

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 111 (2013)
Heft: 10

Anhang: Hebammen-Literaturdienst

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Entspannung bei vorzeitiger Wehentätigkeit
Yoga zur Prävention von Komplikationen bei Risikoschwangerschaft
Antibiotikagabe bei bakterieller Vaginose

Geburt

Intrapartale Schmerzlinderung

Andere Themen

Erfahrungen von Vätern mit der geburtshilflichen Betreuung

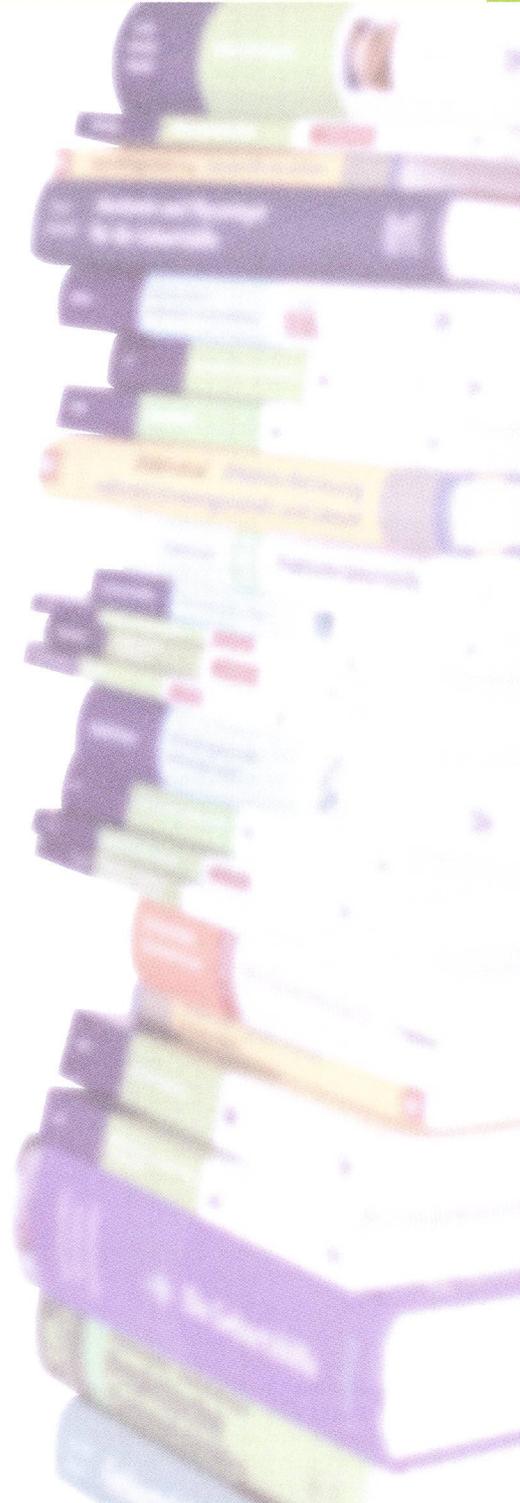
Liebe Hebammen, liebe WeHen und Hebammenstudentinnen,

die Vorbereitungen der Herbstausgabe fanden im heißen Juli dieses Jahres statt. Ein allgemeines gesellschaftliches Ereignis hat die Diskussion zur normalen Geburt zeitgleich beflügelt. Die Mutter des zukünftigen Thronfolgers in Großbritannien trat am Tag nach der Geburt im blauen Sommerkleid auf die Straße und gab ein erstes Interview. Jeder konnte sehen: Geburt ist keine Krankheit. Welch eine wunderbare Botschaft! Manchmal braucht es eben die gelungenen Beispiele des royalen Alltags, um Hebammenarbeit zu fördern. Ruth de Souza hat dazu einen Blog geschrieben und wünscht, dass jedes Kind auf dieser Welt mit der gleichen Freude begrüßt wird (<http://www.ruthdesouza.com/2013/07/25/the-royal-baby/>) wie das königliche Baby. Zur „Unterfütterung“ dieses Anliegens haben wir Ihnen in dieser Ausgabe wieder einige spannende Arbeiten zusammengestellt. Wir hoffen, dass sie Ihren beruflichen Alltag bereichern werden.

Viel Freude bei der Lektüre!

Die Herausgeberinnen

Dr. Katja Stahl, 040 / 88 18 97 69, mail@katjastahl.de
Jutta Posch, Georg-Elser-Str.2, 79100 Freiburg, 0761 / 34232, jutta.posch@web.de
PD Dr. Mechthild Groß, AG Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover,
Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover, 0511 / 532 6116, gross.mechthild@mh-hannover.de



SCHWANGERSCHAFT

Entspannung zur Vorbeugung und Behandlung vorzeitiger Wehentätigkeit

Khianman B Pattanimum P Thinkhamrop J et al. 2012 Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8

Hintergrund: Frühgeburtlichkeit stellt eine der Hauptursachen perinataler Morbidität und Mortalität dar. Obwohl die Pathogenese vorzeitiger Wehentätigkeit bis heute nicht wirklich geklärt ist, gibt es Hinweise für einen Zusammenhang zwischen psychischem Stress der Mutter und unerwünschten Schwangerschaftsoutcomes. Entspannung und Mind-Body-Therapien umfassen eine Vielzahl verschiedener Techniken wie z.B. Meditation, Massage, etc. Die Auswirkungen unterschiedlicher Entspannungstechniken zur Prävention vorzeitiger Wehentätigkeit und Frühgeburtlichkeit wurden bisher noch nicht im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit untersucht. Nicht mit aufgenommen wurden Studien zum Effekt der Hypnose, da diese in einem separaten Review untersucht wurden.

Ziel: Untersuchung der Effektivität von Entspannungstechniken in der Prävention und Behandlung vorzeitiger Wehentätigkeit und Frühgeburtlichkeit.

Recherche: Durchsucht wurden das Cochrane Pregnancy and Childbirth Trials Register (14.12.2011), CENTRAL (2011, Issue 4 von 4) und CINAHL (1982 bis 14.12.2011). Die Autoren wurden ggf. hinsichtlich zusätzlicher Informationen kontaktiert.

Einschlusskriterien: Randomisierte, kontrollierte Studien, cluster- und quasi-randomisierte Studien, in denen Entspannungstechniken mit Standardbehandlung, keiner Behandlung oder Placebo-Behandlung zur Prävention oder Therapie der vorzeitigen Wehentätigkeit verglichen wurden.

Datenerhebung und -analyse: Zwei Reviewautoren (B Khianman, BK und P Pattanimum, PP) analysierten die Suchergebnisse auf ihre Eignung für ihre Aufnahme in den Review. Bei Unstimmigkeiten wurde ein dritter Autor (J Thinkhamrop, JT) hinzugezogen. Die Daten wurden von BK und PP unabhängig voneinander entsprechend der Vorgaben für Cochrane Reviews extrahiert und auf Plausibilität geprüft. Das Bias-Risiko wurde ebenfalls von zwei Review-Autoren unabhängig voneinander geprüft. Alle Unstimmigkeiten wurden im Gespräch mit JT gelöst. Für kontinuierlich skalierte Outcomes wurden Mittelwertunterschiede mit zugehörigem 95% Konfidenzintervall (KI) berechnet, für dichotome Outcomes Risk Ratios (RR) mit 95% KI.

Ergebnisse: Es wurden 11 randomisierte, kontrollierte Studien mit insgesamt 833 Frauen in den Review aufgenommen. Gleichwohl war die Zahl der Teilnehmerinnen in allen Einzelstudien gering, was bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden muss. In der Mehrzahl der Untersuchungen fanden sich unzureichende Informationen über die Vorgehensweise bei der Aufteilung der Teilnehmerinnen auf die zu vergleichenden Gruppen. Gleiches gilt für die Maßnahmen, die ergriffen wurden, um eine verdeckte Zuteilung und eine Verblindung zu gewährleisten (was die Einschätzung des Risikos einer Verzerrung der Ergebnisse erschwert, A.d.Ü.). In keiner der Studien wurden vorzeitige Wehentätigkeit oder Frühgeburtlichkeit als primäres Outcome erhoben. In den Studien wurden jeweils unterschiedliche Interventionen untersucht. Auch hinsichtlich des Vorgehens und des Untersuchungszeitpunkts waren sie verschieden. In keiner der Studien wurde eine klare Hypothese formuliert. In einer Studie wurden Hinweise gefunden, dass Entspannungsübungen in der 26. bis 29. Schwangerschaftswoche (SSW) bei Frauen ohne vorzeitige Wehentätigkeit zu einer Stressreduktion (gemessen anhand der Anxiety Stress Scale) führen können (mittlerer Unterschied (MD) -7,04, 95% KI -13,91 - -0,17). Zu weiteren positiven Effekten von Entspannungsübungen (zusätzlich zur üblichen Betreuung) zählen ein höheres Geburtsgewicht (MD 285 g, 95% KI 76,94 g - 493,06 g), höhere Chance einer vaginalen Geburt (vaginale Geburt: RR 1,52, 95% KI 1,13 - 2,04; Sectio: RR 0,38, 95% KI 0,19 - 0,78), weniger starke Ängste (MD -15,97, 95% KI -18,33 - -13,25) und geringere Stress-

levels (MD -13,08, 95% KI -15,92 -10,87). Für Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit wurde mit Blick auf die Frühgeburtlichkeit zwischen den Gruppen mit und ohne Entspannungsübungen kein Unterschied festgestellt (eine Studie, RR, 0,95, 95% KI 0,57 - 1,59), Gleiches gilt für das kindliche Geburtsgewicht (zwei Studien, MD -5,68 g, 95% KI -74,09 g - 162,74 g).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieses Reviews deuten darauf hin, dass Entspannungsübungen in der Schwangerschaft dazu beitragen können, Stress und Besorgnis zu lindern. Ein Effekt auf vorzeitige Wehentätigkeit und Frühgeburtlichkeit konnte nicht festgestellt werden. Die Ergebnisse sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die verfügbaren Studien von eingeschränkter methodischer Qualität waren.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Yoga zur Prävention von Komplikationen bei Frauen mit Risikoschwangerschaft: eine randomisierte, kontrollierte Studie

Rakshani A Nagarathna R Mhaskar R et al. 2012 The effects of yoga in prevention of pregnancy complications in high-risk pregnancies: a randomized controlled trial. Preventive Medicine 55: 333-340

Ziel: Während frühere Studien den möglichen Effekt von Yoga in normalen Schwangerschaften untersucht haben, war es das Ziel dieser randomisierten, kontrollierten Studie, erstmalig die Auswirkungen von Yoga zur Prävention von Schwangerschaftskomplikationen bei Frauen mit Risikoschwangerschaft zu untersuchen.

Methode: Insgesamt wurden 68 Frauen mit einer Risikoschwangerschaft aus zwei Krankenhäusern in Bengaluru, Indien, nach dem Zufallsprinzip auf eine Yoga- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Frauen der Yogagruppe (n=30) erhielten die Standardbetreuung sowie von der 12. bis zur 28. Schwangerschaftswoche (SSW) dreimal in der Woche einen einstündigen Yoga-Kurs. Frauen in der Kontrollgruppe (n=38) erhielten die Standardbetreuung sowie konventionelle Schwangerschaftsgymnastik (Walking) ebenfalls von der 12. bis zur 28. SSW.

Ergebnisse: In der Yogagruppe wurden signifikant weniger Fälle einer schwangerschaftsinduzierten Hypertonie (SIH), von Präeklampsie, Gestationsdiabetes sowie einer intrauterinen Wachstumsretardierung beobachtet (p=0,018, p=0,042, p=0,049 bzw. p=0,05). Darüber hinaus wurden in der Yogagruppe signifikant weniger Kinder geboren, die für die Schwangerschaftswoche zu leicht waren (SGA, small for gestational age), und einen niedrigen APGAR-Wert hatten (p=0,006 bzw. p=0,033).

Schlussfolgerung: Die erste randomisierte, kontrollierte Studie zu den Auswirkungen von Yoga bei Frauen mit einer Risikoschwangerschaft deutet darauf hin, dass Yoga eine effektive Vorbeugung SIH-bedingter Komplikationen sein kann und zu besseren kindlichen Outcomes beitragen kann. Die Stichprobe der Studie war allerdings sehr klein und es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen und den Wirkmechanismus der Yoga-Übungen in diesem wichtigen Bereich zu verstehen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Antibiotikagabe in der Schwangerschaft zur Behandlung der bakteriellen Vaginose

Brocklehurst P Gordon A Heatley E et al. 2013 Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1

Hintergrund: Die bakterielle Vaginose (BV) ist gekennzeichnet durch eine Verschiebung des bakteriellen Gleichgewichts der Vaginalflora mit einem Übergewicht an anaeroben Bakterien und einer Verringerung der Laktobazillen. Dies kann zu einem charakteristischen Ausfluss führen, die meisten Schwangeren weisen jedoch keine Symptome auf. Es wird ein Zusammenhang vermutet zwischen einer BV und unerwünschten perinatalen Outcomes, insbesondere einem häufigeren Vorkommen von Frühgeburtlichkeit. Entsprechend könnten die

Erkennung und Behandlung des Risiko der Frühgeburtlichkeit und ihrer Konsequenzen verringern.

Ziel: Untersuchung der Auswirkungen einer antibiotischen Behandlung der BV in der Schwangerschaft.

Methode: Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trial Register (31.05.2012) und die Literaturverzeichnisse der relevanten identifizierten Studien. Abstracts, Editorials und Briefe an die Herausgeber wurden ebenfalls herangezogen.

In den Review aufgenommen wurden randomisierte Studien, in denen eine antibiotische Behandlung verglichen wurde mit einer Placebobehandlung oder keiner Behandlung. Des Weiteren wurden Studien aufgenommen, in denen zwei unterschiedliche Antibiotikagaben zur Behandlung einer symptomatischen oder durch ein Screening identifizierten asymptomatischen BV verglichen wurden.

Datenerhebung und -analyse: Zwei Reviewautoren prüften unabhängig voneinander die Eignung der Studien zur Aufnahme in den Review und extrahierten die Daten. Für zusätzliche, nicht veröffentlichte Informationen wurden die Studienautoren kontaktiert.

Ergebnisse: Es wurden 21 Studien guter methodischer Qualität mit insgesamt 7847 Frauen mit diagnostizierter BV oder einem mäßig erhöhten Scheide-pH-Wert in den Review aufgenommen. Mit einer antibiotischen Behandlung konnte die Keimbiesiedelung effektiv verringert werden (durchschnittliches relatives Risiko (RR) 0,42, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,31-0,56; 10 Studien, 4403 Frauen). Die antibiotische Behandlung verringerte darüber hinaus das Risiko für einen Spätabort (RR 0,20, 95% KI 0,05-0,76, zwei Studien, 1270 Frauen). Das Risiko für eine Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) konnte durch die Antibiotikagabe nicht verringert werden (RR 0,88, 95% KI 0,71-1,09, 13 Studien, 6491 Frauen), ebenso wenig wie das Risiko für einen vorzeitigen Blasensprung vor dem Termin (RR=0,74, 95% KI 0,30-1,84, 2 Studien, 493 Frauen). Das Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen, die einen Behandlungsabbruch oder einen Wechsel des Präparats erforderlich machen, war in den Interventionsgruppen deutlich erhöht (RR 1,66, 95% KI 1,02-2,68; 4 Studien, 2323 Frauen). In dieser Überarbeitung des Reviews zeigte sich, dass eine Behandlung der BV vor der 20. SSW das Risiko für eine Frühgeburt nicht verringerte (RR=0,85, 95% KI 0,62-1,17; 5 Studien, 4088 Frauen). Auch bei Frauen, die bereits eine Frühgeburt in der Anamnese hatten, hatte die antibiotische Behandlung keinen Einfluss auf das Risiko für eine weitere Frühgeburt (RR 0,78, 95% KI 0,42-1,48; 3 Studien, 421 Frauen). In einer kleinen Studie mit 156 Frauen wurde die Gabe von Metronidazol und Clindamycin (sowohl oral als auch vaginal) verglichen. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der untersuchten primären Outcomes. Für die sekundären Outcomes Verlängerung der Schwangerschaftsdauer (in Tagen) (mittlere Differenz 1 Tag, 95% KI 0,26-1,74) und Geburtsgewicht (in Gramm) (MD 75 g, 95% KI 25,37-124,99) wurden statistisch signifikante Unterschiede beobachtet, die klinisch jedoch nicht sehr relevant sind. Die Darreichungsform (oral oder vaginal) hat keinen Einfluss auf das Risiko der Frühgeburtlichkeit (RR 1,09, 95% KI 0,78-1,52; 2 Studien, 264 Frauen). Mit Blick auf die Verlegung des Neugeborenen sind orale Antibiotika der vaginalen Gabe leicht überlegen (sowohl Metronidazol als auch Clindamycin) (RR 0,63, 95% KI 0,42-0,92; eine Studie, 156 Frauen), ebenso im Hinblick auf eine Verlängerung der Schwangerschaftsdauer (MD 9 Tage, 95% KI 8,2-9,8; eine Studie, 156 Frauen) und das Geburtsgewicht (MD 342 g, 95% KI 293-391; eine Studie, 156 Frauen). Unterschiedliche Dosierungen wurden in einer kleinen Studie verglichen, in der sich keine Unterschiede hinsichtlich der untersuchten Outcomes zeigten.

Schlussfolgerung: Mit einer antibiotischen Behandlung kann eine BV in der Schwangerschaft effektiv behandelt werden. Das Risiko für Frühgeburtlichkeit wird durch die Behandlung nicht signifikant verringert. Auf Basis dieses Reviews gibt es keine ausreichenden Evidenzen, dass ein Screening aller Schwangeren auf BV und die nachfolgende antibiotische Behandlung zur Senkung des Frühgeburtsrisikos und seiner Folgen beitragen kann.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

GEBURT

Intrapartale Schmerzlinderung: eine Zusammenfassung der verfügbaren systematischen Reviews

Jones L Othman M Dowswell T et al. 2012 Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3

Hintergrund: Der Schmerz, den Frauen während der Geburt empfinden, wird durch eine Vielzahl physiologischer und psychosozialer Faktoren beeinflusst. Die wahrgenommene Intensität ist individuell sehr verschieden. Die meisten Frauen nehmen während der Geburt schmerzlindernde Maßnahmen in Anspruch. Hierbei kann es sich um nicht-pharmakologische Maßnahmen handeln, die den Frauen helfen, mit dem Wehenschmerz umzugehen, oder pharmakologische Interventionen, die darauf abzielen, den Schmerz zu reduzieren.

Ziel: Zusammenfassung der Ergebnisse der verfügbaren Cochrane Reviews zur Effektivität und Sicherheit nicht-pharmakologischer und pharmakologischer Maßnahmen zur intrapartalen Schmerzlinderung. Ergebnisse aus anderen systematischen Reviews wurden ebenfalls in Betracht gezogen, wenn keine Cochrane Reviews vorlagen.

Methode: Durchsucht wurden die Cochrane Database of Systematic Reviews (The Cochrane Library, Issue 5), The Cochrane Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (The Cochrane Library 2011, Issue 2 von 4), MEDLINE (1966 bis 31.05.2011) und EMBASE (1974 bis 31.05.2011), um alle systematischen Reviews mit randomisierten, kontrollierten Studien zur intrapartalen Schmerzlinderung zu identifizieren. Insgesamt wurden 15 Cochrane Reviews aufgenommen (9 neue, 6 überarbeitete), in jedem wurden Vergleiche mit einem Placebo, der Standardbehandlung oder mit einer anderen Intervention untersucht. Zwei Review-Autoren extrahierten die Daten und prüften die methodische Qualität, ein dritter Autor prüfte die Daten. Diese Arbeit ist eine narrative Zusammenfassung der Ergebnisse aus den einzelnen Reviews.

Hauptergebnisse: Es wurden 15 Cochrane Reviews mit insgesamt 255 Einzelstudien sowie 3 weitere Reviews mit 55 Einzelstudien in die vorliegende Übersicht aufgenommen. Die Ergebnisse werden in Form folgender Vergleiche präsentiert: 1. Intervention versus Placebo oder Standardbehandlung, 2. Verschiedene Formen der gleichen Intervention (z.B. ein Opioid versus ein anderes Opioid), 3. Eine Intervention versus eine andere Intervention (z.B. TENS versus Opioid). Nicht alle Reviews enthielten Ergebnisse zu allen Vergleichen. In den meisten wurde die zu untersuchende Intervention mit einem Placebo oder der Standardbehandlung verglichen. Mit Ausnahme der Opioid-Gabe und der Periduralanästhesie (PDA) gab es jedoch wenige direkte Vergleiche zwischen verschiedenen Formen der gleichen Intervention, und noch weniger Vergleiche zwischen verschiedenen Interventionen. Anhand dieser drei Vergleiche wurden die Interventionen aufgeteilt in die Kategorien „Wirksam“, „Möglicherweise wirksam“ und „Nicht ausreichend verfügbare Studienergebnisse, um Wirksamkeit beurteilen zu können“.

WIRKSAM

Die verfügbaren Studienergebnisse weisen darauf hin, dass eine Periduralanästhesie (PDA), eine kombinierte Spinal-/Periduralanästhesie (CSE) sowie die Inhalationsanalgesie (Lachgas) Wehenschmerzen effektiv reduzieren können, allerdings auch das Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen erhöhen können. PDA und Inhalationsanalgesie sind in der Schmerzreduktion effektiver als ein Placebo oder eine andere Intervention (PDA versus Opioid). Eine CSE reduziert den Schmerz schneller als traditionelle oder niedrig dosierte PDA. Frauen mit einer Inhalationsanalgesie klagten häufiger über Erbrechen, Übelkeit und Schwindelgefühle.

Frauen mit einer PDA brachten ihr Kind häufiger per vaginal-operativer Geburt bzw. Kaiserschnitt wegen eines pathologischen CTGs zur Welt als Frauen, die ein Placebo oder Opioid erhalten hatten, hinsichtlich der Gesamtsectorate (alle Indikationen zusammen) unterschieden sich die Frauen jedoch nicht. Frauen mit PDA litten häufiger unter Hypotonie, motorischen Blockaden, Fieber oder Harnverhalt.

Im Vergleich zu Frauen mit traditioneller PDA war die Häufigkeit des Auftretens eines Harnverhalts bei Frauen mit CSE geringer. Frauen mit CSE klagten häufiger über einen Pruritus verglichen mit Frauen mit einer niedrig dosierten PDA.

MÖGLICHERWEISE WIRKSAM

Es gibt einige Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass ein Entspannungsbad, Entspannungsübungen, Akupunktur, Massage und Lokalanästhetika oder nichtopioide Analgetika den Umgang mit dem Wehenschmerz erleichtern können bei gleichzeitig geringen unerwünschten Nebenwirkungen. Die Studienergebnisse stammten im Wesentlichen aus Einzelstudien. Die untersuchten Interventionen linderten die Schmerzen und erhöhten die Zufriedenheit mit der intrapartalen Schmerzlinderung (Entspannungsbad, Entspannungsübungen, Akupunktur, Lokalanästhetika, nichtopioide Analgetika) und der Geburtserfahrung insgesamt (Entspannungsbad, Entspannungsübungen, nichtopioide Analgetika) verglichen mit Placebo oder der Standardbehandlung. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Entspannungsübungen und einer verringerten Anzahl vaginal-operativer Geburten sowie ein Zusammenhang zwischen Akupunktur und vaginal-operativen Geburten und Kaiserschnitten.

KEINE AUSREICHENDEN Studienergebnisse

Die verfügbaren Studienergebnisse reichen nicht aus, um die Wirksamkeit von Hypnose, Bio-Feedback, der Injektion sterilen Wassers („Quaddeln“), Aromatherapie, TENS oder parenteral verabreichter Opioide zu beurteilen im Vergleich zu einem Placebo oder anderen Interventionen zur intrapartalen Schmerzlinderung. Bei der Gabe von Pethidin (Dolantin®) traten häufiger unerwünschte Nebenwirkungen wie Benommenheit oder Übelkeit auf als bei der Gabe anderer Opioide.

Schlussfolgerung: Die meisten nicht-pharmakologischen Maßnahmen zur intrapartalen Schmerzlinderung sind nicht invasiv. Sie scheinen sicher für Mutter und Kind, aufgrund unzureichender qualitativ hochwertiger Evidenzen ist ihre Effektivität bisher jedoch nicht eindeutig geklärt. In vielen Reviews waren nur ein oder zwei Einzelstudien zu diesen Methoden verfügbar und ihre methodische Qualität war gering. Hier sind weitere, qualitativ gute Untersuchungen erforderlich.

Zum Beleg der Wirksamkeit pharmakologischer Methoden der intrapartalen Schmerzlinderung sind mehr Daten verfügbar, diese Methoden weisen jedoch mehr unerwünschte Nebenwirkungen auf. So stellt die PDA ein wirksames Mittel zur Schmerzreduktion dar, allerdings zum Preis einer erhöhten Rate an vaginal-operativen Geburten. Es bleibt entscheidend, die Maßnahmen den Wünschen, Bedürfnissen und der jeweiligen Situation der Gebärenden anzupassen, wie z. B. der zu erwartenden Geburtsdauer, dem Zustand des Kindes oder ob eine medikamentöse Geburtseinleitung oder Wehenunterstützung erforderlich ist.

Eine große Herausforderung bei der Erstellung der vorliegenden Übersicht über die verfügbaren Reviews waren die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Definitionen in den verschiedenen Einzelstudien, insbesondere hinsichtlich der Erfassung der Schmerzintensität und -linderung und den Auswirkungen auf das Neugeborene. Dies erschwerte die Zusammenfassung der Ergebnisse von ansonsten gleich aufgebauten Studien ebenso wie das Ziehen einer Schlussfolgerung auf der Basis aller verfügbaren Ergebnisse. Bestimmte wichtige Outcomes wurden in der verfügbaren Literatur schlicht nicht erfasst. So widmeten sich nur zwei von 57 Studien den Auswirkungen einer intrapartalen Opioid-Gabe an die Mutter auf das

Stillen, obwohl uns dieses Thema seit mehr als 30 Jahren beschäftigt. Im Rahmen der Erstellung dieser Übersicht wurde unter Einbeziehung einer Vielzahl von Personen eine Liste von Outcomes konsentiert, deren Messung die Autoren in zukünftigen Studien zur intrapartalen Schmerzlinderung ausdrücklich empfehlen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

ANDERE THEMEN

Nicht-Patient und Nicht-Besucher: Literaturreview qualitativer Studien zu den Erfahrungen von Vätern mit der geburtshilflichen Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Steen M Downe S Bamford M et al 2012 Not-patient and not-visitor: a metasynthesis of father's encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery* 28: 422–431

Hintergrund: Die aktive Beteiligung und Einbindung von Vätern in der geburtshilflichen Betreuung steht im Zusammenhang mit langfristigen gesundheitlichen und sozialen Vorteilen für die Mutter, das Kind und die gesamte Familie. In der Forschung wurden den Erwartungen und Erfahrungen von werdenden Vätern bisher nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet.

Ziel: Identifizierung und Zusammenfassung der verfügbaren Evidenzen aus methodisch hochwertigen qualitativen Studien, die sich mit den Sichtweisen und Erfahrungen mit der geburtshilflichen Betreuung von Vätern in Settings mit guter Ressourcenausstattung beschäftigen.

Methode: Basierend auf einer vorab festgelegten Suchstrategie wurden relevante Datenbanken nach entsprechenden Studien durchsucht, die zwischen Januar 1999 und Januar 2010 veröffentlicht wurden. Darüber hinaus wurden die Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien nach weiteren relevanten Arbeiten gesichtet.

Einschlusskriterien: Methodisch hochwertige qualitative Studien zur Einbindung von Vätern in die geburtshilfliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und bis zu 6 Monate postpartal in Ländern mit guter Ressourcenausstattung. Es wurden Studien in allen Sprachen berücksichtigt.

Analysestrategie: Die Analyse erfolgte anhand metaethnografischer Techniken nach Noblit und Hare (1988), angepasst von Downe et al. 2007.

Ergebnisse: Von 856 Studien wurden 23 Arbeiten in den Review aufgenommen. Zu den Themen, die sich bei der Analyse herauskristallisierten, gehörten „Risiko und Unsicherheit“, „Ausgeschlossen sein“, „Angst und Frustration“, „Ideal und Realität“, „Unterstützung“ und „Übergang zum Elternsein“.

Väter fühlen sich als „Partner und Elternteil“, ihre Erfahrung mit der geburtshilflichen Betreuung hingegen lässt sich als „Nicht-Patient und Nicht-Besucher“ beschreiben. Dadurch geraten sie sowohl emotional als auch real in eine nicht definierte und widersprüchliche Situation, die dazu führt, dass viele sich ausgeschlossen und ängstlich fühlen.

Schlussfolgerung: Idealerweise sollten Väter ihre Partnerinnen unterstützen können, eine gute Schwangerschaft- und Geburtserfahrung sowie einen gelungenen Übergang in die Elternrolle zu erleben. Dies kann nicht effektiv gelingen, so lange sie nicht selbst unterstützt, eingebunden und angemessen auf ihre Rolle vorbereitet werden sowie darauf, dass Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft immer mit Risiko und Unsicherheit verbunden sind.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg