

«Nun bist du da, aber mir nicht nah...»

Wie ein traumatisierendes Geburtserlebnis die mütterlichen Gefühle und die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Postpartalzeit beeinflussen kann

Simea Bader
Damaris Diethelm

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahrgang: HB18
Eingereicht am 27.04.2021
Begleitende Lehrperson: Katrin Oberndörfer

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
Vorwort	6
1 Einleitung	7
1.1 Problemstellung.....	7
1.2 Relevanz für die Profession.....	8
1.3 Stand der Forschung	8
1.4 Fragestellung.....	9
1.5 Ziel der Arbeit	9
1.6 Abgrenzung des Themas	9
2 Methodik	11
2.1 Form der Arbeit.....	11
2.2 Vorgehen der Literaturrecherche	11
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	13
2.4 Evaluationsinstrumente	13
3 Theoretischer Hintergrund	15
3.1 Beziehung	15
3.2 Interaktion.....	15
3.3 Bindung	15
3.4 Postpartale Depression	16
3.5 Trauma	17
3.5.1 Definition und Einteilung	17
3.5.2 Reaktion auf ein Trauma.....	17
3.6 Das Geburtserlebnis und dessen Verarbeitung	20
3.6.1 Das Erleben der Geburt	20
3.6.2 Verarbeitung der Geburt	21

3.7	Traumatisches Geburtserlebnis.....	22
3.7.1	Definition.....	22
3.7.2	Prävalenz und Epidemiologie.....	22
3.7.3	Risikofaktoren.....	22
3.7.4	Verlauf.....	23
4	Ergebnisse.....	25
4.1	Studie von Beck (2015).....	25
4.1.1	Zusammenfassung.....	25
4.1.2	Kritische Würdigung.....	26
4.2	Studie von Beck und Watson (2019).....	27
4.2.1	Zusammenfassung.....	27
4.2.2	Kritische Würdigung.....	28
4.3	Review von Elmir et al. (2010).....	29
4.3.1	Zusammenfassung.....	29
4.3.2	Kritische Würdigung.....	30
4.4	Studie von Molloy et al. (2021).....	30
4.4.1	Zusammenfassung.....	30
4.4.2	Kritische Würdigung.....	31
4.5	Studie von Ponti et al. (2020).....	32
4.5.1	Zusammenfassung.....	32
4.5.2	Kritische Würdigung.....	33
5	Diskussion.....	35
5.1	Gegenüberstellung der Studienergebnisse.....	35
5.1.1	Beziehungsaufbau.....	35
5.1.2	Gefühle, Kognition und Verhalten.....	37
5.1.3	Stillen.....	42

5.2	Beantwortung der Fragestellung.....	44
5.3	Limitationen	45
6	Empfehlungen für die Praxis	47
6.1	Gesundheitspersonal.....	47
6.2	Während der Schwangerschaft	47
6.3	Unter der Geburt.....	48
6.4	Nach der Geburt.....	48
7	Schlussfolgerung	51
7.1	Empfehlung für weitere Forschung.....	51
7.2	Fazit.....	51
	Literaturverzeichnis	53
	Tabellenverzeichnis	61
	Wortzahl	62
	Danksagung	63
	Eigenständigkeitserklärung.....	64
	Anhang	65
	Anhang A: Glossar.....	65
	Anhang B: Rechercheprotokoll	66
	Anhang C: Kritische Würdigung der Studien.....	71

Abstract

Darstellung des Themas: Eine grosse Anzahl an Frauen erleben die Geburt ihres Kindes als traumatisch. Dies kann weitreichende Folgen haben, auch auf die Mutter und die Beziehung zu ihrem Kind.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, unterschiedliche Gefühlsreaktionen der Mutter ihrem Kind gegenüber nach traumatisierender Geburt zu identifizieren und darzulegen, wie das traumatische Ereignis die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst. Daraus sollen Empfehlungen zur Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung nach einer traumatisierenden Geburt abgeleitet werden.

Methode: In verschiedenen Datenbanken wurde anhand festgelegter Schlüsselwörter nach themenrelevanten Studien gesucht. Unter Berücksichtigung definierter Ein- und Ausschlusskriterien ergaben sich fünf Hauptstudien, welche anschliessend kritisch analysiert und diskutiert wurden.

Relevante Ergebnisse: Eine traumatisierende Geburt kann erhebliche Folgen für die Mutter-Kind-Interaktion haben. Diese zeigen sich unter anderem im Beziehungsaufbau, in den Emotionen, in der Kognition und dem Verhalten der Mutter sowie in der Stillbeziehung.

Schlussfolgerung: Für die Hebamme ist eine frühzeitige Erkennung erster Anzeichen für eine traumatisierende Geburt bei der Wochenbettbetreuung wesentlich. Die daraus zu erfolgenden Interventionen können entscheidend sein, um negative Folgen auf die Mutter-Kind-Beziehung zu vermeiden.

Keywords: *birth, trauma, mother-child-interaction, experience, perception, bonding, attachment*

Vorwort

Für den geschlechtergerechten Sprachgebrauch orientiert sich diese Bachelorarbeit am *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann* (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2015). Falls möglich werden Umformungen, Paarformen oder geschlechtsneutrale Ausdrücke verwendet. Die weibliche Form wird ausdrücklich dann verwendet, wenn ausschliesslich Frauen gemeint sind, wie beispielsweise «Mutter» oder «Frau». Seit 2019 umfasst die Berufsbezeichnung «Hebamme» Männer und Frauen (Stiefel, 2020).

Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit werden als «Autorinnen» und die Autorinnen und Autoren der Studien werden als «Forschende» bezeichnet.

Die Begriffe «traumatische Geburt», «traumatisch erlebte Geburt», «traumatisierende Geburt» und «Geburtstrauma» werden in dieser Arbeit als Synonyme verwendet. Im Kontext dieser Arbeit beziehen sich diese Begriffe ausschliesslich auf das psychische Geburtstrauma. Die Begrifflichkeiten Geburtswahrnehmung, -erlebnis und -erleben werden gleichwertig verwendet, da in den verwendeten Studien kein relevanter Unterschied festgestellt werden konnte. Das geburtshilfliche Personal bezieht sich auf das Gesundheitspersonal, welche Frauen vor, während und nach der Geburt betreuen.

Die Bachelorarbeit richtet sich an Gesundheitsfachpersonen mit medizinischen Grundkenntnissen.

Um den Zusammenhang der Arbeit zu verstehen, werden Fachbegriffe im Glossar (siehe Anhang A) erklärt. Bei der Erstnennung werden die Fachwörter *kursiv* geschrieben.

1 Einleitung

Die Geburt stellt ein bedeutsames Lebensereignis und eine lebensverändernde Erfahrung dar. Bis vor zwei Jahrzehnten standen die körperliche Gesundheit und die Sicherheit von Mutter und Kind im Vordergrund des Geburtsvorgangs. Die emotionale Sicherheit und das subjektive Geburtserlebnis der Mutter gewinnen nun aber zunehmend an Bedeutung. (Chabbert et al., 2021)

1.1 Problemstellung

Viele Frauen stellen sich die Geburt und das erste Kennenlernen mit ihrem Kind detailliert und schön vor. Die Vorstellung und die Realität stimmen dabei aber manchmal nicht überein. Es ist möglich, dass die Geburt von den Frauen nicht nur negativ, sondern sogar traumatisch erlebt wird. (Bloemeke, 2010)

Laut De Graaff et al. (2018) berichten zwischen 9 und 44% der Frauen, dass sie die Geburt als traumatisch erlebt haben. Was eine Geburt zu einem traumatischen Erlebnis macht, liegt laut Beck (2004) in der Wahrnehmung des Einzelnen. Das Empfinden der Frau, welche geboren hat und diejenige des Personals, welche sie betreut hat, kann sehr unterschiedlich sein. So kann eine Frau die Geburt traumatisch erlebt haben, für das geburtshilfliche Personal dagegen war es eine normale Routinegeburt. (Beck, 2004)

Diese unterschiedliche Wahrnehmung kann sich auch darin zeigen, dass das subjektive Erleben der Frau dramatischer ist, als dies ein protokollierter Geburtsverlauf ahnen lässt. Ausserdem kann eine vorhandene emotionale Erschütterung aufgrund der traumatisierenden Geburt für Aussenstehende nicht leicht zu erkennen sein. (Bloemeke, 2007a)

Eine traumatisch erlebte Geburt kann verschiedene und einschneidende Folgen haben. Diese betreffen nicht nur das emotionale Wohlbefinden der Frau, sondern wirken sich unter anderem auch auf ihre Beziehung zum Neugeborenen und zum Partner aus. (Boorman et al., 2014)

Die vorliegende Arbeit untersucht die Auswirkungen eines traumatischen Geburtserlebnisses auf die Mutter-Kind-Beziehung.

1.2 Relevanz für die Profession

Die hohe Prävalenz von traumatischen Geburten und die folgenschweren Auswirkungen zeigen die Bedeutung des Themas. Die Hebamme begleitet eine Frau nicht nur während der Schwangerschaft oder unter der Geburt, sondern auch in der Lebensphase des Wochenbetts, der Stillzeit und frühen Elternschaft (Schwager, 2020). Somit ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass Hebammen betroffene Frauen während und/oder nach einer Traumatisierung betreuen. Deshalb ist es wichtig, dass Hebammen mehr über die Hintergründe und die Folgen einer traumatischen Geburt wissen.

Im Erkennen und Unterscheiden von regelrichtigen, regelabweichenden und regelwidrigen Prozessen liegt eine wichtige Kompetenz der Hebamme. Dabei soll sie regelrichtige Anteile fördern und entsprechende Interventionen treffen. (Ledergerber et al., 2009)

Diese Prozesse umfassen nicht nur das Einschätzen von körperlichen Veränderungen, sondern auch des psychischen Zustandes der Frau. Es kann Aufgabe der Hebammenberatungstätigkeit sein, die werdende Familie bei der Suche nach Ressourcen zur Herstellung einer neuen Stabilität zu unterstützen, um einen möglichst positiven Start in die Familienphase zu gewährleisten. (Kirchner, 2015) Ausserdem hat die Hebamme eine wichtige Funktion im Erkennen von psychischen Störungen in der Postpartalzeit (Schönberner, 2020).

1.3 Stand der Forschung

Eine Vielzahl von Studien betrachten in Bezug auf das Thema «traumatische Geburt» vor allem die Faktoren, welche aus mütterlicher Perspektive während der Geburt als traumatisch erlebt werden (Harris & Ayers, 2012; Simpson & Catling, 2016). Andere Studien betrachten das Thema in Zusammenhang mit posttraumatischem Stress (Ionio & Di Blasio, 2014) oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (De Graaff et al., 2018). Die aktuelle Datenlage zeigt jedoch, dass nur sehr wenige Frauen nach einer traumatisierenden Geburt spezifischen Reaktionen entwickeln (Anderson, 2017). Dies verdeutlicht den Bedarf an weiterer Forschung zu den Auswirkungen von traumatisierenden Geburten, welche nicht im Zusammenhang mit posttraumatischem Stress oder einer PTBS

stehen. Dies wird durch die Aussage von Ionio & Di Blasio (2014) gestützt. Sie legen dar, dass es nur wenig Forschung gibt, welche unabhängig von posttraumatischem Stress untersucht, inwiefern sich ein traumatisches Geburtserlebnis auf die mütterliche Interaktion mit ihrem Kind auswirkt.

Auf der anderen Seite wird das Bewusstsein in der Forschung grösser, dass nicht nur die Mutter von dem traumatischen Geburtserlebnis betroffen ist, sondern auch der Vater (Inglis et al., 2016) oder das geburtshilfliche Personal (Schröder et al., 2016).

1.4 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit folgender Fragestellung:

«Welchen Einfluss hat ein traumatisierendes Geburtserlebnis auf die mütterlichen Gefühle und die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Postpartalzeit?»

1.5 Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, unterschiedliche Gefühlsreaktionen der Mutter ihrem Kind gegenüber nach traumatisierender Geburt zu identifizieren und darzulegen, wie das traumatische Ereignis die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst. Durch dieses Wissen soll die Betreuungsqualität von Hebammen verbessert werden, damit *dysfunktionale Muster* frühzeitig erkennt und nötige Interventionen ergriffen werden können.

1.6 Abgrenzung des Themas

In dieser Bachelorarbeit wird der Einfluss einer traumatisierenden Geburt auf die Gefühle und die Interaktion der Mutter ihrem Kind gegenüber in der Postpartalzeit untersucht und aus Sicht der Mutter beschrieben. Dabei wird nicht darauf eingegangen, welche Reaktionen das Kind auf die Interaktion zeigen kann. Langzeitauswirkungen, ausser postpartale Depression, werden im Rahmen dieser Arbeit nicht näher betrachtet.

Die Auswirkung von vorbestehenden psychischen Erkrankungen/Traumata oder physischen Geburtstraumata können nicht berücksichtigt werden.

Nicht näher betrachtet werden mögliche Einflüsse einer traumatischen Geburt auf den Partner oder das geburtshilfliche Personal.

Negativ erlebte Geburten, welche jedoch nicht als traumatisch angesehen werden, sind nicht Teil der Untersuchung. Auf Gewalt in der Geburtshilfe wird in dieser Arbeit nicht eingegangen, da Gewalt unter der Geburt zwar zu einem Trauma führen kann, aber ein Trauma auch ohne Gewalterfahrung entstehen kann.

2 Methodik

2.1 Form der Arbeit

Die Fragestellung wird in einem Literaturreview anhand von qualitativen und quantitativen Studien bearbeitet.

2.2 Vorgehen der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand zwischen September und Dezember 2020 in den Datenbanken CINAHL Complete, PubMed, PubPsych, PsychInfo, Cochrane Library, Ovid Emcare, Medline und Web of Science statt.

Zuerst wurde in den Datenbanken unspezifisch nach traumatischer Geburt gesucht, um einen Überblick über das Thema zu erhalten und Themenbereiche voneinander abzugrenzen. Für die spezifischere Datenbankrecherche wurden in einem nächsten Schritt aus den Elementen der Fragestellung Schlagwörter generiert und ins Englische übersetzt (siehe Tabelle 1). Diese wurden mit den Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT kombiniert. Ausserdem wurde die Funktion der Trunkierung (*) verwendet, um Wörter des gleichen Wortstamms zu generieren. Das ausführliche Rechercheprotokoll ist im Anhang B angefügt.

Tabelle 1: Übersicht der gewählten Schlagwörter und Keywords, Darstellung der Autorinnen

	Schlagwörter Deutsch	Keywords Englisch
Population	Frau oder Mutter	wom*n OR mother
Intervention	Traumatische Geburt	traum* birth OR traum* childbirth OR traum* birth experience
Phänomen	Mutter-Kind-Interaktion	mother-child-interaction OR mother-infant-interaction OR mother-child-relationship OR bonding OR early interaction OR postnatal attachment
Outcome	Erleben	experience OR perception
Setting	Nach der Geburt	puerperium OR post partal

Zu Beginn der Studiensuche wurden die Titel und die Abstracts der Ergebnisse gelesen, um geeignete Studien zu erkennen. Dabei wurden die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 2.3.) und die Abgrenzung dieser Arbeit berücksichtigt. Kamen die Schlagwörter «posttraumatischer Stress» oder «PTBS» im Titel vor, wurden diese Studien exkludiert, da dies nicht der Fragestellung entsprach. Kamen die definierten Schlüsselwörter einzeln oder kombiniert im Titel der Studie vor, wurde das Abstract genauer betrachtet. Dabei wurde überprüft, ob die Studie der Fragestellung und den definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprach. Wenn das Abstract als passend erschien, wurde in einem nächsten Schritt die Studie gelesen und ein weiteres Mal geprüft, ob die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt wurden und ob die Studie für eine Beantwortung der Fragestellung als geeignet erschien. Anhand dieses Vorgehens konnten für die Beantwortung der Fragestellung fünf Studien ausgewählt werden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausgewählte Hauptstudien, Darstellung der Autorinnen

Nr.	Autoren	Jahr	Titel	Land
#1	Beck	2015	Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect	Amerika
#2	Beck und Watson	2019	Mother's Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth	Amerika/ Neuseeland
#3	Elmir et al.	2010	Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography	Australien
#4	Molloy et al.	2021	A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year	England
#5	Ponti et al.	2020	Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond?	Italien

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Zielsetzung dieser Arbeit umfasst die mütterlichen Gefühle, welche nach einer traumatischen Geburt dem Kind gegenüber entstehen können und den Einfluss des traumatischen Geburtserlebnisses auf die Mutter-Kind-Interaktion. Da nicht alle Frauen nach einer traumatisch erlebten Geburt eine traumatische Stressreaktion zeigen oder eine PTBS entwickeln (Weidner et al., 2018), wurden diese Krankheitsbilder ausgeschlossen.

Es wurden nur Studien aus Europa, Nordamerika (USA), Australien und Neuseeland miteinbezogen, da in diesen Ländern ein mit der Schweiz vergleichbarer Standard in der Gesundheitsversorgung etabliert ist. Weiter wurden nur diejenigen Studien berücksichtigt, welche in den für die Autorinnen verständlichen Sprache Deutsch oder Englisch verfasst sind. Um die Fragestellung mit dem aktuellen Stand der Forschung zu beantworten, durften die Studien nicht älter als aus dem Jahr 2010 sein.

Ausgeschlossen wurden diejenigen Studien, welche das Erleben einer schwierigen oder komplizierten Geburt untersuchten, aber die Geburt nicht als traumatisch beschrieben. Studien welche für die Autorinnen nicht als Volltext verfügbar waren, konnten nicht verwendet werden. Aufgrund mangelnder Informationen in den selektierten Studien konnten die Studienergebnisse von Frauen, welche bereits vor der Schwangerschaft ein Trauma erlebt haben oder psychisch erkrankt sind, nicht ausgeschlossen werden.

2.4 Evaluationsinstrumente

Die kritische Würdigung und Einschätzung bezüglich der Güte der Studien wurde bei qualitativen Studien nach Letts et al. (2007) und bei den quantitativen Studien nach Law et al. (1998) getätigt. Da das quantitative Raster nach Law et al. (1998) für die Profession der Ergotherapeuten ausgelegt ist, wurde dieses Raster durch die Autorinnen dieser Arbeit verallgemeinert, um so eine Aussage für Hebammen treffen zu können.

Das Literaturreview wurde mit dem Critical Appraisal Skills Programme (CASP) von der Public Health Resource Unit (2006) analysiert.

Beck (2015) entwickelt eine eigene Theorie zu traumatischen Geburten. Für die

kritische Würdigung dieser Art von Studie gibt es kein vorbestehendes Raster. Daher entwickelten die Autorinnen dieser Arbeit Fragen, welche in ein Raster gefügt wurden. Als Grundlage hierfür diente die Arbeit von Barnett-Page und Thomas (2009). Zusätzlich wurden einzelne Fragen von Letts et al. (2007) als Ergänzung genutzt und entsprechend gekennzeichnet.

Die detaillierte kritische Würdigung ist im Anhang C zu finden.

Die Einstufung des Evidenzlevels geschah anhand der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da mit Hilfe dieses Rasters qualitative und quantitative Studien direkt miteinander verglichen werden können.

3 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird erläutert, was die Theorie zu Bindung, Interaktion zwischen Mutter und Kind, postpartaler Depression und Trauma sagt. Der Bereich des Traumas wird dabei genauer untersucht und in Bezug zum Geburtserlebnis gesetzt.

3.1 Beziehung

Eine Beziehung kann als realer oder auch nur gedanklicher Kontakt zwischen Personen, Gruppen und Organisationen bezeichnet werden, welcher wiederholt stattfindet. Inhalte einer solchen Beziehung können beispielsweise Kampf, Feindschaft, Liebe, Konkurrenz oder Freundschaft sein. Beziehung kann auch als zwischenmenschliches Geschehen von Annäherung oder Distanzierung, der Vereinigung oder Trennung verstanden werden. (Kopp & Steinbach, 2016)

Unter der Mutter-Kind-Beziehung kann also ein zwischenmenschliches Geschehen zwischen der Mutter und ihrem Kind verstanden werden.

3.2 Interaktion

Abels (2019) definiert eine Interaktion als Wechselwirkung zwischen zwei Individuen, die gemeinsames Handeln und die gegenseitige Beeinflussung des Denkens und Handelns beinhaltet.

Unter der Mutter-Kind-Interaktion kann also die Wechselbeziehung zwischen der Mutter und dem Kind verstanden werden.

3.3 Bindung

Bindung (engl. Bonding) ist das emotionale Band, welches die Eltern kurz nach der Geburt zum Neugeborenen festigen (Lang, 2009). Der Prozess der Bindung, welche das Kind im Laufe der Zeit mit seiner primären Bezugsperson eingeht, wird als Verbundenheit (engl. Attachment) bezeichnet (Kennell, nach Steininger, 2020b).

Gehen die Eltern auf die Signale des Kindes ein, erkennen seine Bedürfnisse und umsorgen das Kind liebevoll, so erlebt das Kind eine sichere Bindung. Unterschiede in der Qualität der Bindung kann am Mass der Sicherheit erkannt werden, welche dem Kind vermittelt wird. (Lang, 2009)

Die Qualität der Mutter-Kind-Bindung ist ein relevanter Faktor für das psychosoziale Wohlergehen des Kindes. Die Bindung wirkt sich auf die kognitive, physische und

emotionale Entwicklung des Kindes aus. Neuere Studien weisen darauf hin, dass diese Bindung bereits in der Schwangerschaft und nicht erst nach der Geburt beginnt. Ausserdem beeinflusst die Qualität der pränatalen Bindung die postpartale Bindung. (Smorti et al., 2020)

Oxytocin ist das wichtigste Hormon, welches Mutter und Kind auf eine tiefe Bindung zueinander vorbereitet und wird deshalb auch als das Bindungs- oder Liebeshormon bezeichnet (Lang, 2009). Oxytocin verändert das mütterliche Verhalten und unterstützt die Frau bei der Entwicklung der Mutterrolle. Sie wird dadurch dem Kind gegenüber aufmerksamer und beginnt mit ihm zu kommunizieren. Haben Mutter und Kind nach der Geburt direkten Hautkontakt, so wird die Ausschüttung von Oxytocin positiv beeinflusst. Ausserdem hilft das Hormon sowohl der Mutter als auch dem Kind bei der Stressbewältigung. (Mack, 2010)

Oxytocin fördert eine ausgeglichene Mutter-Kind-Interaktion (Striebich et al., 2014) und wird auch während des Stillens ausgeschüttet (Moberg et al., 2016).

Mit Hilfe des *Post Partum Parenting Behaviour Scale* (PPBS) kann unmittelbar nach der Geburt das mütterliche Bindungsverhalten dem Neugeborenen gegenüber erfasst werden (Britton et al., 2001). Lang (nach Steininger, 2020a) erklärt, dass dieser Test eine Orientierungshilfe für Hebammen sein kann, um das mütterliche Bindungsverhalten zu beobachten und Anhaltspunkte für die Qualität der Mutter-Kind-Bindung zu generieren.

Dabei werden Verhaltensweisen beschrieben, welche das Gelingen des Bondings kennzeichnen. Diese sind enger Körperkontakt, Blickkontakt, liebevolle Berührung, Untersuchen des Kindes, liebevolle Ansprache, positive Kommentare und das Glücklichein (zeigt sich im Lächeln oder glücklich erscheinen). Sobald das Neugeborene bei seiner Mutter ist, werden die ersten zehn Minuten beobachtet. Pro mütterliche Verhaltensweise kann ein Punkt erreicht werden. Eine hohe Punktzahl korreliert häufiger mit einer sicheren Bindung. (Britton et al., 2001)

3.4 Postpartale Depression

Die postpartale Depression kann innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt auftreten und mehrere Monate oder Jahre andauern (Schönberner, 2020). Es muss zwischen der postpartalen Depression und den Stimmungsschwankungen in den

ersten Tagen nach der Geburt differenziert werden. Letztere werden auch «Babyblues» genannt und sind eine normale und übliche Reaktion auf das durchgestandene Ereignis, welche nichts mit einer Depression gemeinsam haben. (Harder & Kirchner, 2015)

Dekel et al. (2019) beschreiben als Folgen einer postpartalen Depression, dass es diesen Müttern schwerer fällt, mütterliche Gefühle für ihr Kind zu entwickeln und sie seltener in der Lage sind, ihr Kind einfühlsam zu pflegen.

3.5 Trauma

3.5.1 Definition und Einteilung

Ein Trauma ist eine Verletzung und nachhaltige Schädigung einer bestehenden Struktur, welche sowohl den Körper als auch die Psyche betreffen kann (Hausmann, 2010). Eine traumatische Situation ist durch «eine Diskrepanz zwischen der subjektiv erlebten Bedrohung für sich oder andere und den individuellen Bewältigungsstrategien» gekennzeichnet (Pausch & Matten, 2018, S. 4). Dieses Diskrepanzerlebnis führt zu einer dauerhaften Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (Kruse, 2018a).

Traumata sind Ereignisse, welche als sehr plötzlich, heftig und ausweglos charakterisiert werden. Die Betroffenen schildern, dass nach dem traumatischen Erlebnis nichts mehr so ist wie zuvor. Dies impliziert eine klare Trennung zwischen dem «Vorher» und «Nachher». (Pausch & Matten, 2018)

Traumata werden anhand ihrer Auftretenshäufigkeit (ein- oder mehrmalig) und nach der verursachenden Instanz (zufällig/durch die Natur verursacht gegenüber willentlich durch Menschen verursacht) eingeteilt. Die menschliche Psyche verarbeitet zufällige und durch die Natur verursachte traumatische Ereignisse besser als jene, welche im Rahmen einer Beziehung auftreten. (Pausch & Matten, 2018)

3.5.2 Reaktion auf ein Trauma

Eine Traumatisierung verursacht im Betroffenen körperliche, kognitive und emotionale Reaktionen. Körperlich kann eine massive Stressreaktion eintreten, welche sich durch Herzrasen, Blutdruckanstieg, Schwitzen, Zittern, Schwindel oder Übelkeit zeigen kann. Kognitiv kann Todesangst oder eine *Amnesie* während der

Traumatisierung eintreten. Es kann zu einer emotionalen Reaktion mit Gefühlen der Furcht, Angst, Panik, Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit oder Schutzlosigkeit kommen. Manchmal stellt sich aber auch eine vollständige Taubheit ein. Sehr unterschiedliche Reaktionen sind denkbar, möglich und normal. (Pausch & Matten, 2018)

Als Reaktion auf das traumatische Ereignis werden Stresshormone ausgeschüttet und der Körper wird auf Kampf oder Flucht vorbereitet (fight or flight). Ist beides nicht möglich, so erstarrt die Person und wird handlungsunfähig. (Kruse, 2018b)

Dieser Zustand des Erstarrens und Ausblenden oder Verzerren von Wahrnehmungen wird auch als Dissoziation bezeichnet (Pausch & Matten, 2018).

Wenn nun durch die Stressreaktion die Verbindung zwischen dem *Hippocampus* und der Großhirnrinde unterbrochen wird, so werden die Erinnerungen als *Affekte* und Emotionen im *limbischen System* abgespeichert. Dadurch ist normalerweise nicht mehr das gesamte Ereignis erinnerbar, sondern nur noch Bruchstücke, wie ein Geruch, ein Wort, ein Bild oder eine andere Sinneswahrnehmung. (Kruse, 2018b)

Maercker (2013) erklärt, dass das Erleben des Traumas abhängig vom aktuellen Zustand des Betroffenen (psychische und körperliche Fitness und aktuelle Belastungen) und der Veranlagung (Einstellungen, Persönlichkeit, Vorerfahrung und Wissen) ist.

Ein traumatisches Ereignis muss nicht zu langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen führen. Von den Personen, welche eine traumatische Erfahrung machen, erholen sich ca. 30% der Betroffenen ohne professionelle Hilfe und ca. 30% entwickeln eine Traumafolgestörung. (Kruse, 2018a)

Der Begriff Traumafolgestörung umfasst verschiedene Symptome, Syndrome, Störungen und Reaktionsmöglichkeiten auf ein traumatisches Ereignis (Pausch & Matten, 2018). Nachfolgend werden nur diejenigen Reaktionen erläutert, welche für das weitere Verständnis notwendig sind.

Akute Belastungsreaktion

Das Klassifikationssystem *ICD-10* beschreibt die akute Belastungsstörung als eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad. Sie ist eine normale Reaktion auf eine aussergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung.

Zwischen der ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome muss ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang liegen. Meistens beginnt die Reaktion sofort oder wenige Minuten nach dem Ereignis. Die dabei auftretenden Symptome sind sehr verschieden. Häufig beginnen sie aber mit einer Art «Betäubung», Bewusstseinsengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit und der Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und einer Desorientiertheit. Darauf kann ein Rückzug aus der aktuellen Situation folgen, ein Unruhezustand und Überaktivität, Depression, Ärger oder Verzweiflung. Vegetative Zeichen einer panischen Angst können sich in *Tachykardie*, Schwitzen oder Erröten zeigen. Alle diese Symptome sind rasch rückläufig. Die Störung klingt dabei meistens innerhalb von Stunden oder Tagen ab. (Dilling et al., 2015)

Beim Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktion spielen die individuelle *Vulnerabilität* und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen eine Rolle. Nicht alle Personen entwickeln nach einer aussergewöhnlichen Belastung eine Störung. (Dilling et al., 2015)

Posttraumatischer Stress

Anderson (2017) definiert posttraumatischer Stress im Allgemeinen als partielle PTBS. Im Zusammenhang mit einer traumatischen Geburt kann dies eine normale Reaktion sein. Es treten Symptome auf, welche für eine trauma- und stressbedingte Störung charakteristisch sind, wie beispielsweise bei einer PTBS. Diese Symptome führen zu signifikantem Leidensdruck oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und anderen Funktionsbereichen. Sie erfüllen aber nicht die vollen Kriterien, um einer Diagnose zugeordnet werden zu können. Posttraumatischer Stress kann zu einer PTBS führen, muss aber nicht. (Anderson, 2017)

Posttraumatische Belastungsstörung

Kommt es nach dem Erleben eines Traumas zu einer gestörten Verarbeitung, so wird dies als posttraumatische Belastungsstörung definiert (Pausch & Matten, 2018).

Für die Diagnose einer PTBS muss diese Störung innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatisierenden Ereignis aussergewöhnlicher Schwere auftreten. Es treten wiederholte unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses auf. (Dilling et al., 2015)

Die Wiederinszenierung des Ereignisses geschieht in Form von Flashbacks, Bildern oder Albträumen (Kruse, 2018a).

Emotionaler Rückzug, Übererregbarkeit, Gefühlsabstumpfung und die Vermeidung von Reizen, welche eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, können beobachtet werden (Dilling et al., 2015). Die Übererregbarkeit führt zu Schlafstörungen, Reizbarkeit, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, Aggressivität und Schreckhaftigkeit (Schönberner, 2020).

3.6 Das Geburtserlebnis und dessen Verarbeitung

3.6.1 Das Erleben der Geburt

Chabbert et al. (2021) definieren die Erfahrung der Wehen und der Geburt als individuelles Lebensereignis, welches zusammenhängende subjektive, psychologische und physiologische Prozesse umfasst, die durch soziale, umweltbezogene, organisatorische und politische Kontexte beeinflusst werden. Was eine positive oder befriedigende Erfahrung ist, erleben Frauen unterschiedlich. Viele Frauen berichten, dass sie die Geburt positiv und glücklich erlebt haben. Es gibt viele Variablen, welche die Wahrnehmung des Geburtserlebnisses der Frauen beeinflussen. Diese werden in der Literatur nicht konsistent genannt. Trotzdem lässt sich übergeordnet festhalten, dass geburtshilfliche Faktoren, die Partnerschaft, das geburtshilfliche Personal, demographische und psychische Faktoren und allgemeine Gesundheits- und Lebensstilfaktoren entscheidend sind. (Chabbert et al., 2021)

Die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis hat unmittelbare und langfristige Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit und die Mutter-Kind-Beziehung. Zudem wird eine positive Geburtserfahrung mit dem Gefühl der Erfüllung, einer positiven Wahrnehmung und Anpassung an die Mutterschaft und positiven Gefühlen gegenüber dem Kind assoziiert. (Chabbert et al., 2021)

Ein negatives oder traumatisches Geburtserlebnis wird mit einer mütterlichen postpartalen Depression und PTBS assoziiert (Chabbert et al., 2021). Dekel et al. (2019) erklären, dass Stressreaktionen und anhaltende PTBS-Symptome die frühe Bindung beeinflussen und nicht wie angenommen objektive Stressoren (z.B. geburtshilfliche Komplikationen) während der Geburt oder eine Störung des

Bondings nach der Geburt. Boorman et al. (2014) berichten etwas Ähnliches und erklären, dass Frauen wohl geburtshilfliche Notfälle erleben können, dadurch aber nicht automatisch ein Trauma erleiden.

Das Geburtserlebnis der Frau hängt von ihrer Einstellung ihrem Körper gegenüber und von den Erfahrungen ab, wie mit ihrem Körper, ihren Bedürfnissen und ihrem Willen während diesem Lebensabschnitt umgegangen wird (Kirchner, 2015).

3.6.2 Verarbeitung der Geburt

Genauso wie das Erleben der Geburt ist auch ihre Verarbeitung von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, wie der persönlichen Bewertung des Erlebten und den emotionalen Fähigkeiten im Umgang mit verschiedenen Lebensumständen. Weitere wichtige Faktoren für die Verarbeitung des Geburtserlebnisses sind individuelle Bewältigungsstrategien von Krisen, die Art und Umstände der Geburt (Schicksalsschläge, Interventionen und Komplikationen) und die Begleitumstände (Betreuung durch Hebammen und ihre Zusammenarbeit mit Ärzten). (Bloemeke, 2007b)

Price et al. (2020) erklären, dass perfektionistische Charaktereigenschaften und das Nicht-Tolerieren von Unsicherheiten einen negativen Effekt auf das mütterliche Wohlbefinden nach der Geburt hat, unabhängig vom Geburtserlebnis. Sie führen aus, dass diese Frauen mehr Symptome von posttraumatischem Stress während der frühen postpartalen Phase zeigen.

Es gibt verschiedene Methoden zur Verarbeitung einer belastenden Geburt. Die Frau soll im Wochenbett behutsam nach ihrem subjektiven Erleben der Geburt gefragt werden, da eine vorhandene psychische Erschütterung für Aussenstehende nicht erkennbar sein muss. Dabei geht es weder um ein Interpretieren noch um eine negative Deutung des Geburtsverlaufs. Im gemeinsamen Gespräch sollen Themen oder Tätigkeiten gefunden werden, welche wohltuend sind (z.B. Babymassage, Selbstmassage, Bewegung, Kreativität etc.). Möglicherweise ist es für die Frau hilfreich, über das Erlebte zu schreiben oder nach genügend zeitlichem Abstand ein Gespräch mit dem geburtshilflichen Team zu haben. (Bloemeke, 2007a)

Tauscht sich die Frau nach der Geburt mit einer Person aus, welche bei der Geburt dabei war (z.B. Partner), kann ihr dies helfen, die zunächst nur bruchstückhaften

vorhandenen Erinnerungen zu einem sinnvollen Ganzen zu konstruieren (Kirchner, 2015).

3.7 Traumatisches Geburtserlebnis

3.7.1 Definition

Anderson (2017) definiert das Geburtstrauma als Ereignis, welches während den Wehen und der Geburt auftritt und eine drohende oder tatsächliche schwere Verletzung oder den Tod der Mutter und/oder des Kindes mit sich bringt. Die Forscherin führt aus, dass die gebärende Frau intensive Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Horror erlebt und wahrnimmt, dass sie ihrer Würde beraubt wird.

Eine Geburt kann primär oder sekundär traumatisch empfunden werden. Gilt die Geburt als Auslöser für das Trauma ohne vorherige Traumageschichte, so ist dies eine primäre Traumatisierung. Geschieht jedoch eine Aktualisierung früherer traumatischer Erfahrungen unter der Geburt, spricht man von einer sekundären Traumatisierung. (Weidner et al., 2018)

3.7.2 Prävalenz und Epidemiologie

Die Häufigkeit einer traumatischen Geburt wird in der Literatur unterschiedlich geschildert und beläuft sich zwischen 9% und 44%. Eine Minderheit hiervon entwickelt eine PTBS. (De Graaff et al., 2018)

Die Erfahrung eines Geburtstraumas ist ein weltweites Phänomen. Dazu wird in Europa, Australien, Nordamerika und Mittlerer Osten geforscht. (Simpson & Catling, 2016)

3.7.3 Risikofaktoren

Frauen, welche die Welt als einen unsicheren Ort empfinden, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Geburt als traumatisch zu erleben. Dies weist auf eine vorbestehende psychische *Morbidität* oder ein vorheriges traumatisches Ereignis hin. (Simpson & Catling, 2016)

Hat die Frau zu einem früheren Zeitpunkt bereits ein Trauma erlebt, so ist es möglich, dass sie während der Geburt eine *Retraumatisierung* aufgrund einer Reizkumulation oder von Triggern erlebt (Weidner et al., 2018).

De Graaff et al. (2018) nennen als Risikofaktoren für eine traumatische Geburt eine psychopathologische Vorgeschichte, schwangerschaftsbezogenes Krankheitsbild, operative Geburten und verschiedene Arten von negativen Gefühlen bezüglich der Geburt. Boorman et al. (2014) schreiben, dass nur ein Drittel der Frauen, welche eine *Notfallsectio* hatten, diese als traumatisch erlebten. Dies weist darauf hin, dass andere Faktoren die Geburtserfahrung der Frau stark beeinflussen.

Das Fehlen einer fürsorglichen Betreuung (z.B. allein gelassen werden) oder mangelnde Kommunikation zwischen Fachpersonal und Gebärender (schlechte oder fehlende Informationen) sowie die Haltung der Fachperson (das Ziel rechtfertigt die Mittel) können Ursachen für eine traumatische Geburt sein. Weitere Faktoren sind die Erfahrung von Machtlosigkeit, Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten, das Absprechen der eigenen Körpererfahrungen und des Wissens um den eigenen Körper, Angst- und Panikmache sowie direkte Gewalt. (Kruse, 2018b)

3.7.4 Verlauf

Die meisten Frauen zeigen nach einer traumatischen Geburt keine Symptome von *Distress* oder nur unmittelbare flüchtige Symptome von akutem Stress. Nur eine Minderheit der Frauen zeigen Symptome einer akuten Belastungsstörung oder von posttraumatischem Stress, welche sich nach der Geburt zu einer PTBS entwickeln können. (Anderson, 2017)

Die akute Stressreaktion beginnt wenige Minuten nach der Geburt und weist darauf hin, dass die Frau versucht, das traumatische Ereignis mental zu verarbeiten, um davon nicht überwältigt zu werden. Diese frühen Symptome klingen normalerweise innerhalb von Stunden oder Tagen ab, können aber auch akut (nach vier bis zwölf Wochen), chronisch (nach drei Monaten) oder verzögert (nach sechs Monaten) auftreten. (Anderson, 2017)

Etwa 44% der betroffenen Frauen zeigen innerhalb von zehn Monaten nach dem Ereignis eine *Spontanremission* (Weidner et al., 2018).

Die Prävalenz von posttraumatischen Stresssymptomen nach der Geburt liegt zwischen 10% (Weidner et al., 2018) und 30% (Simpson & Catling, 2016). Die Prävalenz für eine PTBS nach einer Geburt wird nach Anderson (2017) zwischen 0% bis 7% eingestuft.

Entwickelt die Frau aufgrund des traumatischen Geburtserlebnisses eine PTBS, so steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken (Anderson, 2017).

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die fünf Hauptstudien einzeln zusammengefasst und beurteilt. Die ausführlichen Beurteilungen sind im Anhang C ersichtlich.

4.1 Studie von Beck (2015)

4.1.1 Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der Studie ist es, anhand des *Welleneffekts* eine Theorie zu entwickeln, um die chronischen Langzeitfolgen einer traumatischen Geburt zu verstehen und mögliche grössere negative Folgen zu verhindern.

Studiendesign: Das Design umfasst eine Synthese verschiedener qualitativer Ansätze, woraus eine Theorie mittlerer Reichweite (Middle Range Theory) entwickelt wird.

Methode: Das theoretische Verschmelzen nach Morse umfasst eine Serie von Studien zum gleichen Thema, um ein höheres und abstrakteres Level zu erhalten. Hierfür werden analytische Fragen und teilweise auch Eigenschaften herausgearbeitet, welche in einem letzten Schritt in die höhere Theorie mittlerer Reichweite überführt werden.

Resultate: Aus der Synthese verschiedener Studien kristallisieren sich fünf Themen heraus: Ursachen des Geburtstraumas, Erfahrungen von Müttern nach einer traumatisch erlebten Geburt (Flashbacks, Alpträume, wie betäubt sein, gesteigerte Erregung, Rückzug aus der Mutterschaft), Langzeitkonsequenzen für Mütter nach traumatischer Geburt (Jahrestag des Geburtstraumas, Stillen, nachfolgende Geburt nach einem Geburtstrauma), Strategien für eine nachfolgende Schwangerschaft und sekundärer posttraumatischer Stress durch das Miterleben einer traumatischen Geburt (betrifft Partner und das geburtshilfliche Personal).

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Theorieentwicklung verdeutlicht verschiedene Auswirkungen des Welleneffekts einer traumatischen Geburt anhand der sechs ausgearbeiteten Bereiche. Diese betreffen nicht nur die Mutter, sondern auch den Partner und das geburtshilfliche Personal und in einem weiteren Ausmass die Mutter-Kind-Interaktion und das Bonding.

Die Studie betont, dass das gesundheitliche Personal immer einen Einfluss auf die zu betreuende Person hat, sei dies positiv oder negativ. Damit kein traumatisches Geburtserlebnis entsteht, sollte die Frau respektvoll und würdevoll behandelt, sowie gut mit ihr kommuniziert werden. Gute Unterstützung beim Stillen und bei nachfolgenden Geburten ist enorm wichtig. Es wird aber auch erwähnt, dass das geburtshilfliche Personal betroffene Frauen häufig nicht erkennt und ihnen entsprechend zu wenig Unterstützung bietet.

4.1.2 Kritische Würdigung

Das Evidenzlevel entspricht der vierthöchsten Stufe, da es sich um eine Theorieentwicklung anhand verschiedener Studien handelt.

Stärken: Das Studiendesign trägt zur Grundlagenforschung bei und zielt auf die Integration von Theorie und empirischer Forschung ab, was in der Studie gut umgesetzt wird. Das methodische Vorgehen wird sehr gut erläutert. Die 14 verwendeten Studien haben unterschiedliche Designs, welche sich ergänzen und dadurch die Aussagekraft der Theorieentwicklung erhöht wird. Die Studien werden in einer Tabelle bibliographisch aufgelistet und in einer Abbildung übersichtlich zueinander in Beziehung gestellt. Das Vorgehen nach der *theoretischen Koaleszenz* wird eingehalten und die Studien werden sinnvoll miteinander verglichen. Die Herleitung der Themen und Eigenschaften ist nachvollziehbar und glaubwürdig. Es ist ersichtlich, inwiefern die Theorie des Welleneffektes bestehendes Wissen erweitert. Die Implikationen der Theorie sind klar verständlich und konkret. Bereiche für weitere Forschung werden genannt.

Schwächen: Das Studiendesign wird ursprünglich für die Soziologie verwendet, wodurch sich die Frage stellt, inwiefern es sich auf die Forschung im Gesundheitswesen übertragen lässt. Das Vorgehen der theoretischen Koaleszenz verlangt qualitative Datensätze, was in der Studie nicht vollständig umgesetzt wird. Dies schränkt die Zuverlässigkeit ein. Die Forscherin verwendet nur Studien, welche sie zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt hat. Somit ist es möglich, dass relevante Literatur fehlt und dass weitere wichtige Bereiche in der Theorieentwicklung fehlen, was die Aussagekraft reduziert. Ausserdem ist zu bemängeln, dass die Beurteilung der Güte der eingeschlossenen Studien nicht

erwähnt wird. Unterschiede oder Widersprüche der Studien werden nicht genannt. In der Diskussion wird ein grosses Gewicht auf die Behandlungsmöglichkeiten einer PTBS nach traumatischer Geburt gelegt, was aber nicht zum Welleneffekt und der Forschungsfrage passt. Die Schlussfolgerung der Theorieentwicklung wird nicht prägnant formuliert, sondern muss interpretiert werden. Es werden keine Limitationen genannt, wodurch sich die Frage stellt, inwiefern das Vorgehen und die Ergebnisse reflektiert werden.

4.2 Studie von Beck und Watson (2019)

4.2.1 Zusammenfassung

Ziel: Die Forscher möchten herausfinden, wie Mütter die Interaktion mit ihrem Kind nach einer traumatischen Geburt erleben.

Studiendesign: Es wird ein deskriptiver phänomenologischer Ansatz gewählt.

Methode: Die Daten werden mit einer Online-Umfrage erhoben, bei der Frauen nach einer traumatisch erlebten Geburt teilnehmen. Die Interviewprotokolle werden durch die Forscherinnen mehrmals gelesen, transkribiert und in vier Hauptergebnisse gegliedert.

Resultate: Die Forschenden wählen vier Untergruppen, um die Auswirkungen einer traumatisch erlebten Geburt auf die Mutter-Kind-Interaktion zu kategorisieren. Einige Frauen berichten, dass sie nach einer traumatischen Geburt das Gefühl einer unerwarteten Trennung von ihrem Kind erleben. Sie fühlen sich gefühllos und können nach der Geburt keine oder erst viel später eine Bindung zu ihrem Kind aufbauen. Eine weitere Untergruppe beschreibt das neue Gefühl rascher Gereiztheit oder Wut ihrem Kind gegenüber. Als Drittes wird von kognitiven Veränderungen berichtet. Beispielsweise haben einige Frauen plötzlich Angst, dass im Krankenhaus das Kind vertauscht wurde oder es am plötzlichen Kindstod sterben könnte. Das Weinen des Kindes deuten sie als Gefahr und können es nicht von den Bedürfnissen des Kindes unterscheiden. Als letzte Kategorie wird von sozialem Rückzug berichtet. Die betroffenen Frauen wollen nicht über die Geburt sprechen und entziehen sich so der Auseinandersetzung mit dem Trauma.

Diskussion und Schlussfolgerung: Jede Frau sollte vor der Krankenhausentlassung die Möglichkeit erhalten, über die Erfahrung der Geburt sprechen zu können. Gesundheitsfachpersonen sollten die Mutter-Kind-Interaktion beobachten und Schwierigkeiten identifizieren. Falls das Pflegepersonal Schwierigkeiten bemerkt, sollte die Frau an psychologische oder psychiatrische Fachkräfte verwiesen werden. Durch diese Massnahmen sollen negative Langzeitfolgen für Mutter und Kind verhindert werden.

4.2.2 Kritische Würdigung

Die Studie entspricht dem niedrigsten Evidenzlevel, da es sich um eine Primärstudie handelt.

Stärken: Für die Studie wird aktuelle Literatur verwendet und das Design passend zur qualitativen Forschungsfrage gewählt. Die Stichprobe ist repräsentativ, was für die Übertragbarkeit der Resultate wichtig ist. Es wird keine Definition für das Geburtstrauma vorgegeben, da laut den Forschenden dies nur die Frauen definieren können. Die Ergebnisse werden nachvollziehbar in Untergruppen aufgeteilt und mit Zitaten aus den Interviews gestützt, was authentisch und glaubwürdig wirkt. In der Diskussion werden die Resultate kritisch diskutiert und im Kontext mit anderen Studien betrachtet. Limitationen werden genannt.

Schwächen: Die Studienteilnehmerinnen werden über eine Website rekrutiert, welche Frauen mit Trauma und Geburtsstress unterstützt, und über einen Link auf der Facebookseite einer Mitforscherin. Dadurch werden nur diejenigen Frauen erreicht, welche sich bereits mit ihrem Geburtstrauma auseinandersetzen, was die Übertragbarkeit der Daten einschränkt. Die traumatische Geburt erlebten einigen Frauen der Stichprobe vor Jahren, was zu weniger verlässlichen Daten führt, da mit der Zeit Dinge in Vergessenheit geraten. Nebst dem traumatischen Geburtserlebnis werden keine Ein- oder Ausschlusskriterien genannt, wodurch das Vorgehen nicht anschaulich erklärt wird. Wie die Interviews konkret durchgeführt werden oder ob eine Reflexion der Forschenden stattfindet, wird nicht genannt. Dadurch gehen Glaubwürdigkeit, Nachvollziehbarkeit und Übertragbarkeit verloren.

4.3 Review von Elmir et al. (2010)

4.3.1 Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der Studie ist es, Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit einer traumatischen Geburt zu beschreiben.

Studiendesign: Es handelt sich um eine Metaethnographie, wobei eine Synthese aus qualitativen Daten gemacht wird.

Methode: Die Datenerhebung geschieht mit einer systematischen Datenbankrecherche, wobei in mehreren Schritten die Ergebnisse auf zehn Studien reduziert werden. Die Forschenden benutzen für die Datenabstraktion und -synthese ein Indexpapier, wobei nach gemeinsamen Metaphern gesucht wird. Aus den Gemeinsamkeiten kristallisieren sich die Themen heraus.

Resultate: Es werden sechs Themen definiert: Gefühl der Unsichtbarkeit und des Kontrollverlustes über das Geburtserlebnis, Gefühl der unmenschlichen und abwertenden Behandlung durch das Personal und Vergleich mit einer Vergewaltigung, Gefühl des Gefangenseins und Erleben von Flashbacks und Alpträumen, Gefühle von Angst, Panikattacken, Depression und Suizidgedanken sowie die Beeinträchtigung der Beziehungen zu Partner und Kind. Abschliessend wird erläutert, dass das Stillen von manchen Frauen als erlösende Erfahrung mit Erfolgsgefühlen oder aber als weitere Belastung/Trauma erlebt wurde.

Diskussion und Schlussfolgerung: Insgesamt erleben prozentual gesehen nur wenige Frauen ihre Geburt traumatisch. Hiervon entwickeln nicht alle körperliche oder psychische Beeinträchtigungen. Die Studie weist darauf hin, dass eine traumatische Geburt nicht nur für die Mutter negative Folgen haben kann, sondern auch für ihren Partner und das Kind. Häufig erleben Frauen eine Geburt als traumatisch aufgrund des Handelns und Nicht-Handelns des geburtshilflichen Personals. Der Leidensdruck von Frauen nach einer traumatischen Geburt wird häufig weder von Fachpersonen noch im sozialen Kontext erkannt. Beratung und Ermutigung nach der Geburt können der Frau helfen, über die Geburt zu sprechen und sie zu verarbeiten.

4.3.2 Kritische Würdigung

Die Metaethnographie zählt zu den Reviews und weist die vierthöchste Stufe der Evidenz auf.

Stärken: Die Studie basiert auf zehn qualitativen Studien mit Interviewanteilen, was sich für die Beantwortung der Forschungsfrage eignet. Das methodische Vorgehen wird sehr genau dargelegt und in Tabellen veranschaulicht. Einschlusskriterien und Suchbegriffe werden genannt. Der Ausschluss von Studien wird begründet. Die Forschenden setzen sich anhand wissenschaftlicher Kriterien mit der Qualität der inkludierten Studien auseinander und begründen ihr Vorgehen genau. Die Datenabstraktion und -synthese geschieht nach wissenschaftlichen Standards und wird detailliert beschrieben. Es werden sechs Themen definiert, deren Inhalt jeweils breit mit anderen inkludierten Studien bestätigt wird. Die Forschenden beschreiben klar, was bereits über das Thema bekannt ist, formulieren neue Erkenntnisse und Implikationen. Es wird auf Verzerrungen im Reviewprozess hingewiesen.

Schwächen: Zur Studiensuche werden nur vier Datenbanken mit verschiedenen Schlüsselworten durchsucht, wodurch möglicherweise relevante Literatur aus anderen Datenbanken nicht gefunden wird. Alle miteinbezogenen Studien werden in England und weiteren hoch entwickelten Ländern durchgeführt. Dadurch lassen sich nur Aussagen für diese Länder formulieren. Die Forschenden begründen die Auswahl von nur fünf der sechs Themen. Die Gemeinsamkeiten der gebildeten Themen werden sehr unterschiedlich mit der Literatur verankert, was von den Forschenden nicht berücksichtigt wird.

4.4 Studie von Molloy et al. (2021)

4.4.1 Zusammenfassung

Ziel: Das Ziel der Studie ist die Erforschung der mütterlichen Selbstwahrnehmung bezüglich des Bondings und des Eltern-Seins nach einer traumatischen Geburt.

Studiendesign: Es wird die interpretative phänomenologische Analyse (IPA) gewählt.

Methode: Die Forschenden führen eine zweiphasige Studie durch. Die erste Phase findet online im Rahmen einer Umfrage statt. In der zweiten Phase werden

semistrukturierte Interviews durchgeführt. Diese werden anschliessend transkribiert, mehrmals gelesen, kodiert und nach Themen sortiert.

Resultate: Aus der Analyse ergeben sich fünf Hauptthemen: Das Erleben der ersten Momente nach der Geburt mit dem Kind, der Wunsch nach Entlassung aus dem Krankenhaus und gleichzeitig der Angst davor, die Bedeutung von erfolgreichem Stillen, die Schwierigkeiten beim Aufbau einer Bindung zum Kind sowie die Beschreibung der aktuellen Beziehung zum Kind und der Ausblick auf eine mögliche weitere Geburt.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Untersuchung zeigt auf, dass nicht nur eine Geburt traumatisch sein kann, sondern auch die Erlebnisse im Wochenbett. Die Forschenden gehen davon aus, dass das Bonding bereits in der Schwangerschaft wichtig ist, damit nach der Geburt der Bindungsaufbau einfacher fällt. Hat die Frau kaum Erinnerungen an die Geburt, so können für sie Gespräche über die Geburt hilfreich sein, um die Erinnerungslücken zu füllen. Frauen fühlen sich von der Familie nicht unterstützt, wenn sich diese nur um das Kind kümmern und das Wohl der Frau in Vergessenheit gerät. Frauen haben Angst davor, dass ihnen das Kind weggenommen wird, was sie wiederum daran hindert, professionelle Hilfe zu suchen.

4.4.2 Kritische Würdigung

Die Studie entspricht dem niedrigsten Evidenzlevel, da es sich um eine Primärstudie handelt.

Stärken: Die Forschungsfrage wird präzise formuliert und relevante Hintergrundliteratur wird genannt. Der gewählte Ansatz der IPA ist geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten. Damit der Hintergrund der Forschenden nicht zu Verzerrungen führt, wird ein reflektiertes Tagebuch geführt. Die Stichprobe wird gemäss dem Vorgehen der IPA gezielt ausgewählt und somit eine homogene Studienpopulation erstellt. Die wichtigsten demographischen und geburtshilflichen Daten der Interviewteilnehmerinnen werden in einer Tabelle zusammengefasst. Die Interviewleitfragen werden genannt und umfassen die fünf Bereiche, wodurch neue Ergebnisse generiert werden. Die Datenanalyse wird passend zum Studiendesign durchgeführt, was zur Zuverlässigkeit der Daten beiträgt. Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse wird durch das Diskutieren von Codes und Themen unter den

Forschenden erreicht. Die aus der Datenanalyse hervorgehenden Ergebnisse werden anschaulich in einer Tabelle dargestellt und zur Stärkung der Glaubwürdigkeit mit Zitaten gestützt. Wichtige Limitationen werden genannt.

Schwächen: Für den Forschungsansatz der IPA erscheint die Stichprobengrösse von elf Teilnehmerinnen gross, da eine Grösse von drei Probandinnen empfohlen wird. Deshalb stellt sich die Frage, wie ausführlich die einzelnen Ergebnisse wirklich analysiert werden konnten und ob das Studiendesign passend ist. Durch die Wahl des Studiendesigns und der daraus resultierenden homogenen Population lassen sich die Ergebnisse nur mit Vorsicht auf andere Gruppen übertragen und sind nur bedingt repräsentativ. Das traumatische Geburtserlebnis liegt bei den Frauen schon länger zurück und die Beziehung zum Kind hat sich verbessert. Möglicherweise führt dies zu verzerrten Ergebnissen. Es werden keine Implikationen für Hebammen oder Geburtshelfende aufgezeigt.

4.5 Studie von Ponti et al. (2020)

4.5.1 Zusammenfassung

Ziel: Die Studie untersucht den Einfluss einer traumatischen Geburt auf die postpartale Bindung und die daraus resultierende Bedeutung mütterlicher depressiver Symptome.

Studiendesign: Es wird ein quantitatives Studiendesign gewählt, welches drei unterschiedliche Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten verwendet.

Methode: Die Studie findet zweiphasig statt. Zuerst füllen die Teilnehmerinnen zwei Tage nach der Geburt den Fragebogen Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ) aus, welcher postpartale Stresssymptome erfragt. Die zweite Befragung findet drei Monate nach der Geburt statt. Dabei füllen die Frauen zwei Fragebögen aus, nämlich den Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS) und den Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Für die Datenanalyse werden unter anderem Cronbachs Alpha, t-Tests und die Mediationsanalyse verwendet.

Resultate: Die Resultate zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen den drei Variablen (PPQ, MPAS, EPDS). Sowohl bei der Durchführung der t-Tests als auch bei der Mediationsanalyse zeigt sich, dass ein hoher postpartaler Stresslevel

mit einem hohen Level von postpartaler Depression und mit einem tiefen Level der postpartalen Bindung verbunden ist. Der Effekt von postpartalem Stress auf die postpartale Bindung ist somit direkt und indirekt durch eine postpartale Depression nachweisbar.

Diskussion und Schlussfolgerung: Ein traumatisches Geburtserlebnis ist eng mit der Entwicklung der Bindung zwischen einer Mutter und ihrem Neugeborenen verbunden. Diese wird insbesondere durch postpartale Stresssymptome beeinflusst, welche aus einer schwierigen oder traumatischen Geburt resultieren. Das Vorhandensein von Stress im Zusammenhang mit der Geburt trägt zum Auftreten einer postpartalen Depression bei, was die Entwicklung einer positiven postnatalen Bindung beeinträchtigt. Die Forschenden unterstreichen die Wichtigkeit der Hilfe durch das geburtshilfliche Personal. So kann die Frau vor der Entstehung einer postpartalen Depression geschützt werden und der Mutter fällt es einfacher, eine gute Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Die Studie empfiehlt Interventionen, welche den postpartalen Stress der Mütter reduzieren sollen.

4.5.2 Kritische Würdigung

Die Studie entspricht dem tiefsten Evidenzlevel, da es sich um eine Primärstudie handelt.

Stärken: Die Forschungsfrage wird klar formuliert und passende Hintergrundliteratur wird genannt. Es werden genaue Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Rekrutierung zwischen der 32. und 40. Schwangerschaftswoche erscheint sinnvoll, da die Frauen unabhängig von ihrem Geburtserlebnis ausgewählt werden. Die Datenerfassung wird genau und nachvollziehbar beschrieben. Die Fragebögen werden in einer italienisch angepassten Version angewendet, was für die Güte der Studie spricht. Bei jeder Umfrage wird Cronbachs Alpha berechnet und genannt. Diese Werte befinden sich zwischen akzeptabel und gut, wodurch die Validität sichergestellt wird. Die durchgeführten Messungen wie t-Tests und die Mediationsanalyse erscheinen sinnvoll, da sie den Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der einzelnen Umfragen darstellen. Durch die genaue Beschreibung des Vorgehens wirkt die Studie reliabel. In der Diskussion werden sehr

unterschiedliche Aussagen kritisch miteinander verglichen. Die Objektivität der Studie ist durch die Erklärung der Forschenden gesichert.

Schwächen: Das verwendete quantitative Studiendesign wird nicht genannt. Die Stichprobe ist sehr homogen. Die meisten Teilnehmerinnen der Stichprobe sind gut ausgebildete und berufstätige Frauen, was die Ergebnisse verzerren kann und die Reliabilität einschränkt. Für die Beantwortung der Fragestellung werden nur wenig Variablen genannt. Bei den Ein- und Ausschlusskriterien werden alle Frauen ausgeschlossen, welche bereits eine vorbestehende psychische Erkrankung haben, wodurch die Ergebnisse nur für eine bestimmte Population anwendbar sind.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Studienergebnisse einander gegenübergestellt und kritisch diskutiert. Für die Gegenüberstellung wird weitere Literatur aus der Literaturrecherche hinzugezogen. Anschliessend wird anhand der Diskussion die Fragestellung der Arbeit beantwortet und Limitationen werden genannt.

5.1 Gegenüberstellung der Studienergebnisse

Zwischen den fünf inkludierten Studien wird nach gemeinsamen Themen und Unterschieden gesucht. So können die in Bezug auf die Fragestellung relevanten Ergebnisse miteinander verglichen werden. Durch dieses Vorgehen lassen sich drei nachfolgend erörterte Hauptergebnisse feststellen, welche die Auswirkung eines traumatischen Geburtserlebnisses auf die Gefühle und die Interaktion der Mutter ihrem Kind gegenüber beschreiben.

5.1.1 Beziehungsaufbau

Ausser der Studie von Beck (2015) beschreiben alle inkludierten Studien, dass sich das traumatische Geburtserlebnis negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken kann. Nur die Studie von Molloy et al. (2021) weist auf eine sehr kleine Anzahl von Frauen hin, welche keine Auswirkungen auf ihre Elternschaft aufgrund des traumatischen Geburtserlebnisses spüren.

Während der Schwangerschaft

Viele Frauen stellen sich während der Schwangerschaft eine enge Bindung nach der Geburt zu ihrem Kind vor, welche jedoch nicht immer eintritt (Beck & Watson, 2019). Molloy et al. (2021) weisen darauf hin, dass Frauen, welche bereits in der Schwangerschaft keine enge Bindung zum Kind aufbauen konnten, später Mühe haben, adäquat auf die Signale des Babys zu reagieren. Smorti et al. (2020) bestätigen, dass die Bindung bereits in der Schwangerschaft beginnt und stellen fest, dass die Qualität der Bindung vor der Geburt die Bindung nach der Geburt beeinflusst. Beck und Watson (2019) und Molloy et al. (2021) ergänzen sich aufgrund der unterschiedlichen Studienpopulation.

Nach der Geburt

Molloy et al. (2021) beschreiben unterschiedliche mütterliche Reaktionen beim

Kennenlernen des Kindes unmittelbar nach der traumatischen Geburt. Die Forschenden führen aus, dass sich manche Frauen in einem dissoziativen Zustand befinden und andere nichts fühlen. Diese unterschiedlichen Reaktionen nach einem erlebten Trauma sind laut Pausch & Matten (2018) normal. Elmir et al. (2010) weisen auf überwältigende Gefühle im Zusammenhang mit der Geburt hin und dass dies die Fähigkeit der Frauen beeinträchtigt, eine enge Bindung zum Kind aufzubauen. Es wird dabei aber nicht klar, ob diese Gefühle unmittelbar nach der Geburt oder erst später auftreten.

Nebst Molloy et al. (2021) geht keine der anderen inkludierten Studien genauer auf die mütterliche Reaktion dem Kind gegenüber unmittelbar nach der Geburt ein. Die Ergebnisse von Molloy et al. (2021) sind kritisch zu betrachten, da es sich um eine Primärstudie mit niedriger Evidenz und mit einer homogenen Studienpopulation handelt. Dennoch kommen andere Forschende zum gleichen Schluss. Røseth et al. (2018) bekräftigen das Ergebnis von Molloy et al. (2021) und erklären, dass die Mutter aufgrund der traumatischen Geschehnisse mit der jüngsten Vergangenheit beschäftigt ist und sich im Hier und Jetzt nicht auf das Zusammensein mit ihrem Kind einlassen kann.

Ponti et al. (2020) zeigen auf, dass ein traumatisches Geburtserlebnis zu einer weniger engen Bindung führt und die mütterliche Fähigkeit beeinträchtigt, eine sichere Bindung einzugehen. Obwohl die Studienpopulation von Ponti et al. (2020) sehr homogen ist, wird das Ergebnis auch durch Smorti et al. (2020) und Dekel et al. (2019) bestätigt. Im Gegensatz zu Ponti et al. (2020) erklären Dekel et al. (2019), dass die frühe Bindung vor allem durch die Stressreaktion und PTBS-Symptome nach einer traumatischen Geburt massiv beeinflusst wird.

Positive Entwicklung / stärkende Elemente

Bei vielen Frauen verbessert sich innerhalb von Wochen oder Monaten die Beziehung zum Kind (Beck & Watson, 2019; Elmir et al., 2010). Eine Frau beschreibt, dass sie die Persönlichkeit des Kindes erst mit dem Älterwerden erkennen konnte und die Reaktivität oder Kommunikationsfähigkeit des Kindes dabei entscheidend war (Molloy et al., 2021). Røseth et al. (2018) verdeutlichen dies und erklären, dass auf der einen Seite die wachsende Kommunikationsfähigkeit und auf der anderen Seite das Wiedererlangen der mütterlichen Handlungsfähigkeit,

beispielsweise beim Stillen oder bei der Körperpflege des Kindes, die mütterliche Zuneigung dem Kind gegenüber stärken.

Hierzu ist anzumerken, dass bei den Primärstudien von Beck und Watson (2019) und Molloy et al. (2021) zwischen dem Geburtserlebnis und der Durchführung der Studie zwei Wochen bis maximal 33 Jahre vergangen sind. Dies ist eine grosse Zeitspanne und kann zu verzerrten Ergebnissen führen. Da aber das Review von Elmir et al. (2010) eine höhere Evidenzstufe aufweist und zum gleichen Schluss kommt wie Beck und Watson (2019) und Molloy et al. (2021), scheint die Zeit zwischen der Geburt und der Studiendurchführung auf die Bewertung der Mutter-Kind-Beziehung einen vernachlässigbaren Einfluss zu haben.

5.1.2 Gefühle, Kognition und Verhalten

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche Gefühle die Mutter nach einer traumatischen Geburt empfindet und wie sich dies auf die Mutter-Kind-Interaktion auswirken kann. Zudem wird auf veränderte *Kognition* und Verhalten der Mutter eingegangen. Abschliessend wird die postpartale Depression im Zusammenhang mit der traumatischen Geburt diskutiert.

Gefühle der Taubheit und Leere

Ausser Ponti et al. (2020) beschreiben die anderen vier inkludierten Studien Gefühle der Taubheit und Leere. Es werden jedoch unterschiedliche Aspekte betont. Gefühle der Taubheit sind eine normale Reaktion auf ein erlebtes Trauma (Pausch & Matten, 2018).

Einige Frauen beschreiben die Interaktion mit ihrem Kind wie als Roboter, Zombie oder wie eine leere Hülle (Beck & Watson, 2019). Die Mutter kümmert sich wohl um das Baby, fühlt sich dabei aber wie eine Maschine und hat keine Gefühle (Beck, 2015). Elmir et al. (2010) erklären, dass sich das Gefühl der inneren Leere auch beim Stillen oder bei alltäglichen Interaktionen mit dem Kind äussern kann. Die Forschenden führen aus, dass die Frau dem Kind gegenüber wenig Emotionen zeigt, sie aber trotz des Gefühls der inneren Leere das Kind umarmt und küsst. Beck und Watson (2019) ergänzen, dass sich das traumatische Ereignis nicht nur auf normale Interaktionen auswirken kann, sondern sich die Frau innerlich bewusst vom Kind abwendet, wenn dieses in Not ist und das Kind die Mutter benötigen würde.

Molloy et al. (2021) beschreiben, dass die Frauen eine Diskrepanz in ihren Gefühlen dem Kind gegenüber empfinden. Auf der einen Seite äussern die Frauen, dass sie sich durch das traumatische Erlebnis emotional nicht gut genug um das Kind kümmern können. Auf der anderen Seite möchten sie nicht als gefühllose oder unfähige Mütter abgestempelt werden. Diese Diskrepanz schafft in ihnen ein Bewusstsein für Dinge, zu denen sie fähig sind und andere Dinge, zu denen sie sich unfähig fühlen. So sehen einige Frauen die Betreuung des Kindes aufgabenorientiert. Haben sie beim Aufbau einer emotionalen Bindung zum Kind Schwierigkeiten, so sind körperliche Betreuungsaufgaben, wie Windeln wechseln oder Ähnliches, für sie logisch und einfach. (Molloy et al., 2021)

Beck und Watson (2019) und Molloy et al. (2021) haben unterschiedliche Stichproben, welche sich gegenseitig ergänzen und dadurch die Aussagekraft stärken. Beck und Watson (2019) und Molloy et al. (2021) weisen im Gegensatz zu Beck (2015) und Elmir et al. (2010) ein niedrigeres Evidenzlevel auf. Trotzdem sind ihre Ergebnisse relevant. Sie bestätigen einerseits die Ergebnisse mit höherer Evidenz von Beck (2015) und Elmir et al. (2010). Andererseits sind die Studien aufgrund des Publikationsjahres sehr aktuell.

Gefühle der Distanz und Losgelöstheit

Die Studien von Beck (2015) und Elmir et al. (2010) zeigen auf, dass sich die Mütter emotional von ihrem Kind distanzieren und teilweise auch innerlich loslösen. Molloy et al. (2021) erklären, dass manche Frauen keinen Liebesrausch nach der Geburt ihres Kindes empfinden, sondern Abneigung. Die Forschenden erklären, dass die Frauen über den Verlust der erwarteten Geburtserfahrung trauern und dies zusammen mit der akuten Stressreaktion dazu führt, dass sich die Frauen von ihrem Kind distanziert fühlen. Die negativen Gefühle dem Kind gegenüber bestätigen auch Beck und Watson (2019) und Elmir et al. (2010). Elmir et al. (2010) führen aus, dass dies auch als fehlende Verbindung zum Kind empfunden wird. Die Forschenden erklären, dass die Frauen kaum emotionale und physische Verbindung zu ihrem Kind spüren und sich unfähig fühlen, echte Nähe zu ihrem Kind aufzubauen. Beck (2015) nennt das Kind als Ursache der täglichen Erinnerungen an die traumatische Geburt. Dies führt zu einer emotionalen Distanz zum Kind. Die Frauen errichten eine emotionale Mauer zwischen sich und dem Kind. (Beck, 2015)

Die Studien von Beck (2015) und Elmir et al. (2010) weisen das gleiche Evidenzlevel auf und kommen trotz unterschiedlichem Vorgehen zu ähnlichen Ergebnissen. Dies zeigt auf, dass die Ergebnisse von besonderer Relevanz sind. Die Primärstudie von Molloy et al. (2021) hat eine heterogene Studienpopulation und kommt zu ähnlichen Ergebnissen, was die Aussagekraft der anderen zwei Studien bestärkt.

Als Folge der inneren Losgelöstheit dem Kind gegenüber wird beschrieben, dass die Frauen teilweise früher zur Arbeit zurückkehren. Das ist eine gesellschaftlich akzeptierte Lösung, um weniger Zeit mit dem Kind zu verbringen. Die Frau kann aus dem Haus gehen und die Betreuung des Kindes in kompetentere Hände übergeben. (Molloy et al., 2021)

Das methodische Vorgehen von Molloy et al. (2021) wird sehr transparent und glaubwürdig beschrieben, weshalb dieses Ergebnis relevant ist, auch wenn es die einzige Studie ist, welche darauf eingeht.

Gefühle der Angst, Panik und Wut

Die Studienergebnisse von Beck und Watson (2019) und Elmir et al. (2010) gleichen sich insofern, als dass Frauen nach einer traumatischen Geburt ein erhöhtes Level an Ängstlichkeit aufweisen. Diese äussert sich beispielsweise in der Vorstellung, dass das Kind am plötzlichen Kindstod sterben oder es im Krankenhaus vertauscht werden könnte (Beck & Watson, 2019). Die Studie von Elmir et al. (2010) stellt zudem häufiger Panikattacken bei den betroffenen Frauen fest. Zusammen mit der erhöhten Ängstlichkeit wirkt sich dies negativ auf die mentale Gesundheit der Frauen aus. Sie beginnen, an ihren mütterlichen Fähigkeiten zu zweifeln und kommen weniger gut mit den alltäglichen Geschehnissen und Interaktionen zurecht. So äussert eine Frau, dass sie an Panikattacken und Zwangsgedanken leidet, wenn ihr Kind nicht bei ihr, sondern jemand anderem ist. (Elmir et al., 2010)

Beck und Watson (2019) und Elmir et al. (2010) weisen darauf hin, dass die Frauen nach der Geburt plötzlich Gefühle der Wut empfinden. Beck (2015) erläutert, dass sich die Wut der Frauen gegen das geburtshilfliche Personal, die bei der Geburt anwesenden Familienmitglieder oder sich selbst richtet. Ergänzend beschreiben Beck und Watson (2019), dass sich diese Wut gegen das eigene Kind richtet. Molloy et al. (2021) nennen diese Wut im Zusammenhang mit einer Trauerreaktion auf die

Geburt und die Elternschaft, welche nicht wie erwartet abgelaufen ist. Das Gefühl der Wut und das traumatische Erlebnis beeinflussen stark, wie sich die Frauen um ihr Kind kümmern (Elmir et al., 2010).

Die Studien liefern keine zeitlichen Hinweise, wann diese unterschiedlichen emotionalen Reaktionen der Frauen auftreten. Stehen diese in engem zeitlichen Zusammenhang zum traumatischen Ereignis und klingen die Symptome innert Stunden bis Tagen ab, so können sie Teil der akuten Belastungsreaktion sein (Dilling et al., 2015). Laut Beck (2015) steht die erhöhte Wut in Zusammenhang mit posttraumatischem Stress, was sich mit der Definition des posttraumatischen Stresses von Anderson (2017) deckt. Die Ergebnisse von Beck und Watson (2019) sind von besonderer Bedeutung, da sie aufgrund der heterogenen Stichprobe auf eine breite Bevölkerungsschicht übertragen werden können.

Kognition

Die traumatische Geburt beeinflusst die Mutter-Kind-Interaktion auch indirekt durch beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten. Dies zeigt sich beispielsweise mit Konzentrationsproblemen beim Stillen, einer Distanz zur Realität oder durch eine verzerrte Wahrnehmung. Letzteres führt auch dazu, dass sich manche Frauen fragen, ob ihr Kind vertauscht wurde. Banale Dinge werden mit lebensbedrohlichen verwechselt, weil das Gehirn die Informationen nicht korrekt verarbeiten kann. Eine Frau berichtet, dass sie in Panik gerät, sobald das Baby zu weinen beginnt, da sie die Signale des Kindes nicht einordnen kann. (Beck & Watson, 2019)

Die Studie von Beck und Watson (2019) liefert keine zeitlichen Hinweise, wann die beeinträchtigte Kognition auftaucht. Wenn die Symptome innerhalb von Stunden oder Tagen abklingen, würden sie im Zusammenhang mit einer akuten Belastungsreaktion stehen. Typische Symptome für eine akute Belastungsreaktion sind unter anderem Bewusstseinsverengung, eingeschränkte Aufmerksamkeit und die Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten. (Dilling et al., 2015)

Die beschriebenen Symptome stimmen mit Beck und Watson (2019) überein.

Ein weiterer Aspekt kognitiver Veränderungen stellt das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses dar. Obwohl Ponti et al. (2020) im Vergleich zu Elmir et al. (2010) einen unterschiedlichen methodischen Ansatz aufweisen, stimmen beide darin überein, dass dieses Wiedererleben die Frauen in ihrem Alltag stark

beeinträchtigt. Ponti et al. (2020) erklären, dass aufgrund des Wiedererlebens die Mutter weniger auf ihr Kind reagiert und der Wunsch kleiner ist, emotionale Nähe zu ihrem Kind zu haben. Elmir et al. (2010) beleuchten den Aspekt, dass sich die Frauen in den lebhaften Erinnerungen an ihre traumatische Geburt gefangen fühlen und sich dies nebst Flashbacks auch in Albträumen widerspiegelt. Beck (2015) weist darauf hin, dass das Kind die Ursache für Flashbacks und Albträume sein kann. So erklärt eine Frau, dass sie sich während der Interaktion mit ihrem Kind aufgrund von Flashbacks distanziert und sich nur als Zuschauerin der Situation erlebt (Beck, 2015). Wird die quantitative Studie von Ponti et al. (2020) den qualitativen Studien von Beck (2015) und Elmir et al. (2010) gegenübergestellt, so zeigen sich in jeder Studie unterschiedliche Aspekte des Wiedererlebens. Die Stichprobe von Ponti et al. (2020) ist homogen, was die Aussagekraft einschränkt. Dagegen ist einzuwenden, dass durch die Verwendung von kulturell angepassten Messinstrumenten in der Studie von Ponti et al. (2020) die Aussagekraft gestärkt wird. Im Gegensatz dazu umfassen die beiden qualitativen Studien von Beck (2015) und Elmir et al. (2010) eine vielfältigere Stichprobe, wodurch die Ergebnisse breiter abgestützt sind.

Verändertes Verhalten

Elmir et al. (2010) beschreiben, dass manche Frauen das erlebte Trauma kompensieren und mit einem überbeschützendem Verhalten oder einer übermässigen Wachsamkeit ihrem Kind gegenüber reagieren. Die Forschenden führen aus, dass sich dies unter anderem darin zeigt, dass die Frau andere Menschen von der Pflege und der Betreuung des Kindes ausschliesst. Ähnlich berichten auch Molloy et al. (2021), dass keine andere Person ausser der Mutter selbst das Kind halten darf.

Beck und Watson (2019) erklären, dass manche Frauen durch sozialen Rückzug versuchen, den quälenden Erinnerungen an die Geburt aus dem Weg zu gehen. Gleiches bestätigt Beck (2015). Molloy et al. (2021) führen aus, dass die Frauen nicht nur Diskussionen über die Schwangerschaft und Geburt vermeiden, sondern auch das Erzählen über die eigene Geburt.

Der soziale Rückzug kann sich darin äussern, dass die Frau kaum das Haus verlässt oder nicht an Müttergruppen teilnehmen will. Dies hat zur Folge, dass das Kind soziale Interaktionen verpasst. (Beck & Watson, 2019)

Die Reaktion des sozialen Rückzugs kann dem vermeidenden Verhalten zugeordnet werden. Beck (2015) stellt dieses Verhalten in den Zusammenhang mit posttraumatischem Stress. Die Forschenden führen aus, dass dieses Verhalten zu signifikantem Distress und Beeinträchtigungen führt. Der hohe Leidensdruck, welcher zu diesem Verhalten führt, wird in den Studien von Beck und Watson (2019) und Beck (2015) aufgezeigt.

Postpartale Depression

Ponti et al. (2020) zeigen auf, dass Frauen nach traumatischer Geburt häufiger an einer postpartalen Depression erkranken, was wiederum die Bindung zwischen Mutter und Kind negativ beeinflusst. Gleichzeitig erhöht die postpartale Depression das Risiko negativer Konsequenzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind. Die postpartale Depression hat einen signifikanten Einfluss darauf, wie die Mutter ihre Rolle ausüben kann. (Ponti et al., 2020)

So erklären Dekel et al. (2019), dass es für eine depressive Mutter schwieriger ist, Gefühle ihrem Kind gegenüber zu entwickeln. Dies kann sich darin zeigen, dass sie mehr Mühe hat, ihr Kind liebevoll zu pflegen und dem Kind weniger Möglichkeiten zur Interaktion bietet (Dekel et al., 2019).

Elmir et al. (2010) nennt die postpartale Depression als Langzeitfolge nach einem traumatischen Geburtserlebnis.

5.1.3 Stillen

Die zwei inkludierten Studien von Beck (2015) und Elmir et al. (2010) zeigen auf, dass sich das Stillen nach einer traumatischen Geburt bestärkend oder belastend auf die Mutter auswirken kann. Molloy et al. (2021) gehen nur auf die Belastung des Stillens ein. Sie weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass für viele der befragten Frauen das Stillen und die Stillbeziehung nach einer traumatischen Geburt sehr zentral ist. Zudem ist dies die einzige Studie, welche darauf aufmerksam macht, dass es für Frauen nach traumatischer Geburt grundsätzlich schwieriger ist, eine Stillbeziehung aufzubauen. (Molloy et al., 2021)

Beck (2015) und Elmir et al. (2010) zeigen unterschiedliche Gründe für das Stillen auf und inwiefern sich dies nach einer traumatischen Geburt positiv auf die Frau und ihr Kind auswirken kann. Beide Studien weisen darauf hin, dass die Mütter durch

eine gelungene Stillbeziehung dem Kind einen guten Start ins Leben ermöglichen wollen. Beck (2015) beschreibt dies als Wiedergutmachung für die traumatische Art, wie das Kind auf die Welt gekommen ist. Elmir et al. (2010) betonen den Aspekt der Kompensation der traumatischen Geburt und verdeutlichen, dass sich dies auch in einer langen Stilldauer zeigen kann. Die Autoren führen aus, dass das Stillen für einige Frauen die Möglichkeit bietet, das Trauma ihrer Geburtserfahrung zu überwinden und «Erfolg» als Mutter zu haben. Beck (2015) erläutert, dass das Stillen eine vorübergehende Auszeit von den quälenden Gedanken an die traumatische Geburt bieten kann.

Während des Stillens werden verschiedene Hormone ausgeschüttet, welche dazu führen, dass sich die Liebe der Mutter auf ihr Baby richtet. Zu diesen Hormonen gehört Oxytocin. (Lang, 2009)

Die Ausschüttung von Oxytocin fördert nicht nur das mütterliche Verhalten dem Kind gegenüber, sondern hilft Mutter und Kind bei der Stressbewältigung (Mack, 2010). Ausserdem führt die Ausschüttung von Oxytocin zu einer ausgeglichenen Mutter-Kind-Interaktion (Striebich et al., 2014) und fördert die Bindung (Lang, 2009). Diese positive Auswirkungen werden von Elmir et al. (2010) indirekt genannt. Die Forschenden führen aus, dass das Stillen und dadurch auch die Nähe zum Kind von den Müttern hilfreich im Prozess der Verarbeitung der traumatischen Geburt erlebt wird. Ausserdem führt das positive Stillerlebnis zu einem höheren Mass an Zufriedenheit und Selbstvertrauen, so Elmir et al. (2010).

Die Studie von Beck (2015) und Elmir et al. (2010) sind als gegenseitige Ergänzung zu verstehen, da sie das gleiche Evidenzlevel haben und gut miteinander verglichen werden können.

Im Gegensatz zu der bestärkenden Seite des Stillens kann die Stillbeziehung aufgrund der traumatischen Geburt oder aufgrund von erfolglosem Stillen auch von negativen Gefühlen geprägt sein. Starke körperliche Schmerzen als Folge der Geburt können sich hinderlich auf das Stillen auswirken. Manche Frauen haben wiederkehrende Flashbacks während des Stillens, was als grosse Belastung erlebt wird. (Beck, 2015)

Elmir et al. (2010) und Beck (2015) kommen beide zum Schluss, dass die Losgelöstheit der Frau von ihrem Kind ein Hindernis für eine gute Stillbeziehung ist.

Ausserdem wird in der Studie von Elmir et al. (2010) ausgeführt, dass die Losgelöstheit von den Frauen auch als Unvermögen empfunden wird, Nähe zum Kind aufzubauen. Die Forschenden erläutern, dass für manche Frauen diese Empfindung so extrem ist, dass sie ihre Brust dem Kind nicht geben wollen, weil sie das Kind als eine fremde Person betrachten.

In diesem Zusammenhang lässt sich auch vermeidendes Verhalten beobachten, da die Frauen möglichst nicht an das Trauma erinnert werden wollen. Dies zeigt sich unter anderem mit wenig Augenkontakt und wenig Interaktionen während des Stillens. In wenigen Fällen wird das Stillen sogar mit der erlebten Verletzung während der Geburt in Verbindung gebracht. (Elmir et al., 2010)

Letzteres wird auch von Beck (2015) genannt. Die Forschende führt aus, dass die Frauen ihre Brüste als weiteren Teil des Körpers sehen, der wie unter der Geburt verletzt werden kann.

Die Studie von Molloy et al. (2021) weist darauf hin, dass erfolgloses Stillen das mütterliche Gefühl der Unfähigkeit verstärken kann. Manche Frauen verknüpfen das erfolglose Stillen damit, dass sie dadurch ihr Kind auch nicht trösten und keine Bindung aufbauen können (Molloy et al., 2021).

Molloy et al. (2021) und Beck (2015) stimmen darin überein, dass sich das Trauma der Geburt durch eine nicht-gelingende Stillbeziehung verschlimmern kann.

Die Studien von Beck (2015), Elmir et al. (2010) und Molloy et al. (2021) stammen aus unterschiedlichen Ländern (Amerika, Australien und England) und zwischen den einzelnen Studien liegt eine zeitliche Distanz. Dadurch zeigt sich, dass die Ergebnisse auf verschiedene Populationen übertragbar sind.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung lautet: «Welchen Einfluss hat ein traumatisierendes Geburtserlebnis auf die mütterlichen Gefühle und die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Postpartalzeit?»

Die Literatur- und Studienrecherche hat gezeigt, dass ein traumatisches Geburtserlebnis in den meisten Fällen einen einschneidenden Einfluss auf die Gefühle der Mutter und dadurch auch auf die Beziehung mit dem Kind hat. Der Beziehungsaufbau gestaltet sich schwieriger und manche Mütter ringen um eine enge Beziehung zum Kind bis ins Kleinkindalter. Viele Frauen spüren eine Distanz

ihrem Kind gegenüber oder lösen sich innerlich von ihm ab. Als weitere Reaktion fallen sehr heftige und ambivalente Emotionen auf, welche sich teilweise direkt auf das Kind beziehen, teilweise aber auch auf das geburtshilfliche Personal oder den Partner. Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten und die erhöhte Morbidität eine postpartale Depression zu entwickeln, sind mögliche Folgen, welche sich wiederum direkt auf das Kind auswirken können. Weiter zu nennen sind das veränderte mütterliche Verhalten, Flashbacks und Alpträume, die direkt die Mutter-Kind-Beziehung beeinflussen. In den Studien wird beschrieben, dass das Stillen zwar das Potenzial für die innere Heilung hat, aber auch das Trauma und die negativen Gefühle dem Kind gegenüber verstärken kann. Viele der genannten Charakteristika können der akuten Belastungsreaktion oder dem posttraumatischen Stress zugeordnet werden. Mögliche Auswirkungen des traumatischen Geburtserlebnisses auf die Mutter-Kind-Beziehung werden aufgezeigt.

Aus den Ergebnissen ergibt sich ein breites Spektrum, wie betroffene Frauen die Auswirkungen auf ihre Gefühle und auf die Interaktion mit ihrem Kind erleben. Dies reicht dabei von einigen wenigen Betroffenen, welche keine Einschränkungen in ihrer Beziehung mit dem Kind erleben bis hin zu der grossen Mehrheit der Betroffenen, welche jahrelang mit den Auswirkungen der traumatischen Geburt kämpfen. Das Erleben der Geburt ist ein komplexes Konstrukt und personenabhängig. Die Ergebnisse können aufgrund der Individualität und den vielen Einflussfaktoren nicht auf alle Betroffenen übertragen werden.

5.3 Limitationen

Bei der Datenbankrecherche wurden verschiedenen Kombinationen der Suchwörter verwendet. Diese wurden jedoch nicht in allen Datenbanken gleich angewendet, was zu Lücken in der Suche führen kann.

Bei den selektierten Studien handelt es sich um vier qualitative Ansätze und einem quantitativen Ansatz. Für eine bessere Vergleichbarkeit und damit auch grössere Aussagekraft wäre eine weitere quantitative Studie hilfreich, da die quantitative Studie nur bedingt mit qualitativen Studien verglichen werden kann.

Die Forscherin C. T. Beck ist die Autorin von zwei der fünf selektierten Studien und wird in einer dritten als Referenz benutzt. Dadurch erscheint sie einerseits als

wichtige Forscherin in diesem Bereich. Andererseits kann dies die Aussagekraft der Ergebnisse möglicherweise verringern und zu einseitigen Aussagen führen.

Weiter werden die Auswirkungen der traumatischen Geburt häufig in Verbindung mit posttraumatischem Stress betrachtet. Trotz den von den Autorinnen definierten Ausschlusskriterien des posttraumatischen Stresses und PTBS gehen die inkludierten Studien teilweise darauf ein. Dies weist auf einen engen Zusammenhang hin, welcher aber im Rahmen dieser Arbeit nicht ausführlicher betrachtet werden kann.

Es wird deutlich, dass ein traumatisches Geburtserlebnis und die Entstehung einer engen Bindung sehr komplex ist und von vielen Faktoren abhängt, worauf im Rahmen dieser Arbeit nicht vertiefter eingegangen werden kann.

Die ausgewählten Studien wurden in hoch entwickelten Ländern durchgeführt, weshalb sich die Ergebnisse nur bedingt auf weniger hoch entwickelte Länder übertragen lässt.

6 Empfehlungen für die Praxis

Die fünf inkludierten Studien weisen auf verschiedene Möglichkeiten hin, wie das neu gewonnene Wissen in die Praxis umgesetzt werden kann. Es wird deutlich, dass eine grosse Chance in der Prävention traumatischer Geburtsergebnisse liegt. Deshalb wird in den nachfolgenden Empfehlungen auch kurz auf die Schwangerschaft und die Geburt eingegangen, obwohl sich die Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit auf die Zeit nach der Geburt fokussiert.

6.1 Gesundheitspersonal

Die fortlaufende Ausbildung des gesamten Gesundheitspersonals über traumatische Geburten und posttraumatischen Stress soll helfen, Frauen mit erhöhtem Risiko zu erkennen und entsprechende Massnahmen zu treffen (Beck & Watson, 2019). Durch gut ausgebildetes Gesundheitspersonal können Frauen adäquat unterstützt und mehr positive Geburtserfahrungen erreicht werden, so Elmir et al. (2010).

Elmir et al. (2010) weisen auf die Wichtigkeit hin, dass die Frauen während der Schwangerschaft, den Wehen und der Geburt durch die gleiche Hebamme kontinuierlich betreut werden. Ein solches Betreuungsmodell führt zu weniger Interventionen und die Frauen berichten, zufriedener mit ihrer Geburtserfahrung zu sein (Elmir et al., 2010).

Dieses Betreuungsmodell entspricht beispielsweise der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz. Dabei wird die Frau kontinuierlich durch die gleiche Hebamme betreut. Dieses Modell ist eine Ergänzung zum herkömmlichen Arzt-/Hebammenmodell. (Aubry & Cignacco, 2015)

Eine andere Möglichkeit stellt das Beleghebammensystem dar, bei dem die Hebamme die Frau unter der Geburt Eins-zu-Eins betreut. Häufig kennen sich die Hebamme und die Frau bereits aus der Schwangerschaftsbetreuung. (Jahn-Zöhrens, 2021)

6.2 Während der Schwangerschaft

Eine ausführliche Anamnese der Schwangeren ist sehr wichtig. Dabei werden Ängste und frühere Geburtserfahrungen erfragt. Hat eine Frau frühere Geburten

traumatisch erlebt, so besteht für diese Frau ein hohes Risiko, während der Geburt retraumatisiert zu werden. (Beck, 2015)

Die Hebamme kann bereits in der Schwangerschaft die Frau anleiten, eine gute Bindung zum Kind aufzubauen. Gespräche mit dem Kind oder das Spüren von Kindsbewegungen stärken die Bindung (Lang, 2009). Smorti et al. (2020) zeigen auf, dass eine gute Bindung während der Schwangerschaft die Bindung nach der Geburt positiv beeinflusst, auch wenn die Geburt traumatisch erlebt wurde.

6.3 Unter der Geburt

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, eine Traumatisierung während der Geburt zu vermeiden. Die Hebamme sollte die innere Haltung haben, ihre Arbeitsroutine zu hinterfragen und gegebenenfalls davon abzuweichen. Geburtshilfliche Interventionen, wie die vaginale Untersuchung oder das Durchführen von Eingriffen ohne Zustimmung der Frau, können ein Trigger für frühere Traumata sein oder traumatisierend erlebt werden. (Schönberner, 2013)

Das geburtshilfliche Personal muss sich also bewusst sein, dass jede ihrer Handlung einen Einfluss auf die Frau hat, sei dies positiv oder negativ. Um eine Traumatisierung während der Geburt zu verhindern, ist gute Kommunikation und genügend Ausführungen für eine informierte Entscheidung wichtig. Die Frau sollte spüren, dass man sich gut um sie kümmert, mit Respekt behandelt und ihre Würde als wichtig erachtet. (Beck, 2015)

Ein weiterer Aspekt liegt in der Gestaltung eines möglichst stressfreien und positiven Geburtserlebnisses. Dies hilft der Mutter, nach der Geburt eine gute Beziehung zum Kind aufzubauen und ist gleichzeitig ein wichtiger Schutzfaktor, um keine postpartalen depressiven Symptome zu entwickeln. (Ponti et al., 2020)

6.4 Nach der Geburt

In den ersten zehn Minuten nach der Geburt kann das mütterliche Verhalten dem Neugeborenen gegenüber anhand des PPBS mit sieben Kriterien eingeschätzt und damit objektiv beurteilt werden (Britton et al., 2001).

Das geburtshilfliche Personal beobachtet die mütterliche Interaktion dem Kind gegenüber, auch wenn dafür nicht der PPBS verwendet wird. Unabhängig davon, wie die erste Interaktion zwischen Mutter und Kind nach der Geburt bewertet wird,

können Auffälligkeiten der nachbetreuenden Fachperson weitergeleitet werden, welche dann speziell auf Symptome von posttraumatischem Stress und auf die Mutter-Kind-Interaktion achten.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um zu prüfen, ob die Frau ihre Geburt traumatisch erlebt hat. So sollte vor der Entlassung aus dem Krankenhaus jede Frau die Möglichkeit haben, über ihr Geburtserlebnis zu sprechen. Zurzeit gibt es keine einheitlichen Evidenzen zum Nutzen eines Gesprächs über die Geburt oder einer Beratungssituation mit der Hebamme. Bei letzterem kann die Frau ihre Geschichte erzählen und die Hebamme hilft ihr, das Erlebte zu verarbeiten und zu verstehen. Fehlendes Ansprechen von psychischen Auffälligkeiten führt dazu, dass die betroffenen Frauen anfälliger für wiederkehrende Episoden von Traumata sind. (Elmir et al., 2010)

Nach der Geburt soll die Frau durch das Gesundheitspersonal beobachtet werden, um Anzeichen oder Symptome, welche auf eine traumatische Geburt hinweisen, zu erkennen. Diese äussern sich beispielsweise durch einen benommenen Blick, Rückzug oder vorübergehende Amnesie. Das Beobachten von Mutter und Kind während dem Stillen bietet eine gute Möglichkeit, da eine beeinträchtigte Interaktion zwischen der Mutter und ihrem Kind einer der ersten Indikatoren für eine traumatische Geburt sein kann. (Beck, 2015)

Die posttraumatische Stresssymptomskala (engl. *Post-Traumatic Stress Symptom Scale*) ist eine verlässliche und valide Möglichkeit, um posttraumatische Stresssymptome zu erheben und zur Früherkennung einzusetzen. Ist das Resultat positiv, so ist eine Überweisung für eine weitere psychologische Betreuung angezeigt. Ausserdem können Interventionen ergriffen werden, um posttraumatischen Stress zu verringern, wie beispielsweise ein Gespräch über das traumatische Erlebnis. (Beck, 2015)

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Aufklärung der Frau über posttraumatischen Stress oder eine PTBS (Weidner et al., 2018), damit sie ihre Reaktion besser verstehen und einordnen kann.

Werden Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion bemerkt, sollten möglichst früh Interventionen zur Entwicklung einer positiven Mutter-Kind-Interaktion ergriffen

werden. Insbesondere Frauen mit erhöhtem posttraumatischem Stress profitieren davon. Den betroffenen Frauen kann beispielsweise die Säuglingsmassage gezeigt werden. (Beck & Watson, 2019)

Das Rooming-in stellt eine weitere Möglichkeit dar, wobei das Neugeborene bei seiner Mutter bleibt und durch sie versorgt wird. Der enge und möglicherweise auch ungestörte Kontakt von Mutter und Kind fördert die Interaktion und Bindung. (Striebich et al., 2014)

Beim Bedding-In oder Co-Sleeping schläft das Kind körperlich nahe bei den Eltern, was sich auch förderlich auswirken kann (Lang, 2009).

Eine gute Unterstützung der stillenden Frau nach einem traumatischen Geburtserlebnis ist sehr wichtig, damit sie das Stillen als bestärkend erleben kann (Beck, 2015).

Der Austrittsbericht sollte transparent für die nachbetreuende Fachperson sein, falls eine posttraumatische Reaktion oder ein traumatisches Geburtserlebnis vorliegen (Weidner et al., 2018).

7 Schlussfolgerung

7.1 Empfehlung für weitere Forschung

Die Auswirkungen der traumatischen Geburt auf die mütterlichen Gefühle und die Mutter-Kind-Interaktion sind wichtige Aspekte, zu welchen weitere Forschung nötig ist. Das Bewusstsein für traumatische Geburten und deren weitreichenden Konsequenzen ist relativ neu und die bisher durchgeführten Studien sind durch die häufig kleinen Stichproben und die unterschiedlichen Messmethoden und -zeitpunkte limitiert.

Das Entstehen der Bindung zwischen Mutter und Kind ist sehr komplex und unterliegt vielen Faktoren. Es wird weitere Forschung benötigt, welche die Bindung vor und nach einem traumatischen Geburtserlebnis untersuchen, um die Zusammenhänge besser zu verstehen.

Das Durchführen von Interventionsstudien könnte hilfreiche Informationen liefern, welche Interventionen die Mutter-Kind-Beziehung stärken und so evidenzbasierte Empfehlungen für das Gesundheitspersonal aufzeigen.

Die empfohlenen Interventionen und Therapien, welche bei Frauen nach traumatisch erlebter Geburt angewendet werden, haben grösstenteils fehlende Evidenzen und sind nicht an das traumatische Erlebnis angepasst. Hier bietet sich ein grosser, für die Praxis sehr relevanter Forschungsbereich an.

Für die weitere Forschung ist der Einbezug grösserer Unterschiede in der Population oder von Frauen mit psychischer Vorbelastung interessant, um die Ergebnisse besser übertragen zu können und dadurch auch Unterschiede zu den bestehenden Ergebnissen aufzuzeigen.

7.2 Fazit

Für viele Frauen ist die Geburt ein einschneidendes Ereignis im Leben, welches Veränderungen mit sich bringt. Jede Frau kann ihre Geburt traumatisch empfinden und bei jeder Frau können daraus weitreichende Folgen entstehen. Viele Frauen fühlen sich nach einer traumatischen Geburt von ihren Gefühlen überwältigt, was die Fähigkeit beeinträchtigt, für ihr Kind zu sorgen und eine enge Bindung aufzubauen. Die negativen Auswirkungen betreffen auch das Kind massgeblich. Nebst dem Gespräch mit der Frau über das Geburtserlebnis bietet das Beobachten der Mutter-

Kind-Interaktion Möglichkeiten, um ein allfällig traumatisches Geburtserlebnis zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren.

Der Leidensdruck von Frauen nach einer traumatischen Geburt wird von den Fachpersonen und dem sozialen Umfeld häufig nicht erkannt. Die Betreuung durch die Hebamme umfasst nicht nur die Beurteilung von körperlichen Veränderungen, sondern auch die Einschätzung des psychischen Zustandes der Frau. In den Gesprächen mit der Wöchnerin soll behutsam nach dem psychischen Wohlbefinden gefragt und darauf geachtet werden, ob die Frau Stresssymptome zeigt, welche in Zusammenhang mit dem Geburtserlebnis stehen. Durch diese Massnahmen können entsprechende Interventionen früh getroffen werden. Solche Interventionen helfen einerseits der Mutter, um mit dem Erlebten umgehen zu können, andererseits kann so auch die Mutter-Kind-Beziehung gezielt gefördert werden. Es ist wichtig, dass die Hebamme ihre Grenzen kennt und wenn notwendig weitere Fachpersonen hinzuzieht, welche die Frau bei Bedarf an eine psychologische/psychiatrische Fachperson überweisen können.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2019). *Einführung in die Soziologie. Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft* (5. Auflage). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Anderson, C. A. (2017). The trauma of birth. *Health Care for Women International*, 38(10), 999–1010. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1363208>
- Aubry, E. & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern: Ein Expertinnen- und Expertenbericht* (Berner Fachhochschule, Hrsg.). <https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8yLaErJLvAhVluqQKHa9BDKqQFjABegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bfh.ch%2Fdam%2Fjcr%3A6a91b3a3-baa5-4824-bbbc-20439fa74b18%2Fprojektbericht-hebammengeleitete-geburtshilfe-im-kanton-bern.pdf&usg=AOvVaw0qFb546rRM115tsdTxNSKZ>
- Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Beck, C. T. (2004). Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 1-13. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>
- Beck, C. T. & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth: *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 338–344. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565>

- Bloemeke, V. J. (2007a). Geburt und Geburtserlebnis: Begleitung einer Wöchnerin mit traumatischem Geburtserlebnis. In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen: Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen* (S. 227–236). Hippokrates-Verlag.
- Bloemeke, V. J. (2007b). Geburt und Geburtserlebnis: Welche Faktoren beeinflussen die Verarbeitung des Geburtserlebnisses? In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen: Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen* (S. 198–203). Hippokrates-Verlag.
- Bloemeke, V. J. (2010). *"Es war eine schwere Geburt...": Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können* (3. Auflage). Kösel.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K. & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255–261. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001>
- Britton, H. L., Gronwaldt, V. & Britton, J. R. (2001). Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life. *The Journal of Pediatrics*, 138(6), 905–909. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.113358>
- Chabbert, M., Panagiotou, D. & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- De Graaff, L. F., Honig, A., Van Pampus, M. G. & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 648–656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>

- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G. & Ashenfarb, A. L. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 119–122. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage). Hogrefe Verlag.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Harder, U. & Kirchner, S. (2015). Regelwidrigkeiten im Wochenbettverlauf. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (4., aktualisierte Auflage, S. 185–214). Hippokrates-Verlag.
- Harris, R. & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & Health*, 27(10), 1166–1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Hausmann, C. (2010). *Notfallpsychologie und Traumabewältigung: Ein Handbuch* (3. Auflage). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Inglis, C., Sharman, R. & Reed, R. (2016). Paternal mental health following perceived traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.008>

- Ionio, C. & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 163–181.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880>
- Jahn-Zöhrens, U. (2021). Alles aus einer Hand. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 73(3), 16–19.
- Kirchner, S. (2015). Psychosoziale Veränderungen im Wochenbett. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (4., aktualisierte Auflage, S. 8-24). Hippokrates-Verlag.
- Kopp, J. & Steinbach, A. (2016). *Grundbegriffe der Soziologie* (11. Auflage). Springer VS.
- Kruse, M. (2018a). *Traumatisierte Frauen begleiten: Das Praxisbuch für Hebammenarbeit, Geburtshilfe, Frühe Hilfen*. Hippokrates-Verlag.
- Kruse, M. (2018b). Traumgeburt oder Geburtstrauma? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 70(3), 41–44.
- Lang, C. (2009). *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe* (1. Auflage). Urban & Fischer Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form—Quantitative Studies*.
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe: Abschlussbericht*. (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz, Hrsg.)
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*.

- Mack, S. (2010). Hormone bei der Geburt – aktueller Wissensstand. *Die Hebamme*, 23(4), 243–247.
- Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage, S. 13–34). Springer-Verlag.
- Moberg, K. U., Streit, U. & Jansen, F. (2016). *Oxytocin, das Hormon der Nähe: Gesundheit - Wohlbefinden - Beziehung*. Springer Spektrum.
- Molloy, E., Biggerstaff, D. L. & Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, 34(3), 278-287.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>
- Pausch, M. J. & Matten, S. J. (2018). *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4>
- Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P. & Simoncini, T. (2020). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2>
- Price, L., Centifanti, L. & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 480–502. <https://doi.org/10.1111/bjc.12262>
- Public Health Ressource Unit. (2006). *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) making sense of evidence*.

<https://moodle0.zhaw.ch/pluginfile.php/1532688/course/section/319015/UM%20CASP%20Systematic%20Reviews%20Assessment%20Tool%5B1%5D.pdf>

Røseth, I., Bongaardt, R., Lyberg, A., Sommerseth, E. & Dahl, B. (2018). New mothers' struggles to love their child. An interpretative synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1490621. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1490621>

Schönberner, P. (2013). Die Begleitung der Geburt: Massnahmen zur Vermeidung einer Traumatisierung während der Geburt. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (2. Auflage, S. 31–33). Hippokrates Verlag.

Schönberner, P. (2020). Psychische Krisen und Erkrankungen in der Postpartalzeit. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Auflage, S. 929–943). Georg Thieme Verlag.

Schrøder, K., Larsen, P. V., Jørgensen, J. S., Hjelmberg, J. v.B., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2016). Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.013>

Schwager, M. (2020). Theoretische Fundierung der Hebammenarbeit: Konzepte. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Auflage, S. 90). Georg Thieme Verlag.

- Simpson, M. & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S. & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 104956. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>
- Steininger, I. (2020a). Abnabeln und Erstversorgung des Neugeborenen. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Auflage, S. 563–572). Georg Thieme Verlag.
- Steininger, I. (2020b). Plazentarperiode - Dritte Phase der Geburt: Betreuung der Familie in der Nachgeburtsphase. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Auflage, S. 586–592). Georg Thieme Verlag.
- Stiefel, A. (2020). Geschichte des Hebammenberufs: Entwicklung des Hebammenberufs in der Bundesrepublik Deutschland. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Auflage, S. 44–46). Georg Thieme Verlag.
- Striebich, S., Albes, K., Müller, U. & Schmitz, G. (2014). Postnatale Bindungsförderung in der Geburtsklinik – aktueller Forschungsstand. *Die Hebamme*, 27(2), 130–135. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1361490>

Weidner, K., Garthus-Niegel, S. & Junge-Hoffmeister, J. (2018). Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 222(5), 189–196. <https://doi.org/10.1055/a-0641-6584>

ZHAW Rektorat Stabstelle Diversity (2015). *Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann*.

<https://www.zhaw.ch/storage/linguistik/forschung/barrierefreie-kommunikation/about/sprachleitfaden-gender-zhaw-neu.pdf>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der gewählten Schlagwörter und Keywords, Darstellung der Autorinnen	11
Tabelle 2: Ausgewählte Hauptstudien, Darstellung der Autorinnen	12

Wortzahl

Abstract (exkl. Keywords): 168 Wörter

Bachelorarbeit: 11'802 Wörter

Danksagung

Wir bedanken uns für die Betreuung unserer Bachelorarbeit und für die konstruktiven Rückmeldungen bei unserer Betreuungsperson Katrin Oberndörfer. Ein spezieller Dank gilt Prof. Dr. phil. Marion Huber, da sie uns für die kritische Würdigung der Studie mit Theorieentwicklung beraten und Studien als wissenschaftliche Grundlage empfohlen hat. Des Weiteren bedanken wir uns bei X für die fachliche Auskunft im Bereich der Psychologie.

X, X und X danken wir ganz herzlich für dashilfreiche Korrekturlesen.

Ein besonderer Dank gilt auch unseren Familien, Freunden und Freundinnen für die Unterstützung und die aufmunternden Worte während des Schreibprozesses.

Eigenständigkeitserklärung

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

Datum: 27.04.2021

Datum: 27.04.2021

Unterschrift:

Unterschrift:

Anhang

Anhang A: Glossar

Begriff	Erklärung
Affekt	Heftige Erregung, Gemütsbewegung
Amnesie	Gedächtnisverlust
Distress	Negativer Stress
Dysfunktionale Muster	Gestörte Muster
Hippocampus	Teil des Gehirns, gehört zum limbischen System
ICD-10	Abkürzung für <i>International Classification of Diseases</i> (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
Kognition	Gesamtheit aller Prozesse, die mit dem Wahrnehmen und Erkennen zusammenhängen
Limbisches System	Teil des Gehirns, welcher für Lernen, Gedächtnis, Antrieb, Emotionen sowie vegetative Regulationen zuständig ist.
Morbidität	Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe
Notfallsectio	Kaiserschnitt, welcher so schnell wie möglich durchgeführt werden sollte
Retraumatisierung	Emotionaler Zustand eines Betroffenen, wobei eine erneute Erinnerung an das traumatische Erlebnis eine erhöhte Symptombelastung bewirkt
Spontanremission	Komplettes oder teilweises Verschwinden einer Krankheit ohne relevanten ärztlichen Eingriff
Tachykardie	schneller anhaltender Herzrhythmus mit mehr als 100 Schlägen pro Minute
Theoretische Koaleszenz	Reihe von Studien zu einem Thema werden kombiniert und zu einem Ganzen zusammengefasst
Vulnerabilität	Verwundbarkeit
Welleneffekt	Sich im Raum und über die Zeit ausbreitende Wirkung aufgrund einer Handlung

Anhang B: Rechercheprotokoll

Datenbank	Keywords, Bool'sche Operatoren	Treffer	Näher betrachtete Literatur	Relevanz
Pubmed	traumatic birth* experience AND counselling	36	Simpson, M. & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review.	Ausgeschlossen: Mutter- Kind-Interaktion in Bezug zu posttraumatischen Stresssymptomen
	traumatic birth* experience AND bonding	32	Røseth, I., Bongaardt, R., Lyberg, A., Sommersteth, E. & Dahl, B. (2018). New mothers' struggles to love their child. An interpretative synthesis of qualitative studies.	Ausgeschlossen: zu allgemeine Hindernisse
			Taghizadeh, Z., Irajpour, A. & Arbabi, M. (2013). Mothers' Response to Psychological Birth Trauma: A Qualitative Study.	Ausgeschlossen: Iran
	traumatic birthing experience AND impact NOT PTSD	71	Molloy, E., Biggerstaff, D. L. & Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year.	#4 Studie

	traumatic birthing experience AND breast-feeding	14	Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography.	#3 Studie
	traumatic childbirth AND breast-feeding	19	Türkmen, H., Yalniz Dilcen, H. & Akin, B. (2020). The Effect of Labor Comfort on Traumatic Childbirth Perception, Post- Traumatic Stress Disorder, and Breastfeeding.	Ausgeschlossen: andere Fragestellung
	traum* birth OR traum* childbirth OR traum* birth experience AND mother-infant	65	Rodríguez-Almagro, J., Hernández- Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M. & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience.	Ausgeschlossen: Geburt ist nicht Ursache für das Trauma
CINAHL Complete	traumatic childbirth AND nursing	147	Anderson, C. A. (2017). The trauma of birth.	Ausgeschlossen: geht nicht auf Mutter-Kind-Interaktion ein

PubPsych	traumatic birth experience AND bonding	5	Thurmann, I.-M. (2018). Multikausale Auswirkungen auf Mutter und Kind nach Geburt mit traumatischen Elementen: Therapie und Prävention.	Ausgeschlossen: andere Fragestellung
PsychInfo	Traumatic childbirth OR traumatic birth OR traumatic birthing experience AND bonding	57	Reid, M. (2011). The impact of traumatic delivery on the mother–infant relationship.	Ausgeschlossen: Beinhaltet zwei Erzählungen, keine Studie
Cochrane Library	traumatic childbirth or traumatic birth or traumatic birthing experience	18		Nichts relevantes
	Bonding	33		Nichts relevantes
Ovid Emcare	traumatic childbirth or traumatic birth OR traumatic birthing experience AND mother infant bonding OR mother- infant attachment OR	5	Beck, C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect.	#1 Studie

	mother-infant interaction OR mother infant bonding OR mother-infant relationship OR mother-infant bond			
Medline	traumatic childbirth or traumatic birth OR traumatic birthing experience	85	Beck, C. T. & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth.	#2 Studie
	traumatic childbirth or traumatic birth or traumatic birthing experience	85	Türkmen, H., Yalniz DiLcen, H. & Özçoban, F. A. (2020). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: A prospective longitudinal study.	Ausgeschlossen: Bezieht Mutter-Kind-Interaktion nicht ein
			Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S. & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth.	Ausgeschlossen: Bezieht Mutter-Kind-Interaktion nicht ein

			Tatano Beck, C. (2011). A Metaethnography of Traumatic Childbirth and its Aftermath: Amplifying Causal Looping.	Ausgeschlossen: In Studie 2 enthalten
Web of Science	attachment AND traumatic birth	68	Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P. & Simoncini, T. (2020). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond?	#5 Studie

Anhang C: Kritische Würdigung der Studien

Studie von Beck (2015)

Titel der Studie: Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect

	Letts et al. (2007)
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Das Ziel der Studie ist es, anhand des Welleneffekts eine Theorie zu entwickeln, um die chronischen Langzeitfolgen einer traumatischen Geburt zu verstehen und um mögliche grössere negative Folgen zu verhindern.</p>
	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Viele der bereits publizierten Studien fokussieren sich auf PTBS oder Risikofaktoren für die Entstehung einer postpartalen PTBS nach einer traumatischen Geburt. Die Forscher äussern aber, dass der Welleneffekt einer traumatischen Geburt verstanden werden muss, um grosse, schwerwiegende Folgen zu verhindern.</p>

	Abgeleitete Fragen aus Barnett-Page und Thomas (2009)
<p>Hintergrund des Forschers</p>	<p><i>Erkläre den wissenschaftlichen Hintergrund des Forschers.</i></p> <p>Die Forscherin hat bei jeder Studie mitgearbeitet, welche für die Theorieentwicklung verwendet wird, wodurch sie Zugang zu den gesamten Daten hat und die Wahrscheinlichkeit einer Verzerrung der Daten verkleinert wird.</p> <p>Die ausgewählten Studien werden während elf Jahren durchgeführt und beleuchten diverse Auswirkungen und verschiedene Betroffenen bezüglich traumatischer Geburt. Somit hat sie sich bereits seit vielen Jahren intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und besitzt diesbezüglich auch</p>

	<p>viel Wissen und Erfahrung mit der Durchführung und Auswertung der Studien.</p>
<p>Überprüfungsprozess der Studienauswahl</p>	<p><i>Anhand von welchen Kriterien geschieht die Studienauswahl?</i></p> <p>Die Forscherin wählte verschiedene Studien aus, welche sie zu einem früheren Zeitpunkt bereits durchgeführt hat. Weitere Informationen werden nicht bereitgestellt (z.B. Ein-/Ausschlusskriterien)</p>
<p>Qualitätsüberprüfung der Synthese/ Theorieentwicklung</p>	<p><i>Beurteile die Stichprobe bezüglich Grösse, Relevanz und Qualität.</i></p> <p>Die Theorieentwicklung umfasst 14 Studien, welche vier verschiedene Schwerpunkte abdecken (Mütter, Kinder, Väter und das gesundheitliche Personal). Die Stichprobengrösse erscheint passend. In einer Tabelle werden die einzelnen Studien genannt und in einer Abbildung werden diese zusätzlich nach den Schwerpunkten sortiert. Beides verdeutlicht das Vorgehen und ist für das Verständnis hilfreich.</p> <p>Die Studien werden während elf Jahren durchgeführt (2004-2015). Zu Beginn der Forschung liegt der Fokus auf der Frau und den direkten Auswirkungen (Phänomen erfassen, PTBS, Jahrestag, Stillen etc.). Neuere Studien umfassen hingegen weitere Bereiche wie beispielsweise das Erleben der Väter, EMDR-Therapie (Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen) der Mutter oder Auswirkungen auf das geburtshilfliche Personal. Für das Erleben des Vaters wird nur eine Studie verwendet, weshalb kein Vergleich zwischen verschiedenen Studien gemacht werden kann. Hier wäre das Miteinbeziehen einer zweiten Studie sinnvoll, damit die theoretische Koaleszenz nach Morse eingehalten werden und Attribute abgeleitet werden können.</p> <p>Der Geltungsbereich der Theorie kann erweitert werden, wenn Zusammenhänge zwischen den einzelnen Studien zum gleichen Thema mit unterschiedlichen Gruppen, Analysen, Bereichen und Zeitpunkten ausgewählt werden. Dies wird mit der Auswahl erreicht.</p> <p>Die Theorieentwicklung umfasst überwiegend qualitative Studien, einige haben aber auch einen gemischten Ansatz oder sind quantitativ. Die Forscherin beschreibt unterschiedliche Konzepte, um die Daten der verschiedenen Studien zu analysieren. Mängel, welche zum Ausschluss von Studien führen könnten, werden nicht genannt. Die Güte der ausgewählten Studien (Stichprobe) kann nicht beurteilt werden.</p>

Wie ist das methodische Vorgehen?

Die Forscherin benutzt die theoretische Koaleszenz nach Morse, um verschiedene Studien zu kombinieren und in eine abstraktere Theorie zu bringen. Dies geschieht anhand von sechs Schritten. Zuerst müssen signifikante Konzepte identifiziert und für die Gemeinsamkeiten jeder Studie entwickelt werden. Als nächstes müssen die Konzepte und ihre Position im Ganzen betrachtet werden, um anschliessend gemeinsame Konzepte zu identifizieren. Anschliessend werden analytische Fragen für das grössere Konzept des Phänomens formuliert und durch die individuellen Studien und Attribute beantwortet. In einem letzten Schritt wird die höhere Middle Range Theory dargestellt und beschrieben.

Konkret beschreibt die Forscherin zuerst, aus welchen Studien sie die Theorie entwickeln möchte. Dafür nennt sie den Titel, die Autoren mit Publikationsdatum und geht meist auf das Studiendesign und eine kurze Inhaltsangabe ein. Mängel, welche zum Ausschluss von Studien führen könnten, werden nicht genannt. Die Güte der ausgewählten Studien kann nicht beurteilt werden.

Daraus bildete die Forscherin neun Vermutungen/Axiome über die Theorie der traumatischen Geburt, welche verschiedenste Bereiche umfassen. Es ist sehr nachvollziehbar, dass diese Axiome nach dem Auseinandersetzen mit der Literatur formuliert werden.

Anschliessend formuliert die Forscherin sechs Fragen, welche den Forschungsprozess leiten und in Kategorien einteilen. Diese werden in einem letzten Schritt wieder auf den Welleneffekt bezogen.

Erscheint das methodische Vorgehen für die Entwicklung der Synthese als geeignet?

Die verschiedenen Schritte werden sehr genau und nachvollziehbar erläutert. Zudem hält sich die Forscherin bei den meisten Bereichen sehr genau an die verschiedenen Schritte der theoretischen Koaleszenz.

Es ist als eine Stärke zu werten, dass die Studien durch die gleiche Autorin durchgeführt wurden, da sie sehr spezifisches Fachwissen und Erfahrung in der Forschung hat.

Die Beurteilung der verwendeten Studien und die Dekontextualisierung der Studien nach wissenschaftlichen

	<p>Standards spricht auch für die Güte der Studie, da dies für das Entwickeln der abstrakten Theorie notwendig ist.</p> <p><i>Wie geschieht die Datenerhebung?</i></p> <p>Es werden vorbestehende qualitative und quantitative Studien über traumatische Geburten verwendet, welche durch die gleiche Autorin durchgeführt wurden. Die Datenanalyse geschieht bei jeder Studie individuell gemäss dem passenden qualitativen Analyseansatz, was die Zuverlässigkeit der Daten erhöht.</p> <p>Mit Hilfe der theoretischen Koaleszenz werden die Studien auf den Basisprozess und die Charakteristika reduziert, wodurch verschiedene Studien miteinander kombiniert werden können und schliesslich auf ein höheres, abstrakteres Level gebracht werden. Dies geschieht jeweils innerhalb eines Themenbereichs, was sinnvoll erscheint. Daraus wurden fünf Bereiche formuliert.</p> <p><i>Fand ein Ausschluss von Studien mit gravierenden Mängeln statt?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Wird nicht genannt</p>
<p>Ausgewählte Literatur beurteilen</p>	<p><i>Aus welchen Forschungsdesigns setzt sich die Synthese zusammen?</i></p> <p>Die Synthese besteht aus 8 Studien der beschreibenden Phänomenologie, zwei Mixed-Methods Studien, eine narrative Analyse, eine quantitative Umfrage, eine Fallstudie und eine sekundäre qualitative Analyse.</p> <p><i>Werden die Resultate in den passenden Kontext gestellt?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Literatur</p>	<p><i>Sind die Daten heterogen?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>Wie werden die Studien miteinander verglichen?</i></p> <p>Die Studien werden innerhalb ihres Schwerpunktes miteinander verglichen. Dadurch können Attribute sinnvoll herausgearbeitet werden. Diese Resultate werden in zwei Tabellen anschaulich und nachvollziehbar dargestellt. Es wird ersichtlich, dass die Übereinstimmung sehr gross ist und nur</p>

einzelne Attribute nicht überall deckend sind. Für diese Unterschiede werden keine Begründungen geliefert. Durch die grosse Übereinstimmung ist aber trotzdem eine relevante Aussage möglich.

Um die Frage bezüglich Langzeitkonsequenzen zu beantworten, werden vier verschiedene Studien benutzt, welche teilweise inhaltliche Überschneidungen haben und die Ergebnisse miteinander kombiniert werden (z.B. Stillen). Es werden aber auch neue Schlüsse gezogen (z.B. dass für $\frac{3}{4}$ der Frauen eine nachfolgende Geburt eine heilende Wirkung hatte).

Werden Begriffe und Konzepte, welche in einer Beziehung zueinanderstehen, in ein höheres Konstrukt zusammengefasst?

Ja Nein

Dies geschieht durch die Vergleiche der verschiedenen Attribute innerhalb eines Themenbereichs.

Werden miteinander vergleichbare Studien zusammen betrachtet?

Ja Nein

Es wird darauf geachtet, dass nur diejenigen Studien miteinander verglichen werden, welche das gleiche Thema untersucht haben (siehe Tabelle zwei und drei). Hiervon werden Attribute abgeleitet. Dieses Vorgehen erscheint sinnvoll, da man keine aussagekräftigen Attribute anhand einer Studie ableiten kann, weil dies nur ein Zusammentragen der Ergebnisse wäre.

Werden innerhalb der Studien Gemeinsamkeiten und Unterschiede klar genannt?

Ja Nein, nur Gemeinsamkeiten werden genannt

An dieser Stelle ist insbesondere das erste Thema der traumatischen Geburt zu nennen, da nach dem Herausarbeiten der Attribute diese in den Kontext gestellt und Unterschiede/Abweichungen zwischen der Literatur aufgezeigt werden. Dies ist jedoch nicht für jedes Thema möglich, da beispielsweise für das geburtshilfliche Personal nur eine Studie miteinbezogen wird.

<p>Schritt über die Primärstudien hinaus</p>	<p><i>Welches sind die Ergebnisse?</i></p> <p>Aus dem methodischen Vorgehen kristallisieren sich folgende fünf Bereiche heraus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursache des Geburtstraumas (und Attribute) <ul style="list-style-type: none"> o Keine Unterstützung/Vernachlässigung o Von der Würde beraubt/nicht mit Respekt behandelt werden o Erschreckender Kontrollverlust o Vernachlässigte/schlechte Kommunikation o Geburtserlebnis der Frau wird als unwichtig erachtet - Essenzielle Charakteristika des posttraumatischen Stresses nach der Geburt (und Attribute) <ul style="list-style-type: none"> o Unkontrollierbare Flashbacks o Sich betäubt fühlen/sich emotional von anderen lösen o Erhöhte Erregung o Rückzug aus der Welt der Mutterschaft/vermeidendes Verhalten - Langzeitkonsequenzen für Mütter nach traumatischer Geburt <ul style="list-style-type: none"> o Jahrestag des Geburtstraumas o Stillen o Nachfolgende Geburten - Strategien, welche eine Mutter für eine nachfolgende Schwangerschaft hat und Therapie durch EMDR (Desensibilisierungs- und Aufarbeitungstherapie mit Augenbewegungen) - Sekundärer posttraumatischer Stress durch das Miterleben einer traumatischen Geburt (und Attribute) <p>Die Studie von Beck (2011) führt eine Metaethnographie über die traumatische Geburt und die daraus resultierende PTBS durch. Hierfür bildet sie ein Konzept mit Rückkoppelungsmechanismen. Dabei stellt die traumatische Geburt die Ursache dar. Dies löst posttraumatischen Stress oder eine PTBS aus, was sich wiederum gegenseitig mit dem Stillen, der Mutter-Kind-Interaktion und einer nachfolgenden Geburt negativ rückkoppeln kann und somit die Symptome des posttraumatischen Stresses oder der PTBS verstärkt. Das Stillen und eine nachfolgende Geburt haben aber gleichzeitig das Potenzial in sich, die Symptome des posttraumatischen Stresses oder der PTSD zu mindern.</p> <p>Diese vorbestehende Theorie wird durch das Hinzufügen weiterer Gruppen im Rahmen der Middle Range Theory erweitert. Diese sind der Vater und der sekundäre Stress, welche das geburtshilfliche Personal erleben. Die</p>
---	---

Theorieentwicklung besagt, dass ein traumatisches Geschehen während den Wehen oder der Geburt auf die verschiedenen Gruppen unterschiedliche chronische Auswirkungen haben kann.

Wird durch die Synthese etwas Neues erschaffen, was über das Zusammenfassen der Studie hinausgeht? Wenn ja, nenne das Ergebnis der Synthese/Theorieentwicklung.

Ja Nein

Die vorbestehenden Studien betrachten das Thema der traumatischen Geburt nur aus einer Perspektive. Durch die Theorieentwicklung werden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Beteiligten/Betroffenen bei einer traumatischen Geburt ersichtlich.

Wird etwas ins Wasser geworfen, so bewirkt dies einerseits Wellen (Welleneffekt), andererseits löst dies in der Nähe weitere hochspringende Wassertropfen aus. Die traumatische Geburt ist als Ursache zu verstehen, welches beide Reaktionen bewirkt. Die Wellenbewegung betrifft in erster Linie die Mutter und kann posttraumatische Stresssymptome und PTSD auslösen. Mit etwas Distanz beeinflusst es auch das Stillen, nachfolgende Geburten und den Jahrestag. Die durch den Aufprall aufspringenden Wassertropfen sind beispielsweise der Partner, das Kind oder das geburtshilfliche Personal. Diese wiederum lösen auch Wellenbewegungen aus.

Geschieht eine neue Interpretation des Phänomens durch die Synthese/Theorieentwicklung?

Ja Nein

Die neue Interpretation des Phänomens besteht darin, dass nicht nur die Frau von einer traumatischen Geburt betroffen ist, sondern es weitreichende Folgen auf den Partner und das geburtshilfliche Personal hat.

Einerseits wird durch den Rückkoppelungseffekt die Auswirkungen auf die Mutter sehr genau betrachtet. Andererseits wird dies in ein grösseres Ganzes gestellt, so dass auch andere Betroffene wie der Mann, das Kind und das geburtshilfliche Personal betrachtet werden. Dadurch wird klar, dass nicht nur die Mutter von der traumatischen Geburt betroffen sein kann, sondern dies viel weiterreichender Auswirkungen haben kann.

	<p><i>Ist bestehendes Wissen und die Synthese/Theorieentwicklung klar voneinander differenzierbar?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein</p> <p><i>Werden widersprüchliche Befunde genannt?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Das synthetische Produkt</p>	<p><i>Hat die Synthese/Theorieentwicklung einen direkten Nutzen für die Praxis oder ist weitere Interpretation notwendig, um aus der Theorie eine Praxisentwicklung abzuleiten?</i></p> <p>Durch die Studie wird der Komplexität des Phänomens Rechnung zugetragen.</p> <p>Es werden drei Behandlungsmöglichkeiten bei PTBS erörtert. Es wird aber darauf hingewiesen, dass diese drei Therapien in Bezug auf traumatische Geburt kaum erforscht sind und daher eine limitierte Aussagekraft haben. Dennoch stellen dies hilfreiche Informationen als Orientierung für Fachpersonen dar.</p> <p>Die Studie betont, dass das gesundheitliche Personal immer einen Einfluss auf den Patienten hat, sei dies positiv oder negativ. Um also die Entstehung von PTBS zu verhindern, sollte die Frau respektvoll und würdevoll behandelt, sowie gut kommuniziert werden, damit kein traumatisches Geburtserlebnis entsteht. Durch die Theorieentwicklung wird ersichtlich, dass nicht nur die Mutter betroffen ist, sondern auch der Vater, das Kind und das geburtshilfliche Personal. Dies führt zur Empfehlung, dass Fachpersonen die betroffenen Frauen besonders einfühlsam betreuen und aufmerksam beobachten sollen. Es wird aber auch erwähnt, dass das geburtshilfliche Personal häufig in der Erkennung betroffener Frauen versagt und ihnen deshalb keine Hilfe angeboten werden kann. Weitere Forschungsmöglichkeiten werden genannt, Limitationen dagegen nicht.</p> <p><i>Entspricht die Schlussfolgerung der Theorieentwicklung? Begründe die Antwort.</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Im Rahmen der Theorieentwicklung soll der Welleneffekt einer traumatischen Geburt erforscht werden, um weitere schwerwiegende Folgen zu verhindern. Die verschiedenen</p>

	Bestandteile des Welleneffekts werden genau erläutert und kritisch betrachtet.
Weitere Dimensionen betrachten	<p><i>Welches Schlussbild entsteht?</i></p> <p>Das Vorgehen wird meistens sehr klar erläutert. Es ist aber schade, dass die Herausarbeitung der Attribute zweier Studien in der Diskussion nicht erwähnt werden. Zudem wird in der Diskussion ein grosses Gewicht auf die Behandlungsmöglichkeiten einer PTBS nach traumatischer Geburt gelegt, was aber nicht zum Welleneffekt und der Forschungsfrage passt. Die Schlussfolgerung der Theorieentwicklung wird nicht prägnant formuliert. Da die Studie eher den realistischen Ansatz verfolgt, wird möglicherweise problematische Literatur nicht benannt und die Datenmenge ist eher homogen.</p> <p><i>Kann die Studie eher dem idealistischen oder realistischen Ansatz zugeteilt werden?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Idealist: wiederholende Suche, Qualitätsbeurteilung weniger klar, problematische Literatur wird genannt, Frage erforscht, heterogen, komplexes synthetische Produkt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realist: lineare Suche, Qualitätsbeurteilung klar und a priori, problematische Literatur wird nicht genannt, Frage beantwortet, kleine Heterogenität, synthetisches Produkt für Praxis</p> <p><i>Welche Gütekriterien qualitativer Forschung lassen sich erkennen?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Authentizität</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Glaubwürdigkeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nachvollziehbarkeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Übertragbarkeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Zuverlässigkeit</p>
Beziehungen zwischen den Methoden	<p><i>Werden andere Konzepte oder Theorien im Zusammenhang der Synthese/Theorieentwicklung betrachtet? Wenn ja, welche?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die Rückkoppelungsschleifen bezüglich traumatischer Geburt und posttraumatischen Stresses/PTBS werden als Konzept</p>

	<p>genannt und im Rahmen der Theorieentwicklung weiterentwickelt.</p> <p><i>Werden bestehende Konzepte weiterentwickelt? Wenn ja, welche?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die Ergebnisse einer metaethnographischen Studie werden für die Rückkoppelungsschleifen weiterentwickelt.</p>
--	--

Studie von Beck und Watson (2019)

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M.,
2007 McMaster University

CITATION:

Beck, C. T., & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth: *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 338–344. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565>

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Durch diese Studie soll herausgefunden werden, inwiefern eine traumatisch erlebte Geburt den Umgang der Frauen mit ihren Säuglingen beeinflusst.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Es gibt Studien über das Thema der traumatisch erlebten Geburt, welche sich aber nicht auf die Mutter-Kind-Interaktion konzentriert, sondern nur Andeutungen diesbezüglich gemacht haben. Ausserdem gibt es eine sehr geringe Datenlage, wo die vorliegende Studie Mehrwert generieren soll.</p>

	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</i></p> <p>Die Studie erforscht den Einfluss der Mutter-Kind-Interaktion nach einer traumatisch erlebten Geburt, was der Fokus der Bachelorarbeit ist. Hebammen sollen darauf sensibilisiert werden, wie man betroffenen Frauen begegnen und die Mutter-Kind-Beziehung fördern kann.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action</p> <p><input type="checkbox"/> research</p> <p><input type="checkbox"/> other _____</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale)</i></p> <p><i>Explain.</i></p> <p>Das Studiendesign ist eine deskriptive Phänomenologie. Dieses Design wird gewählt, damit mit Offenheit an das Thema herangegangen werden und das Phänomen herausgearbeitet werden kann. Es geht auch darum, dass sich die Forscher ihrer Lebenswelt bewusst sind und diese reflektieren können. Dies entspricht der Studienfrage.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>Durch den phänomenologischen Ansatz reflektieren die Forscher ihre eigene Lebenswelt, wobei der Fokus auf der Offenheit und der respektvollen Haltung ist. Zudem achtet der Forscher darauf, nicht etwas zu definieren, wenn es nicht definierbar ist.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant</p> <p><input type="checkbox"/> observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other _____</p>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Es wird eine elektronische Umfrage durchgeführt, bei der sich Frauen nach traumatisch erlebter Geburt melden können.</p>

<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Es wird nicht klar, anhand welcher Kriterien die Frauen ausgewählt oder welche Ausschlusskriterien definiert werden. Bei der Auswahl der Teilnehmer wird nur festgelegt, dass die Frauen eine traumatische Geburt erlebt haben müssen.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Es wird genau beschrieben, was die Eckdaten der Teilnehmenden sind. Die Stichprobe ist ausreichend und spiegelt relativ gut die Bandbreite von Frauen wider.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Vor dem Ausfüllen der Onlineumfrage wird beim institutionellen Prüfungsausschuss der Universität eine Zustimmung eingeholt. Durch das Lesen des Informationsblattes implizieren die Frauen ihre informierte Zustimmung.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity Clear & complete description of</p> <p>site: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>participants: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</i></p> <p>Es wird sehr genau erläutert, welche verschiedenen Hintergründe die beiden Autoren haben (klinische Erfahrung und Durchführung qualitativer Studien bezüglich traumatischer Geburt und Langzeiteffekt vs. praktische Erfahrung beim Unterstützen der betroffenen Frauen im TABS, Neuseeland).</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p>

<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>Weder Ausschlusskriterien der Stichprobe noch Dropouts werden genannt, was für das Verständnis wertvoll wäre.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Die Frauen werden auf der Webseite von TABS und Facebook rekrutiert. Zuerst füllen sie demographische und geburtshilfliche Informationen aus und erzählen anschliessend über ihr Erlebnis. Die Forscher geben keine Definition einer traumatischen Geburt vor und begründen dies damit, dass das Empfinden der Frau ausschlaggebend ist und nicht eine Definition. Dadurch erhalten die Forscher möglicherweise verlässlichere Daten, da manche Frauen ansonsten ihr traumatisches Erlebnis nicht erzählen, weil dies nicht der vorgegebenen Definition entsprach. Ausserdem werden die Frauen in ihrem Erleben ernst genommen und müssen sich nicht rechtfertigen, warum die Geburt traumatisch erlebt wird.</p> <p>Die Datenerhebung ist repräsentativ. Zudem wurden die Daten anonym erhoben.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Findings were consistent with</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Nach Lesen und erneuten Lesen der Interviewprotokolle wird dies durch die Forscher transkribiert. Danach fokussieren sich die Forscher auf verschiedene kleinere Segmente (Bedeutungseinheit), um ein tieferes Verständnis der Daten zu erreichen. In diesem Schritt werden Bedeutungscluster gebildet, welche aber nicht Teil der Ergebnisse sind,</p>

<p>& reflective of data?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>sondern vielmehr ein vorübergehendes Muster, welches essenzielle Struktur für das Phänomen liefert. Im Ergebnisteil wird zuerst das Phänomen abstrakt beschrieben und Zitate von Teilnehmern sind als Ergänzung darin enthalten.</p> <p>Es wird aber nicht klar, ob alle Teilnehmer der Studie als geeignet empfunden werden und ob Ausschlusskriterien definiert sind. Zudem werden Dropouts nicht benannt.</p> <p>Das methodische Vorgehen wird begründet, alternative Erklärungen sind nicht vorhanden.</p>
<p>Auditability Decision trail developed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes.</i></p> <p><i>Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Die Forscher hielten sich an das theoretische Konzept nach Dahlberg et al. und begründen ihr Vorgehen der Datenanalyse damit.</p> <p>Nach dem Transkribieren der Interviews werden vorläufige Untergruppen erstellt, um ein besseres Verständnis der Daten zu erhalten. Diese Untergruppen werden einander gegenübergestellt, welche jeweils viele Zitate enthalten und so die Aussagen der Forscher verstärken.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear?</i></p> <p><i>Describe any conceptual frameworks that emerged.</i></p> <p>In der Studie werden die Ergebnisse zu den Oberthemen zusammengefasst und mit treffenden Zitaten versehen. Die Ergebnisse werden nicht mit einem Modell oder Konzept verknüpft, sind aber trotzdem nachvollziehbar.</p>

<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Transferability <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Comfirmability <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p>Als typisches Vorgehen in der qualitativen Forschung wird der induktive Ansatz gewählt, wobei eine Theorie gebildet und davon auf eine grössere Menge geschlossen wird. Weiter steht das Verstehen des Phänomens im Vordergrund. Das Prinzip der Kommunikation wird in Zitaten und Interviewausschnitten verdeutlicht und die Forscher haben eine offene Haltung, was ein weiteres Prinzip ist. Die Zirkularität der Forschung wird durch den hermeneutischen Zirkel geschafft, wobei ein Dialog zwischen dem Vorverständnis der Forscher und dem Resultat entsteht. Die Analyse wird anhand von der gesamten Stichprobenmenge gemacht und endet mit dem Vorverständnis des Forschers.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie zeigt die Auswirkungen einer traumatischen Geburt auf die Mutter-Kind-Beziehung auf. Dies ist für die Profession der Hebamme sehr wichtig ist, weil durch das neu generierte Wissen und die klaren Implikationen das Phänomen besser verstanden und zudem die Mutter-Kind-Beziehung gezielt unterstützen werden kann. Zudem kann es dazu führen, dass Hebammen die Symptome einer Frau nach traumatischer Geburt besser erkennen und weitere Schritte in den Weg leiten.</p>
<p>CONCLUSION & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>The findings contributed to theory development & future</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for practice & research? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Die Studie kommt zu vier Hauptergebnissen, was sich durch die traumatisch erlebte Geburt im Umgang mit ihrem Kind verändert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taubheitsgefühle und Trennung/Abstand gegenüber dem Kind

<p>practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Interaktion mit dem Kind kann Schreien und Wut umfassen 3. Beunruhigende kognitive Veränderungen 4. Eingeschränkte soziale Interaktion mit anderen <p>Die Studie impliziert, dass die Frauen nach traumatischer Geburt in einem ersten Schritt erkannt werden müssen. Weiter sollte jede Frau vor Krankenhausentlassung die Möglichkeit erhalten, über die Erfahrung der Wehen und Geburt sprechen zu können. Falls das Gesundheitsfachpersonal posttraumatischen Stress bemerkt, sollte die Frau möglicherweise an einen Psychologen oder Psychiater verwiesen werden. Abschliessend soll das Gesundheitsfachpersonal, welche Mütter und Neugeborene betreut, die Mutter-Kind-Interaktion beobachten und Schwierigkeiten identifizieren.</p> <p>Die Studie ist limitiert durch das elektronische, anonyme Erheben der Daten, wodurch die Forscher den Frauen keine weiteren Fragen stellen konnte. Zudem ist bei einigen Frauen sehr viel Zeit vergangen, seit sie geboren haben.</p>
---	---

Review von Elmir et al. (2010)

Titel der Studie: Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A metaethnography

CASP-Leitfragen:

Screening Questions	
<p>Did the review ask a clearly-focused question?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Das Ziel der Studie ist es das Empfinden und Erleben der Frauen zu beschreiben, welche eine traumatische Geburt erlebten. Ausserdem soll diese Studie dazu beitragen, das Verständnis zum Thema «traumatische Geburt» zu vergrössern.</p>

<p>Did the review include the right type of study?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Für eine Metaethnographie werden qualitative Daten synthetisiert. Dies wird in der Studie korrekt umgesetzt. Die ausgewählten Studien beinhalten sehr unterschiedlich grosse Stichprobengrößen (6-145 Frauen), was zu aussagekräftigen Resultaten führen kann.</p>
<p>Detailed Questions</p>	
<p>Did the reviewers try to identify all relevant studies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Der Suchprozess wird sehr genau beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Forscher führen die Suche zwischen Februar und März 2009 und erneut im Oktober 2009 durch. Es werden alle Studien betrachtet, welche auf Englisch verfügbar und zwischen Januar 1994 und Oktober 2009 erschienen sind. Dies erscheint als sehr sinnvoll, da die Studie im Jahr 2010 publiziert wird und deshalb aktuelle Literatur beinhaltet. - Einschlusskriterien für die Studien sind Frauen, welche eine traumatische Geburt erlebt haben oder auf PTBS im Zusammenhang fokussieren. Diese Begriffe müssen im Titel, Abstrakt oder als Keyword vorkommen. Die Studien müssen primär qualitativ oder eine grossflächige Querschnittstudie mit einem vertiefenden Interview sein. Diese Einschlusskriterien sind gut gewählt, da diese zu der Fragestellung und der Zielsetzung passen. - MEDLINE, CINAHL, Scopus und PubMed werden für die Datenbanken genutzt. Die verwendeten Keywords sind «birth trauma», «traumatic birth», «qualitative research», «birth narratives» und «birth stories». Die Keywords werden einzeln und in Kombinationen verwendet. So werden 726 Ergebnisse generiert. In einem weiteren Prozess werden die Titel und Abstracts bewertet. Diejenigen wurden exkludiert, welche Diskussions- oder Meinungstexte sind oder allgemein über Geburtserfahrung handeln und sich nicht auf traumatische Geburt oder PTBS nach der Geburt spezialisieren. So wird die Anzahl passender Studien auf 32 reduziert. Diese werden von zwei Autoren vollständig gelesen, um die Relevanz für die Meta-Ethnographie zu sichern. Anschliessend werden diejenigen Studien ausgeschlossen, welche sich zwar auf negative Geburtserlebnisse fokussierten, diese aber nicht als traumatisch werteten. Fallstudien oder quantitative Studien, welche keinen relevanten qualitativen Aspekt hatten, werden ebenfalls exkludiert.

	<p>Dies ergibt 11 Studien. In den Literaturverzeichnissen dieser Studien wird nach weiterer relevanter Literatur gesucht, wodurch zwei weitere Studien gefunden wurden. Von diesen 13 Studien werden während dem Prozess der Qualitätsüberprüfung 3 Studien exkludiert, wodurch schliesslich 10 Studien inkludiert werden.</p> <p>Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar und spricht für die Güte der Studie.</p>
<p>Did the reviewers assess the quality of the included studies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Die Forscher überprüfen die Qualität der Studien nach folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glaubwürdigkeit - Übertragbarkeit - Angemessene Stichprobengrösse - Stichprobe spiegelt Einschlusskriterien wider - Angemessene Datenerhebung - Prägnante Ergebnisse <p>Diese werden durch die Interpretation der Befunde wiedergegeben werden. Das Vorgehen bewirkt Authentizität, Nachvollziehbarkeit, Übertragbarkeit und Zuverlässigkeit.</p> <p>Die Analyse der Studien wird sehr genau beschrieben und wird sehr sorgfältig durchgeführt. Vor der Qualitätsprüfung nach wissenschaftlichen Kriterien werden 13 Studien inkludiert. Insgesamt werden 10 Studien mit genügend hoher Qualität für die Synthese ausgewählt.</p> <p>Die Mehrheit der Studien beschreiben das methodische Vorgehen (z.B. interpretative oder beschreibende Phänomenologie), den philosophischen Hintergrund und nennen die ethische Zulassung durch ein passendes Komitee. Zu diesem Zeitpunkt werden drei Studien exkludiert, weil diese entweder das methodische Vorgehen nicht adäquat beschreiben, die Datenanalyse nicht nachvollziehbar ist oder die Studien sich auf Geburtskomplikationen fokussierten.</p> <p>Acht inkludierte Studien werden als vertiefende qualitative Studien konzipiert, welche sich auf die Erfahrung des Geburtstraumas konzentrierten. Zwei Studien nutzen Umfragen und semi-strukturierte Interviews, wodurch sie aussagekräftige und authentische Beschreibungen der Erfahrungen der Frauen erhalten. In einer Studie werden sowohl die Frauen als auch die Männer interviewt. Eine andere Studie fokussiert sich auf das erlösende Erlebnis eines positiven Geburtserlebnisses nach einer traumatischen Geburt. Zwei Studien werden durch den gleichen Forscher durchgeführt und haben eine ähnliche Datenkollektionen mit der gleichen Anzahl Teilnehmer und dem gleichen Ort. Durch das Kontaktieren des Forschers kann bestätigt werden, dass</p>

	<p>dies zwei eigene Studien mit unterschiedlichen Resultaten sind, obwohl einige Frauen in beiden Studien teilnehmen.</p> <p>Die 10 Studien finden in verschiedenen Ländern statt (Neuseeland, USA, UK, Australien). Von den 10 Studien gibt es eine kombinierte Stichprobe von ungefähr 398 Frauen.</p>
<p>If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Um die Studien miteinander zu vergleichen und zu kombinieren, beginnen die Forscher mit einer Indexstudie. Diese dient als Leitfaden für die Identifizierung der Ergebnisse und für den Vergleich mit anderen Ergebnissen. Dieser Prozess beginnt mit der Suche nach gemeinsamen Themen, Phrasen und Metaphern (reziproke Übersetzung). Dieser Prozess des Vergleichens der Ergebnisse wird bei allen zehn Studien gemacht, um Ähnlichkeiten in den Ergebnissen hervorzuheben. Nachdem die Themen herausgearbeitet sind, werden die Studien nach Unterschieden abgesucht, um die Strenge der Ergebnisse aufzuzeigen und sicher zu gehen, dass die Autoren nichts verpasst haben, was die Ergebnisse ergänzen oder widerlegen könnte. Nur wenig Unterschiede werden während diesem Prozess aufgedeckt. Gemeinsame Themen werden in einer Aussage oder Argumentationssynthese zusammengefasst und mit Hilfe von direkten Zitaten der Teilnehmer veranschaulicht.</p>
<p>How are the results presented and what is the main result?</p>	<p>Während dem Analyseprozess werden fünf Themen herausgearbeitet, welche einerseits die Frauen nach einer traumatischen Geburt erzählen und andererseits durch die Originalinterpretationen der Forscher entstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich unsichtbar und ausser Kontrolle fühlen - Nicht menschlich behandelt werden - Sich gefangen fühlen: Der sich wiederholende Albtraum der Geburtserfahrung - Eine Achterbahn der Gefühle - Gestörte Beziehungen (sich getrennt vom Neugeborenen fühlen, nicht berührt werden wollen) <p>Als sechstes wird im Kontrast dazu erläutert, dass für einige Frauen das Stillen eine Möglichkeit darstellte, um ihr Trauma zu überwinden und Erfolgsgefühle als Mutter zu erleben.</p> <p>Es werden also fünf negative Auswirkungen beschrieben und eine Möglichkeit, um das Trauma zu überwinden. Die Ergebnisse werden durch viele Verweise auf weitere Studien und Zitate der Teilnehmer aufgezeigt.</p>

<p>How precise are these results?</p>	<p>Nachfolgend werden die verschiedenen Ergebnisse genauer erläutert.</p> <p>Sich unsichtbar und ausser Kontrolle fühlen</p> <p>Die Frauen beschreiben das Gefühl, dass sie keine Kontrolle über ihre Geburt haben, da die Frauen nicht genügend Informationen vom Gesundheitspersonal erhalten. So fühlen sie sich beispielsweise unsichtbar, weil die Fachpersonen im Zimmer über die Frau und die Situation diskutieren, sie aber nicht in das Gespräch miteinbezogen werden. Das Gefühl des Kontrollverlustes bewirkt in den Frauen Gefühle der Kraftlosigkeit, Verwundbarkeit und die Unfähigkeit, informierte Entscheidungen zu treffen.</p> <p>Menschlich behandelt werden</p> <p>Die Frauen fühlen sich während der Geburt unmenschlich und abwertend behandelt. Dies zeigt sich u.a. dadurch, dass viele fremde, nicht notwendige Personen bei der Geburt anwesend waren und kein Einverständnis dafür eingeholt wurde. Andere Frauen fühlen sich wie ein Stück Fleisch. Manche beschreiben das Gefühl, ein Opfer von Gewalt oder einer Vergewaltigung zu sein.</p> <p>Sich gefangen fühlen: der wiederkehrende Albtraum meiner Geburtserfahrung</p> <p>Monate oder sogar Jahre nach der Geburt fühlen sich Frauen gefangen in ihrem Geburtserlebnis, da sie immer wieder Flashbacks und Alpträume erleben. Häufig vermeiden die Frauen deshalb Situationen, welche sie an das traumatische Geburtserlebnis erinnern, wie beispielsweise Stillen, gebärende Frauen im Film oder ein Krankenhaus.</p> <p>Eine Achterbahn der Gefühle</p> <p>Die Frauen beschreiben ein erhöhtes Level von Angst, Panikattacken, Depression und Suizidgedanken. Dies hat einen Einfluss auf ihre mentale Gesundheit und die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen. Manche Frauen leiden unter Langzeitfolgen wie Depressionen oder suizidale Gedanken. Die Frauen verspüren auch Wut auf sich selbst, dass sie unter der Geburt nicht ihre Meinung geäußert haben.</p> <p>Gestörte Beziehungen</p> <p>Für viele Frauen führt das traumatische Geburtserlebnis zu gestörten Beziehungen zum Kind und zum Partner. Für manche Frauen ist das Gefühl der Trennung oder keine Liebe zu empfinden nur während kurzer Zeit vorhanden, für andere hingegen während Jahren. Viele Frauen fühlen sich abgestumpft und fühlen sich unfähig, Nähe zum Kind</p>
---------------------------------------	---

	<p>aufzubauen (insbesondere während dem Stillen).</p> <p>In manchen Situationen wird das Stillen mit der erlebten Gewalt unter der Geburt verbunden. Bei manchen Frauen kommt der Beschützerinstinkt stark hervor und es führt soweit, dass nicht einmal der Partner das Kind halten darf.</p> <p>Doch auch die Beziehung zum Partner kann vom Ereignis beeinflusst werden. Frauen berichten, dass sie sich gewünscht haben, dass der Partner sie unterstützt und Empathie zeigt, wenn es um das Geburtstrauma geht. Die Frauen empfinden, dass ihr traumatisches Geburtserlebnis vom Partner nicht anerkannt wird und sie sich deshalb nicht unterstützt fühlen. Für viele Frauen ist die Sexualität eine konstante Erinnerung an das Trauma. Manche finden es allgemein schwierig, körperlichen Kontakt zum Partner einzugehen. Die Männer fühlen sich dadurch von ihrer Frau zurückgewiesen. Diese Problematik führt manchmal auch zu einer Trennung.</p> <p>Zielstrebigkeit: Ein Weg zum Erfolg als Mutter</p> <p>Stillen ist für manche Frauen eine Möglichkeit das Geburtstrauma zu überwinden und sich zu bestätigen, dass sie eine erfolgreiche Mutter sein kann. Viele Frauen fühlen sich schlecht, weil sie nicht fähig waren eine «normale Geburt» zu haben, was sie nun durch das Stillen kompensieren können. Das Stillen führt bei den Frauen dazu, dass sie eine höhere Zufriedenheit und Selbstvertrauen haben.</p> <p>Die Ergebnisse werden genau beschrieben und auf die jeweiligen Studien verwiesen. Um die Glaubhaftigkeit zu gewährleisten, werden immer wieder Zitate aus der Originalstudie verwendet.</p>
<p>Can the results be applied to the local population?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Da die Studie verschiedene Länder beinhaltet, deren Gesundheitswesen mit der Schweiz vergleichbar ist, können die Ergebnisse gut auf die Schweiz übertragen werden.</p>

<p>Were all important outcomes considered?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Es werden alle wichtigen Ergebnisse aufgezeigt und mit passender Literatur gestützt. Es wird auch eine übersichtliche Tabelle gezeigt, in welcher die einzelnen Ergebnisse jeder Studie aufgelistet werden. So kann sichergestellt werden, dass kein wichtiges Ergebnis vergessen ging.</p>
<p>Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Can't Tell</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Als Limitation der Studie wird angegeben, dass möglicherweise nicht alle wichtigen Studien abgerufen werden können, da die Keywords bei der Suche nicht umfassend genug sind und nur vier Datenbanken benutzt werden. Eine weitere Limitation ist, dass die Studien in Englisch sind und alle Studien aus gut entwickelten oder ressourcenreichen Ländern kommen.</p> <p>Diese Studie hat gezeigt, dass eine traumatische Geburt tiefreichende Konsequenzen für die Frau und ihren Partner hat. Zudem kann eine traumatische Geburt auch negative Auswirkungen auf das Kind haben. Kinder von Frauen mit einer schlechten psychischen Gesundheit zeigen eine schlechtere kognitive Funktion, Beeinträchtigungen in der Sprachfunktion, sowie physische, psychosoziale, emotionale und Verhaltensauffälligkeiten. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Frauen oft aufgrund des Handelns oder Nicht-Handelns des geburtshilflichen Teams traumatisiert sind. Wenn die Frauen keine informierte Entscheidung treffen können, führt es häufiger zu einem traumatischen Geburtserlebnis.</p> <p>Teilnehmerinnen der Studie betonten, wie wichtig eine kontinuierliche Betreuung durch die Betreuungsperson während der Schwangerschaft und der Geburt ist. Ein systematisches Review zeigt auf, dass eine Hebammengeleitete Geburt zu weniger Interventionen während der Geburt führt und die Frauen ein positiveres Geburtserlebnis haben.</p> <p>Weitere Ergebnisse weisen darauf hin, wie wichtig die Unterstützung für die Frauen nach einer traumatischen Geburt ist. Die Möglichkeit, über das Erlebnis zu sprechen, ist für manche Frauen sehr hilfreich. Eine Nachbesprechung könnte sich positiv auf die Langzeitfolgen auswirken. Es gibt jedoch noch kein Instrument, welches sich auf das spezifische Erleben einer traumatischen Geburt konzentriert.</p> <p>Häufig wird eine traumatische Geburt weder vom Gesundheitspersonal noch von der Gesellschaft angesprochen. Das Gesundheitspersonal sollte während einer Geburt aufmerksam sein und die Bedürfnisse der Frauen</p>

	<p>erkennen. Empfehlungen ergänzen, dass das Personal besser für eine adäquaten Unterstützung unter der Geburt ausgebildet werden sollte, um dies als positives Erlebnis zu gestalten. Modelle von hebammengeleiteter Betreuung können die Kontinuität gewährleisten und so die aktive Teilnahme der Frauen unter der Geburt vereinfachen. Ein weiterer Schritt ist die Ermutigung der Frauen, über ihr Erleben zu sprechen, wodurch sich die Frauen von diesem Ereignis erholen können. Wenn eine Frau nach einer traumatischen Geburt stillen möchte, ist es angezeigt zusätzliche Unterstützung anzubieten, damit dies ein erfolgreiches Erlebnis wird.</p> <p>Es braucht noch weitere Forschung, in welcher die Art von Unterstützung erforscht wird, welche von Frauen unter der Geburt benötigt wird, um dieses positiv zu erleben.</p>
--	---

Studie von Molloy et al. (2021)

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M.,
2007 McMaster University

Molloy, E., Biggerstaff, D. L., & Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, S1871519219310947.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Durch diese Studie soll die mütterliche Selbstwahrnehmung bezüglich Bindung zu ihrem Säugling und den Erfahrungen als Eltern nach einer traumatischen Geburt erforscht werden.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Es ist bekannt, dass ein Geburtstrauma bei der Mutter zu anhaltenden körperlichen und perinatalen psychischen Gesundheitsproblemen führen kann. Dies</p>

	<p>kann sich auf die Bindung zu ihrem Kind, ihre Erziehungsfähigkeit und Selbstidentität auswirken. Es gibt jedoch nur wenig Untersuchungen, welche sich mit der Wahrnehmung der Beziehung zwischen Mutter und Kind nach traumatisch erlebter Geburt fokussieren und wie dies die Erziehungsfähigkeit der Mutter beeinflusst.</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</i></p> <p>Die Studie erforscht das Erleben der Mutter und wie sie die Interaktion mit dem Kind erlebt, nachdem sie eine traumatische Geburt erfahren hat. Dies passt gut zu unserer Forschungsfrage.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action</p> <p><input type="checkbox"/> research</p> <p><input type="checkbox"/> other _____</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale)</i></p> <p><i>Explain.</i></p> <p>Als Design wird die interpretative phänomenologische Analyse (IPA) mit einer ideographischen Ausrichtung (Fokussierung auf einzigartige/individuelle Personen) gewählt. Dadurch soll die Bedeutung einzelner Erfahrungen im Leben einzelner Personen beschrieben und verstanden werden. Die Erfahrung der Person muss von Bedeutung sein. Dieses Design erscheint sehr sinnvoll.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>Der phänomenologische Ansatz reflektiert die Lebenswelt und hat eine offene Haltung. Die Forscher reflektieren ihre eigene Lebenswelt, wobei der Fokus auf der Offenheit und der respektvollen Haltung ist. Zudem achtet der Forscher darauf, nicht etwas zu definieren, wenn es nicht definierbar ist.</p> <p>Bei der Methode der IPA ist die Stellung des Forschers sehr wichtig. Der Forscher interpretiert die Bedeutung der Erfahrung der Teilnehmerinnen, was wiederum Teil des</p>

	analytischen Prozesses ist.
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant</p> <p><input type="checkbox"/> observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> other: Online survey</p>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Die Studie wird in zwei Phasen durchgeführt.</p> <p>In der ersten Phase wird eine Onlineumfrage durchgeführt, wobei die Mütter nach ihrem Geburtserlebnis und den Gedanken und Gefühle rund um die Geburt befragt werden. Weiter werden anhaltende Symptome, welche auch bei einer PTBS auftreten können, Erfahrungen bei der Suche nach Unterstützung und der Einfluss der Geburt auf ihr Eltern-Sein erfragt.</p> <p>In der zweiten Phase werden vertiefende, semi-strukturierte Interviews durchgeführt, dessen Teilnahme von den Frauen erneut selbständig ausgesucht wurde.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgt durch zwei verschiedene Verfahren, einerseits durch gezielte Probennahme und andererseits durch das Schneeballverfahren.</p> <p>Die Onlineumfrage wird auf verschiedenen sozialen Netzwerken publiziert. Am Ende der Umfrage können die Frauen auswählen, ob sie für die zweite Phase mit den halbstrukturierten, ausführlichen Interviews teilnehmen möchten. Sie erklären sich somit bereit, von den Forschenden nach dem Absenden der Umfrage kontaktiert zu werden.</p>

	An der Umfrage können alle Frauen teilnehmen, welche ihre Geburt als traumatisch empfinden.
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Die Datenerfassung findet zwischen März 2016 und Juni 2016 statt. Kurz nach Beginn der Onlineumfrage finden zeitlich überschneidend die Interviews statt. 72 Frauen füllen die Umfrage komplett aus, wovon 12 Frauen am Interview teilnehmen wollen. Nur 10 Frauen geben aber ihre Einwilligung in das Interview. Die Interviews finden in den Häusern der Teilnehmerinnen statt. Bedingungen für die Teilnahme sind das traumatische Geburtserlebnis und die Bereitschaft über ihre Erfahrungen befragt und aufgezeichnet zu werden. Zudem müssen sie die Teilnehmerinformation lesen und das Einverständnisblatt vor dem Interview unterschreiben.</p> <p>Zu den Teilnehmerinnen der Onlineumfrage sind abgesehen von der Definition einer traumatischen Geburt keine Informationen gegeben.</p> <p>Über die Interviewteilnehmerinnen sind viele Details bekannt. Eine Übersicht mit den wichtigsten demographischen und geburtshilflichen Daten wird in einer Tabelle dargestellt. Unter anderem ist ersichtlich, ob die Teilnehmerinnen eine klinisch diagnostizierte PTBS haben oder während der Geburt Besonderheiten aufgetreten sind (Frühgeburt, Geburtseinleitung, manuelle Plazentalösung, Episiotomie etc.). Das Geburtserlebnis ist bei allen Frauen mindestens 18 Monate her. Einige Frauen beschreiben ihr Geburtserlebnis zusätzlich als körperliches Trauma aufgrund der Interventionen.</p>

<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Die Teilnehmerinnen müssen ein Informationsblatt lesen und vor dem Interview unterschreiben. In diesem Informationsblatt wird die informierte Zustimmung eingeholt.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No participants: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</i></p> <p>Die Einschlusskriterien und das Vorgehen der Forscher werden sehr genau erklärt und sind nachvollziehbar.</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>Im Rahmen der Umfrage werden keine Dropouts benannt. Es nehmen nur 10 von den ursprünglich 12 Frauen am Interview teil, da zwei nicht einwilligen.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Die Durchführung der Interviews wird sehr gut beschrieben. Es werden verschiedene Fragen gestellt bezüglich dem Geburtserlebnis und der Suche nach Hilfe, über das Erlebnis, sein Kind das erste Mal in der Hand zu halten, wie die Elternschaft zu Hause erlebt wird und wie sie die Beziehung zu ihrem Kind wahrnehmen. Nebst diesen Fragen wird das Interview offen gestaltet, so dass Frauen bei Bedarf über ihre Geburtserfahrung sprechen können. Dadurch kann die Konsistenz und Diversität</p>

	der Datenkollektion erlangt werden.
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Durch die primäre Forscherin werden alle Aufnahmen transkribiert. Nach den Prinzipien der IPA wird jedes Transkript mehrmals gelesen, um eine Vertrautheit mit den Daten sicherzustellen. Diese werden anschliessend manuell und visuell kodiert, wobei 5 Hauptthemen gebildet und mit illustrierenden Auszügen aus den Transkripten ergänzt werden. Alle Transkripte werden mehrmals gelesen und die Codes und Themen diskutiert.</p> <p>Es wird berichtet, dass die Forscherin Erfahrung und spezifisches Interesse an der Unterstützung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit und dem Stillen mitbringt. Dieser Hinweis ist wichtig, da so mehr Informationen über den Hintergrund der Forscherin bekannt werden, welche zu Verzerrungen führen können. Hierfür schreibt die Forscherin ein reflektives Tagebuch und führt Diskussionen mit ihrer Dissertationsbetreuerin. Nur wenn beide Forscherinnen mit den Themen übereinstimmen, werden diese in die Endanalyse aufgenommen.</p> <p>Das methodische Vorgehen wird gut begründet. Es wird leider nicht erwähnt, ob es Dropouts gibt oder Ausschlusskriterien für die Teilnehmerinnen vorhanden sind.</p>

<p>Auditability Decision trail developed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher: transformation of data to codes/themes.</i></p> <p><i>Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Die Forscher nutzen manuelle und visuelle Codes. Es wird hier jedoch keine klare Quelle oder ein bekanntes Verfahren genannt. Weiter bilden sie aus der Analyse der Interviewdaten fünf Hauptthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das erste Treffen und die Zeit danach (fehlende Momente) - Von der anderen Seite betrachten - «Nicht stillen» geht nicht - Die Aufgabe der Elternschaft (beginnende Beziehungen) - Gemeinsam weitergehen (die Beziehungen jetzt) <p>Diese Überthemen werden mit Unterthemen und der Interpretation der Forscher anschaulich in einer Tabelle dargestellt und mit Zitaten verdeutlicht. Diese Tabelle ist für das Verständnis des Vorgehens sehr hilfreich. Die gewählten Themen sind von der Zeitachse der Geburt her gegliedert aufgrund der Gesprächsthemen des Interviews. Das Vorgehen wird sehr gut beschrieben.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear?</i></p> <p><i>Describe any conceptual frameworks that emerged.</i></p> <p>Die Ergebnisse der Studie werden mit Zitaten aus den Interviews gestützt und für den Leser so verständlicher gemacht. Die Ergebnisse werden nicht mit einem Modell oder Konzept verknüpft, sind aber nachvollziehbar.</p>

<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Transferability <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p>Die Glaubwürdigkeit wird durch die genaue Beschreibung der Analyse sowie durch die Zitate der Teilnehmerinnen erreicht. Die Verlässlichkeit ist gewährleistet, da die einzelnen Schritte der Datenanalyse klar beschrieben sind und dadurch gut nachverfolgt werden kann, wie die Forscher auf die Resultate kamen. Die Resultate bestätigen, dass die Forscher den passenden Ansatz der Analyse gewählt haben, da die Ergebnisse vielseitig sind und die Ergebnisse auch eine Datensättigung erreicht haben.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie zeigt auf, mit welchen Herausforderungen Mütter möglicherweise nach einer traumatischen Geburt in der Beziehung mit ihrem eigenen Kind zu kämpfen haben. Die Studie erforscht das Empfinden der Frau innerhalb eines traumatischen Geburtserlebnisses und den Einfluss auf die Mutter-Kind-Beziehung, was in der Bachelorarbeit sehr wichtig ist. Es wird genau erklärt, was sich die betroffenen Mütter in dieser Situation gewünscht hätten. Dadurch können Implikationen für den Hebammenberuf gemacht werden.</p>
<p>CONCLUSION & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>The findings contributed to theory development & future practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for practice & research? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Viele Frauen beschreiben nach einer traumatischen Geburt den Kontaktverlust zu ihrem Kind und fehlendes Vertrauen in ihre elterliche Entscheidungsfindung. Das Stillen wird für einige Frauen zu einer unmöglichen Aufgabe, für andere wiederum zu einer Quelle der Entschlossenheit zum Erfolg. Viele fühlen</p>

	<p>sich nicht gut genug als Mutter. Einige Frauen haben durch das Trauma Erinnerungslücken an die Geburt und die Zeit danach. Für andere ist die körperliche Genesung so überwältigend, so dass dies ihr Eltern-Sein beeinflusst. Einige Frauen entwickeln Ängste, was zu einer Isolation während der frühen Elternschaft führt. Mit der Zeit können die Frauen aber eine stärkere, liebevollere und fürsorglichere Beziehung zu ihrem Säugling aufbauen</p> <p>Es werden sehr viele Limitationen und Stärken genannt, welche sich die Forscher bewusst sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch das Design der Studie sind die Themen individuell auf die Erfahrungen der einzelnen Frauen abgestimmt. Die chronologische Reihenfolge kann aber über alle Erzählungen erkannt werden. - Weiter ist die Population eine selbstgewählte Gruppe und ist daher nicht repräsentativ für alle Frauen nach einer traumatischen Geburt. - Aus der Stichprobe äussern zwei Frauen, dass ihrer Meinung nach das traumatische Geburtserlebnis keinen Einfluss auf die Elternschaft hat. Dies ist ein wichtiger Hinweis, dass manche Frauen wohl eine traumatische Geburt erleben, dies aber gut verarbeiten können. - Die Geburt war mind. 18 Monate her und die Frauen berichten über eine Verbesserung in der Beziehung zu ihrem Kind. Möglicherweise hat diese Gruppe von Frauen weniger Angst über ihre früheren Gefühle gegenüber ihrem Kind zu sprechen, da sich dies zwischenzeitlich gebessert hat. Zudem sind vielleicht manche Erinnerungen bereits verblasst oder verarbeitet. - Die Studienpopulation ist relativ homogen, wodurch die Erfahrung dieser Frauen möglicherweise mit Vorsicht auf eine andere Gruppe übertragbar ist. <p>Es wird auf weitere Forschung hingewiesen, leider fehlen Implikationen für Hebammen oder Geburtshelfer.</p>
--	--

Studie von Ponti et al. (2020)

Critical Review Form – Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J. & Westmorland, M.,

1998 McMaster University

<p>CITATION</p>	<p>Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P., & Simoncini, T. (2020). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? <i>Current Psychology</i>. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2</p>
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</i></p> <p>Das Ziel der Studie ist es den Einfluss einer traumatischen Geburt auf die Qualität der postpartalen Bindung zu untersuchen und die Bedeutung der depressiven Symptomatik in dieser Beziehung zu analysieren.</p> <p>In der Bachelorarbeit wird auch untersucht, ob und welchen Einfluss eine traumatische Geburt auf die Bindung zwischen Mutter und Kind hat.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study:</i></p> <p>Ein schwieriges oder traumatisches Geburtserlebnis kann zu einem niedrigeren Wert postnataler mütterlicher Bindung zu ihren Kindern führen. Verschiedene Studien untersuchen den Zusammenhang zwischen postpartaler PTBS und der Mutter-Kind-Bindung. Die Daten sind aber nicht konsistent, weshalb für die Erklärung dieser Inkonsistenz weitere Variablen benötigt werden. Zudem soll der Zusammenhang zwischen Geburtserfahrung und postnataler Bindung besser verstanden werden.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</i></p> <p>Die Studienteilnehmerinnen füllen zwei Tage nach der Geburt einen Fragebogen aus und willigen ein, drei Monate nach der Geburt für den zweiten Teil</p>

<input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study Wird nicht angegeben	der Studie kontaktiert zu werden. Drei Monate nach der Geburt füllen die Frauen die Fragebögen des Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS) und des Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in einer Onlineumfrage aus. Das Studiendesign wird nicht genannt. <i>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</i> Werden in der Limitation von den Forschern genannt.
SAMPLE N = 103 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</i> Es werden 103 Frauen im Alter von 26 bis 46 Jahren befragt. Sie werden zwischen dem 1. September 2018 und dem 31. März 2019 rekrutiert. Frauen aus der Gebärabteilung des öffentlichen Universitätskrankenhauses von Pisa werden in einer Routinekontrolle zwischen der 32. und 40. Schwangerschaftswoche für die Studienteilnahme eingeladen. Der Zeitpunkt für das Erheben der Stichprobe scheint optimal, da zu diesem Zeitpunkt in der Schwangerschaft das Thema Geburt in den Vordergrund rückt und die Frauen bereits erfasst werden, unabhängig von ihrem Geburtserlebnis. Einschlusskriterien sind das Alter > 18 Jahre, Italienisch sprechen und lesen können, keine vorherige psychopathologische Diagnose, Einlingsschwangerschaft (keine Risikoschwangerschaft) und kein vorheriger spontaner oder induzierter Schwangerschaftsabbruch. Später werden in Prozentzahlen weitere demographische und geburtshilfliche Daten der Frauen erläutert, jedoch nicht detailliert. Nachdem die Frauen die informierte Zustimmung geben, füllen sie eine Umfrage über wichtige demografische und geburtshilfliche Daten aus. In der ersten Phase füllen die Frauen zwei Tage nach der Geburt den Fragebogen <i>Perinatal PTSD</i>

	<p><i>Questionnaire</i> (PPQ) aus, welcher postpartale Stresssymptome in Bezug auf das Geburtserlebnis erfragt. Dies ist eine italienische Version des perinatalen PTBS Fragebogen, wobei 14 Fragen bezüglich der Häufigkeit von posttraumatischen Distresssymptomen bezüglich Geburt bewertet werden. Cronbachs Alpha beträgt 0.74 und hat eine akzeptable interne Konsistenz.</p> <p>Die zweite Phase findet 3 Monate nach der Geburt statt, wobei die Teilnehmerinnen die zwei verschiedenen Umfragen per Mail erhalten. Die Frauen füllen die <i>Maternal Postnatal Attachment Scale</i> (MPAS) aus. Diese Skala verfügt über 19 Elemente, welche die Gedanken, Gefühle und Emotionen der Mutter gegenüber ihrem Kind beschreibt. Cronbachs Alpha weist eine gute Konsistenz auf.</p> <p>Für das Erheben der mütterlichen postpartalen Depression wird die italienische Version des <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) verwendet. Diese Umfrage verfügt über 10 Elemente, welche unter anderem eine Selbsteinschätzung zu klinischen Symptomen einer Depression beinhaltet. Cronbachs Alpha weist erneut eine gute interne Konsistenz auf.</p> <p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</i></p> <p>Die Frauen werden darüber informiert, dass sie kurz nach der Geburt und drei Monate später je eine Umfrage ausfüllen müssen. Die Frauen werden informiert, dass sie die Teilnahme in der Studie jederzeit beenden können und ihre Teilnahme freiwillig ist. Weiter wissen die Frauen, dass sie für die Teilnahme keine Bezahlung erhalten. Es wird eine informierte Zustimmung von allen Frauen eingeholt.</p>
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</i></p> <p>Im Rahmen der Studie werden drei verschiedene Fragebögen (PPQ, MPAS und EPDS) zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt.</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<i>Outcome areas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Postpartale Stresssymptome - Mütterliche postpartale Bindung - Symptome einer postpartalen Depression - Zusammenhang zwischen den drei Variablen 	<i>List measures used:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Likert-Skalierung - Cronbachs Alpha - t-Tests - maximaler Wahrscheinlichkeitsschätzer / Mediationsanalyse - Bias-korrigierte Konfidenzintervalle - Mittelwert, Standardabweichung, Schräglage
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <p>Contamination was avoided?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A <p>Cointervention was avoided?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</i></p> <p>Es werden keine Intervention durchgeführt.</p>	
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were</i></p>	

<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not adressed Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not adressed	<i>multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</i> Es werden keine signifikanten Unterschiede zwischen postpartalen Stresssymptomen (PPQ), postpartaler Bindung (MPAS), postpartaler Depression (EPDS) und den soziodemographischen Variablen gefunden. Daher wird dies nicht in die Analyse integriert. Die Resultate zeigen eine signifikante Korrelation zwischen PPQ, MPAS und EPDS. Ein hohes Ausmass von postpartalem Stress weist eine positive Verbindung zur postpartalen Depression auf. Postpartale Bindung korreliert negativ mit dem Ausmass der postpartalen Stresssymptomen und postpartaler Depression. Die Mediationsanalyse zeigt auch signifikante Unterschiede zwischen den Variablen. <ul style="list-style-type: none"> - Das Ausmass von postpartalen Stresssymptomen hat einen signifikanten, positiven Effekt auf das Ausmass der postpartalen Depression und einen signifikanten, negativen Effekt auf die postpartale Bindung. - Ausserdem hat die postpartale Depression einen negativen Effekt auf die postpartale Bindung. Die Verbindung zwischen postpartalem Stress und postpartaler Bindung ist einerseits direkt und andererseits indirekt durch Symptome von postpartaler Depression nachweisbar.
Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not adressed	<i>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i> Die Studie leistet einen wichtigen Beitrag über das Wissen der Entstehung einer postpartalen Depression und die Qualität der frühen Bindung zwischen Mutter und Kind.
Drop-outs were reported? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i> Es wird nicht erwähnt, ob es Drop-outs gibt.

<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Die Studie kommt zum Schluss, dass ein traumatisches Geburtserlebnis eng mit der Entwicklung der Bindung zwischen einer Mutter und ihrem Neugeborenen verbunden ist. Dies wird insbesondere durch postpartale Stresssymptome beeinflusst, welche aus einer schwierigen oder traumatischen Geburt resultieren. Dies wiederum beeinflusst die Entwicklung der postpartalen Bindung der Mutter zu ihrem Kind. Dies geschieht direkt oder indirekt durch depressive postpartale Symptome.</p> <p>Das Vorhandensein von Stress im Zusammenhang mit der Geburt trägt zum Auftreten einer postpartalen Depression bei, was abermals die Entwicklung einer positiven postnatalen Bindung beeinträchtigt. Schliesslich führen Symptome einer postpartalen Depression zu einer schlechteren Bindung zu ihrem Neugeborenen.</p> <p>Die Studienergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und sind übereinstimmend.</p> <p>Es werden viele Limitationen genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die theoretischen Modelle sind nicht genügend umfangreich, da andere Variablen einen Einfluss auf die mütterliche postpartale Depression und ihre Qualität ihr frühes Bonding mit dem Neugeborenen haben können. - Durch die definierten Ein- und Ausschlusskriterien dürfen nur Frauen ohne vorherige Psychopathologien und mit Einlingsschwangerschaften teilnehmen. Daher sind die Ergebnisse nur bedingt valide. - Zudem wird bemängelt, dass die Aussagekraft der Stichprobe begrenzt ist, da die meisten Frauen gut ausgebildet und berufstätig sind und somit nicht die allgemeine Bevölkerung Italiens widerspiegeln. <p>Trotz der genannten Limitationen hat die Studie eine wichtige klinische und soziale Bedeutung, da sie einen relevanten Beitrag zum Wissen über die Entstehung einer postpartalen Depression und die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind leistet. Diese Studie betont insbesondere, wie</p>
--	--

	<p>wichtig es ist, dass den Müttern geholfen wird, so dass sie ein positives und möglichst stressfreies Geburtserlebnis haben. Dies ist ein wichtiger und schützender Faktor vor der Entstehung einer postpartalen Depression und erlaubt den Müttern, sich emotional mit ihren Kindern zu verbinden und eine gute Bindung aufzubauen. Weiter möchten die Autoren darauf hinweisen, wie wichtig Interventionen sind und welche Symptome des posttraumatischen Stresses minimieren. Dies ist beispielsweise das Aufschreiben einer belastenden Geburtserfahrung, welche diskrepante und widersprüchliche Gedanken und Wahrnehmungen ans Licht bringt, wodurch die Verarbeitung von unbewussten und automatisch vermeidenden negativen Gedanken das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit fördern kann.</p>
--	--