



Aktives Gebären

Der Einfluss der Gebärposition auf
das Geburtserlebnis der Gebärenden

Bürgi Fabienne

Liechti Jeanne

Departement Gesundheit

Institut für Hebammen

Studienjahr: HB20

Eingereicht am: 02.05.2023

Begleitende Lehrperson:

Dr. rer. medic. Christine Loytved

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Hintergrund: Obwohl eine fundierte Evidenzlage gegen die Verwendung der Rückenlage spricht, bleibt diese weiterhin die meistverbreitete Gebärposition. Es stellt sich die Frage, wie Gebärende die Gebärposition erleben. Das Geburtserlebnis der Gebärenden ist für Hebammen von grosser Relevanz, da sich dieses signifikant auf das postpartale Befinden auswirkt.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welchen Einfluss die Gebärposition in der physiologischen Austrittsphase auf das Geburtserlebnis der Gebärenden hat. Daraufaufgehend können Empfehlungen für die Hebammenarbeit abgeleitet werden.

Methode: Die Fragestellung wurde mittels einer Literaturrecherche beantwortet. Analysiert und diskutiert wurden eine quantitative und eine qualitative Studie, sowie ein Review und vier Erlebnisberichte.

Ergebnisse: Die Gebärposition hat einen Einfluss auf das Geburtserlebnis, wobei jedoch keine "perfekte" Gebärposition definiert werden konnte. Vielmehr scheint das Erleben der Gebärposition individuell und durch viele Faktoren beeinflusst zu sein. Positiv auf das Geburtserlebnis wirkt sich die aktive Involvierung der Gebärenden in die Entscheidungsfindung ihrer Gebärposition aus. Durch eine adäquate Betreuung können Hebammen Gebärende darin unterstützen, die Geburt positiv zu erleben.

Schlussfolgerung: Ein Wandel der klinischen Geburtspraxis ist angezeigt. Die frauenzentrierte Begleitung sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung während der Geburt sind dabei zentrale Aspekte. Weitere Forschung erweist sich als notwendig.

Keywords: Gebärposition, Geburtserlebnis, Gebärende, physiologische Austrittsphase

Vorwort

Die vorliegende Arbeit richtet sich an Hebammen und weitere Fachpersonen mit Grundkenntnissen, die Interesse an diesem Thema zeigen. Es wird davon ausgegangen, dass ein medizinisches Grundverständnis vorhanden ist und Fachbegriffe daher verwendet werden können.

Die Arbeit wurde in geschlechtergerechter Sprache verfasst. Es werden geschlechtsneutrale Ausdrücke, wie *Ärztenschaft* sowie Kurzformen mit Genderzeichen, wie *Ärzt*innen* benutzt. Für diese Arbeit relevant sind Personen, die geboren haben und daher weibliche Geschlechtsorgane besitzen. Zum Teil wird für sie der Begriff *Frau* verwendet, jedoch sind alle potenziellen Genderidentitäten mitgemeint. Weiter werden die Begriffe *Schwangere*, *Gebärende* und *Wöchnerin* für Personen benutzt, die sich in der speziellen Lebensphase rund um die Geburt befinden.

Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit werden als *Autorinnen* bezeichnet und Verfasser*innen von zitierter Literatur als *Forschende*.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	5
1.1 Problemstellung und Relevanz für die Hebammentätigkeit	5
1.2 Fragestellung	7
1.3 Zielsetzung	7
1.4 Abgrenzung	7
2. Methodik	8
2.1 Form der Arbeit	8
2.2 Vorgehen bei der Literaturrecherche	8
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	9
2.4 Ausgewählte Literatur	9
3 Theoretischer Hintergrund	11
3.1 Physiologische Geburt	11
3.1.1 Geburtsphasen	11
3.1.2 Fetus-Ejektions-Reflex.....	12
3.2 Gebärdposition	13
3.2.1 Historische Entwicklung	14
3.2.2 Gängige Praxis in der klinischen Geburtshilfe.....	16
3.2.3 Klinisches Outcome	17
3.2.4 Muskuläre und knöchernen Strukturen	17
3.2.5 Sensomotorik.....	18
3.2.6 Hormonausschüttung.....	19
3.3 Embodiment	19
3.4 Geburtserlebnis	21
3.5 Selbstbestimmung und Autonomie vs. Fürsorge	22

3.6	Darstellung der verwendeten Literatur	25
3.6.1	Darstellung der wissenschaftlichen Literatur.....	25
3.6.2	Darstellung der Geburtsberichte	26
4	<i>Diskussion</i>.....	30
4.1	Einfluss auf die Wahl der Gebärposition	30
4.2	Ambivalenz des Erlebens von Gebärpositionen	31
4.3	Das Kontrollgefühl der Gebärenden	32
4.4	Wirkung der Körperhaltung	34
4.5	Empowerment der Gebärenden durch die Hebamme.....	35
4.6	Bezug zur Fragestellung	38
5	<i>Schlussfolgerung</i>.....	39
5.1	Empfehlungen für die Hebammentätigkeit	39
5.2	Limitationen.....	40
5.3	Ausblick.....	42
	<i>Wortzahl</i>.....	43
	<i>Literaturverzeichnis</i>.....	44
	<i>Tabellenverzeichnis</i>.....	51
	<i>Abkürzungsverzeichnis</i>.....	51
	<i>Danksagung</i>	53
	<i>Eigenständigkeitserklärung</i>.....	53
	<i>Anhang I: Rechercheprotokoll nach Hirt, J. & Nordhausen, T. (2020)</i>	54
	<i>Anhang II: Beurteilung der Studien nach AICA</i>.....	58
	<i>Anhang III: Beurteilung des Reviews nach CASP</i>.....	75
	<i>Anhang IV: Beurteilung der Geburtsberichte nach Büttner (2007)</i>.....	78

1. EINLEITUNG

Das Empowerment der Frau unter der Geburt ist heutzutage ein weitverbreitetes Thema. Autonomie und Selbstbestimmung der Gebärenden sollen gestärkt werden. Teil davon ist, dass die Gebärende ihre Gebärposition frei wählen kann (Franke, 2019). Sie soll laut der S3-Leitlinie "vaginale Geburt am Termin" bei der Geburt des Kindes dazu motiviert werden, eine ihr angenehme, aufrechte Gebärposition einzunehmen (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG] & Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft [DGHWi], 2020). Dabei spielt die Hebamme eine wichtige Rolle, da sie den grössten Einfluss auf die eingenommene Gebärposition hat (Enßle-Kastenhuber, 2019).

Im Rahmen eines Gebärsaalpraktikums erlebte eine der Autorinnen in der Rolle als Hebammenstudentin eine prägende Geburtssituation. Dabei war der Aspekt des Geburtserlebnisses in Bezug auf die Gebärposition deutlich erkennbar: Eine Gebärende veratmete kräftige Wehen intuitiv und brauchte kaum Unterstützung der betreuenden Hebammenstudentin. Bei einsetzendem Pressdrang wurde sie aufgefordert, sich für eine vaginale Untersuchung hinzulegen. Die Gebärende blieb dann bis zur Geburt des Kindes in erhöhter Rückenlage. Auf sie herab schauten ihr Mann, die Assistenzärztin, die Hebamme und die Hebammenstudentin. Die Gebärende gebar ihr Kind aus eigener Kraft und ohne Anleitung. Nach der Geburt gratulierte ihr die Hebammenstudentin zu ihrer kraftvollen Leistung. Daraufhin antwortete die Wöchnerin, sie habe für die Geburt ja ein ganzes Team gebraucht, es sei deshalb nicht ihr Verdienst. Dass die Gebärende die unglaubliche Leistung ihrer Geburtsarbeit nicht sich selbst, sondern vorwiegend dem Betreuungsteam zuschrieb, machte die Hebammenstudentin betroffen. Aufgrund dieser Erfahrung entstand der Wunsch nach einem vertiefteren Verständnis des Geburtserlebnisses der Gebärenden in Bezug auf ihre Gebärposition.

1.1 PROBLEMSTELLUNG UND RELEVANZ FÜR DIE HEBAMMENTÄTIGKEIT

Laut Chabbert et al. (2021) wird die Geburt von 33% der Gebärenden negativ oder traumatisch erlebt. Unter anderem kann eine posttraumatische Belastungsstörung oder postpartale Depression Folge einer Geburt sein (Allen, 1998). Bei einem positiven

Geburtserlebnis hingegen wird die Gebärende empowert. Deshalb ist für die Hebamme zusätzlich zur medizinisch-geburtshilflichen Fachkompetenz das Wissen bezüglich Geburtserlebnis der Gebärenden von Bedeutung. Die Hebamme spielt dabei eine wichtige Rolle und soll informiert und geübt sein, um die Gebärende diesbezüglich stärken zu können. Dies wird in den Abschlusskompetenzen von Hebammen an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft, basierend auf dem CanMEDS Rollenmodell, festgehalten. Die Hebamme soll als Kommunikatorin eine vertrauensvolle Beziehung mit der Schwangeren und Gebärenden gestalten, sie in ihrer Selbstbestimmung stärken und peripartal die gemeinsame Entscheidungsfindung fördern (Graf Heule et al., 2023).

Daneben werden in der Literatur medizinische Vorteile einer bewegten Geburt beschrieben. Eine aufrechte Gebärposition verkürzt die Dauer der Austrittsphase (AP), vermindert die Schmerzen der Gebärenden sowie den Einsatz von Schmerzmitteln. Zudem führt eine aufrechte Gebärposition weniger häufig zu vaginal-operativen Entbindungen, Episiotomien und fetalem Stress (DGGG & DGHWi, 2020; Franke, 2019; Gupta et al., 2017). Der Einfluss der Gebärposition auf die Psyche und Emotionen der Gebärenden wurde wenig untersucht. Im Spital-Setting erlebten die Autorinnen vorwiegend liegende Gebärpositionen. Diese Erfahrung spiegelt sich in der Literatur (Enßle-Kastenhuber, 2019; Gupta et al., 2017; Irvin et al., 2022; Kuntner, 2007; Ramsayer et al., 2004). Der Fokus liegt auf der AP. Sie ist von besonderer Relevanz, da nach klinischer Erfahrung der Autorinnen die Bewegungsfreiheit der Gebärenden meist erst ab diesem Zeitpunkt eingeschränkt wird und die Gebärende dazu angehalten wird, in eine horizontale Gebärposition zu gehen. Somit besteht eine Diskrepanz zwischen der erlebten Praxis und dem aktuellen Forschungsstand. Diese Diskrepanz fordert die Hebamme auf, ihre praktische Tätigkeit zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen. Gemäss den Abschlusskompetenzen der Hebamme soll diese in der Rolle der Scholar ihr Wissen während ihrer ganzen Berufslaufbahn stetig aktualisieren und neues Wissen in die Praxis integrieren (Graf Heule et al., 2023). Zusätzlich stellt ein adäquates Management in Bezug auf Gebärpositionen eine nicht-invasive, kostengünstige und geburtsunterstützende Intervention dar, die wenig, bis kein Material benötigt und in allen Settings durchgeführt werden kann. Darin sehen die Autorinnen ein grosses Potential, die klinische Geburtshilfe mit einfachen Mitteln zu optimieren.

Schlussendlich ist das Anliegen der Autorinnen, einen Bezug zwischen Gebärposition und Geburtserlebnis der Gebärenden herzustellen und daraus ein Werkzeug zum Empowerment der Gebärenden zu entwickeln. Die Verbindung der beiden Aspekte scheint den Autorinnen zentral für eine adäquate, frauenzentrierte Betreuung.

1.2 FRAGESTELLUNG

Die Fragestellung wurde anhand des Interesses der Autorinnen und bestehender Literatur wie folgt formuliert: Welchen Einfluss hat die Gebärposition in der physiologischen AP auf das Geburtserlebnis der Gebärenden?

Es wird darauf hingewiesen, dass die Art, wie die Gebärposition festgelegt wird, bei der Bearbeitung der Fragestellung miteinfliesst. Damit gemeint ist, ob die Gebärende die Gebärposition selber wählt, gemeinsam mit der Hebamme festlegt oder ob die Hebamme die Gebärende dazu anweist, eine bestimmte Gebärposition einzunehmen.

1.3 ZIELSETZUNG

Ziel der Arbeit ist es, anhand einer Literaturrecherche den Zusammenhang zwischen Gebärposition und Geburtserlebnis der Gebärenden zu untersuchen. Dabei soll die Rolle der Hebamme sowie die Selbstbestimmung der Gebärenden bei der Findung der finalen Gebärposition für die AP miteinbezogen werden. Daraus resultierend können praxisbezogene Handlungsempfehlungen für Hebammen abgeleitet werden.

1.4 ABGRENZUNG

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem subjektiven Erlebnis von Gebärenden. Die Begleitperson der Gebärenden wird nicht berücksichtigt. Weiter werden nur physiologische Geburten in Betracht gezogen. Aufgrund der vorhandenen Literatur können vorwiegend Aussagen über Gebärende, die in Europa leben getroffen werden. Jedoch wurden in dieser Hinsicht keine Ausschlusskriterien festgelegt. Diese Arbeit richtet sich in erster Linie an ein geburtshilfliches Expert*innenpublikum, aber auch an weitere interessierte Personen.

2 METHODIK

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der Literaturrecherche vorgestellt und das Vorgehen bei der Auswahl der verwendeten Quellen zur Beantwortung der Fragestellung erläutert.

2.1 FORM DER ARBEIT

Dies ist eine themengeleitete Bachelorarbeit. Um das Geburtserlebnis, das auf einer subjektiven Empfindung beruht, umfänglich untersuchen zu können, werden neben Studien und Reviews auch aktuelle Leitlinien zur Geburtshilfe, Fachartikel und Geburtsberichte einbezogen. Im Anschluss an die Auseinandersetzung mit der Thematik wird eine Gegenüberstellung zwischen der genannten Literatur und der momentan weitverbreiteten Praxis im klinischen Setting entwickelt.

2.2 VORGEHEN BEI DER LITERATURRECHERCHE

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Juni 2022 bis Februar 2023 statt. Dabei wurden die Datenbanken CINAHL, MEDLINE, PubMed und Livivio systematisch durchsucht. Anschliessend wurden Suchbegriffe entwickelt und deren Synonyme identifiziert. Für den Begriff *Gebärposition* wurden die Suchbegriffe «birthing position», «position during birth», «Gebärposition», «Gebärhaltung» und «Position der Gebärenden» eingesetzt. Das *Geburtserlebnis* wurde anhand der Suchbegriffe «experiences», «experience of birth», «perceptions of birth», «attitudes», «maternal attitude», «views of birth», «feelings», «Geburtserlebnis», subjektives Geburtserlebnis» und «subjektives Geburtserleben» gesucht. Benutzte Suchbegriffe für die *Gebärende* waren «birther», «women», «labouring women», «women in labour», «Gebärende» und «Frau unter der Geburt». Um die Suchergebnisse zu präzisieren, wurden Boolesche Operatoren wie AND und OR verwendet, sowie Trunkierungen (*) eingesetzt. Die Recherche wurde anhand des Dokuments "Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken: Rechercheprotokoll" strukturiert und dokumentiert (Hirt, J. & Nordhausen, T., 2020). Das Rechercheprotokoll ist im Anhang I zu finden.

Weiter wurde im Februar 2023 in der Hochschulbibliothek Winterthur eine Handsuche bezüglich Geburtsberichten durchgeführt. Ausgewählt wurde ein passendes Buch, das

Geburtsberichte präsentiert. Eine Webrecherche in Bezug auf Geburtsberichte wurde nicht durchgeführt. Grund dafür ist die verlässlichere Qualität der Berichte.

Forschungsartikel wurden anhand des critical appraisal (AICA) und Reviews nach CASP kritisch gewürdigt (Brice, 2022; Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Die kritische Evaluation von Büchern erfolgte anhand des Dokumentes "Quellenkritik und -interpretation" nach Büttner (2007). Im Anhang II, III und IV sind die jeweiligen detaillierten kritischen Evaluationen der Literatur zu finden.

2.3 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Einschlusskriterien bei der Literaturrecherche waren Geburten am Termin mit regelrechter Kindseinstellung (I./II. Schädellage und vordere Hinterhauptseinstellung) und physiologischem Geburtsverlauf, ohne Berücksichtigung von Gravidität und Parität. Aus der Recherche ausgeschlossen wurden Geburten unter Periduralanästhesie, vaginal-operative Geburtsbeendigungen, Sectio cesarea sowie Geburten von Mehrlingen. Grund dafür ist, dass die Beobachtung physiologischer Geburten es ermöglicht, potenzielle Einflüsse von Gebärpositionen auf das Geburtserlebnis zu untersuchen, ohne durch abweichende oder pathologische Verläufe beeinträchtigt zu werden. Einbezogen wurde Literatur in englischer und in deutscher Sprache. In Bezug auf geografische und soziodemographische Faktoren wurden keine Einschränkungen vorgenommen, da sich in der Literatur zeigt, dass diese wenig Einfluss auf das Geburtserlebnis haben. Die genannten Ein- und Ausschlusskriterien wurden gewählt, um Vergleichbarkeit herstellen zu können

Es wurde nur Literatur berücksichtigt, die nicht älter als 20 Jahre alt ist. Dieser Zeitrahmen wurde gewählt, weil die Parameter des Geburtserlebnisses besonders in Verbindung mit der Gebärposition bisher wenig erforscht wurden. Um genügend Evidenzen zur Bearbeitung der Fragestellung untersuchen zu können, müssen daher ältere Studien miteinbezogen werden.

2.4 AUSGEWÄHLTE LITERATUR

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden anhand der Titel und Abstracts gescreent. Identifiziert wurden zwölf Studien und drei Reviews, die für die Beantwortung der

Fragestellung relevant erschienen. Nach dem Lesen der identifizierten Literatur im Volltext, wurden zwei Studien und ein Review als passend erachtet. Die Auswahl wurde anhand der Ein- und Ausschlusskriterien und der Relevanz des Inhaltes getroffen. Als nächstes wurde die Literatur anhand gesicherter Evaluationsinstrumente kritisch beurteilt. Zusätzlich wurde ein Buch mit Geburtsberichten ausgewählt, das die Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit ebenso erfüllt.

Tabelle 1

Ausgewählte Literatur

Titel	Art der Quelle
Influence on birthing positions affects women’s sense of control in second stage of labour	Studie (2012)
Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions	Studie (2004)
Perceptions of women and partners on labor and birth positions: A meta-synthesis	Review (2021)
Geburtsberichte: Babys liebevoll empfangen; selbstbestimmte Geburten, die Mut machen.	Erfahrungsberichte (2012)

Anmerkung: eigene Darstellung (2023)

3 THEORETISCHER HINTERGRUND

Im Folgenden wird auf den für die Arbeit relevanten theoretischen Hintergrund eingegangen. Anschliessend wird die gewählte und analysierte Literatur dargestellt.

3.1 PHYSIOLOGISCHE GEBURT

Aus salutogenetischer Sicht nach Antonovsky (1997) ist die Geburt eine existentielle Krise, die Bestandteil des Lebens ist. Folglich wird die Geburt grundsätzlich als ein vitales, normales, gesundes und soziales Ereignis im Leben einer Frau gesehen (Luther, 2006). Hebammen sind Expertinnen der normalen oder physiologischen Geburt und können diese selbstständig leiten. Daher ist es wichtig, diese genau zu definieren (Krahl, 2013). Die WHO definiert die physiologische Geburt als eine spontan beginnende Geburt bei niedrigem Ausgangsrisiko und gleichbleibend wenig Auffälligkeiten während des gesamten Geburtsprozesses. Das Neugeborene wird spontan in der Schädellage zwischen der 37+0 und der 42+0 Schwangerschaftswoche geboren. Postpartal befinden sich Mutter und Kind in gutem Zustand (World Health Organization [WHO], 1997). Franke (2019) beschreibt zusätzlich die Nicht-Intervention, wie Medikamentengabe, Periduralanästhesie oder vaginal-operative Entbindung als Merkmale einer physiologischen Geburt. Diese wird von komplexen hormonellen Prozessen gesteuert. Dabei wirkt jede Intervention auf die Dynamik des Geburtsprozesses ein und kann diese stören (Krahl, 2013).

3.1.1 Geburtsphasen

Die physiologische Geburt wird in drei Geburtsphasen eingeteilt: Eröffnungsphase (EP), AP und Plazentarphase (PP). Die Geburt beginnt mit dem Einsetzen regelmässiger zervixwirksamer Wehentätigkeit, mit einem Wehenabstand von maximal zehn Minuten oder mit einem vorzeitigen Blasensprung (Steck, 2008). Gemäss Stiefel et al. (2020) wird die EP in die frühe EP oder Latenzphase (LP) und die aktive EP eingeteilt. In der LP stellt sich der Körper auf die anstehende Geburt ein. Die Portio verkürzt sich und wird bis auf vier bis sechs Zentimeter eröffnet. Die LP wird von nicht notwendigerweise kontinuierlichen, schmerzhaften Kontraktionen begleitet (DGGG & DGHWi, 2020). Diese bringen den fetalen Kopf in einen queren Durchmesser, sodass der Eintritt ins kleine Becken erfolgen kann (Stiefel et al., 2020). Während der aktiven EP dehnt sich der

Muttermund bis zur Vollständigkeit, sodass der fetale Kopf in den Geburtskanal eintreten kann. Diese Phase kann bei Erstgebärenden bis 17.5 Stunden und bei Mehrgebärenden bis 13.8 Stunden dauern (Chalubinski, 2016). Als AP wird derjenige Zeitraum bezeichnet, der bei vollständiger Eröffnung des Muttermundes beginnt und nach der Geburt des Kindes abgeschlossen ist. Zu Beginn der AP entsteht oftmals eine physiologische Wehenpause. Dadurch kann die Gebärende für die aktive AP Kraft sammeln (Stiefel et al., 2020). Die AP wird in zwei Phasen unterteilt. In der passiven AP tritt das Kind unter anderem mithilfe der Wehenkraft tiefer, ohne dass bei der Gebärenden Pressdrang ausgelöst wird. Diese Geburtsphase dauert solange, bis die kindliche Leitstelle den Beckenboden erreicht hat. Anschliessend folgt die aktive AP. Hierbei spürt die Gebärende Druck auf den Plexus lumbosacralis, was einen reflektorischen Pressdrang auslöst oder bei Fehlen desjenigen ein aktives Mitschieben angewendet wird (DGGG & DGHWi, 2020). In dieser Phase soll die Gebärende dazu angehalten werden, sich von ihrem natürlichen Pressdrang leiten zu lassen (NICE, 2014). Angeleitetes Pressen kann nicht mit einem besseren Outcome der Geburt in Verbindung gebracht werden (DGGG & DGHWi, 2020). Die aktive Pressphase sollte bei Erstgebärenden nicht länger als 30 Minuten und bei Mehrgebärenden nicht länger als 20 Minuten dauern (Chalubinski, 2016). Nach der Geburt des Kindes folgt die PP. Diese gilt als abgeschlossen, sobald die vollständige Plazenta mitsamt den Eihäuten geboren ist (DGGG & DGHWi, 2020).

3.1.2 Fetus-Ejektions-Reflex

Der Fetus-Ejektions-Reflex (FER) ist ein Vorgang während der aktiven AP und Teil einer physiologischen Geburt. Er beschreibt das Verhalten der Gebärenden kurz vor der Kopfgeburt des Kindes. Anfänglich befindet sich die Gebärende durch die Adrenalinausschüttung oft in einem Angstzustand, wodurch sie gleichzeitig Energie bekommt. Anschliessend setzt eine kurze Episode von unaufhaltsamen Kontraktionen ein. Diese lassen keinen Raum für willkürliche Bewegungen und signalisieren eine hohe Oxytocinausschüttung. Die Gebärende nimmt intuitiv und plötzlich eine unerwartete, asymmetrisch und aufrechte Gebärposition ein und hat ein starkes Greifbedürfnis. Sie kann in dieser Phase ungehalten wirken. Es kann vorkommen, dass sie schreit oder flucht. Nach der Geburt befindet sie sich in einem Zustand der Ektase, der postpartal als

glücklicher, transzendierender und emotionaler Zustand beschrieben wird. Ein spontanes Stillen innerhalb einer Stunde ist die charakteristische Folge des FER (Odent 2010).

Um den FER auszulösen, muss der Neocortex, welcher für die meisten kognitiven Fähigkeiten des Menschen zuständig ist, stark reduziert sein. Dadurch kann das autonome Nervensystem ungehindert seine Wirkung entfalten. Die Gebärende soll daher während der ganzen Geburt vor allen Reizen, inklusive Sprache, geschützt werden, weil ein angesteuerter Neocortex die physiologische Geburt behindert. Verbale Anleitung, Blickkontakt, eine vaginale Untersuchung oder die Präsenz einer fremden Person können den FER behindern (Odent, 2009). Unterstützend wirken gedimmtes Licht und eine ruhige Atmosphäre, in der sich die Gebärende nicht beobachtet fühlt. Der FER kann seine Wirkung besser entfalten, wenn der Parasympathikus der Gebärenden bereits in den vorangegangenen Geburtsphasen dominiert hat (Toepke McLean, 2018). Nach Odent (2010) ist es die Kunst der Hebammenarbeit, die besten Voraussetzungen für den FER zu schaffen, damit die Gebärende mithilfe ihres autonomen Nervensystems intuitiv und aus eigener Kraft gebären kann.

3.2 GEBÄRPOSITION

Franke (2019) definiert den Begriff der Gebärposition als die mütterliche Position, in der das Kind zur Welt kommt. Synonyme der Gebärposition sind Geburtsposition oder Position zur Geburt des Kindes. Abgegrenzt davon wird die Gebärhaltung, welche eine Körperhaltung, während dem gesamten Geburtsprozess beschreibt, die Bewegung erlaubt und fördert. Grundsätzlich wird zwischen aufrechten und horizontalen Gebärpositionen unterschieden. Als aufrechte Gebärpositionen gelten die hockende, die sitzende, die stehende und die anhängende Position, sowie der Vierfüßlerstand und der Knie- Ellenbogenstand. Als horizontale Gebärpositionen werden die Rückenlage, die Seitenlage und die Steinschnittlage bezeichnet (Franke, 2019). Problematisch ist die Einteilung der halbsitzenden Position. Sie sollte in Studien differenziert definiert werden und nicht zu den aufrechten Gebärpositionen gezählt werden (Walsh, 2012).

In der gegenwärtigen klinischen Praxis ist die Rückenlage die meistverbreitete Gebärposition. Grund für die Einführung und Durchsetzung der Rückenlage ist die Medikalisierung der Geburtshilfe (Franke, 2019). Mit Medikalisierung wird den Vorgang

bezeichnet, bei dem natürliche Lebensprozesse, wie der weibliche Zyklus oder die Fortpflanzung in den Fokus der medizinischen Aufmerksamkeit rücken (Lanzerath, 2021). Mit der Emanzipation der Frau und deren Forderung nach mehr Selbstbestimmung wurden aufrechte Gebärpositionen wieder neu entdeckt, sowie die Bewegungsfreiheit und Wahlmöglichkeit der Gebärenden gefördert (Franke, 2019). Zudem wurden Vor- und Nachteile verschiedener Gebärpositionen wissenschaftlich untersucht (Rath et al., 2010).

3.2.1 Historische Entwicklung

Die prähistorische Kunst gibt Hinweise über Geburtspraktiken und deren Bedeutung. Bevor Gebärszenen direkt abgebildet wurden, fand man vor ca. 32'000 Jahren, also im Jungpaläolithikum sogenannte Venusstatuetten. Laut Vierzig (2009) stehen sie für "die Frau als nährende und Leben gebende, als Urbild der kosmischen Lebensfülle" (S. 104). Erste Quellen von Gebärszenen stammen aus dem Neolithikum und wurden in verschiedenen Regionen der Welt gefunden, wie beispielsweise die Felszeichnungen in der Sahara (10'000 bis 6000 v.Ch.). Laut Kuntner (2007) sind in fast allen traditionellen Gesellschaften aufrechte Gebärpositionen wie die sitzende (z. B. auf einem Stein), die kniende, die stehende oder die hockende Position die Norm. Die Gebärende bleibt in der PP in derselben Gebärposition wie sie das Kind geboren hat. Oft wird die Gebärende von Personen gestützt und braucht zur Unterstützung der aufrechten Gebärposition Hilfsmittel wie Seile und Gebärstühle (Dundes, 1987; Kuntner, 2007). Den Gebärstuhl oder -hocker gibt es seit babylonischen Zeiten (2000 v. Chr.). Er verbreitete sich von dort aus in verschiedene Regionen der Welt. In gewissen Kulturen werden heute noch traditionelle Gebärstühle benutzt (Dundes, 1987). In der westlichen Kultur wurde im Jahr 1987 der Maia-Hocker entwickelt (Franke, 2019).

In Europa wurden bis ins 19. Jahrhundert verschiedene Gebärpositionen verwendet, häufig die sitzende Position auf dem Gebärstuhl, aber auch andere, wie z. B. die kniende Position. Erst vor ca. 200 Jahre wurde die Rückenlage eingeführt. Die Entwicklung der Gebärposition von aufrecht zu horizontal lässt sich durch den zunehmenden Einfluss von der Ärzteschaft in der Geburtshilfe erklären (Dundes, 1987; Kuntner, 1994).

In Europa leiteten Hebammen die Geburten bis ca. 1550 selbstständig. Die Geburt wurde im Leben einer Frau als normaler Prozess betrachtet. Ab 1550 begann ein

interprofessioneller Streit zwischen Hebammen, Wundärzten und Geburtshelfern, der unter anderem zur Veränderung der Gebärposition führte. Wundärzte mussten sich der Konkurrenz der Hebammen und der Ablehnung der Geburtshelfer stellen. Durch die Veränderung der Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt als pathologisch und abnormal konnte die Präsenz von Medizinerinnen legitimiert werden. Der Einfluss verschiedener Wundärzte und Geburtshelfer hat zur Normalisierung der Rückenlage geführt. Beispielsweise hat sich Guillemeau bereits 1598 für die Geburt im Bett ausgesprochen. Es solle für die Gebärende bequemer sein und ihr die Geburt erleichtern. Im 17. Jahrhundert war in urbanen französischen Regionen die Geburt in Rückenlage im Bett normal geworden. In England wurde in derselben Zeit die Seitenlage im Bett bevorzugt (Dundes, 1987).

Später soll Mauriceau (1637-1709) die Veränderung der Gebärposition massgeblich beeinflusst haben. In seinem Buch "Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont nouvellement accouchées", was übersetzt "Abhandlung über die Krankheiten von schwangeren Frauen und von denen, die neulich entbunden wurden" (Übersetzung der Autorinnen) bedeutet, beschreibt er, dass sich die Gebärende für die Geburt des Kindes ins Bett auf den Rücken legen solle, und zwar mit gespreizten Oberschenkeln und angewinkelten Beinen. Oberkörper und Kopf sollten nicht ganz flach, sondern leicht angehoben (halb-sitzend) sein. Es solle ein kleines Kissen unter das Gesäss der Gebärenden gelegt werden, damit das Os coccygis nach hinten weichen könne. Er beschreibt, dass die Hebamme der Gebärenden in dieser Gebärposition besser helfen könne und dies der Gebärenden Mut gäbe. Weiter solle die Rückenlage der Gebärenden durch die Bauchpresse Kraft geben. Ausserdem wird aus dem Buch von Mauriceau ersichtlich, dass auch er Schwangerschaft und Geburt als Pathologie sieht. So spricht er oftmals von "la malade", also der Kranken (Übersetzung der Autorinnen), wenn er die Gebärende meint (Mauriceau, 1675). Dies veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Pathologisierung der Geburtshilfe und der Einführung der Rückenlage.

Erst später wurde die flache Rückenlage angewendet. Diese wurde erstmals im Jahr 1824 von Dewees, einem amerikanischen Geburtshelfer, beschrieben. Dewees soll ebenfalls die Steinschnittlage mitverbreitet haben. Auch Shippen war massgeblich an der Einführung der Steinschnittlage beteiligt. Vom 18. bis zum 20. Jahrhundert gab es in der Geburtshilfe kein standardisiertes Vorgehen. Dies kann die Verzögerung der Einführung

der Steinschnittlage erklären (Dundes, 1987). Ab dem 20. Jahrhundert wurde die Rückenlage immer üblicher. Mit der Verschiebung der Geburten in Spitäler ab den 1960er Jahren, wurde die Rückenlage die fast einzig praktizierte Gebärposition. In ärztlichen Lehrbüchern wird diese bis in die 1980er Jahre als günstigste Gebärposition beschrieben. Erst im 21. Jahrhundert wurden in der medizinischen Fachliteratur wieder sogenannte "alternative" Gebärpositionen erwähnt. In Hebammenlehrbüchern werden seit den 1990er Jahren verschiedene Gebärpositionen besprochen und es wird auf die Wichtigkeit der Wahlfreiheit der Gebärposition hingewiesen (Franke, 2019). Dabei spielt Liselotte Kuntner eine wichtige Rolle.

3.2.2 Gängige Praxis in der klinischen Geburtshilfe

Heutzutage ist in Industrieländern bei vaginalen Spitalgeburten die horizontale Gebärposition am meistverbreiteten. Bezüglich der eingenommenen Gebärpositionen wird eine grosse Diskrepanz zwischen dem klinischen und dem ausserklinischen Setting beobachtet. Im Gegensatz zum klinischen Setting überwiegen bei ausserklinischen Geburten aufrechte und wechselnde Gebärpositionen. Auch die Wahlfreiheit der Gebärenden in Bezug auf die Gebärposition wird vom Geburtssetting beeinflusst. Es zeigt sich, dass Spitalhebammen den Gebärenden weniger Entscheidungsfreiheit lassen (Irvin et al., 2022; Priddis et al., 2011). Eine statistische Untersuchung aus Deutschland zeigt, dass mehr als 80% der Geburten, die von Hebammen in Ausbildung begleitet werden, in Rückenlage stattfinden. Weitere 10% der Geburten erfolgen in der Seitenlage. Weniger als 10% der Geburten werden in aufrechter Gebärposition durchlebt (Hebammenkurs 249./22. der Hebammenschule Paderborn, 2007). Aufgrund der fehlenden praktischen Schulung während der Ausbildung wird bei Hebammen im klinischen Setting bei der Leitung von Geburten in aufrechten Gebärpositionen oft ein Kompetenzmangel festgestellt (Musie et al., 2019). Dies könnte eine Erklärung sein für die weiteren Ergebnisse der Untersuchung: Die meisten Gebärenden werden in Bezug auf Gebärpositionen zu wenig umfassend beraten. Hilfsmittel wie das Seil an der Decke, der Pezziball oder der Gebärhocker werden nur gelegentlich eingesetzt. Ausserdem wird die Gebärposition von den meisten Gebärenden nicht selbst gewählt. Sie bekommen jedoch häufig die Möglichkeit, sich an ihrem Partner festzuhalten (Hebammenkurs 249./22. der Hebammenschule Paderborn, 2007). In Frankreich zeigt sich dasselbe Pendant für den Gebrauch der horizontalen

Gebärposition. Auch französische Hebammen schlagen den Gebärenden in 80-90% der Geburten eine horizontale Gebärposition (Rückenlage, Steinschnittlage und Seitenlage) vor. Diese Tendenz verstärkt sich in grösseren Spitälern: Dort lassen den Gebärenden nur etwa 16% der Hebammen die Entscheidungsfreiheit bei der Wahl der Gebärposition (Barasinski et al., 2018).

3.2.3 Klinisches Outcome

Seit Ende des 20. Jahrhunderts wurde vielfach untersucht, welchen Einfluss verschiedene Gebärpositionen auf das maternale und fetale Outcome haben. Durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse wird in der "S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin" empfohlen, die Rückenlage in der AP zu vermeiden. Auch sollte die Gebärende motiviert werden, eine ihr angenehme Gebärposition einzunehmen (DGGG & DGHWi, 2020). Diese Empfehlungen decken sich mit denjenigen der NICE-Guidelines (2014). Konkret geht aus Studien hervor, dass eine aufrechte im Vergleich zu einer horizontalen Gebärposition zu einer kürzeren AP, zu weniger extremen oder unaushaltbaren Schmerzen, zu einer besseren Oxygenierung des Fötus, zur besseren Atemfähigkeit der Gebärenden, zu weniger vaginal-operativen Entbindungen, zu einem einfacheren subjektiv empfundenem Gebären/Rauschieben des Kindes und zu weniger Episiotomien führt (De Jonge et al., 2004; Gupta et al., 2017; Irvin et al., 2022; Rath et al., 2010). Kontrovers wird das Risiko von Geburtsverletzungen in Bezug zur Gebärposition beschrieben. Einige Studien fanden mehr Dammrisse zweiten Grades in aufrechter Gebärposition (Rath et al., 2010) andere fanden insgesamt weniger Geburtsverletzungen in aufrechten Gebärpositionen (Irvin et al., 2022). Weiter wurden in aufrechter Gebärposition mehr Blutverluste > 500 ml beschrieben. Doch das Risiko einer postpartalen Hämorrhagie scheint von der Gebärposition nicht beeinflusst zu werden (De Jonge et al., 2004; Gupta et al., 2017; Irvin et al., 2022; Rath et al., 2010). Es wird ersichtlich, dass die Steinschnitt- oder Rückenlage für die Gebärende sowie den Fötus keine Vorteile hat und daher ein routinemässiger Gebrauch dieser Lage aus geburtshilflicher Sicht nicht gerechtfertigt ist.

3.2.4 Muskuläre und knöcherne Strukturen

Haltung und Bewegung haben einen Einfluss auf die Muskulatur und die knöcherne Struktur der Gebärenden. Positive Auswirkungen auf die Muskulatur können durch

Fixpunkte, aufrechte Haltungen und Bewegung erreicht werden. Wenn sich die Gebärende mit den Händen abtossend oder halten kann, hat sie mehr Kraft für die aktive AP. Dadurch wird nämlich die Bauchmuskulatur aktiviert, die Atmung erleichtert, das Becken entlastet, dessen Beweglichkeit gleichzeitig erhöht und der Beckenboden in einen Etonus gebracht. Die Füße sollen ebenfalls einen festen Halt bekommen. Zusätzlich führt eine aufrechte Gebärposition zum Aligment der Bauchmuskulatur. Somit können diese ihre volle Kraft ausüben, was in der AP von grosser Bedeutung ist, denn die Bauchmuskulatur wirkt auf die Geburt des Kindes stark unterstützend. Ausserdem führen schaukelnde Bewegungen des Beckens zu einer Druckerhöhung in den Bauchmuskeln und entspannen gleichzeitig den Beckenboden. Solche Bewegungen werden von Gebärenden in aufrechter Gebärposition meist intuitiv durchgeführt (Franke, 2019).

Die knöcherne Struktur des Beckens kann ebenfalls durch Haltung und Bewegung verändert werden. In aufrechten Gebärpositionen sind die Knochen des Beckens frei beweglich und können somit ihre Form leicht anpassen. Durch die schaukelnde Bewegung werden die Knochen des Beckens über dessen Gelenke bewegt und verändern so die Beckenräume. Zudem vergrössert eine Aussenrotation der Fersen den Beckenausgang und ist somit in der AP vorteilhaft (Franke, 2019).

Negative Auswirkungen auf Muskulatur und knöcherne Struktur während der aktiven AP hat die Rückenlage mit angezogenen Beinen. Dabei werden die Bauchmuskeln nämlich gebeugt und die Gebärende hat wenig Kraft. Im Weiteren wird der Beckenboden durch das Auseinanderspreizen der Beine quer gespannt, was den Austritt des Kindes behindert. Dadurch wird auch das knöcherne Becken blockiert und verliert seine Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit (Franke, 2019).

Zusammengefasst können während der AP alle Gebärpositionen ausser der Rückenlage genutzt und individuell gewählt werden. Wichtig ist, dass die Gebärende ihren Impulsen folgt, sich frei bewegen kann und die Gebärhaltung bei Bedarf wechselt (Franke, 2019).

3.2.5 Sensomotorik

Sensomotorische Aspekte in Bezug auf Körperhaltungen wurden von Liselotte Kuntner erstmal in den 1980er Jahren aufgeführt. Sie beschreibt, dass "nur in einer vertikalen

Haltung funktionelle, neurologische und sensomotorische Vorgänge kontrolliert, aktiv gesteuert und unterstützt werden können" (S.158). In der Rückenlage ist die Gebärende in einer passiven Haltung. Dies beeinträchtigt die Steuerung des Bewegungsvorganges, weil dabei der Muskeltonus verlorenght und die Gebärende nicht adäquat auf die Impulse des Geburtsvorgangs reagieren kann. In einer aufrechten Haltung hingegen wird der Grundmuskeltonus aktiviert, die Gebärende kann mit Schmerz und Anstrengung aktiv umgehen und die Körperhaltung verändern, was regulierend auf den Muskeltonus wirkt. Weiter ist die Bewegungsfreiheit Voraussetzung für das aktive und intuitive Verhalten der Gebärenden. Kann eine Gebärende intuitiv handeln, so begibt sie sich bei der Geburt in aufrechte Gebärlagen, wie die tiefe Hocke. Diese sind für Gebärende am angenehmsten und für das Kind und den Geburtsvorgang am wenigsten belastend (Kuntner, 1994, 2007). Ferner wurde von Franke (2019) darauf hingewiesen, dass das Vertrauen in den eigenen Körper und das Hören auf eigene Impulse zu einer positiven Auswirkung auf die Muskulatur führt und somit den Geburtsverlauf unterstützt (Franke, 2019).

3.2.6 Hormonausschüttung

Die Körperhaltung hat einen Einfluss auf die Hormonausschüttung. In liegender Körperhaltung stellt sich der Körper auf Schlaf und Erholung ein und setzt somit weniger Energie zur Verfügung. Der Mensch wird eher passiv und regeneriert sich. Im Gegensatz dazu stellt sich der Körper bei aufrechter Körperhaltung auf Aktivität ein und stellt mehr Energie zur Verfügung. Nur auf diese Weise kann der Mensch seine Sinne vollständig nutzen. Diese Mechanismen werden durch Hormone wie Melatonin und Kortisol reguliert. Aufrechte und liegende Gebärlagen haben während des Geburtsprozesses demnach unterschiedliche, wichtige Funktionen. In der AP wird Adrenalin ausgeschüttet und die Gebärende wird wach. Für die eigentliche Geburt des Kindes braucht sie nochmals viel Kraft und Energie. Nimmt sie nun eine aufrechte Gebärlage ein, kann sie ihr Kind aktiv gebären (Franke, 2019).

3.3 EMBODIMENT

Das Anliegen des Embodiments ist die Untersuchung des Einflusses vom Körper auf die Psyche und die Emotionen. Es wird beschrieben, dass Geist und Körper eine untrennbare

funktionelle Einheit bilden. Dies bedeutet, dass sie sich gegenseitig beeinflussen und nur zusammen existieren können. Durch Experimente konnte gezeigt werden, dass bestimmte Körperhaltungen und Mimik, sowie spezifische Muskelaktivierungen zu bestimmten psychischen und emotionalen Reaktionen führen (Storch et al., 2017). Ekman & Rosenberg (2005) konnten durch das Facial Feedback zeigen, dass bestimmte Gesichtsausdrücke zu bestimmten Emotionen führen. Laut Storch (2015) können kognitive und emotionale Prozesse bei einem Menschen durch körperliche Einflüsse dirigiert werden, ohne dass diese bewusst sein müssen.

Die Embodimentperspektive kann in dieser Arbeit zu Hilfe genommen werden, um den Einfluss der Gebärposition auf das Geburtserlebnis der Gebärenden besser zu verstehen. Studien, welche Embodiment und Gebärpositionen direkt verbinden gibt es, gemäss Wissen der Autorinnen, keine. Daher sind Verbindungen zwischen Embodiment und Gebärpositionen Hypothesen der Autorinnen. Zu verstehen, welchen Einfluss die Gebärposition, also die Körperhaltung auf die Emotionen und die Kognition der Gebärenden hat, kann in Bezug auf das Geburtserlebnis relevant sein. Um den Zusammenhang zwischen Körperhaltung und Emotion zu verstehen, kann das Experiment von Riskind & Gotay (1982) zu Hilfe genommen werden. Es wurde folgendermassen durchgeführt: Die Versuchspersonen dachten, sie würden an einem Experiment zu räumlichem Denken teilnehmen. Nach der Durchführung eines ersten Tests wurden sie gefragt, ob sie während der Wartezeit für ein anderes Experiment zu Muskelreaktion und Hautleitfähigkeit einspringen könnten. Versuchspersonen, die einwilligten wurden in ein Untersuchungszimmer gebracht und an Handgelenk und Nacken mit Elektroden verkabelt, die mit beeindruckend aussehenden Maschinen verbunden waren. Es wurde ihnen erklärt, die Muskelreaktion werde nun genau gemessen, was aber nicht stimmte. Die Versuchspersonen wurden in zwei Gruppen unterteilt: Gruppe 1 wurde in eine gekrümmte Haltung und Gruppe 2 in eine aufrechte Haltung gebracht. Diese Körperhaltung musste acht Minuten gehalten werden. Danach kehrten die Versuchspersonen zurück zum Experiment zu räumlichem Denken. Nun folgte das eigentliche Experiment. Es wurde das Durchhaltevermögen bei einer frustrierenden Aufgabe im Anschluss an das Einnehmen einer Körperhaltung untersucht. Die Resultate zeigten ein deutlich längeres Durchhaltevermögen der Gruppe 2 im Vergleich zur Gruppe 1. Die Forschenden

interpretierten die Ergebnisse so, dass das Einnehmen einer gebeugten Körperhaltung zu Hilflosigkeit, Mutlosigkeit und Versagensgefühl führe (Storch et al., 2017).

3.4 GEBURTSERLEBNIS

Die Geburt ist ein bedeutendes Ereignis für die Gebärende und ihre Familie und kann ihr Leben verändern (Chu et al., 2017). Das Geburtserlebnis wird von einer Vielzahl Faktoren beeinflusst und kann von der Gebärenden sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Larkin et al. (2009) definieren das Geburtserlebnis als individuelles Lebensereignis, das verwobene subjektive psychologische und physiologische Prozesse beinhaltet und vom Sozial-, Umwelt-, Organisations- und Politikkontext beeinflusst wird. Die meisten Frauen beschreiben ihr Geburtserlebnis positiv bis sehr positiv. Jedoch kann die Geburt auch traumatisch erlebt werden und im Anschluss zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens der Frau und ihrer Familie führen (Chabbert et al., 2021). In der Literatur zeigt sich, dass eine Vielzahl an Parametern das Geburtserlebnis beeinflusst. Kontrolle im Sinn von Involvierung in den Geburtsprozess prägt das subjektiv empfundene Geburtserlebnis am stärksten. Je grösser die empfundene Kontrolle ist, desto positiver wird die Geburt erlebt (Bryanton et al., 2008; Waldenström, 1999). Das Erleben von Kontrolle in der Schwangerschaft scheint keinen Einfluss auf das Geburtserlebnis zu haben. Ein weiterer wichtiger Parameter für das Geburtserlebnis sind geburtshilfliche Faktoren. Starke oder extreme Schmerzen können eine negative Auswirkung auf das Geburtserlebnis haben (Waldenstrom et al., 2004). Es zeigt sich jedoch, dass während der Geburt eine individuelle Betreuung wichtiger ist als eine medikamentöse Schmerzlinderung. Auch bei der Analgesie ist der Faktor Kontrolle bedeutender als die effektive Schmerzlinderung (Brander & Beinder, 2007). Weiter hat der Geburtsmodus einen Einfluss auf das Geburtserlebnis. Die Spontangeburt steht im Zusammenhang mit einem positiven, die vaginal-operative Entbindung sowie die sekundäre Sectio oder Notfallsectio im Zusammenhang mit einem negativen Geburtserlebnis (Sigurdardottir et al., 2017; Waldenstrom et al., 2004). Ausserdem scheint die Parität eine Wirkung auf das Geburtserlebnis zu haben. In gewissen Studien wurde bei Multiparas nämlich eine höhere Zufriedenheit festgestellt (Mattison et al., 2018). Lange/protrahierte Geburten stehen in Verbindung mit einem negativen Geburtserlebnis (Leeners et al., 2016). Auch die Geburtseinleitung und die Episiotomie können das Geburtserlebnis negativ beeinflussen

(Stadlmayr et al., 2004). Erfüllen sich die Erwartungen bezüglich der Geburt und kann die Mutter nach der Geburt sofort mit dem Kind zusammen sein, so prägt dies das Geburtserlebnis positiv. Auch eine Hausgeburt wirkt sich positiv auf das Geburtserlebnis aus (Bryanton et al., 2008). Negativere Auswirkungen haben Komplikationen während der Geburt, die Überweisung des Kindes auf die Neonatologie, Frühgeburten und Spitalgeburten (Chabbert et al., 2021). Ausserdem kann der*die Partner*in der Gebärenden einen positiven Einfluss auf das Geburtserlebnis der Gebärenden haben, wenn er*sie bei der Geburt anwesend ist und optimistisch eingestellt ist (Bryanton et al., 2008). Auch die Hebamme und Ärzteschaft beeinflussen das Geburtserlebnis der Gebärenden. Eine positive Auswirkung hat das Treffen der Hebamme vor der Geburt, ausreichende Informationen während der Geburt, das Gefühl, von Hebamme und Ärzteschaft unterstützt zu werden und eine gute Beziehung zur Hebamme (Bryanton et al., 2008). Ob die Geburtsvorbereitung einen positiven Effekt auf das Geburtserlebnis hat, wird kontrovers diskutiert. Auch bei demographischen Faktoren gibt es bisher keine klare Datenlage (Chabbert et al., 2021) Schliesslich haben auch psychologische Faktoren eine Wirkung auf das Geburtserlebnis. Eine hoch empfundene Selbstwirksamkeit und ein sicherer Bindungstyp beeinflussen das Geburtserlebnis positiv (Christiaens & Bracke, 2007; Reisz et al., 2019). Ängstliche Schwangere haben kein negativeres Geburtserlebnis (Waldenström, 1999), jedoch wirkt sich die Tokophobie und Angst während der Geburt negativ aus (Henriksen et al., 2017). Auch erlebten sexuellen Missbrauch kann das Geburtserlebnis negativ beeinflussen (Leeners et al., 2016).

3.5 SELBSTBESTIMMUNG UND AUTONOMIE VS. FÜRSORGE

Selbstbestimmung und Autonomie der Gebärenden bilden ein komplexes Konzept und werden in der Geburtshilfe kontrovers diskutiert. Wesentlich ist die Frage bezüglich der Feststellung von Verantwortlichkeiten und Befugnisse zur Entscheidungsfindung. Involviert bei der Geburt sind die Gebärende, die die Geburt aktiv erlebt und ein Selbstbestimmungsrecht hat, der Fötus, der ein Fürsorgerecht hat und die Fachpersonen, die Expert*innen des Geburtsgeschehen sind und eine Fürsorgepflicht gegenüber der Gebärenden und dem Fötus haben, aber auch die Selbstbestimmung der Gebärenden fördern sollen (Eckardt, 2020).

Beim Diskurs um die Selbstbestimmung der Gebärenden soll zum besseren Verständnis zuerst die historische Entwicklung des aktuellen bio-medizinischen Wissens in der Geburtshilfe beleuchtet werden. Dieses Wissen basiert auf patriarchalen Vorstellungen des Frauenkörpers und der Reproduktion. Der Frauenkörper wird seit Jahrhunderten als minderwertig und fehlerhaft abgewertet und eine männlich-medizinische Dominanz und Kontrolle über ihn gefordert (Jung, 2017). Mit dieser Sichtweise wird die Gebärende als passiver Teil der Geburt wahrgenommen. Auch Gewalt in der Geburtshilfe wird durch ein solches Frauenbild möglich (Eckardt, 2020). Eine aktuelle Untersuchung zeigt, dass jede vierte Gebärende informellen Zwang erlebt (Meyer & Oelhafen, 2020). Bis in den 1980er Jahren wurde in der westlichen klinischen Geburtshilfe kaum auf das Geburtserlebnis der Gebärenden eingegangen. Die Fachpersonen der Klinik sahen sich als alleinige Expert*innen der Geburt. Die Gebärende hatte auszuführen, was von ihr verlangt wurde. Dies beinhaltete ebenfalls die Wahl der Gebärposition und die Bewegungsfreiheit (Franke, 2019).

Aus der zweiten Welle der Frauenbewegung ging die Frauengesundheits- und Patient*innenbewegung hervor. Dies führte ab den 1970er Jahren zu Veränderungen der oben beschriebenen Einstellung. Frauen begannen, in der Geburtshilfe mehr Selbstbestimmung und Autonomie zu fordern. Sie stellten die Übermedikalisierung, Professionalisierung, Normierung, Technisierung und Pathologisierung der Geburtshilfe infrage. Sie duldeten es immer weniger, bei der Geburt als passives "Objekt" behandelt zu werden. Dabei spielten Persönlichkeiten wie Ina May Gaskin eine wichtige Rolle (Eckardt, 2020).

Noch heute wird die Geburt als ein potenziell gefährliches Ereignis angeschaut, das Überwachung und Kontrolle benötigt. Dies zeigt die Tatsache, dass in der Schweiz ca. 98% der Geburten im Spital stattfinden (Bundesamt für Statistik, 2019). Die medizinischen und technischen Möglichkeiten sollen der Gebärenden Sicherheit vermitteln. Bekannt ist jedoch, dass ausserklinische Geburten bei einem lowrisk Kollektiv gleich sicher sind wie Spitalgeburten und zu mehr Spontangeburt führen (Petersen et al., 2017). Zudem können Überwachungen und Kontrolle einen negativen Effekt auf den Geburtsprozess haben und die Gebärende verunsichern (Eckardt, 2020). Beispielsweise kann ein Dauer-CTG zur Mobilitätseinschränkung der Gebärenden führen. Dies zeigt auf, dass die

Kontrolle und Sicherheit des Geburtsgeschehens höher gewichtet werden als die Bedürfnisse der Gebärenden (Franke, 2019). Die Veränderung dieser paternalistischen Haltung der Fachpersonen bedeutet, dass Gebärende informiert werden müssen und Interventionen nur mit ihrer Einwilligung durchgeführt werden dürfen (Eckardt, 2020). Aus einer Umfrage der Berner Fachhochschule Gesundheit geht hervor, dass 87% der Gebärenden Entscheidungen gemeinsam mit den Fachpersonen treffen möchten (Meyer & Oelhafen, 2020). Leider werden Gebärende in der Praxis meist unzureichend in die Entscheidungsfindung einbezogen (Hellmers et al., 2010). Gründe dafür können die Wissensdiskrepanz zwischen Fachpersonen und Gebärenden sein, schlechte Arbeitsbedingungen, wie z. B. Personalmangel und der Zweifel betreff Fähigkeit der Gebärenden zum selbstbestimmten Handeln (Eckardt, 2020).

Jung (2017) weist auf einen weiteren Konfliktpunkt hin. Durch die Ökonomisierung der Geburtshilfe kann die Selbstbestimmung als Vorwand benutzt werden, um den Gebärenden die Fürsorge im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung durch die Hebamme abzusprechen. Auch wird der Gebärenden oft die Verantwortung für ein schlechtes Geburtserlebnis zugeschrieben: Sie solle sich beispielsweise zu wenig informiert oder ein zu schlechtes Körpergefühl haben. Dabei werden strukturelle, personelle und normative Rahmenbedingungen nicht berücksichtigt oder reflektiert. Hier zeigt sich ein komplexer Umkehrmechanismus. Die Gebärenden bekommt die Möglichkeit oft nicht, selbstbestimmt zu gebären, gleichzeitig wird ihr aber die Verantwortung für das Geburtserlebnis zugeschrieben, auch wenn sie darauf keinen oder nur wenig Einfluss hatte. Weiter wird beschrieben, dass der Begriff Selbstbestimmung im Sinne von Informationsabgabe, Vorbereitungstechniken und "richtiger" Entscheidungsfindung im Rahmen der Geburt nicht zutreffend ist, da sich die Gebärende in einer Ausnahmesituation befindet. Vielmehr sollte die Selbstbestimmung bei der Geburt in Verbindung gesetzt werden mit "dem Erfahrungswissen [der Gebärenden] und ihrem Umgang mit Körperlichkeit, Schmerz, Angst, Kraft und Formen des Angewiesenseins in einer existentiellen Situation" (Jung, 2017, S. 43). Dabei ist die Beziehung zwischen Gebärender, Hebamme und Geburtshelfer*in, sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung von zentraler Bedeutung (Eckardt, 2020).

3.6 DARSTELLUNG DER VERWENDETEN LITERATUR

Bei der Datenbankrecherche für diese Arbeit konnte wenig Literatur identifiziert werden, welche sich für die gewählte Fragestellung eignet. Es gibt viele Forschende, die sich mit dem Thema Gebärposition beschäftigen, allerdings werden deren Ergebnisse selten mit dem Geburtserlebnis in Verbindung gebracht. Insgesamt konnten drei passende wissenschaftliche Arbeiten identifiziert werden. Die Studie von De Jonge & Lagro-Janssen (2004) wurde qualitativ verfasst. Die Studie von Nieuwenhuijze et al. (2013) folgt einer quantitativen Methodik. Ergänzend wurde ein Review von Shorey et al. (2022) gewählt, welches sieben Studien einschliesst, wobei auch diejenige von De Jonge (2004) dabei ist. Zusätzlich wurden vier Geburtsberichte aus dem Buch Jeremias et al. (2012) zur Beantwortung der Fragestellung hinzugezogen.

3.6.1 Darstellung der wissenschaftlichen Literatur

Die drei oben erwähnten wissenschaftlichen Texte beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Gebärposition und Geburtserlebnis. Während die Studien von De Jonge & Lagro-Janssen (2004) und Nieuwenhuijze et al. (2013) sich lediglich auf die Sicht der Gebärenden konzentrieren, schliesst das Review von Shorey et al. (2022) diejenige ihrer Partner*innen mit ein. Da ihre Aussagen zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit keine Rolle spielt, wurden jene Daten nicht berücksichtigt. Die Studien von De Jonge & Lagro-Janssen (2004) und Nieuwenhuijze et al. (2013) haben beide eine Studienpopulation aus den Niederlanden. De Jonge & Lagro-Janssen (2004) hat mit 20 Frauen halb-strukturierte Interviews geführt und sie zu den folgenden fünf Themen betreffend ihrer letzten Geburt befragt: Faktoren, welche die Wahl der Geburtsposition beeinflussten, den Einfluss der Geburtsposition auf das Geburtserlebnis, das Vorwissen um Gebärpositionen, den Einfluss der Gebärpositionen auf postpartale gesundheitliche Probleme und die präferierte Gebärposition für eine nächste Geburt. Die Hebamme wird bei der Wahl der Gebärposition meist als wichtigster Faktor genannt. Die Entscheidung für die gewählte Gebärposition und deren Gründe gehen allerdings weit auseinander. Deshalb empfanden es die Gebärenden als hilfreich, wenn sie während EP und AP mehrere Körperhaltungen ausprobieren und sich allgemein frei und intuitiv bewegen konnten. Nieuwenhuijze et al. (2013) untersuchte mittels Umfrage die Auswirkung der Gebärposition auf das Kontrollgefühl der Gebärenden. 1030

Wöchnerinnen füllten den Fragebogen der Forschenden aus. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gebärposition und Kontrollgefühl. Allerdings ist keine spezifische Gebärposition signifikant mit einem höheren Kontrollgefühl einhergegangen. Dieses Ergebnis von Nieuwenhuijze et al. (2013) deckt sich mit demjenigen von De Jonge & Lagro-Janssen (2004), wonach die passende Gebärposition individuell zu sein scheint und keine Verallgemeinerung hinsichtlich einer allgemeingültigen, "perfekten Gebärposition" gemacht werden kann. Das systematische Review von Shorey et al. (2022) schliesst Studien drei verschiedener Kontinente ein und stellt fest, dass die Wahl der Gebärposition vor allem von sozialen und sozioökonomischen Faktoren beeinflusst wird. Hier zeigt sich eine Verknüpfung mit den andern beiden gewählten wissenschaftlichen Texten. Denn aus ihnen geht hervor, dass die liegende Gebärposition im Bewusstsein der Frauen in den Niederlanden die meistverbreitete und bekannteste ist. Nach Shorey et al. (2022) präferieren die Frauen aus Äthiopien und Uganda eine aufrechte Gebärposition. Die Forschenden nehmen an, dass dies auf ihre Religion und das Bedürfnis nach Privatsphäre zurückgeführt werden kann. Auch in der Studie von De Jonge & Lagro-Janssen (2004) stufen manche Frauen gewisse Gebärpositionen als unangenehm oder peinlich ein.

3.6.2 Darstellung der Geburtsberichte

Das Buch von Jeremias et al. (2012) "Geburtsberichte: Babys liebevoll empfangen; selbstbestimmte Geburten, die Mut machen" beinhaltet ausschliesslich Geburtsberichte von Frauen, die positive Geburtserlebnisse mit physiologischen Geburten schildern. Mütter beschreiben, wie sie die Geburt wahrgenommen haben und was ihnen dabei hilfreich erschien. Es konnten drei passende Erlebnisberichte identifiziert werden. Ziel war es, Zusammenhänge zwischen Selbstbestimmung, Wahl der Gebärposition und Geburtserlebnis herstellen zu können. In den meisten Geburtsberichten wählte die Gebärende die Gebärposition selbst. In einem Fall wurde der Gebärenden ein Vorschlag gemacht, da sie keine angenehme Gebärposition fand. Für die aktive AP nahmen alle Gebärenden eine aufrechte Gebärposition ein. Wichtig ist anzumerken, dass aufgrund der Subjektivität der Geburtsberichte deren Aussagen nicht auf die Gesamtpopulation übertragen werden können.

Tabelle 2

Vergleich der gewählten Geburtsberichte in Hinsicht auf die Gebärposition und das Geburtserlebnis

Name, Alter, Herkunft, Gravidität (G) und Parität (P), Geburtsort	Gebärposition	Wahl der Gebärposition	Beschreibung des subjektiv empfundenen Geburtserlebnis
Raja: 31. J., Schweizerin, IIG IIP, Geburtshausgeburt	kniende Position, am Partner hängend	Intuitiv durch Gebärende	“viel erschöpfender als die erste Geburt“
Sabrina: 28. J., Deutsche, IIG IIP, Hausgeburt	Vierfüssler	Vorschlag der Hebamme	“die Geburt fühlte sich genau richtig an“
Sabrina: Deutsche, IIG IIP, Hausgeburt	Kniende Position, am Bettrand abgestützt	Intuitiv durch Gebärende	“eine sehr wundervolle Geburt“
Anke: 26. J., Deutsche, IG IP, Hausgeburt	Kniend im Wasser, am Beckenrand abgestützt für Kopfgeburt Zurückgelehnt an Partner im Wasser für Körpergeburt	Intuitiv durch Gebärende	“Völlig überwältigend und mit nichts vergleichbar. So etwas Wunderbares zu erleben und zu fühlen ist ein Geschenk.“

Anmerkung: eigene Darstellung der Geburtsberichte (2023) in Anlehnung an Jeremias et al. (2012)

Raja beschreibt im Geburtsbericht ihre beiden Geburten, wobei die erste in der Klinik und die zweite im Geburtshaus stattfand. Beide nahm sie als selbstbestimmt wahr. Sie hatte sich bei beiden Geburten vorgenommen, nicht zu pressen, sondern liess die Wehen arbeiten. Bei der ersten Geburt ging ihr Wunsch nicht ganz in Erfüllung, da sie von der diensthabenden Gynäkologin zum Pressen angehalten wurde, als das Kind den Beckenboden erreicht hatte. Bei der zweiten Geburt im Geburtshaus beschreibt Raja ihre gewählten Gebärpositionen genauer: Nachdem sie und ihr Mann im Geburtshaus angekommen waren, legte sie sich zuerst hin, was ihr das Dösen zwischen den Wehen ermöglichte. Als die Wehen intensiver wurden, kniete sie sich an den Bettrand und wurde von ihrem Mann in einer aufrechten Körperhaltung gehalten. Für die AP kniete sie sich breitbeinig auf den Boden, konnte sich aber an den vorhandenen Tüchern nicht gut festhalten. Deshalb hing sie sich wieder an ihren Mann. Zum Pressdrang und zur Gebärposition sagt sie folgendes: „Auch dieses Mal hatte ich wieder keinen klaren Pressdrang, irgendwie machten das die Wehen. Und durch die hängende Position hatte ich das Gefühl, dass es leichter war.“ Schlussendlich gebar sie in dieser Gebärposition. Das Verhalten der Hebammen im Geburtshaus beschreibt sie als zurückhaltend, was ihr entgegenkam. Da Raja schon wusste, wie sie gebären wollte, brauchte sie eine Hebamme, die sie machen liess (Jeremias et al., 2012, S. 16–17).

Auch Sabrina gebar ihr erstes Kind in der Klinik. In ihrem Geburtsbericht geht sie vor allem auf die Hausgeburt ihres zweiten Kindes ein. In der aktiven EP bewegte sich Sabrina frei und intuitiv zwischen dem Boden, der Bettkante, den Schultern ihres Mannes und dem Klo. Zu Beginn der AP setzte sich Sabrina auf die Beine ihres Mannes. Als die Geburt nicht vorwärts ging, riet ihr die Hebamme, für die AP eine andere Gebärposition zu suchen. Sie begab sich in den Vierfüsslerstand, wo ihr Sohn zur Welt kam. Dies empfand Sabrina als hilfreich und angenehm (Jeremias et al., 2012, S. 23–24).

Sabrina B. erzählt in ihrem Geburtsbericht von ihrer zweiten Geburt. Sie gebar ihren Sohn zu Hause im Schlafzimmer, in Anwesenheit ihres Mannes und ihrer Hebamme. Sie beschreibt, wie sie sich in der AP vor das Bett kniete. Die Hebamme verhielt sich zurückhaltend, beobachtete die Gebärende und unterstützte sie in ihrer Intuition. Als Sabrina unsicher war, ob sie schon Presswehen habe, weil sie deren Eintreffen als zu früh interpretierte, sagte ihr die Hebamme in ruhigem Ton: „Sabrina, nimm es an! Alles wird

richtig sein!“ Nach dieser bestärkenden Ermunterung fühlte sich Sabrina wieder sicher und konnte sich der Geburt hingeben. Kurze Zeit später kam ihr Sohn zur Welt (Jeremias et al., 2012, S. 45–46).

Anke berichtet über ihre erste Geburt, die zu Hause im Beisein ihres Mannes und zwei Hebammen stattfand. Sie beschreibt, wie sie bereits in der EP oft und intuitiv die Körperhaltung wechselte. In der aktiven EP sass sie lange allein auf der Toilette. “Es war sehr erleichternd für mich, mein Gesäss in die Schüssel hängen zu lassen. Ich schloss die Augen, summte, stöhnte, atmete.” Sie genoss das Alleinsein in dieser Phase, weil sie sich so gut auf die Geburt und ihr Kind konzentrieren konnte. Für die AP begab sie sich in einen Gebärpool. Dort probierte sie mit der Unterstützung ihres Mannes einige Gebärhaltungen aus. Nach einer Amniotomie durch die Hebamme setzte der Pressdrang ein. Zuerst stand sie auf und kniete sich dann so hin, dass sie mit dem Oberkörper über den Beckenrand hängen konnte. So wurde der kindliche Kopf geboren. Anschliessend lehnte sie sich zurück, wobei ihr Mann hinter ihr hockte und ihre Hände hielt. In dieser Gebärposition gebar sie den kindlichen Körper und das Kind glitt ins Wasser. Die Rolle ihrer Hebammen beschreibt sie als zurückhaltend und bedürfnisorientiert. Anke konnte sich aus eigener Intuition heraus bewegen und die, für sie stimmige Gebärposition finden.

4 DISKUSSION

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der ausgewählten Literatur unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes kritisch diskutiert und die Fragestellung beantwortet.

4.1 EINFLUSS AUF DIE WAHL DER GEBÄRPOSITION

Im klinischen Setting können Gebärende ihre Gebärposition selten frei wählen. Meistens werden sie von der Hebamme aufgefordert, sich für die Geburt des Kindes in eine horizontale Gebärposition zu begeben (Irvin et al., 2022). Grund dafür kann eine vaginale Untersuchung bei einsetzendem Pressdrang sein. Eine befragte Frau beschreibt ihr Erlebnis so:

...when I wanted to push she said, now you have to lie on your back for a moment, so that I can check how far you are and WHETHER you can push, yes and then...the head was already crowning so that all went very fast, then I remained lying down like that. (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004, S. 50)

De Jonge & Lagro-Janssen (2004) empfehlen demnach bei einsetzendem Pressdrang in einer aufrechten Gebärposition eine Weile abzuwarten, um zu sehen, ob der kindliche Kopf einschneidet. Dadurch kann eine vaginale Untersuchung und der damit verbundene unerwünschte Positionswechsel vermieden werden. Einen weiterführenden Ansatz vertritt Flint (1995): Hebammen sollen lernen, die Gebärende in jeder Gebärposition vaginal zu untersuchen. In anderen Worten sollen sich Hebammen um die Gebärende bewegt und nicht umgekehrt. Dadurch wird die aktuelle bio-medizinische Perspektive einer passiv und gehorsam Gebärenden infrage gestellt und eine neue Herangehensweise gefordert (Walsh, 2012).

Neben dem Einfluss der Hebamme wird die Gebärposition durch den jeweiligen soziokulturellen Hintergrund der Gebärenden geprägt. Den meisten Gebärenden der westlichen Kultur ist die Rückenlage am vertrautesten. Gebärende aus afrikanischen Studien bevorzugen aufrechte Gebärpositionen und wählen traditionelle Geburtshelferinnen, da dadurch ihre Intimsphäre besser geschützt wird und es der Tradition entspricht (Shorey et al., 2022). Weitere beeinflussende Faktoren bei der Wahl der Gebärposition sind die empfundenen Schmerzen, Informationen von verschiedenen

Quellen und die persönliche Wahrnehmung der Gebärpositionen (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Shorey et al., 2022).

4.2 AMBIVALENZ DES ERLEBENS VON GEBÄRPOSITIONEN

Gemäss der gewählten Literatur und unter Einbezug des aktuellen Forschungsstandes wird ersichtlich, dass die Gebärposition einen Einfluss auf das Geburtserlebnis der Gebärenden haben kann. Es bleibt jedoch schwierig zu definieren, welche Art von Gebärposition Gebärende bevorzugen. Denn die Präferenz der Gebärposition wird von einer Vielzahl individueller und soziokultureller Faktoren beeinflusst (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Gebärende haben Schwierigkeiten, eine ideale Gebärposition zu identifizieren und betonen stattdessen die Notwendigkeit, verschiedene Gebärhaltungen auszuprobieren und diejenige zu wählen, die sich in der jeweiligen Situation am angenehmsten anfühlt (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004). In der aktiven AP zeigt sich besonders bei den Parametern Erschöpfung und Kraft die Individualität der Wahrnehmung der Gebärenden. Beispielsweise empfinden einige Gebärende in einer aufrechten Gebärposition ein höheres Kontrollgefühl beim Herausschieben des Kindes, sowie ein erleichtertes Herausschieben des Kindes. Hingegen berichten sie von extremen Schmerzen und Ermüdung in Rückenlage. Bei anderen Gebärenden wird in Seitenlage oder auf dem Gebärhocker ein gesteigertes Energielevel beschrieben. Gleichzeitig berichten weitere Gebärende von einem stärkeren Kraftgefühl in Rückenlage (Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Auch die Wirkung der Gebärposition auf das Schmerzempfinden wird von Gebärenden ambivalent beschrieben. Während einige mehr Schmerzen in aufrechten Gebärpositionen angeben, empfinden andere dabei weniger Schmerzen. Dasselbe gilt für horizontale Gebärpositionen. Intensivere Schmerzen in aufrechten Gebärpositionen wurden zum Teil nicht negativ empfunden. Dies zeigt, dass Wehenschmerzen während der Geburt nicht zwangsläufig als negativ interpretiert werden sollten, und dass andere Faktoren einen grösseren Einfluss auf das Geburtserlebnis haben können (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Eine Gebärende, die bei ihren ersten beiden Geburten in Rückenlage entbunden hatte, entschied sich bei ihrer dritten Geburt für eine stehende Gebärposition und empfand dabei intensivere Schmerzen, die sie so umschreibt:

...this way I liked more that more could be done with the body...during that severe pain I bent my back a little, then I bowed down a bit, it may sound stupid but that was really nice, yes, so in that respect it was...yes, it has advantages and disadvantages I think. (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004, S. 51)

Zudem beeinflusst die Möglichkeit, die Gebärposition zu wechseln das Empfinden der Schmerzbewältigung positiv (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Insgesamt weist die beschriebene Ambivalenz im Erleben von Gebärenden darauf hin, dass die Geburt ein dynamischer Prozess ist und dementsprechend deren Normierung erschweren.

4.3 DAS KONTROLLGEFÜHL DER GEBÄRENDEN

Basierend auf dem gegenwärtigen Forschungsstand wird das Kontrollgefühl als einer der bedeutendsten Parameter für das Geburtserlebnis angegeben. Im Weiteren konnte ein starker Zusammenhang zwischen dem Kontrollgefühl der Gebärenden und der Wahl der Gebärposition aufgezeigt werden (Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Dabei ist für die Gebärende die freie Wahl der Gebärposition, im Sinne von Involvierung in den Geburtsprozess, von grosser Bedeutung. Dies impliziert die Möglichkeit, die Gebärposition zu wechseln und sich frei bewegen zu können. Die Auswirkungen der tatsächlich gewählten Gebärposition auf das Kontrollgefühl ist im Vergleich zweitrangig (Nieuwenhuijze et al., 2013), gleichwohl empfinden Gebärende in einer aufrechten Gebärposition tendenziell mehr Kontrolle (Shorey et al., 2022). Eine befragte Frau beschreibt prägnant, wie ihr der Einfluss auf die Gebärposition ein Gefühl der Stärke gab:

I was really able to do it myself...yes, that you can be in charge a little bit...yes, of course with the support of the midwife...of course that is very important ...but I find that you, yes, the more you can suggest yourself, or find out positions for yourself, the better I find it for coming to terms with it, rather than somebody saying, and now you lie down, and you just push, look, because then I feel like...[...]...you were not able to do it yourself. (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004, S. 52)

Eine bemerkenswerte Beobachtung ist, dass Gebärende ein höheres Kontrollgefühl angeben, wenn sie sich nicht allein für eine Gebärposition entscheiden, sondern diese gemeinsam mit der Hebamme wählen (Nieuwenhuijze et al., 2013). Spätere Studien bestätigen, dass die meisten Gebärenden Entscheidungen gemeinsam mit anderen treffen

möchten (Meyer & Oelhafen, 2020). Auch De Jonge & Lagro-Janssen (2004) stellen fest, dass Gebärende das Ausprobieren und Finden einer angenehmen Gebärposition mit Unterstützung und durch Vorschläge der Hebamme positiv erleben. Daraus folgernd ist es gemäss Nieuwenhuijze et al. (2013) von grosser Bedeutung, dass Gebärende Fürsorge und Unterstützung erfahren. Auch plädieren sie in diesem Zusammenhang für das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Forschungen zum Einfluss der Gebärposition auf das postpartale emotionale Wohlbefinden wurden einzig von De Jonge et al. (2004) durchgeführt. Sie kamen zum Ergebnis, dass die Möglichkeit zur Wahl der Gebärposition den Gebärenden ein Gefühl der Kontrolle gibt, was zu einem gesteigerten postpartalen emotionalen Wohlbefinden führen kann. Angesichts der eingeschränkten Evidenzlage ist die weitere Forschung von grossem Interesse. Die Resultate von De Jonge et al. (2004) weisen darauf hin, dass eine adäquate Handhabung in Bezug auf Gebärpositionen negativen Geburtserlebnissen entgegenwirkt und somit eine protektive Wirkung auf das psychische und emotionale Wohlbefinden der Gebärenden und ihrer Familie hat. Bereits vorhandene Evidenzen sagen aus, dass das Kontrollgefühl - im Sinne einer Einflussnahme auf die Situation - einer Traumatisierung vorbeugen kann (Waldenstrom et al., 2004). Das Thema der Traumatisierung ist von grosser Bedeutung. Denn ein negatives Geburtserlebnis kann zu einer dauerhaften Einschränkung des Wohlbefindens der Gebärenden und ihrer Familie führen (Allen, 1998; Koster et al., 2020).

Obwohl das Kontrollgefühl der Gebärenden eine signifikante Rolle für ihr Geburtserlebnis darstellt, liegt der Fokus in der aktuellen klinischen Praxis eher auf der Kontrolle über die Gebärende und den Geburtsprozess. Dies kann durch die patriarchale historische Entwicklung des aktuellen bio-medizinischen Wissens erklärt werden, wobei die Kontrolle über den Körper der Frau verlangt wird. Dies geht einher mit der Einschränkung der Bewegungsfreiheit, der Rückenlage als normale, zu bevorzugende Gebärposition und das Anleiten der Gebärenden in der aktiven AP (Eckardt, 2020; Franke, 2019; Irvin et al., 2022). Das ist keine evidenzbasierte Geburtsbetreuung und setzt sich der Physiologie entgegen. Um sich aus dieser Fremdbestimmung zu emanzipieren, haben Frauen Handlungsstrategien zur Selbstermächtigung entwickelt (Eckardt, 2020). Eine Möglichkeit besteht darin, eine ausserklinische Geburt zu wählen. Dadurch wird die Gebärende vor

standardisierten medizinischen Interventionen des medizinischen Versorgungsmodell geschützt (Franke, 2019; Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Studien zeigen, dass bei ausserklinischen Geburten oder bei Geburten, die von traditionellen Geburtshelferinnen geleitet werden, Gebärende mehr Handlungsspielraum haben und ihre Gebärposition selbst wählen können. Wie oben beschrieben, kann dieses Aktivsein sich vorteilhaft auf das Geburtserlebnis auswirken (Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Die positive Wirkung des Kontrollgefühls auf das Geburtserlebnis ist von Relevanz. Es geht darum, sich von einer medizinischen hin zu einer frauenzentrierten Geburtshilfe zu bewegen, im Sinne der gesellschaftlichen Emanzipation und Gleichstellung der Frauen (Eckardt, 2020; Irvin et al., 2022). Aussagen von Gebärenden aus den gewählten Geburtsberichten dienen zur Veranschaulichung. Es handelt sich um Frauen, die sich aktiv für eine selbstbestimmte Geburt einsetzen. Dabei wählten alle vier eine ausserklinische Geburt. Alle nahmen eine aufrechte Gebärposition ein. Die Hebamme bestärkte sie in ihrer Intuition und ihrem Körpergefühl und verhielt sich zurückhaltend. Weiter beschreiben sie, dass sie sich dem Geburtsprozess hingeben konnten. Dies deutet darauf hin, dass eine sichere Umgebung und die Fürsorge der Hebamme für die Gebärende wichtig ist und ihr ermöglicht, sich dem Geburtsprozess hinzugeben und somit aktiv gebären zu können. Durch das Verständnis des FER kann dies begründet werden. Es handelt sich um die Hemmung des Neokortex, die ein intuitives Gebären möglich macht. Dies wirkt sich positiv auf das Geburtserlebnis aus, welches Gebärende als glücklichen, transzendierenden und emotionalen Zustand beschreiben (Odent, 2009).

4.4 WIRKUNG DER KÖRPERHALTUNG

Aus dem theoretischen Hintergrund geht hervor, welchen Einfluss Körperhaltungen auf ossäre und muskuläre Strukturen, auf die Sensorik sowie die Hormonausschüttung haben und wie verschiedene Körperhaltungen genutzt werden können, um den Geburtsprozess zu unterstützen. Grundlegend zeigt sich, dass der Gebärenden eine aufrechte Gebärposition die nötige Kraft und Energie für die Geburt verleiht, während eine liegende Position eher zur Erholung geeignet ist. Zum vertieften Verständnis des Einflusses der Körperhaltung auf Emotionen und Psyche kann die Embodimentperspektive herangezogen werden, die diesen Zusammenhang untersucht (Storch et al., 2017). Auch aus dieser Sicht ist anzunehmen, dass die Gebärposition das Geburtserlebnis beeinflusst.

Obwohl die Resultate des Experimentes von Riskind und Gotay (1982) nicht direkt auf den Einfluss der Gebärposition auf das Geburtserlebnis übertragen werden können, geben sie wertvolle und wichtige Hinweise. Es kann die Hypothese aufgestellt werden, dass eine Gebärende in aufrechter Gebärposition für die Geburtsarbeit der aktiven AP mehr Motivation und Selbstbewusstsein aufbringen wird. Im Gegensatz dazu könnte die Rückenlage ein Gefühl der Hilflosigkeit auslösen. Evidenzen zeigen, dass die Rückenlage im Spitalsetting mit Schamgefühlen einhergehen kann, da sich die Gebärende in einer exponierten Position befindet und sich beobachtet fühlt (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Franke (2019) bringt die horizontale Gebärposition mit Machtlosigkeit seitens der Gebärenden in Verbindung, was die empfundene Scham der Gebärenden erklären könnte und die Hypothese der Autorinnen unterstützt. Um den Einfluss der Körperhaltung genauer zu erforschen, könnten zukünftige Studien die verschiedenen Gebärpositionen aus einer Embodimentperspektive untersuchen und damit einen Beitrag zur Verifizierung der oben genannten Hypothese leisten.

4.5 EMPOWERMENT DER GEBÄRENDEN DURCH DIE HEBAMME

Im Unterkapitel "Das Kontrollgefühl der Gebärenden" wird beschrieben, dass Hebammen durch die aktive Involvierung der Gebärenden einen Einfluss auf das Kontrollgefühl der letzteren haben, was zu einem positiveren Geburtserlebnis führen kann. Die Gebärposition stellt dabei ein wichtiges Element dar. Es gibt bei physiologischen Geburten keine medizinische Indikation, um eine bestimmte Gebärposition einzunehmen. Die Gebärende kann die Gebärposition also frei wählen (DGGG & DGHWi, 2020; Irvin et al., 2022; Nieuwenhuijze et al., 2013; NICE, 2014). Damit die Gebärende im Kontext der Geburt frei entscheiden kann und sich dabei gestärkt fühlt, muss sie von der Hebamme, nebst Informationsabgabe, kontinuierlich emotional begleitet und psychologisch unterstützt werden (Jung, 2017; Shorey et al., 2022).

Aus der Literatur geht hervor, dass Frauen bereits in der Schwangerschaft und auch während der Geburt ein starkes Bedürfnis haben, über mögliche Gebärpositionen und deren Verwendung informiert zu werden (Nieuwenhuijze et al., 2013). Zudem äussern sie den Wunsch, im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen vermehrt praktische Übungen zu verschiedenen Gebärpositionen durchzuführen und Anleitungen zu erhalten, um sich zu Hause vorbereiten zu können (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Eine befragte Frau

äussert sich folgendermassen: "...actually I find it very strange that...that ...yes, you are there [at the antenatal clinic] so often, so many discussions you are having there and something as essential as birthing positions is actually not discussed" (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004, S. 52). Durch Vorwissen und Übungen können Gebärende bereits zu Geburtsbeginn verschiedene Haltungen und Bewegungen ausprobieren. Diese frühe Exploration ermöglicht ihnen, sich mit den verschiedenen Gebärpositionen im Kontext der Geburt vertraut zu machen und sich dabei wohler zu fühlen. In der AP können Gebärende dann aufgrund ihrer Erfahrung während der praktischen Geburtsvorbereitung und durch das Ausprobieren in der EP intuitiver eine angenehme Gebärposition finden (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Franke, 2019). Durch den Wunsch nach mehr Information wird schliesslich ersichtlich, dass Gebärende in Bezug auf die Entscheidungsfindung mehr Kontrolle und informierte Entscheidung fordern (Shorey et al., 2022).

Als weiteren elementaren Aspekt betonen befragte Frauen die Wichtigkeit der zuverlässigen Unterstützung durch die Hebamme bei der Findung der Gebärposition (De Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Nieuwenhuijze et al., 2013; Shorey et al., 2022). Das heisst für die Hebamme, dass sie bereits die Schwangere und später die Gebärende ermutigen soll, ihren Impulsen zu folgen und ihrem Körper zu vertrauen. Es beinhaltet auch die Unterstützung in der Einnahme verschiedener Gebärpositionen und das Gestalten eines geschützten Raumes, im dem das Einnehmen von intuitiven Haltungen und das Durchführen von Bewegungen möglich ist. Schlussendlich kann die Hebamme der Gebärenden Vorschläge machen, wenn diese von sich aus keine angenehme Gebärposition findet (DGGG & DGHWi, 2020; Franke, 2019).

Die oben beschriebene Haltung der Hebamme ist durch den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Wichtigkeit von Selbstbestimmung und Autonomie der Gebärenden sowie durch den FER gerechtfertigt. Durch den ausserordentlichen Kontext der Geburt kann Selbstbestimmung nicht rein rationalistisch betrachtet werden. Psychische, emotionale und körperliche Aspekte sowie Ressourcen der Gebärenden sollen umfassend miteinbezogen werden. Dabei ist die Beziehung zur Hebamme zentral (Jung, 2017). Diese strebt eine partnerschaftliche Verbindung mit der Gebärenden an, was eine kontinuierliche Begleitung, das intuitive Wahrnehmen der Gebärenden und das Respektieren ihrer Grenzen beinhaltet (Lundgren & Dahlberg, 2002). Durch diese frauenzentrierte Begleitung

wird die Gebärende gestärkt. Zusätzlich ist zu beachten, dass Gebärende in einem intuitiven Zustand von sich aus Gebärpositionen einnehmen, die die Geburt unterstützen, wie z. B. das Aufrichten bei einsetzendem Pressdrang, schaukelnde Bewegungen oder Positionswechsel (Franke, 2019). Das gehört gemäss Odent (2009) zum FER. Folglich können Anleitungen durch eine Hebamme nie in gleichem Masse wie die Intuitionen der Gebärenden zu denjenigen Körperhaltungen führen, die für den Geburtsprozess am idealsten und angemessensten sind. In den analysierten Geburtsberichten im Buch von Jeremias et al. (2012) beschreiben Gebärende eindrucksvoll, wie sie körperliche Impulse wahrnehmen und intuitiv Körperhaltungen einnehmen. Die anwesenden Hebammen bewegen sich um sie herum und lassen ihnen Raum und Bewegungsfreiheit. Insbesondere eine Gebärende, Anke, schien davon besonders zu profitieren: Während der aktiven AP im Gebärpool nahm sie nach der Kopfgeburt intuitiv eine andere Gebärposition für die Körpergeburt ein. Dieser Geburtsbericht zeigt beispielhaft drei bereits beschriebene Aspekte: Die Gewöhnung, der freie Bewegungsraum der Gebärenden und das frauenzentrierte Betreuungsmodell der Hebamme. Anke hatte bereits in der EP und in der passiven AP viel Bewegungsfreiheit und konnte sich so an das intuitive Wechseln ihrer Körperhaltung gewöhnen. Sie entwickelte ein Gefühl dafür, was ihr gut tat und fand das Vertrauen zu ihrem Körper. Zudem wurde sie von ihrer Hebamme nicht dazu angehalten, eine bestimmte Körperhaltung einzunehmen. Während der aktiven AP hatte Anke immer noch viel Platz, da sie sich im Gebärpool befand und nicht durch ein schmales Bett eingeschränkt war. Daher konnte sie sich frei und problemlos in alle Richtungen bewegen und dadurch vermutlich den Durchtritt der kindlichen Schultern durch das kleine Becken erleichtern.

Obwohl eine frauenzentrierte Betreuung und die gemeinsame Entscheidungsfindung empfohlen werden, ist in der gegenwärtigen klinischen Praxis eine evidenzbasierte Vorgehensweise hinsichtlich der Gebärposition und der Bewegungsfreiheit begrenzt vorhanden, und es wird eher autoritär und bevormundend gearbeitet (Irvin et al., 2022; Shorey et al., 2022). In der Regel wird der Gebärenden spätestens ab der AP die Kompetenz für den Geburtsprozess abgesprochen und die Hebamme übernimmt die Kontrolle des Geschehens. Die Gebärende wird zum Pressen angeleitet, was sich als kräftezehrend erweist. Zudem wird ihr die einzunehmende Gebärposition vorgegeben (Walsh, 2012). Dabei handelt es sich meistens um eine liegende Gebärposition

(Barasinski et al., 2018; Irvin et al., 2022). Das bringt die Gebärende in eine passive Rolle, in der sie nicht intuitiv handeln kann (Franke, 2019; Kuntner, 1994, 2007). Das angeleitete Pressen und die passive Körperhaltung in der aktiven AP erschöpfen die Gebärende und das Einnehmen einer aufrechten Gebärposition wird zu einer grossen Anstrengung (Walsh, 2012). Meistens wird sie von der Hebamme auch nicht dazu ermutigt, sondern in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Eine aufrechte Gebärposition würde den Prozess der Geburt jedoch erheblich unterstützen (Franke, 2019). Durch das Verständnis der Geburtsphysiologie sowie das Wissen um die Wirkung von Körperhaltungen wäre die Aufgabe der Hebamme vielmehr, sich zurückzunehmen, die Körperwahrnehmung und die Intuition der Gebärenden zu stärken und ihr bei Bedarf Vorschläge zu machen (Franke, 2019; Shorey et al., 2022; Walsh, 2012). Zusammengefasst wird eine optimale Verbindung der Prinzipien Selbstbestimmung sowie Fürsorge angestrebt und dies im Sinne einer individuellen und frauenzentrierten Begleitung. Das führt zu einem positiven Geburtserlebnis und Empowerment der Gebärenden (Eckardt, 2020).

4.6 BEZUG ZUR FRAGESTELLUNG

Aus der analysierten Literatur kann abgeleitet werden, dass es eine Vielzahl an Zusammenhängen zwischen Gebärposition und Geburtserlebnis gibt. Welchen Einfluss spezifische Gebärpositionen auf das Geburtserlebnis haben, wird von Gebärenden verschieden beschrieben und kann infolge unzureichender Evidenzen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vollumfänglich beantwortet werden. Aus dem theoretischen Hintergrund heraus kann angenommen werden, dass aufrechte Gebärpositionen während der aktiven AP zu einem positiveren Geburtserlebnis führen. Dies zeigt sich auch in den analysierten Geburtsberichten. Im Weiteren geht aus der Literatur hervor, dass die Art der Festlegung der Gebärposition ein zentraler Aspekt für das Geburtserlebnis darstellt. Gebärende haben nämlich ein höheres Kontrollgefühl und somit ein besseres Geburtserlebnis, wenn sie die Gebärposition gemeinsam mit der Hebamme wählen. Dies deutet auf die Wichtigkeit der frauenzentrierten Begleitung und die gemeinsame Entscheidungsfindung hin. Zudem scheinen intuitives Handeln und das Vertrauen in den Körper zu einem positiven Geburtserlebnis zu führen und in Verbindung mit der freien Wahl der Gebärposition zu stehen. Dabei nimmt die Hebamme eine wichtige Rolle ein. Es handelt sich hierbei jedoch um ungesichertes Wissen, da die Studienlage unzureichend ist.

5 SCHLUSSFOLGERUNG

In folgendem Kapitel werden anhand der Literatur Empfehlungen für die Hebammentätigkeit formuliert. Anschliessend werden Limitationen der Arbeit aufgeführt. Als Abschluss folgt ein Blick in die Zukunft.

5.1 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE HEBAMMENTÄTIGKEIT

Durch die vorliegende Arbeit lässt sich feststellen, dass Hebammen in Bezug auf Informationsabgabe und Vorbereitung zum Thema Gebärposition Verantwortung tragen und diese Bereiche in der Praxis stärker zu gewichten sind als bisher. Bereits Schwangere sollen sich mit dem Thema Gebärposition auseinandersetzen und diese praktisch üben können. In der peripartalen Phase ist es wichtig, dass Hebammen Gebärende über verschiedene Gebärpositionen informieren, um eine informierte Entscheidungsfindung zu unterstützen. Dabei sollte der Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsfindung bevorzugt werden, da sich diese am positivsten auf das Geburtserlebnis auswirkt.

Zudem soll bei physiologischen Geburten das medizinische Betreuungsmodell im klinischen Setting verändert werden. Einerseits sind Hebammen verpflichtet, sich lebenslang weiterzubilden und ungeeignete oder schädliche Handlungen zu unterlassen (Graf Heule et al., 2023). Dazu zählt die Einschränkung der Bewegungsfreiheit der Gebärenden oder das Anwenden von Gebärpositionen, die nicht der Physiologie der Geburt entsprechen (DGGG & DGHWi, 2020). Andererseits kann eine Anpassung des Betreuungsmodells an die Bedürfnisse der Gebärenden dazu beitragen, negative Geburtserlebnisse zu reduzieren und die Gebärenden zu stärken. Franke (2019) betont, dass das Vertrauen in den Geburtsprozess und den eigenen Körper für die Schwangere und Gebärende von zentraler Bedeutung ist. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine frauenzentrierte Schwangerschafts- sowie Geburtsbetreuung, die die Physiologie stärkt. Diese Art von Betreuung wird durch hebammengeleitete Versorgungsmodelle vertreten (Cignacco et al., 2004; Irvin et al., 2022; Lüthi et al., 2021). Die Hebamme soll der Gebärenden Sicherheit vermitteln, sie in ihrer Körperwahrnehmung stärken und vor Reizen auf den Neocortex schützen. Dabei erfordert die adäquate Begleitung eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender, wobei die Hebamme der Gebärenden im Geburtsprozess so viel Kontrolle wie möglich abgeben und sie als

Expertin ihrer eigenen Geburt betrachten soll. Dieses Verhalten stärkt die Intuition und das Vertrauen der Gebärenden, so dass sie von sich aus geeignete Gebärpositionen finden und einnehmen kann.

Ansatzpunkte für eine Veränderung des medizinischen Betreuungsmodells im Spitalsetting können darin bestehen, der Gebärenden die freie Wahl der Gebärposition zu lassen und ihr während der gesamten Geburt Bewegungsfreiheit zu gewährleisten. Interventionen wie vaginale Untersuchungen sollten minimiert und in derjenigen Körperhaltung durchgeführt werden, in der sich die Gebärende befindet. Darüber hinaus sollte das Anleiten der Gebärenden in der aktiven AP unterlassen und ihr stattdessen ein sicherer, ruhiger Raum geboten werden. Die Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe ist anzustreben.

Die Autorinnen schlagen vor, die Thematik der Gebärposition sowie das Geburtserlebnis der Gebärenden im Hebammenstudium vertiefter zu behandeln. Es geht nicht nur um die Vermittlung von theoretischem Wissen, sondern auch um kritische Diskussionen betreffend Diskrepanzen zwischen den Evidenzen und der aktuellen klinischen Praxis. Dadurch könnten Hebammenstudentinnen Strategien erlernen, um evidenzbasiertes Wissen wirkungsvoll in die Praxis zu übertragen. Zudem sollten Studentinnen befähigt werden, Gebärende bei der Wahl der Geburtsposition kompetent zu unterstützen, bei gleichzeitiger Respektierung und Stärkung ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Irvin et al. (2022) empfehlen zusätzlich praktische Trainings, um Kompetenzen im Umgang mit aufrechten Gebärpositionen zu erwerben. Diese sollten ebenfalls von ausgebildeten Hebammen durchgeführt werden, da bei Hebammen im klinischen Setting oft ein Kompetenzmangel festgestellt wird in diesem Bereich. Das führt zu Schwierigkeiten, Gebärende evidenzbasiert begleiten zu können. Insgesamt sollen sich Hebammen die nötigen Fähigkeiten und Kenntnisse, sowie eine angemessene Haltung aneignen, um eine evidenzbasierte, respektvolle und frauenzentrierte Geburtshilfe zu praktizieren.

5.2 LIMITATIONEN

Die Evidenzlage zum Thema Gebärposition und deren Einfluss auf das Geburtserlebnis ist beschränkt. Trotz einer sorgfältigen Durchsichtung mehrerer Datenbanken konnten lediglich zwei Studien und ein Review identifiziert werden, die für die Untersuchung relevant waren. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es relevante Studien gibt, die

in anderen Sprachen verfasst wurden oder die nicht in den durchsuchten Datenbanken veröffentlicht sind. Diese wurden nicht berücksichtigt. Zudem ist zu beachten, dass eine der eingeschlossenen Studien aus dem Jahr 2004 und somit aus einem älteren geburtshilflichen Kontext stammt. Die beiden analysierten Studien wurden in den Niederlanden durchgeführt, wobei sich deren Geburtshilfe und die soziokulturellen Parameter der Gebärenden von denen in der Schweiz unterscheiden. Die Übertragbarkeit der Resultate auf die Gesamtbevölkerung ist aus den aufgeführten Gründen limitiert.

Die gewählten Geburtsberichte sollen dem weiteren Verständnis der Erlebnisse von Gebärenden dienen. Sie basieren auf Erfahrungen von vier Gebärenden, die ihre Geburt ohne Vorgaben erzählen. Es handelt sich nicht um eine repräsentative Population von Gebärenden, sondern ausschliesslich um positiv erlebte und selbstbestimmte Geburten, die im ausserklinischen Setting stattfanden. Dies wurde von den Autorinnen bewusst gewählt, da dadurch Beispiele gegeben sind, die aufzeigen, wohin sich die Geburtshilfe entwickeln könnte, im Sinne einer Perspektive und Chance. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden berücksichtigt, doch Gebärpositionen und deren Einfluss auf das Geburtserlebnis wurden von den Erzählerinnen nicht spezifisch fokussiert. Daher gehen in den Berichten teilweise spezifische Informationen zur Gebärposition und deren Einfluss auf das Geburtserlebnis verloren. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, welche Relevanz die Gebärposition in der subjektiven Wahrnehmung der Gebärenden hat.

Es ist anzumerken, dass die vorliegende Arbeit eine begrenzte Perspektive auf das Thema bietet. Der Fokus der Untersuchung liegt auf dem subjektiven Erleben der Gebärenden. Es wurden weitere wichtige Aspekte, wie zum Beispiel die Rolle der Begleitpersonen oder das Erleben der Hebamme, nicht in die Analyse miteinbezogen. Darüber hinaus beschränkt sich die Arbeit auf physiologische Geburten, so dass die Resultate möglicherweise nicht auf andere Geburtssituationen übertragbar sind. Es ist wichtig, die formulierten Empfehlungen im Kontext dieser Einschränkungen zu betrachten und weitere Forschungen anzustreben, die eine umfassendere Perspektive auf das Thema bieten.

5.3 AUSBLICK

Der Einfluss der Gebärposition auf das Geburtserlebnis soll weiterhin und in verschiedenen Settings erforscht werden. Die vorliegenden Resultate hinsichtlich des Erlebens der verschiedenen Gebärpositionen sind ambivalent. Weitere Forschung ist erforderlich, um mehr Klarheit zu schaffen. Aus der analysierten Literatur geht besonders der Aspekt der Kontrolle hervor, hingegen werden weitere Parameter, die das Geburtserlebnis beeinflussen weniger berücksichtigt. Den Autorinnen erscheint ausserdem der Einfluss der Gebärposition auf das postpartale emotionale und psychische Wohlbefinden besonders relevant, speziell im Hinblick einer möglichen Prävention von traumatischen Geburtserlebnissen. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, die Gebärposition aus Embodimentperspektive zu untersuchen. Auch sollen physiologische Vorgänge der Geburt sowie das intuitive Verhalten von Gebärenden vertieft erforscht werden, um sich diesbezüglich ein umfassendes Verständnis und solides Wissen aneignen zu können. Im Weiteren muss das Konzept der Selbstbestimmung während der Geburt explizit diskutiert werden.

Schliesslich sehen die Autorinnen gleichermassen wie Irvin et al. (2022) die grosse Dringlichkeit einer Wandlung von der klinischen Praxis hin zur Physiologie fördernden, frauenzentrierten und evidenzbasierten Geburtshilfe.

WORTZAHL

Abstract: 197

Arbeit: 11'400

LITERATURVERZEICHNIS

- Allen, S. J. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2–3), 107–131. <https://doi.org/10.1080/02646839808404563>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*
- Barasinski, R. C., Debost-Legrand, A., Lemery, D. & Vendittelli, F. (2018). Practices during the active second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 60, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.001>
- Brander, D. & Beinder, E. (2007). Auswirkungen der Periduralanästhesie (PDA) auf das Geburtserlebnis. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 211(2), 76–81. <https://doi.org/10.1055/s-2007-960629>
- Brice, R. (2022). CASP CHECKLISTS. *CASP - Critical Appraisal Skills Programme*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C. & Hatem, M. (2008). Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 24–34. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x>
- Bundesamt für Statistik. (2019). Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017. *Statistik der Schweiz, Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. <https://www.statistik.ch>
- Büttner, S. (2007). *Quellenkritik und -interpretation*. Unterrichtsmaterial.
- Chabbert, M., Panagiotou, D. & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- Chalubinski, K. (2016). Normale Geburt. In Springer eBooks (S. 663–686). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45064-2_29

- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-7-26>
- Chu, M. S., Park, M. & Kim, J. A. (2017). First childbirth experience of international marriage migrant women in South Korea. *Women and Birth*, 30(4), e198–e206. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.001>
- Cignacco, E., Büchi, S. & Oggier, W. (2004). Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital. *Pflege*, 17(4), 253–261. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.17.4.253>
- De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 47–55. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737432>
- De Jonge, A., Teunissen, T. A. M., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 35–45. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737423>
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG], & Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft [DGHWi]. (2020). Vaginale Geburt am Termin. *AWFM, Portal der wissenschaftlichen Medizin*, (1) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html>
- Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. *American Journal of Public Health*, 77(5), 636–641. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.5.636>
- Eckardt, S. (2020). Selbstbestimmung kontrovers?! Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe. *FEMINA POLITICA - Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 29(2–2020), 63–75. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v29i2.06>
- Ekman, P. & Rosenberg, E. L. (2005). *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS)* (2. Aufl.).

Oxford University Press.

- Enßle-Kastenhuber, L. (2019). Gebärpositionen - Einflussfaktoren auf die Anleitung der Gebärenden. *Die Hebamme*, 32(3), 22–29. <https://doi.org/10.1055/a-0893-8525>
- Franke, T. (2019). *Geburt in Bewegung - Die Kräfte nutzen* (2. Aufl.). Elwin Staude Verlag.
- Graf Heule, P., Gschwend, V., Hächler, R. & Schwager, M. (2023). *Zusatzmodul C Bachelorstudiengang Hebamme Schwangerschaft und Geburt*. Unterrichtsmaterial.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane library*, 2017(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Hebammenkurs 249./22. der Hebammenschule Paderborn. (2007). Welche Gebärhaltungen erleben Hebammen während ihrer Ausbildung? *Die Hebamme*, 20(3), 174–176. <https://doi.org/10.1055/s-2007-991547>
- Hellmers, C., Krahl, A. & Schücking, B. (2010). Ärztliches Handeln in der Geburtshilfe: Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Interventionen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 70(07), 553–560. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1250065>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Hirt, J. & Nordhausen, T. (2020). Systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken: Rechercheprotokoll. In: Nordhausen, T., Hirt, J. RefHunter. Systematische Literaturrecherche. <https://refhunter.eu/rechercheprotokoll/>
- Irvin, L., De Leo, A. & Davison, C. (2022). Stand and deliver: An integrative review of the evidence around birthing upright. *British Journal of Midwifery*, 30(3), 172–177. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.3.172>
- Jeremias, C., Werle, M. & Trompka, C. (2012). *Geburtsberichte: Babys liebevoll empfangen; selbstbestimmte Geburten, die Mut machen* (1. Aufl.). fidibus Verlag.

- Jung, T. (2017). Die „gute Geburt“ - Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 9(2), 30–45. <https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03>
- Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., Vries, D., Willigen, I. & Fontein-Kuipers, Y. (2020). Traumatic childbirth experiences: Practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 792–799. <https://doi.org/10.1111/scs.12786>
- Krahl, A. (2013). *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt*. MVS Medizinverlage Stuttgart. <https://doi.org/10.1055/b000000661>
- Kuntner, L. (1994). *Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht* (4. Aufl.). Marseille Verlag.
- Kuntner, L. (2007). Das physiologische Gebärverhalten der Frau. *Die Hebamme*, 20(3), 156–163. <https://doi.org/10.1055/s-2007-991544>
- Lanzerath, D. (2021). Medikalisierung. In *J.B. Metzler eBooks* (S. 403–413). J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05352-7_44
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Leeners, B., Görres, G., Block, E. & Hengartner, M. P. (2016). Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 83, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>
- Lundgren, I. & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18(2), 155–164. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0302>
- Luther, B. (2006). Salutogenese als Modell für die Hebammenarbeit. *Die Hebamme*, 19(4), 269–272. <https://doi.org/10.1055/s-2006-959351>

- Lüthi, T., Gemperle, M. & Pehlke-Milde, J. (2021). Herausforderungen hebammengeleiteter Schwangerenvorsorge. *Obstetrica*, 2021(10), 22-25. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-23284>
- Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K. & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45(3), 322–327. <https://doi.org/10.1111/birt.12352>
- Mauriceau, F. (1675). *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont nouvellement accouchées: Enseignant la bonne & veritable methode pour bien aider les femmes en leurs accouchemens naturels & les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature & aux indispositions des enfans nouveaux-nés . . .*
- Meyer, S. E. & Oelhafen, S. (2020). Zwang unter der Geburt. *Obstetrica: das Hebammenfachmagazin*, 117(12), pp. 26-29. Schweizerischer Hebammenverband (SHV).
- Musie, M. R., Peu, M. D. & Bhana-Pema, V. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071>
- Nieuwenhuijze, M. J., de Jonge, A., Korstjens, I., Bude, L. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), e107-14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>
- Odent, M. (2009). The instincts of motherhood: Bringing joy back into newborn care. *Early Human Development*, 85(11), 697–700. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2009.08.053>
- Odent M. (2010). First Stage: Preparing the Fetus Ejection Reflex. *Midwifery Today*, 95, 35–35.
- Petersen, A., Köhler, L.-M., Schwarz, C., Vaske, B. & Gross, M. (2017). Outcomes geplanter außerklinischer und klinischer Low-Risk Geburten in Niedersachsen.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 221(04), 187–197.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-101528>

Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2011). Juggling Instinct and Fear: An Ethnographic Study of Facilitators and Inhibitors of Physiological Birth Positioning in Two Different Birth Settings. *International Journal of Childbirth*, 1(4), 227–241.
<https://doi.org/10.1891/2156-5287.1.4.227>

Ramsayer, B., Waas, K., Gerg, A.-M., Dürr, C. & Dribbisch, J. (2004). Welchen Einfluss hat die Gebärhaltung auf das Geburtserlebnis und auf klinische Parameter? *Die Hebamme*, 17(2), 95–100. <https://doi.org/10.1055/s-2004-829436>

Rath, W., Gembruch, U., Schmidt, S., Martius, G., Baltzer, J., Bartz, C., Becker, M., Beinder, E., Berg, C., Brezinka, C., Bung, P., Dimpfl, T., Dorn, A., Dreuw, B., Feige, A., Fischer, T., Freerksen, N., Friebe-Hoffmann, U., Friese, K., . . . Zimmermann, B. U. (2010). Geburtshilfe und Perinatalmedizin. *Georg Thieme Verlag*, 2.
<https://doi.org/10.1055/b-002-10339>

Reisz, S., Brennan, J., Jacobvitz, D. & George, C. (2019). Adult attachment and birth experience: Importance of a secure base and safe haven during childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 26–43.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1509303>

Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*.

Shorey, S., Chan, V. & Lalor, J. G. (2022). Perceptions of women and partners on labor and birth positions: A meta-synthesis. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 49(1), 19–29.
<https://doi.org/10.1111/birt.12574>

Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H. & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450–459.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>

Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Bürgin, D. & Bitzer, J. (2004). How do obstetric

variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 115(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2003.12.015>

Steck, T. (2008). Ablauf der regelrechten Geburt. In *Kompendium der Geburtshilfe für Hebammen* (S. 131–148). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-211-49304-5_7

Stiefel, A., Brendel, K. & Bauer, N. H. (2020). *Hebammenkunde* (6. Aufl.). Thieme.

Storch, M. (2015). *Embodiment: Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen; mit Ergänzungskapitel „Embodiment im Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)“* (2. erweiterten Aufl.). Huber.

Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2017). *Embodiment: Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (3. Aufl.). Hogrefe.

The National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#third-stage-of-labour>

Toepke McLean, M. (2018). Birth and the Fetus Ejection Reflex. *Midwifery Today*, 127, 7–7.

Vierzig, S. (2009). Mythen der Steinzeit: Das religiöse Weltbild der frühen Menschen. *BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*. <http://oops.uni-oldenburg.de/942/>

Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471–482. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00043-4)

Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Radestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>

Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth: Guide for midwives* (2. Aufl.). Routledge.

World Health Organization [WHO]. (1997). Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth*, 24(2), 121–123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.tb00352.x>

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Ausgewählte Literatur (Eigene Darstellung, 2023).....	S. 11
Tabelle 2: Vergleich der gewählten Geburtsberichte in Hinsicht auf die Gebärlposition und das Geburtserlebnis (Eigene Darstellung, 2023, in Anlehnung an Jeremias et al., 2012).....	S. 30

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
AP	Austrittsphase
ca.	circa
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CTG	Kardiotokographie
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGHWi	Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
EP	Eröffnungsphase
et al.	Lateinisch für "und andere"
FER	Fetus-Ejektions-Reflex
G	Gravidität

LP	Latenzphase
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
P	Parität
PP	Plazentarphase
S.	Seite
v.Ch	vor Christus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft

DANKSAGUNG

Wir bedanken uns bei unserer betreuenden Dozentin [REDACTED] für die motivierende und positiv gesinnte Begleitung. Ausserdem bedanken wir uns ausdrücklich bei [REDACTED] für das wertvolle und sorgfältige Gegenlesen. Dankbar sind wir für die vertiefte und spannende Auseinandersetzung mit der Thematik der vorliegenden Bachelorarbeit. Wir konnten neue Erkenntnisse gewinnen und unsern Fokus auf die Physiologie und die enorme Kraft der Gebärenden lenken.

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

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

Ort, Datum: Winterthur, den 01.05.2023

Ort, Datum: Winterthur, den 01.05.2023

Unterschrift:

Unterschrift:

Fabienne Bürgi

Jeanne Liechti

ANHANG I: RECHERCHEPROTOKOLL NACH HIRT, J. & NORDHAUSEN, T. (2020)

Forschungsfrage

Welchen Einfluss hat die Gebärlposition in der physiologischen Austrittsphase auf das Geburtserlebnis der Gebärenden?

Ein- und Ausschlusskriterien

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Domäne 1 Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> Geburt am Termin (37+0-42+0 SSW) Regelrechte Kindseinstellung (I. oder II. Schädellage und vordere Hinterhauptseinstellung) Einling-Geburt Physiologischer Geburtsverlauf 	<ul style="list-style-type: none"> Frühgeburt (<37+0 SSW), Übertragung (>42+0 SSW) Regelwidrige fetale Einstellungen Mehrlingsgeburten Nicht physiologischer Geburtsverlauf
Domäne 2 Intervention	Alle Schmerzmittel, ausser PDA	PDA
Domäne 3 Outcome	Spontangeburt	Sectio cesarea oder vaginal operative Geburtsbeendigungen
Domäne 4 Publikationsjahr	Literatur, die nicht älter als 20 Jahre ist	Literatur, die älter als 20 Jahre alt sind
Domäne 4 Dokumententyp	Studien, Reviews, Leitlinien zur Geburtshilfe, Fachartikel und Fachbücher	Jegliche andere Literatur

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden gewählt, um Vergleichbarkeit herstellen zu können.

Festlegung der Suchkomponenten

Suchkomponente	Bezeichnung
Suchkomponente 1	birthing positions
Suchkomponente 2	birther
Suchkomponente 3	experiences

Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken

Fachdatenbank	Bezeichnung
Fachdatenbank 1	Cinahl
Fachdatenbank 2	Medline
Fachdatenbank 3	Pubmed
Fachdatenbank 4	Livivo

Identifikation von synonymen Suchbegriffen

Suchkomponenten	Suchbegriffe
Suchkomponente 1: Birthing position*s	POSITION*S DURING LABOUR -> GEBÄRPOSITION/GEBÄRHALTUNG/ POSITION DER GEBÄRENDE
Suchkomponente 2: Experince*s	ATTITUDE*S EXPERIENCE*S OF BIRTH -> SUBJEKTIVES GEBURTSEERLEBEN/ ERLEBNIS PERCEPTION*S OF BIRTH VIEW*S OF BIRTH FEELING*S MATERNAL ATTITUDE
Suchkomponente 3: Birther	WOMAN -> FRAU BIRTHING WOMAN -> GEBÄRENDE LABOURING WOMAN -> FRAU UNTER DER GEBURT WOMAN IN LABOUR

Entwicklung des Suchstrings

Suchkomponente	Suchstring: Cinahl	Suchstring: Medline	Suchstring: Pudmed	Suchstring: Livivo	Suchstring: ZHAW Bibliothek
Suchkomponente 1: Birthing position*s	BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR	BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR	BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR	BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR OR GEBÄRPOSITION OR GEBÄRHALTUNG OR POSITION DER GEBÄRENDE	BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR OR GEBÄRPOSITION OR GEBÄRHALTUNG OR POSITION DER GEBÄRENDE
	AND	AND	AND	AND	AND
Suchkomponente 2: Experince*s	ATTITUDE* OR EXPERIENCE* OF BIRTH OR PERCEPTION* OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE	ATTITUDE* OR EXPERIENCE * OF BIRTH OR PERCEPTION * OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE	ATTITUDE* OR EXPERIENCE * OF BIRTH OR PERCEPTION * OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE	ATTITUDE* OR EXPERIENCE* OF BIRTH OR PERCEPTION* OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE SUBJEKTIVES GEBURT SERLEBEN OR SUBJEKTIVES GEBURT SERLEBNIS OR GEBURT SERLEBNIS OR GEBURT SERLEBEN	ATTITUDE* OR EXPERIENCE* OF BIRTH OR PERCEPTION* OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE SUBJEKTIVES GEBURT SERLEBEN OR SUBJEKTIVES GEBURT SERLEBNIS OR GEBURT SERLEBNIS OR GEBURT SERLEBEN
	AND	AND	AND	AND	AND
Suchkomponente 3: Birther	WOMAN OR BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR	WOMAN OR BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR	WOMAN OR BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR	WOMAN OR BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR OR GEBÄRENDE OR FRAU UNTER DER GEBURT	WOMAN OR BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR OR GEBÄRENDE OR FRAU UNTER DER GEBURT

Dokumentation der Recherche

CINAL

#	Eingabe	Trefferzahl
1	EINGABE: ((BIRTHING POSITION* or POSITION* DURING LABOUR) and (ATTITUDE* or EXPERIENCE* OF BIRTH or PERCEPTION* OF BIRTH or VIEW* OF BIRTH or FEELING* or MATERNAL ATTITUDE) and (BIRTHING WOMAN or LABOURING WOMAN or WOMAN IN LABOUR))	42
2	EINGABE: ((BIRTHING POSITION* or POSITION* DURING LABOUR) and (ATTITUDE* or EXPERIENCE* OF BIRTH or PERCEPTION* OF BIRTH or VIEW* OF BIRTH or FEELING* or MATERNAL ATTITUDE) and (BIRTHING WOMAN or LABOURING WOMAN or WOMAN IN LABOUR)) + PUBLICATION DATE BETWEEN 2002 AND 2022 + FULL TEXT	16

Medline

#	Eingabe	Trefferzahl
1	EINGABE: ((BIRTHING POSITION* or POSITION* DURING LABOUR) and (ATTITUDE* or EXPERIENCE* OF BIRTH or PERCEPTION* OF BIRTH or VIEW* OF BIRTH or FEELING* or MATERNAL ATTITUDE) and (BIRTHING WOMAN or LABOURING WOMAN or WOMAN IN LABOUR))	198
2	EINGABE: ((BIRTHING POSITION* or POSITION* DURING LABOUR) and (ATTITUDE* or EXPERIENCE* OF BIRTH or PERCEPTION* OF BIRTH or VIEW* OF BIRTH or FEELING* or MATERNAL ATTITUDE) and (BIRTHING WOMAN or LABOURING WOMAN or WOMAN IN LABOUR)) + PUBLIKATIONEN MIT FULL TEXT + PUBLIKATIONEN ZWISCHEN 2002-2022	32

Pubmed

#	Eingabe	Trefferzahl
1	EINGABE: ((BIRTHING POSITION* or POSITION* DURING LABOUR) and (ATTITUDE* or EXPERIENCE* OF BIRTH or PERCEPTION* OF BIRTH or VIEW* OF BIRTH or FEELING* or MATERNAL ATTITUDE) and (BIRTHING WOMAN or LABOURING WOMAN or WOMAN IN LABOUR)) + FREE FULL TEXT + FROM 2002 - 2022	371

Livivio

#	Eingabe	Trefferzahl
1	EINGABE: (((BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR OR GEBÄRPOSITION OR GEBÄRHALTUNG OR POSITION DER GEBÄRENDEN) AND ATTITUDE* OR EXPERIENCE* OF BIRTH OR PERCEPTION* OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE SUBJEKTIVES GEBURTSERLEBEN OR SUBJEKTIVES GEBURTSERLEBNIS OR GEBURTSERLEBNIS OR GEBURTSERLEBEN) AND BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR OR GEBÄRENDE OR FRAU UNTER DER GEBURT) AND PY=2002:2022	46587
2	EINGABE: STI=(BIRTHING POSITION* OR POSITION* DURING LABOUR OR GEBÄRPOSITION OR GEBÄRHALTUNG OR POSITION DER GEBÄRENDEN) AND TI=(ATTITUDE* OR EXPERIENCE* OF BIRTH OR PERCEPTION* OF BIRTH OR VIEW* OF BIRTH OR FEELING* OR MATERNAL ATTITUDE SUBJEKTIVES GEBURTSERLEBEN OR SUBJEKTIVES GEBURTSERLEBNIS OR GEBURTSERLEBNIS OR GEBURTSERLEBEN) AND TI=(BIRTHING WOMAN OR LABOURING WOMAN OR WOMAN IN LABOUR OR GEBÄRENDE OR FRAU UNTER DER GEBURT) AND PY=2002:2022	7

ANHANG II: BEURTEILUNG DER STUDIEN NACH AICA

Nieuwenhuijze, M. J., de Jonge, A., Korstjens, I., Bude, L. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour.		
Forschungs-schritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
<p>Problem- beschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)</p>	<p>Forschungsfrage Hat die Gebärposition einen Einfluss auf das Empfinden von Kontrolle während der Austrittsphase?</p> <p>Ziel Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob die Wahl der Geburtsposition das Kontrollgefühl der Gebärenden während der Austrittsphase bei physiologischem Verlauf beeinflusst. Das Kontrollgefühl während der Geburt kann ein wichtiger Faktor sein, der das Geburtserlebnis einer Frau beeinflusst.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen Der theoretische Bezugsrahmen der Studie bezieht sich auf die Bedeutung von Selbstbestimmung und Kontrolle in der Geburtshilfe. Die Autor*innen beziehen sich auf das "Midwifery Model of Care", welches darauf abzielt, Frauen zu ermächtigen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über ihre eigene Geburt zu haben.</p> <p>Begründung der Forschungsfrage Der Forschungsbedarf wurde damit begründet, dass es zwar einige Studien zu diesem Thema gibt, aber keine ausreichenden Belege dafür vorliegen, wie die Gebärposition das Kontrollgefühl der Gebärenden beeinflusst. Die Autor*innen argumentieren, dass es wichtig ist, diese Lücke zu schliessen, um Gebärende bei der Wahl ihre Gebärposition unterstützen zu können und ihnen ein positives Geburtserlebnis zu ermöglichen.</p>	<p>Die Studie beantwortet einen Teilaspekt der Fragestellung der Bachelorarbeit. Die Fragestellung der Studie wird beantwortet.</p> <p>Das Ziel und die Forschungsfrage werden klar definiert.</p> <p>Es wird anhand vorhandener empirischer Literatur in die Thematik eingeführt.</p>
<p>Design</p>	<p>Design Das Design der Studie ist ein quasi-experimentelles Design. Die Studie ist Fragebogenbasiert. Ein Fragebogen wird von den Frauen ausgefüllt und ein weiterer von den Hebammen. Es wurde ein Pilottest bei 18 Frauen durchgeführt, der zu kleinen Anpassungen des Fragebogens führten. Zwei multiple Regressionsanalysen wurden durchgeführt, wobei das Kontrollgefühl während der Austrittsphase als abhängige Variable verwendet wurde. Eine Analyse wurde für die gesamte Gruppe der Teilnehmerinnen durchgeführt, eine weitere nur für die Gruppe von Frauen, die während der Schwangerschaft eine Vorliebe für eine andere Gebärposition als die Rückenlage hatten. Multiple Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um zu</p>	<p>Durch das Quasi-experimentelle Design ist die Studie ethisch vertretbar und die Fragestellung kann beantwortet werden.</p>

	<p>untersuchen, welche Faktoren im Zusammenhang mit der Wahl der Geburtsposition das Kontrollgefühl bei Frauen beeinflussen.</p> <p>Begründung des Designs Die Wahl des Designs wird in der Studie wurde so begründet, dass es ethisch nicht vertretbar wäre, Gebärende gezielt in eine bestimmte Geburtsposition zu bringen, um den Einfluss auf das Kontrollgefühl zu untersuchen. Stattdessen wurde eine quasi-experimentelle Methode gewählt. Auf diese Weise wurde der Einfluss der Geburtsposition auf das Kontrollgefühl untersucht, ohne dass die Gebärende in eine bestimmte Position gezwungen wurden.</p>	
Stichprobe	<p>Population Die Population sind Frauen (welche sich beim Ausfüllen des Fragebogens im Wochenbett befinden), die von einer Hebamme in den Niederlanden betreut wurden.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe besteht aus 1030 Frauen mit einer physiologischen Schwangerschaft und Geburt, die in den Niederlanden geboren haben.</p> <p>Im Vergleich zur niederländischen Primärversorgungspopulation in der von Hebammen geleiteten Geburtshilfe zu Beginn der Austreibungsphase bestand die Stichprobe der Studie aus weniger Frauen im Alter unter 25 Jahren (8% versus 11%), mehr Frauen im Alter zwischen 30 und 35 Jahren (43% versus 39%), mehr Frauen, die zum ersten Mal gebären (37% versus 32%), mehr Frauen niederländischer Herkunft (94% versus 84%) und mehr Hausgeburten (81% versus 66%). Es liegen keine vergleichbaren Daten zum Bildungsniveau vor. In unserer Studie hatten 17% der Frauen einen niedrigeren Bildungsstand.</p> <p>Charakterisierung der Stichprobe Die Einschlusskriterien waren ausreichende Niederländisch-Kenntnisse, um den Fragebogen ausfüllen zu können und eine hebammengeleitete Betreuung (primary midwife-led care) bis zum Beginn der Austrittsphase. Bei der Geburt wurde keine PDA gelegt und kein kontinuierliches CTG durchgeführt. Die Hebamme war die verantwortliche Fachperson während der gesamten Geburt.</p> <p>Auswahl der Teilnehmerinnen Es wurden alle niederländischen Hebammenpraxen (n=487) angefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. 54 gaben eine positive Antwort. Es handelt sich somit um eine Non-Probability-Stichprobe.</p> <p>Begründung der Auswahl der Teilnehmerinnen</p>	<p>Die Stichprobe ist gross genug, um repräsentativ für die niederländische Bevölkerung zu sein. Die Ergebnisse können auf Frauen, die eine physiologische Schwangerschaft und Geburt haben und eine hebammengeleitete Betreuung in Niederlanden geniessen übertragen werden.</p> <p>Die Stichprobengrösse wurde nicht explizit begründet. Es wurde nicht angegeben, ob Drop-Outs berücksichtigt wurden, und ob sie die Ergebnisse beeinflusst haben.</p> <p>Es wurden keine Vergleichsgruppen erstellt.</p>

	<p>Bei einem physiologischen Verlauf kann der Zusammenhang zwischen dem Kontrollgefühl der Frauen und die Gebärposition untersucht werden, ohne von medizinischen Komplikationen beeinflusst zu werden.</p> <p>Studiengruppen Es gibt in der Studie zwei Gruppen. Eine Gruppe besteht aus der gesamten Stichprobe. Die andere Gruppe besteht aus Frauen, die während der Schwangerschaft eine Vorliebe für eine andere Gebärposition als die Rückenlage hatten.</p>	
Datenerhebung	<p>Art der Daten</p> <p>Die Hebammen der 54 Hebammenpraxen gaben den Frauen kurz nach der Geburt einen Informationsbrief über die Ziele und Inhalte der Studie und luden sie ein teilzunehmen. Fragebögen von 1603 Frauen wurden zurückgeschickt, bei 1239 Frauen waren beide Fragebögen verfügbar. Von diesen Frauen wurden 83 ausgeschlossen, weil sie während der Austrittsphase an den ärztlichen Dienst überwiesen wurden, und 126 wurden ausgeschlossen, weil eine oder mehrere Variablen fehlten. Dies liess 1030 Frauen für die Analyse übrig. In dieser Gruppe hatten 204 Frauen eine Vorliebe für eine andere Geburtsposition als die Rückenlage.</p> <p>Die Frauen füllten die anonymen Fragebögen zuhause (ohne die Hebamme) aus. Die Hebammen, die die Frauen begleitet hatten, füllten ebenfalls einen Fragebogen aus. Es handelt sich also um eine schriftliche Befragung.</p> <p>Die Fragebögen der Frauen waren die primäre Datenquelle. Die Fragebögen der Hebammen wurden nur zur Überprüfung der Daten, zur Ersetzung fehlender Daten und zur Information über den Geburtsort und die Überweisung an den ärztlichen Dienst verwendet.</p> <p>Häufigkeit der Datenerhebung</p> <p>Der Fragebogen wurde einmalig ausgefüllt. Es wurde zu Beginn der Studie ein Pilottest mit 18 Frauen durchgeführt.</p>	<p>Die Häufigkeit der Datenerhebung wird im Artikel nicht explizit erwähnt. Die Methode der Datenerhebung ist angemessen für die Forschungsfrage, da dadurch die Forschungsfrage auf ethisch korrekte Art beantwortet werden konnte.</p> <p>Die Methode der Datenerhebung war für alle Teilnehmerinnen gleich, da es sich um einen standardisierten Fragebogen handelte.</p> <p>Daten wurden ausgeschlossen, wenn mehr als 10% der Daten fehlten oder Einschlusskriterien nicht mehr erfüllt wurden. Fehlende Antworten wurden mithilfe der Fragebögen, die von den Hebammen ausgefüllt worden waren, ergänzt.</p>
Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>Messinstrumente</p> <p>Fragebogen: Fragen zu soziodemografischen und geburtsspezifischen Faktoren, die in der Literatur in Zusammenhang mit der Wahl von Gebärpositionen gebracht werden (Z. B. Alter, Bildung, Geburtsort, Dauer der Austrittsphase, Vorlieben der Frauen bezüglich Gebärpositionen in der Schwangerschaft, Einfluss der Hebamme). Fragen zum Kontrollgefühl der Frauen, ihre Schmerzerfahrung während der Geburt und ihren Gefühlen zur Geburt während der Schwangerschaft. Fragen bezüglich der eingenommenen Gebärpositionen</p>	<p>Das „Labour Agency Scale (LAS)“ ist ein Instrument mit guter Zuverlässigkeit und Validität ist und in zahlreichen Studien über das Kontrollgefühl in der Geburtshilfe eingesetzt worden. Auch die Verwendung von „Visual Analog Scales“ (VAS-Schmerz) ist zuverlässig</p>

	<p>in der Austrittsphase und Frage bezüglich der anwesenden Personen während der Geburt und deren Einfluss auf die Gebärposition.</p> <p>„Labour Agency Scale“ (LAS): Messung des Kontrollgefühls von Frauen während der Austrittsphase. Die LAS ist ein Selbstberichtsinstrument mit guter Reliabilität und Validität und wird in zahlreichen Studien zum Kontrollgefühl in der Geburtshilfe eingesetzt.</p> <p>„Visual Analog Scales“ (VAS-Schmerz): Erfassung der Schmerzerfahrung von Frauen während der letzten vier Stunden der Eröffnungsphase und während der Austrittsphase sowie ihrer Gefühle zur Geburt. Die Messung von Schmerzen mittels visueller Analogskalen ist in der Forschung übliche Praxis und wurde als valide und reliable Methode zur Schmerzintensitätsschätzung bestätigt.</p> <p>Intervention</p> <p>Die getestete Intervention ist der Einfluss von Gebärpositionen auf das Kontrollgefühl von Frauen während der Austrittsphase. Die Studie untersucht verschiedene Gebärpositionen und ihren Einfluss auf das Kontrollgefühl.</p>	<p>und valid. Weiter basiert der Fragebogen auf vorhandener empirischer Literatur.</p> <p>Die Auswahl der Messinstrumente wird nachvollziehbar begründet.</p> <p>Es wird nicht direkt erwähnt, ob mögliche Verzerrungen oder Einflüsse auf die Intervention berücksichtigt wurden.</p>
Datenanalyse	<p>Datenniveau</p> <p>Das Datenniveau der erhobenen Variablen ist nicht angegeben.</p> <p>Statistische Verfahren</p> <p>Es wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt, um die Beziehung zwischen verschiedenen Faktoren und dem Kontrollgefühl in der Austrittsphase zu untersuchen.</p> <p>Signifikanzniveau</p> <p>Es wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt.</p>	<p>Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben. Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet, da die Forscherinnen die angemessenen Instrumente ausgewählt haben. Die verwendeten statistischen Tests entsprechen den Datenniveaus. Die statistischen Angaben ermöglichen eine Beurteilung, da die Forscherinnen die Ergebnisse der Tests und Analysen im Text und in Tabellen und Grafiken präsentieren. Die Höhe des Signifikanzniveaus wird in der Studie mit $p < 0,05$ angegeben und ist somit nachvollziehbar.</p>
Ethik	<p>Das medizinische Ethikkomitee der Region Arnhem-Nijmegen ist der Meinung, dass aufgrund des nicht-invasiven Charakters der Studie keine ethische Genehmigung erforderlich ist. Daher wurden keine weiteren Massnahmen zur ethischen Überwachung der Studie beschrieben.</p>	<p>Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden wird nicht explizit beschrieben.</p>

<p>Ergebnisse</p>	<p>Ergebnisse der Studie</p> <p>Frauen, die eine andere Gebärposition als die Rückenlage bevorzugten, waren häufiger höher gebildet, Erstgebärende, hatten häufiger einen Geburtsvorbereitungskurs besucht und gebären häufiger zu Hause.</p> <p>Frauen, die eine andere Gebärposition als die Rückenlage bevorzugten, verwendeten während der Austrittsphase häufiger eine andere Gebärposition als die Rückenlage (entweder ausschliesslich oder in Kombination mit der Rückenlage).</p> <p>Frauen, die eine andere Gebärposition als die Rückenlage bevorzugten, berichteten über längere Geburtsdauern und höheres Schmerzempfinden.</p> <p>Die meisten Frauen beider Gruppen gaben an, einen Einfluss auf die Gebärposition gehabt zu haben (meistens zusammen mit anderen)</p> <p>Der Einfluss auf die Gebärposition (selbst oder zusammen mit anderen), die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, die Einstellung zur Geburt in der Schwangerschaft und Schmerzen in der Austrittsphase waren signifikant mit einem höheren Kontrollgefühl verbunden.</p> <p>Einen Einfluss auf die Gebärposition zusammen mit anderen (meist Hebamme) zu haben war mit einem höheren Kontrollgefühl verbunden, als einen Einfluss auf die Gebärposition allein zu haben.</p> <p>Das Erfüllen der Präferenz der Frauen hinsichtlich der Gebärposition und die Verwendung eines bestimmten Typs von Gebärpositionen waren nicht signifikant mit dem Kontrollgefühl verbunden.</p> <p>Die zentralen Ergebnisse der Studie waren, dass Frauen, die Einfluss auf ihre Gebärposition hatten, insbesondere gemeinsam mit anderen, ein höheres Kontrollgefühl während der Geburt hatten. Der Einfluss auf die Gebärposition waren signifikant mit dem Kontrollgefühl verbunden.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse</p> <p>Die Ergebnisse werden in Form von Texten, Tabellen und Grafiken präsentiert und sind verständlich präsentiert.</p>	<p>Es werden Tabellen und Grafiken in der Studie verwendet, die präzise und vollständig sind. Die Titel und Legenden sind vorhanden. Die Tabellen und Grafiken ergänzen den Text. Insgesamt sind die Ergebnisse präzise präsentiert.</p>
-------------------	---	--

<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p>	<p>Interpretation der Ergebnisse</p> <p>In der Diskussion interpretieren die Forschenden die Ergebnisse im Kontext anderer Studien und Diskussionen zum Thema Kontrolle in der Geburtshilfe und shared decision-making während der Geburt. Sie betonen die Bedeutung des Kontrollgefühls von Gebärenden in Bezug auf die Gebärpositionen, da eine Involvierung in den Geburtsprozess den Gebärenden ein höheres Kontrollgefühl geben kann. Die Forschenden diskutieren auch kontroverse Auffassungen bezüglich der Bedeutung von Kontrolle in der Geburtshilfe und argumentieren, dass die Involvierung der Gebärenden in den Geburtsprozess ein bedeutenderer Faktor für ihr Kontrollgefühl ist als die Entscheidungsfindung (es ist für Gebärende wichtiger involviert zu werden, als Entscheidungen zu treffen).</p> <p>Die Ergebnisse der Studie zeigen auch, dass das Einbeziehen von anderen Personen, insbesondere der Hebamme, bei dem shared decision-making und Unterstützung während der Geburt von grosser Bedeutung ist und das Kontrollgefühl der Frau erhöhen kann. Die Forschenden betonen, dass Hebammen einen Einfluss auf das Kontrollgefühl von Gebärenden haben können und somit das Geburtserlebnis von Gebärenden verbessern können. Sie schlagen vor, dass Gebärende in der Wahl der Gebärposition einbezogen werden sollten, da es in den meisten Fällen keine medizinische Indikation gibt, eine bestimmte Gebärposition einzunehmen.</p> <p>Die Zuverlässigkeit der Unterstützung der Hebamme ist ebenfalls von grosser Bedeutung. Die Forschenden erklären, dass dies erklären könnte, warum Gebärende ein höheres Kontrollgefühl angeben, wenn sie gemeinsam mit der Hebamme die Gebärposition wählen (shared decision-making). Das Ziel des shared decision-making ist es, die Expertise der Fachpersonen und die Vorlieben und Werte der Frauen zusammenzubringen.</p> <p>Die Forschenden betonen auch, dass Frauen ein grosses Bedürfnis haben, bereits in der Schwangerschaft über Gebärpositionen informiert zu werden, da nur ein kleiner Teil der Frauen angab, eine andere Gebärposition als die Rückenlage zu bevorzugen. Schliesslich betonen die Forschenden, dass die Begleitpersonen einen sehr geringen Einfluss auf die Gebärposition haben.</p> <p>Beantwortung der Forschungsfrage</p> <p>Einen Einfluss auf die Gebärposition zu haben trägt zu einem höheren Kontrollgefühl der Gebärenden und somit des Geburtserlebnis bei.</p>	<p>Die Autor*innen interpretieren die Ergebnisse im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Praxis und die Forschung. Die Interpretation der Ergebnisse stimmt mit den tatsächlichen Ergebnissen überein. Die Autor*innen diskutieren, wie die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studien einzuordnen sind und welche Konsequenzen sich daraus für die Praxis ergeben können. Sie diskutieren alternative Erklärungen für die Ergebnisse und geben an, dass weitere Forschung notwendig ist, um die zugrunde liegenden Mechanismen zu verstehen. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die Fragestellung, Hypothesen, Konzepte und andere Studien umfassend diskutiert.</p>
---	---	--

Limitationen

Eine Einschränkung der Studie war, dass die Hebammenpraxen selbst ausgewählt konnten, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. Wahrscheinlich spielten positive Einstellungen zur Vielfalt der Geburtspositionen eine Rolle bei der Bereitschaft der Hebammen, an einer Studie über Geburtspositionen teilzunehmen. Sie waren möglicherweise offener dafür, Frauen Einfluss auf ihre Geburtsposition zu geben, was sich positiv auf das Kontrollgefühl der Frauen auswirkte. Darüber hinaus wurden die Fragen bezüglich der Gefühle zur Geburt und den Präferenzen der Gebärpositionen in der Schwangerschaft kurz nach der Geburt gestellt, was zu einer Vermeidung der «Postdecision Dissonance» führen kann. Frauen haben eventuell entsprechend dem endgültigen Outcome geantwortet, was ihr Kontrollgefühl beeinflusst hat.

Vergleich mit ähnlichen Studien

Die Ergebnisse werden mit Erkenntnissen früherer Studien folgendermassen in Verbindung gebracht:

Die Geburt ein dynamischer Prozess ist. Dies kann dazu führen, dass Gebärende sich anders fühlen als erwartet und deshalb andere Gebärpositionen einnehmen als erwartet.

Hebammen weisen darauf hin, dass es von Bedeutung ist, Frauen darauf vorzubereiten, dass die Geburt unvorhersehbar ist.

Die Möglichkeit zu haben, die Gebärposition zu ändern, scheint wichtiger zu sein als die Möglichkeit, eine bestimmte Position einzunehmen.

Die Zuverlässigkeit der Unterstützung durch die Hebamme ist ebenfalls von grosser Bedeutung.

Die meisten Frauen bevorzugen eine Form der shared decision-making. Das Ziel von shared decision-making besteht darin, die Fachkenntnisse der Fachpersonen und die Präferenzen und Werte der Frauen in Einklang zu bringen. Während der Schwangerschaft und Geburt ist das shared decision-making ein dynamischer Prozess.

Primipara und Multipara äussern bereits während der Schwangerschaft ein starkes Bedürfnis nach Informationen darüber, wie man sich auf die Verwendung von Gebärpositionen vorbereiten kann.

Frauen erhalten die meisten Informationen bezüglich Gebärpositionen in Geburtsvorbereitungskurse.

Hebammen haben dabei wenig Einfluss. Jedoch wurde in anderen Studien gezeigt, dass der Rat der Hebamme die Wahl der Gebärposition am stärksten beeinflusst.

Frauen wählen eine Hausgeburt, um ein höheres Kontrollgefühl zu haben.

Partner*innen haben einen minimale Einfluss in der Wahl der Gebärposition.

Ein hohes Schmerzlevel steht in Verbindung mit einem niedrigeren Kontrollgefühl und beeinflusst das

	<p>Geburtserlebnis. Andere Studien fanden, dass ein hohes Schmerzlevel nicht notwendigerweise mit einem negativen Geburtserlebnis in Verbindung steht. Das Kontrollgefühl scheint den negativen Einfluss von Schmerzen auf das Geburtserlebnis zu verwischen. Kontrolle über Schmerzlinderung trägt zu einem positiven Geburtserlebnis bei. Neben Schmerzmedikamenten umfasst dies auch die Bewältigungsstrategien der Frauen. Der negative Einfluss von Schmerzen auf das Geburtserlebnis war bei Frauen mit und ohne PDA gleich. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Schmerz keinen signifikanten Einfluss auf das Geburtserlebnis hat.</p>	
<p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegethemen</p>	<p>Praxis</p> <p>Hebammen können eine wichtige Rolle dabei spielen, Frauen bei der Verwendung verschiedener Geburtspositionen zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, die Gebärpositionen zu finden, in denen sie sich am wohlsten fühlen. Auf diese Weise können sie zu einem positiven Geburtserlebnis der Frauen beitragen. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass Hebammen einen Einfluss auf das Kontrollgefühl von Gebärenden haben können, indem sie Gebärende aktiv in den Geburtsprozess involvieren. Zudem sollten Frauen bereits in der Schwangerschaft über Gebärpositionen informiert werden.</p> <p>Theorien</p> <p>Die Studie trägt zur Diskussion über die Bedeutung von Kontrolle in der Geburtshilfe bei. Die Ergebnisse unterstützen die Perspektive, dass die Involvierung der Gebärenden in den Geburtsprozess ein bedeutenderer Faktor für ihr Kontrollgefühl ist als die Entscheidungsfindung. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Thematik der Gebärpositionen relevant.</p> <p>Zukünftige Forschung</p> <p>Weitere Studien könnten die Auswirkungen von shared decision-making auf das Geburtserlebnis und die Gesundheit von Mutter und Kind untersuchen.</p>	<p>Die Studie ist sinnvoll, da sie einen wertvollen Beitrag zum Verständnis der Auswirkungen von Gebärpositionen auf das Kontrollgefühl von Gebärenden leistet und wichtige Implikationen für die Praxis hat.</p> <p>Die Stärken der Studie liegen in der systematischen Untersuchung von Gebärpositionen und deren Einfluss auf das Kontrollgefühl von Gebärenden sowie in der Einbeziehung von Hebammen und Begleitpersonen in die Diskussion. Die Verwendung von standardisierten Fragebögen und die statistische Analyse erhöhen auch die Zuverlässigkeit der Ergebnisse.</p> <p>Schwächen der Studie sind, dass die Ergebnisse nur in einer bestimmten Kultur untersucht wurden. Eine Wiederholung der Studie in einer anderen Kultur könnte zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Studie können in der Praxis genutzt werden, um das Kontrollgefühl von Gebärenden zu</p>

		<p>verbessern und die shared decision-making während der Geburt zu fördern. Es kann auch nützlich sein, Frauen über verschiedene Gebärpositionen zu informieren, um ihre Wahlmöglichkeiten zu erhöhen.</p> <p>Insgesamt ist diese Studie sinnvoll und liefert wichtige Erkenntnisse für die Praxis. Es gibt jedoch Raum für weitere Forschung in diesem Bereich, insbesondere in Bezug auf den Einfluss von Gebärpositionen auf andere Aspekte des Geburtserlebnisses und in verschiedenen kulturellen Kontexten.</p>
--	--	---

Einschätzung der Güte

Die Studie von Nieuwenhuijze et al. (2013) zeigt eine angemessene Objektivität, da die Forscher*innen sorgfältig die Kontrolle der Störvariablen durchgeführt haben und das Studiendesign standardisiert war. Die Auswahl der Teilnehmerinnen und die Methoden zur Datenerhebung wurden klar beschrieben, so dass andere Forschende die Ergebnisse replizieren können.

Die Reliabilität der Studie wird durch die Verwendung standardisierter Fragebögen und Messinstrumente gewährleistet, die in früheren Studien validiert wurden. Die Forscher*innen berichteten auch über den internen Zusammenhalt der Daten und die statistische Analyse, um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

In Bezug auf die Validität hat die Studie einige Schwächen, da keine randomisierte Kontrollgruppe verwendet wurde. Die Ergebnisse können daher nicht verallgemeinert werden. Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit der Intervention nur durch die Selbsteinschätzungen der Frauen gemessen, was möglicherweise nicht vollständig objektiv ist.

De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions.

Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
<p>Problembeschreibung</p> <p>Bezugsrahmen</p> <p>Forschungsfrage</p>	<p>Phänomen:</p> <p>Die Rückenlage bei Geburt wird in der westlichen Welt, von Gebärenden sowie auch von Hebammen als so üblich betrachtet, dass sie nicht mehr als Intervention wahrgenommen wird. Etliche quantitative Studien haben bereits medizinische Vorteile von anderen Gebärpositionen gegenüber der Rückenlage bewiesen. Allerdings kann keine Aussage über den Zusammenhang von Gebärposition und Geburtserlebnis gemacht werden.</p> <p>Forschungsfrage:</p> <p>Welche Vor- und Nachteile haben andere Geburtspositionen gegenüber der Rückenlage während der Austrittsphase aus Sicht der Gebärenden und welchen Einfluss hat die Hebamme in der Findung dieser Positionen?</p> <p>Ziel:</p> <p>Ziel der Studie ist es einen Einblick in die Perspektiven der Gebärenden zu erhalten, wenn es darum geht, welche Gebärpositionen ihnen geholfen haben und welche nicht. Dabei werden Faktoren, die diese Entscheidungen beeinflussen mitberücksichtigt.</p>	<p>Das Phänomen ist klar formuliert und relevant für die Hebammenarbeit.</p> <p>Die Forschungsfrage ist nicht klar definiert, sondern muss aus dem Text heraus interpretiert werden. Auch das Ziel wird nicht konkret dargestellt.</p> <p>Das Thema wird mittels eines historischen Rückblicks eingeführt. Dabei wird auch bereits vorhandene Literatur verwendet.</p> <p>Die Signifikanz der Studie wird nicht direkt diskutiert. Sie ergibt sich allerdings aus der Perspektiver der Hebamme, wenn es um die Betreuung von Schwangeren und Gebärenden geht.</p>
<p>Ansatz/Design</p>	<p>Es wurden halb strukturierte Interviews durchgeführt. Somit wurde versucht die Interpretation und das Geburtserlebnis der Gebärenden abzubilden. So kann der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Findung von geeigneten Geburtspositionen am besten beurteilt werden.</p>	<p>Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist nachvollziehbar und passend.</p>

<p>Stichprobe</p>	<p>Population:</p> <p>Die Population sind Frauen aus der Stadt Nijmegen in den Niederlanden, welche Klientinnen einer ortsansässigen Hebammenpraxis sind.</p> <p>Stichprobe:</p> <p>Um eine Varietät in der Stichprobe herzustellen, wurde eine gezielte Auswahl getroffen. Zuerst wurden alle Frauen, die an der Studie teilnehmen wollten, berücksichtigt. Später wurden diejenigen ausgewählt, welche mehrere Positionen während der Geburt ausprobiert hatten. Auch blieben die Frauen dabei, welche interessante Meinungen im Fragebogen geäußert hatten und diejenigen, die ethnischen Minderheiten angehörten. So sollten neue Erkenntnisse generiert werden.</p> <p>Es wurden Nulli- sowie Multiparen eingeschlossen. Ein Teil davon hat im Spital geboren, der andere Teil zu Hause.</p> <p>Es wurden nur Frauen in der Studie berücksichtigt, welche die Austrittsphase in Begleitung einer Hebamme erreicht haben.</p> <p>Schlussendlich konnte die Studie mit 20 Frauen abgeschlossen werden.</p>	<p>Die Stichprobe ist für das Design der Studie angebracht.</p> <p>Sie repräsentiert die Population in dem Sinne, dass auch drei Frauen, die ethnischen Minderheiten angehören, eingeschlossen wurden. Andererseits ist es weniger repräsentativ für die Population, dass Frauen spezifisch ausgewählt wurden, weil sie interessante Meinungen zum Thema angegeben hatten. Zudem wurden nur Frauen berücksichtigt, die mehrere Positionen zur Geburt angewendet haben, was auch nicht direkt auf die Population zurückschliessen lässt. Allerdings ist diese Auswahl notwendig, um überhaupt Geburtspositionen miteinander vergleichen zu können.</p> <p>Die Stichprobengrösse beläuft sich auf 20 Teilnehmende. Die Stichprobengrösse wird in der Studie nicht begründet. Diese Grösse ist für das Design der Studie jedoch angemessen, denn halbstrukturierte Interviews sind sehr zeitaufwändig.</p> <p>In diesem Fall sind die Informantinnen die Frauen, die geboren haben. Aus diesem Grund sind sie die einzige Quelle, die die Geburt aus eigener/erlebter perspektive beschreiben kann.</p> <p>Über das Setting der Geburten und über die Teilnehmenden sind nur oberflächliche Informationen im Text zu finden.</p>
-------------------	---	---

<p>Datenerhebung</p>	<p>Die Studie fand in den Niederlanden zwischen April und Dezember 2002 statt. Es wurden nur Frauen eingeschlossen, die die Austrittsphase unter der Betreuung einer Hebamme erreichten. Nachdem das schriftliche Einverständnis der Frauen eingeholt wurde, sammelten die Hebammen medizinisch relevante Daten über die Geburten und füllten einen Fragebogen bezüglich Geburtspositionen aus. Sechs Wochen nach der Geburt bekamen die Frauen einen Fragebogen zugeschickt. Dieser diente der quantitativen Erhebung des Geburtserlebnis und gesundheitlichen Problemen. Sie wurden darin auch gefragt, ob sie an einem Vertiefungsinterview teilnehmen wollen. Die halb-strukturierten Interviews fanden individuell 7-12 Wochen nach der Geburt statt. Die Interviews dienten der vertieften, persönlichen Datenerhebung und dem Anhören von Minderheiten.</p> <p>Der Fokus lag zwar auf der Austrittsphase, jedoch wurden die Frauen auch zu den eingenommenen Positionen in der Eröffnungsphase befragt. Denn es wird vermutet, dass diese auch die Austrittsphase beeinflussen. Zudem nehmen Frauen die beiden Phasen nicht immer differenziert wahr.</p> <p>Für die Interviews wurde ein Themenleitfaden mit halb-strukturierten Fragen verwendet. Die Fragen beinhalteten Themen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktoren, die die Wahl der Gebärposition beeinflussten • Der Einfluss der Gebärposition auf das Geburtserlebnis • Die Vorbereitung im Bezug zu Gebärpositionen von Hebammen oder in Geburtsvorbereitungskursen • Der Einfluss der Positionen auf gesundheitliche Probleme • Präferierte Gebärpositionen für eine nächste Geburt <p>Die Formulierung einiger Fragen wurden nach den ersten zwei Interviews geändert. Zusätzlich wurden aufgrund von neuauftauchten Themen neue Fragen hinzugefügt. Z.B. Fragen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den Einfluss von Geburtsgeschichten anderer Frauen oder den Medien 	<p>In der Datenerhebung geht es um das subjektive Empfinden und Erleben der Gebärenden und welche Faktoren die Wahl ihrer Gebärpositionen beeinflusst haben.</p> <p>Zudem wurden auch drei Frauen aus ethischen Minderheiten eingeschlossen.</p> <p>Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist klar beschrieben.</p> <p>Die Teilnehmenden waren in der Studie selbstbestimmt, denn sie mussten mehrmals ihr Einverständnis geben und konnten den Prozess jeder Zeit abbrechen. Allerdings könnte die Rolle der Interviewerin, die auch die Rolle als Hebamme innehält zu Bias führen.</p>
----------------------	---	---

	<p>während der Vorbereitung auf die eigene Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Frauen, welche Minderheiten angehörten, wurde eine Frage bezüglich den Brächen in ihrer Heimat hinzugefügt. • Schamgefühle im Bezug zu Gebärpositionen <p>Die interviewende Person war eine Hebamme, welche einige Frauen schon kannte und bei fünf von ihnen bei der Geburt dabei war. Aus diesem Grund wurden die Frauen gebeten trotzdem sehr kritisch zu sein und die interviewende nicht als ihre Hebamme, sondern als neutrale Forscherin anzusehen.</p> <p>Alle Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und von der Interviewerin analysiert. Die medizinischen Informationen, sowie der Freitext über die Geburt auf dem, von der Hebamme ausgefüllten Fragebogen wurde miteinbezogen. Ebenfalls in wurden die von den Frauen ausgefüllten Fragebögen und deren Freitext in die Analyse miteingearbeitet.</p> <p>Codierende Kategorien wurden zur Analyse verwendet. Somit konnten Themen herausgearbeitet werden. Diese wurden dann mit der zweiten Forschenden besprochen, welche ebenfalls alle Dokumente gelesen hatte. Zitate wurden ausgewählt, um die herausgearbeiteten Themen zu illustrieren.</p>	
<p>Methodologische Reflexion</p>	<p>Der gewählte qualitative Ansatz wird damit begründet, dass es zu wenige Informationen darüber gibt, wie die Gebärposition mit dem Geburtserlebnis zusammenhängt. Zwar gibt es quantitative Forschung dazu, allerdings kann eine quantitative Studie durch die vorgegebenen Antworten nicht die volle Individualität der Studienpopulation abbilden und einige Themen kommen nicht vor, weil sie nicht spontan eingebracht werden können.</p> <p>Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders.</p>	<p>Es wird erwähnt, dass die Hebamme, welche die Interviews geführt hat, verschiedenen Positionen während der Geburt befürwortet. Es soll herausgefunden werden, was für die gebärenden hilfreich war und was nicht und warum. Indes ist das Ziel, zu eruieren, was die Gebärenden von der Hebamme erwarten und brachen.</p> <p>Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein. Denn es wurde zuerst eine Pilot Kohortenstudie gemacht, um zu sehen, wer für die Studie in Frage kam. Nach der Geburt wurde die Stichprobe anhand von verschiedenen</p>

		<p>Kriterien nochmals aussortiert und zum Schluss gaben nur die Frauen ein Interview, die auch Interesse daran hatten. Die Methode ist daher für das Phänomen geeignet, denn sie lässt viel Individualität zu. So können auch unvorhergesehen Themen durch die Interviewten aufgegriffen werden und fließen dann in die Studie ein.</p>
Datenanalyse	<p>Zur Datenanalyse wurde jedes Interview aufgezeichnet, transkribiert und von der Interviewerin analysiert. Zudem wurden nochmal die Daten aus der pilot-Kohortenstudie und der Freitext der Hebamme über die jeweilige Geburt zu Hilfe genommen. Codingkategorien wurden erstellt, um die Daten zu analysieren und aufgekommene Themen wurden formuliert. Dann wurden diese Themen mit der zweiten Forscherin, die auch alle Interviews gelesen hat, besprochen. Anschliessend wurden die Daten gezählt, um einen Überblick über die ganze Datenmenge zu erhalten. Anschliessend wurden Zitate aus den Interviews ausgewählt und auf Englisch übersetzt, damit einige Themen noch besser illustriert werden können.</p> <p>Die Forschenden vermuten, dass die Qualität der Ergebnisse höher ist, da sie ihre Daten aus den drei Quellen gezogen und kombiniert haben (Pilot-Kohortenstudie, Freitext der Hebamme über die Geburt und halb strukturiertes Interview).</p>	<p>Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Die Analysemehtode wurde allerdings nicht referenziert.</p> <p>Die analytischen Schritte werden nur oberflächlich beschrieben. Jedoch ist die Datenanalyse glaubwürdig. Denn es macht Sinn halbstrukturierte Interviews so zu analysieren.</p>
Ethik	<p>Ethische Fragen und deren Diskussion:</p> <p>Die Studie brauchte keine Genehmigung eines Ethikkomitees, da alle teilnehmenden Frauen, Klientinnen der Hebammenpraxis der Studienauthorin waren.</p>	<p>Die Beziehung der Interviewerin mit einigen der Frauen wird diskutiert. Da sie bei einigen Geburten dabei war und die Frauen wissen, dass sie verschiedene Positionen während der Geburt befürwortet, könnte diese Beziehung ein Bias verursachen.</p>

<p>Ergebnisse</p>	<p>Faktoren, welche die Wahl der Gebärposition beeinflusst haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Wichtigste Faktor war der Einfluss durch die Ratschläge der Hebamme. (17/20 Frauen haben das explizit erwähnt) • Frauen mit einer kurzen Austrittsphase (<10min) haben häufiger in einer horizontalen Position geboren. • Informationen von Hebammen aus Geburtsvorbereitungskursen, den Medien oder aus Erfahrungsberichten von anderen Frauen • Die Partner der Frauen hatten keinen Einfluss auf die gewählten Gebärpositionen, was auch nicht von ihnen erwartet wurde. • Häufig versuchten die Frauen ihre Partner auch nicht aktiv in die Gebärposition einzubinden • 14/20 Frauen gaben an, dass der Ort der Geburt keinen Einfluss auf die Wahl der Gebärposition hat. 2/20 Frauen fanden, dass in der Klinik mehr Platz sei, damit ihre Mitmenschen sie in der jeweiligen Position, weg vom Bett, stützen können. 2/20 Frauen fanden einen Nachteil darin, dass es in der Klinik keine Badewanne gebe. 4/20 Frauen fanden, dass die Atmosphäre im Spital hemmend auf sie wirken könnte. Da sich dort ihre Bewegungsfreiheit auf einen Raum beschränkt. <p>Auswirkung auf das Geburtserlebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3/20 Frauen empfanden die Schmerzen in einer aufrechten Position als intensiver als in der liegenden Position. 2/20 Frauen fanden das Gegenteil. 4/20 Frauen fanden, dass die Position die Schmerzintensität nicht beeinflusst. Für 9/10 Frauen hatte die Gebärposition keinen Einfluss auf die Art des Schmerzes. 2/20 Frauen empfanden mehr Schmerz in der Rückenlage, während 2/20 Frauen in dieser Position weniger Schmerz empfanden. Die Frauen empfanden ganz unterschiedliche Positionen als schmerzlindernd oder schmerzfördernd. • Einige empfanden eine aufrechte Position als anstrengender, einige eine die liegende Position. 	<p>Die Ergebnisse sind im Kontext der Studie glaubwürdig. Die Analyse wird als glaubwürdig bewertet. Die vielen entstandenen Überthemen reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Die Individualität der Ergebnisse wird ausführlich beschrieben und mit Zitaten untermauert. Das Phänomen wurde so gut wie möglich allumfassend dargestellt. Nicht nur die Geburt selbst, sondern auch die Schwangerschaft und das Wochenbett wurden in Zusammenhang mit dem Geburtserlebnis und der Gebärposition gebracht. Die entstandenen Kategorien sind inhaltlich gut unterscheidbar und haben alle ihre Wichtigkeit und Berechtigung. Da die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett ein zusammenhängender Prozess ist, dessen Teile sich nicht voneinander trennen lassen, sind die Beziehungen zwischen den Ergebnissen nachvollziehbar.</p>
-------------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Einige Frauen fanden, dass sie mehr Kontrolle über ihr Mitschieben in der Austrittsphase hatten, wenn sie eine aufrechte Position einnahmen. Einige fanden das Gegenteil <p>Effekt auf die postpartale Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Frauen fanden es schwierig, die verwendete Gebärposition mit postpartalen Problemen wie Beckenschmerzen, Inkontinenz, Müdigkeit oder Schwierigkeiten bei alltäglichen Aktivitäten in Verbindung zu bringen. • Einige Frauen konnten einen Zusammenhang zwischen Gebärposition und mentaler Gesundheit postpartal herstellen. • Einige Frauen stellten einen Zusammenhang zwischen Gebärposition und den erlittenen Geburtsverletzungen her. <p>Wichtigkeit der Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die grosse Mehrheit (18/20) Frauen fanden es wichtig, dass die Hebamme ihnen vor und während der Geburt Informationen zu verschiedenen Gebärpositionen gibt. • Die Frauen würden die Informationen über die Gebärpositionen auch schätzen, um den Raum zu Hause entsprechend einzurichten. • Sie wären auch weniger gehemmt, eher ungewöhnliche Positionen auszuprobieren, wenn sie davor etwas darüber von der Hebamme gehört hätten. <p>Die Ergebnisse sind in einem Fliesstext präsentiert. Zu den verschiedenen Oberthemen werden alle erhaltenen Antworten aufgeführt.</p>	
<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p>	<p>Die Forschenden interpretieren, dass die Begleitung der Hebamme im Bezug zur Gebärposition wichtiger ist als die eigene Präferenz der Gebärenden. Die Frauen assoziieren Ermutigungen durch die Hebamme, eine passende Position zu finden, mit einem besseren Kontrollgefühl unter der Geburt. Dieses hat auch ein besseres psychisches Wohlbefinden postpartum zur Folge. Die Art und Intensität der Schmerzen in Verbindung mit der</p>	<p>Die Interpretation der Forschenden leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens. Zwar ergibt sich keinen klaren Unterschied zwischen den Geburtserlebnissen von Frauen, die liegend und Frauen, die aufrecht geboren haben. Jedoch stechen die</p>

	Gebärposition werden sehr individuell und verschieden wahrgenommen und bewertet. Die interviewten Frauen waren mit der liegenden Gebärposition am vertrautesten, weil diese in der westlichen Kultur dominiert. Die meisten Frauen wünschen sich praktische Informationen über Gebärpositionen während der Schwangerschaft, damit sie sich besser auf die Geburt vorbereiten können.	Wichtigkeit der Individualität des Geburtsvorgangs und die passende Begleitung durch die Hebamme als wichtigste Eigenschaften hervor. Diese Ergebnisse sind für die Praxis relevant einfach umzusetzen.
Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	Weite Forschung ist nötig, um Faktoren zu eruieren, die Hebammen und anderen Geburtshelfer:innen dabei helfen, die Gebärenden so zu unterstützen, dass sie ihre individuelle und passende Gebärposition finden können.	Die Schlussfolgerungen implizieren und empfehlen klar Anwendungen für die Praxis. Die gemeinsame Entscheidungsfindung für die Gebärposition ein wichtiger Input für die Hebammenarbeit.

Einschätzung der Güte:

Die Glaubwürdigkeit der Studie kann als hoch eingeschätzt werden, denn die halbstrukturierten Interviews liessen viel Raum für Individualität, woraus sich eine reichhaltige Diskussion entwickeln konnte. Allerdings könnte der Umstand, dass die Interviewerin einige interviewte Frauen bei der Geburt betreut hat, ein Bias darstellen.

Die Übertragbarkeit der Population ist nicht vollständig gegeben, da die teilnehmenden Frauen nach strengen Kriterien ausgewählt wurden. Allerdings lassen sich die Ergebnisse kostengünstig und ohne viel Aufwand auf die Praxis übertragen.

Die Zuverlässigkeit im Bezug zur Nachvollziehbarkeit ist gegeben. Die Datenverarbeitung wird klar beschrieben. Es wurden allerdings keine externen Personen in die Datenanalyse miteinbezogen, was die Bestätigbarkeit einschränken könnte.

ANHANG III: BEURTEILUNG DES REVIEWS NACH CASP

Shorey, S., Chan, V. & Lalor, J. G. (2022). Perceptions of women and partners on labor and birth positions

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence 10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:

- o the population studied
- o the intervention given or exposure
- o the outcomes considered

2. Did the review include the right type of study?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the included studies:

- o address the review question
- o have an appropriate design

Is it worth continuing?

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- o which bibliographic databases were used
- o if there was follow-up from references
- o if there was personal contact with experts
- o if the reviewers searched for unpublished studies
- o if the reviewers searched for English-language studies

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- o if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:
 - a scoring system
 - more than one assessor

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- o the results of each study are clearly displayed
- o the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
- o the reasons for any variations in results are discussed

6. How are the results presented and what is the main result?

HINT: Consider:

- o how the results are expressed (e.g. ratio, relative risk, etc.)
- o how large this size of result is and how meaningful it is
- o how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence

7. How precise are these results?

HINT: Consider:

- if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
- if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

8. Can the results be applied to the local population?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
- your local setting differs much from that of the review
- you can provide the same intervention in your setting

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- individual
- policy makers and professionals
- family/carers
- wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can be filled in from elsewhere

1. Das Ziel des Reviews ist, qualitative Evidenzen bezüglich der Erfahrung und Bedürfnisse von Frauen und deren Begleitperson bezüglich Gebärpositionen in der Eröffnungsphase und der Austrittsphase zu untersuchen und zu festigen.
à Wie erleben Gebärende und deren Begleitperson Gebärpositionen in der Eröffnungsphase und der Austrittsphase?
2. Die gewählten Studien behandeln Teilaspekte der Fragestellung. Zusammengefügt kann die Fragestellung beantwortet werden.
Das Studiendesign der gewählten Studien ist passend für das Review. Es handelt sich entweder um ein Mixed-Methods Design (Nur qualitative Erkenntnisse wurden extrahiert und aufgenommen.), ein deskriptives qualitatives Design, eine Grounded Theory oder um eine qualitative Beobachtungsstudie.
3. Die Forschenden haben versucht, alle relevanten Studien zu identifizieren.
6 Datenbanken wurden durchsucht (PubMed, CINAHL, Embase, PsycINFO, ProQuest, and Scopus).
Es wurde eine Diskussion mit Inhaltsexpert*innen geführt, beispielsweise bei Unsicherheiten über die Relevanz einer Studie. Auch wurde eine Bibliothekarin konsultiert.
Es wird nicht beschrieben, ob nach nicht-publizierten Studien gesucht wurde.
Es wurden nur englisch verfasste Studien berücksichtigt (passende Studien, die in anderen Sprachen geschrieben wurden, wurden evtl. ausgeschlossen)
4. Die Forschenden haben die Qualität der gewählten Studien bewertet. Es handelt sich um eine mässig bis hohe Studienqualität.

Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben.

Die Datenbanken wurden von zwei Forschende gescreent.

Die gewählten Studien wurden anhand des «10-item Critical Appraisal Skills Program tool for qualitative studies» kritisch gewürdigt.

5. Die Resultate der gewählten Studien wurden klar beschrieben.
Die Resultate wurden themengeleitet besprochen.
6. Die Resultate der Studien wurden je nach Thema in vier Kategorien aufgeteilt. 1. Einflussfaktoren auf Entscheidungen und Vorlieben. 2. Gemischte Erlebnisse von mehr Schmerz zu mehr in Kontrolle sein 3. Einfluss auf die Gesundheit post partum 4. Wie Paare in ihrer Entscheidungskompetenz gestärkt werden können. Die Hauptresultate der Studie sind folgende: Vorlieben für gewisse Gebärpositionen sind beeinflusst von einer Vielzahl von persönlichen und sozio-kulturellen Faktoren sowie der Traditionen. Die Geburtserlebnisse variierten stark, unabhängig davon, ob die Gebärposition aufrecht oder horizontal war.
7. Die Ergebnisse der Studie sind als präzise zu betrachten, da die Forschenden viele Unterscheidungen je nach Herkunft oder sozio-kulturellen Einflüssen machen.
8. Die Resultate können auf die untersuchten Populationen übertragen werden, da viele Eigenheiten der jeweiligen Kulturen berücksichtigt und beschrieben wurden. Da im Review auch Studien mit Populationen aus Europa vorkommen, wären deren Ergebnisse auch auf die schweizer Population übertragbar.
9. In den Resultaten wird beschrieben, wie individuell Gebärpositionen wahrgenommen werden. Daraus leiten sich Vorschläge für die Praxis der Geburtshilfe ab.
10. Anhand er Resultate des Reviews wird vorgeschlagen, dass Gesundheitsfachpersonen besser im Bereich Kommunikation geschult werden sollen. Zudem soll ihnen kulturell angebrachte Pflege beigebracht werden und sie sollen mehr adäquate Informationen an die Gebärenden und ihre Partner bezüglich Gebärpositionen abgeben können. Auf diese Weise soll die informierte Entscheidung gefördert und unterstützt werden. Des Weiteren sollen Gesundheitsinstitutionen die Partner der Gebärenden auf einladende Art und Weise in den Geburtsprozess einbinden.

ANHANG IV: BEURTEILUNG DER GEBURTSBERICHTE NACH BÜTTNER (2007)

Quellenkritik und -interpretation

Quelle: Jeremias, C., Werle, M. & Trompka, C. (2012). <i>Geburtsberichte: Babys liebevoll empfangen; selbstbestimmte Geburten, die Mut machen</i>	
Äußere (formale) Quellenkritik: Ist die Textgestalt glaubwürdig?	
Herkunft und Entstehungsort	in Deutschland gedruckt, weitere Informationen fehlen
Datierung des Textes	2012
Verfasserinnen	Corinne Jeremias, Maxi Wehrle, Christine Trompka
Institution	Fidibus Verlag
Adressat	Der Text richtet sich an Frauen, die sich auf eine aktive und selbstbestimmte Geburt vorbereiten möchten.
Echtheit	
Ist der genannte Autor der Verfasser?	Ja
Echtheit / Fälschung?	Es handelt sich nicht um eine Fälschung. Die Frauen, die von ihren Geburten berichten werden vorgestellt anhand des Alters, G und P, Herkunft und Name.
Varianten / Parallelüberlieferungen?	Das Buch von 2012 ist eine Erstauflage in der Originalsprache.
Änderungen, Überlieferungslücken?	Es gibt keine Änderungen oder Überlieferungslücken. Nur das Alter von <i>Sabrina</i> fehlt.
Innere Quellenkritik: Feststellung des Aussagewerts der Quelle (Ist die Quellenaussage glaubwürdig?)	
„Horizont“ des Verfassers: Was konnte der Verfasser wissen? Person des Verfassers?	Alle drei Autorinnen sind Mütter von zwei oder drei Kindern. Eine davon hat eine traumatisierende sekundäre Sectio cesarea erlebt. Eine der Autorinnen ist Modedesignerin, eine arbeitet als zertifizierte Still- und Trageberaterin und die dritte Autorin hat bereits ein Buch zur Hausgeburt und gebären im Geburtshaus geschrieben. Daraufhin hat sie den herausgebenden Verlag (fidibus Verlag) gegründet.
Zeitliche und örtliche Nähe zum Geschehen?	Das Buch erschien 2012. Der älteste beschriebene Geburtsbericht ist von 2007.
Beruhen die Informationen auf eigenen Beobachtungen des Verfassers? Auf wen / welche Quellen stützt er sich?	Die Geburtsberichte sind Erfahrungsberichte von Frauen, die aus eigenem subjektivem Empfinden eine selbstbestimmte Geburt erlebt haben. Zusätzlich sind die Meinungen einiger Expertinnen aufgeführt. Die Autorinnen erzählen im Buch nichts Persönliches.

Welcher sozialen, kulturellen oder politischen Gruppe ist er zuzuordnen?	Es handelt sich um Mütter, die in Deutschland leben und der westlichen Kultur angehören. Sie stehen für selbstbestimmte, physiologische und ausserklinische Geburten ein.
„Tendenz“: Was will der Verfasser berichten? (Intention)	Die Intension ist, inspirierende und positive Geburtsberichte zu teilen, damit Frauen sich auf eine selbstbestimmte Geburt vorbereiten können.
Standpunkt des Schreibenden (Idealisierung, Verzerrung der Sachverhalte, Belehrung, Auslassung usw.)?	Dadurch, dass die Geburtsberichte von den Frauen selbst verfasst wurden, kann angenommen werden, dass die Verfasserinnen des Buches keinen Einfluss darauf hatten, wie genau die einzelnen Berichte darin aussehen. Allerdings haben sie nur Frauen um einen Geburtsbericht gebeten, die ihre Geburt als selbstbestimmt erlebt haben.
Verhältnis zum geschilderten Geschehen? (Ist der Verfasser in das Geschehen involviert? Wie steht er zu den genannten Personen?)	Die Verfasserinnen des Buches sind nicht in die geschilderten Geburtsberichte involviert und scheinen die beitragenden Frauen auch nicht explizit zu kennen.
Interessen des Verfassers? (z.B. eigene Rechtfertigung)	Die Verfasserinnen möchten Frauen mit diesem Buch zu einer selbstbestimmten Geburt inspirieren und glauben, dass es viel bringt, positive Geburtsberichte zu lesen.
Wie wird argumentiert? Gibt es Anspielungen?	Ina May Gaskin wird zitiert, um zu argumentieren, dass positive Geburtsberichte wichtig sind. Weiter werden Gespräche mit Hebammen, eine Mutter von <i>mamaprotest</i> , eine Doula, eine Heilpraktikerin geführt, um das Thema der Selbstbestimmung zu besprechen.
Verhältnis zum Adressaten?	Die Verfasserinnen haben ein positives Verhältnis zu den Frauen, da sie diese stärken möchten.
Gibt es einen Auftraggeber? Was sind dessen Interessen?	nein

Textgattung und -stil: Wie berichtet der Verfasser?

Um welche Quellengattung handelt es sich? (Urkunde, Autobiografie usw.)?	Geburtsberichte
Welche formalen Vorgaben / Rahmen sind dem Verfasser damit gesetzt? Wo weicht er evtl. davon ab?	Das Buch enthält eine Sammlung von Erfahrungsberichten. Die Frauen können ihre Geburt erzählen und haben dabei keine Vorgaben. Jedoch müssen sie eine selbstbestimmte Geburt erlebt haben.
Stilebene, Sprachduktus, Wortwahl, Topoi?	Die Frauen erzählen ihre Geburt, ohne einen speziellen Stil zu verwenden. Es ist leicht zugänglich und verständlich.
Aufbau / Gliederung?	Die Berichte bieten zuerst eine kurze Übersicht der Situation und sind danach chronologisch erzählt.

Interpretation: Die Geburtsberichte sind glaubwürdig, jedoch auf subjektivem Empfinden basierend und somit nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragbar.