

Hebammen-Literaturdienst

Objekttyp: **Appendix**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 4

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

<http://www.e-periodica.ch>

HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Prävention von Schwangerschaftsstreifen

Geburt

Körperposition in der Eröffnungsphase

Intrapartale Nahrungsaufnahme

Geburtsbeginn: Diagnosekriterien von Hebammen

Geburtsbeginn: Eine Entscheidungshilfe im Test

Geburtsbeginn: Erfahrungen von Frauen

Wochenbett

Betreuung nach Totgeburt

Einfinden in die Mutterrolle

Liebe Hebammen, liebe Hebammenschülerinnen und -studentinnen,

in dieser Ausgabe haben wir drei Studien zur Diagnose des Geburtsbeginns aufgenommen, ein Thema, das auf den ersten Blick recht unspektakulär klingt, in der Praxis aber seine Tücken hat. Frauen, die zu einem sehr frühen Zeitpunkt aufgenommen werden, erfahren mehr geburtsmedizinische Interventionen als Frauen, die erst in einer späteren Geburtsphase in den Kreißaal kommen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der sowieso bereits zahlreichen Interventionen Grund genug, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Da diese drei Studien Teil eines größeren Projektes sind, empfiehlt sich die Lektüre aller drei Artikel sozusagen „en bloc“.

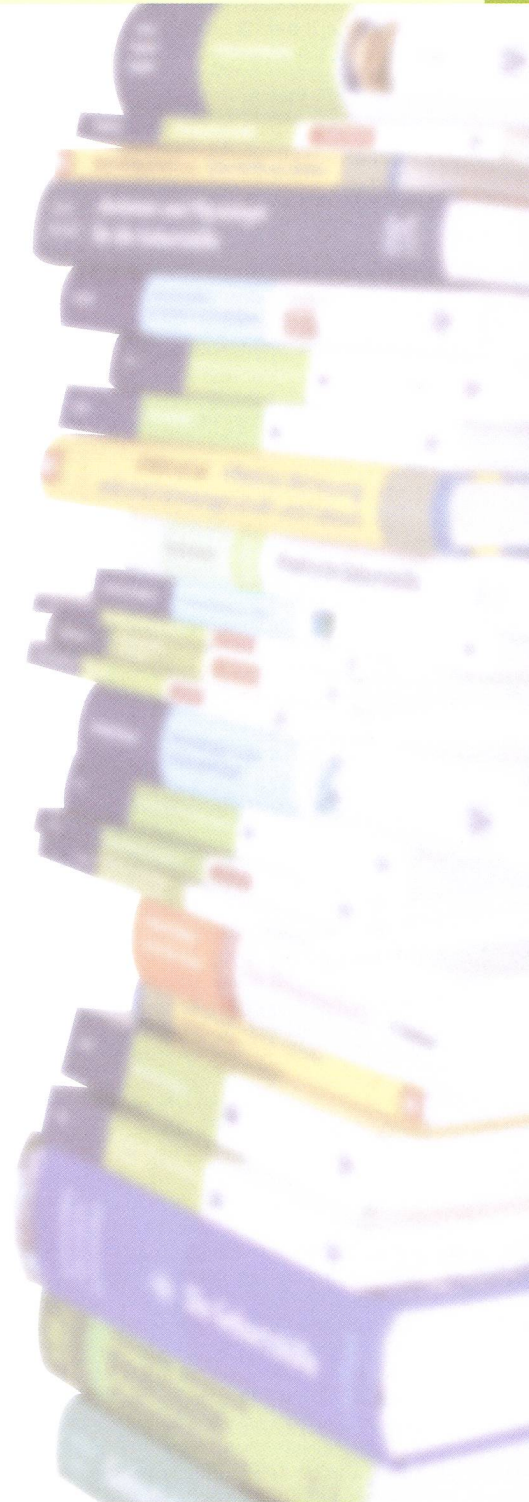
Neben dieser inhaltlichen Vorschau ist es uns wichtig, an dieser Stelle ganz persönliche Worte des Dankes an unsere bisherige Mitherausgeberin zu richten: Gabi Merkel hat entschieden, sich künftig anderen wichtigen berufspolitischen Zielen zuzuwenden und sich vom *HeLiDi* (zumindest in ihrer Funktion als Herausgeberin) zu verabschieden, was wir sehr bedauern. Wir danken ihr ganz herzlich für ihre Mitarbeit in den letzten 17 Jahren. Ohne sie als Mit-Initiatorin des Literaturdienstes wäre der *HeLiDi* vielleicht gar nicht entstanden, zumindest wäre er nicht das, was er heute ist. Vielen Dank, liebe Gabi!

Die Herausgeberinnen

Katja Stahl, 040 / 88 18 97 69, mail@katjastahl.de

Jutta Posch, Georg-Elser-Str.2, 79100 Freiburg, 0761 / 34232, jutta.posch@web.de

Dr. Mechthild Groß, MHH Frauenklinik, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover, 0511 / 532 6116, gross.mechthild@mh-hannover.de



SCHWANGERSCHAFT

Kakaobutter-Lotion zur Prävention von Schwangerschaftsstreifen: eine doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Studie

Osman H Usta IM Rubeiz N Abu-Rustum R Charara I Nassar AH 2008. BJOG 115: 1138–1142

Ziel: Zu untersuchen, ob die Anwendung von Kakaobutter-Lotion das Entstehen von Schwangerschaftsstreifen verringert.

Design: Multizentrische, doppelblinde, randomisierte und plazebo-kontrollierte Studie.

Setting: Beirut und Tripolis, Libanon

Teilnehmerinnen: Erstgebärende, die zur Schwangerenvorsorge kamen.

Methode: Erstgebärende, die im ersten Trimenon zur Schwangerenvorsorge kamen, wurden randomisiert einer von zwei Gruppen zugewiesen. In der Interventionsgruppe erhielten die Frauen eine Kakaobutter-Lotion, in der Kontrollgruppe bekamen die Frauen eine Plazebo-Lotion. Alle Frauen sollten die jeweilige Lotion täglich bis zur Geburt auftragen.

Outcomeparameter: Die Entstehung von Schwangerschaftsstreifen an Bauch, Brust und Oberschenkeln nach der Geburt.

Ergebnisse: Von den 210 in die Studie aufgenommenen Frauen nahmen 175 (83%) bis zum Schluss daran teil. Insgesamt erhielten 91 Frauen Kakaobutter-Lotion, 84 bekamen eine Plazebo-Lotion. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des Anteils der Frauen, die Schwangerschaftsstreifen entwickelten (45,1% vs. 48,8%, $p=0,73$). Auch hinsichtlich der Ausprägung der Schwangerschaftsstreifen wurden keine Unterschiede beobachtet. Das Ergebnis änderte sich auch nicht, wenn bereits bestehende Schwangerschaftsstreifen bei Aufnahme in die Studie oder das Maß der Befolgung des Studienprotokolls berücksichtigt wurden.

Schlussfolgerung: Aus der Untersuchung ergeben sich keine Hinweise, dass das Einreiben mit Kakaobutter-Lotion der Entstehung von Schwangerschaftsstreifen vorbeugt.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

GEBURT

Körperposition und Mobilität in der Eröffnungsphase (Cochrane Review)

Lawrence A Lewis L Hofmeyr G Dowswell T Styles C 2009 Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2

Hintergrund: Frauen aus Industrieländern sowie solche aus ärmeren Ländern, die ihre Kinder im Krankenhaus zur Welt bringen, verbringen die Eröffnungsphase häufig im Bett. In anderen Ländern sowie im außerklinischen Bereich verbringen Frauen die Eröffnungsphase eher stehend, sitzend, kniend oder umhergehend, wobei sie mit fortschreitender Geburt auch liegende Positionen einnehmen. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege, dass das Liegen während der Eröffnungsphase für Mutter und/oder Kind Vorteile hat, dem betreuenden Personal hingegen scheint es entgegen zu kommen, da es die Überwachung von Mutter und Kind vereinfacht. Aus Beobachtungsstudien existieren Hinweise, dass die Rückenlage sowohl in der Eröffnungs- wie auch in der Austreibungsphase und zur Geburt eine effektive Wehentätigkeit und damit den Geburtsfortschritt behindern kann.

Ziel: Ziel dieses Reviews war es, zu prüfen, wie sich das Einnehmen verschiedener aufrechter Körperpositionen (Umhergehen, Sitzen, Stehen, Knieen) in der Eröffnungsphase auf die Geburtsdauer, den Geburtsmodus sowie auf andere wichtige mütterliche und kindliche Outcomes auswirkt verglichen mit verschiedenen liegenden Positionen (Rückenlage, Halbrückenlage und Seitenlage).

Methode: Literaturrecherche im Cochrane Pregnancy and Childbirth Trials Register, letztmalig im November 2008.

Auswahlkriterien: Randomisierte und quasi-randomisierte Studien in denen aufrechte mit liegenden Positionen während der Eröffnungsphase verglichen wurden.

Datenanalyse: Die Datenerhebung und -analyse erfolgte nach den Vorgaben des *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Unabhängig voneinander nahmen mindestens zwei Reviewer die Beurteilung der Studienqualität sowie die Datenanalyse vor.

Ergebnisse: Es wurden 21 Studien mit insgesamt 3067 Frauen in den Review aufgenommen. In neun Studien waren nur Erstgebärende untersucht worden. Die Eröffnungsphase von Frauen, die aufrechte Positionen während der Eröffnungsphase einnahmen war im Mittel etwa eine Stunde

kürzer als bei Frauen, die die Eröffnungsphase überwiegend im Liegen verbrachten (Mittlere Differenz $-0,99$, 95% Konfidenzintervall (KI) $-1,60$ bis $-0,39$). Bei aufrechter Körperposition war darüber hinaus seltener eine PDA erforderlich (Relatives Risiko (RR) $0,83$ 95% KI $0,72$ to $0,96$). Hinsichtlich Dauer der Austreibungsphase, Geburtsmodus, Einsatz von Wehenmitteln und der Gabe von Opioiden wurden keine Unterschiede festgestellt. In den 5 Studien (1176 Frauen), in denen Position und Mobilität von Frauen mit PDA untersucht wurden, zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Dauer der Eröffnungsphase und des Geburtsmodus. Die Zufriedenheit der Frauen wurde in den verfügbaren Studien kaum untersucht. In keiner der Studien wurden unterschiedliche aufrechte bzw. Unterschiedliche liegende Positionen miteinander verglichen.

Schlussfolgerung: Das Einnehmen aufrechter Positionen verkürzt die Dauer der Eröffnungsphase. Es scheint keinen Zusammenhang mit vermehrten Interventionen oder anderen negativen Auswirkungen auf das mütterliche und kindliche Wohlbefinden zu geben. Frauen sollten ermutigt werden, in der Eröffnungsphase diejenigen Positionen einzunehmen, die ihnen am angenehmsten sind.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Auswirkungen von Nahrungsaufnahme während der Geburt auf das geburtshilfliche Outcome: eine randomisierte, kontrollierte Studie

O'Sullivan G Liu B Hart D Seed P Shennan A 2009 Effect of food intake during labour on obstetric outcome: a Randomised, controlled trial. BMJ online first 338:b784

Ziel: Untersuchung der Auswirkungen von Nahrungsaufnahme während der Geburt auf geburtshilfliche und neonatale Outcomes.

Design: Prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie.

Setting: Ausbildungs Krankenhaus in London.

Teilnehmerinnen: 2426 nicht-diabetische Erstgebärende am Termin mit einer Einlingschwangerschaft in Schädelhülle und einer Muttermundöffnung von weniger als 6 cm.

Intervention: In der Interventionsgruppe war die Aufnahme leichter Nahrung (z. B. Brot, fettarmer Joghurt, Suppe, isotonische Getränke oder Fruchtsaft) und Wasser während der Geburt gestattet, in der Kontrollgruppe sollten die Frauen nur Wasser zu sich nehmen bzw. Eiswürfel lutschen.

Outcomeparameter: Das primäre Outcome war die Rate der Spontangeburt. Zu den weiteren Outcomeparametern zählten die Geburtsdauer, die medikamentöse Wehenunterstützung, die Rate der vaginal-operativen Geburten, die Sectiorate, mütterliches Erbrechen und das neonatale Outcome (1- und 5-Minuten-Apgar, Geburtsgewicht, Verlegung in die Kinderklinik, neonatale Intensivbehandlung).

Ergebnisse: Die Rate der Spontangeburt war in beiden Gruppen gleich (44%, relatives Risiko (RR) $0,99$, 95% Konfidenzintervall (KI) $0,90$ – $1,08$). Hinsichtlich der weiteren Outcomes zeigten sich ebenfalls keine klinisch relevanten Unterschiede: Geburtsdauer (Interventionsgruppe 567min vs. Kontrollgruppe 612min, Verhältnis der geometrischen Mittelwerte: $0,89$, 95% KI $0,93$ – $1,03$), Kaiserschnitttrate (30% vs. 30%, RR $0,99$, 95% KI $0,87$ – $1,12$), mütterliches Erbrechen (35% vs. 34%, RR $1,05$ 95% KI $0,9$ – $1,2$). Die neonatalen Outcomes waren ebenfalls in beiden Gruppen gleich.

Schlussfolgerung: Die Aufnahme leichter Nahrung beeinflusst das geburtshilfliche und neonatale Outcome nicht, es kam auch nicht zu einem häufigeren Erbrechen der Frauen. Frauen, die während der Geburt etwas essen dürfen, haben eine vergleichbare Geburtsdauer sowie gleich hohe operative Geburtsraten wie Frauen, die während der Geburt nur Wasser zu sich nehmen dürfen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Diagnose des Geburtsbeginns durch Hebammen: diagnostische Einschätzung und Entscheidung über weiteres Vorgehen

Cheyne H Dowding D Hundley V 2006 Making the diagnosis of labour: midwives' diagnostic judgement and management decisions. Journal of Advanced Nursing 53: 625–35 (in: MIDIRS 19: 518)

Ziel: Untersuchung zur Wahrnehmung von Hebammen, wie sie den Geburtsbeginn diagnostizieren.

Hintergrund: Die Diagnose des Geburtsbeginns ist oft schwierig. Eine Untersuchung in Großbritannien hat gezeigt, dass bei bis zu 30% der Frauen, die wegen Geburtsbeginns in den Kreißaal aufgenommen worden waren, die Geburt noch nicht begonnen hatte. Des Weiteren haben Studien gezeigt, dass Frauen, die bereits in der Frühphase der Geburt in den Kreißaal aufge-

nommen werden, mit größerer Wahrscheinlichkeit medizinische Interventionen erfahren als Frauen, die zu einem späteren Zeitpunkt kommen. Trotz der Auswirkungen, die eine solche Fehldiagnose hat, gibt es nur sehr wenig Literatur zum Prozess der Entscheidungsfindung bei der Diagnose des Geburtsbeginns.

Methode: In zwei Fokusgruppen wurde eine Gelegenheitsstichprobe von Hebammen einer geburtshilflichen Abteilung in Nordengland befragt. Sie wurden gebeten, ihre Erfahrung mit der Aufnahme von Gebärenden in den Kreißsaal zu diskutieren. Die so erhobenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 13 Hebammen an einer von zwei Fokusgruppen teil. Sie berichteten, dass sie zur Diagnosestellung Informationen heranziehen, die sich in zwei Gruppen differenzieren lassen: zum einen solche von Seiten der Frau (physische Anzeichen, Eindruck von der allgemeinen Verfassung und der Fähigkeit, mit den Wehen umzugehen, Erwartungen und Wünsche der Frau, soziale Faktoren), zum anderen solche von Seiten der geburtshilflichen Abteilung (Hebammenbetreuung, organisatorische und inter- und intraprofessionelle Aspekte). Der Entscheidungsfindungsprozess konnte in zwei Phasen geteilt werden. Die diagnostische Einschätzung wurde auf der Basis der körperlichen Anzeichen vorgenommen. Das weitere Vorgehen wurde dann anhand dieser Einschätzung in Kombination mit weiteren Aspekten, wie z. B. wie die Frau mit der Situation zurecht kommt, ihren Erwartungen und Wünschen und denen ihrer Familie sowie den Maßgaben der geburtshilflichen Abteilung.

Schlussfolgerung: Die Entscheidung über das weitere Vorgehen kann für Hebammen schwieriger zu treffen sein als die eigentliche Diagnose. Möglicherweise kann die Zahl unnötiger Aufnahmen durch eine bessere Unterstützung der Hebammen bei der Überwindung der zahlreichen Hürden in der Entscheidung über das weitere Vorgehen verringert werden.

Kommentar der Autorinnen: In dieser Studie berichteten Hebammen, dass sie die Diagnose des Geburtsbeginns überwiegend auf der Basis körperlicher Symptome stellen, die im Wesentlichen mit den in der Fachliteratur beschriebenen übereinstimmen. Zusätzlich bezogen sie das Erscheinungsbild und Verhalten der Frau in die Diagnosestellung mit ein. Gleichzeitig zeigte diese Studie aber auch, dass Hebammen zahlreiche weitere Faktoren in der Entscheidung, die Frau aufzunehmen oder nicht, berücksichtigen mussten. Dabei sahen sie sich oft mit nur schwer zu vereinbarenden Faktoren konfrontiert wie den Wünschen der Frau und ihrer Familie, personelle Besetzung im Kreißsaal und Arbeitspensum sowie die Meinung von KollegInnen verschiedener Berufsgruppen. Die Hebammen berichteten, dass der Versuch, diese verschiedenen Faktoren zusammen zu bringen, zu einer suboptimalen Betreuung führen kann.

Die Ergebnisse dieser Studie geben einen wertvollen Einblick in die Art und Weise, wie Hebammen diagnostische Entscheidungen zum Geburtsbeginn treffen. Sie ist hilfreich für das Verständnis, warum eine auf den ersten Blick eigentlich einfache Entscheidung in der Praxis oftmals problematisch ist. Die Studie gibt ebenfalls Hinweise, an welchen Stellen eine Unterstützung in der Entscheidungsfindung nutzbringend wäre.

Diese Pilotstudie, die im Rahmen der Entwicklung eines Instruments zur Entscheidungsfindung über das Vorgehen in der frühen Geburtsphase durchgeführt wurde (s. hierzu Cheyne et al. 2008 in diesem *HeLiDi*), fand aus ressourcenbedingten Gründen nur in einer geburtshilflichen Abteilung mit einer kleinen Stichprobe statt. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss daher bedacht werden, dass sie nicht unbesehen auf andere Settings übertragen werden können.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Diagnose des Geburtsbeginns: eine cluster-randomisierte Studie

Cheyne H Hundley V Dowding D et al. 2008 Effects of algorithm for diagnosis of active labour: cluster randomised trial. *BMJ* 337: 1396–1400

Ziel: Vergleich der Effektivität eines Algorithmus (eine Art Checkliste/Entscheidungshilfe) zur Diagnose des aktiven Geburtsbeginns bei Erstgebärenden mit normaler Betreuung im Hinblick auf mütterliche und neonatale Outcomes.

Design: Cluster-randomisierte Studie.

Setting: Geburtshilfliche Abteilungen in Schottland mit mindestens 800 Geburten pro Jahr.

Teilnehmerinnen: 4503 Erstgebärende aus 14 verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen (Clustern). In den sieben Abteilungen der Interventionsgruppe wurden Daten von insgesamt 1925 Frauen erhoben, in den sieben Abteilungen der Kontrollgruppe von 2587 Frauen.

Outcomeparameter: Primäres Outcome: Einsatz von Oxytozin zur Wehenunterstützung. Sekundäre Outcomes: medizinische Interventionen während der Geburt, Aufnahmemanagement und Geburtsergebnis.

Ergebnisse: Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit des Einsatzes von Oxytozin zur Wehenunterstützung sowie der Häufigkeit medizinischer Interventionen während der Geburt. Frauen in der Algorithmusgruppe wurden mit größerer Wahrscheinlichkeit wieder nach Hause geschickt und stellten sich vor der Geburt häufiger wegen fraglichen Geburtsbeginns im Kreißsaal vor.

Schlussfolgerung: Die Anwendung eines Algorithmus, der Hebammen in der Diagnose des Geburtsbeginns unterstützen soll, führte nicht zu einem selteneren Einsatz von Oxytozin zur Wehenunterstützung oder zu weniger intrapartalen Interventionen. In der Kontrollgruppe wurden signifikant mehr Frauen wegen nicht bestätigten Geburtsbeginns wieder nach Hause geschickt.

Kommentar der Autorinnen: In dieser Studie wurde der Algorithmus, der in einer Reihe von vorangegangenen Studien entwickelt wurde (s. hierzu auch Cheyne et al. 2006 in diesem *HeLiDi*), auf seine Eignung in der Praxis getestet. Die Ergebnisse waren paradox. Einerseits führte die Anwendung des Algorithmus häufiger dazu, dass die Frauen, die sich mit fraglichem Geburtsbeginn vorstellten, nochmals nach Hause geschickt wurden. Andererseits zeigte sich keine entsprechende Verkürzung der Zeit, die die Frauen insgesamt zur Geburt im Kreißsaal verbrachten. Auch der Anteil der Frauen, die Oxytozin zur Wehenunterstützung erhielten, verringerte sich nicht. Es scheint, dass Frauen, die wegen nicht bestätigten Geburtsbeginns wieder nach Hause entlassen wurden, sehr zeitnah erneut im Kreißsaal wieder vorstellig wurden. Wir sind zu dem Schluss gekommen, dass die höhere Anzahl von Interventionen bei Frauen, die bereits in einer sehr frühen Phase der Geburt in den Kreißsaal gehen, sich nicht allein dadurch erklären lässt, dass Hebammen und/oder ÄrztInnen die latente Phase nicht ausreichend genau von der aktiven Phase der Geburt abgrenzen können.

Zur Erklärung dieses Phänomens müssen wir versuchen zu verstehen, welche Faktoren bei dem Prozess der Aufnahme in und der Entlassung aus dem Kreißsaal eine Rolle spielen. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei das Verständnis der Sichtweise und Erfahrungen der Frauen mit der frühen Phase der Geburt und des Effekts, den die Intervention auf sie hatte (s. hierzu die Studie Cheyne et al. 2007 in diesem *HeLiDi*).

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

„Soll ich jetzt ins Krankenhaus gehen?“ – Erfahrungen von Frauen mit der frühen Geburtsphase im Kreißsaal

Cheyne H Terry R Niven C et al. 2007 „Should I come in now?\": a study of women's early labour experiences. *British Journal of Midwifery* 15: 604–9 (in: *MIDIRS* 19: 521)

Zusammenfassung: Trotz der Empfehlungen von Hebammen, bei einsetzender Wehentätigkeit so lange wie möglich zuhause zu bleiben, kommen viele Frauen bereits in einer sehr frühen Phase der Geburt zur Aufnahme in den Kreißsaal. In dieser qualitativen Studie diskutierten 21 Frauen über ihre Erfahrungen sowie über die Faktoren, die Einfluss auf ihre Entscheidung hinsichtlich des Zeitpunkts, zu dem sie ins Krankenhaus gingen, hatten. Die Diskussion wurde wörtlich transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Es zeigte sich, dass eine Kombination aus Unsicherheit, Schmerzen und Angst die Entscheidungen der Frauen in der frühen Phase der Geburt beeinflusste. Obwohl viele Frauen das Gefühl hatten, in dieser frühen Phase „gut zurecht zu kommen“, wollten viele „sicherheitshalber“ bereits im Kreißsaal sein, da sie nicht ausreichend Zutrauen hatten, mit den Wehen zuhause umzugehen.

Wir sind der Ansicht, dass der Zusammenhang von Angst, Unsicherheit und Zeitpunkt der Aufnahme in den Kreißsaal weiter untersucht werden muss und dass die Bedeutung von Hebammenunterstützung in der Frühphase der Geburt nicht unterschätzt werden sollte.

Kommentar der Autorinnen: In dieser Studie wurden Frauen aus drei bereits bestehenden Gruppen, die sich regelmäßig zum gemeinsamen Austausch nach der Geburt trafen, interviewt. An den teilstrukturierten Interviews nahmen sowohl Erst- als auch Mehrgebärende teil. Obwohl alle Frauen einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, waren insbesondere Erstgebärende unsicher, ob die Geburt tatsächlich begonnen hatte und wann sie in die Klinik gehen sollten. Schmerzen sowie mangelndes Zutrauen in die eigene Fähigkeit mit der Geburtsarbeit zuhause zurecht zu kommen, waren die Hauptgründe, um das Krankenhaus aufzusuchen. Wieder nach Hause geschickt zu werden wurde von den Frauen unterschiedlich er-

lebt. Einige hatten die Bestätigung und Sicherheit bekommen, die sie benötigten, andere waren enttäuscht und hätten sich mehr Unterstützung gewünscht. Bei den befragten Frauen handelte es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, was die größte Einschränkung dieser Studie darstellt. Die Frauen verfügten alle über einen vergleichsweise hohen Bildungsgrad, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Die Ergebnisse weisen aber Parallelen mit weiteren Studien auf, sodass hier möglicherweise ein roter Faden vorliegt, der weiter verfolgt werden sollte.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

WOCHENBETT

Zusammenhang zwischen Maßnahmen nach einer Totgeburt und depressiven Symptomen der Mutter

Surkan P Radestad I Cnattingius S et al. 2008 Events after Stillbirth in relation to Maternal Depressive Symptoms: A Brief report. *Birth* 35: 153–157

Hintergrund: Maßnahmen, die nach einer Totgeburt ergriffen werden, können die langfristige psychologische Morbidität beeinflussen. Ziel dieser Untersuchung war es, den Zusammenhang zwischen Bonding, dem Umgang der Mutter mit der Totgeburt und späteren depressiven Symptomen der Mutter zu untersuchen.

Methode: Anhand des schwedischen Geburtsregisters wurden alle schwedisch-sprechenden Frauen, die 1991 einen Einling tot geboren hatten, identifiziert. Von diesen Frauen hatten 314 (83%) 3 Jahre nach der Totgeburt einen postalisch zugestellten Fragebogen ausgefüllt. Gefragt wurde nach Maßnahmen, die es der Frau ermöglichten, eine Beziehung zu ihrem toten Kind aufzubauen sowie nach demografischen Angaben. Der Zusammenhang zwischen betreuungsbezogenen Faktoren und späteren depressiven Symptomen der Mutter wurde mittels multipler Regression und der Berechnung relativer Risiken quantifiziert.

Ergebnisse: Es wurde ein nahezu siebenfach erhöhtes Risiko für depressive Symptome beobachtet, wenn die Frauen nicht die Möglichkeit erhalten hatten, so viel Zeit mit ihrem toten Kind zu verbringen, wie sie es wünschten (RR 6,9, 95% 2,4–19,8). Verglichen mit Frauen, die innerhalb von 6 Monaten nach der Totgeburt erneut schwanger wurden, hatten Frauen, die nicht wieder schwanger wurden, ein höheres Risiko für depressive Symptome (RR 2,8, 95% 0,9–8,4). Frauen, die die Totgeburt bei ihrem dritten Kind erlebten hatten ein doppelt so hohes Risiko für depressive Symptome verglichen mit Frauen, deren erstes Kind tot geboren wurde (RR 2,2, 95% 0,8–6,4). Zwischen anderen betreuungsbezogenen Faktoren und einem häufigeren Auftreten depressiver Symptome wurde kein Zusammenhang festgestellt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten darauf hin, dass die Tatsache, ob eine Frau bei ihrem toten Kind

bleiben kann so lange sie dies wünscht, und ob es sich bei dem Totgeborenen um das erste oder ein weiteres Kind handelt, Einfluss darauf haben kann, ob die Frau depressive Symptome entwickelt. Frauen, die innerhalb von 6 Monaten nach der Totgeburt erneut schwanger wurden, hatten bei dem Follow-Up nach drei Jahren ein geringeres Risiko unter einer depressiven Symptomatik zu leiden als Frauen, die nicht wieder schwanger geworden waren.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Einfinden in die Mutterrolle nach protrahiertem Geburtsverlauf: eine qualitative Studie

Nystedt A Högberg U Lundmann B 2008 Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of Advanced Nursing* 63: 250–258

Ziel: Ziel dieser qualitativen Studie war es, die Erfahrungen von Frauen zu untersuchen, wie sie sich nach einer protrahierten Geburt in die Mutterrolle einfinden.

Hintergrund: Eine schwierige Geburt wie sie z.B. ein protrahierter Geburtsverlauf darstellt geht oft mit negativen Erfahrungen einher und kann dazu führen, dass sich das Einfinden in die Mutterrolle problematisch gestaltet.

Methode: Im Jahr 2004 wurden 1 bis 3 Monate nach der Geburt Interviews mit 10 Wöchnerinnen geführt, die nach einem protrahiertem Geburtsverlauf ihr Kind vaginal-operativ oder per Sectio geboren hatten. Die Auswertung erfolgte über eine thematische Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: Die Erfahrungen der Frauen ließen sich unter drei Themen zusammenfassen: „Im Dunkeln tappen“, „mit der Mutterrolle kämpfen“, „Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gewinnen“. Die Schwierigkeiten und Qualen, die Frauen beim Einfinden in die Mutterrolle nach einem protrahierten Geburtsverlauf beschrieben, wurden als ein „Tappen im Dunkeln“ interpretiert. Die Frauen fühlten sich körperlich erschöpft, als wären sie krank und beschrieben es als schwierig, eine enge Bindung an ihr Kind zu empfinden. In diesem Zustand mussten sie streckenweise darum kämpfen, sich in die Mutterrolle einzufinden. Angesichts dieser Erfahrungen und des Wunsches der Frauen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten als Mutter zu gewinnen, war es für sie entscheidend, dass sie in diesem Vertrauen und in diesen Fähigkeiten bestärkt und unterstützt wurden: es war zentral für ihr Wohlbefinden, förderte und unterstützte die Interaktion mit ihrem Kind und trug zum Einfinden in die Mutterrolle bei.

Schlussfolgerung: Die Erfahrungen von Frauen nach einer protrahierten Geburt lassen sich mit dem Durchleben und der Genesung von einer Krankheit vergleichen. Sie können dazu beitragen, dass das Einfinden in die Mutterrolle erschwert wird und die Frauen sich schwerer tun, sich ihrem Kind emotional zuzuwenden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg