

**„Geburtsschmerz ist ein unendlich starker Schmerz,
den jede Frau anders erlebt“**

**Projektplan zur Implementierung eines geburtshilflichen
Schmerzassessments**

Bachelor-Thesis

Nussbaum Brigitte, Schneider Rahel

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, August 2011

INHALTSVERZEICHNIS

1	Abstract	3
2	Einleitung	4
3	Theoretische Grundlagen	7
	3.1 Physiologie des Geburtsschmerzes	7
	3.2 Coping.....	12
	3.3 Hebammendiagnosen.....	15
4	Methode	16
	4.1 Erarbeitung der Empfehlungen aus der Literatur	18
	4.2 Analyse der aktuellen Praxissituation und des Organisations-kontexts .	20
	4.3 Methoden zur Evaluation der Veränderung.....	22
	4.4 Ethische Prinzipien im Erstellen der Arbeit	22
5	Ergebnisse	23
	5.1 Empfehlungen zum Schmerzassessment aus der Literatur.....	23
	5.2 Ergebnisse aus der Analyse der aktuellen Praxissituation.....	30
	5.3 Vergleich der Praxissituation mit den Empfehlungen aus der Literatur.	38
6	Diskussion	40
	6.1 Entwickeltes Instrument	42
	6.2 Praxisimplementierung	49
	6.3 Kritische Betrachtung der Arbeit.....	52
7	Schlussfolgerung	53
8	Literaturverzeichnis	54
9	Abbildungsverzeichnis	59
10	Tabellenverzeichnis	60
11	Abkürzungsverzeichnis	61

1 ABSTRACT

Relevanz & Zielsetzung: Am ausgewählten Praxisort gebären immer weniger Frauen ohne Schmerzmittel. Das Ausschalten des Schmerzes führt jedoch nicht automatisch zu einer höheren Zufriedenheit (Lowe, 2002). Schmerzmittel sollten nicht routinemässig, sondern nur zur Behandlung oder Verhütung einer Geburtskomplikation, eingesetzt werden (CIMS, 1996). Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine adäquate Schmerzbegleitung zu implementieren.

Theoretischer Hintergrund: Er dient dem Verständnis und der Formulierung von Empfehlungen, beinhaltet Grundlagen zur Physiologie des Geburtsschmerzes und möglichen Bewältigungsstrategien. Zudem werden die Hebammendiagnosen nach Cignacco & Georg (2006) beschrieben.

Methoden: Aus Leitlinien, Reviews und Studien wurden Empfehlungen zur Erhebung eines geburtshilflichen Schmerzassessments erarbeitet und mit der aktuellen Situation in der Praxis verglichen. Um die bestehenden Unterschiede anzupassen, wurde ein Instrument sowie ein Projektplan für dessen Implementierung entwickelt.

Ergebnisse: Bisherige Schmerzbewältigungsstrategien sollten bereits in der Schwangerschaft thematisiert werden. In der Praxisinstitution erfolgt dies nicht routinemässig. Unter der Geburt werden verschiedene Aspekte im Umgang mit dem Schmerz erhoben, jedoch zum Teil unvollständig. Eine Standardisierung des Schmerzassessments ist sinnvoll, da dies die ganzheitliche Erhebung gewährleistet.

Diskussion: Um das Vorgehen beim geburtshilflichen Schmerzassessment zu beschreiben, wurde ein Algorithmus und ein Projektplan zu dessen Implementierung entwickelt. Die Prognose der Umsetzung hängt davon ab, wie die Praxisinstitution die Sinnhaftigkeit des Algorithmus bewertet. Wichtig sind deshalb das Aufzeigen der Notwendigkeit sowie die Anpassung des Instruments an die Bedürfnisse der Praxisinstitution. Ob die gewünschte Professionalisierung sowie eine Reduktion der Anwendung pharmakologischer Massnahmen bewirkt werden kann, muss zuerst getestet werden. Die Möglichkeiten Bewältigungsstrategien in der Schwangerschaft zu thematisieren, müssen am Praxisort genauer ermittelt werden.

Schlussfolgerungen: Der entwickelte Algorithmus stellt ein Instrument dar, um den Umgang mit dem Geburtsschmerz ganzheitlich zu erfassen. Da das Schmerzassessment in der Geburtshilfe noch kaum standardisiert durchgeführt wird, sollte dazu weiter geforscht werden.

2 EINLEITUNG

In einem Privatspital finden jährlich knapp 1`000 Geburten statt. Seit November 2008 besteht dort die Möglichkeit zur Schmerzerleichterung unter der Geburt die Patientinnen kontrollierte intravenöse Analgesie (PCIA) mit Remifentanil anzuwenden. Remifentanil ist ein kurzwirksames Opioid mit einem schnellen Wirkungseintritt (Volikas, Butwick, Wilkinson, Pleming & Nicholson, 2005). Unerwünschte Wirkungen der systemischen Remifentanilanwendung unter der Geburt sind das erhöhte Vorkommen mütterlicher Sauerstoffsättigungsabfälle, mütterliche Sedation, Übelkeit und Erbrechen (Hinova & Fernando, 2009). Bei den fetalen Herzfrequenzmustern, dem Apgar und den Nabelschnurgasanalysen konnten Hinova & Fernando (2009) keine Unterschiede feststellen. Dies sei auf den schnellen Abbau und die Umverteilung des Remifentanils durch den Fetus nach dem Plazentatransfer zurückzuführen. Damit die Sicherheit der Gebärenden und des Ungeborenen unter systemischen Remifentanilanwendung gewährleistet ist, sollte eine eins-zu-eins Betreuung stattfinden (Hinova & Fernando, 2009), dies ist jedoch am Praxisort aufgrund der Arbeitsbelastung nicht immer möglich. Längerfristige Auswirkungen für Mutter und Kind wurden bisher nicht untersucht, da die Remifentanilanwendung unter der Geburt eine neue Art der Schmerztherapie darstellt.

Die Situation am Praxisort hat sich so entwickelt, dass immer weniger Frauen ohne Einsatz von Schmerzmittel gebären. Vor der Einführung der PCIA-Pumpe waren 62% der Geburten ohne Epiduralanästhesie (EDA) oder PCIA, zwei Jahre später sind es noch 34% (Spitalinterne Statistik, 2010).

Relevanz

Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) beschreibt zwei Wege dem Schmerz unter der Geburt zu begegnen. Einerseits kann man ihn durch das Anbieten effektiver Analgesie ausschalten, andererseits den Schmerz als Teil des Geschehens annehmen und die Frau darin unterstützen, mit dem Geburtsschmerz zu arbeiten. Die Herausforderung für Hebammen und Gesundheitsfachpersonen besteht darin, herauszufinden, wie die Frau mit dem Schmerz umgehen kann, durch gute Kommunikation Änderungen festzustellen und angemessen zu reagieren (NICE, 2007). Frauen empfinden die Schmerzerleichterung als befriedigender, wenn ihre Erwartungen hinsichtlich des Schmerzes und die Wahl der Bewältigungsstrategie berücksichtigt werden (NICE, 2007). In der Anamnese des Praxisorts wird erfragt, ob die Schwangere

bestimmte Wünsche und Vorstellung im Bezug auf die Schmerzerleichterung hat. Bisherige Bewältigungsstrategien werden nicht erfragt. Unter der Geburt erfolgt die Indikation zur Gabe von Schmerzmedikamenten nach Ermessen der Hebamme, teilweise nach Rücksprache mit der zuständigen Gynäkologin oder dem zuständigen Gynäkologen. Für die Diagnosestellung und die Entscheidung bezüglich des weiteren Vorgehens gibt es kein standardisiertes Assessment.

Geburtsschmerz, wie Schmerz generell, ist subjektiv und wird von einer Frau individuell beurteilt und verarbeitet (Deutscher Hebammenverband, 2010), deshalb ist die Erhebung des Schmerzes sehr komplex und beinhaltet viele verschiedene Faktoren. Die Messung der Schmerzintensität alleine reicht nicht aus, um beurteilen zu können, ob die Frau eine Massnahme zur Schmerzerleichterung braucht. Vielmehr sollte ein umfassendes Schmerzassessment stattfinden, welches die unterschiedlichen Bedürfnisse der Gebärenden berücksichtigt. In der Geburtshilfe gibt es kaum Instrumente, die routinemässig zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz eingesetzt werden. Im Gegensatz dazu sind Schmerzskalen und Richtlinien zur angemessenen Schmerzerleichterung in der Pflege fest etabliert.

In der Geburtshilfe sollten schmerzstillende und betäubende Medikamente nicht routinemässig, sondern nur zur Behandlung oder Verhütung einer Geburtskomplikation eingesetzt werden (CIMS, 1996). Bei gezielter Anwendung kann die EDA den Geburtsausgang verbessern bei routinemässiger Anwendung wiederum treten Komplikationen deutlich öfter auf (Donna, 2011). Anim-Somuah, Smyth & Howell (2005) untersuchten die unerwünschten Wirkung der EDA unter der Geburt. Sie stellten eine verlängerte Austreibungsphase, häufigere Wehenstimulation, öfters niedrige mütterliche Blutdruckwerte und vermehrt Probleme spontan Wasser zu lösen, fest (Anim-Somuah, Smyth & Howell, 2005). Donna (2011) nennt zudem öfter vaginal operative Geburten, mehr Geburtsverletzungen sowie erhöhte Kaiserschnitttrate bei Anwendung einer EDA vor Beginn der aktiven Geburtsphase. Es ist zu bedenken, dass die Gebärende durch die verminderte Kraft und Wahrnehmung der unteren Extremitäten in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt wird und viele Stellungen zur Unterstützung der Geburt nicht mehr einnehmen kann (Donna, 2011). Die kontinuierliche Überwachung von Mutter und Kind können zudem als störend empfunden werden (Donna, 2011).

Der Schmerz, die Schmerzlinderung und die medizinischen Eingriffe unter der Geburt haben einen weniger starken Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis, als

das Verhalten und die Einstellung der Betreuungspersonen (Hodnett, 2002). Die Anwesenheit einer ruhigen, unterstützenden und respektvollen Begleitung verkürzt die Geburt und erhöht die mütterliche Zufriedenheit (Hodnett, Gates, Hoffmeyr & Sakala, 2007). Auch Lowe (2002) beschreibt, dass Schmerz nicht der wichtigste Indikator ist, ob die Frau die Geburt als positiv erlebt. Vielmehr entscheidet die Kontrolle über den Schmerz, anstelle von Schmerzfreiheit, über die Zufriedenheit (Lebovits, Zenetos, O'Neil, Cox, Dubois & Jansen et al., 2001).

Durch ein umfassendes Schmerzassessment können die Wünsche der Frau hinsichtlich der Schmerzerleichterung erhoben werden. Die Mitbestimmung wird dadurch ermöglicht und deren Individualität berücksichtigt. Frauen erinnern sich oftmals ihr Leben lang an die Betreuung, welche sie von ihrer Hebamme erhalten haben (Donna, 2011). Realisiert die Frau unter der Geburt ihre eigenen Kräfte und kann selbstbestimmt gebären, beeinflusst dies ihr Selbstbild und unterstützt das zukünftige Muttersein (Donna, 2011).

Ziele

Da am Praxisort der persönliche Umgang der Gebärenden mit Schmerzen sowie deren Vorstellungen zur Schmerzbewältigung unter der Geburt nur teilweise erhoben werden, ergeben sich folgende Ziele für diese Arbeit:

Das aktuelle Vorgehen bei der Erhebung des Umgangs mit Schmerzen hinsichtlich der Geburt wird ermittelt und mit Empfehlungen aus der Literatur verglichen. Bestehen dabei Unterschiede, werden Massnahmen zur Veränderung der Praxis entwickelt.

Fragestellung

Aus den beschriebenen Zielen lassen sie folgende Fragen ableiten:

1. Wie kann der Umgang mit dem Geburtsschmerz erhoben werden?
2. Wie wird am Praxisort der Umgang mit dem Geburtsschmerz erhoben?
3. Bestehen Unterschiede zwischen dem Vorgehen am Praxisort und den erarbeiteten Empfehlungen?
4. Wie kann die Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz am Praxisort optimiert werden?

Eingrenzung

Die Arbeit berücksichtigt ausschliesslich das Schmerzverhalten der Gebärenden und geht nicht auf das Wohlergehen des Kindes ein.

Die Anwendungs- und Wirkungsweisen der verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzerleichterung werden in dieser Arbeit nicht näher behandelt.

3 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die theoretischen Grundlagen dienen dem Verständnis der Schmerzphysiologie unter der Geburt und gehen auf mögliche Formen der Schmerzbewältigung ein. Als Instrument zur professionellen Beurteilung der geburtshilflichen Situation werden die Hebammendiagnosen nach Cignacco und Georg (2006) beschrieben. Aus den theoretischen Grundlagen können Erkenntnisse für die Empfehlungen zur Veränderung der Praxis gewonnen werden.

3.1 Physiologie des Geburtsschmerzes

Geburtsschmerz ist Teil eines physiologischen Prozesses, welcher mit der grundlegendsten Lebenserfahrung verbunden ist, dem Hervorbringen von neuem Leben (Lowe, 2002). Als Schmerz wird ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis definiert, das mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebsschädigung assoziiert ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird. Schmerz ist ein psycho-physisches Erlebnis, ein subjektives Gefühl dessen Stärke von Individuum zu Individuum ausserordentlich starken Schwankungen unterworfen sein kann (International Association for the study of Pain, n.d.). Die Definition von Mc Caffery & Pasero hebt die Individualität des Schmerzbegriffs hervor „Pain is whatever the experiencing person says it is, and exists whenever (s)he says it does“. (Mc Caffery & Pasero, 1999, S.18, zitiert in Lowe, 2002).

Allgemein gilt Schmerz als Warnsignal für den Körper. Geburtsschmerz jedoch ist ein Phänomen, eingebettet in die Natur der menschlichen Existenz und im Vergleich zu anderen akuten oder chronischen Schmerzerlebnissen nicht mit Pathologie assoziiert (Lowe, 2002). Schneider, Husslein & Schneider (2004) beschreiben den Geburtsschmerz als nicht-physiologisch, wenn er aufgrund einer uterinen Hyperaktivität oder einer hypertonen Motilität entsteht. Sie führen weiter aus, dass eine uterine Hyperaktivität sich durch eine gesteigerte Wehenfrequenz von mehr als fünf Wehen pro zehn

Minuten und/oder eine gesteigerte Wehenintensität auszeichnet. Eine Wehendauer von länger als zwei Minuten und eine Wehenpause von weniger als einer Minute bei normal langen Wehen ist ebenfalls nicht physiologisch. Die häufigste Ursache dafür ist eine Überdosierung von Wehenmittel (Schneider, Husslein & Schneider, 2004). Als hypertone Motilität wird ein erhöhter Druck der Gebärmutter bezeichnet, welcher auch in der Wehenpause besteht. Die hypertone Motilität stellt eine ernsthafte Bedrohung für den Fetus dar, da der uterine Blutfluss beeinträchtigt wird (Schneider, Husslein & Schneider, 2004). Weitere Ursachen für nicht-physiologische Wehen sind eine protrahierte Geburt, welche beispielsweise durch ein Kopf-Becken-Missverhältnis ausgelöst wird, geburtshilfliche Dystokien oder Komplikationen, wie die Uterusruptur (Schneider, Husslein & Schneider, 2004). Bei Fehleinstellung des kindlichen Kopfes werden vermehrt Rückenschmerzen festgestellt, welche durch den erhöhten Widerstand beim Durchqueren des Kopfes durch das mütterliche Becken entstehen (Schneider, Husslein & Schneider, 2004).

Wie entsteht der physiologische Geburtsschmerz?

Schmid (2005) beschreibt, dass der physiologische Geburtsschmerz durch Überdehnung und kleinste Risse am Muttermund, Dehnung des unteren Uterinsegments, Zerrung der Mutterbänder, Druck auf die Nervenbahnen und auf die Beckengelenke entsteht. Zudem wird die Öffnung, Zerrung und Dehnung des Beckenbodens und der Vulva als schmerzhaft empfunden. Ischämie der Uterusmuskulatur aufgrund metabolischer Übersäuerung bei zu häufigen oder zu lang dauernden Kontraktionen können zudem zu Schmerzen führen, wobei dieser Vorgang jedoch als nicht physiologisch zu betrachten ist (Schmid, 2005).

In der Eröffnungsphase dominiert der viszerale Schmerz mit Schmerzstimuli, welche durch mechanische Ausdehnung des unteren Uterinsegments und die zervikale Dilatation entstehen. In der späten Eröffnungsphase und der Austreibungsphase überwiegt der somatische Schmerz durch die Ausdehnung und den Zug auf die Beckenstrukturen und das Scheidengewölbe sowie die Dehnung des Beckenbodens und des Perineums (Lowe, 2002). Wehenschmerz ist rhythmisch, die Intensität und Frequenz des Schmerzes nimmt im Verlauf der Geburt zu. In der Wehenpause ist die Gebärende oft schmerzfrei.

Wie wird der Geburtsschmerz weitergeleitet und verarbeitet?

Vom Entstehungsort des Schmerzes führen Nervenbahnen über die Spinalganglien zur Substantia gelatinosa im Hinterhorn des Rückenmarks, wo neben Schmerzreizen auch alle anderen somatischen Reize zusammentreffen (Geist, Harder, & Stiefel, 2007). Danach werden die Schmerzreize von der gegenüberliegenden Körperseite in Hirnstamm, Thalamus bis in die Grosshirnrinde weitergeleitet. Die von Hirnrinde und Thalamus absteigenden Nervenbahnen beeinflussen dabei gezielt die Schaltstellen des unteren Niveaus. Beispielsweise werden dort körpereigene Botenstoffe wie Endorphine und Enkephaline freigesetzt, welche die Weiterleitung des Schmerzes verhindern (Geist, Harder, & Stiefel, 2007).

Das Konzept Gate-Control nach Melzak und Wall (1991) beschreibt, dass bei einer Reizüberflutung, die Weiterleitung von Schmerzimpulsen aus aufsteigenden peripheren wie auch aus absteigenden Bahnen gehemmt wird. Der Schmerz wird schwächer bewertet, da der Schmerzimpuls ans Gehirn durch die konkurrierenden Reize vermindert wird. Um bildlich zu sprechen: das Tor für die Weiterleitung der Schmerzimpulse wird durch die zusätzlichen Reize geschlossen. Die Gate-Control Theorie erklärt so die Schmerzreduktion durch alternative Schmerztherapien wie Wärme, Kälte, Massage, Entspannung und positive Ablenkung (Melzak & Wall, 1991).

Welche Funktion hat der Geburtsschmerz?

Unter der Geburt können die Wehen in ihrer Art und Funktion unterteilt werden (nach Rosenberger, Schilling & Harder, 2007):

Vorwehen oder Senkwehen treten in den Wochen vor der Geburt auf, sind unregelmäßig, unterschiedlich schmerzhaft und lassen den kindlichen Kopf in den Beckeneingang treten. Eröffnungswehen sind regelmäßig, nehmen unter der Geburt an Intensität und Frequenz zu und eröffnen den Muttermund. Presswehen schieben das Kind nach der vollständigen Eröffnung des Muttermunds durch den Geburtskanal bis hin zum Scheidenausgang. Nach der Geburt des Kindes lassen diese Schmerzen schlagartig nach. Nachgeburtswehen dienen der Ablösung und Ausstossung der Plazenta und der Eihäute, der intrauterinen Blutstillung und der Rückbildung der Gebärmutter. Sie können in den ersten Tagen des Wochenbetts auftreten und haben eine abnehmende Intensität und Frequenz.

Wie reagiert der Körper der Gebärenden auf den Schmerz?

Nach Schmid (2005) gibt es unterschiedliche Reaktionen auf Schmerzreize:

Vegetativ: Verkrampfung oder Kontraktion der Skelettmuskulatur, erhöhte Aktivität der hormonellen Organe und der Schweißdrüsen, Veränderung des Blutdrucks sowie der Herz- und Lungenfunktion, veränderte Leistung innerer Organe.

Zentral zerebral: Emotionale Reaktion wie innere Unruhe und Angst, verhaltensbedingte Reaktionen wie Bewegung, vokaler Ausdruck durch Schreien oder Stöhnen, veränderte Gesichtsmimik, das Einnehmen bestimmter Positionen insbesondere Schonhaltung, sofortiges Zurückziehen des gefährdeten Körperteils.

Durch die Bewegung des Beckens kann die Frau den Druck auf den kindlichen Kopf und das Becken verändern, was die Intensität des Schmerzes vermindert und die optimale Drehung des kindlichen Kopfes im Becken unterstützt (Schmid, 2005).

Schmid (2005) sagt, dass wenn sich die Gebärende in einem geschützten Umfeld befindet, ihr Körper in der Lage ist, durch regelmässige Wehen grosse Mengen an β -Endorphinen auszuschütten. Endorphine sind körpereigene Opiate, welche die Mutter sowie das Kind vor zu starken Schmerzen schützen und die psychische und physische Belastbarkeit stärken. Zusammen mit den ebenfalls unter Wehen ausgeschütteten Hormone Oxytocin (Hormon der Liebe und Bindung), Adrenalin (Mut, Kraft) und Prolaktin (Mütterlichkeit, Fürsorge) sorgen Endorphine nach der Geburt für ein übermässiges Glücksgefühl und fördern die Bindung zwischen Mutter und Kind (Schmid, 2005). Lang (2009) beschreibt, dass unter der Geburt die stammesgeschichtlich älteste Hirnregion des Menschen am aktivsten ist. Der beim Menschen hoch entwickelte Neokortex ist ein neuerer Hirnbereich und hemmt die physiologischen Vorgänge der Geburt. Wird der Neokortex angeregt, werden weniger körpereigene Endorphine ausgeschüttet und der Gebärenden fällt es schwerer, in ihre eigene Welt abzutauchen. Der Neokortex sollte deshalb unter der Geburt so wenig wie möglich durch äussere Reize, wie Licht, Lärm und Hektik angesprochen werden (Lang, 2009). Durch die Gabe von Schmerzmitteln wird die Ausschüttung der körpereigenen Endorphine unterdrückt, sodass die für die Bindung zwischen Mutter und Kind wichtigen Hormone nach der Geburt nicht zu Verfügung stehen (Lang, 2009).

Nach Leap (2003) verleihen Schmerzen dem Geschehen an Bedeutung, lassen die Frau inne halten und zwingen sie einen sicheren Ort für die Geburt aufzusuchen. Sie

mobilisieren Unterstützung, entwickeln die Zuwendung zum Kind und symbolisieren den Übergang zur Mutterschaft. Zudem ist der Ausdruck von Schmerz ein Hinweis auf den Geburtsfortschritt (Leap, 2003).

Welche Faktoren beeinflussen das Schmerzempfinden?

Schmerz ist ein subjektives, multifaktorielles Phänomen, welches durch frühere Schmerzerlebnisse, die Kultur, die Erwartungen und den Kontext, in welchem sich die Person befindet, beeinflusst wird. (Bourbonnais et al 2004, in Mc Lafferty & Farley, 2008).

Dick-Read (1943) zeigt durch den Teufelskreis Angst-Spannung-Schmerz, dass sich bestehende Ängste bezüglich des Schmerzes auf das Empfinden unter der Geburt auswirken. Angst vor möglichen Komplikationen oder vor den bevorstehenden Schmerzen löst Mechanismen zum Selbstschutz des Körpers aus, zu denen eine erhöhte Muskelspannung gehört (Dick-Read, 1943). Der Muskelwiderstand führt zu Schmerzen, da die uterinen Nerven diese als Schmerzsignal weiterleiten. Zudem ist die Eröffnung des Muttermunds durch die Anspannung erschwert, was einen protrahierten und schmerzhaften Geburtsverlauf zur Folge haben kann (Dick-Read, 1943). Bestehende Ängste beziehen sich meist auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Kindes, Angst die Kontrolle und die persönliche Integrität zu verlieren, sowie Angst vor körperlichen Verletzungen (Lowe, 2002).

Um den Zyklus von Angst-Spannung-Schmerz zu durchbrechen, hilft eine positive Vorbereitung auf die Geburt, welche bestehende Ängste thematisiert (Schmid, 2005). Angst- und Spannungszustände sollten unter der Geburt vermieden werden, sodass sich die Gebärende sicher fühlt (Schmid, 2005). Nach Lowe (2002) erhöht die Angst vor dem Geburtsschmerz selbst, das Schmerzlevel in der Eröffnungsphase.

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Schmerzintensität ist die Parität (Lowe, 2002). Insbesondere in der Eröffnungsphase bis fünf Zentimeter Muttermundseröffnung empfinden Erstgebärende intensivere Schmerzen. In der Austreibungsphase hingegen können Mehrgebärende durch rasches und plötzliches Tiefertreten des kindlichen Köpfchens stärkere Schmerzen empfinden, als es beim kontinuierlichen Tiefertreten bei erstgebärenden Frauen der Fall ist (Lowe, 2002). Ein vermindertes Schmerzempfinden konnte bei Frauen in aufrechter, verglichen mit halbsitzender Position festgestellt werden. Somit beeinflusst auch die Geburtsposition das Schmerzempfinden (Lowe,

2002). Es besteht ebenfalls ein Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von Dysmenorrhö und erhöhtem Schmerzempfinden, unbeachtet der Parität (Lowe, 2002).

Weitere beeinflussende Faktoren für das Schmerzempfinden sind nach Yerby (2003) eine negative Konditionierung, die persönliche Lebenserfahrung, der Geburtsverlauf, die Unterstützung während der Geburt, der Geburtsort sowie die Einstellung der medizinischen Fachkräfte zum Wehen und Geburtsschmerz. Die Hebammen sind dabei wesentlich an der Gestaltung der Schmerzbewältigung beteiligt. Dazu gehört, das Selbstvertrauen der Frau in ihre eigenen Kompetenzen und dem von ihr gewählten Geburtsort zu stärken (Yerby, 2003). Die Gebärkultur des jeweiligen Landes beeinflusst, welche Vorstellungen die Gebärende bezüglich der Geburt hat und wie sie den Geburtsschmerz erlebt (Deutscher Hebammenverband, 2010). Schmid (2005) beschreibt zudem eine mögliche Verkettung persönlicher Erwartungen auf das tatsächliche Erleben des Geburtsschmerzes. Die Autorin erläutert hierzu, dass Frauen, denen versprochen wurde, durch die Anwendung der EDA eine schmerzlose Geburt zu durchleben, am meisten leiden, da die EDA oft erst ab Beginn der aktiven Geburtsphase angewendet wird und die Frauen deshalb dem Anfangsschmerz der Geburt unvorbereitet ausgesetzt sind.

3.2 Coping

Coping beschreibt, welche Bewältigungsstrategien eine Person in belastenden Lebenssituationen einsetzt (Schrems, 2008). Diese beziehen sich nicht nur auf negative empfundene Ereignisse, wie beispielsweise der Tod eines nahestehenden Menschen, sondern auch auf erfreuliche Lebenssituationen wie die Heirat oder die Geburt eines Kindes (Menche, 2006). Die Bewältigungsstrategien, welche unter der Geburt eingesetzt werden, unterscheiden sich von Frau zu Frau. Die Bewältigung von Stresssituationen ist abhängig von den Ressourcen, welche der Gebärenden zur Verfügung stehen (Schrems, 2008). Als Ressource bezeichnet man nach Baldegger (2000) all das, was die Bewältigung von einem kritischen Ereignis erleichtert. Ressourcen sind bei jeder Frau individuell verschieden und in unterschiedlicher Anzahl vorhanden. Zu den Ressourcen zählen soziales Netz, Gesundheitszustand, materielle Güter und positives Selbstkonzept (Baldegger, 2000).

Weisman (1979, in Fitzgerald Miller, 2003) beschreibt, dass Bewältigung das ist, was ein Mensch unternimmt, um sich Entlastung, Lohn, Ruhe oder inneres Gleichgewicht zu verschaffen. Das Ziel ist es, das Problem zu meistern, zu kontrollieren oder aufzulösen.

Welche Formen der Bewältigung können unterschieden werden?

In der Literatur werden verschiedene Bewältigungsstrategien beschrieben.

Lazarus & Folkman (1984) unterscheiden zwischen gefühlsorientierter und problemorientierter Bewältigung:

- **Gefühlsorientierte Bewältigung** findet statt, wenn das Individuum zum Schluss kommt, dass der belastende Stimulus weder kontrolliert noch geändert werden kann. Die gefühlorientierte Bewältigung hat das Ziel, belastende Emotionen zu regulieren. Strategien dafür sind: Vermeidung, Verharmlosung, Distanzierung, selektive Aufmerksamkeit, Meditation oder Ablenkung, beispielsweise durch gesteigerte körperliche Aktivität.
- Die **problemorientierte Bewältigung** versucht die sachbezogenen Aspekte zu ändern. Das Problem wird definiert und Handlungsmöglichkeiten abgewogen. Dies führt zum Lösungsweg.

Fitzgerald Miller (2003) beschreibt drei Arten von Bewältigungsstilen:

- Bei der **Annäherung** werden Gefühle bewusst wahrgenommen und zugelassen. Der Vorteil der Annäherung ist, dass Massnahmen zur Lösung des Problems ergriffen werden. Eine Annäherungsform ist die vigilante Fokussierung, dabei findet eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Situation statt. Alle Alternativen werden geprüft, Vor- und Nachteile abgewogen. Durch Schmerzen eine gewisse Machtlosigkeit zu verspüren, kann für eine Gebärende, welche die vigilante Fokussierung zur Bewältigung anwendet, als wesentlich schlimmer empfunden werden, als wenn vermeidende Strategien angewendet werden. Das Risiko besteht, dass die emotionale Belastung sich durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik verstärkt und exzessive Angstgefühle entstehen.
- Bei der **Vermeidung** wird die Auseinandersetzung mit der aktuellen oder potentiellen Belastung vermieden. Förderlich an der Vermeidung ist, dass sich die Frau keine unnötigen Sorgen macht und dadurch neue Hoffnung schöpft.

Nachteilig ist, dass sich der Problemlösungsprozess verzögert und die wahren Gefühle weder erkannt noch ausgesprochen werden. Strategien zur Vermeidung sind Verdrängung, Verleugnung, bewusstes Ignorieren, Projektion und alle anderen Methoden, um das Problem möglichst klein zu halten. Das Ziel ist, den Ernst der Situation herunterzuspielen.

- Bei der **unspezifischen Abwehr** werden annähernde und vermeidende Strategien kombiniert angewendet.

Larbig, Fallert & de Maddalena (1999) nennen konkrete Beispiele zu kognitiven und verhaltensbezogenen Copingstrategien hinsichtlich der Schmerzbewältigung:

- **Kognitive Copingstrategien:**

Aufmerksamkeitsablenkung *„Ich höre auf die Musik“*.

Uminterpretation der Schmerzempfindung *„Ich stelle mir anstelle des Schmerzes ein anderes Gefühl vor“*.

Bewältigende Selbstinstruktion *„Ich bin tapfer und mache weiter“*.

Ignorieren der Schmerzempfindung *„Ich sage mir, dass es nicht weh tut“*.

Beten oder hoffen *„Ich hoffe, dass es bald vorbei ist“*.

Katastrophisieren *„Ich habe das Gefühl, es wird nie wieder besser. Ich sterbe!“*

- **Verhaltensbezogene Copingstrategie:**

Aktivitätssteigerung *„Ich gehe umher“*.

Erhöhung des Schmerzverhaltens *„Ich nehme ein Medikament“*

Welche Bewältigungsstrategie ist am effektivsten einer Herausforderung wie dem Geburtsschmerz entgegenzutreten?

Nach Fitzgerald Miller (2003) muss das Bewältigungsverhalten der Anforderung entsprechen. Strategien, welche mit einer gewissen Konsistenz und abhängig von der Stärke der Bedrohung angewendet werden, sind am erfolgversprechendsten. Begegnet eine Person einer gewissen Anforderung immer auf die gleiche Weise, so kann dies als ihr individueller Bewältigungsstil bezeichnet werden (Fitzgerald Miller, 2003).

Falls eine Frau, die einen vermeidungsorientierten Bewältigungsstil hat, mit den Einzelheiten der bevorstehenden Geburt konfrontiert wird, kann dies mehr schaden als nützen. Einer annähernden Person hingegen kann das Erläutern von Einzelheiten und das aktive Einbeziehen in Entscheidungsprozesse ein Gefühl von Kontrolle vermitteln.

Die Aufgabe der betreuenden Person ist hierbei, herauszufinden, was das Individuum braucht (Fitzgerald Miller, 2003).

Was kann die Hebamme tun, um die individuelle Schmerzbewältigung der Frau zu fördern?

Für eine ganzheitlich verstandene Betreuung ist es unerlässlich, den Bewältigungsstil der Klientin und ihre konkreten Bewältigungstechniken zu erkennen und zu beachten (Fitzgerald Miller, 2003). Nach Lazarus & Folkman (1984) reagiert jeder Mensch unterschiedlich und verfügt über unterschiedliche Bewältigungsformen, die es zu berücksichtigen gilt. Deshalb ist es wichtig, die Gebärende ihre eigene Art der Bewältigung finden zu lassen, und ihr nicht eine für gut befundene Strategie aufzuzwingen (Lazarus & Folkman, 1984). Erschwert wird das Erkennen von Copingstrategien durch die fehlende Biografie der Klientin (Salter, 1998). Deshalb kann das Erstellen eines Pflegeassessments hilfreich sein (Salter, 1998).

3.3 Hebammendiagnosen

Um die Komplexität des Geburtsschmerzes ganzheitlich erfassen zu können, dienen die Hebammendiagnosen nach Cignacco und Georg (2006). Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Buch „Hebammenarbeit“ von Cignacco und Georg (2006).

Hebammendiagnosen beschreiben die Prozesse der Hebammenarbeit schrittweise und helfen der Hebamme das Geschehen professionell einzuschätzen. Sie bilden die Grundlage um Interventionen auswählen, planen und durchführen zu können. Die Frau wird dabei adäquat und individuell ihren Bedürfnissen entsprechend betreut. Hebammendiagnosen professionalisieren und steigern die Qualität der Hebammenarbeit. Durch das Operationalisieren des Vorgehens wird eine ganzheitliche Dokumentation vereinfacht. Es ist zu bedenken, dass mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) ab 2012 die Dokumentation der Hebammenarbeit an Bedeutung gewinnt (Cignacco, 2009).

Der Prozess der Hebammenarbeit von Cignacco und Georg (2006) beinhaltet als ersten Schritt ein Assessment. Dieses besteht aus Beobachten, Befragen, körperlicher Untersuchung und Einschätzen der Ressourcen. Aus diesen Punkten leitet die Hebamme eine Hebammendiagnose mit den relevanten Problemen und Ressourcen ab, welche prägnant und fachlich fundiert sind. Daraus werden Hebammenziele formuliert und im Gespräch mit der Frau und der Familie werden Interventionen geplant, welche helfen

die formulierten Ziele zu erreichen. Nach der Durchführung dieser Hebammenintervention erfolgt eine Evaluation, ob die Ziele erreicht werden konnten.

4 METHODE

Ein Ziel dieser Arbeit war es, empfohlene Vorgehensweisen zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz zu erarbeiten und einen Projektplan zur wirkungsvollen Umsetzung in die Praxis zu erstellen.

Was ist hilfreich, damit Empfehlungen wirkungsvoll in die Praxis implementiert werden können?

Die erfolgreiche Implementierung von Forschungsergebnissen hängt ab von der Güte der Evidenz (Kitson et al., 1998, in Behrens & Langer, 2006). Die Evidenz kann in interne und externe Evidenz unterteilt werden:

- **Externe Evidenz** wird über Dritte erlangt und gilt dann als hoch, wenn sie auf randomisiert- kontrollierten Verlaufsstudien, systematischen Übersichten und Evidenz basierten Leitlinien beruht (Behrens & Langer, 2006).
- Die **interne Evidenz** setzt sich aus der klinischen Erfahrung und dem Einbezug der Präferenzen der Patientinnen und Patienten zusammen (Behrens & Langer, 2006). Eine hohe interne Evidenz zeichnet sich nach Mc Cormack & Manley (2009) durch die Reflexion der Expertise, sowie deren Überprüfung durch Individuen und Gruppen aus. Mögliche Instrumente dazu sind Statistiken zur Betreuungsqualität oder Qualitätsaudits.

Weiter sind der Organisationskontext, in den eine neue Praxis eingeführt werden soll, und die Erleichterungen, die helfen, Arbeitsgewohnheiten und Arbeitseinstellungen zu ändern, wichtig für eine wirkungsvolle Implementierung in die Praxis (Kitson et al., 1998, in Behrens & Langer, 2006). Nach der Implementierung sollte eine Evaluation durch die beteiligten Personen stattfinden (Mc Cormack & Manley, 2000, in Mc Cormack, C. Manley & R. Garbett, 2009).

Wie kann nach Mc Cormack, Manley & Garbett (2009) eine Entwicklung der Praxis stattfinden?

Durch die Entwicklung der Praxis werden bestimmte Aspekte der Versorgung oder der Dienstleistungen verbessert. Mittel dazu sind die Entwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten. Die Gesundheitsfachpersonen sollten in die Lage versetzt werden, die

Kultur und den Kontext der Versorgung zu verändern. Hilfreich dafür sind eine kompetente Begleitung und eine umfassende, kontinuierliche und emanzipatorische Veränderung.

Im Gegensatz zur wissenschaftlichen Praxisentwicklung, welche auf die Personenentwicklung, Wissensvermittlung und Effizienzsteigerung abzielt, hat die emanzipatorische Praxisentwicklung das soziale System, sowie die Praxis von Individuen und Gruppen im Blick. Projektbegleiterinnen und Projektbegleiter haben dabei die Aufgabe, den Praktikerinnen und Praktikern zu helfen, einengende Aspekte in der Praxis oder im System der Organisation wahrzunehmen und zu beseitigen. Es geht um die Frage, wie andere in die Lage versetzt werden können, effizienter zu lernen und zu arbeiten. Damit soll eine Lernorganisation und eine Lernkultur geschaffen werden, von der die Dienstleistungsnutzerinnen und -nutzer profitieren.

Welches sind wichtige Aspekte der Projektentwicklung?

- „Die **Klärung des Ziels** und des Vorgehens ist unverzichtbar, wenn es darum geht zu verstehen, was Praxisentwicklung ist und um eine gemeinsame Vision zu entwickeln.“ (Manley, 2000, S. 44, zitiert in Mc Cormack, Manley & Garbett, 2009).
- „Praxisentwicklung bezieht **viele verschiedene Disziplinen** mit ein und deshalb können alle professionellen Perspektiven zum Nutzen der Patientinnen und Patienten integriert werden.“ (Manley, 1997, S. 44, zitiert in Mc Cormack, Manley & Garbett, 2009). Das heisst, die Interdisziplinarität im Projekt fördern, Hebammen sowie Geburtshelferinnen und Geburtshelfer mit einzubeziehen.
- „Von zentraler Bedeutung für die Methodologie ist die **Bestimmung von Annahmen, Werten und Überzeugungen**.“ (Mc Cormack & Manley, 2009, S. 45). Der Austausch mit der Institution bezüglich deren Vorstellungen sollte deshalb im Vorfeld stattfinden.
- **Bestehende organisatorische Anknüpfungspunkte nutzen** (Behrens & Langer, 2006). Auch Einzelpersonen und kleine Gruppen können zur Einführung von Evidenzen beitragen, beispielsweise in Form eines Promoters, Prozessbegleiters oder eines Qualitätszirkels (Behrens & Langer, 2006).

- Bei der Implementierung von Evidenz in die Praxis nimmt die **Begleitung** eine Schlüsselrolle ein. Sie hilft den Personen in der Praxis neue Evidenzen zu verstehen und zu nutzen sowie den Kontext, indem die Veränderung stattfindet soll, anzupassen (Mc Cormack & Manley, 2009).

Welches Ziel verfolgt die Projektbegleitung?

Die Begleitung hat zwei Absichten: Einerseits die Realisierung bestimmter Ziele, wie beispielsweise die Implementierung neuer Standards (Morrell & Harvey, 1999, S. 119, in Mc Cormack, Manley & Garbett, 2009), andererseits die Entwicklung von Prozessen, welche eine effektive Teamarbeit ermöglichen (Morrell & Harvey, 1999, S. 119, in Mc Cormack, Manley & Garbett, 2009). Die Begleitung ist dann angemessen, wenn deren Fähigkeiten und Ziele den Erfordernissen des Systems entsprechen und bezüglich der Rolle und den Aufgabe Klarheit besteht (Mc Cormack & Manley, 2009). Der Stil der Begleitung sollte flexibel, konsistent, mit angemessener Präsenz und Unterstützung sein (Behrens & Langer, 2006).

4.1 Erarbeitung der Empfehlungen aus der Literatur

Im folgenden Abschnitt wird erläutert, nach welcher Methode bestehende externe Evidenzen zur Erhebung eines Schmerzassessments hinsichtlich der Geburt gesucht und anschliessend analysiert wurden.

Wie erfolgte die Literatursuche?

Die Literatursuche zur Erhebung der externen Evidenz erfolgte auf den Datenbanken Medline, Cochrane und dem Midwives Information and Resource Service (MIDIRS). Dies mehrmals über ein bis zwei Tage im Zeitraum vom Dezember 2010 bis April 2011.

Folgende Suchbegriffe wurden für die Literatursuche verwendet: pain, pain assessment, assessment, labour, labor, birth, intrapartum, midw*, coping

Der Suchzeitraum beschränkte sich auf die Jahre 2000 bis 2011.

Gesucht wurde nach systematischen Reviews, Artikeln, Studien und Guidelines. Liessen die Titel und Abstracts der gefundenen Werke darauf schliessen, dass diese für die Fragestellung wertvolle Inhalte bieten, wurde der Volltext gesucht und gelesen. Ein Teil der Literatur wurde über die Suchmaschine Google und durch Handsuche in den Literaturverzeichnissen von Artikeln gefunden.

Wie wurde die Literatur analysiert?

Die Analyse der Reviews beinhaltet nach Behrens und Langer (2006) folgende Aspekte:

- Wurden die einbezogenen Studien nach angemessenen Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt und sind diese relevant?
- Wie wird die Glaubwürdigkeit der Studien eingeschätzt? Ist die Beurteilung nachvollziehbar? Stimmen die Forscherinnen und Forscher in der Bewertung überein?
- Sind die Studien ähnlich und die Ergebnisse übertragbar?
- Welches sind Nutzen und Risiken der Intervention und sind die Ergebnisse für die eigene Fragestellung hilfreich?

Die Leitlinien wurden nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) anhand dem Geltungsbereich und Zweck, der Beteiligung von Interessengruppen, der Methode der Leitlinienentwicklung, der Klarheit der Gestaltung, der generellen Anwendbarkeit, der redaktionellen Unabhängigkeit und der Anwendbarkeit für die Fragestellung analysiert (AWMF, 2001).

Die Evidenzniveaubestimmung der Reviews und der Leitlinien erfolgte anhand eines Analyserasters der AWMF (2001). Bei den Reviews wurde die Verständlichkeit der Evidenzsuche, das Vermeiden von systematischen Fehlern in der Auswahl der Artikel, die Einschätzung der Validität, sowie die Erarbeitung der Schlussfolgerungen aufgrund der gewonnenen Daten und deren Analyse bewertet. Bei den Leitlinien wurde überprüft, ob diese aufgrund von schlüssiger Literatur von guter Qualität belegt sind, welche mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie einbeziehen (AWMF, 2001).

Die Analyse der qualitativen Studie erfolgte nach Steinke (1999). Es wurden die Aspekte Fragestellung, Methode, Studienteilnehmende, Ergebnisse/Theoriebildung, Diskussion und Schlussfolgerungen betrachtet. Zudem erfolgte eine Bewertung von intersubjektiver Nachvollziehbarkeit/Transparenz, Indikation der Methoden, empirischer Verankerung, Limitationen, reflektierter Subjektivität, Kohärenz/Relevanz sowie Nützlichkeit der Ergebnisse für die eigene Fragestellung (Steinke 1999).

Nach Abschluss der Literaturanalyse wurden die relevanten Aussagen zur Erarbeitung der Empfehlungen aus der Literatur verwendet.

4.2 Analyse der aktuellen Praxissituation und des Organisationskontexts

Rycroft-Malone (2009) beschreibt die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis als komplexen Prozess, der nicht allein durch die ausführenden Personen, wie Pflegende oder Hebammen, passiert. Die Übertragung einer Veränderung wird von der bürokratischen, politischen, organisationsinternen und sozialen Umgebung beeinflusst und ist nur dann erfolgreich, wenn sie vom Individuum, dem Team und der Organisation getragen wird (Rycroft-Malone, 2009). Deshalb wurde in der Analyse der Praxissituation nicht nur die aktuelle geburtshilfliche Praxis erhoben, sondern auch in welchem Kontext die Hebammen arbeiten.

Woraus besteht der Organisationskontext?

Der Kontext zeichnet sich durch die Kultur, die Führung und die Evaluation einer Organisation aus (Rycroft-Malone, 2009).

Eine starke **Kultur** bedeutet, dass es sich um eine lernende Organisation mit einer hohen Wertschätzung des Personals handelt (Behrens & Langer, 2006). Die Arbeit erfolgt Patientinnen- und Patienten zentriert und unter kontinuierlicher Weiterbildung (Behrens & Langer, 2006). Werte und Überzeugungen zeigen sich in der Kultur und stimmen mit den Rollen und Erfahrungen der Mitarbeitenden überein. Mitarbeitende sowie Klientinnen und Klienten werden geachtet (Rycroft-Malone, 2009).

Eine gute **Leitung** heisst, dass es eine klare Rollenverteilung gibt, die Teamarbeit und Organisation der Dienste wirkungsvoll ist (Behrens & Langer, 2006). Es bestehen eine transformationelle Führung, demokratische und gleichberechtigte Entscheidungsprozesse und ein entwicklungsfördernder Ansatz betreffend Lernen, Wissensvermittlung und Management (Rycroft-Malone, 2009).

Eine starke **Evaluation** kann durch kontinuierliche Audits und Feedbacks sowie eine fortlaufende interne Messung der Betreuungsqualität gewährleistet werden (Behrens & Langer, 2006). Feedback über die Arbeitsleistung erfolgt durch Individuen, das Team und die Organisation. Vielfältige Informationsquellen bezüglich der Arbeitsleistung sowie unterschiedliche Evaluationsmethoden für klinische, leistungsbezogene und ökonomische Aspekte sollten verwendet werden (Rycroft-Malone, 2009).

Wie wurde die aktuelle Praxissituation erhoben?

Um den Organisationskontext zu ermitteln wurde die leitende Hebamme des Gebärsaals zu folgenden Themen befragt: Zusammenarbeit der Berufsgruppen, Führungsstil, Zufriedenheit, Information und Empowerment der Mitarbeitenden, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Evaluation bestehender Massnahmen sowie zur Implementierung neuer Massnahmen.

Gemäss McCormack & Manley (2009) zieht die Praxisentwicklung viele verschiedene Disziplinen mit ein und es sollten alle professionellen Perspektiven zum Nutzen der Patientinnen und Patienten integriert werden. Deshalb wurden nebst neun der im Gebärsaal arbeitenden Hebammen, eine Geburtshelferin und ein Geburtshelfer sowie die leitende Anästhesistin der Geburtshilfe interviewt. Die Fragen beinhalteten das Vorgehen beim Erheben der Schmerzgeschichte und dem Umgang mit Schmerzen unter der Geburt, das Arbeitsklima, die Zufriedenheit, das Empowerment sowie die Berufserfahrung und die absolvierten Weiterbildungen. Die Befragungen erfolgten mündlich anhand eines festgelegten Interviewleitfadens mit offenen und geschlossenen Fragen. Die Interviewleitfäden sind im Anhang aufgeführt und orientieren sich an den Empfehlungen nach Höpflinger (2010).

Für weitere Informationen wurden schriftliche Informationen des Spitals und bestehende Richtlinien der Geburtenabteilung hinzugezogen.

Wie wurden die Befragungen ausgewertet?

Die Auswertung der Daten aus den Befragungen der Hebammen, der Geburtshelferin, des Geburtshelfers sowie der leitenden Anästhesistin erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003):

Die qualitative Inhaltsanalyse bietet die Möglichkeit durch Analyseregeln und Analyseschritte die Inhalte systematisch und überprüfbar zusammenzufassen. Zum ersten Schritt gehörte die Bestimmung der Analyseeinheiten. Dabei musste festgestellt werden welche Themen zusammengefasst werden sollten. Dies wurde teilweise bereits bei der Erstellung des Fragebogens gemacht. Bei der Erhebung der Interviews, wurden die Antworten paraphrasiert, wobei die Inhalte in einer knappen, beschreibenden Form festgehalten und nicht inhaltstragende Textbestandteile gestrichen wurden.

Zu Beginn der Analyse wurden durch die Generalisierung alle Paraphrasen auf ein Abstraktionsniveau gebracht. Bei der anschliessenden Reduktion wurden inhaltsgleiche Paraphrasen zusammengefasst, so dass schliesslich Kategorien entstanden sind. Danach

folgte die zweite Reduktion wobei Hauptkategorien gebildet und inhaltsgleiche Kategorien zusammengefasst wurden. Am Ende der Reduktionsphase ist es wichtig, dass überprüft wird, ob das erstellte Kategoriensystem das Ausgangsmaterial noch repräsentiert.

Das Interview mit der leitenden Hebamme und die schriftlichen Informationen des Spitals wurden pragmatisch zusammengefasst. Quantitative Daten wurden durch Häufigkeitsverteilungen dargestellt, als thematische Grundlage dafür diente Polit, Beck & Hungler (2004).

4.3 Methoden zur Evaluation der Veränderung

Bei der Evaluation der emanzipatorischen Praxisentwicklung nach Behrens & Langer (2006) werden nebst Variablen, welche die Effektivität der Neuerungen messen, auch die individuelle und kollektive Entwicklung und die Kultur berücksichtigt. Die Betroffenen in der Evaluation mit einzubeziehen hat den Vorteil, dass die partnerschaftliche Zusammenarbeit gefördert wird, da mit den Menschen gearbeitet wird und nicht an ihnen vorbei (Guba & Lincoln, 1989, S. 52, in Mc Cormack, Manley & Garbett, 2009).

Wie wird eine Evaluation der Veränderung erfolgen?

Zur Evaluation des Praxisprojekts werden nach einer dreimonatigen Pilotphase die Sichtweisen der Hebammen, der Stationsleitung sowie der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer anhand eines strukturierten Fragebogens erhoben. Die Fragen beziehen sich auf die Erfahrungen, welche sie mit dem Erhebungsinstrument bisher gemacht haben, wie hoch sie dessen Nutzen und die Handhabbarkeit einschätzen und wo sie Verbesserungsmöglichkeiten sehen. Damit auch die Sichtweise der betreuten Klientinnen erhoben werden kann, werden die Frauen nach der Geburt zur Zufriedenheit bezüglich der Schmerzbegleitung befragt. Dies erfolgt anhand eines Fragebogens.

Die Auswertung der Antworten erfolgt nach den beschriebenen Methoden der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse.

4.4 Ethische Prinzipien im Erstellen der Arbeit

Bei der Erhebung der aktuellen Praxissituation wurden ethische Prinzipien gemäss der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaft (SAMW, 2009)

berücksichtigt. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig, die Vertraulichkeit wurde ausdrücklich erwähnt, der Datenschutz gewährleistet und die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer anonymisiert.

Das erarbeitete Praxisprojekt richtet sich nach dem Ethikprinzipien von Beauchamp und Childress (2001) indem es beabsichtigt Gutes zu tun, Schaden zu vermeiden, Gerechtigkeit zu gewähren, die Würde und Autonomie der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu respektieren und die Beziehung zu professionalisieren.

5 ERGEBNISSE

Nun werden die erarbeiteten Empfehlungen aus der Literatur dargestellt, die Ergebnisse aus der Befragung der Praxis und die Kontextbedingungen erläutert. Danach erfolgt ein Vergleich zwischen den Empfehlungen aus der Literatur und der aktuellen Praxis. Daraus leitet sich schliesslich der Veränderungsbedarf ab.

5.1 Empfehlungen zum Schmerzassessment aus der Literatur

Nach der beschriebenen Literatursuche wurden 41 Abstracts gelesen, davon enthielten 11 relevante Aussagen für die Fragestellung. Nach der Volltextanalyse wurden schliesslich drei unsystematische Reviews, zwei Guidelines und eine qualitative Studie ausgewählt und für die Erhebung der Evidenz analysiert.

Welche Literatur wurde analysiert?

Die Grundlage zu den geburtshilflichen Empfehlungen bietet die Leitlinie nach NICE zur Betreuung gesunder Frauen und deren Kinder unter der Geburt. NICE ist ein Teil der Nationalen Gesundheitsorganisation Grossbritanniens und weltweit führend im Erarbeiten von Standards zur Gewährleistung eines Gesundheitswesens von hoher Qualität. Bei der Entwicklung dieser Leitlinie waren verschiedene Berufsgruppen beteiligt. Die Empfehlungen wurden aufgrund von randomisierten, kontrollierten Studien und systematischen Reviews formuliert und durch eine unabhängige Reviewgruppe überprüft.

Um spezifischere Aussagen machen zu können, wie beim Schmerzassessment vorgegangen werden sollte, wurden die Empfehlungen des Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) hinzugezogen. ICSI ist eine unabhängige Non-Profit Organisation aus Minnesota, welche Evidenz basierte Empfehlungen zur Gesundheitsbetreuung erarbeitet. Die verwendete Leitlinie bezieht sich auf die Betreuung von Personen mit

akuten Schmerzen. Stadien von akutem Schmerz sind kurz, Momente oder Stunden andauernd oder können Wochen oder Monate persistieren bis die Krankheit oder die Verletzung geheilt ist (Bonica, 1990, in ICSI, 2008). Geburtsschmerz ist eine Art von akutem Schmerz, deshalb wurde die Leitlinie als Teil der Empfehlungen mit einbezogen. Die Empfehlungen zur Schmerztherapie sind jedoch nur beschränkt auf die Geburtshilfe übertragbar. Die Leitlinie wurde aufgrund von schlüssiger Literatur guter Qualität entwickelt, dazu wurden unter anderem randomisierte, kontrollierte Studien und systematische Reviews verwendet.

Desweiteren wurde ein unsystematisches Review von Roberts, Gulliver, Fisher, Kristin & Gloyes (2010), welches einen ausführlichen Algorithmus zur Erhebung von Geburtsschmerz beinhaltet, analysiert. Roberts et al. (2010) tragen ein grosses Spektrum an geburtshilflicher Literatur zusammen und die Erkenntnisse des Reviews werden verständlich vermittelt. Zum Vorgehen bei der Literatursuche und -analyse wurden kaum Aussagen gemacht, sodass die Relevanz und Glaubwürdigkeit der Studien nicht eingeschätzt werden kann.

Die qualitative Studie von Escott, Spiby, Slade & Fraser (2004) thematisiert die Anwendung von Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Geburt. Die Erkenntnisse der Studie wurden anhand qualitativer, halb-strukturierter Interviews gewonnen. Die Analysemethode der erhobenen Daten und die Samplingstrategie wurden erläutert. Auf die Nachvollziehbarkeit, die Transparenz und die empirische Verankerung wird eingegangen.

Ergänzend wurden die unsystematischen Reviews von Mc Lafferty & Farley (2008) und Briggs (2010) in die Analyse mit einbezogen. Diese beschreiben und vergleichen verschiedene Schmerzassessmentinstrumente. Die Artikel wurden beide einem doppelblinden Review unterzogen und basieren auf Primär- und Sekundärliteratur aus verschiedensten Bereichen der Schmerztherapie. Die Inhalte der Schmerzassessments werden umfassend erläutert und deren Relevanz durch die entsprechende Literatur belegt.

Eine Übersicht über die ausgewählte Literatur ist in der folgenden Tabelle ersichtlich. Eine ausführliche Analyse der Literatur ist im Anhang angefügt.

Tabelle 1: Übersicht der ausgewählten Studien und Beurteilung des Evidenz-Levels

Nummer der Literatur	Art der Literatur	Titel	Jahr	Autoren	Inhalt	Evidenzlevel nach AWMF (2001)
1	Guideline	Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth	2007	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	Erstassessment zur Geburt Empfehlungen zum Schmerzmanagement	A
2	Guideline	Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain	2008	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Inc.	Vorgehen bei der Betreuung einer Person mit akuten Schmerzen	A
3	Unsystematischer Review	Assessing pain in patients	2008	Mc Lafferty, E. & Farley, A.	Inhalt eines Assessments zur Schmerzbeurteilung	IV
4	Unsystematischer Review	Assessment and expression of pain	2010	Briggs, E.	Inhalt eines Schmerzassessments Mögliche Erhebungsinstrumente	IV
5	Unsystematischer Review	The Coping with Labor Algorithm©	2010	Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J. & Gloyes, K.G.	Geburtshilflicher Algorithmus zur Beurteilung der Schmerzbewältigung	IV
6	Qualitative Studie	The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour	2004	Escott, D., Spiby, H., Slade, P. & Fraser, R.B.	Erkennung und Förderung von bestehenden Strategien zur Bewältigung von Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt	-

Welche Aspekte sollte ein geburtshilfliches Schmerzassessment berücksichtigen?

Beim Schmerzassessment gilt der Selbstbericht als verlässlichster Schmerzindikator (National Institutes of Health, in ICSI, 2008). Die Wahl des idealen Schmerzassessmentinstruments erleichtert die Identifikation des bestehenden Schmerzes und ist valide im Zeitablauf. Das Assessmentinstrument sollte unabhängig von Alter, Ethnie, Glauben, sozioökonomischem, psychologischem oder emotionalem Hintergrund anwendbar sein und die Betreuungsperson in dessen Anwendung unterrichtet werden (ICSI, 2008).

NICE (2007) empfiehlt beim Erstassessment der Frau geburtshilfliche Aspekte wie vaginale Abgänge, Vitalzeichen, Kontraktionen und fetale Herzfrequenz, Uteruston und eventuell einen vaginalen Befund zu erheben. Es wird beschrieben, dass ein Schmerzassessment gemacht werden soll, welches den aktuellen Schmerz, die Wünsche für den Umgang mit dem Geburtsschmerz und der Schmerzerleichterung beinhaltet. Die Schmerzintensität sollte nicht routinemässig mittels einer numerischen Schmerzskala erhoben werden. Empfehlungen zur Erhebungsform und zum Zeitpunkt des Erstassessments werden keine gegeben (NICE, 2007).

Beim Schmerzassessment sollte nach ICSI (2008) zuerst eine Anamnese erfolgen. Diese enthält die aktuelle Krankheit, Medikamenteneinnahme, Medikamentenallergien, frühere Behandlungen, die soziale Anamnese sowie die Schmerzgeschichte mit Beginn, Dauer, Qualität und Charakter des Schmerzes. Erleichternde oder verschlimmernde Faktoren werden ermittelt und die Schmerzintensität eingeschätzt. Dazu kommen Beobachtung von Schmerzäusserungen, das Messen von Vitalzeichen und die Untersuchung der schmerzenden Körperregion (ICSI, 2008).

Mc Lafferty & Farley (2008) präzisieren den Inhalt der Schmerzassessments und liefern konkrete Beispiele zur Erhebung. In der Tabelle 2 werden diese dargestellt.

Tabelle 2: Inhalt des Schmerzassessments nach Mc Lafferty & Farley (2008)

Aspekt	Erhebung
Lokalisation	Ursprung und Ausstrahlung des Schmerzes erheben.
Intensität	Erhebung durch visuelle Analogskala, verbale Rating-Skala oder eine numerische Rating-Skala.
Art und Qualität	Beschreibung des Schmerzes durch die Person.
Dauer	Konstanter, intermittierender oder zu bestimmten Zeiten auftretender Schmerz?
Erleichternde und	Bereits angewandte Bewältigungsstrategien und deren Wirkung. Beispiele

verschlimmernde Faktoren	sind Wärme, Kälte, Bewegung, Medikamente.
Auswirkungen auf die Funktion	Auswirkungen des Schmerzes, beispielsweise verminderte Mobilität, Schlafmangel, verminderte Nahrungseinnahme.
Schmerzäusserungen	Beobachtung von verbalen und non-verbalen Schmerzäusserungen wie stöhnen, schreien. Ausprägungen können sehr unterschiedlich sein.
Vitalzeichen	Messen von Blutdruck und Puls, da diese unter Schmerzen oft steigen. Dies kann jedoch auch aus anderen Faktoren resultieren.

Warum sollen Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Geburt erhoben werden?

Escott et al. (2004) beschreiben, dass erstgebärende Frauen bereits in der Schwangerschaft über ein breites Repertoire an bisher angewandten Strategien zur Bewältigung von Angst und Schmerzen verfügen. Es besteht eine grosse Ähnlichkeit zwischen allgemein angewendeten Strategien zur Bewältigung von Angst und Schmerz und den unter der Geburt angewendeten. Es ist sinnvoll, die Frau darin zu unterstützen bisherige Bewältigungsstrategien zu identifizieren, da diese potentiell unter der Geburt zur Bewältigung von Angst und Schmerzen angewendet werden können. Positive Strategien sollten dabei gefördert und Alternativen für negative Strategien gefunden werden. Auch Frauen, die keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, wenden unter der Geburt ein breites Spektrum an Copingstrategien an (Escott et al. 2004).

Welche Bewältigungsstrategien können unter der Geburt angewendet werden?

In der qualitativen Studie von Escott et al. (2004) wurden zur Bewältigung von Schmerz oder Angst unter der Geburt folgende Bewältigungsstrategien als hilfreich beschrieben:

Gedanken

- Sich sagen, dass man es schafft. Sich selber zum Weitermachen ermuntern
- Denken, dass der Schmerz nicht mehr lange dauern wird
- An andere denken, die den Schmerz bewältigt haben
- Ablenkung wie zählen oder Gedanken, die nichts mit der Geburt zu tun haben

Verhalten

- Unterschiedliche Positionen und Bewegung
- Atmung, Drücken, Massage, Wärmeanwendung
- Ablenkung durch umhergehen, Musik, Radio, mit anderen sprechen

- Vokalisierung wie stöhnen, summen

Weiter nennen Escott et al. (2004) die Unterstützung und Ermutigung durch die Mitmenschen und das Vertrauen in die Fähigkeiten der Betreuungspersonen als hilfreich.

Als nicht hilfreiche Gedanken zur Angstbewältigung beschreiben Escott et al. (2004) die Ungewissheit, wie beispielsweise Zweifel, ob es dem Kind gut geht, und das Gefühl, die Geburt nicht bewältigen zu können. Im Umgang mit dem Schmerz wurden insbesondere Gedanken wie, dass sich der Schmerz verschlimmert oder noch lange dauern wird, als negativ empfunden (Escott et al., 2004).

Wie kann erhoben werden, ob die Frau mit der Geburt zurecht kommt?

Es sollen Veränderungen und Zeichen beobachtet werden, welche darauf hinweisen, dass die Frau den Schmerz bewältigen kann. Dies sind nach Roberts et al. (2010):

- Die Frau sagt, dass sie mit dem Schmerz zurecht kommt
- Rhythmische Bewegungen während den Wehen
- Entspannung zwischen den Wehen
- Nach innen fokussiert sein
- Rhythmische Atmung
- Vokalisation (Stöhnen, zählen, singen)

Als Zeichen, die darauf hinweisen, dass die Frau den Schmerz nicht bewältigen kann beschreiben Roberts et al. (2010) folgende:

- Die Frau sagt, dass sie nicht mehr mit dem Schmerz zurecht kommt
- Schreien, Weinen, zitternde Stimme
- Unfähigkeit sich nach innen zu fokussieren
- Panik während den Wehen
- Nervosität, Verkrampfung, Verspannung
- Verschwitzt sein
- Sich im Bett winden und zusammenfahren, kratzen, beißen

Wie sollte die Wahl der angemessenen Schmerzerleichterung erfolgen?

Die Wahl der Schmerzerleichterung ist vielfältig und betrifft häufig mehrere Disziplinen (ICSI, 2008). Die Entscheidung der Frau bezüglich schmerzerleichternder Massnahmen soll durch die Betreuungsperson unterstützt werden (NICE, 2007). Zudem ist es ihre Aufgabe, die Frau zu ermutigen, jederzeit bei Bedarf nach Möglichkeiten zur Schmerzerleichterung zu fragen (NICE, 2007).

Roberts et al. (2010) beschreiben drei mögliche Ansatzpunkte der Schmerzerleichterung. Diese werden den Bedürfnissen der Frau angepasst und können parallel eingesetzt werden:

- Adäquate Umgebung herstellen dabei Licht, Musik, Stimmung, Geruch oder Temperatur verändern.
- Ursache des Schmerzes klären. Schmerzen können auch durch Angst und/oder Erfahrungen mit sexueller Gewalt entstehen.
- Wahl von pharmakologischer oder nicht-pharmakologischer Schmerzbehandlung durch die Frau.

Die Zufriedenheit bezüglich der Schmerztherapie kann mit nicht-pharmakologischen Ansätzen verbessert werden (ICSI, 2008). Auch NICE (2007) empfiehlt die Anwendung nicht-pharmakologischer Massnahmen wie Wasser, Atmungs- und Entspannungstechniken zu fördern. Roberts et al. (2010) befürworten zudem die Anwendung von warmen oder kalten Wickeln, Massage, Positionswechsel und den Geburtsball.

Wünscht die Frau pharmakologische Unterstützung, soll je nach Situation und spitalinternen Richtlinien ein intravenöses Medikament verabreicht oder eine Epiduralanästhesie angewendet werden (Roberts et al., 2010). Zur pharmakologischen Schmerztherapie empfiehlt NICE (2007) die Medikamente Etonox, Opioide wie Pethidine und Diamorphine, anzubieten. Auf deren limitierte Schmerzerleichterung und mögliche Nebenwirkungen sollte hingewiesen werden. Vor der Anwendung der Epiduralanästhesie sollte eine Information der Gebärenden über deren Effektivität und möglichen Auswirkungen auf den Geburtsverlauf erfolgen (NICE, 2007).

Wie sollte die Evaluation der Schmerzerleichterung erfolgen?

In der Evaluation wird ermittelt, ob eine ausreichende Schmerzlinderung besteht, zudem werden mögliche Nebenwirkungen erhoben (ICSI, 2008). Nach Roberts et al. (2010) werden in der Evaluation die Punkte, welche darauf hinweisen, ob eine Frau mit der Geburt

zurechtkommt, beurteilt. Die Frau soll gefragt werden: „Kommen Sie mit der Geburt zurecht?“, damit keine Fokussierung auf den Schmerz stattfindet (Roberts et al., 2010). Es soll ermittelt werden, ob die Frau mit dem aktuellen Schmerz wieder umgehen kann oder ob weitere Massnahmen getroffen werden müssen. Nach Roberts et al. (2010) wird diese Beurteilung alle 15-30 Minuten durchgeführt.

Briggs (2010) empfiehlt eine Beurteilung des Schmerzes bei Aufnahme, nach interner Verlegung, bei jeder neuen Schmerzäusserung, nach analgetischer Medikation, (5-10 Minuten nach intravenöser Verabreichung, 30-60 Minuten nach oraler Verabreichung) und regelmässig nach schmerzhaften Interventionen. ICSI (2008) empfehlen ein erneutes Schmerzassessment erst nach 30 Minuten bei parenteraler Schmerzmedikation, 60 Minuten nach oraler Schmerzmedikation und zwischen 30 und 60 Minuten nach Beginn einer nicht-pharmakologischen Intervention.

Wie sollten die Ergebnisse des Schmerzassessments dokumentiert werden?

Um den Verlauf der Schmerzen und den Erfolg der schmerzerleichternden Massnahmen beurteilen zu können betont Briggs (2010) die Bedeutsamkeit einer klaren Dokumentation der Ergebnisse. Durch einheitliche Dokumentation wird nicht nur die Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erleichtert, sondern auch rechtlichen und professionellen Ansprüchen Rechnung getragen. Zudem sollte eine Verknüpfung zwischen den Assessmentresultaten und der Entscheidung bezüglich der weiteren Interventionen stattfinden (Briggs, 2010).

5.2 Ergebnisse aus der Analyse der aktuellen Praxissituation

Die aktuelle Praxissituation wurde mittels öffentlichen Publikationen des Spitals, Interviews mit der leitenden Hebamme, einer Gynäkologin und einem Gynäkologen, der leitenden Anästhesistin der Geburtshilfe und neun der im Gebärsaal arbeitenden Hebammen ermittelt.

Welche Aussagen können aus der Befragung der leitenden Hebamme und öffentlichen Publikationen des Spitals gemacht werden?

Beim ausgewählten Praxisort handelt es sich um ein Privatspital, welches seit 2002 einer Schweiz weiten Privatklinikgruppe angehört und in einen internationalen Spitalverband eingebunden ist. Das Spital wird vom Direktor, dessen Stellvertreter sowie einem Pflegedienstleiter geleitet. Die Klinik umfasst 9 Abteilungen sowie den Gebärsaal und die Dialyse. In der Unternehmensphilosophie wird auf ein breites Spektrum von Dienstleistungen,

moderne Infrastruktur und die medizinische Fachkompetenz mit zertifizierter Pflege Wert gelegt. Die Klinik arbeitet ausschliesslich mit Belegärztinnen und Belegärzten zusammen. Der Vorteil des Belegarztsystems wird darin beschrieben, dass die Klientin oder der Klient die Ärztin oder den Arzt des Vertrauens frei wählen kann.

Qualität: Die Klinikgruppe ist seit 2009 gemäss der International Organization for Standardization (ISO) zertifiziert. Die ISO-Norm beschreibt modellhaft das gesamte Qualitätsmanagementsystem. Jährlich wird ein Qualitätsbericht verfasst, welcher öffentlich zugänglich ist. Um die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit zu erheben, finden regelmässig telefonische Befragungen durch eine unabhängige externe Fachstelle statt.

Das Spital wurde vom United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) als stillfreundliche Klinik zertifiziert. Zum Fehlermanagement stehen das Critical incidences reporting system (CIRS) und Fallbesprechungen an den Teamsitzungen zur Verfügung. Es wird eine Geburtenstatistik geführt, welche verschiedene Outcomes festhält. Die Pflegedokumentation jeder Hebamme wird einmal pro Jahr stichprobenmässig durch eine externe Stelle analysiert.

Um den interdisziplinären Austausch zu fördern, trifft sich die Fachgruppe Gynäkologie dreimal jährlich um aktuelle Themen zu besprechen. Diese besteht aus zwei Geburtshelfern, zwei Anästhesistinnen, der leitenden Hebamme und der Hebamme mit höherer Fachausbildung (HöFa).

Geburtshilfliches Angebot: Die Klinik verzeichnete im Kalenderjahr 2010 erstmals mehr als 1'000 Geburten. Im Gebärsaal arbeiten 18 Hebammen mit total 1'200 Stellenprozenten, 19 Belegärztinnen und Belegärzte, maximal eine studierende Hebamme der Berner Fachhochschule Gesundheit Bern und zwei Praktikantinnen. Es arbeiten jeweils zwei Hebammen pro Dienst.

Die Klinik bietet regelmässig Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsgymnastik, geburtsvorbereitende Akupunktur, und Infoveranstaltungen für werdende Eltern an. Zudem können Kurse zu Babymassage und Babypflegekurse besucht werden.

Unter der Geburt besteht die Möglichkeit zur Akupunktur und Homöopathie, falls die betreuende Hebamme über die nötige Ausbildung verfügt. Zur Schmerzlinderung werden verschiedene Medikamente angeboten, beispielsweise Buscopan und Tramal intravenös oder als Suppositorien, Remifentanyl intravenös über eine Pumpe als patientenkontrollierte Analgesie, die Epiduralanästhesie und die kombinierte spinale und epidurale Anästhesie.

Die Geburtsstation umfasst drei Gebärsäle und ein Untersuchungszimmer. Die Gebärsäle sind alle mit einer Badewanne ausgestattet. Maya-Hocker, Gymnastikbälle und Matten sind je zwei Exemplare vorhanden. Zur Verbesserung der Infrastruktur würde sich die leitende Hebamme einen vierten Gebärsaal wünschen.

Aus- und Weiterbildung: Die Hebammen besuchen jährlich einen Erwachsenen- und Kinderreanimationskurs. Zudem bietet das Spital Computerkurse an. Die leitende Hebamme organisiert zweimal pro Jahr eine interne Weiterbildung zu geburtshilflichen Themen wie Präeklampsie oder Atemnotsyndrom beim Neugeborenen, welche durch Fachärztinnen und Fachärzte geleitet werden.

Zur Förderung externer Weiterbildungen steht dem Team des Gebärsaals ein Jahresbudget zur Verfügung. Hebammen, welche sich für eine Weiterbildung interessieren, können beim jährlichen Mitarbeiterinnengespräch einen Antrag an die leitende Hebamme stellen. Diese entscheidet dann zusammen mit dem Pflegedienstleiter, welche Weiterbildungen genehmigt werden. Durchschnittlich sind zwei grössere Ausbildungen wie „Akupunktur in der Geburtshilfe“ und mehrere kleinere Weiterbildungen, die tageweise stattfinden, pro Jahr und Team möglich.

Implementierung neuer Massnahmen: Der Input für die Implementierung neuer Massnahmen erfolgt entweder durch die Hebammen, die Ärztinnen und Ärzte oder durch die Spitalleitung. Anschliessend wird die Idee durch eine Gruppe von Hebammen oder von der Fachgruppe Gynäkologie bearbeitet und an einer Teamsitzung vorgestellt. Nach einer festgelegten Testphase wird die Neuerung evaluiert daraufhin erfolgt die definitive Einführung.

Erleichtert wird die Einführung dann, wenn die neue Massnahme sinnvoll, notwendig und praktisch anwendbar ist. Die Offenheit des Personals ist für die Implementierung neuer Massnahmen förderlich. Schwierigkeiten entstehen dann, wenn die Neuerungen nicht von den Mitarbeitenden getragen werden oder die finanziellen Mittel nicht verfügbar sind. Die Einführung braucht zudem viel Zeit.

Leitung: Da die leitende Hebamme selbst auch im Gebärsaal arbeitet, ist sie eng im Team eingebunden. Wichtig ist ihr dabei eine offene Kommunikation, damit kritische Situationen besprochen werden und ein ständiger Austausch stattfindet. Weiter legt sie Wert auf Kontinuität, Qualität, einen klaren Umgang, gute Stimmung und Ordnung. Die befragten

Hebammen beschreiben den Führungsstil der leitenden Hebamme als unterstützend und kollegial. Probleme werden meist direkt angesprochen.

Evaluation: Die Hebammen des Gebärsaals werden monatlich an den Teamsitzungen über Neuigkeiten informiert, dabei wird ein Sitzungsprotokoll verfasst. Neue Weisungen werden in einem speziell vorgesehenen Ordner abgelegt. Zur Förderung des Austauschs zwischen Gebärsaal und Wochenbett finden jährlich vier gemeinsame Teamsitzungen statt.

Die Hebammen erhalten am jährlichen Mitarbeiterinnengespräch durch die leitende Hebamme ein Feedback bezüglich ihrer Arbeit. Massnahmen zum Empowerment der Hebammen erfolgt durch eine wertschätzende Haltung und positives Feedback der Stationsleitung, wie beispielsweise „ich bin froh, dass du in meinem Team bist“. Lohnerhöhungen durch die Spitalleitung und günstige Verpflegungsmöglichkeit sind für das Arbeitsklima förderlich.

Welche Aussagen konnten aus der Analyse der Interviews zur aktuellen Praxissituation gemacht werden?

Nach persönlicher Ansprache waren neun Hebammen bereit beim Interview teil zu nehmen. Zudem wurden eine Geburtshelferin und ein Geburtshelfer sowie die leitende Anästhesistin der Geburtshilfe befragt. Den Berufsgruppen wurden ähnliche Fragen gestellt, diese jedoch ihrem Arbeitsfeld angepasst. Die Interviews wurden während der Arbeitszeit persönlich und auf Wunsch der Hebammen teilweise am Telefon durchgeführt.

Bei der Analyse der Befragungen konnten fünf Hauptkategorien gebildet werden, in welche sich die verschiedenen Ergebnisse eingliedern liessen. Diese sind Berufserfahrung, Arbeitsbedingungen, Erheben der Schmerzgeschichte, Schmerzerhebung unter der Geburt und persönliche Haltung zum Geburtsschmerz und den Umgang damit. Die Hauptkategorien liessen sich aus sechzehn Unterkategorien ableiten, deren Ergebnisse nun zusammenfassend beschrieben werden.

Berufserfahrung: Die Hebammen verfügen über eine Berufserfahrung zwischen zwei und zweiundzwanzig Jahren und arbeiten seit zwei bis zwölf Jahren in diesem Gebärsaal. Davon sind vier Hebammen zu neunzig bis hundert Prozent angestellt, fünf zwischen vierzig bis siebzig Prozent. Die befragte Geburtshelferin verfügt über fünfzehn, der befragte Geburtshelfer über sechsundzwanzig Jahre Berufserfahrung und sie arbeiten seit fünf und neunzehn Jahren in der Praxisinstitution. Sie begleiten pro Jahr 80 und 140 Geburten. Die Anästhesistin arbeitet seit zweieinhalb Jahren in diesem Spital und hat neunzehn Jahre Berufserfahrung.

Das **Arbeitsklima** wird sowohl von der Geburtshelferin und dem Geburtshelfer, wie auch von den Hebammen als gut bis sehr gut beschrieben. Die Anästhesistin beschreibt das Arbeitsklima als unterschiedlich. Die leitende Hebamme beschreibt die Zusammenarbeit und den Austausch als emotional, freundschaftlich und wohlwollend. Fehler werden kommuniziert, Konflikte entstehen in erster Linie durch Stress und belasten das Verhältnis zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Die Arbeitsbelastung wird von vier Hebammen als angemessen eingestuft, zwei empfinden diese als hoch. Die restlichen drei Hebammen machen auf die unterschiedliche Belastung je nach Arbeitsanfall aufmerksam.

„Es ist unterschiedlich, wir geben zwischen 20 bis 120 Prozent aber es gleicht sich wieder aus.“ (18.4.1).

Die Zusammenarbeit zwischen den Hebammen wird ausnahmslos als gut und unterstützend beschrieben. Bezüglich der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten wird von den Hebammen viermal die Aussage gemacht, dass grosse Unterschiede bestehen. Die restlichen Hebammen erleben diese als gut und konstruktiv. Die Ärztinnen und der Arzt beschreiben die Zusammenarbeit als gut, erwähnen aber, dass es auch Machtkämpfe gibt.

Die persönliche **Einstellung zum Geburtsschmerz** wird sehr unterschiedlich beschrieben. Jeweils zwei Hebammen äussern, dass der Schmerz etwas Natürliches ist, er sich sehr individuell unterscheidet oder dass es ein enorm intensiver Schmerz ist. Drei Hebammen empfinden den Geburtsschmerz als nicht notwendig.

„Geburtsschmerz ist ein unendlich starker Schmerz, den jede Frau anders erlebt.“ (13.4.1).

„Ich bin von dem Ehrgeiz abgekommen, das eine Frau ohne nichts gebären muss und begrüsse die Entwicklung in der Schmerztherapie. Die christliche Denkweise „du musst unter Schmerzen gebären“ ist definitiv nicht mehr aktuell.“ (16.3.5-16.3.7).

Zwei Hebammen sagen, dass Medikamente nützlich sein können. Zwei der Hebammen vertreten die Meinung, dass Medikamente die Bindung zwischen Mutter und Kind negativ beeinflussen können. Die Gynäkologen sagen beide, dass der Schmerz ein Teil der Geburt ist, aber nicht unbedingt ausgehalten werden muss.

Erhebung der Anamnese: Die Hälfte der Erstkontakte mit der Klientin erfolgen in einer Schwangerschaftskontrolle, die restlichen unter der Geburt. Falls zeitlich möglich, wird die Anamnese beim ersten Kontakt durchgeführt. Dabei geben fünf Hebammen an, dass ihnen

zum Erheben der Anamnese 15-30 Minuten zur Verfügung stehen, zwei geben 30-60 Minuten an. Jedoch bestehen je nach Arbeitsbelastung grosse Unterschiede. Die meisten Hebammen orientieren sich beim Erheben der Anamnese am vorhandenen Leitfaden. Weiter wird die persönliche Erfahrungen der Hebammen, das bestehende Partogramm und die Interessen der Frau beim Erheben der Anamnese mit einbezogen. In der Tabelle 3 wird aufgeführt, welche Fragen durch die Hebammen in der Anamnese zum Thema Schmerz gestellt werden. Dabei gilt „N“ als die Gesamtheit der befragten Hebammen und „n“ als die Anzahl der Hebammen, welche die jeweilige Antwort gegeben haben.

Tabelle 3: Fragen welche in der Anamnese zum Thema Schmerz gestellt werden

Themen	Nennungen Hebammen (N=9)
Wünsche und Vorstellungen zur Geburt	6
Dysmenorrhö	4
Schmerzerfahrungen bei vorangehenden Geburten	3
Frühere Operationen/ Unfälle	2
Allgemeiner Umgang mit Schmerz	1

Der Geburtshelfer und die Anästhesistin gehen in ihrer Anamnese nicht gezielt auf den Schmerz ein. Die Geburtshelferin bespricht mit der Klientin vorangehende Geburtserfahrungen, zeigt ihr verschiedene Möglichkeiten zur Schmerztherapie auf und gibt ihr weitere Informationen ab.

Sechs der Hebammen wünschen sich nichts, um das Thema Schmerz in der Anamnese erheben zu können. Je eine Hebamme könnte sich eine spezielle Rubrik zum Thema Schmerz, eine strukturierte Anamnese mit Kreuzen oder spezifische Fragen vorstellen. Vier Hebammen äusserten explizit, dass sie das Thema Schmerz absichtlich nicht erfragen, da sonst zu viel Gewicht auf das Thema gelegt wird.

„Ich will die Frau nicht auf den Schmerz fokussieren, insbesondere bei Erstgebärenden sollte der Schmerz nicht linguistisch programmiert werden.“
(8.6.1).

Den Umgang mit Schmerzen unter der Geburt erheben: Die folgende Tabelle beinhaltet die genannten Möglichkeiten, um fest zu stellen, ob die Frau mit der Geburt zurechtkommt.

Tabelle 4: Antworten auf die Frage; „Wie stellen sie fest, ob die Frau mit dem Geburtsschmerz umgehen kann?“

	Hebammen (N=9)	Gynäkologie (N=2)	Anästhesie (N=1)
Erhebungsform			
Kommunikation:			
- Erfragen durch die Hebamme	5		
- Äusserungen der Frau	4	1	
- VAS	3		
- VAS nur bei PCA/EDA	3		
Visuelle Beurteilung:			
- Atmung	5		
- Spannung/Entspannung	4		1
- Gesichtsausdruck	1		
Emotionen:			
- Gemütszustand	4		
- Selbstkontrolle der Frau	2		
- Umgang des Paares	1		
Begleitung:			
- Erfahrung der Hebamme	1		
- Veränderungen im Verlauf	1		
Untersuchungen:			
- Geburtsfortschritt	2	1	
- Uterustonus	1		

Falls keine mündliche Verständigung mit der Frau möglich ist, wird vermehrt das non-verbale Verhalten beobachtet wie Erholung in der Wehenpause, Atmung, Kontrollverlust, Verkrampfung und Schmerzäusserungen.

Die folgende Tabelle zeigt, wie festgestellt wird, dass die Frau nicht mehr mit der Geburt zurechtkommt.

Tabelle 5: Antworten auf die Frage: "Wie stellen sie fest, dass eine Frau nicht mehr mit dem Geburtsschmerz umgehen kann?"

Aspekt	Hebammen (N=9)	Gynäkologie (N=2)	Anästhesie (N=1)
Verbale Äusserungen	4	2	
Verkrampfung	2		2
Kontrollverlust	2		
Keine Erholung in der Wehenpause	2		
Versagen der Bewältigungsstrategien	2		
Geburtshilfliche Befunde	1		1

Schwierigkeiten bei der Erhebung des Geburtsschmerzes sehen fünf Hebammen in Verständigungsproblemen und Kulturunterschieden, vier Hebammen in der Individualität des Geburtsschmerzes und drei Hebammen beschreiben die mangelnde Zeit als Problemfaktor. Vier Hebammen wie auch der Geburtshelfer äussern, dass es schwierig ist, wenn sich die Frau selbst unter Druck setzt ohne Schmerzmittel gebären zu wollen und diese deshalb ablehnt.

Fragt die Gebärende, ob sie etwas gegen die Schmerzen haben kann, führt entweder die zuständige Geburtshelferin, der zuständige Geburtshelfer oder die betreuende Hebamme eine Standortbestimmung durch und bespricht anschliessend die verschiedenen Möglichkeiten mit der Frau. Dabei werden unterschiedliche Schwerpunkte gelegt:

„Ich frage, ob sie sich etwas Konkretes vorstellt, wende zuerst Alternativmedizin wie Massage und warme Bettflaschen an, dann Zäpfchen und später PCA oder PDA.“ (14.8.1).

„Ich frage, welche Anwendungen bei früheren Geburten geholfen haben.“ (14.7.3)

„Ich biete den Frauen gerne frühzeitig etwas an, da es eine Weile dauert, bis die PCA installiert ist oder die PDA sitzt.“ (14.3.1).

Die Mehrheit der Hebammen sowie die Geburtshelferin und der Geburtshelfer wünschen sich nichts für die Erhebung des Umgangs mit dem Schmerz unter der Geburt. Als hilfreich wurde je einmal mehr Zeit, einen früheren Kontakt mit der Klientin oder bessere Information der Gebärenden genannt.

„Es wäre schön ein Wundermittel zu haben, das einem zeigt, wo die Frau steht, dies ist jedoch wohl kaum möglich.“ (15.9.1).

5.3 Vergleich der Praxissituation mit den Empfehlungen aus der Literatur

In der folgenden Tabelle werden die Empfehlungen aus der Literatur mit der Praxissituation verglichen und der Veränderungsbedarf daraus hergeleitet.

Tabelle 6: Vergleich der Empfehlungen aus der Literatur mit der aktuellen Praxissituation

Anwendungsbereich	Empfehlung und Nummer der Literatur (siehe Tabelle 1)	Aktuelle Praxis (N=9)	Veränderungsbedarf
Anamnese in der Schwangerschaft	Bisherige Bewältigung erkennen, positive Strategien fördern, Alternativen für negative Strategien finden, Wünsche erfragen (Nr.1 und 6)	Erstkontakt zu 50% in Schwangerschaft, bisherige Bewältigung von Schmerz wird selten erfragt (n=1)	Bisherige Bewältigungsstrategien in der Schwangerschaft thematisieren, Wünsche erfragen
Inhalte des Schmerzassessments	<p>Erstassessment (Nr. 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • geburtshilfliche Aspekte (vaginale Abgänge, Vitalzeichen, Kontraktionen, fetale Herzfrequenz, Uterustonius, eventuell vaginaler Befund) • aktueller Schmerz • Wünsche bezüglich Schmerzerleichterung • Wünsche bezüglich Umgang mit Schmerz <p>Erhebung von (Nr. 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation und Intensität • Art, Qualität und Dauer • Erleichternd und verschlimmernde Faktoren • Auswirkungen auf die Funktion • Schmerzäußerungen 	<p>Erhoben wird in der Anamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wünsche und Vorstellungen zur Geburt (n=6) • Dysmenorrhö (n=4) • Schmerzerfahrungen bei vorangehenden Geburten (n=3) • Frühere Operationen/ Unfälle (n=2) • Allgemeiner Umgang mit Schmerz (n=1) <p>Unter der Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensität durch VAS (n=3) • VAS nur bei EDA/PCA (n=3) • Schmerzäußerungen (n=4) • Befragung der Frau (n=5) • Bei jeder Geburt: Beurteilung von vaginalen Abgängen, Vitalzeichen, Wehendauer und Frequenz, fetaler Herzfrequenz, vaginaler Untersuch 	Schmerzassessment durch die fehlenden Inhalte ergänzen. Erhebung standardisieren, sodass alle Hebammen die empfohlenen Aspekte erheben.

Wirkungsvolle Schmerzbewältigung	Hinweise, dass die Frau mit der Geburt zurechtkommt, erheben. (Nr.5)	Erhebung erfolgt durch Kommunikation, visuelle Beurteilung, beachten der Emotionen, Begleitung und Untersuchungen.	Erhebung standardisieren, da diese in unterschiedlichem Umfang erfolgt
Nicht-wirkungsvolle Schmerzbewältigung	Hinweise, dass die Frau nicht mehr mit der Geburt zurechtkommt, erheben (Nr.5)	Verbale Äusserungen (n=4), Verkrampfung (n=2), Kontrollverlust (n=2), Erholung in Wehenpause (n=2), Versagen von Bewältigungsstrategien (n=2) und geburtshilfliche Befunde (n=1) werden beachtet.	Erhebung standardisieren, da diese in unterschiedlichem Umfang erfolgt
Nicht-pharmakologische Schmerzerleichterung	Wasser, Atmungs- und Entspannungstechniken (Nr.1), warme oder kalte Wickel, Massage, Positionswechsel, Geburtsball (Nr. 5)	Badewanne, Geburtsbälle, Wärmeflaschen und Coldpacks sind vorhanden. Häufigkeit nicht-pharmakologischer Anwendungen wurde nicht erhoben.	Anwendungen weiter fördern
Pharmakologische Schmerzerleichterung	Angebot an (Nr.1) <ul style="list-style-type: none"> • Inhalationsanalgesie (Etonox) • Opioid intramuskulär (i.m.) oder intravenös (i.v.) • EDA/ kombinierte spinale und epidurale Anästhesie. 	Angewendet werden Tramal und Buscopan i.v. oder als Suppositorium, Remifentanil als PCIA, EDA und kombinierte spinale und epidurale Anästhesie.	Angebot den Empfehlungen anpassen
Evaluation und Dokumentation	Beurteilung alle 15-30 min. (Nr. 5) Unterschiedliche Empfehlungen nach Interventionen (Nr. 2 und 3)	Beurteilung und Dokumentation der Schmerzintensität durch VAS bei Anwendung der PCIA-Pumpe oder EDA/kombinierte spinale und epidurale Anästhesie.	Evaluation und Dokumentation bei jeder Geburt

6 DISKUSSION

Schmerz ist seit Menschengedenken ein fester Bestandteil jeder Geburt. Im Laufe der medizinischen Entwicklung wurde ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Schmerzerleichterung unter der Geburt entwickelt. Die Anwendung von pharmakologischen Massnahmen zur Schmerzreduktion gehört heute zum geburtshilflichen Alltag. Es ist deshalb umso erstaunlicher, dass kaum Standards gefunden werden konnten, welche die Schmerzbegleitung in der Geburtshilfe beschreiben.

Der Umgang mit dem Geburtsschmerz wird breit diskutiert. Medienbeiträge, Schwangerschaftsratgeber, Internetforen, Informationsveranstaltungen und Geburtsvorbereitungskurse behandeln die verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzerleichterung unter der Geburt. Daraus folgt, dass sich kaum eine Schwangere im Vorfeld der Geburt nicht mit dieser Thematik befasst. Es ist deshalb sinnvoll bestehende Wünsche und Vorstellungen bezüglich des Umgangs mit dem Schmerz zu erfragen.

Um die Erhebung der Schmerzassessments in der Schwangerschaft und das Vorgehen in der Schmerzbegleitung unter der Geburt zu professionalisieren wurde ein Algorithmus entwickelt, welcher anschliessend beschrieben wird. Welche Bedeutung die Einführung des Algorithmus für die Hebammenarbeit und das Erleben der Gebärenden hat, wird diskutiert und dessen Limitationen aufgezeigt. Zuerst werden die zu Beginn der Arbeit formulierten Fragestellungen erneut aufgegriffen und Antworten dazu diskutiert.

1. Wie kann der Umgang mit dem Geburtsschmerz erhoben werden?

Geburtsschmerz ist ein multidimensionales Erlebnis und wird von Frau zu Frau unterschiedlich empfunden und ist Teil eines physiologischen Prozesses (Lowe, 2002). Dessen Erhebung sollte durch ein umfassendes Assessment erfolgen, welches sich nicht nur auf die Schmerzintensität beschränkt oder das Ziel verfolgt, den Schmerz auszuschalten. Empfehlungen, wie der Umgang mit Schmerzen unter der Geburt erhoben werden sollten, sind schwierig zu finden. Zur Erarbeitung der Empfehlungen wurde deshalb auch Literatur mit einbezogen, welche sich auf die professionelle Erhebung von akuten Schmerzen bezieht. Die verwendete Literatur lässt sich nicht eins zu eins auf die Geburtshilfe übertragen, deshalb sollten die daraus gewonnenen Empfehlungen kritisch hinterfragt werden. Dennoch liefern sie wertvolle Anhaltspunkte, welche Aspekte in einem professionellen Schmerzassessment erhoben werden sollten.

2. Wie wird am Praxisort der Umgang mit dem Geburtsschmerz erhoben?

Nur bei der Hälfte der Frauen findet der Erstkontakt mit der Hebamme in der Schwangerschaft statt. In der Anamnese werden dabei bisherige Bewältigungsstrategien kaum erhoben, auf frühere Schmerzerlebnisse wird nur teilweise eingegangen. Die Schmerzbewältigung unter der Geburt wird durch die Hebammen aufgrund von ihren Erfahrungen erhoben und interpretiert. Es bestehen jedoch individuelle Unterschiede, betreffend Umfang und Inhalt des Schmerzassessments sowie im Vorgehen bei der Schmerzbegleitung.

Da nur die Hälfte der Hebammen am Interview teilgenommen haben, lassen sich die Ergebnisse nicht vollumfänglich auf die aktuelle Praxisinstitution übertragen. Von den insgesamt 19 Belegärztinnen und Belegärzten wurden lediglich eine Ärztin und ein Arzt befragt. Deren Aussagen geben deshalb lediglich Hinweise auf mögliche Vorgehensweisen.

3. Bestehen Unterschiede zwischen dem Vorgehen am Praxisort und den erarbeiteten Empfehlungen?

Escott et al. (2004) empfehlen die bestehenden Bewältigungsstrategien der Frau bereits in der Schwangerschaft zu erheben, da diese unter der Geburt potentiell im Umgang mit Angst und Schmerzen angewendet werden können. In der beschriebenen Praxisinstitution ist dies jedoch nicht immer möglich. Einige Hebammen thematisieren das Thema „Schmerz“ in der Anamnese bewusst nicht, um die Frau nicht darauf zu fokussieren. NICE (2007) empfiehlt jedoch die Wünsche der Frau bezüglich der Schmerzbewältigung und das Spektrum an möglichen schmerzerleichternden Massnahmen beim Erstkontakt anzusprechen (NICE, 2007). Dies ermöglicht eine individuelle und den Bedürfnissen der Frau entsprechende Schmerzbegleitung unter der Geburt. Werden die bisherigen Bewältigungsstrategien der Frau und deren Wünsche nicht erfragt, bleiben vorhandene Ressourcen ungenutzt und die Selbstbestimmung der Frau wird nicht gefördert. Werden Bewältigungsstrategien angewendet, welche nicht dem natürlichen Verhalten der Frau entsprechen, kann der erhoffte Nutzen ausbleiben (Fitzgerald Miller, 2003).

Die Schmerzerhebung unter der Geburt erfolgt in unterschiedlichem Ausmass. Dabei werden relevante Anhaltspunkte teilweise ausser Acht gelassen. Somit besteht das Risiko, dass erste Anzeichen unzureichender Schmerzbewältigung nicht erkannt werden. Zu diesem Zeitpunkt könnte die Gebärende mit einfachen Massnahmen befähigt werden, den Schmerz erneut erfolgreich zu bewältigen. Bleibt die Gebärende weiterhin im Stadium der unzureichenden Bewältigung, kann dies im Verlauf der Geburt den Einsatz von vermeidbaren

pharmakologischen Interventionen erforderlich machen. Um dies zu verhindern, ist eine standardisierte Erhebung der Schmerzbewältigung sinnvoll.

4. Wie kann die Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz am Praxisort optimiert werden?

Mit dem Ziel ein einheitliches Vorgehen im Erheben der Schmerzbewältigung unter der Geburt zu ermöglichen, wurde ein Algorithmus entwickelt. Dieser ist eine Synthese aus den Empfehlungen der Literatur und dem aktuellen Vorgehen in der Praxis. Zur möglichen Umsetzung des Algorithmus in die Praxis wurde zudem ein Projektplan entwickelt. Die Möglichkeiten zur Eingliederung des Schmerzassessments in der Schwangerschaft müssten bei einer Implementierung noch geklärt werden.

Im Algorithmus wird lediglich auf das Befinden der Frau eingegangen. Das Wohlergehen des Kindes wird durch die erhobenen Aspekte nicht berücksichtigt und sollte zusätzlich ermittelt werden.

6.1 Entwickeltes Instrument

Ziel des entwickelten Algorithmus ist es die Frau in ihrem Umgang mit dem Geburtsschmerz ganzheitlich erfassen zu können. Durch die Standardisierung der Erhebungsmethoden soll eine Professionalisierung erreicht werden, welche allenfalls den Einsatz pharmakologischer Massnahmen reduziert. Da der Algorithmus ein neu entwickeltes Instrument ist, muss seine Anwendbarkeit im klinischen Alltag sorgfältig geprüft werden. Allfällige Änderungen im Ablauf und Inhalt sind denkbar.

Folgend werden die Inhalte des Algorithmus erläutert und diskutiert, anschliessend ist er ersichtlich.

Wie wurde der Algorithmus entwickelt?

Der Aufbau des Algorithmus lehnt sich an die Hebammendiagnosen von Cignacco & Georg (2006). Diese beschreiben die Hebammenarbeit schrittweise und bilden eine Grundlage um Interventionen auszuwählen. Zusätzlich eignen sie sich für den Algorithmus, da sie die Vorgehensweisen professionalisieren und eine ganzheitliche Dokumentation ermöglichen.

Assessment in der Schwangerschaft: Frauen empfinden die Schmerzerleichterung als befriedigender, wenn ihre Erwartungen hinsichtlich des Schmerzes und die Wahl der Bewältigungsstrategie berücksichtigt werden (NICE, 2007). Die Unterstützung der jeweiligen Vorstellungen trägt dabei wesentlich zu einer guten Geburtserfahrung bei (Enkin et al., 2006).

Wird die Frau darin unterstützt, bisherige Bewältigungsstrategien zu identifizieren kann sie diese unter der Geburt zur Bewältigung von Angst und Schmerzen nutzen (Escott et al., 2004). Deshalb sollten die Bewältigungsstrategien, die Wünsche und die Erwartungen der Frau in der Schwangerschaft erhoben werden. Schmerzbeeinflussende Faktoren, wie Parität und Dysmenorrhö gehören ebenfalls zum Schmerzassessment in der Schwangerschaft.

Um der Frau unter der Geburt eine informierte Wahl zu ermöglichen, sollte sie in der Schwangerschaft über die verschiedenen Medikamente, deren Wirkungsweise sowie deren unerwünschten Wirkungen informiert werden (Donna, 2011).

Hatem et al. (2008) beschreiben, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett den Einsatz von Schmerzmedikamenten unter der Geburt verringert. Es ist nicht bekannt, ob die kontinuierliche Hebammenbetreuung ein Schmerzassessment in der Schwangerschaft beinhaltet. Es wäre jedoch denkbar, dass diese Betreuungsform ein umfassendes Schmerzassessment in der Schwangerschaft ermöglicht. Die Einführung der kontinuierlichen Hebammenbetreuung am Praxisort würde jedoch grosse strukturelle Veränderungen mit sich ziehen.

In der Praxisinstitution ist eine individuelle Abklärung nötig, um zu entscheiden, in welchem Rahmen das Schmerzassessment in der Schwangerschaft durchgeführt werden kann. Eine Möglichkeit bestünde darin, dass jede Frau in der 36. Schwangerschaftswoche oder gegebenenfalls auch früher, eine Schwangerschaftskontrolle bei den Hebammen hat. Dabei würden die Schmerzgeschichte, Bewältigungsstrategien und Wünsche der Frau besprochen sowie Informationen über Medikamente abgegeben.

Durch das **primäre Assessment unter der Geburt** wird die Bewältigung der Frau beurteilt. Dies erfolgt durch eine visuelle Beurteilung, zudem wird auf Äusserungen der Gebärenden geachtet. Es werden bewusst keine Fragen zum Schmerz gestellt, welche den Neokortex anregen und so den Geburtsverlauf stören (Lang, 2009). Die Inhalte des primären Assessments sind eine Synthese der erarbeiteten Empfehlungen aus der Literatur und den Aspekten, welche die Hebammen in den Befragungen genannt haben. Auf diese Weise konnte ihr Erfahrungswissen in den Algorithmus integriert werden.

Mc Lafferty & Farley (2008) empfehlen Beobachtungen der Person als Teil des Schmerzassessments zu integrieren. Verbale Schmerzausdrücke wie stöhnen und schreien sowie non-verbale Zeichen treten jedoch nicht bei jeder schmerzempfindenden Person auf (Mc Lafferty & Farley, 2008). Auch Lowe (2002) beschreibt, dass durch das Fehlen von

Schmerzäusserungen nicht auf Schmerzfreiheit geschlossen werden kann. Das Individuum wird in seiner Art Schmerzen mitzuteilen bereits in der Kindheit geprägt. Dabei bestehen kulturelle Unterschiede in der Art Schmerz auszudrücken und gesellschaftliche Normen unterscheiden sich darin, ob Schmerzäusserungen in der Öffentlichkeit toleriert werden oder nicht (Lowe, 2002). Lowe (2002) fügt an, dass je grösser der kulturelle Unterschied zwischen der Betreuungsperson und der Gebärenden sind, desto weniger genau ist die Interpretation des Schmerzerlebens.

Das **Sekundäres Assessment unter der Geburt** wird gemacht, sobald bei der Erhebung des primären Assessments Punkte darauf hinweisen, dass die Frau nicht mehr mit der Geburt zurechtkommt. Es dient der Problemdefinition und der Diagnosestellung. Der Frau kann die Frage gestellt werden, wie sie mit der Geburt zurechtkommt. Damit wird sichergestellt, ob die Beobachtungen der betreuenden Hebamme mit dem Erleben der Frau übereinstimmen. Roberts et al. (2010) empfehlen, die Gebärende zu fragen, wie sich mit der „Geburt“ zurechtkommt, anstatt wie sie mit dem „Schmerz“ zurechtkommt, damit der Fokus nicht auf den Schmerz gelegt wird. Weiter wird erhoben, wie sie die Schmerzen empfindet, ob diese in der Wehenpause fortbestehen und wohin sie ausstrahlen. Obwohl beinahe alle gebärenden Frauen tiefe abdominale Schmerzen empfinden, leiden viele auch unter tiefen Rückenschmerzen, welche teilweise auch in der Wehenpause andauern (Lowe, 2002). Um die Schmerzintensität zu definieren wird am Praxisort die visuelle Analogskala (VAS) angewendet. In der Pflege stellt diese ein geeignetes Instrument zur Ermittlung der Schmerzintensität dar, da es den Schmerzlevel quantifiziert (Mc Lafferty & Farley, 2008). In Geburtshilfe scheint diese jedoch als unzureichend, da sie die emotionalen, sozialen und kulturellen Aspekte des Schmerzes nicht berücksichtigt (Lowe, 2002). Durch die Anwendung eindimensionaler Skalen wird ein komplexes multidimensionales Phänomen reduziert auf eine einzige quantitative Dimension der Intensität (Lowe, 2002). Deshalb wurde die VAS nicht in den Algorithmus mit einbezogen. Um die Schmerzreduktion bei der Anwendung pharmakologischer Massnahmen zu erheben, kann sie jedoch ein nützliches Instrument darstellen.

Nebst der Erhebung des Schmerzes werden im sekundären Assessment die Wehenbeurteilung und die vaginale Untersuchung hinzugezogen. Dadurch wird die geburtshilfliche Situation eingeschätzt und die Physiologie sichergestellt. NICE (2007) empfehlen die vaginale Untersuchung in der Eröffnungsphase der Frau alle vier Stunden anzubieten oder wenn es einen Einfluss auf den Verlauf der Geburt haben könnte. In der Austreibungsperiode sollte der

vaginale Untersuchungen stündlich angeboten werden (NICE, 2007). Aus diesen Empfehlungen ist abzuleiten, dass nicht prinzipiell vaginal untersucht werden muss. Die Häufigkeit muss an der Situation der Frau angepasst werden. Nach NICE (2007) sollte in der Eröffnungsphase die Temperatur und der Blutdruck vierstündlich und der Puls stündlich gemessen werden. In der Austreibungsphase sollte die Temperatur vierstündlich, der Blutdruck und der Puls stündlich erhoben werden (NICE, 2007). Die Messung der Vitalzeichen wurde im Algorithmus mit einbezogen, damit pathologische Zustände erkannt werden können. Ob im Bezug auf das Schmerzassessment das Messen von Vitalzeichen einen Nutzen bringt, sollte weiter untersucht werden. Nach ISCI (2010) können die Werte auch unter Schmerzen durch die physiologische Anpassung in der Norm liegen.

Weiter beinhaltet das sekundäre Assessment das Ermitteln von Ressourcen, welche bei der Wahl der geeigneten Intervention mit einbezogen werden können. Zu den Ressourcen gehören die bisherigen Bewältigungsstrategien der Frau. Die Anzahl der Bewältigungsstrategien, welche unter der Geburt angewendet wurden, korreliert negativ mit dem empfundenen Geburtsschmerz (Lowe, 2002). Bewältigungsstrategien sind dann am erfolgreichsten, wenn sie durch die Frau und durch ihr Umfeld als wirkungsvoll erachtet werden (Escott et al., 2004). Dabei ist jedoch zu bedenken, dass kognitive Bewältigungsstrategien den Neokortex stimulieren. Die Anwendung verschiedener Strategien hängt in erster Linie davon ab, ob die Frau in ihre Fähigkeiten vertraut (Lowe, 2002). Das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit hat einen starken Zusammenhang mit einem verminderten Schmerzempfinden und weniger Schmerzmedikation unter der Geburt (Lowe, 2002). Deshalb sollte die Gebärende durch die Betreuungsperson in ihrer Art der Bewältigung unterstützt werden. Eine mögliche Ressource ist zudem die Begleitperson der Gebärenden. Schon die Anwesenheit einer vertrauten Person kann der Frau Geborgenheit vermitteln.

Nach Abschluss des sekundären Assessments wird eine **Diagnose** gestellt. Benötigt die Frau eine Intervention sind zwei Vorgehensweisen möglich: die Anwendung von komplementären Methoden oder pharmakologische Interventionen. Es besteht die Möglichkeit zuerst komplementäre Massnahmen anzuwenden. Wünscht es die Frau jedoch explizit oder ergibt sich aus der Diagnose eine entsprechende Indikation, kann auch direkt eine pharmakologische Intervention vorgenommen werden. Die Coalition for Improving Maternity Services (CIMS, 1996) empfiehlt dazu in der Geburtshilfe schmerzstillende und betäubende Medikamente nicht routinemässig, sondern nur zur Behandlung oder Verhütung einer Geburtskomplikation einzusetzen.

Bei den **komplementären Interventionen** besteht die Möglichkeit mehrere gleichzeitig durchzuführen. Die Auswahl erfolgt in Absprache mit der Frau. Die im Algorithmus aufgeführten nicht-pharmakologischen Interventionen sind eine Zusammenstellung der Empfehlungen aus NICE (2007) und Roberts et al. (2010) und bieten eine Vielzahl an Auswahlmöglichkeiten zur Schmerzreduktion.

NICE (2007) empfiehlt Akupunktur nur anzubieten, wenn die Gebärende dies von sich aus wünscht. Es gibt noch keine kontrollierten Interventionsstudien, welche die schmerzlindernde Wirkung von Akupunktur unter der Geburt belegen (Enkin et al., 2006). Der Algorithmus empfiehlt deshalb Akupunktur nur auf Wunsch der Frau anzuwenden. Ätherischer Öle werden am Praxisort unter der Geburt vielfältig eingesetzt. Diese dienen beispielsweise der Anregung von Wehen und können insbesondere in Kombination mit einer Massage oder einem Bad als wohltuend empfunden werden (Enkin et al., 2006). Die mögliche Integration von weiteren alternativmedizinischen Methoden sollte mit der Praxisinstitution diskutiert und Evidenzen dazu erarbeitet werden.

Bestehende Ängste unter der Geburt können zu einem höheren Schmerzlevel führen (Lowe, 2002). Zu den emotionalen und psychosozialen Interventionen gehört die Reduktion von Ängsten. Dies erfolgt durch das Durchbrechen des Angst-Spannung-Schmerz-Kreislaufs indem die Frau beruhigt und motiviert wird. Zudem können ihr auch Informationen vermittelt werden, um die Verstehbarkeit des Geschehens zu fördern und somit ihr Kohärenzgefühl zu stärken. Versteht eine Gebärende den Sinn des Geburtsschmerzes, ist sie in der Lage diesen als Zeichen des Fortschritts und nicht als Bedrohung und unnötiges Leiden zu betrachten (Lowe, 2002).

Ein weiterer Ansatzpunkt der komplementären Interventionen ist die Anpassung des Umfelds an die Bedürfnisse der Frau. Studien belegen, dass das Milieu selber die Fähigkeit der Frau zur Schmerzbewältigung beeinflusst, dies zeigt sich im unterschiedlichen Bedarf an Schmerzmedikation in verschiedenen Geburtssettings (Lowe, 2002).

Evaluation: Nach den vorgenommenen komplementären Interventionen erfolgt eine Neubeurteilung. Gibt es Hinweise, dass die Frau noch immer nicht mit der Geburt zurechtkommt, erfolgt eine erneute Diagnosestellung. Angepasst an diese Diagnose werden anschliessend entweder andere komplementäre Interventionen durchgeführt oder es erfolgt ein Wechsel auf pharmakologische Interventionen.

Pharmakologische Intervention: Die Wahl des Schmerzmedikaments richtet sich nach den Bedürfnissen der Gebärenden, dabei wird das Wissen über unerwünschte Wirkungen jeder Methode mit einbezogen (Enkin et al., 2006). Dabei soll der Frau die informierte Wahl ermöglicht werden (Enkin et al., 2006). Die Informationen zu den pharmakologischen Massnahmen sollte die Frau jedoch, wie beschrieben, bereits in der Schwangerschaft erhalten.

Die Wahl der Medikamente, welche in den Algorithmus mit einbezogen wurden, richtet sich nach den Empfehlungen von NICE (2007). Diese weichen vom Angebot des Praxisorts ab, deshalb muss geklärt werden, welche Medikamente weiter angewendet werden sollen.

Unerwünschte Wirkungen, Kontraindikationen und Wirkungsweisen werden im Algorithmus nicht erwähnt, diese müssen jedoch auch in die Entscheidung mit einbezogen werden.

Neubeurteilung: Briggs (2010) und ICSI (2008) nennen unterschiedliche Zeitintervalle bezüglich der Evaluation der Schmerzlinderung nach Anwendung pharmakologischer Massnahmen. Deshalb ist diesbezüglich keine abschliessende Empfehlung möglich.

Roberts et al. (2010) empfehlen den Umgang mit der Geburt alle 15-30 Minuten zu erheben. Im Algorithmus wird keine Zeitempfehlung für eine Neubeurteilung gemacht. Das primäre Assessment sollte fortlaufend durchgeführt werden. Die Notwendigkeit zur Durchführung des sekundären Assessments leitet sich aus den beobachteten Faktoren des primären Assessments ab.

Algorithmus zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz

Schmerzassessment in der Schwangerschaft (ca. 36. Schwangerschaftswoche)

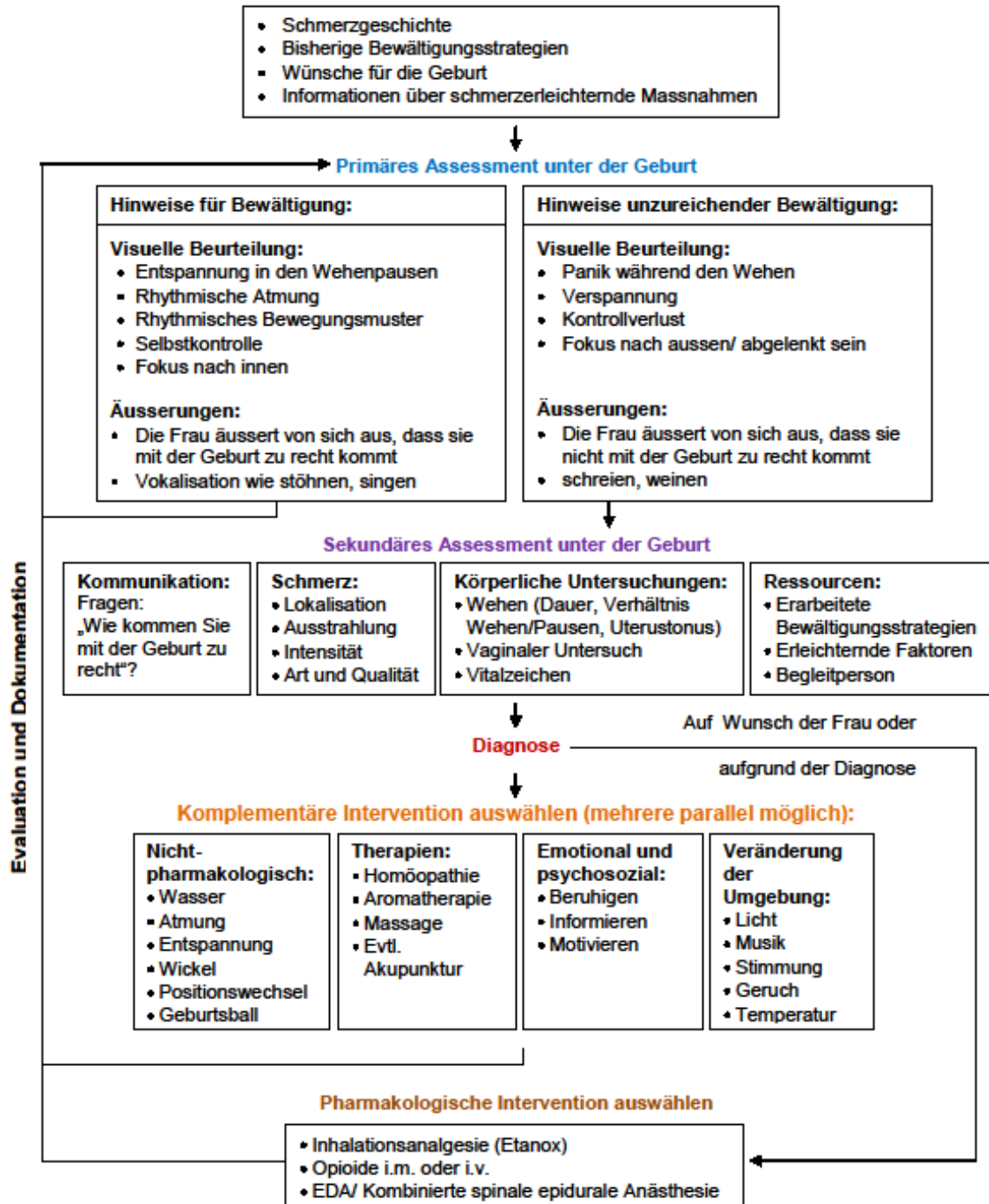


Abbildung 1 Algorithmus zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz

Chancen und Risiken des Algorithmus

Der Algorithmus ermöglicht es die Individualität des Geburtsschmerzes ganzheitlich zu erfassen. Er kann den Hebammen helfen bisher nur unbewusst erhobene Aspekte mit in die Beurteilung der Situation einzubeziehen. Auch beinhaltet er ein breites Spektrum an möglichen Interventionen.

Ein Risiko kann darstellen, dass die Frauen nach einem fixen Schema beurteilt werden und die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Hebammen sowie ihr Erfahrungswissen verloren geht. Um dies zu vermeiden, wurden die im Interview genannten Aspekte der Hebammen mit in den Algorithmus einbezogen. Ob die Professionalisierung in der Schmerzbegleitung und eine Reduktion der pharmakologischen Massnahmen erreicht werden kann, muss zuerst getestet werden.

6.2 Praxisimplementierung

Um eine adäquate Schmerzbegleitung in der befragten Praxisinstitution zu implementieren, wird in diesem Kapitel ein möglicher Implementierungsplan beschrieben. Eine Übersicht des Projektplans ist in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Tabelle 7: Projektplan

Dauer	Phase	Inhalte
3 Monate	Vorbereitungsphase	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellen des Projekts (Hebammen, Geburtshelferinnen und Geburtshelfer, Anästhesie) - Bildung des Projektteams - Treffen des Projektteams mit der Fachgruppe Gynäkologie - Anpassung des Algorithmus an die Praxisinstitution - Integration des Schmerzassessments in der Schwangerschaft - Möglichkeit zur Dokumentation wird erarbeitet - Schulungstag der Mitarbeitenden durch das Projektteam
3 Monate	Pilotphase	<ul style="list-style-type: none"> - Algorithmus wird eingeführt und angewendet
1 Monat	1. Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung der aktuellen Situation durch <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen an Hebammen, Geburtshelferinnen und Geburtshelfer • Fragebogen an die Gebärenden • Überprüfung der Dokumentation - Nötige Anpassungen werden vorgenommen
6 Monate	Durchführungsphase	<ul style="list-style-type: none"> - Änderungen aus Evaluation werden eingeführt - Algorithmus wird angewendet
1 Monat	Abschlussphase und 2. Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung der aktuellen Situation durch <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen an Hebammen und Geburtshelferinnen und Geburtshelfer

- Fragebogen an die Klientinnen
- Überprüfung der Dokumentation
- Entscheid über Weiterführung des Algorithmus

Als erster Schritt werden die Resultate dieser Arbeit sowie der daraus entwickelte Algorithmus an einer Teamsitzung vorgestellt. Die Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sowie die Anästhesie werden zu dieser Sitzung eingeladen. Es wird auf die Wichtigkeit des Themas hingewiesen und auf Fragen und Anliegen der Anwesenden eingegangen. Nach der Genehmigung des Implementierungsprojekts durch die Spitalleitung wird das Projektteam gebildet. Das Projektteam sollte aus drei interessierten Fachpersonen des geburtshilflichen Teams und der Hebamme, welche die höhere Fachausbildung abgeschlossen hat, bestehen. Diese scheint als geeignet, da sie für die Einführung neuer Massnahmen verantwortlich ist und aufgrund ihrer Ausbildung die Einführung des evidenzbasierten Arbeitens erleichtern kann. Mc Cormack & Manley (2009) empfehlen bei der Bildung der Projektgruppe bestehende organisatorische Anknüpfungspunkte zu nutzen und verschiedene Disziplinen mit einzubeziehen. Deshalb wird die Fachgruppe Gynäkologie mit in das Projekt einbezogen. Ein Mitglied des Projektteams sollte jeweils an den Sitzungen der Fachgruppe Gynäkologie teilnehmen und den aktuellen Stand des Projekts vorstellen. In der Vorbereitungsphase kann es nötig sein, eine zusätzliche Sitzung der Fachgruppe Gynäkologie mit dem Projektteam einzuberufen, um die unterschiedlichen Interessen und das weitere Vorgehen genau zu klären. Der Algorithmus wird dabei allenfalls an den Bedürfnissen der Praxissituation angepasst. Weiter muss bei der Implementierung am Praxisort abgeklärt werden, unter welchen Bedingungen die Erhebung der Schmerzbewältigungsstrategien während der Schwangerschaft erarbeitet werden können.

Unklarheiten und Fragen können jederzeit beim Projektteam angebracht werden. Zusätzlich wird in den monatlichen Teamsitzungen jeweils kurz auf das Projekt und die aktuellen Themen dazu eingegangen. Nach der Pilotphase wird die aktuelle Situation überprüft und nötige Anpassungen werden vorgenommen. Nach der Projektphase werden der Algorithmus und seine Implementierung überprüft. Abschliessend muss von der Fachgruppe Gynäkologie und dem Projektteam entschieden werden, ob der Algorithmus definitiv beibehalten werden soll.

Chancen und Risiken der Implementierung

Eine Chance der erfolgreichen Implementierung des Algorithmus besteht darin, dass die Leitung sowie die gesamte Klinik offen gegenüber neuen Projekten sind. Es steht ein Budget für Projekte zur Verfügung. Zudem ist der befragte Gynäkologe ein Mitglied der Fachgruppe Gynäkologie und hat sich gegenüber dem Projekt ebenfalls interessiert gezeigt. Durch den

Einbezug der HöFa in die Projektgruppe wird sichergestellt, dass eine geeignete Fachperson an der Implementierung beteiligt ist und die Qualität der Einführung sicher gestellt werden kann. Dadurch, dass das Team jederzeit Probleme bei der Projektgruppe melden kann und jeweils an der Teamsitzung kurz informiert wird, ist dessen Einbindung und Motivation zur erfolgreichen Implementierung gewährleistet. Um die Einführung des Algorithmus beurteilen zu können, erfolgt nach drei Monaten sowie nach einem Jahr eine Evaluation, wobei anschliessend Anpassungen gemacht werden können.

Ein Risiko besteht darin, dass die Einführung des Algorithmus von der Praxis für nicht notwendig erachtet wird. Da die Befragungen gezeigt haben, dass sich sechs der neun befragten Hebammen nichts wünschen, um das Thema Schmerz erheben zu können. Besonders wichtig ist deshalb das Aufzeigen der Notwendigkeit sowie des Nutzens, welcher der Algorithmus mit sich bringt. Die Hebammen werden ermuntert gemäss ihrem Kompetenzprofil "Bachelor of Science Hebammen" (2007) zu handeln. Dieses beschreibt, dass es die Aufgabe der Hebamme ist wachsam und gewissenhaft zu beobachten, kontinuierlich relevante Informationen zu erheben und zu interpretieren. Sie sollt mit der Frau, deren Familie und für das Kind Handlungsmöglichkeiten entwickeln, welche einen regelrichtigen Verlauf begünstigen und die normale Geburt fördern (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz, 2007). Zudem stellt es eine Herausforderung dar, mit der Praxis geeignete Rahmenbedingungen zu erarbeiten, damit in der Schwangerschaft Bewältigungsstrategien erarbeitet werden können. Besonders da sich die Hebammen kritisch gegenüber dem Thematisieren von Schmerz in der Schwangerschaft geäussert haben.

Wird die Implementierung des Algorithmus von der Praxis als sinnvoll erachtet und können die erforderlichen Rahmenbedingungen zur Implementierung geschaffen werden, hat er eine gute Prognose erfolgreich in der Praxis eingeführt zu werden.

Kosten-Nutzen Verhältnis

Der Nutzen der Implementierung zeichnet sich durch die Professionalisierung der Betreuung und der damit verbundenen Qualitätssteigerung aus. Das Ziel des entwickelten Algorithmus ist es die Situation der Frau einschätzen zu können und angepasst auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Kann dadurch der Einsatz von pharmakologischen Interventionen vermindert werden, bleiben die beschriebenen unerwünschten Wirkungen der medikamentösen Schmerzerleichterung aus. Unter systemischer Anwendung von Remifentanyl sollte die Sauerstoffsättigung der Gebärenden kontinuierlich, die Atmung, Sedation und die

Schmerzintensität regelmässig überwacht werden (Hinova & Fernando, 2002). Die Anwendung einer EDA oder einer kombinierten spinalen, epiduralen Anästhesie erfordert regelmässige Kontrollen des Kreislaufs sowie der Motorik und der Sensorik, um Komplikationen ausschliessen zu können (NICE, 2007). Somit wird ein grosser Teil der Zeit, welcher der Hebamme zur Betreuung der Gebärenden zur Verfügung steht von der Überwachung und der Erkennung unerwünschter Wirkungen in Anspruch genommen (Donna, 2011). Wird der Einsatz von medikamentösen Interventionen reduziert, vermindert sich somit nicht nur der materielle, sondern auch der personelle Aufwand.

Wird die Anamnese bereits in der Schwangerschaft durchgeführt, kann die Anamnese zeitlich besser geplant werden. Tritt die Frau zur Geburt ein, muss die Anamnese nicht mehr erhoben werden und es kommt so zu einer zusätzlichen Zeiteinsparung.

Die personellen Kosten des Implementierungsprojekts setzen sich zusammen aus der Entlohnung des Projektteams, welches für die Durchführung zuständig ist, der Bezahlung der Mitarbeitenden an den Schulungstagen sowie der Bezahlung der Fachgruppe Gynäkologie. Materielle Kosten entstehen durch die Schulungstage und die Durchführung der Evaluation. Muss die bestehende Dokumentation der Anamnese und des Geburtsverlaufs angepasst werden, entstünden dadurch zusätzliche personelle und materielle Aufwände.

Der beschriebene Nutzen für die Institution besteht längerfristig weiter, die Aufwände zur Implementierung sind hingegen einmalig.

6.3 Kritische Betrachtung der Arbeit

Es wurde nur wenig Literatur gefunden, die sich direkt auf das Schmerzassessment in der Geburtshilfe bezieht. Die wichtigsten medizinischen Datenbanken wurden bei der Literatursuche mit einbezogen. Jedoch ist es aufgrund des kurzen Zeitraums und der mangelnden Erfahrung bei der Literatursuche denkbar, dass diese nicht vollständig ist. Es wurden Reviews und Studien mit tiefen Evidenzlevels sowie Literatur aus der Pflege zur Formulierung von Empfehlungen mit einbezogen. Zudem sind die verwendeten Instrumente alle in englischer Sprache und mussten übersetzt werden. Folglich ist noch unklar, ob die gewünschte Wirkung des Algorithmus wirklich erreicht werden kann.

Die Teamsitzung bei der das Projekt hätte vorgestellt werden sollen, ist ausgefallen. Dadurch konnte das Thema nicht näher erläutert werden und es konnten keine Teilnehmerinnen für die Interviews rekrutiert werden. Daraufhin wurde eine schriftliche Information im Stationszimmer angebracht, in der das Thema knapp beschrieben wurde und sich Interessierte

eintragen konnten. Es haben sich jedoch nur zwei Interviewteilnehmerinnen eingeschrieben. Die Restlichen wurden anschliessend durch direkte Ansprache rekrutiert. Viele der Interviews verliefen am Telefon. Es konnte festgestellt werden, dass bei den persönlich durchgeführten Interviews vielfältigere Aussagen gemacht wurden als am Telefon. Gerade bei der Frage wie die Hebammen beurteilen, ob die Frau mit der Geburt zurechtkommt, hätten beim direkten Gespräch und auf Nachfrage bestimmt noch mehr Antworten generiert werden können. Zudem wurden die Interviews nicht wörtlich festgehalten, sondern paraphrasiert, wobei eventuell Daten verloren gegangen sind.

7 SCHLUSSFOLGERUNG

Schmerzen sind ein Bestandteil jeder Geburt und die Möglichkeiten den Umgang damit zu erleichtern ein allgegenwertiges Thema. Die Individualität im Umgang mit dem Geburtsschmerz und bestehende Schmerzbewältigungsstrategien werden dabei oft ausser Acht gelassen. Das Schmerzassessment ist in der Pflege sehr gut erforscht. In der Geburtshilfe wurden bisher jedoch keine vergleichbaren Instrumente entwickelt. Es bestehen zudem kaum Leitlinien, welche definieren, was in der Schwangerschaft bezüglich des Schmerzes erhoben werden sollte.

Aus den beschriebenen Gründen wurde in dieser Arbeit ein Algorithmus entwickelt, der den Umgang mit dem Schmerz bezüglich der Geburt erhebt und Handlungsoptionen aufzeigt. Da es sich um ein neu entwickeltes Instrument handelt, muss die Anwendbarkeit in der Praxis zuerst überprüft werden. Das Ziel des Algorithmus ist es eine Professionalisierung im Schmerzmanagement zu erreichen und dadurch allenfalls den Einsatz pharmakologischer Massnahmen zu reduzieren. Ob diese Ziele erreicht werden können, zeigt sich bei der Implementierung des Algorithmus in die Praxis. Die Prognose der Umsetzung ist gut, wenn die Praxisinstitution den Algorithmus als sinnvoll und notwendig erachtet. Damit dies geschieht, sollte der Nutzen aufgezeigt und das Instrument an die Bedürfnisse der Praxis angepasst werden. Werden diese Aspekte berücksichtigt, kann durch den Algorithmus eine umfassende Schmerzerhebung und –begleitung unterstützt werden.

Ergibt sich am Praxisort einen Nutzen aus der standardisierten Schmerzerhebung, sollte erhoben werden, ob dieser auch auf andere Praxisinstitutionen übertragen werden kann.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Howell CJ. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2001). Systematische Evidenz-Recherche. In: AWMF. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Supplement 1, Kapitel 5. München: Urban & Fischer. Abgefragt am 3.3.2011 unter <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/index.html>.
- Baldegger, E. (2000). Bewältigung/Coping. In: Käppeli, S. (Hrsg): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Bern: Hans Huber. S.125-145.
- Beauchamp, T. L. & Childress J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th edn). Oxford: University Press.
- Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. (2. Aufl.). Bern: Huber. p. 259-283.
- Briggs, E. (2010) Assessment and expression of pain. *Nursing Standard*. 25, 2, 35.-38.
- Chapman, C.R. & Nakamura, Y. (1999). A passion of the soul: an introduction to pain for consciousness researchers. *Conscious Cogn*; 8: (p. 391-422).
- Cignacco, E. (2009). Ein Instrument zur Reflexion und Qualitätssicherung in der Hebammenarbeit. *Hebamme.ch*, 6/2009, S. 4-8.
- Cignacco, E. & Georg, J. (2006). Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufes. Bern: Huber.
- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). (1996). Retrieved March 16, 2011, from https://www.motherfriendly.org/pdf/CIMS_Evidence_Basis.pdf
- Deutscher Hebammenverband (2010). *Geburtsarbeit* (1. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Dick-Read, G. (1943). *Childbirth without fear*. London: William Heinemann.
- Donna, S. (2011). *Promoting normal birth-research, reflections & guidelines*. Fresh Heart Publishing: United Kingdom

- Enkin, M.W., Keirse, M.J.N.C., Renfrew, M.J. & Neilson, J.P. (2006). *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber.
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P., Fraser R. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. In *Midwifery*, Volume 20, Issue 2, p. 144-156.
- Fitzgerald Miller, J. (2003). *Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden*, 1. Auflage, Bern: Hans Huber.
- Geist, C., Harder, U. & Stiefel, A. (2007). *Hebammenkunde*, (4. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Hinova, A. & Fernando, R. (2009). Systemic Remifentanyl for Labor Analgesia. *International Anesthesia Research Society*. Vol. 109, No.6, 1925-1928.
- Hodnett, E.D. (2002) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186: S160-72.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hoffmeyr, G.J. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2007, Issue 3. Art. No.:CD003766. DOI:10.1002/14651.858.CD003766.pub2
- Höpflinger, F. (2010). *Befragung: Wichtige Regeln der Fragebogenkonstruktion* Abgefragt am 14.3.11 auf <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhmethod1B.html>.
- International Association for the study of Pain (n.d.). Retrieved April 01, 2011, from http://www.iasp-ain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728International.
- Institute for Clinical Systems Improvement Inc. (2008). Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain. Sixth Edition/March 2008. Retrieved March 08, 2011, from <http://www.icsi.org>.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Günther, J., Kolkmann, F.-W. (2000). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lang, C. (2009) *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe*, München: Urban & Fischer Verlag.
- Larbig, W., Fallert, B. & de Maddalena H. (1999). *Tumorschmerz* (2. Auflg.). Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leap, N. (2003). Geburtsschmerz aus der Hebammenperspektive- Mit dem Schmerz arbeiten. *Schweizer Hebamme*, 10/2003, S. 4-7.
- Lebovits, A.H., Zenetos P., O'Neil D.K., Cox D., Dubois M.Y., Jansen L.A. et al. (2002). Satisfaction with epidural and intravenous patient controlled analgesia. *Pain Med* 2002;2:280-6.
- Lowe, N. (2002). The nature og labour pain. *Am J Obstest Gynecol*, 2002; 186: 16-24.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. (8. Aufl.) Weinheim: Bertelsmann.
- Mc Cormack, B. & Manley, C. (2009). Praxisentwicklung: Ziel, Methodologie, Begleitung (Facilitation) und Evaluation. In B. Mc Cormack, C. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (1. Aufl, S. 43-53). Bern: Hans Huber.
- McLafferty, E. & Farley, A. (2008). Assessing pain in patients. *Nursing Standard*. 22, 25, p.42-46. Date of acceptance: August 28 2007.
- Melzak, R. & Wall, P. (1991). *The challenge of pain*. Harmondsworth, Middleex: Penguin Books.
- Menche, N. (2006). *Pflege Heute* (4.Aufl.). München: Urban & FischerVerlag.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007). Coping with pain in labour: non-epidural. *Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*. Retrieved March 3, 2011, from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. (1. Aufl.) Bern: Huber.
- Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH). (2007). *Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc: Berufsdefinition der Hebamme*. Abgefragt am 3.3 2011 unter http://studium.wgs.bfh.ch/gesundheit/home/heb/Dokumente/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web.pdf .
- Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J. & Gloyes, K.G. (2010). The Coping with Labor Algorithm©. In *Midwifery Womens Health*, 2010; 55: p. 107-116.

- Rosenberger, C., Schilling, R.M. & Harder, U. (2007). Der Geburtsvorgang. In C. Geist, U. Harder, A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde*, (4. Aufl. S. 220-247). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Rycraft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung - der PARIHS -Bezugsrahmen. In B. Mc Cormack, C. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (1. Aufl, S. 105-121). Bern: Hans Huber.
- Salter, M. (1998). Körperbild und Körperbildstörungen. Bern: Hans Huber.
- Schiefenhövel, W. (2005). Evolutionsbiologische Überlegung zur Schmerzhaftigkeit des Gebärens. *Die Hebamme*, 18(1), S. 13-17.
- Schmid, V. (2005). Der Geburtsschmerz: Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung. Stuttgart: Hippokrates.
- Schneider, H., Husslein, P., & Schneider, K.-T. M. (Eds.). (2004). *Die Geburtshilfe*. Berlin: Springer.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2009). *Forschung mit Menschen - Ein Leitfaden für die Praxis* [Elektronische Version]. Abgefragt am 2. Juni 2011 unter www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Leitfaden/d_Leitfaden_Forschung.pdf
- Simkin P. (1995), Psychologic and other non-pharmacologic techniques. In: Bonica JJ, Mcdonalds JS (eds) *Principles and Practices of obstetric analgesia and anaesthesia*. Williams and Wilkins, Baltimore, MD.
- Schrems, B. (2008). *Verstehende Pflegegediagnostik*. Wien: Facultas Verlag .
- Steffen, G., Lübke, M., Harder, U., Rosenberger, C. (2007). Schmerzerleichterung während der Geburt. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4 Aufl., S. 292-303). Stuttgart: Hippokrates.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung : Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Yerby, M. (2003). *Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe* (1.Aufl.). Bern: Huber.

Volikas, I., Butwick, A., Wilkinson, C., Fleming A. & Nicholson, G. (2005). Maternal und neonatal side-effects of remifentanil patient-controlled analgesia in labour. *British Journal of Anaesthesia* 95 (4), 504-509.

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Algorithmus zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz 48

10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht der ausgewählten Studien und Beurteilung des Evidenz-Levels.....	25
Tabelle 2: Inhalt des Schmerzassessments nach Mc Lafferty & Farley (2008).....	26
Tabelle 3: Fragen welche in der Anamnese zum Thema Schmerz gestellt werden.....	35
Tabelle 4: Antworten auf die Frage; „Wie stellen sie fest, ob die Frau mit dem Geburtsschmerz umgehen kann?“	35
Tabelle 5: Antworten auf die Frage: "Wie stellen sie fest, dass eine Frau nicht mehr mit dem Geburtsschmerz umgehen kann?“	36
Tabelle 6: Vergleich der Empfehlungen aus der Literatur mit der aktuellen Praxissituation ..	38
Tabelle 7: Projektplan	49

11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BSc	Bachelor of Science
CIMS	Coalition for Improving Maternity Services
CIRS	Critical incidences reporting system
CSEA	Combined spinal epidural anaesthesia
DRG	Diagnosis Related Groups
EDA	Epiduralanästhesie
et al.	et alteri, und andere
HöFa	Höhere Fachausbildung
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
ISO	International Organization for Standardization
i.v.	intra venös
MIDIRS	Midwives Information and Resource Service
n.d.	No date
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NRS	Nummerische Rating Skala
PAHRIS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services
PCIA	Patient Controlled Intravenous Analgesia
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaft
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VAS	Visuelle Analogskala
VRS	Verbale Ratingskala