

Hebammen-Literaturdienst

Objekttyp: **Appendix**

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

Band (Jahr): **116 (2018)**

Heft 4

PDF erstellt am: **05.08.2024**

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>

Hebammen – Literaturdienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

- Beweggründe von Schwangeren für die Durchführung eines Down-Syndrom-Screenings
- Zusammenhang von Kenntnis des fetalen Outcomes, CTG-Interpretation und Handlungsempfehlungen

Geburt

- Anwendung von Leitlinien zur Diagnostik des Geburtsbeginns und Sectioraten
- Strategien zur Förderung der normalen Geburt

Wochenbett

- „Zeit für sich“ im Wochenbett und postpartale Depression

Neugeborene

- Kommunikationstrainings für Pflegekräfte auf neonatalen Intensivstationen

Liebe Hebammen, liebe WeHen und Hebammenstudentinnen,

die neue HeLiDi-Ausgabe spannt den Bogen von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die die Inanspruchnahme von Leistungen zum Down-Syndrom-Screening beeinflussen, über rückblickende CTG-Beurteilungen und Geburtsbeginn-Definitionen bis hin zu einfachen gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Frauen im Wochenbett. Kommunikation ist dabei ein wichtiger Parameter und sollte von Betreuenden professionell erlernt werden, damit sich die Vorteile entsprechend gut entfalten können. Wegweisend erscheint eine Studie aus British Columbia in Kanada. Dort betreuen Hebammen Frauen bereits in der Frühschwangerschaft, um sie auf eine normale Geburt vorzubereiten. Verschiedene Maßnahmen und

Formen der kontinuierlichen Betreuung während Schwangerschaft und Geburt sind dabei ein wichtiger Baustein für das Gelingen.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen der spannenden Zusammenfassungen

Die Herausgeberinnen

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

Jutta Posch, 0761/34232, jutta.posch@web.de

Prof. Dr. Mechthild Groß, AG Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover, 0511 / 532 6116, gross.mechthild@mh-hannover.de

Schwangerschaft

Beweggründe niederländischer Schwangerer ein Down-Syndrom-Screening durchzuführen oder abzulehnen: eine qualitative Studie

Crombag NM Boeije H Iedema-Kuiper R et al.
2016 Reasons for accepting or declining Down syndrome screening in Dutch prospective mothers within the context of national policy and healthcare system characteristics: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16(1):121.
DOI: 10.1186/s12884-016-0910-3

Hintergrund: Verglichen mit anderen Ländern wird in den Niederlanden das Down-Syndrom-Screening von weniger Schwangeren in Anspruch genommen. In dieser Studie untersuchten die ForscherInnen mögliche Ursachen. Sie befragten Schwangere, die ein Down-Syndrom-Screening durchführen ließen zu ihren Beweggründen. Und sie analysierten, ob die Rahmenbedingungen des niederländischen Gesundheitssystems einen Einfluss auf die Entscheidung der Schwangeren haben. Schwangerenvorsorge in den Niederlanden zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine Medikalisierung der Schwangerschaft minimieren will und alle Schwangeren

zunächst als low-risk betrachtet. Ein Screening auf Down-Syndrom wird allen Schwangeren angeboten, die Kosten wurden zum Zeitpunkt der Studie jedoch nur für Frauen über 35 Jahre übernommen. Die Frauen haben die Möglichkeit, auf eine Aufklärung über das Screening zu verzichten.

Methode: Die ForscherInnen führten halbstrukturierte Interviews mit jeweils 4 Frauen in 10 Fokusgruppen. Sie befragten die Teilnehmerinnen, aus welchen Gründen sie das Down-Syndrom-Screening in Anspruch genommen bzw. darauf verzichtet hatten. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Auswertung der Interviews zeigte, dass sowohl die persönliche Einstellung der Frauen als auch die Rahmenbedingungen des niederländischen Gesundheitssystems Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Inanspruchnahme hatte. So sahen diejenigen, die ein Screening nicht in Anspruch nahmen, ein Down-Syndrom nicht als ausreichenden Grund für den Abbruch einer Schwangerschaft an. Junge Frauen sahen sich dabei in ihrer Entscheidung durch die jeweilige betreuende geburtshilfliche Fachkraft unterstützt, darüber hinaus gab ihnen die Tatsache, dass die Kosten für das Screening erst ab einer bestimmten Altersgrenze erstattet wurden, zusätzliche Sicherheit. Frauen, die sich für ein Screening entschieden, taten dies vor allem, um Gewissheit zu erlangen oder sich bereits in der Schwangerschaft auf die Betreuung eines Kindes mit Down-Syndrom vorbereiten zu können. Auch diese Frauen fühlten sich in ihrer Entscheidung durch die sie betreuenden Fachkräfte bei der gemeinsamen Abwägung der Vor- und Nachteile des Screenings unterstützt. Einige Frauen, die unter der für das Screening vorgesehenen Altersgrenze lagen, hatten allerdings das Gefühl, ihre Entscheidung für ein Screening verteidigen zu müssen. Und schließlich empfanden einige eine Altersgrenze als Voraussetzung für die Kostenerstattung als Maßnahme, jüngere Frauen von dem Screening abzuhalten.

Diskussion: Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen eine Rolle spielen. In der vorliegenden Studie beeinflussten die Voraussetzungen für die Kostenübernahme des Down-Syndrom-Screenings sowohl die Wahrnehmung des Screenings durch die Schwangeren als auch die Inanspruchnahme des Angebots. Die Forscherinnen kommen jedoch zu dem Schluss, dass eine informierte Entscheidung auf Basis des Wunsches der Frauen und nach Kenntnis des persönlichen Risikos getroffen wird und nicht durch systemische Rahmenbedingungen beeinflusst werden sollte.

*Volltext der Studie frei verfügbar.
Zusammenfassung Katja Stahl, D-Hamburg*

Geburt

Beeinflusst das Wissen um das fetale Outcome die Interpretation des intrapartalen CTG und die daraus folgenden Empfehlungen für klinisches Handeln? Eine multizentrische europäische Studie.

Reif P Schott S Boyon C et al. 2016 Does knowledge of fetal outcome influence the interpretation of intrapartum cardiotocography and subsequent clinical management? A multicentre European study. BJOG 123:2208-17

Ziel: In dieser Studie sollte untersucht werden, ob das Wissen um den postpartalen Gesundheitszustand des Neugeborenen Einfluss nimmt auf die retrospektive Interpretation des intrapartalen CTG (Cardiotocografie) und auf die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis.

Design: Die Studie wurde als prospektive Online-Studie in sieben Universitätskliniken in fünf europäischen Ländern durchgeführt.

Methode: Insgesamt beurteilten 123 geburtshilfliche Fachkräfte ohne Kenntnis des geburtshilflichen Outcomes 42 intrapartale CTGs von Frauen mit unauffälliger Einlingschwangerschaft. Auf der Basis ihrer CTG-Beurteilung gaben sie anschließend Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der Leitlinie zur intrapartalen Betreuung des National Institute of Clinical Excellence (NICE) ab. Zwei Monate später wurden dieselben CTGs erneut von 93 der 123 Fachkräfte be-

urteilt, diesmal mit Kenntnis des arteriellen Nabelschnur-pH des Neugeborenen. Die CTG-Beurteilungen sowie die Handlungsempfehlungen wurden über einen Online-Fragebogen erfasst.

Outcome-Parameter: Die ForscherInnen verglichen die Beurteilungen in beiden Gruppen. Sie analysierten, ob die Beurteilung einzelner CTG-Parameter, die CTG-Gesamtbewertung sowie die Handlungsempfehlungen Unterschiede aufwiesen, je nachdem, ob der arterielle Nabelschnur-pH des Neugeborenen bekannt war oder nicht.

Ergebnisse: Das Wissen um den arteriellen Nabelschnur-pH des Neugeborenen beeinflusste die CTG-Beurteilung, besonders deutlich war dies, wenn eine leichte oder mittelschwere Azidose vorlag. In der Gruppe der Kinder mit einem arteriellen pH-Wert $\leq 7,05$ wurden 8,8% der CTGs als normal eingestuft, wenn der Wert nicht bekannt war, verglichen mit 2,1%, wenn die Beurteiler um den Wert wussten ($p < 0,001$). Ebenso stufen sie 44,7% der CTGs dieser Kinder als pathologisch ein, wenn sie den Wert nicht kannten, verglichen mit 67,5% bei Kenntnis des pH-Wertes ($p < 0,001$). War der pH-Wert bekannt wurde nur bei 2,6% der CTGs dieser Gruppe die Empfehlung ‚keine besondere Überwachung erforderlich‘ ausgesprochen, verglichen mit 10,2% bei Unkenntnis des pH-Wertes ($p < 0,001$). Die Empfehlung der zügigen Beseitigung der Hypoxie Ursache oder sofortigen Geburt stieg von 42,1% auf 71,7% bei Kenntnis des pH-Wertes ($p < 0,001$). Lag der arterielle pH-Wert zwischen 7,06 bis 7,19 ging die Einstufung der jeweiligen CTGs als ‚normal‘ bei Kenntnis des Wertes ebenfalls zurück, allerdings in etwas geringerem Ausmaß (von 22,4% auf 14,4%, $p < 0,001$). Ein entgegengesetzter Einfluss zeigte sich bei als normal angesehenen pH-Werten. Lagen diese bei $\geq 7,20$ wurden nur noch 14,1% der CTGs als pathologisch eingestuft, wenn der pH-Wert bekannt war, im Vergleich zu 23,4%, wenn die Beurteiler den Wert nicht kannten ($p < 0,001$).

Schlussfolgerung: Ist das unerwünschte fetale Outcome bekannt, stufen geburtshilfliche Fachkräfte die einzelnen Parameter zur intrapartalen CTG-Beurteilung sowie die Gesamtbewertung signifikant kritischer ein und die Handlungsempfehlungen fallen ebenfalls deutlich dringlicher aus.

Zusammenfassung Katja Stahl, D-Hamburg

Können Kaiserschnittraten durch die Anwendung von Leitlinien zur Diagnostik des Geburtsbeginns gesenkt werden?

Neil JL Lowe NK Phillippi JC et al. 2017 Likelihood of caesarean delivery after applying leading active labor diagnostic guidelines. Birth 44:128-36

Hintergrund: Für die Diagnose des Geburtsbeginns werden von zwei führenden Institutionen (das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und das US-amerikanische American College of Obstetricians and Gynecologists/Society for Maternal-Fetal Medicine (ACOG/SMFM)) unterschiedliche Leitlinien empfohlen. Es wird diskutiert, ob die Wahrscheinlichkeit für eine Kaiserschnittgeburt höher ist, wenn die Frauen zu früh in den Kreißaal aufgenommen werden. Die Autoren untersuchten in ihrer Studie, ob sich die Kaiserschnittraten unterschieden, je nachdem ob die Frauen vor oder nach dem anhand der Leitlinie diagnostizierten Geburtsbeginn in den Kreißaal aufgenommen wurden (Gruppenunterschiede innerhalb einer Leitlinie). Sie prüften darüber hinaus, ob es Unterschiede in den Kaiserschnittraten bei Frauen gab, die mit diagnostiziertem Geburtsbeginn in den Kreißaal aufgenommen worden waren, je nachdem welche der Leitlinien zur Diagnose des Geburtsbeginns herangezogen wurde (Gruppenunterschiede zwischen den Leitlinien).

Design: Die Forscher beschränkten sich in ihrer Studie auf Erstgebärende. Sie analysierten rückblickend die Partogramme von 2573 Erstgebärenden mit jeweils spontanem Geburtsbeginn. Sie nahmen die in den Partogrammen dokumentierten Ergebnisse der vaginalen Untersuchungen und prüften, ob nach den Vorgaben der jeweiligen Leitlinien von einem Geburtsbeginn ausgegangen werden konnte. Mithilfe generalisierter linearer Modelle wurden Unterschiede in den Kaiserschnittraten bei Anwendung einer Leitlinie sowie bei Einsatz verschiedener Leitlinien analysiert.

Ergebnisse: Je nachdem, welche Leitlinie zugrunde gelegt wurde, war der Anteil der Frauen mit diagnostiziertem Geburtsbeginn unterschiedlich hoch. Nach der Definition von Friedman hatte bei 15,7% der Frauen die Geburt begonnen, nach der Definition von NICE waren es 48,3% und nach den Vorgaben des ACOG/SMFM waren es 10,1%. Beim Ver-

gleich der Kaiserschnittraten von Frauen, die vor bzw. mit/nach Geburtsbeginn in den Kreißaal aufgenommen wurden, zeigte sich, dass bei Diagnose des Geburtsbeginns nach Friedmann (adjustierte Odds Ratio (AOR) 1,75, 95% Konfidenzintervall (KI) 1,08-2,82) und nach NICE (AOR 2,55, 95% KI 1,84-3,53) das Risiko eines Kaiserschnitts höher war, wenn bei Aufnahme laut Leitlinie noch kein Geburtsbeginn vorlag. Beim Vergleich der Kaiserschnittraten der Frauen, die mit diagnostiziertem Geburtsbeginn in den Kreißaal aufgenommen wurden, war das Risiko für einen Kaiserschnitt geringer, wenn der Geburtsbeginn nach NICE diagnostiziert worden war, im Vergleich zur Diagnose nach ACOG/SMFM (AOR 0,55, 95% KI 0,35-0,88).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Gebärenden bereits in den Kreißaal aufgenommen wird, bevor die Geburt wirklich begonnen hat. Diese Frauen haben ein signifikant höheres Risiko, ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt zu bringen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Anwendung von Leitlinien zur Diagnose des Geburtsbeginns einen sinnvollen Baustein in den aktuellen Bestrebungen in den USA, die Rate der Erstkaiserschnitte zu senken, darstellen kann. Sie könnten sowohl die Entscheidung zur Aufnahme in den Kreißaal als auch die Entscheidung für oder gegen Interventionen zur Geburtsbeschleunigung unterstützen. Wenn Leitlinien zum Einsatz kommen, sollte bedacht werden, dass mit der Leitlinie des NICE eher ein Geburtsbeginn diagnostiziert wird als nach den Vorgaben von Friedmann und des ACOG/SMFM. Darüber hinaus scheint die Leitlinie des NICE am ehesten geeignet, um niedrigere Sectioraten zu erreichen ohne dass sich dies negativ auf perinatale Outcomes auswirkt.

Zusammenfassung Katja Stahl, D-Hamburg

Förderung der normalen Geburt: Strategien von Hebammen aus British Columbia, Kanada

Butler MM 2017 Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. BMC Pregnancy Childbirth 17:168, DOI: 10.1186/s12884-017-1323-7

Hintergrund: Die Rate der Geburten, bei denen keine geburtsmedizinischen Interventionen (wie beispielsweise eine geplante Einleitung vor der vollendeten 41. Schwanger-

schaftswoche, eine Periduralanästhesie, eine operative Geburtsbeendigung, eine routinemäßige Episiotomie oder eine kontinuierliche intrapartale CTG-Überwachung) eingesetzt werden, ist in den letzten 20 Jahren stetig gesunken. Darunter finden sich auch Geburten, bei denen der Einsatz entsprechender Interventionen nicht zwingend indiziert war bzw. bestimmte Maßnahmen erst durch unerwünschte Effekte vorangegangener Interventionen erforderlich wurden (Interventionskaskade). Dieser Eingriff in das Geburtsgeschehen geschieht trotz hinlänglicher Evidenz für den Nutzen interventionsarmer Geburtsverläufe für Mutter und Kind. Am augenscheinlichsten lässt sich diese Entwicklung an den international steigenden Sectioraten ersehen. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die Gründe für diesen Anstieg eher auf die Organisation und Rahmenbedingungen der geburtshilflichen Betreuung sowie die Präferenzen des geburtshilflichen Fachpersonals zurückzuführen sind als auf veränderte gesundheitliche oder demografische Merkmale der Schwangeren. In British Columbia (BC), Kanada, steigt die Zahl der Frauen, die bereits in der Schwangerschaft von einer Hebamme betreut werden, stetig an und lag in 2015 bei 21%. Ein besonderer Fokus dieser Betreuung liegt auf der Förderung und Unterstützung einer normalen Schwangerschaft und Geburt. In BC haben Frauen mit kontinuierlicher Hebammenbetreuung ein geringeres Risiko für einen Kaiserschnitt und andere geburtsmedizinische Interventionen. Die Autorin berichtet in dieser Studie über die Erfahrungen der Hebammen mit den Herausforderungen, denen sie in ihrer Arbeit begegnen und über die Strategien, die von ihnen eingesetzt werden, um eine normale Schwangerschaft und Geburt zu fördern.

Methode: Für die Studie wurde ein qualitatives Design gewählt. Es wurden Tiefeninterviews mit 14 erfahrenen Hebammen geführt und mittels phänomenologischer Analyse ausgewertet. Die Hebammen wurden so ausgewählt, dass die Stichprobe das gesamte Praxisspektrum abdeckte. Darüber hinaus wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass unter den Einsatzregionen der Hebammen sowohl verschiedene geografische Regionen als auch städtische und ländliche Tätigkeitsgebiete vertreten waren.

Ergebnisse: Die Rückmeldungen der Hebammen lassen sich unter sieben großen Themenblöcken zusammenfassen: 1. Die

Betreuung der Frauen bereits von der frühen Schwangerschaft an. Sie ermöglicht den frühzeitigen Einstieg in die Information, Aufklärung und Beratung der Frauen sowie die Möglichkeit gemeinsam mit der Frau an Dingen zu arbeiten, die die Wahrnehmung der Geburt als einen normalen Vorgang und das Erleben einer normalen Geburt beeinflussen können. 2. Eine informierte Entscheidung ermöglichen. Hierzu gehörte für die Hebammen, realistische Erwartungen durch klare, ehrliche und ausgewogene Information zu fördern. 3. Umgang mit der Latenzphase. Hierzu gehörte für die Hebammen, die Frauen über diese Geburtsphase aufzuklären, sie dazu zu ermutigen, so lange wie möglich zuhause zu bleiben und in dieser Geburtsphase Hausbesuche zu machen. 4. Die Geburtsumgebung. Zu diesem Thema gehörte die individuell angepasste Geburtsbetreuung, einen ruhigen, geschützten Raum zu schaffen, in dem die Frau sich wohl und sicher fühlt, umgeben von den Personen, die sie bei sich haben möchte. 5. Die gekonnte Nichtintervention und aufmerksame Beobachtung. Hierzu gehörte für die Hebammen, sich im Hintergrund zu halten, aber immer anwesend zu sein, wenn die Frau dies wollte, die Geburt Schritt für Schritt zu nehmen und Interventionen wie z.B. vaginale Untersuchungen auf ein notwendiges Minimum zu reduzieren. 6. Die Unterstützung der Frau im Umgang mit den Wehen. Dies beginnt für die Hebammen bereits in der Schwangerschaft, indem sie die Frauen ermutigen, an einem Geburtsvorbereitungskurs teilzunehmen, den Fragen der Frauen ehrlich und realistisch zu begegnen und sie über die verschiedenen nicht-medikamentösen und pharmakologischen Methoden der Schmerzlinderung aufzuklären und der Auffassung entgegen zu treten, dass sie für eine normale Geburt unter allen Umständen ohne Schmerzlinderung ‚durchhalten‘ müssen. 7. Der Werkzeugkoffer. Unter diesem Themenbereich wurden Maßnahmen subsumiert, die die Hebammen mit zunehmender Erfahrung zur Förderung der normalen Geburt einsetzen.

Schlussfolgerung: Die Hebammen aus BC betreuen die Frauen von der Frühschwangerschaft an, um sie auf eine normale Geburt vorzubereiten. Sie setzen eine ganze Reihe von Maßnahmen und Formen der Unterstützung ein, um das Ziel einer normalen Geburt zu erreichen. Die kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft und Geburt wird

dabei von den Hebammen als ein entscheidender Baustein gesehen.

*Volltext der Studie frei verfügbar.
Zusammenfassung Katja Stahl, D-Hamburg*

Wochenbett

„Zeit für sich“ im Wochenbett und postpartale Depression: Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie

Woolhouse H Small R Miller K et al. 2016
Frequency of "Time for Self" Is a Significant Predictor of Postnatal Depressive Symptoms: Results from a Prospective Pregnancy Cohort Study. *Birth* 43:58-67

Hintergrund: Sich um ein neugeborenes Kind zu kümmern ist eine schöne, aber auch anspruchsvolle und zeitintensive Aufgabe. In dieser Studie wurde untersucht, ob die Häufigkeit, mit der Mütter die Gelegenheit haben, sich Zeit für sich selbst zu nehmen, Einfluss darauf hat, ob sie Anzeichen einer postpartalen Depression zeigen.

Methode: Zu diesem Zweck beantworteten 1507 Erstgebärende in Australien die Fragen der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) einmal zu Beginn der Schwangerschaft und ein zweites Mal sechs Monate nach der Geburt. Ein Punktwert von 13 oder mehr auf der EPDS gilt als Hinweis auf das Vorliegen von Symptomen einer postnatalen Depression.

Ergebnisse: Insgesamt zeigte sich, dass die Möglichkeit, das Kind immer wieder einmal für kurze Zeit ‚abgeben‘ und diese Zeit für sich nutzen zu können, vor Symptomen einer postpartalen Depression schützen kann. Von den 1507 Frauen, die den Fragebogen in der Frühschwangerschaft ausgefüllt hatten, nahmen fast alle (92,6%) auch an der zweiten Befragungswelle teil. Von diesen berichtete fast die Hälfte (48,5%), dass sie Zeit für sich hatten, wenn eine andere Person sich einmal in der Woche oder häufiger um das Kind kümmerte. Frauen, die diese ‚Auszeit‘ ein- oder mehrmals pro Woche nutzen konnten zeigten seltener Symptome einer postpartalen Depression als Frauen, die seltener oder gar keine Gelegenheit hatten, sich für einige Zeit zurückzuziehen (Nicht-adjustierte Odds Ratio (OR) 0,44, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,30-0,66). Wenig überraschend berichteten Frauen, die die Mög-

lichkeit hatten, sich immer mal wieder Zeit für sich selbst zu nehmen, auch häufiger über praktische und emotionale Unterstützung, also über ein funktionierendes soziales Netzwerk. Doch auch wenn diese soziale Unterstützung in den Analysen berücksichtigt wurde, blieb die Häufigkeit, mit der Frauen die Gelegenheit hatten, sich Zeit für sich selbst zu nehmen, ein signifikanter, unabhängiger protektiver Einflussfaktor (adjustierte OR 0,60, 95% KI 0,39-0,94). Das bedeutet, dass die Frauen, die Gelegenheit für solche kurzen ‚Auszeiten‘ hatten, seltener Symptome einer postpartalen Depression aufwiesen, unabhängig von der Qualität ihrer sozialen Unterstützung.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Möglichkeit, sich ein- oder mehrmals pro Woche Zeit für sich selbst zu nehmen, einen positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Wöchnerinnen haben kann. Dafür zu sorgen, dass Mütter regelmäßig eine kurze Auszeit nehmen von der fordernden Aufgabe, sich um ein Neugeborenes zu kümmern, kann einen relativ einfachen Weg zur Gesundheitsförderung von Müttern darstellen.

Zusammenfassung Katja Stahl, D-Hamburg

Neugeborene

Kommunikationstrainings für Pflegekräfte auf neonatalen Intensivstationen

Bry K Bry M Hentz E et al. 2016 Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr* 105:397-406

Hintergrund: Eine gelungene Kommunikation ist ein zentraler Baustein für eine qualitativ hochwertige Betreuung und Begleitung von Eltern und ihren Kindern im Krankenhaus.

Ziel: In dieser Studie sollte untersucht werden, ob ein Kommunikationstraining für Pflegekräfte dazu beitragen kann, dass Eltern, deren Kinder auf einer neonatalen Intensivstation behandelt wurden, sich besser betreut fühlen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob die Pflegekräfte nach dem Training besser in der Lage waren, empathisch auf die Bedürfnisse der Eltern zu reagieren.

Methode: Insgesamt nahmen 13 Pflegekräfte an einem Kommunikationstraining

teil, das aus einer zweistündigen interaktiven theoretischen Lehreinheit sowie einem eintägigem Praxis-Workshop bestand. Die Pflegekräfte wurden vor und nach dem Training bei der Arbeit begleitet und Gespräche zwischen ihnen und den Eltern auf Tonband aufgenommen. Für die Studie konnten 36 Gespräche, die vor dem Training geführt wurden, und 45 Gespräche, die danach geführt wurden, ausgewertet werden. Analysiert wurden die Zahl der Situationen, in denen eine empathische Reaktion angezeigt war, der Umgang der Pflegekräfte mit diesen Situationen sowie die Art und Weise, wie die Pflegekräfte die Eltern in die Pflege ihrer Kinder eingebunden haben.

Ergebnisse: Insgesamt wirkte sich das Kommunikationstraining positiv auf den Umgang und die Kommunikation der Pflegekräfte mit den Eltern aus. Zwar hatten die Pflegekräfte sowohl vor als auch nach dem Training in den Begegnungen mit den Eltern die größeren Redeanteile. Sie gingen dabei jedoch nach dem Kommunikationstraining stärker auf die Bedürfnisse der Eltern ein. Zeigten sie vor dem Training nur in durchschnittlich 19,9% ($\pm 9,0\%$) der entsprechenden Gesprächssituationen eine empathische Reaktion und fragten nach, taten sie dies nach dem Training in durchschnittlich 53,8% ($\pm 8,9\%$) der Situationen ($p=0,027$). Auch die Zahl der Situationen, in denen die Pflegekräfte die Gefühle der Eltern ignorierten oder unangemessene Ratschläge gaben, sank von durchschnittlich 63,0% ($\pm 10,0\%$) vor dem Training auf durchschnittlich 27,5% ($\pm 8,4\%$) nach dem Training ($p=0,043$). Äußerungen, die Interesse und Mitgefühl für die Situation der Eltern ausdrückten, sowie Ermutigungen der Eltern, sich an der Pflege ihres Kindes zu beteiligen, nahmen nach dem Kommunikationstraining ebenfalls signifikant zu. Die Pflegekräfte berichteten, dass sie das Kommunikationstraining als sehr hilfreich für ihre Arbeit empfunden haben.

Schlussfolgerung: Eltern, deren Kinder auf einer neonatologischen Intensivstation behandelt werden, stehen unter starker emotionaler Belastung. Ein Kommunikationstraining kann die Fähigkeit von Pflegekräften, auf die emotionale Situation dieser Eltern empathisch zu reagieren, und damit die Qualität der Betreuung deutlich verbessern.

*Volltext der Studie frei verfügbar.
Zusammenfassung Katja Stahl, D-Hamburg*

AUS LIEBE ZUM STILLEN



Stillprodukte, die begeistern

Die Geburt eines Kindes bringt neben grosser Freude auch viel Veränderung. Um den Mamas den Alltag zu erleichtern, entwickelt Ardo wohldurchdachte Produkte, die besonders in der Stillzeit stark entlasten und bei auftretenden Stillschwierigkeiten Unterstützung bieten.

Ardo Stillhilfen können dazu beitragen, dass Mütter länger stillen. Deshalb verpflichtet sich Ardo dem WHO-Kodex: Denn ein gutes Stillmanagement in den ersten Wochen kann Einfluss auf die langfristige Stillbeziehung haben.



Happy Mothers for Happy Babies



SWISS QUALITY 

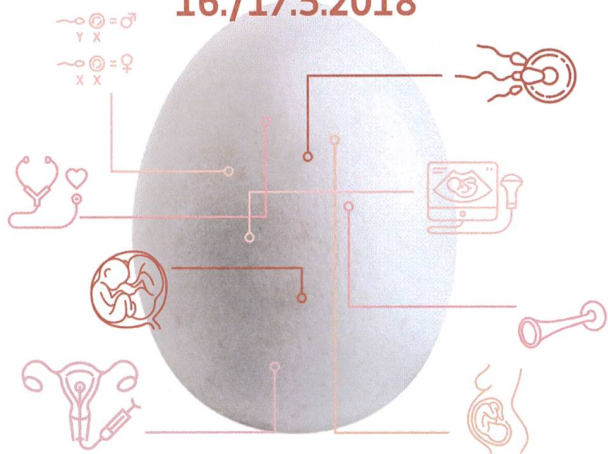
Ardo medical AG - Switzerland - www.ardo.ch

 **ARDO**
Hospital Recommended

Schweizerischer Perinataalkongress Congrès suisse de périnatalité Congresso svizzero di perinatologia

— Mythen und Fakten • Mythes et faits • Miti e fatti —

TRAFO BADEN
16./17.5.2018



**16.5. DELEGIERTENVERSAMMLUNG SHV,
ASSEMBLÉE DES DÉLÉGUÉES FSSF, ASSEMBLEA DELLE DELEGATE FSL**
17.5. PERINATALKONGRESS

www.perinataalkongress.ch

Organisiert vom Schweizerischen Hebammenverband in Zusammenarbeit mit | Organisé par la Fédération suisse des sages-femmes, en collaboration avec | Organizzato dalla Federazione svizzera delle levatrici in collaborazione con

gynécologie suisse **Swiss Society of Neonatology**

3. Nationale Tagung Gesundheit & Armut

Arm und krank – ein Leben lang?

Freitag, 22. Juni 2018, 9.00–17.00 Uhr
UniS, Schanzeneckstrasse 1, 3012 Bern

Informationen und Anmeldung:
soziale-arbeit.bfh.ch/gesundheit

BH Berner Fachhochschule

► BFH-Zentrum Soziale Sicherheit

Ein Nuggi, der Eltern
aufatmen lässt.

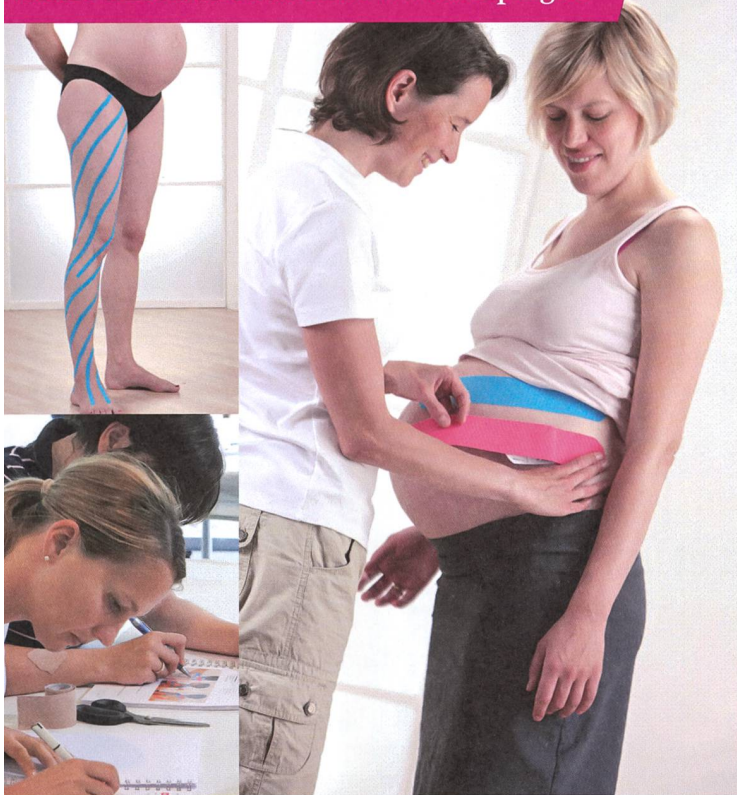
Tatsächlich, dieser Nuggi bringt Freude. Und mehr:
Weil er deutlich flacher ist als herkömmliche Schnuller,
entsteht kaum Druck auf Gaumen, Kiefer und Zähne.
Das verhindert Zahnfehlstellungen, und ja, das sorgt
sogar für die richtige Atmung.



Ihre Ausbildung zum zertifizierten K-Taping Gyn Therapeuten

Spezielle Ausbildung für Hebammen
und Gynäkologen/-innen zum zertifizierten
K-Taping Gyn Therapeuten.

Weitere Informationen unter www.k-taping.de



K-Taping Academy

Hagener Str. 428 · 44229 Dortmund · Deutschland

Fon: +49 231. 9767300 · Fax: +49 231. 731277

info@k-taping.de · www.k-taping.de

125 Jahre



Unser Neuer!

Der Therapie-Minilaser 3120
Der kompakteste Laserstift in seiner
Leistungsklasse



Jede Woche neue
Jubiläumsangebote
in unserem Shop

© 06824-17 - E+T



Das BeBo®- Konzept

Prävention und Rehabilitation
für den Beckenboden

Ausbildung Beckenboden-Kursleiter/-in

Ausbildung Beckenboden-Trainer/-in

Workshops und Fachseminare rund ums Thema
Beckenboden / Schwangerschaft / Rückbildung



Detaillierte Unterlagen bei:

BeBo® Verlag & Training GmbH

Loren-Allee 12, CH-8610 Uster

Tel. +41 (0)44 312 30 77

info@beckenboden.com

www.beckenboden.com

