Artikel online veröffentlicht: 09.08.2024

„Wer kümmert sich um uns?“ Ergebnisse einer Querschnittsuntersuchung zur psychosozialen Gesundheit von Geburtshelfer*innen und Hebammen nach traumatischen Geburtserlebnissen

“Who cares about us?” Results of a cross-sectional study on the psychosocial health of obstetricians and midwives after traumatic birth experiences

Autorinnen/Autoren
Beate Hüner[1], Sven Kehl[2], Patrick Stelzl[3], Thomas W. P. Friedl[1], Wolfgang Janni[1], Frank Reister[1], Frederike Lunkenheimer[4]

Institute
1 Frauenklinik, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Germany
2 Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Germany
3 Universitätsklinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Gyn. Endokrinologie, Kepler Universitatsklinikum Linz, Linz, Austria
4 Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm, Ulm, Germany

Schlüsselwörter
Gesundheitspersonal, Traumatische Geburt, Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung, Kommunikation

keywords
healthcare workers, traumatic childbirth, post-traumatic stress disorder, communication

eingereicht 24.02.2024
akzeptiert nach Revision 27.06.2024
Artikel online veröffentlicht 09.08.2024

Bibliografie
Z Geburtsh Neonatol 2024; 228: 497–506
DOI 10.1055/a-2361-4211
ISSN 0948-2393
© 2024. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dr. Beate Hüner
Frauenklinik, Universitätsklinikum Ulm
Prittwitzstrasse 43
89075 Ulm
Germany
beate.huener@uniklinik-ulm.de

Zusätzliches Material finden Sie unter https://doi.org/10.1055/a-2361-4211

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Traumatische Geburten führen nicht nur zu emotionalem Stress für die werdenden Eltern, sondern können auch die psychosoziale Gesundheit von Hebammen und Geburtshelfer*innen aufgrund ihrer beruflichen Anforderungen beeinträchtigen.
Ziel der Studie: Evaluation des Einflusses traumatischer Geburtserlebnisse auf die psychosoziale Gesundheit von geburtshilflichem Gesundheitspersonal.
Methodik: Querschnittsuntersuchung unter Anwendung validierter Messinstrumente (Impact of Event Scale Revised IES-R, Copenhagen Burnout Inventory CBI) und Erhebung des posttraumatischen Wachstums (PGI-SF) durch eine Online-Befragung von Hebammen und Geburtshelfer*innen im deutschsprachigen Raum.
Ergebnisse: Die Studie umfasst 700 Teilnehmer*innen mit peripartalen und/oder persönlichen Traumata. Die 33 Teilnehmer*innen (6,3 % der 528 Teilnehmer*innen mit ausgefülltem IES-R) mit einer posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erhielten seltener Unterstützung durch Kolleg*innen ($p = 0{,}007$) und zogen häufiger Konsequenzen am Arbeitsplatz ($p < 0{,}001$) als Teilnehmer*innen ohne PTBS. Ein moderates bis hohes Burnout-Level ergab sich für 66,2 % der 542 Teilnehmer*innen mit ausgefülltem CBI. Bei 75,9 % der 528 Teilnehmer*innen mit ausgefülltem PGI-SF zeigte sich durch das Erleben eines Traumas ein persönliches Wachstum.
Schlussfolgerung: Die psychosoziale Gesundheit von Hebammen und Geburtshelfern ist durch traumatische Geburtserlebnisse gefährdet. Screening-Untersuchungen und das Angebot kollegialer und professioneller Nachbesprechungen zur Stärkung der Resilienz sind wesentliche präventive Maßnahmen.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

ABSTRACT

Background: Traumatic births not only cause emotional stress for expectant parents but can also affect the psychosocial health of midwives and obstetricians due to their professional demands.

Aim: To evaluate the impact of traumatic birth experiences on the psychosocial health of obstetric healthcare professionals.

Methods: A cross-sectional study using validated measurement tools (Impact of Event Scale Revised IES-R, Copenhagen Burnout Inventory CBI) and assessing post-traumatic growth (PGI-SF) through an online survey of midwives and obstetricians in German-speaking areas.

Results: The study included 700 participants with peripartum and/or personal traumas. Of the 528 participants who completed the IES-R, 33 (6.3 %) with post-traumatic stress disorder (PTSD) received less support from colleagues ($p = 0.007$) and were more likely to experience workplace consequences ($p < 0.001$) than participants without PTSD. A moderate to high level of burnout was found in 66.2 % of the 542 participants who completed the CBI. Personal growth through experiencing trauma was reported by 75.9 % of the 528 participants who completed the PGI-SF.

Conclusion: The psychosocial health of midwives and obstetricians is at risk due to traumatic birth experiences. Screening tests and the provision of collegial and professional debriefings to strengthen resilience are essential preventive interventions.

Einleitung

Negative Erlebnisse sind nachhaltiger als positive [1, 2] und unerwünschte peripartale Ereignisse [3, 4] können sich als belastende Erinnerung sowohl für die werdenden Eltern [5–7] aber auch im Gedächtnis des betreuenden Teams langfristig verankern [8–11]. Hierzu gehören schwere fetale oder maternale Komplikationen, Totgeburten und persönliche Traumata im Kontext des Ereignisses [11, 12]. Bis zu 93 % des geburtshilflichen Personals berichtet von einer traumatisch wahrgenommenen Geburt [13]. Folgen sind eine Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit bis hin zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) [10, 12]. Diese beinhaltet vier Symptomgruppen: Intrusion, Vermeidung von Erinnerungen, Erregung und negative Veränderungen der Stimmung. Folgen sind Stress sowie Einschränkungen der sozialen Interaktionen und der Arbeitsfähigkeit [14]. Die Prävalenz einer PTBS bei geburtshilflichem Gesundheitspersonal variiert zwischen 5 % bis zu 46 % [15–17]. Traumatische Geburtserlebnisse können als Konsequenz einen persönlichen, Klienten-bezogenen oder arbeitsbezogenen Burnout triggern mit Prävalenzen bei Hebammen zwischen 20 % und 59 % [18]. Mit bis zu 50 % haben Gynäkologinnen und Geburtshelfer*innen eine der höchsten Burnout Raten unter Mediziner*innen, aufgrund der hohen Akutversorgung und Arbeitsbelastung [19, 20]. Eine PTBS oder ein Burnout können in Folge die Arbeitsqualität und die Patient*innensicherheit beeinträchtigen [21–23]. Jedoch lassen sich auch positive Effekte auf die persönliche Entwicklung als posttraumatisches Wachstum mit Stärkung des Selbstvertrauens, der Belastbarkeit, des Mitgefühls und der Spiritualität nachweisen [24, 25]. Dies ist bei bis zu 65 % des geburtshilflichen Personals erkennbar [13, 25]. Auch wenn das Potential für eine positive persönliche Entwicklung nach traumatischen Geburtserlebnissen besteht, stellt eine Nachbesprechung als Bewältigungsstrategie einen wesentlichen Faktor zur Prävention dar [26–28]. Bereits Ende des 20. Jahrhunderts stärkte der Begriff *Hebammentrauer* [29] das Bewusstsein für die psychosoziale Gesundheit von Geburtshelfer*innen. Trotz wachsender internationaler Aufmerksamkeit ist dieses Thema im deutschsprachigen Raum bislang wenig erforscht. Diese Studie untersucht deshalb den Einfluss traumatischer Geburtserlebnisse auf die psychosoziale Gesundheit von Hebammen und Geburtshelfer*innen.

Material und Methodik

Teilnehmer*innen und Datenerhebung

Es erfolgte eine Querschnittsuntersuchung in den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz an insgesamt 737 Universitätsklinika und nichtuniversitären Kliniken aller Versorgungsstufen (Perinatalzentrum Level I und II, perinataler Schwerpunkt, Geburtsklinik) über eine ISO 27001 und nach EU-US-Datenschutzschild zertifizierte Online-Plattform (www.surveymonkey.de).

Die Einladung zur Teilnahme erfolgte in einem Befragungszeitraum von April bis August 2023 per E-Mail an die Abteilungsleitungen mit der Bitte um Weiterleitung an das geburtshilfliche Gesundheitspersonal (klinisch tätige Hebammen und Ärzt*innen aller Ausbildungsstufen). Eine direkte Kontaktaufnahme der Teilnehmer*innen war aus Datenschutzgründen nicht möglich. Die Studie erfolgte in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki mit Genehmigung der Ethikkommission der Universität Ulm (Antragsnummer 15/23).

Es wurden pseudonymisierte demographische Daten sowie Häufigkeiten peripartaler und persönlicher Traumata erfasst. Bei Angabe eines peripartalen und/oder persönlichen Traumas (Mehrfachnennung möglich) wurde um die Beantwortung der Fragebögen zu posttraumatischen Belastungssymptomen (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) [30] und zu posttraumatischem Wachstum (Posttraumatic Growth Inventory -SF, PGI-SF) [24, 31, 32] gebeten. Zusätzlich wurden alle Teilnehmer*innen zu möglichen Burnout-Symptomen (Copenhagen Burnout Inventory, CBI) [33] befragt (siehe Supplement Messinstrumente). Zudem wurden Informationen zur erfahrenen Unterstützung nach potenziellen Trauma-Erlebnissen sowie zu möglichen Konsequenzen von Trauma-Erlebnissen auf Arbeitszeit und Arbeitsplatz erhoben.

Statistische Analyse

Die Angaben zur beschreibenden Statistik erfolgten anhand von absoluten und relativen Häufigkeiten für kategoriale Variablen und anhand von Mittelwert, Standardabweichung und Bereich für die metrischen Fragebogenscores.

Unterschiede zwischen Gruppen bzgl. der erhobenen kategorialen demographischen (Altersgruppe, Geschlecht, Beziehungsstatus,

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Kinder) und berufsbezogenen (Berufsgruppe, Versorgungsstufe, Arbeitszeit) Parameter wurden mit dem Chi-Quadrat-Test analysiert; im Fall von 2×2 Kontingenztafeln mit erwarteten Zellhäufigkeiten < 5 wurde stattdessen der exakte Test nach Fisher verwendet. Korrelationen zwischen den metrischen Gesamtscores oder Einzelscores der verschiedenen Subkategorien der drei Fragebögen wurden mit dem Rangkorrelationstest nach Spearman untersucht; der Korrelationskoeffizient r_s ist hierbei ein Maß für die Effektstärke.

Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmpaket IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28 (IBM Corp., Armonk, New York) durchgeführt. Alle präsentierten p-Werte sind zweiseitig und als Signifikanzniveau wurde durchgehend $\alpha = 0{,}05$ verwendet; es erfolgte in dieser explorativen Studie keine Adjustierung des Signifikanzniveaus für multiples Testen.

Ergebnisse

Kollektiv

702 Datensätze wurden für die Auswertung demographischer Angaben, Häufigkeiten von peripartalen/persönlichen Traumata und deren Assoziationen zu Alter, Berufsgruppen und Versorgungsstufen, sowie der Unterstützung und Konsequenzen nach geburtshilflichen Traumata am Arbeitsplatz ausgewertet. Von 702 Teilnehmer*innen gaben zwei kein peripartales oder persönliches Trauma an. Diese Datensätze wurden ausgeschlossen, sodass alle Analysen auf 700 Fälle basieren. Für die Auswertung des IES-R und des PGI-SF konnten n = 528 und für den CBI n = 542 vollständige Datensätze analysiert werden.

▶ **Tabelle 1** zeigt die demographischen Daten. Am häufigsten war die Altersgruppe zwischen 30–39 Jahren (32,6 %) und Teilnehmer*innen mit der Angabe *weiblich* (88,6 %) vertreten. 63,1 % der Befragten waren verheiratet oder in einer Beziehung und 56,7 % gaben Kinder an. Die Verteilung des geburtshilflichen Gesundheitspersonals war mit 51 % Hebammen und 49 % ärztliches Personal ausgeglichen. Die Arbeitszeit lag bei den meisten Befragten über 75 % (67,3 %). Die meisten Teilnehmer*innen arbeiteten in Geburtskliniken (38,9 %) oder Perinatalzentren Level I (43,3 %).

▶ **Tab. 1** Studienkollektiv (N = 700 Teilnehmer*innen).

	Häufigkeit, n	%
Alter		
< 30	158	22,6
30–39	228	32,6
40–49	137	19,6
50–59	133	19,0
≥ 60	44	6,3
Geschlecht		
Weiblich	620	88,6
Männlich	79	11,3
Divers	1	0,1
Beziehungsstatus		
Single	191	27,3
Verheiratet/Beziehung	442	63,1
Geschieden – aktuell Single	22	3,1
Geschieden – neuer Partner	40	5,7
Verwitwet – aktuell Single	2	0,3
Verwitwet – neuer Partner	3	0,4
Kinder		
Ja	397	56,7
Nein	303	43,3
Berufsgruppe		
Hebamme im Kreißsaal	357	51,0
Assistenarzt/ärztin	129	18,4
Facharzt/ärztin	37	5,3
Funktionsoberarzt/ärztin	8	1,1
Oberarzt/ärztin	130	18,6
Chefarzt/ärztin	39	5,6
Versorgungsstufe		
Geburtsklinik	272	38,9
Perinataler Schwerpunkt	61	8,7
Perinatalzentrum Level II	63	9,0
Perinatalzentrum Level I	304	43,3
Arbeitszeit		
< 25 %	13	1,9
25 % – 50 %	83	11,9
51 % – 75 %	133	19,0
76 % – 100 %	471	67,3

Erlebte peripartale und persönliche Traumata, Unterstützung und Konsequenzen

N = 692 (98,9 %) von 700 Teilnehmer*innen erlebten mindestens eines der abgefragten peripartalen und persönlichen Traumata (▶ **Tab. 2**). Schwerwiegende fetale Komplikationen (87,0 %), intrauteriner Fruchttod (IUFT) (83,0 %) sowie schwere fetale Asphyxie mit Verlegung oder Tod (82,7 %) wurden am häufigsten genannt. N = 658 (94,0 %) von 700 Teilnehmer*innen gaben an, mindestens ein persönliches Trauma erfahren zu haben. Eine unzulängliche Betreuung während der Geburt durch Arbeitsüberlastung (81,0 %) und unzulängliche Kommunikation im Team (72,4 %) wurden am häufigsten ausgewählt. Allerdings wurden auch persönlich gerichtete Gewalt/Aggression durch das Team oder Patientin/Angehörige (46,9 %) und Schuldzuweisung/Kritik nach unerwartet vermeidbarem Ereignis (43,3 %) jeweils von fast der Hälfte der Befragten angegeben. Auf die Frage nach erhaltener Unterstützung wurde am häufigsten eine Unterstützung durch Kolleg*innen (61,3 %) oder Partner*innen (47,0 %) angegeben; nur 4,0 % der Befragten gab an, überhaupt keine Unterstützung bekommen zu haben. Bei der Frage nach möglichen Konsequenzen aus dem Erleben eines peripartalen und/oder persönlichen Traumas wurden am häufigsten ein Verlassen des Arbeitsplatzes (8,0 %) und eine Reduktion der Arbeitszeit (7,9 %) genannt.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

▶ **Tab. 2** Häufigkeit und Art peripartaler und persönlicher Traumata, erhaltener Unterstützung und erfolgter Konsequenzen (jeweils Mehrfachnennungen möglich, N = 700 Teilnehmer*innen).

	Häufigkeit der Nennung (mindestens einmal erlebt/erfolgt)	%
Peripartales Trauma		
Unerwarteter intrauteriner Fruchttod (IUFT)	581	83,0
Schwerwiegende fetale Komplikation	609	87,0
Schwerwiegende maternale Komplikation	473	67,6
Schwere fetale Asphyxie mit Verlegung oder Tod	579	82,7
Verlegung des Kindes aufgrund vermeidbarer Komplikationen	398	56,9
Persönliches Trauma		
Unzulängliche Betreuung während der Geburt durch Arbeitsüberlastung	567	81,0
Persönlich gerichtete Gewalt/ Aggression durch Team oder Patientin/Angehörige	328	46,9
Unzulängliche Kommunikation im Team	507	72,4
Schuldzuweisung/Kritik nach unerwartet vermeidbarem Ereignis	303	43,3
Unterstützung		
Vorgesetzte	174	24,9
Kolleg*innen	429	61,3
Partner*innen	329	47,0
Freund*innen	214	30,6
Professionell	62	8,9
Keine	28	4,0
Konsequenzen am Arbeitsplatz		
Arbeitszeit reduziert	55	7,9
Arbeitsplatz innerhalb der Klinik gewechselt	12	1,7
Bewerbung ambulante Versorgung	6	0,9
Verlassen des Arbeitsplatzes	56	8,0

Assoziationen zwischen erlebten peripartalen und persönlichen Traumata und Altersgruppe, Berufsgruppe, und Versorgungsstufe

Peripartales Trauma

Teilnehmer*innen mit mindestens einem erlebten peripartalen Trauma unterschieden sich nicht signifikant von Teilnehmer*innen ohne erlebtes peripartales Trauma hinsichtlich Altersgruppe ($p = 0{,}474$), Berufsgruppe ($p = 0{,}448$) und Versorgungsstufe ($p = 0{,}447$). Signifikante Unterschiede zwischen Altersgruppen bzgl. einzelner erlebter peripartaler Traumata gab es bei schwerwiegenden fetalen Komplikationen ($p = 0{,}013$), schwerwiegenden maternalen Komplikationen ($p = 0{,}008$) und schwerer fetaler Asphyxie mit Verlegung oder Tod ($p = 0{,}002$), welche alle am häufigsten in der Altersgruppe ≥ 60 Jahre genannt wurden. Signifikante Unterschiede zwischen Berufsgruppen zeigten sich für einen IUFT ($p = 0{,}003$), schwerwiegende maternale Komplikationen ($p < 0{,}001$), schwere fetale Asphyxien mit Verlegung oder Tod ($p < 0{,}001$), sowie Verlegung des Kindes wegen vermeidbarer peripartaler Komplikationen ($p = 0{,}048$), wobei diese peripartalen Traumata meist am häufigsten vom leitenden ärztlichen Personal (Oberarzt/-ärztin und Chefarzt/-ärztin) angegeben wurden. Signifikante Unterschiede in den Häufigkeiten peripartaler Traumata wurden in Bezug auf die Versorgungsstufe festgestellt, insbesondere bei schweren fetalen und mütterlichen Komplikationen (beide $p < 0{,}001$) sowie bei Verlegung des Kindes aufgrund vermeidbarer peripartaler Komplikationen ($p = 0{,}013$). Diese wurden in der Regel häufiger von Geburtshelfer*innen in Perinatalzentren berichtet.

Persönliches Trauma

Teilnehmer*innen mit mindestens einem erlebten persönlichen Trauma unterschieden sich nicht signifikant von Teilnehmer*innen ohne erlebtes persönliches Trauma in Altersgruppe ($p = 0{,}061$), Berufsgruppe ($p = 0{,}106$) und Versorgungsstufe ($p = 0{,}138$). Signifikante Unterschiede zwischen Altersgruppen bzgl. einzelner erlebter persönlicher Traumata zeigten sich bei unzulänglicher Betreuung während der Geburt durch Arbeitsbelastung ($p < 0{,}001$) und unzulänglicher Kommunikation im Team ($p < 0{,}001$), welche mit jeweils über 75 % am häufigsten von geburtshilflichem Personal unter 40 Jahren angegeben wurde. Eine unzulängliche Betreuung während der Geburt durch Arbeitsbelastung unterschied sich auch signifikant zwischen den Berufsgruppen ($p < 0{,}001$) und wurde mit 89,9 % von Hebammen am häufigsten genannt. Signifikante Unterschiede erlebter persönlicher Traumata in Abhängigkeit der Versorgungsstufe ergaben sich für unzulängliche Betreuung während der Geburt durch Arbeitsbelastung ($p < 0{,}001$) und unzulänglicher Kommunikation im Team ($p < 0{,}001$), welche beide am häufigsten von Gesundheitspersonal aus Perinatalzentren genannt wurden (▶ **Tab. 1** des Supplements mit absoluten und relativen Häufigkeiten von peripartalen und persönlichen Traumata für jede Kategorie).

Assoziationen zwischen erhaltener Unterstützung sowie beruflicher Konsequenzen nach peripartalen und persönlichen Traumata mit demographischen und beruflichen Faktoren

Unterstützung

Die Altersgruppen unterschieden sich signifikant bzgl. der erfahrenen Unterstützung nach erlebten Traumata durch Partner ($p = 0{,}019$) und Freunde ($p < 0{,}001$), welche am häufigsten von den jüngsten Altersklassen genannt wurden. Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen gab es auch bei der erfahrenen Unterstützung durch Kolleg*innen ($p = 0{,}034$), die mit jeweils über 65 % am häufigsten von der jüngsten und ältesten Altersklasse angegeben wurde. Die Berufsgruppen unterschieden sich signifikant bzgl. der Unterstützung durch Partner ($p = 0{,}029$) und bzgl. der Unterstützung durch Freunde ($p = 0{,}006$); beides wurde mit 62,5 % am häufigsten von Funktionsoberärzten*innen angegeben. Funktionsoberärzt*innen waren jedoch auch die Berufsgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen, die keine Unterstützung erhielten

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

▶ **Tab. 3** Ergebnisse der Fragebogenauswertungen für Impact of Event Scale – Revised (IES-R), Posttraumatic Growth Inventory -Short Form (PGI-SF) und Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Ergebnisse Fragebögen	N (%)	Antwortbereich	Mittelwert ± Standardabweichung
IES-R	528 (100,0)		
Gesamtscore		0–96	33,25 ± 20,79
Intrusion		0–35	12,10 ± 7,97
Vermeidung		0–40	10,45 ± 7,93
Hyperarousal		0–35	10,70 ± 7,85
Verdacht auf PTBS	33 (6,3)		
PGI-SF	528 (100,0)		
Gesamtscore		0–50	19,15 ± 10,57
Beziehung zu Anderen		0–10	4,34 ± 2,82
Neue Möglichkeiten		0–10	2,75 ± 2,81
Persönliche Stärke		0–10	5,73 ± 2,97
Spirituelle Änderung		0–10	1,71 ± 2,65
Wertschätzung des Lebens		0–10	4,62 ± 3,28
Gesamtscore > 10	401 (75,9)		
CBI	542 (100,0)		
Gesamtes Burnout Level		21–95	53,29 ± 13,27
niedrigstes	4 (0,7)		
niedriges	179 (33,0)		
moderates	319 (58,9)		
hohes	40 (7,4)		
Persönliches Burnout Level		6–30	18,53 ± 4,47
niedrigstes	4 (0,7)		
niedriges	101 (18,6)		
moderates	333 (61,4)		
hohes	104 (19,2)		
Arbeitsbezogenes Burnout Level		8–35	20,42 ± 5,38
niedrigstes	2 (0,4)		
niedriges	169 (31,2)		
moderates	297 (54,8)		
hohes	74 (13,7)		
Klienten-bezogenes Burnout Level		6–30	14,34 ± 4,91
niedrigstes	37 (6,8)		
niedriges	254 (46,9)		
moderates	215 (39,7)		
hohes	36 (6,6)		

(12,5 %). Signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer*innen gab es nur hinsichtlich der Unterstützung durch Freunde, welche signifikant häufiger von Frauen angegeben wurde (32,7 % vs. 13,9 %; p < 0,001). Insgesamt gaben Männer signifikant häufiger als Frauen an, keine Unterstützung nach einem erlebten Trauma erhalten zu haben (10,1 % vs. 3,1 %; p = 0,007). Signifikante Assoziationen zwischen Beziehungsstatus und erhaltener Unterstützung gab es bzgl. der Unterstützung durch Partner (p < 0,001), welche am häufigsten von Verheirateten und Personen in einer neuen Partnerschaft genannt wurde, und bzgl. der Unterstützung durch Freunde (p < 0,001), welche am häufigsten von Singles und verwitweten Personen genannt wurde (▶ **Tab. 2** Supplement mit absoluten und relativen Häufigkeiten erhaltener Unterstützung nach erlebten peripartalen und persönlichen Traumata für jede Kategorie).

Berufliche Konsequenzen

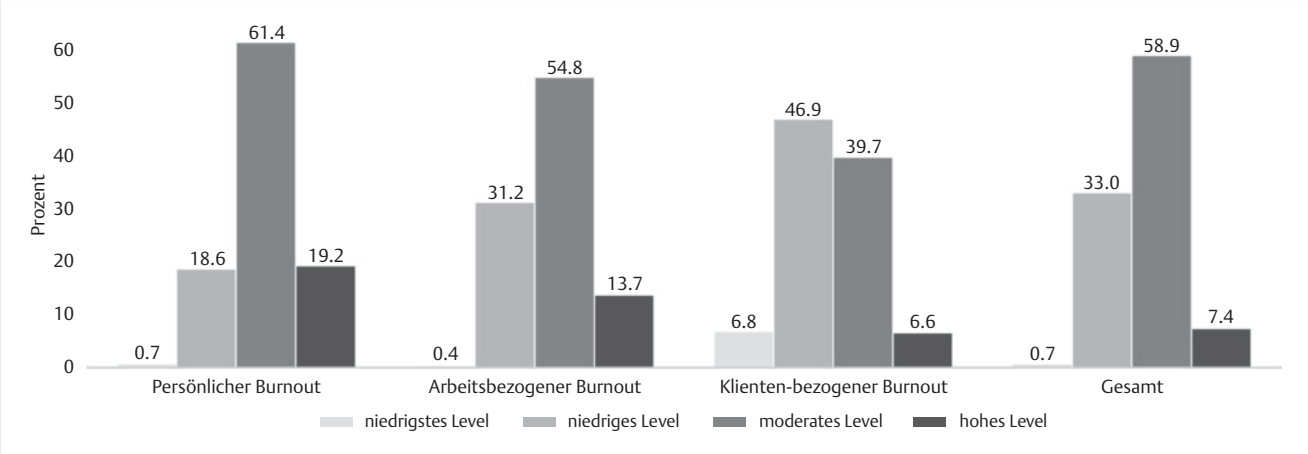
Die einzigen signifikanten Unterschiede zwischen Altersklassen gab es hinsichtlich der Konsequenz Verlassen des Arbeitsplatzes bzw. Kündigung (p = 0,021), welche von älteren Teilnehmer*innen seltener angegeben wurde. Teilnehmer*innen ohne Kinder haben signifikant häufiger ihre Arbeitszeit reduziert (11,2 % vs. 5,3 %; p = 0,004) und auch signifikant häufiger mindestens eine Konsequenz gezogen (19,1 % vs. 13,6 %; p = 0,048) als Teilnehmer*innen mit Kindern. Signifikante Unterschiede bei den beruflichen Konsequenzen wurden auch zwischen Teilnehmer*innen mit verschiedenen Arbeitszeiten festgestellt. Diejenigen mit einer Arbeitszeit von weniger als 25 % gaben häufiger an, ihre Arbeitszeit nach einem Trauma verkürzt zu haben, während sie seltener angaben, den Arbeitsplatz verlassen oder gekündigt zu haben, im Vergleich zu Teilnehmer*innen mit höherer Arbeitszeit (▶ **Tab. 3** Supplement mit absoluten und relative Häufigkeiten der verschiedenen Formen der nach einem geburtshilflichen Trauma erfolgten Konsequenzen bzgl. Arbeitsplatz und/oder Arbeitszeit für jede Kategorie).

IES-R

Für die Auswertung des IES-R konnten 528 vollständige Datensätze mit einem Gesamtscore Mittelwert (*M*) = 33,25 ± 20,79 (Bereich 0–96) verwendet werden (▶ **Tab. 3**). Nach Auswertung der Subskalen des Gesamtkollektives (N = 528) war die *Intrusion* (*M* = 12,10 ± 7,97) am stärksten ausgeprägt, gefolgt von *Hyperarousal* (*M* = 10,70 ± 7,85) und *Vermeidung* (*M* = 10,45 ± 7,93). Nach Anwendung der diagnostischen Formel ergab sich in 33 Fällen (6,3 % der Teilnehmer*innen mit einem kompletten IES-R Datensatz; 4,7 % aller Teilnehmer*innen) ein diagnostischer Gesamtscore für den Verdacht auf eine PTBS. Hier war die Subskala *Hyperarousal* (*M* = 26,70 ± 4,42) am stärksten ausgeprägt.

Von diesen 33 Fällen mit PTBS waren 29 Teilnehmer*innen (87,9 %) Frauen, 12 Teilnehmer*innen (36,4 %) zwischen 40–49 Jahre, und 19 (57,6 %) verheiratet. 18 (54,4 %) der 33 Teilnehmer*innen mit PTBS gaben Kinder an, 21 (63,6 %) kamen aus der Berufsgruppe der Hebammen, und 19 Teilnehmer*innen (57,6 %) arbeiten in einer Geburtsklinik. Teilnehmer*innen mit PTBS unterschieden sich nicht signifikant von Teilnehmer*innen ohne PTBS hinsichtlich Altersklasse (p = 0,061), Geschlecht (p = 1,000), Beziehungsstatus (p = 0,901), Kinder (p = 0, 928), Berufsgruppe (p = 0,535) und Versorgungsstufe (p = 0,061).

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.



▶ **Abb. 1** Burnout-Levels (< 50 niedrigstes/niedriges Level, ≥ 50 bis < 75 moderates Level, ≥ 75 bis ≤ 100 hohes Level) gemessen am Gesamtscore und den Einzelscores des CBI (Copenhagen Burnout Inventory).

Teilnehmer*innen mit PTBS erhielten jedoch signifikant seltener Unterstützung durch Kolleg*innen (63,6 % vs. 82,4 %; p = 0,007) und gaben häufiger an, überhaupt keine Unterstützung erhalten zu haben (15,2 % vs. 4,6 %; p = 0,024) als Teilnehmer*innen ohne PTBS. Außerdem gaben Teilnehmer*innen mit PTBS signifikant häufiger an, auf ein erlebtes geburtshilfliches Trauma mit Verlassen des Arbeitsplatzes/Kündigung reagiert zu haben (36,4 % vs. 8,9 %; p < 0,001) bzw. mindestens eine Konsequenz am Arbeitsplatz gezogen zu haben (48,5 % vs. 19,4 %; p < 0,001) als Teilnehmer*innen ohne PTBS.

PGI-SF

Für die Auswertung eines posttraumatischen Wachstums konnten 528 vollständige Datensätze ausgewertet werden (▶ **Tab. 3**). Der Mittelwert des Gesamtscores betrug 19,15 ± 10,57 (Bereich 0–50). Die höchsten Werte wurden in den Subskalen Persönliche Stärke (M = 5,73 ± 2,97) und Wertschätzung des Lebens (M = 4,62 ± 3,28) erreicht (▶ **Tab. 3**). In 401 Datensätzen (75,9 % der Teilnehmer*innen mit einem kompletten PGI-SF Datensatz; 57,3 % aller Teilnehmer*innen) zeigte sich ein Wert über dem Cut off von 10 und damit ein posttraumatisches Wachstum nach erlebtem Trauma.

CBI

Für die Auswertung des CBI konnten 542 vollständige Datensätze genutzt werden (▶ **Tab. 3**). Werte ≥ 50 bis < 75 gelten als moderater Burnout und Werte ≥ 75 bis 100 als starker Burnout, während Werte < 50 als kein Burnout klassifiziert werden. Insgesamt hatten 359 Teilnehmer*innen (66,2 % der Teilnehmer*innen mit einem kompletten CBI Datensatz; 51,3 % aller Teilnehmer*innen) einen Gesamtscore von ≥ 50 bis 100. Hiervon hatten 40 Teilnehmer*innen (7,4 % der Teilnehmer*innen mit einem kompletten CBI Datensatz; 5,7 % aller Teilnehmer*innen) einen Score ≥ 75. In den Subkategorien persönlicher Burnout, arbeitsbezogener Burnout und Klienten-bezogener Burnout hatten 80,6 %, 68,5 % und 46,3 % der Teilnehmer*innen mit einem kompletten CBI Datensatz einen Score ≥ 50 und 19,2 %, 13,7 % und 6,6 % einen Score ≥ 75 (▶ **Abb. 1**).

▶ **Abb. 1**: Burnout-Levels (< 50 niedrigstes/niedriges Level, ≥ 50 bis < 75 moderates Level, ≥ 75 bis ≤ 100 hohes Level) gemessen am Gesamtscore und den Einzelscores des CBI (Copenhagen Burnout Inventory)

Teilnehmer*innen mit einem CBI Gesamtscore ≥ 75 bis 100 unterschieden sich nicht signifikant von Teilnehmer*innen mit einem CBI Gesamtscore < 75 hinsichtlich Altersgruppe (p = 0,318), Geschlecht (p = 0,605), Beziehungsstatus (p = 0,325), Kinder (p = 0,085), Berufsgruppen (p = 0,428) und Versorgungsstufe (p = 0,648).

Teilnehmer*innen mit einem CBI Gesamtscore ≥ 75 bis 100 erhielten signifikant seltener Unterstützung durch Vorgesetzte (12,5 % vs. 33,7 %; p = 0,006) oder Kolleg*innen (57,5 % vs. 80,9 %; p < 0,001) und gaben häufiger an, überhaupt keine Unterstützung erhalten zu haben (17,5 % vs. 4,2 %; p = 0,003) als Teilnehmer*innen mit einem CBI Gesamtscore < 75. Teilnehmer*innen mit einem CBI Gesamtscore ≥ 75 bis 100 gaben auch signifikant häufiger an, auf erlebte geburtshilfliche Traumata mit Verlassen des Arbeitsplatzes/Kündigung reagiert zu haben (40,0 % vs. 8,0 %; p < 0,001) bzw. mindestens eine der möglichen Konsequenzen am Arbeitsplatz gezogen zu haben (55,0 % vs. 17,9 %; p < 0,001) als Teilnehmer*innen mit einem CBI Gesamtscore < 75.

Korrelationsanalyse der Fragebögen

Die Korrelationsanalyse der Gesamtscores der drei verwendeten Fragebögen ergab eine signifikante und starke Korrelation zwischen IES-R und CBI (r_s = 0,499; p < 0,001) und eine signifikante und moderate Korrelation zwischen IES-R und PGI-SF (r_s = 0,151; p < 0,001), während PGI-SF und CBI nicht signifikant korreliert waren (r_s = 0,045; p = 0,307). Für alle drei verwendeten Fragebögen zeigten sich auch signifikante Korrelation der Scores der einzelnen Subskalen untereinander (IES-R, n = 528, drei Subskalen, alle r_s > 0,60, alle p < 0,001; CBI, n = 542, drei Subskalen, alle r_s > 0,59, alle p < 0,001; PGI-SF, n = 528, fünf Subskalen, alle r_s > 0,29, alle p < 0,001).

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit belegt, dass Geburtshelfer*innen und Hebammen in ihrem Berufsleben emotionale Herausforderungen mit Auswirkungen auf ihre psychosoziale Gesundheit erleben. Hierfür wurde bislang kein standardisiertes Befragungsinstrument konzipiert und die Umfrage orientierte sich bei den abgefragten Ereignissen an bereits verwendeten Ereignis-Listen [11, 16, 34]. Mit Ausnahme von 2 Teilnehmer*innen gaben alle Befragten dieser Studie (N = 700) mindestens ein peripartales und/oder persönliches Trauma an. Somit kann keine Prävalenz abgeleitet werden, da nur Personen mit einem Traumaerlebnis teilgenommen haben.

Internationale Arbeiten zur Prävalenz traumatischer Geburtserlebnisse variieren mit Angaben von 12,5 % [28] bis 85 % [13]. Eine Untersuchung mit 249 Hebammen, die auch zwischen peripartalen und persönlichen Traumata unterscheidet, beschreibt Prävalenzen von 85,4 % und 41,6 % [35]. In einem systematischen Review werden Prävalenzen traumatischer Geburtserlebnisse von 45 % bis zu 96,6 % angegeben [36] und demonstriert die Relevanz und die hohe Betroffenheit.

Die vorliegende Arbeit differenziert zwischen peripartalen und persönlichen Traumata. Die häufigsten peripartalen Traumen sind fetale Komplikationen und ein IUFT. Diese Traumata sind besonders relevante Auslöser für Stressrektionen, insbesondere bei fehlender Ausbildung des Personals zur Trauerbegleitung oder Nachbearbeitung [37–40]. Aus den Ergebnissen der Auswertung lässt sich rückschließen, je länger die Berufserfahrung und je höher die Versorgungsstufe eines Perinatalzentrums, umso häufiger erleben Geburtshelfer*innen eines dieser peripartalen Traumata in ihrem beruflichen Alltag. Zu den persönlichen Traumata gehören eine unzulänglich wahrgenommene Betreuung bei zu hoher Arbeitsbelastung (81 %) und eine unzulängliche Kommunikation (72,4 %). Vor allem die jüngere Altersgruppe < 40 Jahre und Hebammen (89,9 %) erlebte dies als belastend. In anderen Arbeiten wurde eine unzulängliche Kommunikation von 49,9 % [16] und 19,8 % [41] der befragten Hebammen als belastend empfunden. Eine effektive und interdisziplinäre Kommunikation spielt jedoch eine Schlüsselrolle für die Zufriedenheit aber auch die Sicherheit in der Betreuung werdender Mütter. Nicht ausgesprochene Folgen einer unzulänglichen Kommunikation können sich negativ auf die Qualität in der Betreuung und auf die Patientensicherheit auswirken und folglich auch zu einer Beeinträchtigung des psychosozialen Wohlbefindens des Gesundheitspersonals führen [42]. Die Konsequenzen peripartaler unerwünschter Ereignisse sind weitreichend – das Gesundheitspersonal muss sich mit möglichen medizinrechtlichen Folgen eines Vorfalls auseinandersetzen und kann selbst zum *second victim* werden [43]. In diesem Kontext ist besonders in Zentren mit einer hohen Versorgungsstufe und Arbeitsdichte ein gezieltes interdisziplinäres Teamtraining für die Bewältigung von emotionalen Herausforderungen und der Verbesserung der Patientinnensicherheit bedeutend [42]. Ein durchaus offen kommuniziertes Thema von werdenden Müttern sind Gewalterfahrungen im Kreißsaal [44, 45]. Auch das Gesundheitspersonal kann von Gewalterfahrungen betroffen sein [46, 47] wie auch die vorliegenden Ergebnisse zeigen. Fast die Hälfte aller Teilnehmer*innen (46,9 %) gab das Erleben von persönlich gerichteter Gewalt/Aggression durch das Team oder die Patientin/Angehörige an. In andere Arbeiten berichten dies 33 % des Gesundheitspersonals [34] und bis zu 86 % der Hebammen und Geburtshelfer*innen geben verbale Gewalt und 47 % körperliche Gewalterfahrungen an [47]. Gerade Hebammen und jüngeres Personal fühlen sich davon betroffen und nicht vorbereitet. Dies kann in Folge zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Hebammenberuf führen. Eine hohe Transparenz, ein niederschwelliges Adressieren der erlebten Gewalterfahrungen und eine Unterstützung durch Vorgesetzte können dem entgegenwirken [48].

Belastendende Ereignisse wie persönliche Gewalterfahrungen können die Grundlage für eine PTBS bilden [16, 49]. Nach Anwendung der diagnostischen Formel des IES-R zeigten 33 Befragte (6,3 % der Teilnehmer*innen mit ausgefülltem IES-R, davon 63,6 % Hebammen) Anzeichen einer PTBS. Dies liegt eher im niedrigen Bereich und ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Studie von Wahlberg et al., die über eine PTBS Rate von 7 % bei Gynäkolog*innen und 5 % bei Hebammen berichtet [12]. Insgesamt variieren die Angaben zum Vorliegen einer PTBS bei geburtshilflichem Personal in der Literatur jedoch stark von 3,1 % bis zu 46 % [11, 16, 34]. Die Inkonsistenz ist möglicherweise auf verschiedene Methoden zur Erfassung von PTBS zurückzuführen. Begünstigt kann die Entwicklung einer PTBS auch durch mangelnde Unterstützung nach einem belastenden Ereignis werden und folglich zu Arbeitsplatzwechsel oder Kündigungen führen [12, 28, 50]. In unserer Studie berichteten Teilnehmer*innen mit PTBS öfter über mangelnde Unterstützung nach geburtshilflichen Traumata und häufigere Kündigungen oder andere Konsequenzen am Arbeitsplatz als solche ohne PTBS.

Neben einer akuten Stressreaktion, ausgelöst durch ein belastendes Ereignis, können chronische Stressoren zu emotionaler Ermüdung und in Folge zu einem Burnout führen [17]. 66,2 % der per CBI Befragten wiesen einen moderaten bis hohen Burnout auf, mit dem höchsten Level im persönlichen Burnout, gefolgt vom arbeitsbezogenen und Klienten-bezogenen Burnout. Andere Studien sowie eine Meta-Analyse mit 14 Studien zeigen ähnliche Ergebnisse mit einem moderaten bis hohen persönlichen Burnout bei 50 % der Hebammen, einem arbeitsbezogenen Burnout bei 40 % der Hebammen und einem Klienten-bezogenen Burnout bei 10 % der Hebammen [18, 51, 52]. In unserer Kohorte gab es auch starke Korrelationen zwischen den Einzelscores für persönlichen, arbeitsbezogenen und Klienten-bezogenen Burnout sowie zwischen den Gesamtscores von IES-R und CBI. Anders als in anderen Arbeiten [9, 19] wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmer*innen mit und ohne Burnout in Bezug auf Altersgruppe, Geschlecht oder Berufsgruppe festgestellt. Ein hoher Burnout mit nachfolgenden beruflichen Konsequenzen trat signifikant häufiger bei Personen auf, die keine Unterstützung erhalten hatten.

Es lässt sich jedoch auch bei Gesundheitspersonal beobachten, dass die Betreuung traumatischer Geburten oder das Erleben persönlicher Traumata positive Bewältigungsstrategien fördern kann [25, 32]. Häufig können hierdurch das Selbstbild und das berufliche Selbstverständnis gestärkt oder auch mentale Notfallpläne für den Fall eines erneuten Auftretens entwickelt werden [53], was zum Gefühl führen kann, die eigene Arbeit zukünftig besser machen bzw. zukünftige Traumata besser bewältigen zu können [54, 55]. Durch das Potenzial des persönlichen Wachstums können positive Ressourcen aktiviert werden, um PTBS, Burnout oder das Verlassen des Arbeitsplatzes als letzte Konsequenz zu verhindern [25]. In unserer Studie zeigte sich ein posttraumatisches Wachstum bei 75,9 % der Befragten, wobei die stärkste Ausprägung in den Subskalen

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

persönliche Stärke und Wertschätzung des Lebens beobachtet wurde.

Limitationen der Studie sind das Fehlen einer Kontrollgruppe, da Personen ohne Traumaerfahrung oder zur Vermeidung einer Retraumatisierung nicht teilgenommen haben. Die Umfrage wurde online durchgeführt und ersetzt kein klinisches Interview. Zudem begrenzen Querschnittsstudien die Kausalitätserklärung, da sie nur Korrelationen zu einem Zeitpunkt zeigen, ohne Ursache-Wirkungs-Beziehungen feststellen zu können. Psychiatrische Vorerkrankungen wurden nicht miterfasst, welche die Ergebnisse beeinflussen könnten. Diese Studie ist bislang aber die erste, die das geburtshilfliche Gesundheitspersonal im deutschsprachigen Raum zu erlebten beruflichen Traumata befragt und deren Zusammenhänge mit demografischen, beruflichen Faktoren sowie mit dem Auftreten von PTBS, Burnout, der erfahrenen Unterstützung, beruflichen Konsequenzen und posttraumatischem Wachstum untersucht, und bietet somit eine wichtige Grundlage für zukünftige Forschungen zu diesem bedeutenden Thema.

Schlussfolgerung

Mehr als zwei Drittel des geburtshilflichen Gesundheitspersonals wird in seinem Berufsalltag mit belastenden bis hin zu traumatisch wahrgenommenen Ereignissen wie peripartale Komplikationen, unzulängliche interprofessionelle Kommunikation aber auch persönlich gerichtete Gewalterfahrungen konfrontiert. Mangelnde Unterstützung nach dem Erlebten ist mit einem höheren Risiko für Burnout-Symptome, PTBS und beruflichen Konsequenzen assoziiert. Es gibt jedoch eine Chance für posttraumatisches Wachstums mit Potenzial der positiven Ressourcenaktivierung. Da Traumata in der Geburtshilfe kaum vermeidbar sind, gilt es die persönliche Resilienz zu fördern und kollegiale sowie professionelle Nachbesprechungen zur Bewältigung zu etablieren. Hilfreich sind interdisziplinäre Fallkonferenzen nach peripartalen Komplikationen ohne persönlich gerichtete Schuldzuweisungen sowie eine hohe Transparenz bzgl. der erlebten persönlichen Gewalt. Eine zwischenmenschliche und effektive Kommunikation spielt hierfür eine zentrale Rolle, welche durch regelmäßiges professionelles Training geschult werden kann.

Fazit für die Praxis

- Geburtshilfliches Gesundheitspersonal ist oft peripartalen und/oder persönlichen Traumata ausgesetzt. Die häufigsten Traumata sind in mehr als zwei Dritteln der Fälle ein intrauteriner Fruchttod, schwerwiegende fetale und maternale Komplikationen, mangelnde Betreuung und unzulängliche Kommunikation, aber auch in fast der Hälfte der Fälle persönliche Gewalterfahrungen.
- Die psychosoziale Gesundheit wird durch posttraumatische Belastungsstörungen (6,3 %) sowie einen moderaten bis hohen persönlichen (80,6 %) und arbeitsbezogenen (68,5 %) Burnout beeinträchtigt. Es zeigt sich jedoch auch in 75,9 % ein Potenzial für posttraumatisches Wachstum.
- Kollegiale und professionelle Nachbesprechung sowie eine zwischenmenschliche und effektive Kommunikation sind wichtige Maßnahmen zur Prävention und Stärkung der psychosozialen Gesundheit von geburtshilflichem Gesundheitspersonal.

Danksagung

Die Autor*innen bedanken sich bei allen Teilnehmer*innen für die Bereitschaft, Zeit und ihren Beitrag zu dieser Studie.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

[1] Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C et al. Bad is Stronger than Good. Review of General Psychology 2001; 5: 323–370. DOI: 10.1037/1089-2680.5.4.323

[2] Williams SE, Ford JH, Kensinger EA. The power of negative and positive episodic memories. Cogn Affect Behav Neurosci 2022; 22: 869–903. DOI: 10.3758/s13415-022-01013-z

[3] M K, K B, R P, et al. Saving Lives, Improving Mothers' Care Core Report – Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018-20. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2022

[4] Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C et al. Patient safety and adverse events related with obstetric care. Arch Gynecol Obstet 2015; 291: 825–830. DOI: 10.1007/s00404-014-3474-3

[5] Weigl T, Garthus-Niegel S. [Questionnaires for the Assessment of Birth Expectancy and Birth Experience (Part 2 of a series on psychological assessment during the peripartum period)]. Z Geburtshilfe Neonatol 2021; 225: 392–396. DOI: 10.1055/a-1471-7714

[6] McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. Women Birth 2021; 34: 407–416. DOI: 10.1016/j.wombi.2020.09.021

[7] Ertan D, Hingray C, Burlacu E et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth. BMC Psychiatry 2021; 21: 155. DOI: 10.1186/s12888-021-03158-6

[8] Sheen K, Slade P, Spiby H. An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. J Adv Nurs 2014; 70: 729–743. DOI: 10.1111/jan.12274

[9] Schrøder K, Larsen PV, Jørgensen JS et al. Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. Midwifery 2016; 41: 45–53. DOI: 10.1016/j.midw.2016.07.013

[10] Slade P, Balling K, Sheen K et al. Work-related post-traumatic stress symptoms in obstetricians and gynaecologists: findings from INDIGO, a mixed-methods study with a cross-sectional survey and in-depth interviews. BJOG 2020; 127: 600–608. DOI: 10.1111/1471-0528.16076

[11] Walker AL, Gamble J, Creedy DK et al. Impact of traumatic birth on Australian obstetricians: A pilot feasibility study. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2020; 60: 555–560. DOI: 10.1111/ajo.13107

[12] Wahlberg Å, Andreen Sachs M, Johannesson K et al. Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. BJOG 2017; 124: 1264–1271. DOI: 10.1111/1471-0528.14259

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

[13] Schrøder K, Jørgensen JS, Lamont RF et al. Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2016; 95: 735–745. DOI: 10.1111/aogs.12897

[14] APA PsycNet. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013

[15] Beck CT, LoGiudice J, Gable RK. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. J Midwifery Womens Health 2015; 60: 16–23. DOI: 10.1111/jmwh.12221

[16] Leinweber J, Creedy DK, Rowe H et al. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. Women Birth 2017; 30: 40–45. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.06.006

[17] Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. Int J Nurs Stud 2015; 52: 578–587. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006

[18] Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J et al. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17: 13. DOI: 10.1186/s12884-016-1212-5

[19] Bourne T, Shah H, Falconieri N et al. Burnout, well-being and defensive medical practice among obstetricians and gynaecologists in the UK: cross-sectional survey study. BMJ Open 2019; 9: e030968. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030968

[20] Iorga M, Socolov V, Muraru D et al. Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians. Biomed Res Int 2017; 2017: 9318534. DOI: 10.1155/2017/9318534

[21] Dewa CS, Loong D, Bonato S et al. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. BMC Health Serv Res 2014; 14: 325. DOI: 10.1186/1472-6963-14-325

[22] Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Med Wkly 2009; 139: 9–15. DOI: 10.4414/smw.2009.12417

[23] Ruitenburg MM, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2012; 12: 292–298. DOI: 10.1186/1472-6963-12-292

[24] Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG et al. A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. Anxiety Stress Coping 2010; 23: 127–137. DOI: 10.1080/10615800903094273

[25] Beck CT, Eaton CM, Gable RK. Vicarious Posttraumatic Growth in Labor and Delivery Nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2016; 45: 801–812. DOI: 10.1016/j.jogn.2016.07.008

[26] Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. Obstet Gynecol 2008; 112: 29–34. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31817d0582

[27] Schrøder K, Larsen PV, Jørgensen JS et al. Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. Midwifery 2016; 41: 45–53. DOI: 10.1016/j.midw.2016.07.013

[28] Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI et al. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. BMC Psychiatry 2018; 18: 73. DOI: 10.1186/s12888-018-1659-1

[29] Zeidenstein L. Breaking the silence. Finding a voice for loss. J Nurse Midwifery 1995; 40: 317–319. DOI: 10.1016/0091-2182(95)00019-g

[30] Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. JP Wilson & TM Keane (eds) Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 1996: 399–411

[31] Exenberger S, Kumnig M, Juen B et al. Dimensions of posttraumatic growth in a German-speaking sample using mixed methods. Eur J Psychotraumatol 2019; 10: 1701258. DOI: 10.1080/20008198.2019.1701258

[32] Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress 1996; 9: 455–471. DOI: 10.1007/BF02103658

[33] Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E et al. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work & Stress 2005; 19: 192–207. DOI: 10.1080/02678370500297720

[34] Wahlberg Å, Andreen Sachs M, Bergh Johannesson K et al. Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study. International Journal of Nursing Studies 2017; 65: 8–16. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.009

[35] Toohill J, Fenwick J, Sidebotham M et al. Trauma and fear in Australian midwives. Women Birth 2019; 32: 64–71. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.04.003

[36] Uddin N, Ayers S, Khine R et al. The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity health professionals: A systematic review. Midwifery 2022; 114: 103460. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103460

[37] Mills TA, Ayebare E, Mweteise J et al. „There is trauma all round": A qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. Women Birth 2023; 36: 56–62. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.02.012

[38] Becker J, Becker C, Abeysekera R et al. Silent Tears of Midwives: 'I Want Every Mother Who Gives Birth to Have Her Baby Alive'-A Narrative Inquiry of Midwives Experiences of Very Early Neonatal Death from Tanzania. Children (Basel) 2023; 10: 705. DOI: 10.3390/children10040705

[39] Sheehy A, Baird K. A qualitative study of early career Australian midwives' encounters with perinatal grief, loss and trauma. Women Birth 2022; 35: e539–e548. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.01.009

[40] Ravaldi C, Carelli E, Frontini A et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. Women Birth 2022; 35: 48–58. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.01.003

[41] Fontein-Kuipers Y, Duivis H, Schamper V et al. Reports of work-related traumatic events: A mixedmethods study. Eur J Midwifery 2018; 2: 18. DOI: 10.18332/ejm/100611

[42] Dietl JE, Derksen C, Keller FM et al. Psychosocial Processes in Healthcare Workers: How Individuals' Perceptions of Interpersonal Communication Is Related to Patient Safety Threats and Higher-Quality Care. Int J Environ Res Public Health 2023; 20: 5698. DOI: 10.3390/ijerph20095698

[43] Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320: 726–727. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.726

[44] Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. Midwifery 2022; 105: 103212. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103212

[45] Batram-Zantvoort S, Wandschneider L, Razum O et al. Violation of maternal integrity during childbirth: a micro-, meso- and macrostructural perspective. European Journal of Public Health 2019; 29: ckz185.747. DOI: 10.1093/eurpub/ckz185.747

[46] Tyler V, Aggar C, Grace S et al. Nurses and midwives reporting of workplace violence and aggression: an integrative review. Contemp Nurse 2022; 58: 113–124. DOI: 10.1080/10376178.2022.2070519

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

[47] Böhle S, David M, Breckenkamp J et al. [Violence Against Staff in Delivery Rooms – Results of an Online-Survey and Structured Interviews in Obstetric Clinics in Berlin]. Z Geburtshilfe Neonatol 2022; 226: 121–128. DOI: 10.1055/a-1611-2958

[48] Capper TS, Thorn M, Muurlink OT. Workplace violence in the Australian and New Zealand midwifery workforce: A scoping review. J Nurs Manag 2022; 30: 1831–1842. DOI: 10.1111/jonm.13766

[49] Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Post-Traumatic Stress Disorder – a Diagnostic and Therapeutic Challenge. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 59–65. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0059

[50] Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 748–766. DOI: 10.1037//0022-006x.68.5.748

[51] Paul N, Limprecht-Heusner M, Eichenauer J et al. Burnout among midwives and attitudes toward midwifery: A cross-sectional study from Baden-Württemberg, Germany. Eur J Midwifery 2022; 6: 46. DOI: 10.18332/ejm/150582

[52] Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL et al. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: E641. DOI: 10.3390/ijerph17020641

[53] Wahlberg Å, Högberg U, Emmelin M. The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. Int J Nurs Stud 2019; 89: 53–61. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016

[54] Puia DM, Lewis L, Beck CT. Experiences of obstetric nurses who are present for a perinatal loss. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2013; 42: 321–331. DOI: 10.1111/1552-6909.12040

[55] Goldbort J, Knepp A, Mueller C et al. Intrapartum nurses' lived experience in a traumatic birthing process. MCN Am J Matern Child Nurs 2011; 36: 373–380. DOI: 10.1097/NMC.0b013e31822de535

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.