

Mitteilungen = Communications

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **87 (1989)**

Heft 2

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

gen in der Schwangerschaft. Leichtere Formen dieser Erkrankung können zu Hause behandelt werden. Schwerere Formen gehören in die Klinik. Eine zuverlässige Überwachung und Betreuung durch die Hebamme und den Arzt ist die Voraussetzung für ein Bessern der genannten Erkrankung.

Unter der Geburt

Wenn eine Schwangere zur Geburt in die Klinik eintritt, wird sie normalerweise von einer Hebamme empfangen. Sie kümmert sich als erstes um das Befinden der Mutter und auch des Kindes. Als Ergänzung zur klinischen Untersuchung wird heute, wenn dies möglich ist, das Eintritts-Cardiotokogramm routinemässig vorgenommen. Je nach dem Geburtsfortschritt müssen noch zusätzliche Vorbereitungsmaßnahmen getroffen werden. Eventuell ist ein Einlauf notwendig, und vielleicht müssen auch noch die Haare etwas gekürzt werden. All dies geschieht selbstverständlich nach Rücksprache mit der Frau und mit deren Einverständnis. Die Überwachung von Mutter und Kind im Verlaufe einer Geburt ist nun die Aufgabe der Hebamme. Die Hebammen, die bei uns in der Frauenklinik tätig sind, kümmern sich hautnah um die Frauen und sitzen nicht an einem Monitor, um irgendetwas zu überwachen. Mancher gute geburtshilfliche Verlauf ist der aufmerksamen Hebamme zu verdanken, die fähig ist, frühzeitig Komplikationen zu erkennen und selbständig zu handeln. Ich denke da zum Beispiel an eine pathologische Wehentätigkeit, die Mutter und Kind mühsam belasten. Wenn das Kleine geboren ist, ist die Hebamme fähig, die Massnahmen zu ergreifen, die dem Neugeborenen helfen, die ersten Lebensminuten gut zu überstehen. Unsere Hebammen besuchen normalerweise die von ihnen unter der Geburt betreuten Wöchnerinnen, solange sie noch in der Klinik sind und haben manch gutes Gespräch mit ihnen.

Was die programmierte Geburt betrifft, so haben unsere Schülerinnen und jüngeren Hebammen wohl davon gehört, und die ältere Generation dies noch miterlebt. Wir wollen die Sache klar sehen: die programmierte Geburt gehört zum alten Eisen.

Stellenwert der Technologie in der Geburtshilfe

Es ist Tatsache, dass auch Techniken in die Geburtshilfe Einzug gehalten haben. Die

Hebammen wollen sich von der Technik nicht beherrschen lassen, sondern sie vernünftig und gut, d.h. zum Wohle der ihnen anvertrauten Mütter und Kinder einsetzen. Ich will nur einen Faktor herausgreifen und kurz darüber sprechen, nämlich die Cardiotokographie. Die Cardiotokographie wurde seinerzeit von Caldeyro Barcia, einem südamerikanischen Arzt, eingeführt. Sie hat sich über die ganze Welt ausgebreitet. Es steht heute ohne Zweifel fest, dass die Cardiotokographie, also die Dauer – oder wieder häufiger – Intervall-Registrierung der Herztöne und der Wehentätigkeit, ein hervorragendes Hilfsmittel für die Überwachung des Kindes unter der Geburt ist. Selbstverständlich wird sie für Entscheidungen nicht alleine zu Rate gezogen, sondern in Kombination mit der klinischen Situation. Die heute niedrige Mortalität und Morbidität der Neugeborenen ist mindestens teilweise durch die gute Überwachung vor und unter der Geburt zustande gekommen. Wir kön-

nen uns heute die Cardiotokographie nicht mehr wegdenken.

Wenn noch vor kurzem die Technologie, die rasant Einzug in die Geburtshilfe gehalten hat, beinahe ausser Kontrolle geraten ist, so darf man heute sagen, dass man sie wiederum im Griff hat. Man weiss Notwendiges von Unnötigem zu unterscheiden und die Untersuchungen gezielt vorzunehmen. Es besteht kein Zweifel, dass kritisch beobachtende Hebammen dazu beitragen, den Nimbus der Technologie in vernünftige Bahnen zu leiten.

Es ist eine Selbstverständlichkeit, wie dies übrigens seit Jahrzehnten der Fall ist, dass die Hebammen sich, gleich wie die Ärzte, durch Erweiterung ihres fachlichen Wissens, für ihre beruflichen Anforderungen auf dem Laufenden halten. Aus dieser Sicht heraus sind sie auch fähig, ihre beruflichen Kompetenzen zu erkennen und aususchöpfen. □

Gebärsaal-Gestaltung

Kurs Hippopotamus, Hebammenschule Luzern

Aus einer Diplomarbeit der Hebammenschule Luzern entnehmen wir Vorschläge zur Gestaltung des Gebärsaales. Die Hebammenschülerinnen haben Wünsche von Gebärenden bezüglich Einrichtung und Atmosphäre mit ihren eigenen Wünschen verbunden und diese Vorstellungen durch Besuche in Gebärdabteilungen in verschiedenen Regionen der Schweiz «getestet» und erhärtet. Neben der hier publizierten Beschreibung ihres «Traum-Gebärsaales» finden sich in der Arbeit auch konkrete Umgestaltungsvorschläge für den Gebärsaal 5 des Kantonsspitals Luzern.

Gesammelte Wünsche und Vorschläge zur Gebärdzimmergestaltung

Während unserer 3-jährigen Lehrzeit wurden uns viele Verbesserungsvorschläge von verschiedenen Seiten zugetragen. Zusätzlich haben wir unsere eigenen Vorstellungen in unserer Arbeit integriert.

Licht:

Das Licht sollte situationsentsprechend eingesetzt werden können. Sowohl starkes Licht, wie z.B. zum Nähen, DK-Legen etc., als auch warmes Licht, z.B. eine entspannte Eröffnungsperiode sollte möglich sein. (Indirekte Beleuchtung, Dimmer, viel Tageslicht, keine Neonröhren).

Vorhänge:

Vorhänge tragen viel zur Gemütlichkeit bei.

Plättli:

Häufig assoziiert mit: OPS, steril, kalt, Metzgerei.

Unsere Alternative:

- Kunstharzfarbe; matt, abwaschbar, harmonische Farben
- Abwaschbare Tapeten
- Abwaschbare Holzwände

Bilder:

Sollten entweder zeitlos sein, dass sie auch bei jahrelangem «Sehen» nicht langweilig werden (bei grossen Wandgemälden), oder so beschaffen sein, dass sie problemlos ausgewechselt werden können.

Badezimmer:

Im Gebärdsaaltrakt integriert - grosszügige Gestaltung mit Sitzgelegenheit und viel Bewegungsfreiheit - separate Duschen - Hydrokulturpflanzen

Ein Stück Natur:

Fenster zum Öffnen (mit Fliegengitter) - Balkon oder Möglichkeit, ins Freie zu gehen

Versorgung des Kindes:

Wärmelampe über dem Gebärbett – fahrbare, durchsichtige, höhenverstellbare Kinderbadewanne – Wickelplatz auch vom Gebärbett aus überschaubar – Reanimationsmaterial immer bereit, aber nicht offensichtlich (Schublade, Schiebefläche, Klappe direkt beim Kinderplatz)

Gebärbett und Hilfsmittel:

Das Gebärbett soll so breit sein, dass sowohl die Gebärende als auch ihr Partner darin Platz haben. Als weiteres brauchen wir viele Lagerungskissen, eine Matte für den Boden, einen Gymnastikball, einen Gebärhocker, Haltermöglichkeit für die Gebärende (Sprossenwand, Seil von der Decke, «Bettstange»). Ist nur ein konventionelles Gebärbett vorhanden, müsste auf jeden Fall eine grosse Couch o.ä. zur Verfügung stehen.

Gebärzimmergestaltung:

Grosser Raum, viel Platz – eigenes WC im Zimmer – Tür und/oder Möbel so plazieren, dass bei Eintritt der Blick nicht sofort ins Zimmer fällt (Tür z.B. zurückversetzt, kleiner

Gang oder eine Nische) - Wandschränke ohne Glastüren – CTG eingebaut, aber mobil – Schreibplatz im Zimmer – Wandleistenanschluss für BD-Apparat, O₂, Radio (mit Kassettenbetrieb), Telefon – gute Schall-dämpfung

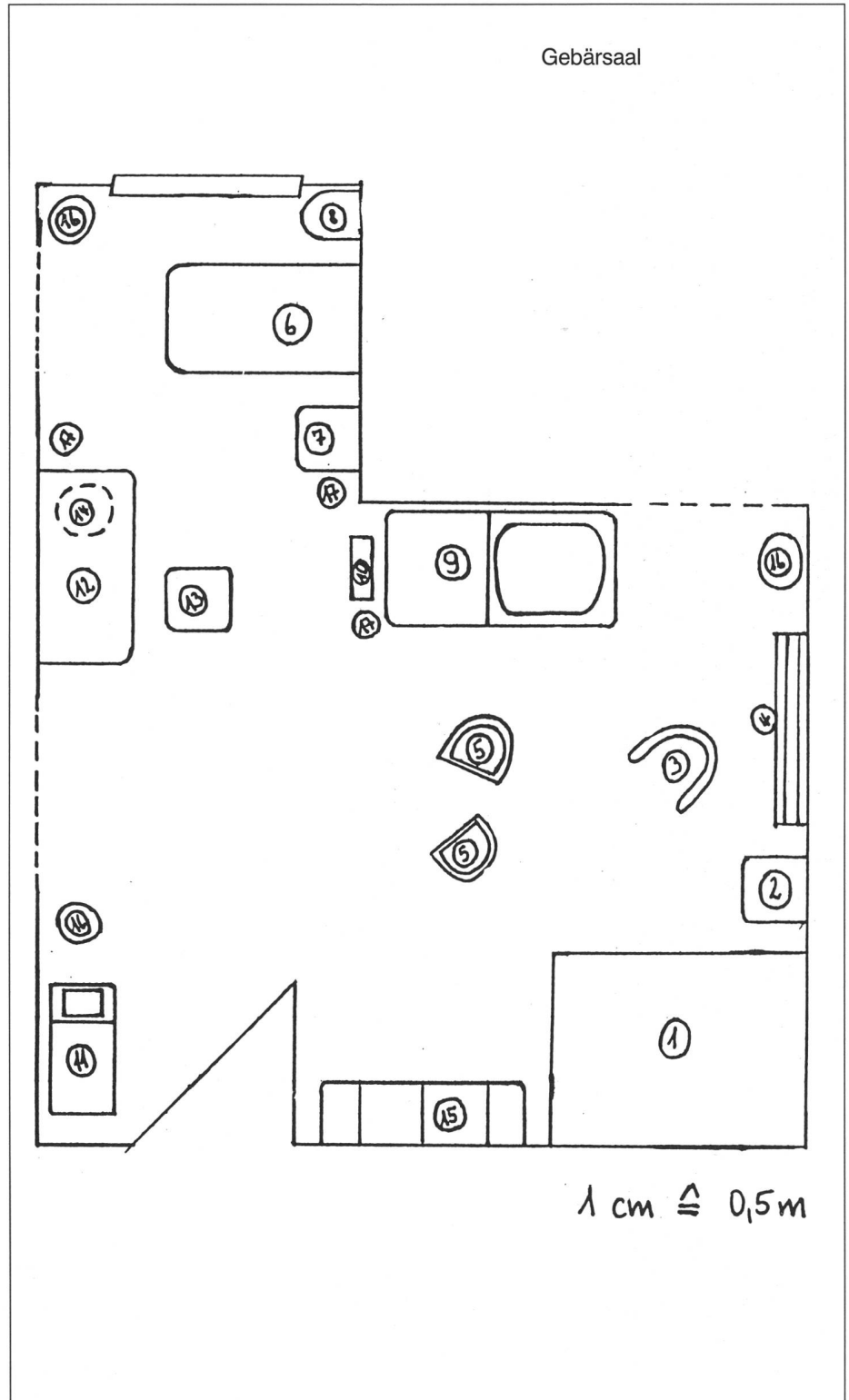
Rund um die Gebärzimmer:

Eigener Geräteraum - Hebammenstübli als abgeschlossener Raum - eigenes Zimmer

für SS-Kontrollen und Vorbereitung - Gemütliches Zimmer für die Zeit nach der Geburt bis zur Verlegung, zum Übernachten für Schwangere

Alle diese Ideen und Vorschläge tragen sicher zu einer schönen und guten Atmosphäre um das Geburterlebnis herum bei. Das Wichtigste jedoch ist und bleibt das ausgewogene, menschliche Umfeld.

1. Gebärbett: höhenverstellbar / fahrbar / Querbett möglich
2. Beistelltisch / Nachtschrank
3. Gebärhocker
4. Sprossenwand / Matratzen
5. Stühle
6. Badewanne
7. Lavabo
8. WC
9. Wickeltisch + Badewanne: durchsichtig, höhenverstellbar, fahrbar
10. fahrbare Heizlampe
11. Kinderbett
12. Schreibtisch
13. Schreibtischstuhl
14. Drehstuhl
15. Schränke: fahrbare Boys integrierbar
16. Pflanzen: Hydrokultur
17. Abfallbehälter



MAGNESIOCARD®

(Magnesium-L-Aspartat-Hydrochlorid)

Physiologischer Kalzium-Antagonist

Wirkungsweise:

- Physiologisch kompetitive Hemmung des Kalzium-ionentransports
- Ausgleich von Elektrolytstörungen durch Behebung der Magnesium-Mangelsituation
- Aktivierung enzymatischer Reaktionen

Indikationen:

- Herzrhythmusstörungen (z.B. infolge Diuretika-therapie, Digitalis, Alkoholismus, etc.)
- Neuromuskuläre Symptomatik: Wadenkrämpfe, Tetanie
- Verhinderung der Frühgeburt
- Tokolyse

BIOMED
IHR PARTNER

*Kassenzulässig



BIOMED

Biomed AG, 8026 Zürich
Pharmazeutische Spezialitäten

Weitere Informationen im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Neues aus den Hebammenschulen

Workshop und Erfahrungsaustausch über die vertikalen Gebärhaltungen

Monte Verita vom 28. bis 30. Oktober 1988

«Freiheit ist das kostbarste Gut der Menschen und seltenstes zugleich. Deshalb ist die Geschichte der Freiheitssuche nie abgeschlossen, sie erhebt immer wieder neu, an immer anderen Orten. In den Jahrzehnten um die Jahrhundertwende war der monte verita ein bevorzugter Schauplatz kühner Kämpfer und leidenschaftlicher Pioniere für die Ideale einer besseren Welt...» Soweit ein kleiner Ausschnitt aus der interessanten Chronik des monte verita, der aber erkennen lässt, warum die Veranstalterinnen genau diesen Ort für unseren Workshop ausgesucht haben.

Am Freitagabend um 18 Uhr begrüßen Sandra Casè und Liselotte Kuntner die insgesamt 63 Anwesenden. Hauptsächlich sind Hebammen vertreten, aber auch Geburtsvorbereiterinnen, Krankengymnastinnen, Physiotherapeutinnen, Ärzte und Ärztinnen sind gekommen. Nach einführenden italienischen und deutschen Begrüßungsworten folgt ein Referat von Liselotte K., das sich hauptsächlich mit der Habilitationsarbeit von Herrn Dr. Schneider aus München befasst. Schneider beschäftigte sich eingehend mit den Auswirkungen der Körperhaltung auf die Hämodynamik im Körper einer schwangeren Frau. Alle seine Untersuchungen machen ganz deutlich, wie ungünstig sich die Rückenlage auf die Kreislaufsituation von Mutter und Kind auswirken kann. Das Liegen auf dem Rücken erhöht die Gefahr des vena-cava-kompressions-syndroms mit mütterlicher Hypotonie, erhöhter antenataler und postpartaler Blutungsgefahr und einem «fetal distress». Im Gegensatz dazu würde das vornübergebeugte Stehen den schwangeren Uterus von der Lendenwirbelsäule abheben und somit für eine bessere Durchblutung der Gebärmutter sorgen.

Weiter beschreibt die Rednerin die Störungen der Psychologie und der Physiologie des Gebärens, die sich durch die Rückenlage ergeben können:

1. Die Beckenbeweglichkeit ist in der Rückenlage sehr eingeschränkt. Die Mobilität des Beckens ist allerdings et-

was sehr Wichtiges, und jegliche statische Haltung wirkt sich hinderlich auf den Geburtsfortschritt aus.

2. Die Schwerkraft ist eine zusätzliche Hilfskraft, die in Rückenlage nicht genutzt werden kann.
3. Die Schmerzempfindlichkeit erhöht sich in Rückenlage. Die Wehen werden stärker wahrgenommen und sind zusätzlich noch weniger effizient.
4. Die Rückenlage ist eigentlich eine passive Haltung, denn in dieser Position kann die Frau kaum aktiv sein. Dazu gehören eine aufrechte Kopfhaltung und nach vorne gerichtete Augen.
5. Die Skelettmuskulatur wird unökonomisch eingesetzt.

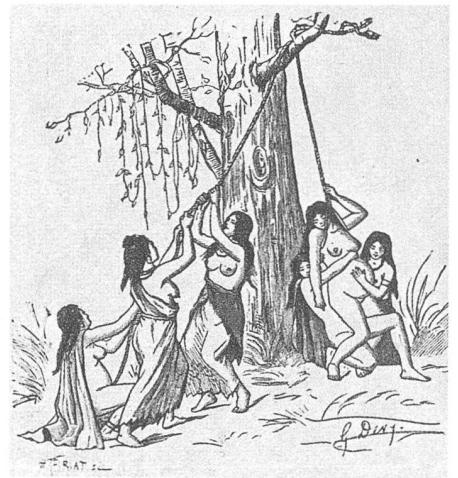
Nach diesem einstündigen, interessanten Vortrag sind die meisten ziemlich erschöpft, da viele eine lange Anreise hatten, und es anstrengend ist, so vielen wissenschaftlichen Ausführungen zu folgen. Der Abend endet mit einem herrlichen Abendessen, wo wir uns etwas näher kennenlernen. Am Samstagmorgen beginnen wir mit Erfahrungsberichten über die aufrechte Körperhaltung in der Austreibungsperiode. Den Anfang macht Luise Daemen. Sie erzählt sehr blumig und fesselnd über ihre ersten Erlebnisse mit dem Gebärstuhl. Nach jeder Geburt hat sie wieder etwas Neues dazu gelernt. Es tut gut zu spüren, dass auch eine erfahrene Hebamme erst lernen musste, mit der «neuen» Gebärhaltung umzugehen. Nach Luise D. Erfahrung verkürzt sich die Plazentarperiode auf dem Stuhl, der Blutverlust ist geringer (meist um die 100 ml) und das Pressen wird oft überflüssig. Anschliessend schildert Esther Fischer ihre Eindrücke vom «Gebärstüeli». Sie betont, wie schön es für die Frau ist, wenn sie ihr Kind selbst in Empfang nehmen darf. Ausserdem hat die Gebärende guten Körperkontakt zu ihrem Partner, der ihr Rückhalt geben und aktiv mithelfen kann.

Auch Blanca Landheer nimmt den Gebärstuhl zu den Hausgeburten mit. Ihre erste Erfahrung damit lehrte sie jedoch, dass die

Frau auf dem Stuhl nicht zu forciertem Pressen angehalten werden darf. Wegen der Gefahr des Vulvaödems macht sie uns darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, die Frau alle 15 - 20 Minuten zu einer Haltungsänderung zu motivieren. Allgemein wird immer wieder geäussert, dass es nicht darum geht, eine Haltung als «die» ideale zu bezeichnen, sondern dass die Frau die Freiheit zurückbekommt «ihre» ideale Gebärposition zu finden.

Für viele Frauen ist die aufrechte Körperhaltung nur in der Eröffnungsperiode angenehm und sie legen sich zur Austreibung gerne hin. Das bedeutet, dass die Hebamme sensibel dafür werden muss, was der Gebärenden am besten tut, und dass unser Arbeiten vielmehr ein Beobachten werden muss, anstatt eines schematischen Anleitens!

Abschliessend sehen wir Dias von einer Geburt am «Trapez». Das Trapez bestand aus zwei von der Decke herabhängenden Seilen mit einer querverbindenden Holzstange, an der sich die Gebärende abstützen konnte. Maya G., die so ihre Tochter Sandra zur Welt brachte, berichtet nun, wie sie diese Haltung empfunden hat.



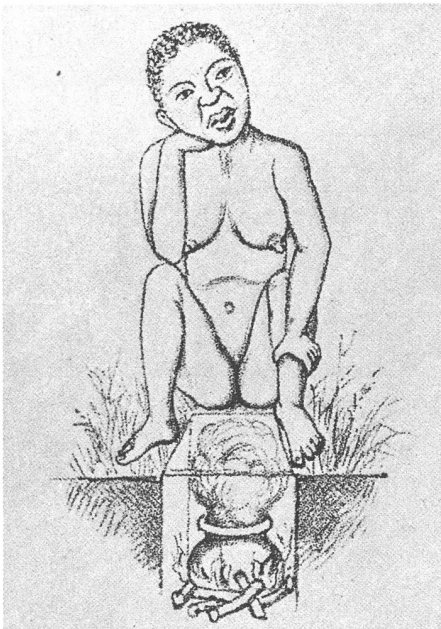
Bei Nordamerikanischen Indianerstämmen übliche Massnahmen bei schweren Geburten. Ähnlich wurde auch in Siam vorgegangen. Aus Gustav-Joseph Witkowski «Histoire des accouchements chez tous les peuples». Pariso. J. (1887).

Nach einer kurzen Kaffeepause geht es in Gruppenarbeit weiter. Allgemein sind es wenig Hebammen, die schon Erfahrung mit der vertikalen Gebärstellung haben. Unter den Spitalhebammen herrscht teilweise Unsicherheit und Angst gegenüber der Reaktion des Arztes. Gemeinsam suchen wir nach neuen Wegen und sammeln Vorschläge.

Nach einem wunderbaren Mittagessen auf der Terrasse folgt ein Vortrag über den Beckenboden, der ja in den meisten Lehrbü-

chern viel zu kurz kommt. Liselotte K. und Franziska (Medizinstudentin) haben sich nach neuesten Erkenntnissen umgeschaut und auch selbst Untersuchungen durchgeführt. Noch ist allerdings wenig ganz ausgearbeitet. Doch sicher dürfen wir annehmen, dass die Körperhaltung der Frau in direktem Zusammenhang mit der Funktion bzw. der Dysfunktion des Beckenbodens steht.

Für den nun folgenden Workshop teilen wir uns in drei Gruppen. Wir üben mit- und aneinander drei unterschiedliche Gebärpositionen. Liselotte K. unterrichtet die hängende Haltung. Dazu sind auf der Terrasse Seile, Ringe und Hängestangen montiert, an denen wir selbst erfahren können, wie unser Beckenboden reagiert. Blanca L. übt mit uns die Vierfüsslerstellung auf der Matte und Luise D. lässt uns sitzen, auf dem «Maja 1» natürlich! Wir können Fragen stellen, Handgriffe üben und selbst ausprobieren, wie wir uns in diesen Positionen fühlen. Zum Schluss schauen wir uns einen Geburtsfilm aus Papua-Neuguinea an, wo wir prima beobachten können, wieviele verschiedene Positionen die Gebärende während des Geburtsvorgangs einnimmt, wie aktiv sie ist!



Räucherung zum Erweitern der Geburtswege bei den Kerrier-Negern (Zentralafrika). Aus Robert W. Felkin «Über Lage und Stellung der Frau bei der Geburt», Marburg 1885.

Diesen Tag erlebe ich so positiv, weil wir praktisch üben konnten und es nicht bei der Theorie blieb.

Der Sonntagmorgen wird von Daria Lepori (Diplomdesignerin) gestaltet. Sie entwickelte im letzten Jahr für ihre Diplomarbeit verschiedene Gebärmöglichkeiten für ver-

schiedene Gebärpositionen. Ihr Ziel ist, die Struktur unserer Gebärsäle so zu verändern, dass jede Frau die Möglichkeit hat, zwischen «traditioneller» und «alternativer» Geburt zu wählen. Ihre Kritik setzt an folgenden Punkten an:

1. Der Gebärsaal ist ausschliesslich für die Austreibungsperiode eingerichtet.
2. Für die Eröffnungsperiode ist das Bett zu hoch, zu schmal und zu hart.
3. Das Bett ist zu wenig verstellbar, um verschiedene Positionen einnehmen zu können.
4. Es fehlen Abstütz- und Festhaltungsmöglichkeiten.
5. Das Bett steht häufig im Zentrum des Zimmers, so dass sich die Frau jedem Eintretenden mit gespreizten Beinen zeigen muss.
6. Die diagnostischen und chirurgischen Utensilien dominieren zu sehr.
7. Die Beleuchtung ist häufig nicht verstellbar und zu grell.

Ein Gebärraum à la Daria Lepori sähe ziemlich anders aus: es gibt darin zwei verschiedene Zonen. Eine Eröffnungs- und eine Austreibungszone. So wäre der Raum den Geburtsphasen angepasst. Eine wichtige Rolle spielen die unterschiedlichsten Lage- und Abstützmöglichkeiten. So steht in der Eröffnungszone eine Couch, ein grosser Gymnastikball, ein Sitzsack und viele Kissen zur Verfügung. Bad und WC sind im selben Raum. Die persönlichen Dinge der Frau werden nicht weggeschlossen und sie trägt ein Nachthemd oder ein T-shirt, das ihr gefällt und worin sie sich wohl fühlt.

In der Austreibungszone, die auch im selben Zimmer eingerichtet werden könnte, stehen ein grosses neu entwickeltes Gebärbett, ein Gebärstuhl mit Matte (Modell Maja 1) und Stangen zum Festhalten. Die Frau liegt, steht, sitzt oder kniet mit dem Rücken zur Tür und hat guten Blickkontakt zur «Neugeborenenecke».

Dies alles ist die Theorie und Daria L. hofft, dass sich immer mehr davon in die Praxis umsetzen lässt. Mit viel Applaus beendet sie ihren Vortrag. Ich finde ihre Ideen wunderbar und denke, dass sie vielen von uns Anregungen geben konnte.

Christina Hurst-Prager und Liselotte K. beenden das Wochenende und trösten uns mit der Hoffnung auf weitere «Monte-Verita-Tage»!

Antonia Göggerle,
Hebammenschülerin, Luzern

LESETIPS



Soeben neu erschienen:

Lohnleichheit für Mann und Frau. Schlussbericht der vom Eidg. Justiz- und Polizeidepartement eingesetzten Arbeitsgruppe «Lohnleichheit», Oktober 1988, Nr. 407.290d.

Vertrieb: Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale EDMZ, 3000 Bern.

Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Humangenetik und Reproduktionsmedizin, Oktober 1988.

Vertrieb: Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale EDMZ, 3000 Bern.

Schlussbericht der interdepartementalen Arbeitsgruppe «Folgearbeiten zur UNO-Weltfrauenkonferenz von Nairobi», Oktober 1988.

Vertrieb: Bundesamt für Kulturpflege, Dienst für Frauenfragen, Thunstrasse 20, 3000 Bern 6.

(Frauenfragen 3/88)

Kommentierte Buchbesprechung:

«Erfahrungen mit der sanften Geburt»

von Michel Odent, mit einer Einleitung von Sheila Kitzinger. Kösel Verlag, GmbH & Co. München.

Dr. M. Odent, ein französischer Arzt, berichtet über seine Erfahrungen mit der «sanften Geburt». Er war Chirurg und erfuhr Geburten nur als Sectios oder sonstige schwere Eingriffe. «Je mehr ich aber in Pithiviers meine Patientinnen als individuelle Persönlichkeiten kennenlernte und nicht einfach als medizinische Fälle, desto mehr musste ich meine Sicht überdenken.» Dank Überdenken und Horchen auf die Wünsche der gebärenden Frauen und der Hebammen, die zeigten, was «Zeit haben» und «warten können» ausmacht, wurde die ganze geburtschilfliche Station «umgerüstet», und ab 1962 übernahm Dr. M. Odent die Leitung, gepackt vom reichen Erleben mit natürlich gebärenden Frauen.

Dr. M. Odent zeigt eine Geburtshilfe, die Eingriffe auf ein Minimum beschränkt und eine Umgebung schafft, in der eine Frau sich wohlfühlen kann. Es ist nicht nur schöner für Mütter und Kind, sondern auch sicherer!

Das Buch beginnt mit einer Einleitung von Sheila Kitzinger. Sie stellt die Beziehung her zwischen der hoch modernisierten Geburtsklinik und den ganz in sich versunkenen Frauen, die während ihrer Geburt instinktiv das Richtige machen. Die Hebamme und der Arzt lassen sie gewähren...

Sie zeigt auch die Unterschiede zwischen Leboyer, der sich ganz aufs Wohlergehen des Kindes konzentriert, und Dr. Odent, der die Frau in keinem Augenblick von ihrem Kind trennt und ihr die Initiative, (Baden oder Stillen des Kindes) überlässt.

Im 2. und 3. Kapitel werden die Klinik von Pithiviers und die Entbindungszimmer vorgestellt. Auch die Aktivitäten, wie gemeinsames Singen, Frageabende oder einfach Zusammensein im Versammlungsraum, (d.h. Kinder, Babies, Väter, Schwangere, Hebammen und Ärzte), Besichtigung der Geburtszimmer, all das gibt Vertrauen...

Den Frauen bei der Geburt helfen (der Titel von Kapitel vier).

Frauen dürfen Bäder nehmen solange sie wollen, dürfen gehen, dürfen knien, sich aufstützen, schreien usw.

Es wird meistens in der abgestützten Hockstellung geboren. Dadurch drückt am meisten Gewicht nach unten, und die Kraft der Wehe schiebt das Kind sanft und langsam in die Welt – kein Pressen mit hochrotem Gesicht, kein Dammschutz, kein Kristellern!

Die Zeit nach der Geburt (Kapitel fünf)
Geburt und Plazenta – Wochenbett – Betreuung der Mutter, die ihrerseits ihr Kind betreut. Auch hier fällt auf, dass «warten können» die Komplikationen niedrig hält. Und was für zufriedene, aufgeweckte Babies uns auf den Fotos entgegenstauen...

«Anti-Geburtshilfe» (Kapitel sechs)
Dr. Odent streift alle üblichen Eingriffe und Medikamente, die routinemässig während der Geburt verordnet und angewendet werden. Er versucht, wenn möglich ohne Medikamente und nur mit sanften Kontrollen, z.B. Amnioskopie statt MBU, Hörrohr statt CTG usw. auszukommen. Ein langes Kapitel, aber ein wichtiges. Man merkt, dass Dr. Odent die Gefahren kennt, er besitzt das komplette Wissen über die Geburtshilfe und beherrscht jeden Handgriff. Aber er lässt den Frauen die Zeit und das Gefühl, das sie brauchen, um eine «gute sanfte Geburt» zu haben.

100 eindrückliche Fotos vom Alltag der Klinik und der Menschen, die dort arbeiten, dazu die selbsterlebten Berichte der Frauen, die aus allen Teilen Frankreichs und Englands nach Pithiviers zur Geburt kamen, rund dieses wunderbare Buch ab.

Da möchte ich gerne Hebamme sein!

sf

«Wenn ein Kind unterwegs ist...»

Bericht über eine Studie der Weltgesundheitsorganisation, WHO Regionalbüro für Europa Kopenhagen 1987.

Reihe: Öffentliches Gesundheitswesen in Europa 26, Deutsche Übersetzung von Monika Wesemann
Zu beziehen bei: der WHO direkt oder über den Buchhandel, Hans-Huber-Verlag Bern.

Der Bericht ist eine Studienauswertung von verschiedenen Geburtssystemen die in Europa gegenwärtig gängig sind. Erstmals wurde in den Jahren zwischen 1979 und 1984 eine in dieser Art umfassende Bestandsaufnahme des Istzustandes der unterschiedlichen Betreuungsformen rund um die Mutterschaft erstellt.

Die perinatalogische Studiengruppe bestand aus 15 Mitgliedern aus 10 Ländern der europäischen Region und umfasste 10 Fachrichtungen: Wirtschaft, Epidemiologie, Gesundheitsverwaltung, Hebammenwesen, Pflegewesen, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Psychologie, Soziologie und Statistik. Eigene persönliche und berufliche Erfahrungen waren ebenso ausschlaggebend für das Studienresultat wie das Durchforsten der relevanten und aktuellen Fach- und Laienliteratur.

Infolge der Textgestaltung ist die Studie nicht immer ganz flüssig zu lesen. Der überaus umfangreiche statistische Teil kann für unterschiedliche Interessen und Fragestellungen sehr aufschlussreich sein.

Der Bericht ist nicht rein wissenschaftlich abgehandelt. Vielmehr versucht er eine Diskussion über die bestehenden Geburtssysteme in Gang zu setzen, die sich auf eine wissenschaftlich-deskriptive Untersuchung stützen.

Das «offiziell» gängige Geburtshilfesystem (1) mit seinem bio-medizinischen Ansatz wird unter bestimmten Fragestellungen, auf die ich noch eingehen werde, genau so kritisch beleuchtet wie das bestehende «alternative» Geburtshilfesystem (2) mit seinem sozio-medizinischen Ansatz.

Die Studiengruppe ging folgenden Fragen nach:

1. Was weiss man über die Gesundheit der Frau und ihrem Kind während der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und nach der Geburt?
2. Was steht diesen Frauen und ihren Kindern z.Zt. an Gesundheitsdiensten zur Verfügung?

3. Wie gross ist die Lücke zwischen dem, was man weiss (und ebenso wichtig *nicht* weiss) und dem was getan wird (bzw. *nicht* getan wird)?» S. 3-4 WHO-Studie (Unterstreichung V.B.F.)

Die Fragestellungen lassen den Schluss zu, dass es der Studiengruppe insbesondere um die breitgefächerte Gesundheitsvorsorge und deren Dienste sowie um die Einbeziehung der Ziele «Gesundheit 2000» geht. Als sehr begrüssenswert empfinde ich, dass die Frau nicht primär als Mutter gesehen wird sondern in erster Linie in ihrer Persönlichkeit als Frau. Die dritte o.a. Fragestellung finde ich für uns Hebammen von Bedeutung, denn sie zielt u.a. auf unser Handeln resp. das Hinterfragen unseres Praxismanganges ab und schliesst dabei den eigenen Wissens- und Erfahrungsstand und Hintergrund mit ein.

Dazu ein Beispiel:

Die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft entwickeln sich seit längerem in verstärkter Masse in eine rein technisch-medizinische Richtung (3). Die psychosozialen Zusammenhänge, die den Ausgang einer Schwangerschaft und die Perinatalzeit wesentlich beeinflussen, werden jedoch in der Betreuung weitgehend ausser acht gelassen. Ein Erfahrungswert nicht nur einer wissenschaftlichen Studie sondern bestimmt auch mancher Hebamme zeigt, wie stark die psychosozialen Faktoren mit dem Ausgang einer Schwangerschaft und dem Verlauf der Perinatalzeit korrelieren. Diesem Unstand wird gebührend Beachtung geschenkt. So heisst es z.B.:

«Es gibt bereits jetzt eine wachsende Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen, die eine statistisch signifikante Verbesserung der Schwangerschaftsergebnisse, darunter fallende Untergewichtsziffern und niedere Perinatalsterblichkeitsziffern, zeigen, wenn man in die Schwangerenürsorge verschiedene Arten der psychosozialen Betreuung einschliesst.» (S. 130-131)

Am Beispiel des unterschiedlichen Verständnisses des Risiko und seiner demzufolge verschiedenartigen Definition weist die Stunde auf ein gravierendes Problem hin: Unser «offizielles» Betreuungssystem definiert «das Risiko» (wie hier in unserem Falle auf die Schwangerschaft bezogen) mehrheitlich durch die Vertreterinnen der Gesundheitsberufe. Im «alternativen» Betreuungssystem wird hingegen die Definition «des Risikos» auf der gemeinsamen Dialogbasis zwischen «Leistungsanbieterinnen» und «Nutzerinnen» erstellt.

Dazu heisst es:

«Deshalb enthält die Risikodefinition der offiziellen Systeme oft nur wenige, wenn überhaupt irgendwelche sozialen Faktoren. (...) Dafür liegt das Schwergewicht auf den klinischen Faktoren, weshalb der als Risikofall bezeichneten Frau eine intensivere klinische Betreuung zu teil wird, man aber die soziale Fürsorge vernachlässigt.» (S. 85)

Wie kommt es zu dieser Vernachlässigung der sozialen Fürsorge?

Eine Erklärung wäre der forcierte biomedizinische Ansatz in der Klinik. Eine andere These, dass die soziale Distanz zwischen Schwangeren und Ärzten in der Regel grösser ist als die zu den Hebammen. So haben einige Untersuchungen gezeigt, «...dass sich die Schwangere tendenziell von einem Arzt einschüchtern für soziale Bedürfnisse und als Vermittlerinnen von Gesundheitserziehung (4)». (S. 93) Wie wichtig aber Hebamme gerade in der Erfassung von psychosozialen Problemen sind, hat sich laut Studie v.a. in der «alternativen» Geburtsfürsorge gezeigt, da aufgrund der guten persönlichen Beziehung erst das nötig Vertrauen wachsen kann. (S. 92-93)¹

Die Studie zeigt uns in vielen Bereichen Lücken und/oder Überschätzung von bestimmten Betreuungsformen auf. Ich habe mich hier der Kürze wegen nur auf ein Beispiel, das der Schwangerenversorgung beschränkt. Ein Ziel der Studie ist es, uns zum Nachdenken über unser geburtshilfliches Verständnis und Handeln zu bringen.

Es ist der WHO-Studie zu wünschen, dass sie eine breite LeserInnenschaft findet, hinter, über und zwi-

schen den Mauern von spitalexternem und-internem Bereich, freischaffenden und angestellten Hebammen. So hätten wir endlich eine gemeinsame und zudem fundierte Diskussionsbasis und vielleicht eine Grundlage, die es uns ermöglicht, in Zukunft vermehrt und in positivem Sinne auf die geburtshilfliche Entwicklung einzuwirken.

Verena Berg-Felder

Anmerkungen

- 1.) Laut WHO: Konzentrierung auf die sekundäre Versorgung = Krankenhaus und auf die tertiäre Versorgung = hochspezialisiertes Krankenhaus.
- 2.) Laut WHO: Konzentrierung auf die primäre Versorgung = erster Kontakt mit den Leistungsanbieterinnen innerhalb der Gemeinde.
- 3.) Am augenfälligsten ist m.E. in diesem Zshg. die Forcierung der Entwicklung und Anwendung der pränatalen Diagnostik und der Reproduktionstechnologien.
- 4.) Ein weitere Beispiel:
«Allgemein kommunizieren Ärzte weniger mit Patienten der Unterschicht als mit Patienten der Mittel- und Oberschicht.»
siehe: E.u.S. Bartholomeyczik, «Hat der Hebammenberuf noch eine Chance?» in: Argument-Sonderband AS 27 S. 169.

LESERBRIEFE



«Ist die Technologie in der Geburtshilfe bedarfsgerecht?»

Anmerkungen zu folgenden Abschnitten im Kapitel «Geburtsfürsorge» der «Schweizer Hebamme» 11/88

b) Vorbereitung auf die Geburt

Ich glaube, es darf nicht so verallgemeinert werden; denn bei uns wird sehr auf die individuellen Wünsche der Frau eingegangen.

- Es werden keine Frauen mehr rasiert.
- Einlauf nur auf Wunsch
- Desinfiziert wird nur das äussere Genitale.

e) Auswirkungen des CTG auf das Können der Hebamme

Glücklicherweise sind wir noch nicht so weit, dass wir vor einem Pult sitzen, um CTG's beurteilen zu können!!

Die Gebärende und ihr Kind stehen bei uns im Vordergrund und nicht das CTG. Die Frau braucht die Fürsorge und den Beistand der Hebamme von Anfang an, um sich richtig entspannen und lösen zu können.

Monika Lüthy

Auf verletzte Haut Vita-Merfen® desinfizierende Wundsalbe

Desinfizierend

Phenylhydrargyri boras blockiert die Vermehrung gramnegativer und grampositiver Keime und pathogener Pilze. Dadurch werden Sekundärinfektionen vermieden.

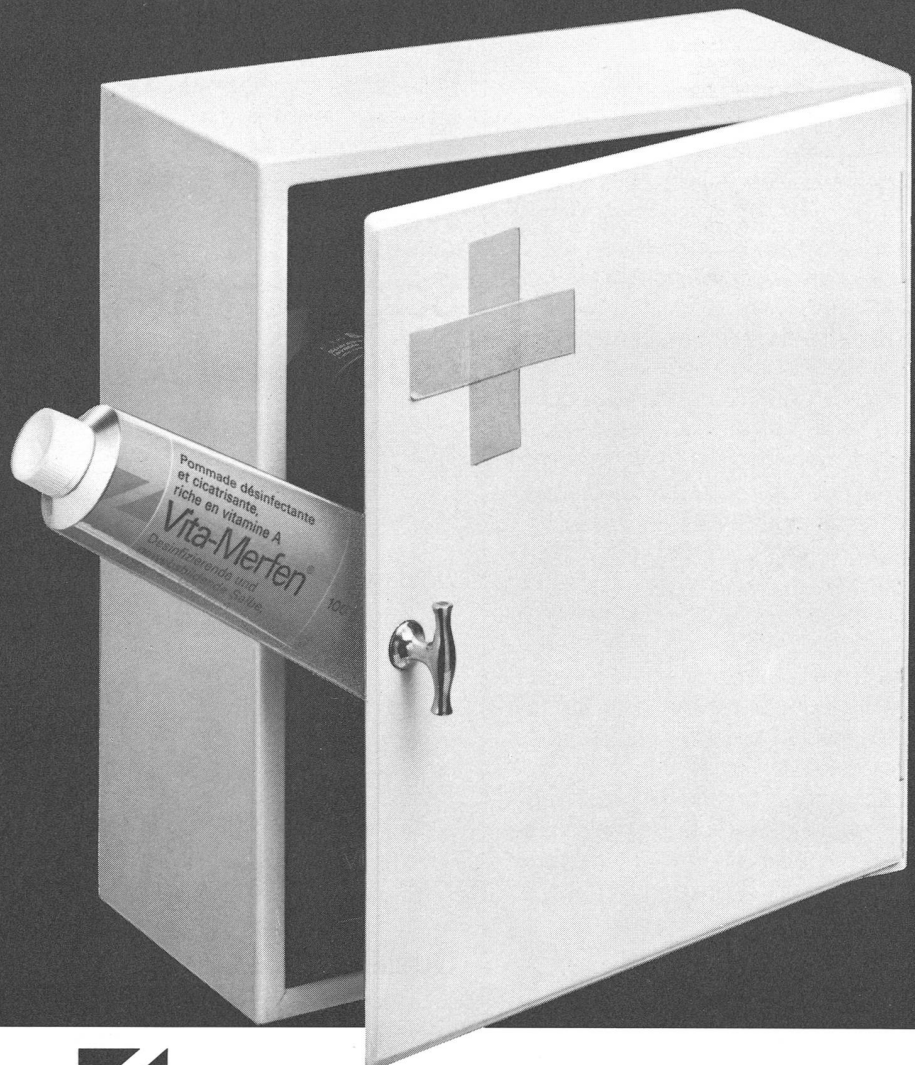
Vernarbend und lindernd

Vitamin A begünstigt die Vernarbung und Epithelisierung von Hautverletzungen.

Der geruchlose Lebertran hilft Wunden von nekrotischem Gewebe befreien und gibt der Salbe gut eindringende, mildernde und ausgezeichnete kosmetische Eigenschaften.

Vita-Merfen®

Tuben zu 20, 40 und 100 g



Für weitere Informationen
siehe Basisdokumentation.



Zyma

Lettre ouverte

Heidi Girardet, 1261 Le Vaud

A toi, chère collègue et amie sage-femme, qui choisis de consacrer du temps aux autres, à la femme, à l'homme et leur enfant. A toi, qui choisis de te mettre en question justement maintenant, alors que le temps file à vive allure vers des temps nouveaux. Temps rythmés par une actualité qui ne laisse plus personne indifférent!

A toi qui étais là, quand elles, tes collègues ont demandé que leur soit rendue leur place, le consortium des sages-femmes réclamant un dû.

A toi qui étais d'accord, quand elles ont confirmé qu'il était temps de se rappeler que la sage-femme avait une image de marque à défendre.

A toi qui étais là quand elles ont proclamé, d'un seul cœur, que la profession n'existait plus et qu'il était temps que la sage-femme re-naisse de ses cendres.

Quel louable élan annonciateur d'un nouveau, mais ne reste pas au niveau du constat et de la récrimination. Va droit au but et laisse là les querelles inter-professionnelles qui hiérarchisent les relations, même entre nous, et de ce fait nous divisent.

Tu souhaites que te soit rendue ta place de sage-femme ? Mais sais-tu seulement ce que tu as perdu ? Tu vas défendre une «image de marque», mais tu vas lutter avec qui et contre quoi ? Et en admettant que tu aies trouvé à lutter avec ou contre quelqu'un et avec et contre quelque chose, sais-tu dès lors pour quelle «marque» tu vas voyager et quelle cause est en jeu ?

Tu souhaites que la profession renaisse de ses cendres, mais une naissance, c'est sacré et cela se prépare, et tu le sais bien.

Alors tout haut et avec voix claire la sage-femme parle de naissance naturelle, de soins holistiques et c'est là, peut-être, une nouvelle brèche vers le re-nouveau professionnel.

Courageusement, tu avais dis que la sage-femme devait veiller à l'intégrité holistique de la famille... holistiquement vôtre... bien sûr. Voici de nouvelles façons qui vont nous permettre de façonner une manière d'être... un ton selon la manière de l'époque.

Regarde un instant.

Si tu parles d'intégrité de la personne, il est bon et urgent d'apprendre à la nommer, à la définir cette intégrité, et tu verras qu'elle

nous est un «bras long» étrangère ou plutôt «étrange» et bien complexe.

Nous sommes toutes d'accord que notre profession se veut et se doit propice à la santé, donc à ce qui est naturel. Qui dit naturel, dit naturellement... vie

Je ne puis m'empêcher de te demander : Mais de quelle vie s'agit-il ? Nous sommes, la terre entière, à l'aube d'un nouveau temps, à l'aube d'une Vie qui va demander à l'Etre Humain toutes ses facultés, toute sa conscience, **et la famille en ce qui concerne l'humanité, est la pierre fondamentale de l'édifice** (Maitreya)

Et nous, sages-femmes, sommes-là, à la base de cet édifice.

Que professons-nous vraiment pour aider à la transformation de l'homme et comment œuvrons-nous pour que la santé de l'édifice se fasse ou s'améliore?

Notre tâche est immense et exigeante. Elle est sacrée. Ne cherchons du passé que ce qui promouvait le futur. Veillons donc, à ne pas devenir des marchandes d'attitudes

professionnelles dignes des plus vertueux antiquaires.

Reprendre une place... se refaire une image de marque ? **Non!**

Il nous reste à re-naître des cendres du passé avec un Esprit nouveau, et là notre créativité professionnelle sera sans limite. C'est la seule façon que nous avons pour «éviter l'anémie pernicieuse du passé» (Le Hiérarch, le livre de la Vie)

Cette fois, c'est de notre naissance qu'il s'agit. Et je te le redis, une naissance, cela se prépare, tu le sais bien.

Crois-tu que nous saurons vivre, parce que cela sera un effort en toute conscience, chaque étape devant nous mener vers cette naissance dont le seul risque sera l'émergence? Une naissance sans risque ? Mais oui, si nous prenons celui de faire face à nos responsabilités de femmes qui sont un brin sages et sauront opter pour la **science de l'homme**.

Une tâche immense nous attend et en terminant, j'aimerais citer Mikhail Gorbatchev: «On doit entreprendre toute tâche qui nous est donnée de toute son âme, de tout son cœur, de tout son esprit. Ce n'est que dans ces conditions que l'on saura en mettre un coup» (Perestroïka - p. 36 Editions Flammarion)

Je te salue avec l'espérance que nous allons savoir traiter de l'**essentiel**. □

Sage-femme, quelle est ta place?

Colette Dumortier, Sage-femme ICUS, Hôpital de La Chaux-de-Fonds

Quel est le problème?

Dévalorisation de la profession de sage-femme, liée à une méconnaissance de ses rôles, et/ou à un mauvais usage de ce métier.

Quel est l'objectif?

La profession de sage-femme sera pratiquée selon ses droits, ses capacités et ses limites.

Quelles sont les actions?

1. Etre d'excellentes techniciennes en premier lieu, et ensuite – en même temps dans l'idéal – d'excellentes usagères de la relation d'aide.

2. Refuser certaines pratiques dangereuses: ex. l'accouchement à domicile, qui ne correspond pas à grand chose, sinon à nous redonner le statut de matrone... l'accouchement ambulatoire est une excellente alternative à cette pratique dangereuse; celui-ci, bien sûr, doit être garanti d'un suivi à domicile mère et enfant par une sage-femme; l'expérience de Genève APN fait ses preuves, statistiques à l'appui: une façon d'allier sécurité et respect d'un choix individuel.

3. Maintenir un niveau de qualité par la participation à des cours de recyclage (accouchement prématuré organisé par notre association...), des cours de formation (relation d'aide...), des cours