

Ausnahmezustand Geburt

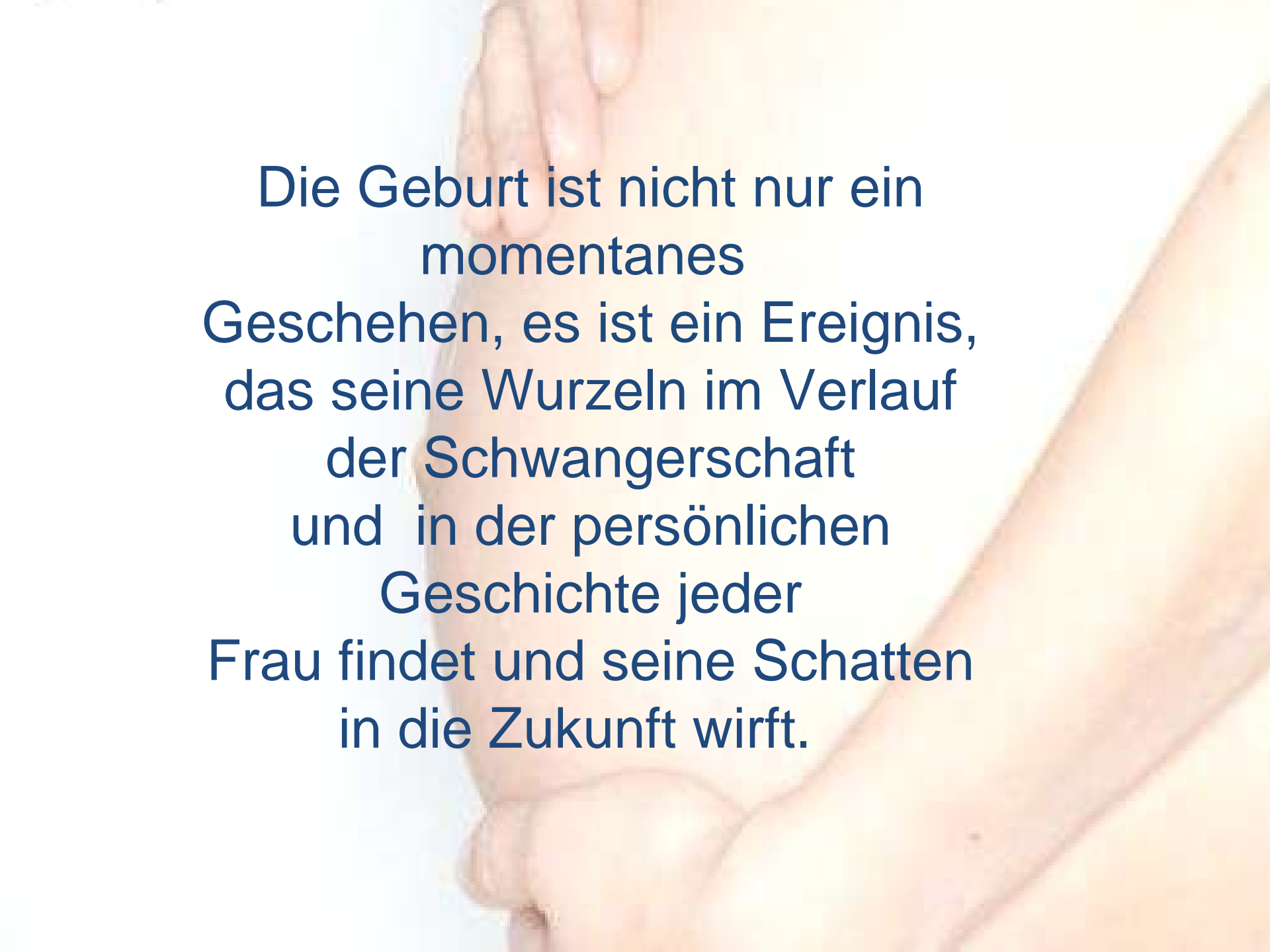
Dr. Christine Brantner

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie

St. Josef Krankenhaus Braunau

Leiter: Prim. Dr. G. Hasenöhrl





Die Geburt ist nicht nur ein
momentanes
Geschehen, es ist ein Ereignis,
das seine Wurzeln im Verlauf
der Schwangerschaft
und in der persönlichen
Geschichte jeder
Frau findet und seine Schatten
in die Zukunft wirft.

Was macht die Geburt zum Ausnahmezustand?

- Major life event, Krisensituation
- Markiert dramatisch den Übergang vom Frau zum Muttersein
- In der Partnerschaft wird die Dyade zur Triade
- Körperlicher Schmerz

Was macht die Geburt zum Ausnahmezustand?

- Angst, Unsicherheit bei 25% der befragten Frauen (Erikson et al 2005)
- Standardisierung der Geburtshilfe: Gefühl der Entfremdung, Verlust der Selbstbestimmung
- Vorerkrankungen wie Depressionen, Angststörungen verstärken negatives outcome

„Stresstheorie“

Hans Selye: *„Stress als unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Beanspruchung“*

Stress → Impuls des Lernens
→ Auseinandersetzung mit Neuem
→ Erweiterung

- **Eustress:** Herausforderung, Muntermacher
- **Distress:** Hilflosigkeit, überfordertes Coping

Copingstrategien

- Soziales Netzwerk:
 - höhere AGPAR Scores
 - höheres Geburtsgewicht
 - längere Schwangerschaftsdauer
 - weniger PP Depression (Collins Dunkel-Schetter et al 1993)
- Partnerunterstützung verstärkt positives Geburtserlebnis (Slade et al 2000)

Copingstrategien

- Dauernde Unterstützung durch die Hebamme
- „Wohnzimmer“ ähnliche Atmosphäre (Hodnett et al 2001)
- Selbstbestimmung und Eigenkompetenz
- Geburtsvorbereitung (Salmon et al 1992)
- Erlernte Entspannungsübungen (Cattani et al über RAT 1991)

Negative Einflussfaktoren

- Stressreiche Schwangerschaft (DaCosta et al 2000)
- Wenig soziale Unterstützung
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Negative life events
- Angstbesetzte Schwangerschaft (Dole et al 2001)
- Angst vor den Wehen (Green 1993)
- Depression im 2./3. Trimenon
- Sek. Sectio caesarea (DiMatteo et al 1996)

„Post Partum Talk“

- Postpartale Gespräche (sog. „Post Partum Talks“) seit 2006 an unserer Abteilung
- Indikationen:
 - Komplikationen im Geburtsverlauf:
 - Vaginal operative Entbindung
 - sek. Sektio caesarea
 - Geburtsverletzungen, etc.
 - Baby blues
 - Auffälligkeiten im Wochenbett (Pflegepersonal)
 - Wunsch der Frau

„Post Partum Talk“

3-5 Tage p.p. wird durch ärztliches Personal ein Gespräch mit der Frau über das subjektive Geburtserlebnis und den objektiven Geburtsablauf geführt.

Die meisten Frauen empfinden das Reflektieren der Geburtssituation als sehr erleichternd und hilfreich.

„Post Partum Talk“

- 6-8 Wochen später wird ein zweiter Gesprächstermin angeboten.
- Bisher wurden 30 dokumentierte „Post Partum Talks“ an unserer Abteilung durchgeführt.

Fallbeispiel 25j. Primipara

- 25 jährige Primipara mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf
- Stabile Partnerschaft
- Gemeinsamer Geburtsvorbereitungskurs
- Kreissaalaufnahme: beginnende Wehentätigkeit, 3 cm MM

Fallbeispiel 25j. Primipara

- AP → Syntocinon → AT bei langsamen Geburtsfortschritt; I. hinterer HHH, path. CTG → Vakuumextraktion , Episiotomie, DR IIIa
- Kind: APGAR 9/9/9, pH 7.29
- Unvollständige Plazenta, atonische Nachblutung → Akutmaßnahmen, Nachtastung und Cürettage, Nahtversorgung im OP

Fallbeispiel 25j. Primipara

-Wochenbettverlauf-

- Neugeborenes: Hyperbilirubinämie
- stationärer Aufnahme an der Kinderklinik
- Pat. war postpartal beschwerdefrei

Fallbeispiel 25j. Primipara

- Geburt und Nachgeburtsperiode: Insgesamt positives Erleben
- Durch med. Interventionen nicht verunsichert
- Geburtsvorbereitung und Unterstützung durch Hebamme und Ärzte als hilfreich empfunden

Fallbeispiel 25j. Primipara

- Nachgeburtsperiode für den Partner stark belastend
- Abnahme von Ängsten durch Besprechung des Geburtsverlaufes
- Trotz Komplikationen → positives Geburtserlebnis

„Nie mehr werden wir die
Geburt rosa plüschig sehen,
aber trotzdem war es für uns
ein schönes Ereignis.“

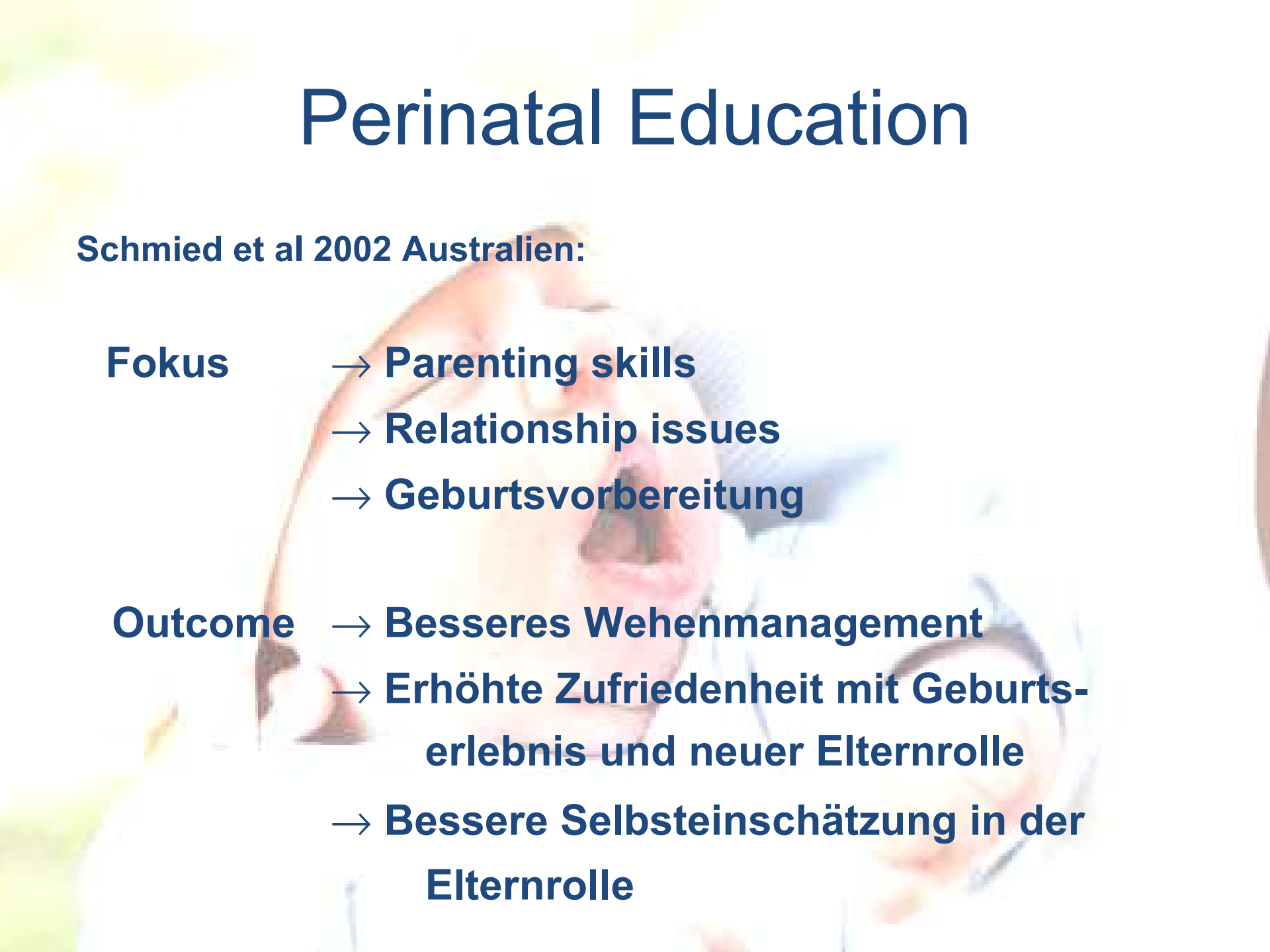
„Post Partum Talk“

Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth (Small et al. 2000)

- Outcome assessment: Prävalenz mütterlicher Depression nach 6 Monaten
- Resultate:
 - 94% aller Frauen fanden das Gespräch hilfreich
 - Cave: Second trauma
 - Keine Evidenz für verminderte postpartale Depression verbesserten Gesundheitsstatus oder Zufriedenheit

Perinatal Education

Schmied et al 2002 Australien:

- 
- Fokus**
- Parenting skills
 - Relationship issues
 - Geburtsvorbereitung
- Outcome**
- Besseres Wehenmanagement
 - Erhöhte Zufriedenheit mit Geburtserlebnis und neuer Elternrolle
 - Bessere Selbsteinschätzung in der Elternrolle

Perinatal Education

Polomeno, Canada 2000:

Fokus → **Primärprävention**

Outcome → **Erleichtert die Transition** (Schumacher et al 1994)

→ **Stärkt das Familiensystem**

→ **Bereicherung der Partnerschaft**

→ **Generationenübergreifende
Unterstützung**

→ **Soziale Unterstützung**

Zusammenfassung

- **Die Geburt ist ein Lebensereignis, das ein bestehendes Beziehungssystem herausfordert.**
- **Durch prä-/perinatale Unterstützung und Edukation kann diese Krisensituation entschärft werden und die Möglichkeit zum Wachstum in die neue Rolle der Partner und der Familie gegeben werden.**
- **Der Schwerpunkt liegt aber nicht im Kreißsaalmanagement, sondern in der Zeit vor und nach der Geburt.**



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksam-
keit!**