



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung
in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung

**Anlage zur Literaturstudie zum
Expertinnenstandard
Förderung der physiologischen Geburt**

Tabellarische Auflistung der eingeschlossenen Literatur

Astrid Krahl, Thekla Janssen, Rainhild Schäfers, Petra Wallmeyer-Andres,
Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Referenz/ Thema	Studiendesign; Evidenzlevel; Intervention	Stichprobengröß e/ Merkmal; Interventionsgru ppe (IG)/Kontrollgrup pe (KG)	Outcome measures	Effekte/ Ergebnisse	Kommentar
A					
<p>Adachi, Kumiko; Shimada, Mieko; Usui, Akira (2003): The Relationship Between the Parturient's Positions and Perceptions of Labor Pain Intensity. In: Nursing Research, January/ February 2003, Vol. 52, No. 1</p>	<p>Randomisiert-kontrollierte Cross-Over-Studie</p> <p>EL: Ib</p> <p>Vergleich zwischen Sitzen und Rückenlage</p> <p>Kein Hinweis auf Ethikkommission; Informierte Einwilligung der Frau vorab.</p>	<p>58 Frauen in der späten Eröffnungsperiode (Muttermund 6 - 8 cm), 39 Erstgebärende, 19 Mehrgebärende</p> <p><i>Einschlusskriterien:</i> vollendete 37. – 42. SSW, keine Medikamenteneinnahme oder geburtshilfliche Risiken, Einling in Schädellage, keine Schmerzmedikation, Wehen im Abstand von ≤ 5 Min., Japanisch als Muttersprache</p> <p><i>Ausschlusskriterien:</i> rascher Geburtsfortschritt während der Datenerhebung, Weheneinleitung, Bevorzugung einer</p>	<p><i>Schmerzlokalisierung:</i> Abdominal, im Lendenbereich, umfassender Schmerz (umfasst beide Bereiche)</p> <p><i>Schmerzart:</i> während der Wehe, kontinuierlich</p>	<p>Jeweils angegebene Mittelwerte erhoben mit der Visual Analog Scale (VAS):</p> <p>Umfassender Wehenschmerz signifikant geringer in der sitzenden Position (71.0 vs. 76.0; p 0.011)</p> <p>Kontinuierlicher umfassender Schmerz signifikant geringer im Sitzen (5.0 vs. 10.0; p 0.001)</p> <p>Kein signifikanter Unterschied im Bezug auf abdominale Schmerzen während der Wehe oder kontinuierlich</p> <p>Schmerz im Bereich der Lendenwirbelsäule während der Wehe signifikant geringer im Sitzen (68.0 vs. 80.0; p < 0.001)</p> <p>Kontinuierlicher Schmerz im Bereich der Lendenwirbelsäule signifikant geringer im Sitzen (2.5 vs. 15.0; p < 0.001)</p> <p>Unter den Frauen, die eine geringere Schmerzintensität im Sitzen angaben, betrug der durchschnittliche Abfall der Schmerzintensität 14.1 Punkte bezogen auf umfassende Schmerzen während der Wehe, 16.3 Punkte im Bezug auf kontinuierliche umfassende Schmerzen, 19.4 Punkte der Schmerzen im Lendenbereich während der Wehe und 25,4 Punkte bezogen auf die kontinuierlichen Schmerzen im</p>	<p>Rückenlage während der Geburt kontraindiziert (Vena-Cava Kompressionssyndrom)</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		bestimmten Position Gruppe 1: Beginn mit 15 Min. in Rückenlage (Kopf lediglich um 10° erhöht), Wechsel in sitzende Position (Rücken im 90°-Winkel) Gruppe 2: Beginn mit sitzender Position, dann Wechsel in Rückenlage		Lendenbereich.	
Aggarwal P., Zutshi V., Batra S. (2008). Role of hyoscine N-butyl bromide (HBB, Buscopan®) as labor analgesic	Randomisierte doppelblinde Placebo-kontrollierte Studie EL: Ia Pos. Votum der der Ethikkommission Effekte von Buscopan auf den Wehenschmerz Informierte Entscheidung bei Aufnahme in den Kreißaal	N=104 schwangere Frauen zwischen 37-40 SSW Einschlusskriterien: Erstgebärend, Einling, Schädellage, spontaner Geburtsbeginn, in aktiver Geburtsphase (MM>3cm), intakte Fruchtblase. IG: 40mg Buscopan i.V. zu Beginn der aktiven Geburtsphase (MM 3-5 cm) KG: NaCl 0,9% i.v.	<i>Primäres Outcome:</i> Schmerz Schmerzassessment mit VAS zu Beginn der Studie 2 Std. nach Medikamentengabe <i>Sekundäre Outcomes:</i> Geburtsfortschritt (Injektions-Geburt Intervall), Geburtsmodus, kindl. Outcome	Gruppen waren vergleichbar in: Alter, SSW, Muttermundweite <i>Primäres Outcome:</i> IG: Schmerzreduzierung von 25-75%, im Mittel um 35,6% (P <0.001) KG: keine Schmerzreduzierung bis Reduzierung von <25%, im Mittel um 12,5% <i>Sekundäre Outcomes:</i> Die Geburtslänge (Intervention bis Geburt) verkürzte sich in der IG um 4,5 Std. Keine Unterschiede zeigten sich bezgl. Geburtsmodus und Apgar	
Albers, L.L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S.M., Hunter, C., Sedler, K.D. & Teaf, D. (1996a): Factors related to perineal trauma in childbirth. J Nurse Midwifery 41(4):269-276.	Prospektive multizentrische Kohortenstudie EL: Ib	3.049 Frauen 2.595 Frauen mit Spontanpartus Identifikation von Faktoren, die Rissverletzungen und Episiotomien begünstigen	X ² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Log. Regression	Seitenlage wirkt sich bei Erstgebärenden protektiv aus (OR 0,6 [95% KI 0,2 – 1,0]). Rückenlage oder Steinschnittlage erhöhen das Risiko einer Geburtsverletzung. Mehrgebärende keine Unterschiede	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Albers, Leah L.; Anderson, Deborah; Cragin, Leslie; Daniels, Susan M.; Hunter, Christine; Sedler, Kay D.; Teaf, Dusty (1997): The Relationship of Ambulation in Labor to Operative Delivery. In: Journal of Nurse-Midwifery, Vol. 42, No. 1, January/February 1997</p>	<p>Prospektive Kohortenstudie EL: Ib Bewegung für eine bestimmte Zeit (üblicherweise mind. die Hälfte der Geburtsdauer)</p>	<p>1678 Frauen unter der Geburt in drei verschiedenen Einrichtungen in den USA IG: 771 Frauen: diese zeigten von sich aus die Motivation, sich zu bewegen und wurden daraufhin dabei unterstützt KG: 907 Frauen: bewegten sich nicht bzw. nicht ausreichend lange; in welchen Positionen sie sich befanden, wird nicht genannt <i>Einschlusskriterien:</i> vollendete 37. - 42. SSW, Einlingsschwangerschaft, spontanes Einsetzen der Wehen <i>Ausschlusskriterien:</i> gesundheitliche Risiken (Hypertonie, Gestations-diabetes, Drogenabusus, Anämie), Oxytocin und PDA sp (Einschränkung der Mobilität)</p>	<p>Soziodemografische Faktoren: Alter, Parität, Bildungsstatus, Herkunft, Familienstand, Teilnahme am Medicaidprogramm <i>Primär:</i> Geburtsmodus Fetale Hypoxie Geburtsgewicht Protrahierte Eröffnungsphase (hier: > 12h Erstgebärende, > 6h Mehrgebärende) und Austrittsphase (hier: > 2,5h Erstgebärende, 1h Mehrgebärende) Analgesie Art der Herztonüberwachung</p>	<p>Soziodemografische Faktoren: Keine signifikanten Unterschiede, lediglich Frauen, die am Medicaid-Programme teilgenommen hatten, zeigten eine höhere Motivation, unter der Geburt mobil zu sein Medicaid: IG 47,7%, KG 42,7%, $p < 0,05$ <i>Primäres Outcome:</i> <i>Operativer Entbindungsmodus:</i> IG 2,7 %, KG 5,5 %; $p < 0,01$ Mobilität während der Geburt führte zu einer signifikanten Reduktion der Rate an operativen Geburten (RR = 0,5. 95% CI = 0,3 – 0,9) <i>Fetale Hypoxie:</i> IG 7,7%, KG 13,5%, $p < 0.001$ <i>Geburtsgewicht > 4,5kg:</i> IG 5,6%, KG 4,0%, keine Signifikanz <i>Protrahierte EP:</i> IG 18,4%, KG 12,5%, $p < 0,001$ (wird damit begründet, dass Hebammen Mobilität bewusst als Intervention bei protrahiertem Geburtsverlauf einsetzten) <i>Protrahierte AP:</i> IG 5,7%, KG 5,2 %, keine Signifikanz <i>Analgesie:</i> IG 21,1%, KG 26,6%, $p < 0,01$ <i>Intermittierende Ableitung der Herztöne:</i> IG 25,4%, KG 64,3%, $p < 0,001$</p>	<p>Positiv ist, dass Frauen entweder ihrem Bedürfnis nach oder nach geburtshilflichen Erfordernis (protrahierter Verlauf) unterstützt wurden sich aufrecht zu bewegen. Die Bewegung selbst folgt keinem steifen Studienprotokoll</p>
<p>Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D. & Peralta, P. (2006b): Factors related to genital tract trauma in</p>	<p>Retrospektive Kohortenanalyse EL: IIb</p>	<p>452 Erst- und 724 Mehrgebärende</p>	<p>Log. Regression Faktoren, die Geburtsverletzungen begünstigen</p>	<p><i>Valsalva Manöver:</i> Erhöht Risiko für Geburtsverletzungen bei Erstgebärenden (RR 1,65 [95% KI 1,05–2,59]), adjustiert nach höhergradigem Bildungsstand der Mutter und kindlichem Gewicht > 4.000g Vorherige univariate Analysen mit weiteren in Frage</p>	<p>Sekundäranalyse einer randomisierten kontrollierten Studie p-Werte werden in Veröffentlichung nicht angegeben</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

normal spontaneous vaginal births. Birth 33(2):94-100.				kommenden Faktoren	
Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D. & Peralta, P. (2005): Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. J Midwifery Womens Health 50 (5):365-372.	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Warme Kompressen (Gruppe 1) vs. Massage mit Gleitmitteln (Gruppe 2) vs. Keine Berührung des Damms bis der Kopf krönt (Gruppe 3)	1.211 Erst- und Mehrgebärende Gruppe 1 n=404 Gruppe 2 n=403 Gruppe 3 n=404	Wilcoxon Rangsummen Test Log. Regression Intention to treat Geburtsverletzungen (inkl. Episiotomie)	Prävalenz Episiotomie: 0,8% (n=10)!!! Prävalenz DRIII° 0,7% (n=9)!!!! Prävalenz DRIV° 0,4% (n=5)!!!! Prävalenz terminale fetale Bradykardie: nahezu 11% Prävalenz 5' Apgar < 7 nahezu 0,6% <i>Prädiktoren für Geburtsverletzung nach Adjustierung:</i> Nulliparität (RR 4,59 [95% KI 3,29-6,64]) Kindliches Geburtsgewicht ≥4000g (RR 1,87 [95% KI 1,17-3,37]) Non-Hispanic Whites (RR 1,34 [95% KI 1,06-1,73]) Niedriger Bildungsabschluss (<Highschool) (RR 1,27 [95% KI 1,01-1,62]) Aufrechtes sitzen (RR 0,68 [95% KI 0,50-0,91]) Geburt des Kopfes in der Wehenpause (RR 0,82 [95% KI 0,67-0,99])	Kein Unterschied in den Gruppen hinsichtlich Parität, Geburtsmodi, Gebärlage, PDA, Oxytocinanwendung, Art des Pressens, kindliches Gewicht, Geburt des Kopfes während einer Wehenpause
Araújo, N.M. & Oliveira, S.M.J.V.d. (2008): The use of liquid petroleum jelly in the prevention of perineal lacerations during birth. Rev Lat Am Enfermagem 16 (3):375-381.	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Dammmassage während des Pressens mit weicher Vaseline (petroleum jelly)	76 Low-risk Erstgebärende (Ip.) 38 Ip., deren Damm mit Beginn des Pressens wehensynchron massiert wurde 38 Ip. mit klassischem Dammschutz	χ ² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Rissverletzungen Apgar	Keine Unterschiede bei Rate der Rissverletzungen und in den Apgar-Scores	Ausschlusskriterium u.a. Episiotomie Gebärlage linke Seitenlage vorgeschrieben
B					
Barnett, M. & Humenick, S. (1982): Infant Outcome in Relation to Second Stage	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib	10 Erstgebärende (Ip.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen;	T-Test <i>Primär:</i> Blutgase im Nabelschnurblut <i>Sekundär:</i>	<i>Gruppe 2 (Bedarf):</i> Höhere pH-Werte des venösen Nabelschnurblutes (7,43 [SD 3,9] vs. 7,37 [SD 5,4], P=0,05) Arterieller pH ebenfalls höher, aber nicht signifikant (7,32 [SD 6,2] vs. 7,28 [SD 5,4])	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Labor Pushing Method. Birth 9(4):221-228.</p>		<p>5 Ip., die mit geschlossenen Stimmritzen und unter Anweisung der Hebamme forciert pressen</p> <p>5 Ip., die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu ermutigt werden</p>	<p>Dauer AP Wehendauer Wehenfrequenz Dauer eines Pressintervalls</p>	<p>Arterieller pO₂ höher (16,75 [SD 0,98] vs. 14,2 [SD 2,7], P=0,025)</p> <p>Venöser pO₂ in niedriger (28,16 [SD 2,9] vs. 32,7 [SD 1,3], P=0,025)</p> <p>Stärkste Korrelation zwischen ph und Wehenfrequenz, Dauer in Bezug auf Nabelschnur-pH irrelevant</p>	
<p>Barragán Loayza, Irma Marcela; Solà, Ivan; Juandó Prats, Clara (2011): Biofeedback for pain management during labour. In: Cochrane Database Syst Rev (6), S. CD006168.</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL: Ia</p> <p>Biofeedback (Elektromyografie) zur Entspannung und Schmerzerleichterung sub partu</p> <p>Frauen nahmen an vielen Sitzungen mit Elektromyografie während der Schwangerschaft teil und wurden angehalten selbst weiter zu trainieren. Sobald die Wehen einsetzten wurde die Technik wieder angewendet.</p>	<p>4 RCTs mit 186 Erstgebärenden unter der Geburt</p> <p>IG: verschiedene Anwendungen von Elektromyografie</p> <p>KG: konventionelle Geburtsvorbereitungskurse (z.T. nach Lamaze) bzw. Vorsorge</p>	<p>Geburtsdauer (besonders EP) Entspannung / Ängstlichkeit Schmerzintensität Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung Kontrollgefühl Wehenunterstützung Pharmakologische Analgetika Vag.-op. Geburt Sectio caesarea Unterstützung durch den Partner Elektromyografische und Hautspannungswerte Apgar Geburtsgewicht</p>	<p><i>Primär:</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Niedrigere VAS und VDS Punktzahl bei der Schmerzintensität (Werte konnten nicht in die Analyse aufgenommen werden, da keine Standardabweichung angegeben wurde); Intervention wird für die frühe EP als hilfreich beschrieben; ca. 80% der Frauen würden Biofeedback wieder anwenden; 55% hatten ein gutes Kontrollgefühl (keine Angaben zur Kontrollgruppe)</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Vag.-op. Geburt (RR 0,75 [95% KI 0,18 vs. 3,10]; Sectio caesarea (RR 0,41 [95% KI 0,14 vs. 1,15]) – Ergebnisse müssen mit Vorsicht betrachtet werden, da die Werte für beide Gruppen in einer Studie identisch sind (wahrscheinlich wurde hier lediglich zwischen spontan und nicht-spontan unterschieden); Apgar</p> <p><i>Sekundär:</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Signifikant kürzere Geburtsdauer (EP: im Mittel 5,56 vs. 10,98h - eine Studie mit 8 Frauen), Gesamtgeburtsdauer: im Mittel 8,5 vs. 16,7h, P < 0,05 – eine Studie mit 90 Frauen); geringere Anzahl PDA (30 vs. 70%, P < 0,05 – eine Studie mit 55 Frauen)</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Wehenunterstützung (RR 1,19 [95% KI 0,68 vs. 2,08]); Pharmakologische Analgetika (RR 0,69 [95% KI 0,23 vs. 2,07])</p>	<p>Geringe Studienanzahl (jüngste aus 2000) mit geringer Studienpopulation Nicht genügend Evidenz um Schmerzerleichterung durch Biofeedback zu bestätigen oder zurück zu weisen</p>
<p>Benfield R. D., Herman J., Katz V. L., Wilson S. P., Davis J. M. (2001). Hydrotherapy in Labour. In:</p>	<p>Randomisierte Pretest-Posttest Kontrollstudie, Pilotstudie EL Ib</p>	<p>Bad von 1 Std. bei 36-38°C wenn MM 4 cm (aktive EP) Frauen der KG blieben in halbsitzender Position im Bett.</p>	<p>N= 18 kaukasische/weiße Frauen. Erst oder Zweitgebärend, Einling, gesunde Frau</p>	<p>9 Frauen in IG und 9 in der KG</p> <p><i>Angst:</i> Basisscore für Angst differiert nicht signifikant (tendenziell höher in IG), Nach 15 Min. signifikant stärkere Reduzierung des Angstscores in der IG. Alle</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Research in Nursing & Health, 24: 57-67</p>			<p>mit unkomplizierter Schwangerschaft, Keine Geburtshilflichen Risiken bei Aufnahme. Während der Studienphase wurden keine Infusionen oder PDA verabreicht. Fet. Herztöne wurden alle 30` mit dem Doppler auskultiert.</p> <p>Drei Erhebungszeitpunkte – zu Beginn der Studie, nach 15`, 30`, 60 Minuten im Bad. (Urin nur zu Beginn und nach einer Stunde) Messen von Angst mit der visual analoque scale for anxiety (VASA), Indirekte Messung der uteroplazentaren Perfusion über Hämoglobin und Hämatokritbestimmung. Katecholamine im Urin zur Feststellung einer Erregung des sympathischen Nervensystems durch Angst bei der Mutter</p>	<p>Frauen der IG berichteten von weniger/geringeren Angstgefühlen vs 43% in der KG. Nach 60 Min. hat die IG im Durchschnitt eine weitere Reduzierung, während es in der KG zu einer Erhöhung der Werte kommt.</p> <p><i>Schmerz:</i> Der Basisscore für Schmerz lag in der IG im Mittel signifikant höher als in der KG. Frauen der IG hatten eine signifikant stärkere Reduzierung des Schmerzscores nach 15 Min. Nach 60 Minuten hatten 83% der Frauen in der IG eine Schmerzreduzierung während alle Frauen der der KG von stärkeren Schmerzen berichteten. Die Reduzierung des Schmerzes in der IG kann wegen des höheren Schmerzlevels zu Beginn der Studie damit auf ein Durchschnittliches Maß reduziert sein, nicht unbedingt geringer als KG.</p> <p>Frauen der IB benutzen dieselbe Menge an Schmerzmitteln. Jedoch erhielten 4 Frauen der IG gar keine Schmerzmittel vs 1 Frau in der KG. Das Verhältnis bei der PDA liegt 3:7 zugunsten der IG. Vier Frauen der KG erhielten Wehenmittel vs eine Frau der IG.</p> <p>Uteroplazentare Perfusion: keine signifikanten Unterschiede zu Beginn der Studie. Nach 15 Min kam es in der IG zu einer signifikant höheren Reduzierung des Plasmavolumens. Nach 60 Min konnten keine Unterschiede festgestellt werden.</p> <p>Erregung des sympathischen Nervensystems: Keine signifikanten Unterschiede (Basis, t1 und t2) bei Katecholamin, Nephren und Adrenalin im Urin. Sensitivere Messungen z. B. durch Plasma Katecholamine, Blutdruck und Herzfrequenz werden für zukünftige Forschung empfohlen.</p>	
<p>Benfield, R.D., Hortobagyi, T., Tanner, C.J., Swanson, M., Heitkemper, M.M. & Newton, E.R. (2010). The effects of hydrotherapy</p>	<p>Pretest-posttest Design, EL IIb</p>	<p>Bad von 37°C</p>	<p>Nach mehrmaligen Ausschlussverfahren mit genau definierten Kriterien für low-risk und physisch wie psychisch gesunde Frauen ergibt sich eine Gruppe von n=11</p>	<p>Frauen kamen mit einer durchschnittlichen Eröffnung von vier cm in die Studie. Verglichen mit den Ausgangswerten war das Bad assoziiert mit einer signifikanten Reduzierung von Angst und Schmerz zu t1 und t2.</p> <p>Es gab zwar keine Unterschiede bei den Kortisol Werten jedoch um das Zweifache reduzierte</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. In: Biol Res Nurs, 12(1): 28-36.</p>			<p>aus 135 Frauen. Frauen sind ihre eigene Kontrollgruppe wegen der individuellen Variation der Hormonproduktion bei Stress</p> <p>Basiserhebung direkt vor dem Bad, t1 nach 15 Minuten, t2 nach 45 Minuten im Bad Blutwerte von: Vasopressin, Oxytocin, Cortisol, Adrenalin, β-Endorphin, Noradrenalin,</p> <p>Kontraktionen in 10 Minuten</p> <p>Angst und Schmerz mit VASA und VASP</p>	<p>Kortisolwerte zu t1 bei Frauen mit hohem Basisschmerzscore im Vergleich zu Frauen mit niedrigem Basisschmerzscore. Bad war zudem assoziiert mit signifikanten Reduzierungen von Oxytocin und Vasopressin zu beiden Zeitpunkten. Ebenfalls zeigte sich eine signifikante Reduzierung der Frequenz der Kontraktionen</p>	
<p>Blaaka, G.; Schauer Eri, T. (2008): Doing midwifery between different belief systems. Midwifery 24: 344-352</p>	<p>qualitative Studie</p> <p>Q1 (Einteilung nach Burns & Grove 2005)</p> <p>Hebammen aus einem Kreißsaal der Maximalversorgung in Norwegen beschreiben ihr Erleben von qualifizierter Hebammenarbeit zwischen biomedizinischer und phänomenologischer Anschauung</p>	<p>7 Hebammen aus zentralisierten, spezialisierten Kreißsaal in Norwegen. 5000 Geburten/Jahr (normale und komplizierte Geburten)</p> <p>mind. 5 Jahre und max. 10 Jahre Berufserfahrung als Hebamme, alle Krankenschwestern mit zusätzlicher Hebammenausbildung, weiblich und Norwegerinnen</p>	<p>Teilstrukturierte Tiefeninterviews „Giorgi-style-method“</p>	<p>Erfassen der Frau in der Geburtssituation: Being with woman. Beobachten, zuhören, alle Sinne gebrauchen um die Geburtssituation als Ganzes erfassen zu können. Dafür sind Anwesenheit, Kontinuität und Zeit nötig.</p> <p>Der Frau nahe sein ohne sie zu bedrängen: Wichtig der Frau nahe zu sein, um ihre Bedürfnisse zu erfassen / sich komplett auf die Situation einlassen ohne sie zu bedrängen/ die Leitung zu übernehmen. Bedeutet vollkommene Zugewandtheit zur Frau und der Situation, aber auch ein Bewusstsein der professionellen Verantwortung.</p> <p>Kampf zwischen den Anschauungen: Im Kreißsaal findet ideologischer Kampf zwischen biomedizinischer und phänomenologischer Anschauung statt. Das beeinflusst die Art wie Hebammen ihre Arbeit ausüben. Wird beeinflusst von Zeit und der evtl. Notwendigkeit mehrere Frauen zu betreuen.</p>	<p>Sample ausgewählt aus allen 50 dort angestellten Hebammen. 7 von leitender Hebamme zufällig ausgewählt. Wie bleibt unklar</p> <p>Phänomenologische Anschauung= (Geburtsprozess als Ganzes betrachten, ermöglicht durch physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden der Frau, dass erreicht/ unterstützt werden soll. Partizipativer Prozess zwischen Gebärender und Betreuenden.)</p> <p>Biomedizinische Anschauung= Kontrolle, Technisierung, Fokus auf mögliche Defizite (auch bei Low-Risk), Sicherheit wird verbunden mit materiellen Dingen, Technologie und Expertenwissen</p>

				Being with woman und Doing with woman von allen Hebammen in der Studie als Essenz professioneller Hebammenarbeit beschrieben.	
<p>Blix E, Øian P (2001). Labor admission test: an assessment of the test's value as screening for fetal distress in labor. In: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 80: 738-743.</p>	<p>Retrospektive Datenanalyse</p> <p>Exploration ob der Labor Admission Test (LAT) fetalen Distress im Geburtsverlauf vorhersagen kann.</p> <p>CTG Auswertung durch die Hebamme nach Kriterien von Ingemarsson et al. (1986). Wahrscheinlich die übliche Klassifikation der Klinik. Wenn FHT suspekt oder pathologisch Hinzuziehung eines Arztes. Weiteres Vorgehen zur Herztonüberwachung wird nicht beschrieben.</p> <p>Keine Ethikkommission</p> <p>Keine Rekrutierung / informierte Einwilligung beschrieben</p>	<p>N= 932 Frauen mir Aufnahme im Hammerfest Hospital 1996-1998</p> <p>Ausschlusskriterien: Aufnahme aus anderen Gründen als Geburt, länger als 24 h von LAT und Geburtszeit, kein LAT, LAT nicht klassifiziert, Aufnahme in AP, Mehrlinge, <28 SSW</p>	<p><i>Untersuchte Variablen:</i> Alter, Parität, Risikogruppe, Aufnahmegrund, Dauer von Aufnahme CTG bis Geburt, Geburtsmodus, Indikation für operativen Geburtsbeendigungen , Apgar</p> <p><i>Analyse:</i> Sensitivität, Spezifität, positiver / negativer Vorhersagewert</p> <p>Subgruppen: Low-risk, high-risk LAT-Geburt 6 Std (I), LAT-Geburt > 6-24 Std. (II)</p>	<p><i>Definition fetaler Distress:</i> Operative Geburt wegen pathologischen fetaler Herzfrequenz oder Apgar 5` < 7 bei spontaner Geburt oder operativer Geburt aus anderen Gründen.</p> <p><i>Fetaler Distress:</i> Gesamt Population 5,8 % Subgruppen low-risk 5,1% und high-risk 10,5%. Kein Unterschied in Subgruppen I und II In Bezug zum LAT: Insgesamt 49 suspekte oder pathologische LAT, davon hatten 8 Kinder gesicherten fetalen Distress. Von den 883 Frauen mit normalem LAT hatten 46 Kinder gesicherten fetalen Distress. Keine Unterschiede in der Verteilung der Ergebnisse des LAT bei high- oder low-risk. Der LAT war weniger genau bei längeren Geburtsverläufen (>6-24h). Von den 471 Frauen dieser Gruppe gab es 19x suspekte oder pathologischen LAT die aber bei keinem in fetalen Distress mündeten. Jedoch entwickelten 32 Kinder der Gruppe normaler LAT(n=452) im Geburtsverlauf einen fetalen Distress.</p> <p><i>Sensitivität, Spezifität, positiver/negativer Vorhersagewert.</i> Da drei CTG Diagnosen möglich (normal, suspekt, pathologisch) wurden zwei Cutoff-Punkte gewählt. Beim cutoff suspekter LAT wurde ein normales CTG als negatives Ergebnis gewertet und ein suspekter oder pathologischer Test als positives Ergebnis. Beim cutoff pathologischer LAT wurde ein normales und suspektes CTG als negatives Ergebnis gewertet und ein pathologisches CTG als positives Ergebnis.</p> <p><i>Cutoff suspekter LAT:</i> Sensitivität 0,15 (15%), positiver Vorhersagewert 0,16</p> <p><i>Cutoff pathologischer LAT:</i> Sensitivität 0,09 (9%), positiver Vorhersagewert 0,63</p> <p>In den Subgruppen low-/high-risk war die Sensitivität insgesamt niedrig (0,17/0,08)</p>	<p>Es erscheint wenig sinnvoll ein Aufnahme CTG als prognostischen Screening Test für das Wohlbefinden des Kindes während des weiteren Geburtsverlaufes zu nutzen. In 85% hatte sich fetaler Distress erst im Verlauf der Geburt entwickelt. Nur bei 16% der Frauen mit suspektem oder pathologischen LAT entwickelten die Kinder fetalem Distress, somit wird ein kontinuierliches CTG bei 84% dieser Frauen umsonst angelegt.</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				Die Sensitivität war höher in der Gruppe I (Geburt innerhalb 6 h). Sensitivität liegt hier bei 36%, Spezifität bei 95% und der negative Vorhersagewert bei 97% (pVW 27%).	
Bloom, S.L., Casey, B.M., Schaffer, J.I., McIntire, D.D. & Leveno, K.J. (2006): A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol 194(1):10-13.	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf	320 Erstgebärende (p.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen) 163 I.Para, die mit geschlossenen Stimmritzen und unter Anweisung der Hebamme forciert pressen 157 I.Para, die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu ermutigt werden	Student T-Test X ² basierter Unabhängigkeitstest Dauer AP	Durchschnittliche Gesamtdauer AP in Bedarfsgruppe länger (59 min vs. 46 min, P = 0,014) Keine Unterschiede im mütterlichen und kindlichen Outcome zwischen den Gruppen	
Bowers, B. B. (2002): Mothers' Experiences of Labor Support: Exploration of Qualitative Research. JOGNN 31(6): 742-752	Review qualit. Studien Q3 (Einteilung nach Burns & Grove 2005) Wahrnehmung von Frauen bzgl. fachmännischer Betreuung unter der Geburt Zeitschriftenartikel von 1990-2001 Qualitative und kombiniert qualitativ/quantitative	17 Studie => 533 Frauen Studien beschreiben Wahrnehmung und Vorstellung der Frauen hinsichtlich der Betreuung der Pflegekräfte (Nurse, Midwife, Doula, auch wenn ihre unterschiedlichen Rollen im Geburtsprozess nicht immer klar definiert werden	Inhaltsanalyse Nach den Kategorien: a) professionelle Betreuung (nach Hodnett): körperliches Wohlbefinden, psychische Unterstützung /seelisches Wohlbefinden, Informationsgabe, Fürsprache b) interpersonal communication style, professional competence, expectations of labor support	Expectation of Labor Support: Unterstützung (Beruhigung der Frau/des Partners, Sicherheit, Hilfe bei Entspannungs- und Atemtechniken anbieten). Frauen erwarten, dass das Pflegepersonal sie nicht alleine lässt außer um Arzt über Geburtsfortschritt zu informieren. Sie erwarten außerdem medizinisch/technische Fähigkeiten. Körperliches Wohlbefinden: Hauptthema Schmerz und Maßnahmen damit umgehen zu können. Anwesenheit einer Person kann hilfreich bei Schmerzbewältigung sein. Berührung und Unterstützung wichtige Handlung des Pflegepersonals. Seelisches/psychisches Wohlbefinden: Pflegepersonal sollte freundlich, aufgeschlossen, einfühlsam, wohlwollend der Frau gegenüber sein Der Frau ein Gefühl von Ruhe und Sicherheit geben, sie loben und ermutigen.	<u>Studien bzgl. der Betreuung durch:</u> 7 x Nurses, 5 x Hebammen 1 x Doula 4 x gemischtes Betreuungspersonal (nurses, nurse-midwives, lay-midwives) <u>Settings:</u> Hausgeburten, Krankenhaus, Geburtshaus, Kreißsaal international (USA,UK, Taiwan, Skandinavien, Südamerika) Teilweise reine Erwartungen, teilweise Erwartungen ↔ Erfahrungen

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p>Wichtiger Aspekt kontinuierliche Anwesenheit (während der aktiven Geburt. Wechselnde Betreuer wurden als Quelle für Ängstlichkeit gesehen.</p> <p>Weiter Aspekte: ein angemessener Kommunikationsstil, Kommunikation von Informationen, Fürsprache und Fachkompetenz.</p>	
<p>Bremont, S., Mossan, S., Belery, A. & Racinet, C. (2007): Accouchement en decubitus lateral. Essai clinique randomise comparant les positions maternelles en decubitus lateral et en decubitus dorsal lors de la deuxieme phase du travail. Gynecol Obstet Fertil 35(7-8):637-644.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie</p> <p>EL: lb</p> <p>Seitenlage</p>	<p>487 Erst- und Mehrgebärende</p> <p>262 Frauen in Rückenlage (inkl. Steinschnittlage)</p> <p>225 Frauen in Seitenlage</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest</p> <p>T-Test</p> <p>Damm intakt</p> <p>Fetale Herztöne</p> <p>Blutverlust</p>	<p><i>Seitenlage:</i></p> <p>Häufiger Damm intakt (56,9% vs. 48,1%, p=0,032)</p> <p>Durchschnittlich signifikant stärkerer Blutverlust (p<0,001)</p> <p>Keine Unterschiede bei Fetalen Herztönen</p>	<p>Ergebnisdarstellung basiert ausschließlich auf Chi-Quadratbasierten Unabhängigkeitstest bzw. Mittelwertvergleichen. Es werden deshalb nur Prozent- und p-Werte angegeben</p> <p>Möglicherweise andernorts ORs veröffentlicht?</p>
<p>Brown, J.B.; Beckhoff, C.; Bickford, J.; Stewart, M.; Freeman, T.R.; Kasperski, M.J. (2009): Women and Their Partners' Perceptions of the Key Roles of the Labor and Delivery Nurse. Clinical Nursing Research 18(4): 323 - 335</p>	<p>Qualitativ</p> <p>Q2 (Einteilung nach Burns& Grove 2005)</p> <p>Sicht und Wahrnehmung der Frau und ihres Partners auf die Schlüsselrolle der geburtshilflichen Krankenschwester</p>	<p>10 heterosexuelle Paare,</p> <p>Meldeten sich freiwillig. Rekrutiert über Plakate in Praxen von Schwangerenbetreuung und im Schneeballverfahren (nicht weiter erläutert)</p> <p>Paare getrennt voneinander zuhause interviewt (Durchschnittsalter 37,5 Jahre, insgesamt 23 Geburtserfahrungen, lagen bis zu 10 Jahre</p>	<p>Teilstrukturierte Tiefeninterviews, Einzelne und Team Datenanalyse nach</p>	<p>Welches Primärversorger war schien keinen Einfluss auf die Rolle der Krankenschwester zu haben</p> <p>Schlüsselrollen:</p> <p>a) physisch und emotional unterstützende Person</p> <p>b) Auszubildende, Lehrende: Boten nützliche Informationen, Anweisungen, Anleitungen während Wehen, Geburt und der ersten Phase nach der Geburt an</p> <p>c) Fürsprecher für die Frau unter der Geburt,</p> <p>Kontinuität der Betreuung führt die oberen drei Begriffe zusammen. Wurde für viele dadurch sichergestellt, dass sie eine konstante, möglichst dauerhaft anwesende Betreuungsperson während der Geburt hatten</p>	<p>Geburtserlebnis bis zu 10 Jahren zurückliegend, aber in lebhaftester Erinnerung.</p> <p>Primärversorger war Hausarzt, Gynäkologe oder Hebamme. Krankenschwester betreute unter der Geburt physisch und psychisch, incl. Anleitung zum Pressen, Erstversorgung des Kindes</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		zurück Primärversorger während der Geburt war Hausarzt, Gynäkologe oder Hebamme			
<p>Brown, H.C.; Paranjothy, S.; Dowswell, T.; Thomas, J. (2008): Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004907, DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub2</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL Ia</p> <p>Reduzierung der Sectiorate und Verbesserung der Zufriedenheit der Frauen (Low-risk)durch Aktives Geburtsmanagement</p> <p>Aktives Geburtsmanagement nach O,Driscoll1970: - Eins-zu-Eins Betreuung - Routineamniotomie - Gebrauch von Oxytocin iv - konsequente Dokumentation des Geburtsfortschritts - konsequentes Vorgehen bei verzögertem Geburtsverlauf</p>	<p>7 randomisiert kontrollierte Studien = 5390 Frauen (gesunde Schwangere, Einling, Schädellage, unkomplizierte Schwangerschaft, am Termin. Frauen mit verzögertem Geburtsverlauf bei Randomisierung ausgeschlossen)</p> <p>Krankenhaussetting (3xUSA, je 1x Neuseeland, Europa, Thailand, Nigeria) Mindestens zwei Aspekte des Aktiven Managements wurden untersucht. Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe (interventionsärmer oder Routinebetreuung</p>	<p><i>Primär:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaiserschnittrate - Zufriedenheit der Mütter (quantitativ mit validiertem Fragebogen gemessen) <p><i>Sekundär:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Geburtsdauer - Inzidenz prolongierter Geburten - Analgesie - Outcome Neugeborenes <p><i>Subgruppenanalyse:</i></p> <p>Erstgebärende vs. Mehrgebärende</p>	<p><i>Primär</i></p> <p>Kaiserschnitt: In allen sieben Studien gemessen. Frauen in der AM Gruppe seltener einen Kaiserschnitt, aber nicht signifikant (RR 0.88, 95% CI 0.77 zu 1.01) – Nach Analyse ohne eine großangelegte Studie (Frigoletto 1995) in der mehr als 1/3 der randomisierten Frauen vor Geburtsbeginn ausgeschlossen worden waren(in beiden Studienarmen))=> Reduzierung der Sectiorate in der AM Gruppe signifikant (RR 0.77, 95% CI 0.63 vs. 0.94)</p> <p>Mütterliche Zufriedenheit nur in einer Studie untersucht, ob Ergebnisse generalisierbar fraglich</p> <p>Auf andere Outcomes keinen nennenswerten Einfluss</p> <p><i>Sekundär</i></p> <p>Geburtsdauer Frauen in IG scheinen kürzere Geburtsdauer zu haben (Cave: Geburtsdauer innerhalb und zwischen den Studien sehr unterschiedlich, in drei Studien wurde nicht klar ob Frauen mit Sectio aus der Analyse zur Geburtsdauer ausgeschlossen waren)</p> <p>sechs Studien (3242 Frauen) betrachteten prolongierte Geburt (> 12h). Geringerer Anteil in der IG gegen KG (RR 0.47, 95% CI 0.32 to n0.69)</p> <p>4 Studien (2431 Frauen) betrachteten Geburtsdauer von Aufnahme bis Geburt. In IG signifikant kürzer (MD -1.27 Stunden 95% CI-2.19 to -0.96)</p> <p>5 Studien (2737 Frauen) bzgl. der Dauer der zweiten Phase der Geburt. Kein signifikanter Unterschied</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				Auf andere Outcomes keinen nennenswerten Einfluss	
				Subgruppenanalyse nicht möglich, da keine Mehrgebärende in Studien	
C					
<p>Carstoniu, Jan; Levytam, Shimon; Norman, Peter; Daley, Denise; Katz, Joel; Sandler, Alan (1994): Nitrous Oxide in Early Labor – Safety and Analgesic Efficacy Assessed by a Double-blind, Placebo-controlled Study. In: Anesthesiology, V. 80, No 1, Jan 1994, S. 3035</p>	<p>Randomisierte, Doppelblind-Crossover-Studie</p> <p>EL: Ib</p> <p>Intermittierende Inhalation von Lachgas (Mischung aus 50% Lachgas und Sauerstoff) bei fünf aufeinander folgenden Wehen</p> <p>Zustimmung durch Ethikkommission; Aufklärung und schriftliche Zustimmung der Teilnehmerinnen vorab</p>	<p>26 Frauen</p> <p>Ausschlusskriterien: Minderjährigkeit, mütterliche Herz-Kreislauf-Erkrankung, fetaler Stress oder anormale Herztonmuster, sämtliche Bedingungen, die Sauerstoffsättigung und Puls beeinflussen könnten, Einnahme von Opioiden oder PDA</p> <p>Gruppe 1: Beginn mit der Inhalation von Lachgas bei fünf aufeinander folgenden Wehen, anschließend Inhalation von komprimierter Luft bei fünf aufeinander folgenden Wehen</p> <p>Gruppe 2: Beginn mit der Inhalation von komprimierter Luft, anschließend Inhalation von Lachgas</p>	<p>Schmerzepfinden mittels VAS und Sauerstoffsättigung (niedrigster Wert wurde aufgezeichnet) jeweils nach jeder Wehe</p>	<p>Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Parität, MM-Eröffnung und Geburtsdauer</p> <p>19 Frauen begannen bereits bei einer MM-Weite von < 3cm mit der Inhalation, 7 bei einer MM-Weite von < 6cm</p> <p>Durchschnittliche VAS-Werte nach der Inhalation von Lachgas nach jeweils fünf Wehen: 5.1, 5.2, 5.7, 5.2 und 5.6 vs. 4.9, 5.2, 6.1, 5.6, und 5.7 nach der Inhalation von Luft → kein signifikanter Unterschied</p> <p>durchschnittliche Werte der Sauerstoffsättigung: 97,97,97,97,97 nach der Inhalation von Lachgas vs. 97, 96, 96, 96 nach der Inhalation von Luft → Sauerstoffsättigung signifikant höher nach der Inhalation von Lachgas</p> <p>21 Frauen konnten im Nachhinein bestimmen, in welcher Reihenfolge die Gase verabreicht wurden</p>	<p>Geringe Stichprobe</p> <p>Autoren weisen auf Mängel von vorangegangenen Studien hin: keine Randomisierung, keine Kontrolle mittels Placebo, mangelnde Beachtung von gleichzeitig verabreichten Analgetika, fehlende Verblindung und Verwendung von nicht-validierten Instrumenten</p> <p>Kognitive Auswirkungen (Benommenheit) von Lachgas wurden nicht erfasst ; diese führten wahrscheinlich dazu, dass Frauen die Reihenfolge der Verabreichung richtig bestimmen konnten</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Chang, S.C., Chou, M.M., Lin, K.C., Lin, L.C., Lin, Y.L. & Kuo, S.C. (2010): Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. Midwifery doi:10.1016/j.midw.2010.08.009.</p>	<p>Quasiexperimentell EL Ib Spontanes Mitschieben in aufrechten Gebärdposition</p>	<p>66 Erstgebärende 33 Erstgebärende mit spontanem Mitschieben in aufrechter Gebärdposition vs. 33 Erstgebärende mit klassischem Pressen (Valsava Manöver) in Rückenlage</p>	<p>Student T-Test X^2 basierter Unabhängigkeitstest Müdigkeit postpartum Schmerzerleben Dauer AP Geburtserleben</p>	<p><i>Aufrechte Position:</i> Weniger Schmerzen (5,67 vs. 7,15, $p=0,01$) Weniger postpartale Müdigkeit (53,91 vs. 69,39, $p<0,001$) Kürzere Geburtsdauer (91,0 vs. 145,97, $p=0,02$) Positiveres Geburtserleben (39,88 vs. 29,64, $p<0,001$)</p>	<p>Auch wenn der Einfluss der Gebärdposition an sich wegen der Intervention Anleiten nicht klar dargestellt werden kann, erscheint die Studie wegen der Sichtweise der Frauen interessant.</p>
<p>Cheyne H, Dunlop A, Shields N, Mathers A M. (2003). A randomized controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour</p>	<p>RCT EL Ib Hypothese: Die erste Intervention des CTG-Aufnahme Tests führt zu einer Interventionskaskade Studienort: Midwife led birth unit in einem KH, getrennt vom üblichen KRS, Teambetreuung Rekrutierung und informierte Einwilligung nachvollziehbar beschrieben. KG: 20 minütiges Aufnahme-CTG IG: Auskultation (Doppler) für min eine Min. während und nach der Wehe. Nachfolgend werden beide Gruppen mit intermittierender Auskultation</p>	<p>N= 312 low-risk Gebärende Ein- und Ausschlusskriterien der Studie entsprechen den interdisziplinär erstellten Kriterien für eine Aufnahme in die Hebammengeleitete Geburtsabteilung.</p>	<p><i>Primäres Outcome:</i> Kontinuierliche CTG-Kontrolle (>75%) Zusätzlicher CTG Gebrauch zum Aufnahmetest <i>Sekundäres Outcome:</i> Amniotomie MBU Oxytocin Vag. Untersuchungen PDA Weiterleitungen in üblichen KRS und Gründe Apgar NICU ITT, X^2, Fisher's Exact Test, t-test, Mann-Whitney U-test</p>	<p>Keine stat relevanten Unterschiede in den Gruppen bezgl verschiedener doziodemografischer Parameter <i>Primäres Outcome:</i> 5% der KG und 3% der IG erhielten ein kontinuierliches CTG ($p=0,53$) Signifikant mehr Frauen der KG erhielten ein zusätzliches CTG (84 vs 37%). Die mittlere Dauer der zusätzlichen CTGs prozentual zur Geburtslänge machte in der CTG Gruppe 14 % und in der Auskultationsgruppe 27 % aus. Hauptgründe für zusätzliche CTG waren in der KG „weitergelaufenes Aufnahme-CTG“ und in der IG „auffällige FHT“ <i>Sekundäres Outcome:</i> Keine signifikanten Unterschiede Weiterleitungsrate in beiden Gruppen bei 32/33% .</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	überwacht (alle 15 Min. in EP, 5 Min in AP). CTG wenn benötigt nach vorhandenen Leitlinien				
<p>Cheyne H., Hundley V., Dowding D., Bland M., MacNamee P., Greer I., Styles M., Barnett C. A., Scotland G., Niven C. (2008). Effects of algorithm for diagnosis of active labour: cluster randomized trial, in: BMJ:337:a2396 doi: 10.1136/bmj.a2396</p>	<p>Kluster randomisierte Studie, multizentrisch EL: 1b</p> <p>Einsatz eines Algorithmus für Hebammen zur Unterstützung der Diagnose der aktiven EP</p>	<p>4503 erstgebärende Frauen von 14 Kliniken. Frauen die zur Aufnahmeabteilung kommen wegen spontanem Geburtsbeginn und mit folgenden Einschlusskriterien: 1. Para, Einling, Schädellage, 37-42 SSW, unkomplizierte Schwangerschaft.</p> <p>In 7 experimentellen Klustern (Interventionsgruppe IG) (Kliniken) wurden Daten eines Basissampels von 1029 Frauen und eines post-Interventions Samples (n=896) gewonnen. Sieben weitere Kontrollkluster (Kontrollgruppe KG) hatten eine Stichprobe für die Ausgangswerte von n= 1287 und nach der Intervention n= 1287</p> <p>Etliche Ausschlusskriterien zur Konkretisierung von low-risk.</p>	<p>Primäres Outcome: Oxytocin Gebrauch zu Wehenverstärkung während der Geburt als Marker für Wehenschwäche oder protrahierter Geburtsverlauf. Sekundär Outcomes: Interventionen wie Amniotomie, Vag. U, kont. CTG, Schmerzmittel, sowie Anzahl der Aufnahmegehesuche bis zur Geburt, Geburtslänge, Länge Aufenthalt im KS.</p>	<p>Analyse erfolgt auf der Ebene der Abteilung oder der Frau. Primärer Endpunkt Oxytocin: es gibt keine signifikanten Unterschiede bei der Anwendung von Oxytocin (Häufigkeit nicht Menge).</p> <p>Sekundär Outcomes: (Unterschiede zwischen den Gruppen (IG/KG) adjustiert nach Baseline und Klustering) Keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Anwendung von medizinischen Interventionen: Amniotomie Diff 5.6 (95% KI -2.2-13.4), p=0.1; PDA Diff.2.1 (95% KI -8.0-12.2), p= 0.7; Opiate Diff. 1.5 (95% KI -4.6-7.6), p= 0.6; Vag U. Diff 0.2 (95% KI -0.3-0.7), p= 0.3</p> <p>Frauen in der Experimentalgruppe hatten signifikant häufigere Aufnahmen und Entlassungen vor der endgültigen Geburtsaufnahme.</p> <p>Länge akt EP Im Mittel dauerte die aktive EP in der IG 9,91 bzw 10,82 Std. und in der KG 9,55 bzw 9,54 Std. Unklar bleibt welche Zeitspanne hier genau gemessen wird.</p> <p>Keine Unterschiede beim Geburtsmodus, dem maternalen oder neonatalen Outcome</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		Der Umgang mit Frauen mit vorz. Blasensprung bleibt unklar			
<p>Christiaens W., Bracke P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. In: BMC Pregnancy and Childbirth, 7:26</p>	<p>Kohortenstudie (EL Ib) Befragung zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt (30. SSW, bis zu zwei Wochen pp) mit zwei Fragebögen.</p> <p>Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>Zwei unterschiedliche Gesundheitssysteme: Belgien und Niederlande, jeweils ähnlich große Städte und ländliche Region, jeweils Klinik und Hausgeburtssetting.</p> <p>Sample: Vier Kliniken in Ghent/Belgien und zwei in Tilburg/Niederlande,</p> <p>Frauen in der 30. SSW. N= 827 die den antenatalen Fragebogen ausgefüllt haben. Davon nahmen 605 an der Studie teil und füllten einen 2. Fragebogen aus. Einschlusskriterien waren sehr weit gefasst: Alter ab 18.LJ, Niederländisch sprechend</p>	<p>Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis: Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale, Geburtsschmerz retrospektiv: VAS (Visual Analogue Scales). Persönliches Kontrollgefühl/ Selbstwirksamkeit: Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire und Pearlin and Schooler's mastery scale. sozio-demografische Faktoren als Kontrollvariablen: Schuidung, Familienstatus, Parität, Alter, Beschäftigungsverhältnis <i>Analyse:</i> Deskriptive Statistik und Korrelationsanalysen, Hierarchisch lineale Modelle (unterschiedliche Ebenen)</p>	<p>Zwei Wochen nach der Geburt hatten 605 Frauen den Fragebogen zurückgeschickt (261 B und 344 NL) und 249 B und 311 NL wurden einbezogen.</p> <p><i>Deskriptiv:</i> Die Frauen in beiden Ländern waren vergleichbar alt (im Mittel 31.2 Jahre, 30.4 / 31.9 B/NL).</p> <p>54.2% waren Erstgebärende (42.2%/ 51.8%, B/NL)</p> <p>Da weitaus mehr Frauen in Belgien einen höheren Schulabschluss (Abitur) hatten (76.9% vs 40.5%) wurde im hierarchischen Modell nach diesem Parameter und Parität kontrolliert. In beiden Ländern hatten ca. 85% ein Beschäftigungsverhältnis. Die Geburtslängen betragen 9-10 Stunden in beiden Ländern.</p> <p>Insgesamt hatten 22.5% der Frauen eine medizinische Intervention erhalten (nicht näher spezifiziert). 20.8% in Belgien und 23.9% in den Niederlanden. Der Mittlere Schmerzwert betrug 57.6 (max. = 100), 58.04 (SD 22.33, KI 56.67 – 59.42) in Belgien und 57.55 (SD 21.67, KI 56.38 – 58.72) in den Niederlanden. Insgesamt zeigten sich die Frauen sehr zufrieden mit dem Geburtserlebnis (mean = 4.21; SD = 0.53; max. = 5), jedoch gab es große Unterschiede in den Untergruppen. Mit auf sich selbst bezogenen Aspekten der Geburt waren Frauen am wenigsten (mean = 3.81; SD = 0.71) und mit partnerbezogenen Aspekten am stärksten zufrieden (mean = 4.65; SD = 0.53).</p> <p><i>Modellrechnungen:</i> Zufriedenheit profitierte von Kontrollgefühl (B = 0.14, P < 0.001) einem hohen Grad an Selbstwirksamkeit (B = 0.14, P < 0.001) und Erfüllung von Erwartungen (B = 0.13, P < 0.001) während erlebter Schmerz die Zufriedenheit mit dem Gesamterlebnis nicht förderte (B = -0.001, P = 0.341).</p> <p>Der eigene Umgang mit dem Schmerz und der Geburtssituation wurde positiv eingeschätzt wenn sich die Erwartungen sich als zutreffend erwiesen</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p>hatten (B = 0.17, P < 0.001).</p> <p>Die Hebamme wurde von Frauen mit hohem Selbstwirksamkeitsgefühl positiver bewertet (B = 0.10, P = 0.001). Persönliches Kontrollgefühl korrelierte mit Geburtsschmerz (Bpain*control = 0.002, P = 0.012).</p> <p>Längere Geburtsverläufe führten zu tendenziell geringeren Zufriedenheitsgefühlen (B = -0.016, P < 0.001). Die Zufriedenheit (in allen Subdimensionen) sank in Fällen mit medizinischen Interventionen (Total: B = -0.19; P < 0.001; general: B = -0.22; P = 0.001; self: B = -0.123; P = 0.044; baby: B = -0.66; P < 0.001; midwife: B = -0.18; P = 0.011). Parität war ebenfalls assoziiert mit Zufriedenheit (B = 0.14, P = 0.014) sich selbst (B = 0.12, P = 0.019) und bezogen auf das Baby (B = 0.16, P = 0.015) mit mehr Zufriedenheit bei Mehrgebärenden.</p>	
<p>Cluett, E. & Burns, E. (2009): Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2 (CD000111):DOI: 10.1002/14651858. CD000111.</p>	<p>Systematisches Review EL: Ia Wassergeburt</p>	<p>2 Studien mit 180 Low-risk Erst- und Mehrgebärenden 100 Wassergeburt 80 Landgeburten</p>	<p><i>Mütterliches Outcome:</i> Blutverlust Infektionen Geburtsverletzungen Schmerzerleben Dauer AP Geburtsmodus Wohlbefinden Zufriedenheit Betreuungswünsche für nächste Geburt, Kindliches Outcome Fetale HT-Muster 5' Apgar Nabelschnur pH Grünes Fruchtwasser Verlegung Ngb. Intensivstation</p>	<p>Chance für Unzufriedenheit bei Wassergeburt geringer (OR 0,20 [95% KI 0,05 – 0,74])</p> <p>Keine Unterschiede bei Geburtsmodus, Geburtsverletzungsraten inkl. Episiotomien, Schmerzerleben, Dauer AP</p> <p>Keine Unterschiede bei fetalem Outcome</p>	<p>Verteilung Parität ist nicht ersichtlich</p>
<p>Cluett E. R., Pickering R. M., Getliffe K., St Georg Saunders N. J. (2004). Randomised controlled trial of laboring in water compared with standard of</p>	<p>RCT (Ib)</p>	<p>Bad vs Wehenunterstützung durch Amniotomie und/ oder Oxytocin bei Cervixdystokie. Bad 36,0-37,0°C für höchstens vier Stunden. Beide Gruppen erhielten zusätzlich eine 1-zu-1</p>	<p>N=99 Erstgebärende mit Dystokie in der aktiven Geburtsphase (MM Erweiterung von < 1 cm/Std.) ohne zusätzliche Risikofaktoren (Einling, am Termin, Schädellage, ohne medizinische,</p>	<p>IG (Bad) n=49, KG n= 50 <i>Primäres Outcome:</i> - Epidural Anästhesieerhielten 47% der IG vs 66% der KG (RR 0.71; 95% KI [0.49, 1.01]). - keine Unterschiede bei den operativen Geburtsbeendigungen (49% IG vs 50% KG) <i>Sekundäres Outcome:</i> - signifikant niedrigere Raten an Wehenunterstützung durch Amniotomie u/o Oxytocin-Gabe in der IG (71% vs 96%)</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>augmentation for management of dystocia in the first stage of labour. BMJ, doi:10.1136/bmj.37963.606412.EE</p>		<p>Betreuung</p>	<p>geburtshilfliche oder psychische Probleme).</p> <p><i>Primäres Outcome:</i> Epidural Anästhesie und operative Geburtsbeendigung (VE, Forceps, Sectio caes.)</p> <p><i>Sekundäre Outcome:</i> Wehentropf/Amniotomie, Maternale und neonatale Morbidität</p> <p>Retrospektive Erhebung verschiedener Aspekte zum Geburtserlebnis durch strukturierte Interviews auf der Wochenbettstation. Analyse nach ITT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 20% der Frauen der IG erhielten keine medizinische Intervention. In der KG waren es nur 2% - die durchschnittliche Länge der Eröffnungsphase unterschied sich nicht signifikant in den beiden Gruppen (10,26 Std. IG vs 10,47 Std. KG) - die Frauen der IG geben signifikant niedrigere Schmerzpunkte (Mittelwerte) 30 Minuten nach Behandlungsbeginn zu Protokoll - danach berichten Frauen der IG von weiterer Reduzierung des mittleren Schmerzpunktes (- 26 mm), während es in der KG zu einem Anstieg kommt (12 mm) - Mehr Frauen der IG waren mit ihrer Bewegungsfreiheit (91% vs 63%) und der Erlebten Wahrung ihrer Intimsphäre (96% vs 81%) zufrieden - Kein Unterschied in der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis - Ähnliche maternale und neonatale Infektionsraten 	
<p>Cortes, E., Basra, R. & Kelleher, C. (2011): Waterbirth and pelvis floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol o. Jg.(155): 27-30.</p>	<p>Retrospektive Kohortenanalyse EL: IIb <i>2 Erhebungen:</i> Geburtsdokumentation 1 Jahr p.p. postalische Befragung</p>	<p>793 Low-risk Erstgebärende</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest Dauer AP Geburtsverletzung Beckenbodenproblematik ein Jahr p.p.</p>	<p><i>Wassergeburten:</i> Kürzere AP (43 min vs. 57 min; p=0,01) Mehr DRIII° (2,5% vs. 1,2%), Unterschied aber nicht signifikant Weniger Episiotomien (0,0% vs. 5,0%) Unterschied aber nicht signifikant Mehr Probleme beim Wasserlassen ein Jahr p.p. (26% vs. 13%, RR 2,0 [95% KI 0,91-4,4] p 0,07) Insgesamt keine Unterschiede bei Geburtsverletzungen (Risse und Schnitte) Ansonsten keine Unterschiede bei Beckenbodenproblematik ein Jahr p.p.</p>	<p>160 Wassergeburten, 623 Landgeburten, Rücklauf nach einem Jahr: 94 Wassergeburten (47%), 60 Landgeburten (24%) Ausschlusskriterium ein Jahr p.p.: Beckenbodenproblematik vor Geburt, erneute Schwangerschaft, Stillen Auffallend niedrige Episiotomierate Probleme beim Wasserlassen laut p-Wert signifikant, laut KI jedoch nicht</p>
<p>D</p>					

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Dahlen, H.G., Homer, C.S.E., Cooke, M., Upton, A.M., Nunn, R.A. & Brodrick, B.S. (2009): 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. Midwifery 25(2):e39-48.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Warme Kompressen 5 Erhebungen: Geburt, 1 Tag p.p., 2 Tage p.p., 6 Wochen p.p., 3 Monate p.p.</p>	<p>717 Erstgebärende 360 Frauen mit warmen Kompressen (IG) 357 Frauen ohne warme Kompressen (KG)</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Log. Regression Nahtpflichtige Rissverletzungen Episiotomie Schmerzerleben</p>	<p>Kein Unterschied in Episiotomieraten <i>Ohne warme Kompressen:</i> Mehr DR III°/IV° (OR 2,16 [95% KI 1,15-4,10]) <i>Mit warmen Kompressen:</i> Geringerer Schmerz während der Geburt (p<0,001) ermittelt über X² (Wert wurde nicht angegeben) Durchschnittlich weniger Schmerz an Tag 1 p.p. (3,86 [SD2,3] vs. 4,67 [SD2,3] p<0,001) und an Tag 2 p.p. (3,00 [SD2,1] vs. 3,71 [SD2,2] p<0,001) Weniger Frauen mit Urininkontinenz 3 Monate p.p. (26/277 vs. 59/262, p<0,001)</p>	<p>Hebammen der Kontrollgruppe erhielten lediglich Anweisung keine warmen Kompressen anzuwenden. Keine Order in Bezug auf sonstige Dammschonende Maßnahmen Extrem hohe DRIII°/IV° Rate (6,4%). Wird durch hohe Anzahl Nullipara und Asiatinnen erklärt</p>
<p>Dahlen, H.G., Homer, C.S.E., Cooke, M., Upton, A.M., Nunn, R. & Brodrick, B. (2007): Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. Birth 34(4):282-290.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Warme Kompressen 5 Erhebungen: Geburt, 1 Tag p.p., 2 Tage p.p., 6 Wochen p.p., 3 Monate p.p.</p>	<p>717 Erstgebärende 360 Frauen mit warmen Kompressen (IG) 357 Frauen ohne warme Kompressen (KG)</p>	<p>Sichtweise von Frauen und Hebammen zur Anwendung von warmen Kompressen während der Austrittsphase des Kindes</p>	<p>Anteil von Hebammen, die eine schmerzstillende Wirkung von warmen Kompressen annehmen, ist höher als der Anteil von Frauen, die warme Kompressen als schmerzstillend empfunden haben (53,7% vs. 46,6%) Anteil von Hebammen, die warme Kompressen in Zukunft verwenden würden, ist höher als der Anteil von Frauen, die bei der nächsten Geburt warme Kompressen anwenden würden (92,6% vs. 85,7%)</p>	<p>Nur deskriptive Darstellung der Ergebnisse von 8 (Fragebogen Frauen) bzw. 7 (Fragebogen Hebammen; Fragen zur Wirkungen von warmen Kompressen</p>
<p>De Jonge, A., Van Diem, M.T., Scheepers, P.L.H., Buitendijk, S.E. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2010): Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a</p>	<p>Retrospektive Kohortenstudie, Sekundäranalyse EL: IIb Keine Intervention</p>	<p>1.646 Frauen nach Spontanpartus bei SL Vergleich der beeinflussenden Faktoren von Geburtsverletzungen einschließlich Episiotomie</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Log. Regression Episiotomien / Dammrisse Labienrisse Damm intakt Stratifiziert nach Gebärposition (Rückenlage RL, Halbsitzend HS,</p>	<p><i>Effekte in Bezug auf Gebärpositionen:</i> Weniger Episiotomien im S gegenüber RL (OR 0,29, 95% KI [0,16-0,54], mehr DRI°/II° im S gegenüber RL (OR 1,89 [95% KI 1,22-2,73]) <i>Keine Unterschiede:</i> Anteil höhergradiger Dammrisse, Labienrisse, Damm intakt Zwischen RL und HS bei Geburtsverletzungen Geburtsdauer im S länger als in RL (>60 min 21,8%)</p>	<p>Es erfolgt lediglich eine Stratifizierung univariater Zusammenhänge mit den Variablen Alter, Geburtsdauer, Parität, kindliche Geburtsgewicht, Gebärposition (Rückenlage, halbsitzend und sitzend) ohne Adjustierung</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>secondary analysis. Int J Clin Pract 64(5):611-618.</p>			<p>Sitzen S), Alter, Parität, Geburtsdauer, Geburtsgewicht des Kindes</p>	<p>vs. 11,3%, p<0,001)</p>	
<p>de Souza Carocida Costa, A. & Gonzalez Riesco, M.L. (2006): A comparison of 'hands off' versus 'hands on' techniques for decreasing perineal lacerations during birth. J Midwifery Womens Health 51 (2):106-111.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Hände in Position ohne direkten Dammschutz</p>	<p>70 Erstgebärende Dammschutz n=35 Hände in Position ohne direkten Dammschutz n=35</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Rissverletzungen (Labien-, Klitoris-, Scheiden- und Dammriss) Apgar</p>	<p>Keine Unterschiede bei Rate der Rissverletzungen und in den Apgar-Scores</p>	<p>Sehr junges Durchschnittsalter der Stichprobe (18,6 bzw. 20,1 Jahre) Studienort Brasilien Pflegerkräfte mit Schwerpunkt Geburtshilfe erhielten eine sechsstündige Schulung Studie gibt keine Hinweise auf Episiotomieraten</p>
<p>Derry, Sheena; Straube, Sebastian; Moore, R. Andrew; Hancock, Heather; Collins, Sally L. (2012): Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. In: Cochrane Database Syst Rev 1, S. CD009107.</p>	<p>Systematisches Review EL: Ia Schmerzlindernde Wirkung von Injektionen mit sterilem Wasser (ISW) bei Schmerzen im unteren Rücken während der Geburt Durch die Injektion von ca. 0,1m sterilem Wasser 3-4cm jeweils seitlich neben der Lendenwirbelsäule und jeweils 2-3cm unterhalb und 1-2cm mittig von den ersten Punkten entstehen vier Quaddeln (Injektionen können intrakutan oder subkutan erfolgen). Die Behandlung erfolgt jeweils bei Forderung von Schmerzlinderung</p>	<p>7 Studien mit 766 Frauen unter der Geburt IG: Behandlung von Rückenschmerzen sub partu durch intra- oder subkutane Injektion mit sterilem Wasser KG: Behandlung von Rückenschmerzen sub partu durch intra- oder subkutane Injektion mit Kochsalzlösung</p>	<p>Schmerzintensität Pharmakologische Analgetika nach der Intervention Vag.-op. Geburt Sectio caesarea Nebenwirkungen Abbruch der Studienteilnahme Prolongierte Geburt Apgar</p>	<p><i>Primär:</i> <i>Frauen in IG:</i> Signifikant mehr Frauen berichten über eine Schmerzerleichterung von mind. 4/10 cm VAS (50-60 vs. 20-25%) <i>Keine Unterschiede:</i> Vag.-op. Geburt (RR 1,31 [95% KI 0,79 vs. 2,18]); Sectio caesarea (RR 0,58 [95% KI 0,33 vs. 1,02]); Geburtsdauer; Zervixreifung Bei keiner Geburt kam es zu einem Apgar < ; mehr Frauen in der IG würden die gleiche Intervention bei einer weiteren Geburt wieder wählen; es konnten keine Nebenwirkungen beschreiben werden; keine Frau trat von der Studie zurück <i>Sekundär:</i> <i>Frauen in IG:</i> Mehr Frauen berichten über einen analgetischen Effekt (90 vs. 45%) <i>Keine Unterschiede:</i> Pharmakologische Analgetika (RR 0,86 [95% KI 0,44 vs. 1,69])</p>	<p>Geringe Stichprobengröße Keine der Studien liefert Evidenzen zur Schmerzintensität nach der Intervention Es können keine Aussagen zur Wirkung von ISW in Bezug auf Wehenschmerzen gemacht werden.</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	durch die Gebärende, auf dem Höhepunkt einer Wehe.				
<p>Devane D, Lalor J G, Daly S, McGuire W, Smith V. (2012). Cardiotocography versus Intermittent Auscultation of Fetal Heart on Admission to Labour Ward for Assessment of Fetal Wellbeing. Cochrane Database of Systematic Review, 2, CD005122.</p>	<p>Systematisches Review mit Metaanalyse EL Ia G1: Routine CTG für 15-20 Minuten bei Aufnahme G2: intermittierende Auskultation der fet. Herztöne für wenigstens eine Minute während und nach der Wehe oder nach der Wehe</p>	<p>Einschluss von alle vier der gefundenen RCT mit insgesamt 13.296 Frauen (Cheyne 2003, Impey 2003, Mires 2001, Mitchell 2008). Studie von Impey aus Irland dominiert die Ergebnisse da 8.628 Frauen. Einschluss nur mit früher Amniotomie, da aktives Geburtsmanagement, sowie Einleitungen als auch spontaner Geburtsbeginn. <i>Einschlusskriterien:</i> Frauen nach bestimmten Definitionen als low risk deklariert.</p>	<p><i>Primäre Outcomes</i> Maternal 1. Inzidenz von Kaiserschnitten. 2. Inzidenz vag.-operative Geburten. Kind 1. Perinatale Mortalität 2. Schwere neurologische Schädigung <i>Sekundäre outcomes</i> Maternal 1. Schwere mütterliche Komplikationen. 2. Anwendung kontinuierlicher CTG-Kontrollen 3. Amniotomien 4. Oxytocin-Gabe zur Wehenverstärkung. 5. Mobilität während der Geburt. 6. Wahrgenommenes Kontrollgefühl oder Selbstwertgefühl. 7. Pharmakologische Aanalgesie inkl. PDA. 8. Nicht-pharmakologische Methoden zur Bewältigung von Wehenschmerzen. 9. Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. 10. MBU. 11. Dauer Krankenhausaufenthal</p>	<p><i>Primäres Outcome</i> Maternal Kaiserschnitt RR 1.20 95 %, KI 1.00-1.44, vier Studien, mögliches höheres Risiko um 20% in G1, jedoch keine Signifikanz auf Niveau von 95% (3 Studien finden keine Erhöhung, Impey in der Subgruppenanalyse der Frauen die kein Oxy (38%) oder PDA erhalten hatten, bei Signifikanzniveau von 95% ja, bei 99%jedoch kein signifikanter Unterschied. Hier muss zudem in Betracht gezogen werden, dass bei Impey vor jeder Sectio eine MBU durchgeführt wird also eine entsprechende Verifizierung des CTG erfolgt.) Keine signifikanten Unterschiede bei: Vag-op. Geburt Fetalen und neonatalen Todesfällen <i>Sekundäres Outcome</i> Signifikant höhere Raten an kontinuierlicher CTG-Kontrolle in G1(RR 1.30, 95%, KI 1.14-1.48, drei Studien) und von MBU (RR 1.28, 95%, KI 1.13-1.45, drei Studien) Keine signifikanten Unterschiede in den anderen Outcomedaten Maternal: Punkte 5-9 wurden nicht in den Studien beschrieben</p>	<p>Voraussetzung für die Entscheidung Aufnahme CTG oder Auskultation ist ein Risikoassessment! Frauen der Aufnahme-CTG Gruppe erhielten signifikant häufiger kontinuierliche CTG-Kontrollen. Dennoch, die Raten an kontinuierlichen CTG Kontrollen waren insgesamt mit ca 50% hoch. Keine Verbesserung des fetalen Outcomes</p>

			<p>t.</p> <p>Kind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apgar 5' <7 oder pH <7.0 oder BE >12 mmol/L NS-Blut art. 2. Hypoxische Schädigung 3. Krämpfe in der Neonatalzeit. 4. weitere Komplikationen. <p>T², I², Chi² Test für das Assessment der Heterogenität, Random-effects Modelle in Meta-analyse</p>		
E					
<p>Eriksson, M., Ladfors L., Mattsson L.- Å., Fall O. (1996). Warm tub bath during labour. A study of 1385 women with prelabour rupture of the membranes after 34 weeks of gestation. In: Acta Obstet Gynecol Scand, 75: 642-644.</p>	<p>Studie ist Teil einer RCT, in der Frauen mit vorz. BS zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem BS eine Einleitung mit Oxytocin erhalten hatten. Sekundäranalyse (EL IIb)</p>	<p>Bad,</p>	<p>N= 1385 Frauen mit vorz. BS nach der 34. SSW mit ansonsten unauffälliger Schwangerschaft, Einling in Schädelage und normalen CTG bei Aufnahme. Kontraindikationen für das Bad waren gr. FW, fet. Distress und jegliche Anzeichen einer Infektion. Die Frauen wurden bis zum Eintritt in die aktive Geburtsphase nicht vaginal untersucht. <i>Analyse:</i> Fischer's exact test</p>	<p>N=538 nahmen ein Bad, n= 847 nahmen kein Bad (eigene Entscheidung der Frauen)</p> <p>Die Gruppen sind vergleichbar in: Gestationsalter (mean 39), Intervall BS-Geburtsbeginn (13h), Intervall Geburtslänge und spontaner Geburtsbeginn (IG 83% vs KG 81%) Signifikanter Unterschied bei Erstgebärenden (78% vs 53%).</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede bei Chorioamnionitis, pp Endometritis, neonatalen Infektionen, vermuteten Infektionen, Apgar keine Differenz</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Eriksson M., Mattsson L.-Å., Ladfors L. (1997). Early or late bath during the first stage of labour: a randomized study of 200 women. In: Midwifery, 13: 146-148</p>	<p>RCT, Ib (Teil des Cochrane Reviews) Alle Frauen gaben ihre informierte Einwilligung, positives Votum durch Ethik – Komitee der Univers. Göteborg</p>	<p>Frühes Bad (MM<5 cm) vs. Spätes Bad (MM> 5cm) Wassertemperatur nicht über 38°C</p>	<p>N=200 gesunde Frauen mit low-risk Schwangerschaft Ab 35.SSW, Einling, spontaner Geburtsbeginn und/oder Blasensprung mit weniger als drei cm MM-Weite bei Aufnahme und normalen fetalen Herztönen. Geburtsbeginn wird definiert ab einer Wehentätigkeit von $\geq 3/10$ Min. Primäres Outcome: Schmerzmittel (PDA, Lachgas, PCB, Quaddeln) Sekundäre Outcomes: Wehenunterstützung Geburtslänge</p>	<p>Je Gruppe n= 100 Teilnehmerinnen, 8 Frauen haben kein Bad genommen (zeitliche Gründe, Schmerzmittelbedarf, path. FHT) Anteil Erst- und Mehrgebärender, mütterliches Alter, Geburtsgewicht und Bishop Score bei Aufnahme sind in den Gruppen vergleichbar. Primäres Outcome: - Signifikant mehr PDA ($p= 0,0015$) in der Gruppe „frühes Bad“, - die PDA Rate liegt in der frühen Gruppe bei 27% und in der späten Gruppe bei 9%. - keine signifikanten Unterschiede bei den anderen Maßnahmen zur Schmerzreduzierung Sekundäre Outcomes: - Signifikant erhöhter Bedarf an Oxytocin zur Wehenverstärkung ($p= 0,0002$) in der Gruppe „frühes Bad“ - Die Geburtslänge von Geburtsbeginn bis zur Geburt war in der „frühen Bad“ Gruppe länger (9,80 Stunden) als in der „späten Bad“ Gruppe (8,48 Std.; $p < 0,004$).</p>	
<p>Esposito, N.W. (1999): Marginalized Women's Comparisons Of Their Hospital And Freestanding Birth Center Experiences: A Contrast Of Inner-City Birthing – Systems. Health Care for Women International, 20:111-126.</p>	<p>qualitative, epidemiologische Studie Q1 (Einteilung nach Burns & Grove 2005) Frauen die ihre Geburt in einem Geburtshaus in der Bronx mit einer (vorherigen) Geburt im Krankenhaus verglichen</p>	<p>Interviews mit 29 Frauen, 5 Hebammen und 6 weiteren Teammitgliedern des Geburtshauses. Frauen zwischen 16-33 Jahren alt, englisch sprechend</p>	<p>Offene epidemiologische Interviews</p>	<p>a) <i>Kontrolle der Geburtsumgebung</i> Hebamme war verfügbar, Frauen konnten Freunde mitbringen die für sie kochten, aßen, bewegten sich frei, badeten, keine Trennung vom Baby nach der Geburt. Die Frauen nahmen die enge Beziehung zur Hebamme positiv war. Ebenso wie das Gefühl der Kontrolle über die Geburtsumgebung, das Geschehen um sie herum und die Geburtserfahrung. b) <i>unterstützende zwischenmenschliche Beziehung mit den Anbietern entwickeln</i> beinhaltete, dass den Wünschen der Frauen nach Intimität und humaner Geburt nachgekommen wurde. Dies war im Krankenhaus erschwert. Der Fokus dort liegt auf der physikalischen Einrichtung, um die einzelne Frau zu unterstützen. Eine attraktive Einrichtung macht keine humane Geburt, eher gewachsenes Vertrauen und eine zwischenmenschliche Beziehung, die eine große Bedeutung in der Geburtsumgebung</p>	<p>Im Viertel hoher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, erhöhter Anteil an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, erhöhte mütterliche Mortalität. Rassismus und Nichtachtung spielen in den Beschreibungen der Frauen eine große Rolle. Spezielles Setting, dennoch übertragbare Effekte</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				c) eine sichere Geburt haben d) mit Achtung und Respekt behandelt werden	
F					
Fair C. D., Morrison T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. In: Midwifery, 28: 39-44.	Kohortenstudie (EL IIb) um Erwartungen und ihre Auswirkungen auf das Geburtserleben zu untersuchen. Telefonische Interviews mit Antworten/Einschätzungen auf Likert-Skalen Niveau Positives Votum der regionalen Ethikkommission	N= 31 Erstgebärende, 26. 40. SSW	'Internal Control of Birth Outcomes before Birth scale', 'Birth Expectations`scale', 'Labour and Delivery Satisfaction Index` (LADSI), 'Center for Epidemiological Studies Depression scale' <i>Analyse:</i> Univariate, bivariate, multivariate Analysen (jedoch nur explorativ, da Sample zu klein, um Zusammenhänge zu testen, deshalb Abstufung im EL)	Negative Korrelation zwischen Erwartungen an Geburt und antenatale als auch postpartale Depression. Gesundheit von Mutter und Kind positiv korreliert mit Zufriedenheit mit Geburt, erlebtes Kontrollgefühl und Erwartungen an Geburt. Gesundheit von Mutter und Kind negativ korreliert mit Depression postpartal. Komplikationen bei Geburt verringerten erlebte Kontrolle und Geburtszufriedenheit signifikant. Demografische Parameter wiesen keinen Zusammenhang mit Kontrollgefühl und Zufriedenheit auf. Betreuung durch Hebamme wies signifikant höheren Level an erfahrene Kontrolle und Zufriedenheit mit Geburt als Betreuung durch ärztl. Geburtshelfer. Erfahrene Kontrolle erhöht signifikant Zufriedenheit mit Geburtserlebnis	
Fenwick J., Hauck Y., Downie J., Butt J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. In: Midwifery, 21: 23-35.	Qualitative Studie (EL QI), Telefoninterviews in einem Zeitraum bis zu 12 Monaten nach Geburt, um Erwartungen und Einstellungen zur Geburt zu explorieren Positives Votum der regionalen Ethikkommission	202 Frauen, 39 Frauen aus ländlicher Gegend und 163 Frauen die in verschiedenen großen Städten leben. Alter zwischen 19 und 44 Jahren, fast alle mit Partner lebend. 50% Universitäre Bildung und 50% gut verdienend. Mittelklasse Sample. Die Frauen hatten sich	Thematische Analyse mit Techniken nach Strauss & Corbin.	Positive Erwartungen: <i>Glauben und Überzeugt sein, dass Geburt ein natürliches Ereignis ist:</i> Die meisten Frauen glauben daran, dass ihr Körper fähig ist zu gebären, sehen den Prozess als normales Lebensereignis an. Geburt vervollständigt sie als Frau und ist repräsentiert ihren weiblichen Status. Für viele Frauen ist Geburt etwas was sie leisten und aktiv tun können ohne die Hilfe von Medikamenten. <i>Einbezug und Partizipation in das Geburtserlebnis/-erfahrung:</i> N=92 Statements betrafen Erwartungen bezüglich Kontrolle, Wahl und Unterstützung. Geburt ist interaktiver Prozess, Erwartung ihn bewältigen zu	

		<p>von selbst auf eine Anzeige hin für ein Interview gemeldet.</p>		<p>können, Möglichkeiten zu erhalten den eigenen Weg zu wählen, ermutigt zu werden sich an Entscheidungen zu beteiligen, Geburt als ein Familienereignis zu sehen bei dem man vielseitige Unterstützung und Wertschätzung erhält. Da Geburt aber auch ein unvorhersehbares Ereignis ist sind Frauen bemüht offen für das was kommt zu sein, und vorbereitet darauf, dass u. U. nicht alles nach Plan läuft. Dies sei dann auch kein Grund dafür aufzugeben oder enttäuscht zu sein. <i>Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis:</i> Geburt ist ein erfüllendes Erlebnis, Geburt ist einfach und unkompliziert, ein gesundes Baby zu bekommen</p> <p>Negative Erwartungen an die Geburt <i>Geburt ist ein negatives Ereignis:</i> N= 62 Statements betrafen dieses Thema. Geburt ist beängstigen und furchterregend, besorgniserregend oder nervös machend. Geburt ist schmerzvoll, lang und hart. <i>Geburt ist ein medizinisches Ereignis:</i> N=18 Frauen erwarteten starke Schmerzen, Komplikationen und Eingriffe bei der Geburt. Diese Aussagen wurden von Frauen mit bestehenden Erkrankungen oder als high-risk gelabelten Frauen getätigt. Bei zwei Frauen entwickelten sich diese Erwartungen aus Horrorgeschichten, die sie von Freunden und Familie gehört hatten.</p> <p>Einflüsse auf Erwartungen <i>Privater Bereich:</i> Die meisten Frauen berichten zumeist von Einflüssen durch Familie, Freunde, Mütter und der Familiengeschichte <i>Öffentlicher Bereich:</i> durch lesen, Internet, TV. <i>Professioneller Bereich:</i> N= 63 Frauen berichteten von Einfluss durch Hebammen (Vorsorgen, Geburtsvorbereitungskurse), und andere Fachpersonen. <i>Selbst:</i> N=32 sahen großen Einfluss durch sich selbst und ihren Einstellungen und Überzeugungen <i>Lebenserfahrungen:</i> hierunter subsumiert sind Lifestyle und Alter (n=6)</p>	
G					

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Gagnon, A. J.; Waghorn, K.; Covell, C. (1997): A Randomized Trial of One-to-one Nurse Support of Women in labor. Birth 24 (2): 71–77</p>	<p>RCT EL Ib <i>Vergleich der Risiken und Vorteile von 1:1-Betreuung durch nurse sub partu</i> Nurse support: Anwesenheit von der Randomisierung an, während Wehen und Geburt bis 1 h pp mit dem Angebot von emotionaler Unterstützung, körperliche Unterstützung (physical comfort), Anleitung zu Entspannungs- und Bewältigungsstrategien Nurse für Studie angestellt, hatten spezielles Trainingsprogramm Übliche Betreuung: Meist 2-3 Frauen durch eine Nurse. verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten. Übliches Team des Krankenhauses</p>	<p>413 Erstgebärende -weiter als 37 SSW - Einling in SL - mit Wehen IG= 209, KG=204 Ausgeschlossen: Frauen mit geplanter Einleitung oder geplanten Kaiserschnitt, Steißlagen, bezahlter Geburtsbegleitung, MM Eröffnung > 4cm Randomisierung mit geschlossenem Umschlag, 8 Blöcke, computergenerierte Nummern, in der Interventionsgruppe war außer der Frau nur die betreuende Schwester informiert</p>	<p><i>Effekt der Betreuung auf</i> - Gesamtsectorate - Sectio auf Grund v.a. Missverhältnis oder Geburtsstillstand, - EDA - Oxytocingebrauch nach Randomisierung - Aufnahme auf einer Neugeborenenstation, Geburtsdauer - instrumentelle Entbindung - Geburtsverletzung - Katheterismus pp</p>	<p>Positiver Einfluss 1:1 Betreuung durch Nurse . - 17% < Risiko für Oxytocingebrauch (RR 0.83;95%, CI 0.67, 1.04) - keine signifikanten Unterschiede bzgl. Geburtsdauer, Sectorate insg. , Sectio aufgrund Missverhältnis, EDA, Aufnahme Kinderintensivstation, instrumentelle vag. Geburt, Geburtsverletzung</p>	<p>In IG 36 Frauen und in KG 41 hatten EDA vor Randomisierung IG 55, KG 45 Oxytocin vor Randomisierung</p>
<p>Gau, M. L.; Chang, C. Y.; Tian, S.H., Lin, K. C. (2011): Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan. In:</p>	<p>Randomisiert-kontrollierte Studie EL Ib Pos. Votum der Ethikkommission Übungsprogramm mit vier Positionen mit jeweils acht Übungen</p>	<p>n=87 Frauen IG: 48 (ursprünglich 94) KG: 39 (ursprünglich 94) (Ausschluss aufgrund vorz. Wehen, Notsectio, PDA, anderer Geburtsort)</p>	<p><i>Allgemeine Perinatale Faktoren:</i> Geburtsmodus, Geburtsdauer, Geburtsgewicht, Apgar-Score Zeit in aufrechter Position</p>	<p><i>Allgemeine Perinatale Faktoren:</i> Signifikanter Unterschied: Dauer der EP/min in der IG kürzer (380.0 vs. 485.4, p 0.035); ansonsten keine signifikanten Unterschiede Zeit in aufrechter Position/Min.: IG 181.1 vs. KG 115.8; p 0.035 <i>Schmerzintensität</i></p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Midwifery 27</p>	<p>mit dem Gymnastikball. Übungen im Sitzen, Stehen, Hocken und kniend. Zu Hause üben und Unterstützung während der Geburt.</p>	<p><i>Einschlusskriterien bei Rekrutierung:</i> 30.-32. SSW, über 18 Jahre alt, keine Risiken oder Komplikationen, Einlingsschwangerschaft, keine körperlichen Einschränkungen, Partner, der bei Geburt anwesend ist, Chinesisch als Muttersprache <i>Ausschluss bei Studienbeginn:</i> Geburtsbeginn vor 37 SSW, MM > 4 cm, PDA, sek. Sectio Beide Gruppen wurden ansonsten nach gleichem Standard betreut.</p>	<p><i>Wehenschmerz</i> mittels Short Form McGill Pain Questionnaire (Kombination aus VAS, VRS, PPI) jeweils bei 4 und 8cm MM-Eröffnung <i>Selbstwirksamkeit</i> in Bezug auf Wehen und Geburt mittels Childbirth Self-Efficacy Inventory, jeweils bei 4 und 8cm MM-Eröffnung <i>Demografische und geburtshilfliche Variablen:</i> Parität, Alter, Bildung, Geburtsgewicht etc. Auswertung nach ITT</p>	<p>signifikant geringere Schmerzwerte bei 4 und 8cm MM-Eröffnung in der IG <i>Selbstwirksamkeit</i> Signifikant höhere Werte in der IG Bei 4cm: 220.4 vs. 188.3, p < 0.001 Bei 8cm: 157.6 vs. 146.5, p 0.027 Vergleichbarkeit der Gruppen nach vorhandenen demografischen und geburtshilflichen Daten gegeben.</p>	
<p>Geissbühler, V. & Eberhard, J. (2003): Erfahrung mit Unterwassergeburt. Eine prospektive longitudinale Studie über 9 Jahre mit fast 4000 Wassergeburt. Gynäkologische Geburtshilfliche Rundschau o.Jg.(43):12-18.</p>	<p>Prospektive Kohortenstudie EL: IIb Wassergeburt</p>	<p>9.518 Erst- und Mehrgebärende 3.617 Wassergeburt 5901 Landgeburt Zeitraum: 1.November 1991 bis 31. Oktober 2000</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Rissverletzungen Episiotomie Blutverlust Schmerzmittelverbrauch Mütterliche Infektionen / Antibiose im Wochenbett Apgar Nabelschnur-pH Verlegung des Nbg. Neugeboreneninfektionen</p>	<p><i>Wassergeburt:</i> Insgesamt mehr Damm intakt (34,2% vs. 29,2% ; p<0,001) Mehr DRI°/II° (50,1% vs. 25,7% ; p<0,001) Wassergeburt mehr Labienrisse (22,9% vs. 16,8% ; p<0,001) Geringerer Blutverlust (Differenz Hb präpartal und 3./4. Tag p.p.) (-5,26 vs. -8,08; p<0,001) Häufiger ohne Schmerzmittel (69,7% vs. 30,3%; p<0,001) Häufiger ohne PDA (0,2% vs. 6,6%; p=0,015) Häufiger Homöopathie (25,9% vs. 22,3%; p<0,001) Bessere pH-Werte beim Nbg. und bessere 5-Min- und 10' Apgar (p<0,001) <i>Landgeburt:</i> Mehr Episiotomien (25,7% vs. 8,3% ; p<0,001) Mehr DRIII°/IV° (3,6% vs. 2,3% ; p<0,001)</p>	<p>Risikoprofil Landgeburt erstellt ohne Konsequenz z.B. Risikoadjustierung Auswertungsstrategie unklar (as treated?) Hinsichtlich Antibiotika Therapie der Mutter Widerspruch: im Text brauchen Wassergeburt signifikant weniger Antibiotika, in der dazugehörigen Tabelle kommen signifikant mehr Landgeburt im Wochenbett ohne Antibiotika aus Unterschiede bei Homöopathie, Hinweis auf Grundeinstellung der Wassergeburtsklientel bzw. Betreuungsphilosophie</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				Keine Unterschiede bei mütterliche und kindliche Infektionen	
<p>Geissbuehler V., Eberhard J., Lebrecht A. (2002). Waterbirth: water temperature and bathing time – mother knows best! In: J.Perinat. Med 30:371-378</p>	<p>Sekundäranalysen einer propektiven Frauenfeld Birth Study (Vollerhebung aller Geburten aus 8 Jahren)</p>		<p>Große Gruppe n= 10.775. Hiervon werden 3.162 Wassergeburten mit 5.272 Landgeburten (Spontane Geburt, Einling aus Schädellage) Kleine Gruppe n=47 Auswirkungen der Badezeit und -temperatur auf mütterl. und neonatale Körpertemperatur im Vergleich mit Landgeburt</p> <p><i>Outcomeparameter:</i> Neonatale Morbidität: Apgar NS pH (art) (ven) Atemstörungen Verlegung Kinderklinik Infektionen Mütterl. Mortalität anhand verschiedener Infektionsparameter, Antibiotikagabe, Blutverlust</p>	<p>Fast alle Mortalitätsparameter fallen für die Bad Gruppe signifikant besser aus. Die mütterl. Mortalität unterscheidet sich bis auf eine häufigere Antibiose bei den Landgeburten nicht signifikant voneinander.</p> <p>Die Ergebnisse in der Kleingruppe zu verschiedenen Zeitpunkten während bei und nach der Geburt, nur zum Zeitpunkt der Geburt einen signifikanten Unterschied. Die mütterl Temp. bleibt jedoch jederzeit und in beiden Gruppen innerhalb der Normwerte. Auch bei den Neugeborenen gibt es keine Unterschiede.</p> <p>Im Durchschnitt lag die von den Frauen selbst gewählte Badetemperatur (es gibt keine Vorschriften) bei Beginn des Bade bei 35,2 °C, in der Mitte des Bades bei 36,0, zur Geburt bei 35,7 und bei Ende des Bades bei 32,9°C. Die Temperaturunterschiede waren sehr groß (23°C-38.9°C). Die Autoren vermuten, dass die Frauen so jeweils ihre Körpertemperatur reguliert haben.</p>	<p>Unklar ist ob Frauen die wegen irgendwelcher Auffälligkeiten aus dem Bad mussten in die Vergleichsgruppe gekommen sind, weil sie trotzdem spontan gebären konnten.</p> <p>Die Ergebnisse zur Morbidität sind nicht verwertbar, da weder eine Auswertung nach ITT erfolgt noch klar ist, ob in der Landgruppe nicht abgebrochene Badgeburten zu finden sind.</p>
<p>Geranmayeh, M., Rezaei, H.Z., Fallahkish, B., Farahani, M.A., Khakbazan, Z. & Mehran, A. (2011): Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Dammassage mit sterilisierter Vaseline</p>	<p>90 Low-risk Erstgebärende (Ip.) 45 Ip., deren Vulva bei sichtbarem Kopf mit Vaseline behandelt und der Damm wehensynchron massiert wurden 45 Ip. mit klassischem Dammschutz</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Dauer AP Dammrisse Episiotomien</p>	<p><i>Massagegruppe:</i> Geringere Dauer AP (37 min [SD 20] vs. 46 min [SD 19], p= 0,038) Häufiger Damm intakt (27% vs. 4%, p=0,004) Häufiger DRI°/DRII° (DRI° 45% vs. 9%, p<0,001; DRII° 10% vs. 2%) Seltener Episiotomie (45% vs. 88%, p<0,001)</p>	<p>Ausschlusskriterium u.a. pathologisches CTG und vag.-op. Geburten Anteil an Oxytocingebrauch in Massagegruppe höher als in Kontrollgruppe (73% vs. 67%) Keine Adjustierung in Betrachtung der Geburtsdauer mit Oxytocingabe Insgesamt extrem hohe Episiotomierate</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>labor. Arch Gynecol Obstet DOI 10.1007/s00404-011-1919-5.</p>					
<p>Gibbins J., Thomson A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth</p>	<p>Qualitative Studie (EL QI). Interviews in der späten Schwangerschaft und zwei Wochen nach der Geburt. Phänomenologischer Ansatz nach Husserlian Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>N=8 Erstgebärende mit unkomplizierter Schwangerschaft. Jeweils zwei Interviews in der Schwangerschaft und nach der Geburt.</p>	<p>Datenanalyse nach Colaizzi</p>	<p><i>Erwartungen und Erfahrungen</i> Auch wenn sie wissen, dass Geburt lange dauern kann und die Schmerzen groß besteht die Hoffnung, das die Geburt kurz und die Schmerzen bewältigt werden können. Hauptängste und Sorgen betrafen mögliche Komplikationen und Interventionen oder die Gesundheit des Kindes. Alle Frauen erlebten eine Geburt die anders als erwartet war. Geburt besser als erwartet. <i>Gefühle gegenüber Geburt</i> Frauen erhoffen sich von ihren Partnern die größte Unterstützung. Sind gut über schmerzreduzierende Optionen informiert und wollen offen sein für alles. Erfahren haben sie sehr hilfreiche Unterstützung von Partnern und Hebammen. Alle Frauen haben irgendeine Form pharmakologischer Schmerzreduzierung erhalten (Entonox, Pethidin, PDA). Alle hatten das Gefühl die richtige Entscheidung getroffen zu haben ein Schmerzmittel genommen zu haben. Vier Frauen konnten nach der Geburt mit einer oder der Geburtshebammen die Geburt reflektieren und empfanden dies als hilfreich. Zwei hätten ein solches Gespräch als klärend empfunden hatten aber keins.</p>	<p>Sehr kleines Sample. Kann zur Untermauerung anderer ähnlicher Befunde herangezogen werden.</p>
<p>Gillesby, E., Burns, S., Dempsey, A., Kirby, S., Mogensen, K., Naylor, K., Petrella, J., Vanicelli, R. & Whelan, B. (2010): Comparison of delayed versus immediate pushing during second stage of labor for nulliparous women with</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf</p>	<p>77 Erstgebärende (Ip.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen) mit PDA 39 Ip., die mit Valsalva Manöver gebären 38 Ip., die möglichst erst 2 Std. nach vollständiger Eröffnung und/oder erst nach Einsetzen eines unwiderstehlichen Pressdrangs</p>	<p>ANOVA Dauer AP Müdigkeit 2 Std. p.p. Zufriedenheit 2 Std. p.p.</p>	<p><i>Valsalva Gruppe:</i> Längere Pressphase (93,8 [56,9] vs. 68,2 [46,2], F(1,71)=4,46; p=0,04) Dauer AP kürzer (107,2 [56,3] vs. 166,3 [64,2], F(1,71)=17,54, p<0,0001) 1' Apgar schlechter (7,5 [1,3] vs. 7,9 [0,5], p<0,05) <i>Keine Unterschiede:</i> Müdigkeit zu Beginn der AP und 2 Std. p.p. Keine Unterschiede bei Zufriedenheit</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

epidural anesthesia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 39(6):635-644.		mitschieben			
Gottvall, K., Allebeck, P. & Ekéus, C. (2007): Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. BJOG 114(10):1266-1672.	Retrospektive Kohortenstudie EL: IIb	12.782 Frauen mit Spontanpartus Identifikation von Faktoren, die höhergradige Dammriss begünstigen	Schrittweise log. Regression Höhergradige Dammriss Bei sitzender, halbsitzender, hockender, stehender Position, Seitenlage, Rückenlage, Steinschnittlage, Vierfüßlerstand Geburtsstuhl	Steinschnittlage erhöht Chance auf höhergradige Dammriss (OR 2,02 [95% KI 1,58–2,59]) Hockende Position erhöht Chance auf höhergradige Dammriss (OR 2,05 [95% KI 1,09–3,82])	Im Regressionsmodell u.a. adjustiert nach Parität, Alter, >42. SSW Einleitung, ohne Schmerzmittel, Wehenmittel, Dauer AP >1Std., Episiotomie, andere SL als vo HHL, Apgar <7, Asphyxie, kindliches. Gewicht >4.000g, KU ≥35cm
Gradert, Y., Hertzell J., Lenstrup C., Bach F. W., Christensen N. J., Rosenø H. (1987). Warm Tub Bath during Labour. In: Acta Obstet Gynecol Scand, 66: 681-683. (Biblio)	Interventionsstudie oder Kohortenstudie ohne Regressionsanalysen (EL IIb) Die Annahme, dass ein warmes Bad die Mutter entspannt, den Schmerz reduziert und das fetale Befinden verbessert wird anhand der Messung von Stress-Hormonen im Nabelschnurblut direkt nach der Geburt und best. Outcome Parametern untersucht.	Bad in der aktiven EP	22 Frauen, die die Einschlusskriterien der Studie von Lenstrup et al. (1987) erfüllen	IG n=13 Frauen wollten ein Bad (37°C, ab MM 5cm für längstens 2 h), Kontrollgruppe n=9 Frauen die kein Bad wollten Apgar 1 und 5 Minuten, NS-Blut pH, Adrenalin und Noradrenalin Bestimmung sowie B-EP-ir (Beta-endorphin-like immunoreactivity) Bestimmung Die Gruppen waren vergleichbar in den Merkmalen, Alter, Parität, Häufigkeit an BS. Geburtsgewicht war geringer in der Kontrollgruppe. Keine Unterschiede im Apgar und pH-Werten zwischen den Gruppen (überall normale Werte, kein Hinweis auf Asphyxie). Es gibt eine positive Korrelation zwischen geringen Geburtsgewicht und Plasmaadrenalin, und Noradrenalin Konzentrationen in der Badegruppe. Dies könnte ein Hinweis auf mehr Stress bei größeren Kindern sein. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezgl. Noradrenalin, Adrenalin und der B-EP-ir Konzentration im Plasma. Weder positive noch negative Effekte des Bades bei dieser Fragestellung.	Für die Fragestellung wäre eine Randomisierung angezeigt gewesen. Frauen, die kein Bad wählen haben evtl. weniger Stress als Frauen, die sich dafür entscheiden. Irgendeine Motivation in Zusammenhang mit Stress wird vorliegen.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Green J. M. (1993). Expectations and Experiences of Pain in Labour: Findings from a Large Prospective Study. In Birth, 20(2): 65-72.</p>	<p>Kohortenstudie (Ib) Befragung zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt</p> <p>Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>Frauen, die sich in sechs Geburtshilflichen Abteilungen in süd-ost England angemeldet haben.</p> <p>N=750 Frauen, die alle drei Fragebögen zurückgesendet haben. 29 Frauen mit prim. Sectio fielen zu T2 aus der Auswertung.</p>	<p>1. Fragebogen zur Basiserhebung demographischer Daten in der 28.-30. SSW.</p> <p>T1: 2. Fragebogen zu Erwartungen, Wissen und Einstellungen bezüglich der bevorstehenden Geburt (36. SSW). T2: 3. Fragebogen verfolgt die Stränge des 2. Fragebogens und wird durch den EPDS zur Einschätzung des Wohlbefindens nach der Geburt ergänzt (6 Wochen pp).</p> <p><i>Analyse:</i> Chi-Quadrat, Varianzanalysen</p>	<p>39% Erstgebärende Frauen, 95% in Partnerschaft lebend. „Ethnische Minderheiten“ und Frauen mit schlechterem sozioökonomischem Hintergrund waren etwas unterrepräsentiert.</p> <p>Ergebnisse zu T1 <i>Erwarteter Schmerz:</i> Insgesamt erwarten 77% einen Geburtsschmerz „quite“ oder „very painful“. 16% der Mehrgebärenden erwarten, dass eine Geburt ohne Schmerzmittel unerträglich schmerzhaft ist (vs 7% 1. Gebärende) Mehr Mehr- als Erstgebärende erwarten aber auch keinen bis moderaten Geburtsschmerz (5% vs 2%). Erstgebärende sind wenige häufig in den Extrembewertungen am Anfang und Ende der Skala vertreten und konzentrieren sich im Mittelfeld („quite“ oder „very painful“). <i>Erwartungen und Schulbildung:</i> Frauen mit 10 oder weniger Schulklassen (entspricht Haupt- und Realschule, Abschluss nicht klar) erwarten häufiger einen unerträglichen Geburtsschmerz als Frauen mit hohem Schulabschluss (16% vs 3%). Kategorien „sehr“ und „unerträglich“ zusammen ausgewertet zeigen keinen Unterschied. Evt. Liegt es am Begriff „unerträglich“, dass er von Frauen mit hohem Schulabschluss nicht gern verwendet wird. (Kommentar einer Frau: was ist wirklich unerträglich? Stirbt die Frau eher als das das Kind geboren wird?) <i>Angst und Geburtsschmerz:</i> 67% der Frauen sind „etwas besorgt“ wenn sie an den erwarteten Geburtsschmerz denken. 22% sind „überhaupt nicht besorgt“, und 12 % „sehr besorgt“. Keine Unterschiede in dieser Einschätzung nach Schulabschluss jedoch nach Parität. Mehrgebärende sind weit häufiger „überhaupt nicht besorgt“ als Erstgebärende (26% vs 15%). Dennoch sind mehr Mehr- als Erstgebärende „sehr besorgt“ (14% vs 9%). Es wurde ein starker Zusammenhang gefunden zwischen „besorgt wegen Geburtsschmerz“ und „besorgt wegen Schmerz allgemein“ sein, gefunden. <i>Einstellungen gegenüber Schmerzmittel während der Geburt:</i> Welche Option würden sie bevorzugen? 67% wollten die Mindestmenge an Schmerzmittel, um die Schmerzen handhabbar/ zu machen oder managen zu können. 9% wünschten sich so viel</p>	<p>Studie hatte sehr gute Rücklaufquoten und gute Ausfüllqualität. Hohe Akzeptanz.</p> <p>Starker Zusammenhang zwischen Erwartung und Erfahrung. Cave: Frauen mit Geburtsangst, die sich sorgen machen. Leiden am stärksten unter Kontrollverlust auf mehreren Ebenen. Wie können sie erkannt und betreut werden?</p>
--	---	---	---	--	---

				<p>Schmerzmittel wie nötig, um eine schmerzfreie Geburt zu erleben. 22% wollten die Schmerzen aushalten, um eine schmerzmittelfreie Geburt zu erleben. 40% der Frauen, die eine schmerzfreie Geburt wünschen waren zugleich „sehr besorgt“ wegen Geburtsschmerz. Dies gilt nur für 5% der Frauen, die sich eine Schmerzmittel freie Geburt wünschen. Im Prinzip keine Unterschiede nach Parität. Es wollen jedoch etwas mehr Mehrgebärende eine schmerzfreie Geburt. Bei dieser Fragestellung zeigten sich keine Unterschiede nach Schulbildung. (Die Ergebnisse wurden in einer Folgestudie mit n= 1353 Frauen bestätigt).</p> <p><i>Einstellungen bezüglich einzelner Schmerzmittel:</i> Entonox (Distickstoffmonoxid-Sauerstoff Gemisch) ist das beliebteste Mittel (>50% ja und 25% don't mind). 20% würden Pethidin nutzen, aber 50% Pethidin gerne meiden. Ebenfalls 50% der Frauen wollen eine PDA vermeiden. Für nur 8% war sie das Mittel der Wahl.</p> <p><i>Atmung und Entspannungstechniken:</i> 90% der Frauen glauben Atmung und Entspannungstechniken können sehr oder ein wenig hilfreich bei der Bewältigung des Schmerzes sein. 80% wollen sie auch „definitiv“ oder „wahrscheinlich“ anwenden. Frauen mit höherem Schulabschluss neigten häufiger dazu diese Techniken anwenden zu wollen.</p> <p>Ergebnisse zu T2 <i>War der Geburtsschmerz wie erwartet?</i> Fast 40% sagten, dass der Geburtsschmerz auf eine Weise wie erwartet war, aber auf andere Weise auch nicht. 21% fanden den Schmerz stärker als erwartet und 13% weniger stark.</p> <p><i>Erleben von Schmerz nach Parität und Schulbildung:</i> Erstgebärende waren signifikant häufiger überrascht über einige Aspekte des Schmerzes. Frauen mit der höchsten Schulbildung berichteten am wenigsten häufig davon, dass der Schmerz.</p> <p><i>Erwarteter Schmerz und Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis:</i> Frauen die sehr starken und unerträglichen Schmerz erwartet hatten waren weniger zufrieden als Frauen, die dies nicht erwarteten ($p < 0.05$). Frauen, die den erwarteten Geburtsschmerz auch erlebten zeigten sich zufriedener, dies trifft besonders auf Erstgebärende zu.</p> <p><i>Schmerzbekämpfung:</i></p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>69% nahmen Entonox, 27% ausschließlich Entonox, 53% Pethidin, 10% PDA. Die meisten Frauen, die Pethidin erhielten hatten zudem eine PDA. Von den Frauen mit PDA haben 75% diese als sehr effektiv erlebt. Pethidin nur 21% (51% aber „zum Teil“ effektiv). Frauen die Entonox erhalten haben fanden dies zu 42% „sehr“ und zu 48% „zum Teil“ effektiv</p> <p>Erstgebärende schätzen den Effekt von Entonox jedoch schlechter ein als Mehrgebärende. Frauen mit hoher Schulbildung nahmen weniger häufig Pethidin. Sonst keine Unterschiede in Bezug auf die Bildung.</p> <p><i>Schmerzbekämpfung und Zufriedenheit mit der Geburt:</i></p> <p>Frauen, die Entonox, Pethidin oder PDA erhielten waren weniger zufrieden mit dem Geburtserlebnis als Frauen ohne Medikamente. Am wenigsten zufrieden waren Frauen, die Pethidin und ein PDA erhalten hatten. Am besten zufrieden waren Frauen, die keine Schmerzmittel oder nur Entonox erhalten hatten.</p> <p>Frauen die vor der Geburt eine Medikamentenfreie Geburt wünschten waren zufriedener als Frauen, die sich eine schmerzfreie Geburt gewünscht hatten. Es wurde kein Zusammenhang zwischen Effektivität der PDA und Zufriedenheit festgestellt.</p> <p>Frauen, die nicht wussten wie schmerzhaft eine schmerzmittelfreie Geburt sein würde nahmen am Häufigsten Pethidin gefolgt von Frauen, die sich unerträgliche Schmerzen vorstellten.</p> <p><i>Atmung und Entspannungstechniken:</i></p> <p>Fast alle Frauen haben diese Techniken zumindest kurz angewendet. Mehr als die Hälfte sogar die ganze oder die meiste Zeit der Geburt. dabei zeigten sich mehrgebärende Frauen zufriedener mit der Wirkung. 50% aller Frauen fanden sie sehr hilfreich, 42% etwas hilfreich. Zufriedenheit stand im Zusammenhang zum Gebrauch der Techniken. Frauen, die sie dauerhaft angewendet haben waren zufriedener. Auch die Erwartung, ob die Techniken helfen oder nicht hatte Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. Erwartete Hilfe und Zufriedenheit standen im Verhältnis.</p> <p><i>Emotionelles Wohlbefinden nach der Geburt:</i></p> <p>Das Wohlbefinden nach der Geburt stand nicht im Zusammenhang mit Erwartungen oder Erfahrungen bezüglich der Geburtsschmerzen. Unzufriedenheit mit der Schmerzbewältigung steht nicht in direktem</p>	
--	--	--	--	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p>Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. <i>Angst vor Schmerz:</i> Antenatal geäußerte Angst vor Geburtsschmerz war stark korreliert mit geringerem Wohlbefinden nach der Geburt ($p < 0.0001$). Ein ähnlicher Zusammenhang, wenn auch nicht so stark ($p < 0,05$) wurde gefunden zwischen weniger Wohlbefinden und allgemeiner Angst vor Schmerzen. Frauen die Sorgen vor der Geburt äußerten bezeichneten sich häufiger als: „out of control“, verängstigt, kraftlos und hilflos. Sie fühlten sich eher ohne Einfluss auf ihre Kontraktionen, was das Personal mit ihnen machte und wie sie sich selbst verhalten haben.</p>	
<p>Green, J.M.; Renfrew, M.J.; Curtis, P.A. (2000): 'Continuity of Carer: what matters to Women? A Review of the Evidence'. Midwifery 16 (3):186-196</p>	<p>Strukturiertes Literaturreview Q1 (Einteilung nach Burns & Grove 2005)</p>	<p>a) Teil eines Reviews (Green et al. 1998) welches sich mit Studien (1980-1986) die die (Re)organisation des Hebammenwesens in UK zum Thema hatten. Verglichen wurden die neueren Systeme mit dem traditionellen. Identifiziert: 7 Studien b) Studien aus a) + weitere Literaturrecherche</p>	<p>a) Definition und Messbarkeit von continuity of carer b) Aspekte von Kontinuität, die für Frauen wichtig sind</p>	<p>Kontinuität der Betreuenden wurde in diesen Studien definiert als <i>weniger</i> Pflegekräfte oder als <i>bekannte</i> Betreuungsperson unter der Geburt. Andere mögliche Definitionen fanden nur wenig Beachtung. Es gibt keine Evidenz dafür, dass Frauen die von einer bekannten Hebamme betreut wurden zufriedener waren als die die diese nicht kannten. Andere Aspekte der frauenzentrierten Betreuung waren wichtiger. Frauen wünschten konsistente Betreuung durch Pflegepersonal dem sie vertrauten, aber die meisten wünschten nicht eine Kontinuität des Betreuungspersonals um seiner selbst willen.</p>	
<p>Gu, C.; Zhang, Z.; Ding, Y. (2011): Chinese midwives' experience of providing continuity of care to laboring women. Midwifery 27:243-249.</p>	<p>Qualitativ Q2 (Einteilung nach Burns & Grove 2005) Untersuchung von Erfahrungen von Hebammen die eine eins zu eins Betreuung für Frauen unter der Geburt in einem Krankenhaus in China anboten. Universitätsklinik in Shanghai (6000)</p>	<p>12 festangestellte Hebammen die Eins-zu-eins Betreuung anboten. . Alle Teilnehmerinnen Frauen, 24-32 Jahre alt, 3-8 Jahre Berufserfahrung,</p>	<p>Grounded theory Dahlberg 2001, Paley 1997)</p>	<p>Hebammen haben durch Eins-zu-eins Betreuung eine wichtige Rolle in der Geburtsbegleitung. Eins-zu-eins Betreuung während der Geburt entspricht dem Prozess von 'being with woman'. Hebamme entwickelt eine enge wechselseitige Beziehung mit der Frau. Hatten ein Gefühl von Persönlichkeitsentwicklung und der Entwicklung ihrer Fähigkeiten als Hebamme (theoretisches und praktisches Wissen, Hebammentechniken und Kommunikationsfähigkeit) Erschöpfung, Frustration und Belastung durch die (unfreiwillige) Rufbereitschaft und Arbeitsbelastung. Gaben starken Einfluss auf das persönliche Leben,</p>	<p>Unklar bleibt wer über den tatsächlichen Geburtsbeginn entscheidet und Hebamme zur Geburt ruft Hatten keinen Kontakt zu den Frauen in der Schwangerschaft Nahmen nicht freiwillig am Rufbereitschaftssystem mit eins zu eins Betreuung teil sondern wurden eingeteilt Bewusste Auswahl der Studienteilnehmerinnen durch</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>Geburten/ Jahr) Um Zufriedenheit der Entbindenden zu steigern wurde, für jede Frau zugänglich die dies wünscht, ein Modell der eins-zu-eins Betreuung eingeführt. Dies beinhaltet kontinuierliche Betreuung und Unterstützung von einer rufbereiten Hebamme, von Geburtsbeginn bis 2 h pp. Hebammen sind angestellte des Khs und arbeiten im Schichtdienst (eine Hebamme betreut mehrere Frauen), Rotation in das Rufbereitschaftssystem.</p>			<p>das Familienleben und sozialen Aktivitäten an</p>	<p>Kreißsaalleitung, nach Aussage der Autoren um eine Variation in Alter, Berufserfahrung und Art der Ausbildung zu gewährleisten.</p>
<p>Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J. & Smyth, R. (2004): Position during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev(1):CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2. Reprint 2009 Issue 4</p>	<p>Systematisches Review EL: Ia Aufrechte Position (aP) oder Seitenlage (SI) als Gebärhaltung ohne PDA</p>	<p>20 RCTs mit 6.135 Frauen in AP <i>Vergleich:</i> Aufrechte Positionen oder Seitenlage(SI) mit Rückenlage oder Steinschnittlage</p>	<p>Horizontale Geburtspositionen: Seitenlage, Rückenlage, Kopf-Tief Lage, Knie- Ellenbogenlage aufrechte Geburtspositionen: Knien, Sitzen (mit Stuhl oder Hocker), Halbsitzend, Hocken mit und ohne Kissen Dauer AP Geburtsmodus Episiotomie oder Dammriss Blutverlust > 500ml Schmerzerleben Kindliche Herztöne</p>	<p><i>Dauer AP:</i> Kürzer bei aP oder in SI (mean 4,28 min, 9 Studien). Zunächst signifikanter Unterschied. Nach Sensitivitätsanalysen und Ausschluss von 4 Studien mit qualitativen Mängeln kein signifikanter Unterschied. Gleiches gilt für Erstgebärende (mean 3,35 min; 8 Studien), Ausschluss 4 Studien, kein signifikanter Unterschied <i>Geburtsmodus:</i> Leichte Reduktion vag.-op. Geburten (19 Studien) bei aP oder in SI (RR 0,80 [95% KI 0,69 – 0,92]). Nach Ausschluss von 7 Studien (RR 0,85 KI 0,72 – 1,02). <i>Episiotomie:</i> Weniger bei aP (12 Studien: RR 0,83 [95% KI 0,75 – 0,92]). Ergebnis bleibt nach Ausschluss von 3 Studien signifikant. <i>Dammriss II°:</i> Mehr bei aP (11 Studien: RR 1,23 [95% KI 1,09 – 1,39]). Ergebnis bleibt nach Ausschluss von 4 Studien signifikant.</p>	<p>Cave: es ist von 20 RCTs mit 6.135 Frauen die Rede. Tabellen zu den Ergebnissen zeigen aber eine größere Stichprobe (vag.-op. Geburten 19 RCTs mit 6.382 Frauen) Das Nachzählen der einzelnen Studien ergab eine Gesamtstichprobe von 6.115. Es existieren außerdem Einzelergebnisse zu einzelnen Gebärpositionen. 5 Studien im Zeitraum 1963 bis 1985 Jüngste inkludierte Studie von 1999 Basis von NICE</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p><i>Blutverlust > 500ml:</i> Mehr bei aP oder in SI (11 Studien: RR 1,63 [95% KI 1,29 – 2,05]). Ergebnis bleibt nach Ausschluss von 4 Studien signifikant.</p> <p><i>Schmerzerleben:</i> Geringer in aP oder in SI (RR 0,73 [95% KI 0,60 – 0,90]).</p> <p><i>Kindliche Herztöne:</i> Weniger pathologische HT Verläufe in aP oder in SI (RR 0,28 [95% KI 0,08 – 0,98]).</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Analgesie, Dauer Mehrgebärende, Sectio, DRIII°, IV°, Bluttransfusionen, Frequenz Uteruskontraktionen, manuelle Plazentalösung, negatives Geburtserleben, Kontrollverlust, Verlegung des Kindes, Verletzungen oder Tod des Ngb.</p>	
H					
<p>Häger, S. (2002). Geburthilfliche Parameter und mütterliches Erleben bei der Wassergeburt: eine Fall- Kontrollstudie. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Dr. med. Humboldt- Universität, Medizinische Fakultät Charité. Berlin.</p>	<p>Retrospektive Fallkontrollstudie EL: IIIb Wassergeburt</p>	<p>208 Erst- und Mehrggebärende 104 Wassergeburt 104 Landgeburten</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Gesamtgeburtsdauer Oxytocingebrauch Blutverlust Dammrisse Episiotomie Apgar-Score Nabelschnur pH Schmerzmittelgabe Ergebnisse U2 Aufenthaltsdauer Geburtsergebnis</p>	<p><i>Wassergeburt:</i> Gesamtgeburtsdauer kürzer (363 min [SD 180,74 min] vs. 437 min [SD 253,61 min], p<0,01) Mehr Kinder mit 1' Apgar 9 oder 10 (73,1% vs. 67,3%) Mehr Kinder mit 1' Apgar 8 (15,4% vs. 29,8%) Mehr Kinder mit 1' Apgar 7 (9,6% vs. 1,9%) Mehr Frauen ohne Schmerzmittel (54,9% vs. 43,5%), Ergebnis nicht signifikant Positiveres Geburtserleben („sehr schön/schön“: 66% vs. 42,9%, „unangenehm/schrecklich“: 1,1% vs. 35,1%, p<0,001) <i>Keine Unterschiede:</i> Blutverlust, Dammrisse, Episiotomien (jedoch weniger Episiotomien bei Wassergeburt 33,7% vs. 43,3%, Unterschied nicht signifikant), Spasmolytika, Morphinderivaten, Akupunktur und Homöopathie 1' Apgar < 7 5' und 10' Apgar Kein signifikanter Unterschied bei arteriellem</p>	<p><i>Kontrollgruppe:</i> Die nächste der auf die Wassergeburt laut Geburtenbuch folgende Spontangeburt Unterschiedliche Risikoselektion Ausschlusskriterien bei Wassergeburt: Mehrlingsgravidität, bekannte Makrosomie, fetale Stresssituationen mit pathologischem CTG und/oder pathologische Mikroblutuntersuchungen, grünes Fruchtwasser, bekannte mütterliche Infektionen mit Hepatitis B und C und HIV, PDA Hohe Rate Akademikerinnen Gruppe Wassergeburt 59,2%, Gruppe Landgeburt 53,5%</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				Nabelschnur pH. Dennoch werden in Wassergeburtstypen deutlich mehr Kinder mit einem pH >7,2 geboren (92,3% vs. 83,7%). U2 und Aufenthaltsdauer	
Hall, S.M. & Holloway, I.M. (1998): Staying in control: women's experiences of labour in water. Midwifery 14 (1):30-36.	Qualitativ QI (Einteilung nach Burns & Grove 2005) Erhebung 48 Std. p.p.	9 Frauen	Grounded theory	Kernkategorie Kontrolle bewahren wird begleitet von den 4 Kategorien: -eine Wahl treffen - Ablegen von Hemmungen - Schmerzbewältigung - Erfüllung erleben Frauen beschreiben während des Wannenbades ein starkes Gefühl als Teilhabende des Prozesses und die Situation bestimmen zu können. Sie können Entscheidungen treffen, auch hinsichtlich der Unterstützung, die ihnen durch die Hebamme oder den Arzt angeboten wird. Wenn die Wanne verlassen werden soll, muss dies explizit begründet werden. Das schafft Gefühl von Kontrolle.	Zeitpunkt des Interviews aus Literatur abgeleitet. Nach Raphael-Leff (1991) ist der optimale Zeitpunkt, zudem Frauen über ihre Geburt reden wollen der 2. bis 3. Tag nach der Geburt Studie aus UK. 7 Geburten mit Hebamme, 2 mit Arzt (ohne Hebamme)
Hatem, M. ; Sandall, J.; Devane, D.; Soltani, H.; Gates, S. (2009): Midwife – led versus other models of care for childbearing women Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4, Art. No.: CD004667, DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub2.	Systematisches Review EL Ia Unterschied zwischen hebammengeleiteten und anderen Betreuungsmodellen bzgl. Mortalität, Morbidität, Effektivität und psychosozialen Outcomes für Frauen und ihre Kinder <i>Hebammengeleitete Betreuungsmodelle = Betreuungskontinuität (continuity of care (Definition Freeman (2007)), Überwachung des physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Wohlbefinden</i>	11 randomisiert kontrollierte Studien = 12 276 Frauen Low-Risk Schwangere und Frauen mit gemischtem Komplikationsrisiko Frauen die midwife-led Modell und ein anderes Betreuungsmodell randomisiert waren midwife led care = Betreuung während SS, Geburt und pp. hebammengeleitet, ein oder mehr Kontakte zu anderem medizinischen Personal in der Schwangerschaft Teil des Routinevorgehens	<i>Primär</i> Vergleich der Betreuung im hebammengeleiteten Modell mit anderen Modellen der Betreuung <u>Antenatal</u> - durchschnittliche Anzahl vorgeburtlicher Besuche - stationärer Aufenthalt in der Schwangerschaft - Blutung in der Schwangerschaft - Fehlgeburt oder Tod des Ungeborenen vor der 24 SSW - Fehlgeburt oder Tod des Ungeborenen vor jenseits oder in der 24 SSW - Fehlgeburt oder Tod	<i>Primär</i> Frauen die in das hebammengeleitete Betreuungsmodell randomisiert wurden erlebten seltener: stationärer Aufenthalt pp (5 Studien, n= 4337, RR 0.90, 95% (CI) 0.81 - 0.99), fixed effects analysis) Fehlgeburt oder Tod des Neugeborenen < 24 SSW (9 Studien, n=9890, RR 0.79, 95% (CI) 0.65-0.97, fixed effects analysis) Regionalanästhesie/analgesie (11 Studien, n= 11 892, RR0.81, 95% (CI) 0.78 – 0.91), random effects analysis) vaginal operative Entbindung (10 Studien, n= 11724, RR 0.86, CI 0.78 – 0.96) fixed effects analysis Episiotomie (11 Studien, n=11872, RR 0.82, 95% CI 0.77 – 0.88) fixed effects analysis Kinder von Frauen die in einem Midwife-Led Modell betreut wurden hatten durchschnittlich eine kürzere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus (2 Studien, n= 259,	18 Studien ausgeschlossen

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>der Frau und ihrer Familie innerhalb des Betreuungszyklus; individuelle Informationsgabe, Betreuung in der Schwangerschaft, kontinuierliche Anwesenheit während der Geburt und unmittelbar danach; Betreuung im Wochenbett; Minimierung technischer Interventionen; Identifikation von Frauen, die weiterführender Interventionen bedürfen.</p>	<p>Andere Modelle= a) Ärzte/Geburtshelfer hauptverantwortlicher, Hebammen und/oder Nurses bieten Betreuung unter der Geburt und dem Wochenbett in der Klinik unter ärztlicher Aufsicht b) gemischtes Betreuungsmodell, in dem der hauptverantwortliche wechselt je nachdem ob es sich um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett handelt. Und ob die Betreuung im Kreißsaal, im Geburtshaus (unabhängig oder in der Klinik) oder in der Gemeindebetreuung liegt c) Großteil der Betreuung wird vom Arzt oder Geburtshelfer angeboten</p>	<p>des Ungeborenen insgesamt</p> <p><u>Wehen</u> - Amniotomie - Gebrauch von künstlichem Oxytocin sub partu - keine Analgesie/Anästhesie - Regionalanästhesie (EDA/SPA) - Analgesie durch Opiate - durchschnittliche Geburtsdauer - Geburtseinleitung</p> <p><u>Geburt und unmittelbar post partum</u> - Sectio - Bekannte Betreuungsperson während der Geburt - instrumentelle vaginale Geburt (Forceps/VE) - spontane vaginale Geburt - Episiotomie - Geburtsverletzung die einer Naht bedurfte - Damm intakt - postpartale Blutung (nach Definition der Autoren der Studien) - Tod der Mutter - Dauer des Krankenhausaufenthaltes postpartum in Tagen</p> <p><u>Neugeborenes</u> - niedriges</p>	<p>WMD – 2 Tage, 95% CI -2.15- -1.85, random effects analysis) Allerdings in einer Studie signifikante Schiefe in diesem Outcome.</p> <p>Frauen die in einem Midwife – Led Modell betreut wurden hatten häufiger:</p> <p>keine Analgesie/ Anästhesie unter der Geburt (5 Studien, n=7039, RR 1.16, 95% CI 1.05 – 1.29) fixed effects analysis</p> <p>eine bereits bekannte Hebamme während der Geburt (6 Studien, n=5525, RR 7.84; CI 95% 4.15 – 14.81) random effects analysis</p> <p>eine Spontangeburt (9 Studien, n= 10926, RR 1.04, 95% CI 1.02 – 1.06) fixed effects analysis</p> <p>stillten initial (1 Studie, n= 405, RR 1.35, 95% CI 1.03 – 1.76) random effects analysis</p> <p>großes Gefühl von Kontrolle während der Geburt (1 Studie, n= 471, RR 1.74, 95% CI 1.32 – 2.30) fixed effects analysis</p> <p>Keine statistisch signifikante Unterschiede in den Gruppen bezüglich: Sectiorate (11 Studien, n= 11897, RR 0.96, 95% CI 0.87 – 1.06, fixed effect) Und für zahlreiche weitere Outcomes</p> <p>Analyse war aufgrund fehlender oder unvollständiger Daten nicht möglich für: Tod der Mutter, Azidose (Nabelschnurblut), Stillen nach 3 Monaten, länger andauernder Schmerz im Dammbereich, Schmerz während des Geschlechtsverkehrs, Urininkontinenz, Stuhlinkontinenz, länger andauernde Rückenschmerzen</p> <p><i>Sekundär</i></p> <p>Grad der Kontinuität in der Hebammenbetreuung (caseload/one to one vs. Team midwifery): - 2 Studie verglichen a) Caseload Modell (1 Hebamme trägt Verantwortung für eine definierte Anzahl von Frauen (30 – 40), hat eine Vertretung) mit einem</p>	
--	---	--	---	--	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

			<p>Geburtsgewicht < 2500 g</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frühgeburtlichkeit < 37 SSW - 5, Apgar < 7 - Aufnahme auf einer Neugeborenenstation - durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt des Neugeborenen - Krampfanfälle des Neugeborenen (nach Definition der Studienautoren) - Azidose (Nabelschnurblut – nach Definition der Studienautoren) <p><u>Wochenbett</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - postpartale Depression - Stillbeginn - Stillen nach 3 Monaten - länger andauernder Schmerz im Dammbereich (nach Definition der Studienautoren) - Schmerz während des Geschlechtsverkehrs (nach Definition der Studienautoren) - Urininkontinenz (nach Definition der Studienautoren) - Stuhlinkontinenz (nach Definition der Studienautoren) - länger andauernde Rückenschmerzen (nach Definition der Studienautoren) - hohe Wahrnehmung 	<p>anderen Betreuungsmodell.</p> <p>9 Studien verglichen b) team models of midwifery (eine Gruppe von Hebammen trägt Verantwortung für eine definierte Anzahl von Frauen) mit einem anderen Betreuungsmodell</p> <ul style="list-style-type: none"> - statistisch signifikanter Unterschied innerhalb der Subgruppen für 5, Apgar < 7, Fehlgeburt oder Tod des Neugeborenen > 24 SSW. Signifikanz in beiden Fällen aufgrund der geringen Studiengrößen und der geringen Fallzahlen nicht reliabel. <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede in den anderen Subgruppen</p>	
--	--	--	---	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

			<p>von Kontrolle während Wehen und Geburt</p> <p><i>Sekundär</i> Ob die Effekte der hebammengeleiteten Betreuung beeinflusst werden von</p> <ul style="list-style-type: none"> - dem Grad der Kontinuität in der Hebammenbetreuung - verschiedenen Graden geburtshilflicher Risiken - dem Setting (community oder hospital based) 		
<p>Hauck Y., Fenwick J., Downie J., Butt J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perception of their birth experience. In: Midwifery, 23: 235-247.</p>	<p>Qualitative Studie (EL QI). Telefoninterviews zur Exploration und Beschreibung des Einflusses von Erwartungen auf das Geburtserlebnis.</p> <p>Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>20 Frauen, 11 Erst- und 9 Mehrgebärende aus dem Stadtbereich Perth. Insgesamt 31 Geburten. Weiteres siehe Studie Fenwick et al. 2005</p>	<p>Angelehnt an Grounded Theory</p>	<p>Positives Geburtserlebnis: Erwartungen wurden erreicht bei 13 von 31 Geburten. Mehrgebärende häufiger, da adaptierte Erwartungen. Ein gesundes Kind geboren zu haben Erwartungen nicht erreicht, aber Beziehung zur Hebamme und Ärzten war positiv (unterstützend, wertschätzend, nachvollziehbare Entscheidungen, Vertrauen). Negatives Geburtserlebnis: Negative Erwartungen haben sich bewahrheitet Positive Erwartungen oder Hoffnungen haben sich nicht erfüllt. Eventuell überzogene Erwartungen. Erleben von unerwünschten Interventionen oder langen/schmerzhaften Geburten lassen Frauen ihre Erwartungen an Geburt anpassen (ist beängstigend, medizinisches Ereignis)</p>	<p>Ergebnisse der Studie mit Fenwick et al. 2005 gleichzusetzen.</p>
<p>Hodnett, E.D.; Gates, S.; Hofmeyr, G.J.; Sakala, C.; Weston, J. (2011): Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL Ia</p> <p>Effekte kontinuierlicher 1:1 Betreuung unter der Geburt verglichen mit der üblichen Betreuung</p>	<p>21 randomisiert kontrollierte Studien mit 15061 schwangeren Frauen unter der Geburt. Die Studien verglichen kontinuierliche Betreuung unter der Geburt mit der üblichen Betreuung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantel-Haenszel Methode - I² - P value - Chi² test <p><i>Primär</i> Mutter: -Schmerzmittel (jede Analgesie/Anästhesie)</p>	<p><i>Primär</i> Frauen mit kontinuierlicher 1:1 Betreuung unter der Geburt hatten:</p> <p>Häufiger: eine spontane vaginale Geburt (18 Studien, n=14 005, RR 1,08, 95% CI 1.04 to 1.12, I² 48%, N,² 0,00)</p> <p>Seltener: eine Anästhesie/Analgesie (13 Studien, n= 12 169, RR 0,90, 95 % CI 0.84 to 0.97, I² 76%, N,² 0,01)</p>	<p>21 Studien aus 15 Ländern, Art der Vorbedingungen, Geburtsumgebung, der Betreuenden und ihrem Vorgehen sehr unterschiedlich.</p>

<p>Database Syst Rev; Issue 2: CD 003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766 pub3</p>	<p>Subgruppenanalyse a) Ausstattung - Studien in denen Frauen von einer oder mehr unterstützenden Personen begleitet werden durften - Studien in denen eine PDA möglich war - Studien in den elektronische Herztonüberwachung üblich war, verglichen mit denen wo dies nicht der Fall war b) die Art der Anbieter - angestellte vs. nicht angestellt und nicht Teil des sozialen Netzwerks vs. Teil des sozialen Netzwerks c) Unterschiede im Beginn kontinuierlicher Betreuung</p>		<p>- Gabe von künstlichen Wehenmitteln (Oxytocin) - spontane vaginale Geburt - postpartale Depression - negative Gefühle/ negative Bewertung der Geburtserfahrung Baby: - Aufnahme auf einer Neugeborenenstation - gestillt 1-2 Monate p.p. <i>Sekundär</i> Unter der Geburt - Regionalanästhesie - Dauer der Geburt Geburt - Kaiserschnittgeburt - instrumentelle vag. Geburt - Dammverletzung, Episiotomie oder Geburtsverletzung die einer Naht bedürfen Neugeborenes - niedriger 5 Minuten Apgar - verlängerter Aufenthalt des Ngb. Im Khs</p>	<p>negative Bewertung/negative Gefühle der Geburtserfahrung (11 Studien, n= 11 133, RR 0.69, 95% CI 0.59 to 0.79, I² 63%, N² 0.03)</p> <p>Es gab keine nachweisbare Auswirkung kontinuierlicher Betreuung unter der Geburt für: den Gebrauch von synthetischem Oxytocin unter der Geburt (14 Studien, n=12 506), Aufnahme auf einer Neugeborenenstation (7 Studien; n=8 897), Stillen 1-2 Monate pp (3 Studien, n= 5 363), postpartale Depression (1 Studien, n= 5567)</p> <p><i>Sekundär</i></p> <p>Häufiger: kürzere Geburtsdauer (11 Studien; n=5269; mean difference – 0.58 Stunden, 95% CI -0,86 to 0.30, I² 50%, N² 0.09)</p> <p>Seltener: Regionalanästhesien / analgesien (9 Studien; n= 11 444, RR 0.93, 95% CI 0.88 to 0.99, I² 81%, N² 0.01)</p> <p>instrumentelle vaginale Geburt (18 Studien; n= 14 004;RR 0.90, 95% CI 0.84 to 0.96, fixed- effect)</p> <p>eine Sectio (21 Studien; n= 15 061; RR 0.79, 95% CI 0.67 to 0.92, I² 55%, N² 0.05)</p> <p>Ngb. mit niedrigem 5 ,Apgar (12 Studien; n= 12 401; RR0.70; 95% CI 0.50 to 0.96, fixed effect)</p> <p>Keine nachweisbare Auswirkung auf: die Wahrscheinlichkeit einer schweren Dammverletzung (4 Studien; n= 8120), verlängerter Aufenthalt des Neugeborenen im Krankenhaus (3 Studien; n= 1098)</p> <p><i>Subgruppenanalyse</i></p> <p>nicht alle Studien konnten jeweils mit ausgewertet werden, da Größe der Subgruppen sehr unterschiedlich. Keine Subgruppenanalyse für Beginn kontinuierlicher Betreuung möglich, da die Geburtsphasen zu Betreuungsbeginn in den Studien</p>	
--	--	--	--	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				stark variierten. Allgemein: Effektivität von Geburtsunterstützung wird vergrößert oder verringert durch das Geburtssetting und der Art der Beziehung zwischen Frau und betreuender Person.	
<p>Hodnett E. D., Stremler R., Willian A. R., Weston J. A., Lowe N. K., Simpson K. R., Fraser W. D., Gafni A. (2008). Effect on birth outcomes of a formulised approach to care in hospital labour assessment units: international randomised controlled trial, in: BMJ, 337:a1021</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie (Multizentrisch, international) EL: Ia <i>Structured Early Labour Assessment and Care by Nurses SELAN:</i> Mindestens eine Std. Betreuung durch eine Krankenschwester oder Hebamme nach einem bestimmten Betreuungskonzept das bestimmte physische und psychische Betreuungselemente beinhaltet. Alle weiteren Betreuungsaspekte erfolgten wie in den Kliniken üblich (Räume, Entlassungskriterien)- 2 Erhebungen: Geburt und Fragebogen 6-8 Wochen p.p.</p>	<p>Die Studie wurde an 20 Kliniken in Nordamerika und Großbritannien durchgeführt. Krankenhäuser mussten über eine Aufnahmeabteilung verfügen und 75% oder weniger Spontangeburt. In Nord-Amerika waren die Aufnahmeabteilungen mit Krankenschwestern in UK mit Hebammen besetzt. 5.002 Erstgebärende mit Wehen, aber noch nicht in der aktiven Eröffnungsphase. Weitere Einschlusskriterien: Einling, Schädellage, 34+ SSW, keine direkten Risiken für eine normale Geburt, Fähigkeit in die Studie einzuwilligen und Wehentätigkeit, die für die Kreißsalaufnahme noch nicht ausreichend ist. Ausschluss bei Einleitung oder geplanter Sectio. IG: n= 2.501</p>	<p>ITT <i>Primär:</i> Spontangeburt <i>Sekundär und weitere Outcomes:</i> Analgesie Anästhesie Dammverletzungen Geburtserlebnis Häufigkeit der Aufnahmen vor Weiterleitung in den Kreißsaal Oxytocin-Gabe CTG Morbidität die im Zusammenhang mit dem Geburtsmodus steht postpartale Morbidität (Mutter + Kind) emotionales Befinden (Mutter)</p>	<p>Spontangeburt 64,0% in IG und 61,3% in KG (OR 1,12 [95% KI 0,96-1,27]) Vergleichbare Ergebnisse bei Analgesie/Anästhesie (84,6% vs. 86,4% PDA), Dammverletzungen, Sectio (22,4% vs. 24,2%) Gesundheit von Mutter und Kind 6-8 Wochen p.p.: 76% (IG) zu 74,7% (KG) ordneten ihren Gesundheitszustand als exzellent bis sehr gut ein. Keine signifikanten Unterschiede bei der PPD und der Beurteilung der Gesundheit des Kindes gab es. Sekundär Analysen zeigten, Aufnahme in active labour und Zuweisung zu SELAN waren assoziiert mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für spontane Geburt.</p>	<p>Hohe Analgesie- (Opioide >40%) bzw. Anästhesieraten (PDA ca. 85%)! Vorzüge zu haben bezgl. Einer Steigerung von Spontangeburt. Weitere Ergebnisse zu Interventionen und Geburtsoutcome sind nicht statistisch signifikant weisen aber für SELAN jeweils einen positiven Trend auf. Die Zufriedenheit der Frauen ist eindeutig bei der Intensiven Vorbetreuung besser. Sinnvolle Maßnahmen zur Verhinderung einer Kontamination wurden umgesetzt. Diskutiert wird der Umstand, dass es generell schwierig ist komplexe Interventionen zu bewerten bzw welches der Elemente wirken oder nicht. Eine Kombination aus Ort und strukturierter Betreuung in der Latenzphase könnte größere Vorteile bringen. Es bleiben jedoch Fragen offen welches der richtige Ort und Umgang für Frauen in der LP ist.</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		KG n= 2.501 Die Randomisierung erfolgte zentral kontrolliert über einen Internet basierten Service.			
Hodnett, E.D.; Stremler, R.; Weston, J., McKeever, P. (2009): Re-Conceptualizing the Hospital Labor Room: The PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) Pilot Trial. Birth 36 (2): 159-166.	<p>Pilotstudie um die Durchführbarkeit / Akzeptanz einer randomisiert kontrollierten Studie eines neuen, räumlichen Konzepts für Entbindungsräumen zu überprüfen und die Ausstattung des Raumes zu perfektionieren</p> <p>EL 1b-</p> <p>„ambient“ (atmosphärischer) Entbindungsraum: soll nicht die Einrichtung zu Hause widerspiegeln, sondern ein neues Konzept für einen optimalen Entbindungsraum im Kreißaal darstellen. Kein Standard Kreißaalbett! Tragbare große Matratze mit großen Kissen in einer Ecke des Raumes, gedimmtes Licht, Projektion von Naturszenen an Kreißaalwand, große Musikauswahl - Privatsphäre (Einzelbelegung,</p>	<p>62 Frauen in einem kanadischen Ausbildungs-krankenhaus (in der Aufnahmestation, spontaner Wehenbeginn, kurz vor der Aufnahme in den Kreißaal, Einling, am Termin, in Schädellage, keine Kontraindikation für Spontangeburt. Keine Einleitung, kein PDA-Wunsch, keine Frauen mit Hebammenbetreuung, Doulabetreuung, kontinuierlicher Geburtsbetreuung, da sie die Effekte des Raumes auf die geburtshilfflichen Krankenschwestern prüfen wollten</p> <p>Nurses im Umgang mit dem Equipment geschult, ebenso in Auskultation der Herztöne (konnten mussten nicht)</p> <p>Standardkreißbett konnte in den Raum gebracht werden auf Wunsch des Arztes oder der Studienteilnehmer, ebenso Licht bei</p>	<p>Zeit die die Frauen im Standardbett verbrachten</p> <p>Bewertungen der Nutzer des jeweiligen Entbindungsraumes</p> <p>Vorschläge für Verbesserungen im atmosphärischen Entbindungsraum</p> <p>Rate Oxytocin i.v.</p> <p>PDA</p> <p>Kontinuierliches CTG</p> <p>Geburtsmodus</p> <p>Gesundheitszustand von Mutter und Kind vor der Entlassung</p> <p>Student t – Test Chi 2 Analyse Offene Fragen in Kategorien</p>	<p><i>Durchführbarkeit und Akzeptanz</i></p> <p><i>Anteil der Zeit der von Aufnahme im Kreißaal bis zur Geburt Entbindungsbett im atmosphärischen Raumverbracht wurde:</i> 0 bis 25 % der Zeit 20,6%, 25 bis 49% der Zeit 48.3%, 50 – 75% der Zeit 13.8% der Frauen, mehr als 75% der Zeit 17.2% der Frauen. Eine Frau entband auf der Matratze ansonsten wurde das Bett zurückgebracht auf Wunsch der Frau, EDA, Oxytocin iv, Wunsch des Arztes, der geburtshilfflichen Krankenschwester</p> <p><i>Anteil der Zeit im Kreißbett verbracht von Aufnahme bis Geburt:</i> 65 % in der IG und 13.3% in der Kontrollgruppe gaben an 50% der Zeit oder weniger im Kreißbett verbracht zu haben. 34.5% in der IG und 86.7% in der KG gaben an nahezu 75 % der Zeit im Kreißbett verbracht zu haben</p> <p><i>Gebrauch der Ausstattung im Ambient Room:</i> 86.2% gaben an die Naturaufnahmen genutzt zu haben, 65.5% nutzten die Bodenmatratze, 48.3% genutzt von begleitenden Personen. Alle Items wurden von 63% - 95% der Teilnehmer als positiv bewertet</p> <p><i>Emotionale Reaktionen</i> 13 Frauen in jeder Gruppe empfanden ihren Entbindungsraum jederzeit beruhigend. 21 in der IG und 22 in der KG empfanden ausreichende Privatsphäre während der gesamten oder meisten Zeit. 15 in der IG und 10 in der KG gaben an der Raum sei immer oder meistens beruhigend gewesen ($\chi^2 = 2.42, p0 0.12$). 19 in der IG und 25 in der KG gaben an dass der Raum sie nie oder selten ägstlich fühlen ließ ($\chi^2= 0 1.89, p = 0.17$)</p> <p><i>Bewertung der Nutzerinnen</i> Überdurchschnittlich positive Bewertungen in der IG, wichtige Aspekte Bewegungsfreiheit, verschiedene Optionen zur Bewältigung der Wehen haben, generell</p>	<p>Aufgrund der geringen Größe an Teilnehmerinnen ist es nicht möglich Rückschlüsse auf Auswirkungen auf das Outcome zu ziehen</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>privates Badezimmer, Tür geschlossen, klopfen vor dem Eintreten) - Möbel und Ausstattung (kein Kreißbett im Raum, kann bei Bedarf gebracht werden, keine oder verdeckte medizinische Geräte, Stuhl der zu aufrechter Sitzposition animiert, Pezziball, Poster über aufrechte Gebärhaltungen, Routineableitung der Herztöne Auskultation, nur bei medizinischer Notwendigkeit Ctg - visuelle Stimuli (Naturprojektionen, Keine Aussenfenster, kein Oberlicht - akustische Stimuli (große Musikauswahl)</p>	<p>Bedarf etc Intention to treat Telephonrandomisierung ggf Umbau des Entbindungsraumes Daten über Vorkommnisse während der Geburt und Geburtsoutcomes verblindet durch Study Nurse aufgenommen, kurzer Fragebogen für Frauen bezüglich des Raumes und der Betreuung, kurzer Fragebogen zur Wahrnehmung des Raumes und Verbesserungsvorschlägen</p>		<p>positive Angaben zur beruhigenden Wirkung des Raumes. 6 Frauen hatten nichts zu bemängeln, 8 fanden ihn zu groß oder zu klein, 6 hatten Schwierigkeiten mit der niedrigen Bodenmatratze. Frauen in beiden Gruppen gaben an wieder an Pilotstudie teilnehmen zu wollen. Wenige Frauen in beiden Gruppen gaben an einen Standardkreißsaal bei weiteren Geburten zu bevorzugen. 62% in der IG und 27,6% in der KG würden bei einer weiteren Geburt einen Ambient Raum bevorzugen. Wenige Frauen IG 4, KG 7 würden Standardkreißsaal bevorzugen. Alle weiteren waren unsicher was ihre Präferenz sein würde <i>Bewertungen der Mitarbeiter</i> 78,3% hatten nur jeweils eine Frauen im AR betreut. <i>Positive Aspekte</i> In absteigender Rangfolge: DVD, Vorteile für die Gebärende durch Beruhigung/Entspannung und die Möglichkeit sich frei zu bewegen. 6 Schwestern gaben an durch den Raum mehr Möglichkeiten in der Geburtsunterstützung gesehen zu haben. Vereinzelt positiv bewertet: Musik, Licht, Ball. AR häufiger von Schwestern als von Ärzten positiv beurteilt. <i>Negative Aspekte</i> 10 Schwestern und ein Arzt gaben Schwierigkeiten beim Raumbau an, insbesondere im Umgang mit der Bodenmatte an. Jeweils 6 Schwestern und Ärzte gaben keine negativen Aspekte am AR an. Weitere negative Aspekte: gedimmte Licht, 2 Ärzte fanden den Raum unsicher, 2 Ärzte und 5 Schwestern gaben Schwierigkeiten mit der Auskultation der FHF an <i>Verbesserungsvorschläge</i> Beibehalten des Kreißbettes, Verbesserungsvorschläge an Einrichtung und Raumdekor, Dopton nur für diesen Kreißsaal, permanent aufgebauter AR <i>Analyse der Unterschiede zwischen den Gruppen</i> <i>Zeit die die Krankenschwestern im Raum verbrachten und Anteil der Zeit die die Frauen Unterstützung durch Nurse oder Partner erhielten</i> Frauen in der IG gaben häufiger an dass die Nurse die gesamte oder nahezu die gesamte Zeit bei ihnen</p>	
--	--	--	--	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p>verbrachte(63% vs. 40%). Keinen Unterschied in den Gruppen bezüglich des Grades der Unterstützung durch den Partner. Die Unterstützung der Schwestern im AR geringfügig höher angegeben</p> <p><i>Outcomes Wehen und Geburt</i> Frauen in der IG hatten seltener einen Wehentropf (12 vs. 21; $\chi^2 = 4.73, p=0.03$), insgesamt auf Grund niedriger Fallzahlen keine hohe Aussagekraft. Mehr Auskultation, weniger CTG, Apgar Score 1' < 7, kein Kind und keine Mutter hatten verlängerten Krankenhausaufenthalt/brauchten besondere medizinische Betreuung.</p>	
<p>Hunter, L. (2002): Being With Woman: A Guiding Concept for the Care of Laboring Women. JOGNN 31(6): 650-656</p>	<p>Literaturreview Bezüglich des Hebammenkonzept "Being with women" und den verwandten nursing concepts of presence and social support während der Geburt</p>	<p>Englischsprachige Literatur 1985-2000</p> <p>Artikel aus Zeitschriften und Büchern. Ebenso relevante ältere Quellen die das Verständnis des Konzepts verbessern</p>	<p>Midwifery and Being with Woman: Definitions</p> <p><i>Midwifery Philosophy and Being With Woman</i></p> <p><i>Midwifery's Theoretical Perspective for Being With Woman</i></p> <p><i>Physiological Basis for Being With Woman</i></p> <p><i>Qualitative Midwifery Research and Being With Woman</i></p> <p>Theoretical Perspective of Presence for Nursing</p> <p><i>Presence Defined by Nursing</i></p> <p><i>Social Support in Labor</i></p>	<p>Being With Woman zentrales Konzept für Frauen unter der Geburt.</p> <p>Allgemeine Definition: Anwesenheit von Hebamme/Nurse und soziale Unterstützung durch Dienstleister in der Geburtshilfe. Dem Voran steht eine gewollte und gewünschte Beziehung zwischen Hebamme/ Frau, in der erstere als Begleiter und Führer handeln. Zentrale Schlagwörter sind: <i>Nutzbare menschliche Anwesenheit</i> <i>Soziale Unterstützung nach den Bedürfnissen der Frau (seelisch, körperlich, geistig und psychisch)</i></p> <p>Aus physiologischer Sicht führt dies zu einer Verringerung von Angst, Schmerz und Furcht und kann zu einer kürzeren Geburt und wahrscheinlich zu einer besseren Geburtserfahrung führen</p> <p>Frauen wünschen und schätzen das Konzept</p> <p>Qualitative/Quantitative Studien dokumentieren die Vorteile des Konzepts für mütterliche und kindl Outcomes</p> <p>Ergebnis Review: Konzept sollte Routine in der Praxis sein oder eingeführt werden</p>	<p>Guter Text über 1:1 , in der Diskussion sehr politisch (Midwifery Practice and Health Policy) Insg. schwer auszuwerten. Einzele Punkte im Fließtxt beschrieben.</p> <p>Auflistung und Einordnung der Quellen als Übersicht fehlt komplett</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Hunter, L.P. (2009): A Descriptive Study of "Being with Woman" During Labor and birth. J Midwifery Womens Health 54:111-118</p>	<p>Deskriptive Wahrnehmung der Frauen der nurse-midwives Konzeptes "Being with woman" (=the provision of emotional, physical, spiritual and psychologic presence/support by a midwife as desired by the laboring woman) 1. Forschungsfrage: Ob Frauen, überwiegend Lateinamerikanische Frauen, die Nurse-Midwives während der Geburt als „Being with Woman“ wahrgenommen haben. 2. Forschungsfrage: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Frau und verschiedenen demographischen und geburtshilflichen Charakteristika</p>	<p>238 Frauen (low risk) post partum In einer Klinik mit zwei Geburtssettings: Standardkreißsaal und in die Klinik integriertes Geburtshaus.</p>	<p>29 Item Likertskala - Positive Presence Index (PPI) nach Lehrmann</p>	<p>Frauen die im <i>In Hospital Birth Center</i> entbunden hatten oder von dort in den üblichen Kreißsaal verlegt wurden, gaben höhere PPI Scores Kein Zusammenhang zwischen Parität, Ethnizität, Zahl der Hebammen die betreuten, Anwesenheit von unterstützenden Personen, Geburtsdauer, schmerzlindernden Medikamenten und PPI Scores Musiktherapie und Atmung -> erhöhte PPIs</p>	<p>Vorwiegend Frauen lateinamerikanischer Herkunft mit geringem Einkommen. Wurden nicht grundsätzlich Eins zu eins betreut, sondern auch Eins zu zwei. Teilweise zusätzlich durch Doula</p>
<p>I</p>					
<p>Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O. (2003). Admission cardiotocography: a randomized controlled trial. In:</p>	<p>RCT, EL Ib IG: Aufnahme CTG für 20 Minuten nach der Feststellung eines Geburtsbeginns KG: Auskultation (wie üblich) der fet HT nach Feststellung eines</p>	<p>N= 8.628 Frauen (IG n= 4.320 / KG n= 4.308) <i>Einschlusskriterien:</i> Einling, <42 vollendete SSW, keine Hinweise auf Komplikationen (fet., geburtshilflich,</p>	<p><i>Primäres Outcome</i> Fet./neonat. Mortalität NICU Metabol Azidose Krämpfe, Hypotonien >4h, Beatmung <i>Sekundäres Outcome</i></p>	<p>Ausgewertet wurden 8.580 Datensätze Gruppenvergleichbarkeit in relevanten Parametern gegeben (Alter, Parität, SSW, fet. Lage usw.) CTGs von Frauen der IG wurden zu 68% als normal eingestuft.</p>	<p>Vor der Durchführung eines Kaiserschnittes wegen fetalem Distress wurde routinemäßig eine MBU durchgeführt. Def normales CTG nach NICE-Guideline 2001: Baseline: 110-160bpm, Variabilität >5 bpm, keine</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>The Lancet, 361(8): 465-470</p>	<p>Geburtsbeginns Des Weiteren werden die FHT auskultiert. Ein kontinuierliches CTG bis zur Geburt wird durchgeführt bei: CTG nicht normal nach NICE-Guideline, pers. Tachycardie, grünem oder stark blutigem FW, mütterl. Temp >38°C, Geburt länger als 8 Std. Informierte Einwilligung nachvollziehbar Ethikkommission nicht beschrieben</p>	<p>mütterl), klares Fruchtwasser, mütterl Temperatur <37,5°C (Frauen, bei denen ein Geburtsbeginn festgestellt wurde erhielten eine Amniotomie. Nicht geklärt ist ob diese ohne vorhergehende Auskultation durchgeführt wurde. Da dies nicht wahrscheinlich ist erfolgte die erste Auskultation bereits durch die Hebamme in der Aufnahmestation. Frauen mit stehender FB, die eine Amniotomie verweigerten, wurden ausgeschlossen)</p>	<p>pH, BE, Apgar kontin. CTG-Kontrollen MBU Geburtsmodus Episiotomie Blutverlust Auswertung AT, ITT, Subgruppenanalyse von Frauen die weder Oxytocin noch PDA erhalten hatten</p>	<p>18% der Frauen in beiden Gruppen wurden Eingeleitet. <i>Primäres Outcome (AT)</i> Keine signifikanten Unterschiede. Ein neonat. Todesfall in der Auskultationsgruppe der auf hypoxische Schäden während der Geburt zurückzuführen ist. Evtl. verzögerte Indikationsstellung zur Sectio? <i>Sekundäres Outcome</i> Maternal IG 58% vs KG 42% kontinuierliches CTG (RR1.39, KI 95% 1.33-1.45) Häufiger MBU (RR 1.30, 95% KI 1.14-1.47) Je 38% Oxytocin-Gabe, je 4% Sectio, je 11% vag-op. Geburten Kind Keine Unterschiede der durchschnittlichen pH und BE-Werte, kein Unterschied bei Apgar, Aufnahme NICU Analyse nach ITT ergaben keine Unterschiede in den Outcome-Parametern Subgruppenanalyse von Frauen ohne Oxytocin und PDA: Sectio RR 3.38 KI 95% 0.92-12.4 Vag-op Geburt RR 2.81, KI 0.74-10.6) Unterschiede sind auf 99% Signifikanzniveau nicht significant.</p>	<p>Dezelerationen und mehr als eine Akzeleration. Wenn diese Kriterien bei Ausnahme nicht erfüllt waren wurde ein kontinuierliches CTG bis zur Geburt geschrieben. Problem: Personale Interpretationsvariabilität (Ergebnisse verändern sich je nach Zustimmung von 30.33. oder 0.71 heißt Sensitivität und falsch positive Rate liegt bei 50% oder 17%) wird nicht in Analyse mit einbezogen. Definition von seltenem Ereignis. Ist eine Rate von 1:1000 bei Gehirnschädigung durch geburtsbezogene Asphyxie ein seltenes Ereignis. Asphyxie kann für 10% der Fälle der Zerebralparenen ursächlich sein. Die hohe Rate nicht normaler Aufnahme-CTGs weist auf eine Ängstlichkeit der Hebammen hin; die Variabilität in der Interpretation ist sehr groß, auch wenn nach festgelegten Kriterien ausgewertet wird. Wichtiger als ein CTG zur Selektion und Vorausschau möglicher schädigender Hypoxien s.p. ist es Fieber und Infektionen s.p frühzeitig zu erkennen, die einen starken Risikofaktor für Enzephalopathien darstellen.</p>
<p>J</p>					

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Jandér, C. & Lyrenas, S. (2001): Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. Acta Obstet Gynecol Scand 80(3):229-234.</p>	<p>Fallkontrollstudie??? Unmatched pairs</p> <p>Als Kontrollfall wurde erste Frau die nach einer Frau mit höhergradigem Dammriss aufgenommen wurde gewählt</p> <p>EL: IIb</p> <p>Identifikation von Faktoren, die höhergradige Dammriss begünstigen</p>	<p>428 Erst- und Mehrgebärende</p> <p>214 Frauen mit DR III° oder DR IV°</p> <p>214 Frauen ohne DR III° oder DR IV°</p>	<p>Schrittweise log. Regression</p> <p>Identifikation von Faktoren, die höhergradige Dammriss begünstigen</p>	<p>Hockende Gebärposition (hier: auf einem niedrigen Hocker) mehr höhergradige Dammriss (OR 6,47 [95% KI 2,29–18,33]).</p>	<p>Geringe Zellbesetzung. Kniende, halb-sitzende Position und Seitenlage weisen in der Deskription auf protektiven Effekt hin. Steinschnittlage weist in Deskription auf schädigenden Effekt.</p> <p>Generell erschreckend wie viele Frauen in Steinschnittlage gebären (184 von 428 Frauen =42,9%)</p>
<p>Janssen P. A., Still D. K., Klein M. C., Singer J., Carty E. A., Liston R. M., Zupancic J. A. (2006). Early Labour Assessment and Support at Home Versus Telephone Triage, in: Obstet & Gynecol, 108(6): 1463-1469</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie, multizentrisch</p> <p>EL: Ia</p> <p>Assessment und Support zu Hause vs. Telefonberatung mit Ziel eine stationäre Aufnahme in der LP zu verhindern bzw. eine rechtzeitige Aufnahme in der aktiven EP zu erreichen.</p>	<p><i>Einschlusskriterien:</i> Anfahrtsweg zum Krankenhaus < 30 min., 16-42 Jahre, Einling, Schädellage, 37.-42. SSW, Sprachen: Englisch, Kantonesisch, Mandarin, Punjabi, Koreanisch oder Farsi. Frauen, die ambulant mit Prostglandinen eingeleitet worden sind wurden nicht ausgeschlossen.</p> <p><i>Ausschlusskriterien:</i> Frauen mit Diabetes, Blutungen, fetalen Missbildungen oder alle anderen Konditionen die einer Hausgeburt entgegenstehen würden. Frauen die Hebammen als Primary Caregiver hatten wurden ausgeschlossen, da diese die betreuten</p>	<p>ITT</p> <p><i>Primär:</i> Sectio</p> <p><i>Sekundär:</i> Anzahl der Aufnahmen vor Kreißaal Aufnahme Fähigkeit bei Aufnahme mit den Wehen umzugehen Interventionen Kindliches Outcome</p>	<p><i>Interventionsgruppe:</i> Signifikant weniger Aufnahmen in LP (RR 0,85 [95% KI 0,76-0,94])</p> <p>Einmalige Aufnahme häufiger (RR1,54 [95% KI 1,23-1,92])</p> <p>Weniger Frauen hatten Schwierigkeiten mit der Wehenverarbeitung (RR 0,74 [95% KI 0,62-0,90])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Kindliches Outcome, kaum Unterschiede bei Sectiorate (RR 1,12 [95% KI 0,94-1,32]), meisten Sectiones wegen Geburtsstillstand durchgeführt (73,4 vs. 75,2%).</p> <p>ITT, Kaum Unterschied bei der Sektiorate (RR 1.12, 95% KI [0.94-1.32]). Die meisten Sektioness wurden wg Geburtsstillstand durchgeführt (73,4 vs 75,2%). Signifikant weniger Frauen der IG wurden in der LP aufgenommen (RR 0.85, 95% KI [0.76-0.94]). Und mehr Frauen kamen nur einmal zu Aufnahme (RR1.54, 95% KI[1.23-1.92]). Weniger Frauen hatten Schwierigkeiten mit der Wehenverarbeitung (RR0.74, 95% KI [0.62-0.90]). Keine Unterschiede beim kindl. Outcome</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		<p>Frauen regelhaft zu Hause besuchen.</p> <p>Zentralisierte Computerunterstützte Randomisierung.</p> <p>1.459 Frauen wurden rekrutiert. Hausbesuch IG n= 728 davon erhielten 654 einen Hausbesuch, Telefon Triage (KG) n= 731. Vergleichbarkeit nach demografischen Gesichtspunkten vorhanden.</p>			
<p>Jessiman W. (2009) Immersion in water: use of a pool by women in labour. In: British Journal of Midwifery, Sept, 17(9): 583-587</p>	<p>Klinische Evaluation (EL IIIb), retrospektive Datenauswertung, prospektiv Datenlage zu Gründen für Poolnutzung, plus Zufriedenheitsbefragung bei den Frauen</p>	<p>Pool im Kreißaal</p>	<p>N= 1122 Frauen die, in einer Klinik, den Pool zwischen 1997 und 2008 genutzt haben. Frauen konnten sich selbst entscheiden, wann und wie lange sie in den Pool wollten. Für n= 802 Frauen besteht eine Aufzeichnung zu den Gründen der Poolnutzung</p> <p><i>Analyse:</i> Deskriptive Statistik</p>	<p>Frauen nutzten den Pool für durchschnittlich 91 Minuten (Modalwert 60 Min)</p> <p>Frauen bewerten den Pool auf einer Likert-Skala von 1-5 zu 69% hoch und sehr hoch. 17% haben keine Wertung abgegeben.</p> <p>Gründe für Pool: Schmerzreduzierung und Entspannung. Gründe aus dem Pool zu steigen: weitere Schmerzmittel (423/1122), Pressgefühl (n=126), Neubefundung(CTG, Vag U, BS) (n=115), nach der Wassergeburt (n=110). In unter 10% der Fälle lagen die Gründe jeweils bei grünem FW oder abweichenden fet. Herztönen.</p>	
<p>Jones, L.; Othman, M.; Dowswell, T.; Alfirevic, Z.; Gates, S.; Newburn, M.; Jordan, S.; Lavender, T.; Neilson, JP. (2012): Pain management for women in labour: an overview of systematic</p>	<p>Review zur Inhalationsanalgesie innerhalb eines Overviews verschiedener Reviews zum Schmerzmanagement unter der Geburt</p> <p>EL: 1a Inhalationsanalgesie unter der Geburt</p>	<p>Einschluss von 26 RCTs, n=2967 Frauen</p> <p>Verschiedene Vergleiche: Inhalationsanalgesie vs. Placebo/ keine Maßnahme Vergleich zwischen zwei unterschiedlichen Inhalationsanalgesien Inhalationsanalgesie vs. andere Methode zur Schmerreduktion</p>	<p>Schmerzbau Nebenwirkungen</p>	<p>Vergleich zwischen Inhalationsanalgesie und Placebobehandlung/ keiner Maßnahme</p> <p>Signifikant weniger Frauen in der Lachgasgruppe gaben ernsten/ extremen Schmerz an: RR 0.06, 95% CI 0.01 bis 0.34 (2Studien, 310 Frauen)</p> <p>Geringere Schmerzintensität (mittels VAS) in der EP: MD -3.50, 95% CI -3.75 bis -3.25 (1 Studie, 509 Frauen)</p> <p>Kein signifikanter Unterschied bzgl. vag.op. Geburtsmodus und Sectorate</p>	

<p>reviews (Review. In: The Cochrane Collaboration</p>				<p>Lachgas ging mit mehreren Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Benommenheit und Schwindel einher Erbrechen: RR 9.05, 95% CI 1.18 bis 69.32 (2 Studien, 619 Frauen) Übelkeit: RR 43.10, 95% CI 2.63 bis 706.74 (1 Studie, 509 Frauen) Schwindel: RR 113.98, 95% CI 7.09 bis 1833.69 (1 Studie, 509 Frauen) Benommenheit: RR 77.59, 95% CI 4.80 bis 1254.96 (1 Studie, 509 Frauen)</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Apgar und Asphyxie</p> <p>Nicht untersucht: Zufriedenheit, Kontrollgefühl, Zufriedenheit mit Geburtserlebnis, Mutter-Kind-Interaktion, Stillen, kindl. Verlegungsrate, Kosten</p> <p>Vergleich zw. Lachgas und Fluranderivaten (14 Studien, 752 Frauen)</p> <p>Geringerer Schmerzscore mit Fluranderivaten MD 13.87, 95% CI 4.02 bis 23.72 (3 Studien, 123 Frauen)</p> <p>Besserer Schmerzlinderungsscore mit Fluranderivaten: MD -16.92, 95% CI -27.64 bis -6.20 (2 Studien, 140 Frauen)</p> <p>Mehr Übelkeit mit Lachgas: RR 3.30, 95% CI 1.06 bis 6.70 (4 Studien, 261 Frauen)</p> <p>Mehr Erbrechen mit Lachgas: RR 2.60, 95% CI 1.06 bis 6.70</p> <p>Mehr Schwindel mit Fluranderivaten: MD -12,97, 95% CI -22.33 bis -3.62 (2 Studien, 57 Frauen)</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede: Zufriedenheit, Geburtsmodi, Blutverlust, Apgarwerte</p>	
--	--	--	--	--	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p>Nicht untersucht: Kontrollgefühl, Geburtserleben, Mutter-Kind-Interaktion, Stillen, kindl. Verlegung, Kosten</p> <p>Vergleich zw. 50%igem Lachgas mit 70%igem Lachgas Keine signifikanten Unterschiede: Zufriedenheit, Geburtsmodus, Erbrechen, postpartale Blutung, mat. Hypoxie</p> <p>Nicht untersucht: Schmerzintensität, Kontrollgefühl, Geburtserleben, Mutter-Kind-Interaktion, Stillen, kindl. Outcomes, Kosten</p> <p>Vergleich zwischen versch. Verabreichungssystemen/-formen Keine signifikanten Unterschiede</p> <p>Inhalationsanalgesie vs. TENS Keine signifikanten Unterschiede im Bezug auf: Schmerzintensität, Zufriedenheit Nicht untersucht: Kontrollgefühl, Geburtserleben, Geburtsmodus, Mutter-Kind-Interaktion, Stillen, kindliche outcomes, Kosten</p>	
K					
<p>Kashanian, M., Javadi, F., Haghghi, M. M. (2010): Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics 109 (3):</p>	<p>Randomisierte Studie</p> <p>Effekte von kontinuierlicher Hebammenbetreuung bzgl. Sectio und Geburtsdauer</p> <p>EL Ib Frauen vorher über Studie informiert? Wann Einverständnis?</p> <p>Einschlusskriterien</p>	<p>100 Erstgebärende</p> <p>IG: 50 Frauen mit kontinuierlicher Betreuung</p> <p>KG: 50 Frauen mit konventioneller Betreuung</p>	<p>- Dauer der aktiven Eröffnungsphase</p> <p>- Austreibungsphase</p> <p>- Plazentaperiode</p> <p>- Entbindungsmodus</p> <p>- Oxytocingabe</p> <p>- Student T-test</p> <p>- χ^2 basierter Unabhängigkeitstest</p> <p>- Fishers</p>	<p>Dauer der Eröffnungsperiode (167.9 +/- 76.3 vs. 247.7 +/- 101 min; p < 0,001) und der AP (34.9 +/- 25.4 vs. 55.3 +/- 33.7 min; p= 0,003) kürzer</p> <p>Geringere Anzahl Sectio (4 vs. 12; p= 0,026)</p> <p>Oxytocingebrauch, Dauer der Plazentaperiode und Apgarwerte kein signifikanter Unterschied</p>	<p>Im Cochrane review enthalten. Hodnett (2011)</p> <p>siehe Betreuung in KG <i>IG Betreut von einer erfahrenen Hebamme in einem Raum, freie Wahl der Position, durften auf Wunsch essen/ sich bewegen, Hebamme erklärte Geburtsprozess und Entspannungstechniken, Berührung, Augenkontakt, Beruhigung, Ermutigung, physikalische Behandlungen</i></p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>198-200</p>	<p>- OP - 18-34 Jahre - Zwischen 38. und vollendeter 42. SSW - lebender Einling in SL - geschätztes Geburtsgewicht (nach Johnson formula) 2500-3400g - MM Eröffnung 3-4 cm und regelmäßige Kontraktionen</p>				<p><i>KG Routinevorgehen des Kreißsaals, 5-7 während der Entbindung zur gleichen Zeit in einem Raum, keine kontinuierliche Betreuung, kein Essen, keine Bewegung, keine Informationen über den Geburtsprozess</i></p>
<p>Kubli, M., Scrutton, M. J., Seed, P. T., O'Sullivan, G. (2002): An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor. In: Anesth. Analg 94 (2), S. 404-8, table of contents.</p>	<p>Randomisierte Kontrollierte Studie, Einverständnis der Ethikkommission des St. Thomas Hospital eingeholt EL: Ib Computerrandomisierung bei Aufnahme, Einwilligungszeitpunkt unklar IG: Ermutigung zum Verzehr von 500ml Isotonische Sportdrinks innerhalb 1 Std. nach Aufnahme und weiterer 500 ml in den folgenden 3-4 Std. Dazu Wasser erlaubt. KG (n = 30): nach Bedarf Wasser</p>	<p>60 Frauen, bei der Aufnahme in der frühen Eröffnungsperiode (Muttermund < 5cm), Low-risk (37. SSW, Einling, SL) für evtl. VE oder Sectio. Frauen, die Meperidine i.m. erhielten wurden ausgeschlossen (da diese Magenentleerung verzögert) IG (n= 30), KG (n = 30)</p>	<p>Blutanalyse bei Aufnahme und bei Beginn AP: Beta-Hydroxybutyrat (Ketonkörper), nichtveresterte Fettsäuren (Hinweis auf Diät/Hunger) und Glukose im Blut lineare Regressionsanalyse für: Mageninhalt per US; Menge des Erbrochenen. T-Test nach Student, X² Analyse: Länge der Geburt, Wehenmittelbedarf, Geburtsmodus, Apgar, venöses NS-Blut. ITT</p>	<p>Gruppen vergleichbar bzgl. demografischer Faktoren, Parität, etc. keine Unterschiede: Geburtsdauer, Gebrauch von Oxytocin, PDA, Geburtsmodus, Apgar, NS-pH, Erbrechen Frauen tranken Iso-Drink (200ml) meist ohne Problem, sukzessive Abnahme des Trinkvolumens mit Vorschreiten der Geburt. Metabolische Ausgangswerte vergleichbar. In AP metabolische Werte in der KG signifikant höher und BZ niedriger als in IG. Frauen der IK nahmen fast doppelt so viel Flüssigkeit zu sich als KG (925 vs. 478 ml).</p>	<p>Zu geringe Stichprobengröße Die Autoren diskutieren, dass Iso-Drinks (Zusammensetzung ist jedoch ausschlaggebend für eine schnellere oder langsamere Entleerung durch den Magen) evtl. eine sicherere Methode zur Verhinderung einer Ketose sind als eine leichte (feste) Kost. Damit der Drink isotonisch bleibt, muss die Kalorienrate relativ gering sein (30 kcal/dl). Es bleibt fraglich, inwiefern diese eine Auswirkung auf die Geburt. Die Zufriedenheit der Frauen bzw. ihr Befinden oder Hungergefühl während der Geburt wurden nicht abgefragt.</p>
<p>L</p>					

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Lai, M., Lin, K., Li, H.Y., Shey, K. & Gau, M. (2009): Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. J Nurs Res 17(1):62-72.</p>	<p>Quasiexperimentell EL Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf</p>	<p>72 Erstgebärende 36 Frauen in der Valsalva-Gruppe 36 Frauen, die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu ermutigt werden</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest ANOVA Dauer AP Dauer des aktiven Mitschiebens 1' und 5' Apgar Blutverlust in ml Gesamtdauer der Geburt Geburtsmodus Episiotomie Verlegung Ngb. auf Intensiv Mekonium Aspiration Müdigkeit 1 und 24 Stunden p.p.</p>	<p><i>Valsalva Gruppe:</i> Längere AP (129,06 min [SD75,69] vs. 70,31min [SD37,17], t=-4,180, p<0,001) Längere Phase aktives Pressen (123,19 min [SD73,93] vs. 47,53min [SD30,85], t=-5,668, p<0,001) Seltener Spontanpartus (69,4% vs. 88,9%, X²=4,759, p=0,029) 1 und 27 Std. p.p. erschöpfter, 1 Std p.p.: 4,17 [SD2,6] vs. 2,08 [SD 1,87], t=-3,825, p<0,01, 24 Std. p.p.: 3,36 [SD2,13] vs. 1,47 [SD 1,66], t=-4,21, p<0,01 Keine Unterschiede in allen anderen Variablen</p>	<p>Geburtsposition: Steinschnittlage</p>
<p>Larkin, P.; Begley, C.M.; Devane, D. (2009): Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Midwifery 25: 49-59</p>	<p>Konzeptanalyse Literaturecherche (online) 1990-2005 Identifikation zentraler Eigenschaften der Geburtserfahrung</p>	<p>Themenanalyse von 62 Schriftstücken 30 quantitativ 30 qualitativ 2 die regelmäßig zitiert wurden</p>		<p>Vier Hauptattribute der Geburtserfahrung: - individuell - komplex - prozess - life event Verwandte Konzepte (bilden Hintergrund): - support - zahlreiche Vorteile für Mutter und Baby mit einem grundlegenden Einfluss auf die Geburtserfahrung - dies kann Frauen von langfristigen negativen Erfahrungen schützen und kann ein Zusammenhang zum Gefühl „in control“ zu sein - von den Frauen beschrieben als Zuwendung, emotionale Unterstützung anbieten, präsent sein - Frauen als Individuum behandeln (encompassing comfort, Privacy, Würde) - Beziehung mit Pflegepersonal - Schmerz</p>	
<p>Lavender T., Walkinshaw S. A., Walton I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. In: Midwifery, 15: 40-</p>	<p>Qualitative Studie (EL QI) Fragebogen Erhebung mit offener Fragestellung innerhalb einer randomisierten Untersuchung, um Aspekte zu untersuchen, die Frauen als wichtig</p>	<p>519 von 615 Frauen gaben den Fragenbogen zurück. Davon beantworteten n=412 Frauen die offene Frage. Erstgebärende mit lebenden Einling in Schädellage und spontanem</p>	<p>Offene Frage in der aufgefördert wird positive als auch negative Erfahrungen während der Geburt zu kommentieren und die wichtigsten Aspekte ihrer Geburt zu diskutieren. Qualitative</p>	<p><i>Unterstützung (Support)</i> Wichtigster Aspekt für ein positives Geburtserlebnis Sollte von Partner und Hebamme kommen <i>Kontrolle (Control)</i> 30% erachten es als wichtig ein Kontrollgefühl zu haben und fürchten sich vor Kontrollverlust 15% finden es wichtig aber zugleich sehr schwierig und anstrengend Kontrollgefühl zu erhalten (Hebamme hören und verstehen, Mitentscheiden, ruhig zu bleiben)</p>	

<p>46</p>	<p>empfinden für das Geburtserlebnis; 2 Tage postpartal</p> <p>Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>Geburtsbeginn,</p>	<p>Inhaltanalyse nach Norris</p>	<p>Für einige war es wichtig zu spüren, dass Hebamme und Arzt alles zu jeder Zeit unter Kontrolle zu haben. Für andere war es negativ, das Gefühl zu haben, dass die Institution die Kontrolle über ihre Geburt ausübt oder ihnen diese genommen /abgesprochen wurde.</p> <p><i>Entscheidungen treffen</i></p> <p>26% wollen an Entscheidungen beteiligt sein – jedoch in sehr unterschiedlichem Umfang</p> <p>Gefragt zu werden gibt Kontrollgefühl</p> <p>Gelungene Kommunikation ist wichtig. Annahmen von Hebammen . Zeitnot kann zu Annahmen führen und zu Missverständnis</p> <p>Gewünscht ist Mitbeteiligung vom Partner</p> <p><i>Information</i></p> <p>Viele finden sich nicht gut auf die Geburt und was dort passieren kann vorbereitet</p> <p>einige betonen fehlende Information und unsensible Hebammen bei Interventionen (u. U. traumatisierend)</p> <p>positivere Bewertung des Geburtserlebnisses bei Frauen die gute Informationen erhalten hatten, fördert Kontrollgefühl,</p> <p>einige hätten sich gewünscht die Geburt nach zu besprechen und mehr Informationen über den weiteren Verlauf nach der Geburt zu erhalten</p> <p><i>Schmerz</i></p> <p>Viele Frauen (knapp zwei Drittel) empfanden die Schmerzbehandlung als ineffektiv, ca ein Drittel fand das gewählte Mittel angemessen</p> <p>Unterschiedliche Erwartungen an die Maßnahme (nur so viel Wirkung, dass man wieder bewältigen kann – keine Schmerzen mehr)</p> <p><i>Intervention(Wehenunterstützung)</i></p> <p>Fast alle Frauen empfanden die Intervention nicht als negativen Aspekt</p> <p>Frauen in der 2 Std. action-line fanden es beruhigend, dass ihnen geholfen wird wenn die Geburt nach 2 Std. nicht vorangeschritten ist</p> <p>Doppelt so viele Frauen in der 4 Std. action-line Gruppe äußerten, dass zu lange gewartet wird mit Wehenunterstützung</p> <p>Eine Minderheit an Frauen meinte, dass Wehenmittel mit Vorsicht benutzt werden sollten da sie sich evtl. negativ auswirken könnten</p>	
-----------	---	-----------------------	----------------------------------	--	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Lawrence, A.; Hofmeyr, G.; Dowswell, T.; Styles, C. (2009): Maternal Positions and mobility during first stage labour (Review). In: The Cochrane Collaboration</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL: la</p> <p>Verglichen wurden aufrechte Positionen und Bewegung mit liegenden Positionen. Die aufrechten Positionen umfassen Sitzen, Stehen, Gehen, Knien, Hocken und den Vierfüßlerstand. Als liegende Positionen werden halb-liegende/sitzende Positionen, Seitenlage und Rückenlage bezeichnet.</p>	<p>21 Studien, 3706 Frauen (In der vorliegenden der tabel. Auswertung werden ausschließlich die 16 Studien mit n= 2530 Frauen berücksichtigt, in denen die Intervention an Frauen ohne PDA getestet wird)</p> <p>IG: aufrechte Positionen in der EP</p> <p>KG: liegende Positionen in der EP</p>	<p><i>Primär:</i> Mütterlich: Dauer der Eröffnungsphase Geburtsmodus Mütterliche Zufriedenheit mit der Position und dem Geburtserlebnis</p> <p>Mütterlich und kindlich: fetale Hypoxie Notwendigkeit der Beatmung des Neugeborenen</p> <p><i>Sekundär:</i> Mütterlich: Schmerzpfinden Schmerzmittelgebrauch Dauer der AP Oxytocingebrauch Amniotomie Spontaner Blasensprung Blutverlust > 500ml Geburtsverletzung und Episiotomie</p> <p>Kindlich: 2. Apgarwert < 7 Verlegung auf Intensivstation</p>	<p><i>Dauer der Eröffnungsphase</i> hohes Level an Heterogenität der Ergebnisse: betrachtet man alle Frauen (Erst- und Mehrgebärende) ist die Eröffnungsphase bei der IG um 1 h kürzer als in der KG; hierfür wurden die Daten aus 9 Studien/ n=1677 genutzt; signifikanter Unterschied (MD -0.99, 95% CI - 1.60 bis 0.39) betrachtet man nur Erstgebärende (8 Studien, n=927), ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (MD -0.97, 95% CI -1.96 bis 0.02) bei Mehrgebärenden (5 Studien/ n=682) war die EP in der IG um 0,5h kürzer als in der KG, aber statistische Signifikanz nicht erreicht (MD -0.52, 95% CI -1.04 bis 0.00)</p> <p><i>Dauer Austreibungsphase:</i> zwei Studien/ n=1170, die dies untersuchten: kein signifikanter Unterschied (MD 1.22, 95% CI -1.31bis 3.75)</p> <p><i>Geburtsmodus</i> Spontangeburt: Daten aus 11 Studien/ n=2217 keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (RR 1.01, 95% CI 0.97 bis 1.05)</p> <p>Vaginal-operative Geburten: ähnliche Raten in den beiden Gruppe; Daten aus 10 Studien/ n=2110 (RR 0.99, 95% CI 0.78 bis 1.26)</p> <p>Kaiserschnitt: 10 Studien/ 2110 Frauen geringfügig geringere Kaiserschnitttrate in der IG, aber die Ergebnisse erreichten keine statistische Signifikanz (RR 0.73, 95% CI 0.51 bis 1.07)</p> <p><i>Mütterliches Schmerzpfinden und Analgesie</i> signifikant geringere PDA-Rate in der IG (RR 0.83, 95% CI 0.72 bis 0.96, p=0.01) in einer Studie Untersuchung der Menge an Analgetika: keine signifikanten Unterschiede (MD -17.5, 95% CI -36.89 bis 1.89)</p>	<p>Autoren weisen auf die methodischen Schwierigkeiten hin, die bei der Untersuchung des Themas auftreten: keine Standardisierung der Intervention → wurde in den Studien unterschiedlich gehandhabt; Frauen bleiben in der Regel nicht in einer Position, sondern wechseln; Dauer der Intervention sehr unterschiedlich</p> <p>Heterogene Ergebnisse im Bezug auf Geburtsdauer können auf unterschiedliche Standards in den Kliniken zurückzuführen sein (ab Aufnahme oder best. MM-Weite)</p> <p>Keine der Studien verglichen unterschiedliche aufrechte Positionen miteinander, sondern lediglich aufrechte mit liegenden</p>
--	--	--	---	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p><i>Wehenunterstützung mittels Oxytocin</i> Daten aus 7 Studien/ 1540 Frauen keine signifikanten Unterschiede (RR 0.90, 95% CI 0.77 bis 1.06)</p> <p><i>Durchführung einer Amniotomie</i> Daten aus 3 Studien/ n=216 keine signifikanten Unterschiede (RR 0.90, 95% CI 0.59 bis 3.04)</p> <p><i>Blutverlust über 500 ml</i> 1 Studie/ n=40 keine signifikanten Unterschiede (RR 0.33, 95% CI 0.01 bis 7.72)</p> <p><i>Fetale Hypoxie,, Verlegung auf Intensivstation</i> keine signifikanten Unterschiede</p> <p><i>Geburtsverletzungen, Episiotomie, mütterliche Zufriedenheit, kindliche Beatmung</i> - unzureichende Daten, keine Auswertung möglich</p>	
<p>Lenstrup C., Schantz A., Berget A., Feder E., Rosenø H., Hertel J.(1987). Warm Tub Bath during Labour. In: Acta Obstet Gynecol Scand 66:709-712 (Biblio)</p>	<p>Prospektive kontrollierte Interventionsstudie,(lb) Informierte Einwilligung aller Frauen, Votum Ethikkommission nicht dargestellt.</p>	<p>Bad (37°C) während der Geburt für max. 2 Std. Frauen wurden zu Studienbeginn, nach einer Stunde nach 2 Std. vaginal untersucht.(MM-Weite und Position des Köpfchens) Herztöne wurden nach vorgegebenem Schema auskultiert. Zu Studienbeginn, nach 30 Min. und 30 Min. nach dem Bad/ 2 Std. nach der letzten Messung wurden die Frauen aufgefordert ihren Schmerz auf einer 100 mm langen Skala zwischen kein Schmerz und unerträglich</p>	<p>N= 160 Frauen mit: spontaner Wehenbeginn in der 38. Bis 42. Woche einer unkomplizierten Schwangerschaft. Einling, Schädellage, geschätztes Geburtsgewicht von 2.500-4.000 Gramm, normales CTG, MM 5cm bei Studienbeginn, Blasensprung war kein Ausschlusskriterium.</p> <p>Chi-square-test, Fischer's exact test und Wilcoxon´s two-sample test</p> <p><i>Primäre Outcomes:</i> Geburtsdauer, Schmerzempfinden</p>	<p>88 Frauen nahmen ein Bad (Badgruppe) und 72 nicht (Kontrollgruppe KG) Frauen die ein Entspannungsbad nehmen wollen versus Frauen, die dies nicht wünschen; Die Entscheidung lag bei der Frau. Die Frauen wurden ansonsten wie üblich in der Abteilung betreut.</p> <p>Die Gruppen unterscheiden sich nicht in Alter, Parität, Häufigkeit BS und MM-Weite Primäre Outcomes: Die Eröffnungsgeschwindigkeit war in der Badgruppe signifikant erhöht (2,5 cm/h vs 1,26 cm/h, p<0.05). Geburtsschmerz: zu Beginn der Studie liegt das Schmerzempfinden in der Badgruppe signifikant über dem Niveau der Kontrollgruppe (64 vs 50, p<0,05), Frauen berichten von einer Schmerzerleichterung während des Bades (-7,2 Punkte) während sich zum gleichen Zeitpunkt das Schmerzempfinden in der KG um 8,5 Punkte erhöht und damit nun in etwa auf einem Niveau mit der Badgruppe liegt (p< 0,05). In den folgenden 90 Minuten nach der letzten Einschätzung (das ist in jeden Fall nach dem Bad) steigt der Schmerz in beiden Gruppen auf ähnlich hohes Niveau an (BG 65,9 vs KG 61,9).</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		Schmerz einzuordnen.		<p>Sekundäre Outcomes: Kein Unterschied bei VE, Episiotomie, Dammverletzungen, Kaiserschnitt, Oxytocin-stimulation, Lachgas, PDA, Pudendus Analgesie. Keine Unterschiede beim neonatalen Outcome (Apgar 1', 5', Gewichtsverlust), signifikant weniger Babys der BG brauchen pp zusätzliche Nahrung. Zahlenmäßig annähernd oder doppelt so häufige Gabe von Pethidin und Oxytocin in der KG (7 vs 13, nicht signifikant) Keine Unterschiede bei Blutverlust und mütterl. Infektion. 80 der 88 Frauen waren mit dem Bad sehr zufrieden und würden es wieder wählen.</p>	
<p>Lundgren, I. (2005): Swedish women`s experience of childbirth 2 years after birth. Midwifery 21: 346-354</p>	<p>Qualitativ Q1 (Einteilung nach Burns& Grove 2005) Geburtserfahrungen von Frauen 2 Jahre pp</p>	<p>10 Frauen 5 Erstgebärende 5 Mehrgebärende Entbunden im ABC (Alternative Birth Center)Center oder verlegt in Standardkreißsaal Göteborg zwischen 1996 und 1997 ABC = continuity of care, restriction of medical technology, parental responsibility, self-care</p>	<p>deskriptive Datenanalyse (Dahlberg, Giorgi)</p>	<p>Allgemein Geburt Grenzsituation. Unterstützung und Hilfe durch die Hebamme zentrales Thema für die Frauen um mit den Anforderungen umgehen zu können. Rolle der Hebamme sollte nach Auffassung der Frauen sein die Frau und ihre Bedürfnisse zu sehen, die Fähigkeit der Frau unterstützen die Phasen der Geburt zu meistern, Vertrauen in die Fähigkeit der Frau haben zu gebären und die Frau unterstützen nach ihren eigenen Bedingungen zu entbinden und in Selbstkontrolle zu bleiben</p>	
M					
<p>MacKinnon, K.; McIntyre, M.; Quance, M. (2005): The Meaning of the Nurse`s Presence During Childbirth. JOGNN 34(1): 28-36</p>	<p>Exploratory study – Sondierungsprojekt um besseres Verständnis zu gewinnen was Anwesenheit während der Geburt für Frauen bedeutet</p>	<p>6 Frauen aus städtischer Gegend in Kanada (4 Erstgebärende und 2 Mehrgebärende, meldeten sich freiwillig, in den Interviews</p>	<p>Tiefeninterviews, hermeneutische Untersuchung</p>	<p>Art der Anwesenheit der Pflegenden war wichtiger Teil der Geburtserfahrung. Sie sollten: verfügbar sein, emotional beteiligt sein, ihre Befürchtungen hören und darauf reagieren, die Verantwortung für ihre Sicherheit teilen und als Mittler zwischen Familie und der medizinischen Institution fungieren Die Erfahrung wurde stark davon beeinflusst ob es</p>	<p>- Rekrutierung unklar - Zustimmung Ethikkommission?</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	Q 2 (Einteilung nach Burns& Grove 2005)	Pseudonyme) - mindestens 18 Jahre - sprachen fließend englisch - interviewt während der ersten 6 Monate nach der Geburt		<p>gelang sich gegenseitig kennenzulernen. Das Gefühl erkannt und verstanden zu werden wurde verstärkt wenn die Frau sich gut informiert und involviert fühlte</p> <p>Größtmögliche physische und psychische Anwesenheit der Pflegenden hatte große Bedeutung Grenzen der Möglichkeiten aus institutionellen Rahmenbedingungen werden gesehen.</p> <p>Rolle der Pflegenden ist sehr komplex, wird unter verschiedensten Umständen gebildet. Anwesenheit verschieden gelebt (kognitiv, intuitiv, empirisch, persönlich)</p>	
<p>Makvandi S, Tadayon M., Abbaspour M. (2011). Effect of hyoscine-N-butyl bromide rectal suppository on labor progress in primigravid women: randomized doubleblind placebo-controlled clinical trial, in: Croat Med J. Apr 15;52(2):159-163.</p>	<p>Randomisierte doppelblinde Plazebo-kontrollierte klinische Studie (EL Ib) Intervention: 20mg Buscopan supp. zu Beginn der aktiven Geburt (MM 3-4 cm + moderater WT), KG erhält Plazebo Suppositorien</p> <p>Randomisierung und Verblindung nachvollziehbar beschreiben.</p> <p>Pos. Votum Ethikkommission</p>	<p>N= 130 Frauen, Aufnahme mit spontanem Geburtsbeginn Rekrutierung von Erstgebärenden mit low-risk nach Ein- und Ausschlusskriterienkat alog (u. a. BMX < 25, Oxytocinunterstützung , prol. BS). Randomisierung in IG (n=65) und KG (n=65)</p>	<p>Muttermundseröffnung wurde über (wie sonst auch üblich) 2 stündliche vag. Untersuchungen durch ein und dieselbe Person festgestellt.</p> <p>Es wurde eine Amniotomie durchgeführt sobald der fet. Kopf fest in BE stand.</p> <p><i>Outcome measures:</i> Länge der aktiven Geburtsphase und der AP Kindl. Outcome: Apgar nach 1' und 5' HT per Auskultation oder Doppler alle 15-30' Mütterl. Outcome: Puls und RR zu verschiedenen Zeitpunkten während und nach der Geburt</p> <p>Kontin. Variablen mit t-Test, χ^2-Test für kategorische Variablen, Fischer</p>	<p><i>Geburtslänge</i> Signifikanter Unterschied ($p= 0.001$). IG 2,3 Std ($\pm 2h 21min$) KG 3,8 Std. ($\pm 3h$). Auch die AP ist signifikant kürzer (38.8 ± 24.3 Min IG vs 51.7 ± 23.8 Min KG)</p> <p><i>MM-Eröffnungsgeschwindigkeit</i> Signifikanter Unterschied ($p < 0.001$) IG 2,6 cm/h KG 1,5 cm/h</p> <p><i>Kaiserschnitt</i> Kein signifikanter Unterschied ($p > 0.05$) 7,69 (IG) vs 9,23 (KG) Keine vag-op Geburten</p> <p><i>Fet. Outcome</i> Keine Unterschiede bei Apgar, HT-Rate, allen Kindern ging es gut</p> <p><i>Mütterl. Outcome</i> Keine Unterschiede bei Puls, RR. Frauen berichteten nicht von Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindel o. ä.</p> <p>Im Mittel wurde den Frauen bei einer MM-Weite von 3,83 – 3.88 cm das Buscopan verabreicht. Zu diesem Zeitpunkt war der Gebärmutterhals zu gut 60% verstrichen.</p> <p>Die Gruppen waren vom Alter. BMX, Gewichtszunahme in Sws und BS vergleichbar. In beiden Gruppen lag bei 38,5% ein vorzeitiger Blasensprung vor.</p>	<p>Es wurde allen Frauen Buscopan gegeben unabhängig vom Bedarf.</p> <p>Häufiges Auftreten eines vorz. BS Interessant wäre die MM-Weite bei Amniotomie gewesen und wie häufig eine Amniotomie überhaupt durchgeführt worden ist</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

			exact Test für Apgar		
<p>Maude, R.M. & Foureur, M.J. (2007): It's beyond water: stories of women's experience of using water for labour and birth. Women Birth 20(1):17-24.</p>	<p>Qualitativ QI (Einteilung nach Burns & Grove 2005) Wannenbad Einzelinterviews 4-21 Tage p.p.</p>	<p>5 Erst- und Mehrgebärende wurden interviewt</p>	<p>„Giorgi-style-method“</p>	<p>Wannenbad bietet Freude, Erlösung, Zufluchtsstätte. Gleichzeitig ist das Angebot ein Bad zu nehmen Ausdruck der Sorgfalt durch die Hebamme. Frauen fühlen sich durch das Wasser umgeben, aufgefangen und geschützt. Um diese Gefühle zu haben, ist es nicht notwendig das Kind auch im Wasser zu gebären. Wasser fördert Intimität und bildet Barrieren zu anderen. In der Wanne sind Positionswechsel leichter möglich und werden eher durchgeführt. Wanne bietet eher ein heimisches Gefühl als ein Kreißbett, weil vertrauter. Teilhabe an Auffüllung der Wanne (Antizipation des bevorstehenden Bades) führt bereits zu Entspannung.</p>	
<p>Mayerhofer, K., Bodner-Adler, B., Bodner, K., Rabl, M., Kaider, A., Wagenbichler, P., Joura, E.A. & Husslein, P. (2002): Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. J Reprod Med 47 (6):477-482.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Hände in Position ohne direkten Dammschutz</p>	<p>1.076 Erst- und Mehrgebärende Dammschutz n=574 Hände in Position ohne direkten Dammschutz n=502</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Rissverletzungen Episiotomierate</p>	<p>Dammschutzgruppe mehr DR III° (2,7% vs. 0,9%, p=0,05) Dammschutzgruppe mehr Episiotomien (17,9% vs. 10,1%, p=0,01)</p>	
<p>McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., Garcia, J., Renfrew, M. &</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Hände in Position ohne direkten Dammschutz</p>	<p>5.471 Erst- und Mehrgebärende <i>Dammschutzgruppe:</i> 2 Tage p.p. n=2.685 10 Tage p.p. n=2.669</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Perineales Schmerzerleben Episiotomie Dauer AP</p>	<p><i>Hände in Position – Gruppe:</i> Höheres Risiko für Manualhilfe bei Plazentalösung (RR 1,69 [99% KI 1,02 bis 2,78] p = 0,008) Weniger Schmerzen in den ersten 24 Std. p.p. als Dammschutzgruppe (Angabe 10 Tage p.p.) (RR 1,10 [95% KI 1,01 bis 1,18: absolute Differenz 3%' 0,5% bis</p>	<p>Hebammen erhielten vor Studie Schulung Befragung der Hebamme erfolgte, um deren Compliance zu prüfen (Hand an Damm?, Hand an kindlichem Kopf? etc.)</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Elbourne, D. (1998): A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. Br J Obstet Gynaecol 105(12):1262-1272.</p>	<p>3 Erhebungen: Frauen wurden 2 und 10Tage sowie 3 Monate p.p. nach Schmerzerleben befragt Zusätzlich Angaben der betreuenden Hebammen über das Befinden der Frauen 2 sowie 10 Tage p.p.</p>	<p>3 Monate p.p. n=2.519 <i>Hände in Position ohne direkten Dammschutz:</i> 2 Tage p.p. n=2.686 (Angaben von Hebammen zu 2.680 Frauen) 10 Tage p.p. n=2.647 (Angaben von Hebammen zu 2.684 Frauen) 3 Monate p.p. n=2.486</p>	<p>Blutverlust Schmerzhafter Geschlechtsverkehr (3 Monate p.p.) Probleme bei Urin- und Stuhlausscheidung Apgar Verlegungsrate Kind</p>	<p>5%] p = 0,02) Keine Unterschiede Dauer AP, mütterlicher. Blutverlust, Schmerzen 10 Tage und 3 Monate p.p., schmerzhafter Geschlechtsverkehr, Ausscheidung, kindliches Outcome</p>	<p>Auswertungsstrategie: Intention-to-treat Datenerhebung in 2 Einrichtungen, Datenauswertung erfolgte auch stratifiziert Kein Unterschied in den Gruppen hinsichtlich Parität, Geburtsmodi, Gebärposition, PDA, Art des Pressens</p>
<p>McCourt, C.; Page, L.; Hewison, J.; Vail, A. (1998): 'Evaluation of one-to-one Midwifery: Women's Responses to Care'. Birth 25(2):73-80</p>	<p>Kontrollstudie Fragebögen, Interviews, EL IIb</p>	<p>1403 Erst- und Mehrgebärende IG: 728 Frauen mit 1:1 Betreuung KG: 675 Frauen mit konventioneller Geburtsbegleitung</p>	<p>Qualitative und quantitative (deskriptive) Auswertung</p>	<p>Zufriedenheit (mit SS und Geburtsbetreuung) allgemein groß, aber Frauen in IG insg. mehr positive Antworten. Beide Gruppen bevorzugten eine Kontinuität des Betreuungspersonals, aber die Erwartungen in der IG waren größer (72% vs. 42%) Erfahrung von Wehen und Geburt: Insgesamt positivere Geburtserfahrung in der IG. Umfassende klinische Betreuung, Begleitung, Information und Fürsprache. Frauen IG berichteten weniger Interventionen, sahen diese aber kritischer Frauen der IG hatten mehr kontinuierliche Betreuung unter der Geburt (90% vs. 53%)</p>	
<p>McGrath, S.K.; Kennell, J. H. (2008): A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. Birth 35 (2): 92-97</p>	<p>RCT Einfluss der Betreuung durch eine Doula auf Sectiorate von Paaren aus der Mittelklasse EL Ib Universitätsklinik Ohio, 10/1988 -10/1992 Zustimmung Ethikkommission lag vor</p>	<p>420 Erstgebärende mit Begleitung des Partners, Entbindung durch Privatarzt IG: 224 Frauen mit zusätzlicher Doulabegleitung (unmittelbare körperliche Nähe, Berührung, Augenkontakt mit der Frau, Lehre,</p>	<p>- Sectiorate - EDA - Oxytocingebrauch -Geburtsdauer - Entbindungsmodus - Fieber unter der Geburt - Zufriedenheit 6 Wochen pp</p>	<p>Signifikant niedrigere Sectiorate in der IG als in der KG (13,4% vs. 25,0%; p= 0,002) Weniger EDAs in der IG (64,7% vs. 76,0%; p=0,008) Niedrigere Sectiorate in der IG bei Frauen mit Geburtseinleitung (12,5% vs58,8%; p= 0,007) In den Fragebögen bewerteten 100% aller Paare die Betreuung durch eine Doula als positiv</p>	<p>Im Cochrane-review enthalten. Hodnett (2011)</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>Doula kam kurz nach der Aufnahme, blieb während Wehen und Geburt. Betreuung schloss ein: enge körperliche Nähe, Berührung, Augenkontakt mit Entbindender, Anleitung, Beruhigung, Ermutigung der Frau und ihres Partners</p>	<p>Beruhigung und Ermutigung der Frau und ihres Partners)</p> <p>KG: Frauen nur mit Begleitung durch den Partner</p> <p>Fragebogen 24h, 6 Wochen pp, Demographische Informationen und Informationen Geburtsverlauf aus mütterl. und kindl. Akte</p>	<p>Zusammenfassung der demographische Merkmale mit deskriptiver Statistik (Frequenzen, Prozentrechnung, Mittel, Standardabweichungen)</p> <p>Statistische Analyse IG/KG: - Chi² Test - einfache Varianzanalyse</p>		
<p>McLachlan, H.; Forster, D.; Davey, M.; Farrell, T.; Gold, L.; Biro, M.; Albers, L.; Flood, M.; Oats, J.; Waldenström, U. (2012): Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. BJOG; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x</p>	<p>RCT</p> <p>EL Ib</p> <p>Untersuchung ob die Betreuung in einem Krankenhaus in Melbourne durch eine Hebamme als Primärversorger während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Vergleich zur Standardbetreuung zu einer Verringerung der Sectorate führt</p>	<p>2314 low risk Schwangere (sprachen, schreiben, lesen englisch; < 24 SSW bei Randomisierung, Einling, Low Risk, kein vorangegangener Kaiserschnitt; Für Frauen außerhalb der Studie gab es nicht die Möglichkeit der Betreuung im Caseload Modell) Randomisierung nach schriftlicher Zustimmung per telefonrandomisierung, Stratifiziert nach Parität) Geburtshilfliche und medizinische Outcomes wurden direkt aus der geburtshilflichen Datenbank genommen (blind für die Gruppenzugehörigkeit, wenn dies nicht</p>	<p><i>Primär</i> Sectio</p> <p><i>Sekundär</i> Instrumentelle vaginale Entbindungen, Analgesien, Geburtsverletzung, Geburtseinleitung, Aufnahme des Neugeborenen in die Kinderklinik, Schwangerschaftswoc he, Apgar – Score, Geburtsgewicht</p> <p>Intention to treat Chi² Test Risk ratio (RR) Confidenzintervall Student-t Test Mann- Whiney-U Test</p>	<p><i>Intervention exposure</i> Cm: Mittel 4.1 Treffen mit Primärhebamme, 98,7% sahen ihre Hebamme zumindest einmal, Im Mittel 1.8 Treffen mit den Vertretungshebammen, 84, 7% sahen diese zumindest einmal. Unter der Geburt wurden 89% von der Primärhebamme oder ihrer Vertretung betreut</p> <p><i>Kaiserschnitt</i> Frauen mit caseload Betreuung hatten seltener einen Kaiserschnitt verglichen mit Frauen in der Standardbetreuung (19,4% vs. 24,9%; RR 0.78; 95% CI 0.67-0.91; p= 0.001. Adjustierung nach Art des Einkommens und Ausbildung ergaben keinen Umnterschied</p> <p><i>Andere Outcomes</i> Frauen in der Caseload Betreuung hatten häufiger: Spontane vaginale Geburten. Am deutlichsten bei Erstgebärenden (51,8% vs. 41, 5%; RR 1.25; 95% CI 1.12-1.39; P< 0.001) Reduktion der ungeplanten Kaiserschnitte Es gab keinen Unterschied bezüglich vaginal operativer Geburten, Dammverletzungen dritten und vierten Grades, Anteil der Frauen mit Einleitung, Schwangerschaftsdauer, Geburt < 37 SSW, dem geschätzten Blutverlust oder einer Blutung pp. Es gab keine mütterlichen Todesfälle. Episiotomien waren in der Caseload Gruppe seltener</p>	<p>Im Unterschied zum Cochranereview (Hatem 2009) Einfluss auf Sectorate, signifikant, darum kann man nicht sagen dass Betreuungskontinuität keinen Einfluss auf die Sectorate hat, Sekundäroutcomes konsistent mit Review. Relativ hoher Anteil Erstgebärender (70% in beiden Armen)</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		<p>möglich unblinded aus der Patientenakte) 1156 randomisiert in Caseload Betreuung (eine Hebamme als Primärversorger während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, mit einer ,backup, Betreuung durch eine Hebamme im Krankheitsfall, Urlaub, Arbeitszeit > 12h in 24h, zwei Geburten parallel) 1158 in Standardbetreuung (Hebammenbetreuung oder obstetric trainee Betreuung mit variierenden Graden der Betreuungskontinuität oder durch einen kommunalen)Allgemeinarzt Der demographische Hintergrund der Frauen war ähnlich in beiden Gruppen, außer einem leichten Unterschied bezüglich des Haupteinkommens durch staatliche Unterstützung (3,7% caseload care, 5,9% Standardbetreuung, degree/diploma (77,5% caseload midwifery, 74,0 Standardbetreuung) Es gab keinen Unterschied in der Schwangerschaftswoc</p>		<p>(23.1% vs. 29.4%; RR 0.79; 95% CI 0.67-0.92; P= 0.003) Die PDA Rate war in der Caseload Gruppe geringer (30.5% vs. 34.6%; 0.88; 95% CI 0.79-0.996; P=0.04)</p> <p>9 Frauen caseload vs 3 Frauen standard wurden pp auf Intensivstation verlegt (1x Chorionamnionitis und Atonie, 1x Eklampsie, 1x Präeklampsie, 4x Atonie, 1x mütterliche kardiale auffälligkeiten, 2x Verdacht auf Pneumonie; Standard = 2x Atonie, 1X Krampfanfall als Folge eine Hyponatriämie</p> <p>Durchschnittliche Dauer des Aufenthalts pp 55.4 Stunden in der Caseload Gruppe und 60.5% in der Standardgruppe; nur Spontan c= 49.8 Stunden und 53.5% Standardbetreuung, Kein Unterschied bei Frauen mit Kaiserschnitt. Kinder von Frauen in der Caseload Betreuung wurden seltener auf eine Intensivstation verlegt (4% vs. 6,4%; RR 0.63; 95% CI 0.44-0.90; P= 0.01) Keine kindlichen Outcomes sprachen für die Standardbetreuung</p>	
--	--	--	--	--	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		he bei Betreuungsbeginn			
<p>McNiven P. S., Williams J. I., Hodnett E., Kaufman K., Hannah M. E. (1998). An Early Labor Assessment Program: A Randomized, Controlled Trial, in: Birth 25:1 March, pp 5-10.</p>	<p>Randomisierte Kontrollierte Studie</p> <p>EL: Ia</p> <p><i>Early Labor Assessment ELA</i> : Normales Assessment von Mutter, Fetus und Geburtsstatus. Einordnung in aktive Eröffnungsphase bei: regelmäßigen, schmerzhaften Wehen und einer Muttermundweite von mehr als 3 cm. Frauen, die nicht in der aktiven Phase waren wurden ermutigt, unterstützt und es wurde ihnen zu einem Spaziergang geraten oder noch mal nach Hause zu fahren. Die Frauen wurden über Geburtsstatus und weitere Möglichkeiten intensiv aufgeklärt und beraten. Bei uneindeutiger Geburtsphase Re-assessment nach einigen Stunden Aufenthalt in der Aufnahmeabteilung. Alle Frauen dieser Gruppe wurden erst dann in den Kreißsaal weitergeleitet, wenn sie in der aktiven EP angelangt waren. Die Frauen der Kontrollgruppe</p>	<p>209 Low-risk Frauen, Einschlusskriterien, Aufklärung zur Studie und Einwilligungserklärung wurden vorgenommen, wenn Frauen zur Geburt in der Aufnahmeabteilung erschienen.</p> <p><i>Aufnahmekriterien:</i> Erstgebärend, ≥ 37. SSW, Low-risk laut Hausarzt (nach Ontario antenatal record), spontaner Geburtsbeginn.</p> <p>Frauen wurden zufällig entweder der „ELA“ Gruppe (IG) oder direkt dem Kreißsaal (KG) zugewiesen. Die Zuweisung verlief über verschlossene Briefumschläge, die außen die ID-Nummer trugen und innen die Gruppenzuweisung.</p> <p>IG: n= 105 KG: n= 104</p>	<p>ITT</p> <p>Sectio</p> <p>Amniotomie</p> <p>Anästhesie/Analgesie</p> <p>Episiotomien</p> <p>Vag.-op. Geburt</p> <p>Länge der Geburt</p> <p>Länge des Aufenthaltes im Kreißsaal und Wochenbettstation</p> <p>Wehenmittel Gabe</p> <p>Apgar (1',5')</p> <p>Patientenzufriedenheit mit Labor Agency Scale und Fragebogen</p>	<p>Gruppenmerkmale wie Alter, Versicherungsstatus usw. waren vergleichbar.</p> <p><i>ELA-Gruppe (IG):</i> 20% innerhalb einer Std. in den Kreißsaal weitergeleitet, 18% wieder nach Hause entlassen, 62% hielten sich für 1 - 4 Std. in der Aufnahmeabteilung auf</p> <p>Aufenthaltsdauer im Kreißsaal durchschnittlich 5,20 Std. kürzer (95% -7,06 -3,34)</p> <p>Verbrachte Geburtszeit zu Hause länger (10,3 vs. 7,0; $p= 0,004$)</p> <p>Weniger häufig: Oxytocinunterstützung (OR 0,45 [95% KI 0,25-0,80]), Analgesie / Anästhesie (OR 0,36 [95% KI 0,16-0,78]), stärkeres Kontrollgefühl (Diff im gew. Mittel=16 [95% KI 7,52, 24,48]), Geburtserfahrung insgesamt tendenziell positiver bewertet (z. B. „dislike nothing“ 76,7% vs. 67,3%, $p=0,152$)</p> <p>AP=76; in KG AP=95,0 (mean) lang ($p= 0,045$)</p> <p><i>Kontrollgruppe:</i> 16% wieder nach Hause entlassen, weil die Geburt nicht begonnen hatte</p> <p>In der Klinik verbrachte Geburtszeit länger (13,5 vs. 8,3; $p= 0,001$),</p> <p><i>Keine signifikanten Unterschiede:</i> Sectio ($p= 0,45$), vag.-op. Geburten (Forceps: $p= 0,793$; VE: $p=0,041$), Amniotomie ($p= 0,368$), kindliches Outcome</p> <p>Zahlenmäßig liegt jedoch bei allen Interventionen die KG höher.</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	wurden direkt nach der Aufnahme weiter in den Kreißsaal geleitet.				
Melender, H. L. (2006): What constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women. J Midwifery womens Health 51: 331-339	<p>Qualitativ</p> <p>Teilstrukturierte Interviews</p> <p>QI (Einteilung nach Burns& Grove 2005)</p> <p>Erwartung der Frauen an eine gute Geburt</p>	<p>24 Schwangere , zwischen 19-45 Jahren, finnisch als Muttersprache, zwischen der 10. Und 40. SSW, rekrutiert während :</p> <p>a)Routineschwangere nvsorge in der Klinik (eine in der Stadt, eine ländlich) - 15 Frauen</p> <p>b) Frauen die einen stationären Aufenthalt in der SS hatten (entweder in einer Universitätsklinik oder einer kleineren Klinik) - 9 Frauen</p> <p>12 Erstgebärende 12 Mehrgebärende</p>	<p>Inhaltsanalyse teilstrukturierter Interviews</p>	<p>Für eine subjektiv gute Geburt erwarteten die Frauen eine entspannte(unhurried) Atmosphäre, Normalität, eine akzeptable Geburtsdauer, Sicherheit und ein Kontrollgefühl</p> <p>Die Anwesenheit einer unterstützenden Person wurde als sehr wichtig erachtet, ohne dass konkrete Aktionen erwartet wurden.</p> <p>Bezüglich des Personals hoher Gesprächsbedarf der Schwangeren. Dies betraf die Kategorien:</p> <p>a) persönliche Eigenschaften des Personals (qualifiziert, vertrauenswürdig, nett, einfühlsam, schützend)</p> <p>b) Einstellung des Personals zur Entbindenden (Willkommen sein der Frau, klientenorientierter Ansatz - zuhören, ernstgenommen werden)</p> <p>c) Art des Personals zu handeln. Bestmögliche Präsenz des Personals wurde von einem Großteil der Frauen als wichtig gesehen. Andere wünschten dies nicht.</p> <p>Die räumliche Ausstattung war für die meisten Frauen, irrelevant, nur einige hatten konkrete Vorstellungen.</p>	<p>Ethikkommission?</p>
Melzack, R., Bélanger, E., Lacroix, R. (1991): Labor Pain: Effect of Maternal Position on Front and Back Pain. In: Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 6, No. 8, November 1991	<p>Randomisiert-kontrollierte Crossover-Studie</p> <p>EL: lb</p> <p>Kein Hinweis auf Zustimmung einer Ethikkommission</p> <p>Informierte</p>	<p>60 Frauen</p> <p><i>Einschlusskriterien:</i> 18-39 Jahre, Muttermund 2-5cm</p>	<p>Erfassen der Schmerzscores in der frühen EP (MM 2-5cm) bei vertikaler (Sitzen im Bett, Stehen) und horizontaler Position (Seitenlage, Rückenlage)</p> <p><i>Erfassen von drei Schmerzlokalisationen</i> Wehenschmerz</p>	<p>Alle Frauen (n=60) hatten abdominale und 47 Frauen hatten zudem Rückenschmerzen während der Wehe.</p> <p>Die Mittleren Schmerzscores für den abdominalen Schmerz lagen bei 2,5 und beim Rückenschmerz bei 2,3. (Werte liegen zwischen 2= discomforting und 3= distressing).</p> <p>Signifikant mehr Frauen gaben an, dass sie in vertikaler Position weniger Schmerzen verspüren,</p> <p>Mehr Frauen erleben eine Erleichterung bei den</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>Einwilligung der Frauen erfolgte während der Aufnahme zur Geburt bei entsprechendem Befund</p>		<p>Abdomen Wehenschmerz Rücken kontinuierlicher Rückenschmerz</p> <p>Gruppe I: Beginn mit 20 Min. horizontale Position gefolgt von 20 Min. vertikaler Position</p> <p>Gruppe II: Beginn mit vertikaler Position, Wechsel in horizontale Position nach 20 Min.</p> <p>Insgesamt drei Wechsel</p> <p>Schmerzepfinden (Rückenschmerzen und abdominale Schmerzen während der Wehe und kontinuierlich) mittels Present Pain Intensity (PPI) und Visual Analogue Scale (VAS) jeweils am Ende der 20 Minuten Periode.</p> <p>Frauen wurden befragt bevor sie irgendeine Form der Analgesie erhielten.</p>	<p>Rückenschmerzen.</p> <p>Set 1 (60 Frauen): durchschnittliche Abnahme des abdominalen Schmerzes unter der Wehe um 62%, des Rückenschmerzes unter der Wehe um 75%, des kontinuierlichen Rückenschmerzes um 83%.</p> <p>Set 2 (32 Frauen): Reduktion des abdominalen Schmerzes unter der Wehe um 65%, des Rückenschmerzes unter der Wehe um 80%, des kontinuierlichen Schmerzes um 83%.</p> <p>Set 3: nur noch 13 Frauen, daher keine Auswertung</p>	
<p>Michel, S. C.A., Rake, A., Treiber, K., Seifert, B., Chaoui, R., Huch, R., Marincek, B., Kubik-Huch, R. A. (2002): MR Obstetric Pelvimetry: Effect of Birthing Position on Pelvic</p>	<p>Messung von verschiedenen Beckendurchmessern im MRT: Vergleich von Rückenlage mit Hocken und Vierfüßler</p>	<p>35 nicht-schwangere Frauen (25 Nullipara, 10 Erst- oder Multipara)</p>	<p>Beckenmaße</p>	<p>Generell sorgten die aufrechten Positionen für eine signifikante Vergrößerung der Beckendurchmesser. Lediglich die conjugata vera verringerte sich im Hocken gegenüber in Rückenlage.</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Bony Dimension. In: American Roentgen Ray Society</p>					
<p>Mills, G.H.; Singh, D.; Longan, M.; O'Sullivan, J.O.; Caunt, J.A. (1996): Nitrous oxide exposure on the labour ward. In: International Journal of Obstetrics Anesthesia, Vol. 5: 160-164</p>	<p>Messung der Belastung von Hebammen durch Lachgas (Entonox)</p> <p>Zustimmung der örtlichen Ethikkommission</p>	<p>Insgesamt 242 Samples an zwei Kliniken im Bezug auf eine Schicht</p>	<p>Durchschnittliche Belastung durch Lachgas insgesamt</p> <p>Belastung durch Lachgas von Hebammen, die in Räumen tätig waren, wo kein Lachgas angewendet wurde</p> <p>Vergleich der beiden Kliniken</p> <p>Relation zwischen Lachgasbelastung und tatsächlicher Anwendungsdauer von Lachgas</p> <p>Abhängigkeit der Belastung von der Tageszeit</p>	<p>Durchschnittliche Belastung (242 Samples) betrug 86 ppm (Mittelwert 23 ppm); 57 Samples (24%) gaben Belastungen von mehr als 100 ppm an</p> <p>Hebammen (111), die bestätigten, nicht in Räumen tätig gewesen zu sein, wo Entonox gebraucht wurde, waren im Durchschnitt 22 ppm ausgesetzt; bei 4 betrug die Belastung mehr als 100 ppm</p> <p>Vergleich der beiden Kliniken: signifikanter Unterschied im Bezug auf die Belastung feststellbar; wird damit begründet, dass sich die PDA-Raten signifikant unterscheiden und somit auch Lachgas in einer der Klinik seltener angewendet wird</p> <p>Korrelation zw. Belastung und Dauer der Inhalation: Klinik 1: $r=0.55$ ($p<0.001$, 95% CI 0.41-0.67) Klinik 2: $r=0.49$ ($p<0.001$, 95% CI 0.32-0.62)</p> <p>Abhängigkeit von der Tageszeit: Signifikante Unterschiede: Klinik 1: Frühschicht 160ppm, Spätschicht 166 ppm, Nachtschicht: 41 ppm (jeweils Durchschnittswerte, $p<0.03$) Klinik 2: Frühschicht 20 ppm, Spätschicht 61 ppm, Nachtschicht 52 ppm (Durchschnittswerte, $p<0.007$)</p>	<p>Es wird auf die Problematik hingewiesen, dass nicht nur die Räume belastet sind, in denen Entonox tatsächlich angewendet wurde</p> <p>Höhere Belastung durch Lachgas in der Klinik, in der die PDA-Rate geringer ist</p> <p>Dass die gemessene Belastung nur geringfügig mit der tatsächlichen Anwendungsdauer korreliert wird auf unterschiedlich funktionierende Belüftungssysteme zurückgeführt und darauf, dass die Räume schon vor der tatsächlichen Anwendung belastet sind</p>
<p>Mires G, Williams F, Howie P (2001). Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. In: British Medical Journal, 322:16</p>	<p>RCT, EL Ib</p> <p>IG: Auskultation per Doppler bei Aufnahme für min. eine Wehe während und danach</p> <p>KG: 20 minütiges Aufnahme-CTG</p> <p>Interpretationsweise wird nicht beschrieben. Weiteres Vorgehen nach der Aufnahme</p>	<p>N=3.751 Frauen</p> <p>Einschlusskriterien: Keine geburtshilflichen Komplikationen (Präeklampsie, Hypertonie, Diabetes, Retardierung, Blutung, Mehrlinge, zd. N. Sectio, BEL u.w.)</p>	<p><i>Primäres Outcome:</i> Metabolische Azidose ($pH <7.20$, BE $>8\text{mmol/l}$)</p> <p><i>Sekundäre Outcomes:</i> Neonatales Outcome Medizinische Interventionen</p> <p>ITT, Subgruppenanalyse der Frauen, die keine Komplikationen zwischen</p>	<p>ITT-Analyse</p> <p><i>Primäres Outcome:</i> Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Metabolische Azidose</p> <p><i>Sekundäre Outcomes:</i> Signifikant häufiger kontinuierliche CTG-Kontrollen, PDA und operativer Geburtsmodus in der KG</p> <p>Subgruppenanalyse</p> <p><i>Primäres Outcome:</i> Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Metabolische Azidose</p>	<p>Samplegröße reicht für definitive Aussagen in allen Bereichen nicht aus.</p> <p>Es bleibt ungeklärt: Welche Art der Herztonüberwachung nach der Aufnahme durchgeführt wird</p> <p>Auswertungsschema</p> <p>Autoren beschreiben die Problematik der Auswertung von CTGs. Schon leichte Dezelerationen und mögliche Veränderungen in der Variabilität der Frequenz führten zu kontinuierlichen Kontrollen und allen</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>June: 14571462</p>	<p>wird nicht beschrieben</p> <p>Informierte Einwilligung und Randomisierung beim Anamnesegespräch im 3. Trimester in der Klinik</p> <p>Ethikkommission nicht beschrieben Primäre Powerkalkulation (klinisch relevanter Unterschied von 3% - basierend auf Unterschied von 6% in Pilotstudie - mit 90% Power und 5% igen Signifikanzlevel) wurde im Forschungsprozess, wg. Rekrutierungsproblemen verändert (klin. rel. Unterschied von 4% mit 80% Power und 5% Signifikanzniveau)</p>		<p>Randomisierung und stat. Ausnahme entwickelt hatten, also low risk bei Aufnahme waren.</p>	<p><i>Sekundäre Outcomes:</i> Signifikant häufiger kontinuierliche CTG-Kontrollen, Oxytocin-Einsatz, PDA und operativer Geburtsmodus in der KG</p> <p>Bei 3,6% der low-risk Frauen in der IG wurden suspekte oder pathologische Herzfrequenzmuster festgestellt. In der CTG-Gruppe wurde dies in 21,5% der Fälle festgestellt ($p < 0.0001$).</p> <p>In der Auskultationsgruppe wurden v. a. Bradycardien und Dezelerationen genannt. In der CTG-Gruppe Dezelerationen und reduzierte Variabilität.</p> <p><i>Kontinuierliche CTG-Kontrolle</i> Von 1186 Frauen der KG erhielten 672 (57%) eine während der Geburt. In der IG waren es 551 von 1178 Frauen (47%). <i>Oxytocin</i> IG= 17,2%, KG 21% <i>Amniotomie</i> IG 52%, KG 54% <i>Vag.-op. Geburt</i> IG 21%, KG 26,4%</p> <p>Die Zahlen zeichnen das Bild einer medizinisch orientierten Geburtshilfe, wahrscheinlich nach dem active management of labour</p>	<p>weiteren Interventionen. Frage nach einheitlichem Vorgehen und Erfahrung mit dem Vorgehen von CTG-Aufschriften.</p> <p>Eine Erhöhung vag-operativer Geburten um 5% (absolut) muss dennoch aufhorchen lassen, da sie Auswirkungen auf die Morbidität und das Wohlbefinden von Frauen hat. Keine Verblindung möglich. Einfluss der Intervention auf die Hebammenbetreuung insgesamt möglich.</p>
<p>Mitchell K. (2008). The effects of the labour electronic fetal monitoring admission test on operative delivery in low-risk women: a RCT. In: Evidence Based Midwifery; 6(1): 18-26</p> <p>Nur Abstract</p>	<p>RCT EL Ib</p> <p>KG: intermittierende Auskultation</p> <p>IG: Aufnahme-CTG in unterschiedlicher Länge</p>	<p>N= 582 low risk Gebärende</p>	<p><i>Primäres Outcome:</i> Operativer Geburtsmodus</p>	<p><i>Primäres Outcome:</i> IG: 84/298 Frauen (28%) KG: 71/284 Frauen (25%) 3% Reduktion an operat. Geburten bei CTG bis 1 Std. und Steigerung um 23% bei CTG über 1 Std. Diese Subgruppen wurden nicht randomisiert erreicht, sondern resultieren aus dem Screeningeffekt des CTG.</p>	<p>Viele Unbekannte Aspekte. Ein- und Ausschlusskriterien, Auswertungsschema, Auskultationsschema, Vorgehen bei auffälliger Auskultation etc.</p> <p>Journal nicht erhältlich.</p>
<p>Moen, V., Brudin, L., Rundgren, M., Irestedt, L. (2009). Hyponatremia complicating</p>	<p>Prospective Beobachtungsstudie IIIb</p> <p>Keine Intervention. Die</p>	<p>N=287 Teilnehmerinnen (125 nullipara, 162 Multipara), Kontrollgruppe besteht</p>	<p>Ein Abfall der mittleren Natrium Konzentration um 5 mmol/L während der Geburt wurde als signifikant angesetzt.</p>	<p>2/3 aller Flüssigkeiten wurden oral aufgenommen . 21 Frauen entwickelten eine Hyponatriämie (≤ 130 mmol/L). Eine Reduzierung der Natriumwerte korrelierte signifikant mit Geburtsdauer und dem Gesamtvolumen</p>	

<p>labour – rare or unrecognised? A Prospective Observational Study. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 116 (4), pp. 552-561</p>	<p>Frauen durften, wie in Schweden üblich, während der Geburt nach Bedarf klare Flüssigkeiten trinken. Essen wurde nicht angeboten. Oxytocin wurde in 5%-Glucoselösung iv verabreicht. 5%-Glucose konnte auf anweisung eines Gynäkologen verabreicht werden. Vor einer PDA (und während Sectio zusammen mit Ephedrine) wurde Ringer acetat Lösung (500-1000 ml) gegeben. Blutproben wurden bei der Aufnahme und möglichst schnell nach der Geburt entnommen. Extrablutprobe vor Not-Sectio. Nabelschnurblut aus der abgeklemmten Nabelschnur. Postpartale Daten von Kindern mit sign. Fehlbildungen oder Erkrankungen, Mekoniumaspiration und Sepsis wurden aus der Analyse ausgeschlossen</p>	<p>aus 13 primären Sectiones</p> <p>Es wurden im Zeitraum von 01-06/2007 wurden alle Frauen in Geburtsvorbereitungskursen über die Studie informiert. Eingeschlossen wurden alle Frauen, die ihre Geburt mit 37 SSW begonnen haben. Ausschlusskriterium: nicht gewünschte Teilnahme der Frau</p>	<p>Gruppenunterschiede mit Mann-Whitney U Test (2 Gruppen) oder Kruskal-Wallis (> 2 Gruppen). Beziehung zwischen zwei Variablen mit Spearman´s Rank Korrelation. Nominale Variablen mit Chi-Quadrat oder Fisher´s exact Test. Hyponatriämie adjustiert nach Parität, Alter, BMI, iv-Flüssigkeitsvolumen, PDA, Oxytocin.</p>	<p>Flüssigkeitszufuhr.</p> <p>Die multivariate Regr. ergab eine Korrelation von Hyponatriämia mit verabreichten Gesamtvolumen jedoch nicht mit PDA und Oxytocin Administration.</p> <p>Die Reduzierung der Natrium Konzentration war größer bei Frauen nach vaginal-operativer oder operativer Geburtsbeendigung (wegen Geburtsstillstand) als bei Spontangeburt.</p> <p>Die Werte im Nabelschnurblut (art.) korrelierten mit den mütterl. Werten (p.p.) lagen aber höher als die mütterl. Werte aller Gruppen.</p> <p>Je mehr Flüssigkeit Frauen zu sich genommen hatten desto stärker viel die Hyponatriämie aus. (3 Gruppen, <1000 ml, 1000-2500 ml, >2500 ml)(p<0.001)</p>	
<p>Morison, S.; Hauck, Y.; Percival, P.; McMurray, A. (1998): Constructing a home birth</p>	<p>qualitative Studie</p> <p>Q1 (Einteilung nach Burns & Grove 2005)</p> <p>Erfahrungen von</p>	<p>10 teilstrukturierte Interviews mit Paaren die in den vergangenen 2 Jahren eine Hausgeburt hatten, 3 Videos von Hausgeburten.</p>	<p>Phänomenologische Feldstudie,</p>	<p>a)Die räumliche Umgebung vorbereiten</p> <p>Eltern konzentrierten sich nicht auf Objekte (Wanne, besonderes Equipment), sondern auf die Umgebung und eine angenehme Atmosphäre (Luft, Licht, Temperatur).</p> <p>Fokus nicht auf der Einrichtung, sondern der Gebärenden und dem Geburtsprozess. Insgesamt</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>environment through assuming control. Midwifery 14:233-241</p>	<p>Paaren die eine Hausgeburt (in Australien) hatten</p>	<p>4 Paare hatten eine Hausgeburt erlebt, 6 hatten zwei oder mehr Hausgeburten</p>		<p>wurde ein größerer Fokus auf die soziale Umgebung, nicht die räumliche Umgebung gelegt. Die schloss das Einbeziehen anderer Personen mit ein. Insbesondere Geschwisterkinder und Großeltern</p> <p><i>b)Wunsch nach Kontrollgefühl: (intern, extern)</i> Wurde bei Eltern meist von vorangegangenen negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem beeinflusst. Beinhaltete auch das bereits erwähnte schaffen einer angenehmen Geburtsumgebung. Diese ermöglichte es den Eltern ungehemmt zu sein. Personen die bei der Geburt anwesend waren, waren von den Eltern gewünscht. Verantwortung übernehmen für die eigene körperliche und geistige Gesundheit. Unterschiedliche Komponente für Mütter und Väter.</p>	
<p>N</p>					
<p>Nasir, A., Korejo, R. & Noorani, K.J. (2007): Child birth in squatting position. J Pak Med Assoc 57(1):19-22.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: lb Hockende Position vs. Rückenlage</p>	<p>200 Erst- und Mehrgebärende 100 Frauen in hockender Position 100 Frauen in Rückenlage</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Episiotomie Rissverletzung nach Episiotomie Paraurtherale Rissverletzung DRII°/ III° Schulterdystokie Blutungen</p>	<p><i>Rückenlage:</i> Häufiger Dammriss bei Episiotomie (p=0,007) Häufiger DRII°/ III° (p=0,002) Kein Unterschied bei Blutungen, Episiotomieraten, Paraurtheralen Rissverletzungen, Schulterdystokien</p>	<p>Nur Chiquadratbasierte Unabhängigkeitstests ohne Adjustierung</p>
<p>Neuhaus W., Scharkus S., Hamm W., Bolte A. (1994). Prenatal expectations and fears in pregnant women. In: Journal of Perinatal Medicine, 22: 409-414.</p>	<p>Kohortenstudie (EL Erhebung per Fragebögen vor und nach der Geburt</p>	<p>Alle Frauen im dritten Trimester, die sich in der Universitätsklinik Köln zur Geburt angemeldet haben. N= 122, davon 70 Erstgebärende. Keine weitere Stichprobenbeschreibung.</p>	<p>Fragen nach: Erwartungen und Anforderungen an das geburtshilfliche Team Erwartungen der Frau an sich selbst und den Parten Ängste vor der Geburt Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis</p> <p>Keine Beschreibung der Instrumente mit</p>	<p><i>Erwartungen in der Schwangerschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Natürliche Geburt 96% - Partner bei der Geburt 93% - Recht auf Beteiligung an Entscheidung über Geburtseinleitung >80% - Rooming- in 75% - Stillen 66% - Geburt auf dem Bett 50,8% - Keine Schmerzmedikamente 23% - Ambulante Geburt 19% - Geburtshocker 16% - keine Geburtseinleitenden Medikamente 12% <p>Generell wünschten sich die Frauen eine kontinuierliche Betreuung (dauernde Anwesenheit)</p>	<p>Großer Selektionsbias. Frauen die sich in einer Uniklinik zur Geburt anmelden könnten mehr medizinische und technische Sicherheit wünschen als Frauen die kleine Kliniken oder Kliniken mit „anderem Ruf“. Auffällig sind der wenig häufig geäußerte Wunsch nach Stillen und Rooming-in. Die Studie wurde Anfang der 1990er Jahre durchgeführt.</p>

			<p>denen beispielsweise Angst oder Zufriedenheit gemessen werden.</p>	<p>während der Geburt durch das geburtshilfliche Team und Überwachung und Instruktionen. Zugleich soll die eigene und die Gesundheit des Kindes gesichert sein. Die 23% Frauen, die sich auf jeden Fall eine Geburt ohne Schmerzmedikamente wünschten, waren an dem Einsatz alternativer Mittel zur Schmerzreduzierung interessiert (Atmungs- und Entspannungstechniken). Nur eine Frau wünschte Akupunktur. 80% der Frauen wünschten sich an den Entscheidungen beteiligt zu werden. Die meisten Frauen erwarten, dass ihr Partner ihnen emotionelle und aktive Unterstützung bietet. Sie äußern den Wunsch nach Geburt als ein gemeinsames Erlebnis und dass die Väter möglichst bald nach der Geburt Kontakt zu ihrem Kind haben können.</p> <p>Angegeben wird, dass Frauen nur moderate Angst vor der Geburt (Schmerz, Erschöpfung, Episiotomie) äußern. Die größte Sorge gilt der Unversehrtheit und Gesundheit des Kindes. Fragen nach abstrakten Ängsten z. B. vor Hilflosigkeit, Kontrollverlust oder missverstanden zu werden wurden von der Mehrheit der Frauen dementiert (denied), doch ca. 25% sprachen von Angst vor Abhängigkeit und Versagen.</p> <p><i>Postpartale Daten</i> 18% Einleitung 90% Geburt zwischen 38. und 41. SSW 9.8% ambulante Geburt 77% Spontangeburt 13,9% Sectio 9% vag-op Geburt 2.5% Hocker (einige Frauen haben sich p.p. beschwert, dass ihnen der Hocker nicht angeboten worden ist) 44,3% Analgetika 36 Frauen erhielten PDA 11,5% durchgängig Tag-Nacht Rooming-in 103 Frauen stillten ihre Kinder zum Teil oder voll. 77,8% äußerten in irgendeiner Form Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis 20,5% waren enttäuscht häufig weil der Geburtsverlauf fundamental von ihren Erwartungen abwich (protrahierte Geburt, sehr schmerzhaft Geburt, operative Geburt) Erstgebärende waren nach der Geburt häufiger (26,5%) als Mehrgebärende (13,5%) enttäuscht.</p>	
--	--	--	---	--	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				Die vag-operative Geburt korrelierte signifikant ($p < 0.005$) mit dem Gefühl der Enttäuschung mit dem Geburtserlebnis.	
Newburn, M. (2012): The best of both worlds – Parents' motivations for using an alongside birth centre from an ethnographic study. Midwifery 28.: 61-66	Qualitative Studie, Q2 (Einteilung nach Burns & Grove 2005) Teil einer ethnographischen Studie um die Betreuungsumgebung und die Betreuungsphilosophie in Geburtshaus (Großbritannien) aus Sicht der Eltern und der Betreuenden zu untersuchen.	11 Interviews mit Eltern nach der Geburt (4 mit Frauen, 7 mit beiden Elternteilen), 11 Interviews mit den Betreuenden, Autorin verbrachte 114 Stunden im Geburtshaus (der Klinik angeschlossenen, 5 Geburtsräume, eine Etage unter dem üblichen Kreißaal, eigenes Personal)	Tiefeninterviews, Feldnotizen Grounded Theory	<i>a) Eine andere Art von Raum schaffen:</i> Betreuende wollten physikalische Umgebung schaffen die anders aussah, sich anders anfühlte und anders benutzt wird als üblicher Kreißaal. Inneneinrichtung, Bewegungsfreiheit haben hohen Stellenwert. Ziel: nicht beängstigender, komfortabler Raum für ungestörte, physiologische Geburt. Der Raum `gehörte` von Aufnahme bis Entlassung der Familie. Einrichtung einladend für Begleitpersonen, um sie einzubeziehen <i>b) Gründe der Frauen sich für das Geburtshaus zu entscheiden</i> Sicht auf Geburt als natürlicher Prozess, Das komfortable, beruhigende und ansprechende Aussehen des Geburtshauses, die Möglichkeit für den Partner auch nach der Geburt zu bleiben, Privatsphäre, Möglichkeit der Geburtsbetreuung durch eine bereits bekannte Hebamme, ganzheitliches Konzept, Gefühl von Sicherheit und Vertrauen insbesondere durch die räumliche Nähe zum Kreißaal. Das Beste aus beiden Welten.	
Newburn, M.; Singh, D. (2003): Creating a Better Birth Environment. Women's views about the design and facilities in maternity units: a national survey. The National Childbirth Trust 2003	Befragung des NCT zur Zufriedenheit, den Bedürfnissen der Mütter mit bezüglich des Designs und der Einrichtung in Geburtsumgebungen	1944 Mütter aus England, Wales, Schottland, Nordirland Zwischen 01-03 2003 selbstauszufüllendes Survey mit Multiplechoice und offene Fragen Teilnehmer konnten Frauen die in den letzten fünf Jahren spontan geboren hatten oder einen sekundären Kaiserschnitt hatten. 2/3 innerhalb der	Häufigkeiten Wichtige Aspekte der Raumumgebung für die Frauen Unterschied für ihre Geburtserfahrung durch Raumumgebung Gefühl diese kontrollieren zu können Unterschiede in verschiedenen Settings (Klinik, hebammengeleitete Einrichtung (MLU),	<i>Wie wichtig ist die Geburtsumgebung</i> 94% glaubten das die räumliche Umgebung beeinflusste wie leicht oder schwer eine Geburt sei. 48% stimmten zu dass die Geburtsumgebung einen Unterschied machte. Frauen gingen davon aus das eine positive Umgebung ein positives Outcome durch größere Entspannung der Mutter zur Folge hatte. Im Gegenzug: negative Umgebung zu größerem Stress und negativen Geburtsoutcomes. 6% sahen keinen Zusammenhang, Schwerpunkt in der Betreuung durch das Personal. Die Priorität für einzelne Geburtsphasen unterschiedlich stark bewertet (EP höher, AP egal) <i>Was hat eine Bedeutung</i> Frauen bewerteten 25 Items Frauen wünschten Zugang zu einzelnen Aspekten sauberer Raum mit integrierter Toilette, Raum um sich frei zu bewegen und Kontrolle über Einrichtungsaspekte (wer sie sehen und hören kann,	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		<p>letzten 15 Monate geboren, 85% vaginale Geburt, 15% sekundäre Sectio. Angaben zu medizinischen Interventionen gab es keine</p> <p>12% hatten Hausgeburt, 25% MLU (23% ibc, 2% fbc), 61% Krankenhaus normal 96, 2% wussten es nicht</p>	Hausgeburt)	<p>wer in den Raum kommt, Licht und Luft).</p> <p>Am höchsten bewertet (9 von 10 Frauen): Sauberkeit und Privatsphäre) Nachfolgend: im selben Raum während der gesamten Geburt sein, eine bequeme Sitzmöglichkeit oder ähnliches für Partner. Toilette im Raum, kontrollieren können wer in den Raum kommt, Matten, Kissen für Positionswechsel zu haben, keine anderen Frauen unter der Geburt zu hören (2/3). Medizinisches Gerät sollte nicht sichtbar sein, dass es da war beruhigte die Frauen (2/5) Gewünschte Stimmung/Atmosphäre: komfortabel, beruhigend, persönlich, entspannt, flexibel und gemütlich (homely). Vermeiden wollten sie arbeitsreiche, barsche Atmosphäre oder eine die sie gestresst oder ängstlich fühlen ließ</p> <p><i>Hilfreiche Aspekte während der Geburt</i> Raum um sich zu bewegen, Gebärbadewanne/große Badewanne, Toilette im Raum, komfortables/höhenverstellbares Bett, gedimmtes Licht, Privatsphäre, Ruhe</p> <p><i>Nicht hilfreiche Aspekte während der Geburt</i> Klinische Krankenzimmeratmosphäre, kleiner Raum mit mangelnder Bewegungsfreiheit, unkomfortables, nicht verstellbares Bett, keine, Toilette außerhalb des Raumes, unzureichende Raumtemperatur</p> <p><i>Bekommen Frauen das was sie wünschen</i> Problem Sauberkeit, Raum sich zu bewegen (nur 1/3 fand ihn angemessen, , eher in MLU/Hause, Privatsphäre: weniger als die Hälfte hatten das Gefühl sie konnten kontrollieren wer rein und raus geht, 1/6 gab an während der Geburt in der Sicht andere gewesen zu sein. 1/3 im Krankenhaus gaben an kontrollieren zu können wer in den Raum kommt/ geht, mehr als die Hälfte in MLU Gefühl der Kontrolle und Privatsphäre Geburtswanne war nur für 2/5 aller Frauen die dies wichtig fanden zugänglich. viele Frauen gaben an keinen problemlosen Zugang zu Toiletten gehabt zu haben, Kissen/ Matten, Wärme und Licht, häuslicher Komfort (Sitzen Partner, essen)</p>	
--	--	---	-------------	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p><i>Wenn Frauen die Räume designen würden</i> Vorschläge variierten ,vieles reflektierte die vorherigen Antworten: Bequeme Stühle/Sofa, CD Player, Toilette im Raum, Körperlicher Komfort (Bewegungsfreiheit, weiche Bodenbelege, saubere Handtücher etc) Räumliche Verbesserungen (kleiner Kühlschrank, zugängliche Küchenzeile, Telefon, Fernsehen, leichter Zugang Entonox', Unterstützendes für die Geburt (Ball, Hocker, Spiegel für Kopfgeburt) Privatsphäre (Sichtschutz für die Fenster, abgeschirmter Eingang zum Geburtsraum, abschließbare Türen, abschließbare, Möglichkeiten zu entscheiden wer in den Raum sehen kann oder hineinkommt),Optische Anregung / Umgebung (Fenster, schöne Aussicht, Bilder oä um darauf zu fokussieren,</p> <p><i>Grad des Kontrollgefühl in verschiedenen Geburtsumgebungen</i> Frauen die zu Hause oder in MLU entbanden hatten häufiger als Frauen die im Routinekreißsaal entbanden zu den Dingen die sie wünschten und brauchten um die Art der Geburt zu haben die sie wollten.</p> <p><i>Beeinflusst die Umgebung die Geburt</i> Scheint Geburtsoutcome zu beeinflussen (Frauen die eine sekundäre Sectio hatten gaben häufiger an sich nicht im gewünschten Maße bewegen zu können, kein hübsch dekoriertes Raum).</p>	
<p>Newton, N.; Foshee, D.; Newton, M. (1966): Experimental Inhibition of Labor Through Environmental Disturbance. 27(3):371-377</p>	<p>Experimentelle Hemmung der Geburt durch Störungen in der Geburtsumgebung</p>				<p>Tierversuche: Störung gebärender Mäuse und Kaninchen, Alter der Studie Viel zitiert zum Thema Privacy/Geburt/</p>
○					

<p>Othmann, M.; Jones, L.; Neilson, J. P.: Non-opioid drugs for pain management in labour (Protocol). In: <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2011 (7).</p>					<p>Bislang liegt lediglich das Protokoll zum geplanten Review vor (17.02.2012)</p>
<p>P</p>					
<p>Parnell, C., Langhoff-Roos, J., Iversen, R. & Damgaard, P. (1993): Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> 72(1):31-35.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf</p>	<p>306 funktionelle Erstgebärende (Ip.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen) 151 Ip., die mit geschlossenen Stimmritzen und unter Anweisung der Hebamme forciert pressen 155 Ip., die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu ermutigt werden</p>	<p>Student T-Test χ^2 basierter Unabhängigkeitstest Dauer AP Geburtsverletzungen Apgar Arterieller NS-pH</p>	<p><i>Keine Unterschiede:</i> Dauer AP Episiotomie rate und Rate höhergradiger Dammsrisse Durchschnittlichen Apgar und durchschnittlicher arterieller NS-pH, jedoch wurden in der Gruppe Frauen mit geschlossener Stimmritze 8 Kinder mit einem arteriellen NS-pH <7,00 und einem 1'Apgar <7 geboren. Mehr Rissverletzungen nach Episiotomie bei geschlossenen Stimmritzen ($\chi^2 = 3,95$, P<0,05)</p>	<p>Ein Pressen mit geschlossenen Stimmritzen findet auch in der Bedarfsgruppe statt. Ergebnisse werden nicht einheitlich nach Bedarf- und Valsalvagruppe dargestellt, sondern hinsichtlich Geburtsdauer und Geburtsverletzungen nach geschlossener Stimmritze (n=230) und offener Stimmritze (n=76). Durchschnittliche Apgar und pH Darstellung nach Valsalva- (n=155) und Bedarfsgruppe (n=151) Ausschluss besprechen. S. Text</p>
<p>Parsons, Myra; Bidewell, John; Griffiths, Rhonda (2007): A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. In: <i>Midwifery</i> 23 (2), S. 131–138.</p>	<p>Vergleichsstudie EL: IIIb Keine Intervention, da Gruppen an Frauen verglichen werden, die nach eigenem Wunsch s.p. entweder gegessen oder nur getrunken haben. Unterscheidung: Vergleich von 4 Gruppen. Frauen wurden 4</p>	<p>217 Erstgebärende; der englischen Sprache mächtig, Low-risk (keine medizinischen oder schwangerschaftsbedingten Risiken) <i>Ausschluss:</i> Frauen, deren Geburten nicht von alleine begannen und Geburten, die mit Sectio beendet wurden</p>	<p>Unterschiede bzgl. Geburtsfortschritt durch einseitige Varianzanalyse (ANOVA) hierarchische multiple Regression zur Testung auf Zusammenhänge zwischen Essen und Geburtsdauer Beziehung zwischen Essen und medizinische</p>	<p>Essen während LP assoziiert mit längerer Geburtsdauer (mean: 2,16 Std., p<0,01), Wunsch nach Essen und Essen während der LP und EP ebenfalls mit längerer Geburtsdauer assoziiert (mean: 3,5 Std., p<0,01). Occipito posteriore Position ebenfalls assoziiert mit längerer Geburt. Keinen Einfluss auf Erbrechen, Oxytocin, Amniotomie, i.v. Flüssigkeitsversorgung, Pethedin, PDA, Forceps, NICU u.a. Art und Menge des Essens variierten z. T. stark. Vollständige Mahlzeiten wurden eher während LP konsumiert, in aktiver EP eher leichte Kost. Je</p>	<p>Frauen deren Geburt per Sectio beendet wurde sind aus der Studie ausgeschlossen worden. Kausale Zusammenhänge können nicht dargestellt werden, da Essen die Geburt verlängern kann oder aber bei langsameren Geburten Frauen eher noch Hunger haben, da die Wehen evtl. noch nicht so kraftvoll sind. Hierfür spräche die Beobachtung der Studie, dass mit voranschreitender Geburt das Essen abnimmt.</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>Wochen vor ET rekrutiert und erhielten einen Bogen auf dem sie den Geburtsbeginn und ihr Ess- und Trinkverhalten dokumentieren sollten. Andere Daten von der Patientenakte und KH-Register. LP mit Beginn regelmäßiger WT bis Muttermund 3 cm.</p>	<p><i>Interventionsgruppe:</i> 123 Frauen, die während der Geburt essen wollten (82 der Frauen nur in der LP, 10 aßen ausschließlich während der aktiven EP und 31 während LP und aktiver EP)</p> <p><i>Kontrollgruppe:</i> 94 Frauen, die nach eigenem Wunsch nur klare Flüssigkeiten getrunken hatten</p>	<p>Interventionen mit x²</p>	<p>fortgeschrittener die Geburt desto weniger wurde gegessen. Frauen die nicht essen wollten, tranken unterschiedliche Mengen.</p>	
<p>Perveen S, Hashmi H. (2007). Effectiveness of Admission Test. In: JDUHS, 1(1): 20-25.</p>	<p>Prospektive Kohortenstudie, (Deskriptive Studie)</p> <p>Keine Powerkalkulation Informierte Einwilligung (bei Aufnahme zur Geburt)</p> <p>Effektivität des Aufnahme-CTG Tests in der Ermittlung von bereits bestehender fet. Hypoxie und der Vorhersage einer fetalen Hypoxie während der Geburt. Korrelation von LAT und perinatalem Outcome.</p> <p>100 Frauen erhielten ein Aufnahme-CTG (15-20') (verblindet), das erst nach der Geburt ausgewertet wurde, um das Geburtsmanagement nicht zu beeinflussen.</p>	<p>N=100 gebärende Frauen <i>Einschlusskriterien:</i> Einling, unabhängig von SSW oder Riskoeinschätzung <i>Ausschlusskriterien:</i> Intrauteriner Fruchttod, Fehlbildungen, Lageanomalie, dringend benötigte „Eilsectio“, akute Hypoxie bspw. nach Abruptio placentae</p>	<p><i>Perinatales Outcome:</i> Operative Geburt wg. fet Distress, Apgar, FW, NICU, Krämpfe, Analyse der CTG Aufzeichnungen durch die Forscher, nach der Geburt und ohne Wissen über das Geburtsoutcome.</p> <p>Chi-Quadrat,</p>	<p><i>perinatales Outcome:</i> LAT: Normal=75%, suspekt=22%, pathologisch =3% Spontan/ Sectio/ Forceps/ Sectio in % Normaler LAT: 90,7/ 2,6/ 6,6 Susp LAT: 63,6/ 13,6/ 22,7 Pathol LAT: 66,6 Spontan/ 33,3 Sectio</p> <p>Fetaler Distress fand sich in 4 Babies: 1 normal LAT, 1 susp LAT, 2 path. LAT</p> <p>Fruchtwasser 80% klar Normal LAT: n=60 (von 75= 80%) Susp LAT: n= 19 (von 22=86%) Path LAT: n= 1 (von 3= 33%)</p> <p>Apgar > 7 nach 5' in allen Gruppen 7, nach 1' sind in den Gruppen Unterschiede zu verzeichnen</p> <p>Reanimation Insgesamt 7x Normal LAT: 2x Susp LAT: 1x Path LAT: 1x</p> <p>NICU wg Sepsis</p>	<p>Das Aufnahme-CTG als Screening Test wird mit der Hypothese begründet, dass entsprechend kräftige Uteruskontraktionen während der Geburt die plazentare Zirkulation stören und so helfen potentiell für fetalen Distress gefährdete Kinder frühzeitig zu identifizieren, damit der Handlungsspielraum erhöht wird. 4% der Kinder wurde fetaler Distress bescheinigt. Davon eines in der normalen LAT Gruppe</p> <p>Keine schlüssigen Aussagen zu fet. Distress wg zu kleiner Studienpopulation möglich.</p> <p>Es werden Ergebnisse von Ingemarsson et al (1986), Chitra & Neeru (2000, Abstract), Kulkarni & Shrotri (1998) bestätigt.</p> <p>Diskussion um den Begriff fetaler Distress. Es wird jedoch nicht klar was in dieser Studie damit gemeint ist. Die Autoren konstatieren, dass ein normaler LAT einen gewissen Vorhersagewert für die nächsten ca</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>Des Weiteren wurden sie wie üblich betreut (Auskultation für 60 Sek. Nach der Kontraktion, alle 15-30 Min in der EP und nach jeder Wehe in der AP).</p> <p>Auswertung des CTG detailliert beschrieben (nach Gibb & Arulkumaran 1997)</p>			<p>Insgesamt 7x Normal LAT: 5x Susp LAT: 2x Path LAT: 2x</p>	<p>drei Stunden hat eine fetale Hypoxie zu entdecken, es sei denn es kommt zu einem unvorhergesehenen Ereignis, wie NS-Vorfall oder Plazentalösung.</p>
R					
<p>Ragnar, I., Altman, D., Tyden, T. & Olsson, S. (2006): Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions-a randomised controlled trial. BJOG 113(2):165-170.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Kniende Gebärposition</p>	<p>271 Erstgebärende 133 sitzend 138 Kniend</p>	<p>Log. Regression T-Test Subjektives Erleben Schmerzerleben Perinealer Schmerz 3. Tag p.p. Kontrollgefühl Damm intakt Episiotomie Höhergradige Dammrisse</p>	<p>Kniend seltener unangenehm (OR 0,5 [95% KI 0,1 – 0,9], $P = 0,030$).</p> <p><i>Sitzend:</i> Subjektiv längere Geburtsdauer (OR 1,4 [95% KI 0,8 – 0,9], $P = 0,002$) Schmerzhaftere Wehen (OR 1,3 [95% KI (1,1–1,9)], $P < 0,01$) Häufiger perineales Schmerzerleben 3 Tage p.p. (OR 1,9 [95% KI 1,3–2,9], $P < 0,001$) Weniger Damm intakt (OR 0,5 [95% KI 0,3–0,9], $P = 0,03$) Mehr Episiotomie (OR 5,7 [95% KI 1,2-26,7], $P = 0,03$)</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Höhergradige Dammrisse Geburtsdauer (kniend 48,5 min [SD 27,6 min], sitzend 41 min [SD 23,4 min])</p>	<p>Basis von NICE</p>
<p>Roberts, C.L., Algert, C.S., Cameron, C.A. & Torvaldsen, S. (2005): A meta-analysis of upright positions in the second stage to</p>	<p>Meta-Analyse EL: Ia Aufrechte Gebärhaltung bei liegender PDA 2 RCTs mit 281 Frauen in AP</p>	<p>166 Frauen in aufrechter Gebärhaltung 115 Frauen in liegender Gebärhaltung</p>	<p><i>Primär:</i> Vag.-op. Geburt <i>Sekundär:</i> Sectio Dauer AP Fehleinstellung Geburtsverletzung Blutung p.p.</p>	<p>Weniger operative Geburten in aufrechter Position ohne Signifikanz (RR 0,77 [95% KI 0,46–1,28]). Weniger Sectiones in aufrechter Position ohne Signifikanz (RR 0,57 [95% KI 0,28–1,16]). Daten zu anderen Outcomes werden als ungenügend bezeichnet.</p>	<p>Zunächst wurden 5 RCTs identifiziert; 3 mussten jedoch ausgeschlossen werden, da sich die Gebärposition nur auf die EP bezog.</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstet Gynecol Scand 84(8):794-798.</p>			<p>Schmerzmedikation Zufriedenheit Inkontinenz Disparenuia Apgar O₂ Gabe Verlegung Kinderintensiv perinataler Tod</p>		
<p>Roberts, C.L., Torvaldsen, S., Cameron, C.A. & Olive, E. (2004): Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. BJOG 111(12):1333-1340.</p>	<p>Systematisches Review und Metaanalyse EL: Ia Verzögertes Pressen</p>	<p>2.821 Erst- und Mehrgebärende mit PDA Verzögertes vs. frühes Pressen bei vollständigem Muttermund</p>	<p>Log. Regression <i>Primär:</i> Rate operative Geburten <i>Sekundär:</i> Vag.-op. Geburt aus BM, Vag.-op. Geburt mit Rotation des Kopfes Sectorate in AP Dauer AP Dauer des Pressens Episiotomie DRII°, III° und IV° Blutverlust >500ml Mütterliches Fieber Zufriedenheit mit Geburtsbetreuung Langzeitwirkungen (z. B Inkontinenz; Probleme im Sexualverhalten</p>	<p><i>Verzögertes Pressen:</i> Reduziert nicht die Rate der vag.-op. Geburten (RR 0,94 [95%KI0,80 - 1,11]) Reduziert tendenziell die Rate der vag.-op. Geburten mit Rotation des Kopfes aus BM (RR 0,59 [95%KI0,36 – 0,98]) Reduziert tendenziell die Sectorate in AP (RR 0,49 [95%KI0,23 – 1,04]), erhöht damit verbunden signifikant die Rate der Spontangeburt (RR 1,22 [95%KI1,05 – 1,42])</p>	
<p>Rosen, M. (2002): Nitrous oxide for relief of labor pain: A systematic review. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology 186 (5), S. S110.</p>	<p>Systematisches Review EL: Ia Effizienz und Sicherheit / Nebenwirkungen von Lachgas als Anästhetikum sub partu</p>	<p>11 RCTs mit 1719 Frauen unter der Geburt (10 – 265 Frauen je Studie) IG: selbst-kontrollierte Anwendung von Lachgas zur Schmerzbehandlung sub partu KG: Placebo-Behandlung, andere Dosierung des</p>	<p>Effizienz der Schmerzbehandlung sub partu (VAS und kategoriale Skalen) Nebenwirkungen (nicht näher bezeichnet)</p>	<p><u>Effizienz:</u> <i>Lachgas vs. Methoxyflurane:</i> <i>Keine Unterschiede:</i> Effizienz in der Schmerzbehandlung , Mehrgebärende in IG und KG beschreiben Geburt als besser als die vorangegangene Geburt (25 – vs. 64%) <i>Frauen in KG:</i> höhere Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung; Anästhesist (vgl. Frauen) dokumentierte bessere Schmerzbehandlung <i>IG:</i> mehr Frauen beschreiben Geburt als schlimmer als erwartet (36 vs. 8%);</p>	<p>Einzelne Studien mit teilweise sehr geringen Stichprobengrößen Keine Evidenz zur Effizienz der Schmerzerleichterung durch Lachgas messbar Dennoch scheint Lachgas für die meisten Frauen von Benefit zu sein: viele beschreiben eine Schmerzerleichterung, wollen das Lachgas nach Beendigung des Studienintervalls weiter nutzen oder würden bei der nächsten Geburt wieder auf Lachgas zurück greifen</p>

		<p>Lachgases oder anderes inhalatives Anästhetikum</p>		<p><i>Lachgas vs. Enfluran:</i> <i>Keine Unterschiede:</i> Effizienz in der Schmerzbehandlung; Frauen aus IG und KG würden Anästhetikum wieder verwenden (86 vs. 96%) <i>Frauen in KG:</i> mehr Benommenheit <i>Lachgas vs. Isofluran:</i> <i>Frauen in KG:</i> bessere Schmerzbehandlung, Bevorzugung durch Gebärende (63%), mehr Benommenheit <i>Lachgas vs. verdichtete Luft</i> <i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzbehandlung (Ergebnis stark eingeschränkt, da Anwendung in früher EP stattfand mit geringer Schmerzintensität) <i>Lachgas 30/60% vs. Desflurane 1,0/4,5%:</i> <i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzbehandlung <i>Nebenwirkungen:</i> <u>Mütterlich:</u> <i>Keine Unterschiede:</i> Wehenfrequenz, Wehenintensität, Sauerstoffsättigung <i>Frauen in IG:</i> Übelkeit und Erbrechen bei 5 – 36% der Frauen (keine KG – problematisch, da diese Symptome typisch unter der Geburt sind); Träume und Benommenheit bei 0 – 24% der Frauen; verschleierte Erinnerung an die Geburt in bis zu 37% der Fälle, Bewusstlosigkeit trat in 3-5% der Geburten bei einer Konzentration von Lachgas von über 60% (normal = 50%) auf <u>Kindlich:</u> <i>Keine Unterschiede:</i> Apgar, Nabelschnur pH; Anpassung an extrauterines Leben, Early Neonatal Neurobehavioral Scale</p>	<p>Keine konkreten statistischen Daten Zu dem Review gehört ein nichtsystematisches Review zu weiteren Auswirkungen von Lachgas, besonders die Belastung des medizinischen Personals. Dabei wurde lediglich die Menge von Lachgas in der Luft gemessen, nicht aber deren Auswirkung auf das Personal beschrieben.</p>
--	--	--	--	---	--

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

S					
<p>Schaffer, J.I., Bloom, S.L., Casey, B.M., McIntire, D.D., Nihira, M.A. & Leveno, K.J. (2005): A randomized trial of the effects of coached vs. uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. Am J Obstet Gynecol 192(5):1692-1696.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf</p>	<p>128 Erstgebärende (Ip.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen 67 Ip., die mit geschlossenen Stimmritzen und unter Anweisung der Hebamme forciert pressen 61 Ip., die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu ermutigt werden</p>	<p>Student T-Test X² basierter Unabhängigkeitstest Beckenboden und Harnblasenfunktion 3 Monate p.p.</p>	<p><i>Valsalva-Gruppe:</i> Verminderte Harnblasenkapazität (427ml vs. 482ml, P=0,051) und verfrühter Harndrang (160ml vs. 202 ml, P=0,025) <i>Nicht signifikante Ergebnisse:</i> Zweimal häufiger Überaktivität des Blasenwandmuskels (16% vs. 8%, P=0,17) und höherer Anteil Urodynamische Stressinkontinenz (16% vs. 12%, p= 0,42) <i>Keine Unterschiede:</i> Anteil verzögerter AP (>2Std) Episiotomierate, Rate höhergradiger Dammriss, Anteil Kinder >4000g), PDA-Rate, Rate der Geburten durch Forceps und des Einsatzes von Oxytocin zur Wehenunterstützung</p>	
<p>Schaub, A.F., Litschgi, M., Hoesli, I., Holzgreve, W., Bleul, U. & Geissbuhler, V. (2008): Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. J Perinat Med 36 (2):129-135.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Anwendung von Vaginal Gel bei jeder vaginalen Untersuchung bereits in EP (vor Muttermundsöffnung von 4 cm). Anwendung max. 30 sek. Keine Massage. Gel besteht aus Propylenglycol, Carbomer, Aqua purificata.</p>	<p>183 Low-risk Erstgebärende mit Spontangeburt (Ausschluss Wassergeburten) 94 Frauen mit Gel (IG) 89 Frauen ohne Gel (KG)</p>	<p>X² basierter Unabhängigkeitstest Mann-Whitney U-Test Geburtsdauer Rissverletzungen Apgar Nabelschnur-pH Episiotomie</p>	<p>In Gruppe ohne Kristellerhilfe Gelgruppe kürzere Dauer der AP (88,14 min [SD60,51] vs. 61,78 [SD36,40] p=0,026) In Gruppe mit Kristellerhilfe keine Unterschiede Insgesamt in Gelgruppe schlechtere durchschnittliche Apgar-Werte: 1' Apgar (8,35 vs. 8,75, p=0,028) 5' Apgar (9,45 vs. 9,75, p=0,024) Keine Unterschiede im durchschnittlichen Grad der Rissverletzungen. Höchster Grad der Rissverletzungen in Gelgruppe DR III° (2x); in Gruppe ohne Gel DR II° (ohne Angaben) Keine Unterschiede in Episiotomieraten</p>	<p>Erhebung in 2 Einrichtungen Stratifiziert nach Kristeller Handgriff Keine dezidierte Auflistung der einzelnen Rissverletzungen, sondern nur als Durchschnittswert präsentiert Keine Hinweise zur Häufigkeit der Anwendung Ergebnis zum Apgar wird nicht kritisch reflektiert. Nebenwirkungen des Gels nur in den ersten 3 Tagen kontrolliert Ergebnisse zu Nabelschnur-pH werden nicht erwähnt. Studie wurde finanziell von der Firma unterstützt, die dieses Gel herstellt</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Scott, K. D.; Berkowitz, G.; Klaus, M. (1999): A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. Am. J. Obstet. Gynecol 180 (5): 1054–1059</p>	<p>Metaanalyse Einfluss von kontinuierlicher Betreuung durch eine Doula sub partu auf 5 Geburtsoutcomes</p>	<p>11 Studien Einschlusskriterien: nur Rcts die die emotionale, soziale und oder nichtmedizinische Geburtsunterstützung durch eine Doula oder weibliche Begleitung</p>		<p>- kürzere Geburtsdauer - geringerer Bedarf an Analgesie, Oxytocin, Forceps und Sectio</p>	<p>Doula, Großteil der eingeschlossenen Studien ebenfalls im Cochrane review (Hodnett 2011)</p>
<p>Scrutton, M. J.; Metcalfe, G. A.; Lowy, C.; Seed, P. T.; O'Sullivan, G. (1999): Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. In: Anaesthesia 54 (4), S. 329–334.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib leichtes Essen während der Geburt (Cornflakes, Toast mit Butter und Marmelade, Toast mit Käse, Kekse, je nach Tageszeit plus Getränke) vs. ausschließlich Wasser</p>	<p>94 Low-risk Gebärende (37. SSW, Einling, SL) kein Hinweis auf evtl. VE oder Sectio Ausschluss: Pethedin i.m. (da Opiode Magenentleerung verzögern) 45 Frauen in der Interventionsgruppe 43 Frauen in der Kontrollgruppe</p>	<p>Metabolische Werte: Beta-Hydroxybutyrat (Ketonkörper), nichtveresterte Fettsäuren, Glucose, Insulin, Lactat Magenvolumen über US 1 Std. p.p. Häufigkeits- u Volumenmessung bei Erbrochenem Outcomes Geburt: Länge EP und AP, Oxytocin, Geburtsmodus, Apgar, Nabelschnur Blutgase</p>	<p>Gruppen vergleichbar (demografische Faktoren, Parität, Alter, Muttermundseröffnung bei Randomisierung) Keine Unterschiede bei: Geburtslänge, Oxytocin, Geburtsmodus, Outcome Ngb. Das leichte Essen wurde gut angenommen, nur eine Frau aß und trank nichts. Mit Voranschreiten der Geburt reduzierte sich der Essenskonsum. Durchschnittlich wurden 81 (31) kcal/h aufgenommen. Metabolische Ausgangswerte vergleichbar, metabolische Werte in KG höher Glukose und Insulin stiegen in der IG, woraus die Autoren schließen, dass Kalorien aufgenommen und verwertet werden. Mageninhalt im Zeitraum 1 Std. p.p. war doppelt so groß in IG und Frauen dieser Gruppe mussten sich doppelt so häufig (und größere Mengen) Übergeben. Schlussfolgerung der Autoren: Das Einschränken von Essen während der Geburt verringert signifikant den Mageninhalt und damit das Risiko einer Aspiration.</p>	<p>Studie in Cochrane Review vorhanden!</p>
<p>Shorten, A., Donsante, J. & Shorten, B. (2002): Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. Birth 29(1):18-27.</p>	<p>Retrospektive Kohortenstudie EL: IIb Effekt von Gebärdposition auf perineales Outcome</p>	<p>2.861 Erst- und Mehrgebärende nach Spontanpartus Effekt von Gebärdposition auf perineales Outcome</p>	<p>Log. Regression Episiotomierate Dammrissrate Damm intakt Rate</p>	<p>Chance auf Episiotomie bei Ip. im Vierfüßlerstand und Stehen am geringsten (OR 0,31 [95% KI 0,15-0,68], p<0,01 und OR 0,17 [95% KI 0,04-0,72], p<0,05) Chance auf Dammriss bei Ip. in hockender Position am größten (OR 2,42 [95% KI 1,02-5,71], p<0,05), gefolgt von stehender Position (OR 1.55 [95% KI 1,01-2,40], p<0,05) Chance auf Damm intakt bei Erstgebärenden in hockender Position am geringsten (OR 0,36 [95% KI 0,13-0,99], p<0,05) Mehrgebärende profitieren hinsichtlich</p>	<p>Stratifiziert nach Parität, adjustiert nach geburtshilflichem Fachpersonal, mütterliches Alter, kindliches Gewicht, PDA, Apgar und Dauer AP</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				Rissverletzungen und Damm intakt Rate von Seitenlage (OR 0,29 [95% KI 0,18-0,45], p<0,01 und OR 3,52 [95% KI 2,30-5,38], p<0,01)	
Simpson, K.R. & James, D.C. (2005): Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. Nurs Res 54(3):149-157.	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf	45 Erstgebärende (Ip.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen) mit PDA 22 Ip., die mit Valsalva Manöver gebären 23 Ip., die erst nach Einsetzen eines unwiderstehlichen Pressdrangs mitschieben oder erst 2 Std. nach vollständiger Muttermundseröffnung mitpressen	ANOVA Dauer AP Sectio vag.-op. Geburten prolongierte AP (>3Std) Episiotomie Dammrisse Fetale Sauerstoffsättigung Fetale Dezelerationen (variabel, prolongiert, spät) 1' und 5' Apgar Blutgasanalyse des Nabelschnurlutes	<i>Valsalva-Gruppe:</i> Kürzere AP (101min [SD55,9] vs. 139 min[SD39], F(1,43)=7,2, p=0,01) Längere Phase des aktiven Mitpressen (101min [SD55,9] vs. 59 min[SD25,4], F(1,43)=10,4, p=0,002) Mehr Dammrisse (13 vs. 5, X ² =6,54, p=0,01) Mehr variable Dezelerationen (22,4 [SD8,2] vs. 15,6 [SD10,4], F(1,43)=5,9; P=0,02) und mehr prolongierte Dezelerationen (3,3 [SD2,8] vs. 1,9 [SD1,6], F(1,43)=3,9; P=0,05) Reduzierte Sauerstoffsättigung (β =-8,39, t(41)=4,94, p=0,002) Häufiger Phase einer reduzierten Sauerstoffsättigung (<30%) \geq 2min (7,9 [SD9,5] vs. 2,7 [SD2,9], F(1,43)=6,23, p=0,02) <i>Kein Unterschiede:</i> Gesamtlänge der Geburt, prolongierte AP, Sectio, vag.-op. Geburten, Episiotomie Andere Herztonmuster, Blutgas- und Apgarwerten	Adjustiert nach Länge AP und Nabelschnurumschlingung (Hals)
Singata, Mandisa; Tranmer, Joan; Gyte, Gillian MI (2010): Restricting oral fluid and food intake during labour. In: Cochrane Database Syst Rev (1), S. CD003930.	Cochrane Review Metaanalyse 22 Publikationen aus 11 Studien identifiziert Ausschluss: 2 Studien (Scheepers 2004; Shennan 2005) Kontakt wurde zu Autoren aufgenommen deren Ergebnisse bald erwartet wurden (Goodall 1999; Laifer 2000; Yiannouzis 1994; Zhao 1996) (Kommentar A.	1) 3.130 Frauen 2) 3.30 Frauen 3) 2.520 Frauen 4) 263 Frauen Low-risk Frauen (> 37. SSW, Einling, Schädellage, Muttermund < 6 cm)		1) 5 Studien: Primäre Outcomes: <i>Keine signifikanten Unterschiede bei:</i> Kaiserschnitt (RR 0,89 [95% KI 0,63 bis 1,25]), 5 Studien, 3.103 Frauen (T2 = 0,07, Chi2P = 0,05, I2 = 57%), graph 1,1) Vag.-op. Geburten (RR 0,98 [95% KI 0,88 bis 1,10]), 5 Studien, 3.103 Frauen (T2 = 0,00, Chi2P = 0,67, I2 = 0%), graph 1,2); 5' Apgar < 7 (RR 1,43 [95% KI 0,77 bis 2,68]), 4 Studien, 2.902 Ngb. (T2 = 0,00, Chi2 P = 0,64, I2 = 0%), graph 1,4) Sekundäre Outcomes: <i>Keine sign. Unterschiede bei:</i> Mütterliche Ketose, Geburtslänge, Übelkeit und Erbrechen, Wehentropf, Opioid-Gabe, PDA und	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	<p>Kr.: keine Veröffentlichungen von diesen Autoren gefunden).</p> <p>la</p> <p>5 Studien mit 3.130 Frauen wurden eingeschlossen und einmal gemeinsam und näher nach Intervention differenziert ausgewertet.</p> <p>1) Meta-Analyse 5 Studien irgendeine Einschränkung von Essen u Trinken vs. etwas Essen und trinken. (Kubli 2002; O'Sullivan 2009; Scheepers 2002; Scrutton 1999; Tranmer 2005), Interventionen</p> <p>2) Tranmer 2005, kaum trinken – Eischips- vs. Essen und Trinken nach Vorliebe und Bedarf</p> <p>3) O'Sullivan 2009, Scrutton 1999, wenig trinken vs. spez. leichtes Essen;</p> <p>4) Scheepers 2002, Kubli 2002, Wasser vs. Isotonische Getränke</p>			<p>Verlegung des Ngb. auf die Intensivstation</p> <p>Keine der Studien hat die mütterliche Zufriedenheit oder neonatale Hypoglycosämie gemessen.</p> <p>2) <i>Keine sign. Unterschiede bei:</i> Kaiserschnitt (RR 0,77 [95% KI 0,51 – 1,16]); vag.-op. Geburt (RR 0,9 [95% KI 0,72 -1,35]) je 328 Frauen; keine Ngb. mit einem 5' Apgar < 7.</p> <p>Sekundäre Outcomes: <i>Keine sign. Unterschiede bei:</i> Mütterliche Ketose, Geburtslänge, Übelkeit und Erbrechen, Wehentropf, Opioid-Gabe, PDA und Verlegung des NGB auf die Intensivstation</p> <p>3) <i>Keine sign. Unterschiede bei:</i> Kaiserschnitt (RR 1,02 [95% KI 0,91 – 1,15]); vag.-op. Geburt (RR 0,96 [95% KI 0,84 -1,10]) je 2.514 Frauen; 5' Apgar < 7 (RR 1,39 [95% KI 0,73 bis 2,63], 2.514 Ngb.; Geburtslänge, Erbrechen, Wehentropf, Opioid, PDA oder Verlegung auf die Intensivstation</p> <p>4) <i>Keine sign. Unterschiede bei:</i> Kaiserschnitt (RR 0,66 [95% KI 0,17 – 2,53]); vag.-op. Geburt (RR 1,17 [95% KI 0,80 -1,71]) je 261 Frauen; 5' Apgar < 7 (RR 3,0 [95% KI 0,13 bis 70,83], eine Studie 60 Ngb.; Geburtslänge, Erbrechen, Wehentropf, Opioid oder PDA</p>	
<p>Sirohwal D, Dahiya K, De M (2005). Efficacy of hyoscine-N-butyl bromide (Buscopan) suppositories as a cervical spasmolytic agent</p>	<p>Nicht-randomisierte prospektive Kontrollstudie (EL IIb)</p> <p>IG: 10 mg Buscopan Supp. bei MM von 3 und mehr cm KG: keinerlei Analgesie</p>	<p>N=200 low-risk Gebärende mit spontanem Geburtsbeginn ohne vorz. BS. Ein- und Ausschlusskriterienkat alog dargestellt (normale Einlingschwangersch</p>	<p>Länge der Geburt, der Eröffnungsphase. Geburtsmodus, mütterl. Outcome, fet. Outcome Analyse nach t-Test nach Student</p>	<p>Vergleichbarkeit der Gruppen bezgl. Alter, Parität, und Cervix-Befund war gegeben.</p> <p><i>Länge der Eröffnungsphase (MM>3 cm – vollständig)</i> SD 123,9 ± 68,9 Minuten (IG); 368,1 ± 133 Min. (KG) (p<0.0001) Im Mittel dauerte die EP bei den I. Para 141,5 ± 80,7 Min. in der IG und 433,9 ± 96 Min in der KG. Bei den Mehrgeb. 106,2 ± 49,2 Min. (IG) / 302,2 ± 133</p>	<p>Nicht dargestellt wird der tatsächliche Muttermundbefund bei Medikamentengabe und Beginn der Berechnung für die Geburtslänge. Vergleichbarkeit vorhanden?</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>in labour, in: Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 45: 128–129</p>	<p>Informierte Einwilligung, jedoch keine detaillierte Darstellung der Rekrutierung</p> <p>Pos. Votum der Ethikkommission (institutional)</p>	<p>aft, 38-41 SSW, spontaner Geburtsbeginn ohne Blasensprung; Ausschluss bei Uterusnarbe, V. a. Missverhältnis, Blutung in Sws, "Grandmultiparity")</p> <p>Alle Frauen in aktiver Geburt mit guter WT Partogramm</p> <p>In jeder Gruppe 50 Erst und 50 Mehrgebärende Frauen</p>		<p>Min. (KG) ($p < 0.0001$)</p> <p><i>Eröffnungsgeschwindigkeit</i> I.Para 2,9 cm/h vs 0,8 cm/h Multi-Para 3,7 cm/h vs 1,2 cm/h</p> <p><i>Austreibungsphase</i> Kein Unterschied</p> <p><i>Vag. Operativ /Sectio</i> Kein Unterschied</p> <p><i>Kindl. Outcome</i> Kein Unterschied, 3 Babies der IG und 5 der KG hatten einen Apgar von 4-6 nach 1 Minute, alle haben sich gut erholt.</p> <p>Medikament wurde von allen Frauen ohne Nennung von Nebenwirkungen getragen.</p>	
<p>Smith, C. A.; Collins, C. T.; Cyna, A. M.; Crowther, C. A. (2006): Complementary and alternative therapies for pain management in labour. In: Cochrane Database Syst Rev (4), S. CD003521.</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL: Ia</p> <p>Alternative und Komplementärmethoden zur Schmerzbehandlung sub partu (Akupressur, Akupunktur, Aromatherapie, Audio-Analgesie, Hypnose, Massage, Entspannung) mit oder ohne gleichzeitiger pharmakologischer Schmerzbehandlung</p>	<p>14 RCTs mit 1448 Frauen unter der Geburt</p> <p>Studienteilnehmerinnen sind Frauen während der Geburt (keine spezifischen Einschlusskriterien)</p> <p>IG: Anwendung alternativer oder Komplementärmethoden zur Schmerzbehandlung sub partu</p> <p>KG 1: Placebo-Behandlung</p> <p>KG 2: keine Schmerzbehandlung</p> <p>KG 3: Pharmakologische Schmerzbehandlung</p>	<p><i>Primär:</i></p> <p>Mütterliche Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement</p> <p>Pharmakologische Schmerzbehandlung</p> <p><i>Sekundär:</i></p> <p>Mütterlich: Geburtsdauer</p> <p>Geburtsmodus</p> <p>Vag.-op.-Geburten</p> <p>Oxytocin-Anwendung</p> <p>Dammverletzung</p> <p>Blutverlust</p> <p>Schmerzwahrnehmung</p> <p>Zufriedenheit mit Geburtserlebnis</p> <p>Stillerfolg</p> <p><i>Kindlich:</i></p> <p>5' Apgar < 7</p> <p>Verlegung auf Intensivstation</p> <p>Beatmung</p> <p>Enzephalopathie</p>	<p><i>Akupressur (2 Studien):</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Weniger Anspannung/Angst (WMD -1,40 [95% KI -2,51 vs. 0,29]); kürzere AP (WMD -52.60 min. [95% KI 85,77 vs. -19.43])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzerfahrung während EP; Pharmakologische Schmerzbehandlung</p> <p><i>Akupunktur (2 Studien: Akupunktur vs. keine Behandlung):</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Häufigkeit pharmakologischer Schmerzbehandlung (RR 0,81 [95% KI 0,69 vs. 0,96]); größere Entspannung (WMD -0,90 [95% KI -1,62 vs. -0,18])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Mütterliche Zufriedenheit mit Schmerzmanagement (RR 1,08 [95% KI 0,95 vs. 1,22]); vag.-op. Geburten (RR 0,95 [95% KI 0,45 vs. 2,00]); Spontangeburt (RR 0,98 [95% KI 0,89 vs. 1,08]); Sectio caesarea (RR 0,96 [95% KI 0,06 vs. 14,83]); Geburtsdauer (WMD -0,30 [95% KI -1,79 vs. 1,19]); individuell empfundene Schmerzintensität (WMD -0,20 [95% KI -0,80 vs. 0,40]); 5' Apgar < 7</p>	<p>Insgesamt wenige gut designte RCTs zum Thema. Vorliegende RCTs von mittlerer Qualität oder schlecht beschrieben</p> <p>Geringe Stichprobengröße</p> <p>Intervention unklar definiert (z.B. welche Akupunkturpunkte werden wann durch wen akupunktiert)</p> <p>Betreuungsmodus (kontinuierlich vs. konventionell) wird nicht berücksichtigt</p> <p>Keine Unterscheidung zwischen Erst- und Mehrgebärenden, spontaner oder künstlicher Geburtsbeginn</p>

				<p><i>Akupunktur (1 Studie: Akupunktur vs. minimaler Akupunktur):</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Häufigkeit pharmakologischer Schmerzbehandlung (RR 0,72 [95% KI 0,58 vs. 0,88]); weniger Wehenunterstützung (RR 0,40 [95% KI 0,23 vs. 0,69]); kürzere Geburtsdauer (WMD -71 min.[95% KI -123,70 vs. -18,30])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Spontangeburt (RR 1,06 [95%KI 0,96 vs. 1,18]); vag.-op. Geburten (RR 0,64 [95% KI 0,27 vs. 1,50]); Sectio caesarea (RR 0,72 [95% KI 0,17 vs. 3,15]); 5' Apgar < 7 (RR 0,32 [95% KI 0,01 vs. 7,79])</p> <p><i>Aromatherapie (1 Studie mit Ingwer und Lemongras):</i></p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Pharmakologische Schmerzbehandlung (RR 2,50 [95% KI 0,31 vs. 20,45]); Spontangeburt (RR 0,93 [95% KI 0,67 vs. 1,28]); vag.-op. Geburten (RR 0,83 [95% KI 0,06 vs. 11,70]); Sectio caesarea (RR 2,54 [95% KI 0,11 vs. 56,25]); Hämorrhagie p.p.; grünes Fruchtwasser, 5' Apgar <7; Verlegung Intensivstation</p> <p><i>Audio-Analgesie (1 Studie)</i></p> <p>Keine Unterschiede in der mütterlichen Zufriedenheit (RR 2,00 [95% KI 0,82 vs. 4,89])</p> <p><i>Hypnose (5 Studien):</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Größere Zufriedenheit (RR 2,33 [95% KI 1,15 vs. 4,71]); geringere individuelle Schmerzerfahrung (P < 0,01); geringere Häufigkeit pharmakologischer Schmerzbehandlung (unterschiedliche statistische Angaben in den verschiedenen Studien); mehr Spontangeburt und weniger Sectio caesarea (unterschiedliche statistische Angaben in den verschiedenen Studien); weniger Oxytocinunterstützung (RR 0,29 [95% KI 0,19 vs. 0,45]); weniger Einleitungen (RR 0,34 [95% KI 0,18 vs. 0,65])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Anzeichen von Depression nach dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (WMD -2,7 [95% KI -</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>7,82 vs. 2,42)]; Verlegung Neugeborenenintensivstation (RR 0,18 [95% KI 0,02 vs. 1,43]); 5' Apgar (-9,30 in IG [SD 0,65] ~8,7 in KG [SD 0,50]); neonatale Reanimation (RR 0,67 [95% KI 0,11 vs. 3,96])</p> <p><i>Massage:</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere individuelle Schmerzempfindung in allen Geburtsphasen (1. Phase -0,57 [95% KI -0,84 vs. -0,29], P < 0,001; 2. Phase -0,43 [95% KI -0,71 vs. 0,16], P < 0,01; 3. Phase -0,7 [95% KI -1,04 vs. 0,36], P < 0,01); geringere Anspannung/Angst in der 1. Phase (-16,27 [95% KI -27,25 vs. -5,28], P < 0,05)</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Geburtsdauer (WMD 1,35 [95% KI -0,98 vs. 3,68]), Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (WMD -0,47 [95% KI -1,07 vs. 0,13])</p> <p><i>Entspannung</i></p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Individuelle Schmerzerfahrung (WMD -1,90 [95% KI -3,88 vs. 0,08]); vag.-op. Geburten (RR 0,16 [95% KI 0,01 vs. 2,68]); Oxytocinunterstützung (RR 1,14 [95% KI 0,82 vs. 1,59]); Apgar (RR 0,47 [95% KI 0,02 vs. 10,69])</p>	
<p>Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A. (2011): Aromatherapy for pain management in labour. In: Cochrane Database Syst Rev (7), S. CD009215.</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL: Ia</p> <p>2 Studien:</p> <p><i>Burns (2007):</i> Aromatherapie vs. konventionelle Unterstützung zur Schmerzbehandlung sub partu</p> <p><i>Calvert (2000):</i> Aromatherapie zur Schmerzbehandlung sub partu</p>	<p><i>Burns (2007):</i> 513 Frauen mit Einlingsschwangerschaft</p> <p>IG: Auswahl aus 5 ätherischen Ölen (Römische Kamille, Muskatellersalbei, Weihrauch, Lavendel, Mandarine); Entscheidung wurde durch Hebamme und Frau getroffen; Gründe : Angstreduktion, Reduktion von Ängstlichkeit, Schmerzlinderung, Wehenunterstützung;</p>	<p>Schmerzintensität Vag.-op. Geburt Sectio caesarea Verlegung auf Neugeborenenintensivstation Apgar Pharmakologische Schmerzbehandlung Spontangeburt Geburtsdauer Wehenunterstützung Dammverletzung Nebenwirkungen von Wehenfrequenz Muttermundseröffnung Rooming-in</p>	<p><i>Burns (2007):</i></p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Vag.-op. Geburten (RR 1,04 [95% KI 0,48 vs. 2,28]); Sectio (RR 0,98 [95% KI 0,49 vs. 1,94]); Verlegung auf Neugeborenenintensivstation (RR 0,08 [95% KI 0,00 vs. 1,42]); PDA (RR 0,35 [95% KI 0,04 vs. 3,32]); Spontangeburt (RR 1,00 [95% KI 0,94 vs. 1,06]); Wehenunterstützung (RR 1,14 [95% KI 0,90 vs. 1,45])</p> <p>Erstgebärende Frauen empfanden Schmerzbehandlung nach der Aromatherapie, Mehrgebärende nicht, da es keine Kontrollgruppe gab können diese Daten nicht verwendet werden</p> <p><i>Calvert (2000):</i></p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Vag.-op. Geburt (RR 0,83 [95% KI 0,06 vs. 11,70]); Sectio (RR 2,54 [95% KI 0,11 vs. 56,25]); Blutung p.p.; Verlegung auf Neugeborenenintensivstation; 5'-Apgar < 7; Pharmakologische Schmerzbehandlung (RR 2,50</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		<p>Applikationsmodi: Akupressurpunkte, Kompressen, Fußbad, Massage, Gebärwanne</p> <p>KG: keine Aromatherapie</p> <p><i>Calvert (2000):</i> 22 Mehrgebärende mit Einlingsschwangersch aft (Ausschluss: Z.n. Sectio, High-Risk- Schwangere, nicht kontinuierliche Hebammenbetreuung)</p> <p>IG: einstündiges Bad mit Ingwerzusatz</p> <p>KG: einstündiges Bad mit Lemongras</p>		<p>[95% KI 0,31 vs. 20,45]; Spontangeburt (RR 0,93 [95% KI 0,67 vs. 1,28]; Geburtsdauer</p> <p>Die Daten zur Schmerzbehandlung konnten nicht verwendet werden, da nur p-Werte ermittelt wurden.</p>	
<p>Smith, C.A., Collins, C. T., Crowther, C. A., Levett, K. M. (2011): Acupuncture or acupressure for pain management in labour. In: Cochrane Database Syst Rev (7), S. CD009232.</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL: Ia</p> <p>Akupunktur oder Akupressur zur Schmerzbehandlung sub partu</p>	<p>13 Studien mit 1950 Frauen am ET</p> <p>IG: Akupunktur oder Akupressur Auswahl der Punkte, Frequenz und Anzahl der Behandlung variierten (häufigste Punkte: SP6, LI4, BL23, BL32, HT7, GB34, LR3, ST36)</p> <p>KG: Placebo- Behandlung, keine Intervention, pharmakologische Schmerzbehandlung, TRANS, konventionelle Betreuung oder Intrakutane Injektion mit sterilem Wasser (ISW)</p>	<p><i>Mütterlich:</i> Pharmakologische Schmerzbehandlung Schmerzintensität (VAS) Zufriedenheit mit Geburtserfahrung Geburtsdauer Wehenunterstützung mit Oxytocin Geburtsmodus Blutung p.p. Wehenintensität und – frequenz Spontangeburt Dammverletzung Mütterliche Komplikationen Ängstlichkeit /Entspannung</p> <p><i>Kindlich:</i> Apgar</p>	<p><u>Akupunktur (9 Studien):</u> <i>Akupunktur vs. Placebo-Akupunktur</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> größere Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (RR 2,38 [95% KI 1,78 vs. 3,19]); geringere Häufigkeit pharmakologischer Analgetika (RR 0,72 [95% KI 0,58 vs. 0,88]); kürzere Dauer AP (3,41; 3,06 zu 3,77 vs. 4,45; 4,06 zu 4,83; P < 0,001), kürzere Geburtsdauer ab Beginn der Akupunktur (im Mittel 71min kürzer [95% KI -123,70 vs. -18,30])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzintensität (SMD 0,04 [95% KI -0,22 vs. 0,30]); Sectio caesarea (RR 1,39 [95% KI 0,62 vs. 3,10]); vag.-op. Geburt (RR 0,64 [95% KI 0,27 vs. 1,50]); Spontangeburt (RR 1,00 [95% KI 0,87 vs. 1,14]); Oxytocinunterstützung (RR 0,62 [95% KI 0,15 vs. 2,52]); Entspannung (SMD -0,27 [95% KI 0,72 vs. 0,17]); 5' Apgar < 7 (RR 0,32 [95% KI 0,01 vs. 7,79])</p> <p><i>Akupunktur vs. konventionelle Betreuung</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i></p>	<p>Sehr viele Einzelstudien mit unterschiedlichen Vergleichsparametern Große Variation in der Applikation der Intervention (Anzahl und Auswahl der Punkte, Behandlungsdauer, Stechtiefe), unklar, ob die in den Studien angewandte Methode der gängigen Praxis entspricht Fehlerquote der Studien relativ gering aber in mehr als der Hälfte der Studien war die Dokumentation und Darstellung der Ergebnisse von mangelhafter Qualität Relativ große (unerklärte) Heterogenität innerhalb der vergleichenen Gruppen</p>

			<p>Nabelschnur pH Geburtsgewicht</p>	<p>Geringere Häufigkeit pharmakologischer Analgetika (RR 0,68 [95% KI 0,56 vs. 0,83]); geringere Anzahl vag.-op. Geburten (RR 0,67 [95% KI 0,46 vs. 0,98]); größere Entspannung (SMD -0,51 [95% KI -0,93 vs. -0,09])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzintensität (SMD -0,14 [95% KI -0,55 vs. 0,28]); Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (RR 1,08 [95% KI 0,95 vs. 1,22]); Sectio caesarea (RR 0,86 [95% KI 0,47 vs. 1,60]); Spontangeburt (RR 0,98 [95% KI 0,89 vs. 1,08]); Oxytocinunterstützung (RR 0,88 [95% KI 0,72 vs. 1,08]); Geburtsdauer (MD -0,30 [95% KI -1,79 vs. 1,19]); 5' Apgar < 7 (RR 0,60 [95% KI 0,12 vs. 2,99])</p> <p><i>Akupunktur vs. keine Schmerztherapie</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Schmerzintensität (SMD -1,00 [95% KI -1,33 vs. -0,67])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Sectio caesarea (RR 0,76 [95% KI 0,35 vs. 1,83]); vag.-op. Geburten (RR 0,49 [95% KI 0,18 vs. 1,38])</p> <p><i>Akupunktur vs. Injektionen mit sterilem Wasser (ISW)</i></p> <p><i>Frauen in KG:</i> Größere Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (MD 18,60 [95% KI 11,54 vs. 25,66]), größere Entspannung (SMD 0,55 [95% KI 0,20 vs. 0,91])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Pharmakologische Analgetika (RR 0,84 [95% KI 0,54 vs. 1,30]); Sectio caesarea (RR 1,33 [95% KI 0,37 vs. 4,73]); vag.-op. Geburten (RR 1,60 [95% KI 0,47 vs. 5,39]); Oxytocinunterstützung (RR 1,16 [95% KI 0,85 vs. 1,58]); Geburtsdauer (MD -90,1 [95% KI -187,02 vs. 6,82])</p> <p><i>Akupressur (4 Studien):</i></p> <p><i>Akupressur vs. Placebo-Behandlung</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Schmerzintensität (SMD -0,55 [95% KI -0,92 vs. -0,19]); geringere Häufigkeit von Sectio caesarea (RR 0,24 [95% KI 0,11 vs. 0,54]); weniger Oxytocinunterstützung (RR 0,66 [95% KI 0,46 vs. 0,94]); kürzere Geburtsdauer (SMD -1,06 [95% KI -1,74</p>
--	--	--	--	---

				<p>vs. -0,38]); geringere Ängstlichkeit (MD -1,40 [95% KI -2,51 vs. -0,29])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Pharmakologische Analgetika (RR 0,54 [95% KI 0,20 vs. 1,43]; 5' Apgar < 7 (bei keiner der Geburten trat ein solcher Apgar-Wert auf)</p> <p><i>Akupressur vs. Placebo oder konventionelle Betreuung</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Schmerzintensität (SMD -0,42 [95% KI -0,65 vs. -0,18]); geringere Häufigkeit von Sectio caesarea (RR 0,48 [95% KI 0,22 vs. 1,04])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Zufriedenheit mit Geburtserlebnis (MD 4,80 [95% KI -2,29 vs. 11,89]); Pharmakologische Analgetika (RR 0,94 [95% KI 0,71 vs. 1,25]); vag.-op. Geburten (RR 0,81 [95% KI 0,39 vs. 1,67]); Oxytocinunterstützung (RR 1,01 [95% KI 0,77 vs. 1,31])</p>	
<p>Smith, C.A., Levett, K. M., Collins, C. T., Jones, L. (2012): Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. In: Cochrane Database Syst Rev 2, S. CD009290.</p>	<p>Systematisches Review EL: Ia Effekt, Sicherheit und Akzeptanz von Massage zur Schmerzbehandlung sub partu Massage wurde entweder durch den Partner oder eine Masseuse appliziert (oder keine Angabe); Technik, Dauer und Frequenz variierten</p>	<p>5 RCTs mit 326 Frauen unter der Geburt IG: Massage während der Geburt KG 1: konventionelle Betreuung KG 2: klassische Musik über Kopfhörer</p>	<p>Schmerzintensität (VAS) Ängstlichkeit Anwendung anderer (pharmakologischer) Interventionen zur Schmerzbehandlung sub partu Geburtshilfliche Interventionen Geburtsoutcome Geburtspezifische Sorgen der Frauen (Cambridge Birth Worry Scale) Zufriedenheit Kontrollgefühl Geburtsdauer</p>	<p><i>Massage vs. konventionelle Betreuung</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Schmerzintensität in der ersten Geburtsphase (SMD -0,82 [95% KI -1,17 vs. -0,47]); geringere Ängstlichkeit in erster Geburtsphase (MD -16,27 [95% KI -27,03 vs. -5,51])</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzintensität in zweiter und dritter Geburtsphase (SMD -0,98 [95% KI -2,23 vs. 0,26]; SMD -1,03 [95% KI -2,17 vs. 0,11]); Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (MD 0,47 [95% KI -0,13 vs. 1,07] und MD -14,40 [95% KI -32,70 vs. 3,90]) – aufgrund der großen Heterogenität in den Gruppen konnten die Daten nicht zusammen gefasst werden; Kontrollgefühl (MD -6,10 [95% KI -13,11 vs. 0,91]); vag.-op. Geburt (RR 0,46 [95% KI 0,14 vs. 1,50]); Sectio caesarea (RR 0,73 [95% KI 0,24 vs. 2,22]); Pharmakologische Schmerzbehandlung (RR 1,19 [95% KI 0,28 vs. 5,08]); Wehenunterstützung (RR 1,09 [95% KI 0,40 vs. 2,97]); Geburtsdauer (SMD 0,34 [95% -0,07 vs. 0,75]); Ängstlichkeit während zweiter und dritter Geburtsphase (MD -8,97 [95% KI -20,79 vs. 2,85]; MD -4,57 [95% KI -14,04 vs. 4,90]); Verlegung auf Neugeborenenintensivstation (RR 1,93 [95% KI 0,13 vs. 28,79])</p>	<p>Geringe Stichprobengröße Eine der fünf Studien behandelte nur Frauen zwischen 35.-37. SSW</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				<p>Massage vs. Musik</p> <p>Frauen in IG: Geringere Schmerzintensität (RR 0,40 [95% KI 0,18 vs. 0,89])</p> <p>Keine Unterschiede: Pharmakologische Schmerzbehandlung (RR 0,41 [95% KI 0,16 vs. 1,08])</p>	
<p>Smith, C.A., Levett, K. M., Collins, C. T., Crowther, C. A. (2011): Relaxation techniques for pain management in labour. In: Cochrane Database Syst Rev 12, S. CD009514.</p>	<p>Systematisches Review</p> <p>EL: Ia</p> <p>Effekte von Entspannungstechniken zum Schmerzmanagement auf mütterliche und kindliche Morbidität (angeleitete Imagination, Progressive Muskelrelaxation, Musik, Atemtechniken, Yoga und Meditation)</p>	<p>11 RCTs mit 1374 Frauen unter der Geburt</p> <p>IG: Anwendung einer Entspannungstechnik sub partu</p> <p>KG 1: Konventionelle Betreuung</p> <p>KG 2: Psychoprophylaxe</p> <p>KG 3: verschiedene Dosen von Audio-Analgesie</p> <p>KG 4: Haltungs- und Bewegungstherapie</p>	<p>Schmerzintensität</p> <p>Ängstlichkeit</p> <p>Geburtsdauer</p> <p>PDA und andere pharmakologische Schmerzbehandlung</p> <p>Geburtsmodus</p> <p>Geburtserfahrung</p> <p>Wehenunterstützung</p> <p>Zufriedenheit</p> <p>Apgar</p>	<p><i>Entspannungstechniken</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Schmerzintensität in LP und AP (MD -1,25 [95% KI -1,97 vs. -0,53] und MD -2,48 [95% KI -3,13 vs. -1,83]) – zwei Studien; größere Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (RR 8,00 [95% KI 1,10 vs. 58,19]); geringere Rate vag.-op. Geburten (RR 0,07 [95% KI 0,01 vs. 0,50]) – zwei Studien; geringere Rate Sectio caesarea (RR 0,13 [95% KI 0,02 vs. 0,93]) – eine Studie</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Zufriedenheit mit Geburtserfahrung (MD -0,40 [95% KI -3,47 vs. 2,67]); vag.-op. Geburten (RR 1,15 [95% KI 0,82 vs. 1,61]) – zwei Studien; Sectio caesarea (RR 5,71 [95% KI 0,71 vs. 45,84] und RR 0,91 [95% KI 0,71 vs. 1,18]) – zwei Studien; PDA (RR 1,00 [95% KI 0,88 vs. 1,13]); Geburtsdauer (MD 105,56 [95% KI -1,50 vs. 212,62]); Oxytocinunterstützung (RR 1,14 [95% KI 0,82 vs. 1,59]); 5' Apgar < 7 (RR 0,47 [95% KI 0,02 vs. 10,69])</p> <p><i>Yoga</i></p> <p><i>Frauen in IG:</i> Geringere Schmerzintensität (MD -6,12 [95% KI -11,77 vs. -0,47]); größere Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (MD 7,88 [95% KI 1,51 vs. 14,25]); größere Zufriedenheit mit Geburtserfahrung (MD 6,34 [95% KI 0,26 vs. 12,42]); geringere Häufigkeit pharmakologischer Schmerzbehandlung (RR 0,05 [95% KI 0,01 vs. 0,35]) – eine Studie mit Frauen in Rückenlage; kürzere AP (MD -139,91 [95% KI -252,50 vs. -27,32] und MD -191,34 [95% KI -243,72 vs. -138,96]) – zwei Studien</p> <p><i>Keine Unterschiede:</i> Pharmakologische Schmerzbehandlung (RR 0,82 [95% KI 0,49 vs. 1,38]) – eine Studie mit Frauen mit konventioneller Betreuung; Wehenunterstützung (RR</p>	<p>Geringe Stichprobengröße in Einzelstudien</p> <p>Relative hohe Heterogenität innerhalb der Gruppen</p> <p>Teilweise unterschiedliche Ergebnisse in verschiedenen Studien</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				0,76 [95% KI 0,45 vs. 1,31]) <i>Musik</i> <i>Keine Unterschiede:</i> Schmerzintensität in LP und AP (MD -0,17 [95% KI -1,41 vs. 1,07] und MD -0,18 [95% KI -0,70 vs. 0,34]); Sectio caesarea (RR 1,25 [95% KI 0,37 vs. 4,21]); pharmakologische Schmerzbehandlung (RR 0,83 [95% KI 0,53 vs. 1,32]); Geburtsdauer (MD -2,60 [95% KI -11,58 vs. 6,38]); Ängstlichkeit in LP und AP (MD 1,18 [95% KI -0,13 vs. 2,49] und MD 0,54 [95% KI -0,56 vs. 1,64]) <i>Audio-Analgesie</i> <i>Keine Unterschiede:</i> Zufriedenheit mit Schmerzbehandlung (RR 2,00 [95% KI 0,82 vs. 4,89])	
Soong, B. & Barnes, M. (2005): Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? Birth 32(3):164-169.	Prospektive Kohortenstudie EL: Ib Identifikation von Faktoren, die nahtpflichtige Verletzungen begünstigen	3.756 Erst- und Mehrgebärende Identifikation von Faktoren, die Nahtpflichtige Verletzungen begünstigen	<i>Nahtpflichtige Verletzung in Zusammenhang mit:</i> Gebärposition Mütterliches Alter Erste vaginale Geburt Geburtseinleitungsrate Dorsoanteriore Lage Deflexionshaltung PDA-Rate Kindliches Gewicht	1.679 Frauen mit Geburtsverletzung <i>Weniger Nähte:</i> Erste vaginaler Geburt und Vierfüßlerstand (OR 0,66 [95% KI 0,47–0,93], p=0,02) Kindliches Gewicht \geq 3500g und Vierfüßlerstand (OR 0,67 [95% KI 0,5–0,9], p=0,01) Regionalanästhesie und Seitenlage (OR 0,43 [95% KI 0,43–0,89], p=0,01) <i>Mehr Nähte:</i> Erste vaginaler Geburt und halbsitzende Position (OR 1,26 [95% KI 1,0–1,56], p=0,04) Regionalanästhesie und halbsitzende Position (OR 1,50 [95% KI 1,06–2,12], p=0,02) Kindliches Gewicht \geq 3.500g und halbsitzender Position (OR 1,22, [95% KI 1,01–1,47], p=0,04)	Nur Chiquadratbasierte Unabhängigkeitstests ohne Adjustierung. Es erfolgten allerdings Subgruppenanalysen (Ip., Regionalanalgesie und kindliches Gewicht \geq 3.500g) Studienausschluss bei Mehrlingen, andere Lage als SL und Verletzungen, die nicht genäht wurden
Stamp, G., Kruzins, G. & Crowther, C. (2001): Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ 322 (7297):1277-1280.	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Dammmassage und –dehnung während des Pressens mit wasserlöslichem Gleitmitteln 4 Erhebungen:	1.340 Low-Risk Erst- und Mehrgebärende 708 Frauen, deren Damm mit Beginn des Pressens wehensynchron massiert wurden (IG) 632 Frauen ohne Massage (KG)	X ² basierter Unabhängigkeitstest T-Test Intention to treat Geburtsverletzungen Schmerzerleben Sexuelle Aktivität Harn- und Stuhlinkontinenz	Massagegruppe geringeres Risiko für DR III° (RR 0,47 [95% KI 0,23-0,93] p=0,04) Keine Unterschiede bei Damm intakt und Episiotomieraten Keine Unterschiede im Schmerzerleben 3 und 10 Tage p.p. Keine Unterschiede bei sexueller Aktivität 3 Monate p.p. Keine Unterschiede bezüglich Miktion und Defäkation Bei Ip. Massagegruppe kürzere Dauer AP (84,0 min	Multizentrisch (7 Einrichtungen) Stratifiziert nach Parität, Geburtsverletzung und Compliance Anteil der vorgeschädigten Dämme ohne Auflistung der Verletzung wird in beiden Gruppen mit 36,7% angegeben.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

	Geburt 3 Tage p.p. 10 Tage p.p. 3 Monate p.p.			vs. 94,6 min, p=0,05) Keine Unterschiede bei 5' Apgar	
Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J. & Willan, A.R. (2005): Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. Birth 32(4): 243-251.	Randomisierte kontrollierte Studie, multizentrisch EL: Ib Vierfüßlerstand	147 Erstgebärende (Ip.) mit dorsoposteriorer Kindslage zu Beginn der AP 70 Ip. im Vierfüßlerstand 77 Ip. in irgend einer anderen Position	Log. Regression Primäres Stellungswechsel in dorsoanterior Sekundäres Outcome Schmerzerleben Kontrollgefühl (Labour Agency Scale)	Tendenziell eher Stellungswechsel in der Vierfüßlergruppe ohne Signifikanz (17% vs. 7%, RR 2,4 [95% KI 0,88-6,62]) Frauen im Vierfüßlerstand berichten signifikant geringere Schmerzen gegenüber den Frauen in anderen Gebärposition (VAS: mean difference -0,85 [95% KI -1,47 bis -0,22], P=0,0083) PPI score: mean difference -0,50 [95% KI -0,89 bis -0,10], P=0,014 SF-MPQ score: mean difference -2,60 [95% KI -4,91 bis -0,28], P=0,028) <i>Keine Unterschiede:</i> Im LAS, im fetalen Outcome, im Gebrauch von Analgesie und Wehenmittel	13 geburtshilfliche Abteilungen in Universitätskrankenhäusern in Australien, England, USA, Argentinien, Kanada, Israel Basis von NICE
Symon, A.; Paul, J.; Butchart, M.; Carr, V.; Durgard, P. (2008a): Maternity unit design: background to multi-site study in England. British Journal of Midwifery 16(1):2933	Mixed Methods EL IIIb a) Identifikation von Inneneinrichtungsaspekten, die den größten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Geburt haben b) Beziehung zwischen dem Wohlbefinden des Personals und ihrer Wahrnehmung und Erfahrung der Innenarchitektur	Fragebögen (skalierte und offene Fragen) für 559 Mütter und 227 Angestellte geburtshilflicher Abteilungen, Fokusgruppen (7 Mütter, 5 Angestellte) 3 ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilungen (OLU) mit 2000-5700 Geburten im Jahr, 6 Midwife Led Units (MLU) 190-500 Geburten im Jahr Fragebogen wurde 8 Tage pp. Durch community midwife verteilt, Ausgeschlossen Frauen die nicht englisch sprechen oder lesen konnten,	Daten der Fokusgruppe transkribiert und Inhaltsanalyse (Wilkinson 2003)	Die räumliche Umgebung beeinflusst die sich dort aufhalten. Das Design von geburtshilflichen Abteilungen hat bis jetzt vergleichsweise wenig Beachtung bekommen.	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		deren Baby totgeboren wurde, krank war oder in der Neugeborenenperiode verstarb)			
<p>Symon, A.; Paul, J.; Butchart, M.; Carr, V.; Durgard, P. (2008b): Maternity unit design study part 2: perceptions of space and layout. British Journal of Midwifery 16(2): 110-114</p>	<p>Wahrnehmung von Raumangebot und Ausstattung in geburtshilflichen Einrichtungen</p>	<p>s.o.</p>	<p><i>Outcomes:</i> Wahrnehmung der Mütter des Raumangebots</p> <p>Raumangebot für Mütter um sich zu bewegen</p> <p>Aufbewahrungsmöglichkeiten für persönliche Gegenstände</p> <p>Aufenthaltsräume für Mütter</p> <p>Wahrnehmung des Personals bezüglich der Ausstattung</p> <p><i>Analyse:</i> Deskriptive Statistik</p>	<p><i>Wahrnehmung der Mütter des Raumangebots:</i> Frauen die die Abteilung als beengt (n=12) oder überladen (n=8) beschrieben bewerteten diese insgesamt weniger positiv. Die diese als geräumig (n=245) und aufgeräumt (n=354) beschrieben bewerteten die Abteilung insgesamt positiver. (p>0.01)</p> <p><i>Raumangebot für Mütter um sich zu bewegen:</i> Frauen gaben an nicht zu wissen ob es ihnen erlaubt war bestimmte Räume (bspw. Garte)n zu nutzen. Raum von Frauen in den MLU mehr genutzt. Raum in MLU kleiner, aber von gleichviel Frauen als geräumig beschrieben</p> <p><i>Aufbewahrungsmöglichkeiten für persönliche Gegenstände</i> signifikant unterschiedlich bewertet. Wurde aber als wichtig gesehen, gerade in kleinen Räumen. (Erreichbarkeit, Möglichkeit sie unterzubringen.</p> <p><i>Aufenthaltsräume für Mütter</i> 80% aller Mütter gaben an einen angenehmen Raum um sich herum gehabt zu haben Die die dies nicht hatten, hatten häufiger in OLU entbunden (Statistisch nicht signifikant). Die Bewertung der Räume war sehr subjektiv. Wichtige Rolle spielte der Begriff 'homelike'. Die Frage nach mehr öffentlichem Raumangebot oder größeren Geburtsräumen kann nicht eindeutig beantwortet werden.</p> <p>Wahrnehmung des Personals bezüglich der Ausstattung: Eigenwahrnehmung der Hebammen gute Qualität der Betreuung zu leisten korrelierte positiv bezüglich Antworten zum Kreißsaaldesign(rs 0.445; p<0.01) und einer komfortablen Arbeitsumgebung (rs=0.433; p<0.1.)</p> <p>Korrelation ohne statistische Signifikanz bezüglich wahrgenommenen Stress/ Berufszufriedenheit,</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

				schwache statistische Signifikanz: Annahme, dass Frauen genug Raum haben und gute Betreuungsqualität.	
Symon, A.; Paul, J.; Butchart, M.; Carr, V.; Durgard, P. (2008c): Maternity unit design study part 3: environmental comfort and control. British Journal of Midwifery 16(3): 167-171	Komfort und Kontrolle der Umgebung in geburtshilflichen Einrichtungen	s.o.	<i>Outcomes:</i> Kontrolle der Mütter über Umgebungsvariablen Kontrolle des Personals über Umgebungsvariablen <i>Analyse:</i> Deskriptive Statistik	Eine Minderheit der Frauen glaubte dass sie die Temperatur und Luftzufuhr im Kreißsaal selbst anpassen konnten (17%) Nahezu ¼ aller Hebammen glaubte das Frauen nicht die Kontrolle über diese Variablen haben sollten Überhitzte Arbeitsräume, ungenügende Luftzufuhr und unzureichendes Licht waren eine Quelle der Frustration für die Hebammen Lärm beeinträchtigte die Mütter, allerdings stärker auf der Wochenbettstation Lärmbelastung und Arbeitszufriedenheit der Hebammen waren nur schwach korreliert	
T					
Taavoni, Simin; Abdolalian, Somayeh; Haghani, Hamid; Neysani, Leyla (2011): Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Phase of Labor: A Randomized Controlled Trial. In: Journal of Midwifery & Women's Health, Vol. 56	Randomisiert-kontrollierte Studie EL Ib Pos. Votum der Ethikkommission Sitzen auf dem Ball mit gleichzeitiger Bewegung des Beckens (vor-zurück, kreisen) für mind. 30 Min	n=62 (2 Frauen der IG fallen während Studie raus) IG: Frauen wurden ermuntert, sich auf dem Ball zu bewegen KG: konventionelle Betreuung: Liegen im Bett ohne Umhergehen (enge Räume) <i>Einschlusskriterien:</i> I.Para, 18-35 Jahre, Einlingschwangerschaft, Schädellage, 38.-40. SSW, keine	<i>Outcomes:</i> Schmerzepfinden vor, 30, 60 und 90 Min. nach der Intervention (mittels VAS) Dauer der aktiven Geburtsphase (Zeitspanne nicht genau benannt) Dauer der Kontraktionen Intervall zwischen den Kontraktionen <i>Analyse:</i>	<i>Schmerzepfinden:</i> Vor der Intervention: keine Unterschiede Nach 30 Min.: 6.93 vs. 8.50, p 0.001 Nach 60 Min.: 6.97 vs. 8.92, p <0.001 Nach 90 Min.: 7.57 vs. 9.29, p 0.001 <i>Dauer aktive Geburt:</i> Ø in Stunden: 1,67 (IG) vs 1,78 (KG) (p= 0.605) <i>Dauer der Kontraktionen:</i> Keine statistisch signifikanten Unterschiede <i>Intervall zw. den Kontraktionen:</i> Keine statistisch signifikanten Unterschiede	Ergebnisse decken sich mit Adachi et al.; Widerspruch zu Molina

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		Risiken	t-test, Chi-Quadrat		
		<p>Ausschluss während der Studie: Bedarf an Analgesie (keine Angaben zur Häufigkeit)</p>			
<p>Talebi, H.; Nourozi, A.; Jamilian, M.; Baharfar, N.; Eghesadi-Araghi, P. (2009): Entonox for Labor Pain: A Randomized Placebo Controlled Trial. In: Pakistan Journal of Biological Sciences, 12 (17): 1217-1221</p>	<p>Randomisiert- Plazebokontrollierte Studie</p> <p>EL: Ib</p> <p>Inhalation von Lachgas (Gemisch aus 50% Lachgas und 50% Sauerstoff) unter Wehen</p>	<p>523 Gebärende</p> <p>Einschlusskriterien: 16-35 Jahre, 38.-42. SSW, Erst- und Zweitgebärende, aktive EP (MM >4cm eröffnet)</p> <p>Ausschlusskriterien: anormale FHF, Herz- Kreislauf-Erkrankung, regionale Anästhesie, Opioidaufnahme</p> <p>IG: Inhalation von Lachgasgemisch (eigenständige Anwendung mittels Maske jeweils innerhalb der Wehe)</p> <p>KG: Inhalation von Sauerstoffgemisch</p> <p>Inhalation beginnt wenn frau den Wunsch nach Analgesie äußert</p>	<p>Outcomes wurden gemessen zu Beginn der aktiven Geburt /Beginn der Intervention und jede weitere Stunde (5 Std)</p> <p>Mütterl. Sauerstoffsättigung</p> <p>Arterieller Blutdruck</p> <p>Schmerzempfinden mittels VAS</p> <p>Nebeneffekte: Übelkeit Erbrechen Schwindel Trockener Mund Benommenheit Taubheitsgefühl</p> <p>1. und 2. Apgarwert</p>	<p><i>Sauerstoffsättigung:</i> in der KG signifikant höher bei den ersten drei Messungen, bei den anschließenden Messungen keine Unterschiede</p> <p><i>Blutdruck:</i> ähnliche Werte in beiden Gruppen, lediglich bei der ersten Messung in der KG höherer Durchschnittswert</p> <p><i>Schmerzempfinden:</i> Zu allen Messzeitpunkten, bis auf den Zeitpunkt Studienbeginn, finden sich signifikant geringere Werte in der IG</p> <p><i>Nebeneffekte:</i> Übelkeit: IG 8.40% vs. KG 0% (p 0.001)</p> <p>Erbrechen: IG 2.30% vs. KG 0% (p 0.030)</p> <p>Schwindel: IG 22.60% vs. KG 0% (p 0.001)</p> <p>Trockener Mund: IG 8.30% vs. KG 0% (p 0.001)</p> <p>Benommenheit: IG 15.40% vs. KG 0% (p 0.001)</p> <p>Taubheitsgefühl: IG 15.40% vs. KG 0% (p 0.001)</p> <p>Apgar: keine Unterschiede</p>	<p>Hohe Fallzahl im Ausgang, es wird nicht beschrieben wie viele Frauen innerhalb des Messzeitraums von 5 Stunden ihre Kinder entbunden haben und aus den Berechnungen herausfielen.</p>
<p>Thöni, A. & Maroder, L. (2004): Waterbirth: a safe and natural delivery method. Experience after 1355 waterbirths in Italy. Midwifery today- International</p>	<p>Retrospektive Kohortenstudie</p> <p>EL: Ilb</p> <p>Wassergeburt</p>	<p>???</p> <p>1355 Wassergeburt (IG)</p> <p>?? Landgeburten (KG)</p>		<p>„signifikante Senkung“ der Episiotomierate bei Wassergeburt</p>	<p>Lediglich Prozentangaben</p> <p>Vereinzelt Gegenüberstellung zu „anderen“ Geburten ohne Angabe des n</p> <p>Keine Angabe p-Werte, OR, RR oder KI</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

Midwife Summer 2004: 44-48.					
Thöni, A. & Mussner, K. (2002): Gebären und geboren werden im Wasser - Vergleichende Studie nach 969 Wassergeburten. Geburtshilfe Frauenheilkd o.Jg. (62):977-981.	Retrospektive Kohortenstudie EL: IIb Vergleich Wassergeburt vs. Kreißbett vs. Hocker	1.656 Erst- und Mehrgebärende 969 Wassergeburten 515 Geburten im Kreißbett 172 Geburten auf dem Hocker	X ² basierter Unabhängigkeitstest Dauer AP Dammrisse und Episiotomien Schmerzmittelverbrauch Arterieller Nabelschnur pH BE Kindliches Gewicht Hb-Wert im Wochenbett	Wassergeburt weniger Episiotomie (0,9% vs. 24,8% vs. 7,6%, p<0,01) <i>Weniger Episiotomie nicht gleich mehr Risse:</i> Wassergeburten ohne Riss oder Episiotomie n = 660 (68%); Geburten im Kreißbett n=247 (47%); Geburten auf dem Hocker n=49 (49%) <i>Bei Erstgebärenden:</i> Wassergeburten ohne Riss oder Episiotomie n=258 (58%); Geburten im Kreißbett n=102 (36%); Geburten auf dem Hocker n=45 (48%) Keine Unterschiede bei Rissverletzungen, arteriellem Nabelschnur pH, BE, kindliches Gewicht, Hb Level im Wochenbett	Ausschlusskriterien: VE, BEL, PDA Daten der Jahre 1997 – 2001
Thöni, A., Zech, N., Moroder, L. & Ploner, F. (2007): Die Kontamination des Wassers und die Infektionsrate bei der Wassergeburt. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch 47 (1):33-38	Prospektive Kohortenstudie EL: IIb	741 Wassergeburten Wasser-Analyse auf Keimbesiedlung (von 200 Geburten in den Jahren 2001-2003) Infektionsrisiko Ngb. Wasser- (n=741) vs. Landgeburt (n=440)	A-Probe: Wasserprobe nach Füllung der Wanne B-Probe: Wasserprobe p.p. Neonatale, klinische Auffälligkeiten CRP Arterieller Nabelschnur pH Base Excess	Starke Keimbesiedlung der A-Probe hat zu einem Filtereinbau im Jahr 2002 geführt. Danach keine Legionellenbelastung mehr. Enterokokkenbelastung blieb. Nach Geburt starke Belastung mit coliformen Keimen Dennoch keine vermehrten neonatalen Infektionen bei Wassergeburten gegenüber Landgeburten	
Thompson, A.M. (1993): Pushing techniques in the second stage of labour. J Adv Nurs 18(2):171-177.	Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Valsalva Manöver vs. Mitschieben nach Bedarf	22 Erstgebärende (Ib.) in einer Einrichtung (identisches Hebammenteam in den Gruppen) 17 Ib., die mit geschlossenen Stimmritzen und unter Anweisung der Hebamme forciert pressen 15 Ib., die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu	Student T-Test X ² basierter Unabhängigkeitstest Dauer AP Geburtsmodus Durchschnittlicher Blutverlust Geburtsverletzungen Notwendigkeit O ₂ Gabe (need for resuscitation) beim Ngb. Blutgasanalyse des Nabelschnurblutes Subjektives	<i>Gruppe 2 (Bedarf):</i> EP bereits signifikant länger (means [SD]: 12,32 Std. [5,13 Std.] vs. 7,88 Std. [2,62 Std.], p = 0,005) AP ebenfalls signifikant länger (means [SD]: 121,4 min [58,4 min.] vs. 58 min [42 min], p = 0,002) Keine Unterschiede hinsichtlich der anderen Variablen	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		ermutigt werden	Empfinden der Frau		
<p>Thorstensson, S.; Nissen, E.; Ekström, A. (2008): An exploration and description of student midwives' experiences in offering continuous labour support to women/couples. Midwifery 24: 451-459</p>	<p>qualitativ</p> <p>QI (Einteilung nach Burns & Grove 2005)</p> <p>Hebammenstudentinnen bieten kontinuierliche Betreuung während der Wehen an um eine wechselseitige Beziehung zu entwickeln</p> <p>Struktur des Berichts:</p> <p>Situationsbeschreibung, Benehmen/Reaktionen der Frau des Paares, Gedanken und Gefühle der Studentinnen, Reflektion der Situation</p>	<p>11 Studentinnen zwischen 26 und 45 Jahre, zwischen 1 und 15 Jahren Berufserfahrung als Krankenschwester) schreiben über die Betreuung von je 5 Frauen bzw. Paaren</p> <p>Zentralkrankenhaus in Schweden</p> <p>Studentinnen waren, entgegen der üblichen Betreuung, kontinuierlich für das Paar erreichbar.</p> <p>Absolvierten Trainingsprogramm zur kontinuierlichen Betreuung. Studie während des klinischen Trainings im ersten und zweiten Kreißsaaleinsatz durchgeführt</p>	<p>Qualitative Inhaltsanalyse (Strubert Speziale and Rinaldi Carpenter 2002; Polit und Beck 2004)</p>	<p><i>Hauptthema:</i> Wechselseitige Beziehung aufbauen: durch Gespräch und das Anbieten praktischer Unterstützung. Studentinnen fanden das Entwickeln einer wechselseitigen Beziehung essentiell um eine effektive Geburtsbegleitung zu ermöglichen.</p> <p><i>Subthemen:</i> Bedeutung von Anwesenheit (Berührung, Augenkontakt, Sprechen):</p> <p>Selbstvertrauen durch Aufbau einer wechselseitigen Beziehung und das Gefühl sinnvoll unterstützen zu können</p> <p>Bestärkung anbieten Den Frauen/Paaren, aber auch sich selbst bestärken, wenn sie ihre eigenen Fähigkeiten wahrnahmen</p> <p>Bedürfnis nach Bestärkung durch werdende Eltern und anleitende Hebammen</p> <p>Gefühl der Machtlosigkeit, wenn Aufbau wechselseitiger Beziehung misslang.</p> <p>Mangelndes Selbstvertrauen durch Unsicherheit, ließ sie stärker auf „medizinische Fähigkeiten“ fokussieren</p>	
U					
V/W					

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Waldenström U. (1999). Experiences of Labour and Birth in 1111 Women. Journal of Psychosomatic Research, 47 (5), pp. 471-482.</p>	<p>Kohortenstudie (EL Ib) Fragebogen Erhebung in der Schwangerschaft und follow-up zwei Monate nach der Geburt, sowie Geburtsakten; Datenaufnahme von Geburten zwischen 1989 und 1992. Mehrere Einheiten im Umkreis von Stockholm. Hauptstudie: Randomisierte Zuteilung in klinische Hebammengeleitete oder übliche klinische geburtshilfliche Einheit. In dieser Studie Frauen beider Gruppen zusammen ausgewertet</p> <p>Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>N=1111 Frauen</p>	<p>Karolinska Scales of Personality (KSP) Locus- of-control Instrument Verschiedene Skalen zum Messen von Angst, Distress, somatische und psychische Reaktionen Logistische Regressionen</p>	<p>50% waren sehr zufrieden mit ihrem Geburtserlebnis, 3,2% sehr unzufrieden. Frauen die ein sehr negatives Geburtserlebnis äußerten waren eher jünger, weniger gut gebildet und nicht in Schweden geboren.</p> <p>Einbezug in den Geburtsprozess und Entscheidungen war assoziiert mit positivem Geburtserlebnis.</p> <p>Hebammenunterstützung aber nicht Partnerunterstützung war assoziiert mit Geburtszufriedenheit. Bedeutet nicht, dass Partnerunterstützung nicht wertgeschätzt wird. Sie bewerten sie sogar als stark und auch stärker als Hebammenunterstützung.</p> <p>Angst, Schmerz und Erstes Kind bekommen waren assoziiert mit negativem Geburtserlebnis. (Angst während der Geburt und nicht Angst als Charakterzug steht im Zusammenhang)</p> <p>Einleitung, Kaiserschnitt, vaginal-operative Geburt und Entonox waren assoziiert mit negativem Geburtserlebnis.</p>	
<p>Walsh, D.; Devane, D. (2012): A Metasynthesis of Midwife-Led Care. Health Research 22(7): 897-910</p>	<p>Systematisches Review und Metasynthesis qualitativer Studien zur hebammengeleiteten Betreuung</p> <p>QI (Einteilung nach Burns& Grove 2005)</p>	<p>Literaturrecherche qualitativer Studien (veröffentlichte Artikel 1980-2010) => 11 Artikel zu 8 Studien (U.S., U.K., Australien, Schweden) 5x free standing birth center, 3x integrated birth center, 1x beides, 1x MLU/FBC</p>	<p>Metasynthesis (Downe et al. 2007)</p>	<p>a) Vorteile für die Mutter aufgrund der Verbindung (und der damit verbundenen Anwesenheit) der Hebamme</p> <p>b) Schnittstellenproblematik mit der üblichen geburtshilflichen Abteilung, der die hebammengeleitete Abteilung angeschlossen war. Zusammenstoß zwischen geburtshilflichen Modellen und Kulturen</p> <p>c) Grössere Handlungsfähigkeit für Hebammen</p>	
<p>Westberg, Håkan; Egelrud, Liselott; Ohlson, Carl-Göran; Hygerth, Mona; Lundholm, Cecilia (2007):</p>	<p>Messung der Belastung des Personals (Hebammen und Hebammen-Assistentinnen) durch Lachgas an sechs</p>	<p>8h Sample: Insgesamt 25 Hebammen und 11 Hebammen-Assistentinnen</p>	<p>Luftkonzentration (mg/m³) von Lachgas, zeitgewichtete Durchschnittswerte</p>	<p>2h Sample: Durchschnittliche Luftkonzentration an Lachgas 57mg/m³ (schwankte zwischen 1.3 bis 390 mg/m³) Hebammen-Assistentinnen: durchschnittl. Konzentration → 77mg/m³ (1.3-390) Hebammen niedrigeren Konzentrationen ausgesetzt:</p>	<p>Unterschiede zw. Hebammen und Assistentinnen: Assistentinnen betreuen in den Phasen, in denen Lachgas verstärkt eingesetzt wird, intensiver die Frauen</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Exposure to nitrous oxide in delivery suites at six Swedish hospitals. In: Int Arch Environ Health (2008), 81: 829-836</p>	<p>schwedischen Kliniken bei Verabreichung von Lachgas unter der Geburt</p>	<p>2h Sample: 75 Hebammen und 36 Hebammen-Assistentinnen</p> <p>Kurzzeit-Sample (15 Min.): insgesamt 29</p>		<p>durchschnittl. 47 mg/m³ (<2-320) 21% der gemessenen Werte überschritten den von der American Conference of Industrial Hygienists vorgegebenen Grenzwert von 90mg/m³</p> <p>8h Sample: Durchschnittl. Konzentration: 57 mg/m³ (2.5-269) Hebammen-Assistentinnen: durchschnittl. 83 mg/m³ (<3.5-220) Hebammen: durchschnittl. 25 mg/m³ (2.5-260) Kein statistisch signifikanter Unterschied zw. den Gruppen (p 0.138) 25% der gemessenen Werte überschritten den von der American Conference of Industrial Hygienists vorgegebenen Grenzwert von 90mg/m³</p> <p>Kurzzeit-Sample: Durchschnitt: 630mg/m³ (Schwankungen von 19 – 4200mg/m³) Hebammen-Assistentinnen: 910mg/m³ (170-4200) Hebammen: 510 mg/m³ (19-2300) 14% überschritten den Swedish occupational exposure ceiling limit value von 900mg/m³</p>	
<p>Wöckel, A.; Säger, S.; Strecker, J.; Abou-Dakn, M. (2008): Eine Befragung von Schwangeren zu Erwartungen an die Geburtsklinik für klinikinterne Maßnahmen zur Qualitätsförderung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 102:431-439</p>	<p>Querschnittsstudie EL IIIb</p> <p>Befragung von Schwangeren zu Erwartungen an die Geburtsklinik für klinikinterne Maßnahmen zur Qualitätsförderung.</p> <p>Aktuelle Erwartungen, Präferenzen, Wünsche der Schwangeren</p>	<p>Befragung von 152 Frauen auf einer Berliner Babymesse in 2006</p> <p>Fragebögen mit Multiple Choice, skalierten Fragen und offenen Fragen</p> <p>114 Schwangere füllten Fragebogen anonym aus, 91 Fragebogen während Interview mit Frauenarzt in der Ausbildung ausgefüllt (um Antwortverhalten aufgrund sozialer Erwünschtheit zu identifizieren).</p>	<p><i>Outcomes:</i> Erwartungen an das Personal in Geburtskliniken</p> <p>Schulmedizinischen und alternativen Angeboten</p> <p>Räumlichkeiten</p> <p>Kursangeboten Rooming-in</p> <p>Stillen</p> <p><i>Analyse:</i> Deskriptive Statistik</p>	<p><i>Personal in der Geburtsklinik</i> Die Anwesenheit von Hebammen während der Geburt wurde von 90,9% als sehr wichtig eingestuft. 75% der Befragten wünschten sich eine kontinuierliche Betreuung durch eine Person, unabhängig von möglichen Schichtwechseln. 73% wünschten durch eine bekannte Hebamme (z.B. eine Beleghebamme) während der Geburt betreut zu werden. Anwesenheit Assistenzarzt: 50% sehr wichtig, 32% wichtig, 9% egal. 9% kaum wichtig Anwesenheit Oberarzt: 22,9% sehr wichtig, 59% wichtig, 4,5% egal</p> <p>Physiologische Geburt von Hebamme geleitet: 58% sehr wichtig, 30,9% wichtig. Geburt unter primärer ärztlicher Leitung: 19%</p> <p><i>Evidenzbasiertes schulmedizinischen und alternativmedizinisches Angebot</i> Wurde gleichwertig beurteilt</p>	<p>Ethikvotum?</p>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

		<p>Nach Ausschluss der Fragebögen mit fehlenden Angaben bei Multiple Choice / skalierten Fragen: in jeder Gruppe 76 Fragebögen.</p> <p>Low-risk Klientel</p>		<p><i>Räumlichkeiten</i> Kriterien in absteigender Rangfolge: maximale Wahrung der Intimsphäre (35,2%), harmonische, wohnliche Farbgestaltung (26,4%), Vorhandensein von Fenstern (14,7%), die Möglichkeit zu duschen (14,7%) ausreichende Raumgröße (9%). In den offenen Fragen: Wunsch nach harmonischen Raumklima (Vermeidung einer unpersönlichen und rein funktionellen Klinikatmosphäre), Möglichkeit Licht zu dimmen, Musik hören. Für die Wochenstation Familienzimmer wichtiges Kriterium (37,8%). Eigenes Bad/ Toilette ebenfalls hohe Bedeutung (21,6%), 90% fanden separates Spielzimmer für Begleitkinder wichtig</p> <p><i>Kursangebot / Rooming-in</i> Unterschiedliche Bedürfnisse und Prioritäten von Erst- und Mehrgebärenden zum Kursangebot. Bezüglich der vor- und Nachteile des Rooming-in gemischtes Empfinden.</p> <p><i>Auswahl der Geburtsklinik und Öffentlichkeitsarbeit</i> Persönlichkeit, Kompetenz und Freundlichkeit des Personals doppelt so hoch bewertet wie attraktive Räumlichkeiten, Komfort und Service. 90% sehen Bedarf für gezielte Öffentlichkeitsarbeit (Leistungsumfang der Einrichtung, Bedeutung/Ablauf Rooming-in, Stillen)</p> <p><i>Stillen</i> Nur 20% fühlten sich ausreichend informiert. In den Interviews deutlich größerer Anteil an Frauen mit Stillwunsch als in den anonymen Fragebögen – Antwort aufgrund sozialer Erwünschtheit.</p>	
XYZ					
<p>Yildirim, G. & Beji, N.K. (2008): Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study.</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie EL: Ib Spontanes Pressen vs. Valsalva Pressen</p>	<p>100 Erstgebärende (Ip.) mit erwartetem kindlichen Geburtsgewicht zwischen 2.500g und 3.999g; 50 Ip., die mit</p>	<p><i>Outcomes:</i> Geburtsdauer Geburtsverletzungen (einschließlich Episiotomie) Blutverlust Hb-Level</p>	<p><i>Gruppe 2 (Bedarf):</i> Dauer AP kürzer (40,8 min [19,1 min] vs. 50,1 min [26,3 min], t=2,028, p=0,045) Dauer aktives Mitschieben kürzer (9,6 min [5,5 min] vs. 14,8 min [7,5 min], t= 3,935, p=0,001) Durchschnittlich höherer 1' Apgar (7,9 [0,6] vs. 7,3</p>	

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) & Verbund Hebammenforschung

<p>Birth 35(1):25-30.</p>		<p>geschlossenen Stimmritzen und unter Anweisung der Hebamme forciert pressen; 50 Ip., die nach Bedarf mitschieben und von der Hebamme dazu ermutigt werden</p>	<p>Blutgasanalyse Nabelschnur 1' und 5' Apgar <i>Analyse:</i> Log. Regression zur Überprüfung relevanter Faktoren Mittelwertvergleich</p>	<p>[0,8] t=-4,475, p=0,001), höherer 5' Apgar (9,9 [0,3] vs. 9,5 [0,6] t=-4,539, p=0,001) und höherer Nabelschnur-ph. Zufriedener mit ihrer Arbeit des Pressens (53,2 [6,1] vs. 42,7 [10,7], t=-6,000, P<0,01) Keine Unterschiede hinsichtlich der anderen Variablen</p>	
<p>Zasloff E., Schytt E., Waldenström U. (2007), First time mothers` pregnancy and birth experiences varying by age. In: Acta Obstetrica et Gynecologica, 86: 1328-1336.</p>	<p>Kohortenstudie (EL IIb) Fragebogenerhebung vor und nach der Geburt. Positives Votum der regionalen Ethikkommission</p>	<p>Von 4.600 möglichen Frauen haben den Fragebogen zurückgesendet antenatal n= 3.455 Frauen, postpartal n= 2.762 Frauen Im Mittel wurde der a.p. Fragebogen in der 16. SSW und der p.p. Fragebogen 10 Wochen nach Geburt ausgefüllt. Altersgruppen: <21, 21-25, 26-29 (Referenzgruppe), 30-34, und ≥35</p>	<p><i>Outcomes:</i> Sozioökonomische Daten, psychisches Wohlbefinden via EPDS und Cambridge Worry Scale (CWS). Fragen zu Erwartungen und Geburtserfahrungen <i>Analyse:</i> Chancenverhältnis (RR) für Alter und alle Variablen im Vergleich mit Referenzgruppe</p>	<p>Während der Schwangerschaft haben Frauen der beiden jüngeren Gruppen häufiger depressive Symptome und Sorgen. In diesen Gruppen ist der Anteil Frauen mit niedriger Schulbildung zudem höher. Frauen der jüngsten Gruppe hatten mehr negative Gefühle, wünschten sich häufiger eine Sectio oder eine PDA. Der Anteil normaler vaginaler Geburten sank kontinuierlich von 77% in der jüngsten Gruppe auf 57% in der ältesten Gruppe. PDA am häufigsten in der jüngsten Gruppe (38%) und am geringsten in der Referenzgruppe (19,5%). Frauen der ältesten Gruppe schätzen ihre Geburt am häufigsten negativer ein (komplizierte, schwere Geburt), Frauen der jüngsten Gruppe berichten häufiger davon sehr starke Schmerzen gehabt zu haben, Angst und fehlende Kontrolle erlebt zu haben.</p>	