

## Fragebogen (behandelnde Hebamme)

**Ziel: Evaluation der Wirkung von EMH® im geburtshilflichen Outcome**

### Anleitung:

Die teilnehmende Hebamme nimmt sich für jede Schwangere, die sie betreut, einen Fragebogen, der die gesamte Betreuungszeit über mitgeführt und ausgefüllt wird. Nach dem Wochenbettabschlussgespräch sollten alle Punkte ausgefüllt worden sein und der Bogen an hebammenART® zurückgesendet werden.

Es gibt drei Szenarien:

- 1) Die Hebamme ist primär betreuende Hebamme und übernimmt Vor- und Nachsorge, also Schwangerschafts- und Wochenbettbetreuung ist aber bei der Geburt selbst nicht anwesend.
- 2) Die Hebamme macht ausschließlich EMH® Behandlungen während der Schwangerschaft.
- 3) Die Hebamme betreut die Frau nur während der Geburt.
- 4) Die Hebamme ist in allen Phasen die betreuende Hebamme.

**In Fall 1** muss die primär betreuende Hebamme die Punkte zur Geburt bei der Frau erfragen bzw. aus dem Geburtsbericht übertragen.

**In Fall 2** wäre ein Nachgespräch nach der Geburt sinnvoll, um die Punkte zur Geburt in Erfahrung zu bringen. Frau evtl. um Teilnahme bitten.

**In Fall 3** füllt die Geburtshebamme die Teile

- Personenbezogene Daten der behandelten Frau
- outcome Geburt
- Kind
- Stillen
- Zufriedenheit der Frau mit dem Einsatz von EMH®
- Wie schätzt du als Hebamme die Zufriedenheit der Frau mit dem Einsatz von EMH® ein
- Arbeitszufriedenheit der Hebamme beim Einsatz von EMH®
- Bewertung der Zufriedenheit der Hebamme mit dem Einsatz der effektiven manuellen Hilfen EMH® insgesamt

und den Verlaufsbogen aus.

**In Fall 4** füllt die betreuende Hebamme den gesamten Bogen aus.

Der Verlaufsbogen ist bei jeder einzelnen EMH® Behandlung auszufüllen;

**WICHTIG:** Sollte eine Frau nach einer Behandlung nicht wieder kommen (sog. «drop-outs»), wäre der Grund zu erfragen siehe S. 2: a) hat keine Beschwerden mehr b) war nicht zufrieden mit der Behandlung

- Ich bin die primär betreuende Hebamme  ja  nein  
 Ich war bei der Geburt betreuende Hebamme  ja  nein  
 Die Frau war nur zu EMH® Behandlungen während der SS bei mir  ja  nein

**Personenbezogene Daten der behandelten Frau:**

Para	
Gravida	
Einzel-/Mehrlingsschwangerschaft	
Geburtsdatum der Frau (dd.mm.yy)	/ /
Größe	
Gewicht	
Konstitutionstyp nach Sheldon	<input type="checkbox"/> ektomorph <input type="checkbox"/> mesomorph <input type="checkbox"/> endomorph
Somatypische Hauptrichtung nach Kelemann	<input type="checkbox"/> rigid <input type="checkbox"/> verdichtet <input type="checkbox"/> swollen <input type="checkbox"/> porös
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> liiert <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> ungewollt schwanger
Höchster Abschluss	<input type="checkbox"/> Schulabschluss <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium
Muttersprache	_____

**Gesundheitsanamnese:**

Gesundheitszustand VOR der Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Ischialgie <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne <input type="checkbox"/> Verspannungen <input type="checkbox"/> Nervosität <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen ( <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> beide) <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie ( <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> beide) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> anderes:
Familiäre Vorbelastungen	<input type="checkbox"/> Komplikationen bei Geburt <input type="checkbox"/> Zwillinge <input type="checkbox"/> andere:

## Behandlungsablauf

In welchem Zeitraum der SS wurde behandelt:	___ SSW bis ___ SSW <input type="checkbox"/> zur Geburt
Anzahl der Behandlungen insgesamt:	<input type="checkbox"/> 1-3x <input type="checkbox"/> 3-5x <input type="checkbox"/> > 5x
Behandlung frühzeitig abgebrochen Grund (Beschwerden verschwunden / Unzufriedenheit Frau / etc.):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlungsfrequenz während der gesamten Behandlungsdauer?	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> alle zwei Wochen <input type="checkbox"/> 1x pro Monat <input type="checkbox"/> _____
Behandlungsgrund	<input type="checkbox"/> <b>präventiv</b> <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Ängste/Schlafstörungen <input type="checkbox"/> depressive Verstimmungen <input type="checkbox"/> vermindertes Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Verdacht auf Plazentainsuffizienz <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Ischialgie <input type="checkbox"/> Brustschmerzen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> mütterliche Angst <input type="checkbox"/> Beckenbeschwerden <input type="checkbox"/> Knieschmerzen <input type="checkbox"/> Nacken-/Schulterschmerzen <input type="checkbox"/> restless legs <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom <input type="checkbox"/> Kind SGA <input type="checkbox"/> anderes: ...
Veränderung/Besserung der Beschwerden insgesamt:	<input type="checkbox"/> keine Besserung <input type="checkbox"/> Besserung nach ___ Behandlungen <input type="checkbox"/> völliges Verschwinden nach ___ Behandlungen
Kommentar:	

### Outcome Schwangerschaft

Schwangerschaftserleben der Frau 1 (schlecht) bis 10 (sehr gut):	_____
Symptome: Bitte behandeltes Symptom ankreuzen und in Zahlen von 0-4 notieren, wie die Besserung bewertet wird	0: keine Besserung 1: leichte Besserung 2: mittelmäßige Besserung 3: deutliche Besserung 4: völliges Verschwinden des Symptoms
<input type="checkbox"/> Stress _____ <input type="checkbox"/> Ängste/Schlafstörungen _____ <input type="checkbox"/> depressive Verstimmungen _____ <input type="checkbox"/> vermindertes Fruchtwasser _____ <input type="checkbox"/> Verdacht auf Plazentainsuffizienz _____ <input type="checkbox"/> Übelkeit _____ <input type="checkbox"/> Ischialgie _____ <input type="checkbox"/> Brustschmerzen _____ <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen _____ <input type="checkbox"/> Schlafstörungen _____ <input type="checkbox"/> mütterliche Angst _____ <input type="checkbox"/> Beckenbeschwerden _____ <input type="checkbox"/> Knieschmerzen _____ <input type="checkbox"/> Nacken-/Schulterschmerzen _____ <input type="checkbox"/> restless legs _____ <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom _____ <input type="checkbox"/> anderes: ... _____	

### Outcome Geburt

Geburtszeitpunkt (SSW)	_____
Geburtsort	<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Kreissaal) <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Hausgeburt <input type="checkbox"/> andere: _____
natürlicher Geburtsbeginn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn <b>nein</b> :	Einleitungsgrund:
Zeitpunkt der Einleitung:	_____

Schmerzlinderung durch:	<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> EMH® <input type="checkbox"/> TENS Gerät <input type="checkbox"/> Spasmolytika <input type="checkbox"/> PDA <input type="checkbox"/> Zentral wirkendes Medikament: _____ <input type="checkbox"/> andere: _____
vaginale Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kiwi / VE	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Forceps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sectio	<input type="checkbox"/> primär Grund: _____ <input type="checkbox"/> sekundär (eilig) <input type="checkbox"/> Notsectio
<b>Geburtsverletzungen</b> Dammriss DR Episiotomie Plazentalösung Blutverlust andere: _____	<input type="checkbox"/> I.° <input type="checkbox"/> II.° <input type="checkbox"/> III.° <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> med.lat. <input type="checkbox"/> med. <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> manuell (OP) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> Atonie

### Kind

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsgewicht	
Geburtsgröße	
APGAR	
Beckenendlage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Makrosomie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
SGA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
auffälliger Gesundheitszustand wenn ja: warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Reanimation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufenthalt Neonatologie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Postpartale Regeneration

<input type="checkbox"/> regelrecht	
<input type="checkbox"/> regelwidrig:	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ischialgie <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung <input type="checkbox"/> Rückbildungsstörung <input type="checkbox"/> Gestosesymptome <input type="checkbox"/> anderes: _____
Beckenbodenbefund:	
Geburtserleben nach 6 Wochen: 1 (schlecht) bis 10 (sehr gut):	_____
Wochenbett und Bindunderleben: 1 (schlecht) bis 10 (sehr gut):	_____

### Stillen

wie wird gestillt	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> primär abgestillt
Stillprobleme	<input type="checkbox"/> Wunde Brustwarzen <input type="checkbox"/> Zu wenig Milch <input type="checkbox"/> Unklare Schmerzen <input type="checkbox"/> Mammary constriction syndrome <input type="checkbox"/> Mastitisformen: _____ <input type="checkbox"/> anderes: _____
Kindliche Trinkschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Zungenband <input type="checkbox"/> anderes: _____
Gewichtszunahme Kind normal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
EMH® Behandlung beim Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Zufriedenheit der Frau mit dem Einsatz von EMH®

1 (nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden):

\_\_\_\_\_

### Wie schätzt du als Hebamme die Zufriedenheit der Frau mit dem Einsatz von EMH® ein:

1 (nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden):

\_\_\_\_\_

### Arbeitszufriedenheit der Hebamme beim Einsatz von EMH®

Ich weiß, was ich tun muss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich erkenne ganzheitliche Zusammenhänge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe ein Label	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja: welches:	<input type="checkbox"/> hebammenART® Expert <input type="checkbox"/> MOVEnART® Expert <input type="checkbox"/> EMH® Expert <input type="checkbox"/> Label Affektive Pränatale Begleitung <input type="checkbox"/> Label Postpartale Begleitung <input type="checkbox"/> Kliniklabel <input type="checkbox"/> Praxislabel <input type="checkbox"/> Geburtshauslabel	

### Bewertung der Zufriedenheit der Hebamme mit dem Einsatz der effektiven manuellen Hilfen EMH® insgesamt:

1 (nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden): \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Anbei Verlaufsbogen:  
Bitte ausfüllen, wann hast du was gemacht...  
fortlaufend nummeriert.

**Vielen herzlichen Dank!**

hebammenART® und Sabine Friese-Berg

# Verlaufsbogen

Stempel der Hebamme

Frau (Name): \_\_\_\_\_

Behandlung Nummer (fortlaufend): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Behandlungsgrund:

Behandlungsart:

Behandlungsdauer (45-60 Minuten)

