kinder zusammen mit Operationsabfällen aus der Pathologie verbrannt und die Asche zusammen mit Sargnägeln und weiteren „Abfällen“ auf dem Areal des Friedhofs Hörnli in einem „Waldloch“ versenkt. Eine Beerdigung ist bisher nicht möglich, wenn das Kind vor dem Ende des 6. Schwangerschaftsmonats fehlgeboren wird.

Vor dem 6. Schwangerschaftsmonat nimmt das Zivilstandsamt keine Anzeige entgegen. Auch nach einer Totgeburt wird nur das Geschlecht des Kindes und der Name der Eltern in einem Register verzeichnet. Es erfolgt kein Eintrag ins Familienbüchlein. In der Leitung des Basler Friedhofes „Hörnli“ macht man sich seit einiger Zeit darüber Gedanken, wie Kinder, welche zivilstandsrechtlich nicht existieren, trotzdem bestattet werden könnten, falls dies die Eltern wünschen.

Damit ist die Beschreibung, wie die betroffenen Frauen eine Fehlgeburt erleben, abgeschlossen. Wie die Pflegenden die Situation der Frauen einschätzen und wie sie sich selber in der psychosozialen Pflege dieser Frauen sehen, wird im Kapitel V: Resultate geschildert.

III. Kapitel: Theoretischer Rahmen

1 Caring

Die Frage, was Pflege überhaupt ist, beschäftigt die Berufsangehörigen wohl schon seit je her. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema hat im Laufe der Zeit zu verschiedenen Pflegemodellen, -theorien und -konzepten geführt. Ein aus dem Englischen stammender Begriff, welcher im Zusammenhang mit der theoretischen Diskussion der Pflege auftaucht, ist „Caring“. Es waren (sind) aber nicht nur Pflegende, sondern beispielsweise auch Philosophinnen, welche den Begriff Caring definier(t)en. So kann Caring an einen Ort als Teil einer Philosophie erscheinen, am anderen als Pflegelehre. Definition und Dimensionalisierung, Kategorisierung oder Konzeptualisierung von Caring fallen entsprechend unterschiedlich aus, auch wenn die Theorien oder Philosophien in eine ähnliche Richtung weisen.

Was der Begriff Caring bedeutet, kann ansatzweise schon durch die Verwendung eines einfachen Englisch-Deutschen Wörterbuches festgestellt werden¹.

Als Adjektiv verwendet, sind folgende Übersetzungen von „caring“ möglich:

- einfühlsam
- liebevoll
- mitfühlend
- engagiert
- mitmenschlich
- warmherzig

Als Substantiv kann „care“ je nach Kontext übersetzt werden als:

- Anteilnahme
- Fürsorglichkeit
- Obhut
- Sorge
- Umsicht
- Vorsicht
- Fürsorge
- Interesse
- Pflege
- Sorgfalt
- Versorgung

¹ Die folgenden Übersetzungen sind dem Globalwörterbuch Englisch-Deutsch, Klett Verlag, 1991 entnommen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Als Verb kann „care“ je nach Kontext übersetzt werden als:

- achtgeben
- aufpassen
- etwas ausmachen
- interessieren
- leiten
- pflegen
- sich bemühen
- sorgen
- am Herzen liegen
- etwas angehen
- innerlich berühren
- jemandem etwas bedeuten
- mögen
- schonen
- sich kümmern
- versorgen

Benner, Leininger, Swanson und Watson sind Pflgeetheoretikerinnen, welche sich explizit zum Begriff Caring geäußert haben. Für den theoretischen Rahmen dieser Arbeit habe ich die Caring-Theorie von Swanson gewählt, weil sie induktiv aus einer phänomenologischen Studie entwickelt wurde, welche die menschliche Erfahrung der Fehlgeburt und die Pflegebedürfnisse (caring needs¹) von Frauen untersuchte, welche eine Fehlgeburt erlebten (Swanson 1986b). Damit liegt diese Theorie meiner Thematik sehr nahe und ist entsprechend aussagekräftig.

2 Swansons Theorie des „Caring“

Bei der Analyse der oben erwähnten ersten Arbeit von Swanson, welche ihre Dissertation darstellt, zeigten sich folgende Kategorien:

- Zu wissen
- Für sie / ihn tun
- Glauben erhalten
- Mit ihr sein
- Ermöglichen

¹ Dort wo die deutsche Übersetzung den englischen Inhalt nur unbefriedigend wiederzugeben vermag, füge ich die englischen Originalbegriffe in Klammern hinzu.

Diese Kategorien wurden durch zwei weitere phänomenologische Untersuchungen im perinatalen Umfeld verifiziert und teilweise neu definiert als Caring-Prozesse festgehalten. Durch die Verifizierung konnte Swanson auch eine Definition von Caring formulieren und zudem Subdimensionen zu den Caring-Prozessen benennen. Swanson bezeichnet ihre Theorie als eine „Faktoren benennende, empirisch gewonnene und deskriptive Theorie mittlerer Reichweite, welche die Charakteristiken eines bestimmten Phänomens beschreiben“ (Swanson 1991, S.61). Gemäss der Definition von Polit und Hungler (1993) müsste die Theorie wohl eher als Konzeptueller Rahmen (Conceptual Framework) bezeichnet werden, da ein deduktives System von Propositionen, welche Beziehungen unter den Konzepten herstellt, kaum aufgezeigt wird.

Swansons Definition von Caring lautet folgendermassen:

Caring is a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility (Swanson 1991, S.162).

Übersetzt könnte das etwa heissen:

Caring ist eine umsorgende¹ Art des sich in Beziehung bringen zu einem wertgeschätzten Anderen, demgegenüber man ein persönliches Gefühl von Engagement, Verpflichtung und Verantwortung spürt.

Im folgenden skizziere ich die von Swanson beschriebenen Prozesse, welche Caring ausmachen. (Die Informationen sind alle den beiden Artikeln von Swanson (1986b) und (1991) entnommen.)

¹ nurture kann auch als „hegen und pflegen“ übersetzt werden.

2.1 Zu wissen¹ [KNOWING]

Definition: Sich bemühen zu verstehen, welchen Sinn / welche Bedeutung ein Ereignis im Leben des Anderen hat.

- Subdimensionen:**
- Vor-Annahmen vermeiden
 - Sich auf die Patientin konzentrieren
 - Eine gründliche Einschätzung vornehmen
 - Nach Fingerzeigen suchen
 - Pflegende und Patientin müssen sich selbst einbringen

Ein Ereignis soll durch die Augen der Patientinnen betrachtet werden und nicht auf Grund von vorgefassten Meinungen beurteilt werden. Die Frau ist ein Individuum und damit mehr als nur ein Teil einer bekannte Gruppe mit einer bestimmten Diagnose. „Wissende“ Pflege erscheint als persönlich, wogegen „unwissende“ Pflege als unpersönlich, routiniert und mechanisch bis grausam erscheint.

2.2 Mit ihr / ihm sein [BEING WITH]

Definition: Emotionell beim Anderen präsent sein

- Subdimensionen:**
- Dort sein
 - Verfügbarkeit ausdrücken / demonstrieren
 - Gefühle teilen
 - Nicht belasten

MIT IHR/IHM SEIN, führt zu „mit fühlen“ – nicht so tief wie die Frau, aber mit ihr zusammen. MIT IHR/IHM SEIN ist eng verbunden mit ZU WISSEN. Daraus wird ersichtlich, dass es nicht möglich ist ZU WISSEN, ohne bei den Patientinnen zu sein.

¹ Das im Englischen für die Prozess-Namen und für die Subdimensionen verwendete Gerundium (Verb + -ing) als substantivierte Form des Infinitivs, habe ich der Lebendigkeit halber jeweils als Verb übersetzt, es aber gross geschrieben. Damit beim Prozess „wissen“ nicht dieselbe Form wie beim reinen Substantiv (Wissen) entsteht, habe ich mit „Zu wissen“ übersetzt.

MIT IHR/IHM SEIN erfordert ein Fallenlassen der professionellen Fassade und ein bewusstes Einlassen auf eine persönliche Beziehung, in der Gefühle Platz haben. MIT IHR/IHM SEIN muss nicht obligatorisch an physische Anwesenheit gebunden sein. Dieser Prozess kann auch ablaufen, wenn ein „vertieft sein in den Anderen“, also eine Art innere Präsenz vorhanden ist.

2.3 Für sie / ihn tun [DOING FOR]

Definition: Das für den Anderen erledigen, was sie für sich selbst tun würde, wenn sie es könnte.

- Subdimensionen:**
- Behaglichkeit bieten
 - Vorausblicken / zuvorkommend sein
 - Kompetent / geschickt sein
 - Schützen
 - Würde bewahren

FÜR SIE/IHN TUN bedeutet, in vorausblickender Art herauszufinden, was sie für sich selber besorgen würde, wenn sie das nötige Wissen, die emotionale Stärke oder die physische Energie dazu hätte. FÜR SIE/IHN TUN kann leicht in einer die Persönlichkeit verletzenden Art geschehen. Deshalb muss die Bewahrung der Würde ein dauerndes Ziel bleiben. Die Bedürfnisse der zu pflegenden Person müssen, soweit möglich, von dieser persönlich in Erfahrung gebracht werden. Die Bedürfnisse dürfen also nicht aus den Vorstellungen der Pflegenden abgeleitet werden.

2.4 Ermöglichen [ENABLING]

Definition: Dem Anderen bei Lebensübergängen und dem Durchleben von ihm fremden Ereignissen helfen.

- Subdimensionen:**
- Informieren / erklären
 - Unterstützen / erlauben
 - Die Sorgen des Anderen ins Blickfeld rücken
 - Alternativen entwickeln und durchdenken
 - Bestätigen / Rückmeldung geben

Pflegende, welche ERMÖGLICHEN, setzen ihr Expertenwissen zum Nutzen des Anderen ein. Der Zweck des ERMÖGLICHEN will es dem Anderen erleichtern, zu wachsen, zu heilen und / oder sich selber zu pflegen. ERMÖGLICHEN bietet Information und Erklärung sowie emotionelle Unterstützung, indem die Gefühle des Anderen erlaubt und unterstützt werden. ERMÖGLICHEN braucht normalerweise relativ grosse Anteile von ZU WISSEN und MIT IHR/IHM SEIN.

2.5 Glauben erhalten [MANINTAINING BELIEF]

Definition: Das Aufrechterhalten des Glaubens an die Fähigkeit des Anderen, Ereignisse und Übergänge zu überwinden und einer sinnvollen / bedeutungsvollen Zukunft entgegenzusehen.

- Subdimensionen:**
- Achtung behalten / daran glauben
 - Eine hoffnungsvolle Haltung bewahren
 - Realistischen Optimismus zeigen
 - Den Weg mit zurücklegen / den Menschen begleiten

GLAUBEN ERHALTEN heisst, den Anderen achten und an ihn glauben. Es geht nicht darum, dem Leben des Anderen Sinn zu geben, sondern dessen Sinn zu erhalten beziehungsweise ihm zu helfen, den Sinn wiederzufinden.

3 Gültigkeitsbereich

Da die Untersuchungen von Swanson nicht nur das Umfeld der beruflichen Krankenpflege berücksichtigten, sondern auch die Familien mit einschloss, können die Caring-Prozesse und die Subdimensionen auch für diesen Bereich als gültig betrachtet werden.

IV. Kapitel: Methodologie

1 Der Forschungsansatz

Pflegeforschung versucht für die Pflegepraxis relevante Probleme durch wissenschaftliche Methoden zu lösen, menschliche Erfahrungen zu verstehen, Regelmässigkeiten zu finden und zukünftige Verhältnisse vorauszusagen (Polit und Hungler 1993).

Innerhalb dieser wissenschaftlichen Methoden wird häufig zwischen zwei Ansätzen unterschieden: dem quantitativen und dem qualitativen.

Gemäss Mayring (1993a, S.1) nähert sich rein quantitatives Denken den Menschen und den Dingen, indem es sie testet und vermisst, mit ihnen experimentiert und ihre statistische Repräsentanz überprüft, ohne vorher den Gegenstand verstanden und seine Qualität erfasst zu haben.

Da die Qualität des „Forschungsgegenstandes“ dieser Studie bisher kaum erforscht wurde, verwendete ich den qualitativen Ansatz, um meine Forschungsfragen zu beantworten.

1.1 Der qualitative Ansatz

Polit und Hungler (1993, S.325) zitieren Benoliel und zeigen, auf welchen Gebieten in der Pflege die Anwendung des qualitativen Ansatzes am meisten verspricht:

- Bei der Erforschung
- von Einflüssen der Umgebung auf Systeme, welche Pflege leisten
 - von Entscheidungsprozessen
 - der menschlichen Anpassung an kritische Lebensereignisse wie chronische Krankheit oder entwicklungsbedingte Veränderungen
 - des Wesens sozialer Transaktionen zwischen Pflegeperson – Patientin in Bezug auf Stabilität und Veränderung

Dabei gelten in der Regel folgende Grundsätze (Polit und Hungler 1993, S.19):

- Qualitative
Forschung
- versucht eher ein Phänomen in seiner Gesamtheit zu verstehen als sich auf spezifische Konzepte zu konzentrieren.
 - geht von wenigen Vorannahmen aus und betont eher die Wichtigkeit der Interpretation der Geschehnisse und Umstände durch die Menschen als durch die Forscherinnen.
 - sammelt Daten ohne formale, strukturierte Instrumente.
 - versucht die Umgebung des Forschungsgegenstandes nicht zu kontrollieren, sondern eher vollständig zu erfassen.
 - versucht Nutzen aus dem Subjektiven zu ziehen, als ein Mittel des Verständnisses und der Interpretation menschlicher Erfahrung.
 - analysiert narrative Informationen in einer organisierten aber intuitiven Weise.

2 Literatursuche

Für die Suche nach relevanter Forschungsliteratur setzte ich die Datenbanken MEDLINE (enthält unter anderem alle Nursing Index-Einträge), PSYINDEX und PSYCLIT ein. Unter MEDLINE suchte ich die Artikel der letzten zehn Jahre (1983-1993), unter PSYINDEX und PSYCLIT die der letzten fünf Jahre (1988-1993) durch.

Dabei verwendete ich folgende Hauptschlagwörter:

- MISCARRIAGE
- ABORTION-PSYCHOLOGY
- ABORTION-THREATENED-PSYCHOLOGY
- ABORTION-NURSING
- ABORTION-HABITUAL-PSYCHOLOGY

Auf Grund der Abstracts¹ entschied ich, welche Artikel ich berücksichtigen wollte. Diejenigen, welche nicht in Englisch oder Deutsch publiziert waren, schieden aus. Hauptsächlich versuchte ich die Primärliteratur zu berücksichtigen. Leider fehlten häufig, vor allem bei der Pflegeliteratur, die Abstracts, so dass es schwierig war, die Relevanz für meine Arbeit nur auf Grund des Titels und der Bibliographie abzuschätzen. Es ist deshalb nicht auszuschliessen, dass massgebend wichtige Artikel

¹ Kurze Zusammenfassungen des Artikelinhalts

nicht berücksichtigt wurden, obwohl sie in den verwendeten Datenbanken bibliographiert sind.

Weitere Artikel kamen durch die Hinweise der Literaturverzeichnisse der vorhandenen Arbeiten dazu.

Die populäre und die restliche Fachliteratur suchte ich mittels der Bibliotheken-Datenbanken SYBILLE und ETHICS und der Kartei der Bibliothek der Kaderschule SRK in Aarau.

Ein Quervergleich der Literatur zeigte, dass die amerikanischen, englischen, deutschen und schweizer Quellen sich in ihren Aussagen ziemlich decken, obwohl aus der Schweiz keine eigentliche Forschungsliteratur vorhanden ist. Ich bewerte dies als Zeichen, dass die „ausländische“ Literatur auch für schweizer Verhältnisse genug aussagekräftig ist.

3 Datenerhebung

3.1 Die Vorbereitungen

3.1.1 Erlaubnis zur Durchführung der Studie

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, plante ich sowohl Interviews als auch Beobachtungen durchzuführen. Da am Untersuchungsort keine ethische Kommission vorhanden ist, stellte ich mein Gesuch um die Erlaubnis der Durchführung der Studie an die Spitalleitung. In diesem Gesuch garantierte ich die Einhaltung der forschungsethischen Grundsätze, insbesondere:

- die Freiwilligkeit der Teilnahme.
- die Möglichkeit aller Forschungsteilnehmerinnen, die Mitarbeit jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen zu können, mit dem gleichzeitigen Recht auf die Herausgabe der sie betreffenden Daten.
- die Wahrung der Anonymität. (Anhang A, S.99)

3.1.2 Information der Mitarbeiterinnen

Die Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes wurden über die Stationsleiterinnen informiert, welche ich ihrerseits an einer Stationsleitungssitzung einführen konnte. Dabei teilte ich mit, dass ich die Pflege von Frauen mit einer Curettage bei Spontanabort untersuchen

wollte. Um die zukünftigen Forschungsteilnehmerinnen nicht zu stark zu beeinflussen, erwähnte ich absichtlich nicht, dass es mir vor allem um die psychosozialen Aspekte ging. Für die Mitarbeiterinnen auf den Stationen wurde den Stationsleiterinnen ein Informationsblatt mitgegeben (Anhang B, S.101). Die Freiwilligkeit und die Vertraulichkeit wurden sowohl an der Sitzung als auch mittels Informationsblatt betont.

3.1.3 Information der Ärzte

Da die Untersuchung in einem Belegarzt-Spital stattfand und ursprünglich auch Beobachtungen bei den Patientinnen geplant waren, wurden die akkreditierten Gynäkologinnen mit dem Hinweis auf die Einhaltung der ethischen Forschungsrichtlinien ebenfalls entsprechend informiert (Anhang C, S.102).

3.2 Die Interviews

3.2.1 Die Stichprobe

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen nahm ich nach folgenden Kriterien vor:

- Ich wollte nur Frauen befragen, da ich annahm, dass das Gefühl und die Wahrnehmung beim vorliegenden Forschungsthema in besonderer Weise durch das Geschlecht der Pflegenden beeinflusst wird.
- Die Frauen sollten aus dem mitteleuropäischen Raum stammen, da ich kulturspezifische Einflüsse auf das Gefühl und die Wahrnehmung nicht ausschliessen konnte.
- Es sollten nur fließend Deutsch sprechende Frauen interviewt werden, um sicherzugehen, dass nicht Sprachprobleme zu Kommunikationsschwierigkeiten führten.
- Ich wollte nur ausgebildete Krankenschwestern in allgemeiner Krankenpflege interviewen, welche seit mindestens einem Jahr diplomiert waren und welche seit Abschluss der Ausbildung mindestens drei Frauen mit einer Fehlgeburt gepflegt hatten, da ich annahm, dass Gefühl und Wahrnehmung durch die Pflege-Ausbildung und die praktische Erfahrung beeinflusst werden.

Um die einzelnen Interviewpartnerinnen zu finden, ging ich folgendermassen vor:

Im Informationsblatt, welches auf den Abteilungen verteilt wurde, erwähnte ich, dass ich die einzelnen Mitarbeiterinnen persönlich ansprechen würde, um sie um ihre Teilnahme zu bitten.

Für das Pilotinterview¹ bat ich eine Mitarbeiterin auf der Station, auf welcher ich selber arbeitete, um ihre Hilfe.

Um weitere Interviewtermine abmachen zu können, begab ich mich an zwei zufällig ausgewählten Tagen kurz vor und nach der Hauptrapportzeit, wenn sich die Dienstuenden aller Schichten des Tages auf der Station aufhalten, auf die Abteilung und bat wiederum zufällig ausgewählte Einzelne um ihre Mitarbeit.

Die Reaktionen waren unterschiedlich. Etwa ein Drittel der Befragten lehnten eine Mitarbeit ab, meist mit der Begründung, sie wüssten zu meinem Forschungsthema nichts zu sagen. Die meisten willigten nach einigen Fragen zu meinem Vorhaben ein. Meistens wollten sie wissen, was genau ich von ihnen erfahren wolle. Damit die Antworten bei den Interviews möglichst spontan waren, sich die Interviewpartnerinnen also möglichst wenig auf sozial erwünschte Antworten vorbereiten konnten, versuchte ich, zwar wahrheitsgetreu, aber möglichst oberflächlich zu antworten. Dies gelang mir jeweils recht gut.

Zwei Mitarbeiterinnen sagten zu, obwohl ich eine gewisse Abwehr aus ihrer Reaktion interpretierte und deshalb die Freiwilligkeit der Teilnahme besonders betonte.

Es waren diplomierte Krankenschwestern aller sechs Abteilungen, auf welchen die Patientinnen mit Curettage bei Spontanabort vorwiegend gepflegt werden, an den Interviews beteiligt. Von drei Abteilungen kamen je zwei Teilnehmerinnen, von den restlichen drei je eine. Insgesamt wurden neun Interviews durchgeführt, inklusive dem Pilotinterview.

Fünf der Befragten sind zwischen zwanzig und dreissig Jahre alt. Drei sind zwischen dreissig und vierzig Jahre alt und eine Befragte ist zwischen vierzig und fünfzig Jahre alt.

Zwei Interviewte schätzen, in ihrem Berufsleben weniger als zehn Frauen mit einer Fehlgeburt gepflegt zu haben. Bei Dreien sind es zwischen zehn und zwanzig, weitere drei schätzen ihre Erfahrung auf mehr als zwanzig gepflegte Patientinnen. Eine Pflegende schätzt, gegen die hundert entsprechende Frauen gepflegt zu haben.

Keine der Befragten hatte zum Zeitpunkt der Interviews selber schon einmal eine Fehlgeburt und niemand der Befragten war zu einem Zeitpunkt selber schwanger, als sie

¹ Beim Pilotinterview testete ich, ob die vorbereiteten Fragen so verstanden wurden, wie ich sie gemeint hatte. Das Pilotinterview führte zu einer kleinen Veränderung des Fragenkatalogs.

eine Patientin mit einer Fehlgeburt pflegte. Eine Pflegende hat die Erfahrung einer drohenden Fehlgeburt gemacht.

3.2.2 Wahl der Interviewtechnik

Gemäss Polit und Hungler (1993) liegt die Stärke verbaler Erhebungsinstrumente in ihrer Direktheit, mit welcher sie sich den zu Untersuchenden nähert.

„Wenn wir wissen wollen, wie Menschen denken, fühlen oder was sie glauben, besteht der direkteste Weg um die Information zu sammeln darin, sie darüber zu befragen“ (S.206).

Mayring (1993a,) begründet diesen Sachverhalt so:

„Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muss hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen; sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte“ (S.45).

Damit die Mitarbeiterinnen auch wirklich selber möglichst frei zu Wort kommen konnten, dabei das Gespräch aber trotzdem auf die Forschungsfragen zentriert blieb, wählte ich die Form des Problemzentrierten Interviews. Als Kompromiss zwischen leitfadensorientierter und narrativer Gesprächsform dient der Leitfaden einer knappen, thematischen Orientierung (Hopf 1991). Beim Problemzentrierten Interview kann der Interviewer, wenn es für die Themenstellung oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens bedeutsam ist, zudem spontan „Ad-hoc-Fragen“ einschieben (Mayring 1993a).

Somit verwendete ich ein teilstrukturiertes, offenes Interviewverfahren.

3.2.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden innerhalb von drei Wochen, mit einer Ausnahme alle am Arbeitsplatz der Teilnehmerinnen, meist in einer Randstunde, in einem separaten Raum durchgeführt. Für die Durchführung benutzte ich die vorbereitete Einführung sowie den Fragenkatalog (Anhang D1 & D2, S.104/105). Mit dem Einverständnis der Interviewpartnerinnen konnte ich alle Gespräche auf Tonband aufzeichnen.

Die Interviews dauerten zwischen dreissig und 95 Minuten.

Die Gesprächsatmosphäre wurde nach einer kurzen Anwärmzeit in der Regel recht locker, so dass sich die Teilnehmerinnen relativ frei ausdrücken konnten.

Ich selber machte im Laufe der Interviews eine Entwicklung durch, indem ich mich am Anfang wesentlich stärker an den Fragenkatalog hielt als gegen Ende der Interviews.

Auch konnte ich mich bei den letzten Gesprächen wesentlich besser auf die Aussagen

der Teilnehmerinnen konzentrieren und wagte vermehrt, zusätzliche, klärende Fragen zu stellen.

3.3 Die nicht durchgeführten Beobachtungen

Um die in den Interviews gemachten Aussagen mit der Praxis vergleichen zu können und um zu überprüfen, ob die Angaben der Literatur, welche sich auf andere Länder bezogen, auch im beforschten Umfeld gültig sind, plante ich die Durchführung teilnehmender Beobachtungen. Von Anfang an war ich mir der folgenden methodischen Probleme bewusst:

Die betroffenen Patientinnen bleiben in der Regel nur etwa 24 Stunden im Spital. Meist sind sie emotionell sehr aufgewühlt.

- Würden sie durch meine Anwesenheit nicht weiter verunsichert?
- Würde sich der Ausdruck der innerlich verspürten Gefühle gegen aussen durch meine Anwesenheit nicht wesentlich verändern?
- Würden sich die Pflegenden in ihrem Beziehungsaufbau zu den Patientinnen in dieser speziellen Trauersituation durch meine Anwesenheit nicht massgeblich befangen fühlen?

Trotz der erwähnten Bedenken bereitete ich die Beobachtungsphase vor und war während drei Wochen abrufbereit.

Natürlich treten Frauen mit Abortcurettagen nicht regelmässig ein. Rein statistisch gesehen hätten in diesen drei Wochen etwas mehr als vier Patientinnen wegen einer Fehlgeburt eintreten müssen. Tatsächlich wurde aber niemand deswegen eingewiesen. In Anbetracht der methodischen Bedenken bei einer Beobachtung, der unterdessen bekannten Menge und Qualität der Interviewdaten und der fortgeschrittenen Zeit entschloss ich mich, auf die Beobachtungen zu verzichten.

4 Datenanalyse

4.1 Transkription

Um die Interviews ausführlich auswerten zu können, übertrug ich sie in die Schriftsprache. Speziell prägnante Passagen, welche in der Schriftsprache an Ausdrucksstärke verloren hätten, übernahm ich in Mundart.

Längere Denkpausen und Änderungen in Tonhöhe und Lautstärke, welche ich als für die Interpretation wesentlich erachtete, übernahm ich in das Protokoll.

Da ich die Fragen, gemäss den Vorgaben des Problemzentrierten Interviews, nicht immer genau gleich formulierte und auch Ad-hoc-fragen vorkamen, führte ich auch diese in der Verschriftung auf.

Inklusive Probeinterview¹ führte dies zu 69 Seiten Interviewprotokoll.

¹ Qualität und Quantität des Probeinterviews entsprachen denjenigen der folgenden Interviews so stark, dass ich es in die Analyse mit einbezog.

4.2 Wahl der Analysemethode: inhaltliche Strukturierung

Die vorliegenden Daten wertete ich mittels qualitativer Inhaltsanalyse, angelehnt an Mayring (1993b), aus.

Die qualitative Inhaltsanalyse will sprachliches Material (Texte) systematisch analysieren,

- indem sie das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet;
- indem sie im theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystem die Analyseaspekte vorher festlegt (Mayring 1993b, S.86).

Von den drei Grundformen Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung wählte ich die dritte.

Bei der Strukturierung unterscheidet Mayring wiederum vier Formen: die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung.

Die inhaltliche Strukturierung will Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen (Mayring 1993b, S.79).

Die inhaltliche Strukturierung erschien mir passend, um die unter der Haupt-Forschungsfrage differenzierten Unterfragen zu beantworten.

Im folgenden fasse ich die Arbeitsschritte, welche Mayring für diese Analyse vorgibt, kurz zusammen (Mayring 1993b, S.48-93).

Vorerst müssen die **Analyseeinheiten** bestimmt werden.

1. Die **Kodiereinheit** legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.

2. Die **Kontexteinheit** legt den grössten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
3. Die **Auswertungseinheit** legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.

Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch theoriegeleitet entwickelte Kategorien bestimmt.

Um die Kategorien regelgeleitet den Daten zuordnen zu können, sind folgende Schritte nötig:

1. **Definition der Kategorien:** Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.
2. **Ankerbeispiele:** Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter jene Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen.
3. **Kodierregeln:** Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.

Nach der Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems sollen die Daten paraphrasiert und dann nach den Regeln der Zusammenfassung gebündelt werden.

Bei der **Paraphrasierung** sollen:

- alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen gestrichen werden
- inhaltstragende Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt werden
- inhaltstragende Textstellen auf eine grammatikalische Kurzform transformiert werden

Bei der **Bündelung** sollen:

- die Paraphrasen auf ein ähnliches Niveau abstrahiert werden (generalisieren)
- Generalisierungen mit gleicher Bedeutung auf eine einzige Aussage reduziert werden
- Die übriggebliebenen Generalisierungen an den Daten rücküberprüft werden

4.3 Die Analyse

4.3.1 Die Analyseeinheiten

Als **Kodiereinheit** bestimmte ich ein einzelnes Wort.

Als **Kontexteinheit** wählte ich die Aussagen einer einzelnen Interviewpartnerin auf eine Frage, inklusive der Antworten auf allfällige Nachfragen, welche sich auf die erste bezogen.

Als **Auswertungseinheit** bestimmte ich das jeweils ganze Interview mit einer Teilnehmerin.

4.3.2 Die Kategorien

Die Kategorien bildete ich vorerst direkt aus den differenzierten Fragen, da ich ausser der Frage F) alle aus der Literatur ableitete¹. Im Laufe der Analyse ergaben sich aber weitere Kategorien aus den Daten, andere verschwanden wieder. Ankerbeispiele und Kodierregeln formulierte ich nur teilweise, was mir auch prompt einige Mehrarbeit einbrachte, als ich merkte, dass ich gewisse Kategorien zu wenig scharf voneinander abgegrenzt hatte und somit zuwenig konsistent kodierte.

Die Kodierung selber nahm ich mit Hilfe des auf einem modernen PC lauffähigen Computerprogramms ATLAS/ti vor, welches an der Technischen Universität Berlin unter der Leitung von Thomas Muhr entwickelt wurde. Die auf dem Hintergrund der Grounded Theory, der qualitativen Inhaltsanalyse und der Globalauswertung (Legewie) programmierte Software erleichtert die Kodierung und die weitere Bearbeitung der Kategorien in erheblicher Weise².

Die Zitatgrösse³ wählte ich oft recht gross, damit der im Zitat „mitgelieferte“ Kontext die Weiterbearbeitung der Kategorien vereinfachte. Damit erhielten viele Textstellen mehrere Kategorien zugeordnet.

Obwohl ich zu den Kategorien spezifische Fragen stellte, erhielt ich in den entsprechenden Antworten jeweils viele Informationen zu weiteren Kategorien.

¹ Mayring (1993b:48) selbst sagt: „Begrift man jedoch Theorie als System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand, so stellt sie nichts anderes als die geronnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand dar“. Auch Flick et al. (1991) bezeichnen die Fragestellung als Quelle für Kategorien.

² Selbstverständlich muss die intellektuelle Arbeit der Interpretation immer noch vom Forscher geleistet werden, das Programm bietet ihm dazu aber ein ausgezeichnetes Handwerkszeug.

³ Textbestandteile, welche ich einer bestimmten Kategorie zugeordnet hatte.

4.3.3 Paraphrasierung und Bündelung

Die Paraphrasierung der nach Kategorien geordneten Zitate fiel nicht sehr schwer. Die Abstrahierung der Paraphrasen bereitete mir mehr Mühe und gelang mir oft erst, wenn ich bei den Paraphrasen, bei welchen ich spürte dass sie zusammen gehörten, den gemeinsamen Nenner zu formulieren versuchte. Damit verband ich die zwei Schritte der Abstraktion und der Reduktion gewissermassen zu einem.

4.3.3.a Ein Beispiel

Um zu verdeutlichen wie die Analyse vor sich ging, beschreibe ich ein Beispiel.

Eine Interviewpartnerin machte folgende Aussage:

„Also es macht mich zum Teil betroffen, wenn jemand mehrmals kommt, dann macht es mich betroffen, wenn es für jemanden sehr sehr schlimm ist. Also wenn so ein Versagerdenken dahinter steht, dann ist es für mich auch schwieriger.“

Den vorliegenden Satz ordnete ich den drei Kategorien EIGENE GEFÜHLE, EIGENE PROBLEME und BEDEUTUNG FÜR DIE FRAU jeweils als Zitat zu.

| KATEGORIE | Paraphrase | Abstraktion |
|--|---|--|
| EIGENE GEFÜHLE (Die Gefühle der Pflegenden) | <ul style="list-style-type: none">• betroffen wenn jemand mehrmals kommt• betroffen wenn es sehr schlimm ist | emotionale Beteiligung höher: <ul style="list-style-type: none">• bei habituellem Abort• bei starker Betroffenheit der Mutter |
| EIGENE PROBLEME (Probleme der Pflegenden) | schwieriger bei Versagerdenken der Frau | Schwierigkeiten bei vermindertem Selbstwert der Frau |
| BEDEUTUNG FÜR DIE FRAU | Versagerdenken | Verminderter Selbstwert |

Die folgenden Zitatausschnitte

„... wahrscheinlich auch eine Art ein Versagergefühl für die Frau, was dann auch immer da mitspielt“.

„Je nach dem, es kann bis zu einem Selbstzweifel sein“.

„Es ist wie, eigentlich erleben sie das wie eigenes Versagen“.

erhielten mittels Paraphrasierung und Reduktion der bedeutungsgleichen Generalisierungen die Abstraktion „Verminderter Selbstwert“ unter der Kategorie „Bedeutung für die Frau“ zugeordnet.

Vor allem gegen Ende der Analyse, wohl durch die grössere Übung, begann ich teilweise schon beim Schritt der Paraphrasenbildung Abstraktionen zu bilden.

5 Gütekriterien

Ob überhaupt und wenn, in welchem Mass die klassischen Gütekriterien Validität (Gültigkeit; wird wirklich das gemessen was gemessen werden sollte) und Reliabilität (Zuverlässigkeit; ist die Messung stabil und genau) auch für die qualitative Sozialforschung gelten, scheint umstritten zu sein. Mayring (1993a) kritisiert die unangepasste Anwendung von Validität und Reliabilität in der qualitativen Forschung und plädiert für methodenspezifische Gütekriterien bei teilnehmender Feldforschung und bei der Einzelfallanalyse, sowie für sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung.

Die spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien nach Krippendorff beschreibt Mayring zwar ebenfalls (Mayring 1993b), doch sind die dort aufgeführten Prüfprozeduren so aufwendig, dass sie den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würden. Somit versuche ich, die oben erwähnten sechs für die qualitative Forschung allgemeinen Gütekriterien soweit möglich zu diskutieren (Mayring 1993a, S.109-112).

5.1 Verfahrensdokumentation

Das methodische Vorgehen muss bis ins Detail dokumentiert sein, um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar werden zu lassen. Dies betrifft die Erläuterung des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums und die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung.

Einschätzung:

Im vorliegenden Kapitel Methodologie scheint mir die Dokumentation des Vorgehens befriedigend gelungen zu sein. Mein Vorverständnis kommt in den Kapiteln Einleitung und Literaturbearbeitung zum Ausdruck (vgl. „Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer“ S.30).

5.2 Argumentative Interpretationsabsicherung

Da sich Interpretationen nicht durch Rechenoperationen beweisen lassen, müssen sie argumentativ begründet werden. „Negativfälle“ müssen Alternativdeutungen erfahren.

Einschätzung:

Die vorliegende Arbeit ist weitgehend deskriptiv, also nicht theoriebildend. Es gibt damit keine eigentliche „Negativfälle“. Meine Interpretationen, respektive Abstraktionen, habe ich durch Originalzitate der Interviews belegt.

5.3 Regelgeleitetheit

Qualitative Forschung muss zwar offen sein gegenüber ihrem Gegenstand; vorgeplante Analyseschritte müssen allenfalls modifiziert werden, um dem Gegenstand näher zu kommen. Aber auch die qualitative Forschung muss sich an bestimmte Verfahrensregeln halten.

Einschätzung:

Trotz gewissen Abweichungen im Analyseablauf (vergleiche weiter oben), schätze ich mein Vorgehen als weitgehend regelgeleitet ein.

5.4 Nähe zum Gegenstand

Gegenstandsangemessenheit wird in qualitativer Forschung vor allem dadurch erreicht, dass man möglichst nahe an der Alltagswelt der Beforschten anknüpft.

Einschätzung:

Als Mitarbeiter der Beforschten hatte ich eine ausgezeichnete Nähe zum Gegenstand der Forschung. Meine Lebenswelt deckte sich mit derjenigen der Beforschten zu weiten Teilen. Da die Interviewten wussten, dass ich die Bedingungen, in welchen sie arbeiten, aus eigener Erfahrung kenne, konnten sie sich während den Interviews voll auf die Vermittlung des Inhalts konzentrieren.

Gleichzeitig muss ich durch die Nähe zum Forschungsgegenstand auch damit rechnen, mit einer gewissen „Betriebsblindheit“ versehen zu sein, welche mich daran hinderte, objektiv zu urteilen. Eine Forschungspartnerin, welche aus einer anderen Institution stammt als derjenigen, in welcher die Untersuchung durchgeführt wurde, hätte diesen Nachteil kompensieren können.

5.5 Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit der Ergebnisse, also der Interpretationen, kann man auch überprüfen, indem man sie den Beforschten nochmals vorlegt und mit ihnen diskutiert.

Einschätzung:

Ich habe diese Arbeit drei der Interviewten zusammen mit der Transkription ihres Interviews vorgelegt und sie um ihre Bewertung der Analyse und der Schlussfolgerungen gebeten. Eine Pflegende dieser „Validierungsgruppe“ bildet sich berufsbegleitend zur Sozialarbeiterin weiter. Ich wählte sie aus, weil sie durch ihre Ausbildung die Ergebnisse der Arbeit besonders gut reflektieren kann. Eine weitere Befragte der „Validierungsgruppe“ erlebte kurze Zeit nach meinem Interview selber eine Fehlgeburt¹. Durch ihre ganz persönliche Betroffenheit war sie ebenfalls speziell in der Lage, die Arbeit zu bewerten.

In einem Gruppengespräch bestätigten die Teilnehmerinnen, dass die in ihrem Interview gemachten Aussagen in der Arbeit kontextgetreu zitiert und richtig interpretiert wurden. Weiter bestätigten sie, dass die zitierten Aussagen der anderen Befragten dem entsprechen, was sie in der täglichen Praxis selber beobachten.

Die Gedankengänge der Kapitel „Diskussion“ und „Schlussfolgerungen“ konnten von den Teilnehmerinnen der „Validierungsgruppe“ nachvollzogen und zum grössten Teil bestätigt werden. Die Verbesserungsvorschläge der Teilnehmerinnen zum Inhalt der erwähnten zwei Kapitel konnte ich in die Arbeit integrieren.

Der Inhalt des Anhang E, S.107, wurde von den Teilnehmerinnen der „Validierungsgruppe“ als hilfreich eingeschätzt.

5.6 Triangulation

Bei der Triangulation wird versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu entwerfen um dann die Ergebnisse zu vergleichen. Dies kann geschehen durch das Heranziehen verschiedener Datenquellen, unterschiedlicher Interpreten, Theorieansätze oder Methoden.

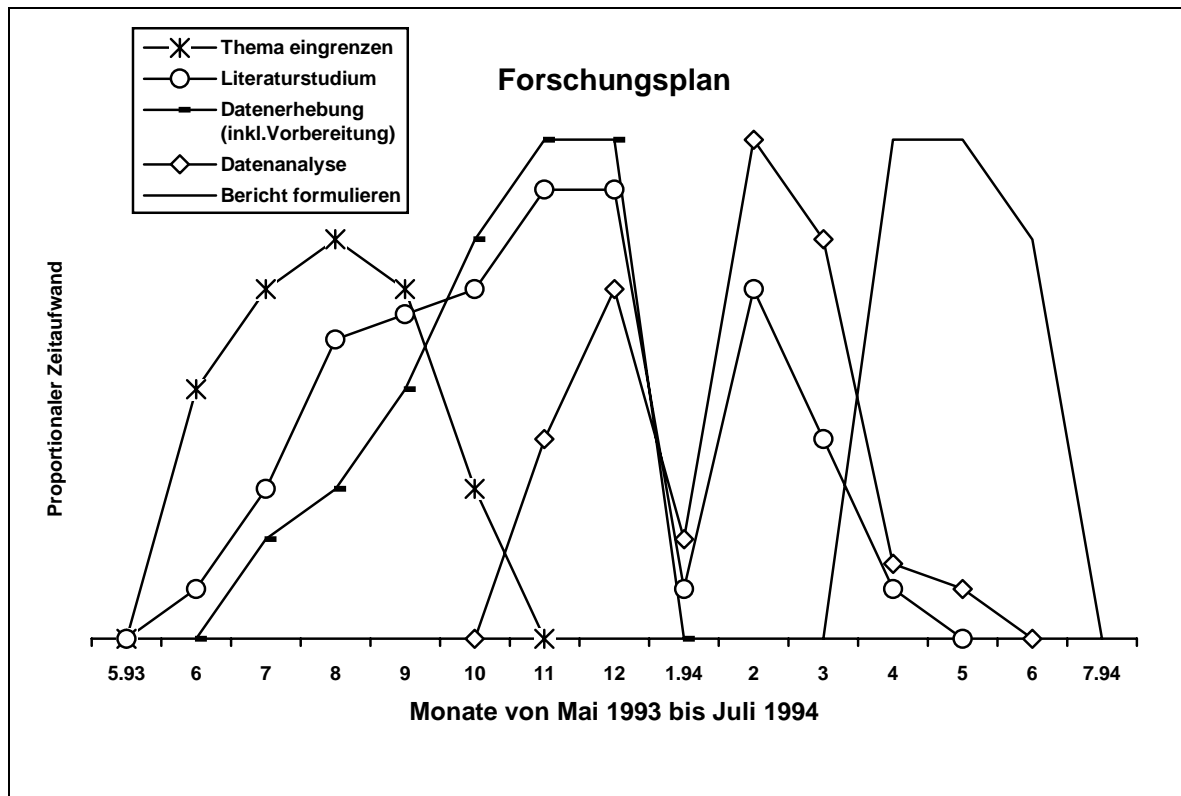
Einschätzung:

Eine Triangulation habe ich keine vorgenommen, da sie zu aufwendig gewesen wäre.

¹ Diese Informationen wurden mit ausdrücklicher Genehmigung der betroffenen Schwestern in die Arbeit aufgenommen.

6 Forschungsplan

Das folgende Diagramm zeigt den ungefähren proportionalen Zeitaufwand einzelner Phasen des Forschungsprozesses. Aus Gründen der Übersichtlichkeit habe ich die Phasen der Literatursuche und der Validierung der Ergebnisse nicht in das Diagramm aufgenommen. Das Diagramm wurde nicht auf Grund von genauen Zahlen erstellt, sondern rückwirkend aus der Erinnerung an den ungefähren Aufwand. Es zeigt auf, wie lange die Arbeit insgesamt gedauert hat. Deutlich ersichtlich ist auch die Tatsache, dass meistens mehrere Prozesse parallel ablaufen.



7 Kritik der Arbeit

- Die Interviewteilnehmerinnen arbeiten alle im selben Spital. Dadurch können Schlussfolgerungen für die Pflegenden anderer Betriebe nur bedingt gemacht werden.
- In Interviews tendieren die Beforschten dazu, sozial erwünschte Antworten zu geben. Insbesondere die geschilderten Handlungen hätten nur durch Beobachtung verifiziert werden können. Aus den erwähnten Gründen wurde dies unterlassen (vgl. „Die nicht durchgeführten Beobachtungen“ S.47).
- Es ist nicht auszuschliessen, dass meine männliche Perspektive, gerade bei einem solch weiblichen Thema, zu Wahrnehmungs- und Einschätzungsverzerrungen geführt haben kann.
- Den theoretischen Rahmen habe ich erst bestimmt, nachdem das Forschungsdesign festgelegt war. Dieses wurde also nicht aus dem theoretischen Rahmen direkt abgeleitet.
- Grosse Teile der bearbeiteten Literatur inklusive der Quellen für den theoretischen Rahmen standen nur in englischer Sprache zur Verfügung. Da meine Englischkenntnisse nicht professionell sind, kann ich sprachliche Verzerrungen durch die Übersetzung nicht ausschliessen.

V. Kapitel: Resultate

1 Die Wahrnehmung der Frauen und deren Umwelt durch die Pflegenden

1.1 Die Frauen

1.1.1 Die allgemeine Bedeutung für die Frauen

Die Pflegenden schätzen eine Fehlgeburt für die Frauen als ein normalerweise **psychisch gravierendes Ereignis** ein. Es sei psychisch nicht einfach zu verkraften, gar ein psychisches Trauma, durch welches die Frauen überrumpelt und erschreckt würden.

„Das war für sie fast ein Weltuntergang, ... und es war für sie und ihn ganz schlimm.“
meinte Schwester C. beispielsweise. Dass ein Abort auch körperlich eine einschneidende Erfahrung sein kann, wurde nur von der Pflegenden D. in einem Nebensatz erwähnt:

„Beim Eintrittsgespräch fragt man ja häufig nach Blutung oder Schmerzen.“

Dass die betroffenen Frauen einen **Verlust** erlitten, etwa eines Kindes oder einer Hoffnung und Freude, erwähnten die Befragten mehrmals. Schwester C.:

„... du baust doch eine Beziehung auf zu so einem Kind, ... du weisst, es ist mein Kind, ein Teil von mir und du verlierst dann das, oder die Frau verliert einen Teil von sich.“

Die **Plötzlichkeit** der Situation für die Frauen wurde ebenfalls wahrgenommen.

Schwester K. drückte sich so aus:

„... man erwartet dann, ja man freut sich auf die Geburt und in dem Moment in dem dann so etwas eintrifft, ist es dann eben ein Schock, wenn es die Leute in dem Moment nicht unbedingt erwarten. Das trifft ja plötzlich ein und das dumme ist dann irgendwie der krasse Übergang, weil sie es nicht erfassen können. Sie können sich auf das ja nicht vorbereiten.“

1.1.2 Wie sich die Frauen fühlen

Die Interviewten erkannten, dass eine Fehlgeburt mit vielen Gefühlen verbunden ist. Sechs Befragte erkannten bei den meisten Patientinnen **Trauer**, welche auch als innerer Schmerz bezeichnet wurde und teilweise zu Depressionen führen könne.

Angst und damit verbundene Unsicherheit wurde offenbar bei vielen Frauen beobachtet. Angst, keine Kinder bekommen zu können, vor allem nach mehreren Fehlgeburten, Angst, nicht mehr schwanger werden zu können, aber auch Angst vor dem Spital und dem Eingriff wurden erwähnt. Schwester H. meinte zudem:

„Ja dann halt auch die Angst, dass es ein nächstes Mal wieder so herauskommen kann.“

Ein **Verminderter Selbstwert** durch das Gefühl des Versagens, durch Schuldgefühle und Selbstzweifel wurde ebenfalls mehrmals beobachtet. Schwester F. sagte:

„Viele entwickeln dann eine Psychose und das dreht sich immer wieder darum. Die kommen ja gar nicht so richtig heraus aus dieser Fragerei. Und es dreht sich immer nur darum: 'Ich bin ja die Schuldige!'“

Durch all die negativen Gefühle empfanden einige Interviewte die betroffenen Frauen als teilweise hilflos, ratlos oder sogar verzweifelt. Andererseits wurden aber auch Patientinnen beobachtet, welche sogar froh zu sein schienen oder mindestens **Gelassenheit** zeigten. Dazu die Pflegende A.:

„... und andere sagen sich: 'Ja also das ist jetzt das erste Mal gewesen und das wird kein Problem sein, um doch einmal ein Kind zu haben.'“

1.1.3 Wie die Frauen mit der Situation umgehen

Dass das **Zeigen der Trauer** wesentlich für die Frauen zu sein scheint, wurde mehrmals gesagt. Weinen oder Seufzen als Reaktion der Patientinnen wurde beinahe von allen Interviewten erwähnt. Auch das „darüber reden“ sprachen die meisten in irgendeiner Form an. Schwester F. meinte:

„Dadurch dass sie das mitteilen, verarbeiten sie es dann auch besser.“

Dass dies aber nicht alle Frauen tun, oder es ihnen zumindest schwer fällt, wurde ebenso gesagt. Rückzug und Distanz zu den Pflegenden wurden als starke Form des **Unvermögens, die Trauer zu zeigen**, erwähnt. Die nicht offen gezeigte Trauer schilderte Schwester K. so:

„... du kannst es auch äusserlich sehen, wenn sie in Tränen ausbrechen, oder, ich meine, es muss nicht nur innerlich ablaufen. Das kannst du auch beobachten. Aber es ist dann eben schon eher stille Trauer, welche ich erlebe bei den Menschen. Es wird ja nicht so offiziell gezeigt, oder.“

Neben dem Zeigen der Trauer wurden auch verschiedene Formen geschildert, wie sich die Frauen **selber trösten**. Etwa damit, dass sie ja schon Kinder hätten, oder dass das Kind sowieso nicht lebensfähig gewesen wäre. Pflegende H.:

„... die sich dann aber auch irgendwie an dem festgeklammert haben, dass es ja sowieso nicht lebensfähig gewesen wäre: ‘Dann ist es vielleicht besser, dass es jetzt passiert ist und nicht erst in zwei oder drei Monaten.’“

Die **Suche nach dem Sinn** der Fehlgeburt ist ein ebenfalls mehrfach beobachtetes Merkmal. Sei dies in der einfachen, immer wiederkehrenden Frage nach dem „warum“ oder in der tiefen religiösen Auseinandersetzung, dass der Abort einen Sinn haben muss. Schwester F. dazu:

„Es gibt auch Patientinnen, die religiös sind ... und wissen das ist jetzt Gottes Wille und dann damit umgehen können. Das gibt es eben auch.“

Dass auch **Aggression** als Reaktion auftreten kann, wird mehrmals erwähnt. So etwa in Form von Wut gegen das Pflegepersonal und die Umwelt. Schwester C. dazu:

„Wut! Auf irgend etwas; auf irgend jemanden. Vielleicht die ein, zwei, drei Tage von da an wo man es weiss bis dann wenn es vorbei ist.“

1.1.4 Längerfristige Auswirkungen

Als längerfristige Auswirkungen gab ein Teil der Interviewten **Partnerschaftsprobleme** an, welche sogar zum Bruch der Beziehung führten. Pflegende A. meinte:

„Aber was ich schon erlebt habe, das ist auch bei mir in der Familie so gegangen, dass dann die Partnerschaften Probleme haben. Also dass sie sich effektiv mit dem Partner zerstritten haben, dass es dort Spannungen gegeben hat. Dass es ein Frust gewesen ist, ... und dann also einfach auch Partnerschaften auseinandergegangen sind deswegen.“

Wie auch bei der Pflegenden A., machten die anderen Befragten ihre Angaben zu den längerfristigen Auswirkungen auf Grund von Beobachtungen in ihrem eigenen privaten Umfeld oder aus Büchern oder Zeitungsartikeln, welche sie gelesen hatten. Dabei wurde auch erwähnt, dass eine Fehlgeburt längerfristig zu einer **Stärkung der Partnerschaft** führen könne.

1.2 Die Umwelt

Befragt nach der Bedeutung einer Fehlgeburt für die Umgebung der Patientin, wurde ich praktisch immer darauf hingewiesen, dass die Frauen wegen des kurzen Aufenthalts meist nur von ihren Partnern besucht würden. Deshalb bewerteten die Pflegenden nur die Bedeutung der Fehlgeburt für die Partner. Die Aussagen zu den Partnern ergaben

praktisch dieselben Abstraktionen wie bei den Frauen selber. Deshalb erwähne ich im folgenden nur die für die Partner speziellen Anteile.

Die Partner scheinen in der Situation, in welcher ihre Frau/Freundin einen Abort hatte, gemäss den Befragten vor allem entweder aus Hilflosigkeit gar nicht zu reagieren oder dann eine tröstende, einfühlsame, liebevolle und stützende Rolle zu übernehmen.

Partner, welche eigene Trauer gegen aussen zeigten, wurden kaum beobachtet. Damit scheinen sie eine typische **Männerrolle** einzunehmen. Schwester C. erlebte einen Partner so:

„Die Frau, welche ich vorhin erwähnte, da habe ich den Mann gesehen, den hat es auch sehr betroffen gemacht, aber er hat sich recht stark gegeben. Ich will nicht behaupten, dass er das gewesen ist. Aber er konnte sie recht stützen und war sehr einfühlsam.“

Dass die Partner dabei in einen Konflikt geraten könnten, schilderte die Pflgende H:

„Wenn es nicht das erste Kind ist, dann müssen sie sich plötzlich zu Hause alles organisieren. Sie wissen nicht recht, wo jetzt ihre Rolle ist; ob sie jetzt möglichst lange hier bleiben sollen oder zu Hause besorgt sein, dass es irgendwie läuft.“

1.3 Die Annahmen der Pflgenden über Faktoren, welche das Erleben beeinflussen

Die Pflgenden erwähnten vor allem drei Faktoren, welche einen Einfluss auf das Erleben der betroffenen Frauen ausüben würden.

Bei **vorhandenen Fertilitätsproblemen** wird angenommen, dass eine Fehlgeburt schwerer wiegt. Schwester C.:

„Mich dünkt es, es ist immer schlimm. Aber wenn du probierst alle Hebel in Bewegung zu setzten – ich weiss jetzt von zwei Paaren welche zwischen Basel und Baden hin und her „speeden“ und jeden Tag eine Spritze fassen gehen und unbedingt ein Kind möchten. Ich meine, das ist ihre Sache Aber wenn du auf die Art und Weise schwanger wirst und es dann verlierst, stelle ich mir vor, ist es noch viel schlimmer, als wenn du natürlich schwanger geworden bist und das Kind verlierst und reelle Chancen hast, wieder schwanger zu werden.“

Einige Befragte nehmen auch an, dass die **Schwangerschaftsdauer** eine Rolle spielt.

Schwester I. dazu:

„ ... weil es darauf ankommt, wie lange die Schwangerschaft gedauert hat ... und wenn sie dann schon Kindsbewegungen gespürt hat, ist das dann schon happig. ... je länger es gedauert hat, desto schwieriger ist es. Weil, desto mehr hast du dich identifiziert mit dem Kind, welches wächst.“

Dass die Situation durch **vorhandene Kinder** weniger gravierend ist, wird ebenfalls mehrfach angenommen. Schwester G. meinte:

„Ich denke, wenn sie schon Kinder haben, ist es zwar schon schwer, aber doch ein bisschen einfacher. ... ich denke, sie haben eine Aufgabe und von daher ist es einfacher für sie, auch die Ablenkung, welche sie haben. Dass es für sie viel einfacher ist.“

Die Pflegende K. bemerkte:

„Und es ist mir manchmal noch eine Hilfe, wenn ich weiss dass die Familie schon Kinder hat, dass schon etwas da ist. Das ist dann ganz ein anderer Umgang auch.“

2 Die Relevanz von psychosozialen Fragen in der Pflege im Gegensatz zum medizinischen Management

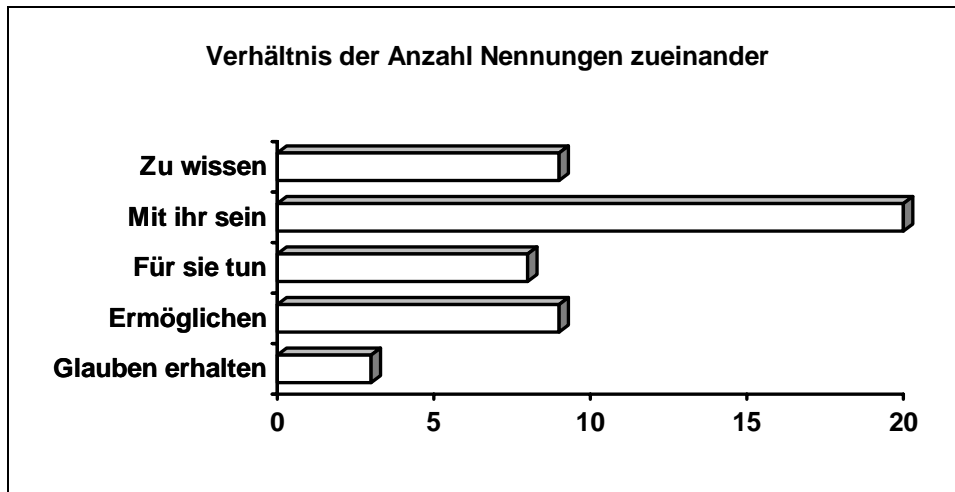
Wie im IV. Kapitel: Methodologie beschrieben, erwähnte ich während der Informationsphase die Konzentration auf die psychosozialen Aspekte meiner Untersuchung nicht. Auch den Einstieg ins Interview gestaltete ich so, dass völlig offen blieb, worauf ich mich bei meiner Forschung speziell ausrichtete. Trotzdem gaben alle Befragten auf die zwei ersten Fragen nach der persönlichen Bedeutung der Fehlgeburt und nach etwas, was ihnen bei der Pflege dieser Patientinnen speziell wichtig ist, eine Antwort, welche psychosoziale Aspekte betraf. Auch während dem weiteren Verlauf der Interviews wurden kaum Aspekte erwähnt, welche sich auf das medizinische Management beziehen. Die folgende Aussage von Schwester C. soll den Grundtenor der Antworten zeigen, welche ich erhielt.

„Dass ich versuche, das Gespräch anzubieten. Dass ich probiere, den Frauen die Möglichkeit zu geben, mit jemandem zu sprechen. Und dass sie merken, dass sie bei jemandem sind, der das versteht. Das ist nicht einfach so Routinepflege. Es ist ganz wichtig, dass man versucht auf die Frauen einzugehen. Noch viel wichtiger als bei anderen Patienten. Es ist mir wichtig, dass ich probiere, mit den Patienten auch eine Beziehung aufzubauen und nicht einfach schnell komme um den Blutdruck zu messen und dann gehe ich wieder und dann macht die Nächste wieder etwas anderes. Da dünkt es mich besonders wichtig, dass die Frauen eine Bezugsperson haben.“

Wie beim obigen Zitat ersichtlich, beschrieben die Pflegenden das, was ihnen wichtig ist, meistens in Form von Handlungen. Deshalb bildete ich eine Kategorie HANDLUNGEN, zu deren weiterer Analyse ich die im Kapitel III beschriebene Theorie des „Caring“ von Swanson beizog (vgl. „Swansons Theorie des „Caring“ S.35). Die Handlungen konnten nach der Paraphrasierung den verschiedenen Caring-Prozessen zugeordnet werden (vgl. „Paraphrasierung und Bündelung“ S.52). Das folgende Diagramm zeigt die Anzahl Nennungen zu den Prozessen im Verhältnis zueinander. Dabei geht es mir nicht um die absoluten Zahlen, sondern darum, die Tendenz aufzuzeigen. Es muss auch berücksichtigt werden, dass dies keine von mir beobachteten, sondern mir erzählte Handlungen sind. Sie sind Ausdruck dafür, was die Pflegenden als theoretisch wünschbar ansehen.

All die täglichen Tätigkeiten wie Essen bringen, Vitalfunktionen überwachen, Infusion wechseln, bei der ersten Mobilisation nach dem Eingriff helfen und so weiter, wurden,

wohl weil sie als so selbstverständlich gelten, kaum erwähnt. Vermutlich ist dies der Grund für die geringe Anzahl Nennungen beim Prozess FÜR SIE TUN. Das Ergebnis von Beobachtungen hätte vermutlich eine andere Verteilung gezeigt.



2.1 Zu wissen:

Definition: Sich bemühen zu verstehen, welche Bedeutung / welchen Sinn ein Ereignis im Leben des Anderen hat.

Schwester B. sagt:

„Ich bin wie sensibler. Ich nehme jemanden sehr wahr, wenn man ihn am Wochenende beispielsweise selber abholen geht oder so.“

„Meistens sage ich dann zum Beispiel ... : ‘Wie geht es Ihnen jetzt?’ oder ‘Ist es schwer?’ oder versuche sie auf irgendeine Art auf das anzusprechen.“

Auch die Pflegende A. versucht, Vorannahmen zu vermeiden:

„ ... dass ich am Anfang einmal abwarte, in welchem Zustand dass die Patientin kommt, es ist ja nicht immer gleich.“

2.2 Mit ihr sein:

Definition: Emotionell beim Anderen präsent sein.

Handlungen des Caring-Prozesses MIT IHR SEIN wurden weitaus am häufigsten genannt.

Schwester A.:

„... sicher auch gut, dass man dann nicht sehr euphorisch in diese Zimmer kommt und lacht und so ist wie immer, sondern dass man sich eben auch auf einen gewissen Pegel runter bringt.“

„Also ich möchte dann möglichst nahe an ihren Gefühlen sprechen. Dann versteht sie es auch am besten.“

Schwester F. drückt ihre Verfügbarkeit so aus:

„Oft schweige ich auch wenn sie weint. Dann halte ich ihr die Hand und sage: ‘Ich bin bei Ihnen.’“

Ganz ähnlich die Pflgende K:

„Indem ich dann vielleicht einfach einmal die Hand halte und gar nicht viel sage.“

Schwester G. geht so vor:

„Ich sage ihnen, dass wenn etwas ist oder wenn sie das Gefühl haben, dass sie jemanden brauchen, sie sich jederzeit melden dürfen. Und ich gehe auch zwischendurch nachsehen, wie es ihnen geht.“

2.3 Für sie tun:

Definition: Das für den Anderen erledigen, was sie für sich selbst tun würde, wenn sie es könnte.

Die Pflgende A. versucht folgendermassen, zu Patientinnen mit einer Fehlgeburt zuvorkommend zu sein:

„... wenn irgendwelche speziellen Wünsche sind einer Patientin, oder wenn irgend etwas Ausserordentliches ist, vielmehr damit umzugehen, darauf einzugehen, wo man vielleicht bei einem anderen Patienten längstens abgeblockt hätte und gesagt hätte: ‘Also das wird bei uns einfach so gehandhabt und wir machen das nicht anders.’ Wo man vielleicht Ausnahmen macht.“

Schwester F. versucht sich ebenfalls den Bedürfnissen anzupassen:

„Sie weiss, sie darf sich melden wenn sie das Bedürfnis hat. Wenn sie das Bedürfnis hat, ich soll bei ihr bleiben, dann bleibe ich bei ihr. Wenn sie allein sein will, ist auch das gut. Das was für sie im Moment das wichtigste ist, das akzeptiere ich voll.“

Schwester K. erwähnt die alltäglichen Hilfeleistungen in einem Nebensatz:

„Sie haben die Infusion und die kommt dann ja auch bald weg. Und man bettet oder fragt, was sie brauchen oder so, ... „

2.4 Ermöglichen

Definition: Dem Anderen bei Lebensübergängen und dem Durchleben von ihm fremden Ereignissen helfen.

Die Pflegende C. erlaubt Gefühlsausbrüche der Frauen:

„Ich denke mir, wenn du irgendwie mit einem gebrochenen Bein im Spital liegst, dann kannst du dir ein wenig Mühe geben, dass du dich ein wenig anständig benimmst. Aber die Frauen haben etwas Schlimmeres erlebt und die benehmen sich einfach so, wie es ihnen drum ist. Da muss man auch einmal akzeptieren, wenn eine Frau ausflippt.“

Schwester F. scheint auch mit Aggressionen zurecht zu kommen, welche gegen sie gerichtet sind:

„Und dann muss ich es auch nicht persönlich nehmen. Weil ich weiss, dass es ein Hilferuf ist im Prinzip. Oder Wut – das soll sie rausbringen, auch wenn es mich gerade betrifft, dann kann ich standhalten, weil ich es mir so erklären kann; das ist ein junger Mensch, der einfach mit der Situation nicht fertig wird und nur so reagieren kann.“

Schwester F. war die einzige, welche die Informationsvermittlung als für die Patientin wichtig erwähnte:

„Es kann auch verschiedene Ursachen haben. Ich glaube, es ist auch wichtig, dass sie selber weiss, welche Ursache das es sein könnte. Eine Infektion, ein Virus, eine bakterielle, es kann alles mögliche sein. Und ich meine, dass wenn sie so fragen, kann ich ihnen das auch vermitteln, das Wissen das ich habe. ... dass sie sich vielleicht selbst etwas herausnehmen können.“

2.5 Glauben erhalten

Definition: Das Aufrechterhalten des Glaubens an die Fähigkeiten des Anderen, Ereignisse und Übergänge zu überwinden und einer sinnvollen Zukunft entgegenzusehen.

Handlungen, welche den Caring-Prozess GLAUBEN ERHALTEN betreffen, wurden nur dreimal genannt.

Die Pflegende C. sagte beispielsweise:

„... versuche auch zu sagen, dass es etwas ist, was häufig gemacht wird. Dass es nicht heisst, dass man nachher keine Kinder mehr haben kann.“

3 Die Bedeutung des Körpers des verlorenen Kindes für die Pflegenden und deren Wissen, was damit passiert

Um von den Pflegenden zu erfahren, welche Bedeutung der Körper des verlorenen Kindes für sie hat und wie weit sie wissen, was damit passiert, stellte ich ihnen die folgenden Fragen:

„Welches Wort oder welchen Begriff benützt Du für „das“, was bei einer Fehlgeburt verlorenght?“

„Sprichst Du mit den Patientinnen über das _____ oder sprichst Du nicht mit ihnen darüber?“

„Was glaubst Du, passiert mit dem _____, wenn es fehlgeboren ist?“

Die Pflegenden scheinen teilweise zu unterscheiden, ob sie mit der Mutter oder untereinander über das Kind sprechen. Die meisten geben an, der Mutter gegenüber den Begriff „Kind“ zu brauchen. Die Pflegende A. begründet dies so:

„... für mich hat dann ein Fachwort ... zuwenig Bedeutung, auch für die Frauen. ... es ist ja ihr Kind, welches verlorengegangen ist.“

Ganz ähnlich Schwester C:

„Ich weiss, dass man vom Fachgebiet her vom Fötus spricht. Aber ich habe noch nie eine schwangere Frau erlebt, welche gesagt hätte, ich trage einen Fötus in mir. ... Von daher glaube ich, dass ich den Begriff Kind brauche.“

Weshalb beim Gespräch unter Fachpersonen eher Begriffe wie „Fötus“ oder „Schwangerschaft“ gebraucht werden, begründen die Pflegenden nicht.

Auf die Frage, ob sie mit den Frauen über die Kinder sprechen, gaben drei Befragte an, dass sie kaum mit den Patientinnen darüber sprechen würden. Bei den restlichen fällt auf, dass inhaltlich darüber gesprochen wird, wie es gewesen wäre, wenn das Kind weitergelebt hätte, oder in welcher Schwangerschaftswoche die Fehlgeburt stattgefunden hat.

Die Pflegende B. erzählt beispielsweise:

„Ich mag mich auch erinnern, dass es Patientinnen gegeben hat, welche sagten: ‘Wir haben uns so gefreut auf das Kind.’ Ein Stück weit erzählte sie auch die Phantasien, was das für ihre Familie bedeutet hätte und da beteiligt man sich auch ein wenig daran.“

Darüber, was mit dem verstorbenen Kind passiert oder passiert ist, wird offenbar überhaupt nicht gesprochen. Die ursprünglich ungeplante Frage, ob die Patientinnen die Pflegenden nie danach gefragt hätten, was mit den Kindern passiere, verneinten alle acht danach Befragten.

Die Frage nach dem Verbleib des verlorenen Kindes an die Pflegenden selber löste mehrmals Verlegenheitsreaktionen wie Lachen, Entschuldigungen und längere Pausen aus. Zwei Befragte erwähnen die Tatsache, dass viele Frauen ihr Kind zu Hause verlieren und die Curettage nur noch der Entfernung des restlichen Gewebes dient.

Schwester D.:

„Wobei es oft auch so ist, dass das Ereignis schon passiert ist. Dass es vielleicht in der Toilette ist oder einfach als starke Blutung für sie mit Hautfetzen wahrnehmbar und es dann eigentlich nur noch eine Auskratzung ist“.

Sechs der Interviewten wissen oder nehmen an, dass „es“ in die Pathologie kommt. Was danach damit passiert, wurde meist nur in Form von Vermutungen geäußert, welche oft erst durch ein Nachfragen meinerseits zu erfahren waren. Schwester A. nach einer längeren Denkpause:

„Also ich nehme jetzt einmal an, aber das ist eine reine Vermutung, ich könnte jetzt nicht sagen dass das so ist, ähm – ist wahrscheinlich dass man das einfach entsorgt. Also dass man das so wie jetzt die Nachgeburten im Gebärsaal oder so, dass man das effektiv entsorgt. So hart das tönt.“

Die Pflegende I.:

„Ich glaube, das wird irgendwie vernichtet, wie alles was aus dem OPS kommt.“

Drei Interviewte erwähnen eine mögliche Verwendung für die kosmetische Industrie oder die Forschung, nehmen jedoch an, dass dies in ihrem Spital nicht geschieht. Die Möglichkeit einer Beerdigung ab einem bestimmten Zeitpunkt der Schwangerschaft wird von zwei Pflegenden angesprochen. Dass der Verbleib des Kindes für die Mutter oder die Eltern von Bedeutung sein könnte, wird nur von Schwester A. erwähnt. Sie berichtet, in diesem Fall allerdings von einer frühen Totgeburt, bei der den Eltern von einer Erdbestattung „wegen den Umständen“ abgeraten wurde:

„Also sie haben sich dann umentschlossen und das Ganze hat dann nicht stattgefunden. Aber sie hätten es eigentlich so formuliert gehabt. Aber mit Gynäkologen und Hebammen und so ist dann das ganze (Pause) haben sie es dann anders gemacht. ... hat man es dann entsorgt, ja. Also irgendwie ein bezugsloses Verlorengehen von dem Kind, also – für mich

auch unverständlich, wie das gelaufen ist (Pause). Es gibt wahrscheinlich auch mehr Umtriebe, wenn man dann so eine Bestattung will.“

Die Pflegende C. schildert ihr Erleben, nachdem eine Patientin ihr Kind auf der Station verlor:

„Sie war auf dem Topf und hat dann das Kind verloren in den Topf, und sie hat es dann selber in einen Hygienebeutel getan. Es war sicher handgross, so 15 cm etwa. Dann bin ich mit dem in den Ausguss. Dann ist die Hebamme gekommen, dann hat man es in eine Lösung gelegt und dann ist die Hebamme mit dem weiss ich wohin. Und dann haben wir auch nichts mehr gehört – von dem.“

4 Die Kriterien der Pflegenden zur Unterscheidung der Patientinnen hinsichtlich der psychosozialen Pflege

Auf die Frage, ob die Patientinnen unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich der Pflege hätten, wurde generell gesagt, die Unterschiede lägen in der psychischen und nicht in der körperlichen Betreuung. Die Pflegende D. beispielsweise:

„Also jetzt rein Pflorgetechnik ist immer die gleiche. Von der Betreuung her ist es unterschiedlich, je nach psychischem Zustand der Patientin.“

4.1 Die Strategien der Unterscheidung

Auf Grund der Antworten auf die Frage, wie sie die Unterschiede des Pflegebedarfs im psychischen Bereich denn feststellen würden, bin ich auf ein Grundschema gestossen, nach dem sich die Pflegenden offenbar orientieren (vgl. folgende Abbildung). Ich bin mir bewusst, dass das Schema sehr mechanisch ist und in der Wirklichkeit wohl noch mehr Faktoren die Entscheidung für Nähe oder Distanz beeinflussen.

Als erstes achten die Pflegenden darauf, ob die Patientin alleine ist, oder ob sie Besuch vom Partner oder der Familie hat. Wenn die Frau alleine ist, wenden die Pflegenden drei Strategien für die Unterscheidung an.

Bei der ersten wird die allgemeine Haltung der Frau, also das was sie von sich aus sagt, wie sie sich gibt, sowie ihre Körperhaltung eingeschätzt. Auf Grund dieser Informationen entscheidet die Pflegende, ob die Patientin psychische Betreuung wünscht oder nicht. Eine der Befragten meinte:

„Ich finde, die Körpersprache sagt eigentlich noch viel aus, wie das Problem angefasst wird. ... also ja, ich merke jeweils schon ein wenig. (Lacht.) Oder ich hoffe richtig zu merken, wie die Situation ist.“

Bei der zweiten Strategie wird neben der Einschätzung der allgemeinen Haltung auch ein indirektes Gespräch mit der Patientin als Entscheidungshilfe eingesetzt. Bei diesem indirekten Gespräch unterhalten sich die Pflegenden mit der Patientin über die Fehlgeburt, achten darauf, wie offen sie ist und entscheiden dann, ob die Frau ihre Anwesenheit, weitere Gespräche oder Trost möchte. Diese Strategie ist mir bei den Interviews am häufigsten begegnet. Die Pflegende B. meinte:

„Wenn ich das Gefühl habe, die Patientin möchte das und irgendwelche Signale gibt, dann ist mir wichtig, sie auch auf der psychischen Ebene zu begleiten. ... Meistens sage ich dann zum Beispiel ... : ‘Wie geht es Ihnen jetzt?’ oder ‘Ist es schwer?’ oder versuche sie auf irgendeine Art auf das anzusprechen. Und wenn sie auf das reagiert, dann gehe ich weiter und wenn ich das Gefühl habe, dass sie sich zurückzieht, dann bohre ich eigentlich auch nicht. Ausser wenn sie dann vielleicht trotzdem wieder so seufzt oder doch heult, dann probiere ich nochmals. Also in der ganzen Art wie sie auch im Bett ist und wenn sie eben mit dem Walkmen über den Ohren oder fest in ein Buch vergraben ist, würde für mich vielleicht eher heissen: ‘Ich will nicht’ oder ‘Ich will alleine sein’ oder ‘Ich muss mich im Moment noch ablenken’ oder so.“

Schwester D.:

„Man merkt es eigentlich schon, wie es nachher werden wird. Also die Haltung der Patientin merkt man glaube ich relativ rasch auf Grund ihrer Äusserungen. Eben beim Eintrittsgespräch fragt man ja häufig nach Blutung oder Schmerzen. Und dort dünkt es mich, ich weiss nicht wie ich es sagen soll, dort merkt man es vielen Patientinnen an, wie tief es geht oder wie schlimm es für sie ist. Ich habe schon das Gefühl, man merkt es relativ am Anfang, wie fest es jemanden belastet. ... Ich betreue die Patientin, wenn ich merke, dass es ihr nicht gut geht. ... Ich passe die Betreuung dem an, was ich von der Patientin empfangen. Also versuche ich.“

Schwester H.:

„Manchmal habe ich auch das Gefühl gehabt, sie brauchen vielleicht auch mal Zeit um alleine zu sein um wirklich selber damit fertig zu werden. ... Ich denke eher, dass man normalerweise so irgendwie etwas fragt, einmal auf die Situation einzugehen versucht und dann merkt man schnell, wenn mehr kommt, kann man dort einhaken.“

Bei der dritten Strategie wird neben der Deutung der allgemeinen Haltung und dem indirekten Gespräch auch das direkte Gespräch eingesetzt, bei dem die Patientin gefragt wird, ob sie sich aussprechen mag und welche anderen Bedürfnisse sie hat. Die Pflegende A.:

„... dass sie es dann irgendwie verneinen das Ganze, oder dass sie ganz offen darüber reden können. Es dünkt mich dann eben wichtig, dass man sich diesen Bedürfnissen anpasst und die Patienten auch darauf anspricht, dass sie sich dazu äussern können.“

Schwester C.:

„Ich mag mich aber auch an eine Frau erinnern, welche ich hier betreut habe, die habe ich ganz konkret darauf angesprochen.“

Und Schwester F.:

„... sage zum Beispiel: ‘Möchten Sie jetzt in Ruhe gelassen werden?’ Oder ich sage es auch, wenn ich sehe, dass die Patientin bald weinen wird und es aber zurückhält: ‘Lassen Sie es nur einmal raus, das tut Ihnen gut. Sie müssen sich nicht schämen.’“

Wenn die Frau nicht alleine ist, wird von den Pflegenden allgemein sehr grosse Zurückhaltung geübt, vor allem wenn der Partner anwesend ist. Ist der Partner gemäss der Einschätzung der Pflegenden für die Frau eine Stütze, überlassen sie diesem die psychische Betreuung. Schwester B. fragt sich:

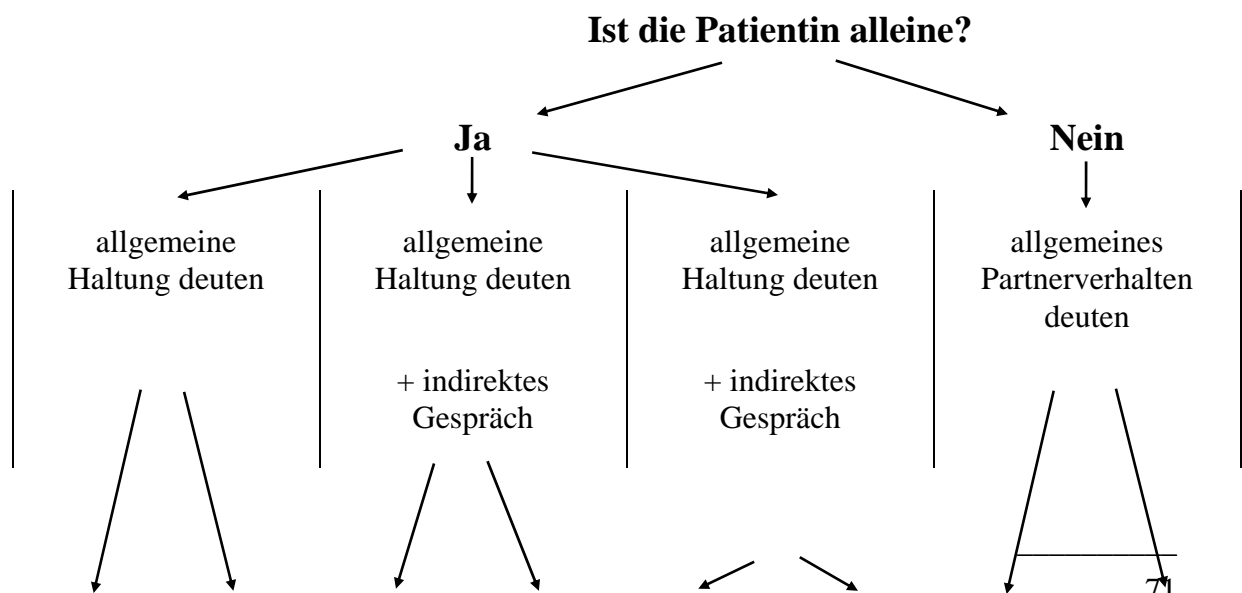
„... ist der Partner dabei?‘ Wenn ich merke, sie ist auch getragen, dann mische ich mich, dann halte ich mich draus.“

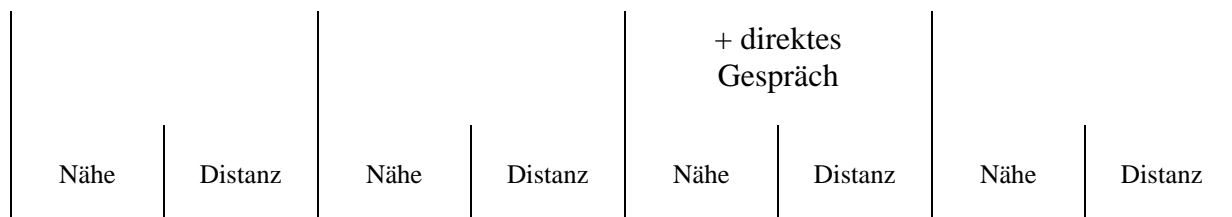
Die Pflegende I.:

„Wenn ich eine Frau übernehme und die hat Besuch von ihrem Mann und ich merke, die können das gut miteinander bewältigen oder die wollen das jetzt erst einmal zusammen bewältigen, dann braucht es mich vielleicht nicht so als Gesprächspartnerin oder als Ansprechpartner.“

Und Schwester K.:

„Je mehr eine Frau Besuch hat, beziehungsweise ich merke, dass sie gestützt ist, desto mehr ziehe ich mich zurück, weil sie mich dann nicht braucht.“





4.2 Wollen oder Können?

Bei der Auswertung der Daten ist mir aufgefallen, dass als Ergebnis der Interpretation der allgemeinen Haltung und der indirekten Gespräche durch die Pflegenden meistens Aussagen mit den Begriffen „wollen“ oder „können“ resultieren:

„Wenn ich das Gefühl habe, sie **wollen** ja gar nicht darüber reden, dann lasse ich sie.“

„Also aufzwingen will ich mich niemandem. Entweder **möchte** er oder nicht.“

„Ich glaube, es braucht schon ein wenig Einfühlungsvermögen. Also durch das Gespräch merkt man ja schon, **will** jetzt die Patientin Kontakt oder nicht.“

Mir ist nur eine einzige Aussage darüber begegnet, *weshalb* die Frauen im Moment eventuell nicht wollen. Schwester F. deutet damit indirekt an, dass sich hinter dem „nicht wollen“ ein „nicht können“ verbirgt:

„Und der Schock und das Trauma sind viel zu tief als dass sie darüber reden wollen. Dann weiss ich, das macht ja nichts, wenn ich jetzt nicht darüber rede, wenn sie es nicht wünschen. Es kommt schon die Zeit, wo sie sich öffnen und vielleicht mit dem Mann oder mit dem Arzt das alles nochmals durchdiskutieren.“

5 Die Gefühle der Pflegenden

Die Interviewten bringen zum Ausdruck, dass nicht nur die Frauen selbst, sondern auch sie als Pflegenden von Gefühlen betroffen sind und zwar in einer anderen Art und Weise als bei „normalen“ kleinen Operationen. Schwester A.:

„... bei einer kleinen orthopädischen Operation oder so ist das ein ganz anderes Gefühl das man hat.“

5.1 Die allgemeine emotionale Betroffenheit

Es gaben alle Befragten an, gefühlsmässig irgendwie beteiligt zu sein. Häufig konnten die Pflegenden ihre Gefühle nicht näher bezeichnen, aber sie spürten einfach, dass welche vorhanden sind. Schwester K.:

„Es sind schon verschiedene Gefühle, welche da ablaufen. Aber ich kann jetzt nicht sagen, was genau in mir abläuft. ... Ich merke, dass es mich immer wieder bewegt.“

Die Betroffenheit scheint durch die von den Patientinnen gezeigten Gefühle beeinflusst zu werden. Die Pflegende A. beispielsweise meint:

„Wenn die Patienten sehr traurig sind, dann beschäftigt es mich auch mehr, dann habe ich selber auch wieder Angst ... und handkehrum nehmen sie es auf die leichtere Schulter und können besser damit umgehen und dann denke ich, ja das würde ich auch so machen können. Mir geht es dann genauso unterschiedlich wie den Patienten. Das färbt eigentlich sehr auf mich ab.“

Vereinzelt sagten Andere, sie fühlten sich besonders betroffen: wenn die Frau schon mehrere Fehlgeburten hatte, wegen den Erinnerungen an eine eigene drohende Fehlgeburt oder wenn im privaten Umfeld gerade auch Fehlgeburten vorkamen.

5.2 Identifikation

Alle Interviewten ohne Ausnahme zeigten in irgendeiner Form, dass sie sich mit ihren Patientinnen identifizieren. Durch diese Identifikation entstehen dann die Gefühle „Mitgefühl“ und „Mitleid“.

Bei der Identifikation konnte ich zwei unterschiedliche Formen ausmachen. Bei der einen stellen sich die Pflegenden die Frage, wie es wäre, wenn sie in ihrer eignen Situation eine Fehlgeburt hätten. Schwester B.:

„Ich denke einfach selber darüber nach, wie das für mich wäre, ... dass ich darüber nachdenke, was würde ich jetzt machen oder so.“

Schwester K.:

„Ich denke auch immer, wie jetzt das wäre, wenn ich in dieser Situation stehen würde.“

Bei der zweiten Form der Identifikation versuchen sich die Pflegenden in die Situation zu versetzen, in welcher sich die Patientin befindet. Dabei berücksichtigen sie nicht nur die Tatsache, dass die Patientin eine Fehlgeburt hatte, sondern auch, unter welchen Bedingungen dies geschehen ist.

Die Pflegende B. erwähnt beispielsweise:

„Ich merke, dass ich versuche auszumalen, was das für ein Mensch ist, oder was das jetzt für eine Situation ist.“

Und Schwester K.:

„Fehlgeburt ist für mich immer etwas Einschneidendes, weil ich mich in die Lage des Anderen zu versetzen suche.“

Schwester G. fragt sich jeweils:

„... haben sie vielleicht schon ein Kind? Ist es jetzt das erste Mal oder hatten sie schon ein paar Aborte hintereinander, dass sie die Möglichkeit immer weniger sehen, ein Kind zu kriegen?“

Die Pflegende I. überlegt sich:

„Ich frage mich oft: Ist es gewünscht das Kind, ist es nicht gewünscht? Wieso ist es ab? In welcher Woche ist es ab? Ich mache mir einfach ein wenig Gedanken rundherum.“

Da es sich sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Betroffenen meist um jüngere Frauen in gebärfähigem Alter handelt, fällt die Identifikation besonders leicht.

Schwester C. meint:

„Ich bin auch jung, irgendwie denke ich mir, es könnte mir jederzeit passieren.“

Das durch die Identifikation ausgelöste Mitleid wurde von der Pflegenden H. folgendermassen ausgedrückt:

„Es ist sicher immer irgendwie ein Bedauern oder so, dass einem die Leute leid tun.“

Und Schwester I. meinte:

„Für mich selber denke ich immer: ‘oh du bist ein armer Tropf!’ Mir selber tut es auch weh.“

5.3 Der Umgang mit der Betroffenheit

Vier Interviewte erwähnten in irgendeiner Form, dass sie versuchen, die Betroffenheit nicht zu stark aufkommen zu lassen. Die folgenden Zitate zeugen davon.

„Ich probiere nicht zu fest emotional zu sein. Ich probiere sachlich zu bleiben, aber es gelingt mir nie richtig.“

„Oft muss ich im ersten Moment mit mir selber kämpfen, weil mir die Tränen in die Augen schiessen und ich am liebsten einfach auch gerade mitheulen würde. ... Aber ich würde jetzt glaube ich nie zu weinen beginnen im Zimmer. Also ich glaube, nicht einmal wenn es meine beste Freundin wäre. Ich glaube, so würde ich ihr nicht helfen.“

Dass sich die Pflegenden durch die Einschränkung der Betroffenheit selber schützen wollen, zeigt folgende Aussage:

„Es ist ja klar, dass wir vom Beruf her einen gewissen Schutzmechanismus haben müssen. ... Es geht dir bei gewissen Patienten näher und bei gewissen macht es dir vielleicht wieder weniger. ... Und du kannst dich selber fragen, wie weit will ich mich jetzt da einfühlen. Einfach soweit, dass du selber nicht darunter leidest oder dir das weh macht.“

Mehrere Befragte berichteten auch, dass ihnen der Austausch im Team oder mit dem Partner zu Hause helfen würde, mit der Betroffenheit fertig zu werden.

Eine Pflegende schützt sich vor zu grosser Betroffenheit dadurch, dass sie dem Geschehen einen Sinn zuordnet:

„... Wobei ich mir jeweils überlege, ob es wirklich so negativ ist. Vielleicht hat es sein müssen. Vielleicht ist es besser so. Es hat sicher immer einen Grund, habe ich das Gefühl. Ich versuche das sachlich zu behandeln. Ich merke, dass ich Mitgefühl habe, aber ich versuche das nicht zu fest aufkommen zu lassen.“

5.4 Hilflosigkeit

Drei Interviewte schilderten ihr Gefühl der Hilflosigkeit den Patientinnen gegenüber, da keine eigentliche Therapiemöglichkeit vorhanden sei. Schwester H.:

„Man ist irgendwie trotzdem ein wenig hilflos, weil also helfen kann man ja, oder, man kann ihnen das ja nicht wieder zurückgeben.“

oder die Pflegende C.:

„Ich finde es absolut nicht einfach, mit dem umzugehen. Es ist passiert, du kannst es eh nicht rückgängig machen mit deiner Pflege. ... Es ist nicht eine Therapie, welche irgendwie erfolgreich ist. ... Mich persönlich betrifft es jedesmal, weil du einfach so ratlos dastehst.“

Die Pflegende I. bedauert, dass sie den Eltern die Trauer nicht abnehmen kann:

„Es ist etwas verloren gegangen und ich kann es nicht ersetzen. Und ich glaube es muss ein Abschied passieren. Den kann ich ja nicht für sie machen. Das müssen sie eigentlich selber machen.“

5.5 Angst

Diejenige Schwester, welche am wenigsten Frauen mit Fehlgeburt gepflegt hat, drückte ihre Angst davor aus, aus mangelnder Erfahrung in der psychischen Betreuung Fehler zu machen und wegen ihres noch jungen Alters von den Patientinnen nicht Ernst genommen zu werden. In der Pflege fühlt sie sich dann alleine.

„Aber da habe ich das Gefühl, da stehe ich einfach einmal da, ganz alleine und muss auf diese Frau zugehen. Da hilft mir niemand. Ich habe wohl im Hintergrund das Team, mit welchem ich reden und Meinungs austausch haben kann. Aber wenn ich bei der Patientin bin und sie pflegen sollte, dann bin ich als Mensch dort. Das macht mir Angst.“

Eine Kollegin hat Angst davor, durch das Erfragen von Informationen die Patientin aufzuwühlen:

„Ich habe das Gefühl, viele denken, jetzt gehe ich einmal die Auskratzung machen und dann ist es vorbei. Auf eine Art endgültig abgeschlossen. Und ich habe erfahren, habe das Gefühl, dass ich sie dann zu fest aufrege. Dass ich sie emotional irgendwie zu fest durcheinander bringe. Sie sind ja schon fest durcheinander und wenn ich dann noch lange „nachgrüble“, müssen sie noch viel mehr Mittel erhalten oder so.“

6 Die Probleme der Pflegenden

Um zu erfahren, ob die Interviewten die Pflege, welche ihnen wichtig erscheint, in der Praxis auch tatsächlich leisten können, stellte ich die Frage nach möglichen persönlichen inneren oder äusseren Hindernissen (Anhang D2, S.105).

Dabei zeigten sich zwei Haupt-Problembereiche:

- Der Umgang mit der Patientin wird durch ihre spezielle Situation, in welcher sie sich befindet, als schwierig empfunden.
- Die kurze Aufenthaltsdauer führt zu Zeitmangel.

6.1 Der Umgang mit der trauernden Patientin

Dass die Pflegenden sich teilweise hilflos fühlen, weil sie den Frauen das verlorene Kind nicht zurückgeben können, wurde schon ausgeführt (vgl. „Hilflosigkeit“ S.75). Dort wird auch erwähnt, dass es als schwierig empfunden wird, dass die Trauer den Müttern nicht abgenommen werden kann.

Schwester H. formuliert ihre Schwierigkeiten allgemein:

„Ich denke, es sind immer Leute, welche schwierig sind zum Pflegen. Ich finde es auch nicht so einfach, auf so jemanden zuzugehen, weil man weiss, dass das meistens ein Schock ist für die Leute. Es ist völlig unerwartet gewesen, sie sind überrumpelt und ich finde es eine schwierige Situation.“

Die Pflegende K. geht noch weiter:

„Bei der psychologischen Betreuung merke ich einfach immer wieder, dass eine gewisse Überforderung bei uns da ist. Dass wir Mühe haben, mit so Leuten umzugehen, weil wir gar nicht wissen, wie man mit ihnen von der Psyche her umgehen soll.“

Schwester F. sagt konkreter, in welchen Situationen sie Probleme hat:

„Mühe habe ich mit der Patientin, welche aggressiv wird, die meint, alle anderen seien Schuld, dass es nicht so geklappt hat, wie sie sich das vorgestellt hat. ... Da brauche ich sehr viel Geduld und muss mir manchmal auf die Zunge beiessen, dass ich ruhig bleibe.“
„Wenn sie sich Vorwürfe macht und sagt, ich habe viel zu viel geraucht und es ist ja *mein* Fehler. Dann kann ich ja weder bejahen noch nein sagen. ... Ich kann ihr nicht sagen, dass sie weniger rauchen soll, weil sie ja Bescheid weiss.“

6.2 Der Zeitmangel

Ausnahmslos alle Befragten machten in irgendeiner Form die Bemerkung, dass sich die Frauen mit einer Curettage nach einer Fehlgeburt nur sehr kurz im Spital aufhalten.

Tatsächlich bleiben die Patientinnen meist nur etwa 24 Stunden auf der Station. In dieser Zeit muss die Eintrittsprozedur, der Eingriff im Operationssaal, die postoperative Phase und die Austrittsprozedur abgewickelt werden.

Oft treten die Frauen nur kurze Zeit vor dem vorgesehenen Operationszeitpunkt ein, so dass sowohl für ihre Aufnahme auf der Station als auch für die präoperativen Vorbereitungen wenig Zeit bleibt. Schwester A. drückt sich prägnant aus:

„Sie werden schlecht vorbereitet auf den Eingriff, weil sie sehr kurzfristig kommen. Es läuft dann alles sehr schnell und hektisch ab. ... Sie hören nur von der Anästhesie, sie sehen ja niemanden von denen, die dann das ausführen.“

Die Frauen haben kaum Zeit, sich ihrer Situation richtig bewusst zu werden. Die Pflegende H. zur kurzen Zeit zwischen Eintritt und Operation:

„Dann habe ich auch das Gefühl, die Leute sind überfahren. Sie haben keine Zeit, wirklich einmal darüber nachzudenken.“

Auch die Abteilungssituation wird als Grund für den Zeitmangel angegeben. Wenn die übrige Arbeitsbelastung durch eine volle Station mit viel anfallender Pflege und durch Schülerbetreuung hoch ist, wird die psychosoziale Pflege von den Befragten als problematisch empfunden. Schwester G.:

„Es gibt schon Situationen, in denen man es vielleicht so streng hat, dass man nicht rein kommt.“

Und die Pflegende D.:

„Wenn ein Haufen zu tun ist natürlich. Dann kann man sich ihnen nicht so widmen, wie man will.“

Die Interviewten äusserten, dass als Folge des Zeitmangels die Patientin spüre, dass sie keine umfassende Betreuung bekomme und die Pflege unbefriedigend sein könne, weil der Aufbau einer Beziehung schwierig sei. Schwester B. meint beispielsweise:

„Was ich manchmal schwierig finde, dass ich kaum Raum habe, mich auf so jemanden einzulassen. Wenn ich den Faden gefunden habe, muss ich ihn gerade wieder gehen lassen.“

VI. Kapitel: Diskussion

Die befragten Pflegenden haben die psychosoziale Dimension, welche bei der Pflege von Frauen mit einer Fehlgeburt auftritt, erkannt. Dies zeigt sich sowohl darin, wie die Pflegenden die betroffenen Frauen und deren Umwelt wahrnahmen, als auch darin, welche Fragen sie für die Pflege als wichtig erachten.

1 Die Wahrnehmung der Frauen und deren Umwelt

Die Aussagen zu den Gefühlen der Frauen spiegelten die Ergebnisse der Forschungsliteratur relativ stark (vgl. „Die Gefühle der Frauen“ S.16). Trauer, Angst, vermindertes Selbstbewusstsein und Gelassenheit wurden erwähnt. Nur Neid wurde von den Interviewten nicht bemerkt. Ich erkläre mir dies folgendermassen; im Spital, in welchem die Befragten arbeiten, werden die Patientinnen bewusst nicht auf der Wöchnerinnenstation untergebracht. Es ist anzunehmen, dass Neid erst nach dem Spitalaustritt auftritt, wenn die Patientinnen anderen schwangeren Frauen oder Müttern mit Kindern begegnen.

Ohne dass die Interviewten speziell darauf angesprochen wurden, schilderten sie verschiedene Formen, wie Frauen mit einer Fehlgeburt umgehen. Dabei kamen verschiedene Copingstrategien zum Vorschein. Diese wurden von den Pflegenden wohl nicht als solche benannt, sondern einfach als „Verhaltensweisen“ betrachtet. Angelehnt an die Berner Bewältigungsformen (Heim, Augustiny, Blaser und Schaffner 1991) wurden folgende Coping-Strategien erwähnt:

| <i>Bewältigungsform</i> | <i>Von den Pflegenden genanntes Beispiel</i> |
|-------------------------|---|
| Altruismus: | In Gottes Namen, jetzt ist es passiert. Jetzt muss ich vorwärts machen, zu Hause wartet jemand. |
| Dissimulation: | Ich habe ja schon zwei gehabt. |
| Haltung bewahren: | ... hat sich recht stark gegeben. |

| | |
|------------------------------------|---|
| Relativieren: | ... dann ist es vielleicht besser, dass es jetzt passiert ist und nicht erst in zwei oder drei Monaten. |
| Selbstbeschuldigung: | ... ich bin ja die Schuldige. |
| Schuldzuweisung / Wut ausleben: | .. Wut, auf irgend etwas, auf irgend jemanden. |
| Religiosität: | ... und weiss, das ist jetzt Gottes Wille. |
| Emotionale Entlastung: | Weinen |

Die Beobachtungen, welche die Partner betreffen, decken sich weitgehend mit der Literatur (vgl. „Die Partner“ S.29). Partnerschaftsprobleme und nicht ausgedrückte Gefühle der Partner wurden beobachtet, aber von den Pflegenden nicht in Zusammenhang gebracht.

Die von den Befragten geäußerten Annahmen: „Je kürzer die Schwangerschaft und je mehr schon vorhandene Kinder, desto weniger schlimm ist die Fehlgeburt“, scheinen durch die betroffenen Frauen selber bestätigt zu werden, wenn sie Copingstrategien anwenden, indem sie sich beispielsweise damit trösten, dass die Schwangerschaft ja noch nicht alt war, oder damit, dass sie ja schon Kinder hätten.

Von den neueren Forschungsergebnissen werden diese Annahmen aber nicht bestätigt (vgl. „Beeinflussungsfaktoren der Bewältigung“ S.19). Ob die zunehmende Schwangerschaftsdauer und bereits vorhandene Kinder einen Effekt auf die Trauerintensität haben oder nicht, spielt aber im Einzelfall keine Rolle. Wenn eine Frau trauert, würde sie es ohnehin nicht verstehen, wenn wir unsererseits einen Vergleich mit anderen „Fällen“ anstellen würden.

Diejenige Pflegende, welche sich zur Sozialarbeiterin weiterbildet, hat noch während dem Interview selber bemerkt, dass ihre Meinung darüber, wann eine Fehlgeburt schlimmer ist und wann weniger schlimm, auf Spekulationen basiert.

2 Die Relevanz von psychosozialen Fragen

Es ist den Pflegenden ein echtes Anliegen, die Frauen mit einer Fehlgeburt auch in psychosozialer Hinsicht gut zu betreuen. Dies kommt dadurch zum Ausdruck, dass Anteile aller Caring-Prozesse, welche Swanson definiert, in den Aussagen zu finden waren (vgl. „Die Relevanz von psychosozialen Fragen in der Pflege im Gegensatz zum medizinischen Management“ S.35).

Ohne eine genaue quantitative Aussage zu machen, lässt sich aber feststellen, dass diese unterschiedlich häufig angesprochen wurden. Der Prozess GLAUBEN ERHALTEN war eindeutig am schwächsten vertreten. Möglicherweise erkennen die Pflegenden den bei den Frauen oft auftretenden verminderten Selbstwert nicht als solchen, oder sie wissen nicht, wie sie darauf reagieren sollen.

Der Prozess ERMÖGLICHEN wurde nur von drei der befragten neun Pflegenden angesprochen. Auf eine der Befragten kamen zwei Drittel der Nennungen innerhalb dieses Prozesses. Es fällt auf, dass es diejenige Schwester ist, welche weitaus am meisten Frauen mit Fehlgeburt betreut hat. Es ist auch diejenige, bei welcher sich, im Vergleich zu den anderen, insgesamt am meisten Nennungen bei allen Caring-Prozessen ergaben. Interessanterweise hatte ich schon direkt nach dem Interview den Eindruck, eine Pflegeexpertin¹ befragt zu haben, konnte damals aber nicht genau sagen weshalb. Die Analyse der Kategorie „Handlungen“ erklärte mir meinen Eindruck.

3 Der Körper des verlorenen Kindes

Die Pflegenden spüren offenbar, dass wenn sie mit der Mutter über ihr verlorenes Kind sprechen, diese durch den Gebrauch von Fachwörtern verletzt werden könnte. Deshalb gebrauchen sie ihr gegenüber meistens das Wort „Kind“. Dadurch zeigt sich der Caring-Prozess MIT IHR SEIN, indem die Pflegenden auf die Gefühle der Frauen eingehen.

Der unter Fachpersonen häufige Gebrauch von Fachausdrücken mag wohl einerseits Gewohnheit sein, doch vermute ich, dass auch ein gewisses Mass an Selbstschutz dahintersteckt. Wer nämlich davon spricht, dass ein Fötus oder eine Schwangerschaft verloren ging, wird weniger betroffen sein als diejenige, welche sich mit dem Gebrauch des Wortes „Kind“ bewusst macht, dass für die Mutter ein Baby gestorben ist.

¹ Pflegeexpertin in Bennesschem Sinne; diejenige Stufe der Pflegekompetenz, welche erst nach mehreren Jahren Arbeit auf einem bestimmten Fachgebiet erlangt werden kann und bei welcher sich Erfahrung, theoretisches Wissen und Intuition ergänzen.

Das Gespräch mit den Frauen darüber, was mit dem Körper des Kindes passierte oder passiert, scheint vollständig tabu zu sein. Stellen sich die Mütter in der allerersten Zeit nach der Fehlgeburt diese Frage noch nicht, oder spüren sie, dass dies ein Thema ist, über welches das Personal nicht gerne spricht? Solange der Körper nach der Untersuchung in der Pathologie zusammen mit anderen „Operationsaal-Abfällen“ verbrannt und die Asche irgendwo entsorgt wird (vgl. „Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer“ S.30), scheint es verständlich, dass die Pflegenden nicht gerne auf dieses Thema zu sprechen kommen. Andererseits spricht gerade die Unkenntnis über diese Tatsache – es waren ja meist nur Vermutungen, welche geäußert wurden – dafür, dass sich die Pflegenden nicht bewusst sind, dass die Auseinandersetzung mit dem Körper des verlorenen Kindes als Form eines Trauerrituals für die Eltern wesentlich sein könnte. Henley und Kohner (1991) betonen:

„Für die Eltern ist es wichtig, ihr Kind zu sehen und zu halten, unabhängig davon, wie klein das Baby ist. Es mag für das Personal manchmal schwierig sein, ein winziges Baby von zwölf oder 15 Schwangerschaftswochen gleich zu behandeln, wie ein älteres, mehr entwickeltes. Aber Eltern vergleichen ihr Kind nicht mit anderen. ... Für ganz winzige Babys mag das Waschen und Abtrocknen nicht angepasst sein. Es ist aber sehr natürlich, diese Kinder in der Handfläche zu halten“ (S.22).

Auch Kast (1988) unterstreicht, dass Eltern ihre fehlgeborenen Kinder betrachten sollen, obwohl dies oft Emotionsstürme auslöse. Das daraus folgende Gefühl der Realität helfe ihnen, die erste Phase des Trauerprozesses, nämlich die Phase des „Nicht-wahrhaben-Wollens“, zu überwinden.

Henley und Kohner (1991) gehen sogar noch weiter indem sie empfehlen, auch wenn gar kein Körper mehr vorhanden ist, den Eltern allenfalls mehrmals zu offerieren, sich die Überreste des Fötus oder der Gewebe, welche sich bei einer Schwangerschaft bilden, anzusehen. Sie begründen dies folgendermassen:

„Wenn sie es nicht sehen, könnten sie später ängstlich und aufgeregt werden, weil sie sich möglicherweise etwas weit Schlimmeres als die Realität vorstellen.“

Dabei müsste das Personal gemäss Henley und Kohner (1991) aber vorbereitet sein, die Gewebeteile zu erklären und allenfalls zu begründen, weshalb kein Körper erkennbar ist. Die erwähnten Ergebnisse einer Untersuchung von Turner (1991) (vgl.

„Trauerrituale“ S.26), bei denen die Frauen das vorhandene Gewebe sehen wollten, auch wenn kein Körper erkennbar war, unterstützen die Forderungen von Henley und Kohner.

Das von einer Befragten geschilderte Beispiel, bei dem den Eltern, welche eigentlich eine Beerdigung für ihr Kind wollten, vom Personal davon abgeraten wurde, zeigt, dass

die Wichtigkeit von Trauerritualen zur Verarbeitung von Fehl- und Totgeburt zu wenig bekannt ist.

Ohne aktive Verarbeitung des Verlusts durch Trauerrituale besteht die Gefahr der pathologischen Trauer, bei der die Hoffnung ins Leben nicht mehr gefunden werden kann. Dies kann bis zu länger andauernden Depressionen führen (Kast 1988, Läßle 1991).

4 Die Kriterien der Unterscheidung

Die Pflegenden haben erkannt, dass die Bedürfnisse ihrer Patientinnen nach psychosozialer Pflege unterschiedlich sind. Sie versuchen diese Bedürfnisse auf verschiedene Weise zu erfassen. Das Beobachten des Verhaltens der Frauen und dessen, was sie sagen, geben wichtige Hinweise darauf, wie sich diese fühlen und was sie brauchen. Diejenigen Pflegenden, welche neben dem Einsatz ihres Gespürs für das, was die Patientin braucht, mit dieser darüber zusätzlich ins Gespräch kommen, können bestimmt am sichersten sein, die Bedürfnisse der Frau zu erfassen.

Das Schweigen oder der Rückzug einer Patientin ist nicht unter allen Umständen das „was sie im Moment halt einfach will“. Möglicherweise ist es auch der Ausdruck von Schuldgefühlen oder der eigenen Verwirrung darüber, dass die Fehlgeburt sie in eine unerwartet grosse Trauer versetzt. Graves (1987) meint dazu, dass wenn die Pflegenden den Rückzug der Mutter erlauben, diese in ihren Augen ihre Schuld dadurch bestätigen. Auch die mit einem freundlichen Lächeln gegebene Antwort – „gut“ – auf die Frage nach dem Ergehen muss nicht unbedingt heissen, dass es der Patientin wirklich gut geht. Vielleicht reagiert sie damit intuitiv auf die unausgesprochene Hoffnung der Pflegenden, sie möge doch die Fehlgeburt gut verkraften. Vielleicht spiegelt sich darin auch einfach die Haltung der Gesellschaft, dass eine Fehlgeburt kein Trauerfall ist (vgl. „Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer“ S.30).

Um möglichst zu erfahren, wie es der Patientin wirklich geht, ist deshalb das direkte Gespräch mit der Frau nötig. Natürlich braucht es dafür viel Einfühlungsvermögen. Schwester C. hat es so ausgedrückt:

„Wenn ich mit den Leuten versuche zu reden, komme ich ja nicht hinein und sage: ‘Sie haben ein Problem, so erzählen Sie mal.’ So sicher nicht.“

Der Caring-Prozess ZU WISSEN mit seinen Subdimensionen

- Vorannahmen vermeiden
- Nach Fingerzeigen suchen

- Eine gründliche Einschätzung vornehmen
- Sich auf die Gepflegte konzentrieren
- Beide müssen sich selbst einbringen

muss deshalb zum Tragen kommen.

Im Gespräch mit der Patientin und vielleicht auch mit ihrem Partner kann dann auch klar werden, ob die gegenseitige psychische Unterstützung des Paares genügt oder ob eventuell sogar beide eine gewisse Hilfe benötigen.

5 Die Gefühle der Pflegenden

Dass sich die Pflegenden persönlich betroffen fühlen, kommt in den Resultaten eindeutig zum Ausdruck. Einen stürmischen emotionalen Aufruhr, wie ihn Benkert (1991) postuliert, konnte ich auf Grund der Aussagen der Pflegenden nicht feststellen. Benkert bezieht sich in ihrem Artikel allerdings neben der Fehlgeburt auch auf die Gefühle der Pflegenden bei Totgeburt und Schwangerschaftsabbruch, was diese Differenz erklären mag.

Dass die Identifikation der Pflegenden mit den betroffenen Frauen so stark zum Ausdruck kam, hängt wahrscheinlich auch mit der Stichprobe zusammen, die sich ja ausschliesslich aus Frauen zusammensetzt, welche die meisten in gebärfähigem Alter sind.

Mitgefühl oder Mitleid scheint ohne ein gewisses Mass an Identifikation gar nicht möglich zu sein. Identifikation kann nur über den Prozess ZU WISSEN stattfinden und Mitgefühl sowie Mitleid gehören zum Prozess MIT IHR SEIN. Damit wird die Aussage von Swanson (1986b) bestätigt, dass der Caring-Prozess MIT IHR SEIN einen hohen Anteil an ZU WISSEN bedingt.

Die Identifikationsform, bei welcher sich die Pflegenden möglichst stark in die Situation der Mütter zu versetzen suchen ist sicher besser als diejenige, bei welcher sich die Betreuerinnen vorstellen, wie eine Fehlgeburt für sie selber wäre. Die Vorstellung, wie es für einen selber wäre birgt die Gefahr, Fehlschlüsse bezüglich den Bedürfnissen der Patientinnen zu ziehen. Diejenige Interviewte, welche sich zur Sozialarbeiterin ausbilden lässt, drückt dies treffend aus:

„... wobei ich sowieso denke, ich finde es noch schwierig, weist du, von den eigenen Bedürfnissen abzuleiten, was das Gegenüber braucht. Das ist nicht unbedingt identisch.“

Dass nur ein gewisses Mass an Betroffenheit zugelassen werden kann, um den Beruf ohne Schaden ausüben zu können, ist zwar verständlich. Doch der Caring-Prozess MIT IHR SEIN bedeutet auch, mit der Patientin zu fühlen und diese Gefühle der Patientin mitzuteilen. Die Schilderung von Swanson, bei welcher ein Pfleger in Anwesenheit der Patientin weinte, zeigt, wie positiv ein solches „schwach sein“ von der Patientin aufgenommen werden kann. Die Pflegenden gewinnen in den Augen der Patientinnen möglicherweise an Menschlichkeit, wenn sie nicht nur Mitgefühl haben, sondern es auch ausdrücken (vgl. „Zuwendung und Akzeptanz erfahren“ S.23).

Der Austausch im Team zur Bewältigung der Betroffenheit darf nicht vernachlässigt werden. Dort wo versucht wird, die Dauer der Team-Rapporte zu kürzen, indem man sie „von Geplauder säubert“, muss man sich bewusst sein, dass damit eine Möglichkeit zur Psychohygiene für die Pflegenden verloren gehen könnte. Wenn dies der Fall ist, müssen andere Gelegenheiten geschaffen werden, bei denen sich die Pflegenden über ihr persönliches Ergehen bei der Pflege unterhalten können.

Das Gefühl der Hilflosigkeit verschiedener Pflegender, weil sie den Müttern das Kind nicht zurückgeben können, erinnert stark an das medizinisch orientierte Pflegemodell, bei dem das Ziel die Wiederherstellung des vorherigen Zustandes ist. Besteht das Ziel aber vor allem darin, den Patientinnen zu helfen, mit der bestehenden Situation zurechtzukommen, treten andere Möglichkeiten ins Blickfeld. Hilfestellung, um mit der bestehenden Situation zurechtzukommen, kann im Falle einer Fehlgeburt heissen, die Mütter in ihrer Trauer zu unterstützen. Damit wird der Caring-Prozess ERMÖGLICHEN angesprochen, welcher ja dem Anderen bei Lebensübergängen und dem Durchleben von ihm fremden Ereignissen helfen will.

5.1 Der Umgang mit der Trauer der Mütter

Die Unterstützung der Trauer der Mütter schliesst zwar das Zulassen der Trauerreaktionen von Seiten der Pflegenden mit ein, geht aber noch weiter, indem die Frauen gegebenenfalls dazu ermuntert werden sollten. Ausser dem Beispiel von Schwester F.: „lassen Sie es nur einmal raus, das tut Ihnen gut. Sie müssen sich nicht schämen“, ist mir keine ähnliche Aussage mehr in den Interviews begegnet. Häufiger wurde Verhalten geschildert, bei dem die Pflegenden versuchten, die Trauerreaktionen der Mütter zu vermeiden.

Diejenige Schwester, welche den Frauen vor dem Eingriff nicht zu viele Fragen stellt, um keine zu starken Emotionen auszulösen, ist ein Beispiel dafür (vgl. „Angst“ S.76). Eine Pflegende räumt zwar ein, dass die Betroffenen traurig sein und weinen dürfen, gleichzeitig erwartet sie von den Frauen aber, dass sie sich möglichst bald wieder normal verhalten:

„Ich gebe den Patienten auch die Möglichkeit zu heulen. Ich versuche aber auch zu sagen, dass es nicht das Ende eines Kinderwunsches ist. ... Ja und gebe dann nach dem Eingriff auch eine gewisse Routine durch. Also dass zum Beispiel das Aufstehen, wieder Waschen, Laufen im Korridor, dass solche Sachen wieder kommen, dass es nicht nur ein Schmetter ist. ... Ich gebe ein ganz klares Schema durch, was jetzt weiter läuft und halte dann das eigentlich auch ein.“

Auf die Frage, wie denn die Frauen auf die Zusicherung, dass dies nicht das Ende eines Kinderwunsches sei, reagieren würden, antwortete die Pflegende:

„Eigentlich sagen die meisten Patientinnen: ‘Ich weiss es schon, aber es ist jetzt doch schlimm.’“

Hier zeigt sich, dass eine tröstend gemeinte Aussage für die Patientin unter Umständen überhaupt nicht tröstend ist. Die Mütter können einen solchen Trost als Bagatellisierung des Geschehens empfinden (vgl. „Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer“ S.30). Ich vermute, dass wenn die Pflegenden solchen Trost mit der unbewussten Absicht der Verminderung von Trauerreaktionen spenden, dies die Mütter – wahrscheinlich ebenfalls unbewusst – spüren und ihre Trauerreaktionen entsprechend unterdrücken. Damit erreichen die Pflegenden ihr Ziel in der Meinung, die Mütter seien getröstet. Diese jedoch fühlen sich nicht verstanden und damit auch nicht getröstet. Dadurch, dass die betroffenen Frauen sich im Rahmen von Copingstrategien selber sagen, dass die Schwangerschaft noch nicht alt war oder dass sie ja schon Kinder haben, besteht die Gefahr, dass solche Bemerkungen von den Pflegenden aufgegriffen und bei anderen Müttern als vermeintlicher Trost eingesetzt werden. Auch in diesen Fällen wird die Betroffene sich, wie die Literatur zeigt, missverstanden fühlen (vgl. „Die Bagatellisierung der Fehlgeburt und das Tabu der Trauer“ S.30).

6 Die Probleme der Pflegenden

Die Pflegenden empfinden den Umgang mit der trauernden Patientin als schwierig. Die Befragten arbeiten alle auf Abteilungen, auf welchen verhältnismässig viele Eingriffe vorgenommen werden, bei denen die Patientinnen das Spital erleichtert verlassen können. Beispiele: das arthrotische Hüftgelenk wurde durch ein künstliches ersetzt; die

Patientin wird wieder auf Wanderungen gehen können. Der störende Meniskusteil wurde entfernt; der Patient wird wieder beschwerdefrei Fussball spielen können. Die Mutter aber verlässt die gemischte Abteilung ohne Kind, wo sie doch gerne später zur Geburt auf die Wöchnerinnenabteilung eingetreten wäre.

Ich konnte zwar in den Interviews keine direkten Hinweise darauf finden, doch glaube ich, dass hinter der von den Pflegenden geäusserten Hilflosigkeit der Situation gegenüber auch ein gewisses Mass an unbewussten Schuldgefühlen vorhanden ist. Schuldgefühle, weil den Frauen nicht in derselben Art und Weise geholfen werden konnte, wie beispielsweise der Wanderin oder dem Fussballer.

Dass die kurze Aufenthaltsdauer die psychosoziale Pflege erschwert, ist eindeutig. Da die Trauerprozess-Phase des „Nicht-wahrhaben-Wollens“ auf die Zeit des Spitalaufenthalts fallen kann, ist es möglicherweise schwer, betroffene Frauen auf der psychischen Ebene zu erreichen. Es ist zudem nicht einfach, sich auf eine Patientin vollständig einzulassen, welche beim Beginn des nächsten Arbeitstages voraussichtlich schon wieder ausgetreten sein wird. Es ist auch verständlich, dass die Gefahr der Vernachlässigung der psychischen Betreuung gross ist, wenn es der Patientin körperlich nach dem kleinen Eingriff gut geht, in den anderen Zimmern aber beispielsweise Patientinnen liegen, welche intensive postoperative Überwachung brauchen, welche Schmerzen haben oder wenn eine Schülerin gerade die seltene Gelegenheit hat, eine ventrogluteale Injektion das erste mal unter Aufsicht durchzuführen.

Andererseits gehe ich aber auch davon aus, dass die oben genannten Gründe manchmal vorgeschoben werden, um der schwierigen Begegnung mit einer trauernden Mutter auszuweichen.

Bei derjenigen Schwester, welche schätzt, an die hundert Frauen mit einer Fehlgeburt gepflegt zu haben, scheint dies nicht der Fall zu sein. Als Pflegeexpertin (vgl. Fussnote 1, S.81) darf sie als Beispiel dafür genommen werden, welcher Stellenwert der psychischen Betreuung trotz anderweitiger Arbeitsbelastung zugewiesen werden kann. Auf die Frage, ob es ihr in der Praxis denn auch gelinge, die ihr wichtig erscheinende Pflege zu verabreichen meint sie:

„Es gelingt mir nicht immer. Aber ich versuche immer, dass ich das als Priorität einschätzen kann, wenn ich eine ganze Gruppe von Patienten pflegen muss. Es kann sein, dass ich den anderen Patienten sage: ‘Es tut mir leid, im Moment kann das warten. Ich habe etwas anderes wichtiges zu erledigen. Ich komme dann später zu Ihnen.’ Zum Beispiel für die Grundpflege oder so. Und ich probiere auch, mit den Kolleginnen oder den Pflegehilfen zu besprechen, dass ich mir im Moment für diese Frau Zeit nehmen will.“

Da der Spitalaufenthalt so kurz ist, oder der Eingriff an gewissen Orten sogar ambulant durchgeführt wird, empfehlen verschiedene Autoren eine psychische Betreuung nach dem Spitalaustritt. In England wird den Frauen oft ein Besuch der Gemeindeschwester oder einer Art Gemeinde-Hebamme angeboten. An verschiedenen Orten existieren auch Selbsthilfegruppen, in denen sich Frauen mit einer Fehlgeburt treffen und gegenseitig unterstützen.

VII. Kapitel: Schlussfolgerungen

Die Wichtigkeit der psychosozialen Pflege von Frauen mit einer Fehlgeburt wurde von den Befragten erkannt. Viele Aspekte der psychosozialen Pflege sind in der Praxis schon verwirklicht, andere sind ansatzweise vorhanden und können noch gefördert werden.

1 Für die persönliche Ebene

Den Frauen mit einer Fehlgeburt wird die Möglichkeit zu trauern bis zu einem gewissen Grad eingeräumt. Die Trauer als aktive Form der Verarbeitung sollte aber nicht nur zugelassen, sondern gefördert werden. Die Pflegenden sollten die Betroffenen darauf aufmerksam machen, dass innerlich verspürte Trauer auch ausgelebt werden soll, obwohl dies ein schmerzhafter Prozess ist.

Für die Pflegenden selbst heisst dies, dass sie wegen der ausgedrückten Trauer der Patientinnen keineswegs Gefühle der Hilflosigkeit oder gar Schuld haben müssen. Wenn die Pflegenden den Ausdruck der Trauer positiv annehmen können, werden sie auch weniger Trost spenden, welcher von den Frauen als Bagatellisierung empfunden wird.

Ebenfalls positiv zu werten wäre es, wenn die Pflegenden mit den Frauen vermehrt direkt darüber ins Gespräch kämen, wie es ihnen psychisch geht und welche Bedürfnisse sie haben. Gerade in solchen Momenten bietet sich die Gelegenheit, über das Ausleben von Trauergefühlen zu sprechen.

Selbstverständlich braucht die betroffene Frau mit ihrem Partner zusammen die Möglichkeit, alleine zu sein, um sich auszusprechen oder um trauern zu können. Trotzdem ist es hilfreich, wenn ein Gespräch des Paares zusammen mit einer Pflegeperson zustande kommt, bei dem festgestellt werden kann, wie es den Beiden mit der Erfahrung der Fehlgeburt geht. Dies ist auch die Gelegenheit, das Paar darauf hinzuweisen, dass es normal ist, dass Mutter und Vater in unterschiedlicher Art und Weise und auch unterschiedlich lange trauern. Dieses Wissen kann helfen, einen Partnerkonflikt zu vermeiden. Vielleicht mag auch ein Hinweis nötig sein, dass die Frau sich besser verstanden fühlt, wenn auch der Partner seine Trauer ausdrückt und nicht meint, er müsse seiner Frau zuliebe stark sein.

Obwohl sich die Pflegenden natürlich vor einer emotionalen Überlastung schützen müssen, mag ihnen die Tatsache, dass das Bekunden von Mitgefühl von den Frauen teilweise als sehr wertvoll empfunden wird, helfen, die „professionelle Maske“ manchmal etwas abzunehmen.

2 Für die institutionelle Ebene

Damit die aktive Trauer gefördert wird, müssen sich die Eltern, in den Fällen in denen es möglich ist, mit dem Körper des verlorenen Kindes auseinandersetzen können. Sie sollen dazu ermutigt werden, das Kind zu betrachten und zu halten, auch wenn es noch sehr klein ist und obwohl dies viele Emotionen bei ihnen auslösen kann. Die Möglichkeit dazu sollte ihnen mehrere Male gegeben werden und sie sollten auch genügend Zeit haben (falls nötig auch nach dem Spitalaustritt der Mutter), sich zu entscheiden. Auf jeden Fall sollten Fotos vom Kind gemacht und die Eltern darüber informiert werden, sogar wenn sich die Eltern nicht dazu entscheiden konnten, das Kind zu sehen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass viele Eltern es später bereuen, wenn sie sich entschieden, nicht mehr vom Kind Abschied zu nehmen, indem sie es betrachten und halten. Wenn in der Krankengeschichte ein Foto vorhanden ist, kann wenigstens auf dieses zurückgegriffen werden.

Auch eine Gedenkkarte könnte für Eltern eine Möglichkeit sein, eine Erinnerung daran zu haben, dass sie ein Kind sehr früh verloren haben. Eine solche Erinnerung kann helfen, pathologische Trauer zu verhindern, indem der Verlust nicht verdrängt sondern akzeptiert wird.

Wie weit auch die betroffenen Frauen die Aufnahme und die Operationsvorbereitungn als gehetzt und unbefriedigend empfinden, wenn sie erst kurz vor dem Eingriff eintreten, müsste durch eine separate Untersuchung bei den Betroffenen eruiert werden. Allfällige organisatorische Veränderungen könnten auf Grund der Ergebnisse eingeführt werden.

Da es nicht sinnvoll ist, die Frauen länger als vom physischen Zustand her nötig im Spital zu behalten, dabei für die psychische Unterstützung aber zu wenig Zeit bleibt, sollte auch eine Form der Betreuung nach dem Spitalaustritt ins Auge gefasst werden. Für Gemeindeschwestern dürfte es eher ungewohnt sein, sich in solchen Fällen einzuschalten. Doch müsste die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass die

Gemeindeschwester beim Spitalaustritt informiert wird, damit sie die betroffenen Frauen nach einigen Tagen besucht um zu sehen, wie sie zurecht kommen.

Selbsthilfegruppen für Frauen, welche eine Fehlgeburt erlebten, existieren gemäss meinen Recherchen in der Schweiz im Moment keine.

Als vorläufige Lösung könnte auch ein persönliches Informationsschreiben an die betroffenen Frauen dienen, welches ihnen schon während dem Spitalaufenthalt abgegeben wird. Darin könnten verschiedene Informationen und Anstösse enthalten sein, welche ihnen für die Bewältigung der Fehlgeburt helfen. Da für diese Informationen während dem Spitalaufenthalt manchmal keine Zeit bleibt oder die Patientin in der ersten Zeit nach der Fehlgeburt durch den Schock Mühe hat, die Informationen richtig aufzunehmen, hätte sie die Möglichkeit, sich auch zu Hause (nochmals) damit auseinanderzusetzen (vgl. „Depressive Gedanken / Trauer“ S16 ff.). Ein Vorschlag für solch ein Informationsschreiben ist der Arbeit im Anhang E, auf Seite 107 beigefügt. *So ein Informationsschreiben soll natürlich in keiner Weise ein Ersatz für das Gespräch mit der Patientin sein, sondern eine Ergänzung.*

Persönliche Stellungnahme

Trotz einigen erstaunten oder auch kritischen Reaktionen habe ich es gewagt, als Mann ein Thema zu bearbeiten, welches in seiner gesamten Auswirkung nur Frauen betrifft. Wie weit die vorliegende Arbeit männlich geprägt ist, müssen denn auch Frauen entscheiden.

Durch diese Arbeit habe ich vieles gelernt, sowohl forschungsmethodologisch als auch pflegefachlich. Durch die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur wie auch durch das Erleben der Fehlgeburten bei meiner Frau, hat sich meine Wahrnehmung der betroffenen Frauen verfeinert. Auch meine Pflegepraxis hat sich verändert. So hatte ich bei mehreren Betroffenen sehr gute Gespräche, nachdem ich sie bewusster erfassen und individueller auf sie eingehen konnte.

Persönliche Erinnerungen an die „eigenen“ Fehlgeburten kamen während der Forschungsarbeit immer wieder hoch, traten jedoch nie in den Vordergrund. Immer wieder stellte ich mir die Frage, ob ich das Thema nicht aufbauschen würde. Sowohl die vorhandene Literatur als auch das Erleben der Betroffenen in der Berufspraxis bestätigten mir jeweils wieder, dass die psychosoziale Pflege von Frauen mit einer Fehlgeburt die Beachtung verdient, welche ich ihr in dieser Arbeit zukommen lasse.

Mit Kohner (1993) hoffe auch ich, dass sich der Umgang mit frühen Schwangerschaftsverlusten ebenso rasant entwickelt wie der Umgang mit dem neonatalen Tod. Obwohl ich mir bewusst bin, dass diese Arbeit kein Meister- sondern ein Übungsstück mit begrenzter Aussagekraft ist, hoffe ich doch, dass sie ein wenig zu dieser Entwicklung beitragen wird.

Herzlich danken möchte ich an dieser Stelle den Kolleginnen, welche sich für die Interviews und die Validierung der Ergebnisse so bereitwillig zur Verfügung gestellt haben.

Frau Anselment danke ich herzlich dafür, dass sie mir das Gemälde „Die Tröstung“, welches ihr verstorbener Mann Hermann Anselment schuf, für das Titelbild zur Verfügung gestellt hat.

Ein besonderer Dank geht an Frau Dr. H. Holenstein, welche für die Begleitung dieser Arbeit viel Zeit und Einsatz investierte.

Der grösste Dank gilt aber meiner Frau, welche mich während der ganzen Zeit der Arbeit unterstützt und in „Tiefs“ jeweils wieder neu motiviert hat.

Literaturverzeichnis

- Akos, U.: BABY ABC.Schwangerschaft-Geburt-erstes Lebensjahr. 2.Aufl. Beobachter, Glattbrugg **1990**.
- Alty, E.: Miscarriage, Creating Support. Nursing Times, 2, **1991** 24-25.
- Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 11.Aufl. de Gruyter, Berlin **1993**.
- Bachmann, B.; Abraham, E.: Rollenerwartung an die diplomierte Krankenschwester. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der phil.hist. Fakultät Bern, **1975**.
- Bansen, S.S.; Stevens, H.A.: Women's Experiences of Miscarriage in Early Pregnancy. Journal of Nurse-Midwifery, 2, **1992**, 84-90.
- Baumann von Arx, G.: „Ich musste allein mit meiner Trauer fertig werden“. Wir Eltern, 10, **1991** 36-39.
- Benkert, B.: Fehlgeburt, Totgeburt, genetische Interruptio. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 12, **1991** 893-895.
- Beutel, M.; Deckardt, R.; Schaudig, K.; Franke, S.; Zauner, R.: Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort - Eine Studie über systematische Erfassung und Einflussfaktoren. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 5, **1992**, 158-166.
- Borg, S.; Lasker, J.: Glücklose Schwangerschaft. Ullstein, Frankfurt/M **1987**.
- Canacakis, J.: Ich begleite dich durch deine Trauer. Kreuz Verlag, Stuttgart **1990**.
- Cormell, M.: Just Another Miscarriage? Nursing Times, 48, **1992** 41-43.
- Cormell, N.M.: Miscarriage - Minor Event or Major Loss? Unpublished MSc thesis, Department of Sociology, University of Surrey, **1990**.
- Edmonds, D.; Bennett, M.J.: Principles of Management of Spontaneous and Recurrent Abortion. In: Bennett, M.J.; Edmonds, D.K.: (Hrsg.), Spontaneous and Recurrent Abortion, Blackwell Scientific Publications, Oxford **1987**.
- Flick, U.; Kardorff-von E.; Keupp, H.; Rosenstiel-von, L.; Wolff, S.: (Hrsg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, München **1991**.

- Friedman, T.; Gath, D.: The Psychiatric Consequences of Spontaneous Abortion. *British Journal of Psychiatry*, Dec, **1989**, 810-813.
- Garz, D.; Kraimer, K.: (Hrsg.) *Qualitativ-Empirische Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen **1991**.
- Goldmann-Posch, U.: *Wenn Mütter trauern*. Kindler, München **1988**.
- Graves, W.L.: Psychological Aspects of Spontaneous Abortion. In: Bennett, M.J.; Edmonds, D.K.: (Hrsg.), *Spontaneous and Recurrent Abortion*, Blackwell Scientific Publications, Oxford **1987**.
- Gross, W.: *Was erlebt ein Kind im Mutterleib?* 2.Aufl. Herder, Freiburg im Breisgau **1992**.
- Heim, E.; Augustiny, K.; Blaser, A.; Schaffner, L.: *Berner Bewältigungsformen BEFO*. Huber, Bern **1991**.
- Henley, A.; Kohner, N.: *Miscarriage, Stillbirth and Neonatal Death, Guidelines for Professionals*. SANDS, London **1991**.
- Hopf, C.: Qualitative Interviews in der Sozialforschung - Ein Überblick. In: Flick, U.; Kardorff-von E.; Keupp, H.; Rosenstiel-von, L.; Wolff, S.: (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. Psychologie Verlags Union, München **1991**.
- Huber, G.L.; Mandl, H.: (Hrsg.) *Verbale Daten*. Beltz, Weinheim **1982**.
- Huisjes, H.J.: *Spontaneous Abortion*. Churchill Livingstone, Edinburgh **1984**.
- Hutti, M.H.: An Exploratory Study of the Miscarriage Experience. *Health Care for Women International*, 5, **1986**, 371-389.
- Hutti, M.H.: A Quick Reference Table of Interventions to Assist Families to Cope with Pregnancy Loss or Neonatal Death. *Birth*, 1, **1988**, 33-35.
- Ignatavicius, D.D.; Bayne, M.V.: *Medical-Surgical Nursing* **1991**.
- Kast, V.: Wenn Geburt und Tod zusammenfallen. In: Lutz, G.; Künzer-Riebel, B.: (Hrsg.), *Nur ein Hauch von Leben*. Fischer, Frankfurt am Mein **1988**.
- Kast, V.: *Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Kreuz Verlag, Stuttgart, **1982**.

- Kehrer-Kremer, B.: Und immer stirbt ein Teil von uns. Die Schwester / Der Pfleger, 6, **1993**, 531-535.
- Kittel, G.: Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament. Kohlhammer, Stuttgart **1935**.
- Kohner, N.; Henley, A.: When A Baby Dies / The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death. Pandora Press, London **1991**.
- Kohner, N.: The loss of a baby: parents' needs and professional practice after early loss. In: Dickenson, D.; Johnson, M. (Hrsg.), Death Dying Bereavement. SAGE, London **1993**.
- Kowalski, K.: No Happy Ending: Pregnancy Loss and Bereavement. NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs, 3, **1991**, 368-380.
- Läpple, M.: Bewältigungsverhalten bei Frauen mit Fehlgeburt bzw. Spontanaborten und rezidivierenden Spontanaborten. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 9-10, **1989**, 348-355.
- Läpple, M.: Gesundheitliche und psychosoziale Auswirkungen der Fehlgeburt. Fortschr. Neurol Psychiat, 5, **1991**, 155-162.
- Laurent, C.: Miscarriage, Marking The Loss. Nursing Times, 2, **1991**, 26-27.
- Leask, R.: Miscarriage, Too Common A Story? Nursing Times, 2, **1991**, 22-23.
- Lindemann, E.: Symptomatology and Management of Acute Grief. American Journal of Psychiatry, **1944**, 141-148.
- Lothrop, H.: Gute Hoffnung - jähes Ende. Kösel, München **1991**.
- Lovell, A.: Some Questions of Identity: Late Miscarriage, Stillbirth and Perinatal Loss. Social Sciences and Medicine, 11, **1983**, 755-761.
- Lutz, G.; Künzer-Riebel, B.: (Hrsg.) Nur ein Hauch von Leben. Fischer, Frankfurt am Mein **1988**.
- May Gaskin, I.: Praktische Hebammen: Handbuch der natürlichen Geburt. 2. Aufl. Papyrus, Hamburg, **1988**.
- Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim **1993 a**.

- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. 4.Aufl. Deutscher Studien Verlag, Weinheim **1993 b**.
- Milner, G.: Obstetric liaison. *British Journal of Psychiatry*, Vol 155, **1989**, 127.
- Muhr, T.: ATLAS/ti, Computerunterstützte Textinterpretation. Manual zur Version 1.0 D. Eigenverlag, Berlin 1993.
- Neugebauer, R.; Kline, J.; O'Connor, P.; Shrout, P.; Johnson, J.; Scodol, A.; Wicks, J.; Susser, M.: Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Jan, (1 Pt 1), **1992**, 104-109.
- Nilsson, L.: Ein Kind entsteht. Mosaik, **1990**
- Notter, L.E.; Hott, J.R.: Grundlagen der Pflegeforschung. Huber, Bern **1991**.
- Polit, D.F, Hungler, B.P.: Essentials of Nursing Research. J.B. Lippincott Company, Philadelphia **1993**.
- Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch. 254.Aufl. De Gruyter, Berlin **1982**.
- Reed, K.: Influence of Age and Parity on the Emotional Care Given to Women Experiencing Miscarriages. *IMAGE:Journal of Nursing Scholarship*, 2, **1990**.
- Reed, K.S: The Effects of Gestational Age and Pregnancy Planning Status on Obstetrical Nurses' Perceptions of Giving Emotional Care to Women Experiencing Miscarriage. *IMAGE:Journal of Nursing Scholarship*, 2, **1992**.
- Schmitdt-Matthiesen, H.: Gynäkologie und Geburtshilfe. Schattauer, Stuttgart **1989**
- Schwabenthan, S.; Weigert, V.: Mutter & Kind. Schwangerschaft ·Geburt·Die ersten Lebensjahre. Mosaik, München **1990**.
- Sharma, J.B.: Medical management of miscarriage. Psychological impact underestimated. *British Medical Journal*, 5, **1993**, 1540.
- Sparham, L.: Dignified In Death. *Nursing Times*, 29, **1991**, 16-17.
- Stewart, A.; Harker, L.; Ford, J.: An unfinished story. Helping people to come to terms with miscarriage. *Professional Nurse*, 7, **1992**, 656-660.

- Stirtzinger, R.; Robinson, G.E.: The psychological effects of spontaneous abortion. Canadian Medical Association Journal, 7, **1989**, 799-801, 805.
- Swanson, K.M.: Empirical Development Of a Middle Rang Theory of Caring. Nursing Research, 3, **1991**, 161-166
- Swanson-Kauffman, K.M.: A combined qualitative methodology for nursing research. Advances in Nursing Science, 3, **1986 a**, 58-69.
- Swanson-Kauffmann, K.M.: Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. Topics in clinical nursing, 2, **1986 b**, 37-46.
- Turner, M.J.: Management after spontaneous miscarriage. British Medical Journal, 13, **1991**, 909-910.
- Varney, H.: Nurse-Midwifery. Second Edition, Blackwell Scientific Publications, Boston **1987**.
- Wall-Haas, C.L.: Women's Perceptions of First Trimester Spontaneous Abortion. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 1, **1985**, 50-53.
- Willi, J.; Heim, E.: Psychosoziale Medizin. Band 1+2 Springer, Berlin **1986**.
- Zaccardi, R.; Abbott, J.; Koziol-McLain, J.: Loss and Grief Reactions After Spontaneous Miscarriage in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine, 5, **1993**, 799-804.

Andere Quellen

- Speitel, C.: Diagnose Fehlgeburt - Habe ich versagt? Radiosendung DRS 1, „Siesta“ vom 26.3.**1992**.
- Stettler, L.: Diagnose Fehlgeburt - Habe ich versagt? (Fachfrauen (Christine Planta / Irene Kummer) beantworten HörerInnen-Fragen) Radio-Anschlussendung DRS 1, „Siesta“ vom 30.3.**1992**
- Schmidt-Biesalski, A.: Tot geboren. Vom jähen Ende guter Hoffnung. Fernseh-Dokumentation, Norddeutscher Rundfunk NDR, **1991**.

Umbreit, H.; Umbreit, B.: Die leere Wiege. Glücklose Schwangerschaft. Fernseh-Dokumentation, Zweites Deutsches Fernsehen ZDF, „Kontakte“ vom 20.12.1992.

Ernst Näf
Adresse

Spitalleitung
Adresse

Gesuch um die Erlaubnis zur Durchführung einer Pflege-Studie

Als Absolvent der Höheren Fachausbildung in Krankenpflege Stufe II an der Kaderschule für die Krankenpflege in Aarau habe ich die Aufgabe, eine Diplomarbeit zu schreiben, in welcher ich die Fähigkeit zu wissenschaftlicher Arbeitsweise nachweisen kann.

Um diese Arbeit abfassen zu können, möchte ich eine Pflege-Studie durchführen. Der Inhalt der Studie wird die Pflege von Patientinnen sein, welche nach einem Spontanabort zur Curettage ins Spital kommen. Dabei möchte ich das Erleben der Pflege sowohl aus der Sicht von Patientinnen als auch der Pflegenden erfassen und beschreiben.

Ich wähle einen qualitativen Forschungsansatz. Gemäss diesem Ansatz wird es möglich sein, nur wenige Patientinnen direkt in die Studie einzubeziehen.

Die Daten sollen vor allem mittels teilnehmender Beobachtungen und Interviews erhoben und dann einer Analyse unterzogen werden. Dabei werde ich die forschungsethischen Grundsätze einhalten. Insbesondere bedeutet dies, dass:

- ich nur Patientinnen von denjenigen GynäkologInnen in die Studie einbeziehen werde, welche nach einer schriftlichen Information ihre Einwilligung nicht ausdrücklich verweigern.
- ich nur Patientinnen und Pflegende in die Studie mit einbeziehen werde, welche ihre Einwilligung nach einem informativen Gespräch meinerseits gaben. Dabei werde ich diese auf die Freiwilligkeit einer Teilnahme hinweisen.
- Patientinnen und Pflegende ihre Mitarbeit an der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen können und das Recht auf die Herausgabe der sie betreffenden Daten haben. Über dieses Recht werde ich die TeilnehmerInnen beim informativen Gespräch aufklären.
- dort, wo die gesammelten Rohdaten oder die bearbeiteten Daten auf die Identität von StudienteilnehmerInnen Rückschlüsse zulassen könnten, werden diese meinerseits vertraulich behandelt, so dass die Anonymität gewahrt bleibt.

Ich plane, diese Arbeit noch in der zweiten Hälfte des Monats September zu beginnen und hoffe, die Datensammlung etwa Ende Januar 1994 abschliessen zu können. Selbstverständlich wird die Spitalleitung nach Abschluss der Arbeit über das Resultat informiert.

21.9.1993 Ernst Näf

Die Spitalleitung nimmt die obigen Informationen zur Ausführung einer Pflege-Studie durch Ernst Näf zur Kenntnis. Sie erklärt sich mit der Realisierung einverstanden, sofern sie unter den formulierten Bedingungen durchgeführt wird.

Basel,

Oktober 1993

Ernst Näf
Abteilung

Auch bei uns wird geforscht

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Rahmen meiner Diplomarbeit für die höhere Fachausbildung in Krankenpflege / II werde ich innerhalb des Pflegedienstes etwa während des nächsten halben Jahres, in Absprache mit der Pflegedienstleiterin, eine kleinere Untersuchung durchführen.

Mein Thema ist die Pflege von Patientinnen, welche bei uns für eine Curettage nach einem Spontanabort eintreten.

Ich werde vor allem die Seite der Pflegenden studieren. Dazu werde ich Gespräche mit Pflegepersonen führen und teilweise bei der Pflege anwesend sein. Dabei geht es mir nicht um die Kontrolle einzelner Pflegender, sondern um allgemeines pflegerisches Verhalten.

Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Studie freiwillig. Ich habe mich verpflichtet, alle gesammelten Daten vertraulich zu behandeln. Das heisst, dass auch die Pflegedienstleitung keinen Zugang zu Informationen hat, welche auf Einzelpersonen schliessen lassen könnten.

Diejenigen Pflegenden welche ich interviewen möchte, werde ich jeweils persönlich ansprechen.

Über die Ergebnisse meiner Studie werde ich zu gegebener Zeit im Haus informieren.

Für weitere Auskünfte stehe ich natürlich zur Verfügung.

In der Hoffnung, dass die erwähnte Arbeit auch zur Entwicklung unserer Pflege beitragen wird, bitte ich Euch, meine Arbeit zu unterstützen.

Ernst Näf
Abteilung

Ernst Näf

An die akkreditierten
Gynäkologinnen
und Gynäkologen

Adresse

Basel, 8. September 1993

Information über die Durchführung einer Pflege-Studie

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich arbeite als Diplomierter Krankenpfleger auf der Abteilung ** des *****.
Berufsbegleitend absolviere ich die höhere Fachausbildung in Krankenpflege Stufe II an der Kadenschule für die Krankenpflege in Aarau. Da ich die Aufgabe habe, eine Diplomarbeit zu schreiben, in welcher ich die Fähigkeit zu wissenschaftlicher Arbeitsweise nachweisen kann, werde ich eine Pflege-Studie durchführen.
Der Inhalt der Studie wird die Pflege von Patientinnen sein, welche nach einem Spontanabort zur Curettage ins Spital kommen. Dabei werde ich **das Erleben der Pflege** sowohl von Seiten der Patientinnen als auch von Seiten der Pflegenden erfassen und beschreiben.

Ich wähle einen qualitativen, phänomenologischen Forschungsansatz. Gemäss diesem Ansatz wird es möglich sein, nur wenige Patientinnen direkt in die Studie einzubeziehen.

Die Daten sollen vor allem mittels teilnehmender Beobachtungen der Pflege der Patientinnen und Interviews mit Patientinnen und Pflegepersonal erhoben und dann einer Analyse unterzogen werden. Dabei werde ich die forschungsethischen Grundsätze einhalten. Insbesondere bedeutet dies, dass:

- ich nur Patientinnen, welche durch Sie ins Spital eingewiesen und betreut werden, in die Studie einbeziehen werde, wenn Sie keinen Einwand dagegen haben.

- ich nur Patientinnen in die Studie einbeziehen werde, welche ihre mündliche Einwilligung nach einem informativen Gespräch meinerseits gaben. Dabei werde ich diese auf die Freiwilligkeit einer Teilnahme hinweisen.
- Patientinnen ihre Mitarbeit an der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen können und das Recht auf die Herausgabe der sie betreffenden Daten haben. Über dieses Recht werde ich die Teilnehmerinnen beim informativen Gespräch aufklären.
- dort, wo die gesammelten Rohdaten oder die bearbeiteten Daten auf die Identität von Teilnehmerinnen Rückschlüsse zulassen könnten, diese meinerseits vertraulich behandelt werden, so dass die Anonymität gewahrt bleibt.

In meiner kleinen Untersuchung interessieren mich ausschliesslich pflegerische Aspekte.

Ich werde mit dieser Arbeit in der zweiten Hälfte des Monats September beginnen und plane, die Datensammlung etwa Ende Januar 1994 abzuschliessen.

Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, dass von Ihnen eingewiesene und betreute Patientinnen in die Studie einbezogen werden, bitte ich Sie um eine Mitteilung bis 19. September 1993. Für weitere Auskünfte stehe ich Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Für Ihr Verständnis und eine gute Zusammenarbeit auch ausserhalb der Studie bedanke ich mich herzlich.

Mit freundlichen Grüssen

Einführung Interviewleitfaden

Die Mitarbeiterinnen mit welchen ich im Alltag per Sie bin, auch in der Einführung und im Interview so ansprechen.

(Name), ich danke Dir sehr für Deine Bereitschaft, mit mir über Deine Erfahrungen in der Pflege von Patientinnen mit Curettage bei einem Spontanabort zu sprechen.

Ich habe Dich anlässlich meiner Anfrage zur Mitarbeit über mein Anliegen informiert. Hast Du dazu noch fragen?

Wenn nein, weiterfahren

Wenn ja, auf die Frage eingehen, dann weiterfahren

Deine Aussagen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Darf ich unser Gespräch auf Tonband aufnehmen? Dies erleichtert mir im Moment das Zuhören und später die Auswertung. Die Tonbänder werden ebenso vertraulich behandelt, wie Notizen.

Wenn ja: Darf ich jetzt einige Fragen an Dich stellen? Danke.
(Mit dem Fragenkatalog weiterfahren.)

Wenn nein:

- Auf Absage eintreten
- sie akzeptieren und nach den Gründen für die Absage fragen
- oder gewünschte weitere Informationen liefern
- oder das Angebot machen, das Tonband ausser Sichtweite aufzustellen
- oder das Angebot machen, nach ein paar Fragen einen Teil des Bandes anzuhören
- oder beim Interview Notizen machen anstelle der Tonbandaufnahme.

Fragenkatalog Interviewleitfaden

Zuerst ein paar Fragen zu Deiner beruflichen Erfahrung

1. Wie lange arbeitest Du schon hier?
2. Wieviele Patientinnen mit Curettage nach einem Spontanabort hast Du schätzungsweise schon gepflegt?
3. Wann ungefähr hast Du die letzte entsprechende Patientin gepflegt?

Mich interessiert sehr, wie Du diese Pflege persönlich erlebst

4. Welche Bedeutung hat eine Fehlgeburt für Dich als Pflegenden persönlich?
5. Gibt es etwas, was Dir bei der Pflege dieser Patientinnen speziell wichtig ist?

Durch persönliche Hindernisse oder äussere Umstände kann es manchmal schwierig sein, die Pflege zu leisten, welche einem wichtig und gut erscheint.

- 5.1. Wie steht es diesbezüglich mit der Pflege von Frauen mit einer Abortcurette? Ist es Dir möglich, diese Patientinnen so zu pflegen wie es Dir wichtig erscheint, oder ist Dir dies nicht möglich?
 - 5.1.1. Wenn nein: was hindert Dich daran, so zu pflegen wie Du es für wichtig hältst?
6. Brauchen alle Patientinnen mit einer Curettage nach einem Spontanabort etwa dieselbe Pflege oder gibt es Unterschiede in den Bedürfnissen der Patientinnen?
 - 6.1. Bei Unterschieden: wie stellst Du diese fest?
 - 6.2. Wie kannst Du darauf eintreten?
7. Welche Gedanken und Gefühle beschäftigen Dich bei der Pflege dieser Patientinnen?
 - 7.1. Gibt es dabei Unterschiede im Vergleich zur Pflege anderer Patientinnen, oder beschäftigen Dich die gleichen Gedanken und Gefühle wie bei der Pflege anderer Patientinnen?
8. Gibt es für Dich spezielle Probleme bei der Pflege dieser Patientinnen, im Vergleich mit Patientinnen, welche sich in einer anderen Situation befinden, oder gibt es diese für Dich nicht?
 - 8.1. Wenn ja: Wie gehst Du mit diesen Problemen um?
9. Was kann eine Fehlgeburt bei Patientinnen auslösen?
10. Sind Dir Folgen bei Patientinnen in dieser Situation bekannt?

11. Wie erlebst Deiner Erfahrung nach die Umgebung der Patientinnen die Fehlgeburt?
12. Welches Wort oder welchen Begriff benützt Du für „das“ was bei einer Fehlgeburt verlorengeht?
13. Sprichst Du mit den Patientinnen über das _____ oder sprichst Du nicht mit ihnen darüber?
 - 13.1. Wenn ja: Welche Gedanken und Gefühle nimmst Du bei Dir selber wahr, wenn Du über das _____ sprichst?
14. Was glaubst Du, passiert mit dem _____ , wenn es fehlgeboren ist?

Ich möchte Dir jetzt gerne zwei ganz persönliche Frage stellen. Du bist frei, sie zu beantworten.

Eigene Erfahrungen können die Pflege beeinflussen. Deshalb die Frage: (Einleitung und Fragen nur stellen, falls die entsprechende Antwort nicht schon während des Interviews geliefert wurde).

15. Hast Du selber schon einmal eine Fehlgeburt gehabt?
16. Bist Du einmal zu einem Zeitpunkt schwanger gewesen, als Du Patientinnen nach einer Fehlgeburt gepflegt hast?
 - 16.1. Wenn ja: Hat diese Schwangerschaft Dein Erleben der Pflege beeinflusst oder tat sie das nicht?
 - 16.1.1. Wenn ja: wie hat sie Dein Erleben beeinflusst?

Noch eine letzte Frage:

16. Gibt es etwas was Du wichtig findest, was bis jetzt aber noch nicht angesprochen wurde?

Abschluss

Damit sind wir am Ende des Interviews angelangt. Vielen Dank für Deine Mitarbeit. Da ich noch Interviews mit weiteren Mitarbeiterinnen durchführen werde, bitte ich Dich, Dich nicht mit Deinen Kolleginnen und Kollegen über unser Gespräch zu unterhalten. Dies könnte die Interviewergebnisse beeinflussen, was das Resultat beeinträchtigen könnte.

Nach einer Fehlgeburt

Liebe Patientin

Ihr Aufenthalt im Spital wird voraussichtlich nur sehr kurz sein. Oft ist es schwierig, sich an alles zu erinnern, was die Pflegenden und der Arzt in dieser Zeit gesagt haben. Fragen tauchen zudem oft erst später auf. Aus diesem Grund übergeben wir Ihnen die folgenden Informationen schriftlich, damit Sie sie zu Hause in aller Ruhe nochmals durchlesen können.

Warum hatten Sie eine Fehlgeburt?

Man nimmt an, dass etwa zwanzig bis dreissig Prozent aller Schwangerschaften durch eine Fehlgeburt verloren gehen. Manchmal ist der Grund dafür bekannt. So kann eine Infektion, oder eine problematische Entwicklung der Plazenta oder des Kindes die Ursache sein. Wenn bei Ihnen der Grund bekannt ist, kann Ihnen die Frauenärztin oder der Frauenarzt darüber Auskunft geben. Leider gibt es für die allermeisten Fehlgeburten keine offensichtliche Ursache. Dies führt dazu, dass viele Frauen Angst haben, sie hätten die Fehlgeburt verursacht. Es ist jedoch äusserst unwahrscheinlich, dass Sie etwas falsch gemacht haben. Versuchen Sie deshalb, keine Schuldgefühle zu haben. Falls Sie sich über etwas bestimmtes Sorgen machen, wenden Sie sich an Ihren Arzt.

Ihre Gefühle

Was die Fehlgeburt für Sie persönlich bedeutet, wissen nur Sie selber. Viele Frauen erleben eine intensive Zeit der Trauer, andere sind weniger berührt. Wir möchten betonen, dass dies alles normale Reaktionen sind, für die sich niemand zu entschuldigen braucht.

So unterschiedlich wie die Betroffenheit jetzt ist, so unterschiedlich lange brauchen die Frauen für die Verarbeitung. Jede Frau hat unterschiedliche Gefühle. Durchaus normal können Zorn, Frustration, Verzweiflung und Bitterkeit sein. Seien Sie auch nicht erstaunt, falls Sie merken, dass Sie neidisch auf Schwangere oder Frauen mit Kindern sind, dies ist ganz normal.

Vielleicht sind Sie erstaunt darüber, dass Sie durch die Fehlgeburt so aufgewühlt sind. Schämen Sie sich aber keinesfalls, Ihren Gefühlen Ausdruck zu geben. Weinen und trauern Sie um das Kind, wenn Ihnen danach ist.

Viele Frauen empfinden es als hilfreich, wenn sie mit jemandem, der Verständnis für die Situation hat, über das Ereignis sprechen können. Oft wird dies der Partner oder vielleicht eine Freundin sein.

Erinnerungen an das Kind

Nur in wenigen Fällen ist es möglich, vom Körper des Kindes Abschied zu nehmen. Eine Erinnerungskarte, welche wir Ihnen gerne übergeben, kann helfen, mit der Fehlgeburt zurecht zu kommen. Vielleicht möchten Sie Ihrem verlorenen Kind aber auch einen Brief schreiben, in welchem Sie ihm mitteilen, welche Gefühle Sie bewegen. Sie können auch gerne einen Eintrag in das in der Spitalkapelle aufliegende Buch machen, in welches die Patientinnen Anliegen für die Gebetszeit schreiben können. Dort wo es möglich war, haben wir ein Foto von Ihrem Kind gemacht. Wir überlassen es Ihnen gerne.

Die Partner

Manche Partner meinen, sie müssten nach einer Fehlgeburt ihrer Frau zuliebe stark sein. Falls dies so ist, sagen Sie Ihrem Partner, dass Sie sich besser verstanden fühlen, wenn auch er seine Trauer zeigt. Es ist allerdings auch möglich, dass ihn der Verlust weniger stark trifft, weil er noch keine so enge Bindung zum Kind aufbauen konnte wie Sie. Zudem ist bekannt, dass Männer und Frauen in unterschiedlicher Art und Weise und auch unterschiedlich lange um ein verlorenes Kind trauern. Dieses Wissen wird Ihnen helfen, gegenseitig Verständnis füreinander zu haben. Versuchen Sie, mit Ihrem Partner über die Gefühle, welche Sie beide empfinden, zu sprechen.

Die Begegnung mit anderen Menschen

Viele Frauen empfinden es als sehr schwer, nach einer Fehlgeburt anderen Menschen zu begegnen. Mit einigen Freunden werden Sie leichter ins Gespräch kommen. Andere scheint es nicht zu kümmern oder sie meiden Sie vielleicht sogar. Meistens sind dies Menschen, welche sich beim Thema Tod unwohl fühlen und Hemmungen haben, Sie zu fragen wie es Ihnen geht oder Ihnen zu sagen, wie leid es ihnen tut.

Ihr Körper

Für Fragen bezüglich der Blutung, dem Wiedereintritt der Menstruation oder einer nächsten Schwangerschaft und so weiter, wenden Sie sich am Besten an Ihre Frauenärztin oder Ihren Frauenarzt.

Wir wünschen Ihnen möglichst gute Besserung, sowohl für Ihren Körper als auch für Ihre Seele,

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Pfllegeteam