

**Systematische Übersichtsarbeit zu Auswirkungen von Hypnobirthing
auf die Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt**

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 20.11.2023

Vorgelegt von: Madita Louisa Tomforde, 

Erstprüferin: Prof. Dr. rer. medic. Dipl. med. päd. Sabine Striebich

Zweitprüferin: B.A. Anne Rehm

Vorwort und Vorbemerkungen zum Sprachgebrauch

Die Bachelorarbeit wird im Rahmen des Studiums der Hebammenwissenschaft B.Sc. verfasst und soll diesbezüglich einen Beitrag hinsichtlich der evidenzbasierten Forschung leisten. Demzufolge bedarf es, im besten Falle, Vorkenntnisse im Bereich der Geburtshilfe, da sie vorrangig an Hebammen und geburtshilfliches Fachpersonal gerichtet ist.

In Bezug auf die geschlechtergerechte Sprache, wird sich an den Grundsätzen der HAW orientiert (vgl. HAW Hamburg 2019: 1-6). Insofern werden zum einen geschlechtsneutrale Formulierungen und zum anderen der Gender-Stern* genutzt. Zu beachten gilt, dass in der gesamten vorliegenden Arbeit auch das Wort Frau bzw. Frauen benutzt wird, da sie die Population der Stichproben ausmachen.

Die Berufsbezeichnung Hebamme schließt in Deutschland laut Hebammengesetz alle Geschlechter mit ein und wird auch in dieser Arbeit so verwendet.

Abgekürzte Begriffe werden bei der ersten Nennung einmal voll ausgeschrieben und die Abkürzung in Klammern gesetzt. Darüber hinaus befinden sie sich in einem Abkürzungsverzeichnis.

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich damit, inwiefern Hypnobirthing, Auswirkungen auf die Angst und die Schmerzen hinsichtlich der Geburt hat. Angst vor der Geburt kommt nicht selten vor und ist eine der Hauptursachen für einen Wunschkaiserschnitt. Diese Entwicklungen zeigen sich auch in der weltweit steigenden Sectiorate. Die Angst vor den Schmerzen ist ebenfalls nicht unerheblich für den Geburtsverlauf. Es bedarf also an geburtsvorbereitenden und nicht-pharmakologischen Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten, um der steigenden Medikalisierung etwas entgegenzusetzen. Hypnobirthing ist eine Methode, die darauf abzielt, die Geburt als einen natürlichen und positiven Prozess zu betrachten, auf Basis der Selbsthypnose funktioniert und Techniken wie Entspannung, Visualisierung und Atemübungen einsetzt, um das Geburtserlebnis zu verbessern. Es stellt somit ein potenzielles Konzept dar, welches den aktuellen Entwicklungen etwas entgegenwirken könnte. Demzufolge ist die Relevanz zur Forschung der Thematik gegeben.

Das Forschungsziel liegt darin, einen Beitrag zu einem evidenzbasierten praktischen Umgang mit der Angst und den Schmerzen im geburtshilflichen Kontext zu leisten.

Das Studiendesign ist eine Übersichtsarbeit, da diese sich am besten dafür eignet den aktuellen Forschungsstand zu ermitteln. Es werden 10 Publikationen in die Arbeit eingeschlossen. Diese werden zusammengefasst, die Qualität kritisch beleuchtet und abschließend miteinander diskutiert.

Das Resultat ist, dass Hypnobirthing die Angst vor der Geburt reduziert und auch die Schmerzen während der Geburt mindert, bzw. einen besseren und kontrollierten Umgang damit ermöglicht.

In Bezug auf die Diskussion wird festgestellt, dass die Studien Unterschiede und damit einhergehend Einschränkungen in der Vergleichbarkeit, aufweisen. Das wiederum führt dazu, dass die Beantwortung der Fragestellung nicht abschließend geklärt wird und die Ergebnisse kritisch betrachtet werden müssen. Gleichzeitig wird diskutiert, dass ein Praxistransfer sinnvoll erscheint. Es bedarf jedoch weitere Forschung.

In Zukunft sollte Hypnobirthing mehr in das Studium von Hebammen integriert werden, da es eindeutige Hinweise auf dessen Nutzen gibt. Hebammen können Multiplikator*innen sein, um den schwangeren und gebärenden Personen Werkzeuge an die Hand zu geben, wie mit den Ängsten und den Schmerzen hinsichtlich der Geburt umgegangen werden kann.

Inhaltsverzeichnis

I Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	1
II Abkürzungsverzeichnis	1
1. Einleitung.....	2
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Hypnobirthing	3
2.2 Geburtsangst.....	5
2.3 Geburtsschmerz	5
3. Methodik	6
3.1 Literaturrecherche	6
3.2 Ein – und Ausschlusskriterien.....	8
3.3 Auswahl relevanter Studien nach PRISMA.....	9
3.4 Vorgehensweise zur Studienbewertung	12
4. Ergebnisse.....	12
4.1 Randomisierte Kontrollstudien.....	17
4.2 Fallstudie.....	21
4.3 Fall-Kontroll-Studie.....	22
4.4 Qualitative Studien	23
5. Diskussion	24
5.1 Vergleichbarkeit der Studien.....	25
5.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	28
5.3 Beantwortung der Fragestellung.....	29
5.4 Theorie-Praxis-Transfer.....	30
5.5 Reflexion und Limitationen	32
6. Schlussfolgerung	33
7. Literaturverzeichnis.....	36
8. Anhang	42

I Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Auswahl relevanter Studien anhand eines Flussdiagramms, eigene Darstellung in Anlehnung an das PRISMA Flow Diagramm (vgl. PRISMA 2022: o.S.)..... 10

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der Schlagwörter und Synonyme (eigene Darstellung 2023). 7
Tabelle 2 Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung 2023)..... 8
Tabelle 3 Kurzübersicht der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung 2023) 11
Tabelle 4 Eingeschlossene Studien zusammengefasst (eigene Darstellung 2023) 12

II Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Ausgeschrieben
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
DHV	Deutscher Hebammenverband
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGHWI	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
FOC	Fear of Childbirth
HBGE	HypnoBirthing Gesellschaft Europa
ITQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ITT	Intention-to-treat
JBI	Joanna Briggs Institute
PDA	Periduralanästhesie
PPA	Per-Protokoll-Analyse
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
SSW	Schwangerschaftswoche
VAS	Visuelle Analogskala
W-DEQ-A	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A
W-DEQ-B	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

Für viele Frauen ist die Geburt eine der prägendsten Erfahrungen im Leben (vgl. Simkin 1992: 81). Allerdings wird diese Erfahrung in vielen Kulturen mit Angst und Schmerz verbunden (Schmid 2011: 1). Die Auswirkungen sind gravierend. Laut der World Health Organisation (WHO) steigt die Sectiorate weltweit kontinuierlich an. Mittlerweile ist sie bei 21%, mit der Prognose, dass sie bereits 2030 bei 29% liegen soll (WHO 2021: o.S.). Die Angst vor einer Spontangeburt spielt dabei keine unerhebliche Rolle, denn sie stellt eine der häufigsten Gründe für einen Wunschkaiserschnitt dar (vgl. Mylonas und Friese 2015: 492 f.). Eine Studie von Dehghani et al. (2014: 586f.) bestätigt das und kommt zu dem Schluss, dass sowohl Angst vor der Geburt als auch Angst vor den Schmerzen, Präindikatoren für eine Präferenz hinsichtlich der elektiven Sectiones sind und Interventionen, die auf diese Faktoren abzielen die Rate mindern könnten. Hinzu kommt, dass negative Erfahrungen mit Schmerzen während der Geburt für Frauen zusätzlich langfristig nachteilige Auswirkungen haben können, wie beispielsweise eine postnatale Depression (vgl. Dehghani et al. 2014: 585). Außerdem lässt sich eine Medikalisierung der Geburtshilfe feststellen, die sich beispielsweise in den 23% der Frauen die eine Periduralanästhesie (PDA) verwenden, widerspiegelt (vgl. IQTIG 2018: 60).

In diesem Zuge muss sich die Frage gestellt werden, inwiefern eine Geburt wirklich von Angst und Schmerz geprägt sein muss. Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass die Geburt nicht schon immer damit assoziiert wird (vgl. Mongan 2019: 61-69). Mongan schreibt dazu:

„Um die Ereignisse zu verstehen, die zu unseren gegenwärtigen Annahmen geführt haben, die das ‚Leid‘ umgeben, mit dem Frauen vermeintlich gestraft sind, müssen wir bis ca. 3000v.Chr. zurückblicken, als Frauen ihre Kinder natürlich und mit einem Minimum an Beschwerden, wenn keine Besonderheiten auftraten, bekamen“ (Mongan 2019: 62).

Vertreter*innen der sogenannten HypnoBirthing Methode schlagen Ansätze vor, die zu einer anderen Perspektive auf die Geburt und einer tatsächlichen Veränderung des Geburtserlebens ohne Angst und Schmerz führen sollen (vgl. Mongan 2019: 71-73).

Hypnose während der Geburt ist kein neues Phänomen und erreicht immer weiter an Popularität in der Geburtshilfe (vgl. Mongan 2019: 43f.).

Umso wichtiger ist eine wissenschaftliche Betrachtung und Vertiefung aktueller Forschungsergebnisse, weswegen das Studiendesign eine Übersichtsarbeit ist. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Auswirkungen von Hypnobirthing auf die Angst und den Schmerz im Kontext der Geburt zu untersuchen und zu überprüfen, ob sich das Konzept diesbezüglich bewährt. Daraus resultierend leitet sich folgende Forschungsfrage anhand des PI(C)O-Schemas ab: *Welche Auswirkungen hat Hypnobirthing (Intervention) auf die Angst und den Schmerz (Outcome) von Frauen hinsichtlich der Geburt (Patient)?* Da kein Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten vorgenommen wird entfällt der Comparison (C) Aspekt.

Der Fokus der gesamten vorliegenden Bachelorarbeit liegt auf dieser Fragestellung. Dafür bedarf es zunächst einer Erörterung der theoretischen Grundlagen, um die Begriffe einzugrenzen und zu definieren. Anschließend wird darauf abgezielt, dass eine ausführliche systematische Literaturrecherche den aktuellen Stand der Forschung herauskristallisiert. Der Prozess wird ausführlich dokumentiert. Im Ergebnisteil soll die gefundene Literatur zusammengefasst, relevante Endpunkte subsumierend dargelegt und ihre Qualität eingeordnet werden. Schlussendlich sollen in der Diskussion die eingeschlossenen Studien verglichen und die Resultate interpretiert werden, um die Beantwortung der Fragestellung zu ermöglichen und einen Theorie-Praxis-Transfer herzustellen. Danach erfolgt eine Darstellung der Reflexion und Limitationen der Methode. Abschließend rundet eine Schlussfolgerung die Arbeit ab.

2. Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend sollen anhand evidenzbasierter Literatur, theoretische Grundlagen beleuchtet werden, die bedeutsam für das Verständnis der vorliegenden Bachelorarbeit sind. Dafür werden die Begriffe Hypnobirthing, Geburtsangst und Geburtsschmerz definiert und eingeordnet.

2.1 Hypnobirthing

Hypnobirthing ist eine Methode, die Frauen dabei unterstützen soll, eine entspannte und schmerzfreie Geburt zu erleben. Gleichzeitig geht sie weit über eine Methode hinaus und ist vielmehr eine Einstellung gegenüber Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ihr liegt die Vorstellung zugrunde, dass der Körper der Mutter und des Kindes instinktiv wissen, wie vorzugehen ist. Durch eine spezielle Geburtsvorbereitung und Erlernung von Selbsthypnose soll eine Entspanntheit und Schmerzfreiheit unter der Geburt möglich gemacht werden (vgl. Mongan 2019: 27-71, vgl. Rose 2021: 15). Der Grundstein von Hypnobirthing wurde bereits Anfang des 20. Jahrhundert von dem Gynäkologen Grantly Dick-Read gelegt. (vgl. Hüsken-Janßen und Fisch 2023: 649). In dem Buch von Dick-Read, *Mutterwerden*

ohne Schmerz, steht: „Die wichtigste aller Ursachen für Schmerz bei sonst normalen Geburten ist die Angst“ (Dick-Read 1950: 63). Die Ursache soll in dem von ihm aufgestellten „Angst-Verkrampfung-Schmerz-Syndrom“ liegen. Kurz gefasst beschreibt es den Zusammenhang zwischen Angst und die daraus resultierende Verkrampfung, welche wiederum ursächlich für Schmerz ist (Dick-Read 1950: 63f.).

Dick-Read ist der Wegbereiter für Marie F. Mongan. Sie ist die Gründerin von Hypnobirthing. Mongan (2019: 41f.) hat bereits 1989 aufgrund ihrer eigenen Geburtserfahrungen und der Schwangerschaft ihrer Tochter ein Programm, basierend auf einer Selbsthypnosemethode entwickelt.

Das Konzept ist das erste seiner Art und auch heute noch die Basis für das zertifizierte HypnoBirthing Programm (vgl. HypnoBirthing® Institut o.J.: o.S.). In den USA ist HypnoBirthing ein markenrechtlich geschützter Begriff (vgl. United States Patent and Trademark Office o.J.: o.S.). Das erklärt die unterschiedlichen Schreibweisen. Seit 2008 ist HypnoBirthing auch in Europa, durch die HypnoBirthing Gesellschaft Europa (HBGE) vertreten. HBGE beschreibt HypnoBirthing als eine Technik und Philosophie, die erprobt ist. Das Konzept umfasst sowohl psychische als physische Faktoren aller Beteiligten und ist ortsunabhängig, das heißt im Krankenhaus oder in der freiberuflichen Geburtshilfe anwendbar (vgl. Mongan 2019: 115-137). Der Grundsatz ist, dass Informationen, die Angst machen können, ausgeklammert werden sollen, sofern keine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Die praktische Umsetzung des HypnoBirthing Konzeptes basiert grundsätzlich auf drei Bereichen. Dazu gehört die Wissensvermittlung und die mentalen, sowie die körperliche Vorbereitung (vgl. Mongan 2019: 74-81). Die Wissensvermittlung fußt darauf, die Eltern darin zu bestärken, dass Schwangerschaft und Geburt natürliche Prozesse sind. Das geschieht, indem über die Anatomie und Physiologie aufgeklärt wird (vgl. Mongan 2019: 71-295). Die mentale Vorbereitung beruht auf vier Basistechniken. Dazu zählen die Atmung, Visualisierung, Entspannung und Vertiefung. Ziel davon ist es das Selbstvertrauen und das Wahrnehmen, sowie das Bewusstsein von eigenen Empfindungen zu stärken (vgl. Mongan 2019: 139f.) Um das zu erreichen, wird Selbsthypnose eingesetzt (vgl. Mongan 2019: 102). HypnoBirthing erfordert Training. Der ideale Start des HypnoBirthing-Trainings ist ab der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) bis spätestens ab der 34. SSW (vgl. HypnoBirthing Gesellschaft GmbH o.J.: o.S.), Die Übungen unterliegen einer gewissen Konditionierung und sollten täglich durchgeführt werden (vgl. Mongan 2019: 140).

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Mongan-Methode, sowie auf das daraus resultierende Element der Selbsthypnose gelegt.

2.2 Geburtsangst

Die Angst vor der Geburt ist ein Thema, mit welchem die meisten Frauen in Berührung kommen und vielerlei Ausprägungen hat (vgl. Nilsson et al. 2018:1). Zunächst ist es erst einmal normal, dass Frauen Sorgen bezüglich der bevorstehenden Geburt haben. Einige bekommen jedoch schwerere Formen der Angst vor der Geburt und weitere wenige eine extreme Form, die unter dem Begriff *Tokophobie* zusammengefasst wird. Ersichtlich wird also, dass die Geburtsangst sich von einer moderaten Angst, über schwerere Formen bis hin zur Tokophobie erstrecken kann (vgl. O'Connel et al. 2021: 2).

Im wissenschaftlichen Kontext wird Geburtsangst vor allem als Fear of Childbirth (FOC) bezeichnet. Es ist ein weit verbreitetes Phänomen, das die Gesundheit und das Wohlbefinden der Frauen im gesamten Betreuungsbogen, das heißt vor und in der Schwangerschaft, während der Geburt, sowie nach der Geburt, beeinträchtigt (vgl. Nilsson et al. 2018: 1; vgl. Klabbers et al. 2016: 108-121; vgl. O'Connel et al. 2017: 907f.). Das Forschungsgebiet ist umfangreich, komplex und schwer zu überblicken, da es keinen Konsens über die Definition und Messinstrumente gibt. Im Grundsatz lässt sich sagen, dass die Geburtsangst bzw. FOC als eine weitgefasste Bezeichnung für alle Arten von Ängsten und Befürchtungen verwendet werden kann, die Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt erleben (vgl. Nilsson et al. 2018: 2; vgl. Dencker et al. 2019: 100).

Die Prävalenz in Europa liegt zwischen 1,9% - 14% und in Australien sogar bei 30%. Die unterschiedlichen Angaben verdeutlichen die womöglich verschiedenen Definitionen, sowie Messinstrumente und werfen darüber hinaus die Frage nach kulturell bedingten Unterschieden auf (vgl. Nilsson et al. 2018: 2). Die Auswirkungen von Geburtsangst sind vielfältig. Offensichtlich gibt es einen Zusammenhang zu Geburtskomplikationen und negativen Geburtserlebnissen (vgl. Handelzalts et al. 2015: 1056) Das können zum Beispiel ein prolongierter Geburtsverlauf, längere Wehen und die Verwendung von einer PDA sein (vgl. Dencker et al. 2018: 109).

Es gibt keinen Konsens darüber, wie die Behandlung von Geburtsangst aussehen könnte (vgl. Stoll et al. 2017: 7f.). Deutlich wird also, dass es eine wissenschaftliche Auseinandersetzung über potenzielle präventive Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten geben muss.

2.3 Geburtsschmerz

Schmerzempfinden wirkt durch psychische, physische und auch kulturelle Faktoren eines Menschen individuell (vgl. Junge et al. 2018: 470; vgl. Schmid 2011: 1). Der Geburtsschmerz ist ein komplexer Zusammenhang, zwischen dem endogenen nozizeptiv ausgelösten Schmerz und der Interpretation des Schmerzreizes (vgl. Carvalho et al. 2014: 632).

Die damit einhergehende Individualität spiegelt sich auch in den Variationen der Schmerzerfahrungen von Frauen während der Geburt wider. Einige Frauen beschreiben es als extreme Muskelanstrengung. Andere wiederum als produktiven Schmerz der zweckgebunden der Geburt des Kindes dient. Weitere vergleichen den Schmerz mit Menstruationsbeschwerden, im Gegensatz zu den Frauen die es gar als Qual oder Folter beschreiben. (vgl. Madden et al. 2016: 7). Der Geburtsschmerz ist rhythmisch. Dies bedeutet, dass es eine wiederholende Abfolge von Schmerz und Pause, Zusammenziehen und Entspannung, Unbehagen und Wohlbefinden gibt. Daraus lässt sich keine allgemeine Gültigkeit festlegen, inwiefern dieser Rhythmus im Detail passiert. Dies gestaltet sich immer individuell (vgl. Schmid 2011: 9f.). Zugleich ist eben dieser, "intermittierender Schmerz mit individueller Dynamik", die Voraussetzung für die Abgrenzung zu anderen Arten von Schmerz (Schmid 2011: 10). Darüber hinaus werden aufgrund des rhythmischen Verlaufs die Produktion von Endorphinen angeregt, welche körpereigenen Opiate sind, die schmerzhemmend wirken (vgl. Schmid 2011: 18).

3. Methodik

Die vorliegende Übersichtsarbeit bedient sich an der Methode der systematische Literaturrecherche zur Beantwortung der Forschungsfrage. Im Folgenden ist das methodische Vorgehen detailliert dokumentiert. Die Recherchetechniken orientieren sich an der Publikation von Lisa Grundtke, die eine geeignete Zusammenfassung der Techniken beinhaltet (vgl. Grundtke 2022: 1-8). Es werden Schlagwörter und Synonyme anhand des PI(C)O-Schemas gebildet und darauf basierend ein Suchstrang erstellt. Darüber hinaus wird in einem Rechercheprotokoll, welches sich im Anhang II befindet, die Anwendung des Suchstrangs protokolliert. Zusätzlich werden die Ein- und Ausschlusskriterien genannt und aufgelistet. Es wird sich an Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) zur Unterstützung der Studienauswahl orientiert und der gesamte Suchprozess in einem Flussdiagramm, angelehnt an dem Flow PRISMA Diagramm, dargestellt (vgl. PRISMA 2020: o.S.). Zusätzlich wird beschrieben, welche Studien ausgewählt werden und die Resultate in einer Kurzübersicht tabellarisch abgebildet. Abschließend wird das weitere Vorgehen bezüglich der Studienbewertung beschrieben.

3.1 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche für die vorliegende Bachelorarbeit, erfolgt im Zeitraum zwischen dem 19.09.2023 und 28.09.2023 auf den Datenbanken CINAHL PubMed, Web of Science und in der Cochrane Library. Die folgenden Informationsquellen werden ausgewählt, weil sie zu den bekanntesten Recherchemöglichkeiten in Bezug auf Pflege und anderen Gesundheitsbereichen zählen. CINAHL hat laut eigener Aussage: "Zugang zu den

renommiertesten Quellen für Literatur in der Pflege und verwandten Gesundheitsbereichen” (CINAHL o.J.: o.S.). Für PubMed wird sich entschieden, da sie gleichermaßen eine populäre Datenbank in medizinischen Fachkreisen mit mehr als 36 Millionen Zitationen ist (vgl. PubMed o.J.: o.S.). Web of Science ist ebenfalls bedeutend für die wissenschaftliche Recherche, da die Plattform Zugriff zu mehreren Datenbanken bietet. Darüber hinaus umfasst Web of Science mehrere Fachbereiche und ist somit interdisziplinär ergänzend (vgl. Web of Science o.J.: o.S.). Auch die Cochrane Library ist eine Sammlung von verschiedenen Datenbanken, die qualitative und unabhängige Literatur im Bereich Gesundheit enthält (vgl. Cochrane Library o.J.: o.S.).

Die Suchstrategie beinhaltet einen Suchstrang mit passenden Schlagwörtern. Die Schlagwörter für die Datenbankrecherche sind eine Zusammenstellung der oben genannten Fragestellung auf Basis des PI(C)O Schemas. Die Schlagwörter setzen sich dementsprechend aus nachfolgenden Zuweisungen zusammen. P: Frauen im Kontext der Geburt, I: Hypnobirthing und O: Auswirkungen auf Angst und Schmerz. Die Folgenden Schlagwörter sind ins Englische übersetzt. Um eine möglichst weite Bandbreite an Literatur ermitteln zu können, werden darüber hinaus Synonyme in englischer Sprache hinzugefügt. Das Gerüst der Schlagwörter und Synonyme für den Suchstrang wird anhand einer Tabelle übersichtlich abgebildet.

Tabelle 1 Übersicht der Schlagwörter und Synonyme (eigene Darstellung 2023).

Schlagwörter	Schlagwörter (englisch)	Synonyme
Hypnobirthing	hypnobirthing	HypnoBirthing, Hypnobirth, self-hypnosis, self-suggestion, hypnosis, hypnotism
Geburtsangst	fear of childbirth	Childbirth anxiety, anxiety of childbirth, fear of giving birth, tokophobia, tocophobia
Angst	fear	Anxiety, worry, distress, mental health
Schmerzen	pain	Pain relief, pain management, pain control, pain reduction
Geburt	childbirth	Labour, birth, labor, delivery, pregnancy
Auswirkung	outcome	Benefit, effect, impact, effectiveness, consequence, relationship

Schlussendlich wird ein Suchstrang mit den Booleschen Operatoren “OR”, “AND” und der * Trunkierung erstellt, welcher in Anhand I zu finden ist. Der Suchstrang wird auf alle vorher ausgewählten Recherchemöglichkeiten angewendet. Die hohe Spezifität des Suchstrangs

erzielt zunächst wenige Treffer. Demzufolge werden darüber hinaus Teile aus dem Suchstrang extrahiert, sowie neue Variationen der Schlagwörter und Synonyme gebildet, um eine höhere Anzahl an Treffern zu erzielen. Das gesamte Vorgehen wird in einem Rechercheprotokoll im Anhang II dargestellt. Da in den aufgeführten Datenbanken größtenteils englischsprachige Literatur vertreten ist, wird beim Suchstrang die englische Sprache genutzt. Bei dem Suchfilter in den Datenbanken werden jedoch englische und deutsche Artikel ausgewählt. Eine weitere Eingrenzung, die bereits während der Datenbankrecherche unternommen wird, ist der zeitliche Rahmen, so dass nur Publikationen von 2013 – 2023 erfasst werden. Außerdem soll bei allen Resultaten darauf geachtet werden, dass sie Peer Reviewed sind, um sicherzustellen, dass die Studieneine unabhängige Qualitätskontrolle vorweisen.

3.2 Ein – und Ausschlusskriterien

Grundsätzlich werden Studien gesucht, die die Wirkung der Anwendung von Hypnobirthing untersuchen und diese in Bezug zu der Geburtsangst und/oder dem Schmerz während der Geburt stellen. Ein- und Ausschlusskriterien sollen gewährleisten, dass die Thematik sachgemäß eingegrenzt wird. Dazu zählt zum Beispiel, dass sich dabei im besten Fall, an der HypnoBirthing-Methode nach Mongan orientiert wird oder dass die Studie zumindest das Element Selbsthypnose enthält. Es dürfen unterschiedliche Variationen von Erst-, Zweit- und Multipara inkludiert werden. Außerdem können sowohl Einlingsschwangerschaften als auch Mehrlingsschwangerschaften inbegriffen sein. Eine weitere Bedingung ist, dass nur Studien, die aus Industrie- und Schwellenländern kommen, einbezogen werden, um eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den deutschen Kontext zu ermöglichen. Ein Ausschlusskriterium ist, wenn die Studie Risikoschwangerschaften und Frauen mit systemischen Erkrankungen inkludiert. Die vorliegende Arbeit möchte den aktuellen Forschungsstand ermitteln. Da die Geburtshilfe im stetigen Wandel ist, sollten die Studien nicht älter als 10 Jahre sein, damit die Aktualität gewährleistet ist. Außerdem werden nur Studien in englischer oder deutscher Sprache ausgewählt, welche im Volltext veröffentlicht sind. Gleichzeitig soll der Fokus vor allem auf randomisierte Kontrollstudien gelegt werden, da diese grundsätzlich eine hohe Evidenz vorweisen. Aber auch qualitative Studien soll diese Übersichtsarbeit beinhalten, um zusätzlich subjektive Wahrnehmungen miteinzuschließen. Qualitative Studien sind besonders dafür geeignet, subjektive Wahrnehmungen einzufangen. Andere Studiendesigns dürfen auch eingeschlossen werden, jedoch sollte die systematischen Übersichtsarbeit ausgeschlossen werden, da der Fokus auf die Primärquellen gesetzt werden soll.

Tabelle 2 Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung 2023).

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Hypnobirthing Programm, welches sich an der Mongan-Methode orientiert • Beinhaltet Hypnobirthing Element: Selbsthypnose • Erst-, Zweit- und Multipara • Einlings- und Mehrlingsschwangerschaft • Industrie und Schwellenländer 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoschwangerschaft • Frauen mit systemischen Erkrankungen • Studien die älter als 10 Jahre sind • Systematische Übersichtsarbeiten

3.3 Auswahl relevanter Studien nach PRISMA

Im Folgenden wird sich an PRISMA orientiert. PRISMA ist ein Werkzeug, welches unter anderem Empfehlungen der Identifizierung und Auswahl von Studien für Übersichtsarbeiten enthält. (vgl. Page et al. 2021: 1). Die Umsetzung der Datenbankrecherche mit Durchführung der Suchstrategie auf den vier Informationsquellen erzielt 871 Treffer. Diese sind in das Zitationsprogramm Citavi eingepflegt und werden nach Duplikationen durchsucht. Zunächst werden die Duplikationen der einzelnen Datenbanken entfernt. Insgesamt liegt die Anzahl der Treffer dann bei 456 Veröffentlichungen. Nach einer weiteren Untersuchung nach Duplikationen in der Gesamtheit, werden 92 Duplikate entfernt. Schlussendlich werden von 364 Publikationen die Titel gescreent. Davon können bereits 315 Artikel ausgeschlossen werden, da der Titel keine Hinweise bezüglich der Relevanz für die Forschungsfrage beinhaltet.

Im Anschluss daran, werden von 49 Veröffentlichungen die Abstracts inspiziert und anhand derer 26 Studien ausgeschlossen, da sie ebenfalls keine Relevanz implizieren. Von den 23 Artikeln mit relevanten Abstracts werden 6 Studien ausgeschlossen, da nach einer ausführlichen Recherche keine Volltext-Zugänge aufzufinden sind. Somit werden von 17 Studien die Volltexte ausführlich gelesen. Auf Grundlage der Ein- und Ausschlusskriterien weisen 9 Studien und schlussendlich insgesamt 10 Publikationen eine Eignung auf und sind verwendbar für die Analyse der vorliegenden Bachelorarbeit. Der Prozess zur Auswahl der relevanten Studien bezüglich der Forschungsfrage, wird mittels eines Flussdiagramms, welches sich an dem PRISMA Flow Diagramm orientiert, grafisch festgehalten. Das Flussdiagramm beinhaltet die Identifikation, das Screening, sowie die Inkludierung der Studien.

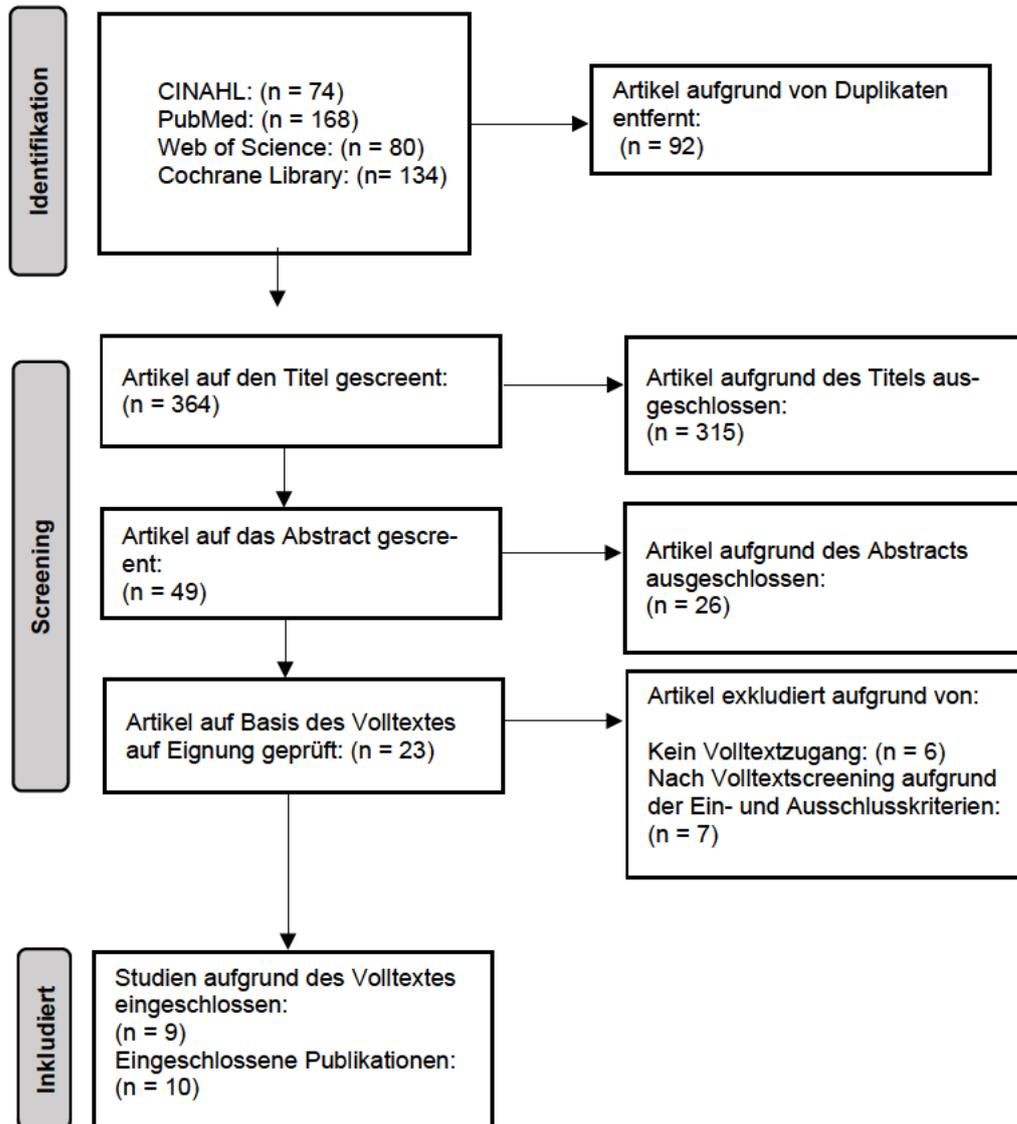


Abbildung 1 Auswahl relevanter Studien anhand eines Flussdiagramms, eigene Darstellung in Anlehnung an das PRISMA Flow Diagramm (vgl. PRISMA 2022: o.S.).

Die eingeschlossenen Studien, werden in diesem Kapitel in einer Kurzfassung zur Übersicht dargestellt. Eine detailliertere Beschreibung der Studien wird in einer Tabelle in Kapitel 4 zusammengefasst, welche die Kategorien Nummer, Autor*innen, Setting/Lang, Zeitraum, Forschungsziel, Design/Intervention/Messung/Messmethode, Erhebungsinstrumente, Population/Stichprobe und relevante Ergebnisse beinhaltet. Die Auswahl umfasst Studien, die sich entweder an der Mongan-Methode orientieren oder das Element Selbsthypnose untersuchen. Zudem kommt in allen Studien der Bezug zur Angst und/oder zum Schmerz vor. Unter den Studien befinden sich fünf randomisierte Kontrollstudien (vgl. Atis und Rathfisch 2018; vgl. Buran und Aksu 2022; vgl. Uludağ und Mete 2020; Downe et al. 2015, Werner et

al. 2013a/b). Werner et al. (2013a/b) besteht aus zwei Publikationen, in denen unterschiedliche Fokusse gesetzt werden. In der einen ist das primäre Ziel das Schmerzmanagement während der Geburt und in der zweiten Publikation wird der Aspekt der Geburtszufriedenheit, welche die Geburtsangst beinhaltet beleuchtet (vgl. Werner et al. 2013a: 348; vgl. Werner et al. 2013b: 273). Des Weiteren wird eine Fallstudie miteingeschlossen, welche ebenfalls die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt (vgl. Bülez et al. 2020). Obwohl der Filter hinsichtlich der Jahreszahlen verwendet wird und eigentlich nur Studien im Zeitraum zwischen 2013 und 2023 gefunden werden sollen, beinhalten die Ergebnisse eine Fall-Kontroll-Studie, die aus dem Jahr 2012 stammt. Aufgrund dessen, dass es eine Studie ist, die das offizielle HypnoBirthing Programm in Australien untersucht, zudem in vielen der miteingeschlossenen Studien zitiert wird und die Datenlage zur Forschung generell nicht viel Spielraum ermöglicht, wird die Studie von Phillips-Moore (2012) ebenfalls miteingeschlossen. Hinzu kommen, zwei qualitative Studien, die wichtige Perspektiven und Erfahrungen der Frauen die Hypnobirthing oder Selbsthypnose praktizierten enthalten (vgl. Finlayson et al. 2015: 2; vgl. Uldal et al. 2023: 2).

Tabelle 3 Kurzübersicht der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung 2023)

Titel	Autor*innen	Jahr
The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear	Atis, Filiz Yarici und Gülay Rathfisch,	2018
Effect of Hypnobirthing Training on Fear, Pain, Satisfaction Related to Birth, and Birth Outcomes: A Randomized Control Trail	Buran, Gonca und Hilmiye Aksu	2022
The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomised controlled study	Uludağ, Elif und Samiye Mete	2020
Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness	Downe, Soo, Kenneth Finlayson und G. Melvin und Helen Spiby und Shezahd Ali und Peter J. Diggle und G. Gyte und Susan Hinder und V. Miller und P.Slade und D. Trepel und A. Weeks und Peter Whorwell und M. Williamson	2015
Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial	Werner Anette, Nils Ulberg und Robert Zachariae und Georg Rosen und Ellen A. Nohr	2013
Antenatal Hypnosis Training and Childbirth Experience: a Randomized Controlled Trial	Werner, Anette, Nils Uldbjerg und Robert Zachariae und Sen Wu Chun und Ellen A. Nohr	2013
A Quasi-Experimental Study to Assess hypnobirthing Educational Intervention on Labor Pain and Fear of Childbirth – The Case of Eskisehir/ Turkey	Bülez, Aysel, Neriman Sogukpinar und Fatma Deniz Sayiner,	2020
Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing Programm	Phillips-Moore, Julia	2012
Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labor	Finlayson, Kenneth, Soo Downe und Susan Hinder und Helen Carr und Helen Spilby und Peter Whorwell	2015
Women's experiences with hypnobirth – A qualitative Study	Uldal, Tiril, Marita Østmoen und Bente Dahl und Idun Røseth	2023

3.4 Vorgehensweise zur Studienbewertung

Die Qualität der eingeschlossenen Studien wird systematisch bewertet. Dafür werden hauptsächlich die Checklisten des Critical Appraisal Skills Programm (CASP) genutzt. CASP stellt für randomisierte Kontrollstudien eine Checkliste zur Verfügung, die CASP Randomised Controlled Trial Checklist. Anhand dieser wird die Qualität der fünf eingeschlossenen randomisierten Kontrollstudien analysiert. Für die eine Fall-Kontroll-Studie steht die CASP Case Control Study Checklist zur Verfügung. Auch für die zwei qualitativen Studien ist eine passende CASP-Checkliste, namens CASP Qualitative Studies Checklist, vorhanden (vgl. CASP o.J.: o.S.). Zu den eingeschlossenen Studien zählt auch eine Studie mit einem Fallstudien Design. CASP hat keine Checkliste, die für Fallstudien geeignet ist. Deswegen wird sich an der Checkliste für Fallstudien vom Joanna Briggs Institute (JBI) bedient (vgl. JBI o.J.: o.S.). Anhand der verschiedenen Checklisten soll die Systematik der Studienbewertung gewährleistet sein. Alle bearbeiteten Checklisten werden zur Einsicht im Anhang III festgehalten.

Die Datenanalyse erfolgt narrativ. Das heißt, dass die Ergebnisse der Studien im Fließtext zusammengefasst sind und im Diskussionskapitel miteinander in Bezug gesetzt und interpretiert werden.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die eingeschlossenen Studien tabellarisch dargestellt. Im Anschluss werden die Studien anhand des Studiendesigns kategorisiert und ihre Ergebnisse, sowie die Qualitätsbewertung aufgrund der Begrenzung der Arbeit zusammengefasst. Wie zuvor bereits angekündigt werden für die Einschätzung der Qualität die CASP-Checklisten und die JBI-Checkliste hinzugezogen, welche im Anhang III zu finden sind. Zudem werden die Bias ermittelt. Dafür wird sich an dem Glossar des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) orientiert (vgl. IQWiG o.J.: o.S.).

Tabelle 4 Eingeschlossene Studien zusammengefasst (eigene Darstellung 2023)

Nr.	Autor*innen/ Jahr	Titel	Setting/ Land	Zeitraum	Forschungs- ziel	Design/ Interven- tion/ Mes- sung/ Messme- thoden	Erhe- bungs- instru- mente	Popula- tion/Stich- probe	Relevante Ergeb- nisse
#1	Atis und Rath- fisch 2018	The ef- fect of hyp- nobirth- ing train- ing given in the antenatal period	Adanas Entbin- dungs- und Kin- derkran- ken- haus, Bil-	Durchfüh- rung der Studie zwi- schen dem 01.01.2015 und 30.06.2016	Wirkung von Hyp- nobirt- hing-Trai- ning in der Schwan- gerschaft und bei	Einfach- verblin- dete rand- omisierte Kontroll- studie/ Interven- tion: prä- natale	PIF W-DEQ- A VAS W-DEQ- B Postna- tal	Popula- tion: Schwan- gere Frauen des Ent- bindungs- kranke- hauses	Interven- tionsgruppe hat im Ver- gleich zu Kontroll- gruppe we- niger Ge- burts- schmerzen und Angst

		on birth pain and fear	dingungs-zentrum für schwangere Frauen/ Türkei		der Geburt bezüglich Angst und Schmerz identifizieren	Hypnobirthing-Schulung/ Messung vor, während und nach der Geburt/ Fragebögen, Skalen	Assesment Form	Stichprobe: n=60 Interventionsgruppe: n=30 Kontrollgruppe: n=30	
#2	Buran und Aksu 2022	Effect of Hypnobirthing Training on Fear Pain, Satisfaction Related to Birth, and Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial	Entbindungsklinik/Türkei	Datenerhebung erfolgte zwischen Mai 2019 und März 2020	Wirkung des Hypnobirthing-Trainings auf die Angst vor der Geburt, Geburtsschmerzen, Geburtszufriedenheit und Geburtsergebnisse bestimmen	Verblindete randomisierte Kontrollstudie, Verlaufsstudie/ Intervention: pränatales Hypnobirthing- Training/ Messung vor dem Training, mit Beginn der Wehen und innerhalb von 8 Stunden nach der Geburt/ Fragebögen, Skalen	PRIF W-DEQ Version A VAS W-DEQ-B BSS-R POIF	Population: Schwangere Frauen, die regelmäßig zur pränatalen Untersuchung die Klinik aufsuchen Stichprobe: n= 80 Interventionsgruppe: n= 40 Kontrollgruppe: n= 40	Studie ergibt, dass die Frauen in der Interventionsgruppe weniger Wehenschmerz und FOC und eine höhere Geburtszufriedenheit, als die Frauen in der Kontrollgruppe haben
#3	Ulu-dağ und Mete 2020	The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomized controlled study	Universitätsklinikum Istanbul/ Türkei	Durchführung der Studie zwischen Januar 2015 und Februar 2017	Auswirkungen der, auf der Philosophie des Hypnobirthings, angebotenen Pflege während der Geburt auf die Angst, den Schmerz, die Dauer, die Zufriedenheit der Frauen und die Kosten der Arbeit, untersuchen	Einfach verblindete randomisierte Kontrollstudie mit einem Prä-Post und Kontrollgruppensign/ Intervention: Kombination aus beruflicher Erfahrung und unterstützender Betreuung auf Basis der Hypnobirthing-Philosophie während der Geburt (positive Spra-	Introductory information form for women VAS Women's perception of supportive care a given during labor scale Labor observation form Labor cost form men's perc	Schwangere Frauen die sich für eine vaginale Geburt am Universitätsklinikum anmeldeten Stichprobe n = 150 Interventionsgruppe: n = 75 Kontrollgruppe: n = 75 Schlussendlich: Interventionsgruppe: n = 30 Kontrollgruppe: n = 30	Pflege basierend auf der Philosophie von HypnoBirthing verringert Angst, Schmerz und Dauer der Wehen, erhöht Geburtszufriedenheit, reduziert Arbeitskosten, die während der Geburt entstehen

						che, Entspannungsübungen, Information) / Messung während und nach der Geburt/ Fragebögen, Skalen, Formulare			
#4	Downe et al. 2015	Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness	Drei NHS Trusts ¹ /England	Interventionszeitraum zwischen April 2013 und Juli 2013	Primäres Ziel: Wirkung eines Gruppen-Selbsthypnoseprogramms während der Schwangerschaft, auf die Häufigkeit der epiduralen Anwendung bei gebärenden Frauen zu ermitteln Sekundär: damit verbundene klinische und psychologische Ergebnisse und Durchführung einer Kostenanalyse	Multizentrische nicht-verblindete randomisierte Kontrollstudie Intervention: Gruppen-Selbsthypnose + Selbsthypnose CD Messung in der 27. SSW, 36. SSW, in der 2. Woche und 6. Woche postpartal/ Fragebogen	Für Studie entworfene Fragebögen 1x Basisfragenbogen und Follow-Up Fragebogen Studie beinhaltet außerdem Erhebungsinstrumente für ökonomische Analyse	Schwangere Frauen die Geburtsklinik in 20. Schwangerschaftswoche aufsuchten Stichprobe: n = 672 Interventionsgruppe: n = 337 Kontrollgruppe: n = 335	Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf Anwendung der Epiduralanalgesie Keine Hinweise auf ein zusätzliches Risiko durch Selbsthypnose-Programm Verringerung der Angst und Furcht bezüglich der Erwartung von Wehen und Geburt
#5a	Werner al. 2013a	Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial	Aarhus Universitätskrankenhaus in Skejby/ Dänemark	Rekrutierung zwischen Juli 2009 und Mai 2011 Untersuchte Geburten zwischen August 2009 und August 2011	Abschätzung der Häufigkeit des Nutzens von Epiduralanalgesie und empfundener Schmerzen während der Geburt	Einfach-verblindete randomisierte Kontrollstudie mit dreiarmigem Design/ Intervention: Selbsthypnose Kurse, Intervention	Daten aus Krankenhaus Datenspeicherung Zehn-Punkte-Skala zum wahrgenommenen Stress (WHO)-5	Auf Eignung geprüft und eingeladen: n= 3554 Eingeladen und randomisiert n= 1222 Selbsthypnosegruppe: n = 493	Die primäre Hypothese, dass Frauen, die sich einem kurzen pränatalen Selbsthypnose Kurs unterziehen, im Vergleich zu Frauen, die in Entspannungsmethoden

¹ Ein NHS Trust ist eine Organisation, welche Gesundheitseinrichtungen beinhaltet, die an das staatliche Gesundheitssystem (National Health Services) von England angebunden ist (NHS 2023: o.S.).

					nach einem kurzen pränatalen Schulungskurs in Selbsthypnose	für aktive Vergleichsgruppe: Geburtsvorbereitungskurse mit Techniken zur Körperwahrnehmung, Entspannung und Achtsamkeit/ Messung während der Rekrutierung und 6 Wochen postpartum	Well-being Questionnaire 11-Point Likert Scale	Entspannungsgruppe n = 494 Kontrollgruppe: n = 230	oder die übliche Vorbereitung erhalten, weniger Epiduralanalgesie verwenden und über weniger Schmerzen oder ein positiveres Schmerzerlebnis während der Geburt berichten würden, wird nicht unterstützt Es wird jedoch von keiner nachteiligen Auswirkung der Intervention berichtet
#5b	Werner et al. 2013b	Antenatal Hypnosis Training and Child-birth Experience: a Randomized Controlled Trial	Aarhus Universitetskrankenhaus in Skejby/ Dänemark	Rekrutierung zwischen Juli 2009 und Mai 2011 Untersuchte Geburten zwischen August 2009 und August 2011	Auswirkungen eines pränatalen Selbsthypnose Kurs auf die Geburtserfahrung	Einfachverblindete randomisierte Kontrollstudie mit dreiarbigem Design/ Intervention: Selbsthypnose Kurse, Intervention für aktive Vergleichsgruppe: Geburtsvorbereitungskurse mit Techniken zur Körperwahrnehmung, Entspannung und Achtsamkeit/ Messung während der Rekrutierung, nach dem Selbsthypnosekurs, 6 Wochen postpartum	W-DEQ-A (WHO-5) Well-being Questionnaire W-DEQ-B	Auf Eignung geprüft und eingeladen: n= 3554 Eingeladen und randomisiert n= 1222 Selbsthypnosegruppe: n = 485 Entspannungsgruppe n = 482 Kontrollgruppe: n = 222	Ergebnisse zeigen einen positiven Effekt eines kurzen vorgeburtlichen Kurses in Selbsthypnose auf das Geburtserlebnis bzw. Geburtsangst

#6	Bülez et al. 2020	A Quasi-Experimental Study to Assess hypnobirthing Educational Intervention on Labor Pain and Fear of Childbirth – The Case of Eskisehir/Turkey	Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie des staatlichen Krankenhauses Eskisehir/Türkei	Rekrutierung zwischen dem 01. Juli 2016 und 01. September 2016	Wirkung des Hypnobirthing-Trainings auf die Angst vor der Geburt, den Geburtsschmerzen, die Geburtszufriedenheit und Geburt-Outcome ermitteln	Quantitative experimentelle Studie Intervention: Hypnobirthing – Schulung während der Schwangerschaft Messung bei Beginn und am Ende des 5-wöchigen Schulungsprogramm, 24 Stunden nach der Geburt/ Fragebögen, Skalen	Prenatal period Evaluation Form Question Form to determine the level of information about hypnobirthing WDEQ-A VAS WDEQ-B Evaluation Form to determine the postnatal situation BSS-S	Stichprobe am Anfange der Studie: n = 60 Am Ende durch Ein- und Ausschlusskriterien n = 30	Hypnobirthing verringert die Angst vor der Geburt Hypnobirthing hat keinen Einfluss auf die Wehenschmerzen und die Zufriedenheit der Mutter mit der Geburt
#7	Phillips-Moore 2012	Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing Programm	Sydney, Australien	Interventionszeitraum 2007 bis 2010	Wirkung von australischem HypnoBirthing Programm	Fall-Kontroll-Studie Messung nach Abschluss von HypnoBirthing Programm/ Fragebogen	Womöglich für Studie entworfener Fragebogen bezüglich Informationen der Geburt und Erfahrungen mit HypnoBirthing	Population: Frauen die HypnoBirthing Programm abgeschlossen haben Population der Kontrollgruppe: Generelle Bevölkerung von Sydney Stichprobe für Fragebogen: n = 81	Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass HypnoBirthing Angst vor der Geburt und zu Verringerung der Schmerzen während der Geburt und eine Reduzierung der Schmerzmittel führt
#8	Finlayson et al. 2015	Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labor	Zuhause bei der Teilnehmerin, in einem ruhigen Raum/ England	Durchführung der Interviews im Zeitraum zwischen Februar 2012 und Januar 2013	Perspektive und Erfahrungen mit Selbsthypnose während der Geburt ermitteln	Qualitative Studie in Form von Eins-zu-Eins Interview, Intervention: pränatales Selbsthypnose Training + Selbsthypnose CD für zu Hause/ Durchführung der Interviews zwischen 8 und 14 Wochen	35-80-minütiges Eins-zu-Eins Interview	Von 343 Frauen aus der Interventionsgruppe wurde Studie #4 wurden 48 Frauen zum Interview eingeladen, davon wurden schlussendlich 16 interviewt	Die Erfahrungen der Frauen mit Selbsthypnose im Rahmen der Studie #5 waren im Allgemeinen sehr positiv. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich Frauen bei der ersten Selbsthypnosesitzung ängst-

						nach der Geburt			lich und gelegentlich skeptisch fühlen und sich nach Abschluss der Schulung selbstbewusst, gestärkt und beruhigt fühlen
#9	Uldal et al. 2023	Women's experiences with hypnobirth – A qualitative Study	Zoom (online)/ Norwegen	Januar 2022	Erfahrungen von Frauen mit der Anwendung von Hypnobirthing während der Geburt untersuchen	Qualitative Studie in Form von Tiefeninterviews, deskriptiv-phenomenologischer Methode Intervention: Hypnobirthing	25 – 47 -minütige Tiefeninterviews	9 Frauen	Hypnobirthing beeinflusst das Schmerzempfinden, indem die Frauen dem Schmerz, durch Wissen einen Sinn geben konnten. Der Unterricht vermittelte ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle und stärkte das Selbstvertrauen

4.1 Randomisierte Kontrollstudien

Studienergebnisse

Die Studie von Atis und Rathfisch (2018: 83) schlussfolgert, dass Hypnobirthing als geburtsvorbereitende Maßnahme, bei den Frauen in der Interventionsgruppe zu weniger Geburtsschmerzen und Ängsten führt als in der Kontrollgruppe. Diese Annahme ergibt sich zum Beispiel aus den Resultaten des Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A und B² (W-DEQ-A/B). Die Untersuchung ergibt, dass es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Werten der W-DEQ-B und der Teilnahme der Hypnobirthing Schulung gibt (p-Wert = 0,000). Der mittlere Wert der Schwangeren der Kontrollgruppe (95,47 ± 22,64) ist signifikant höher als der mittlere Wert der Schwangeren in der Interventionsgruppe (16,47 ± 7,21). Daraus lässt sich ableiten, dass Hypnobirthing die Geburtsangst reduziert (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 81). Die Ergebnisse der Visuellen Analogskala (VAS) ergeben einen signifikanten Unterschied zwischen den Studiengruppen (p

² Der W-DEQ Version A wurde von Klaas und Barbo entwickelt, um die Angst vor der Geburt zu messen. Version B wurde ebenfalls von Klaas und Barbo konzipiert und misst, inwiefern die Angst während der Geburt empfunden wird (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 79; vgl. Wijma et al. 2013: o.S.).

< 0,05). Das deutet darauf hin, dass die Frauen in der Interventionsgruppe weniger Schmerzen während der Geburt haben (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 81). Gleichzeitig geben alle Frauen der Versuchsgruppe (100%) an, dass Hypnobirthing einen positiven Effekt auf ihre Schmerzen hat und dass sie die erlernte Technik anwenden können (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 81).

Die Auswertung der Ergebnisse von Buran und Aksu (2022: 928) zeigen, dass die Frauen in der Interventionsgruppe weniger Wehenschmerz und Geburtsängste, als die in der Kontrollgruppe haben. Zunächst weisen die Frauen einen ähnlichen Ausgangswert in Bezug auf FOC auf. Dies zeigen die Werte des W-DEQ-A. Die Unterschiede der Studiengruppen sind nicht signifikant, der p-Wert beträgt 0,63 (vgl. Buran und Aksu 2022: 924). Die Differenz für den gesamten W-DEQ-B ist jedoch signifikant ($p < 0,001$). Der Medianwert der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe liegt bei 19 (min.-max. 3-67) und in der Kontrollgruppe bei 73,5 (min.-max. 23-98) (vgl. Buran und Aksu 2022: 924). Zusätzlich gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich der FOC-Werte während der Geburt ($p < 0,001$). Die mäßige FOC liegt bei der Interventionsgruppe bei 9,7% und bei der Kontrollgruppe liegt der Wert bei 58%. Auch die Werte der VAS ergeben höhere Werte in der Kontrollgruppe. Dieser wird als statistisch signifikant beurteilt ($p < 0,001$), was eine Schmerzreduktion bedeutet (vgl. Buran und Aksu 2022: 923f.),

Die Studie von Uludağ und Mete (2020: 6f.) erfasst anhand einer Zwei-Wege-Varianzanalyse einen statistisch signifikanten Unterschied, hinsichtlich der mittleren Werte für Angst und Schmerz während der Geburt in Bezug auf die Studiengruppen, die Zeit und die Wechselbeziehung zwischen den beiden Faktoren ($p < 0,05$). Das Resultat ist, dass die Werte betreffend die Angst vor den Wehen und der Geburtsschmerz in der Kontrollgruppe höher sind (vgl. Uludağ und Mete 2020: 7).

In der Studie von Downe et al. (2015: 1233) ist der Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Häufigkeit des Nutzens der PDA nicht signifikant. Das lässt sich aus den Werten ableiten, welche in der Interventionsgruppe bei 27,9% ($n = 94$) und bei 30,3% ($n = 101$) in der Kontrollgruppe beträgt. Die Odd Ratio liegt bei 0,89OR und das 95%tige Konfidenzintervall befindet sich bei 0,64 - 1,24 und der p-Wert entspricht 0,070 (vgl. Downe et al. 2015: 1229). Die sekundären Untersuchungen bezüglich der psychischen Auswirkungen ergibt, entsprechend der Angst und Furcht, dass die Frauen in der Interventionsgruppe vor dem Selbsthypnosekurs einen größeren Unterschied hinsichtlich der erwarteten Angst und der tatsächlichen Angst während der Geburt haben. Die Werte liegen bei einem Medianwert von 0,72, der 95%tige Konfidenzintervall bei 1,16 – 0,28 und einem signifikanten p-Wert von 0,001 (vgl. Downe et al. 2015: siehe im Anhang Tabelle S4). Im Hinblick auf die Schmerzen während den Wehen gibt es keinen signifikanten Unterschied. Dies wird deutlich, wenn man sich die Werte bezüglich der Erinnerung des

Geburtsschmerz anschaut, welche in zwei Kategorien unterteilt sind (*Das Schlimmste, was sich vorgestellt werden kann/ Völlig unerträglich*). Bei Beiden ist der p-Wert größer als 0,05 und somit nicht signifikant (vgl. Downe et al. 2015: siehe im Anhang Tabelle S4).

Auch in der Selbsthypnosegruppe von Werner et al. (2013a: 352) wird angesichts der Häufigkeit der Anwendung von PDAs kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Studien- gruppen ermittelt. In der Hypnosegruppe liegt der Wert bei 31,2% (95% KI: 27,1-35,3), in der Entspannungsgruppe bei 29,8% (95% KI: 25,7-33,8) und in der Kontrollgruppe bei 30,0% (95% KI: 24,0-36,0). Das unangepasste relative Risiko in der Hypnosegruppe ist bei 1,1 (0,76 – 1,53) und angepasst bei 1,05 (0,75 – 1,50) (vgl. Werner et al. 2013a: 350). Auch bezüglich der Schmerzintensität und dem Einfluss der Schmerzen auf das Geburtserlebnis werden nur geringfügig Unterschiede festgestellt. Die p-Werte im Bezug darauf sind > 0,05, also nicht signifikant (vgl. Werner et al. 2013a: 351).

Die Studie stellt fest, dass die Erwartungen bezüglich der Geburt, welche anhand des W-DEQ-A gemessen wird, in den Gruppen gleich sind. Der p-Wert für den gesamten Fragebogen liegt bei 0,38 und betreffend die Geburtsangst bei $p = 0,90$ (vgl. Werner et al. 2013b: 276f.). Die Intention-To-Treat (ITT) Analyse des W-DEQ-B ergibt, dass die Hypnosegruppe, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, signifikant bessere Geburtserfahrungen vorweisen ($p = 0,01$) (vgl. Werner et al. 2013b: 276f.).

Qualitätsbewertung

Die ausführliche Qualitätsbewertung für jede einzelne randomisierte Kontrollstudie wird mit Hilfe der CASP Randomised Controlled Trial Checklist durchgeführt, welche im Anhang III zu finden sind. Im weiteren Verlauf wird eine Zusammenfassung der Qualitätsbewertung getätigt.

Grundsätzlich formulieren alle der randomisierten Studien ein klares Forschungsziel, welches sich auf das PICO-Schema anwenden lässt und für Validität steht. Alle Veröffentlichungen untersuchen die Auswirkungen einer Intervention auf bestimmte Variablen, welches ebenfalls ein positives Merkmal bezüglich der Validität darstellt. In der Studie von Buran und Aksu (2022: 919), sowie in der Studie von Uludağ und Mete (2020: 2) werden mehr als 3 Variablen gemessen. Eventuell wäre es von Vorteil gewesen, wenn sie weniger Variablen untersucht hätten, damit die Ergebnisse fokussierter und überschaubarer gewesen wären. Jede Studie misst die Variablen unter anderem anhand valider Erhebungsinstrumente in Form von Fragebögen und Skalen. Sofern es zum Beispiel um Geburtsangst und Schmerzen geht, wird in den Studien von Atis und Rathfisch, Buran und Aksu und Werner et al. der W-DEQ-A/B genutzt. Der W-DEQ-A misst die Angst vor der Geburt und der W-DEQ-B die Angst während der Geburt. Diese Fragebögen werden international zur

Erhebung der Angst in Bezug auf die Geburt genutzt und weisen damit eine hohe Validität auf (vgl. Wijma et al. 2013: o.S.). Auch die VAS zur Ermittlung der Schmerzen erfüllt alle wissenschaftlichen Gütekriterien, ist somit valide und trägt zur Validität der Studien Atis und Rathfisch, Buran und Aksu, sowie Uludağ und Mete bei (vgl. Schomacher 2008: 132). In den Studien von Downe et al. (2015: 1228) und Werner et al. (2013a: 348) wird die Anzahl der PDAs aus den Datenspeicherungen der jeweiligen Krankenhäuser entnommen und kann ebenfalls als eine valide Vorgehensweise festgehalten werden.

In der Studie von Atis und Rathfisch (2018: 79), sowie in der von Uludağ und Mete (2020: 3) gibt es einen Verlust der Teilnehmerinnen von mehr als 20%, welcher in der Analyse nicht berücksichtigt wird und dazu führen kann, dass die Ergebnisse eine Überschätzung der Effekte beinhalten. Normalerweise soll das ITT-Prinzip dieses Phänomen vorbeugen, doch obwohl in allen randomisierten Studien Verluste zu verzeichnen sind, wird nur in Downe et al. (2015: 1229) und Werner et al. (2013a: 349/ 2013b:278) das ITT-Prinzip angewendet. Zu beachten ist allerdings, dass es in der Studie von Downe et al. (2015: 1229) bezüglich der Beantwortung des W-DEQ-B's eine Rücklaufquote von nur 67% gibt. Diesbezüglich ist die Qualität der Ergebnisse beeinträchtigt. Trotzdem wird mit den Verlusten in allen Studien transparent umgegangen und die Begründung ist hauptsächlich aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien, womit also die Per-Protokoll-Analyse (PPA) angewendet wird. Trotzdem gibt es hier ein Risiko des Attrition Bias. Eine Poweranalyse hinsichtlich der optimalen Stichprobengröße, wurde bei allen Studien durchgeführt und stellt eine Stärke der statistischen Power dar. Bis auf in der Studie von Atis und Rathfisch (2018: 78). Darin wird keine Power Analyse durchgeführt und bedeutet dementsprechend ein Mangel angesichts der statistischen Power.

Positiv zu vermerken ist, dass in allen Studien eine einfache und bei einigen sogar eine doppelte Verblindung stattfindet und dies eine Stärke der Studien darstellt. Andererseits sind in den Studien, zum Teil Forscherinnen oder Teilnehmerinnen nicht verblindet, sodass das Risiko für Verzerrungen der Ergebnisse gegeben ist (Detection Bias). In allen Studien ist der Konfidenzintervall, zum Teil indirekt, angegeben. Dies spricht für die Übertragbarkeit der Studien. Innerhalb der gesamten Stichproben sind die Merkmale divers, sodass die Ergebnisse ebenfalls Hinweise in punkto Übertragbarkeit geben und somit zur Qualität der Studien beitragen. Die gegenübergestellten Studiengruppen, sind in den Aspekten der soziodemografischen und geburtshilflichen Charakteristika zum Großteil ähnlich. Wichtig zu erwähnen ist, dass in der Studie von Atis und Rathfisch (2018: 80) im Gegensatz zu den anderen Studien eine signifikante Ungleichheit zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, bezüglich des sozioökonomischen Status gibt (Selection Bias).

Eine Limitation der Studien ist, dass alle Krankenhäuser gewisse Standards haben, wie zum Beispiel aus der Studie von Buran und Aksu (2022: 927) ersichtlich wird, in der der

Aspekt, dass alle Frauen in Steinschnittlage gebären auf einen diesbezüglichen Standard hindeutet. Dies bedeutet ein Hindernis für die Übertragbarkeit der Studien.

Die klinische Relevanz ist in den Studien unterschiedlich, da sie verschiedene Aussagen hinsichtlich der Auswirkungen von Hypnobirthing beinhalten. Zusätzlich werden in nicht allen Studien eine Kostenanalysen durchgeführt, was ebenfalls einen Aspekt der klinischen Relevanz darstellt.

Im weiteren Verlauf müssen Verzerrungen und Limitationen zwar mitgedacht werden, jedoch lässt sich im Großen und Ganzen die Qualität der randomisierten Kontrollstudien in der vorliegenden Arbeit, trotz der Restriktion weniger qualitativer Merkmale, als sehr gut einschätzen.

4.2 Fallstudie

Studienergebnisse

Alle Teilnehmerinnen (100%), der Fallstudie von Bülez et al. (2020: 173) geben an, dass das Hypnobirthing Training eine positive Auswirkung auf ihr Schmerzempfinden hat. Davon geben 96,7% an, dass sie die Selbsthypnose auch anwenden können. Die postnatalen Fragebögen und Skalen werden mit den Ergebnissen aus den erhobenen Daten vor der Geburt verglichen. Der Skalenwert des W-DEQ-B nimmt signifikant ab ($p=0,02$) und bedeutet eine Reduzierung der Geburtsangst. Das Ergebnis der VAS, sowie der BSS-S-Skala ergab keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,010$; $p = 0,344$) (Bülez et al. 2020: 175) und bedeutet keine Reduzierung von Schmerzen oder Verbesserung des Geburtszufriedenheit.

Qualitätsbewertung

Aufgrund der Tatsache, dass CASP keine Checklisten zur Qualitätsbewertung von Fallstudien verfügt, wird hier die JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports genutzt. Diese ist ebenfalls in Anhang III dokumentiert. Hier werden die elementaren Aspekte wiedergegeben.

In der Gesamtheit verfügt die Studie über eine hohe Qualität. Die demografischen Charakteristika und auch die Patientinnen Historie ist zwar nicht detailliert aber im Ansatz beschrieben. Außerdem werden valide Erhebungsinstrumente genutzt und die Ergebnisse eindeutig dokumentiert. Die Auswertung findet allerdings nur auf Basis der PPA statt. Es sind in der Gesamtheit jedoch wenige Verluste in der Gesamtheit zu verzeichnen. Trotzdem kann es hier zu einer systematischen Abweichung kommen.

Womöglich besteht in dieser Studie ein Selection Bias, da über die Hälfte der Frauen einen höheren sozioökonomischen Status haben. Dies vermuten die Autorinnen in der Diskussion der Publikation (vgl. Bülez et al. 2020: 173). Außerdem erwähnen sie auch, dass kulturelle

Gegebenheiten, sowie Qualität der Gesundheitsversorgung in der Geburtshilfe und das soziale Wohlbefinden in der Türkei Faktoren sind, die die Geburtsangst beeinflussen und schließt auf eine Einschränkung in punkto Übertragbarkeit (vgl. Bulez et al. 2020: 174f). Gleichzeitig gehen aus der Studie Ergebnisse hervor, die positiv in Bezug auf die Geburtsangst und Schmerzen sind. Aufgrund der oben genannten Verzerrungen müssen die Ergebnisse unter diesen Aspekten verstanden werden. Außerdem kann eine Fallstudie aufgrund der geringen Evidenz des Studiendesigns keine eindeutigen Aussagen treffen, sondern nur Hinweise liefern (vgl. Deichsel et al. 2023: 2).

4.3 Fall-Kontroll-Studie

Studienergebnisse

Hervorgehoben werden hier die Ergebnisse aus der Fall-Kontroll-Studie von Phillips-Moore (2012: 561) bezüglich des Einsatzes von Schmerzmittel, Schmerzen während der Geburt und Angst vor und während der Geburt. Es werden auf Basis des Fragebogens ermittelt, dass von den Teilnehmerinnen 51% keine Schmerzmittel nehmen (vgl. Phillips-Moore 2012: 561). Insgesamt liegt das Gesamtniveau des Unbehagens bei den Wehen auf der Punkteskala bei einem mittleren Wert von 5,8 von 10 Punkten, wenngleich 32% der Teilnehmerinnen einen Wert unter 5,8 Punkte angeben. Die meisten Teilnehmerinnen empfinden Kontrolle angesichts der Schmerzen und des Unwohlseins (vgl. Phillips-Moore 2012: 561). Mittels der Angst wird ebenfalls eine Bewertungsskala genutzt, die die Ruhe abfragt, sie reicht von null bis zehn. Zehn Punkte bedeuten die größte Ruhe. Vor der Geburt liegt der durchschnittliche Wert bei 9,0 und während der Geburt bei 7,9 (vgl. Phillips-Moore 2012: 562). Die Studie schlussfolgert, dass Angst, Schmerz und die Anwendung von Schmerzmitteln reduziert werden (vgl. Phillips-Moore 2012: 564).

Qualitätsbewertung

Diese Qualitätsbewertung wird mittels der CASP Case Control Study Checklist durchgeführt und ist im Anhang III festgehalten. Das Nachfolgende ist ein Resümee, welches aus der Checkliste hervorgeht.

Bezüglich dieser Studie, kann festgehalten werden, dass sie keine große Validität hat und somit wenige Aspekte einer guten Studienqualität vorweisen kann. Die Autorin formuliert zwar ein klares Forschungsziel und auch die Methode eignet sich zur Beantwortung der Fragestellung, jedoch ist der Aufbau und die Durchführung der Studie nicht transparent genug. So wird zum Beispiel nicht deutlich, inwiefern das Rekrutierungsverfahren ist, noch was der Fragebogen beinhaltet. Zusätzlich ist die Datenanalyse nicht beschrieben und es wird auch keine Effektschätzung vorgenommen. Der Auswertungsbias ist somit deutlich

gegeben. Die gewichtigen Ergebnisse, die aus der Studie resultieren sind einerseits zwar schwer zu ignorieren und können Hinweise auf positive Auswirkungen von HypnoBirthing geben. Andererseits müssen sie aufgrund der Studienqualität kritisch betrachtet werden.

4.4 Qualitative Studien

Studienergebnisse

Die Ergebnisse der Studie von Finlayson et al. (2015: 6), also die Aussagen der interviewten Frauen, deuten darauf hin, dass die Frauen sich mit Hilfe von dem Selbsthypnose Kurs, ruhiger und selbstbewusster bezüglich der bevorstehenden Geburt fühlen. Viele Frauen erzählen vor den Selbsthypnose Trainingseinheiten von Angst vor den Wehen und der Geburt. Mehrere Frauen reflektieren, dass sie zwar weiterhin Angst haben, aber dass sie nach den Sitzungen etwas haben, womit sie die Angstgefühle kontrollieren und reduzieren können. Die Teilnehmerinnen beschreiben einen durch Imagination hervorgebrachten Raum, den sie im hypnotischen Zustand besuchen können. Ein Ort, an den sie gehen können, um Angst- und Schmerzgefühle während der Geburt zu bewältigen (vgl. Finlayson et al. 2015: 5). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erfahrungen von den Frauen mit Selbsthypnose generell sehr positiv sind (vgl. Finlayson et al. 2015: 7).

Die Frauen in der qualitativen Studie Uldal et al. (2023: 3). berichten, dass sie der Wunsch, Strategien zu finden mit denen sie schwierige Emotionen und Schmerzen während der Geburt bewältigen können, sie zur Hypnobirthing Methode geführt hat. Durch die Kurse verändert sich die Sicht der Frauen auf die Geburt, welche eine ganzheitliche Perspektive darstellt und ihr Vertrauen stärkt. Sie erzählen, dass sie eine bewusste Sicht auf ihre Rolle erlangen (vgl. Uldal et al. 2023: 3). Der erste Schritt ist es, Ängste zu identifizieren (vgl. Uldal et al. 2023: 3). Durch die Hypnobirthing Geburtsvorbereitung fühlen sie sich gewappnet und gehen mit einem geringeren Maß an Angst in die Geburt (vgl. Uldal et al. 2023: 3). Die Techniken sind für sie ein Ankerpunkt, eine Bewältigungsstrategie und dienen dazu die Kontrolle während der Geburt zu erhalten. Sie helfen im Umgang mit dem, was als nächstes kommen mag, anstatt Angst davor zu haben (Uldal et al. 2023: 4). Das Geburtserlebnis ist gekennzeichnet durch Kontrolle, Präsenz, Selbstvertrauen und Bewältigung. Keine von ihnen beschreibt die Geburt als schmerzfrei, jedoch geben viele an, dass sie nicht so schmerzhaft gewesen ist, wie sie befürchtet haben (Uldal et al. 2023: 4). Das Kontrollgefühl durch den Kontakt mit dem Körper führt dazu, dass sie den Schmerz auf eine Art beherrschen. Die Frauen berichten davon, Schmerz als eine treibende Kraft wahrzunehmen und zu nutzen (Uldal et al. 2023: 4)

Qualitätsbewertung

Die qualitativen Studien der vorliegenden Arbeit, werden unter Verwendung von der CASP Qualitative Studies Checklist auf ihre Qualität geprüft. Die ausgefüllten Checklisten sind im Anhang III festgehalten.

Insgesamt lässt sich sagen, dass beide Studien eine gute Validität vorweisen. Die Ziele der Forschung sind klar definiert und passen zum methodischen Vorgehen und Forschungsdesign. Die Datenerhebungen sind nachvollziehbar dargestellt und die Analyse versucht Verzerrungen aufgrund der Forschenden, mit Hilfe unterschiedlichen Strategien zu vermeiden. Die Studie von Finlayson et al. (2015: 2) nutzt die Randomisierung einer anderen Studie, um Teilnehmerinnen für ihre qualitative Studie zu gewinnen. Im Gegensatz dazu, werden die Teilnehmerinnen aus der Studie von Uldal et al. (2023:2) aus dem Internet rekrutiert. Dies kann zur Folge haben, dass sich nur Frauen melden, die eventuell einen positiven Bezug zu Hypnobirthing haben und führt eventuell zu einer Verzerrung der Ergebnisse (Self-selection Bias). Dass die Interviews über Zoom gemacht werden, kann unpersönlich sein und auch Verzerrungen hervorrufen (vgl. Uldal et al. 2023: 2). Die Interviews der Studie von Finlayson et al. (2015: 3) finden hingegen in einem ruhigen Raum bei den Teilnehmerinnen zu Hause statt und ist eine Stärke der Studie. Beide Studien beinhalten keine Reflexion über die Beziehung zwischen Autor*innen und Teilnehmerinnen und ist ein Defizit angesichts der Qualität. Außerdem haben beide Studien eine geringe Anzahl an Interviews, weswegen es schwierig ist, den Ergebnissen eine Übertragbarkeit zuzuschreiben. Allerdings gibt es wenige qualitativen Studien bezüglich der Sicht und den Erfahrungen von Frauen die Hypnobirthing oder Selbsthypnose praktizieren (vgl. Finlayson et al. 2015: 2). Deswegen kann die klinische Relevanz als bedeutend erachtet werden kann

5. Diskussion

Die vorliegende Bachelorarbeit zielt darauf ab, die Auswirkungen von Hypnobirthing auf die Angst und den Schmerz hinsichtlich der Geburt und den dazugehörigen aktuellen Forschungsstand zu ermitteln. Nun bedarf es, die Ergebnisse der Studien miteinander in Bezug zu setzen und zu diskutieren. Hierfür muss die Vergleichbarkeit der Studien beleuchtet werden. Damit im Anschluss unter dieser Berücksichtigung die unterschiedlichen Variablen der Fragestellung, nämlich die Ergebnisse von Angst und Schmerz betrachtet und interpretiert werden können. Ein wichtiger Aspekt ist der Theorie-Praxis-Transfer, der ebenfalls einen Teil der Diskussion ausmacht. Zum Schluss wird das methodische Vorgehen reflektiert und Limitationen aufgezeigt.

5.1 Vergleichbarkeit der Studien

Grundsätzlich sollen Ein- und Ausschlusskriterien eine Vergleichbarkeit der Studien ermöglichen. Aufgrund dessen, dass die Recherche wenig Spielraum in punkto Studienauswahl möglich macht und mindestens 10 Publikationen in der Arbeit aufgenommen werden sollen, müssen Kompromisse gemacht werden und Abweichungen sind die Folge. Deswegen bedarf es einer Betrachtung der Vergleichbarkeit der Studien. Es soll vor allem das Forschungsziel, das Studiendesign, die Stichprobe, sowie das Setting und die Methode für die Diskussion der Vergleichbarkeit hinzugezogen werden.

Die Studien von Atis und Rathfisch (2018: 78), Buran und Aksu (2022: 919), Uludağ und Mete (2020: 2) und Bülez et al. (2020: 168) haben das gleiche Forschungsziel, nämlich die Auswirkungen ihrer Intervention, also Hypnobirthing, auf die Geburtsangst und die Schmerzen unter der Geburt zu untersuchen. Vor allem die Studien von Atis und Rathfisch (2018: 80), Buran und Aksu (2022: 921) und Bülez et al. (2020: 169) haben dabei zusätzlich eine Ähnlichkeit betreffend die Intervention, da sie alle ein Hypnobirthing Training vor der Schwangerschaft beinhalten, welches auch von der Dauer Ähnlichkeiten aufweist. Obwohl die Studie von Bülez et al. (2020: 169) dabei etwas herausfällt, weil diese einen etwas längeren Zeitraum der Intervention hat und zudem ein anderes Studiendesign vorweist. Die Studie von Uludağ und Mete (2020: 4) unterscheidet sich insofern, dass sie den Fokus auf die Pflege während der Geburt hat und weist somit ebenfalls Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit auf. Trotzdem ist noch einmal hervorzuheben, dass alle diese Studien eine gewisse Bedeutung haben und vor allem die Publikationen von Atis und Rathfisch (2018) und Buran und Aksu (2022), unter anderem aufgrund der Vergleichbarkeit besonders wichtig für die vorliegende Arbeit sind. Auch die Studie von Philips-Moore (2012: 560) untersucht die Geburtsangst und die Schmerzen während der Geburt und erforscht dabei sogar eine Intervention, die dem offiziell zertifizierten HypnoBirthing Programm zugehörig ist. Die Einschränkung hierbei ist eher die Studienqualität, die bereits in Kapitel 4.3 erörtert wird. Die Studien von Downe et al. (2015: 1227) und Werner et al. (2013a: 348) erforschen hauptsächlich das Schmerzmanagement in Form der PDA während der Geburt. Hinzu kommt bei Downe et al. (2015: 1227), das sekundäre Ziel, welches die Geburtsangst und das Schmerzempfinden beinhalten. In der Studie von Werner et al. (2013b: 273) wird die Frage nach den Geburtserfahrungen, welche Geburtsangst beinhaltet in einer weiteren Publikation ausgelagert. Zusätzlich ist die Intervention in beiden der Studien ein kurzer Selbsthypnosekurs in der Schwangerschaft, weswegen die Vergleichbarkeit mit den anderen Studien diffizil ist (vgl. Downe et al. 2015: 1228; vgl. Werner et al. 2013a: 347).

Die meisten der eingeschlossenen Studien, sind quantitative Studien. Nur zwei der zehn Publikationen haben ein qualitatives Studiendesign (vgl. Finlayson et al. 2015: 2; vgl. Uldal

et al. 2023: 2). Im Wesentlichen ist es schwierig quantitative und qualitative Studien miteinander zu vergleichen. Trotzdem werden die qualitativen Studien inkludiert, um die Perspektive und Erfahrungen der Frauen miteinzuschließen. Die Ergebnisse der quantitativen Studien stützen die Ergebnisse der qualitativen Studien.

Entsprechend der Stichprobe kann festgehalten werden, dass die Studien von Atis und Rathfisch (2018: 78), Buran und Aksu (2022: 919), Uludağ und Mete (2020: 2f.), sowie Bülez et al. (2020: 169) viele Ähnlichkeiten vorweisen, sowohl in der Anzahl als auch bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien. Auch hierbei ist die Vergleichbarkeit zu den Studien von Downe et al. (2015) und Werner et al. (2015) schwierig herzustellen. Die Stichprobengröße ist deutlich höher und die Kriterien für die Inkludierung ist weit gefächerter (vgl. Downe et al. 2015: 1227f.; vgl. Werner et al. 2013a: 347). Die Größe der Stichprobe in der Studie von Philips-Moore (2012: 560f.) ist wieder vergleichbar, mit den Studien von Atis und Rathfisch, Buran und Aksu (2018: 78), Uludağ und Mete (2020: 2f.) und Bülez et al. (2020: 169). Jedoch ist hier die Beschreibung der Merkmale die Interventionsgruppe geringfügig und bezüglich der Kontrollgruppe sogar gar nicht beschrieben (vgl. Philips-Moore 2012: 560f.) Spannend ist, dass die Studien mit einer kleineren Stichprobenanzahl zu komparablen Ergebnissen führen und die mit einer höheren Stichprobengröße ebenfalls ähnliche Resultate vorweisen und wirft die Frage nach der Glaubwürdigkeit der Studien mit einer kleineren Stichprobengröße auf.

Alle quantitativen Studien, involvieren zum größten Teil das Krankenhaussetting, die Geburten finden immer im klinischen Rahmen statt (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 78; vgl. Buran und Aksu 2022: 919; vgl. Uludağ und Mete 2020: 2; vgl. Werner et al. 2013a: 347; vgl. Bülez et al. 2020: 168; vgl. Philips-Moore 2012: 560). Mit der Ausnahme der Studie von Downe et al. (2015: siehe im Anhang Tabelle S1). Die drei NHS-Trusts beinhalten teilweise auch Hebammen geleitete Geburtszentren (vgl. Downe et al. 2015: siehe im Anhang Tabelle S1). Trotzdem führt dies zu der Frage, inwiefern es einen Unterschied machen würde, wenn mehr untersuchte Geburten im häuslichen bzw. geburtshäuslichen Umfeld stattfinden würden. Zudem gibt es keine einheitlichen Krankenhausstandards, vor allem nicht länderübergreifend, weswegen hier die Vergleichbarkeit limitiert ist.

Auffallend ist, dass besonders die Studien, die zu den bedeutenden bezüglich der Fragestellung zählen, zum größten Teil aus der Türkei kommen (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 78; vgl. Buran und Aksu 2022: 918; Uludağ und Mete 2020: 1; vgl. Bülez et al. 2020: 168). Sie lassen sich in dieser Beziehung gut miteinander vergleichen. Die restlichen Studien sind aus den Industriestaaten, Dänemark, England, Norwegen und Australien und lassen sich hinsichtlich der Herkunft miteinander vergleichen (vgl. Downe et al. 2015: 1227; vgl. Werner et al. 2013a: 347; vgl. Philips-Moore 2012: 560; vgl. Finlayson et al. 2015: 2f.; vgl. Uldal et

al. 2023: 1). Die Türkei gehört bis zum jetzigen Zeitpunkt, zu den Schwellenländern. Aufgrund der Gemeinsamkeiten, die sowohl Schwellenländer untereinander aufweisen als auch unter Industrieländern bestehen, kann das demzufolge Unterschiede bezüglich der jeweiligen Populationen und Grundlagen bedeuten.

Ein besonderes Augenmerk bezüglich der Methode muss auf die Erhebungsinstrumente in den quantitativen Studien gelegt werden, denn stellenweise gibt es Überschneidungen angesichts der Fragebögen. Die Studie von Atis und Rathfisch (2018: 79), Buran und Aksu (2022: 920), Werner et al. (2013b: 273f) und Bülez et al. (2020: 170) verwenden den W-DEQ-A und/oder W-DEQ-B zur Messung der Geburtsangst. Der Fragebogen wird international am häufigsten zur Bestimmung der Geburtsangst verwendet und impliziert eine hohe Vergleichbarkeit (vgl. Mattern und Ayerle 2022:56). In allen Studien, die den Fragebogen verwenden, wird eine signifikante Reduzierung der Geburtsangst festgestellt (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 81; vgl. Buran und Aksu 2022: 923; vgl. Werner et al. 2013b: 276f.; vgl. Bülez et al. 2020: 171f.). Der Fokus bei Werner et al. (2013b: 276) liegt jedoch auf der Geburtserfahrung und kann die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von den Fragebögen verzerren. Auch in Bezug auf die Schmerzen wird in mehrere Studien die VAS angewendet, welches auch ein standardisiertes und valides Erhebungsinstrument darstellt (vgl. Atis und Rathfisch 2018: 79; vgl. Buran und Aksu 2022: 920; vgl. Uludağ und Mete 2020: 4; vgl. Bülez et al. 2020: 170). Auch hier garantiert es eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegenüber dem Aspekt des Schmerzes während der Geburt. In den Studien von Downe et al. (2015: 1228) und Philips-Moore (2012: 560) gibt es eigens für die jeweilige Studien erstellte Fragebögen, die unter anderem die Angst und den Schmerz abfragen, konzipiert. In der Studie von Downe et al. (2015: 1228) werden dafür laut eigener Aussage valide Instrumente genutzt. Philips-Moore (2012: 560) hat keinen transparenten Umgang bezüglich der Entwicklung des Fragebogens. Nichtsdestotrotz ist aufgrund dessen die Vergleichbarkeit eingeschränkt. Ebenfalls bei Uludağ und Mete (2020: 6f.) gibt es eine Beschränkung der Geburtsangst. Diese wird mit der VAS gemessen und stellt ein Unterschied zu den anderen Studien dar und mindert die Vergleichbarkeit. In der Studie von Werner et al. (2013a: 348) wird hingegen für den Geburtsschmerz ein anderes Erhebungsinstrument genutzt, hier kommt die (WHO)-5 Likert-Skala zum Einsatz. Diese Skala ist zwar valide, jedoch ebenfalls begrenzt in der Vergleichbarkeit zu den restlichen Studien.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass einzelne Studien Teilaspekte aufweisen, die miteinander vergleichbar sind. Andererseits gibt es bedeutende Limitationen der Vergleichbarkeit

5.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Mit dem Hintergrund der Vergleichbarkeit und auch der im Ergebnisteil erarbeiteten Studienbewertung sollen nun die Resultate verglichen und interpretiert werden.

In Kapitel 2.2 wird bereits erläutert, dass viele Frauen Angst vor der Geburt haben. Die eingeschlossenen Studien bestätigen, dass Frauen vor der Geburt Angst verspüren. Die Ergebnisse von Buran und Aksu (2022: 923) weisen, hinsichtlich der beiden Studiengruppen, keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Geburtsangst vor der Intervention auf. Das fundiert zusätzlich die Daten dieser Studie, die auf eine Reduzierung der Geburtsangst, nach der Hypnobirthing Schulung hindeuten (vgl. Buran und Aksu 2022: 923).

Bei genauerer Betrachtung der Studien fällt auf, dass alle quantitativen Studien bei ihrer Untersuchung der Geburtsangst zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Die Befragung nach der Hypnobirthing Schulung in den Studien von Atis und Rathfisch (2018: 80f.), Buran und Aksu (2022: 923) und Bülez et al. (2020: 171) stellen eine Reduzierung der Angst vor der Geburt fest. Ebenfalls nach den Selbsthypnosekursen in den Studien von Downe et al. (2015: 1231) und Werner et al. (2013b: 277) ist einer Verminderung der Angst vor der Geburt zu verzeichnen (vgl. Downe et al. 2015: 1231; vgl. Werner et al. 2013b: 277). Wichtig zu vermerken ist jedoch, dass die Rücklaufquote des Fragebogens, der die Angst untersuchte aus der Studie von Downe et al., gering ausfiel und deswegen keine eindeutige Aussage möglich ist (vgl. Downe et al. 2015: 1231). Trotzdem passen die Ergebnisse in die Tendenz aller anderen Studien und sollten nicht ignoriert werden. Die Auswertung des HypnoBirthing Programms in Australien von Philips-Moore (2012: 562) kommt ebenfalls zu dem Schluss das es bei allen zu einer Reduzierung der Angst vor der Geburt kommt. Gleichzeitig ist auch eine Abnahme der Angst während der Geburt nach der Geburtshilfe basierend auf der Hypnobirthing Methode in der Studie von Uludağ und Mete (2020: 6f.) zu vermerken.

Es ist beachtlich, dass weder die Vergleichbarkeit noch die unterschiedliche Studienqualität verhindert, dass alle Studien, trotzdem komparable Resultate haben, und unterstützt die Annahme, dass Hypnobirthing die Reduzierung der Geburtsangst fördert. Es ist bedeutsam, dass es obwohl zum Beispiel unterschiedliche Stichprobengrößen und Kursprogramme vorkommen, trotzdem positive Auswirkungen zu verzeichnen sind. Es deutet daraufhin, dass wenn selbst niedrigschwellige Ansätze von Hypnobirthing praktiziert werden, positive Auswirkungen bezüglich der Angst im Kontext von Geburt die Folge sein können.

Etwas anders verhält es sich hinsichtlich der Schmerzen und des Schmerzmanagements. Die randomisierten Kontrollstudien mit einer guten Qualitätsbewertung von Atis und Rathfisch (2018: 81), sowie Buran und Aksu (2022: 926), und auch die von Uludağ und Mete (2020: 6f.) vereint das Ergebnis, dass Hypnobirthing die Schmerzen während der Geburt mindert. Zu mindestens hat die erlernte Technik in der Studie von Atis und Rathfisch (2018:

81) einen positiven Effekt auf die Schmerzen. Auch die Studie mit einem niedrigeren Evidenzniveau von Philips-Moore (2012: 561f.) gibt Hinweise auf die Schmerzreduzierung durch Hypnobirthing.

Die beiden anderen randomisierten Kontrollstudie von Downe et al. (2015: 1229f.) und Werner et al. (2013a: 349), die eine hohe Studienqualität vorweisen können, kommen jedoch auf das Ergebnis, dass die Selbsthypnosekurse weder Auswirkungen auf die Häufigkeit der Anwendung von PDAs hat noch, dass das Schmerzempfinden gemindert wird. Ebenfalls die Studie von Bülez et al. (2020: 172), stellt keine Reduzierung der Schmerzen fest. Es lässt sich darüber diskutieren, worauf die konträren Ergebnisse zurückzuführen sind. Dabei ist zu beachten, dass die praktische Umsetzung von Hypnobirthing Übung benötigt. Möglicherweise lässt sich hieraus ableiten, dass die kurze Kursdauer von Downe et al. (2015: 1228) und Werner et al. (2013a: 347) Einfluss darauf hat, inwiefern die Schmerzen wahrgenommen werden und wie mit ihnen umgegangen wird. Konträr dazu steht der lange Hypnobirthing Kurs von Bülez et al. (2020: 169). Dieser Gegensatz könnte auf das eher qualitativ schlechtere Studiendesign zurückzuführen sein.

Auch wenn die quantitativen Studien von Downe et al. (2015) und Werner et al. (2013a) teilweise eher dazu veranlassen davon auszugehen, dass die Reduktion der Angst, nicht automatisch positive Auswirkungen auf das Schmerzempfinden hat und dieses nicht mindert, obwohl die Theorie der Hypnobirthing Methode es eigentlich anders behauptet, kann hierbei auch noch einmal auf die qualitativen Studien geschaut werden. In denen lässt sich ein weiterer interessanter Bezug herstellen. Beide Studien, deuten darauf hin, dass Hypnobirthing bzw. der Selbsthypnosekurs von Downe et al. (2015: 1229f.), die Angst mindert und dadurch Kontrolle über den Schmerz geschaffen wird. Obwohl es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen bezüglich des Schmerzes in Downe et al. (2015: 1229f.) gibt, ergeben die Interviews der qualitativen Studie etwas Anderes (vgl. Finlayson et al. 2015: 7). Das macht deutlich, dass bezüglich der Erfahrungen die qualitative Methode geeignet sein kann, um Ergebnisse herauszufiltern, die ansonsten übersehen werden könnten. Aus beiden qualitativen Studien geht hervor, dass der Umgang mit dem Schmerz das Entscheidende ist, inwiefern die Geburtserfahrung erlebt wird (vgl. Finlayson et al. 2015: 7; vgl. Uldal et al. 2023: 5).

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Die Beantwortung der Fragestellung: *Welche Auswirkungen hat Hypnobirthing auf die Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt?* kann nicht allumfassend beantwortet werden. Die aktuelle Forschungslage bietet zu wenige Daten um die Frage abschließend klären zu können. Nicht zuletzt stellen die Einschränkungen bezüglich der Studienqualität und der Vergleichbarkeit der Studien ein Hindernis zur Beantwortung der Fragestellung dar.

Alles in allem liefern die eingeschlossenen Publikationen jedoch wichtige Hinweise angesichts der Beantwortung und geben eine Tendenz bezüglich der Auswirkungen von Hypnobirthing auf die Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt. Grundlegend kommen alle Studien zu dem Ergebnis, dass Hypnobirthing oder das davon grundlegende Element Selbsthypnose im Einzelnen betrachtet, die Angst vor und während der Geburt signifikant reduzieren.

Betreffend die Schmerzen während der Geburt gibt es unterschiedliche und nicht eindeutige Ergebnisse. Auch hier können nur teilweise positive Auswirkungen in Form der Reduktion der Schmerzen während der Geburt ausgesagt werden. Das Schmerzmanagement bezüglich der Anwendung von PDAs wird nicht gemindert und impliziert die gegenteilige Annahme, dass Hypnobirthing, bzw. Selbsthypnose keine schmerzerleichternden Auswirkungen hat. Vor allem hierfür sind zu wenige Daten vorzufinden und es bedarf dringend weiterer Forschung. Trotzdem überwiegen in der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse bezüglich einer Schmerzreduktion und dem Umgang, in Form von Kontrolle, über die Schmerzen.

Demzufolge lässt sich unter den genannten Gesichtspunkten zusammenfassend festhalten, dass Hypnobirthing bzw. das daraus entnommene Element Selbsthypnose während der Geburt die Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt reduzieren kann.

5.4 Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Zuge sollen die zuvor erarbeiteten Ergebnisse mit den Grundsätzen, Kompetenzen und der Rolle von Hebammen verknüpft werden. Darüber hinaus soll diskutiert werden, inwiefern die Praxis sinnvoll ist und umgesetzt werden kann.

Hebammen tragen Verantwortung dafür, die physiologischen Prozesse in der Geburtshilfe zu unterstützen, die Familien dahingehend zu bestärken und den Glauben an die Physiologie zu fördern (vgl. Hauser et al. 2020: 96; vgl. DHV 2019: 10; vgl. DHV 2020: 2). Dabei geben sie den Frauen Werkzeuge zur Hand und helfen dabei Fähigkeiten und Kompetenzen zum Vorschein zu bringen, um die Frauen unter anderem zu individuellen Entscheidungsmöglichkeiten zu befähigen (vgl. DHV 2019: 10; vgl. DHV 2020: 2). Der gesundheitsfördernde Aspekt ist eine bedeutende Aufgabe hinsichtlich der Rolle einer Hebamme. Zusätzlich muss die physische und psychische Gesundheit bezüglich der Rolle als Eltern protegert werden (vgl. Hauser et al. 2020: 99). Die Prävention ist ein wesentlicher Teil der Gesundheitsförderung. Somit ist eine Aufgabe von Hebammen im Kontext der primären Prävention die Förderung, ungewollte Geschehnisse bezüglich der Geburtshilfe abzuwenden (vgl. Hauser et al. 2020: 99) Hypnobirthing beinhaltet den Frauen die Physiologie von Schwangerschaft und Geburt zu vermitteln, um unter anderem den physiologischen Prozess der Geburt zu fördern, Ängste abzubauen, Schmerzen zu reduzieren und damit unnötige Interventionen zu verhindern (vgl. Mongan 2019: 47)

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) beschreibt außerdem, dass eine Hebamme den Frauen Möglichkeiten an die Hand geben sollte mit den Schmerzen während der Geburt umzugehen, dazu gehört: „z.B. [durch] Atemtechniken, Anwendung von Wasser und Bädern, Entspannung, Massage, und weiteren Maßnahmen sowie bei Bedarf medikamentösen Maßnahmen“ (DHV 2019: 18). Obwohl hier auch medikamentöse Maßnahmen genannt sind, sieht die S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) vor, dass Hebammen, „nicht-pharmakologische, wohltuende und schmerzlindernde Maßnahmen während der Wehen als sichere erste Optionen“, anbieten sollten (DGGG und DGHWI 2020: 12). Hypnobirthing beinhaltet viele Techniken, die in diesen Rahmen passen und kann eine nicht-pharmakologische Alternative darstellen (vgl. Mongan 2019: 140). Demzufolge lässt sich Hypnobirthing mit den Grundsätzen, Kompetenzen und der Rolle der Hebamme verbinden. Demzufolge ist es sinnvoll das Konzept in die Praxis von Hebammen zu integrieren.

Andererseits ist die Zuverlässigkeit der erarbeiteten Ergebnisse nicht abschließend geklärt und zu mindestens aufgrund der Studienqualität und der Vergleichbarkeit mit Vorbehalt zu übernehmen. Gleichzeitig ist es fraglich, inwiefern ein Kursumfang, der beide Variablen positiv beeinflusst hat, wie in den Studien von Atis und Rathfisch (2018) Buran und Aksu (2022) und Bülez et al. (2020) in der Realität umzusetzen ist. Sowohl Kosten als auch der Zeitaufwand für die Nutzer*innen ist hoch und somit die Zugänglichkeit eingeschränkt. Um eine genaue Aussage darüber treffen zu können müssten zunächst weitere Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt werden.

Spannend ist hier die Studie von Uludağ und Mete (2020: 9-11). Da darin bereits die Reduzierung von Angst und Schmerz während der Geburt durch Pflege basierend, auf der Hypnobirthing Philosophie festgestellt wird und sich dadurch die Arbeitskosten senken. Es existieren bereits zertifizierte Ausbildungen die unter anderem Hebammen ermächtigen eine HypnoBirthing Kursleiter*in zu sein (vgl. HBEG o.J.: o.S.). Allerdings ist die Zugänglichkeit für Hebammen begrenzt. Auch hier aufgrund der hohen Kosten und einen nicht geringen Zeitaufwand. Demzufolge könnten niedrigschwellige Fortbildungen für Hebammen, die Pflege auf Basis der Hypnobirthing Philosophie beinhalten, möglicherweise aussichtsreiche Folgen, insbesondere bezüglich der Geburtsangst haben. Eine weitere Option ist es, Hypnobirthing in das Grundstudium von Hebammen einfließen zu lassen. Dies würde die Anerkennung und das Wissen des Konzeptes fördern und dem Problem, dass Frauen sich, wenn sie Selbsthypnose anwenden, nicht ernst genommen fühlen, etwas entgegensetzen (vgl. Finlayson et al. 2015: 5).

5.5 Reflexion und Limitationen

Zuallererst muss gesagt werden, dass die Begrenzung der Bachelorarbeit, eine Limitation darstellt und somit der Umfang der Arbeit deutlich eingeschränkt ist. Das ist der Grund, warum vor allem im Ergebnisteil die Studienergebnisse und auch die Qualitätsbewertung komprimiert vorzufinden ist. In Bezug auf das methodische Vorgehen, ist es eine Einschränkung, dass die Durchführung der systematische Literaturrecherche und die Auswahl der eingeschlossenen Studien, Ergebnisse einer Person sind, obwohl eine Überprüfung dessen nicht unerheblich für eine Übersichtsarbeit ist.

Zusätzlich wird in der Recherche nur nach englisch- und deutschsprachiger Literatur gesucht. Das hat zur Folge, dass eventuell wichtige Studien in anderen Sprachen nicht berücksichtigt werden. Rückblickend sind eventuell die Ein- und Ausschlusskriterien zu weit gefächert, da es demzufolge Hindernisse bezüglich der Vergleichbarkeit gibt und Stichproben so schwierig vergleichende Charakteristika enthalten. Die Notwendigkeit der breit gefächerten Ein- und Ausschlusskriterien erschließt sich aus der ungenügenden Studienlage. Eine Herausforderung hinsichtlich der eingeschlossenen Studien, sind die unterschiedlichen Studiendesigns, da beispielsweise auch hier die Vergleichbarkeit auf dieser Basis eingeschränkt umzusetzen ist. Auf der anderen Seite sind die qualitativen Ergebnisse bedeutend für die Analyse. Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand stellt sich die Frage, ob die Methode der systematischen Übersichtsarbeit zum jetzigen Zeitpunkt geeignet ist, da es ein Defizit an passender Literatur bei der Auswahl der Studien gibt. Das ist auch einer der Gründe warum die Studienauswahl nicht nur explizit Hypnobirthing Kurse als Intervention inkludieren, sondern auch Studien einschließen, die Kurse erforschen, die nur eins der Elemente von Hypnobirthing, nämlich die Selbsthypnose beinhalten. Darüber hinaus gehen aus den Studien nicht eindeutig hervor, inwiefern die Hypnobirthing Schulungen sich an der Mongan Methode orientieren, da das eine Interpretation der Verfasserin der Bachelorarbeit ist und nicht explizit von den Autor*innen der Studien beschrieben wird. Es handelt sich nur bei einer Studie um eine Untersuchung des offiziellen zertifizierten HypnoBirthing Programms und diese weist eine diffizile Qualität auf. Hinzu kommt, dass die Studien zum Teil unterschiedliche Fragebögen zur Datenerhebung genutzt haben und der Vergleich dahingehend limitiert ist.

Trotzdem liefert die vorliegende Bachelorarbeit im Grundsatz eine gute Übersicht der aktuellen Literatur, angesichts der Auswirkungen von Hypnobirthing auf die Angst und den Schmerz hinsichtlich der Geburt und die Resultate der Arbeit, liefern Hinweise auf eine Reduktion beider Variablen.

6. Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Hypnobirthing eine angemessene Methode darstellt, um einen Umgang mit Ängsten und Schmerzen, sowohl für die Frauen als auch für Hebammen während der Geburt, zu finden. Die vorliegende Arbeit ermittelt Studien, die in ihrer Gänze die Reduzierung von Angst und Schmerz aufgrund von Hypnobirthing Kursen, hinsichtlich der Geburt feststellen können. Vor allem in Bezug auf die Angst erleben Frauen die Hypnobirthing praktizieren eine signifikante Reduktion ihrer Ängste. Dies lässt sich vor allem auf das durch den Kurs nahegelegte Wissen über die physiologischen Prozesse während der Geburt und Schwangerschaft, sowie die erlernten Hypnobirthing Techniken zurückführen. Ebenfalls in Bezug auf die Schmerzen zeigen die Ergebnisse eine positive Wirkung durch Hypnobirthing. Die Frauen berichten von einer geringeren Intensität der Schmerzen und einer besseren Bewältigungsfähigkeit. Die erlernten Techniken ermöglichen es den Frauen auf einer tieferen Ebene zu entspannen und den Schmerz besser zu kontrollieren. Im Gegensatz dazu stehen die Studien, in denen Selbsthypnosekurse und dessen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung von PDAs untersucht. Diese stellen keine Reduzierung der PDAs und den Schmerzen fest. Jedoch gibt es überwiegende Hinweise darauf, dass die Gebärenden in ihrem Selbstbewusstsein und Vertrauen hinsichtlich des Geburtsprozesses gestärkt werden und eine positive Geburtserfahrung die Folge ist. In der Gesamtheit müssen die Ergebnisse ernst genommen werden, auch wenn sie einige Limitationen aufweisen. Der Forschungsstand, die unterschiedliche Studienqualität und auch die Vergleichbarkeit der Studien stellen jedoch eine Herausforderung zur Beantwortung der Fragestellung und Umsetzung des Forschungsziel dar. Außerdem ist es wichtig anzumerken, dass die Ergebnisse variieren können und von verschiedenen Faktoren wie individuellen Unterschieden, der Qualität des Hypnobirthing-Trainings und der Unterstützung während der Geburt abhängig sein können. Die Bearbeitung der vorliegenden Arbeit wirft zudem einige Frage auf, die geklärt werden sollten. Zum Beispiel inwiefern unterschiedliche Ausgangspunkte betreffend der psychische Verfassung, das Ausmaß der Angst vor der Geburt und die Individualität des Schmerzempfindens, sich auf die gewonnenen Ergebnisse auswirken könnte.

Alles in allem stimmen die Arbeit und Ziele von Hebammen mit dem Konzept von Hypnobirthing überein. Im Mittelpunkt stehen die Physiologie und die Gesundheitsförderung. Durch die evidenzbasierte Minderung von Angst und Schmerzen, wird diese Absicht wissenschaftlich fundiert und erhält Bedeutung im Kontext der Geburtshilfe. Generell sollte Hypnobirthing für Fachpersonen bekannter werden und an mehr Anerkennung gewinnen. Darüber hinaus sollte ein Ziel sein, dass Personen die Hypnobirthing praktizieren in den

Kreißsälen ernst genommen werden. Die jeweiligen Krankenhausstandards stellen allerdings auch Barrieren hinsichtlich der praktischen Umsetzung dar und deuten auf ein strukturelles Problem hin.

Ausblick

Die Fragestellung dieser Übersichtsarbeit konnte nicht endgültig geklärt werden, da der aktuelle Forschungsstand lückenhaft ist. Die systematische Literaturrecherche zeigt deutlich, dass ein Bedarf an Studien besteht. Das bedeutet, dass weiter zu dem Thema Hypnobirthing in Bezug zur Angst und den Schmerzen im Rahmen der Geburt geforscht werden muss. Denn die exakte Kausalität kann bis dato nicht bestimmt werden. Einen besonders großen Mangel hinsichtlich der Thematik gibt es an qualitativen Studien, die in Form von Interviews gestaltet sind. Diese eignen sich besonders gut, um subjektive Perspektiven und Erfahrungen zu erforschen. Interessant wäre auch, wenn die Perspektive von Hebammen miteinbezogen wird, inwiefern die Arbeit und Arbeitsweise von Hypnobirthing beeinflusst wird.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Gestaltung der Kurskonzepte. wie zum Beispiel inwiefern die Dauer der Kurse eine Rolle spielen und ob die Inhalte auch wirklich unter der Geburt angewendet werden können. Es wäre also von Nutzen, wenn einheitliche Kurskonzepte untersucht werden würden. Gleichzeitig ist die Datenerhebung nicht unbedeutend für die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Dementsprechend wäre es sinnvoll, analoge Fragebögen und Skalen für die Forschung der Thematik zu fördern. Es gibt bereits valide Instrumente, nur müssen diese sich noch besser etablieren. Zudem ist es spannend zu betrachten, inwieweit der Zusammenhang zwischen der Minderung der untersuchten Faktoren und einer tatsächlichen Veränderung der Sectio- und Interventionsrate besteht.

Nicht zuletzt sollte die Kosten-Nutzen-Analyse vertiefend ermittelt werden. Aus den Studien kann abgeleitet werden, dass ein längerer Hypnobirthing Kurs bezüglich der Schmerzen bessere Auswirkungen erzielt. Der Aufwand und die Kosten sowohl für die Ausbildung der Hebammen und die Organisation der Kurse für die Familien muss angesichts des Nutzen gründlicher ausgewertet werden. Weiterhin wäre es wichtig zu betrachten, welche Personen dieses Angebot überhaupt nutzen würden und inwiefern das Konzept flächendeckend eine Unterstützung für die Geburt darstellt. Die vorliegende Arbeit beinhaltet Hinweise, dass bereits eine auf Hypnobirthing basierende Pflege unter der Geburt, Angst und Schmerz abbauen. Insofern wäre es besonders spannend, den Fokus der Forschung darauf zu lenken. Dadurch das Hebammen diese pflegebasierte Technik in den Kliniken anwenden könnten, wäre es ein niedrigschwelliger Ansatz für die Frauen und würde damit viele Menschen erreichen. Demzufolge könnte es ein Ansatz sein, dass Hypnobirthing, ein Teil des

Grundstudiums von Hebammen wird. Es ist erstrebenswert Hebammen dahingehend Fortbildungen zu ermöglichen die leicht zugänglich sind und die keine enormen Kosten mit sich bringen.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass weitere Forschung notwendig ist, um ein wirkliches Potenzial für die Praxis festhalten zu können. Trotzdem deuten die positiven Resultate auf bedeutende Möglichkeiten hin und regt zur weiteren Forschung an. Der weltweite Hypnobirthing Trend darf nicht wissenschaftlich unbeachtet bleiben, um eine evidenzbasierte Empfehlung und Umgang damit von Seitens des geburtshilflichen Fachpersonals zu gewährleisten.

7. Literaturverzeichnis

- Atis, Filiz Yarici und Güley Rathfisch (2018): The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear, in: *Clinical Practice*, Jg. 33, S. 77–84.
- Bülez, Aysel, Soğukpınar Neriman und Fatma Deniz Sayıner (2020): A Quasi-Experimental Study to Assess Hypnobirthing Educational Intervention on Labor Pain and Fear of Childbirth. The Case of Eskisehir/Turkey, in: *International Journal of Childbirth*, Jg. 10, Nr. 3, S. 167–178.
- Buran, Gonca und Hilmiye Aksu (2022): Effect of Hypnobirthing Training on Fear, Pain, Satisfaction Related to Birth, and Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial, in: *Clinical Nursing Research*, Jg. 31, Nr. 5, S. 918–930.
- Carvalho, Brendan, Ming Zheng und Leinani Aiono-Le (2014): A Prospective Observational Study Evaluating the Ability of Prelabor Psychological Test to Predict Labor Pain, Epidural Analgesic Consumption, and Maternal Satisfaction, in: *Anesthesia & Analgesia* Jg. 113, Nr. 3, S. 632-640.
- Cochrane Library (o.J.): About Cochrane Library, [online] <https://www.cochrane-library.com/about/about-cochrane-library> [7.10.2023].
- CINAHL (o.J.): CINAHL Datenbank, [online] <https://www.ebsco.com/de-de/produkte/datenbanken/cinahl-datenbank> [16.11.2023].
- Critical Appraisal Skills Programme (o.J.): o.J.): Critical Appraisal Checklists, [online] <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> [16.11.2023].
- Deghani, Mohsen, Louise Sharpe und Ali Khatibi (2014): Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section, in: *European Journal of Pain*, Jg. 18, Nr. 4, S. 582-589.
- Deichsel Adrian, Daniel Günther und Dominic T. Mathis und Karl F. Schüttler und Arasch Wafaisade und Jakob Ackermann und Brenda Laky, Lena Eggeling und Sebastian Kopf und Elmar Herbst (2023): Evidenzlevel klinischer Interventionsstudien. Mind the biases, in: *Arthroskopie*, Nr. 5, S.1-6.

- Dencker, Anna, Christina Nilsson und Cecily Begley und Elisabeth Jangsten und Margareta Mollberg und Harshida Patel und Helena Wigert und Eva Hessmann und Helena Sjöblom und Carina Sparud-Lundin (2019): Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review, in: *Women and Birth*, Jg. 32, Nr. 2, S. 99-111.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI) (2020): Vaginale Geburt am Termin. S3 Leitlinie, [online] https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083I_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf [17.11.2023].
- Deutscher Hebammenverband (DHV) (2019): Eine Ethik für Hebammen, [online] https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Interner_Bereich/pdf/BDT2017/DHV_Eine_Ethik_fuer_Hebammen_web.pdf [17.11.2023].
- Deutscher Hebammenverband (DHV) (2020): Kompetenzen von Hebammen, [online] https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2021/02/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf [17.11.2023].
- Downe, Soo, Kenneth Finlayson und G. Melvin und Helen Spiby und Shezahd Ali und Peter J. Diggle und G. Gyte und Susan Hinder und V. Miller und P. Slade und D. Trepel und A. Weeks und Peter Whorwell und M. Williamson (2015): Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness, in: *BJOG*, Jg. 122, S. 1226–1234.
- Dick-Read, Grantly (1981): *Mutterwerden ohne Schmerz. Die natürliche Geburt. Neu bearbeitet und herausgegeben von Linton Snaith und Alan Coxon. Aus dem Englischen von Christel Wiemken*, 21. Aufl., Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.
- Finlayson, Kenneth, Soo Downe und Susan Hinder und Helen Carr und Helen Spiby und Peter Whorwell (2015): „Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour“, in: *BMC Pregnancy & Childbirth*, Jg. 15, Nr. 1, S. 1–9.

- Grundtke, Lisa (2022): Nicht zu viel und nicht zu wenig. Mit den richtigen Recherchetechniken die passenden Literaturquellen für Haus-, Bachelor- und Masterarbeit finden, [online] <https://journals.sub.uni-hamburg.de/hup3/apimagazin/article/view/116/130> [15.10.2023].
- Handelzalts, Jonathan E, Gideon Becker und Marie-Paule Ahren und Samuel Lurie und Nili Raz und Ziva Tamir und Oscar Sadan (2014): personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous, in: *Arch Gynecol Obstet*, Bd. 291, S. 1055-1062.
- Hauser, Regula (2020): Gesundheitsförderung und Prävention, in: Andrea Stiefel, Karin Brendel, Nicola H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 6. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 95-101.
- Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg (2019): Grundsätze zum geschlechtergerechten Formulieren, [online] https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/Gleichstellung/PDF/Gleichstellung/Beschluss_Praesidium_10.9.2019_Grundsaeetze_geschlechtergerecht_Formulieren.pdf [15.11.2023].
- Hüsken-Janßen, Helga und Silvia Fisch (2023): Geburtsvorbereitung in: Dirk Revenstorf, Burkhard Peter, Björn Rasch (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, 4. Aufl., Berlin: Springer, S. 647–656.
- HypnoBirthing® Institute (o.J.): Official HypnoBirthing Institute, [online] <https://hypnobirthing.com/official-hypnobirthing-institute/> [09.10.2023].
- HypnoBirthing Gesellschaft Europa (o.J.): Was erwartet euch als Eltern in einem Kurs?, [online] <https://hypnobirthing.eu/> [15.11.2023].
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (o.J.): Biasarten, [online] <https://www.iqwig.de/sonstiges/glossar/biasarten.html> [17.11.2023].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2018): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren, [online] https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf [15.11.2023].
- Joanna Briggs Institute (o.J.): Critical Appraisal Tools, [online] <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> [16.11.2023].

- Junge, Carolin, Tilmann von Soest und Kerstin Weidner und Andreas Seidler und Malin Eberhard-Gran und Susan Garthus-Niegel (2018): Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study, in: *Birth*, Jg. 45, Nr. 4, S. 329-489.
- Klabbers, Gert A., Hedwig J.A. van Bakel und Marit M.A. van den Heuvel, Marit M.A. und Ad J.J.M. Vingerhoets (2016): Severe fear of childbirth: its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments, in: *Psychological Topics*, Jg. 25, Nr. 1, S. 108-121.
- Madden, Kelly, Philippa Middleton und Allan M. Cyna und Mandy Matthewson und Leanne Jones (2016): Hypnosis for pain management during labour and childbirth, [online] <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009356.pub3/epdf/standard> [09.10.2023].
- Mattern, Elke und Gertrud M. Ayerle (2022): Qualitätsgesicherte Übersetzung des Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ_A) ins Deutsche, in: *Z Geburtshilfe Neonatol*, Jg. 226, Nr. 1, S. 56-62.
- Mongan, Marie F. (2019): *HypnoBirthing, Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt*, 7. Auflage, Murnau a. Staffelsee: Mankau Verlag GmbH.
- Mylonas, Ioannis und Klaus Friese (2015): Indikationen, Vorzüge und Risiken einer elektiven Kaiserschnittoperation, in: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 112, Nr. 29-30, S. 489-495.
- National Health Service (2023): NHS Data Model and Dictionary. NHS Trust, [online] https://www.datadictionary.nhs.uk/nhs_business_definitions/nhs_trust.html [16.11.2023].
- Nilsson, Christina, Eva Hessmann und Helena Sjöblom und Anna Dencker und Elisabeth Jangsten und Margareta Mollberg und Hashida Patel und Carina Sparud-Lundin und Helena Wigert und Cecily Begley (2018): Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review, in: *BMC Pregnancy and Childbirth*, Jg. 18, Nr. 28, S. 1-15.
- O'Connell, Maeve A., Patricia Leahy-Warren und Ali S. Khashan und Louise C. Kenny und Sinead M. O'Neill (2017): Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: a systematic review and Meta-analysis, in: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Jg. 96, Nr. 8, S. 907-908.

- O'Connel, Maeve A., Ali S. Kashan und Patricia Leahy-Warren und Fiona Stewart und Sinead M. O'Neill (2021): Interventions for fear of childbirth including tocophobia, [online]. https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013321.pub2/pdf/CDSR/CD013321/CD013321_standard.pdf [09.10.2023].
- Page Matthew J, Joanne E McKenzie und Patrick M Bossuyt und Isabelle Boutron, Tammy C Hoffmann und Cynthia D Mulrow und Larissa Shamseer und Jennifer M Tetzlaff und Elie A Akl und Sue E Brennan und Roger Chou und Julie Glanville und Jeremy M Grimshaw und Asbjørn Hróbjartsson und Manoj M Lalu und Tianjing Li und Elizabeth W Loder und Evan Mayo-Wilson und Steve McDonald und Luke A McGuinness und Lesley A Stewart und James Thomas und Andrea CTricco und Vivian A Welch und Penny Whiting und David Moher (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, in: *BMJ* Jg. 372, Nr. 71, S. 1-8.
- Phillips-Moore (2012): Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme, in: *British Journal of Midwifery*, Jg. 20, Nr. 8, S. 558-564.
- PubMed (o.J.): National Library of Medicine, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> [16.11.2023].
- Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (2020): PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only, [online] <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram> [15.11.2023].
- Rose, Madelyn (2021): *Hypnobirthing. entspannt angstfrei schmerzfrei gebären*, Hamburg, ohne Verlag.
- Schmid, Verena (2011): *Der Geburtsschmerz*, 2. Auflage, Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Schomacher, Jochen (2008): Gütekriterien der visuellen Analogskala zur Schmerzbewertung. Quality Criteria of the Visual Analogue Scale for Pain Assessment, in: *physi-science* Jg. 4, Nr. 3, S.125-133.
- Simkin, Penny (1992): Just Another Day in a Woman's Life? Part II: Nature and Consistency of Woman's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences, in: *Birth*, Jg. 19, Nr. 2, S. 64-81.
- Stoll, Kathrin, Emma Marie Swift und Nichole Fairbrother und Elizabeth Nethery und Patricia Janssen (2017): A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth in: *Birth*, Bd. 45, Nr. 1, S. 1-102.

- Uldal, Tiril, Marita Østmoen und Bente Dahl und Idun Røseth (2023): Women's experiences with hypnobirth. A qualitative study, in: *Sexual & Reproductive HealthCare*, Jg. 37, Nr. 100890, S. 1-7.
- Uludağ, Elif und Samiye Mete (2021): The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomized controlled study, in: *Health Care for Women International*, Jg. 42, Nr. 4-6, S. 678–690.
- United States Patent and Trademark Office (o.J.): Trademark Electronic Search System (TESS), [online] <https://tmsearch.uspto.gov/bin/gate.exe?f=tess&state=h41lei.1.1> [09.10.20].
- Web of Science (o.J.): Web of Science platform, [online] <https://clarivate.com/products/scientific-and-academic-research/research-discovery-and-workflow-solutions/webof-science-platform/> [16.11.2023].
- Werner Anette, Nils Ulberg und Robert Zachariae und Georg Rosen und Ellen A. Nohr (2013a): Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial, in: *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Jg. 120, Nr. 3, S. 346–353.
- Werner, Anette, Nils Ulbjerg und Robert Zachariae und Sen Wu Chun und Ellen A. Nohr (2013b): Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial, in: *Birth: Issues in Perinatal Care*, Jg. 40, Nr. 4, S. 272–280.
- Wijma, Klaas., Barbo Wijma und M. Zar (2013): Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) APA PsycNet [online] <https://psycnet.apa.org/doi-Landing?doi=10.1037%2Ft32715-000> [16.11.2023].
- World Health Organisation (2021): Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access, [online] <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access> [15.11.2023].

8. Anhang

Anhang I Suchstrang

(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (fear of childbirth* OR childbirth anxiety* OR anxiety of childbirth* OR fear of giving birth* OR tokophobia* OR tocophobia*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* OR mental health*) AND (pain* OR pain relief* OR pain management* OR pain controll* OR pain reduction*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (outcomes* or benefits* or effects* OR impact* or effectiveness* or consequences* or relationship*)

Anhang II Rechercheprotokoll

Datum	Datenbank	Suchstrang	Treffer
19.09.2023	PubMed	(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (fear of childbirth* OR childbirth anxiety* OR anxiety of childbirth* OR fear of giving birth* OR tokophobia* OR tocophobia*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* OR mental health*) AND (pain* OR pain relief* OR pain management* OR pain controll* OR pain reduction*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (outcomes* or benefits* or effects* OR impact* or effectiveness* or consequences* or relationship*)	9

(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (fear of childbirth* OR childbirth anxiety* OR anxiety of childbirth* OR fear of giving birth* OR tokophobia* OR tocophobia*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* OR mental health*) AND (pain* OR pain relief* OR pain management* OR pain control* OR pain reduction*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (outcomes* or benefits* or effects* OR impact* or effectiveness* or consequences* or relationship*)

(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (fear of childbirth* OR childbirth anxiety* OR anxiety of childbirth* OR fear of giving birth* OR tokophobia* OR tocophobia*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* OR mental health*) AND (pain* OR pain relief* OR pain management* OR pain control* OR pain reduction*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (outcomes* or benefits* or effects* OR impact* or effectiveness* or consequences* or relationship*)

19.09.2023	Web of science	(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (fear of childbirth* OR childbirth anxiety* OR anxiety of childbirth* OR fear of giving birth* OR tokophobia* OR tocophobia*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* OR mental health*) AND (pain* OR pain relief* OR pain management* OR pain controll* OR pain reduction*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (outcomes* or benefits* or effects* OR impact* or effectiveness* or consequences* or relationship*)	24
20.09.2023	CINAHL	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypno-therapy* or self hypnosis* OR hypnomental birth preperation*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* or mental health*) AND (pain management* OR pain relief* OR pain control* OR pain reduction*) AND (fear* of childbirth* O tokophobia* OR tocophobia* OR phobia of childbirth* OR anxiety of childbirth*) AND (childbirth* O labour* OR birth* OR labor* O delivery* OR pregnancy*)	4
20.09.2023	CINAHL	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypno-therapy* OR self hypnosis*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress*) AND (pain management* OR pain relief* OR pain control* OR pain reduction* OR analgesia* OR pain*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* or labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (outcome* OR benefit* OR effect* OR impact* OR effectiveness* or consequence* OR relationship*)	3

20.09.2023	CINAHL	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypnosis*) AND (fear* or anxiety* OR worry* OR distress*) AND (pain relief* OR pain management* OR pain control* OR pain reduction* OR pain*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*)	21
20.09.2023	CINAHL	hypnobirthing* AND pain*	16
20.09.2023	CINAHL	hypnobirthing* AND (outcome* O benefit* OR effect*)	12
20.09.2023	CINAHL	HypnoBirthing	36
20.09.2023	CINAHL	hypnobirthing* AND childbirth*	25
21.09.2023	CINAHL	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypno-therapy* OR self hypnosis*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*) AND pain*	34
21.09.2023	CINAHL	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypnosis*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*)	40
25.09.2023	PubMed	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypno-therapy* OR self hypnosis* OR hypnomental birth preparation*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress* OR mental health*) AND (pain management* OR pain relief* OR pain control* OR pain* reduction*) AND (fear* of childbirth* OR tokophobia* OR tocophobia* OR phobia of childbirth* OR anxiety of childbirth*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*)	10
25.09.2023	PubMed	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypnosis*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*)	88

25.09.2023	PubMed	(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (fear of childbirth* OR childbirth anxiety* OR anxiety of childbirth* OR fear of giving birth* OR tokophobia* OR tocophobia*) AND (outcomes* or benefits* or effects* OR impact* or effectiveness* or consequences* or relationship*)	15
25.09.2023	PubMed	HypnoBirthing	15
25.09.2023	PubMed	(hypnobirthing* OR hypnobirth OR self-hypnosis* OR self-suggestion* OR hypnosis* OR hypnotism*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery* OR pregnancy*) AND (pain* OR pain relief* OR pain management* OR pain controll* OR pain reduction*)	118
25.09.2023	Cochrane Library	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypnotherapy* OR self hypnosis*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*) AND pain*	99
25.09.2023	Cochrane Library	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypnosis*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*)	107
28.09.2023	Web of science	(hypnobirthing* OR hypnobirth* OR hypnosis*) AND (fear* OR anxiety* OR worry* OR distress*) AND (childbirth* OR labour* OR birth* OR labor* OR delivery*)	70
28.09.2023	Web of science	HypnoBirthing	16

Anhang III Checklisten zur Studienqualitätsbewertung (Seitenzahlen entfallen, Reihenfolge wie in Tabelle 3 und 4)

Atis und Rathfisch 2018

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
	<p>Studie hat ein eindeutiges Forschungsziel. Lässt sich auf PICO-Schema anwenden P: Schwangere Frauen des Adanas Krankenhaus I: Hypnobirthing Training C: Kontrollgruppe die kein Training erhalten O: Schmerz und Angst</p>		
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
	<p>Randomisierung erfolgt durch Münzwürfe (Kopf-oder-Zahl-Prinzip). Es gibt jedoch signifikante Unterschiede bezüglich der Charakteristika in den Gruppe, weswegen die Randomisierungsmethode eventuell nicht ausreichend ist. Achtung: Selection bias</p>		
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
	<p>Es gibt Verluste sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe. Diese sind zwar transparent. Trotzdem wird nur eine PPA durchgeführt, die ITT Analyse fehlt.</p>		
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants 'blind' to intervention they were given? Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
	<p>Die Grundmerkmale der Teilnehmerinnen wird dargelegt. Es werden signifikante Unterschiede bezüglich des Bildungshintergrunds und des sozioökonomischen Status festgestellt.</p>		

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Es ist nicht eindeutig formuliert, wie die Schwangerschaftsbetreuung bzw. Geburtsvorbereitung im allgemeinen ist. Die Follow -Up Intervalle sind gleich.</p>
---	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ergebnisse werden umfassend dargestellt. Es werden anhand valider Fragebögen und Skalen die Ergebnisse gemessen und der Mittelwert angegeben. Die Ergebnisse der Messungen nach der Intervention (Follow Up) werden ausführlich dargelegt. Es werden Verzerrungen aufgrund der sozio-deomgrafischen Charakteristika festgestellt. Diese statistischen Tests werden verwendet: - To independent group t-test - Mann-Whitney U test - Kruskal-Wallis H Test Die p-Werte werden genannt.</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird der indirekte Konfidenzintervall, in Form der Standardabweichungen vom Mittelwert angegeben.</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Es werden signifikante Unterschiede ermittelt und von keinen Schäden oder negativen Auswirkungen berichtet. Es wurde keine Kostenanalyse durchgeführt.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Es ist unklar , inwiefern sich die Ergebnisse übertragen lassen, da es sowohl kulturelle Unterschiede, als auch Verschiedenheiten in der Gesundheitsversorgung gibt. Es kann jedoch Hinweise auf mögliche positive Auswirkungen von Hypnobirthing geben und zur Forschung in Deutschland anregen.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Intervention wäre höchstwahrscheinlich keine bessere als alle andere Interventionen, aber eine gute Ergänzung zu den bestehenden Interventionen. In der Geburtshilfe muss nach Alternativen geforscht werden, dass wird zum Beispiel mit der steigenden Kaiserschnitttrate argumentiert.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Die Studie hat eine gute Qualität, sie misst tatsächlich das was sie messen soll und ermittelt kausale Zusammenhänge, bietet also eine hohe Validität. Die Durchführung und der Ablauf ist detailliert beschrieben und nachvollziehbar. Die Ergebnisse geben Hinweise auf eine Übertragbarkeit und sind auf jeden all klinisch relevant. Jedoch gibt es ein paar Abzüge hinsichtlich des methodischen Vorgehens. So ist anscheinend die Randomisierung nicht ausreichend genug, sodass signifikante Unterschiede, zwischen den Studiengruppen dokumentiert sind. Des Weiteren wird zum Beispiel keine ITT-Analyse sondern eine PPA gemacht. Damit wird zwar transparent umgegangen, allerdings kann es hier trotzdem zu einer systematischen Verzerrung gekommen sein.

Buran und Aksu 2022

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Studie definiert ein eindeutiges Forschungsziel, welches auf das PICO-Schema angewendet werden kann. P: schwangere Frauen des Entbindungskrankenhaus I: pränatale Hypnobirthing Schulung C: Kontrollgruppe die keine Schulung erhalten hat O: Angst, Schmerz, Geburtszufriedenheit und Geburtsergebnisse</p>
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Randomisierung erfolgt mit Hilfe eines computergeschützten Randomisierungsprogramm. Die Zuordnungsreihenfolge wird verschleiert.</p>
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es werden Verluste und Ausschlüsse transparent dargestellt. Es werden jedoch nicht alle in der Analyse berücksichtigt, also gibt es ein fehlendes ITT-Prinzip. Es wird eine PPA durchgeführt.</p>
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants 'blind' to intervention they were given? Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es gibt eine homogene Verteilung, bis auf das Gestationsalter.</p>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Es ist nicht klar, ob die Standard Untersuchungen der Teilnehmerinnen gleich ist.</p>
---	---

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird eine Power Analyse mittels G*Power gemacht. Die Ergebnisse werden anhand von Fragebögen und Skalen gemessen und umfassend dargestellt. Es werden signifikante Unterschiede ermittelt und tabellarisch sowie narrativ festgehalten. Es gibt einen Unterschied der Gruppen im Follow-Up, was eventuell Einfluss auf die Ergebnisse hat. Es werden Verzerrungen bezüglich des Geburtortes genannt. Folgende statistische Test werden genutzt: - Shapiro Wilk Test - Pearson's chi-square Test - Fisher's exact Test - Mann-Whitney U Test - Student's t-test Die p-Werte werden dokumentiert (p < 0,05 Signifikanzniveau).</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Der 95% Konfidenzintervall Standardabweichung wird genannt.</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Der Behandlungseffekt ist in der Interventionsgruppe signifikant positiver im Vergleich zur Kontrollgruppe bezüglich Angst, Geburtsangst und Geburtszufriedenheit. Es werden keine Schäden ermittelt, aber auch keine Kostenanalyse durchgeführt.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Aufgrund des Konfidenzintervalls, könnte eine Übertragbarkeit möglich sein. Jedoch gibt es kulturelle Unterschiede, sowie Verschiedenheiten zwischen den Gesundheitsversorgungen. Weswegen es nicht eindeutig ist, ob die Ergebnisse übertragen werden können. Trotzdem gibt es Hinweise und Anregungen zur Forschung in Deutschland.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Angst vor der Geburt und Geburtsängste sind relevante Themen auch in Deutschland. Weswegen die Intervention nützlich sein kann.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Die Studie hat eine hohe Validität. die Qualität der Studie ist gut. Mit wenigen vor allem methodischen Einschränkungen. Der Messungen erfolgen auf Basis valider Fragebögen und Skalen, bei denen ausgegangen werden kann, dass sie das messen was vorgesehen war. Der Ablauf, die Datenerhebung und die Datenanalyse ist transparent dargelegt. Aufgefallen dabei ist, dass nicht die ITT-Analyse genutzt wird, sondern die PPA, welches eine systematische Verzerrung mit sich bringen kann.

Uludağ und Mete 2020

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>Section B: Was the study methodologically sound?</p>			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants 'blind' to intervention they were given? Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Es wird nicht explizit genannt, dass beide Gruppe dieselbe Basis Versorgung während der Geburt bekommen, aber es kann davon ausgegangen werden, da alle im selben Krankenhaus gebären.</p>
---	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird G*Power Daten Analyse für die Kalkulation der Stichproben verwendet. Es werden Ergebnisse klar spezifiziert und ausgedrückt. Die werden sowohl relative, als auch absolute Ergebnisse festgehalten. Die Stichproben Anzahl war am Ende gleich. Es werden Verzerrungen identifiziert (Epi-Rate in Kontrollgruppe die nicht mit in die Analyse mitaufgenommen wurde) Folgendes Testverfahren wurde genutzt: Bonferroni Corrected paired T-Test p-Werte sind dokumentiert</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird keine Schätzung des Interventions- oder Behandlungseffekts angegeben.</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Vorteile der Intervention überwiegen die Schäden und Kosten. Es gibt einen positiven signifikanten Effekt und es werden keine Schäden dokumentiert. Mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse werden die Auswirkungen hinsichtlich der Arbeitskosten vorgenommen. Die Arbeitskosten sind reduziert.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es gibt kulturelle Unterschiede, sowie Verschiedenheiten zwischen den Gesundheitsversorgungen. Weswegen es nicht eindeutig ist, ob die Ergebnisse übertragen werden können. Die Türkei ist ein Schwellenland und hat dementsprechend Unterschiede zu Industriestaaten, wie Deutschland. Dies betrifft auch die Population und stellt eine Einschränkung der Übertragbarkeit dar.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ergebnisse können einen großen Nutzen haben, angesichts der untersuchten Variablen. Somit stellt die Intervention eine geeignete Behandlungsmöglichkeit dar.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Die Studienqualität gilt als gut zu bewerten. Die Studie hat eine hohe Validität. Sie weist einige wenige Einschränkungen auf. Es bedarf weiterer Forschung, trotzdem liefert die Studie wichtige Ergebnisse für die Forschung.

Downe et al. 2015

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Studie hat ein klar fokussiertes und detailliert beschriebenes Forschungsziel, welches sich auf das PICO-Schema anwenden lässt. P: Nullipara schwangere Frauen I: Selbsthypnosekurs in der Schwangerschaft C: kein Selbsthypnosekurs O: Auswirkungen auf die PDA Nutzung</p>
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird eine computergenerierte Reihenfolge einer Eins-zu-Eins Basis, ohne Stratifizierung oder Blockierung genutzt. Diese Methode wird zum Schutz vor Verzerrungen genutzt. Die Forscher haben zwar Zugriff auf die Zuweisung. Die Ergebnisdaten werden jedoch von Mitarbeiter*innen erfasst, die die Gruppenzuweisung nicht kennen</p>
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die ausgeschlossenen Teilnehmerinnen werden benannt, aber nicht in der Analyse berücksichtigt.</p>
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants 'blind' to intervention they were given? Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Grundmerkmale der beiden Studiengruppen haben keine signifikanten Unterschiede.</p>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Ja die jeweiligen Gruppen erhielten die NHS Standard Versorgung.</p>
---	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird eine Leistungsberechnung durchgeführt. Es werden Ergebnisse bezüglich der Nutzung der PDA für das Schmerzmanagement, sowie sekundär klinische und psychologische Ergebnisse gemessen, welche klar spezifiziert sind. Ergebnisse der jeweiligen Gruppen werden tabellarisch sowie im Fließtext festgehalten. Binäre Ergebnisse werden sowohl relativ als auch absolut dokumentiert. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Anzahl. Es werden mögliche Verzerrungen herausgearbeitet, wie zum Beispiel, dass es in der Kontrollgruppe Frauen gab, die selber Selbsthypnose Training angewendet haben. Es wird ein Zwei-Stichproben-Test für die Ergebnisse analysiert. p-Werte sind dokumentiert.</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es werden Konfidenzintervalle angegeben.</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Eine Kosten Analyse ist dokumentiert. Der Nutzen der Intervention überwiegen nicht die Kosten. Es gibt jedoch keine Hinweise auf ein zusätzliches Risiko. Die vollständige Kostenanalyse ist nicht in dieser Publikation dokumentiert. Es werden aber zusätzliche Kosten in der Interventionsgruppe angegeben, welche aber als sehr gering bewertet werden.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ergebnisse können auf die deutsche Population übertragen werden, da England und Deutschland beide Industriestaaten sind und auch kulturelle Ähnlichkeiten haben. Dementsprechend sind die Ergebnisse für die Population in Deutschland relevant.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Da der Selbsthypnosekurs keine positiven Effekte hinsichtlich der PDA Nutzung vorweisen kann, ist es fraglich ob dieser Kurs einen besseren Wert als andere Interventionen hat.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Diese Studie hat eine sehr gute Validität und Qualität. Die Datenerhebung und Analyse sind transparent und ausführlich.

Die Ergebnisse sind übertragbar und wichtig für die Forschung.

Werner et al. 2013a

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es ist keine Forschungsfrage formuliert, aber ein klares Forschungsziel ist dokumentiert, welches sich auf das PICO-Schema anwenden lässt: P: schwangere Frauen I: Selbsthypnose Kurs C: im Vergleich zu keinem Selbsthypnosekurs und einem Entspannungsübungskurs O: Auswirkung auf Häufigkeit der Anwendung von PDAs und das Schmerzempfinden</p>
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Teilnehmer werden nach dem Zufallsprinzip entweder einer Interventionsgruppe, einer aktiven Vergleichsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugewiesen, wobei ein computergeneriertes interaktives telefonisches Randomisierungsprogramm genutzt wird. Das Randomisierungsprogramm verwendet die eindeutige Identifikationsnummer der Teilnehmerin, wodurch sichergestellt wird, dass die Teilnehmerin nur einmal randomisiert werden konnte.</p>
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es gibt Verluste in den jeweiligen Sitzungen, diese werden aber berücksichtigt. im Follow-Up gibt es keine Verluste. Es gibt eine ITT Analyse</p>
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants 'blind' to intervention they were given? Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ausgangscharakteristika der Teilnehmerinnen in den drei Gruppen ist ähnlich, mit der Ausnahme, dass die Frauen in der Hypnosegruppe einen etwas niedrigeren Bildungsstand haben.</p>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Alle bekommen das Angebot einer Ultraschall Untersuchung. Für alle Frauen waren Informationen zu den Ausgangsdaten und zu der PDA verfügbar. Jedoch ist unklar inwiefern, sich die Grundversorgung ähnelte.</p>
---	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ergebnisse sind umfassend dargestellt. Tabellarsich und im Fließtext. Es werden relative und absolute Ergebnisse angegeben. Die Berechnungen der statistischen Aussagekraft basieren auf vorhandenen Daten, dass etwas 34% aller Nullipara Frauen, die im Universitätskrankenhaus Skejby gebären eine PDA erhalten Alle Ergebnisse, jeder Gruppe in allen Intervallen wird angegeben. Es wurden folgende Tests verwendet: - Chi-quadrat-Test - Kruskal-Wallis-on-way ANOVA Es werden keine p-Werte angegeben.</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es sind KI-Werte angegeben.</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Studie deutet an, dass die Intervention einen geringen Kostenaufwand beinhaltet, jedoch wird keine Kostenanalyse durchgeführt. Die Intervention verringert nicht den Einsatz von PDAs und zeigt auch keine Auswirkungen auf die selbstberichteten Schmerzen.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Dänemark gehört wie Deutschland zu den Industriestaaten. Ähnlichkeiten bezüglich der Population ist dementsprechend gegeben. Die PDA-Rate in Deutschland liegt bei 23%, somit ist eine klinische Relevanz bezüglich der Häufigkeit der Anwendung von PDAs gegeben.</p> <p>Limitationen sind, dass das Krankenhaus Standards hat und es generell keine einheitlichen Standards gibt, erschwert die Übertragbarkeit.</p> <p>Besonders interessant ist es zu wissen, inwiefern die Frauen sich sonst auf die Geburt vorbereiten.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Intervention hat keine signifikanten Verbesserungen vorzuweisen, demzufolge stellt der Selbsthypnosekurs laut dieser Studie keine Alternative zu bereits vorhandenen Interventionen.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Die Studie ist qualitativ gut. Sie weist Validität auf und misst das, was sie messen soll. Zusätzlich ist die Stichproben Anzahl, die auf auf Basis einer guten Randomisierung erhoben wird, hoch und trägt zur Qualität der Studie bei. Gleichzeitig ist die klinische Relevanz und Übertragbarkeit gegeben. Jedoch weisen die Ergebnisse keine Verbesserung der Variablen durch den Selbsthypnosekurs auf. Es können trotzdem wichtige Erkenntnisse aus dieser Studie gezogen werden.

Werner et al. 2013b

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Es ist keine Forschungsfrage formuliert, aber ein klares Forschungsziel wurde dokumentiert, welches sich auf das PICO-Schema anwenden lässt: P: schwangere Frauen I: Selbsthypnose Kurs C: im Vergleich zu keinem Selbsthypnosekurs und einem Entspannungsübungskurs O: Auswirkung auf die Geburtszufriedenheit</p>			
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Die Teilnehmer werden nach dem Zufallsprinzip entweder einer Interventionsgruppe, einer aktiven Vergleichsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugewiesen, wobei ein computergeneriertes interaktives telefonisches Randomisierungsprogramm genutzt wird. Das Randomisierungsprogramm verwendet die eindeutige Identifikationsnummer der Teilnehmerin, wodurch sichergestellt wird, dass die Teilnehmerin nur einmal randomisiert werden konnte.</p>			
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Es gibt eine ITT-Analyse.</p>			
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants 'blind' to intervention they were given? Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Die Ausgangscharakteristika der Teilnehmerinnen in den drei Gruppen ist ähnlich, mit der Ausnahme, dass die Frauen in der Hypnosegruppe einen etwas niedrigeren Bildungsstand haben.</p>			
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Alle bekommen das Angebot einer Ultraschall Untersuchung. Für alle Frauen waren Informationen zu den Ausgangsdaten und zu der Verwendung von PDA verfügbar. Jedoch ist unklar inwiefern, sich die Grundversorgung ähnelte.</p>
---	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ergebnisse sind umfassend dargestellt. Tabellarisch und im Fließtext. Es werden relative und absolute Ergebnisse angegeben. Alle Ergebnisse, jeder Gruppe in allen Intervallen wird angegeben. Es wird der Wald's post hoc Test genutzt. Der p-Wert ist angegeben.</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>.Es wird kein Konfidenzintervall berechnet und angegeben.</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Studie deutet an, dass die Intervention einen geringen Kostenaufwand beinhaltet, jedoch wird keine Kostenanalyse durchgeführt.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Dänemark gehört wie Deutschland zu den Industriestaaten. Ähnlichkeiten bezüglich der Population ist dementsprechend gegeben. Die PDA-Rate in Deutschland liegt bei 23%, somit ist eine klinische Relevanz bezüglich der Häufigkeit der Anwendung von PDAs gegeben.</p> <p>Limitationen sind, dass das Krankenhaus Standards hat und es generell keine einheitlichen Standards gibt, erschwert die Übertragbarkeit.</p> <p>Besonders interessant ist es zu wissen, inwiefern die Frauen sich sonst auf die Geburt vorbereiten.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Die Ergebnisse stellen fest, dass die Geburtszufriedenheit steigt bzw. die Geburtsangst reduziert wird.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Der Artikel ist eine zweite Publikation der Studie von Werner et al. (2013a) und muss mit dieser zusammen gedacht werden. Demzufolge weist diese Publikation ebenfalls eine gute Studienqualität auf. Die Datenerhebung ist auch hier transparent und ausführlich. Die Ergebnisse sind ernst zu nehmen.



JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports

Reviewer Madita Louisa Tomforde Date 24.10.2023

Author Bülez et al. Year 2020 Record Number 7

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie wird eingeschlossen, da sie Validität aufweist, da unter anderem kausale Beziehungen zwischen den Variablen hergestellt werden Die Ergebnisse sind relevant für die Fragestellung des Reviews. Außerdem passt die Studie zu den vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien.

Paper for appraisal and reference: Philips-Moore 2012

Section A: Are the results of the trial valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' In terms of

- the population studied
- Whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the risk factors studied

Comments: Die Studie hat sich mit einem klar fokussierten Thema befasst. Sie untersucht die Wirkung von Hypnobirthing.

2. Did the authors use an appropriate method to answer their question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- Is a case control study an appropriate way of answering the question under the circumstances
- Did it address the study question

Comments: In der Studie wird das methodische Vorgehen nicht im Detail erklärt und auch nicht argumentiert warum diese Methode gewählt wird. Grundsätzlich ist die Methode jedoch geeignet. Das Forschungsziel wurde angesehen

Is it worth continuing?

3. Were the cases recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

Comments:

Auch die Rekrutierung wird nicht eindeutig beschrieben, es wird nur dokumentiert, dass es Frauen aus dem HypnoBirthing Programm in Australien sind. Gleichzeitig ist wenig über den Hintergrund der Teilnehmerinnen bekannt bezüglich der sozio-ökonomischen und sozio-demografischen Situation. Hier ist auf jeden Fall ein Selektions Bias

HINT: We are looking for selection bias which might compromise validity of the findings

- are the cases defined precisely
- were the cases representative of a defined population (geographically and/or temporally)
- was there an established reliable system for selecting all the cases
 - are they incident or prevalent
- is there something special about the cases
 - is the time frame of the study relevant to disease/exposure
- was there a sufficient number of cases selected
- was there a power calculation

4. Were the controls selected in an acceptable way?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Die Daten der Kontrollgruppen sind vom NSW Ministry of Health von 2009 und somit valide. Jedoch lassen sich die beiden Gruppen schwer miteinander vergleichen.

HINT: We are looking for selection bias which might compromise the generalisability of the findings

- were the controls representative of the defined population (geographically and/or temporally)
- was there something special about the controls
- was the non-response high, could non-respondents be different in any way
 - are they matched, population based or randomly selected
- was there a sufficient number of controls selected

5. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

HINT: We are looking for measurement, recall or classification bias

- was the exposure clearly defined and accurately measured
- did the authors use subjective or objective measurements
- do the measures truly reflect what they are supposed to measure (have they been validated)
- were the measurement methods similar in the cases and controls
- did the study incorporate blinding where feasible
- is the temporal relation correct (does the exposure of interest precede the outcome)

Comments:

Die Studie benutzt für die Fallgruppe einen Fragebogen der unter anderem Punktevergaben beinhaltet, gleichzeitig geht nicht eindeutig hervor was der Fragebogen genau beinhaltet. Die Messmethoden sind in den Fällen und Kontrollen

6. (a) Aside from the experimental intervention, were the groups treated equally?

- HINT: List the ones you think might be important, that the author may have missed
- genetic
 - environmental
 - socio-economic

List: Dadurch, dass die Gesamtbevölkerung als Kontrollgruppe dient, ist es unwahrscheinlich, dass die Gruppen gleiche Behandlungen erhalten.

6. (b) Have the authors taken account of the potential confounding factors in the design and/or in their analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

- HINT: Look for
- restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments: Es geht aus der Studien nicht hervor, ob Störfaktoren mit berücksichtigt sind.

Section B: What are the results?

7. How large was the treatment effect?

Comments:

Der Behandlungseffekt war groß, da hohe positive Auswirkungen von Hypnobirthing bspw. auf die Angst und den Schmerz während der Geburt zu verzeichnen sind. Jedoch ist ein großer Mangel an der Studie, dass weder das

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- is the analysis appropriate to the design
- how strong is the association between exposure and outcome (look at the odds ratio)
- are the results adjusted for confounding, and might confounding still explain the association
- has adjustment made a big difference to the OR

8. How precise was the estimate of the treatment effect?

HINT: Consider

- size of the p-value
- size of the confidence intervals
- have the authors considered all the important variables
- how was the effect of subjects refusing to participate evaluated

Comments: Es geht aus der Studie nicht hervor, inwiefern eine Schätzung des Behandlungseffektes gemacht wird.

9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

HINT: Consider

- big effect is hard to ignore!
- Can it be due to chance, bias, or confounding
- are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
- consider Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, does-response gradient, strength, biological plausibility)

Comments: Einerseits stimmen die Studienergebnisse mit anderen qualitativ besseren Studien überein. Andererseits ist die Qualität dieser Studie nicht gut und wirft erhebliche Zweifel in der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse auf.

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the study
- can you quantify the local benefits and harms

Comments: Australien gehört zu den Industriestaaten und hat dementsprechend Ähnlichkeiten zu Deutschland. Daher können die Ergebnisse auf die Population in Deutschland angewendet werden.

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- all the available evidence from RCT's Systematic Reviews, Cohort Studies, and Case Control Studies as well, for consistency

Comments: Die Ergebnisse stimmen mit anderen Studienergebnissen überein.

Remember One observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making. However, for certain questions observational studies provide the only evidence. Recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence.

Paper for appraisal and reference: Finlayson et al. 2015

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: In der Studie ist ein klares Ziel formuliert. Es wird beschrieben, dass Selbsthypnose immer populärer in Bezug auf das geburtshilfliche Schmerzmanagement wird, sich jedoch nur wenige Studien auf die Erfahrung und die Perspektive der Frauen beziehen. Das Ziel dieser Studie ist es, die Ansichten und Erfahrungen von Frauen die Selbsthypnose während der Geburt anwenden zu ermitteln.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Die qualitative Methodik ist angemessen, da die Perspektiven und Erfahrungen von Selbsthypnose etwas Subjektives ist. Die thematische Netzwerkanalyse ist angemessen.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Das Forschungsdesign ist nachvollziehbar und klar formuliert. Eine Diskussion über die Methode lässt sich nur teilweise herauslesen, wie zum Beispiel, dass es wenig qualitative Studien zu dem Thema gibt.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Der Rekrutierungsablauf ist ausführlich und transparent beschrieben. Die Auswahl der Studienteilnehmerinnen erfolgt aus einem Studienarm einer randomisierten Kontrollstudie, welche die Auswirkungen eines kurzen Selbsthypnose Kurs vor der Schwangerschaft untersucht (Downe et al. 2015). Somit ist gewährleistet, dass alle Teilnehmerinnen das gleiche Selbsthypnose Training während der Schwangerschaft bekommen. Es wird festgehalten, dass die Begründung dass die Frauen die nicht teilnehmen wollen, Zeitmangel ist.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Das Vorgehen der Datenerhebung wird detailliert dargelegt. Die Datenerhebung wird dem Forschungsproblem gerecht. Die Interviews sind Eins-zu-Eins Interviews in einem ruhigen Raum bei den Teilnehmerinnen zu Hause. Die Interviews sind zwischen 35-80 Minuten lang. Zusammenfassend ist das ein gerechtfertigtes Setting für eine solche Art von Forschung. Die Interviews sind halb-strukturiert. Die offenen Fragen sind in der Studie zu finden.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: In der Studie wird nicht beschrieben, ob die Beziehung zwischen Forscher*innen und Teilnehmerinnen angemessen berücksichtigt ist.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Die Genehmigung für die randomisierte Studie, einschließlich der qualitativen Studie, ist vom National Research Ethic Services (NRES) und dem University of Central Lancashire Research Ethic Comitee, eingeholt. Alle relevanten Governance-Verfahren werden von den teilnehmenden Trusts vor der Rekrutierung genehmigt. Die Studien werden gemäß den Richtlinien des National Institute of Health Research (NIHR) in einer öffentlich zugänglichen Datenbank registriert.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Die Datenanalyse ist ausreichend streng. Es liegt eine ausführliche Datenanalyse vor. Die Datenanalyse wird anhand einer Netzwerk Analyse vollzogen, eine Technik die einen weniger abstrakten Ansatz verfolgt und Ergebnisse methodisch, transparent und organisiert präsentiert.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Es gibt eine nach Themen klar geordnete Ergebnisdarstellung. Die Entwürfe für die Grundthemen, die sich aus den Interviews herauskristalisieren wird von allen Forschenden unabhängig generiert und zusammen diskutiert. Das Vorgehen ist in der Studie detailliert beschrieben.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: In der Diskussion setzen die Autor*innen die Ergebnisse in Bezug zu relevanter forschungsbasierter Literatur. Am Schluss wird noch genannt das es mehr Forschung bezüglich den Erfahrungen der Nutzerinnen, aber auch des Gesundheitspersonals gemacht werden sollte.
Es wird zwar nicht diskutiert inwiefern die Ergebnisse auf andere Bevölkerungsgruppe angewendet werden können. Allerdings werden mögliche Anwendungsbereiche erwähnt.

Paper for appraisal and reference: Uldal et al. 2023

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: Das Ziel der Studie ist es die Erfahrungen von Frauen die die Hypnobirthing Technik während der Geburt anwenden zu Untersuchen. Die Begründung basiert darauf, da Hypnobirthing eine normale Geburt fördert und ein positives Geburtserlebnis schafft, indem Frauen mit Wissen und Werkzeugen ausgestattet werden, um Angst, Unruhe und Schmerzen während der Wehen zu reduzieren.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Aufgrund der Tatsache, dass subjektive Sichtweisen und Erfahrungen in Bezug auf Hypnobirth untersucht werden, stellt die qualitative Forschung eine geeignete Methode dar.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Diese Studie folgt einem phänomenologischen Ansatz. Die Forschenden argumentieren warum sie dieses Design gewählt haben.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Die Forschenden erklären wie die Teilnehmerinnen ausgewählt werden. Sie benutzen das Convenience-Sampling, argumentieren jedoch nicht warum sie das tun. Es könnte sein, dass dadurch Self-Selection bias vorliegt.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Die Form der Interviews sind Tiefeninterviews, die über Zoom geführt werden. Die Dauer eines Interviews ist zwischen 27 und 47 Minuten. Zwei Autor*innen partizipieren an den Interviews. Es sind offene Fragen, welche in der Studie vermerkt sind. Die Interviews werden aufgezeichnet und Wort für Wort transkribiert. Außerdem wird die Datensättigung und der Umgang damit ausreichend besprochen.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Die Position der Forschenden wird nicht benannt und es ist keine Reflektion dokumentiert.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Ethische Aspekte werden berücksichtigt, indem die Studie den Richtlinien der Deklaration von Helsinki folgt. Sie hat eine Prüfung und Genehmigung vom norwegischen Zentrum für Forschungsdaten (NDS). Vor der Durchführung geben die Teilnehmerinnen eine informierte Zustimmung. Sie werden auch über ihr Recht informiert, jederzeit auszusteigen. Sowohl die Interviews als auch die Datenspeicherung erfolgen in Übereinstimmung mit der von NDS erteilten ethischen Genehmigung, wobei die Privatsphäre und Anonymität der Studienteilnehmerinnen gewahrt wird.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Es wird eine ausführliche Beschreibung der Datenanalyse gemacht. Die Datenanalyse wird anhand Giorgis deskriptiver phänomenologischen Methode basierend auf der Phänomenologie von Husserl und Merleau-Ponty.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Die Ergebnisse sind klar dargestellt. Es wird eine Synthese gemacht, die auf transformierten Bedeutungseinheiten basiert, um das Wesen des Phänomens hervorzuheben. Die Synthese umfasst die übergreifenden allgemeinen Bedeutungen in der Beschreibung der Frau. So werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit dem Forschungsziel diskutiert und erarbeitet.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Die Forschenden diskutieren den Beitrag der Studie mit vorhandenen Wissen. Die Frauen in der Studie haben alle einen ähnlichen sozio-kulturellen/ -ökonomischer Hintergrund und alle dieselbe Hypnobirthing Methode angewendet. Die Forschenden benennen, dass es weiterer Forschung hinsichtlich der beiden Aspekte bedarf.

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Madita Louisa Tomforde, geboren am 20.06.1997 in Hamburg, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel:

„Systematische Übersichtsarbeit zu Auswirkungen von Hypnobirthing auf die Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt“

selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe. Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Hamburg, den 20.11.2023,

