



Tell me your story

Effekt und Durchführung des Geburtsnachgesprächs

Livia Hangartner
S14639892

Gabriela Schwarz
S14640403

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2014
Eingereicht am: 05. Mai 2017
Begleitende Lehrperson: C. Meili-Hauser

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Abstract	2
1 Einleitung	3
1.1 Problemstellung	4
1.2 Zielsetzung	4
1.3 Fragestellung	5
1.4 Abgrenzung des Themas.....	5
1.5 Stand der Forschung	5
1.6 Theoretischer Hintergrund	7
1.6.1 Physiologische Gefühlslage nach der Geburt.....	7
1.6.2 Trauma.....	8
1.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung	10
1.6.4 Traumatische Geburt	13
1.6.5 Geburtsnachgespräch.....	15
1.6.6 Rolle der Hebamme in der Geburtsverarbeitung	16
1.6.7 Salutogenetisches Konzept	17
2 Methode.....	18
2.1 Datenbankrecherche	18
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	19
2.3 Beurteilung der Forschungsqualität	20
2.4 Studienauswahl der selektierten Hauptstudien.....	21
2.5 Entscheid des salutogenetischen Modells für die Praxisempfehlung	22
3 Ergebnisse.....	23
3.1 Bastos et al. (2015).....	23
3.1.1 Zusammenfassung	23
3.1.2 Bewertung.....	24
3.2 Borg et al. (2014)	25
3.2.1 Zusammenfassung	25
3.2.2 Bewertung.....	26
3.3 Baxter et al. (2014)	27
3.3.1 Zusammenfassung	27
3.3.2 Bewertung.....	28

3.4	Skibniewski-Woods (2011)	29
3.4.1	Zusammenfassung	29
3.4.2	Bewertung.....	30
4	Diskussion	31
4.1	Kritische Beurteilung der Resultate	31
4.1.1	Effekt des Geburtsnachgesprächs.....	31
4.1.2	Durchführung des Geburtsnachgesprächs	34
4.1.3	Limitationen der selektionierten Studien.....	38
4.2	Beantwortung der Fragestellung in Bezug zum theoretischen Hintergrund .	39
4.3	Weiterführende Fragen aus der Diskussion	40
5	Theorie-Praxistransfer	41
5.1	Empfehlungen der Autorinnen	41
5.2	Ein Geburtsnachgespräch anhand des salutogenetischen Modells	42
6	Schlussfolgerung	44
6.1	Limitationen und Forschungsbedarf	44
6.2	Fazit	45
	Literaturverzeichnis	47
	Tabellenverzeichnis.....	52
	Anhang	I
	Glossar.....	I
	Wortzahl.....	IV
	Danksagung.....	IV
	Eigenständigkeitserklärung.....	V
	Anhang A: SA Perinatal Practice Guidelines	VI
	Anhang B: PTSD Symptom Scale (PSS) & IES-R.....	XII
	Anhang C: Literaturübersichtstabelle.....	XVI
	Anhang D: Rechercheprotokoll	XIX
	Anhang E: CASP-Tabellen	XXIII
	Anhang F: Resultate der selektionierten Hauptstudien	XLVI
	Anhang G: Resultate Bastos et al. (2015)	LII
	Anhang H: Modell Gamble et al. (2005).....	LIX
	Anhang I: Gesprächsleitfaden.....	LX

Vorwort

Erklärung zur Gendersprache und Verweisen

Um einen geschlechtergerechten Sprachgebrauch zu gewähren, richtet sich diese Bachelorarbeit auf den *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann* von der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), Rektorat Stabsstelle Diversity (2015). Umformulierungen, geschlechterneutrale Ausdrücke oder Paarformen wurden, wenn möglich benutzt. Eine rein weibliche Bezeichnung wurde dann verwendet, wenn die Begrifflichkeit ausschliesslich Frauen beschreibt, beispielsweise bei: *Die Schwangere, Mutter oder Hebamme*. Bei der frauendominierten Berufsgruppe der Hebamme bezieht sich dann die Formulierung bewusst nicht auf einen Entbindungspfleger, sondern auf die weibliche Berufsgruppe der Hebamme. Wird der Begriff *Frauen* in dieser Arbeit verwendet, sind damit Schwangere oder Mütter, welche vor Kurzem geboren haben, gemeint. Als *Autorinnen* werden die beiden Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit bezeichnet. Die Autoren der verwendeten Studien werden als *Forscher* erwähnt. Zahlen in Zusammenhang mit dem Faktor Zeit werden von eins bis zwölf ausgeschrieben, danach als Nummer dargestellt.

Um ein besseres Verständnis für die Lesenden zu schaffen, wurde ein Glossar erstellt. Wörter, die im Glossar aufgeführt sind, sind mit einer Unterstreichung gekennzeichnet.

Feststehende Ausdrücke oder englische Wörter, welche nicht ohne erheblichen Bedeutungsverlust übersetzt werden können, sind *kursiv* ausgeschrieben.

Abstract

Darstellung des Themas

Ein Drittel aller Frauen erleben die Geburt ihres Kindes als traumatisch und leiden unter Folgestörungen. In der heutigen Literatur wird über den Nutzen des Geburtsnachgesprächs kontrovers diskutiert, teils wird es sogar als schädlich bezeichnet. Es gibt keine generell gültigen Rahmenbedingungen, wie ein Geburtsnachgespräch evidenzbasiert durchgeführt werden kann.

Ziel

Ziel der Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen, möglichen Effekte des hebammengeleiteten Geburtsnachgesprächs auf die Verarbeitung einer traumatischen Geburt darzustellen. Daraus soll eine evidenzbasierte Empfehlung für die Durchführung eines Geburtsnachgesprächs abgeleitet werden.

Methode

Sechs Datenbanken wurden anhand festgelegter Keywords nach themenrelevanter Literatur durchsucht. Unter Berücksichtigung definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurden vier Reviews bewertet.

Relevante Ergebnisse

Die Ergebnisse aller untersuchten Studien zeigen, dass ein Geburtsnachgespräch keinen schädlichen, jedoch einen nicht einheitlichen Effekt aufweist. Vom routinemässigen Geburtsnachgespräch wird deshalb abgeraten. Befragte Frauen haben das Geburtsnachgespräch jedoch stets als nützlich beschrieben.

Schlussfolgerung

Für die Hebamme ist es essentiell, Geburtsabläufe mit möglichen traumatischen Erlebnissen frühzeitig zu erkennen, damit entsprechend reagiert werden kann. In einem darauffolgenden Geburtsnachgespräch soll dann fehlendes Verständnis der Frau über den Geburtsvorgang erklärt und allenfalls lückenhafte Informationen ergänzt und somit zur Geburtsverarbeitung beigetragen werden.

Keywords

Debriefing, Birth, Trauma

1 Einleitung

Eine schöne, friedliche, schmerzfreie Geburt mit dem freudigen Ergebnis, das gesunde Kind endlich halten zu können ist die Idealvorstellung von vielen werdenden Müttern. Eine Vorstellung von Geburt, welche in der Gesellschaft weit verbreitet ist. Nur wenige werdende Mütter nehmen an, dass die Geburt auch traumatische Folgen haben kann. Nicht selten kommt es jedoch vor, dass eine Frau nach der Geburt, diese als unschön, schwierig, traumatisierend oder als die schlimmste Erfahrung ihres Lebens bezeichnet (Phillips, 2003). Ein Drittel aller Frauen erleben die Geburt nämlich als traumatisch, wobei sogar Todesangst empfunden werden kann (Gamble und Creedy, 2007). Unbewältigte traumatische Erlebnisse können immer zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen, welche im englischen Sprachraum *posttraumatic stress disorder* (PTSD) genannt wird (Universität Zürich, 2016). Nach einer Geburt erfahren rund 6% der Frauen eine PTBS (Sheen und Slade, 2015). Diese hohe Prävalenz macht die Ernsthaftigkeit dieses Themas deutlich. Zudem lässt sich daraus schliessen, dass die Hebamme im Berufsalltag unweigerlich auf diese Problematik stossen wird. Die Hebamme kann bei einer traumatisch erlebten Geburt aktiv dabei gewesen sein oder einer betroffenen Frau erst in der Wochenbettbetreuung begegnen.

Es fällt den Frauen, welche eine traumatische Geburt erlebt haben, oftmals schwer, dieses Erlebnis selbstständig zu verarbeiten. Oft sind dadurch negative Gefühle mit der Geburt verbunden, sogar Jahre später. Die Notwendigkeit, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, erkennen die betroffenen Frauen meist nicht rechtzeitig. Bereits durch ein aufklärendes Gespräch über die Geburt mit der Hebamme kann eine Chronifizierung des Traumas verhindert werden (Ayers, Claypool und Eagle, 2006). Gefühle wie Angst, Trauer, Scham, Schuld oder Schmerz könnten durch ein solches Gespräch aufgefangen werden. Ein unbelasteter Start in den neuen Lebensabschnitt als junge Familie würde so gefördert. Ein zielgerichtetes Geburtsnachgespräch könnte betroffenen Frauen helfen, die erlebte, traumatische Geburtsgeschichte abzuschliessen.

In der vorliegenden Bachelorarbeit soll ein Leitfaden für ein solches Geburtsnachgespräch erarbeitet werden. Die Arbeit gliedert sich in eine Einleitung, Erläuterungen zur Methode, die Darstellung der Ergebnisse und einen Diskussionsteil.

1.1 Problemstellung

Trotz – oder vielleicht gerade wegen – der kontroversen Diskussion über die Durchführung von *Debriefing* und *Birth Afterthoughts programs*, wird das Geburtsnachgespräch in der Praxis nicht standardisiert angewendet (Ayers et al., 2006). Wie die Autorinnen in der Praxis während diverser Praktika feststellen konnten, wurde ein solches Gespräch häufig nicht, leichtfertig oder mit mangelndem Fachwissen durchgeführt. Es besteht Bedarf an theoretischen Grundlagen und Strukturen für das Geburtsnachgespräch. Obwohl ein Drittel aller Frauen die Geburt ihres Kindes traumatisch erleben, werden die möglichen Konsequenzen ignoriert. Dies ist ein Grund, weshalb Spätfolgen wie eine PTBS allzu oft auftreten (Gamble et al., 2007). In der Praxiserfahrung der Autorinnen zeigte sich, dass einem Geburtsnachgespräch selten die nötige Beachtung zugeschrieben wird. Dies wurde unter anderem deutlich durch das oftmalige Leerlassen der Sparte des Arbeitshefts zur Erfassung der praktischen und klinischen Tätigkeiten unter der Kategorie *Nachgespräch*. Auch die Mitstudentinnen der Autorinnen haben von solchen Beobachtungen berichtet. Die Autorinnen empfinden, dass die Frau ein Anrecht darauf haben soll, das Geburtserlebnis mit einer Fachperson in Ruhe zu reflektieren.

1.2 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, den in der Literatur beschriebenen Effekt des hebammen-geleiteten Geburtsnachgesprächs auf die Verarbeitung einer traumatischen Geburt darzustellen. Es soll herausgefunden werden, welche Rahmenbedingungen für ein zielgerichtetes Geburtsnachgespräch gegeben sein müssen und ob dieses einen den Aufwand rechtfertigenden Nutzen aufweist.

Um künftigen Fachpersonen das nötige Wissen zum Geburtsnachgespräch zur Verfügung zu stellen und um klarzustellen, wer zu einem solchen befähigt ist, wann der richtige Zeitpunkt dafür ist und warum ein Geburtsnachgespräch nach einer traumatisch erlebten Geburt essentiell ist, wird aus den gewonnenen Erkenntnissen mit Hilfe der evidenzbasierten Literatur ein Gesprächsleitfaden erstellt. Dieser soll in der Praxis zur Anwendung kommen und nach einer traumatisch erlebten Geburt eine Hilfestellung für die Fachpersonen sein, um ein zielgerichtetes Geburtsnachgespräch zu führen.

In der Fragestellung wird bewusst das Wort *Effekt* verwendet. Es soll die Wirkung eines Geburtsnachgesprächs auf die maternale psychische Morbidität untersucht werden.

1.3 Fragestellung

Aus dem oben genannten Ziel entwickelte sich folgende Fragestellung:

Welchen Effekt zeigt das hebammengeleitete Nachgespräch auf die Verarbeitung einer traumatisch erlebten Geburt und wie kann dieses Gespräch evidenzbasiert durchgeführt werden?

1.4 Abgrenzung des Themas

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Verarbeitung einer traumatisch erlebten Geburt und welchen Effekt es hat, wenn die betroffenen Frauen ein Geburtsnachgespräch in Anspruch nehmen. Andere psychische Erkrankungen, die häufig in der postpartalen Zeit vorkommen, wie beispielsweise die postpartale Depression oder Psychose, werden in dieser Arbeit nicht weiter untersucht, da es sich um eigene Krankheitsbilder handelt. Das Trauma, welches durch ein Nachgespräch verarbeitet wird, bezieht sich in dieser Arbeit auf das geburtsspezifische Trauma ohne vorbestehende Risikofaktoren. Auch ist damit das psychische Trauma gemeint und nicht eine körperliche Verletzung, welche ebenfalls als Trauma bezeichnet werden kann. Es wird also davon ausgegangen, dass das Trauma erst während der Geburt entstanden ist und nicht durch vorbestehende Erkrankungen in der Schwangerschaft erzeugt wurde. Auf den sogenannten Babyblues wird nicht eingegangen, da es sich hierbei um einen physiologischen Zustand nach der Geburt handelt. Nicht behandelt werden mögliche Einflüsse einer traumatischen Geburt auf die Mutter-Kind-Beziehung oder die Beziehung zum Partner. Alternative Methoden zur Behandlung eines Geburtstraumas, wie das Rebonding, Heilbad oder andere psychologische Therapien, können aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit nicht thematisiert werden.

1.5 Stand der Forschung

Während die postpartale Depression oder Psychose weit anerkannte und erforschte Krankheitsbilder in Zusammenhang mit der Geburt sind, ist das Geburtstrauma noch ein weitaus unbekannteres Forschungsfeld (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, und Joergensen 2012). Über den Nutzen des Geburtsnachgesprächs wird kontrovers diskutiert und gemäss aktuellem Forschungsstand gibt es keine abschliessenden Erkenntnisse. Die Definition des Geburtsnachgesprächs ist sehr generalisierend und unspezifisch (Gamble und Creedy, 2004). Diese wenig strukturierten theoretischen Grundlagen zum Thema

Geburtsnachgespräch führt zu Zweifeln weshalb und ob diese Intervention effektiv sein könnte (Rowan, Bick und da Silva Bastos, 2007).

Es bestehen auch gewisse Beweisgrundlagen dafür, dass *Debriefing* nutzlos oder gar schädlich sein kann (Rose, Bisson, Churchill und Wessely, 2002). Obwohl bereits einige *Randomized Controlled Trials* (RCT) zum Thema Geburtsnachgespräch bestehen, ist dies möglicherweise nicht die geeignetste Methode für diesen Kontext, da durch dieses Verfahren das Empfinden der Frau nicht einbezogen wird (Phillips, 2003).

Trotz fehlender Evidenzen und theoretischen Grundlagen wird das Nachgespräch in vielen Bereichen des Gesundheitswesens bereits routinemässig, aber nicht standardisiert eingesetzt (Haltfield und Robinson, 2002). Im Vergleich zur Schweiz existieren in Australien jedoch weiterführende Richtlinien zur Handhabung des Geburtsnachgesprächs (South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network, 2014), welche im Anhang A aufgeführt sind. Auch in Deutschland rät das *Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt*: „Nach einem Kaiserschnitt oder einer schwierigen Geburt sollte allen Frauen ein Nachgespräch mit einem bekannten Mitglied aus dem Geburtsteam angeboten werden“ (Bremer Bündnis natürliche Geburt, 2015, S. 6). Die Einführung des Geburtsnachgesprächs wurde durch das grosse Cochrane Review von Rose et al. im Jahr 2002 beeinflusst. Die Hauptidee daraus ist, dass es keine Evidenzen als Grundlage für ein einzelnes Nachgespräch nach einem traumatischen Ereignis für die Prävention einer PTBS gibt. Im Review wurde ein Jahr nach dem Nachgespräch ein erhöhtes Risiko einer PTBS festgestellt (Rose et al., 2002). Die Untersuchung richtete sich jedoch nicht ausschliesslich auf das geburtshilfliche Setting. Aufgrund dieser Beweisgrundlage wird das Geburtsnachgespräch in den *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE] Richtlinien von 2007 nicht mehr routinemässig empfohlen.

In der Schweiz weist das Forum Geburt die Geburtsverarbeitung als Bestandteil des Wochenbetts auf (Forum Geburt, 2016). Bei der Recherche konnten die Autorinnen keine Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] für das Geburtsnachgespräch finden.

1.6 Theoretischer Hintergrund

Hier soll ein Überblick zur Theorie des Traumas in der Allgemeinbevölkerung gegeben und dieses vom geburtsspezifischen Trauma differenziert werden. Auf die PTBS wird in diesem Kapitel gezielt eingegangen, da sie in den Studien untersucht wird und die Folgestörung eines traumatischen Ereignisses ist. Auch soll aufgezeigt werden, weshalb diese Thematik Hebammenrelevant ist. Der Praxistransfer wird anhand der Salutogenese aufgezeigt. Um eine fundierte Aussage zu treffen, wird dieses Modell im theoretischen Hintergrund erklärt.

1.6.1 Physiologische Gefühlslage nach der Geburt

Die Geburt eines Kindes ist ein Lebensereignis, welches das Zurechtfinden in der neuen Rolle als Mutter oder Vater mit sich bringt (Kirchner, 2015). Am Anfang können intensive Glücksgefühle der Mutter ihre Erschöpfung kompensieren. 80% der Frauen leiden um den dritten Tag postpartal unter Stimmungsschwankungen und meist vorübergehenden emotionalen Störungen (Coad und Dunstall, 2007). Dies kann, obschon ein solches Empfinden physiologisch ist, neben der Freude über das Kind, ambivalente Gefühle, wie beispielsweise Schuld, Trauer oder Wut auslösen (Kirchner, 2015). Durch den abrupten Abfall der Schwangerschaftshormone tritt die depressive Verstimmung oft zeitgleich mit Laktation, Milchstau, Schmerzen im Dammbereich und Wundbeschwerden auf. Deshalb ist es wichtig, einer Frau nach der Geburt in dieser Zeit viel Verständnis, emotionale Unterstützung sowie Trost entgegenzubringen (Coad et al., 2007). In der Studie von Affonso aus den 70er Jahren wurde die Erkenntnis gewonnen, dass rund dreiviertel der Frauen sich nicht mehr genau an ihre Geburt erinnern können und grosse Erinnerungslücken aufweisen. Überdurchschnittlich lange aber auch kurze Geburten können dazu führen, dass die Frauen verwirrt sind oder das Ereignis nicht mehr verstehen. So haben sie oft Mühe, Geschehenes in eine chronologische Reihenfolge einzuordnen. Während der Geburt verabreichte Medikamente, beispielsweise Pethidin, können diesen Effekt verstärken (Affonso, 1977). Dieser Faktor ist nicht ausser Acht zu lassen, weil dadurch vielen Frauen wichtige Informationen über das Geschehene fehlen. Die Frau sollte die Möglichkeit haben, diese Erinnerungslücken durch Informationsgabe über die Geburt bestmöglich zu schliessen.

1.6.2 Trauma

Begriffserklärung und Klassifikationssystem

Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] definiert im ICD-10-Code das Trauma als „ein Ereignis oder eine Situation von aussergewöhnlicher Bedrohung (kurz oder langandauernd) oder katastrophenartigem Ausmass, das bei fast jeder Person tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (WHO, 1994, S. 124). Die *American Psychiatric Association* [APA] definiert das Trauma im DSM-5 folgendermassen: „Ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten“ (APA, 2000, S. 491). Als vier mögliche Formen, wie eine Person mit dem Trauma konfrontiert werden kann, gilt einerseits die direkte Erfahrung oder eine persönliche Zeugenschaft. Des Weiteren kann ebenso ein traumatisches Ereignis in der Familie oder bei nahen Freunden sowie die wiederholte Konfrontation mit aversiven Reizen ein Auslöser für ein Trauma sein (Maercker, 2013).

Mit der Entstehung, Therapiemöglichkeit und Wirkung von Traumata befasst sich die Psychotraumatologie (Maercker, 2013).

Typologie von traumatischen Ereignissen

Eine schematische Einteilung von traumatischen Ereignissen wird von Maercker (2013) wie folgt gegliedert:

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurz- fristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle	Langandauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung)	Akute lebensgefährliche Erkrankung (z.B. kardiale, pulmonale Notfälle)
	Berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)	Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z.B. Malignome, HIV, Aids, Schizophrenie)
			Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillationsbehandlung)
Interpersonelle Traumata (man made)	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler
	Kriminelle bzw. körperliche Gewalt	Kriegserleben	
	Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	Geiselhaft, Folter	

Ob es auch ein medizinisch bedingtes Trauma als Klassifikation gibt, ist noch nicht endgültig geklärt, im DSM-IV-TR ist diese Klassifikation jedoch erwähnt (Maercker, 2013). Bei allen genannten Traumata treten die gleichen psychischen Symptome wie bei der PTBS auf (Landolt, 2012). Es gibt Beweisgrundlagen, dass willentlich durch Menschen verursachte Traumata und die Typ-II-Traumata, die Psyche stärker beeinträchtigen und vermehrt chronische Folgen haben als andere Entstehungsursachen von Traumata (Maercker, 2013).

Phasen einer traumatischen Krise

Unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis erfolgt der Schockzustand. In dieser Zeit, die Minuten bis Stunden dauern kann, ist die betroffene Person wie betäubt, unternimmt chaotisch und ungesteuerte Aktivitäten und zeigt Symptome einer Dissoziation. In dieser Phase ist es noch nicht möglich, das Trauma zu verarbeiten (Hausmann, 2003). In den

nächsten Tagen bis Wochen folgt die posttraumatische Reaktion beziehungsweise die Einwirkungsphase. Erst ab diesem Zeitpunkt ist ein konstruktiver Verarbeitungsprozess möglich, da der Schockzustand überwunden wurde. Misslingt diese Verarbeitung, kann eine akute Belastungsreaktion oder eine Chronifizierung des Traumas erfolgen. Dies erhöht das Risiko einer PTBS. Als dritte Phase folgt in den ersten sechs bis zwölf Monaten nach dem traumatischen Ereignis die Bearbeitung und Loslösung der Vergangenheit. Als letzte Phase folgt die Integration und Neuorientierung in einem offenen Zeitraum (Hausmann, 2003). Alle Interventionen, die innerhalb des ersten Monats nach dem traumatischen Ereignis erfolgen, sind akute oder frühe Interventionen. Nach einem traumatischen Ereignis spricht man von einer akuten Belastungsstörung (Hausmann, 2003).

Retraumatisierung und Traumafolgestörung

Unter Retraumatisierung wird der Zustand verstanden, in dem eine erneute Erinnerung an ein traumatisches Erlebnis direkt zu einer erhöhten Symptombelastung führt (Maercker, 2013). Nach einem Trauma können Leid- oder Angstgefühle bis hin zu psychischen Störungen auftreten. Psychische Störungen, als Folge eines Traumas, können Anpassungs-, Angst- oder Affektstörungen sein. Eine weitere mögliche Folge sind sogenannte komplexe Störungen wie beispielsweise eine Bindungsstörung, Persönlichkeitsveränderungen oder anhaltende Trauerstörung (Maercker und Ehler, 2001).

1.6.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Definition

Als Folgestörung nach einem traumatischen Erlebnis kann eine PTBS auftreten. Die PTBS ist eine psychische Angststörung (Richardson, Frueh und Acierno, 2010). Im Allgemeinen ist die Wahrscheinlichkeit an PTBS zu erkranken bei Männern mit 5% deutlich geringer, als bei Frauen mit 10% (Rose et al., 2002). Betroffene erleben Aspekte des traumatischen Ereignisses lebhaft und beängstigend wieder.

Diagnosestellung und Verlauf

Die klinische Diagnose der PTBS kann erst ab einem Monat nach dem traumatischen Erlebnis gestellt werden. Dafür müssen Symptome von jeder Sparte des DSM-IV vorhanden sein (APA, 2000). Es ist durchaus möglich, dass die Symptome einer PTBS von selbst abklingen. Nach Huber (2016) werden im ersten Monat rund 85-90% aller

Monotraumata verarbeitet und integriert. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) zeigten in ihrer Studie, dass ein Drittel der Betroffenen innerhalb der ersten zwölf Monate nach einem Trauma beschwerdefrei war. Die Hälfte der Betroffenen war nach vier Jahren ohne Symptome. Rund ein Drittel der Befragten hatten jedoch auch zehn Jahre nach dem traumatischen Ereignis noch die Symptomatik der PTBS. Von jenen, die eine Form von Therapie erhielten, war die Hälfte nach drei Jahren symptomfrei (Kessler et al., 1995). Eine Chronifizierung des Traumas erfolgt dann, wenn die Symptome über drei Monate anhalten (APA, 2000). Als Komorbidität der PTBS treten oftmals Angststörungen, Depression, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Somatisierungsstörung, Borderline oder antisoziale Persönlichkeitsstörung oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf (Maercker, 2013).

Nach Rose et al. (2002) gibt es mehrere Assessmentinstrumente, um eine Abgrenzung von PTBS zu anderen psychologischen Krankheiten zu ermöglichen. Für die Diagnostik der PTBS wird häufig der *Impact of Event Scale* (IES) angewendet. Diese Skala basiert auf einem Selbstbeurteilungsverfahren und wird auch zur Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung genutzt. Als weiteres Messinstrument dient die *PTSD Symptom Scale* (PSS). Der Selbstbeurteilungsfragebogen bestehend aus 17 Fragen hilft Symptome einer PTBS frühzeitig zu erfassen (Ayers, 2004). Beide Messinstrumente sind im Anhang B ersichtlich.

Symptome

Gemäss dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) werden Symptome der PTBS zur klinischen Diagnose in drei Sparten eingeteilt (APA, 2000):

Die erste Sparte beinhaltet Symptome, die auf das Wiedererleben des Traumas hinweisen. Dies beinhaltet Flashbacks, in welchen die betroffene Person so handelt oder fühlt als würde das prägende Erlebnis sich wiederholen. Auch können Alpträume und repetitive sowie aufdringliche Bilder auftreten.

Die zweite Sparte der Symptome führt zur Umgehung von Gedanken, die mit dem Trauma assoziiert sind. Betroffene versuchen deshalb oft, Erinnerungen auszublenzen und meiden es, im Detail davon zu erzählen. Im Gegensatz dazu können sie jedoch viel über das Trauma nachdenken, wie es hätte verhindert werden können oder weshalb es überhaupt entstanden ist. Auch Rachegeanken an Personen, die in ihren Augen am Trauma (mit)schuldig sind, beschäftigen die Betroffenen.

Die dritte Sparte des DSM-IV beinhaltet Symptome der vegetativen Übererregung. Dies sind Konzentrations-, Schlafstörungen und erhöhte Schreckhaftigkeit. Rose et al. (2002) beschreiben zudem einen Zustand der Gefühlslosigkeit, Distanziertheit zu Menschen, das Aufgeben von Aktivitäten oder Erinnerungslücken an signifikante Abschnitte des Traumas. Viele Betroffene leiden auch unter assoziierten Symptomen wie Depression, generalisierter Angst, Scham, Schuldgefühlen und reduzierter Libido. Zudem kann die Erkrankung Stress und Unruhe ins reibungslose Funktionieren von persönlichen, sozialen und beruflichen Beziehungen bringen (APA, 2000).

Risikofaktoren zur Entstehung einer PTBS

Genetische Faktoren sowie Einflussfaktoren aus der Umwelt und Lernerfahrungen spielen bei der Entwicklung einer PTBS eine wichtige Rolle. Als Faktoren, welche die Entwicklung einer PTBS verstärken gelten nach Berger (2012):

- Mangelnde soziale Unterstützung durch Familie, Freunde oder Kollegen nach einem traumatischen Erlebnis
- Jugendliches oder hohes Lebensalter, weibliches Geschlecht
- Psychische Erkrankungen oder Traumata in der Vorgeschichte
- Psychische Erkrankungen oder Traumata in der Familie
- Dauer und Schweregrad des Traumas
- Niedriger sozioökonomischer Status

Therapie

Die Therapie der PTBS ist abhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Bei leichter PTBS ist eine Psychotherapie mittels kognitiver Verhaltenstherapie meist ausreichend. Tritt eine schwere PTBS auf oder ist sie kombiniert mit einer zusätzlichen psychologischen Erkrankung, können pharmakologische Mittel hinzugezogen werden (Ayers et al., 2006).

PTBS nach traumatischer Geburt

Laut Sheen et al. (2015) erleben bis zu 6% der Frauen nach der Geburt eine PTBS. Manifestationen der PTBS, die aufgrund der traumatischen Geburt auftreten, sind ähnlich den Symptomen der Allgemeinbevölkerung nach einem beliebigen traumatischen Erlebnis. Es können aufdringliche Symptome wie Flashbacks, Alpträume und Symptome erhöhter Erregung sein, welche die frisch gebackene Mutter belasten. Dazu gehört oftmals allgemeiner Stress, Amnesie, Schlafstörungen, Dissoziation und negative Bewertung des Selbstwertes (S. Allen, 1998; Creedy, Schochet und Horsfall, 2000). Beck und Watson (2008) identifizierten ausserdem spezifischere Manifestationen, wie beispielsweise den

Unwillen zu Stillen aufgrund von Angst der Mutter, dadurch erneut den eigenen Körper zu verletzen. Das Erleben eines Geburtstraumas beeinflusst die Bindung zwischen Mutter und Kind oder kann auch eine Folgeschwangerschaft belasten (Fenech und Thomson, 2014). Kendall-Tackett (2005) weist darauf hin, dass Frauen mit einer schweren oder traumatischen Geburt ihr Trauma erkennen müssen, bevor sie es überwinden können. Bei Frauen, welche diesen Prozess nicht gemacht haben, können sich die Symptome des Traumas manifestieren. Beispielsweise kann die Depression zu einem ständigen Zustand werden, Beziehungsprobleme verstärken sich und Gefühle wie Wut, Feindseligkeit oder Ablehnung gegenüber dem Kind nehmen zu. Eine solche Bindungsstörung äussert sich von der Mutter mit meist ausweichend und ablehnendem oder auch überängstlichem und beschützendem Verhalten (S. Allen, 1998). Zudem kann das nicht verarbeitete Trauma die Beziehung zum Partner belasten, zu sexuellem Rückzug und Angst vor zukünftigen Geburten führen (Ayers et al., 2006). Dies kann die bewusste Vermeidung einer weiteren Schwangerschaft oder einen Wunschkaiserschnitt in weiteren Schwangerschaften zur Folge haben (Beck, 2004).

1.6.4 Traumatische Geburt

Beck (2004, zit. nach Beck und Watson, 2010, S.241) definieren das traumatische Geburtserlebnis wie folgt:

„Ein Ereignis, welches während der Geburt oder des Geburtsvorganges durch tatsächliche oder drohende schwerwiegende Verletzungen für das Kind und/oder die Mutter oder sogar bis zum Eintreten des Todes der Mutter oder ihres Kindes verursacht wird. Die Gebärende erfährt grosse Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust oder Panik“.

Die Definition eines Traumas kann für das Erleben einer traumatischen Geburt gleichverstanden werden, da es während einer Geburt plötzliche und unvorhersehbare Ereignisse geben kann (Collins, 2006). Die Autoren Steele und Beadle (2003) äussern jedoch die Kritik, dass eine Geburt keinesfalls mit einem abnormalen Lebensereignis zu vergleichen sei. Obwohl die Geburt in der heutigen Gesellschaft als alltägliches Ereignis gilt, ist es trotzdem ein sehr spezieller Moment im Leben der einzelnen Frau (Ralph und Alexander, 1994).

Eine traumatische Geburt ist vom individuellen Erleben der Frau geprägt. Ein Geburtsablauf kann für eine bestimmte Frau als normal empfunden werden, für eine

andere aber als traumatisch oder beängstigend (Axe, 2000). Dieser Grundgedanke bestätigt auch die Werte und Betreuungsphilosophie der Hebammen mit folgender Aussage von Whitfield (1983, zit. nach Bryar 2003, S. 186):

„Der Prozess der Hebammenarbeit geht von der Annahme aus, dass jede Mutter Schwangerschaft und Geburt anders erfährt. Keine Frau erlebt diese Ereignisse genauso wie eine andere und die Freuden und Schwierigkeiten, die Schwangerschaft, Entbindung und ein Neugeborenes mit sich bringen, werden bei jeder anders sein“.

Die traumatische Geburt wird oft ausschliesslich mit einer Vakuumextraktion oder einem Notfallkaiserschnitt assoziiert. Eine Spontangeburt kann jedoch von der Frau genauso als traumatisch erlebt werden (Gamble, Creedy, Myle, Webster, McAllister und Dickson, 2005). Kendall-Tacket (2005) stellt fest, dass der Geburtsschmerz und der Notfallkaiserschnitt die zwei häufigsten Faktoren sind, weshalb eine Frau ihre Geburt als schlimm oder beängstigend bezeichnet. Auch der Kontrollverlust während der Geburt wird als potentiell traumatisierend beschrieben (Kendall-Tacket, 2005). Eine Studie von Thompson, Roberts und Ellwood (2011) beschreiben, dass auch eine postpartale Hämorrhagie (PPH) Grund für ein traumatisches Geburtserlebnis sein kann, da sich bei 5% der Frauen nach einer PPH Symptome der PTBS manifestieren. Small, Lumley, Donohue, Potter und Waldenstrom (2000) sehen einen Zusammenhang zwischen einer Vakuumextraktion und maternaler Morbidität wie beispielsweise einer Depression, Schuld, Reue, Trauer, Unwohlsein und Schmerzen und dem negativen Empfinden der Geburt. Nach S. Allen (1998) können Frauen aufgrund des Geburtsmodus, den Interventionen während der Geburt und der Art und Weise, wie sie von Gesundheitsfachkräften betreut werden, die Geburt ebenfalls traumatisch erleben. Creedy et al. (2000) zeigen einen klaren Zusammenhang von ungenügender Betreuung während der Geburt und Traumasymptomen auf.

Bei der Literaturrecherche der Autorinnen konnte kein standardisiertes Messinstrument zur Diagnostik der traumatischen Geburt gefunden werden. Dies erschwert die Diagnose einer traumatischen Geburt im Hebammenalltag.

1.6.5 Geburtsnachgespräch

In dieser Arbeit wird das Geburtsnachgespräch als eine Gesprächsintervention verstanden, welche postpartal angewendet wird. Dabei bespricht die Mutter mit einer Fachperson die Geburt. In der englischsprachigen Literatur wird dafür häufig das Wort *Debriefing* verwendet. Unabhängig davon, ob das Gespräch bei allen Frauen oder nur bei möglicherweise Traumatisierten durchgeführt wird, ist es umfassend als Geburtsnachgespräch definiert.

Ursprünglich wurde das *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) für Soldaten nach dem Vietnamkrieg entwickelt, um deren psychisches Leid nach dem Kriegseinsatz möglichst umfassend aufzufangen. 1980 wurde diese Art des *Debriefing* für Zivilpersonen adaptiert (Rowan et al., 2007). Die Struktur des *Debriefing* wurde von nun an weit verbreitet als Therapie deren, die verschiedenste Arten eines Traumas erlebten, angewendet (J. Mitchell, 1983).

Als *Psychological Debriefing* wird ein strukturiertes, psychologisches Gespräch verstanden, das üblicherweise direkt nach einem Trauma stattfindet. Der Therapeut ermutigt die Betroffenen ihre Gedanken und Gefühle zu äussern und das Wiedererleben des Traumas zuzulassen. Nach einem 7-Phasen-Konzept wird das Trauma anschliessend in einer Therapieform gemeinsam angegangen (Dyregrov, 1989).

Der Begriff *Postnatal Debriefing* wird zur Beschreibung verschiedener Arten von Geburtsnachgesprächen verwendet. Ziel dabei ist es, dass Mütter die Möglichkeit haben, über ihr Geburtserlebnis zu sprechen (Smith und S. Mitchell, 1996). In den Richtlinien des *South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network* von 2014 wird der Nutzen eines Geburtsnachgesprächs mit folgenden Punkten begründet:

- Abnahme von mentaler Krankheit
- Anerkennung von Trauer und Verlust
- Bildung und Gesundheitsförderung
- Hilfe bei Erinnerungslücken
- Verständnis von medizinischen Aspekten einer Intervention
- Über unerfüllte Erwartungen sprechen
- Die ganze Geburtsgeschichte rekonstruieren
- Eine emotionale Antwort finden

Das Gespräch wird von der betroffenen Frau selbst geführt und fokussiert sich hauptsächlich an den Fragen, welche sie zum spezifischen Ereignis beschäftigt. Dies gibt der Frau einen sicheren Rahmen, ihre Geschichte zu teilen (Gamble et al., 2007). Es ist möglich, dass das psychologische Nachgespräch als eine Prävention einer PTBS verstanden wird. Diese präventive Massnahme hat zum Ziel, mögliche Kosten zu minimieren, die bei traumatisierten Frauen entstehen, die zu einem späteren Zeitpunkt und meist über längere Zeit professionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen (Axe, 2000).

1.6.6 Rolle der Hebamme in der Geburtsverarbeitung

Ein wichtiger Bereich der Hebammenarbeit ist die Gesundheitsförderung. Doch das Verständnis von Gesundheit umfasst nicht nur die physische Gesundheit, sondern auch das psychische Wohlergehen. Dabei ist es eine zentrale Rolle der Hebamme, die Frau zu unterstützen, damit sie sich gesund und gestärkt fühlt. In den CanMed-Abschlusskompetenzen der ZHAW (2016) liegt das Begleiten durch das Erleben der Geburt im Aufgabenbereich der Hebamme, wodurch eine klientenzentrierte Gesprächsführung professionell und lösungsorientiert durchgeführt wird (Bothe-Moser und Tritten, 2016). Es macht deshalb durchaus Sinn, dass ein Geburtsnachgespräch von der betreuenden Hebamme durchgeführt wird und die Gesprächsführung durchaus in ihrem Kompetenz- und Aufgabenbereich liegt.

1.6.7 Salutogenetisches Konzept

„Die Salutogenese (lat. salus: Gedeihen, Wohlfahrt; Genese: Entstehung) ist ein Konzept, das sich mit der Entstehung beziehungsweise Erhaltung von Gesundheit beschäftigt“ (Hornung und Lächler, 2011, S.42). Das Salutogenetische Konzept beschäftigt sich mit Fragen, was Menschen gesund hält und was vorbeugend zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung getan werden kann. Das Ziel dieses Konzeptes ist es, die Faktoren ausfindig zu machen, die als Schutz gegen Resignation, Beeinträchtigung und Krankheit dienen (Hornung et al., 2011). Zur Erhaltung der Gesundheit tragen verschiedene Ressourcen bei.

Zu den wichtigsten personalen Ressourcen gehört das Gefühl von Kontrolle und Autonomie, der Glaube in die eigene Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit sowie das Gefühl der Kohärenz (Hornung et al., 2011). Auf letzteres wird im Praxistransfer gezielt eingegangen, weshalb es nun genauer erläutert werden soll.

Gefühl der Kohärenz

Faktoren, die helfen mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, werden vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky als Widerstandsressourcen bezeichnet (1987, zit. nach Hornung et al., 2011, S. 45). Das Gefühl der Kohärenz wird als eine zentrale solche Widerstandsressource betrachtet. Es beschreibt das Gefühl der Zugehörigkeit und des Aufgehobenseins in der Welt. Das Kohärenzgefühl basiert auf folgenden drei Empfindungen einer Person: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Damit ist gemeint, Vorgänge in der persönlichen Umwelt grundsätzlich verstehen und erklären können, Anforderungen des Lebens bewältigen können und die Welt sowie das eigene Handeln sinnerfüllt zu gestalten. Der Bedeutung der Sinnfrage ist die erforderliche Fähigkeit des Menschen zugeschrieben, im Leben trotz existentiell bedrohenden, hoffnungslos wirkenden Situationen einen Sinn zu sehen. Das Kohärenzgefühl ist sehr stark auf die Sinnfrage bezogen, weshalb Gefühle der Sinnlosigkeit oft mit schwach ausgeprägten Kohärenzgefühlen zusammenhängen (Hornung et al., 2011).

2 Methode

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturrecherche. Die Arbeit setzt ein medizinisches Basiswissen voraus. Sie richtet sich vor allem an Hebammen, Pflegefachpersonen oder an die Ärzteschaft im Fachbereich der Frauenheilkunde oder Personen, die im psychologischen Bereich tätig sind. Referenziert wurde die Arbeit nach den Richtlinien der ZHAW Departement Gesundheit (2012), welche sich auf die APA 6th Edition stützt.

2.1 Datenbankrecherche

Der Literaturrecherche für die Bachelorthesis dient der Nebis-Katalog sowie die Datenbanken MIDIRS (*Maternity and Infant Care*), CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE, Pilots (*Published International Literature on Traumatic Stress*) und PsycINFO als Grundlage. Die Literaturrecherche fand zwischen August und November 2016 statt. Für die Suche wurden die drei Schlüsselwörter *Nachgespräch*, *Postnatal* und *Trauma* definiert, da diese aufgrund der Fragestellung als zentral angesehen werden. Folgende Tabelle enthält die verwendeten Keywords, die für die Datenbankrecherche benutzt wurden.

Tabelle 2 Keywords

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme
Nachgespräch	Debriefing	Childbirth review, postpartum session, counselling, discussing, non-directive counselling approach, psychological debriefing, talking, Birth afterthoughts
Geburt	Birth	After birth, birth experience, childbirth, postnatal, postpartum, postnatal period, puerperium
Trauma	Trauma	Distressing birth experience, morbidity, posttraumatic, posttraumatic stress disorder, traumatic event

Während der ersten Recherchephase wurden alle themenrelevanten Artikel und Studien zu Hilfe genommen, um sich in das Thema einzulesen und den Stand der Forschung zu erfassen. Dabei wurden zuerst die Titel und das Abstract der gefundenen Literatur geprüft und falls diese themenrelevant waren, wurde der Volltext gelesen. Aus diesen ersten Quellen wurde in einer zweiten Recherchephase eine Handsuche nach referenzierten Studien durchgeführt, welche als relevant eingestuft werden konnten. In einer dritten Recherchephase auf den Datenbanken wurden viele Reviews gefunden, welche die Einzelstudien inkludierten. Aufgrund des Qualitätsstandards und der Aktualität wurden die Reviews für den Ergebnisteil den Einzelstudien vorgezogen. Zur Ergänzung werden im theoretischen Hintergrund und im Praxistransfer auch Fachbücher und Zeitschriften benutzt. Für die ganze Bachelorarbeit wurde Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur verwendet. Alle Studien sind aus ethischer Sicht passabel.

Alle verwendeten Studien wurden auf ihre wichtigsten Merkmale überprüft. Dazu wurde der Titel der Studie, Studiendesign, Merkmale der Teilnehmer, wichtige Inhalte und die Fragestellung beleuchtet und in einer Literaturübersichtstabelle festgehalten, welche im Anhang C ersichtlich ist. Über die Kombination von Keywords und Synonyme mit Trunkierungen und Bool'schen Operatoren, welche der Datenbankrecherche dienen, wurde ein ausführliches Rechercheprotokoll geführt, welches im Anhang D aufgeführt ist.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Recherche bezieht sich auf die Durchführung des Geburtsnachgesprächs, welches nach einer traumatisch erlebten Geburt stattfindet. Frauen mit Einlingsschwangerschaften, unabhängig von der Parität, wurden in die Suche integriert. Der Geburtsmodus (Sectio, Spontan- oder Vakuumextraktion) der untersuchten Frauen ist nicht von Bedeutung, da alle Arten einer Geburt traumatisch erlebt werden können (H. Allen, 1999). Studien, die in industriellen Ländern (beispielsweise Amerika, Australien, Deutschland, England oder Kanada) durchgeführt wurden, können aufgrund ihrer Ähnlichkeit zum soziodemografischem Hintergrund mit der Schweiz miteinbezogen werden. Für das Studiendesign der Referenzen ist entscheidend, dass sie über genügend Evidenzstufe verfügen. Unterschiedliche Studienmodelle können verwendet werden. Einschlusskriterien für Studien sind, dass die untersuchten Frauen und Kinder vorgeburtlich physisch und psychisch gesund waren.

Weitere Ausschlusskriterien sind Fehl- oder Totgeburten, Geminigeburten oder Geburten mit anschliessendem Neonatologie Aufenthalt, da hier andere Komponenten einen

Einfluss auf das Geburtserlebnis haben könnten. Das Geburtsnachgespräch soll in der postpartalen Zeit durchgeführt werden, da diese Zeit zum Aufgabenbereich der Hebamme gehört. Psychologische Interventionen, die nicht sinngemäss dem Geburtsnachgespräch entsprechen, werden aufgrund der mangelnden Übertragbarkeit und des beschränkten Umfangs der Arbeit ausgeschlossen. Verwendete Studien sollen in einem Zeitraum der letzten zehn Jahre verfasst worden sein. Es wurden jedoch auch ältere Studien referenziert, da ihre Bedeutung in diesem Forschungsfeld immer noch massgebend ist.

2.3 Beurteilung der Forschungsqualität

Literaturreviews werden mit dem *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* von der Public Health Resource Unit (2006) analysiert, welcher aus zehn Fragen zur Würdigung eines Reviews besteht.

2.4 Studienauswahl der selektierten Hauptstudien

Untenstehend sind die vier selektierten Hauptreferenzen aufgelistet und die dazugehörige Datenbankrecherche aufgezeigt.

Tabelle 3 Datenbankrecherche der vier Hauptstudien

Datenbank	Keywords und Bool'schen Operatoren	Anzahl Treffer	Selektierte Hauptstudie (Autor, Jahr, Titel)
Cochrane	<i>Psychological debriefing AND post traumatic stress disorder</i>	32	Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg und Bick (2015) <i>Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth</i>
Cinahl	<i>Debriefing AND childbirth</i>	36	Borg, McNeill und Murray (2014) <i>A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress</i> Bastos et al. (2015) bereits auf Cochrane gefunden
Pilots	<i>Birth AND debriefing</i>	10	Skibniewski-Woods (2011) <i>A review of postnatal debriefing of mothers following traumatic delivery</i> Baxter, McCourt und Jarrett (2014) <i>What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature</i>

Bei allen Reviews handelt es sich um aktuelle, evidenzbasierte Literatur, welche für die Beantwortung der Fragestellung nützlich ist. Die Reviews wurden auf die definierten Ein- und- Ausschlusskriterien überprüft. Das Review von Bastos et al. (2015) ist eine umfassende Quelle mit höchster Evidenzstufe aus der *Cochrane Library*. Dieses Review ist eine wichtige Referenz, weil es das Geburtsnachgespräch kritisch hinterfragt und sonst

kaum signifikante Ergebnisse zum Nutzen des Geburtsnachgesprächs vorhanden sind. Bastos et al. (2015) untersucht auch Depressions-, Angst- und Geburtsangstsymptome, welche aber aufgrund des begrenzten Umfangs und der Themeneingrenzung dieser Arbeit nicht erwähnt werden. Die Studie von Baxter et al. (2014) befasst sich mit der Sichtweise der Frauen und wie es um die aktuelle Durchführung des Geburtsnachgesprächs steht. Es werden auch qualitative Studien und Aussagen von Frauen miteinbezogen, was ein gutes Abbild des Erlebten verschafft. Dieser Aspekt ist einerseits relevant für den Praxistransfer und andererseits zur Gegenüberstellung von der Studie Bastos et al. (2015), die eine Metaanalyse ist und deshalb diese Sichtweisen aussen vorlässt, wichtig. Im Gegensatz dazu zeigt das Review von Borg et al. (2014), dass ein Geburtsnachgespräch keine evidenzbasierte Intervention ist und unterstützt somit die Erkenntnisse von Bastos. Als vierte Hauptstudie dient das Review von Skibniewski-Woods (2011), welches den Fokus auf die praktische Durchführung des Geburtsnachgesprächs legt. In dieser Quelle wird ein Augenmerk auf die Nachsorge bei den Frauen zu Hause gelegt, was Relevanz für die Nachsorgehebammen in der Schweiz hat. Diese Auswahl von gegensätzlichen Quellen ermöglicht eine Gegenüberstellung und eine inhaltsreiche Diskussion. Grundsätzlich lassen sich die Ergebnisse der vier Reviews miteinander vergleichen, da sie ein ähnliches Setting untersucht haben.

2.5 Entscheid des salutogenetischen Modells für die Praxisempfehlung

Diese Bachelorarbeit richtet sich an der praktischen Durchführung eines Geburtsnachgesprächs aus. Um dem Gespräch ein Konzept zu geben, wurde nach einem geeigneten Modell gesucht. Weil die Autorinnen finden, dass hinter jedem Geburtsnachgespräch die Haltung der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1979) stehen sollte, eignet sich dieses Konzept als Grundlage für den Praxistransfer. Dabei spielt es eine wichtige Rolle, das Erlebte unter dem Kohärenzgefühl und dessen drei Unterpunkten von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zu reflektieren.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vier selektionierten Hauptstudien inhaltlich zusammengefasst und beurteilt. Die ausführlichen Beurteilungen anhand des CASP-Rasters sind im Anhang E aufgeführt. Zur besseren Übersicht wurde für jede beurteilte Studie eine Tabelle mit den wichtigsten Angaben erstellt, welche in den Anhängen F und G aufgeführt sind.

3.1 Bastos et al. (2015)

3.1.1 Zusammenfassung

Die Autoren des Reviews zeigten auf, dass sich bisher getätigte Untersuchungen bezüglich postpartalen psychologischer Erkrankungen hauptsächlich den Auswirkungen depressiver Störungen auf die Mutter und deren Familie widmeten. Obwohl Forschungen zu psychologischen Traumata nach einer Geburt bereits bestehen, wurde kein Fokus auf das seltene Phänomen der PTBS gelegt. Dieses Review hatte also zum Ziel, die Effekte eines Geburtsnachgesprächs als präventive Intervention eines psychologischen Traumas nach einer Geburt verglichen mit standardisierter Wochenbettbetreuung, zu untersuchen. Dazu wurde ein quantitatives systematisches Literaturreview erstellt. Es wurde hierfür spezifisch nach randomisierten kontrollierten Studien in diversen Datenbanken gesucht. Studien wurden zugelassen, die ein Geburtsnachgespräch als Prävention psychologischer Traumata von Müttern nach der Geburt untersuchten. Dazu musste mindestens ein *Debriefing* durchgeführt werden, welches den Zweck hatte, dass Frauen ihr Erlebnis beschreiben und ihre emotionale Reaktion zu diesem dadurch normalisieren konnten. Die Studien wurden alle zwischen 1998 bis 2005 publiziert und wurden in Grossbritannien, Australien und Schweden durchgeführt. Aus dem getätigten Review ergab sich kein Unterschied zwischen *Debriefing* und standardisierter Wochenbettbetreuung bezüglich der Prävention psychologischer Traumata. Die Untersuchung fand bis drei Monate oder drei bis sechs Monate postpartal statt. Es wurden keine Informationen in den Studien gefunden, ob das Geburtsnachgespräch selbst dazu geführt hat, dass Frauen die Studien frühzeitig verlassen haben. Die Qualität der Beweisführung, welche die inkludierten Studien zeigten, war generell tief. Es gab einige Limitierungen in der Art, welches Forschungsdesign die Studien aufzeigten. Ebenfalls wurden kleine Stichproben ($n < 200$) sowie inkomplette Daten präsentiert. Weitere Forschungen mit adäquaten Studiendesigns

müssen getätigt werden. Dies wäre nötig um klar zu erkennen, ob *Debriefing* das Risiko eines psychologischen Traumas nach der Geburt vermindern kann und um zu versichern, dass es keine schädliche Wirkung hat.

3.1.2 Bewertung

Stärken

Das Cochrane Review weist die höchste Stufe der Evidenz auf, da eine Metaanalyse getätigt wurde. Das quantitative systematische Literaturreview basiert auf fünf RCTs und zwei quasi-randomisierten Studien, welche geeignete Studiendesigns für die Forschungsfrage sind. Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche sind umfangreich genannt. Auch werden Studien ausgeschlossen, in denen die Stichprobe eine andere Ursache als die Geburt für das traumatische Erlebnis hat. Die Autoren des Reviews setzten sich kritisch mit der Beurteilung der Qualität der inkludierten Studien auseinander. Sie zeigten allfällige Qualitätsmängel wie die Studienlimitationen, Heterogenität, Ungenauigkeit der Resultate und Publikationsbias auf, die gemäss den *GRADE* Kriterien beurteilt wurden. Die jeweiligen statistischen Verfahren passen zum Datenniveau. Es wurde nach nicht publizierter Literatur gesucht und Kontakt mit den Experten aufgenommen. Alle gemessenen und relevanten Outcomes werden erklärt und die entsprechenden Messinstrumente sind genannt.

Schwächen

Weil alle inkludierten Studien Frauen, welche nicht in ihrer Muttersprache kommunizieren können, ausgeschlossen haben, gibt es keine Informationen über ihre Reaktion zum psychologischen Geburtsnachgespräch. Dies wurde von den Forschern auch als negatives Kriterium erwähnt, was wiederum positiv zu bewerten ist. Sie zeigen auf, dass *Power Calculations* bezüglich der kleinen Stichprobengrössen, abgesehen von zwei Studien, nicht oder ungenügend berechnet wurden. Zudem machen sie auf mögliche Verzerrungen im Reviewprozess aufmerksam. Dazu gehört, dass die am meisten verwendete Literatur in Englisch geschrieben ist und die Mehrheit der Studien in einkommensstarken Ländern durchgeführt wurden. Es wurde auf die relativ kleinen Stichproben der Studien hingewiesen und dass die Effektivität von *Debriefing* aufgrund der Art der Durchführung und der Population variiert. Aufgrund fehlender Daten der Resultate konnten Fragen nicht beurteilt werden, die als Ziel formuliert waren. Folglich konnte auch nicht bei allen Variablen eine Metaanalyse durchgeführt werden.

Die Autoren des Reviews machen darauf aufmerksam, dass die *IES* für die Allgemeinbevölkerung entwickelt und validiert wurde und es deshalb zu Limitationen kommen könnte, wenn diese für die gebärenden Frauen adaptiert wird.

3.2 Borg et al. (2014)

3.2.1 Zusammenfassung

Die Autoren der Studie zeigen durch ihr Literaturreview auf, dass zur Prävention der PTBS in der Schwangerschaft und im Wochenbett bisher wenig geforscht wurde. Ziel dieser Studie ist es, zu identifizieren ob effektive Massnahmen existieren, die Hebammen dazu befähigen posttraumatische Stresssymptome zu erkennen und zu therapieren. Zudem wird es mögliche Wissenslücken in dem Thema aufdecken und zukünftige Forschungen mit einer evidenzbasierten Herangehensweise ermöglichen. Dazu wurde ein quantitatives systematisches Review getätigt, welches englisch publizierte Literatur von 2002 bis 2012 verwendet. Die ausgewählte Literatur fokussiert sich auf hebammengeleitete Interventionen, die zur Prävention und Therapie der PTBS beiträgt. Die Untersuchungen fanden in Australien, England und Schweden statt. Für Primärstudien wurden *RCTs*, *controlled clinical trials* und Kohorten Studien mit einer Kontrollgruppe zugelassen. Verwendete Reviews weisen eine spezifische Suchstrategie, sowie Ein- und Ausschlusskriterien auf. Die Qualität der Methode wurde mit anerkannten Rahmenbedingungen geprüft. Sechs Primärstudien und acht Reviews wurden gemäss den Kriterien in das Literaturreview eingeschlossen. Studien mit anderen Vorgehensweisen in der Methodik wurden im Review ausgeschlossen und später in der Diskussion der Resultate zur breiteren Übersicht wieder miteinbezogen. Obwohl sich die Mehrheit der inkludierten Studien und Reviews auf das Geburtsnachgespräch und Beratungsinterventionen fokussierten, sind die Resultate nicht einheitlich. Grund dafür sind signifikante Unterschiede in der Qualität der Methode und der Gebrauch verschiedener Interventionen. Die Mehrzahl der Frauen berichteten, die Möglichkeit das Geburtserlebnis zu diskutieren, sei subjektiv betrachtet von Vorteil. Durch das getätigte Literaturreview konnten keine evidenzbasierten, hebammengeleiteten Interventionen zur Behandlung der PTBS ausfindig gemacht werden, die für die Implementierung in die Praxis empfohlen werden könnten. Für zukünftige Forschung wird geraten, standardisierte Interventionen mit ähnlichen Ergebnismessungen zu integrieren, um die Auswertungen der Analysen zu erleichtern.

Weitere Forschung in Bezug auf Interventionen abgesehen vom mütterlichen Umfeld ist nötig, um deren Nutzen bezüglich der PTBS zu identifizieren.

3.2.2 Bewertung

Stärken

Mit dem systematischen Review wurde ein Design mit hohem Evidenzniveau gewählt, welches für die Zielsetzung der Studie geeignet ist. Es wurden nicht nur RCTs integriert, sondern auch weitere Studiendesigns, die mit qualitativ hochwertigen statistischen Verfahren ausgewertet wurden. Wichtige theoretische Grundlagen wurden erläutert und die Forschungslücken klar aufgezeigt. Die Suchstrategie mit den verwendeten Datenbanken und den Ein- und Ausschlusskriterien wurden genannt. Die Methodik ist nachvollziehbar. Die Ergebnisse werden kritisch diskutiert und im Kontext anderer Studien betrachtet.

Schwächen

Für das systematische Review haben nicht zwei Personen unabhängig vom Suchprozess gearbeitet, was ein Kriterium für ein systematisches Review ist. Es fragt sich, ob in anderen Sprachen ausser Englisch relevante Studien zu diesem Thema existieren würden. Dies wäre von Vorteil, um den Publikationsbias zu verkleinern.

Heterogenitätsprüfungen wurden nicht durchgeführt. Die Einschlusskriterien in den verwendeten Studien sind unterschiedlich. Auch wurden verschiedene Messinstrumente für das PTBS Screening benutzt, deshalb ist ein direkter Vergleich der Resultate nicht möglich ist. Wie kompatibel diese Messinstrumente sind, um miteinander verglichen zu werden, ist unbekannt. Andere methodische Differenzen wie die Anzahl Sitzungen (eins bis zwei), der Zeitpunkt (72h bis 72,2 Monate pp), sowie die Variation in den Nachuntersuchungen (zwischen 1 bis 12 Monaten) lassen an der Vergleichbarkeit der Studien zweifeln.

Im Ergebniskapitel erwähnen die Forscher, dass die Mehrheit der Primärstudien als qualitativ hoch eingestuft wurden. Im Anhang der Studie ist jedoch ersichtlich, dass die Beurteilung der Qualität nicht besonders hoch ausgefallen war. Dies ist ein Widerspruch und lässt an der Glaubwürdigkeit der Forscher zweifeln.

Zudem sollte bedacht werden, dass die Differenz der Evidenzlevel bei dieser Studie womöglich zu hoch war, was zu Verzerrungen führen könnte.

3.3 Baxter et al. (2014)

3.3.1 Zusammenfassung

Das Ziel der Studie ist, die aktuelle Handhabung des Geburtsnachgesprächs zu ermitteln. Für die Untersuchung wurden vier Forschungsziele formuliert. Es soll die Sichtweisen der Frauen und dem Personal, die mit dem Geburtsnachgespräch konfrontiert sind, offengelegt werden. Zudem wird eine Typologie der unterschiedlichen Herangehensweisen erarbeitet und Begriffe, welche in der postpartalen Nachsorge verwendet werden, erklärt. Des Weiteren wird die Anwendung in der Praxis, bezogen auf den Inhalt und die Art des Gesprächs, sowie den theoretischen Bezugsrahmen analysiert. Zuletzt soll es Ziel der Forschung sein, Wissenslücken über die Thematik des Geburtsnachgesprächs in der postpartalen Betreuung aufzudecken.

Das Studiendesign ist ein narratives Review mit einer Meta-Ethnographischen Herangehensweise. Die ausgewählten Studien wurden in England, Australien und Schweden durchgeführt. Die Forscher fanden 20 passende Studien, davon vier Surveys, drei qualitative Studien, eine Mixed-method-Studie, neun RCTs und drei Literaturreviews. Ergänzend zu diesen 20 Studien wurden zwölf Berichte von Experten verwendet. Bei den RCTs wurden vermehrt formale, psychoanalytische Formen angewendet, bei den anderen Studien waren es unstrukturierte, hebammengeleitete Diskussionsgespräche. Bei den Fachpersonen herrscht Unklarheit, was ein Geburtsnachgespräch beinhalten soll und wie es konkret durchgeführt wird. Mit dem Review konnte aufgezeigt werden, dass durch das Reden, Zuhören und die Informationsgabe, Frauen ihre Geburtsgeschichte verstehen konnten und sie positiv darauf reagierten. Viele Frauen haben ein starkes Bedürfnis, dass ihre Geschichte gehört wird. Auch die befragten Hebammen empfanden das Geburtsnachgespräch mehrheitlich als sinnvoll und profitabel. Für Fachpersonen ist es notwendig zu verstehen, wie das subjektive Geburtserlebnis der Frauen ist. Sie erleben Ereignisse als traumatisierend, die von Aussen betrachtet harmlos wirken. Auch wenn es keine Beweisgrundlagen gibt, dass ein Geburtsnachgespräch die Morbidität reduziert, empfinden es die Frauen als wertvoll. Weitere Forschung in diesem Gebiet ist jedoch notwendig.

3.3.2 Bewertung

Stärken

Die Forschungsfrage ist klar formuliert und der theoretische Bezugsrahmen ist gegeben. Um diese zu beantworten wurden verschiedene Studiendesigns inkludiert, was die Thematik aus unterschiedlichen Sichtweisen gut beschreibt und eine systematische Bewertung ermöglicht. Um das Erleben der Frauen zu beschreiben, ist es sinnvoll qualitative Studien zu integrieren. In der Methodik wird die Suchstrategie genau beschrieben und Ein- und Ausschlusskriterien umfänglich definiert. Ein Einschlusskriterium ist, dass die Studien ein ausreichendes Level von methodischer und theoretischer Qualität besitzen. Für diese Beurteilung verwendeten die Autoren theoretische Grundlagen, wie beispielsweise das *CASP*. Forscher wählten eine ethnographische Herangehensweise, um quantitative und qualitative Daten fachgerecht und systematisch zu verwerten, wobei sie sich den Nachteilen dieser bewusst waren. Das Vorgehen ist adäquat zur Fragestellung, dadurch wird die Validität der Studie gestützt. Die Forscher bildeten vier Hauptkategorien der Resultate, wodurch sie logisch, strukturiert und nachvollziehbar dargestellt werden.

Schwächen

Bei der Auswahl der Stichproben wurden entweder alle Frauen die kürzlich geboren hatten oder spezifische Gruppen, beispielsweise nach Vakuumextraktion oder Frauen mit vorhandenen Traumasymptomen, befragt. Zu dieser Auswahl wird jedoch keine Begründung gegeben und ob sie wegen ihrer Unterschiede auch individuell behandelt werden müssten. Über die soziodemographischen Daten der Teilnehmerinnen ist wenig bekannt. Einflussfaktoren auf den Effekt des Geburtsnachgesprächs werden nicht genannt. Der Suchzeitraum ist nicht klar begrenzt und zur Aktualität der Studien nehmen die Autoren keinen Bezug. Die Messinstrumente der einzelnen Studien werden nicht genannt und überprüft. Eine der benutzen Primärstudien von Ayers et al. (2006) inkludiert alle Frauen die sich traumatisiert fühlen. Aufgrund welcher Kriterien oder Messinstrumenten diese Aussage basiert, ist nicht klar. Durch diesen Faktor kann das Ergebnis verzerrt sein. Ergebnisse der Studien wurden in beschreibender Form zusammengefasst, dadurch konnte die Heterogenität nicht beurteilt werden.

3.4 Skibniewski-Woods (2011)

3.4.1 Zusammenfassung

Das narrative Review untersucht die Effektivität eines Geburtsnachgesprächs zwischen 10-14 Tagen postpartal und prüft die Empfehlungen der Praxis. Dabei stehen die drei Hauptfaktoren: die postpartale Morbidität, das Geburtserlebnis und das Geburtsnachgespräch im Fokus. Ziel des Reviews ist es herauszufinden, ob Fachpersonen durch die Fähigkeit des Zuhörens den Müttern helfen können, ihre traumatische Geburt zu verarbeiten und ein gesunder Beziehungsaufbau zu ihrem Kind zu fördern. Viele Frauen und auch Fachpersonen verwenden den Begriff *Trauma* um Stresssymptome und Trauer nach der Geburt zu beschreiben. Diese Gefühle werden häufig nicht erwartet und deshalb auch nicht von der Gesellschaft anerkannt. Aus früheren Studien lässt sich schliessen, dass ein negatives Geburtserlebnis mit Symptomen der PTBS zusammenhängt. Es wurde in den Datenbanken CINAHL und Medline mit definierten Suchbegriffen nach Literatur gesucht. Alle passenden Englischen Quellen der letzten zehn Jahre wurden inkludiert. Es wurden Leitartikel, systematische Reviews, Expertenmeinungen und Erfahrungsberichte verwendet. In einem zweiten Suchschritt wurde Sekundärliteratur verwendet, ohne zeitliche Limitierung. Ein grosse Umfrage der *National Childbirth Trust* stellte fest, dass nur 50% der Frauen, die emotionale Unterstützung erhielten, diese sie auch tatsächlich gebraucht hätten. 20% gaben an, dass sie gar keine emotionale Unterstützung erhielten. Es ist möglich, dass Frauen vermehrt negative Aspekte der Geburt beleuchten und die positiven verdrängen, sodass ihre Erinnerung verzerrt ist. Der Begriff *Debriefing* ist möglicherweise nicht passend, um das Zuhören, wenn Mütter über ihre Geburt sprechen, zu beschreiben. Die Person, die beim Gespräch anwesend ist, sollte eine erfahrene ZuhörerIn oder ein erfahrener Zuhörer sein. Ein einzelnes Gespräch in den ersten Tagen nach der Geburt kann ineffizient und schädlich sein. Für die Frau ist das Erlebte überwältigend und sie hat zu dieser Zeit noch nicht genügend emotionale Distanz zum Ereignis. Auch in den *NICE Guidelines* (2007) wird kein routinemässiges und formales Geburtsnachgespräch bei Frauen nach einer traumatischen Geburt empfohlen. Allerdings sollten Frauen die Möglichkeit haben über ihr Geburtserlebnis zu erzählen.

3.4.2 Bewertung

Stärken

Das Review wurde *Peer Reviewed*, was die Qualität dieser Quelle unterstützt. Die Datenbanken und Schlagwörter wurden klar dargestellt und die Problematik der Thematik wird aufgezeigt. Die Autorin des Reviews nannte Einflussfaktoren, welche das Ergebnis der jeweiligen Studie beeinflussen könnten. Auch werden verschiedene Sichtweisen beachtet, wie beispielsweise die Sicht der betroffenen Frauen, ihrem sozialen Umfeld oder das der Fachpersonen. Der Bezug zur Praxis wird gewährt und Empfehlungen von den Autoren werden gegeben.

Schwächen

Obwohl in der Einleitung das Ziel genannt wird, die Effektivität des Geburtsnachgesprächs zu untersuchen, wird im Teil der Resultate darauf nicht eingegangen. Es werden keine Messinstrumente genannt, die die Effektivität überprüfen lassen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind spärlich erwähnt. Themenrelevante Literatur wurde ins Review integriert, unabhängig davon welche Qualität sie aufwies. Es ist unklar ob die Qualität der Literatur überprüft wurde und falls ja, aufgrund welcher theoretischen Grundlage dies gemacht wurde. Als Einschlusskriterium wurde genannt, dass die Literatur in den letzten zehn Jahren publiziert werden musste. In einem zweiten Suchschritt wurde jedoch keine Rücksicht mehr auf diese zeitliche Vorgabe genommen. Dieses Vorgehen ist inkonsequent. Weshalb dieser Zeitrahmen ausser Acht gelassen wurde, wird nicht begründet. Es ist nicht ersichtlich, in welchen Ländern oder bei welchen Stichproben die Untersuchungen stattfanden. Es fand kein Kontakt mit Experten statt und es wurde nicht explizit nach unveröffentlichter Literatur gesucht. Zudem wurden nur englischsprachige Quellen benutzt, was eine Vielzahl anderer Populationen ausschliesst. Die Anzahl involvierter Recherchehelfer ist nicht erwähnt, auch nicht ob die Recherche unabhängig voneinander geschah. Im Review wird eine Aussage einer Forscherin zitiert, die von ihrer eigenen Geburtserfahrung berichtet. Somit ist die Objektivität der Studie eingeschränkt. Da die Resultate in beschreibender Form dargestellt sind, gibt es keine Überprüfung auf die Heterogenität.

4 Diskussion

Dieser Teil der Arbeit handelt von der Gegenüberstellung und Diskussion der Studienergebnisse. Die Limitationen, welche die beurteilten Studien aufwiesen werden erwähnt. Die Erkenntnisse aus den Forschungsarbeiten und dem theoretischen Hintergrund werden in Bezug zur Fragestellung gesetzt. Offen gebliebene Fragen, die beim Bearbeiten aufgetaucht sind, werden zum Schluss des Kapitels erläutert.

4.1 Kritische Beurteilung der Resultate

Die zwei wichtigsten Faktoren der Fragestellung in der Bachelorthesis, werden in *Effekt* und *Durchführung* unterteilt. Die positiven und negativen Effekte der bearbeiteten Literatur kann in Argumente für und Argumente gegen ein Geburtsnachgespräch unterteilt werden.

4.1.1 Effekt des Geburtsnachgesprächs

Argumente für ein Geburtsnachgespräch

In der Studie von Gamble et al. (2005, zit. nach Baxter et al., 2014) konnte nach drei Monaten ein signifikanter Unterschied des *PTSD symptoms scale* zwischen der Interventionsgruppe mit Geburtsnachgespräch und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Dieser Effekt zeigte sich bei Frauen, welche ihre Geburt als stressig oder traumatisch bezeichneten, bei einem Geburtsnachgespräch, welches in zwei Sitzungen eingeteilt wurde. Die erste Sitzung fand 72h postpartal statt und die zweite telefonisch nach vier bis sechs Wochen. Die Trauma Symptome konnten nach vier bis sechs Wochen noch nicht signifikant reduziert werden. Daraus lässt sich schliessen, dass die Intervention ihre Wirkung erst nach einer längeren Periode zeigt (Baxter et al., 2014).

Auch Meades, Pond, Ayers und Warren (2011, zit. nach Borg et al., 2014) konnten bereits einen Monat postpartal reduzierte PTBS Symptome bei Frauen, welche Traumasymptome aufwiesen und ein Geburtsnachgespräch 1.3-72.2 Monate nach der Geburt erhielten, feststellen. Auch Ryding, Wiren, Johansson, Ceder und Dahlstrom (2004, zit. nach Bastos et al., 2015) konnte einen positiven Trend aufgrund des Geburtsnachgesprächs, gemessen am *IES*, festhalten. Er führte zwei unstrukturierte Gruppensitzungen bei Frauen nach einem Notfallkaiserschnitt durch, die erste einen Monat postpartal und die zweite zwei bis drei Wochen danach.

In qualitativen Studien, die Borg et al. (2014) untersuchte, bestätigten Frauen, dass es wichtig ist, über ihr traumatisches Erlebnis zu sprechen. Auch wenn der Effekt des

Nachgespräch nicht immer in statistischer Signifikanz auszudrücken ist, erwähnen diverse Autoren, dass betroffene Frauen positiv darauf reagieren (Baxter et al., 2014; Borg et al. 2014; Skibniewski-Woods, 2011). Das Bedürfnis, ihre persönliche Geburtsgeschichte einer Hebamme zu erzählen, ist stark und die Möglichkeit, dies zu tun wird wertgeschätzt. Auch die Informationen zur Geburt hilft den Frauen, das traumatische Erlebnis zu verstehen und somit auch zu verarbeiten (Baxter et al., 2014). Betrachtet man also das Geburtsnachgespräch aus der Sichtweise der Frauen, ist es als sinnvoll einzustufen.

Argumente gegen ein Geburtsnachgespräch

Im Gegensatz zu den positiven Effekten des Geburtsnachgesprächs zeigten Selkirk McLaren, Ollerenshaw, McLachlan und Moten (2006, zit. nach Bastos et al., 2015) die Tendenz auf, dass Frauen mit vielen medizinischen Interventionen während der Geburt mit einem Geburtsnachgespräch, ein höheres Stresslevel postpartal aufweisen, als die gleiche Gruppe Frauen ohne ein Geburtsnachgespräch. Diese Tendenz konnte aber nicht statistisch belegt werden. Folglich wäre dann ein Geburtsnachgespräch nicht effektiv und könnte die Frau sogar zusätzlich belasten. Aus eigenen Beobachtungen der Autorinnen lässt sich dieses erhöhte Stresslevel damit begründen, dass wenn Frauen über ihre Geburt sprechen, viele Emotionen ausgelöst werden. Dieses bewusste Wiedererleben kann ein erneuter Stressfaktor sein, denn die Frau hatte noch nicht genügend Zeit, sich von der Geburt zu erholen. Insbesondere nach medizinischen Interventionen spielt die körperliche Verfassung eine wichtige Rolle für das psychische Wohlergehen. Diese Vermutung äussert auch Skibniewski-Woods (2011), indem sie ein einmaliges Gespräch in den ersten Tagen nach der Geburt gar als ineffizient und schädlich bezeichnet. In Rückbezug zur Theorie wäre dies damit zu erklären, dass sich die Betroffene zu diesem Zeitpunkt noch in einer Schockphase befindet und womöglich noch nicht bereit dazu ist, das Trauma zu verarbeiten.

In der Studie von Bastos et al. (2015) wurde das Argument von Selkirk et al. (2006), dass ein Geburtsnachgespräch mit erhöhtem Stresslevel assoziiert ist, mit zwei Studien von Kershaw, Jolly, Bhabra und Ford (2005) und Ryding et al. (2004) verglichen. Diese konnten keinen Effekt zwischen Frauen mit vielen medizinischen Interventionen mit oder ohne Geburtsnachgespräch zwischen drei bis sechs Monaten postpartal feststellen. Kershaw et al. (2005) beurteilte die PTBS-Symptome jedoch bereits am zehnten Tag postpartal. Aus der Theorie ist jedoch bekannt, dass man eine PTBS erst nach einem Monat diagnostizieren kann (Kapitel 1.6.3). Allerdings können bereits zu diesem frühen

Zeitpunkt akute Stresssymptome erkennbar sein (Bastos et al., 2015).

Die Resultate von Rose et al. (2002, zit. nach Bastos et al., 2015) weisen ebenfalls auf einen potentiell gefährlichen Effekt hin, da die PTBS-Symptome nach einem Nachgespräch zugenommen haben. Das Review von Rose et al. (2002) stützt sich jedoch auf sechs RCTs, von denen nur zwei in einem geburtshilflichen Setting stattfanden. Bastos et al. (2015) weisen darauf hin, dass ein schädlicher Effekt durch Nachgespräche je nach Art des Traumas oder der Population möglich sein kann. Dies ist jedoch nicht direkt auf die geburtshilfliche oder postpartale Population zu übertragen.

In der Studie von Priest, Henderson, Evans und Hagen (2003, zit. nach Bastos et al., 2015) wurden Frauen involviert, welche die Diagnosekriterien des psychologischen Traumas irgendwann während dem ersten Jahr nach der Geburt aufwiesen. Es zeigte sich keine signifikante Differenz zwischen der Interventionsgruppe mit einem individuellen Geburtsnachgespräch und der Kontrollgruppe ohne solches.

Borg et al. (2014) untersuchten ein Review von Lapp, Agbokou, Peretti und Ferreri (2010), über neun Studien mit unterschiedlichen Methoden und zeigten damit auf, dass die Effektivität von Geburtsnachgesprächen nicht beweiskräftig ist. Diese Annahme bestätigen auch Bastos et al. (2015), da es keine Evidenz gibt, das routinemässige Geburtsnachgespräch bei allen Frauen zu unterstützen.

Beurteilung der Effekte

Abschliessend ist festzuhalten, dass noch nicht genügend Evidenzen bestehen, um einen positiven oder negativen Effekt des Geburtsnachgesprächs auf die Traumasymptomatik darzulegen (Bastos et al., 2015). Skibniewski-Woods (2011, zit. nach Borg et al., 2014) weist darauf hin, dass wichtige Einflussfaktoren der Effektivität, der Zeitpunkt und die Struktur des Geburtsnachgesprächs sind.

Zu beachten ist, dass bei allen Studien, die einen positiven Effekt eines Geburtsnachgesprächs nachweisen konnten, mehr als eine Sitzung stattfand. Dieses Erkenntnis ist essenziell, da es darauf hinweist, dass der positive Effekt erst nach zwei Sitzungen messbar wird.

4.1.2 Durchführung des Geburtsnachgesprächs

Inhalt

Der Inhalt des Geburtsnachgesprächs war in den Untersuchungen unterschiedlich. Skibniewski-Woods (2011) weist deshalb darauf hin, dass es zentrale Punkte gibt, die in jedem Geburtsnachgespräch vorhanden sein sollen. Die wichtigsten Aspekte sind das Zuhören über das Erlebte, Schuldgefühle zu reduzieren und der Frau ihr Geburtserlebnis verständlich zu machen. Dabei soll die Hebamme mögliche Wut- und Schamgefühle der Frau akzeptieren. Diese Gefühle können entstehen, wenn die Frau beispielsweise über eine Entscheidung enttäuscht ist oder sich für ihr Verhalten während der Geburt im Nachhinein schämt. Ereignisse sollen fachlich erklärt werden, sodass die Frau rückwirkend die Kontrolle über das Geschehene erlangen kann. Das Ziel sollte immer sein, die Geburtsgeschichte abschliessen zu können und fehlende Puzzlestücke der Erinnerung mit Informationsgabe zu ergänzen. Dies ist wichtig, damit Folgeschwangerschaften nicht beeinträchtigt werden aus Angst vor dem erneuten traumatischen Erleben einer Geburt (Skibniewski-Woods, 2011).

Baxter et al. (2014) fanden heraus, dass 94% der Kliniken ein Geburtsnachgespräch anbieten, es aber viel Unklarheit gibt, was es beinhalten soll. So sind oftmals keine klaren Richtlinien vorhanden, welche Themen besprochen werden sollen. Aufgrund dessen entwickelte Gamble et al. (2005) ein Modell, welches wichtige Gesprächsinhalte aufzeigt und im Anhang H aufgeführt ist. Dieses Modell wurde auch in den Richtlinien der *South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network* (2014) integriert.

Konzept

Es kann grundsätzlich zwischen einer strukturierten und unstrukturierten Form des Geburtsnachgesprächs unterschieden werden (Baxter et al., 2014). Die strukturierte Form basiert mehrheitlich auf der Theorie des *CISD*. Baxter et al. (2014) zeigt auf, dass 14% der betroffenen Frauen ein strukturiertes Gespräch bei einer Psychologin oder einem Psychologen in Anspruch nehmen. Im Gegensatz dazu erwähnt Gamble et al. (2004, zitiert nach Baxter et al., 2014), dass in ihrer Untersuchung klar wurde, dass alle Hebammen einig waren, dass ein Geburtsnachgespräch unstrukturiert und von der Frau geleitet sein sollte. Diese Ansicht unterstützte sie in einer späteren Studie nochmals, als sie ein Modell ohne formalen oder psychologischen Ansatz entwickelte (Anhang H). Darin betonte sie, dass ein Geburtsnachgespräch keine spezifischen psychologischen Kenntnisse voraussetzt (Gamble et al., 2005, zit. nach Baxter et al., 2014).

Unstrukturierte Angebote für ein Geburtsnachgespräch werden oft als *Discussion*, *Listening Service* oder *Birth Afterthoughts* bezeichnet (Ayers et al., 2006).

Es kann zwischen Einzel- und Mehrfach Sitzungen unterschieden werden. Der Erstkontakt findet immer persönlich statt. Weitere Kontakte sind auch telefonisch möglich (Bastos et al., 2015). Dass eine einzelne Sitzung sinnvoll ist, wird bezweifelt (Skibniewski-Woods, 2011). Dies weil ein Geburtsnachgespräch sehr emotional und aufwühlend sein kann und die Frau Zeit braucht das Geschehene zu verarbeiten. Oft kommen im Verlauf des ersten Gesprächs weitere Fragen auf. Wird die Frau dann nicht mehr begleitet, kann das Trauma auf emotionaler und kognitiver Ebene nicht komplett verarbeitet werden (Skibniewski-Woods, 2011).

Zeitpunkt und Ort des Geburtsnachgesprächs

Baxter et al. (2014) erwähnt sechs Studien, in denen das Geburtsnachgespräch vor dem Verlassen des Spitals durchgeführt wird. Borg et al. (2014) nannten einen Zeitpunkt von bis zu 12 Monaten postpartal. In der Studie Meades et al. (2011, zit. nach Borg et al., 2014) konnten die Frauen den Termin selber bestimmen. So fand er zwischen 1.3-72.2 Monaten nach der Geburt statt (Median 16 Monate). Dass der selbstbestimmte Zeitpunkt später stattfindet, könnte gemäss den Autorinnen darauf hinweisen, dass die Frauen vorher immer noch mit der Umstellung an die neue Lebensphase beschäftigt sind. Bastos et al. (2015) und die *NICE-Guidelines* von 2007 (NICE, 2007) empfehlen, mindestens ein Monat nach dem traumatischen Ereignis abzuwarten. Keine der genannten Studien konnte aber rational begründen, weshalb der Zeitfaktor wichtig ist. Auch Skibniewski-Woods (2011) findet es notwendig, dass zuerst ein Distanzierungsprozess zu dem traumatischen Ereignis stattfindet, da es sonst während dem Gespräch erneut zu einer Art Trauma kommen kann. In Rückbezug zum theoretischen Hintergrund ist dies der Zeitpunkt, an welchem sich die Frau nicht mehr in einer akuten Belastungsstörung befindet (Kapitel 1.6.2).

Die Autorinnen dieser Arbeit denken es ist sinnvoll nach einer traumatisch erlebten Geburt im ersten Monat ein erstes Gespräch durchzuführen, um das Bedürfnis der Frau zu klären. In Rückbezug zum theoretischen Hintergrund wird erwähnt, dass die PTBS erst nach einem Monat diagnostiziert werden kann (Kapitel 1.6.3). Aufgrund dessen sollte dieser Zeitraum genutzt werden um frühzeitig hinweisende Symptome der PTBS zu erkennen. Würde man einen Monat abwarten, befände sich die Frau möglicherweise zu lange im Unwissen über den genauen Ablauf ihrer Geburt.

Eine allgemeingültige Aussage über den bestmöglichen Zeitpunkt ist zum jetzigen Stand nicht möglich. Deshalb wird von Baxter et al. (2014) empfohlen, so lange zu warten, bis die Frau bereit dazu ist und sich selber meldet. Ob Frauen das von sich aus immer tun ist aber unklar. Es ist anzunehmen, dass die meisten sich erst melden, wenn der Leidensdruck zu gross ist oder sie sich aufgrund von PTBS-Symptomen, einer Depression oder anderen Folgeerkrankungen des Traumas, Hilfe suchen (Maercker et al., 2001).

Skibniewski-Woods (2011) empfiehlt, dass das Geburtsnachgespräch zu Hause stattfinden sollte, in einer ruhigen und sicheren Umgebung. Findet das Gespräch in den ersten Tagen statt, ist es gut möglich, dass die Frau noch im Spital ist. Dort kommt es häufig vor, dass sie ihre Gefühle zurückhalten möchte (Skibniewski-Woods, 2011).

Fachperson

Das Review von Baxter et al. (2014) enthält Studien, bei denen die Hebamme, welche während der Geburt anwesend war, das Nachgespräch führte. Der Vorteil ist, dass diese Hebamme mehr Kenntnisse vom Ablauf der Geburt hat. Die Autorinnen sehen es als Aufgabe dieser Hebamme, herauszufinden, ob die Frau nochmals das Bedürfnis hat, sie in einem ruhigen Moment zu sprechen.

Im Gegensatz dazu empfiehlt Skibniewski-Woods (2011), dass Betroffene mit jemandem reden, der nicht direkt in der Geburt involviert war. Begründet wird dies damit, dass die Frau sich freier fühle zu erzählen. Denkbar wäre auch, dass die Hebamme, welche bei der Geburt dabei war, in Erklärungsnot kommt oder voreingenommen ist.

Nach Skibniewski-Woods (2011) können aber auch andere medizinische Fachpersonen Geburtsnachgespräche führen. Entscheidend ist, dass Prinzipien wie aktives Zuhören, paraphrasieren, Reflexion und Empathie vorhanden sind. Die Gesprächsführung sollte dabei personenzentriert sein. Auch sollte eine gegenseitige Sympathie zwischen der Frau und der Fachperson bestehen, damit Frauen ihre Geburtsgeschichte überhaupt erzählen (Skibniewski-Woods, 2011). Der Geburtsbericht sollte grundsätzlich immer zur Hand sein, damit fehlende Informationen nachgelesen werden können.

Zielgruppe

In allen Reviews wurden entweder alle Frauen, spezifische Gruppen (mit hoher Interventionsrate während der Geburt) oder Frauen, welche bereits Symptome einer PTBS zeigten, auf ein Geburtsnachgespräch verwiesen. Es ist aus der Theorie bekannt (VERWEIS KAPITEL 1.6.4), dass ein Trauma auch nach interventionsarmen Geburten auftreten kann.

Es ist deshalb anzunehmen, dass wenn ein Geburtsnachgespräch nur bei Frauen mit erhöhten Risikofaktoren für ein Trauma durchgeführt wird, viele andere Betroffene nicht erfasst würden.

Die Autorinnen denken, dass wenn ein Messinstrument zur Erfassung des Geburtstraumas existieren würde, schnell eingeschätzt werden könnte, welchen Frauen ein Geburtsnachgespräch empfohlen werden sollte und bei welchen möglicherweise Informationsgaben in einem kurzen Gespräch genügen würden.

Fraglich ist, ob man das Geburtsnachgespräch als Therapie oder als Prävention der PTBS sieht. Gälte es als Therapie, ist es folglich nur bei Frauen mit bereits bestehenden Symptomen durchzuführen. Sieht man das Nachgespräch aber als Prävention, müssten alle Frauen davon Gebrauch machen können.

Skibniewski-Woods (2011), Bastos et al. (2015) und die *NICE-Guidelines* (2007), empfehlen kein routinemässiges Nachgespräch bei allen Frauen oder Frauen mit traumatischen Geburtserlebnissen, da es keine positiven Evidenzen dazu gibt. Frauen, die den Wunsch haben über die Geburt zu sprechen, sollten jedoch die Möglichkeit haben, mit einer Fachperson zu reden. Es ist jedoch fragwürdig, ob sich betroffene Frauen von sich aus melden würden, wenn nicht aktiv nachgefragt würde.

Hindernisse des Gesprächs

Nach Steele et al. (2003) werden als häufigste Gründe, weshalb das Geburtsnachgespräch nicht angeboten wird, fehlende Finanzen, der niedrige Personalbestand oder das nötige Training der Mitarbeiter genannt. Baxter et al. (2014) beschreiben zusätzliche Gründe wie Zeitmangel, ungenügende Empfehlung oder die Ablehnung der Frauen, weshalb das Nachgespräch nicht durchgeführt wird.

Die Autorinnen erlebten in ihren Praktika zudem oft Unklarheiten, wer für das Geburtsnachgespräch zuständig ist. Um ein Geburtsnachgespräch anbieten zu können und den Bedarf abzudecken, müsste dies auch auf dem Dienstplan vermerkt werden.

4.1.3 Limitationen der selektionierten Studien

Alle der ausgewählten Studien weisen gewisse Limitationen auf, die für die Beurteilung der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. In allen vier Reviews ist die Qualität des methodischen Vorgehens verbesserungsfähig. Trotzdem sind die Studien als sinnvoll zu erachten, da sie in die Praxis übertragbar sind und einen vertieften Einblick in die Thematik ermöglichen. Ein Hauptproblem ist, dass keine einheitliche Definition von *Debriefing* existiert, was zu unterschiedlicher Handhabung führen kann. Zusätzlich fehlte in vielen Primärstudien eine klare Definition von Trauma und welche Diagnoseinstrumente dazu dienten. Dies kann zu Unklarheiten führen, ob die Ergebnisse sich überhaupt alle auf die gleiche Annahme beziehen. Nicht alle verwendeten Messinstrumente sind für das geburtsspezifische Setting entwickelt, wie beispielsweise der *IES*, welcher in den Studien Bastos et al. (2015), Borg et al. (2014) und Baxter et al. (2014) verwendet wurde.

Weil der Effekt der meisten Resultate oft nur auf einer kleinen Primärstudie basiert, gab es breite Koeffizienzintervalle. Die Qualität der Evidenz für die meisten Resultate wurde aufgrund der Ungenauigkeit der Resultate degradiert.

Borg et al. (2014) erkannte, dass die Bezeichnung der Intervention generalisiert und unspezifisch ist, sodass oft Einzelheiten zur wiederholten Durchführung fehlten. Folglich gab es Unterschiede in der Durchführung des Geburtsnachgesprächs (siehe Kapitel 4.1.2). Dies kann dazu führen, dass die Effekte dieser Interventionen nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Als Messinstrument für die PTBS wurden unterschiedliche Skalen benutzt (*Mini-PTSD*, *PSS*, *IES*). Wie kompatibel diese Messinstrumente sind, um miteinander verglichen zu werden, ist unklar. Auch fehlen oftmals die Beurteilungen dieser Messinstrumente. Die Stichproben aller vier Reviews unterscheiden sich darin, dass entweder alle Frauen, nur diejenigen mit Traumasymptomen oder solche mit Risikofaktoren inkludiert wurden. Es ist aber keine Aussage darüber getroffen worden, ob diese verschiedenen Stichproben ein unterschiedliches Vorgehen verlangen (Borg et al., 2014). Es fehlen zum Teil auch Angaben, ob eine psychische Vorbelastung vorhanden war (Baxter et al., 2014; Skibniewski-Woods, 2011). Es ist denkbar, dass dies das Auftreten der PTBS-Symptome sowie den Effekt des Geburtsnachgesprächs negativ beeinflussen könnte.

Bei allen Ergebnissen ist immer darauf hinzuweisen, bei welchen Frauen das Geburtsnachgespräch durchgeführt wurde und in welchem Zeitraum dieses stattfand. Sämtliche analysierte Quellen weisen auf weitere Forschung hin.

4.2 Beantwortung der Fragestellung in Bezug zum theoretischen Hintergrund

In allen Studien wurden unterschiedliche Effekte nachgewiesen. In keiner der beurteilten Studien wurde ein schädlicher Effekt für ein Geburtsnachgespräch gefunden. Vom routinemässigen Geburtsnachgespräch wird jedoch abgeraten aufgrund fehlender Evidenzen von dessen Nutzen (Bastos et al. 2015; Borg et al., 2014; Baxter et al., 2014; Skibniewski-Woods, 2011). Es gilt allerdings zu betonen, dass alle befragten Frauen ein Geburtsnachgespräch als sinnvoll beschrieben haben (Baxter et al., 2014; Borg et al. 2014; Skibniewski-Woods, 2011). Zudem haben die Frauen ein starkes Bedürfnis, jemandem ihre Geburtsgeschichte zu erzählen (Baxter et al., 2014). Ein Geburtsnachgespräch setzt keine spezifischen psychologischen Kenntnisse voraus (Baxter et al., 2014). Vielmehr entscheidend sind in der Gesprächsführung aktives Zuhören, Paraphrasieren, Reflexion und Empathie. Auch soll die Fachperson, die beim Gespräch anwesend ist, in Beratungstechniken geschult sein und Kenntnisse des Geburtsvorganges haben. Das Gespräch sollte idealerweise aus mehreren Sitzungen bestehen, um den Verarbeitungsprozess nicht abrupt zu unterbrechen, da das Erzählen sehr aufwühlend sein kann (Bastos et al., 2015; Baxter et al., 2014; Borg et al., 2014; Skibniewski-Woods, 2011). Nach aktuellem Wissensstand (April 2017) gibt es keine allgemeingültige Aussage bezüglich des idealen Zeitpunktes eines Geburtsnachgesprächs. Hierbei gilt es einzuschätzen, welcher Zeitpunkt zu früh ist und welcher bereits zu spät, falls schon eine Chronifizierung des Traumas oder eine PTBS entstanden ist. Wird es zu früh durchgeführt, das bedeutet in den ersten Tagen nach der Geburt, kann dies schädlich sein (Baxter et al., 2014; Bastos et al., 2015). Grund dafür könnte sein, dass die Frau noch nicht genügend Distanz zum Ereignis hat, um dieses zu verarbeiten. Zudem muss sich eine Frau nach der Geburt auch körperlich erholen und sich an die neue Lebensphase gewöhnen.

Der Zeitraum des ersten Monats nach der Geburt sollte jedoch zur Verarbeitung genutzt werden, bevor es als Folge des Traumas zu einer PTBS kommt (Gamble et al, 2005). Abschliessend kann davon ausgegangen werden, dass die Frau sich selber meldet, wenn sie bereit dazu ist (Baxter et al., 2014). Sie muss jedoch über das Angebot des Geburtsnachgesprächs informiert sein und dazu ermutigt werden, dies bei Bedarf in Anspruch zu nehmen.

Es ist ein Anliegen der Autorinnen, dass das Geburtsnachgespräch in der Praxis angewendet wird. Um eine Orientierung und eine bessere Übersicht der erarbeiteten

Kenntnisse der Literatuarbeit zu gewähren, wurde ein Gesprächsleitfaden erstellt. Die Anwendung dieses Gesprächsleitfadens erfordert das Basiswissen zum Beratungsprozess nach Ahrendt (2009). Der Gesprächsleitfaden ist im Anhang I aufgeführt.

4.3 Weiterführende Fragen aus der Diskussion

Falls es ein Messinstrument zur Erfassung des geburtshilflichen Traumas geben würde, ist dennoch ungewiss, ob jede Frau diesem Screening unterzogen werden sollte. Und ob folglich bei jenen Frauen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein Geburtstrauma aufweisen, ein Geburtsnachgespräch indiziert ist. Anders wäre es, wenn ein Geburtsnachgespräch zwar allen Frauen angeboten, aber solchen mit geburtshilflichen Traumata ausdrücklich empfohlen wird. Es stellt sich die Frage, ob Frauen mit traumatischen Geburtserlebnissen ein höheres Bedürfnis haben über die Geburt zu sprechen und ob solch ein Geburtsnachgespräch anders geführt werden sollte als bei anderen Frauen. Unklar bleibt immer noch der Zeitpunkt des Geburtsnachgesprächs.

Fraglich ist, ob die Hebamme ihren Kompetenzbereich überschreitet, wenn sie das Trauma ohne ärztlichen Beistand behandelt. Allerdings ist das Geburtsnachgespräch ein wichtiger Bestandteil in der Geburtsverarbeitung, obwohl es vermutlich nicht alleinig als Therapie ausreicht.

Der Ort der Behandlungen unterscheidet sich bei Skibniewski-Woods (2011) von den anderen drei Reviews, da das Geburtsnachgespräch auch zu Hause stattfinden könnte. Es ist denkbar, dass sich die Frauen durch diesen Faktor wohler und sicherer fühlen als in einer unbekannteren Umgebung. Inwiefern dies zum Erfolg eines Geburtsnachgesprächs beiträgt ist jedoch nicht erforscht.

5 Theorie-Praxistransfer

Gewonnene Erkenntnisse, aus den benutzen Quellen werden in diesem Abschnitt mit der Praxis verknüpft. Zudem werden Beispiele für ein Geburtsnachgespräch anhand des Salutogenetischen Modells in Bezug auf das Kohärenzgefühl erarbeitet.

5.1 Empfehlungen der Autorinnen

Während dem Befassen mit der Literatur wurden den Autorinnen einige Punkte besonders wichtig:

- Eine sichere und angenehme Umgebung sollte geschaffen werden, um ein Geburtsnachgespräch durchzuführen
- Die Fachperson, welche das Geburtsnachgespräch leitet, soll Kenntnisse über den Geburtsprozess haben und den Geburtsbericht kennen
- Die Verantwortung der Durchführung des Geburtsnachgesprächs liegt bei der Hebamme, die bei der Geburt anwesend war. Sie kann es auch delegieren, sorgt aber dafür, dass es gemacht wird
- Vor dem Spitalaustritt soll der Gesprächsbedarf der Frau abgeklärt werden und die Frau soll über die Möglichkeit des Geburtsnachgesprächs informiert werden
- Das Geburtsnachgespräch soll allen Frauen mit traumatischen Geburtserlebnissen zur Verfügung stehen, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sie sich dazu bereit fühlen, dieses in Anspruch zu nehmen
- Das Geburtsnachgespräch soll bedürfnisorientiert und individuell angewendet werden
- Die Dauer und der Zeitpunkt, sowie die Anzahl Sitzungen orientieren sich am Bedürfnis der Frau
- Die betreuende Hebamme kennt ihre Grenzen und arbeitet interprofessionell mit Fachpersonen zusammen

5.2 Ein Geburtsnachgespräch anhand des salutogenetischen Modells

Nachfolgend soll aufgezeigt werden, dass durch stärkeres Kohärenzgefühl die Geburtsverarbeitung unterstützt werden kann. Die Beispiele basieren auf den Erfahrungen der Autorinnen.

Verstehbarkeit

Im Geburtsnachgespräch sollen der Frau fehlende Informationen zum Geburtsvorgang gegeben werden. So kann sie beispielsweise besser verstehen, weshalb eine Geburt sehr lange dauerte oder heftige Schmerzen auszuhalten waren. Denn oftmals sind beide Faktoren, Zeit und Schmerz, mögliche Ursachen für ein traumatisches Geburtserlebnis (Siehe Kapitel 1.6.4). Die Frau soll somit notwendige Entscheidungen, welche während der Geburt von ihr und den medizinischen Fachpersonen gefällt wurden, verstehen können. So kann ihr zum Beispiel erklärt werden, wieso ein Notfallkaiserschnitt oder eine vaginal-operative Geburtsbeendigung indiziert war. Es ist wichtig, der Frau die Möglichkeit zu bieten, die Hebamme, welche während der Geburt anwesend war, zu kontaktieren, um Fragen zu klären. Oftmals fehlt es den Frauen an Informationen zur Geburt ihres Kindes, sodass sie falsche Schlüsse ziehen oder Lücken mit Fehlinformationen schliessen. Beispielsweise hat die Frau in Erinnerung, dass sie eine Stunde auf die Periduralanästhesie warten musste, aber in Wirklichkeit waren es nur 20 Minuten. Dafür ist es von Vorteil den Geburtsbericht dabei zu haben, um solche Informationen überprüfen zu können. Für die Frau kann es auch eine Hilfestellung sein, wenn sie selber ein Exemplar des Geburtsberichts erhält, um ihn jederzeit wieder lesen zu können. Fachwörter, Fakten, Zeiten und der ganze Geburtsverlauf sollten der Frau dann jedoch ausführlich erklärt werden. Zur besseren Verständlichkeit des individuellen Geburtsverlaufs können auch Modelle und Hilfsmittel wie z.B. eine Puppe mit einem Becken genutzt werden. Versteht die Frau das Erlebnis, kann sie dadurch auch entlastet werden und es einordnen.

Handhabbarkeit

Als Frau mit einem traumatischen Geburtserlebnis ist es wichtig die eigenen Traumasymptome zu kennen und zu wissen, wie diese zu bewältigen sind. Dazu entwickelt die Hebamme gemeinsam mit der betroffenen Frau geeignete Bewältigungsstrategien. Beispielsweise können verschiedene Entspannungstechniken, das Rebonding oder ein Selbsthilfeplan der Frau helfen, mit dem Erlebten klar zu kommen. Dazu ist es wichtig vorhandene Schuldgefühle abzubauen und ihr Gefühl zu stärken, dass sie die Geburt verarbeiten kann. Versteht eine Frau, weshalb die Geburt für

sie traumatisch war und dass jede Geburt anders verlaufen kann, stärkt sie das für eine weitere Geburt und Vorbelastungen können vermieden werden. Eine weitere Bewältigungsstrategie wäre es, mit der Frau nochmals ins Gebärzimmer oder den Operationssaal zurückzugehen. So kann sie mögliche Bedrohungen, die sie mit diesem Ort verbindet ablegen und in einer stressfreien Umgebung das Erlebte Revue passieren lassen. Dies ermöglicht ihr eine neutrale Sicht auf diesen Ort des Geschehens, sodass sie diesem in Zukunft wieder neutral begegnen kann. Hierbei ist es wichtig, dass die Frau von einer Fachperson begleitet wird, um allfällige Flashbacks abzufangen und sie fachgetreu betreuen zu können. Es sollen bewusst auch die positiven Aspekte der Geburt betont und aufgezeigt werden, was gut gelaufen ist und die Frau selbst auch gut gehandhabt hat.

Sinnhaftigkeit

Hebammen sollten dazu ermutigt werden betreute Frauen in den ersten Tagen nach der Geburt auf dem Wochenbett zu besuchen. So kann die Hebamme der Frau den Sinn hinter den einzelnen Handlungen, die getroffen wurden, aufzeigen und erklären, warum so entschieden wurde. Dazu wäre es von Vorteil, den Hebammen ein Zeitfenster während der Arbeitszeit zur Verfügung zu stellen, um sich für die Frauen die nötige Zeit nehmen zu können. Vielen Frauen ist es wichtig zu hören, dass sie Schwieriges durchgemacht haben (Baxter et al., 2014). Werden diese Gefühle geäußert, soll die Hebamme dies bestätigen und sie vom negativen Sichtpunkt auf den positiven Aspekt lenken und der Betroffenen helfen zu erkennen, dass sie nun dafür mit ihrem Kind zusammen sein darf. Dies kann ihrem Leiden einen Sinn geben. Wichtig dabei ist jedoch, das Problem nicht herunterzuspielen und beispielsweise zu sagen: „Hauptsache dem Kind geht es gut!“. Auch wenn dieser Faktor etwas Erfreuliches ist, kann eine traumatische Geburt dadurch nicht einfach abgetan werden. Die Mutter-Kind-Bindung sollte aber besonders nach einer traumatischen Geburt gefördert werden.

6 Schlussfolgerung

Nun folgen ein Fazit der ganzen Bachelorarbeit und ein Ausblick auf weitere erwünschte Forschung.

6.1 Limitationen und Forschungsbedarf

Die vier selektierten Hauptstudien untersuchten zum Teil dieselben Primärstudien, wodurch sich die Aussagekraft der Resultate möglicherweise verringert und Wiederholungen nicht zu vermeiden sind. Auch sind die qualitativen Primärstudien alle in den Reviews inkludiert, wodurch sie nicht genauer untersucht werden konnten. Dabei wäre die Sichtweise der qualitativen Forschung eine Ergänzung zu den Übersichtsarbeiten. Auch *mixed-method-Studys* wären für weitere Forschung wichtig, da sie das Phänomen des Geburtsnachgesprächs genauer beschreiben.

Ausserdem konnten die Selbstbeurteilungsfragebögen, die der Diagnostik der PTBS dienen, in dieser Bachelorarbeit nicht genauer evaluiert werden, da dies den Umfang der Arbeit überschreiten würde. Beim Verfassen der Arbeit war es eine grosse Herausforderung, das Trauma in den Kontext des Geburtsnachgesprächs zu bringen. Grund dafür war die Komplexität der Psychotraumatologie, welche ein eigenes Forschungsfeld darstellt. Um dieses mehr zu ergründen, wäre mehr Zeit für ein vertieftes Einlesen Voraussetzung.

Baxter et al. (2014) untersucht zwar die Sichtweisen der Hebammen auf ein Geburtsnachgespräch, trotzdem gibt es noch keine evidenzbasierten Erkenntnisse, inwiefern die Hebammen selbst davon profitieren. Denkbar wäre, dass ein Geburtsnachgespräch für Hebammen wichtig ist, um ein Feedback über ihre Geburtsbegleitung zu erhalten und die Lebenswelt der Frauen besser zu verstehen. Es ist noch mehr Forschung im Bereich des Geburtsnachgesprächs und dessen Effekt notwendig. Zudem sollten auch vermehrt Frauen mit Migrationshintergrund in die Untersuchungen miteinbezogen werden um mögliche kulturell bedingte Unterschiede aufzuzeigen. In den untersuchten Studien wurde nur bei Baxter et al. (2014) die Sichtweise der Väter miteinbezogen. Denn auch die Väter haben das Bedürfnis über ihr Geburtserlebnis zu sprechen, insbesondere wenn sie zum ersten Mal bei einer Geburt dabei waren (Baxter et al.,2014).

Für die Zukunft wünschen sich die Autorinnen, dass ein Geburtsnachgespräch bei einer traumatisch erlebten Geburt in Zukunft genauso evidenzbasiert, selbstverständlich und standardisiert durchgeführt wird, wie die Anamnese.

Um die Frauen über die Möglichkeit des Geburtsnachgesprächs zu informieren, sollten entsprechende Konzepte und Broschüren entwickelt werden. Die Autorinnen finden es sinnvoll, den Frauen einen Flyer über das bestehende Angebot auszuhändigen. Dieser könnte beim Spitalaustritt oder beim Hausbesuch der Hebamme abgegeben werden.

6.2 Fazit

Die Hebammenarbeit sollte zum Ziel haben, eine Frau, welche eine traumatische Geburt erlebt hat, zu erkennen und sie auf ein Geburtsnachgespräch aufmerksam zu machen. Es ist das Recht jeder Frau, über ihre Geburt informiert zu sein und sie sollte darüber erzählen dürfen. Wenn die Frauen ihre Geburt nicht verstehen, können sie diese auch nicht richtig einordnen oder das Geschehene verarbeiten. Obwohl sich die Literatur nicht einig ist, inwiefern das Geburtsnachgespräch eine sinnvolle Intervention ist, denken die Autorinnen, dass es zur Verarbeitung der traumatischen Geburt nötig und folgerichtig ist. Es ist jedoch unabdingbar, dass das Geburtsnachgespräch, obwohl es in unterschiedlichen Settings Anwendung findet, gewisse Rahmenbedingungen hat, sodass es überall im gleichen Sinn und evidenzbasiert angewendet werden kann. Zur Hilfestellung entwickelten die Autorinnen den Gesprächsleitfaden, der explizit zur Gesprächsführung nach einer traumatischen Geburt hinzugezogen werden kann. Wichtig ist eine engere Zusammenarbeit mit der Hebamme, welche die Nachbetreuung der Frau übernimmt. Ein standardisierter Übergaberapport mit der Information ob das Geburtsnachgespräch bereits stattgefunden hat ist essentiell. Dabei sollen wichtigste Gesprächsinhalte mitgeteilt werden, sodass die Nachsorgehebamme mit der Frau individuell abklären kann, zu welchem Zeitpunkt und welche Bedürfnisse für ein weiteres Gespräch bestehen. Ein weiterer Appell möchten die Autorinnen an die Schweizer Spitäler machen. Damit die nötige Durchführung der Geburtsnachgespräche überhaupt Anwendung findet, ist es unabdingbar, dafür entsprechende Zeiten im Dienstplan zu schaffen.

Für die Hebammenarbeit ist es auch wichtig, eigene Grenzen zu kennen und Kompetenzen nicht zu überschreiten. Wird in einem Geburtsnachgespräch erkannt, dass die Traumabewältigung durch ärztlichen Beistand erfolgen sollte, wird eine interprofessionelle Zusammenarbeit angestrebt. Die Hebamme sieht ihre Aufgabe in der Geburtsverarbeitung, nicht jedoch in der psychologischen Traumabewältigung. Abschliessend wünschen sich die Autorinnen für ihren persönlichen künftigen Arbeitsalltag und für alle Hebammen, dass sie den Frauen jeweils mit Wertschätzung und Anerkennung begegnen können, wenn sie ihre ganz persönliche Geburtsgeschichte mit uns Hebammen teilen.

Literaturverzeichnis

- Affonso, D. (1977). Missing pieces– a study of postpartum feelings.
Birth and the Family Journal, 4, 159-64.
- Ahrendt, C. (2009). Basiswissen Beratungskompetenz, Teil 1-3. *Die Hebamme*, 22, 40- 243
- Allen, H. (1999). “How was it for you?” Debriefing for postnatal women: does it help?
Professional Care of Mother and Child, 9, 77-9.
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 107-131.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision DSM-IVTR*. (4. Ausg.). Washington: American Psychiatric Press.
- Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R. & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review.
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91, 261–272.
doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, screening & treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 47, 552-567.
doi:10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c
- Ayers, S., Claypool, J. & Eagle, A. (2006). What happens after a difficult birth? Postnatal debriefing services. *British Journal of Midwifery*, 14, 157-161.
- Axe, S. (2000). Labour debriefing is crucial for good psychological care.
British Journal of Midwifery, 8, 626-631.
- Bastos, M-H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. & Bick, (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
doi:10.1002/14651858.CD007194

- Baxter, J., McCourt, J. & Jarrett, P. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30, 194–219. doi:10.1016/j.midw.2013.12.013
- Beck, C. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing Research*, 53, 216-224.
- Beck, C. & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nursing Research*, 57, 228-236.
doi:10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90
- Beck, C. & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 59, 241- 249. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181e501fd
- Berger, M. (2012). *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer.
- Borg, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30, 170-184.
doi:10.1016/j.midw.2013.09.003
- Bothe-Moser, C. & Tritten, K. (2016). *Praxismodul 3 Bachelorstudiengang Hebamme: Schwangerschaft und Geburt in der Regelabweichung und Regelwidrigkeit*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Bremer Bündnis natürliche Geburt. (2015). *Bremer Empfehlung zur Unterstützung der natürlichen Geburt*. Heruntergeladen von <http://www.natuerlichegeburt.net/> am 21.08.2016
- Bryar, R. (2003). *Theorie und Hebammenpraxis*. Bern: Huber
- Coad, J. & Dunstall, M. (2007). *Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe*. München: Elsevier.
- Collins, R. (2006). *What is the purpose of debriefing women in the postnatal period?* (Bachelorarbeit, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, 2006). Heruntergeladen von <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/what-is-the-purpose-of-debriefing-women-in> am 14.07.2016
- Creedy, D., Schochet, I. & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x

- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25–30.
- Fenech G, Thomson G. (2014). Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30, 185-93. doi:10.1016/j.midw.2013.12.004
- Forum Geburt. (2016). *Geburtsverarbeitung*. Heruntergeladen von <http://www.forum-geburt.ch/geburtsverarbeitung/> am 30.08.2016
- Gamble, J. & Creedy, D. (2004). Content and Process of Postpartum Counselling after a distressing Birth-Experience: A review. *Birth*, 31, 213-218. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00307.x
- Gamble, K., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatik Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 32, 11-19. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x
- Gamble, J. & Creedy, D. (2007). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25, 21-30. doi:10.1016/j.midw.2007.04.004
- Hatfield A. & Robinson, E. (2002). The «debriefing» of clients following the birth of a baby. *Pract Midwife Journal*, 5, 14-16.
- Hausmann, C. (2003). *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Facultas.
- Hornung, R. & Lächler, J. (2011). *Physiologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*. Basel: Beltz Verlag.
- Huber, M. (2016). *Psycho(-patho) -logie – Einführung für Hebammen*. Winterthur: ZHAW.
- Kendall-Tackett, K. (2005). *Depression in new mothers: causes, consequences and treatment alternatives*. Philadelphia: The Howarth Press.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kirchner, S. (2015). Psychosoziale Veränderungen im Wochenbett. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (S. 8-24). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Landolt, M. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.

- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-642-35068-9_2
- Maercker, A. & Ehler, U. (2001). *Psychotraumatologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Mitchell, J. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 13, 49-52.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Antenatal and postnatal Mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline 45*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Phillips, S. (2003). Debriefing following traumatic childbirth. *British Journal of Midwifery*, 11, 725-730.
- Public Health Resource Unit. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP) making sense of evidence. Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=638008> am 30.12.2016
- Ralph, K., Alexander J. (1994). Borne under stress. *Nursing Times*, 90, 28-30.
- Richardson, L., Frueh, B. & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 4–19. doi:10.3109/00048670903393597
- Rose, S., Bisson J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for Preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi:10.1002/14651858.CD000560
- Rowan, C., Bick, D., & da Silva Bastos, M. (2007). Postnatal Debriefing Interventions to Prevent Maternal Mental Health Problems After Birth: Exploring the Gap Between the Evidence and UK Policy and Practice. *World Views on evidence-based Nursing*, 4, 97-105. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00088.x
- Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of debriefing after childbirth: Is there a case for targeted intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33, 308-320. doi:10.1080/02646838.2015.1009881
- Skibniewski-Woods, D. (2011). A review of postnatal debriefing of mothers following traumatic delivery. *Community Practitioner*, 84, 29-32.
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A. Waldenstrom, U., (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British medical journal*, 321, 1043–1047.
- Smith, J. & Mitchell, S. (1996). Debriefing after childbirth: a tool for effective risk management. *British Journal of Midwifery*, 4, 581–586.

- South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network. (2014). *South Australian Perinatal Practice Guidelines- managing women in distress after a traumatic birth experience*.
Heruntergeladen von
http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/ffd407004ee452d4b793bfd150ce4f37/Managing+women+in+distress+after+traumatic+birth_June2014.pdf?MOD=AJPERES
am 30.08.2016
- Steele, A., Beadle, M. (2003) A survey of postnatal debriefing. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 130-136. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02687.x
- Thompson, J., Roberts, L. & Ellwood, D. (2011). Emotional and physical health outcomes after significant primary post-partum haemorrhage (PPH): A multicentre cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51, 365–371. doi:10.1111/j.1479-828X.2011.01317.x
- Universität Zürich. (2016). *Trauma- Posttraumatische Belastungsstörungen. Traumatherapie*.
Heruntergeladen von
<http://www.psychologie.uzh.ch/de/fachrichtungen/psypath/Psychotherapie/Trauma.html>
am 07.08.2016
- Weltgesundheitsorganisation (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (8.Ausg.). Bern: Huber.
- ZHAW Departement Gesundheit. (2012). *Richtlinien für die Gestaltung von Literaturhinweisen, Zitaten und Literaturverzeichnissen am Departement Gesundheit*.
Heruntergeladen von
<https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=638008> am 11.10.2016
- ZHAW Rektorat Stabstelle Diversity. (2015) *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann*.
Heruntergeladen von
<https://www.zhaw.ch/storage/linguistik/about/sprachleitfaden-gender-zhaw-neu.pdf>
am 12.01.2017
- ZHAW Gesundheit Institut für Hebammen. (2016). *Abschlusskompetenzen Bachelorstudiengang Hebamme*.
Heruntergeladen von
<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/broschuere-abschlusskompetenzen-bsc-hebammen-zhaw.pdf> am 05.08.2016

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse.....	9
Tabelle 2 Keywords.....	18
Tabelle 3 Datenbankrecherche der vier Hauptstudien.....	21

Anhang

Glossar

Begriff	Erklärung
7-Phasen-Konzept	Debriefing involviert emotionale Prozesse zu fördern. Dabei wird die Person ermutigt das Trauma nach dem 7-Phasen-Konzept zu bearbeiten. Die 7 Phasen sind: 1. <i>Introduction</i> 2. <i>The facts</i> 3. <i>Thoughts and impressions</i> 4. <i>Emotional Reactions</i> 5. <i>Normalisation</i> 6. <i>Planning for the future</i> 7. <i>Disengagement</i>
Allgemeinbevölkerung	Personen der Allgemeinheit und nicht eine spezifische Personengruppe wie beispielsweise alle Schwangeren oder alle kürzlich gewordenen Mütter.
Amnesie	eine Form der Gedächtnisstörung für zeitliche oder inhaltliche Erinnerungen.
Anhaltende Trauerstörung	ATS; engl. Prolonged grief disorder; auch: komplizierte oder pathologische Trauer. Als pathologische Trauer werden intensive Trauerreaktionen bezeichnet. Die Person wird vom Ausmass der Trauer überwältigt und verharrt im Zustand der Trauer. Die Person kommt dem Abschluss des Trauerprozesses über längere Zeit nicht näher. Früher eine Forschungsdiagnose, im ICD-11 als eigenständige Diagnose vorgesehen und im DSM-5 als Unterform der Anpassungsstörung.
Arbeitsheft zur Erfassung der praktischen und klinischen Tätigkeiten	„EU-Arbeitsheft“ genannt, welches Hebammenstudierende während den Praxismodulen des Studiums führen. Es dient als Grundlage für die Auswertung der Anzahl der Betreuungssituationen, angelehnt an die europäischen Richtlinien zur Hebammenausbildung.
Aversiver Reiz	Unangenehmes, widriges Ereignis, das Schmerzen, Angst oder eine Vermeidungsreaktion auslöst; negativer Verstärker, dessen Beendigung oder Entzug ein verstärktes Ereignis für die Reaktion ist, die das Entkommen oder Vermeiden ermöglicht hat.
Babyblues	Auch postpartales Stimmungstief genannt. Es handelt sich dabei um einen leichteren und kurzfristigen Verstimmungszustand in den ersten Wochen nach der Geburt, der meist innerhalb von Stunden bis Tagen wieder abklingt. Es handelt sich dabei noch nicht um eine psychische Erkrankung, da diese Stimmung aufgrund der Hormonlage nach der Geburt als physiologisch gilt.
Borderline	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen, Stimmung und

	Selbstbild gekennzeichnet ist.
CanMed Abschlusskompetenzen	Das CanMEDS Modell setzt sich aus sieben Rollen zusammen. Jede Rolle lässt sich in Kompetenzen unterteilen, welche die jeweilige Rolle näher definieren. Eine Rolle kann deshalb auch als Meta-Kompetenz bezeichnet werden. Die Kompetenzen lassen sich wiederum in verschiedene Untereinheiten gliedern. Die Gesamtheit der sieben Rollen repräsentiert die kompetente Gesundheitsfachperson als Ganzes. Der medizinische Experte / die medizinische Expertin gilt als zentrale Rolle, die alle weiteren Rollen und Kompetenzgruppen integriert.
Dissoziation	das teilweise bis vollständige Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik.
Gefühl von Kontrolle und Autonomie	Jeder Mensch möchte sein Leben so gut wie möglich selbst kontrollieren und seine Umwelt gestalten können. Wenn das Gefühl der Kontrolle und Autonomie verloren geht, kann dies zu einer erhöhten Krankheitsgefährdung führen.
Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit	Das Gefühl der Selbstwirksamkeit ist mit dem der Kontrolle eng verwandt. Ein Mensch ist selbstwirksam, wenn er glaubt, genügend Kompetenz und Fähigkeiten zur Ausführung eines Verhaltens zu haben und zeitgleich dieses Verhalten zum gewünschten Ziel führt.
ICD-10-Code	(International Classification of Diseases) Die Internationale Klassifikation der Krankheiten ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin.
Komorbidität	Begleiterkrankung
Libido	Triebe der Sexualität
Mini-PTSD (Mini-International Neuropsychiatric Interview- Post-Traumatic Stress Disorder)	Selbstbeurteilungsfragebogen zur Diagnostik der PTBS aufgrund der DSM-IV und ICD-10 Kriterien.
Monotraumata	Einzelnes, traumatisches Ereignis
Morbidität	Krankheitshäufigkeit
Periduralanästhesie	Periduralanästhesie, rückenmarksnahe Regionalanästhesie, ermöglicht schmerzfreie Geburten
postpartalen Hämorrhagie	Synonym für „Atonie“, also einer abnormalen Blutung nach der Geburt. Die gebräuchlichste Definition der PPH ist jene der WHO, die von einem Blutverlust von > 500 ml nach vaginaler Entbindung und > 1000 ml nach Sectio ausgeht in den ersten 24 Stunden nach der Geburt.
Prävalenz	Eine Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit

(Re) Bonding	In der Geburtshilfe versteht man Bonding als eine Gefühlsverbindung zwischen den Eltern und dem Kind, welche durch Körperkontakt gefördert wird. Bonding kann immer nachgeholt werden, falls es aus irgendwelchen Gründen gleich nach der Geburt nicht möglich war. Dann spricht man von Rebonding.
Resignation	die menschliche Haltung bzw. Gestimmtheit des sich Fügens in einer unausweichlichen Situation, z. B. aus (gefühlter) Aussichtslosigkeit
Ressourcen	innere Potentiale eines Menschen z. B. Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken. Diese können genutzt werden, um Heilung zu fördern.
Somatisierungsstörung	körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.
Soziodemographische/r (Daten/ Hintergrund)	Daten (Alter, Geschlecht, Einkommen etc.), die zur Beschreibung der Bevölkerungsstruktur benutzt werden

Wortzahl

Abstract: 191 Wörter

Bachelorarbeit 12'000 Wörter

(unter Ausschluss von Vorwort, Abstract, Tabellen, Verzeichnissen, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und sämtlichen Anhängen)

Danksagung

Unser Dank gilt vor allem Cynthia Meili-Hauser, Dozentin am Institut für Hebammen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, für ihre herzliche und kompetente Begleitung unserer Bachelorarbeit. Des Weiteren möchten wir Marion Huber danken für die Studien- und- Methodenberatung bzw. die Möglichkeit des Peer-Feedbacks.

Bei Simone Siddiqui und Ruth Berner möchten wir uns ausserdem für das Korrekturlesen dieser Arbeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch unseren Freunden und Familien für die Unterstützung und Nachsicht während der letzten Monate und insbesondere während des intensiven Schreibprozesses.

Und zum Schluss möchten wir allen Frauen, die uns im Vertrauen ihre persönliche Geburtsgeschichte anvertraut und uns dadurch zu dieser Arbeit inspiriert haben, herzlich danken – ohne sie wäre diese Arbeit gar nicht erst entstanden!

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Ort, Datum:

Unterschriften:

Livia Hangartner

Gabriela Schwarz

Anhang A: SA Perinatal Practice Guidelines

Policy

Clinical Guideline

South Australian Perinatal Practice Guidelines – Managing women in distress after traumatic birth experience

Policy developed by: SA Maternal & Neonatal Clinical Network

Approved SA Health Safety & Quality Strategic Governance Committee on:
10 June 2014

Next review due: 30 June 2014

Summary Clinical practice guideline for the managing women in distress after traumatic birth experience.

Keywords post traumatic stress disorder, pain, stillborn infant, traumatic, agitated, overactive, withdrawn, palpitations, sweating, disorientated, depressed, flashbacks, depersonalisation, hypervigilance, nightmares, depression, anxiety, postpartum, postnatal depression, trauma, psychiatric, Managing women in distress after traumatic birth experience, clinical guideline, Perinatal Practice Guidelines

Policy history Is this a new policy? **N**
Does this policy amend or update an existing policy? **Y**
Does this policy replace an existing policy? **Y**
If so, which policies?
Managing women in distress after traumatic birth experience

Applies to All SA Health Portfolio
All Department for Health and Ageing Divisions
All Health Networks
CALHN, SALHN, NALHN, CHSALHN, WCHN, SAAS
Other

Staff impact N/A, All Staff, Management, Admin, Students, Volunteers
All Clinical, Medical, Nursing, Allied Health, Emergency, Dental, Mental Health, Pathology

PDS reference CG134

Version control and change history

Version	Date from	Date to	Amendment
1.0	27/10/2014	17/6/2014	Original version
2.0	17/6/2014	current	

© Department for Health and Ageing, Government of South Australia. All rights reserved.



South Australian Perinatal Practice Guidelines managing women in distress after a traumatic birth experience

© Department of Health, Government of South Australia. All rights reserved.

Note

This guideline provides advice of a general nature. This statewide guideline has been prepared to promote and facilitate standardisation and consistency of practice, using a multidisciplinary approach. The guideline is based on a review of published evidence and expert opinion.

Information in this statewide guideline is current at the time of publication.

SA Health does not accept responsibility for the quality or accuracy of material on websites linked from this site and does not sponsor, approve or endorse materials on such links.

Health practitioners in the South Australian public health sector are expected to review specific details of each patient and professionally assess the applicability of the relevant guideline to that clinical situation.

If for good clinical reasons, a decision is made to depart from the guideline, the responsible clinician must document in the patient's medical record, the decision made, by whom, and detailed reasons for the departure from the guideline.

This statewide guideline does not address all the elements of clinical practice and assumes that the individual clinicians are responsible for discussing care with consumers in an environment that is culturally appropriate and which enables respectful confidential discussion. This includes:

- The use of interpreter services where necessary,
- Advising consumers of their choice and ensuring informed consent is obtained,
- Providing care within scope of practice, meeting all legislative requirements and maintaining standards of professional conduct, and
- Documenting all care in accordance with mandatory and local requirements

Introduction

- > Research shows that feeling traumatised by a birthing experience is not uncommon and that trauma symptoms can develop^{1,2,3,4}
- > 1 in 3 women experience birth trauma^{2,5, 6, 7}
- > This can intensify into Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) unless identified and treated early^{6,8, 9}
- > PTSD occurs in 2-3 % of women after childbirth with up to 25 % developing some symptoms of this condition^{1,2,5,12-14}
- > The birth does not have to be 'abnormal' in the clinician's view for women to feel traumatised^{2,10}
- > For some women childbirth is not fulfilling and becomes one of the most traumatic experiences of their lives¹¹
- > The experience of extreme pain, loss of control and fear of death for themselves or their child puts women at greater risk^{2, 5, 9, 12,13,15,16}

Literature review

- > A history of previous trauma predisposes women to experience further trauma or distress during the perinatal period. Previous trauma may include domestic violence, childhood sexual abuse, rape, and migrant trauma.¹⁷ For further information follow link to [Sexual abuse in childhood](#)
- > Women who have experienced childhood sexual abuse are 12 times more likely to experience childbirth as traumatic⁵
- > Other predisposing factors to trauma include:

- > Lack of social support
- > Poor coping strategies

ISBN number: 978-1-74243-358-5
Endorsed by: South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network
Last Revised: 17/6/14
Contact: South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup
at:cywhs.perinatalprotocol@health.sa.gov.au



managing women in distress after a traumatic birth experience

- > Feelings of powerlessness
 - > Extreme pain
 - > Unexpected outcomes of labour and birth including ill or stillborn infant
 - > Perception of hostile or uncaring staff
 - > Loss of control
 - > Medical interventions
 - > Lack of information
 - > Past traumatic birth^{1,2,5,6,12 – 14,16 - 24}
- > The distress of a traumatic birth can affect a woman's ability to breast feed and bond with her child¹⁶
- > PTSD is an under-recognised complication of childbirth¹⁰ and is often incorrectly diagnosed and treated²⁵
- > Midwives who have learned counselling skills feel more confident to deliver counselling interventions²⁶

Symptoms

Psychological distress following childbirth may manifest itself in any of the following ways

- > Appearing dazed
- > Reduced conscious state
- > Agitated or overactive
- > Withdrawn
- > Autonomic anxiety symptoms – increased heart rate, palpitations, sweating, jelly legs, “butterflies in stomach” and dry mouth
- > Some amnesia – blocked memories
- > Disorientated
- > Depressed

These symptoms can be a precursor to the more severe PTSD²⁵

PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder is a form of anxiety disorder. It can develop after vicarious exposure to, or the experience of a traumatic event

Symptoms of PTSD

- > Flashbacks, depersonalisation, hypervigilance^{10, 16}
- > Nightmares¹⁰
- > Emotionally numbed²⁶
- > Intrusive memories, depression
- > Anxiety
- > Bonding difficulties
- > Fear of sexual intimacy

ISBN number: 978-1-74243-358-5
Endorsed by: South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network
Last Revised: 17/6/14
Contact: South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup
at:cywhs.perinatalprotocol@health.sa.gov.au



managing women in distress after a traumatic birth experience

- > Avoidance of normal vaginal birth or future pregnancy^{10, 18, 27}
- > Increased psychological arousal
- > Avoidant of baby²

Preventative measures

- > Maximise the woman's control in labour
- > Provide adequate information
- > Inform woman of all procedures
- > Involve the woman in the decision making

Treatment

Debriefing

Background information ...

"...A structured intervention that is intended to act as primary prevention to mitigate, or at least inhibit acute stress reactions..."³

Developed to reduce traumatic reactions for people experiencing trauma

It is rare that women don't want to talk about their birth experience thus reluctance to do so might indicate trauma

How a woman perceives her birth has an impact on her need to debrief²⁹

Women who experience any difficulties in regards to pregnancy labour and birth should be offered the opportunity to talk about and review their experience. This shouldn't be forced, just offered. Evidence suggests that providing women with the opportunity to make sense of their birth experience strengthens them psychologically³⁰

Components of debriefing includes

- > Listen empathically
- > Identify and report any problems within the service
- > Provide feedback to staff involved

(Why debrief) The benefits for the woman are to ...

- > Decrease mental distress
- > Acknowledge grief and loss
- > Educate
- > Provide health promotion
- > Help with memory gaps
- > Understand medical aspects of interventions
- > Talk about unmet expectations
- > Reconstruct the whole birth story
- > Evoke an emotional response

The benefits for the organisation include Risk management – decreases formal complaints

Health care professional's role

ISBN number: 978-1-74243-358-5
Endorsed by: South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network
Last Revised: 17/6/14
Contact: South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup
at:cywhs.perinatalprotocol@health.sa.gov.au



managing women in distress after a traumatic birth experience

Postpartum care of current birth

- > Encourage discussion of birth experience
 - > Accoucher or appropriately experienced health professional should explain and discuss the events of the labour and birth. This should be done in terms that the woman can understand
 - > Encourage articulation of the birth experience by the woman as she requires
 - > A clear summary of the discussion and explanations given to the woman should be documented in the case notes

Ongoing postpartum care

- > Empathetic care
- > Early recognition of signs and symptoms of distress
 - > Anger
 - > Persistent vague pain
 - > Failure to interact with baby
- > Refer to appropriate specialised care – perinatal mental health team or social work and counselling services
- > Rule out postnatal depression
- > Consider postnatal review appointment at 4-6 weeks to provide time for any further clarification of the birth experience

Subsequent pregnancy

Antepartum

- > Thorough history taking
- > Carefully discuss and document mode of birth / pain relief / maternal requests for next birth
- > Watch for avoidant behaviour
- > Aim for continuity model of care and carer
- > Consider consultant review
- > Gain knowledge from routine screening about psychiatric history including depression, anxiety, trauma or previous / current PTSD
- > Throughout antenatal care, previous labour and birth may need to be revisited
- > Refer for counselling as needed

Intrapartum

- > Maximise the woman's control in labour by
 - > Providing adequate information
 - > Involve in decision making
 - > Provide adequate information of all procedures and gain the woman's permission (verbal consent) before proceeding
 - > Stop procedure if woman requests this
- > Pain control as a preventative strategy
- > Being alert to what situations may lead to trauma
- > Encourage the woman to articulate her experiences

ISBN number: 978-1-74243-358-5
Endorsed by: South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network
Last Revised: 17/6/14
Contact: South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup
at:cywhs.perinatalprotocol@health.sa.gov.au



managing women in distress after a traumatic birth experience

Postpartum

Care the same as for postpartum care of current birth, plus ...

- > Discuss events of this birth and ensure psychological wellbeing is maintained
- > Refer for counselling as needed
- > **A positive birth experience following a traumatic one can have a therapeutic effect**^{16,25}

ISBN number:
Endorsed by:
Last Revised:
Contact:

978-1-74243-358-5
South Australian Maternal & Neonatal Clinical Network
17/6/14
South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup
at:cywhs.perinatalprotocol@health.sa.gov.au



Anhang B: PTSD Symptom Scale (PSS) & IES-R

PTSD Symptom Scale (PSS)

Name _____ Date _____ (Side One)

Below is a list of traumatic events or situations. Please mark YES if you have experienced or witnessed the following events or mark NO if you have not had that experience.

1. Serious accident, fire or explosion Yes No
2. Natural disaster (tornado, flood, hurricane, major earthquake) Yes No
3. Non-sexual assault by someone you know (physically attacked/injured) Yes No
4. Non-sexual assault by a stranger Yes No
5. Sexual assault by a family member or someone you know Yes No
6. Sexual assault by a stranger Yes No
7. Military combat or a war zone Yes No
8. Sexual contact before you were age 18 with someone who was 5 or more years older than you Yes No
9. Imprisonment Yes No
10. Torture Yes No
11. Life-threatening illness Yes No
12. Other traumatic event Yes No
13. If "other traumatic event" is checked YES above; please write what the event was _____
14. Of the question to which you answered YES, which was the worst _____
(Please list the question #)
15. Which of the above incidences is the reason for which you are currently seeking treatment? _____
(Please list the question #)

If you answered **NO** to all of the above questions, **STOP**

If you answered **YES** to any of the above questions, please complete the rest of the form

Please check YES or NO regarding the event listed in question 15.

- Were you physically injured? Yes No
- Was someone else physically injured? Yes No
- Did you think your life was in danger? Yes No
- Did you think someone else's life was in danger? Yes No
- Did you feel helpless? Yes No
- Did you feel terrified? Yes No

Please complete both sides of this document if you answered YES to any of the first series of questions (1-14).

PTSD Symptom Scale (PSS)

(Side 2)

Below is a list of problems that people sometimes have after experiencing a traumatic event. Please rate on a scale from 0-3 how much or how often these following things have occurred to you in the last two weeks:

- 0 Not at all**
- 1 Once per week or less/ a little bit/ one in a while**
- 2 2 to 4 times per week/ somewhat/ half the time**
- 3 3 to 5 or more times per week/ very much/ almost always**

1. Having upsetting thought or images about the traumatic event that come into your head when you did not want them to	0	1	2	3
2. Having bad dreams or nightmares about the traumatic event	0	1	2	3
3. Reliving the traumatic event (acting as if it were happening again)	0	1	2	3
4. Feeling emotionally upset when you are reminded of the traumatic event	0	1	2	3
5. Experiencing physical reactions when reminded of the traumatic event (sweating, increased heart rate)	0	1	2	3
6. Trying not to think or talk about the traumatic event	0	1	2	3
7. Trying to avoid activities or people that remind you of the traumatic event	0	1	2	3
8. Not being able to remember an important part of the traumatic event	0	1	2	3
9. Having much less interest or participating much less often in important activities	0	1	2	3
10. Feeling distant or cut off from the people around you	0	1	2	3
11. Feeling emotionally numb (unable to cry or have loving feelings)	0	1	2	3
12. Feeling as if your future hopes or plans will not come true	0	1	2	3
13. Having trouble falling or staying asleep	0	1	2	3
14. Feeling irritable or having fits of anger	0	1	2	3
15. Having trouble concentrating	0	1	2	3
16. Being overly alert	0	1	2	3
17. Being jumpy or easily startled	0	1	2	3

Please mark YES or NO if the problems above interfered with the following:

- | | | | |
|---------------------------|--|------------------------------|--|
| 1. Work | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 6. Family relationships | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 2. Household duties | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 7. Sex life | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 3. Friendships | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 8. General life satisfaction | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 4. Fun/leisure activities | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 9. Overall functioning | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 5. Schoolwork | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |

IES-R

Denken Sie bitte an den Vorfall: _____ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, daß die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testbeschreibung: IES-R

➤ Auswertung:

Die Itemwerte werden traditioneller Weise wie folgt bewertet:

überhaupt nicht = 0
selten = 1
manchmal = 3
oft = 5

➤ Subskalen:

Skala	Item-Nr.
Intrusion	1. 3. 6. 9. 14. 16. 20.
Vermeidung	5. 7. 8. 11. 12. 13. 17. 22.
Hyperarousal	2. 4. 10. 15. 18. 19. 21.

➤ Subskalenwerte:

Die Subskalenwerte entstehen durch Addition entsprechender Itemwerte.

➤ Verdachtsdiagnose auf PTB: nach Maercker und Schützwohl, 1998)

Nach der Formel: $X = (-0,02 \times \text{Intrusion}) + (0,07 \times \text{Vermeidung}) + (0,15 \times \text{Übererregung}) - 4,36$

Wenn $X > 0$ -> Verdachtsdiagnose auf PTB

Anhang C: Literaturübersichtstabelle

Autor	Jahr	Weitere Autoren	Titel	Methode/ Teilnehmer	Ziel der Studie
<i>Ayers, Susan</i>	2006	Claypool, Jennifer Eagle, Andrew	What happens after a difficult birth? Postnatal debriefing services	Survey, British Journal of Midwifery	Definiert die Art und Weise wie Frauen in UK nach traumatischer Geburt postpartal betreut werden
<i>Bastos, Maria Helena</i>	2015	Furuta, Marie Small, Rhonda McKenzie-McHarg, Kristie Blick, Debra	Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth	Intervention Review	Effekte von Debriefing—Interventionen im Vergleich zu standardisierter pp Nachsorge um psychologische Trauma vorzubeugen HAUPTSTUDIE
<i>Baxter, Jackie</i>	2014	McCourt, Christine Jarrett, Patricia M.	What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature	Narratives Literaturreview mit Ethnography Approach. Beinhaltet Surveys, Qualitative und Quantitative Studien sowie mixed-method	Beschreibt aktuelle Handhabung von Deb. Und wie die Frauen dies erleben. Die Sichtweise von Frauen und Fachpersonen wird beschrieben, die am Nachgespräch teilnehmen. Typologien, Begriffe und Herangehensweisen werden beschrieben. Der Inhalt und die Art des Gespräches werden untersucht. HAUPTSTUDIE
<i>Borg-</i>	2013	McNeill, Jenny	A systematic review	Systematisches Review	Ziel dieser Studie ist es, zu identifizieren ob effektive

<i>Cunen, Nicole</i>		Murray, Karen	of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress		Massnahmen existieren, die Hebammen dazu befähigen posttraumatische Stresssymptome zu erkennen und zu therapieren. HAUPTSTUDIE
<i>Collins, Rachael</i>	2006		What is the purpose of debriefing women in the postnatal period?	BA-Arbeit Literaturreview	Notwendigkeit für Debriefing, ob D. (geburtsbezogenes) Trauma reduziert, ob es hilft „finish the journey“, ob D. als „risk management“ instrument dient und wie D. organisiert wird.
<i>Gamble, Jenny</i>	2007	Creedy, Debra	A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences	Konzept, Model	Beschreibung von der Entwicklung und Applikation einer « brief counseeling intervention“ für Frauen mit traumatisch erlebten Geburt
<i>Gamble, Jenny</i>	2002	Creedy, Debra K. Webster, Joan Moyle, Wendy	A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress	Literatur-review →Ausschlusskriterium Depression?	Aktueller Wissensstand und die Effektivität von einer einmaligen Debriefing-Session oder non-direktive Seelsorge (counseling) auf die Reduktion von Depression und Traumasymptomen
<i>Gamble, Jenny</i>	2004	Creedy, Debra	Content and	Literaturreview	Inhalt (content) und Prozess von postpartalen

<i>Jenny</i>			Process of Postpartum Counseling after a distressing Birth-Experience: A review		counseling Interventionen um Traumasymptome anzugehen
<i>Gamble, Jenny</i>	2005	Creedy, Debra Moyle, Wendy Webster, Joan McAllister, Margaret Dickson, Paul	Effectiveness of a counselling Intervention after a Traumatic Childbirth: A randomized Controlled Trial	RCT	Eine hebammengeleitets „Brief Counseling“ für Wöchnerinnen mit Risiko für eine Entwicklung von psychologischen Traumasymptomen

Anhang D: Rechercheprotokoll

Boolesche Operatoren

↓ OR

AND

↓ OR

AND

↓ OR

Schlüsselbegriff	Nachgespräch	Postnatal	Trauma
Synonyme Ober/Unterbegriffe	Nachsorge Austrittsgespräch Geburtsnachgespräch Postpartales Nachgespräch	Nach der Geburt Wochenbett Postpartal nachgeburtlich	Angststörung Depression Posttraumatische- Belastungsstörung Schwierig erlebt Traumatisch
Keywords	Debriefing Psychological debriefing postpartum session Talking Discussing Counseling Non-directive counselling approach Childbirth review Birth afterthoughts	Birth After Birth Birth experience Childbirth Postnatal Postnatal period puerperium post-partum	Trauma Destressing birth experience morbidity Posttraumatic Posttraumatic stress disorder Traumatic event

Datenbank	Suchsyntax /Filter / Eingrenzungen Suchschritte: Suchbegriffe mit verschiedenen Suchoptionen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit
Cinahl	1) Debriefing AND childbirth	1) 36/12 <ul style="list-style-type: none"> • Philipps (2003). • Bastos et al.(2015) • Ayers et al. (2006) • Madden (2002) • Inglis (2002) • Borg-Cunen et al.(2013) • Sheen (2015) • Small et al. (2006) • Collins (2006) • Gamble et al. (2002) • Lavender et al. (1998) • Rowan et al. (2007)
Pilots	2) Birth AND debriefing	2)10/5 <ul style="list-style-type: none"> • Skibniewski-Woods(2011) • Baxter et al. (2014) • Rowan et al. (2007) • Sheen et al. (2015) • Gamble et al. (2002)
PsycINFO	3) Debrief and postpartum and trauma 4) Midw* and talk and birth 5) Talking and trauma and birth→ Suche einschränken 6) Debrief* and after birth and midw*	3)1/0 4)1/0 5)647 6)4/44

		<ul style="list-style-type: none"> • Maedes et al. (2011) • Gamble et al. (2005) • Gamble et al. (2004) • Murphy et al. (2003)
MEDLINE	<p>7) Debrief* and intervent* and trauma → 128 Ergebnisse, Suche einschränken</p> <p>8) Debrief* and trauma and birth</p> <p>9) Talk and postpartum and trauma</p> <p>10) Postnatal and childbirth and outcome</p>	<p>8)9/2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamble et al. (2002) • Small et al. (2006) <p>9)3/3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamble et al. (2007) • Gamble et al. (2004) • Gamble et al. (2002) <p>10)56/2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henderson et al. (2013) • Rowlands et al. (2012)
MIDIRS	<p>11) Debrief* and childbirth and trauma → Eingeschränkt auf letzte 5 Jahre</p> <p>12) Discus* and childbirth or postpart* → andere Keywords benutzen, zu viele Ergebnisse</p> <p>13) Debrief* and birth experience and postpart*</p> <p>14) Postpartum and psychological morbidity and midwives</p>	<p>11)74 → 32/2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simpson et al. (2015) • Sheen et al. (2015) <p>12)13'920/?</p> <p>13)12/3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamble et al. (2005) • Gamble et al. (2004) • Murphy et al. (2003) <p>14)10/1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavender et al. (1998)
Cochrane	<p>15) Psychological debriefing and post traumatic stress disorder → Eingeschränkt auf <i>Reviews</i></p>	<p>15)32 → 5/2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rose et al. (2002) • Bastos et al. (2015)

Sekundärliteratur

- Steele et. al (2003) zit. in Rowan et al. (2007)
- Ryding et al. (1998) zit. in Gamble et al. (2005)
- Alexander (1998) zit. in Meades (2011)
- Wessley et al. (2003) zit. in Meades (2011)

Anhang E: CASP-Tabellen

AUTOR: Bastos et al. (2015)

TITEL DER STUDIE: „Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth“

CASP-LEITFRAGEN

<p>1. <i>Did the review ask a clearly-focused question?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Das Ziel war, die Effekte von Debriefing als präventive Intervention eines psychologischen Traumas nach einer Geburt verglichen mit standardisierter Wochenbettbetreuung zu untersuchen. Somit ist das Ziel klar formuliert. Die <u>Population</u> wird schon im Titel des Reviews klar formuliert, nämlich psychisch und physisch gesunde Frauen nach der Geburt. In der Methode wird genauer beschrieben, dass Frauen jedes Alters, innerhalb eines Monats nach der Geburt, die Intervention des Debriefing angeboten wurde. Die Frauen wurden unabhängig des Geburtsmodus oder der Parität integriert. Frauen, die psychische Vorerkrankungen oder postpartale Psychosen hatten, wurden ausgeschlossen. Auch wenn die Ursache für die PTBS nicht mit der Geburt in Verbindung gebracht werden konnte, wie beispielsweise Konflikte, Unfall oder Naturkatastrophen. Dieser Einfluss ist relevant für die Entstehung der PTBS und in wie fern das Debriefing dann nützt. Die Zielgruppen waren entweder alle Frauen, nur die mit Risiko</p>
---	---

	<p>einer PTBS oder solche, welche Symptome eines Traumas zeigten. Als Kontrollgruppe diente Frauen mit routinemässiger Wochenbettbetreuung in den ersten sechs Wochen pp. Dabei wurden keine psychologischen Interventionen durchgeführt</p> <p><u>Outcomes:</u> Das Hauptergebnis ist die Prävalenz des psychologischen Traumas, gemessen am Impact of Event Scale. Weitere Outcomes waren: Schweregrad des Traumas, Depression, Angst, Geburtsangst, psychologische Morbidität, benutzte Dienstleistungen/Fachstellen, Beendigung der Therapie, benutzte Ressourcen. Alle gemessenen Outcomes wurden erklärt und das dazugehörige Messinstrument wurde erwähnt.</p>
<p>2. <i>Did the review include the right type of study?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Es wurden publizierte und nicht publizierte RCTs, quasi-randomised trials (zugeteilt nach Geburtsdatum oder Spitalnummer) und cluster RCTs in die Studie integriert, was passende Studiendesigns für das Review sind. Cross-over-trials wurden nicht integriert, weil dieses Design nur für Interventionen mit einem temporären Effekt bei der Therapie von stabilen und chronischen Erkrankungen geeignet ist. Die Studien mussten mindestens eine Debriefing-Session beinhalten. Es wurde jedoch keine Obergrenze gesetzt, wie viele Sitzungen durchgeführt wurden und ob es Einzel- oder Gruppensitzungen waren. Drei Autoren untersuchten unabhängig voneinander die Studienqualität und die gewonnenen Daten. Alle inkludierten Studien verglichen Resultate zwischen</p>

	Debriefing und standardisierter Wochenbettbetreuung.
<p>3. <i>Did the reviewers try to identify all relevant studies?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Forscher recherchierten in den Datenbanken the Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Maternity and Infant Care. Die Referenzliste aller inkludierten Studien wurde auf weitere publizierte Berichte und unpublizierte Zitate abgesehen. Experten wurden kontaktiert. Es wurden sieben Studien mit insgesamt 3596 Frauen eingeschlossen. Die Studien wurden zwischen 1998 und 2005 veröffentlicht und wurden alle in einkommensstarken Ländern (Großbritannien, Australien und Schweden) durchgeführt. Sie exkludierten Frauen, denen es nicht möglich war in der Muttersprache des Studiensettings zu sprechen.</p>
<p>4. <i>Did the reviewers assess the quality of the included studies?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Drei Autoren untersuchten unabhängig voneinander die Studienqualität und die gewonnenen Daten. Wenn Unstimmigkeiten herrschten, wurde sogar ein weiterer Autor hinzugezogen. Es wurde ein Risk of bias summary jeder inkludierten Studie erstellt. Dazu wurde jede Studie von den Autoren nach den aufgeführten Kriterien beurteilt.</p> <p><u>Messung des Therapieeffektes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dichotome Daten (z.B. psychologisches Trauma, Depression, Angststörungen oder Geburtsangst) wurde die Mantel-Haenszel Methode gewählt um die «pooled risk ratio» (RR) mit einem 95%igen CI • Kontinuierliche Daten: der Mittelwert und 95% CI . Wenn verschiedene Skalen verwendet wurden, wurde der standardisierte Mittelwert (SMD) und 95% CI verwendet • Numbers Needed to Treat

	+Die Messverfahren entsprachen dem jeweiligen Datenniveau
<p>5. <i>If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Resultate der einzelnen Studien sind im Anhang klar aufgeführt. Es wurden verschiedene Heterogenitätstests durchgeführt, beispielsweise I^2-Forest plots, Chi^2. Dabei wurden bedeutende Unterschiede in den Studien gefunden, weshalb die Autoren gewisse Resultate nicht miteinander verglichen haben. Weil alle Studien in Ländern mit ähnlicher Gesundheitsversorgung durchgeführt wurden, wurden die Resultate mittels Meta-Analyse miteinander verglichen. Aber weil manchmal nur eine Studie zu einem Ergebnis beigetragen hat, war die Meta-Analyse auch nicht immer möglich.</p>
<p>6. <i>How are the results presented and what is the main result?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Qualität der Evidenz zur Prävalenz des psychologischen Traumas und der Depression wurde niedrig oder sehr niedrig eingestuft, aufgrund der tiefen Anzahl Studien (ein bis drei) mit deren hohem Verzerrungspotential, zufällige Reihenfolgebildungen, Verschleierung der Zuteilung und inkompletten Daten. Die Qualität der Evidenz der übrigen Resultate (Prävalenz der Angst, Prävalenz der Angst vor der Geburt, Prävalenz der generellen psychologischen Krankheiten, Inanspruchnahme des</p>

	<p>Gesundheitswesens und vom Abbruch der Therapie konnte nicht eingestuft werden, da Daten nicht verfügbar waren.</p> <p>Hauptresultate waren, dass die Daten zu unterschiedlich waren um einheitliche Resultate über den Effekt des formellen psychologischen Debriefing für Frauen nach der Geburt zu geben.</p> <p>Routinemässige psychologische Debriefings für Frauen nach der Geburt können daher nicht unterstützt werden.</p>
<p>7. <i>How precise are these results?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Autoren des Reviews machen darauf aufmerksam, dass die Impact of Event Scale für die Allgemeinbevölkerung entwickelt und validiert wurde und es deshalb zu Limitationen kommen könnte, wenn diese für die gebärenden Frauen adaptiert wird.</p> <p>Es wurden Koeffizienzintervalle und p-Werte angegeben. Weil der Effekt der meisten Resultate oft nur auf einer kleinen Einzelstudie basiert, gab es breite Koeffizienzintervalle. Einige Studien des Reviews hatten kleine Stichprobengrössen und inkomplette Daten wurden präsentiert. Die Qualität der Evidenz für die meisten Resultate wurden aufgrund der Ungenauigkeit der Resultate degradiert.</p>
<p>8. <i>Can the results be applied to the local population?</i></p>	<p>Es wurden keine Studien in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen durchgeführt, wobei die Resultate nur auf ähnliche Kontexte in</p>

<p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>einkommensstarken Ländern übertragbar sind. Weil alle inkludierten Studien Frauen, welche nicht in ihrer Muttersprache kommunizieren konnten ausschliessen, gibt es keine Informationen über ihre Reaktion zum psychologischen Debriefing.</p>
<p>9. <i>Were all important outcomes considered?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Es wurden keine qualitativen Studien ins Review integriert, wodurch die Zufriedenheit des Individuums über das Debriefing nicht miteinbezogen wurde.</p>
<p>10. <i>Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Routinemässig psychologisches Debriefing sollte nicht mehr durchgeführt werden!</p>

Gütekriterien

Objektivität:

Die Autoren des Reviews setzten sich kritisch mit der Beurteilung der Qualität der inkludierten Studien auseinander. Sie zeigten allfällige Qualitätsmängel wie die Studienlimitationen, Heterogenität, Ungenauigkeit der Resultate und Publikationsbias auf, die gemäss den GRADE Kriterien beurteilt wurden. Zudem machten sie auf mögliche Verzerrungen im Reviewprozess aufmerksam. Dazu gehörte, dass die meist verwendete Literatur in Englisch geschrieben ist und die meisten Studien in einkommensstarken Ländern durchgeführt wurden. Es wurde auf die relativ kleinen Stichproben der Studien hingewiesen und dass die Effektivität von Debriefing aufgrund der Art des Debriefings und der Population variiert. Es wurden zudem inkomplette Daten in gewissen Studien präsentiert, was die Forscher jedoch klar offengelegt haben. Objektivität des Reviews ist somit klar gegeben.

Reliabilität:

Das methodische Vorgehen des Reviews ist nachvollziehbar und ausführlich beschrieben. Dazu wurden etablierte Messinstrumente verwendet. Die Autoren des Reviews machen darauf aufmerksam, dass die Impact of Event Scale für die Allgemeinbevölkerung entwickelt und validiert wurde und es deshalb zu Limitationen kommen könnte, wenn diese für die gebärenden Frauen adaptiert wird.

Das Review wäre aufgrund der Genauigkeit der beschriebenen Methode wiederholbar, weshalb dieses Review als reliabel beurteilt wird.

Validität:

Alle Studien des Reviews setzen sich mit dem Vergleich von standardisierter Wochenbettbetreuung ohne routinemässiger psychologischer Intervention gegenüber dem Debriefing mit dem Ziel der Prävention eines psychologischen Traumas auseinander. Die Validität der Studie ist somit gegeben.

AUTOR: Baxter et al., (2014)

TITEL DER STUDIE: *What is current practice in offering debriefing services to post-partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature.*

CASP-LEITFRAGEN

<p>1. <i>Did the review ask a clearly-focused question?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Forschungsfrage ist klar formuliert, es soll die Sichtweise von Frauen untersucht werden, welche das GNG in Anspruch nehmen und wie es aktuell gehandhabt wird. <u>Population:</u> Frauen nach der Geburt und zum Teil auch Hebammen. Die Studien fanden in England (10), Australien (7) und Schweden (3) statt. Es wurden entweder a) alle Frauen die kürzlich geboren haben (Inglis, Selkirk, Bailey, Price) b) spezifische Gruppen, z.B nach VE befragt (Small, Kershaw) oder c) Frauen mit vorhandenen Traumasymptomen (Gamble, Meades) Die Populationen sind sehr unterschiedlich und deshalb nicht direkt miteinander vergleichbar. Die Intervention ist ein Nachgespräch, welches zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfand.</p>
<p>2. <i>Did the review include the right type of study?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Es wurden verschiedene Studiendesigns inkludiert, was die Thematik aus unterschiedlichen Sichtweisen gut beschreibt und eine systematische und uniforme Bewertung ermöglicht. Die Forscher haben sich zum Ziel gesetzt, qualitative und quantitative Studien zu benutzen. Ein wichtiger Aspekt ist, das drei qualitative Studien berücksichtigt wurden. In dieser Thematik ist das eine geeignete Methode, da es das Erleben der Frauen beschreibt und da statistische Berechnungen keine klare Aussage geben können, ob es sinnvoll ist oder nicht.</p>
<p>3. <i>Did the reviewers try to identify all relevant studies?</i></p>	<p>Die Suchstrategie ist genau beschrieben, auch welche Ein- und Ausschlusskriterien angewendet wurden. Sie geben</p>

<p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>eine gute Übersicht, welche Studien vorhanden sind und begründen ihre Wahl. RCTs wurden gewählt, um die Intervention zu beschreiben und Surveys, um die Sicht der Frauen zu erläutern. Der Suchzeitraum ist jedoch nicht klar begrenzt. Abschnitte, in denen Studien zitiert oder verwendet werden, sind mit einer entsprechenden Zahl markiert und vollständig unter „References“ angegeben</p>
<p>4. <i>Did the reviewers assess the quality of the included studies?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Ein Einschlusskriterium war, dass die Studien ein akzeptables Level von methodischer und theoretischer Qualität besitzen mussten. Sie beurteilten jede Studie anhand des CASP. Die Analyse der Daten beruhte auf einem theoretischen Prozess von Noblit und Hare (1988). Sie wählten eine ethnographische Herangehensweise, um quantitative und qualitative Daten fachgerecht und systematisch zu verwerthen, dadurch erzielten sie eine gute Qualität. Die Forscher des Reviews waren sich auch den Nachteilen der ethnographischen Herangehensweise bewusst. Die Forscher beachteteten auch, dass die Forschungsfragen der einzelnen Studien zusammenpassen.</p> <p>☺ Methodik ist klar beschrieben und dadurch auch gute Qualität</p>
<p>5. <i>If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Sie waren sich bewusst, dass verschiedene Studiendesigns miteinander zu vergleichen komplex und schwierig ist und entwickelten entsprechende Wege um einen Bias zu vermeiden.</p> <p>Es wurden Ergebnisse der Studie zusammengefasst aber nicht neu berechnet.</p> <p>Es wurden keine Angaben über die Vergleichbarkeit der Patientenkollektive gemacht, ebenso wurden eventuell vorhandene Publikationsbias nicht diskutiert. Die Homogenität kann nicht beurteilt werden, da die Resultate der jeweiligen Studien nur beschreibend dargestellt werden.</p>

<p>6. <i>How are the results presented and what is the main result?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Forscher bildeten vier Hauptkategorien um die Resultate aufzulisten. Dadurch sind die Ergebnisse logisch strukturiert und nachvollziehbar erklärt.</p> <p>Hauptresultat: Es ist nötig mehr zu verstehen, wie das subjektive Geburtserlebnis der Frauen ist und dass ihre Sicht auf die Geburt nicht immer deckungsgleich mit dem der Fachpersonen ist. Frauen definieren möglicherweise auch ein Trauma anders und erleben Dinge als traumatisierend, die von aussen normal wirken.</p>
<p>7. <i>How precise are these results?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Es werden nur Studien zusammengefasst und Kategorien genannt, die in den Resultaten vorkommen. Es wird aber nicht genau drauf eingegangen, weshalb dies wichtig sein könnte oder was zu diesen Resultaten führt (z.B bei welchen Gruppen das Debriefing in den Studien durchgeführt wurde). Es wurde nicht erklärt, anhand welcher Kriterien das Trauma gemessen wurde, das kann das Ergebnis verzerren. Die Ergebnisse sind sehr kurz gehalten und werden auch in der Diskussion nicht gross einander gegenübergestellt. Man hat den Eindruck, sie erwähnen vor allem die Studien die das Nachgespräch gut darstellen lassen. Sie erwähnen in der Diskussion, dass die Studie von Rose ähnliche Ergebnisse hat wie das jetzige Review. Dies ist aber nicht korrekt, da Rose tendenziell eher von einem Nachgespräch abrät.</p>
<p>8. <i>Can the results be applied to the local population?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Eine der Studien (Ayers et al., 2006), die für das Review genommen wurde nimmt alle Frauen die sich «Traumatisiert» fühlen. Dies ist eine unpräzise Formulierung, und es wurde nicht erwähnt anhand welcher Kriterien sich die Frauen so fühlten oder wie dies gemessen wurde.</p>
<p>9. <i>Were all important outcomes considered?</i></p>	<p>Es wird nichts über den Hintergrund der Stichprobe beschrieben, zum Beispiel ob es sich um gesunde Frauen handelt. Auch ob sie schon eine psychische Vorbelastung</p>

<p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>haben wird nicht beachtet. Dieser Faktor ist wichtig für die Entstehung eines Traumas. Durch diese unterschiedlichen Stichproben, sind die Studien nicht miteinander vergleichbar.</p> <p>Trauma wurde nicht definiert, ist auch nicht klar ob alle Studien diesbezüglich vom gleichen sprechen (Autoren erwähnen das aber in der Diskussion).</p>
<p>10. <i>Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?</i> YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Es werden keine neuen Kenntnisse verfasst. Die Autoren geben auch keine Empfehlung ab für die Praxis. Sie erwähnen aber, dass die Gefahr des Nachgesprächs auch sein kann, Frauen einfach von einer Beschwerde an dem Spital abzuhalten und es aus diesen Gründen durchgeführt werden kann um den Ruf des Spitales zu schützen. Das Review zeigt die Sichtweise der Frauen gut auf. Wenn die Thematik also aus einer individuelle und persönliche Ebene betrachtet wird, wäre das Geburtsnachgespräch als sinnvoll zu erachten.</p> <p>Eine Reproduzierbarkeit, mittels statistischer Verfahren ergibt sich nicht.</p>

Gütekriterien

Objektivität:

Als Messinstrument wurden Fragebögen benutzt, welche auf Selbsteinschätzung beruhen. Dies kann die Objektivität beeinträchtigen, ist jedoch eine geeignete Methode für die Thematik. Die verwendeten Messinstrumente könnten auch in anderen Untersuchungen verwendet werden und es ist anzunehmen, dass ein gleiches Ergebnis erzielt werden würde. Die Forscher überprüften die Güte der Primärstudien mit anerkannten Beurteilungsrastern. Die Forscher waren sehr kritisch in der Beurteilung der Resultate, welches die Objektivität unterstützt.

Reliabilität:

Das methodische Vorgehen ist klar beschrieben und könnte nochmals so durchgeführt werden, sodass die gleichen Ergebnisse erzielt werden. Die verwendeten Messinstrumente sind reliabel und häufig verwendet.

Validität:

Charakteristik der beiden Gruppen unterscheidet sich stark bezüglich Alter, Parität, psychologischen Symptomen und geburtshilflicher Anamnese. Ob diese Faktoren einen Einfluss auf die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung haben ist unklar. Es ist also weniger klar eine Aussage darüber zu machen, ob allein das Nachgespräch bei der Reduktion der Symptome geholfen hat. Folge dessen, sind die Gruppen nicht miteinander vergleichbar.

Das methodische Vorgehen passt zur Forschungsfrage und es handelt sich dabei um ein aktuelles und für die die Praxis relevantes Thema.

Fazit: Sinnvolle Studie. Trotz mangelnder Qualität in der Methodik (vor allem bezüglich der Stichproben), ist die Studie sinnvoll für die Bachelorarbeit. Das Thema wird aus unterschiedlichen Aspekten gut beleuchtet und fasst relevante Studien zusammen.

AUTOR: Borg et al. (2014)

TITEL DER STUDIE: „A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress“.

CASP-LEITFRAGEN

<i>Did the review ask a clearly-focused question?</i> YES / CAN'T TELL / NO	Das Ziel des Literaturreviews ist klar formuliert und am Ende der Einleitung positioniert. Eine Forschungsfrage wird nicht explizit beschrieben, weshalb auch keine Hypothese gemacht wurde.
<i>Did the review include the right type of study?</i> YES / CAN'T TELL / NO	Es wird schon im Titel erwähnt, dass hebammengeleitete Interventionen zur Erkennung und Therapie posttraumatischer Stresssymptome identifiziert werden. Die Zielgruppe ist somit eindeutig genannt und die Interventionen dadurch eingeschränkt, dass sie von Hebammen durchgeführt werden sollen. Es haben nicht zwei

	<p>Personen unabhängig vom Suchprozess gesucht, was ein Kriterium für ein systematisches Review ist. Es wurde lediglich mit den Co-Autoren diskutiert, ob die Studie definitiv gewählt werden sollte, falls sie die Einschlusskriterien erfüllte. Sie setzen sich alle mit dem Thema Debriefing und PTBS auseinander.</p>
<p><i>Did the reviewers try to identify all relevant studies?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Autoren des Reviews suchten auf relevanten Datenbanken wie Cinahl, The Cochrane Library, EMBASE, Maternity and Infant Care, MEDLINE, PsycINFO und Web of Science. Die Referenzliste aller relevanter Studien wurden manuell gesucht um weitere brauchbare Publikationen zu integrieren. Es wurde kein persönlicher Kontakt mit Experten aufgenommen. Die Autoren suchten nicht nach unpublizierten Studien, sondern inkludierten alle englisch publizierten Artikel von 2002-2012. Es fragt sich, ob in anderen Sprachen nicht auch relevante Studien zu diesem Thema existieren würden.</p>
<p><i>Did the reviewers assess the quality of the included studies?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Qualitätskontrolle verwendeter Studien wurde durchgeführt. Mit dem Cochrane Collaboration's tool wurde das Verzerrungspotenzial einzelner Studien bewertet. Damit wird die Selektion, Durchführung, Erfassung, Abnützung und Berichterstattung kritisch begutachtet. Um das Evidenzlevel der</p>

Primärstudien zu beurteilen wurde das Rahmeninstrument von Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2008) verwendet. Dieses Instrument ermöglicht eine hierarchische Qualitätseinstufung auf einer Skala in Bezug auf die Methodik und deren Anwendung in Bezug auf die wesentlichen Kriterien. Auf dieser Skala ist die 1++ das höchstmögliche Evidenzlevel und die 4 das tiefste. Wobei in diesem Review die Einstufung der Studien von 1++ bis 2- reichte. Dies lässt sich auf die Anspruchskriterien zurückführen, was wiederum ein gutes Zeichen der Qualität gewährleistet. Die Qualität der Methodik von Reviews wurde mit der Methode von Smith et al. (2011) beurteilt. Dazu wurden die Reviews nach schlechter, mittlerer und hoher Qualität kategorisiert. Reviews wurden als hohe Qualität eingestuft, wenn sie detailliert die Selektion und Einschlusskriterien aufführten, eine Suchstrategie brauchten und über die Untersuchung von Publikationsverzerrungen und Heterogenität aussagen. Mittlere Qualität hatten sie, wenn sie nicht über die Publikationsverzerrungen und Heterogenität berichteten und schlechte Qualität, wenn sie nur eine Suchstrategie vorwiesen. Alle Studien

	<p>wurden in einer Tabelle aufgeführt, die detailliertere Informationen über die verwendeten Artikel gaben. Zudem wurde jede Studie, die die Einschlusskriterien erfüllte, zuerst mit den Co-Autoren (JM und KM) diskutiert, bevor sie definitiv ins Review aufgenommen wurde. All diese Faktoren zeigen auf, dass die Forscher die Qualität der Studien genügend berücksichtigt haben.</p>
<p><i>If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Resultate jeder Primärstudie sowie der Reviews wurden präzise aufgeführt. Die Resultate waren jedoch unterschiedlich. Als Grund werden signifikante Unterschiede in der Qualität der Methode und dem Gebrauch verschiedener Interventionen genannt. Heterogenitätsprüfungen der Resultate wie zb. der Bent-Altman-Test wurden nicht durchgeführt. Die Unterschiede werden klar aufgeführt und diskutiert. Die Einschlusskriterien in den Primärstudien variierten. Zwei Studien hatten wenig spezifische Kriterien, während andere nur Frauen mit Kaiserschnittgeburten oder Frauen mit positiv getesteten Trauma Symptomen evaluierten. Es fragt sich ob diese Frauen ein unterschiedliches Vorgehen benötigen oder das Vorgehen des Debriefing bei beiden Gruppen gleich sein sollte? Die Stichprobengröße</p>

	<p>variierte von 80 bis 1745 Teilnehmer. Sind diese Unterschiede überhaupt miteinander vergleichbar? Andere methodische Differenzen waren: Anzahl Sitzungen (eins bis zwei), Zeitpunkt (72h bis 72,2 Monate pp), Variation in den Nachuntersuchungen (zwischen 1 bis 12 Monaten). Ergebnisse der Studie wurden zusammengefasst aber nicht neu berechnet.</p>
<p><i>How are the results presented and what is the main result?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Durch das getätigte Literaturreview konnten keine evidenzbasierten Hebammen-Interventionen zur PTBS ausfindig gemacht werden, die für die Implementierung in der Praxis empfohlen würden. Dafür sind die Resultate zu unterschiedlich. 2 RCTs zeigten keinen signifikanten Effekt von Debriefing auf PTBS Resultate. Die Interventionen von Gamble et al. (2005) in einem RCT und Meades et al. (2011) (quasi-experimental design) zeigten einen positiven Effekt.</p> <p>Die Interventionsstrategien variierten extrem, drei Studien gebrauchten ein strukturiertes Debriefing, eine Studie wendete unstrukturiertes Debriefing an, eine Studie gebrauchte strukturierte Beratung, die Elemente vom Critical Incident Stress Debriefing beinhaltet und eine Studie gebrauchte unstrukturierte Gruppenberatung. Es stellt sich die Frage ob es nicht möglich</p>

	<p>gewesen wäre Studien mit gleichen Interventionen zu evaluieren? Ein positives Kriterium ist sicherlich, dass bei allen Arten von Debriefing Hebammen oder Hebammen mit spezialisiertem Training involviert waren. Die Mehrzahl der Frauen berichteten, die Möglichkeit das Geburtserlebnis zu diskutieren sei subjektiv vorteilhaft.</p>
<p><i>How precise are these results?</i></p> <p>.</p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Im Ergebniskapitel wird genannt, dass die Mehrheit der Primärstudien als qualitativ hoch (1+ oder höher) eingestuft wurden, mit Ausnahme von einer Studie. Wenn man jedoch die Evidenzlevel der sechs Primärstudien nachschaut, wurden zwei von sechs Studien unter 1+ bewertet. Das beeinträchtigt wiederum die Glaubhaftigkeit des Ergebnisteils der Autoren. Es fragt sich zudem, ob die zwei Studien mit der Bewertung von 1- und 2- überhaupt mit den qualitativ höheren Studien verglichen werden sollten oder ob die Differenz der Evidenzlevel nicht zu hoch ist, was zu Verzerrungen führen könnte. Wenn möglich wurden Konfidenzintervalle der einzelnen Studien angegeben. Falls dies nicht möglich war, wurde ein p-Wert angegeben.</p>
<p><i>Can the results be applied to the local</i></p>	<p>Die sechs Primärstudien, aus</p>

<p><i>population?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Australien, England und Schweden stammend, evaluierten den Effekt von Debriefing oder Beratungsinterventionen auf PTBS Resultate. Diese Länder haben ein anderes Gesundheitssystem als die Schweiz, weshalb auch nicht erkennbar ist, wie die Gesundheitsversorgung geregelt ist. Die erhobenen Daten treffen wohl auf die drei Länder zu, es ist jedoch fragwürdig, ob sie auf andere Länder anwendbar sind. Dies wird in der Studie nicht als Limitation genannt, was negativ bewertet werden kann. Die befragte Population wurde so ausgewählt, dass sie auf die Zielsetzung zutrifft und ist auch auf andere Settings übertragbar. Das Review könnte wiederholt werden, da alle verwendeten Studien detailliert aufgeführt wurden. Dazu wurde eine klare Suchstrategie mit Keywords und den Ein- und Ausschlusskriterien vorgelegt.</p>
<p><i>Were all important outcomes considered?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Es wird genannt, dass die Mehrheit der Frauen berichtete, die Möglichkeit das Geburtserlebnis zu diskutieren, sei für sie wertvoll. Da es ein quantitatives Literaturreview ist, werden ansonsten keine Meinungen miteinbezogen. Es wurde mit unterschiedlichen Messinstrumenten gemessen. Vier Studien gebrauchten den Impact of Events Scale (IES) um PTBS Resultate</p>

	<p>zu messen, eine Studie gebrauchte das Mini-International Neuropsychiatric Interview (Mini-PTSD), eine Studie den Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale – Self Report (PSS-SR). Es fragt sich, wie kompatibel diese Messinstrumente sind um miteinander verglichen zu werden?</p>
<p><i>Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Das RCT von Selkirk et al. (2006) zeigte, dass die Möglichkeit besteht, dass Debriefing einen negativen Effekt auf PTBS Resultate hat, in einer Teilmenge von Frauen, die viel medizinische Interventionen während der Geburt erlebten. Kann daraus die Schlussfolgerung gemacht werden, dass Debriefing nach med. Interventionen schädlich ist?</p>

Gütekriterien

Objektivität:

Die Autoren dieses Reviews hinterfragen im Ergebnisteil die Studien aufgrund der verschiedenen Debriefing Strategien. Sie zeigen auf, dass die Stichprobengröße von 80 bis 1745 Teilnehmern variiert. Zudem weisen sie darauf hin, dass die Einschlusskriterien in den verwendeten Studien unterschiedlich sind und dass verschiedene Messinstrumente für das PTBS Screening benutzt wurden. Andere methodische Differenzen wie die Anzahl Sitzungen (eins bis zwei), der Zeitpunkt (72h bis 72,2 Monate pp), die Variation in den Nachuntersuchungen (zwischen 1 bis 12 Monaten) wurden aufgeführt. Die Autoren diskutieren die Rolle der Hebamme im Debriefing und ob sie dafür Spezialtraining bräuchte. Alle acht inkludierten Reviews waren mittlere Qualität, weil sie keine Publikationsverzerrung ansprachen und keine Metaanalysen inkludierten. Die Autoren weisen auf diese Limitation und auf die selektive Berichterstattung im Ergebnisteil hin. Zudem geben sie zu verstehen, dass die Zusammenstellung des Reviews nur so verlässlich sein kann, wie die Methoden der inkludierten Primärstudien. Weil die Qualität der Primärstudien beschränkt ist, ist es wichtig sich dem Verzerrungspotential bewusst zu sein und die Interpretation der Resultate des systematischen Reviews mit Vorsicht zu geniessen. Weil die Autoren selbst sehr kritisch ihr getätigtes Review beurteilen, ist die Objektivität klar gegeben.

Reliabilität:

Die Methodik des Reviews ist nachvollziehbar. Die Suchstrategie mit den verwendeten Datenbanken und den Ein- und Ausschlusskriterien wurden genannt. Durch die Grafik im Ergebnisteil wird klar ersichtlich, wie sie zu den jeweiligen Studien gekommen sind und wie viele Studien sie weshalb inkludiert, respektive exkludiert haben. Die Qualität der Methoden der ausgewählten Studien wurde mit anerkannten Messinstrumenten beurteilt. Durch all diese klar genannten Vorgänge wäre dieses Review wiederholbar, was die Reliabilität gewährleistet.

Validität:

Die Zielsetzung der Studie wurde durch das ganze Review klar verfolgt und die gewählten Studien setzten sich alle mit dem Thema Debriefing und PTBS auseinander. Obwohl die Forscher kein eindeutiges Ergebnis erzielen konnten, ist dieses Review valide.

AUTOR: Skibniewski-Woods, D. (2011)

TITEL DER STUDIE: *A review of postnatal debriefing of mothers following traumatic delivery.*

CASP-LEITFRAGEN

<p>1. <i>Did the review ask a clearly-focused question?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Autoren nannten das Forschungsziel klar und definierten drei Schlagwörter: postnatale Morbidität, Geburtserlebnis und Geburtsnachgespräch.</p>
<p>2. <i>Did the review include the right type of study?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Hatten keine klaren Vorstellungen, welche Quellen sie inkludierten und welche nicht, sie nahmen alle themenrelevante Literatur unabhängig ob es sich um Studien oder auch Artikel handelte. Ein und Ausschlusskriterien wurden nur sehr spärlich erklärt. Zuerst sagten sie nur Literatur der letzten zehn Jahre, trotzdem nahmen sie nach dem zweiten Suchschritt alle gefundene Literatur ohne zeitliche Vorgabe. Dieses Vorgehen ist inkonsequent und wird auch nicht begründet weshalb sie dies so machen.</p>
<p>3. <i>Did the reviewers try to identify all relevant studies?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Datenbanken wurden erwähnt. Sie haben alle themenrelevante Literatur inkludiert. Kein Kontakt mit Experten, keine Suche nach unpublizierter Literatur. Es wurde nur englische Literatur verwendet.</p>
<p>4. <i>Did the reviewers assess the quality of the included studies?</i></p>	<p>Es wird nicht erwähnt, durch wie viele Personen die Suche überprüft wurde</p>

<p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>und ob dies unabhängig geschah. Es gibt keine theoretische Grundlage, wie sie die Qualität der Literatur überprüfen. Eine Aussage von einer Forscherin wird genommen, die ihre eigene Geburt als traumatisch erlebt. Das ist nicht objektiv und auch nicht neutral</p>
<p>5. <i>If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Einflussfaktoren, welche das Ergebnis beeinflussen können werden von den Autoren genannt Die Resultate sind sehr unterschiedlich, Heterogenität wird nicht überprüft aufgrund der beschreibenden Form.</p>
<p>6. <i>How are the results presented and what is the main result?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Bei vielen Aussagen ist die Referenz nicht klar angegeben und Aussagen wiederholen sich.</p>
<p>7. <i>How precise are these results?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Resultate sind in beschreibender Form dargestellt, keine Berechnung von CI oder p-Werten</p>
<p>8. <i>Can the results be applied to the local population?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Die Ergebnisse sind übertragbar, da das System mehrheitlich gleich ist wie in der CH</p>
<p>9. <i>Were all important outcomes considered?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>Verschiedene Sichtweisen werden beachtet: Sicht der Frau, des Spitäles, der Nachsorge In der Einleitung wird zwar als Ziel genannt, die Effektivität zu überprüfen. Auf dies wird nicht eingegangen, auch werden keine Scores oder Messinstrumente genannt, welche die</p>

	Effektivität überprüfen
<p>10. <i>Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?</i></p> <p>YES / CAN'T TELL / NO</p>	<p>NICE Guidelines werden erwähnt, die vom routinemässigen Anwenden abraten. Einerseits wird zwar davon abgeraten, aber ein wichtiges Resultat ist auch, dass das Zuhören alleine schon Therapie genug sein kann</p>

Gütekriterien

Objektivität:

Die Objektivität wird eingeschränkt, als die Autorin der Studie eine Aussage einer Forscherin zitiert, welche ihre eigene Geburt beschreibt. Es werden jedoch unterschiedliche Sichtweisen betrachtet, was die Thematik vielschichtig aufzeigt. Anhand welcher Kriterien die Literatur beurteilt wird, ist nicht erwähnt. Das Review wurde einem Peer-Review unterzogen, was die Qualität unterstützt.

Reliabilität:

Das methodische Vorgehen ist nur sehr knapp erwähnt, Ein-und Ausschlusskriterien sind kaum vorhanden. So ist es auch nicht nachvollziehbar begründet, um welche Stichprobe es sich handelt. Es wird nur erwähnt, dass Frauen mit «traumatischer Geburt» befragt wurden, wie dies gemessen wurde ist nicht klar. Es wird nicht erwähnt, aus welchen Ländern die untersuchte Literatur stammt, lediglich, dass sie englisch sprachig ist. Messinstrumente werden nicht genannt, deshalb ist die Reliabilität eingeschränkt. Die Autorin hinterfragt kritisch, welche Einflussfaktoren das Ergebnis beeinflussen können.

Validität:

Das methodische Vorgehen entspricht der Fragestellung. Als Ziel des Reviews wird genannt, die Effektivität des Geburtsnachgesprächs zu messen. Wie dies gemacht werden soll, wird nicht erwähnt und so wird bis zum Schluss des Reviews nicht mehr darauf eingegangen. Die Autorin nennt Praxisempfehlungen.

Fazit: Trotz Qualitätsmängeln ist dies ein wichtiges Review, weil es klare Empfehlungen für die Praxis abgibt und das Handeln der Fachpersonen beleuchtet. Es werden auch diverse Gesprächstechniken aufgezeigt, was für die Durchführung des Nachgesprächs essentiell ist.

Anhang F: Resultate der selektionierten Hauptstudien

Bastos et al. (2015)	
Titel der Studie	<i>Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth</i>
Ziel der Studie	Effekte eines Geburtsnachgespräches als präventive Intervention eines psychologischen Traumas nach einer Geburt verglichen mit standardisierter Wochenbettbetreuung
Design, Inkludierte Studien	Systematisches Review der Cochrane Datenbank mit 7 Einzelstudien
Land, Setting	Geburtshilfliche Abteilungen in Australien, England, Schweden
Stichprobe	Frauen jedes Alters, unabhängig von Parität oder Geburtsmodus, ohne zusätzliche Traumabehandlung Interventionsgruppe unterteilt in: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Universal</i>: alle Frauen nach der Geburt • <i>Selected</i>: Frauen mit Risiko eines psychologischen Traumas. Unterteilt in hohes (Operative Geburtsbeendigung, Notfallkaiserschnitt) und niedriges (Einlingsschwangerschaft, Schädellage, Spontangeburt) Risiko • <i>Indicated</i>: existierendes psychologisches Trauma oder vorhandene Symptome
Intervention	Psychologisches/ postnatales Nachgespräch bis ein Monat nach der Geburt <u>Herangehensweise</u> : 3RCTs mit CISD, 4 ohne Struktur/freies Erzählen. <u>Sitzung</u> : Einzel- oder Gruppensitzungen (4-5 Frauen). <u>Zeitpunkt</u> : 48h pp, 72h pp, 1 0 Tage pp, 1 Monat pp, innert Tagen oder Zeitpunkt unklar <u>Zeitpunkt der zweiten Sitzung</u> : vor Spitalentlassung, nach 2/3/6 /10 Wochen nach zwei Monaten <u>Dauer</u> : 15-60 min oder 30-120min <u>Fachperson</u> : Forschungshebamme, Nachsorgehebamme, Gynäkologe mit spezieller Schulung, Psychologe
Statistische Verfahren	Dichotome Daten (Prävalenz des Trauma/Depression/Angststörung/Geburtsangst)

	<ul style="list-style-type: none"> • Mantel-Haenszel Method für gepoolte Risk Ratio (RR) mit einem CI von 95% <p>Kontinuierliche Daten (<i>Continuous data</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwertsdifferenzen (<i>Mean Difference</i>) und CI von 95% wenn die Messdaten dieselbe Skalen benutzen oder wenn es nur eine Studie gab • Bei verschiedenen Skalen wurde die standardisierte Mittelwertsdifferenz verwendet (Mean difference) und ein CI von 95% • Numbers needed to treat (NNTB) wurde berechnet für die Prävention des psychologischen Stresses von hoch-Risiko Frauen <p>Studien mit mehreren Behandlungsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Single pair-wise Comparison <p>Cluster-randomisierte Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intra-cluster-correlation coefficient (ICC) <p>Bei fehlenden Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intention-to-treat (ITT) • Sensitivity analyses • Standard errors (SEs) • CI • t-test <p>Heterogenität</p> <ul style="list-style-type: none"> • I^2-test • Chi^2-test <p>Assesment of reportin biases</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funnel plots <p>Data Synthesis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Random-effects model meta analyses • Transformierte Daten • Extrahierte Daten wurden als Narrativ verfasst <p>Sensitivity analysis</p> <p>Um den Effekt der Studien mit hohem Bias zu berechnen</p>
Ergebnisse	<p>Hauptresultat</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Unterschied zwischen <i>Debriefing</i> und standardisierter Wochenbettbetreuung bezüglich der Prävention psychologischer Traumata bis drei Monate postpartal oder drei bis sechs Monate nach der Geburt • Die Prävalenz von PTBS Symptomen schon am 10 Tag postpartum zu entdecken ist eher unwahrscheinlich, aber akute Stresssymptome können vorliegen <p>Signifikante Resultate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad des psychologischen Traumas mittelfristig

	<p>(3-6 Monate) bei individueller, mehrfacher Sitzung (CI 2.47)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävalenz der Angststörung bei <i>selected</i> Frauen kurzfristig (bis drei Monate) reduziert (CI 0.05-0.37)
Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt wenig oder keine Evidenz um einen positiven oder negativen Effekt des psychologischen Geburtsnachgesprächs für die Prävention psychologischer Traumen für Frauen nach der Geburt auszumachen • Es gibt keine Evidenz um routinemässige Geburtsnachgespräche für Frauen, die ihre Geburt als traumatisch erlebten, zu unterstützen
Von den Autoren der Studie genannte Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität in der Methodik der Einzelstudien war tief • Hohes Bias Risiko in verschiedenen Bereichen (Performance Bias, Randomisierung, Inkomplette Daten) • Mehr Forschung in diesem Gebiet erwünscht

Borg et al. (2014)

Titel der Studie	<i>A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress</i>
Ziel der Studie	Zu erforschen, ob effektive Massnahmen existieren, die Hebammen dazu befähigen die PTBS zu erkennen und entsprechend zu therapieren
Design, Inkludierte Studien	Systematisches Review RCT, klinische Studien, Kohortenstudien, Literaturreviews
Land, Setting	Geburtshilfliche Abteilungen oder Nachsorgekontrolle zu Hause in Australien, England, Schweden
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Gesunde Frauen mit Termingeburten • Frauen mit operativen Geburtsbeendigungen oder Notfallkaiserschnitt • Frauen mit Kriterium A des DSM-IV
Intervention	<p><u>Herangehensweise:</u> unstrukturiert oder nach CISD</p> <p><u>Sitzung:</u> Einzel- oder Mehrfachsitzungen</p> <p><u>Zeitpunkt:</u> 72h pp., nach 10d, 1.3-72.2 Monate pp.</p> <p><u>Zeitpunkt der zweiten Sitzung:</u> nach 4-6 Wochen, 10 Wochen,</p> <p><u>Dauer:</u> 15-60 min, 40-60 min., 60-90min,</p>

	<p><u>Fachperson</u>: Hebammen mit CISM-Training, Spitalhebamme, Nachsorgehebammen mit Training im postnatalen Debriefing oder Beratungstechniken, Forschungshebamme</p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Keine evidenzbasierten, hebammengeleiteten Interventionen zur Behandlung der PTBS vorhanden jedoch sind Non-direktive Beratungsinterventionen evidenzbasiert • Frauen beschreiben subjektiv ein Geburtsnachgespräch als Nützlich • ein Monat postpartal reduzierte PTBS Symptome ($F(1,113) = 6.63, \eta^2 = 0.06, p < 0.05$) • drei Monate postpartal nach einer Debriefing Session mit CISM- Ansatz Reduktion der PTBS-Symptome gemessen am PSS ($t [101] = 2.144, p = 0.035$)
Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Intervention kann definitiv empfohlen werden um eine Frau nach traumatischer Geburt zu behandeln • Hebammen haben eine wichtige Rolle, Frauen mit psychologischen Erkrankungen postpartal zu erkennen und entsprechend zu therapieren • Frauen soll die Möglichkeit gegeben werden, ihre Geburt zu diskutieren, falls sie das wünschen • Es braucht eine sichere Umgebung und einen guten Zuhörer <ul style="list-style-type: none"> • Symptome der PTBS müssen Hebammen kennen und ggf. ein Screening anbieten • Für das Wohlergehen der Mütter müssen sie vernetzt sein und es muss eine interprofessionelle Betreuung stattfinden
Von den Autoren der Studie genannte Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationsbias • Unterschiede in der Qualität der Methode in den Primärstudien

Baxter et al. (2014)	
Titel der Studie	<i>A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress</i>
Ziel der Studie	Handhabung des postpartalen Nachgesprächs
Design, Inkludierte Studien	Narratives Review mit Meta-Ethnographischer Herangehensweise, Surveys, qualitative Studien, mixed-method-Studien, RCTs, Literaturreviews
Land, Setting	Geburtshilfliche Abteilungen in Australien, England, Schweden
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Frauen postpartal • Spezifische Gruppen (operative Geburtsbeendigung) • Frauen mit Traumasymptomen
Intervention	<u>Herangehensweise:</u> Strukturiert oder unstrukturiert <u>Sitzung:</u> Einzel- oder Mehrfach Sitzungen <u>Zeitpunkt:</u> vor Verlassen des Spitals, erste Woche nach der Geburt, bis 12 Monate <u>Zeitpunkt der zweiten Sitzung:</u> fehlende Angaben, <u>Dauer:</u> fehlende Angaben <u>Fachperson:</u> Geburtshebamme oder Wochenbetthebamme im Spital
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt zwei Arten von <i>Debriefing</i>: strukturiert und unstrukturiert • Frauen reagieren grundsätzlich positiv auf ein Geburtsnachgespräch • Keine Evidenz, dass ein Geburtsnachgespräch die psychologische Morbidität postpartal reduziert
Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Geburtsnachgespräch sollte für alle Frauen verfügbar sein • Es ist für Fachpersonen wichtig zu verstehen, was die Geburt traumatisch für eine Frau machen kann • Weitere Forschung bezüglich Sicht der Hebamme notwendig
Von den Autoren der Studie genannte Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine allgemeingültige Definition von <i>Trauma</i> oder <i>Debriefing</i> • Unterschiedliche Stichproben

Skibniewski- Woods (2011)	
Titel der Studie	<i>A review of postnatal debriefing of mothers following traumatic delivery</i>
Ziel der Studie	Untersucht die Effektivität des Geburtsnachgespräches zwischen 10-14d postpartal um die Empfehlungen der Praxis zu überprüfen
Design, Inkludierte Studien	Narratives Review
Land, Setting	Unklar (vermutlich England), Spital und zu Hause
Stichprobe	Frauen mit traumatischer Geburt
Intervention	Nachgespräch 10-14 Tage postpartal
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Nur 50% der Frauen erhält die emotionale Unterstützung, die sie gebraucht hätten • Der Begriff Debriefing ist nicht passend • Ein erfahrener und verständnisvoller Zuhörer soll das Gespräch führen • Ein einzelnes Gespräch in den ersten Tagen nach der Geburt ist ineffizient • Hauptgrund für ein enttäuschendes Geburtserlebnis ist Geburtsschmerz und ein Notfallkaiserschnitt • Für die Verarbeitung muss zuerst das Trauma anerkannt werden
Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kein routinemässiges Geburtsnachgespräch • Frauen unterstützen, über die Geburt zu sprechen in einem sicheren Umfeld • Geburtsbericht soll verfügbar sein • Gespräch soll durch Fachperson geleitet werden
Von den Autoren der Studie genannte Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Es kann unethisch sein, die Kontrollgruppe nicht zu behandeln • Qualitative- oder mixed-method Forschung wäre sinnvoller • Fast alle Frauen finden das Nachgespräch sinnvoll, es kann aber nicht durch quantitative Forschung bestätigt werden

Anhang G: Resultate Bastos et al. (2015)

Resultate Bastos et al. (2015)

Population: Frauen jedes Alters, unabhängig von Parität oder Geburtsmodus

Intervention: Psychologisches oder postnatales Nachgespräch bis ein Monat nach der Geburt

Interventionsgruppe: unterteilt in *universal*, *selected* und *indicated*

Universal: alle Frauen nach der Geburt

Selected: Frauen mit Risiko eines psychologischen Traumas. Unterteilt in hohes (Operative Geburtsbeendigung, Notfallkaiserschnitt)

und niedriges (Einlingsschwangerschaften, Schädellage, Spontangeburt) Risiko

Indicated: existierendes psychologisches Trauma oder vorhandene Symptome

Kontrollgruppen: Normale Wochenbettnachsorge ohne psychologische Interventionen oder formelles Nachgespräch¹

Beschreibung der Studien					
Suchresultate	Total 2009 Forschungsarbeiten. 15 Volltexte. Davon 7 Studien relevant für das Review	Sample Size/ Teilnehmer	102 bis 1745 Frauen Unterteilt in <i>universal</i> , <i>selected</i> , <i>indicated</i>	Design	5 Randomisiert, 2 «quasi» randomisiert
Inkludierte Studien	7 Studien Gamble, 2005;	Interventionen	<u>Art</u> : drei Teilnehmergruppen, keine zusätzliche Traumabehandlung		

¹ Gilt als «Formelles Debriefing» sobald der Aspekt von «normalisation of woman's emotional reaction», nur Informationen oder nach der Geburt zu fragen zählt nicht als Debriefing

	Kershaw, 2005; Lavender, 1998; Priest, 2003; Ryding, 1998; Ryding, 2004 ; Small, 2000		<u>Herangehensweise:</u> 3RCT's mit CISD ² , 4 ohne Struktur/freies Erzählen. Sitzung: Einzel- oder Gruppensitzungen (4-5 Frauen). Kontakt: Direkter Kontakt ³ oder per Telefon Dauer: 15-60 min. oder 30-120min.
Setting	Spitäler in Großbritannien, Australien und Schweden		Fachperson: Forschungshebamme, Nachsorgehebamme, Gynäkologe mit spezieller Schulung, Psychologe ⁴ <u>Häufigkeit:</u> Einzelsitzung, zweites Gespräch nach 2/3/6 ⁵ /10 Wochen nach zwei Monaten, vor Spitalentlassung <u>Zeitpunkt:</u> 48h pp, 72h pp, 1 0 Tage pp, 1 Monat pp, innert Tagen oder Zeitpunkt unklar
Vergleich	Zwischen Standartversorgung mit einem Nachgespräch und Standartversorgung ohne Nachgespräch	Risiko eines Bias	<u>Zuordnung:</u> Moderates Level des Bias in allen 7 Studien. 2 Studien mit Selektionsbias aufgrund der systematischen Methode. 5/7 Studien mit kleinen Stichproben (n<200) <u>Blinding</u> Performance Bias: Hohes Risiko in allen 7 RCT's, da es aufgrund der Intervention nicht möglich ist.
Exkludierte	1972 Forschungs-		

² Critical Incident stress Debriefing, Model von Mitchell (1983) mit 7 Stufen

³ Erster Kontakt fand immer persönlich statt, weitere Sitzungen entweder persönlich oder am Telefon

⁴ Gruppensitzungen wurden immer von Psychologe geleitet

⁵ Zweites Gespräch nach 2 Wochen fand telefonisch statt

Studien	arbeiten ausgeschlossen aufgrund der Ein/Ausschlusskriterien. 2 Studien, weil sie nicht randomisiert wurden, 2 Weil «Debriefing» anders definiert wurde, 1 Studie mit Kindstod, 1 mit Unterscheidung von hohem/niedrigem Level von medizinischen Interventionen		Detection Bias: 1 Studie mit Telefonkontakt, 1 mit Fragebögen. Fragebögen sind aber subjektiv <u>Inkomplette Outcomedaten</u> Unklares Level von vorzeitigem Verlassen der Studie, in einer Studie 20% Aussteigerquote ⁶ jedoch kein Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe. Frauen, die Fragebogen nicht retournierten unterschieden sich in ihrem sozial- ökonomischen Status zu den Frauen, die den Fragebogen retournierten (jünger, Single, ethnische Minderheit) und mit höherem Stress (verdeckte Schwangerschaft, Kind auf Neo., Erkrankung) ⁶ . 28% der Frauen nahmen nicht an Gruppensitzungen teil aufgrund «Unwohlsein» oder «verhindert» ⁷
Effekte der Interventionen	Nicht angebracht, im Review zwischen Einzel- und- Mehrfachsitzungen zu unterscheiden. Es ist unklar, wie viele Sitzungen tatsächlich		<u>Selektive Berichtserstattung</u> : fehlende Daten von Fragebögen, die auf Selbsteinschätzung beruhen in zwei Studien, weshalb sie nicht in für Metaanalyse verwendet werden konnten <u>Andere Ursachen</u> verminderte Generalisierbarkeit, weil es Gruppenunterschiede gab betreffend sozial-ökonomischen Status und viele Frauen mit tiefem Status nicht teilnahmen.

⁶ Kershaw et al., 2005

⁷ Ryding et al., 2004

	stattfinden		Unklar, ob die Veränderung der PTBS Symptome 10 Tage pp. Allein auf die Intervention zuzuschreiben ist. Auch möglich, dass die Nachsorgehebamme selber ein Nachgespräch initiiert haben, bevor es von den Forschenden stattfand.
--	-------------	--	--

Hinweis Waren zu wenig Daten vorhanden, konnte keine Analyse durchgeführt werden. Folglich fehlen Angaben als CI

Comparison I: Vergleich der Standardversorgung mit Debriefing vs. Standardversorgung ohne Debriefing									
Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe von:	Kurzfristig (bis 3 Monate)			Mittelfristig (3-6 Monate)			Langfristig (> 6 Monate)		
	Selected	Indicated	Universal	Selected	Indicated	Universal	Selected	Indicated	Universal
1.1 Prävalenz des psychologischen Traumas	Nicht signifikant CI 0.34-1.06	Nicht signifikant CI 0.66-2.01	Keine Daten vorhanden	Nicht signifikant bei « High Risk » CI 0.27-1.42	Nicht signifikant, (individuelle, mehrfache Sitzungen)	Nicht signifikant	Keine Daten vorhanden	Keine Daten vorhanden	Nicht signifikant CI 0.23-2.23 ²
Messinstrument: Mini- PTSD-									

Scale, IES-R-Scale									
1.2 Schweregrad des psychologische n Traumas Messinstrument : IES-S- Score	Keine Daten vorhande n	Nicht signifikan t CI -1.94- 0.66	Nicht signifikant bei einzelner und individuelle r Sitzung	Keine Daten vorhande n	Signifikant CI -2.47 bis -0.11 bei individueller , mehrfachen Sitzungen	Nicht signifikant einzelner und individuelle r Sitzung, keine Daten für Analyse vorhanden	Keine Daten vorhande n	Keine Daten vorhande n	Nicht signifikant (Individual , single), keine Daten für Analyse vorhande n

	Selected	Indicated	Universal
1.4. a) Prävalenz der Angststörung Messinstrument: HAD-Scale, DASS Measurment of anxiety	Kurzfristig - Signifikant bei CI 0.05-0.37	Mittelfristig - Nicht signifikant (Keine Daten vorhanden
1.5a) Prävalenz der Geburtsangst Messinstrument: W-DEB(Q)	Kurzfristig - Nicht signifikant	Keine Daten vorhanden	
1.6 a) Prävalenz von allgemeiner psychischer Moridität Messinstrument: SF-36-subscale	Mittelfristig - Nicht signifikant bei « selected »single, individual) CI -3.90-0.88		
1.6b Schweregrad von allgemeiner psychischer Morbidität Messinstrument: SF-36-subscale	Langfristig - Nicht signifikant bei «high Risk» (single, individual) CI -0.023.62		
1.3a) Prävalenz der	Nicht themenrelevant		

Depression 1.3b) Schweregrad der Depression	
1.4b) Schweregrad der Angststörung 1.7) Gesundheitsversorgung 1.8) Beendigung der Behandlung 1.9) Benutzung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung	Keine Daten vorhanden

Anhang H: Modell Gamble et al. (2005)

Table 1. Counseling Overview

<i>Strategy</i>	<i>Key Elements of Counseling Intervention</i>
Therapeutic relationship between midwife and woman	Show kindness; affirm competence of the woman, simple nonthreatening and open questions about the birth, attentive listening, and acceptance of woman's perspective.
Accept and work with women's perceptions	Prompt the woman to tell her own story, listen with encouragement but not interruption.
Support expression of feelings	Encourage expressions of feelings by open questions, actively listening, reflecting back the woman's concerns.
Filling in missing pieces	Clarify misunderstandings, offer information, answer questions realistically and factually, ask questions about key aspects to check understanding. Do not defend or justify care provided.
Connect event with emotions and behaviors	Ask questions to determine if the woman is connecting current emotions and behaviors with the traumatic event(s). Acknowledge and validate grief and loss. Gently challenge and counter distorted thinking such as self-blame and a sense of inadequacy. Encourage the woman to see that inappropriate or hasty decisions may be a reaction to the birth.
Review labor management	Ask if the woman thought that anything should have been done differently during labor. Offer new or more generous or accurate perceptions of the event. Realistically postulate how certain courses of action may have resulted in a more positive outcome. Acknowledge uncertainty.
Enhance social support	Initiate discussion about existing support networks. Talk about way to receive additional emotional support. Help the woman understand that her usual support people may be struggling with their own issues.
Reinforce positive approaches to coping	Reinforce comments by women that reflect a clearer understanding of the situation, plan for the way forward or outline positive action to overcome distress. Counter oblique defeatist statements.
Explore solutions	Support women to explore and decide on potential solutions, e.g., support group(s), further one-to-one counseling, seeking specific information, accessing the complaint system.

Anhang I: Gesprächsleitfaden

Theoretische Grundlagen für die Durchführung des Geburtsnachgesprächs nach einer traumatischen Geburt

Allgemeines zur Situation von Frauen mit traumatischem Geburtserlebnis

Risikofaktoren

- Interventionsreiche Geburten wie vaginal-operative Geburtsbeendigung, Notfallsectio oder II°-Sectio, PPH¹

Symptome

- Flashbacks
 - Alpträume
 - allgemeiner Stress
 - Amnesie
 - Schlafstörungen
 - Dissoziation
 - negative Bewertung des Selbstwertes
 - Unwillen zu Stillen aufgrund von Angst der Mutter von erneuten Verletzungen an ihrem Körper
 - Ausweichendes und ablehnendes oder dann überängstliches und beschützendes Verhalten zum Kind
 - Verdrängt Geburt
 - Konzentrations-, Schlafstörungen und erhöhte Schreckhaftigkeit
 - Gefühlslosigkeit, Distanziertheit
- Wichtig:** Frauen mit Risikofaktoren oder Symptomen der traumatischen Geburt das Gespräch empfehlen

Zeitpunkt

- Kein allgemein gültiger Zeitpunkt, sondern wann die Frau bereit ist
- Vorzugsweise erstes Gespräch im ersten Monat nach der Geburt aber nicht in einem Stresszustand der Frau

Vorbereitung für das Gespräch

- Geburtsbericht mitnehmen
- Einlesen in den Geburtsbericht, Überblick verschaffen
- Anschauungsmaterial (Geburtsatlas, Pupe) mitnehmen
- *Post Traumatic Stress Disorder-Symptom-Scale* (PTSD) mitnehmen²

¹ Postpartale Hämorrhagie

² Falls Frau bereits Symptome zeigt, den *PTSD-Symptom-Scale* zur Einschätzung der Situation ausfüllen lassen. Ansonsten Frau aufklären, dass sie diesen ausfüllen kann, falls sie das Gefühl hat Symptome zu haben (auch Wochen-Monate bis Jahre später)

Gesprächsleitfaden		
Themen	Beispielfragen	Hinweise
Frau erzählt ihre Version der Geburtsgeschichte	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie haben Sie ihre Geburt erlebt?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Situation erfassen • Frau Geschichte berichten und beenden lassen
Frau erzählen lassen, was Sie schwierig erlebt hat während der Geburt/ Gefühle ausdrücken lassen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Was haben Sie als schwierig empfunden bei der Geburt?</i> • <i>Haben Sie eine Erklärung, wie es dazu gekommen ist?</i> • <i>Was hat Ihnen Angst gemacht?</i> • <i>Was hat Sie gestört?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse der Frau erfassen • Problemsituation klären • Einschätzen, ob die Frau die Geburt traumatisch erlebt hat
Fehlende Informationen ergänzen anhand des Geburtsberichtes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gibt es Informationen, die Ihnen fehlen?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische und fachliche Informationen erklären • Schriftliche Informationen abgeben und erklären (z.B. Kopie des Geburtsberichtes)
Verständnis der Frau überprüfen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie erklären Sie sich die Ereignisse der Geburt?</i> • <i>Was ist Ihnen noch unklar?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Emphatisch auf falsches Verständnis der Frau hinweisen
Normalität dieser Gefühle betonen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welche Gefühle verbinden Sie mit der Geburt?</i> • <i>Was haben Sie als besonders schön bzw. besonders schwierig empfunden?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle verbalisieren • Akzeptanz von Schuld, Scham, Trauer demonstrieren • Die Frau unterstützen, Schuldgefühle loszulassen und sich selber zu vergeben • Wertschätzung ihrer Geburtsgeschichte
Zukunftswünsche mit der Frau besprechen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Was wäre Ihnen wichtig für weitere Geburten?</i> • <i>Was muss aus ihrer Sicht noch verarbeitet werden?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Wünsche einbeziehen • Bestätigen, dass jede Geburt verschieden verlaufen kann
Strategien mit Frau entwickeln, Ressourcen fördern	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Was hilft Ihnen die negativen Gefühle zu verarbeiten?</i> • <i>Was gelingt Ihnen gut (Umgang mit Kind, Stillen etc.)?</i> • <i>Gibt es Personen, die Sie unterstützen?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Herausfinden, ob die Frau nochmals den Ort oder beteiligte Personen während der Geburt sehen möchte • Auf eigene Ressourcen hinweisen • Nach Bewältigungsstrategien der Frau fragen
Weiteres Vorgehen besprechen, wie beispielsweise weitere Sitzungen, interprofessionelle Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ist das Bedürfnis vorhanden, mit einem/r Psychologen/in zu sprechen?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Zweite Sitzung mit Hebamme oder anderer Fachperson planen (persönlich oder per Telefon) • Zuständigkeiten klären: Wer übernimmt weitere psychologische Betreuung? • Offene Fragen klären • Gespräch bewusst abschliessen