

Diagnose Fehlgeburt – Einblick in das Erleben von Männern

Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie
der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften
Medizinische Informatik und Technik

Bachelorarbeit
zur Erlangung des Titels

„Bachelor of Science in Nursing (BScN)“

Betreuer
Dr. David Rester, Dipl.-PGW (FH)

vorgelegt von
Tina Rocktäschel

Hall in Tirol, (August, 2010)

Betreuer und erster Referent:

Zweiter Referent:

Annahme durch Prüfungssekretariat am von

Vorwort

Bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit traten zunächst Schwierigkeiten aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Literatur auf. Des Weiteren erwies es sich als problematisch, eine Bezeichnung für das Fehlgeborene und dessen Erzeuger zu finden. Kann bei einem Ungeborenen von einem Kind oder Baby gesprochen werden? Ist die Bezeichnung Fötus oder Embryo adäquat für eine qualitativ ausgerichtete Arbeit, die den medizinischen Blick einer Diagnose auf das menschliche Erleben und Gefühl richten will? Weiters tauchte die Frage auf, ob von Müttern oder Vätern gesprochen werden kann. In Eintracht mit der Einstellung der Autorin dieser Arbeit, wird in der wissenschaftlichen Literatur von Eltern, wie auch dem Kind oder Baby gesprochen. Unabhängig davon, wie eine Schwangerschaft endet, ist folgende Anschauung von großer Bedeutung: „Für Eltern wie auch (medizinisches) Personal gilt: Kinder verändern uns; ob sie leben oder nicht“ (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007, S. 801).

Nach fehlender Übung, qualitative Forschungsarbeiten zu erstellen, stellte dies eine enorme Anforderung dar. Das Thema Fehlgeburt als Diagnose, menschliches Erlebnis, Sterbefall und Trauer hervorrufendes Ereignis besitzt eine große Komplexität. Diverse Aspekte, wie der Beziehungsstatus vor der Fehlgeburt, das soziale Netzwerk, psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, die Versorgung Betroffener, angewandte Bewältigungsstrategien, Folgen usw. müssen beachtet werden und geben Anlass zur weiteren Untersuchung.

Abstract

HINTERGRUND: Eine von fünf Schwangerschaften (20%) mündet in einer Fehlgeburt. Die gegenwärtig existierende wissenschaftliche Literatur beschäftigt sich überwiegend mit dem Erleben und Auswirkungen einer Fehlgeburt auf Frauen.

ZIEL: Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Erhebung des Erlebens, der Copingstrategien und der Auswirkungen einer Fehlgeburt auf Männer.

METHODE: Im Zeitraum von November 2009 bis April 2010 erfolgte eine Literaturrecherche. Aus 125 erhaltenen Untersuchungen, wurden sechs als relevant beurteilt.

ERGEBNISSE: Zu Beginn sind am häufigsten Trauer, schockartige Zustände, Sorgen um die Gesundheit der Partnerin, Ärger und Unsicherheit prävalent, später hingegen Akzeptanz oder Depression. Die Mehrheit der Männer nimmt eine unterstützende Rolle gegenüber ihrer Partnerin an, wobei eigene Gefühle verdrängt werden. Männer wenden zur Bewältigung einer Fehlgeburt vermehrt kognitive Vermeidungsstrategien und Strategien der Verhaltensvermeidung, sowie weniger kognitive Ansätze und Verhaltensansätze, an. Weiters stellen die Ablenkung durch diverse Tätigkeiten, eingeschränkte Kommunikation und emotionale Zurückhaltung Bewältigungsstrategien dar. Eine Fehlgeburt löst eine Steigung des Angst-, Stress- und Depressionsgrades bei Männern aus.

SCHLUSSFOLGERUNG: Derzeit bieten Gesundheitseinrichtungen keine direkte Beratung für Männer an. Die akute Versorgung und Betreuung von einer Fehlgeburt betroffenen Männer, sowie die Nachsorge sind rückständig und sollten zukünftig Fortschritten und Innovationen unterliegen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Fehlgeburt, Männer, Erleben, Bewältigung, Auswirkungen, Versorgung

BACKGROUND: One in five pregnancies (20%) end in miscarriage. The currently existing scientific literature deals mainly with the experience and impact of miscarriage on women.

AIM: The aim of this study was to ascertain the experience and coping strategies of men, as well as the impact of miscarriage on men.

METHOD: A literature research was undertaken in the period from November 2009 to April 2010. Six of 125 studies were assessed as relevant.

RESULTS: Grief, shock, concern about the health of the partner, anger and uncertainty were the most frequent emotions in the beginning, where later acceptance or depression were the most prevalent. The majority of men maintained a supportive role to encourage their partner, while their own feelings are repressed. After the miscarriage men relied more on coping strategies such as cognitive avoidance and behavioral avoidance, while less cognitive approach and behavioral approach were reported. Furthermore, the distraction by various activities, impaired communication and emotional restraint represent coping strategies. A miscarriage initiates increasing levels of anxiety, stress and depression in men.

CONCLUSION: Currently health facilities offer no advice for men. The backwardness in acute care and support of men, who are affected by a miscarriage, as well as the follow-up care, must be overcome by future advances and innovations.

KEYWORDS: miscarriage, men, experience, coping, impact, care

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Methodik.....	6
2.1 Forschungsfragen	6
2.2 Literaturrecherche	6
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	7
2.4 Suchprotokoll.....	8
2.5 Begriffsklärung	8
2.5.1 Fehlgeburt (Abort, Abortus).....	8
2.5.2 Coping.....	9
2.5.3 Assessmentinstrumente	10
2.5.3.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	10
2.5.3.2 Impact of Event Scale (IES)	10
2.5.3.3 Beck Depression Inventory (BDI)	11
2.5.3.4 Spielberger State Trait Anxiety Inventory-State (STAI State).....	11
2.5.3.5 Coping Response Inventory (CRI).....	12
3 Ergebnisse	13
3.1 Erleben.....	18
3.2 Bewältigung.....	24
3.3 Auswirkungen.....	30
3.4 Zusammenfassung.....	31
4 Diskussion und Ausblick.....	33
5 Literaturverzeichnis	44
6 Anhang.....	47

1 Einleitung

Eine Schwangerschaft wird stets von Hoffnung, Erwartungen und Vorstellungen über die Lebensgestaltung nach der Geburt des Kindes begleitet (Skibbe, Löseke, 2001, S. 290). Zwischen den Partnern steigt das Gefühl der Zusammengehörigkeit durch die Vorfriede auf das gemeinsame Kind und das überwältigende Glücksgefühl bei der Geburt (Goerke, Bazlen, 2002, S. 207). Nach Skibbe und Löseke (2001, S. 291) werden diese Gefühle bei der Diagnose Abortus plötzlich verdrängt. Befruchtete Eizellen sterben nach Heer (2009, S. 232) zu 30-50% ab. Fehlgeburten treten daher häufig auf (Khan et al., 2004). Eine von fünf Schwangerschaften (20%) mündet in einer Fehlgeburt (Hammerslough, 1992, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004). Das Risiko einer Fehlgeburt steigt mit jeder weiteren Schwangerschaft (Zygmunt, 2005, S. 282). Nach einer Prävalenztabelle der Statistik Austria (2009) kamen im Jahre 2008 auf 77 752 Lebendgeburten 258 Totgeburten in Österreich. Sehr frühe Fehlgeburten werden häufig nicht erkannt und gehen in diese Statistik nicht ein (Statistik Austria, 2009). Eine Fehlgeburt tritt vor der 28. Schwangerschaftswoche ein und ist mit einem Gewicht von maximal 500 Gramm von einer Totgeburt abzugrenzen (Mändle, 2007, S. 184). Totgeborene werden mit einem Gewicht über 500 Gramm definiert und sind im Gegensatz zu Fehlgeborenen beim Standesamt meldepflichtig (Mändle, 2007, S. 184). Statistiken belegen durch Ziffern dargestellte Prävalenzen innerhalb einer bestimmten Zeitperiode, berücksichtigen jedoch nicht, dass nach dem Verlust des Kindes die Trauer ein Leben lang anhalten kann (Moffitt, 2006). Der Tod stellt etwas Unergründliches dar (Moffitt, 2006). Der Tod eines Kindes besitzt eine nachhaltig schlechte Wirkung auf Betroffene und wird zudem tabuisiert (Moffitt, 2006). Das Erlebnis kann weder mit einer Geburt, noch mit einem natürlichen Tod verglichen werden (Cecil, 1996, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003). Das Fehlgeborene wird niemals in der Gesellschaft integriert sein und wird aus dem Grunde nicht als Verlust aus dieser betrachtet (Cecil, 1996, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003). Für die Eltern bedeutet eine Fehlgeburt den Verlust eines eigenen Lebensteiles und gleichzeitig das Zerfallen eines Zukunftsplanes

(Skibbe, Löseke, 2001, S. 291; Moffitt, 2006). Eine Fehlgeburt wirkt sich durch psychische und physische Veränderungen auf betroffene Männer und Frauen und deren Partnerschaft aus (Wheeler, 1994, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003; Lee, Slade, 1996, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003). Unsicherheit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Versagensängste bedrücken die Betroffenen (Mändle, 2007, S. 185; Skibbe, Löseke, 2001, S. 291). Es kommt zur Schädigung der weiblichen Identität und Verlust der Mutterrolle der Frau, welche aus der Gemeinschaft der Mütter ausgeschlossen wird (Moulder, 1990, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003). Frauen erleben das unerwartet eintreffende Geschehen als Schock (Abboud, Liamputtong, 2003). Einige realisieren den Verlust des Kindes für eine gewisse Zeit nicht, andere verbergen die Tatsache vor Bekannten zur Vermeidung von Gesprächen (Abboud, Liamputtong, 2003). Eine Fehlgeburt hinterlässt bei betroffenen Müttern das Gefühl der Verzweiflung, tiefen Kummers, Angst, Bestürzung, Eifersucht auf andere Schwangere oder Mütter mit kleinen Kindern, wie auch die Furcht vor einer erneuten Schwangerschaft mit Komplikationen (Abboud, Liamputtong, 2003). Ferner geben sich manche fehlgebärende Frauen die Schuld für den Verlust des Kindes, äußern sogar Vorwürfe, das Kind selbst getötet zu haben (Abboud, Liamputtong, 2003). Durch gesellschaftliche Entwicklung hervorgerufen, sind heutzutage Einfluss und Beteiligung des Mannes in der Kindererziehung gestiegen (Khan et al., 2004). Werdende Väter entwickeln früh durch die Verfolgung und Anteilnahme an regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen eine Gebundenheit zu ihrem Kind (Khan et al., 2004). Aufgrund dessen wächst das Bedürfnis der Männer nach emotionaler Unterstützung folgend auf eine Fehlgeburt (Khan et al., 2004). Der Trauerprozess von Männern wird von Gefühlen wie Niedergeschlagenheit, Unsicherheit, Ärger, Angst, Leerheit, etc. begleitet (Khan et al., 2004). Die von Männern angewandten Strategien zur Bewältigung einer Fehlgeburt können sich von denen der Frauen differenzieren (Cumming et al., 2007). Allen Betroffenen gemeinsam bleibt die Frage nach dem `Warum gerade ich´ (Abboud, Liamputtong, 2003).

Pflegepersonen auf gynäkologischen Stationen werden im Pflegealltag mit diesen Geschehnissen konfrontiert, weshalb die psychische Betreuung von Betroffenen einer Fehlgeburt und die daraus resultierenden Anforderungen an die Pflegenden

eine besondere Bedeutung darstellt (Heer, 2009, S. 232). Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2010) erklärt die psychosoziale Betreuung der PatientInnen und Information zur Krankheitsvorbeugung als Aufgabe des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Der psychosozialen Betreuung werden unter anderem gezielte Gespräche in Lebenskrisen, sowie Unterstützung von Patient und Angehörigen in der Trauerarbeit in der Sterbephase zugeordnet (ÖGKV, 2010). Nach Schaeffer (2005, S. 77 ff.) bestehen im Gesundheitswesen neben der Vernachlässigung von Angehörigen, der informellen Hilfe und der Konsequenzen für Betroffene zudem Kommunikations- und Informationsdefizite von Patienten und Angehörigen. Betroffene Paare erhalten meist keinen bzw. einen nicht hilfreichen Trost durch Freunde, der Familie, medizinisches Personal und/ oder dem Klerus, da diese mit der Situation selbst überfordert und unfähig sind, den Betroffenen ein ausreichendes Maß an Empathie zu präsentieren (Moffitt, 2006). Somit kann laut Moffitt (2006) der Bedarf der Betroffenen an einer Trauerbegleitung nicht gedeckt werden, weshalb viele Paare in Abgeschiedenheit trauern. Obwohl das medizinische Management einer Fehlgeburt im Krankenhaus Routine darstellt, ist der Fokus bei einer Fehlgeburt primär auf den physischen Vorgang gerichtet und die Psyche wird vernachlässigt (Skibbe, Löseke, 2001, S. 290; Cumming et al., 2007; Schaeffer, 2005, S. 81). Dagegen stellt die psychische Betreuung theoretisch einen unerlässlichen Bestandteil der Aufgaben von Pflegenden dar (Goerke, Bazlen, 2002, S. 243). Unzureichende Informationsgabe (Harper, Wisian, 1994, zit. aus Paton et al., 1999; Schaeffer, 2005, S. 77), die fehlende Beachtung potenzieller Stressanzeichen (Lasker, Toedter, 1994, zit. aus Paton et al., 1999) und ungenügende Empathie und Sensibilität der Pflegepersonen (Cecil, 1994, zit. aus Paton et al., 1999; Schaeffer, 2005, S. 78) lösen Unzufriedenheit der Betroffenen mit der angebotenen Versorgung aus. Die Zufriedenheit der Betroffenen mit der Versorgung im Krankenhaus sollte zukünftig erreicht oder gesteigert werden (Paton et al., 1999). Gegenwärtig richtet sich die Aufmerksamkeit des medizinischen Personals vorwiegend auf die Erforschung der Prävalenz psychischer Erkrankungen von Frauen nach einer Fehlgeburt (Cumming et al., 2007). Zahlreiche Studien gingen Vorboten von psychologischem

Stress auf den Grund, welcher durch eine Fehlgeburt ausgelöst werden kann (Paton et al., 1999). Personen mit einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte sind gefährdet, folgend auf eine Fehlgeburt, eine erneute psychopathologische Erkrankung und/ oder psychosoziale Anpassungsstörung zu entwickeln (Cumming et al., 2007). Es besteht eine Beziehung zwischen der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und dem Erhalt psychischen Stressses folgend auf eine Fehlgeburt (Jackman et al., 1991, Lasker, Toedter, 1994, zit. aus Paton et al., 1999). Weiters beschäftigt sich die existierende wissenschaftliche Literatur neben den psychischen Erkrankungen als Auswirkung einer Fehlgeburt auf Frauen sowohl mit den Erfahrungen der betroffenen Frauen (Leroy, 1988, Reinharz, 1988, Hey et al., 1989, Layne, 1990, Moulder, 1990, Oakley et al., 1990, Cecil, Leslie, 1993, Letherby, 1993, Ney et al., 1994, Statham, Green, 1994, Woods, Woods, 1997, Liamputtong Rice, 1999, Van, 2001, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003; Johnson, Baker, 2004; Khan et al., 2004). Wissenschaftliche Literatur im Hinblick auf das Erleben und Auswirkungen einer Fehlgeburt aus Sicht der Männer existiert in mangelhafter Zahl (Cecil, Slade, 1996, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003; Johnson, Baker, 2004; Khan et al., 2004). Gegenwärtig steigt das Bewusstsein dem Einfluss einer Fehlgeburt auf Männer Betrachtung zukommen zu lassen (Cumming et al., 2007). Eine begrenzte Anzahl wissenschaftlicher Beweise existiert derzeit zumeist in Form von qualitativen Fallstudien (Cumming et al., 2007).

Die hohe Bedeutung von Fehlgeburten zeigt sich in der Präsenz aktueller Fachlektüre (Moffitt, 2006). Des Weiteren existieren im Internet zahlreiche Foren und Homepages von Selbsthilfegruppen und Vereinen, die das Thema Fehlgeburt aus unterschiedlichen Sichtweisen betrachten (Moffitt, 2006). Durch die gegenwärtige Verschiebung des Zeitpunktes der Familiengründung, wird die Prävalenz der Fehlgeburt zukünftig steigen (Moffitt, 2006). Die heutige Gesellschaft tendiert zur Familienplanung bei gegebener beruflicher, sowie partnerschaftlicher Beständigkeit (Moffitt, 2006). Statistiken belegen, dass mit steigendem Alter das Risiko für Fehlgeburten und Infertilitätsproblemen steigt (Moffitt, 2006). Das Thema ist von besonderer Relevanz, da Untersuchungen belegen, dass Pflegepersonen eine gewichtete Rolle bei der Betreuung von

betroffenen Paaren tragen und Betroffene langfristig nach dem Erlebnis unter einer psychischen Belastung oder Erkrankung leiden (Paton et al., 1999; Moffitt, 2006; Khan et al., 2004; Johnson, Baker, 2004; Cumming et al., 2007).

Das Ziel der Arbeit stellt die Verdeutlichung der Auswirkungen einer Fehlgeburt auf das seelische Befinden und die Gesundheit von Männern dar. Es ist von besonderer Notwendigkeit, die Wahrnehmung von Pflegepersonen im Hinblick auf die benötigte Unterstützung und Betreuung Betroffener zu erweitern. Das Bewusstsein der Pflegepersonen, dass neben Frauen auch Männer an einer Fehlgeburt beteiligt sind, sollte hervorgerufen werden. In der vorliegenden Arbeit soll aufgezeigt werden, wie Männer eine Fehlgeburt erleben und welche Copingstrategien zur Bewältigung der Fehlgeburt von Männern angewandt werden. Im Zuge dessen sollen Folgen für die Partnerschaft Betroffener analysiert werden. Ferner sollen Auswirkungen einer Fehlgeburt auf Männer erhoben werden. Ziel ist es zudem, das derzeitige Ausmaß der Versorgung von Männern nach einer Fehlgeburt zu erforschen, sowie, falls erforderlich, Maßnahmen zu deren Herstellung oder Optimierung nach einer Fehlgeburt darzulegen.

Die persönliche Motivation der Autorin der Arbeit für die Behandlung der Thematik der Pflege von Patientinnen mit einer Fehlgeburt wurde durch die Absolvierung eines Praktikums auf einer gynäkologischen Station geprägt. Zudem bestand das persönliche Interesse daran, wie betroffene Männer eine Fehlgeburt erleben können und wie die Pflegepersonen die Betroffenen bei der Trauerarbeit zu unterstützen vermögen.

2 Methodik

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit dem Entdeckungszusammenhang der durchgeführten Untersuchung.

2.1 Forschungsfragen

Derzeit existiert eine hohe Anzahl vorhandener wissenschaftlicher Literatur über das Erleben, die Erfahrungen mit der klinischen Versorgung, sowie körperliche, psychische und soziale Auswirkungen einer Fehlgeburt auf Frauen. Dagegen bestehen in geringer Anzahl wissenschaftliche Beweise für das Erleben, die Auswirkungen einer Fehlgeburt und die Erfahrungen mit der im Krankenhaus erhaltenen Versorgung von Männern. Somit besteht in diesem Bereich Forschungsbedarf. Infolgedessen wurde die vorerst geplante Fragestellung über die Aufgaben von Pflegepersonen bei der Betreuung von Patientinnen nach einer Fehlgeburt nach der durchgeführten Literaturrecherche umstrukturiert. Die vorliegende Arbeit soll folgende leitende Fragestellung beantworten: Wie erleben Männer eine Fehlgeburt? Weiters sollen folgende zwei Fragestellungen beantwortet werden: Wie bewältigen Männer eine Fehlgeburt? Welche Folgen löst eine Fehlgeburt bei Männern aus?

2.2 Literaturrecherche

Um ein Ergebnis für die vorliegende Fragestellung zu erhalten, erfolgte im Zeitraum November 2009 bis April 2010 eine Literatursuche in den Online-Datenbanken Academic Search Elite, Medline with Full Text, DIMDI sowie CINAHL with Full Text. Mit folgenden Suchbegriffen unterschiedlicher Kombination wurde recherchiert: `abortion`, `anxiety`, `care`, `emotional distress`,

`interventions`, `methods`, `miscarriage`, `sorrow`, `stress`, sowie `support`. Infolge einer Sichtung der Titel, Abstracts und im Hinblick auf die Aktualität der Studien wurden die gefundenen Untersuchungen bezüglich ihrer Relevanz bewertet. Aus den 125 erhaltenen Studien wurden sechs berücksichtigt, da diese anhand der Ein- und Ausschlusskriterien als relevant beurteilt wurden. Von diesen sechs relevanten Studien war eine kostenpflichtig. Die Organisation der kostenpflichtigen Untersuchung erfolgte über die Autorin der vorliegenden Arbeit. Da die Anzahl gegenwärtig bestehender Literatur, die ihren Fokus ausschließlich auf das Erleben und die Auswirkungen einer Fehlgeburt auf Männer legt, beschränkt ist, beinhalten drei der erhaltenen Studien und wissenschaftlichen Artikel zudem weibliche Probanden.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Untersuchungen mit jugendlichen und erwachsenen Männern im Alter von zwölf bis 44 Jahren, welche eine Fehlgeburt ihrer Partnerin erlebt haben. Zudem wurden Untersuchungen einbezogen, welche die Auswirkungen der Fehlgeburt auf die psychische Befindlichkeit der betroffenen Männer, sowie Folgen für die Partnerschaft aufzeigen. In die Literatursuche wurden Untersuchungen als Volltext und mit verfügbarem Abstract in den Sprachen Englisch und Deutsch inkludiert.

Untersuchungen wurden aus der Literatursuche ausgeschlossen, insofern sie nicht im Zeitraum von 1999 bis 2009 durchgeführt wurden. Eine Exkludierung von Studien fand statt, wenn diese ausschließlich rezidivierende Aborte betrachteten. Letztere erfordern eine gesonderte Betrachtung. Des Weiteren wurden Studien nicht einbezogen, sofern es sich um willentlich durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche handelte.

2.4 Suchprotokoll

Tabelle 1 stellt die in Punkt 2.2 beschriebene Literaturrecherche schematisch dar. Skizziert sind die für die Literatursuche verwendeten Online-Datenbanken, Suchbegriffe und Einschränkungen. Zudem werden die Trefferquote (Treffer), die Anzahl der relevanten Treffer, sowie Bemerkungen aufgeführt. Das Suchprotokoll (Tab. 1) befindet sich im Anhang.

2.5 Begriffsklärung

Das folgende Kapitel gibt Aufschluss über die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Begrifflichkeiten.

2.5.1 Fehlgeburt (Abort, Abortus)

Ein Abort (Fehlgeburt) bezeichnet eine „vorzeitige Ausstoßung des Embryos oder Fetus bei einem Gewicht von unter 500 Gramm“ (Goerke, Bazlen, 2002, S. 241) bei einem gleichzeitigen „Fehlen aller Lebenszeichen [...]“ (Goerke, Bazlen, 2002, S. 241). Tritt der Abort bis zur 16. Schwangerschaftswoche (SSW) auf, wird dies als Frühabort bezeichnet, während Fehlgeburten nach diesem Zeitpunkt als Spätaborte gelten (Goerke, Bazlen, 2002, S. 241). Zaiß (2009, S. 288) spricht von einem Abort bei dem Fernbleiben von Herzschlag, Nabelschnurpulsation, Atmung und einer eindeutigen Bewegung. Zu den Ursachen einer Fehlgeburt zählen nach Goerke und Bazlen (2002, S. 241) Chromosomenanomalien, endokrine Faktoren, Infektionen (z. B. Zytomegalie, Harnwegsinfektionen oder Toxoplasmose), Fehlbildungen des Uterus, Zervixinsuffizienz (häufige Ursache für Spätaborte), Stoffwechselerkrankungen der Mutter (Diabetes mellitus, Hypothyreose), psychische Probleme, ungesunde Lebensweise und belastende Umwelteinflüsse,

sowie immunologische Faktoren wie der EPF-Mangel (early pregnancy factor, schützender Faktor in der Schwangerschaft).

Als Abortus imminens wird eine drohende Fehlgeburt bezeichnet. Es tritt eine vaginale Blutung bei geschlossenem Muttermund ein. Die Schwangerschaft ist intakt. Betroffene Frauen empfinden unter Umständen krampfartige Schmerzen.

Findet ein Abortus incipiens statt, ist die beginnende Fehlgeburt nicht mehr aufzuhalten. Es liegt eine partielle Öffnung des Muttermundes vor. Starke Blutungen ohne Gewebsbeimengungen folgen. Eine unvollständige Ausstoßung des Fötus und der Plazenta wird als Abortus incompletus bezeichnet. Ist beides vollständig ausgestoßen worden, wird von einem Abortus completus gesprochen. Verweilt die abgestorbene Frucht im Uterus, ist ein verhaltener Abort (missed abortion) vorhanden. Eine weitere Art der Fehlgeburt stellt das Abortivei, auch Windei genannt, dar, bei dem sich sonographisch ein großer Fruchtsack mit fehlenden fetalen Anteilen darstellt. Werden Unterleibsschmerzen, Blutungen oder ein blutiger Ausfluss sowie ein druckschmerzhafter Uterus von einem Anstieg der Körpertemperatur auf 38-39°C begleitet, besteht ein Abortus febrilis. Eine schwere Form des febrilen Abortus, der septische Abortus, erscheint zusätzlich mit faulig riechendem Fruchtwasser oder Fluor, einem Temperaturanstieg über 39°C, Schüttelfrost, Schmerzen sowie weiteren Anzeichen einer Sepsis. Bei mindestens drei aufeinander folgenden spontanen Fehlgeburten liegt ein habituellem (rezidivierender) Abort vor. (Zygmunt, 2005, S. 283 ff.)

2.5.2 Coping

Konstant verändernde Leistungen der Kognition und des Verhaltens zur Bewältigung spezifischer interner und/ oder externer Anforderungen, welche die Ressourcen eines Individuums in großem Maße beanspruchen oder überschreiten, werden als Coping bezeichnet. Das Coping ist situationsspezifisch. Die Effektivität oder Ineffektivität einer Copingstrategie ist abhängig von der Anforderung einer Situation oder eines Ereignisses an das Individuum.

Anforderungen stellen beispielsweise die Dauer eines Ereignisses oder die Fähigkeit des Individuums, die Situation kontrollieren zu können, dar. Es existieren keine universell geltenden Copingstrategien. (Johnson, Baker, 2004)

2.5.3 Assessmentinstrumente

In folgendem Kapitel werden Skalen zur Durchführung eines Assessments erläutert.

2.5.3.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD bzw. HADS) misst die Prävalenz und den Grad von Angst und Depression. Die enthaltenen 14 Items des Instrumentes werden auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet. Die HADS wurde für allgemein medizinische Patienten entwickelt und lässt eine physische Symptomatik außen vor. Für jedes Item können maximal 21 Punkte erreicht werden. Punkte von 0 bis 7 stehen für ein normales Reaktionsmuster, Punkte im Bereich von 8 bis 10 deuten auf eine mögliche oder bestehende Erkrankung hin. Scores von 11 bis 21 belegen eine klinische Erkrankung. (Paton et al., 1999)

2.5.3.2 Impact of Event Scale (IES)

Die Impact of Event Scale ist ein Erhebungsinstrument, welches anhand von 15 Items den Einfluss eines benannten Stressors misst. Die Skala besitzt zwei Teilkomponenten, zum einen die Beeinträchtigung (sieben Items), zum anderen die Vermeidung (acht Items). Diese Komponenten werden separat auf einer vierstufigen Einstufungsskala (von `gar nicht` bis `oft`) bewertet. Die Subskala für die Beeinträchtigung misst das Ausmaß der durch den benannten Stressor

ausgelösten unfreiwilligen Kognitionen, wie ungebetene Bilder, Träume und Gedanken, sowie starke Emotionen und sich wiederholende Verhaltensweisen. Insgesamt können auf dieser Subskala maximal 35 Punkte erreicht werden. Die Subskala für Vermeidung misst den Grad eines Individuums, indem dieses ein Nachdenken über den benannten Stressor vermeidet oder umgeht. Die Vermeidung äußert sich beispielsweise durch Verneinung, Verhaltenshemmung oder verminderte Gefühlsempfindungen. Auf dieser Subskala können maximal 40 Punkte erreicht werden. Der Gesamtscore der IES ergibt sich aus der Summation der Punkte der beiden Subskalen. (Johnson, Baker, 2004)

2.5.3.3 Beck Depression Inventory (BDI)

Mithilfe des Instrumentes, der Beck Depression Inventory, kann der Schweregrad einer Depression bei Jugendlichen und Erwachsenen erhoben werden. Auf einer vierstufigen Skala (0= Nichtvorhandensein, 1 bis 3= steigender Schweregrad) werden die 21 Items bewertet. Der Gesamtscore der BDI (Depressionsscore) ergibt sich aus der Summation der Punkteergebnisse aller Items, wobei 63 Punkte das Maximum darstellen. (Johnson, Baker, 2004)

2.5.3.4 Spielberger State Trait Anxiety Inventory-State (STAI State)

Das STAI State ist ein Instrument, welches den Angstzustand misst. Die enthaltenen 20 Items werden auf einer vierstufigen Skala von `fast immer´ bis hin zu `fast nie´ bewertet. Ein Gesamtscore zwischen 20-80 Punkten wird aus der Summe der Punkteergebnisse der zwanzig Items gebildet. (Johnson, Baker, 2004)

2.5.3.5 Coping Response Inventory (CRI)

Die acht Bewältigungsreaktionen (Copingstrategien), logische Analyse, positive Beurteilung, Suche nach Unterstützung, Problemlösung, kognitive Vermeidung, Akzeptanz, alternative Belohnungen und emotionale Entlastung werden vom CRI gemessen. Das Instrument besteht aus insgesamt 48 Items, die zu jeweils sechs Items pro Skala aufgeteilt wurden und auf einer vierstufigen Skala von 0 (nein) bis 3 (ziemlich oft) Punkten bewertet werden können. Hierbei können bis zu 18 Punkte für jede Bewältigungsstrategie erhalten werden, wobei dominante Bewältigungsstrategien durch höhere Punktzahlen hervorgehoben werden. Durch ein bestimmtes Additionsverfahren der Punkte aus den acht Subskalen werden folgende vier unterschiedliche Ausdrucksweisen der Copingstrategien erfasst:

- Verhaltensansatz (aus der Kombination von Suche nach Unterstützung und Problemlösung)
- Verhaltensvermeidung (aus der Kombination von alternativen Belohnungen und emotionaler Entlastung)
- Kognitiver Ansatz (aus der Kombination von logischer Analyse und positiver Beurteilung)
- Kognitive Vermeidung (aus der Kombination von kognitiver Vermeidung und Akzeptanz). (Johnson, Baker, 2004)

3 Ergebnisse

Insgesamt wurden ein Zeitschriftenartikel, zwei Longitudinalstudien, sowie drei qualitative Studien in die Analyse eingeschlossen. Wurden in den Untersuchungen Ergebnisse für Frauen und Männer separat dargestellt, werden im folgenden Kapitel nur die für die Forschungsfrage geltenden Ergebnisse über betroffene Männer dargestellt. Aufgrund der Inhalte der analysierten Untersuchungen, wurden die Ergebnisse in drei Ergebniskategorien unterteilt. Die erste Ergebniskategorie enthält Outcomes über das Erleben von Männern nach einer Fehlgeburt. In der zweiten Ergebniskategorie werden Bewältigungsstrategien der Männer aufgezeigt. Die Auswirkungen einer Fehlgeburt auf die psychologische Gesundheit von Männern werden in der dritten Ergebniskategorie fokussiert. Die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen sind zudem in der nachfolgenden Tabelle (Tab. 2) angeführt. Tabelle 2 zeigt die den Ergebniskategorien zugeschriebenen Studien auf, sowie Angaben über Studiendesign, Größe der Stichprobe und Methode. Angegeben sind ausschließlich auf Männer bezogene Ergebnisse der analysierten Studien entsprechend der Ergebniskategorien Erleben, Bewältigung und Auswirkungen.

Tab. 2: Erleben, Bewältigung und Auswirkungen der Fehlgeburt auf Männer.

Ergebnis- kategorie	Autor(en) (Jahr)	Studien- design	Stichprobe		Methode	Ergebnisse
			Männer	Frauen		
Erleben	Abboud, Liamputtong (2003)	Qualitative Studie	6	6	Halbstrukturierte Interviews, Ton- bandaufnahme der Interviews	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gefühle: Schock, Überraschung, Bestürzung, seelischer Schmerz durch körperliches und seelisches Leiden der Partnerin 2. Rolle der Unterstützung und Ermutigung gegenüber der Partnerin 3. Belastung und Anstrengung durch Verdrängung eigener Gefühle 4. Gesprächsbereitschaft der Mehrheit 5. keine gegenseitigen Schuldzuweisungen
	Khan et al. (2004)	Qualitative Studie	9	0	Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Am häufigsten angegebene Gefühle: Traurigkeit, Unsicherheit 2. Häufigste Gefühle zu einem späteren Zeitpunkt: Akzeptanz, Depression 3. Unzufriedenheit mit dem Ausmaß an Informationen im Krankenhaus,

Tab. 2: Erleben, Bewältigung und Auswirkungen der Fehlgeburt auf Männer.

Ergebnis- kategorie	Autor(en) (Jahr)	Studien- design	Stichprobe		Methode	Ergebnisse
			Männer	Frauen		
Erleben	Khan et al. (2004)					Zufriedenheit mit der Versorgung in der Pregnancy Loss Klinik 4. Bei Mehrheit positive Auswirkung der Fehlgeburt auf Partnerschaft
	Moffitt (2006)	Journal Article	k. A.	k. A.	k. A.	1. Gefühle: Ärger, Abgeschiedenheit, Hoffnungslosigkeit, Missverständnis, Traurigkeit, Betrübnis, Frustration, Eifersucht auf Personen mit Kindern, Belastung, Verzweiflung 2. Unzureichende Unterstützung durch Familie und Freunde 3. beeinträchtigter Trauerprozess und Risiko einer Depression bei sozialer Isolation

Tab. 2: Erleben, Bewältigung und Auswirkungen der Fehlgeburt auf Männer.

Ergebnis- kategorie	Autor(en) (Jahr)	Studien- design	Stichprobe		Methode	Ergebnisse
			Männer	Frauen		
Bewältigung	Corbet- Owen (2003)	Qualitative Studie	0	8	Halbstrukturierte Interviews, Ton- bandaufnahme der Interviews	<ol style="list-style-type: none"> 1. eingeschränkte Kommunikation 2. Ablenkung durch Arbeit oder Freizeitgestaltung mit Freunden 3. Verdrängung der eigenen Trauer zugunsten der Unterstützung der Frau 4. selten emotionales Verhalten
	Johnson, Baker (2004)	Longitudi- nalstudie	332	0	T1: CRI, BDI, IES, STAI State, demogra- phischer Fragebogen; T2: CRI, BDI, IES, STAI State ; T3: BDI, IES, STAI State	<ol style="list-style-type: none"> 1. T1 : ausschließlich Verhaltensstrategien und kognitive Copingstrategien 2. T2-T3 : meist vermeidende Copingstrategien 3. T3: vermehrt kognitive Vermeidung und Verhaltensvermeidung in Fehlgeburtengruppe; weniger kognitiver Ansatz und Verhaltensansatz in Fehlgeburtengruppe; Depressions- und Stressgrad in Fehlgeburtengruppe höher

Tab. 2: Erleben, Bewältigung und Auswirkungen der Fehlgeburt auf Männer.

Ergebnis- kategorie	Autor(en) (Jahr)	Studien- design	Stichprobe		Methode	Ergebnisse
			Männer	Frauen		
Bewältigung	Johnson, Baker (2004)					<p>Depressions- und Stressgrad in Fehlgeburtengruppe höher als in Geburtengruppe</p> <p>4. Korrelation zwischen Copingstrategie und dem Grad von Stress, Angst und Depression</p>
Auswirkungen	Cumming et al. (2007)	Longitudi- nalstudie	133	273	<p>Nach 1 Monat: halbstrukturierte Interviews und HADS; nach 6 und 13 Monaten: HADS</p>	<p>1. Mittelwerte für Angst und Depression geringer bei Männern</p> <p>2. Angstgrad bis nach 13 Monaten bei Männern annähernd gleich bleibend</p> <p>3. Depressionsscore bei Männern nach 6 Monaten gesunken und nach 13 Monaten gestiegen</p> <p>4. 12,4% klinisch relevante Angst, 4% Depression</p> <p>5. Angst bei Männern weniger prävalent als bei Frauen</p>

3.1 Erleben

Abboud und Liamputtong (2003) führten in einer qualitativen Studie halbstrukturierte Interviews mit jeweils sechs von einer Fehlgeburt betroffenen Männern und Frauen aus Melbourne (Australien) durch. Mit diesen Interviews wurden Erfahrungen der TeilnehmerInnen, des Partners/ der Partnerin, sowie Erfahrungen mit der Betreuung durch Pflegepersonen und mit klinischen Dienstleistungen erhoben. Die persönliche Anschauung und die Einstellung des sozialen Umfeldes über die Fehlgeburt wurden ebenfalls erfasst. Des Weiteren wurden Unterschiede zwischen Frau und Mann analysiert. Die Interviews wurden im Domizil der UntersuchungsteilnehmerInnen durchgeführt und zugleich auf Tonband festgehalten. Die Dauer der Interviews differenzierte sich je nach Gesprächsbereitschaft der TeilnehmerInnen. Ferner erhielten die Paare die Möglichkeit, durch einen praktischen Arzt betreut zu werden. Allen TeilnehmerInnen war die Begrifflichkeit Fehlgeburt bekannt, der Einfluss auf das Leben nicht. Einige Männer erlebten die Fehlgeburt ebenso wie ihre Partnerinnen als Schock und Überraschung. Zudem verdrängten diese Männer die Diagnose. Besonders einprägsam erlebten Männer den Ultraschall, bei welchem kein Embryo ersichtlich war. Ein Mann zog eine Fehlgeburt als Resultat der Blutungen und Schmerzen seiner Frau in Betracht. Weiters wurde, nach der zuvor stattgefundenen siebenten Fehlgeburt, die erneute Diagnose einer Schwangerschaft von einem Teilnehmer als Schock empfunden. Das betroffene Paar hatte zuvor den Entschluss für eine Sterilisation getroffen, um dem Risiko einer weiteren Fehlgeburt zu entgehen. Weiters empfanden viele Männer tiefen Schmerz, des Öfteren aufgrund der körperlichen und seelischen Situation der Frau. Alle teilnehmenden Männer konstatierten, eine unterstützende und ermutigende Rolle gegenüber ihrer Partnerin während der Zeit nach der Fehlgeburt angenommen zu haben. Die Männer gaben das Gefühl an, ihrer Partnerin eine starke Haltung entgegenbringen zu müssen, da diese die Fehlgeburt zudem körperlich erfahren mussten. Ferner stellten alle Männer ihre eigenen Emotionen in den Hintergrund zugunsten des Beistandes für ihre Partnerin, der Kontrolle der Situation, sowie der Förderung und Unterstützung der

Bewältigung ihrer Partnerin. Abboud und Liamputong (2003) äußerten die Vermutung, die körperlichen Schmerzen der Frau besäßen für Männer oberste Priorität in der Zeit nach der Fehlgeburt. Ein Betroffener erhielt in dieser Zeit eine ruhigere und geduldigere Persönlichkeit. Die Verdrängung der eigenen Gefühle führte zu einer großen Belastung der Männer. Ein Teilnehmer hielt verbale Äußerungen und nonverbale Offenbarungen von Gefühlen vor seiner Partnerin zurück und fingierte eine unbesorgte Haltung. Diesen Teilnehmer beschäftigten diverse Gedanken über das verlorene Kind. Weiters fühlte er sich nach eigener Aussage miserabel und empfand Bestürzung. Alle Männer richteten Schuldzuweisungen weder an sich, noch an ihre Partnerinnen. Die Mehrheit der Teilnehmer versuchte die Fehlgeburt zu akzeptieren und betrachtete diese als unumgängliches, schicksalhaftes Ereignis an. Ein Teilnehmer, welcher sieben Fehlgeburten erlitten hatte, brachte zu Lasten des medizinischen Teams Beschuldigungen vor. Durch einen Fehler während der Operation seiner Frau, sei erst nach zwei Jahren erneut eine Schwangerschaft hervorgegangen. Die Mehrheit der Männer suchte das Gespräch mit der Partnerin und dem Arzt auf. Einige Teilnehmer reduzierten die Kommunikation und Interaktion mit der Partnerin. Motive dafür lagen zum Beispiel in der Unwissenheit der Männer über einen adäquaten Gesprächsinhalt, in einer verminderten Gesprächstiefe aufgrund physischer Schmerzen der Frau und seelischer Schmerzen beider Elternteile, sowie durch das Weinen beider Partner. Durch die Wahrung der unterstützenden Rolle gegenüber der Frau, verbunden mit Schwierigkeiten in der Diskussion von Gefühlen, fanden keine tiefgründigen Gespräche über das Erlebnis eines Paares statt. Die Emotionsäußerung von Männern gegenüber Frauen war unterschiedlicher Art, wie auch die Verarbeitung. Als demonstrative Gefühlsäußerung beschrieb ein Mann den emotionalen Ausdruck seiner Frau, während er eine ruhige Haltung vorgab. Die Art der Emotionsäußerung, welche allen TeilnehmerInnen gemeinsam war, stellte das Weinen über den Tod des Kindes dar. Abboud und Liamputtong (2003) erhoben zudem die Erfahrungen und Empfindungen der Frauen aus der Betrachtungsweise der Männer heraus und umgekehrt. Männer vermuteten, ihre Partnerin fühle sich energielos, gebrechlich, unglücklich oder bedürfe großer emotionaler Unterstützung. Nach der Ansicht

eines Teilnehmers suchte seine Partnerin ihn um Bestätigung ihrer eigenen Gefühle an. Ein weiterer Teilnehmer wurde von seiner Partnerin zu einer baldigen Schwangerschaft gedrängt. Folgend auf die Mitteilung der Ärzte, dass aufgrund des Alters der Frau Schwierigkeiten hinsichtlich des Erhaltes einer Schwangerschaft bestünden, versuchte der Teilnehmer seine Frau zu beruhigen und sie von diesen Gedanken abzubringen. Seine Frau hegte die Angst bei einer weiteren Schwangerschaft abermals eine Fehlgeburt zu erleiden. Für diesen Teilnehmer, welcher selbst unter der Erfahrung litt, stellte die Unterstützung seiner Frau eine enorme Anstrengung dar. Schuldgefühle wurden bei einem anderen Teilnehmer aufgrund der Vorstellungen seiner Frau ausgelöst. Diese besaß die Anschauung, zur Zufriedenstellung ihres Mannes einen Sohn gebären zu müssen. Seine Frau beharrte darauf, wiederum schwanger zu werden. Weiters kann die Vorstellung einer Frau bestehen, Männer bevorzugen einen Sohn in Anbetracht der Erhaltung des Familiennamens. Obwohl der betreffende Mann mit dieser Anschauung seiner Frau nicht konform ging, fühlte er sich schuldig. (Abboud, Liamputtong, 2003)

Ein teilnehmendes Paar schaffte Erinnerungen durch die Errichtung eines Grabes im hauseigenen Garten, ein Fotoalbum, eine Todesanzeige in der Zeitung, ein Geschirrsset mit Blumenmuster, und dem Beitritt der Stillbirth and Neonatal Death Society (SANDS), von der sie regelmäßig einen Newsletter erhalten. Das Schaffen von individuellen Erinnerungen stellt für die Eltern nach Abboud und Liamputtong (2003) eine Möglichkeit dar, des Kindes zu gedenken. Dagegen gelang es anderen Paaren, die Fehlgeburt zu vergessen oder zu verdrängen, da wenig später eine erneute Schwangerschaft der Frau bestand. Die Mehrheit fühlte sich nach der Fehlgeburt glücklich und vergaß diese nach einer gewissen Zeit, zumeist nach der Geburt eines gesunden Kindes. Ein Mann beschrieb die Geburt seines Sohnes als Heilung der Sorgen, welche durch die Fehlgeburt ausgelöst wurden. Die Fehlgeburt veranlasste die Männer, die Erfahrung sukzessiv zu verarbeiten und eine zukunftsorientierte Denkweise anzunehmen. (Abboud, Liamputtong, 2003)

Khan et al. fokussierten in ihrer 2004 veröffentlichten qualitativen Pilotstudie des Rotunda Hospitals in Dublin (Irland) die Gefühlsebene von einer Fehlgeburt betroffenen Männern. Das Ausmaß, indem die Männer Unterstützung erhielten, wurde ebenfalls erhoben. Falls notwendig, sollten Vorschläge zur Verbesserung der Qualität dieser Unterstützungsangebote unterbreitet werden. Zehn Paare wurden in der auf Fehlgeburten spezialisierten Early Pregnancy Loss Klinik betreut, in welcher eine adäquate medizinische Beratung und Unterstützung angeboten werden. Während allen Frauen ein Beratungstermin angeboten wurde, erhielten Männer kein direktes Beratungsangebot. Es bestand die Möglichkeit der Begleitung der Frauen. Die Beratungsgespräche wurden innerhalb von sechs bis acht Wochen nach der Fehlgeburt durchgeführt. Zehn kaukasische Männer erhielten einen Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen. Von zehn Fragebögen wurden neun beantwortet. Das Durchschnittsalter der Männer lag bei 28,6 Jahren. Keiner der Männer hatte eine psychologische Erkrankung in der Vorgeschichte. Sieben Männer erkundigten sich vorerst telefonisch bei der Klinik, als die Anzeichen der Fehlgeburt bei ihren Frauen eintraten. Zum Zeitpunkt der Aufnahme der Partnerin ins Krankenhaus gaben sechs Männer an, vom Personal unzureichende Aufklärung über das Geschehen erhalten zu haben. Die Fehlgeburt löste verschiedene Gefühle bei den Betroffenen aus, wobei Traurigkeit (44%) und Unsicherheit (33%) am häufigsten erwähnt wurden. Zwei Teilnehmer (22%) erlebten den Tod des Fehlgeborenen als innere Leere. Ferner empfand jeweils ein Teilnehmer (jeweils 11%) Ärger bzw. Wut, Zweifel, Verwirrung, Angst um das Leben der Partnerin oder Bestürzung. Ein Teilnehmer konnte aufgrund des frühen Eintritts der Fehlgeburt keine Gefühle beschreiben. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden zumeist Akzeptanz der Fehlgeburt (33%) oder Depression (22%) angegeben. Zwei Männer (22%) äußerten zudem Traurigkeit. Jeweils ein Teilnehmer (jeweils 11%) empfand die Fehlgeburt als Schock, einen großen Verlust und innere Leere oder besaß Mitleid mit seiner Partnerin. Einige der Teilnehmer (44%) missachteten ihre eigenen Gefühle. Diese Männer nahmen eine zukunftsorientierte Haltung an und bewältigten das Erlebnis leichter mit dem Wissen, dass Fehlgeburten häufig vorkommen. Ein Mann verdrängte seine Gefühle durch Ablenkung mit anderen Beschäftigungen, z. B. durch das Rauchen.

Manchen Teilnehmern half dagegen das Weinen, Trost durch die Familie und/oder Freunde, sowie gegenseitige Aussprachen mit der Partnerin. Zwischen den Partnern kann es zu Schuldzuweisungen im Hinblick auf die möglichen Auslöser der Fehlgeburt kommen. Die Ursache der Fehlgeburt war der Mehrzahl der Teilnehmer (55%) unbekannt. Zwei Männer betrachteten es als naturgewolltes Geschehen, während ein Teilnehmer die Ursache der Fehlgeburt mit dem Stress am Arbeitsplatz verband. Weiters führte ein Teilnehmer einen Chromosomendefekt als Auslöser für die Fehlgeburt auf. Für die Mehrheit der Paare (55%) wirkte sich die Fehlgeburt positiv auf deren Partnerschaft aus. Alle Männer äußerten Unzufriedenheit mit dem Umfang der Versorgung und dem Ausmaß der Informationen durch das Personal zum Zeitpunkt der Fehlgeburt. Zudem empfanden Männer die Betreuung der Frauen zufrieden stellend, während sie sich selbst von der Versorgung ausgeschlossen fühlten. Mit der Nachsorge in der Pregnancy Loss Klinik waren alle Teilnehmer zufrieden. Dennoch verlangten die Männer nach einem größeren Versorgungsangebot durch die Rotunda Klinik. (Khan et al., 2004)

Einem im Jahr 2006 verfassten Zeitschriftenartikel von Moffitt zufolge, fühlen sich Männer nach dem Erleben einer Fehlgeburt betrübt, traurig, missverstanden durch Außenstehende, mit der Situation zurückgelassen und frustriert. Unangebrachte Äußerungen durch unbeholfene Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, sowie Arbeitskollegen führen zu einem Anstieg von Frust und Ärger. Eine Belastung wird durch das wiederholte Erklären der Situation hervorgerufen, da Erinnerungen an die Fehlgeburt belebt werden. Schwierige Situationen stellen beispielsweise die Erkundigung nach der Schwangerschaft, dem Geschlecht des Kindes oder nach der Geburt durch unwissende Personen dar. Außenstehende Personen meiden den Kontakt zu trauernden Paaren, da letztere sich in einer emotionalen Lebenskrise befinden, was für Unbeteiligte mit negativen Konsequenzen verbunden sein könnte. Die Bedrücktheit der Männer steigert sich jedoch mit dem Brachliegen der sozialen Kontakte, besonders durch Abgeschiedenheit von Freunden und Verwandten. Existiert für betroffene Väter keine Möglichkeit, ihre Trauer kundzugeben, wird diese für eine bestimmte Zeitspanne unterdrückt. Zu einem späteren Zeitpunkt tritt diese Trauer erneut auf und kann einer

Chronifizierung unterliegen. Durch eine Überforderung der Bezugspersonen leisten diese Betroffenen zumeist keine Unterstützung. Nach Moffitt (2006) wird die Rückkehr der Männer in den Arbeitsalltag durch die vorausgehende Information der Arbeitskollegen erleichtert. Beispielsweise kann der Geschäftsführer informiert werden, welcher den anderen Geschäftsmitgliedern und Kollegen über das Ereignis Auskunft erteilt. Somit bleibt eine selbständige Verkündung der Fehlgeburt an Kollegen und unangenehme Konfrontationen des Betroffenen aus. Ein weiteres Problem stellt die kurzfristige Geduld unbeteiligter Personen dar, welche den betroffenen Männern bzw. Paaren in den ersten Tagen nach der Fehlgeburt zuhören und Unterstützung bieten, jedoch keine längerfristige Ausdauer dafür besitzen. Aus diesem Grunde bevorzugten Männer die Unterlassung der Ansprache des Themas und empfanden keinen Verlass auf die Unterstützung und Gesprächsbereitschaft von Familie und Freunden. Sozialer Rückzug, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung der Männer sind Folge dessen. Aufgrund der psychischen Situation der Männer nach der Fehlgeburt wird die Ansuche nach professioneller Hilfe zu diesem Zeitpunkt unterlassen. Ein Versäumnis, welches später von Männern bereut wird. Wird keine Trauerhilfe durch Pflegepersonen oder anderes medizinisches Personal angeboten, entsteht seitens der Betroffenen zumeist keine Nachfrage aus Eigeninitiative. Durch Eifersucht auf andere Familienmitglieder oder Freunde, welche bereits Kinder besitzen oder eine normale Schwangerschaft durchlaufen, entstehen Spannungen. Männer können dadurch zu einer Vernachlässigung ihrer sozialen Kontakte für eine gewisse Zeit veranlasst werden. Somit unterstehen Männer dem Risiko einer sozialen Isolation. Diese kann den Trauerprozess blockieren und zu einer Depression führen. Situationen, wie eine Taufe, Hochzeit oder ein Urlaub können nach der Erfahrung einer Fehlgeburt sehr schmerzhaft für betroffene Männer sein und das Gefühl hervorrufen, deplatziert zu sein. Das Abbilden des Fehlgeborenen auf einem Foto, ein Fußabdruck, das im Arm halten und Wiegen des Fehlgeborenen, sowie das Bereitstellen eines Sozialarbeiters unterstützen die Eltern in ihrer Trauerverarbeitung und verhelfen, Erinnerungen zu schaffen. (Moffitt, 2006)

3.2 Bewältigung

Corbet-Owen führte im Jahre 2003 halbstrukturierte Interviews im Rahmen einer qualitativen Studie mit acht südafrikanischen Frauen, welche eine Fehlgeburt erfahren hatten, durch. Die Interviews wurden zudem auf Tonband aufgezeichnet und über einen Zeitraum von sechs Monaten durchgeführt. Erhoben wurden die Erfahrungen der Frauen mit der erhaltenen Unterstützung und Betreuung durch Pflegende, sowie deren Erwartungen und das Ausmaß der Unterstützung durch ihre Männer. Corbet-Owen (2003) analysierte zudem Gegebenheiten, welche potenziell Konflikte auslösen können. Nach den Ausführungen von Corbet-Owen (2003) erhält eine große Anzahl betroffener Frauen seitens der Familie und Freunde nicht die Art Unterstützung, welche ihnen zur Bewältigung des Erlebnisses behilflich wäre. Besteht ein derartiger Mangel an emotionaler Unterstützung durch das soziale Netzwerk, besteht für die Frauen ausschließlich die Möglichkeit, ihre Trauer mit derjenigen Person zu teilen, welche ebenfalls in die Situation involviert ist. Trotz des erhaltenen Beistandes durch den Mann, sind einige Frauen der Auffassung, nicht auf die benötigte Art und Weise oder Dauer unterstützt zu werden. Eine zuvor bereits konfliktbelastete Partnerschaft trägt zu einer verstärkten Trauerreaktion nach einer Fehlgeburt bei (Lasker, Henley, 1991, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Einige Männer ignorierten die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Partnerinnen nach der Fehlgeburt. Corbet-Owen (2003) nimmt an, dass die Fehlgeburt für diese Teilnehmerinnen den Höhepunkt ihrer unglücklichen Ehe darstellte. Aufgrund der angespannten Situation in der Partnerschaft, wurden Männer nicht oder nur selten von ihren Frauen zu Gesprächen aufgefordert. Weiters distanzieren sich die Frauen von ihren Männern, aus Angst, Ärger zu erregen, anstatt die benötigte Unterstützung zu erhalten. Die Reaktion der Männer auf die Fehlgeburt äußerte sich in der Studie selten emotionsbehaftet. Zwei der Männer reagierten nach der Fehlgeburt wütend. Zudem kann seitens der Männer Unsicherheit bestehen, welches Verhalten das Adäquateste wäre (Puddifoot, Johnson, 1997, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Männer empfinden ebenso Gefühle nach einem Verlust des Kindes durch eine Fehlgeburt. Zudem können betroffene Männer das Gefühl erhalten, dass ihre Empfindungen missachtet werden

(Puddifoot, Johnson, 1997, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Trauer und Hilflosigkeit können von Männern durch den Ausdruck von Ärger überdeckt werden. Frauen erhielten häufig Schuldzuweisungen durch ihre Partner. Einige Männer begannen Kontroversen mit ihren Frauen und übten verbale Gewalt aus. Ein Betroffener offenbarte keinerlei Anteilnahme und Betroffenheit nach der Fehlgeburt. Dagegen drängten drei Männer ihre Frauen zu einer erneuten Schwangerschaft. Ein gemeinsames Kind hätte für einen Mann Sicherheit und Erhalt der bestehenden Partnerschaft bedeutet. Weiters stellte die Gesundheit der Partnerin nach der Fehlgeburt die höchste Priorität für einen Mann dar. Ein Betroffener drohte seiner Frau mit Suizid. Zwei Frauen erhielten die Androhung der Beendigung der Partnerschaft, wenn diese zukünftig kein lebendes Kind gebären werden. Weiters besaßen vier Frauen Angst, ihre Männer würden in diesem Falle eine Partnerschaft mit einer anderen Frau eingehen. Dies traf auf eine Frau zu. Ein Mann äußerte den Wunsch eines Kindes, ungeachtet dessen, woher dieses stammt. Zu der Auswirkung der Fehlgeburt auf die Sexualität des Paares äußerte sich ausschließlich eine Teilnehmerin. Diese gab eine positive Auswirkung auf das Sexualleben mit ihrem Partner an. Die Teilnehmerin empfand dadurch zudem einen Gewinn an Erfolg und Erfüllung als Frau und Ehefrau. Nach der Adoption ihrer Tochter nahm die sexuelle Aktivität ab, da die Teilnehmerin den Fokus auf die Erfüllung der Mutterrolle legte. Folglich sank das sexuelle Interesse an ihrem Mann. (Corbet-Owen, 2003)

Zwei Frauen gingen mit der Art und Weise ihrer Männer, die Fehlgeburt zu bewältigen, nicht konform. Eine Teilnehmerin besaß lediglich eine Vermutung über die Trauer ihres Mannes. Eine Betroffene konstatierte, ihr Mann besäße das Unvermögen zur Äußerung seiner Trauer und verschwieg seine Gedanken und Gefühle. Die Teilnehmerin vermutete jedoch eine Übereinstimmung des Schmerzes des Mannes mit ihrem Leid. In diesem Fall ermutigte die Frau ihren Mann, eine Beratungsstelle aufzusuchen, bevor eine Manifestation der Trauer eintritt. Für einige Monate bewahrte ihr Mann eine gefasste Haltung, um seiner Frau Unterstützung zu bieten. Später äußerte dieser seine Emotionen durch das Weinen, welches für die Frau unerwartet eintrat. Die Teilnehmerin besaß ein fehlendes Verständnis für die von ihr abweichende, sowie aufgeschobene

Trauerreaktion ihres Mannes. Weiters verlangte die Teilnehmerin von ihrem Mann eine starke Haltung als entsprechend geschlechtsspezifische Trauerreaktion. Nach der Auffassung von Corbet-Owen (2003) erwarten Frauen eine gleichartige Reaktion auf das Ereignis von ihren Männern. Trifft dies nicht zu, und bleibt eine Gesprächsbereitschaft des Mannes und das Bedürfnis nach professioneller Beratung aus, entsteht für Frauen der Eindruck, der Partner setze sich nicht mit der Situation auseinander. Weiters gibt Corbet-Owen (2003) an, dass Männer eine Fehlgeburt zu bewältigen versuchen, indem sie sich emotional und/ oder physisch von ihren seelischen Schmerzen und denen ihrer Partnerin entziehen. Zwei Teilnehmerinnen fühlten sich von ihrem Mann zurückgelassen. Einer der Männer verabredete sich an Wochenenden stets mit Freunden. Ferner lenkte sich ein Anderer durch Arbeit von seinem Kummer ab. Die Fehlgeburt hatte negative Auswirkungen auf die Partnerschaft in vier Fällen. Dies zeigte sich durch eine steigende Distanz zwischen den Partnern, verbale Auseinandersetzungen, Ablehnung von Gesprächen und ungelöste Konflikte. Fehlende emotionale Offenbarung und mangelhafte Kommunikation scheinen nach Corbet-Owen (2003) Ausdruck einer Copingstrategie der Männer zu sein. Weiters boten zwei Männer ihren Partnerinnen, wie Corbet-Owen (2003) es bezeichnet, instrumentelle Unterstützung durch Begleitung zu einem Arzt oder die Bezahlung von Rechnungen. Dagegen waren einige Männer nicht imstande, instrumentelle Unterstützung zu leisten. Der Grad an Unterstützung veränderte sich nach einer gewissen Zeit bei einigen Männern. Demnach sank die Geduld, der Partnerin Trost zu spenden und wiederholt Gespräche gleichen Inhaltes zu führen. Wie Corbet-Owen (2003) konstatiert, ermutigen Männer ihre Partnerinnen mit dem Ziel der Rückkehr in den Alltag. Des Weiteren hielten Männer diese zu einer zukunftsorientierten Denkweise an. Zwei der Teilnehmerinnen erfuhren emotionale Unterstützung durch das Zuhören, Empathie, Anwesenheit oder liebevolle Gesten der Männer. Dies führte zu einer größeren Verbundenheit der Partner. (Corbet-Owen, 2003)

In eine Longitudinalstudie von Johnson und Baker (2004) wurden 332 Partner schwangerer Frauen inkludiert. Es fanden 247 Geburten, 68 Fehlgeburten vor der 24. Schwangerschaftswoche, sowie 17 Fehlgeburten nach der 24.

Schwangerschaftswoche statt. Für 116 Männer war oder wäre es das erste Kind gewesen, bei 86 Teilnehmern das zweite, sowie bei 52 Teilnehmern das dritte Kind oder mehr. 100 der insgesamt 332 Paare hatten zuvor schon eine oder mehrere Fehlgeburten erlebt. Die Daten wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten (T1, T2, T3) erhoben. Den Untersuchungsteilnehmern wurden während der Schwangerschaft (Zeitpunkt T1), zum Zeitpunkt der Geburt oder Fehlgeburt (Zeitpunkt T2), sowie ein Jahr nach der Geburt oder Fehlgeburt (Zeitpunkt T3), die Assessmentinstrumente (CRI, BDI, IES, STAI State) zugesandt. Die Teilnehmer erhielten zusätzlich zum ersten Erhebungszeitpunkt einen demographischen Fragebogen, der einmalig erhoben wurde. Die Teilnehmer wurden ab dem zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) in eine Geburten- sowie eine Fehlgeburtengruppe unterteilt. Als benannten Stressor galten für die Anwendung der CRI und IES jeweils auf die Erfahrung der Teilnehmer adaptiert Schwangerschaft, Geburt oder Fehlgeburt. Vier Wochen vor dem errechneten Geburtstermin erhielten die Männer auf postalischem Wege die Assessmentinstrumente. Die Teilnehmer wurden gebeten, Kontakt mit den Untersuchungsleitern aufzunehmen, insofern während der Schwangerschaft Komplikationen auftreten. Den 68 Männern (T2/Fehlgeburt), welche sich aufgrund einer Beendigung der Schwangerschaft durch eine Fehlgeburt gemeldet hatten, wurden sogleich die Assessmentinstrumente zugesandt. Zudem erhielten alle Teilnehmer, nachdem ein Jahr vergangen war (T3), drei Wochen vor dem Geburtstag des Kindes bzw. drei Wochen vor dem Datum der Fehlgeburt, eine Einverständniserklärung zur weiteren Teilnahme an der Untersuchung. Alle Männer der Geburten- und Fehlgeburtengruppe willigten ein und erhielten erneut per Post die Instrumente BDI, IES und STAI State zugesandt. Die Grade für Stress und Depression stiegen zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 signifikant an. Weiters stieg der Grad von Stress, Angst und Depression unabhängig vom Eintritt einer Geburt oder Fehlgeburt. Zwischen den Zeitpunkten T1 und T3 war eine signifikante Reduzierung der Stress-, Angst- und Depressionsgrade zu beobachten, wobei die angewandten Copingstrategien geringe Veränderungen aufwiesen und prinzipiell konstant blieben. Während der Schwangerschaft (T1) konnten keine signifikanten Beziehungen zwischen den Ergebnissen Stress, Angst

und Depression, sowie zwischen diesen Ergebnissen und den Scores auf den vier Subskalen der Copingstrategien, festgestellt werden. Es bestand ausschließlich eine negative Korrelation zwischen dem Score der Subskala der kognitiven Vermeidung und dem Stress. Weiters wurden Stress, Angst und Depression zu den Zeitpunkten T2 und T3 negativ von den Scores des kognitiven Ansatzes und Verhaltensansatzes beeinflusst. Während der Schwangerschaft stützten sich die Teilnehmer auf ansatzorientierte Copingstrategien. Zu diesen werden der kognitive Ansatz und Verhaltensansatz gezählt. Dagegen traten vermeidende Copingstrategien zum Zeitpunkt der Geburt/Fehlgeburt (T2) auf, die bis nach einem Jahr (T3) konstant blieben. Depression und Stress wurden zu den Zeitpunkten T2 und T3 festgestellt. Männer der Fehlgeburtengruppe wiesen zum Zeitpunkt T3 ein höheres Maß an Stress und Depression auf, als Teilnehmer der Geburtengruppe. Die Fehlgeburtengruppe wies zu allen Erhebungszeitpunkten im Gegensatz zur Geburtengruppe vermehrt kognitive Vermeidungsstrategien und eine Verhaltensvermeidung auf. Zum Zeitpunkt T3 wurden weniger kognitive- und Verhaltensansätze im Vergleich zur Geburtengruppe gemessen. Auf der Grundlage der Ergebnisse für den Schweregrad von Stress zum Zeitpunkt T3 wurde nach Vorboten (Prädiktoren) des Stressses aus den früheren Erhebungszeitpunkten (T1, T2) gesucht. Johnson und Baker (2004) fanden heraus, dass keine der Messungen zum Zeitpunkt T1 den Schweregrad von Stress zum Zeitpunkt T3 eindeutig voraussehen lies. Folgend auf die zum Zeitpunkt T2 auftretenden Variablen Stress, Verhaltensansatz und Verhaltensvermeidung wurden Korrelationen mit dem Stressgrad zum Zeitpunkt T3 nachgewiesen. Nach einem Jahr (T3) konnten retrospektiv Korrelationen zwischen den angewandten Copingstrategien und dem Stressgrad festgestellt werden. Korrelationen bestehen zwischen der Copingstrategie Verhaltensvermeidung und erhöhtem Stress, sowie zwischen geringeren Verhaltensansätzen und erhöhtem Stress. Verhaltensvermeidung und geringer Verhaltensansatz beeinflussten den Stressscore nach einem Jahr (T3) zu 63%. Korrelationen zwischen Verhaltensansatz und Stress, Verhaltensansatz und Schwangerschaftsergebnis (Geburt/Fehlgeburt), sowie Stress und Schwangerschaftsergebnis zum Zeitpunkt T2 beeinflussten den Stressscore nach

einem Jahr zu 5%. Bewiesen wurde zudem, dass die Anwendung der Copingstrategie Verhaltensansatz zu einem verminderten Einfluss des Stressgrades zum Zeitpunkt T2 auf den Stressgrad nach einem Jahr geführt hat. Teilnehmer, welche zum Zeitpunkt der Geburt/Fehlgeburt (T2) weniger auf Verhaltensansatz- basierte Copingstrategien und gleichzeitig erhöhten Stress aufwiesen, zeigten die höchsten Scores für Stress nach einem Jahr auf. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt besaßen Teilnehmer der Fehlgeburtengruppe weniger auf Verhaltensansatz- basierte Copingstrategien als Teilnehmer der Geburtengruppe. Teilnehmer der Fehlgeburtengruppe wiesen höhere Stressscores zu den Zeitpunkten T2 und T3 auf, als Teilnehmer der Geburtengruppe. Auf der Grundlage der Ergebnisse für den Schweregrad von Angst zum Zeitpunkt T3 wurde nach Vorboten für diese aus den früheren Erhebungszeitpunkten (T1, T2) gesucht. Keine der Messungen zum Zeitpunkt T1 konnte als signifikanter Prädiktor des Schweregrades der Angst zum Zeitpunkt T3 geltend gemacht werden. Dagegen wirkten sich alle vier Coping- Subskalen und die Angst zum Zeitpunkt T2 zu 30% auf den Schweregrad der Angst nach einem Jahr aus. Korrelationen bestanden zwischen kognitiver Vermeidung und erhöhter Angst, und zwischen verminderten kognitiven Ansätzen und Verhaltensansätzen und Verhaltensvermeidung mit erhöhter Angst. Interaktionen zum Zeitpunkt T2 von Verhaltensvermeidung und Schwangerschaftsergebnis (Geburt/ Fehlgeburt), wie auch Angst und Schwangerschaftsergebnis beeinflussten den Angstgrad (T3) zu sechs Prozent. Teilnehmer der Fehlgeburtengruppe wiesen zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Vergleich zur Geburtengruppe eine verstärkte Verhaltensvermeidung auf. Die Teilnehmer der Geburtengruppe wiesen zum Zeitpunkt T2 einen höheren Angstgrad auf, als Teilnehmer der Fehlgeburtengruppe. Nach einem Jahr unterschieden sich die Scores für die Angst zwischen den beiden Gruppen nur minimal. Keine der Messungen zum Zeitpunkt T1 konnte als signifikanter Prädiktor für eine Depression zum Zeitpunkt T3 anerkannt werden. Die Depressionsscores zum Zeitpunkt T3 wurden zu 20% von kognitivem Ansatz, kognitiver Vermeidung, Depression und Ergebnisgruppe (Geburt/Fehlgeburt) zum Zeitpunkt T2 beeinflusst. Für Teilnehmer der Fehlgeburtengruppe gab es einen Zusammenhang zwischen vermindertem

kognitivem Ansatz, kognitiver Vermeidung, höheren Punktwerten für Depression und einer stärkeren Depression nach einem Jahr. Die Kombination von Verhaltensvermeidung und Depression zum Zeitpunkt T2 beeinflusste den Depressionsgrad zum Zeitpunkt T3 zu acht Prozent. Die Copingstrategie Verhaltensvermeidung minderte den Einfluss der bestehenden Depression (T2) auf den Depressionsgrad nach einem Jahr. Die höchsten Punktwerte für Depression nach einem Jahr erhielten die Teilnehmer, welche eine größere Verhaltensvermeidung und höhere Depressionsgrade zum zweiten Erhebungszeitpunkt aufwiesen. (Johnson, Baker, 2004)

3.3 Auswirkungen

Im Jahr 2007 führten Cumming et al. eine prospektive Longitudinalstudie mit betroffenen Frauen und Männern über einen Zeitraum von 13 Monaten durch. Ziel der Studie war es, Ergebnisse über die Entwicklung von Angst und Depression nach dem Erleben einer Fehlgeburt bei Frauen und deren Männern über den oben genannten Zeitraum darzulegen. Das hierzu verwendete Assessmentinstrument war die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Die Assessments wurden nach einem, sechs und dreizehn Monaten nach der Fehlgeburt mit den TeilnehmerInnen durchgeführt, die in einem von insgesamt drei Early Pregnancy Assessment Units (EPAU's) in Schottland betreut wurden. Von 1443 angesprochenen TeilnehmerInnen, willigten 686 Personen in die Teilnahme ein. Einen Monat nach der Fehlgeburt wurden halbstrukturierte Interviews mit den TeilnehmerInnen, sowie zu allen drei Zeitpunkten eine Erhebung des Grades der Angst und Depression mittels HADS durchgeführt. Die HADS wurde zum Ausgangszeitpunkt von 626 Personen durchgeführt. Anschließend nahmen von diesen 626 Personen 591 an den Interviews teil. 273 Frauen und 133 Männer vervollständigten die HADS zu allen drei Erhebungszeitpunkten. TeilnehmerInnen mit einem hohen HADS Score erhielten ein Empfehlungsschreiben für eine Behandlung bei einem praktischen Arzt. Ein Ergebnis an oder über dem klinischen Grenzwert erhielten 43 TeilnehmerInnen. Dabei erreichten sechs TeilnehmerInnen

derartig hohe Testwerte für Angst und/ oder Depression, dass diese zur Behandlung an eine Klinik überwiesen werden mussten. Männer erreichten zu jedem Zeitpunkt der Erfassung der Angst und Depression mittels HADS einen geringeren Mittelwert als Frauen. Der HADS Score der männlichen Teilnehmer für die Angst veränderte sich nicht signifikant im Zeitablauf. Zudem war der HADS Score der Männer für Depression nach einem halben Jahr zunächst gesunken und nach 13 Monaten dagegen angestiegen. Es bestand keine signifikante Differenz zwischen dem ersten und letzten Erhebungszeitpunkt der Männer für die Prävalenz einer Depression und Angst. Von 226 Männern erhielten 12,4% eine klinisch behandlungswürdige Angst, sowie 4,0% eine Depression. Die Prävalenz der Angst war für beide Geschlechter größer, als die der Depression. Die Angst ist bei Männern weniger prävalent, als bei Frauen. (Cumming et al., 2007)

3.4 Zusammenfassung

Das Erleben einer Fehlgeburt von Männern äußert sich durch schockartige Zustände (Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004), Schuldgefühle (Abboud, Liamputtong, 2003), Ärger oder Wut (Khan et al., 2004; Corbet-Owen, 2003), Betrübtheit und Frust (Moffitt, 2006), Eifersucht (Moffitt, 2006), sowie Sorgen um die Gesundheit der Partnerin (Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004; Corbet-Owen, 2003). Während zum Zeitpunkt der Fehlgeburt meist Trauer und Unsicherheit auftreten, sind später Akzeptanz oder Depression am häufigsten prävalent (Khan et al., 2004). Die Mehrheit der Männer nimmt eine beherrschte, unterstützende Rolle gegenüber ihrer Partnerin an, wobei eigene Gefühle verdrängt werden (Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004). Die Ablenkung durch diverse Tätigkeiten, Ausdruck von Ärger, Schuldzuweisungen an die Partnerin, mangelhafte Kommunikation und emotionale Zurückhaltung stellen Bewältigungsstrategien dar (Corbet-Owen, 2003). Die Trauerreaktion von Männern weicht oftmals von Frauen ab (Corbet-Owen, 2003). Die Gestaltung von Erinnerungen und der Beitritt in eine Selbsthilfegruppe stellen Möglichkeiten zur Bewältigung der Fehlgeburt dar (Abboud, Liamputtong, 2003; Moffitt, 2006). Nach

Johnson und Baker (2004) wenden Männer zur Bewältigung einer Fehlgeburt vermehrt kognitive Vermeidungsstrategien und Strategien der Verhaltensvermeidung, sowie weniger kognitive Ansätze und Verhaltensansätze an, was zu erhöhtem Stress, Angst und Depression führt. 12,4% der Männer litten nach Cumming et al. (2007) unter Angst, vier Prozent an einer Depression. Der Angstgrad veränderte sich innerhalb von 13 Monaten nicht signifikant, während der Depressionsgrad nach einem halben Jahr zunächst gesunken und anschließend gestiegen war (Cumming et al., 2007). Nach einer Fehlgeburt unterstehen Männer dem Risiko einer sozialen Isolation (Moffitt, 2006). Gesundheitseinrichtungen bieten keine direkte Beratung für Männer an (Khan et al., 2004).

4 Diskussion und Ausblick

Seit jeher wurde Männern in der Familie eine stereotypische Rolle des Beschützers zugeschrieben (Khan et al., 2004; DeFrain, 1991, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003). Die Aufgabe, den Bedürfnissen der Frau nach dem körperlichen und emotionalen Erlebnis einer Fehlgeburt gerecht zu werden und diese zu unterstützen, wird Männern von der Gesellschaft auferlegt (Abboud, Liamputtong, 2003). Der Ausdruck von Gefühlen könne laut Khan et al. (2004) als unmännlich betrachtet werden, weshalb viele Männer dahingehend Schwierigkeiten besitzen. Wie durch die Ausführungen von Cumming et al. (2007) deutlich wird, erwarten Frauen eine als männlich bezeichnete Reaktion von ihrem Partner. Obwohl Männer ebenfalls Emotionen empfinden, werden diese häufig verdrängt, um der Frau größtmögliche Unterstützung in der Zeit nach der Fehlgeburt zu bieten (Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004). Das Erleben einer Fehlgeburt von Männern äußert sich durch die Empfindung von Traurigkeit, Unsicherheit, Angst, Schock, Niedergeschlagenheit, Ärger, Wut, Zweifel, Verwirrung, innere Leere, Bestürzung, sowie Mitleid mit der Partnerin (Khan et al., 2004). Es besteht zudem die Möglichkeit der Gefühllosigkeit aufgrund der fehlenden Bindung zu dem Kind (Khan et al., 2004). Weiters kann eine Fehlgeburt seelischen Schmerz, sowie schockartige Zustände bei Männern auslösen (Abboud, Liamputtong, 2003). Zu einem späteren Zeitpunkt treten zumeist Akzeptanz der Fehlgeburt (Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004) oder Depression auf (Cumming et al., 2007; Khan et al., 2004). Nach Moffitt (2006) können unangenehme Konfrontationen durch das soziale Netzwerk Belastungen hervorrufen. Soziale Isolation der Betroffenen kann durch Vermeidung des Kontaktes durch diese selbst oder seitens der Familie und/ oder Freunde entstehen (Moffitt, 2006). Durch das Unvermögen der Bezugspersonen, Männer in adäquater Art und/ oder Dauer zu unterstützen, steigern sich Frust und Ärger Letzterer (Moffitt, 2006). Aus diesem Grund befinden sich nach Khan et al. (2004) Männer in einer schwierigen Situation, da sie neben der Unterstützung ihrer Partnerin ihre eigene Trauer zu bewältigen versuchen. Diese Herausforderung

kann die Trauerbewältigung der Männer soweit beeinträchtigen, dass durch die Lebenskrise psychologische Probleme bis hin zur Depression hervorgerufen werden (Khan et al., 2004). Männer können ein Gefühl des Scheiterns und Versagens erhalten, besonders wenn der Vergleich mit Familienmitgliedern oder Freunden, welche eine glückliche Schwangerschaft erlebt hatten, gezogen wird (Khan et al., 2004). Häufig tritt laut Khan et al. (2004) Ärger während des Trauerprozesses auf, welcher gegen die Partner, medizinisches Personal oder den religiösen Glauben gerichtet sein kann. Nach Abboud und Liamputtong (2003) wiesen sich die Partner keine Schuld zu. Lediglich in einem Fall wurde dem medizinischen Personal die Schuld zugewiesen, für die Fehlgeburt verantwortlich gewesen zu sein (Abboud, Liamputtong, 2003). Bis dato existiert die bereits erwähnte gesellschaftliche Wertvorstellung, welche dem Mann eine unterstützende Rolle gegenüber seiner Frau vorgibt (Miron, Chapman, 1994, zit. aus Abboud, Liamputtong, 2003). Dieser Erwartung wurde die Mehrzahl der Männer nach der Fehlgeburt gerecht, um der Partnerin bei der Bewältigung des Ereignisses Hilfe zu leisten (Abboud, Liamputtong, 2003; Khan et al., 2004). Die Aufrechterhaltung dieser Rolle und die damit verbundene Zurückhaltung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle war mit einer großen Anstrengung und Belastung für die Männer verbunden (Abboud, Liamputtong, 2003). Weiters mag diese emotionale Zurückhaltung zu der Vermutung der Frauen, Männer würden die Fehlgeburt in einer geringeren Intensität erleben (Abboud, Liamputtong, 2003), beigetragen haben. Neben der Unwissenheit über den Gesprächsinhalt hatte die Verdrängung der Gefühle zudem Auswirkungen auf die Gesprächstiefe (Abboud, Liamputtong, 2003). Die Ergebnisse über das Erleben einer Fehlgeburt von Männern nach einer Untersuchung von Abboud und Liamputtong (2003) sind bedingt übertragbar. Rekrutiert wurden vier Paare mit einer Fehlgeburt, sowie jeweils ein Paar mit zwei bzw. sieben Fehlgeburten (Abboud, Liamputtong, 2003). Möglicherweise variiert das Erleben einer erstmalig auftretenden Fehlgeburt von dem rezidivierender Fehlgeburten. Um diesen Sachverhalt zu überprüfen wäre eine neue Untersuchung von Nöten. Weiters unterschieden sich die TeilnehmerInnen in dem Vorhandensein von Kindern. Während vier Paare bereits Kinder besaßen, waren zwei kinderlos. Eine mögliche Einteilung für die

Durchführung einer auf diesen Aspekt bedachten Untersuchung könnte in einer Teilnehmergruppe mit Kindern, sowie einer Teilnehmergruppe ohne Kinder vor dem Eintritt der Fehlgeburt, unternommen werden. Die Mehrzahl der Frauen empfand die Präsenz und Unterstützung ihrer Männer als ausreichend und hilfreich (Abboud, Liamputtong, 2003). Nach Abboud und Liamputtong (2003) wurden zumeist Gespräche zwischen den Partnern geführt, im Gegensatz zu den TeilnehmerInnen der Untersuchung nach Corbet-Owen (2003). In ihrer Untersuchung stellten Abboud und Liamputtong (2003) fest, dass eine Differenz der Kommunikationsintensität und -tiefe zwischen den teilnehmenden Paaren bestand. Die Zufriedenheit mit der Kommunikation nach der Fehlgeburt ist vermutlich abhängig vom Grad des Gesprächsbedürfnisses des Individuums. Abboud und Liamputtong (2003) konstatieren, dass eine qualitative Untersuchung keine generalisierbaren Ergebnisse belegen kann. Gemeinsam ist den TeilnehmerInnen der Studien von Abboud und Liamputtong (2003), Khan et al. (2004), wie auch Moffitt (2006) die Emotionsäußerung durch das Weinen. Fraglich ist, ob dies für den Prozess der Bewältigung förderlich ist und als Copingstrategie gelten gemacht werden kann. Abboud und Liamputtong (2003) fanden heraus, dass eine Fehlgeburt für verschiedene Paare eine unterschiedliche Bedeutsamkeit besitzt. Während die Geburt eines lebenden Kindes dem Erhalt des Familiennamens und der Zufriedenstellung des Mannes dienen kann (Abboud, Liamputtong, 2003), bedeutet ein gemeinsames Kind für Andere ein größerer Zusammenhalt, Sicherheit und Beständigkeit der Partnerschaft (Corbet-Owen, 2003). Eine Fehlgeburt besitzt weiters Auswirkungen auf die Partnerschaft der Betroffenen (Corbet-Owen, 2003). Während die Fehlgeburt positive Auswirkungen in 55% der Fälle der Untersuchung nach Khan et al. (2004) besaß, waren laut Corbet-Owen (2003) bei der Hälfte der Betroffenen negative Auswirkungen festzustellen. Letzteres war u. a. durch verbale Auseinandersetzungen, einem Anstieg der Distanz zwischen den Partnern und einer verminderten Kommunikation beobachtbar (Corbet-Owen, 2003). Die sexuelle Aktivität kann konstant bleiben oder Veränderungen unterliegen (Corbet-Owen, 2003). Eine Vermeidung sexueller Aktivität kann nach dem Erleben einer Fehlgeburt von beiden Geschlechtern ausgehen (Corbet-Owen, 2003). Frauen können nachhaltig

unter physischen Schmerzen leiden (Kohner, Henley, 1991, zit. aus Corbet-Owen, 2003), Männer dagegen unter vorübergehender Impotenz (Keye, 1994, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Während der Geschlechtsverkehr bei einigen Betroffenen eine negative Erinnerung an die erfolglose Schwangerschaft hervorruft, kann dieser für Andere Trost darstellen oder Ambivalenz auslösen (Kohner, Henley, 1991, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Weiters können Differenzen in den Copingstrategien, sowie in der Qualität, Quantität und Intensität der Gefühle zwischen Männern und Frauen (Keyes, 1994, zit. aus Corbet-Owen, 2003), sowie unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse und Vorstellungen zu Konflikten in der Partnerschaft führen (Corbet-Owen, 2003).

Eine Fehlgeburt wird von den Betroffenen verschiedenartig bewältigt (Abboud, Liamputtong, 2003). Laut Abboud und Liamputtong (2003) bewältigten Männer das Ereignis in kürzerer Zeit als Frauen. Dies gelang durch eine zukunftsorientierte Denkweise, wie auch durch erneute Versuche, eine Schwangerschaft zu erhalten (Abboud, Liamputtong, 2003). Ebenfalls zu erforschen gilt es, die Bewältigungsstrategien während des Trauerprozesses nach einer Fehlgeburt und deren Erfolg, wie auch Gemeinsamkeiten und/ oder Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu erfassen. Nach den Ausführungen von Johnson und Baker (2004) wandten Männer während der Schwangerschaft meist ansatzorientierte Copingstrategien an, welche sich nach der Geburt oder Fehlgeburt zu vermeidenden Copingstrategien entwickelt hatten. Retrospektiv wurde nach 13 Monaten festgestellt, dass die Art der Copingstrategie folgend auf eine Geburt oder Fehlgeburt einen Prädiktor für psychologische Auswirkungen wie Stress, Angst und Depression darstellt (Johnson, Baker, 2004). Die Art und Weise, wie Männer eine Fehlgeburt bewältigen, kann nach Johnson und Baker (2004) Auswirkungen auf die Stärke des Bedürfnisses nach Unterstützung und die Erteilung von Hilfe an ihre Partnerin haben. Männer nutzten während der Schwangerschaft zumeist den kognitiven Ansatz, d. h. logische Analyse und positive Beurteilung, und den Verhaltensansatz, welcher das Ansuchen von Unterstützung und die Problemlösung beinhaltet (Johnson, Baker, 2004). Nach Johnson und Baker (2004) werden diese Ansätze durch das große Angebot an Unterstützung und Zuspruch durch die Familie und Freunde gestützt.

Wie Johnson und Baker (2004) vermerken, werden ansatzorientierte Copingstrategien vorwiegend in erfolgreichen bzw. positiven Situationen angewandt. Zum Zeitpunkt der Fehlgeburt wurde eine Reduktion in der Anwendung ansatzorientierter Strategien festgestellt, was nach diesem negativen Ereignis nicht überraschend auftrat (Johnson, Baker, 2004). Gleichzeitig fand eine Entwicklung zu vermeidenden Copingstrategien statt, welche bis nach einem Jahr konstant vorlagen (Johnson, Baker, 2004). Ansatzorientierte Copingstrategien führen zu einer guten Anpassung an negative Ereignisse und zu positiven Gemütszuständen (Johnson, Baker, 2004). Die angewandten Copingstrategien waren multidimensional und variierten gemäß der Gegebenheiten einer Situation (Johnson, Baker, 2004). Die Effektivität einer Copingstrategie ist von einer beständigen Anpassung an die Situation abhängig, weshalb der Wechsel des Copings nicht zwangsläufig ungeeignet sein muss (Lazarus, 1999, zit. aus Johnson, Baker, 2004). Von Bedeutung ist die Anwendbarkeit und Sachdienlichkeit der Strategien im Kontext, in dem sie genutzt werden (Lazarus, 1999, zit. aus Johnson, Baker, 2004). Wie Johnson und Baker (2004) feststellten, wurden häufig vermeintlich konträre Copingstrategien, wie beispielsweise kognitiver Ansatz und Verhaltensvermeidung, kombiniert. Somit sind auf Kognition, Verhalten, Ansatz oder Vermeidung ausgerichtete Copingstrategien keine eigenständigen Muster (Johnson, Baker, 2004). Nach einer Fehlgeburt wandten Männer überwiegend vermeidende Copingstrategien an, was zu höheren Stressgraden führte (Johnson, Baker, 2004). Der Nutzen dieser Strategien liegt in der Ablenkung von dem negativen Ereignis und der Reduktion emotionaler Reaktionen (Johnson, Baker, 2004). Johnson und Baker (2004) vermuten, dass dies zu einem geringeren Angstgrad der Fehlgeburtengruppe im Vergleich zur Geburtengruppe geführt hat. Während Männer nach einer Geburt Angst im Hinblick auf die Gesundheit der Frau und des Kindes besitzen, ist für Betroffene einer Fehlgeburt der schlimmste Fall bereits eingetreten (Johnson, 2002, zit. aus Johnson, Baker, 2004). Aus diesem Grund wird der Schwerpunkt auf die Bewältigung der Trauer gesetzt (Johnson, 2002, zit. aus Johnson, Baker, 2004). Die Anwendung verschiedener Copingstrategien nach dem Erleben einer Fehlgeburt stellt eine große Bedeutung dar (Johnson, Baker, 2004). Der Einfluss

der Copingstrategien auf die Gesundheit wurde durch die Untersuchung von Johnson und Baker (2004) bewiesen, weshalb das Gesundheitspersonal zukünftig Interventionen zur Förderung und Erhaltung effektiver Bewältigungstechniken nach einer Fehlgeburt, sowie Reduzierung ineffektiver Copingstrategien, einführen sollte. In der Untersuchung von Johnson und Baker (2004) wurden Faktoren wie Optimismus, Selbstvertrauen, Unterstützung durch das soziale Netzwerk, soziale Stellung und Berufstätigkeit nicht berücksichtigt.

Die Untersuchung nach Corbet-Owen (2003) stellt eine Besonderheit dar, da das Erleben und die Bewältigung der Fehlgeburt der Männer durch die Betrachtungsweise der Frauen geschildert wurden. Die Ergebnisse über die Bewältigung einer Fehlgeburt von Männern entsprechen im Gegensatz zur Untersuchung nach Johnson und Baker (2004) keiner Selbsteinschätzung, sondern einer Fremdeinschätzung. Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist der Meinung, dass die Ergebnisse der Studie nach Corbet-Owen (2003) auf die österreichische Population nicht übertragbar sind, da die Studienpopulation aus acht südafrikanischen Teilnehmerinnen bestand. Ferner unterschieden sich soziodemographische Merkmale der Teilnehmerinnen wie soziale Stellung, Religion, Alter, Status und Zufriedenheit in der Partnerschaft, sowie psychologische Vorerkrankungen (Corbet-Owen, 2003). Zudem wurden die Teilnehmerinnen nach dem demographischen Merkmal der Hautfarbe unterschieden. Inwiefern Differenzen zwischen dem Erleben und der Bewältigung einer Fehlgeburt von Männern unterschiedlicher Kulturen und Konfessionen bestehen, gilt es zukünftig zu untersuchen. Deutlich wurde nach Corbet-Owen (2003), dass Männer das Ereignis durch Ablenkung mittels Arbeit oder Freizeitgestaltung mit Freunden zu bewältigen versuchen. Der Trauerprozess wurde zugunsten der Unterstützung der Partnerin verdrängt, was zu einer verzögerten oder beeinträchtigten Bewältigung der Fehlgeburt führte (Corbet-Owen, 2003). Weiters versuchten Männer durch Rückzug und Distanz zu ihrer Partnerin Gefühle wie Angst, Trauer und Hilflosigkeit selbst zu bewältigen (Keye, 1994, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Untersuchung nach Abboud und Liamputtong (2003), richteten laut Corbet-Owen (2003) Männer häufig Schuldzuweisungen an die Partnerin und übten verbale

Gewalt aus. Ursache für gegenseitige Schuldzuweisungen kann eine fehlende Aufklärung der Betroffenen über die Ätiologie der Fehlgeburt sein (Keye, 1994, zit. aus Corbet-Owen, 2003). Angesichts der sozialen Stellung einiger Teilnehmerinnen der Studienpopulation von Corbet-Owen (2003), könnte ein mangelnder Bildungsgrad zu diesen Verhaltensweisen geführt haben. Die Interviews wurden, angepasst an die Muttersprache der Teilnehmerinnen, in englischer Sprache oder Afrikaans gehalten (Corbet-Owen, 2003). Laut Corbet-Owen (2003) wurden die Interviews aus dem Afrikaans ins Englische übersetzt und durch eine andere Person erneut in Afrikaans übersetzt. Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist der Ansicht, dies stellt eine mögliche Fehlerquelle durch häufige Übersetzungen und damit Veränderungen der Inhalte der Aussagen dar.

Abboud und Liamputtong (2003) fanden heraus, dass Männer Emotionen von hoher Intensität erleben, welche sich wenig später zurückbilden. Dies steht im Gegensatz zu dem Ergebnis der Untersuchung nach Cumming et al. (2007). Wie Cumming et al. (2007) bewiesen, litten Männer bis nach einem Jahr an Angst und/oder einer Depression. Dies stimmt mit den Ergebnissen der Untersuchung nach Johnson und Baker (2004) überein, welche bewiesen, dass Männer bis nach einem Jahr folgend auf eine Fehlgeburt unter Stress, Angst und Depression leiden. Teilnehmer, welche die HADS ausschließlich zum ersten Erhebungszeitpunkt durchgeführt hatten, erhielten höhere Angst- und Depressionsscores als Teilnehmer, welche die HADS zu allen drei Zeitpunkten erhoben hatten (Cumming et al., 2007). Aus diesem Grund besteht die Möglichkeit, dass die Scores für Angst und Depression bei einer durchgehenden Teilnahme dieser Personen generell höher ausgefallen wären (Cumming et al., 2007). Des Weiteren nahmen an der Untersuchung Personen aus Schottland teil, weshalb die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine größere Population eingeschränkt ist (Cumming et al., 2007). Im Gegensatz zur Untersuchung von Johnson und Baker (2004) existierte in der Untersuchung von Cumming et al. (2007) keine Kontrollgruppe. Cumming et al. (2007) konnten daher keinen Vergleich der Angst- und Depressionsgrade mit Männern, die eine normale Schwangerschaft und Geburt ihrer Partnerin erlebt hatten, erbringen. Cumming et al. (2007) behaupten, dass keine direkte Korrelation zwischen der Fehlgeburt und

einer folgenden psychopathologischen Erkrankung mit absoluter Sicherheit erwiesen werden kann. Um diese Hypothese zu untersuchen, könnten Studienteilnehmer in jeweils eine Fehlgeburtengruppe mit und ohne psychologischer Vorgeschichte, sowie einer Geburtengruppe als Kontrollgruppe eingeteilt werden. Dazu ist eine große Studienpopulation nötig. Die derzeitigen Studien inkludieren jedoch wenige Teilnehmer.

Trotz der seit 25 Jahren steigenden Thematisierung der Fehlgeburt in Konferenzen, Büchern und Online- Foren ist die Versorgung und Betreuung Betroffener im Krankenhaus rückständig (Moffitt, 2006). Während eine Fehlgeburt vom Gesundheitspersonal als Routine abgewickelt wird, kann das Erlebnis einen entscheidenden Einfluss auf das Leben betroffener Männer nehmen (Khan et al., 2004). Obwohl eine Trauerreaktion von Männern, deren Partnerinnen eine Fehlgeburt hatten, wissenschaftlich nachgewiesen wurde, werden deren Gefühlen im Vergleich zu Frauen selten Aufmerksamkeit gewidmet (Khan et al., 2004). Die Teilnehmer der Untersuchung von Khan et al. (2004) gaben Unzufriedenheit mit der Unterstützung durch das Pflegepersonal an. Aus der Literatur gehen drei signifikante Bereiche der Unzufriedenheit mit der Versorgung hervor (Paton et al., 1999). Dies betrifft den Mangel an medizinischer Information (Harper, Wisian, 1994, zit. aus Paton et al., 1999) und fehlender Aufklärung über die Ursache der Fehlgeburt (Cecil, 1994a, zit. aus Paton et al., 1999). Wie Paton et al. (1999) erklären, existiert jedoch kein einzelner Auslöser. Betroffene sollten darüber informiert werden, dass volkstümliche Annahmen wie körperliche Aktivitäten, Sturz, Stress oder Geschlechtsverkehr als unwahrscheinliche Ursachen gelten (Borg, Lasker, 1989, zit. aus Paton et al., 1999). Weiters befassen sich Pflegepersonen nicht mit potenziellen Frühsymptomen einer Fehlgeburt (Paton et al., 1999). Um Verbesserungen in diesem zweiten Bereich zu erlangen, sollten Pflegepersonen schneller reagieren und eine drohende Fehlgeburt als Notfall behandeln (Lasker, Toedter, 1994, zit. aus Paton et al., 1999). Der dritte Bereich in der Versorgung, welcher Unzufriedenheit auslöst, stellt die fehlende Empathie und Sensitivität der Pflegepersonen dar (Paton et al., 1999). Im Bereich der Geburtshilfe wird der Fokus auf die Geburt eines lebenden Kindes gesetzt (Moffitt, 2006). Durch den Mangel an Training besitzen viele Pflegepersonen Unwissenheit

über ein adäquates Verhalten gegenüber trauernden Eltern (Moffitt, 2006). Hilflosigkeit und Angst des Pflegepersonals, und damit Unfähigkeit zur Trauerbegleitung, sind Folge dessen (Moffitt, 2006). Die Versorgungsdefizite sollten sowohl von Pflegepersonen, als auch von Ärzten erkannt und behoben werden (Khan et al., 2004). Neben der unzureichenden Versorgung von Betroffenen einer Fehlgeburt in der akuten Phase, besteht eine fehlende Nachsorge (Cumming et al., 2007). Nach diesem Abriss der Versorgung existiert für Pflegende keine Möglichkeit, die psychologische Krankheit Betroffener zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (Cumming et al., 2007). Die Einführung eines Assessmentinstrumentes zur Erhebung von Risikopatienten mit psychopathologischen Auswirkungen wie Angst, Stress oder Depression, sowie die Einrichtung einer speziellen Beratungszentrale im Krankenhaus ist nach Meinung der Autorin der vorliegenden Arbeit unabdingbar. Die Effizienz solcher Einrichtungen wurde durch die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Versorgung in der Pregnancy Loss Klinik der Untersuchung nach Khan et al. (2004) erwiesen. Es ist von großer Bedeutung die Versorgung nicht ausschließlich für die Patientin, sondern zudem für Männer zu gewährleisten (Khan et al., 2004). Laut Moffitt (2006) besteht die Notwendigkeit, der gegenwärtigen Abneigung hinsichtlich der Betreuung und Unterstützung entgegenzuwirken. Maßnahmen zur Förderung des Verständnisses stellen Gesprächsführung, Seminare zur Trauerbegleitung für das Pflegepersonal, sowie das Angebot von Unterstützungsprogrammen für Betroffene dar (Moffitt, 2006). Pflegende sollten Paare über die unterschiedlichen Trauerreaktionen und Copingstrategien von Männern und Frauen aufklären. In Anwesenheit beider Partner können Pflegepersonen Gespräche leiten, welche den Paaren zur gegenseitigen Mitteilung der Vorstellungen und Erwartungen über hilfreiche Unterstützung verhelfen sollen (Corbet-Owen, 2003). Ferner kann den Betroffenen Literatur ausgehändigt werden, welche sich mit den Unterschieden im Erleben oder in der Bewältigung einer Fehlgeburt zwischen Männern und Frauen beschäftigt (Corbet-Owen, 2003). Krankenhäuser sollten einen Standard zur Trauerbegleitung erstellen, der es den Pflegenden ermöglicht, einheitliche Aufklärung, Informationen und Beratung Betroffener durchzuführen (Corbet-Owen, 2003; Moffitt, 2006). Notwendig ist die Teilnahme von Pflegepersonen an Fort-

und Weiterbildungen über Sterbe- und Trauerbegleitung (Moffitt, 2006). Weiters sollten Pflegende den Betroffenen ein ausreichendes Maß an Informationen erteilen (Khan et al., 2004). Diese informelle Unterstützung kann nach Corbet-Owen (2003) Missverständnissen und Konflikten der Betroffenen über die unterschiedliche Trauerreaktion, negativen Folgen für die Partnerschaft, sowie psychischen Erkrankungen vorbeugen. Bedeutsam ist die Aushändigung und Erklärung einer Informationsbroschüre mit dem Verweis auf Literatur, Beratungsstellen, Vereine und Selbsthilfegruppen, da diese nach der Entlassung aus dem Krankenhaus als Anhaltspunkt dient. In Selbsthilfegruppen besteht für Eltern die Möglichkeit des Austausches und der Diskussion von Erfahrungen und Betrachtungsweisen (Moffitt, 2006). Betroffene erteilen und erhalten hierbei gleichzeitig Unterstützung in ihrem Trauerprozess (Moffitt, 2006). Photographien des Kindes (Moffitt, 2006), ein Fußabdruck (Moffitt, 2006) oder eine Bestattung (Pfeifenberger-Lamprecht, 2007, S. 806), falls möglich, verhelfen Erinnerungen zu schaffen und die Bewältigung der Fehlgeburt positiv zu beeinflussen. Die Versorgung und Betreuung von Männern, welche eine Fehlgeburt erlebt haben, sollte in Österreich ebenfalls garantiert werden. Pflegende sollten sich mit den Auswirkungen einer Fehlgeburt auf Männer befassen und diese in Informationsgabe, Beratung und Schulung einbeziehen. Dies sollte in gleichem Maße wie die Versorgung der Frauen gewährleistet werden. Wie Paton et al. (1999) aufzeigen, besteht seitens der Pflegepersonen unzureichende Empathiefähigkeit. Nach der Auffassung der Autorin dieser Arbeit, ist die Umsetzung in Bezug auf Männer in die Pflegepraxis problematisch, da Pflegepersonen im gynäkologischen und geburtshilflichen Bereich zumeist Frauen sind. Eine weibliche Pflegeperson würde Empathie zeigen, indem sie sich in die Lage der Patientin versetzt. Wie die Autorin der Arbeit meint, sind weibliche Pflegende daher nicht oder nur eingeschränkt befähigt, Gefühle und Gedanken eines betroffenen Mannes zu verstehen bzw. nachzuvollziehen. Auf diesem psychologischen Hintergrund basiert wahrscheinlich die Tatsache, dass dem Erleben einer Fehlgeburt von Männern geringe Aufmerksamkeit gewährt wird. Insofern Bereitschaft von eventuell selbst betroffenen, männlichen Pflegepersonen

besteht, sollten diese für die klinische Betreuung und Nachsorge von Männern nach einer Fehlgeburt motiviert und einbezogen werden.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Männer durch die gesellschaftliche Rollenvorgabe, die Erwartungen ihrer Partnerin, die Verdrängung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle durch die Aufrechterhaltung der Rolle und damit verbunden die Verzögerung oder Verfehlung der Bewältigung mit folgendem Krankheitsrisiko, hohen Anforderungen unterstellt sind. Es besteht großer Forschungsbedarf im Hinblick auf das Erleben, die Auswirkungen einer Fehlgeburt auf die Gesundheit von Männern und Konsequenzen für die Partnerschaft, sowie die Effektivität von Copingstrategien. Dabei sollten Longitudinalstudien durchgeführt werden, um das gesamte Ausmaß des Ereignisses auf Männer erfassen zu können.

5 Literaturverzeichnis

Abboud L. N.; Liamputtong P. (2003): Pregnancy Loss: What It Means to Women Who Miscarry and Their Partners. In: *Social Work in Health Care*, 36 (3), 37-61

Corbet-Owen C. (2003): Women´s perceptions of partner support in the context of pregnancy loss(es). In: *South African Journal of Psychology*, 33 (1), 19-27

Cumming G. P.; Klein S.; Bolsover D.; Lee A. J.; Alexander D. A.; Maclean M.; Jurgens J. D. (2007): The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114 (9), 1138-1145

Goerke K.; Bazlen U. (2002): Pflege konkret. Gynäkologie Geburtshilfe. 2. Auflage. Lehrbuch und Atlas für Pflegende und Hebammen. München, Jena, Urban & Fischer Verlag

Heer I. M. (2009): Abort. In: Strauss A., Janni W., Maass N. (Hg.) (2009): *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin, Heidelberg, Springer Verlag, 232

Johnson M. P.; Baker S. R. (2004): Implications of coping repertoire as predictors of men´s stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25 (2), 87-98

Khan R. A.; Drudy L.; Sheehan J.; Harrison R. F.; Geary M. (2004): Early Pregnancy Loss: How Do Men Feel? In: *Irish medical journal*, 97 (7), 217-218

Mändle C. (2007): Störungen in der Frühschwangerschaft. In: Mändle C., Opitz-Kreuter S. (Hg.) (2007): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart, Schattauer Verlag, 183-191

Moffitt P.-L. (2006): The silent sorrow. In: USA Today Magazine, 135 (2736), 62-65

ÖGKV (2010): Aufgaben und Tätigkeiten der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

<http://www.oegkv.at/index.php?id=147> (06.07.2010)

Paton F.; Wood R.; Bor R.; Nitsun M. (1999): Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. In: Journal of reproductive and infant psychology, 17 (3), 301-315

Pfeifenberger-Lamprecht B. (2007): Trauer- und Sterbebegleitung. In: Mändle C., Opitz-Kreuter S. (Hg.) (2007): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart, Schattauer Verlag, 801-810

Schaeffer D. (2005): Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers M., Schaeffer D. (Hg.) (2005): Am Ende des Lebens - Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern, Huber, 69-91

Skibbe X.; Löseke A. (2001): Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. Stuttgart, Georg Thieme Verlag

Statistik Austria (2009): Lebend- und Totgeborene seit 1871. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html (24.01.2010)

Zaiß A. (2009): DRG: Verschlüsseln leicht gemacht. Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag

Zygmunt M. (2005): Abort (Fehlgeburt). In: Kirschbaum M., Münstedt K. (Hg.) (2005): Checkliste. Gynäkologie und Geburtshilfe. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 282-286

6 Anhang

Anhang 1: Suchprotokoll

Anhang 1: Suchprotokoll

Tab. 1: Suchprotokoll

Such-instrument (Datenbank)	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
Medline with Full Text	Suchbegriffe: (care OR methods OR interventions OR support) AND (stress OR anxiety OR sorrow OR emotional distress) AND (abortion OR miscarriage) Einschränkungen: 1999-2009, Humans, Male, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Interview, Journal Article, English, German, Adolescent: 13-18 years, All Adult: 19+ years	44	4	1 Studie kostenpflichtig
CINAHL with Full Text	Einschränkungen: Boolean/Phrase, Male,	4	0	

Tab. 1: Suchprotokoll

Such-instrument (Datenbank)	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
CINAHL with Full Text	Einschränkungen: Date of Publication from January 1999 to December 2009, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years, English, German, Book, Case Study, Clinical Trial, Conference, Doctoral Dissertation, Interview, Journal Article, Nurse Practice Acts, Nursing Interventions, Review, Statistics, Systematic Review			
Academic Search Elite	Einschränkungen: Boolean/Phrase, Published Date from 1999 to 2009	77	2	
DIMDI	Einschränkungen: 1999-2009, Englisch, Deutsch, Jugendliche (12-18 Jahre),	0	0	

Tab. 1: Suchprotokoll

Such-instrument (Datenbank)	(Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen
DIMDI	Einschränkungen: Erwachsene (19-44 Jahre), männlich, Mensch, Journal Article, Review, Case Reports			

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Hall in Tirol, im August 2010

Tina Rocktäschel