

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): **97 (1999)**

Heft 4

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.

Genitalverstümmelung

► Exemplarische Strafe

In Frankreich wurde kürzlich nicht nur eine malische Beschneiderin wegen 48 Klitorisbeschneidungen zu acht Jahren Gefängnis verurteilt. Mit ihr standen 23 Mütter und drei Väter wegen Beihilfe vor dem Gericht; sie erhielten bedingte Strafen. Mit diesem strengen Urteil wollte das Pariser Geschworenengericht ganz klar ein Exempel statuieren. Die Erklärung «Nicht gewusst» verdingt nicht mehr. Auch unter den relativ schlecht integrierten Gemeinschaften aus Mali und anderen afrikanischen Ländern hat es sich nämlich herumge-

sprochen, dass die «excision» nicht mehr länger als Tradition toleriert, sondern als vorsätzliche Körperverletzung und Verstümmelung von Kindern bestraft wird.

Trotz dem mächtigen Gesetz des Schweigens trat in diesem Prozess erstmals ein Opfer als zivile Nebenklägerin auf und brach ein Tabu: eine 24-jährige Studentin reichte Klage wegen der erlittenen Verstümmelung ein und beschuldigte auch ihre eigenen Eltern der Beihilfe, trotz Angst vor Repressalien und Verstoßung.

Quelle: «Bund», 18.2.1999.

Gentechnologie

► «Finger ab de Röschti!»

Im letzten Sommer machten die Forschungsarbeiten von Prof. A. Pusztai aus Grossbritannien Schlagzeilen. Er hatte genmanipulierte Kartoffeln an Ratten verfüttert und festgestellt, dass sie darauf an Schäden von wichtigen Organen und an einer Schwächung des Immunsystems zu leiden begannen. Nachdem die Nachricht als Fälschung abgetan wurde, ha-

ben nun 20 internationale WissenschaftlerInnen ein Memorandum veröffentlicht, in dem sie die Forschungsergebnisse nach sorgfältiger Prüfung unterstützen. Die Organisation «Basler Appell gegen Gentechnologie» geht in ihrer neuesten Broschüre auf die Problematik der Freisetzung von genmanipulierten Kartoffeln in der Schweiz ein und fordert einen sofortigen Stopp.

Broschüre «Finger ab de Röschti!» à Fr. 5.- erhältlich bei: Basler Appell gegen Gentechnologie, Telefon 061 692 01 01.



Geburten- und Bevölkerungsentwicklung

► Baby-Index 1999

Wie steht es mit der langfristigen Geburtenentwicklung? Welche Kantone haben die höchste Geburtenrate? Wie steht es mit den Hausgeburten? Wie häufig sind Zwillings- und Drillingsgeburten? Auf solche Fragen lassen sich im neuen Baby-Index klare Antworten fin-

den sowie weiteres interessantes Zahlen- und Datenmaterial sowie Tabellen und graphische Darstellungen rund um Geburt und Gesundheit. Die Broschüre ist ausschliesslich für medizinisches Fachpersonal bestimmt.

Kostenlos erhältlich solange Vorrat bei: Present-Service Ullrich & Co., Tel. 041 740 01 40.

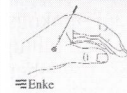
BABY-INDEX
1999

Franz Koettlitz

► Akupunktur in der Geburtshilfe

Ein naturwissenschaftlich orientiertes Lehrbuch

1997. 89 Seiten,
26 Abbildungen, Fr. 33.-
Enke Verlag, Stuttgart



Akupunktur in der Geburtshilfe wird auch von Schweizer Hebammen zunehmend eingesetzt, dank positiven Erfahrungen und somit Beeinflussung vor allem aus dem deutsch-österreichischen Raum.

Der Autor, Frauenarzt an einem deutschen Krankenhaus, vertritt die Methode AKU-NATAL: eine vereinfachte Anwendung der Akupunktur unter der Geburt mit Schwergewicht auf Schmerzlinderung. In diesem Lehrbuch versucht er, den Hebammen klare und vereinfachte Grundlagen dieser Heilmethode verständlich zu machen.

Durch einen Überblick über die chinesische Medizingeschichte zeigt er auf, dass die Akupunktur nur ein sich immer wieder wandelnder Teil eines ganzen Heilkonzepts ist. Das Wissen um die traditionelle chinesische Medizin, die Ordnungsgrundlagen wie die Yin-Yang-Lehre, die Monade Tai-Chi, die Lehre von den fünf Elementen und das Konzept des Chi (Qi) ermöglichen in diesem Kontext die Akupunktur als Therapieform zu nutzen. Diese grundlegenden Themen sind für mich als Laien sehr interessant und anregend. Um nun die Akupunktur aus diesem umfassenden Kontext zu lösen, werden wissenschaftliche moderne Erklärungsweisen zum Wirkungsspektrum der Akupunktur wie Sedierung, Schmerzlinderung und Entzündungshemmung gebraucht. Diese Kapitel erfordern etwas mehr Konzentration und das «Hervorkramen» meiner biochemischen Kenntnisse. Schade,

kann ich dem Autor nicht immer ganz folgen, denn gerade auf diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht seine Akupunkturmethode: «Akupunktur ist in dieser Form als ergänzende, körpereigene Kräfte ausnutzende Reiztherapie zu betrachten, die nach kurzer Einführung von den entsprechenden Berufsgruppen sinnvoll in primär schulmedizinisch orientierte Therapiepläne eingebaut werden kann.»

Im letzten Teil geht es um die praktische Anwendung. Grosse Sorgfalt widmet der Autor den Themen von Indikation, Kontraindikation, Komplikationen, Materialfrage und Patienteninformatio. Dann beschreibt er, wie die Hebamme die entsprechenden Punkte sucht und benadelt. AKU-NATAL arbeitet nur mit wenigen Punkten, mit einem Schema vor und während der Geburt, und bietet Tipps im Umgang mit weiteren geburtshilflichen Problemen wie Beckenendlage, verzögerte Plazentaablösung usw. Auch nach mehrmaligem Lesen ist dieser Buchteil für mich verwirrend. Für mich bietet sich hier keine sichere Handhabung, und so einfach könnte ich das Gelesene nicht in die Praxis umsetzen. Sicher wäre das Buch nach einem Kursbesuch beim Üben der Anwendung eine Hilfe. Eine Beurteilung der Methode kann ich mir mangels Vergleichsmöglichkeiten nicht anmassen. Der Autor warnt vor einer Pseudospezialisierung und ermutigt gerade uns Hebammen, mit diesem dem AKU-NATAL zugrunde liegenden naturwissenschaftlichen Hintergrund zu akupunktieren. Doch bei mir überwiegt nach der Lektüre dieses Buches die Unsicherheit und der Respekt im Umgang mit ganzheitlichen Methoden.

Bettina Sutter, Hebamme

**Zentralpräsidentin/
Présidente centrale**

Clara Bucher, Flurstrasse 26
3000 Bern 22

**Zentralsekretariat/
Secrétariat central**

Flurstrasse 26, 3000 Bern 22
Telefon 031 332 63 40
Telefax 031 332 76 19
e-mail: hebammen@bluewin.ch

Öffnungszeiten:

Mo-Do 9-11 und 14-16 Uhr,
Fr 9-11 Uhr

Heures d'ouverture:

lu-je 9 h-11 h et 14 h-16 h,
ve 9 h-11 h

Sektionen/Sections**Aargau-Solothurn:**

Hannah Küffer Ackermann, Hofstatt
4616 Kappel, Tel. 062 216 52 68

Bas-Valais:

Marie-Hélène Bornet
Av. Général-Guisan 15, 3960 Sierre
Tél. 027 455 92 46

Beide Basel (BL/BS):

Franziska Suter, Kirschblütenweg 2
4059 Basel, Tel. 061 361 85 57

Bern:

Kathrin Tritten
Zur Station 5, 3145 Niederscherli
Tel. 031 849 10 31
Annelise Mebes-Wiedmer
Kursaalstr. 9, 3013 Bern
Tel. 031 332 84 45

Fribourg:

Rosaria Vorlet-Crisci
Au Village 35, 1802 Corseaux
Tél. 021 921 38 26
Anne-Marie Mettraux-Berthelin
Pisciculture 11, 1700 Fribourg
Tél. et fax 026 424 95 39

Genève:

Béatrice Van der Schueren
3 ch. de Bonne, 1233 Berney
Tél. 022 757 29 10

Oberwallis:

Gaby Klinge, Schulhausstrasse 15
3900 Brig, Tel. 027 923 80 79

Ostschweiz

(SG/TG/AR/AI/GR):
Lena Vetsch, Oberdorf 47
9044 Wald AR, Tel. 071 877 15 56
Gabriella Sieber-Cafaro, Bungertweg 2
7000 Chur, Tel. 081 353 77 62

Schwyz:

Susanne Bovard, Hinterfeld 5b
8852 Altendorf, Tel. 055 442 37 83

Ticino:

Francesca Coppa Dotti
6763 Mairengo, Tel. 091 866 11 71

Vaud-Neuchâtel (VD/NE):

Anne Lagger, Grand-Rue
1442 Montagny-près-Yverdon
Tél. 024 445 58 20
Corinne Meyer, Bressonnaz-dessus
1085 Vulliens
Fax + Tél. 021 9053533

Zentralschweiz

(LU/NW/OW/UR/ZG):
Marianne Indergand-Erni
Türlachstrasse 16, 6060 Sarnen
Tel. 041 660 87 42

Zürich und Umgebung

(ZH/GL/SH):
Désirée Kägi Pedrina
Sihlramstrasse 8, 8002 Zürich
Tel. 01 281 29 60
Monique Ruckstuhl-Créteur
Dorfstrasse 63, 5628 Aristau
Tel. 056 664 35 89

Traktanden der Delegiertenversammlung 1999**5. M A I 1 9 9 9, W E I N F E L D E N**

1. Eröffnung der Delegiertenversammlung
2. Kontrolle der Delegiertenmandate
3. Wahl der Stimmzählerinnen
4. Bericht der Sektion Zürich und Umgebung / 1. Teil
5. Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung 1998
6. Genehmigung der Jahresberichte 1998
7. Berichte:
 - a) Arbeitsgruppe «Qualitätssicherung»
 - b) Arbeitsgruppe «Freischaffende Hebammen»
 - c) «Revision der Ausbildungsrichtlinien SRK»
8. Genehmigung der 3-Jahres-Ziele
9. Genehmigung:
 - a) der Jahresrechnung 1998
 - b) des Budgets 1999
10. Gesamtrevision der Statuten
11. Genehmigung:
 - a) des Reglements der Redaktionskommission
 - b) des Reglements der Qualitätskommission
12. Wahlen
 - a) für die Redaktionskommission
 - b) für die Fort- und Weiterbildungskommission
 - c) für die Qualitätskommission
13. Anträge
14. SHV-Kongress:
 - a) Bekanntgabe der organisierenden Sektion 2000
 - b) Vorschläge für 2001
 - c) Vorschlag für Sektionsbericht 2000
15. Bericht der Sektion Zürich und Umgebung / 2. Teil
16. Verschiedenes und Schluss

Ordre du jour de l'assemblée des déléguées 1999**5. M A I 1 9 9 9, W E I N F E L D E N**

1. Ouverture de l'assemblée des déléguées
2. Contrôle du mandat des déléguées
3. Nomination des scrutatrices
4. Rapport de la section Zurich et environs / 1^{re} partie
5. Acceptation du procès-verbal de l'assemblée des déléguées 1998
6. Acceptation des rapports annuels 1998
7. Rapports:
 - a) du groupe de travail «garantie de qualité»
 - b) du groupe de travail «sages-femmes indépendantes»
 - c) «révision des directives de la CRS»
8. Acceptation des objectifs sur trois ans
9. Acceptation:
 - a) des comptes 1998
 - b) du budget 1999
10. Révision totale des statuts
11. Acceptation:
 - a) du règlement de la commission de rédaction
 - b) du règlement de la commission de qualité
12. Elections:
 - a) pour la commission de rédaction
 - b) pour la commission de formation continue et permanente
 - c) pour la commission de qualité
13. Motions
14. Congrès de la FSSF:
 - a) désignation de la section organisatrice 2000
 - b) propositions pour 2001
 - c) proposition pour le rapport d'une section 2000
15. Rapport de la section Zurich et environs / 2^e partie
16. Divers et clôture

Ordine del giorno dell'Assemblea delle delegate 1999**5. M A G G I O 1 9 9 9, W E I N F E L D E N**

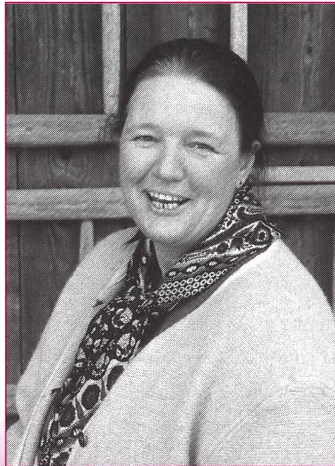
1. Apertura dell'Assemblea delle delegate
2. Controllo del mandato delle delegate
3. Nomina delle scrutatrici
4. Presentazione della sezione Zurigo / 1^a parte
5. Approvazione del verbale dell'Assemblea delle delegate 1998
6. Approvazione dei rapporti annuali 1998
7. Informazioni:
 - a) del gruppo «Garanzia di qualità»
 - b) del gruppo «Levatrici indipendenti»
 - c) «Revisione delle direttive della CRS in merito alla formazione»
8. Approvazione degli obiettivi per i prossimi 3 anni
9. Approvazione:
 - a) dei conti annuali 1998
 - b) del budget 1999
10. Revisione generale degli statuti
11. Approvazione:
 - a) del regolamento della commissione della redazione
 - b) del regolamento della commissione della qualità
12. Elezioni
 - a) per la commissione della redazione
 - b) per la commissione «Fondo-previdenza»
 - c) per la commissione della qualità
13. Mozioni
14. Congresso FSL:
 - a) relazione sul prossimo congresso
 - b) proposte per 2001
 - c) proposte per il rapporto di sezione 2000
15. Presentazione della sezione Zurigo / 2^a parte
16. Eventuali e fine

Delegiertenversammlung Weinfeldern

ICM-Vizepräsidentin als Gast

An der diesjährigen Delegiertenversammlung am 5. Mai in Weinfeldern wird Maria Spornbauer, Vizepräsidentin und zukünftige Präsidentin der Int. Hebammenvereinigung ICM, ein Kurzreferat zum Hebammentag und über die ICM halten.

Maria Spornbauer ist Österreicherin. Nach ihrer Ausbildung zur Hebamme in Linz sammelte sie zunächst Berufserfahrungen als Spitalhebamme und wirkte dann mehrere Jahre als Hebamme in Kenya und Tanzania. Seit 1985 arbeitet sie als freischaffende Hebamme in Schlierbach, Österreich. Sie freut sich jetzt schon auf den 26. ICM-Kongress, der 2002 in Wien stattfinden wird.



Assemblée des déléguées à Weinfeldern

Présence de la vice-présidente de l'ICM

Lors de l'assemblée des déléguées du 5 mai, à Weinfeldern, Maria Spornbauer, vice-présidente et future présidente de la Confédération internationale des sages-femmes fera un court exposé sur l'ICM, à l'occasion de la journée des sages-femmes.

Maria Spornbauer est autrichienne. Après sa formation de sage-femme à Linz, elle a d'abord exercé comme sage-femme hospitalière, avant d'être active de nombreuses années comme sage-femme au Kenya et en Tanzanie. Depuis 1985, elle travaille comme indépendante à Schlierbach, en Autriche. Elle se réjouit déjà du 26^e congrès de l'ICM, qui aura lieu à Vienne en 2002.

Internationaler Hebammentag, 5. Mai 1999

Der diesjährige Hebammentag soll die Arbeit der Hebammen in der Grundversorgung beleuchten und steht unter dem Motto «Midwifery Care – Prime Care» – «Hebammenbetreuung – die erste und beste Betreuung». Denn was die Hebammenbetreuung auszeichnet,

ist auch in jeder Grundversorgung relevant:

- Die Grundversorgung ist allen *zugänglich* – Hebammen arbeiten niederschwellig in der Gemeinde, und sie kennen Mütter, Kinder und wichtige Betreuungsnetze.
- Die Grundversorgung ist *ver-*

fügar – Hebammen «haben immer offen», nicht nur während den Bürozeiten.

- Die Grundversorgung ist *bezahlbar* – Hebammen bemühen sich, ihre Dienstleistungen für alle bezahlbar zu machen, unabhängig von der Höhe ihres Verdienstes.
- Die Leistungen der Hebammen in der Grundversorgung können in vielen Kulturen für Mütter und ihre Neugeborenen zur Rettungsleine werden: Denn oft genug beginnen Probleme mit

Korrigendum

Im Bericht über die ICM-Delegiertenversammlung in Wrocław, Polen, in der SH 2/99 fehlte leider ein Name: Auch österreichische Delegierte nahmen am Treffen teil. Wir bitten um Entschuldigung.

Die Redaktion

einem kleineren Leiden und führen – unbetreut – zur Zerstörung einer ganzen Familie.

Internationale

Hebammenvereinigung ICM
(Version française dans «Actualité», page 21)



SPHINX
CRANIOSACRAL-
INSTITUT

CRANIOSACRAL-WEITERBILDUNG

Zur Geburtsvorbereitung, zur Unterstützung des Geburtsvorgangs, nach der Geburt für Mutter und Kind

Basiskurse CS 1: 10. - 13. 6. 99, 30.9. - 3. 10. 99

Aufbaukurse CS 2: 10. - 15. 7. 99, 23. - 26. 9. 99

Komplette Weiterbildung mit Abschluss (660 Std.)

BUCH-NEUERSCHEINUNG: "CRANIOSACRAL - RHYTHMUS"

Praxisbuch einer sanften Körpertherapie

Mit 90 Fotos + Poster, ca. Fr. 36.- ISBN: 3 - 89631 - 278 - 2

Jahresprogramm mit Buchtips bei:

Sphinx-Craniosacral-Institut, Postfach 629, 4003 Basel
Tel. 061/ 274 07 74 Fax 061/ 274 07 75

DDC

75 000 francs
pour Manille

La Direction du Développement et de la Coopération (DDC) du DFAE a promis la somme de Fr. 75 000.- pour le programme «Sponsor a Midwife» de l'ICM. Grâce à cette somme, plusieurs sages-femmes de pays en voie de développement pourront participer en mai au congrès international des sages-femmes à Manille. Nous nous en réjouissons, et remercions de tout cœur la DDC pour son geste.

DEZA

75 000 Franken
für Manila

Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) des EDA hat für das Programm «Sponsor a Midwife» des ICM Fr. 75 000.- gesprochen. Mit dieser Summe wird mehreren Hebammen aus ärmeren Ländern ermöglicht, im Mai am Internationalen Hebammenkongress in Manila teilzunehmen. Wir freuen uns darüber und danken dem DEZA herzlich. Penny Held, Ressort internationale Kontakte

BERN

031 849 10 31
031 332 84 45

Neumitglieder:

Loos Inge, Bern, 1978, Wuppertal D; Ruchti-Meier Anita, Bellach, 1992, Bern.

Neues Netzwerk gegründet

Nach intensiven Vorarbeiten war es am 16. Februar soweit: Die Koordinationsgruppe freischaffender Hebammen liess die Champagnerkorken knallen und gründete den Verein «*Hebammenzentrale der Stadt Bern und Umgebung*». Am 5. Mai, zum Internationalen Hebammentag, wird die Telefonnummer 079 604 14 38 in Betrieb genommen. Noch suchen die Vereinsfrauen weitere engagierte Hebammen für den Vorstand und als Vereinsmitglieder. Informationen und Anfragen an: Susanne Bäumlin, 031 311 77 40.

Andrea Kirchen

OSTSCHWEIZ

071 877 15 56
081 353 77 62

Neumitglieder:

Ata-Cäsar Astrid, St.Gallen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen; Bryner Sonja, Wiesen-dangen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen; Burri Brigitte, Zürich, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen; Damann Nadine, Abtwil, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen; Gutmann Nicole, Fluringen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen; Hänggi Karin, Ossingen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen; Sos Sandra, St.Gallen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St. Gallen.

VAUD-NEUCHÂTEL

024 445 58 20
021 905 35 33

Nouveau membre:

Bernard Anne, Corcelles, 1993, Metz F.

ZENTRALSCHWEIZ

041 660 87 42

Achtung – Achtung – Achtung!!!

Die Hauptversammlung 1999 wird verschoben!

Neues Datum:

Donnerstag, 8. April, 19.30
Restaurant Sonne, Emmenbrücke.

Danke für Ihr Verständnis!

Marianne Indergand-Erni

Fachgruppe freischaffende Hebammen

Wir treffen uns am *22. April, 20 Uhr*, im Restaurant Sonne, Emmenbrücke.

Esther Fischer-Brun

ZÜRICH UND UMGEBUNG

056 664 35 89
01 281 29 60

Neumitglieder:

Hess Christina, Horgen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule Zürich; Kottonau Kathrin, Andelfingen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule Zürich.

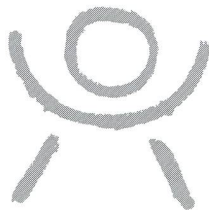
**Zentralsekretariat
Secrétariat central**

Flurstrasse 26, 3000 Bern 22
Tel. 031 332 63 40,
Fax 031 332 76 19

**Öffnungszeiten
Heures d'ouverture:**

Montag bis Donnerstag
lundi au jeudi
9–11 und/
et 14–16 Uhr/*heures*
Freitag/*vendredi*
9–11 Uhr/*heures*

**Seminar in
Freiburg/Breisgau**
(Français/Deutsch)



Gebärhaltungen:

21./22./23. Juni 1999

**Postures pour un
accouchement
eutocique**

Referenzen/Information/Anmeldung:
Gisèle Steffen, Hebamme, Propsteiweg13,
D-79112 Freiburg,
Tel. 0049 7665 9725-27, Fax -31



Gottlob Kurtz GmbH

Qualität seit 1893

D-65207 Wiesbaden
Hinterbergstraße 14

Telefon: 0049-611-1899019

Fax: 0049-611-9505980

- * Hebammen-Ausrüstungen
- * Hebamentaschen
- * Säuglingswaagen
- * Geburtshilfliche Instrumente
- * Beatmungsgeräte für Neugeborene
- * Fetale Ultraschallgeräte Sonicaid 121
- * Einmalartikel

DAS STANDARDWERK



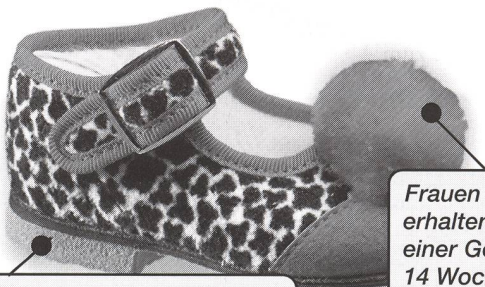
17., neu gestaltete Auflage, 144 Seiten mit 66 s/w Fotos, Klappenbroschur, Fr. 32.80. ISBN 3-466-34411-5

In seinem erfolgreichen Standardwerk führt der anerkannte Frauenarzt und Geburtshelfer Leboyer in die traditionelle indische Baby-Massage ein. Diese Kunst stillt mit sanften Händen das Urbedürfnis des Säuglings nach Berührung, Wärme und Zärtlichkeit.



Kennen Sie unser umfangreiches Programm zum Thema «Schwangerschaft und Geburt»? Fordern Sie die neue Gesamtübersicht an: Tel. 041/710 60 78.

Club der Krankenschwestern für die Mutterschafts-Versicherung



Die finanzielle Basis der Mutterschafts-Versicherung ist solid.

Frauen erhalten bei einer Geburt 14 Wochen Erwerbserersatz.

Die Gesundheit von Mutter und Kind steht für uns im Zentrum. Die Mutterschafts-Versicherung ermöglicht zwei bezahlte Urlaubswochen vor der Geburt. Das verbessert die Bedingungen für die Entbindung. Deshalb unterstützen auch die Krankenschwestern die Mutterschafts-Versicherung.

- Ich werde Mitglied im Club der Krankenschwestern für die Mutterschafts-Versicherung. Einmaliger Beitrag: Fr. 20.-
- Senden Sie mir einen Tigerfinkli-Schlüsselanhänger zum Solidaritätspreis von Fr. 25.-

Name, Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Einsenden an: Club der Krankenschwestern für die Mutterschafts-Versicherung, Postfach 1234, 3001 Bern PC 30-7922-9
www.mutterschaft.ch

Eine Aktion der Schweizer Gewerkschaften

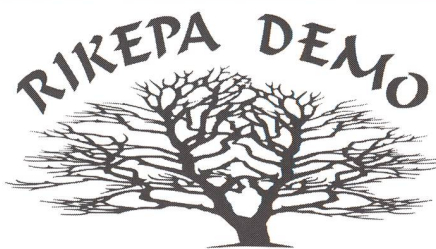
Zentrum Bodyfeet®

MASSAGEFACHSCHULE
AUSBILDUNG IN ALTERNATIVEN HEILMETHODEN

- **Klassische Massage und Fussreflexzonen-Massage** für den Hausgebrauch oder als Einstieg zum Berufsmasseur
- **2 Jahre Ausbildung zum med. Masseur** (berufsbegl.)
- **3 Jahre Studium zum Naturheilpraktiker** (berufsbegl.)

Verlangen Sie unser detailliertes Kursprogramm

Hauptsitz: Max Sulser, Aarestrasse 30, 3600 Thun, Tel. 033 222 23 23
Filialen in Aarau und Rapperswil / Kursorte in der ganzen Schweiz



Breuberg Blick 23 • 64747 Breuberg
Telefon 06165 / 912 204 • Fax 06165 / 912 205
E-mail: rikepademo@aol.com

Wir bieten an: Geburtshilfliches Lehr- u. Demonstrationsmaterial

Geb.-Atlanten u. Poster, weibliche Becken, Puppen, Plazenta u. Phantome, Untersuchungsmodelle und Stillmaterial, Heb.-Ausstattung und Praxisbedarf, Med.-Geräte, Instrumente und vieles mehr.....!!!!

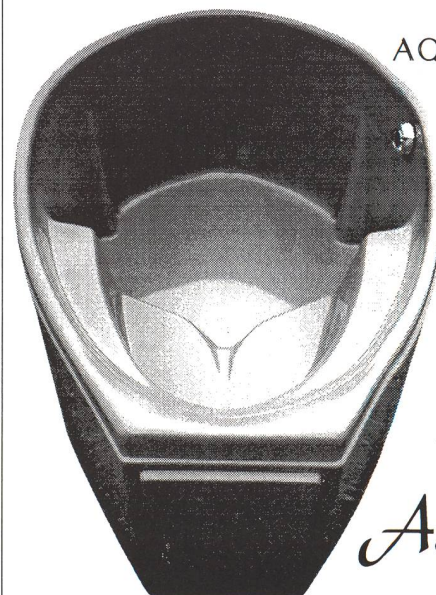


!!!ACHTUNG!!!



Jetzt **NEUEN KATALOG '99** anfordern.
Mit 500 neuen Artikeln

Jeden Monat Spezialangebote!



AQUA BIRTH
POOLS GMBH

Krähenbühl 6
5642 Mühlau
Tel: 056-670 25 15
Fax: 056-670 25 16

Die neue kleine vielseitige Gebärranne

Mobil oder zum Festeinbau im Spital

Verlangen Sie unsere Broschüre und Preisliste

Wir vermieten auch tragbare Gebärbecken für Hausgeburten

Aquarius



Hebammen

Literaturdienst

Fachartikel – zusammengefaßt von Hebammen für Hebammen

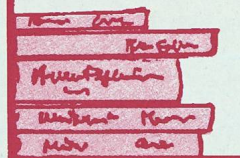
Geburt

Eipollösung zur Geburtseinleitung
Kindlicher Höhenstand und PDA
Schulterdystokie
Uterotonika zur Blutungsprophylaxe


Wochenbett

Mütterlicher Harnverhalt und Stuhlinkontinenz
Sexualität nach der Geburt


Liebe Kolleginnen,



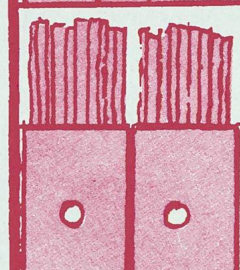
der *HeLiDi* wurde auf dem ICM-Hebammenkongreß der deutschsprachigen Länder im Oktober 1992 in Friedrichshafen ins Leben gerufen, um dem ständig zunehmenden Fort- und Weiterbildungsbedarf in komprimierter Weise entgegenzukommen. Seit Beginn werden zwei Ziele verfolgt: Kolleginnen erhalten wissenschaftlich fundierte Antworten auf Fragen der täglichen Praxis. Außerdem soll der *HeLiDi* als Anregung dienen, selbst Zusammenfassungen von wissenschaftlichen Studien zu schreiben, ggf. unter Anleitung einer der Herausgeberinnen.



Der *HeLiDi* erscheint zweimal jährlich im Frühjahr und Herbst. Nach dem anfänglichen Kopieren, Eintüten und Verschicken fand der *HeLiDi* von 1995 bis einschließlich 1998 freundliche Aufnahme beim Elwin Staude Verlag. Entsprechend der ursprünglichen Idee, einen gemeinsamen Literaturdienst für alle deutschsprachigen Länder anzubieten, stellte schon damals der Elwin Staude Verlag den *HeLiDi* der Österreichischen Hebammenzeitung und der Schweizer Hebamme zum Abdruck zur Verfügung.



Mit der jetzt vorliegenden ersten Ausgabe des 7. Jahrgangs erscheint der *HeLiDi* erstmals in der Zeitschrift DIE HEBAMME. Wir Herausgeberinnen freuen uns, im Enke Verlag und namentlich in Frau Dr. Reutter eine kompetente Ansprechpartnerin für weitere Verbesserungen des *HeLiDi* zu wissen. Wir bedanken uns für die großzügige Bereitschaft, den *HeLiDi* auch künftig in der gewohnten Weise an die Verbandszeitschriften der deutschsprachigen Länder weiterzureichen.



Der *HeLiDi* orientiert sich ansatzweise am britischen MIDIRS. Dieser vierteljährlich erscheinende Digest sichtet alle Zeitschriften mit hebammenrelevanten Artikeln und veröffentlicht Zusammenfassungen sowie kurze Originalartikel. Wir danken MIDIRS, daß wir die Abstracts übernehmen dürfen, deren Copyright bei MIDIRS liegt.

Falls Sie Interesse haben, auch einmal einen Artikel zusammenzufassen, dann melden Sie sich bitte.

Die Herausgeberinnen

Mechthild Groß, Millstätter Str. 15, 28359 Bremen, Telefon 0421/242347
Jutta Posch, Wilhelmstr. 32, 79098 Freiburg, Telefon 0761/34232
Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen, Telefon 07733/2536
Katja Stahl, Tresckowstr. 27, 28203 Bremen, Telefon 0421/7940504

Geburt

Lösen des unteren Eipols zur Geburtseinleitung

Cammu H Haitsma V 1998: Sweeping of the membranes at 39 weeks in nulliparous women British Journal of Obstetrics and Gynaecology 105: 41-44.

Boulvain M Fraser WD Marcoux S et al 1998: Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 105: 34-40 (MIDIRS 1998; 8: 192-4)

Es gibt zwei neue randomisierte Studien zu der Frage, ob das Lösen der Eihäute vom unteren Uterinsegment mit den Fingern medikamentöse Einleitungen verhindern kann: Die Studie von Cammu und Haitsma (278 erstgebärende Teilnehmerinnen) kommt zu dem Schluß, daß wöchentliches Lösen ab der vollendeten 39. SSW die Anzahl der Frauen, die 41 SSW vollenden, statistisch signifikant verringert (19% versus 33%, $p = 0.016$). Eine medizinische Einleitung ist daher seltener erforderlich (11% versus 26%, $p = 0.004$). Wenn das Lösen der Eihäute nicht möglich war, wurde die Cervix kräftig massiert.

Die Studie von Boulvain et al (200 Teilnehmerinnen) zeigt eine Verringerung der Einleitungen, die jedoch statistisch nicht signifikant und auch geringer ist als in vorangegangenen Untersuchungen. Der untere Eipol wurde nur einmal gelöst. In dieser Studie wurden auch die Nebenwirkungen des (von Ärzten durchgeführten) Eingriffs untersucht: Unbehagen, Kontraktionen und leichte Blutungen, die bei den Frauen Angst auslösten.

Die Gebärenden müssen über die Vor- und Nachteile informiert werden, damit sie ihre eigene Wahl treffen können.

Zusammenfassung aus dem Englischen, Claudia Oblasser, A-Baden

Beeinflußt der Höhenstand des Kopfes zum Zeitpunkt des Legens einer PDA die Einstellung des kindlichen Kopfes bei der Geburt?

Robinson CA Macones GA Roth NW et al 1996: Does the station of the fetal head at epidural placement affect the position of the fetal vertex at delivery? American Journal of Obstetrics and Gynaecology 175: 991-4 (MIDIRS 1997; 7: 205)

Ziel: Es galt herauszufinden, ob das Legen einer PDA vor Einstellung des kindlichen Kopfes das Risiko einer Fehleinstellung bei der Geburt erhöht.

Studie: Wir führten eine retrospektive Kohortenstudie durch, um die Beziehung zwischen Einstellung des kindlichen Kopfes zum Zeitpunkt des Legens der PDA und Fehleinstellung bei der Geburt zu ermitteln. 357 Geburtsjournale wurden eingesehen. Davon wurden 320 Frauen, die nach spontanem Wehenbeginn oder nach Einleitung eine PDA bekamen, in die Studie aufgenommen. Frauen mit Kontraindikationen für Wehen, Zwillinge und Infans mortuus waren ausgenommen. Den Geburtsjournalen wurden folgende Daten entnommen: Muttermundsbefund zum Zeitpunkt des Legens der PDA, zur PDA verwandte Medikamente, Geburtsverlauf und Geburtsmodus. Der Höhenstand des Kopfes wurde als hoch bezeichnet, wenn die knöchernen Leitstelle oberhalb der Interspinallinie lag bzw. als tief, wenn sie sich in ihrer Höhe oder darunter befand.

Ergebnisse: War der Kopf zum Zeitpunkt des Legens der PDA nach obiger Definition hoch, war das relative Risiko einer Fehleinstellung zur Geburt signifikant erhöht. Das Risiko war unabhängig von Schwangerschaftsalter und Geburtsgewicht. Zwischen Muttermundweite und Fehleinstellung bestand keine Beziehung.

Schlußfolgerungen: Das Legen einer PDA bei hohem Kopf ist mit einem höheren Risiko für eine Fehleinstellung zum Zeitpunkt der Geburt verbunden. Dieses Ergebnis bestätigt die empirischen Beobachtungen, daß Frauen mit einer PDA häufiger vaginal-operativ entbunden werden.

Katja Stahl, D-Bremen

Therapie und perinatales Outcome bei Schulterdystokie

MacFarland MB Langer O Piper JM et al 1996: Perinatal outcome and the type and number of maneuvers in shoulder dystocia. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 55: 219-24 (MIDIRS 1997; 7: 340)

Ziel: Festlegung von Art und Reihenfolge der Manöver zur Therapie der Schulterdystokie. Desweiteren sollte versucht werden, den Schweregrad der Schulterdystokie zu ermitteln und die Korrelation zum perinatalen Outcome festzustellen. **Methoden:** Es wurden alle Fälle von Schulterdystokie in unserem Haus im Zeitraum von Januar 1986 bis August 1994 untersucht, um die Art, Reihenfolge und Anzahl der Manöver zu ihrer Therapie festzustellen. Die Patientinnen wurden nach der Anzahl der Manöver, die zur Geburt benötigt wurden, eingeteilt. Outcome-Parameter waren Nabelschnur-pH, Apgar-Score, neonatale Traumen (Erb'sche Lähmung und Fraktur) und mütterliche Traumen.

Ergebnisse: Die Häufigkeit der Schulterdystokie lag bei 0,7% (39.280 vaginale Geburten insgesamt). In 58% der Fälle führten das McRoberts-Manöver und die Ausübung von suprapubischem Druck zur Behebung der Schulterdystokie. In allen übrigen Fällen war zusätzlich das Woods-Manöver und/oder die hintere Armlösung schließlich erfolgreich. Die Anzahl der Erb'schen Lähmungen, der Frakturen und der mütterlichen DR III° stieg mit der Zahl der Manöver.

Schlußfolgerung: Das McRoberts-Manöver und die Ausübung suprapubischen Druckes sollten die ersten beiden Maßnahmen zur Therapie der Schulterdystokie sein. Schwierigere und verletzungssträchtigere Manöver wie das nach Wood oder die hintere Armlösung sollten für die Fälle vorbehalten sein, in denen die beiden erstgenannten Maßnahmen nicht zum Erfolg führen.

Zusätzliche Maßnahmen zur Behebung der Schulterdystokie sind nur selten erforderlich. Die Anzahl der notwendigen Manöver kann ein Maß für den Schweregrad der Schulterdystokie sein.

Katja Stahl, D-Bremen

Oxytocin- + Ergometringabe im Vergleich zu alleiniger Oxytocingabe zur Prävention der postpartalen Blutung

Soriano D Dulitzki M Schiff E et al 1996: A prospective cohort study of oxytocin plus ergometrin compared with oxytocin alone for prevention of postpartum haemorrhage. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 103:1068-73 (MIDIRS 1997; 7: 193)

Ziel: Feststellen der Sicherheit und Effizienz der intramuskulären Oxytocin- + Ergometringabe im Vergleich zur alleinigen intravenösen Oxytocingabe zur Blutungsprophylaxe in der Nachgeburtsperiode. Feststellen der Bedeutung des Applikationszeitpunktes: Gabe direkt nach der Geburt des Kopfes im Vergleich zur Gabe am Ende der Nachgeburtsperiode.

Studie: Prospektive Kohorten-Studie

Ort: Ein der Universität angegliedertes „tertiary medical centre“.

Teilnehmerinnen: 2189 Frauen mit Einlingsgeburten am Termin.

Parameter: Postpartale Blutung > 500 ml, Nachgeburtsperiode > 30 min, Plazentaretention (> 60 min.), Hypertonie (> 150 mmHg syst., > 100 mmHg diast.).

Ergebnisse: Hinsichtlich der Anzahl der postpartalen Blutungen ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Oxytocin- + Ergometringabe im Vergleich zu alleiniger Oxytocingabe bei Applikation direkt nach der Geburt des Kopfes (Odds Ratio 1,10, 95% KI 0,75-1,61) oder am Ende der Nachgeburtsperiode (OR 0,95, 95% KI 0,68-1,34). Frauen, die eine der beiden Gaben direkt nach der Geburt des kindlichen Kopfes bekamen, bluteten deutlich seltener nach (OR 0,69 95% KI 0,49-0,98) als Patientinnen, die eine der beiden Gaben am Ende der Nachgeburtsperiode bekamen (OR 0,60 95% KI 0,41-0,87).

KONTAKTBÖRSE

Wer hat fremdsprachige Zeitschriften?

Liebe Kolleginnen, im deutschsprachigen Raum ist es sehr schwierig, hebammenrelevante Artikel aus fremdsprachigen Fachzeitschriften zu bekommen. Sicher gibt es einige Kolleginnen, die regelmäßig englisch- oder anderssprachige Zeitschriften beziehen und/oder über einige Jahrgänge einer Fachzeitschrift verfügen.

Wir möchten im Rahmen des Hebammenliteraturdienstes zu einer Kontaktbörse einladen, in der Name und Adresse der Kollegin sowie gesammelte und aktuelle Jahrgänge einer Zeitschrift bekanntgegeben werden. Dann könnten Kolleginnen, die einen bestimmten Artikel suchen, sich hinsichtlich einer Kopie an die Kollegin mit der entsprechenden Zeitschrift wenden. Bitte gleich frankierten Rückumschlag beilegen. Meldet euch bitte bei Mechthild Groß, wenn ihr eure Zeitschriften im Verzeichnis angeben wollt.

Birth:

1990–1994 B.Schlieper, Rehmstr. 6
49080 Osnabrück
seit 1996 M.Groß, Millstätterstr. 15,
28359 Bremen

Image:

Seit 1996 G.M.Ayerle, Mühlengasse 4,
56073 Koblenz

Journal of Nurse-Midwifery:

Seit 1994 G.M.Ayerle

MIDIRS:

Seit 1989 R.Kaufmann, Berliner Str. 959, 51069 Köln
Seit 3/89 Susanna Roth, Nördl. Auffahrtsallee 28,
80638 München
Seit 3/94 E. Hölzemann, Ruppertstr. 16
80337 München

Midwifery:

1985–1987 B. Schlieper
Seit 1991 M. Groß

Midwives (RCOM-Organ):

Seit 1994 E. Hölzemann

Tijdschrift voor verloskundigen:

Seit 1988 M.van der Kleyn, Wagerberg 152
A-8217 Bad Waltersdorf
9–12/93 M. C. van Walbeek, Millauerweg 4,
83714 Miesbach
Seit 1996 M. C. van Walbeek

Schlussfolgerungen: Hinsichtlich der Prävention postpartaler Blutungen zeigte sich kein Unterschied zwischen intramuskulärer Oxytocin- + Ergometringabe bzw. intravenöser Oxytocingabe, allerdings hat die alleinige Oxytocingabe i.v. wesentlich weniger unangenehme Nebenwirkungen für die Mutter. Was den Zeitpunkt der Oxytocingabe angeht, so traten bei Gabe direkt nach Geburt des kindlichen Kopfes deutlich weniger postpartale Blutungen auf als bei Applikation nach Ausstoßen der Plazenta.

MIDIRS-Kommentar: Die Dosierungen der Medikamente waren wie folgt: 5 IE Syntocinon + 0.5mg Ergometrin (Syntometrin®) i.m. oder 10 IE Syntocinon i.v. Die durch Syntometrin® verursachten Nebenwirkungen waren Hypertonie, Schmerzen im Brustkorb und exzessives Schwitzen. Fast 1/4 der Frauen in dieser Gruppe (22,9%) klagten über Übelkeit und Erbrechen im Vergleich zu nur 7,2% in der Gruppe, die nur Syntocinon bekam. Das Erbrechen ist nicht, wie oft gesagt wird, eine Nachwirkung des Geburtstresses, es ist einfach eine Nebenwirkung des Syntometrins®. Häuser, in denen Syntometrin® zur Leitung der Nachgeburtsperiode verwandt wird, sollten diese Praxis noch einmal überdenken.

Katja Stahl, D-Bremen

WOCHENBETT

Postpartaler Harnverhalt: Ein Vergleich zweier PDA-Methoden

Olofsson CIJ Ekblom AOA Ekman-Ordeberg GE et al 1997: *Postpartum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia. European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 71: 31–4 (MIDIRS 1997; 7: 206)

Ziel: Vergleich zweier PDA-Methoden im Hinblick auf die Häufigkeit des Harnverhalts.

Studie: 1000 Frauen, die eine PDA als Geburtsanalgesie wünschten, bekamen randomisiert entweder 0,25% Bupivacain + Adrenalin 1:200.000 (n = 500) oder 0,125% Bupivacain mit 1 (µg Sufentanyl (n = 500). Alle Frauen (auch solche

ohne PDA), die einen signifikanten Harnverhalt (>500ml K-Urin) über einen bestimmten Beobachtungszeitraum aufwiesen, wurden erfaßt.

Ergebnisse: Insgesamt zeigte sich bei 30 von 3364 Frauen ein signifikanter Harnverhalt. 27 von ihnen hatten eine PDA (17 mit Bupivacain + Adrenalin und 10 mit Bupivacain + Sufentanyl; ein nicht signifikanter Unterschied) während der Geburt. Die Zahl der Frauen mit Harnverhalt war nach PDA deutlich höher (27/1000) im Vergleich zu denen, die keine PDA hatten (3/2364); p < 0,001 (Fisher's exact test). Bei den Frauen mit Harnverhalt nach PDA gab es keinen Zusammenhang mit dem Geburtsmodus oder mit vaginalen/perirektalen Geburtsverletzungen. Bei allen Frauen normalisierte sich die Blasenfunktion wieder.

Schlussfolgerung: Das Risiko des Harnverhaltes wird durch die PDA deutlich erhöht, wobei sich zwischen den beiden Verfahren kein signifikanter Unterschied zeigte.

Katja Stahl, D-Bremen

Harnverhalt nach der Geburt – Die Beziehung zwischen geburtshilflichen Faktoren und dem postpartalen Restharnvolumen

Yip SK Brieger G Hin LY Chung T 1997: *Urinary Retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-void residual bladder volume. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 76: 667–672

Ziel: Die drei Ziele dieser Studie sind: Die Inzidenz des Harnverhalts nach einer vaginalen Geburt und den Zusammenhang zwischen verschiedenen geburtshilflichen Faktoren und dem Restharnvolumen zu untersuchen, sowie die Veränderung des Restharnvolumens bei Patientinnen mit asymptomatischem postpartalem Harnverhalt.

Methoden: 691 Frauen, die in einem Zeitraum von zwei Monaten in einem Lehrkrankenhaus vaginal geboren hatten, wurden untersucht. Sie wurden in drei Gruppen eingeteilt: Normale Patientinnen, solche mit symptomatischem Harnverhalt und solche mit asymptomatischem Harnverhalt. Ihr Restharnvolumen am ersten Tag post partum wurde bestimmt und die Beziehung zu geburtshilflichen Faktoren untersucht.

Bei den Patientinnen mit asymptomatischem Harnverhalt wurde das Restharnvolumen jeden Tag sonografisch bestimmt.

Ergebnisse: Die Inzidenz des symptomatischen und des asymptomatischen Harnverhalts lag bei 4,9% respektive 9,7%. Die Inzidenz aller Fälle von postpartalem Harnverhalt war 14,6%. Zwischen der Dauer der Eröffnungs- und Austreibungsperiode und dem postpartalen Restharnvolumen bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Alle Patientinnen mit asymptomatischem Harnverhalt wiesen innerhalb von vier Tagen wieder ein normales Restharnvolumen auf.

Schlußfolgerung: Postpartaler Harnverhalt ist ein häufiges Phänomen, das mit dem Geburtsverlauf in Zusammenhang steht. Ein asymptomatischer Harnverhalt ist passager und bedarf keiner spezifischen Behandlung.

Katja Stahl, D-Bremen

Stuhlinkontinenz nach der Geburt

MacArthur C Bick DE Keighly MRB 1997: Faecal incontinence after childbirth. British Journal of Obstetrics and Gynecology 104: 46-50 (MIDIRS 1997; 7: 221)

Ziel: Ziel war es, das Vorkommen und den Schweregrad von Stuhlinkontinenz nach der Geburt, besonders der erstmalig aufgetretenen, festzustellen und Risikofaktoren zu finden.

Studie: Eine Kohortenstudie mit Informationen aus zuhause geführten Interviews und aus den geburtshilflichen Journalen der Klinik.

Ort: Geburtshilfliche Abteilung in Birmingham.

Teilnehmerinnen: 906 Frauen, die etwa 10 Monate nach der Geburt befragt wurden.

Parameter: Erstmalige Stuhlinkontinenz nach der Geburt.

Ergebnisse: 36 Frauen (4%) entwickelten nach der Geburt erstmalig eine Stuhlinkontinenz, 22 von ihnen zeigten weiterhin Symptome. 27 hatten die Symptome mehrmals in der Woche, keine von ihnen hatte einen Arzt aufgesucht. Unter den vaginalen Geburten waren Forzeps- und Vakuumextraktionen die einzigen unabhängigen Risikofaktoren: 12 (33%) der Frauen, die erstmalig eine Stuhlinkontinenz aufwiesen, hatten eine vaginal-operative Geburt im Vergleich zu 111 (14%) der 847 Frauen, die keine Stuhlinkontinenz aufwiesen. Sechs der Frauen mit Inkontinenz hatten per Notsectio geboren, aber keine der Frauen nach geplanter Sectio wurde inkontinent.

Schlußfolgerungen: Stuhlinkontinenz infolge der Geburt kommt viel häufiger vor als bisher angenommen und medizinische Hilfe wird selten gesucht. Forzepsgeburten und Vakuumextraktionen stellen Risikofaktoren dar, auch eine Notsectio reduziert das Risiko nicht. Die Diagnose und Behandlung der Stuhlinkontinenz ist extrem wichtig!

MIDIRS-Kommentar: Diese wichtige Studie zeigt, daß eine kleine, aber keinesfalls zu vernachlässigende Minderheit unter dieser Komplikation nach der Geburt leidet. Die meisten von ihnen nehmen es einfach hin und suchen keine medizinische Hilfe. Hebammen, die nicht schon routinemäßig mit den Frauen in der Nachsorge über dieses Thema sprechen, sollten sich überlegen, es in ihr „Programm“ mitaufzunehmen und den Frauen Mut zu machen, frei und ohne Scham über dieses Problem zu sprechen.

Katja Stahl, D-Bremen

Sexualleben nach der Geburt: Erfahrungen von Frauen, anhaltende Probleme und mangelnde Wahrnehmung von professioneller Seite

Glazener CMA 1997: Sexual function after childbirth: women's experience, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 104: 330-5 (MIDIRS 1997; 7: 352)

Ziel: Ziel der Studie war es, das Sexualverhalten von Frauen nach der Geburt zu beschreiben, den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs nach der Geburt und die Verhütungsmethoden zu erfahren, die Probleme, die auftraten und ob sie Hilfe gesucht haben.

Ort: Institutionen in Grampian, die postpartale Betreuung anbieten.

Methode: Eine 20% Zufallspopulation aus allen Geburten eines Jahres in der Grampian-Region in Schottland (n = 1249); ausgenommen Frauen, die eine Totgeburt hatten. Die Frauen bekamen einen ersten Fragebogen eine Woche nach der Geburt, in dem sie über ihre Erfahrungen im Krankenhaus befragt wurden und einen zweiten nach acht Wochen zu den Erfahrungen zuhause. Die Hälfte bekam einen weiteren Fragebogen nach 12-18 Monaten. In allen Fragebögen wurde nach gesundheitlichen Problemen und der Ernährung des Kindes gefragt. Fragen zum Sexualleben standen nur im 2. und 3. Fragebogen. Die Frauen wurden gefragt, ob und wann sie den Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen hatten, wie sie verhüteten, ob sie Probleme beim Geschlechtsverkehr hatten und ob und bei wem sie ggf. Hilfe gesucht hatten.

Ergebnisse: 71% hatten nach 8 Wochen das erste Mal wieder Geschlechtsverkehr (Durchschnitt: 5 Wochen) und 95% nach 12 Monaten (Durchschnitt: 6 Wochen). 43% berichteten über mindestens ein sexuelles Problem in den ersten 8 Wochen und 50% in der Zeit danach. Frauen, die Schmerzen am Damm hatten, unter Depressionen oder Müdigkeit litten, berichteten eher über sexuelle Probleme. Nach 8 Wochen war ein klarer Zusammenhang zwischen Stillen und sexuellem Desinteresse festzustellen, unabhängig von Müdigkeit oder Depression, allerdings handelte es sich hierbei um ein vorübergehendes Desinteresse. 7% benötigten Hilfe oder Beratung bei ihren sexuellen Problemen, 63% von ihnen waren damit bei ihrem Hausarzt. Bei der Abschlußuntersuchung sprachen die Ärzte in 67% die Verhütung an, aber nur in 34% den Geschlechtsverkehr.

Diskussion: Die Hälfte der Frauen hatte ein oder mehrere sexuelle Probleme. Der klare Zusammenhang zwischen Schmerzen am Damm und sexuellen Problemen gibt einen deutlichen Hinweis auf eine Kausalität und sollte als Parameter in Studien zu Dammschnitt-/verletzungen und deren Behandlung Eingang finden. Auch die längere Dauer der perinealen Schmerzen nach operativen Geburten sollte im Hinblick auf die eingeschränkte Sexualfunktion nicht unterschätzt werden. Es ist möglich, daß die hormonelle Situation während des Stillens Einfluß auf die Libido hat. Den Frauen kann aber versichert werden, daß es sich hierbei um einen vorübergehenden Effekt handelt. Allerdings sollte der/die Behandelnde auf Hinweise zwischen mangelndem sexuellen Interesse, Stillen, Müdigkeit und Depression achten. Die Tatsache, daß lediglich so wenige Frauen professionelle Hilfe gesucht haben, mag zum einen daran liegen, daß sexuelle Probleme von den Frauen als nicht so wichtig oder einschränkend angesehen werden, kann aber auch das mangelnde Interesse von professioneller Seite widerspiegeln.

Schlußfolgerung: Die im Gesundheitsbereich Tätigen sollten im Erkennen und Umgang mit sexuellen Problemen geschult werden.

Kommentar der MIDIRS-Abstract-Autorin: Die Tatsache, daß nur so wenige Frauen wegen ihrer sexuellen Probleme Hilfe gesucht haben bzw. bei der Abschlußuntersuchung sechs Wochen nach der Geburt nach Problemen beim Geschlechtsverkehr gefragt wurden, verdeutlicht einmal mehr, wie sehr die Gesundheit von Frauen nach der Geburt vernachlässigt wird. Der Einfluß vaginal-operativer Geburten auf Schmerzen im Dammbereich und dieser Schmerzen auf das Sexualleben der Frauen ist Grund zur Besorgnis und dringender Anlaß für Untersuchungen zu Möglichkeiten zur Vermeidung perinealer Traumen. Die Frauen berichten von ihren Problemen, wenn sie direkt danach befragt werden, dies muß ein Teil der nachgeburlichen Betreuung werden. Das Ausmaß und die Dauer der mütterlichen Morbidität sollte als ein Schlüsselfaktor für den Erfolg der Nachsorge nach der Geburt dienen.

Kommentar der MIDIRS-Abstract-Autorin: Die Tatsache, daß nur so wenige Frauen wegen ihrer sexuellen Probleme Hilfe gesucht haben bzw. bei der Abschlußuntersuchung sechs Wochen nach der Geburt nach Problemen beim Geschlechtsverkehr gefragt wurden, verdeutlicht einmal mehr, wie sehr die Gesundheit von Frauen nach der Geburt vernachlässigt wird. Der Einfluß vaginal-operativer Geburten auf Schmerzen im Dammbereich und dieser Schmerzen auf das Sexualleben der Frauen ist Grund zur Besorgnis und dringender Anlaß für Untersuchungen zu Möglichkeiten zur Vermeidung perinealer Traumen. Die Frauen berichten von ihren Problemen, wenn sie direkt danach befragt werden, dies muß ein Teil der nachgeburlichen Betreuung werden. Das Ausmaß und die Dauer der mütterlichen Morbidität sollte als ein Schlüsselfaktor für den Erfolg der Nachsorge nach der Geburt dienen.

Katja Stahl, D-Bremen

1999

APRIL/AVRIL
APRILE

Fr, 16.–So, 18. April

► **Metamorphose****Die energetische Arbeit an den Fussreflexzonen**

Ort: Hotel Erica, 4438 Langenbruck
 Zeit: Fr 18 Uhr–So ca. 15 Uhr
 Referentin: Anna Maria Eichmann, langjährige Mitarbeiterin von H. Marquart und Leiterin Zweiglehrstätte Zunzgen
 Kosten: M Fr. 310.–, NM Fr. 410.– (ohne Material)
 DZ, VP: Fr. 196.–
 Anmeldungen/Auskunft*

Sa, 24. April

► **Dammaht post partum**

Weitere Kursdaten:
 25. September (gleicher Kurs)
 Ort: Hebammenschule Luzern
 Zeit: 9.30–17 Uhr
 Referentin: Dr. med. Elisabeth Blöchlinger
 Kosten: Fr. 120.–, ohne Kursunterlagen
 Anmeldeschluss:
 8. April
 Anmeldungen/Auskunft*

MAI/MAI
MAGGIOSa 1^{er} mai► **Sensibilisation à l'aromathérapie**

Usage des huiles essentielles pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum, niveau 2
 Lieu: Bogis-Bossey, VD
 Horaire: 9 h 30–18 h
 Intervenantes: Véronique Bergenstrom-Goy, sage-femme, Josette Daflon, aromathérapeute
 Prix: M Fr. 100.–, NM Fr. 150.–, ESF Fr. 80.–
 Délai d'inscription:
 15 mars
 Inscription/Renseignements*

Mo, 10.–Di, 11. Mai

► **Homöopathie im Hebammenalltag****Häufige Mittel in der Geburtshilfe – aus der Sicht der Hebamme**

Ort: Hotel Rössli, Mogelsberg SG
 Zeit: Mo 13–Di 14 Uhr
 Referentin: Ingeborg Stadelmann, Hebamme
 Kosten: M Fr. 250.–, NM Fr. 330.–, HA Fr. 200.–, DZ/VP: Fr. 120.–
 Anmeldeschluss:
 1. April
 Anmeldungen/Auskunft*

Di, 11.–Mi, 12. Mai

► **Aromatherapie, Teil 1**

Einführung in die Wirkung der Düfte, in Anlehnung an das Buch «Die Hebammensprechstunde»
 Ort: Hotel Rössli, Mogelsberg SG
 Zeit: Di 16–Mi 16 Uhr
 Referentin: Ingeborg Stadelmann, Hebamme
 Kosten: M Fr. 250.–, NM Fr. 330.–, HA Fr. 200.–, DZ/VP: Fr. 120.–
 Anmeldeschluss: 1. April
 Anmeldungen/Auskunft*

Fr, 14.–Sa, 15. Mai

► **Wiedereinstiegskurs für Hebammen**

Kurs in 2 Einheiten zu je 3 mal 2 Tagen.
 Zwischen den Einheiten ist ein mind. 2wöchiges Gebärsaalpraktikum zu absolvieren
 Weitere Kursdaten:
 28./29. Mai, 11./12. Juni, 17./18. September, 1./2. Oktober, 15./16. Oktober
 Ort: Hebammenschule Luzern
 Zeit: 9.30–17 Uhr
 Referentin: Martina Apel und Mitarbeiterinnen
 Kosten: 1200.– ganzer Kurs, ohne Kursunterlagen
 Anmeldeschluss: 15. April
 Anmeldungen/Auskunft*

Do, 27. Mai

► **Schmerzlinderung in der Geburtshilfe mit Wickeln und ätherischen Ölen**

Herstellen von Heilpflanzen- und äth. Öltüchlein
 Ort: Villa Stucki, Bern
 Zeit: 9.30–17 Uhr
 Referentin: Susanna Anderegg-Rhyner, AKP, Ausbildung in Phyto-Aromatherapie und -pflege
 Kosten: Fr. 175.–
 Anmeldeschluss: 27. April
 Anmeldungen/Auskunft*

* Anmeldungen: schriftlich an SHV
 * Infos: SHV, 031 332 63 40
 * Inscriptions: par écrit à la FSSF
 * Infos: FSSF, 031 332 63 40
 * Iscrizioni: per iscritto alla FSL
 * Informazioni: FSL, 031 332 63 40

Fr, 28. Mai

► **Orientalischer Tanz in der Schwangerschaft, während der Geburt und in der Rückbildung**

Teil 2
 Weitere Kursdaten: 27.8. Teil 3
 Ort: Zürich
 Zeit: 9.30–16.30 Uhr
 Referentin: Sibylla Spiess, Tanzpädagogin VdG
 Kosten: M Fr. 175.–, NM Fr. 245.–, HA Fr. 125.–
 Anmeldeschluss: 14. April
 Anmeldungen/Auskunft*

JUNI/JUIN
GIUGNO

Lu 8.–me 9 juin

► **Toucher – doux pour les tout-petits, niv. 1**

Autres dates de cours:
 9/10 octobre, niv. 2
 Lieu: Genève
 Horaire: 9 h 30–17 h 30
 Intervenante: Geneviève Soulié, psychotérapeute et gestaltiste (F)
 Prix: M 3 jours: Fr. 390.–, 5 jours: Fr. 600.– (si cours complet est payé au début)
 NM 3 jours: Fr. 450.–, 5 jours: Fr. 780.–
 Délai d'inscription: 30 avril
 Inscription*

Di, 8.–Mi, 9. Juni

► **Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit**

Probleme aus der Praxis (Verdauung, Folsäure, Hyperemesis u. a.), verschiedene Ernährungsformen (Säure/Base, 5 Elemente, Anthroposophie u. a.)
 Ort: Hotel Rössli, Mogelsberg SG
 Zeit: Di 10.30–Mi 17 Uhr
 Referentin: Susanna Pollak, kritische Ernährungsberaterin, Mutter
 Kosten: M Fr. 280.–, NM Fr. 370.–, HA Fr. 220.–, ohne Übernachtung und Mahlzeiten
 Anmeldeschluss: 20. April
 Anmeldungen/Auskunft*

Die Fort- und Weiterbildungskommission des SHV sucht auf Juni 1999 eine

für Weiterbildung mitverantwortliche Hebamme

für die Deutschschweiz

Die Inhaberin dieses Postens trägt zur Förderung und Entwicklung des Hebammenberufes bei. Es handelt sich um ein Mandat von vier Jahren, welches erneuert werden kann.

Anforderungen:

- zeitliche Verfügbarkeit für die Organisation von Fortbildungskursen
- aktive Teilnahme in verschiedenen Arbeitsgruppen
- Interesse an beruflichem Austausch
- Organisationstalent
- Freude an Zusammenarbeit, Animation und Verhandeln
- Freude an Innovation, Dynamik und Kreativität

Qualifikationen:

- Hebammendiplom und praktische Berufserfahrung
- Französischkenntnisse

Eine pädagogische Ausbildung wäre eine wertvolle Zusatzqualifikation

Auskunft:

Martina Apel, Telefon 041 240 42 81, oder Edith von Allmen, Telefon 01 905 52 20

Kandidatinnen schicken ihren ausführlichen Lebenslauf bitte an: SHV, Zentralsekretariat, Flurstrasse 26, 3000 Bern 22

Di, 15.–Sa, 19. Juni

► **Reflexzonentherapie am Fuss nach H. Marquart**

Einführungskurs für Hebammen

Ort: Bachtelenweg 17, 4455 Zunzgen BL

Referentin: Anna Maria Eichmann, langjährige Mitarbeiterin von H. Marquart, Leiterin Zweiglehrstätte Zunzgen

Kosten: M Fr. 650.–, NM Fr. 850.– (ohne Übernachtungen, Kursmaterial und Verpflegung)

Anmeldeschluss: 15. April
Anmeldungen/Auskunft*

Fr, 18.–Sa, 19. Juni

► **Homöopathie, Teil I**

Einführung in die Homöopathie, der kurze Weg zur Arznei, Arzneimittel-Vorstellung/Anwendung unter der Geburt

Ort: Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU

Zeit: Fr 14.15–Sa 13 Uhr

Referent: Dr. med. F. Graf, praktizierender homöopathischer Arzt und Geburtshelfer

Kosten: M Fr. 310.–, NM Fr. 400.– (VP, DZ)

M: Mitglied/membre/membre
NM: Nichtmitglied/non-membre/non-membre
HA: Hebammen in Ausbildung
ESF: élève sage-femme
AL: allieva levatrice

La commissione di formazione permanente e continua dell'Associazione svizzera delle levatrici cerca per giugno 1999 una

levatrice responsabile della formazione per la Svizzera italiana

Questo ruolo contribuisce alla protezione e alla promozione della nostra professione. Si tratta di un mandato di 4 anni, rinnovabile.

Si richiede:

- disponibilità a organizzare corsi di formazione
- partecipazione attiva a gruppi di lavoro
- interesse per gli scambi professionali
- capacità di gestione
- abilità per l'animazione, la collaborazione e la mediazione
- volontà di rinnovamento, dinamismo, creatività e ambizione

Qualifiche richieste:

- diploma di levatrice e esperienza professionale
 - conoscenza del tedesco e/o dello svizzero tedesco
- Una formazione pedagogica costituirebbe un ausilio prezioso.

Per informazioni rivolgersi a: Martina Apel, telefono 041 240 42 81 o a Edith von Allmen, telefono 01 905 52 20. La candidatura, accompagnata da un CV dettagliato, va indirizzata al Segretariato centrale dell'ASL, Flurstrasse 26, 3000 Bern 22

Do, 24. Juni

► **«Frauenheilpflanzen»: Anwendungsmöglichkeiten im Berufsalltag**

Herstellen von Heilpflanzensalbe, Frischpflanzenaufgabe und Tees

Ort: Villa Stucki, Bern

Zeit: 9.30–17 Uhr

Referentin: Susanna Anderegg-Rhyner, AKP, Ausbildung in Phyto-Aromatherapie und -pflege

Kosten: Fr. 175.–

Anmeldeschluss: 24. Mai
Anmeldungen/Auskunft*

AUGUST/AOÛT AGOSTO

Fr, 20.–Sa, 21. August

► **Glücklose Mutterschaft – der frühe Tod von Kindern**

Persönliche Erfahrungen, Umgang mit Thema, Auswirkungen auf Fachleute, die Betroffene begleiten, Trauer/Trauerprozess, Selbsthilfegruppen, Erfahrungsbericht einer Mutter

Ort: Hebammenschule Luzern

Zeit: 9.30–Sa 16.30 Uhr

Referentin: Christiane Rautenberg, Hebamme und Erwachsenenbildnerin

Kosten: M Fr. 280.–, NM Fr. 370.–

Anmeldeschluss:

23. Juli, Teilnehmerinnenzahl begrenzt

Anmeldungen/Auskunft*

HP-Preisreduktion: Fr. 13.–

Anmeldeschluss: 7. Mai

Anmeldungen/Auskunft*

Sa, 19.–So, 20. Juni

► **Homöopathie, Supervision**

Bearbeitung eigener Fälle im Plenum, evtl. nochmal live Anamnese aufnehmen. Gestaltung gemäss Bedürfnissen der Teilnehmerinnen

Bitte Kontaktnahme mit:

E. v. Allmen, Tel. 01 905 52 20

Ort: Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU

Zeit: Sa 16.15–So 15.30 Uhr

Referent: Dr. med. F. Graf, praktizierender homöopathischer Arzt und Geburtshelfer

Kosten: M Fr. 293.–, NM Fr. 383.– (VP, DZ)

Anmeldeschluss:

7. Mai

Anmeldungen/Auskunft*

Sa, 19. Juni

► **Reanimation des Neugeborenen unter einfachen Bedingungen**

Situation im nichtklinischen Bereich, Grundlagen der Reanimation, praktische Übungen

Ort: Hebammenschule Luzern

Zeit: 11–17 Uhr

Referentin: Anna Rockel-Loenhoff, Ärztin und Hebamme

Kosten: M Fr. 200.–, NM Fr. 270.–

Anmeldeschluss:

21. Mai

Anmeldungen/Auskunft*

- das Original seit 1972 -

DIDYMOS®

Ertra Koffmann

Das Babytragtuch.

von Hebammen und Ärzten empfohlen

- in der besonderen Webart
- aus 100% Baumwolle, Wolle, Leinen oder Hanf
- waschbar bis 95 Grad
- wunderschöne Farben
- in Längen bis 460 cm



DIDYMOS-Wiege®



DIDYMOS-Kreuztrage®

Zum Binden auch als "Hüftsitz", "Känguruhtrage", und "Rucksack".

Kostenlose Prospekte, Beratung, Bestellung bei:

DIDYMOS®

c/o Claudia Amadori-Eugster
Piazza Stazione 2
6600 Locarno
Tel.: 091/ 743 91 20
oder +49/7141/92 10 24
<http://www.didymos.com>

DIDYMOS ist Vollmitglied im Arbeitskreis Naturtextil e. V. wir liefern innerhalb 1-2 Tagen

Sonderkonditionen für Hebammen: Gruppenrabatt, ermäßigte Vorführtücher und ein kostenloses Video bei der ersten Gruppenbestellung

Mo, 23.-Di, 24. August

▶ Beckenbodenarbeit, Teil 1

Sanftes Beckenbodentraining im Früh- und Spätwochenbett
 Ort: Bildungs- und Tagungszentrum Boldern, 8708 Männedorf
 Zeit: Mo 10–Di 18 Uhr
 Referentinnen: S. Friese-Berg, Hebamme, A. Hope, Physiotherapeutin
 Kosten: M etwa Fr. 350.–, NM etwa Fr. 450.– (plus Übernachtung DZ, VP Fr. 120.–, zahlbar an Ort)
 Anmeldeschluss: 23. Juli
 Anmeldungen/Auskunft*

Mi, 25.-Do, 26. August

▶ Beckenbodenarbeit, Teil 2

Hauptthema: Harninkontinenz. Voraussetzung: Besuchter Teil 1 und Praxiserfahrung
 Weitere Kursdaten: 29./30. November Teil 3
 Ort: Bildungs- und Tagungszentrum Boldern, 8708 Männedorf
 Zeit: Mi 10–Do 18 Uhr
 Referentinnen: S. Friese-Berg, Hebamme, A. Hope, Physiotherapeutin
 Kosten: M etwa Fr. 350.–, NM etwa Fr. 450.– (plus Übernachtung DZ, VP Fr. 120.–, zahlbar an Ort)
 Anmeldeschluss: 25. Juli
 Anmeldungen/Auskunft*

Do, 26. August

▶ Wickel während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und für Säuglinge

Einfache und wirkungsvolle Begleitung, Teil 2 (besuchter Teil 1 ist Voraussetzung)
 Ort: Villa Stucki, Bern
 Zeit: 9.30–17 Uhr
 Referentin: Susanna Anderegg-Rhyner, AKP, Gesundheitsberaterin, Wickelfachfrau
 Kosten: M Fr. 175.–, NM Fr. 245.–, HA Fr. 125.–
 Anmeldeschluss: 12. Juli
 Anmeldungen/Auskunft*

Fr, 27. August

▶ Orientalischer Tanz in der Schwangerschaft, während der Geburt und in der Rückbildung

Teil 3, zum Vollmond
 Ort: Zürich
 Zeit: 9.30–16.30 Uhr
 Referentin: Sibylla Spiess, Tanzpädagogin VdG
 Kosten: M Fr. 175.–, NM Fr. 245.–, HA Fr. 125.–
 Anmeldeschluss: 13. Juli
 Anmeldungen/Auskunft*

Di, 31. August – Mi, 1. September

▶ Körper und Atemtherapie LIKA im Berufsalltag der Hebamme

Atemverhaltensweisen, Körperarbeit, Blockaden und Eutonie
 Ort: Windisch, LIKA Seminarraum
 Zeit: 9.30–17.15 Uhr
 Referentin: Edith Gross, dipl. Pneopädin AFA; Giovanna Cafilisch, dipl. Körper- und Atemtherapeutin LIKA, Hebamme
 Kosten: M Fr. 410.–, NM Fr. 550.–, HA Fr. 300.–, Übernachtung mit Schlafsack im Seminarraum: Fr. 20.–
 Anmeldeschluss: 15. Juli
 Anmeldungen/Auskunft*

SEPTEMBER/SEPTEMBRE SETTEMBRE

Do, 9. September

▶ Duftkompressen und Aroma-Massage für die Frau

Mit wenig Zeitaufwand eine tiefe Wirkung erzielen, Teil 1
 Weitere Kursdaten: Teil 2: 28. Oktober
 Ort: Bern
 Zeit: 9.30–17 Uhr
 Referentin: Susanna Anderegg-Rhyner, AKP, Ausbildung in Aroma-Massage und -Therapie
 Kosten: M Fr. 180.–, NM Fr. 250.–, HA Fr. 150.–

Anmeldeschluss: 24. Juli
 Anmeldungen/Auskunft*

Sa, 25. September

▶ Dammnah post partum

Ort: Hebammenschule Luzern
 Zeit: 9.30–17 Uhr
 Referentin: Dr. med. Elisabeth Blöchliger
 Kosten: Fr. 120.–, ohne Kursunterlagen
 Anmeldeschluss: 4. September
 Anmeldungen/Auskunft*

OKTOBER/OCTOBRE OTTOBRE

Sa 9-di 10 octobre

▶ Toucher – doux pour les tout-petits, niv. 2

Participant·es doivent avoir fait cours niv. 1
 Lieu: Genève
 Horaire: 9 h 30–17 h 30
 Intervenante: Geneviève Sou-

lié, psychothérapeute et gestaltiste (F)
 Prix: M Fr. 250.–, NM Fr. 350.–,
 Délai d'inscription: 28 août
 Inscription*

Mi, 20.-Do, 21. Oktober

▶ Homöopathie im Hebammenalltag

Häufige Kindermittel und weiterführende Arzneien aus Sicht der Hebammen
 Ort: Hotel Rössli, Mogelsberg SG
 Zeit: Mi 13–Do 14 Uhr
 Referentin: Ingeborg Stadelmann, Hebamme
 Kosten: M Fr. 250.–, NM Fr. 330.–, HA Fr. 200.–, ohne Übernachtung und Mahlzeiten
 Anmeldeschluss: 10. September
 Anmeldungen/Auskunft*

* Anmeldungen: schriftlich an SHV
 * Infos: SHV, 031 332 63 40
 * Inscriptions: par écrit à la FSSF
 * Infos: FSSF, 031 332 63 40
 * Iscrizioni: per iscritto alla FSL
 * Informazioni: FSL, 031 332 63 40

Club des infirmières pour l'assurance-maternité



La base financière de l'assurance-maternité existe déjà.

Assurance perte de gain pour 14 semaines en cas de maternité.

Pour nous, la santé de la mère et celle de l'enfant figurent au premier plan. L'assurance-maternité permet à la future mère de prendre deux semaines de congé payé avant l'accouchement. Ce dernier pourra ainsi avoir lieu dans de meilleures conditions. C'est pour cela que nous les infirmières, nous soutenons aussi l'assurance-maternité.

- J'aimerais adhérer au Club des infirmières pour l'assurance-maternité. Cotisation unique : Fr. 20.–
- Envoyez-moi un porte-clés / pantoufles d'enfants^a au prix de solidarité de Fr. 25.–

Nom, Prénom :

Adresse:

NP, localité

Renvoyer à: Club des infirmières pour l'assurance-maternité, Postfach 1234, 3001 Bern PC 30-7922-9
www.mutterschaft.ch

Une action des syndicats suisses

Thermomètres

► Le mercure à la trappe

Les thermomètres au mercure posent problème. En cas de bris, les fuites du métal argenté sont dangereuses, pour la santé comme pour l'environnement. Les autorités françaises ont réglé le problème en interdisant tout bonnement leur vente. Cette décision a été accompagnée d'un message à la population, l'invitant à déposer l'objet illicite chez les pharmaciens, afin de permettre son recyclage. En Suisse, on attend de voir: l'Office fédéral de la santé publique se dit prêt à revoir sa position. Affaire à suivre.

Source: «24 Heures», 3 mars 1999.

Référendum contre l'assurance maternité

► On votera le 13 juin!

Le comité référendaire contre l'assurance maternité mène une campagne discrète, mais efficace. Lancé à mi-janvier, le référendum court jusqu'au 9 avril. A mi-mars, les 50 000 signatures nécessaires étaient déjà réunies. Ce n'est pas vraiment une surprise. Le Conseil fédéral a annoncé son intention de soumettre l'assurance maternité au vote populaire au plus vite, soit le 13 juin déjà.

Source: «24 Heures», 3 mars 1999.

Mémoire postgrade

► Maisons de naissance en Suisse romande

Dans le cadre de sa formation postgrade en soins et santé communautaire à Genève, Anne Burkhalter, sage-femme indépendante, a présenté un mémoire sur les maisons de naissance suisses. Le but de son travail était de construire un outil de travail en vue de la création de maisons de naissance. Les rencontres régulières avec des sages-femmes romandes souhaitant créer une telle maison lui ont permis de présenter un contenu représentatif de l'évolution des réflexions en la matière.

Ensemble, elles ont élaboré une définition du concept: *une maison de naissance est un lieu où les femmes enceintes qui y accouchent sont accompagnées durant leur maternité par une sage-femme de leur choix.* Et sur

la base de cette définition, elles ont établi le concept lui-même: 1. Un suivi global par une sage-femme 2. Des soins de santé primaire 3. La proximité d'un hôpital.

Le mémoire comporte deux parties: «Maisons de naissance en Suisse romande» (69 pages + annexes) et «Guide d'installation d'une maison de naissance en Suisse romande» (13 pages).

A. Burkhalter s'est efforcée de rendre claire la philosophie se dégageant des discussions avec ses collègues, ainsi que le rôle de la sage-femme et des maisons de naissance. Elle y présente aussi les avantages et les inconvénients, les difficultés et les limites des maisons de naissance.

En outre, une part importante est consacrée au cadre

législatif (législations fédérale et cantonales romandes) et de formation (écoles lausannoise et genevoise) en la matière. Vous y trouverez aussi les résultats d'une enquête effectuée auprès des maisons de naissance de Suisse alémanique, qui a permis de décrire la situation actuelle en Suisse, y compris l'expérience de Châtel-St-Denis.

Le guide devrait servir de pense-bête à toute sage-femme intéressée, pour ne rien oublier lorsqu'elle voudra engager des démarches en vue de l'ouverture d'une maison de naissance.

Vous pouvez commander le mémoire accompagné du guide, au prix de Fr. 50.-, port compris, en écrivant à Anne Burkhalter, 1609 Fiaugères, jusqu'au 30 juin 1999.

Ecole Chantepierre, Lausanne

► Treize nouvelles diplômées

Le 25 février dernier, les treize nouvelles diplômées de Chantepierre ont présenté à un public attentif leurs travaux de fin d'études. Nous reviendrons sur quelques-uns des thèmes traités dans un prochain numéro. Sur cette photo, vous reconnaîtrez peut-être une de vos nouvelles collègues:

En arrière-plan, de gauche à droite: Céline Hertzseisen,

Chantal Ludi, Katie Drolet et Sara Rossi; au milieu: Alexandra Reis, Samantha Fiscalini, Ruth Karlen, derrière Antonina Ciacomarra et Barbara Sigrist, cachée par Isabelle Stücki; au premier plan: Marie-Pierre Beck, Christine Dutoit et Ludmilla Martignoni.

Bienvenue mesdames dans le monde merveilleux des sages-femmes diplômées!

Initiative «La santé à un prix abordable»

Signez-la!

Vous trouverez dans ce numéro une formule à signer et à faire signer au sujet de l'initiative populaire «La santé à un prix abordable». Nous vous proposons d'en lire le texte et, cas échéant, de la signer et de la faire signer par vos proches, avant de la renvoyer au comité d'initiative. Merci d'y faire bon accueil.



Jubilé de service de Christine Rieben

► Du bouton à la perle...

En été 1993, notre secrétaire centrale Margrit Fels faisait valoir son droit à la retraite après de longues années de service.

A la recherche de sa succession, une amie commune me recommanda Christine Rieben. Lors d'une première approche, Christine me répondit par une description enthousiaste de son poste d'alors, comme secrétaire de direction dans une fabrique

de boutons, me faisant également l'éloge de son chef du moment. Elle refusa donc mon offre.

Nous nous sommes alors décidés pour une candidate parmi les plus de 100 postulantes. Durant le temps d'essai, nous nous sommes séparées de la personne choisie et la recherche reparti de plus belle. Têtue, je rap-



Gerlinde Michel

pelai ma candidate idéale, Christine. Cette fois, elle se montra intéressée; entre-temps la production de boutons stagnait, l'usine s'apprêtait à fermer. Christine était à la recherche du poste de sa vie et nous d'une secrétaire centrale qui serait fidèle longtemps, longtemps à la FSSF...

Le 1^{er} février 1994, Christine commença à travailler à Berne et développa ses larges

compétences, démontrant son engagement et sa cordialité: nous avons une perle au secrétariat central.

Chère Christine, au nom de tous les anciens et actuels membres du CC, présidentes, collaboratrices et membres de la fédération, je te remercie de tout cœur pour ton engagement sans failles qui a marqué le développement de la FSSF. Nous espérons que tu as vraiment trouvé chez nous le poste de ta vie et nous nous réjouissons de continuer à collaborer avec toi.

Monika Müller-Jakob

Journée internationale de la sage-femme 1999

► «Des soins essentiels et de première qualité»

La journée internationale de la sage-femme de cette année 1999 doit mettre en lumière le travail de qualité accompli par les sages-femmes dans le domaine des soins primaires. Pour cette raison, la devise de cette journée sera: «La mission de la sage-femme: des soins essentiels et de première qualité».

Comme le relève le communiqué de l'ICM à cette occasion, la qualité des soins primaires est hautement per-

tinente dans le travail des sages-femmes, car:

- les soins primaires sont *accessibles* – les sages-femmes travaillent au cœur de leur propre communauté et elles la connaissent: les femmes et les familles, les réseaux, et les lieux dispensant des soins obstétricaux si nécessaire.

- Les soins primaires sont *disponibles* – les sages-femmes sont disponibles 24 heures sur 24, elles doivent (et veulent) l'être, parce que les

problèmes des bébés et des femmes enceintes ne surgissent pas forcément aux heures de bureau.

- Les soins primaires sont *abordables* – les sages-femmes de toutes les cultures se battent pour que leurs services soient abordables pour toutes les femmes.

La mission de la «Confédération internationale des sages-femmes» est la maternité sans risque à travers le monde entier: une réduction massive

du taux épouvantable de 600 000 morts maternelles chaque année. Il est prouvé que si les femmes ont accès à une sage-femme, moins d'entre elles meurent, et plus de bébés survivent en bonne santé, pour contribuer plus tard à faire vivre leur communauté.

Dans bien des pays, l'intervention de la sage-femme peut être une bouée de sauvetage qui sauvera une mère et son bébé d'une cascade de problèmes qui peuvent se déclencher avec une maladie mineure et se terminer en une destruction de la famille.

Canton de Vaud

► Une initiative contre la fermeture de trois maternités

La décision est tombée récemment: les maternités de la Vallée de Joux et de Château-d'Ex sont condamnées, tandis que celle de Moudon est très sérieusement menacée.

Le service de la maternité de Château-d'Ex a déjà fermé à la fin décembre, suite à une décision du comité de l'hôpital, devançant ainsi la décision politique. La salle d'accouchement a été transférée à l'hôpital de Saanen, dans le canton de Berne. Si elles le désirent, les mamans peuvent ensuite être rapatriées à Château-d'Ex pour y passer les quelques jours

post-partum. Une pétition lancée immédiatement contre cette décision a recueilli 1200 signatures en 10 jours. A la Vallée de Joux, la décision du Conseil d'Etat a fait l'effet d'une bombe en février dernier. L'hôpital devra fusionner sa maternité avec celle de St-Loup, réduire nettement son département de chirurgie et réorganiser ses urgences. Le conseiller d'Etat en charge du dossier est pourtant né dans cet hôpital et c'est son propre oncle qui avait été la cheville ouvrière de sa création, en 1934.

Même si la décision n'est pas encore officiellement tombée

à l'heure où nous écrivons ces lignes, l'établissement de Moudon est aussi sérieusement menacé de devenir un centre de traitement et de réadaptation.

Sans attendre, une initiative a été lancée par les membres des trois comités de soutien à ces hôpitaux pour préserver une médecine hospitalière de proximité. L'initiative intitulée «pour des hôpitaux de proximité» propose ainsi de transférer du Conseil d'Etat au Grand Conseil (législatif cantonal) la compétence en matière de zones et de secteurs sanitaires, ainsi que pour l'implan-



tation des établissements sanitaires. Ce changement permettrait de soumettre les décisions au référendum facultatif. Les initiants ont jusqu'au 9 juin prochain pour récolter 12 000 signatures. Vu le soutien d'une bonne partie des habitants des trois régions concernées, voilà qui ne devrait pas être impossible.

Source: «Le Nord Vaudois» des 22 janvier, 12 février, 2 et 10 mars 1999.

En préparant ce dossier sur la naissance normale et en compilant les avis des différentes sages-femmes interrogées, il a bien fallu que je me rende à l'évidence: aucun de nos trois enfants n'a vécu de naissance «normale».



L'aîné se présentait par les pieds; et pour une primipare, les médecins du CHUV ne tergiversaient pas: césarienne programmée avec péridurale; mais c'est un

souvenir ô combien agréable: des médecins et des sages-femmes sympas, un mari attentionné à mes côtés, le tout finissant en apothéose, par le premier échange de regard avec mon petit bonhomme... Et puis, la deuxième fois, tout avait bien commencé... Mais après quelques heures, la fièvre s'est installée; clouée sur le lit, j'ai eu droit au CTG continu, puis, au bout de trois heures de dilatation complète sans progrès, une nouvelle césarienne! D'urgence cette fois et sous anesthésie générale: c'est nettement moins agréable... Mais je garde le souvenir béni de ce milieu de nuit, où, encore un peu «dans les vapes», j'ai pu prendre Ariane dans mes bras pour la première fois. Et puis pour le dernier, l'«accouchement» a été bien différent, puisque nous l'avons adopté. Il est né, semble-t-il, dans la rue et la poussière d'une ville africaine, au milieu des passants.

Mais à chaque fois, le bonheur de prendre pour la première fois son enfant dans ses bras efface les éventuelles difficultés rencontrées. C'est ce qu'il ne faut pas oublier quand on parle de naissance «normale». La normalité n'est pas nécessairement synonyme de bonheur.

F. M.

Quel soins apporter au cours d'un accouchement normal?

C'est la chose la plus naturelle au monde, et pourtant presque chacune d'entre nous a sa propre définition d'un accouchement normal et des soins à y apporter. Les normes varient d'un hôpital à l'autre, d'une sage-femme à l'autre, d'une école à l'autre et, évidemment, d'un pays à l'autre. Partant d'une brochure récemment éditée par l'OMS et d'une enquête que nous avons menée en Suisse, nous avons voulu faire le point.

AU printemps 1996, à l'initiative de l'OMS, six gynécologues et six sages-femmes se sont retrouvés à Genève l'espace d'une semaine pour élaborer des directives pratiques sur les soins à donner au cours d'un accouchement normal. Ces hommes et ces femmes venaient de Gambie, de Tanzanie,

d'Australie, de Suède, de Malaisie et du Chili pour les sages-femmes et de Zambie, d'Inde, des Philippines, du Lesotho, d'Egypte et d'Uruguay pour les gynécologues. C'est dire si le monde entier était ainsi (presque!) représenté.

Qu'est-ce qu'un accouchement normal?

Ces spécialistes se sont mis d'accord pour définir ainsi un accouchement normal:

- Début spontané des contractions
- Risques limités au début des contractions et pendant tout l'accouchement
- Naissance spontanée, présentation occipitale entre la 37^e et la 42^e semaine de grossesse
- Après la naissance, tant la mère que l'enfant sont en bonne santé.

Beaucoup de grossesses à risques finissent par un accouchement normal et les recommandations sont donc aussi valables pour ces femmes.

La philosophie derrière tout ceci est la suivante:

au cours d'une naissance normale, il faut un motif valable pour intervenir dans le cours naturel de l'accouchement.



En cas de naissance normale, l'OMS préconise l'emploi intermittent du bon vieux stéthoscope monaural plutôt que celui du CTG continu.

L'acceptation sans condition de cette philosophie a été la grande force de ce groupe de travail. Elle modifie toute l'approche sur laquelle les soins autour de l'accouchement sont basés. On ne regarde plus la physiologie au travers des lunettes de la pathologie en se disant qu'il faut attendre pour voir si tout va se dérouler normalement. La grossesse et la naissance ne sont pas une maladie, mais au contraire un signe de bonne santé. Naturellement, toutes deux doivent être suivies par des professionnels, mais ce point de vue de départ nous oblige à peser soigneusement le pour et le contre de toute intervention et les anciennes mesures de routine doivent faire partie du passé.

- Un plan individuel, établi avec la femme et son partenaire qui décrit où et avec qui l'accouchement aura lieu. Cela nous semble normal, mais dans bien des pays du monde, on discute de ce thème, qui concerne la santé de la femme, uniquement avec les hommes. Les femmes elles-mêmes ne peuvent prendre aucune décision, ni pour elles, ni pour leurs enfants.
- Un autre point établit que la naissance doit avoir lieu là où cela est possible et sûr. Cette formulation permet ainsi dans nos pays de moduler l'offre. Le lieu sûr et sécurisant sera pour une femme un grand hôpital, pour telle autre une petite

clinique ou une maison de naissance, pour une autre encore sa propre chambre à coucher. Mais cela permet aussi de combattre, dans les pays en voie de développement, les accouchements qui ont lieu à domicile, dans des conditions d'hygiène dangereuses et qui plus est, sans suivi professionnel.

- Une autre recommandation peut à première vue paraître plus technique. Il s'agit de la surveillance fœtale avec auscultation intermittente. Bien des recherches scientifiques ont montré que l'utilisation du CTG n'offre pas d'avantages substantiels pour l'enfant. En cas d'accouchement normal, l'utilisation du bon vieux stéthoscope monaural à intervalles réguliers s'impose. Ce n'est qu'en présence d'une naissance à risques que l'emploi d'un CTG continu est justifiable.
- Cela peut paraître évident, mais le libre choix de la position d'accouchement fait partie de cette catégorie. La position couchée sur le dos pendant la phase de travail et d'expulsion a des inconvénients divers (compression de l'aorte et des veines caves, baisse du débit sanguin, efficacité moindre des contractions). D'autre part, des études ont prouvé que le travail est moins douloureux si la femme peut changer de position, ce qui engendre une demande moindre d'analgésiques.

Quatre catégories de soins

La brochure de l'OMS est divisée en deux parties distinctes; la première partie donne les raisons de la division de la deuxième partie en quatre catégories. Ces quatre catégories de soins sont les suivantes:

- A) les pratiques d'une utilité avérée et devant être encouragées
 - B) les pratiques à l'évidence nuisibles ou inefficaces et devant être éliminées
 - C) les pratiques pour lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander franchement et devant être utilisées avec précaution pendant que les recherches se poursuivent
 - D) les pratiques fréquemment utilisées de manière inappropriée.
- Dans la catégorie A, on a donc recensé les pratiques valables et utiles qu'il s'agit d'encourager. On peut en mentionner quelques-unes:



La position pendant l'accouchement, tout comme pendant le travail, doit être laissée au libre choix de la parturiente.

Un terrain de recherche pour les sages-femmes

Dans la catégorie B, on trouve les pratiques qui sont inefficaces, voire nuisibles et qu'il convient donc d'éliminer. Il y a là bien des mesures de routine qui, au cours des années, se sont installées dans les protocoles des établissements, mais qui n'ont pas d'utilité prouvée. On peut mentionner: le rasage du pubis, le lavement, le toucher rectal ou la pose systématique d'une perfusion. Mais aussi la position gynécologique systématique ou le massage et l'étirement du périnée.

La catégorie C est intéressante, car il faudra encore bien des recherches pour prouver la pertinence ou l'inutilité de ces mesures; il s'agit donc de les utiliser avec précautions pour le moment. Des sages-femmes pourraient très bien en faire des sujets de recherche. Citons par exemple les manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement, le clampage précoce du cordon, la stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines au troisième stade du travail ou les méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail (plantes, bains...).

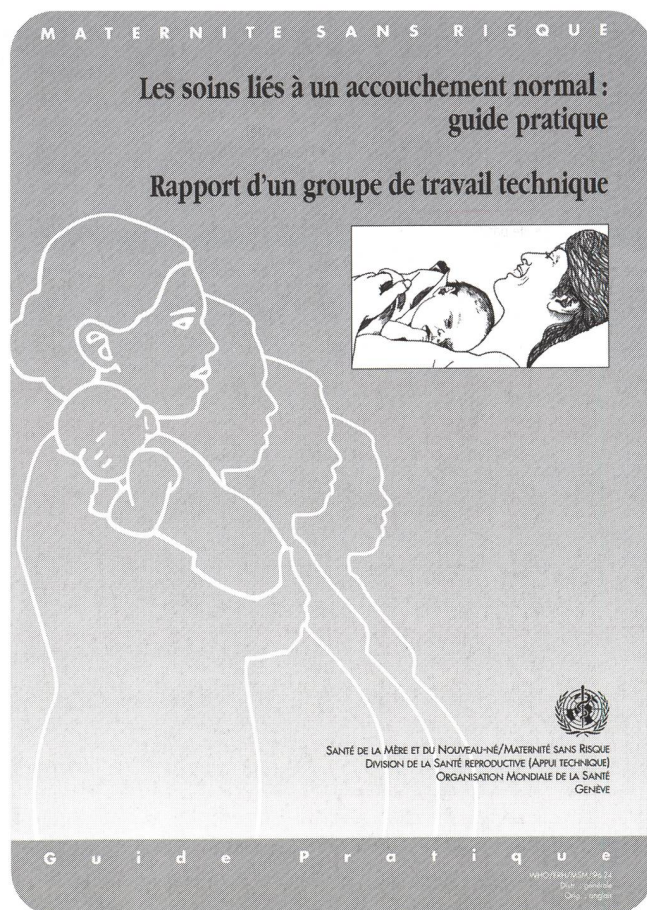
Dans la catégorie D, on trouve les pratiques fréquemment utilisées à tort. Par exemple, dans bien des pays, il est interdit de donner à boire ou à manger à une parturiente. Mais ne rien lui donner à boire ou à manger ne signifie pas nécessairement que son estomac soit vide. D'autre part, la femme a besoin de beaucoup d'énergie pendant le travail et selon la durée de l'accouchement, cette énergie doit lui être apportée du dehors. Dans les pays industrialisés, on résout le problème par une perfusion de glucose, mais cela peut déboucher sur une hyperglycémie de l'enfant, et cela induit une réduction de la

mobilité de la femme, donc une intervention sans indication.

Bien des pratiques et interventions médico-techniques ont un sens en présence d'accouchements à risques. Au cours du temps pourtant, elles ont aussi été incluses dans une naissance normale, sans indication ou évaluation scientifique. L'une d'entre elles est l'anesthésie péridurale, qui est devenue un standard dans bien des pays. On peut se demander si, en présence d'une intervention aussi lourde, on peut encore parler de naissance normale.

Nous avons sélectionné quelques-unes des pratiques de ces quatre catégories et les avons soumises à six sages-femmes de toute la Suisse, exerçant dans des milieux divers. Leurs réponses sont parfois unanimes, parfois bien divergentes. Vous lirez leurs avis dans les pages suivantes. ◀

Sources: Article de Petra ten Hope-Bender, «Die Betreuung der normalen Geburt: eine praktische Anleitung» publié dans la «Deutsche Hebammen Zeitschrift» 12/97 et la brochure de l'OMS «Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique; Rapport d'un groupe de travail», OMS, 1997 pour la version française. On peut commander cette brochure pour le prix de Fr. 10.- auprès de l'OMS, 1211 Genève. Tél. 022 791 21 11, fax 022 791 07 46.



Qu'est-ce qu'une naissance normale?

Cette question, nous

l'avons posée à

six sages-femmes,

exerçant en milieu

hospitalier ou à

domicile, en Romandie

et en Suisse allemande.

Leurs réponses sont

intéressantes:

à vous de juger.

	Sage-femme hospitalière (petit hôpital régional), Romandie	Sage-femme indépendante qui fait des accouchements à domicile, Suisse alémanique	Elève sage-femme, Suisse alémanique	Sage-femme hospitalière, maternité de moyenne importance, Romandie	Sage-femme dans une clinique privée, Suisse alémanique	Sage-femme hospitalière (hôpital universitaire), Suisse alémanique
Énumérez 5 critères correspondant à une naissance normale	<ul style="list-style-type: none"> • Contractions régulières et efficaces • Dilatation régulière • Accouchement à terme • Pas de souffrance fœtale • Bonne coopération SF-mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme en bonne santé • Enfant en position normale • Enfant en bonne santé • Bonne disposition de la femme, du couple • Le cadre temporel doit être tenu (naissance à terme, déroulement sans épuisement de la patiente...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme en bonne santé, nourrie sainement • Enfant à terme (37–42 semaines de grossesse) • Grossesse sans problèmes (contractions, saignements...) • Naissance sans médication, forceps, vacuum • Présence d'autres spécialistes pas nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme à terme • Contractions utérines spontanées • Contractions efficaces jusqu'à dilatation et progression • Délivrance spontanée • Bonne santé fœtale 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme à terme, va bien • CTG normal • Présentation par la tête • Contractions efficaces, bonne progression 	<ul style="list-style-type: none"> • 37–42 semaines de grossesse • Pas de malformation de l'enfant qu'une naissance spontanée pourrait mettre en danger • Figó score > 7 • Femme en bonne santé • Poids de l'enfant entre 10 et 90 percentile
Une femme à terme a des contractions irrégulières, douloureuses, mais inefficaces. Que faire pour que l'accouchement puisse commencer normalement?	<ul style="list-style-type: none"> • Dépend du temps à disposition • Bain • Antalgique • Arrêter le faux travail • Relâcher l'utérus et attendre, arrêter les contractions • Faire se reposer la patiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue avec la femme, créer confiance • Bain aromatique • Massage • Mobilisation, promenade • Év. clarification de la relation du couple • Homéopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue, souligner normalité de la situation, patience • Rester à la maison, tant que la femme s'y sent bien • Jeûne et thé de cynorrhodon sans sucre • Mouvements 	<ul style="list-style-type: none"> • Bain (à la maison) • Marche • Tisane • Homéopathie • Suppositoire Supodol® • Si plusieurs nuits blanches Sypadal® + 2 cp Gynipral® 	<ul style="list-style-type: none"> • Bain chaud • Jeûne (solide), mais boire thé et eau • Lavement (hôpital) • Stimulation des seins • Si la femme veut un suppositoire pour diminuer douleurs, elle le peut 	<ul style="list-style-type: none"> • Bain • Massage • Mobilité, pour que la femme se sente bien (promenade, douche, balle) • Lavement
Une femme arrive, avec une rupture de la poche des eaux. Quelles mesures prendre, pour que l'accouchement puisse commencer normalement?	<ul style="list-style-type: none"> • Observer la couleur du liquide: si teinté: faire accoucher • Selon livres, on a 48 heures avant le travail • Attendre et surveiller signes infectieux chez enfant et mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Attendre • Après environ 12 heures, information sur déroulement possible • Demander à la parturiente: de quoi as-tu besoin? • Selon ses besoins, après 12 heures: thé, acupuncture, bain de pieds au romarin, détente et visualisation, mobilisation, atmosphère tranquille à la maison • Enlever la pression 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavement • Homéopathie • Thé pour déclencher contractions (poivre, cannelle, cardamome) • Mouvements 	<ul style="list-style-type: none"> • Patience • Attente • Collations • Bonne hydratation (2–3 l/jour) • Alternance mobilisation/repos • Ballon • Thé (sauge) • Contrôle température • CRP • Très peu de toucher vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Attendre jusqu'à 24 heures • Lavement • Si pas de succès, penser à déclencher l'accouchement par voie médicamenteuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Attendre 24 heures que les contractions arrivent, avant de faire quelque chose • Mouvement • Homéopathie • Si déclenchement nécessaire, essayer avec un lavement, avant de mettre en œuvre les médicaments
Une femme au début de la période d'ouverture. Elle a des contractions. Quelles mesures prendre pour que l'accouchement se déroule normalement?	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser aller • Antalgique: Dolantine, Buscopen • Baignoire • Laisser marcher • Lit, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner à la femme l'espace dont elle a besoin pour accoucher • Faire confiance, renforcer la confiance e soi • Se retirer un peu ou être présente • Attendre 	<ul style="list-style-type: none"> • Bain • Massage, enveloppement • Massage de la zone réflexe • Présence, dialogue, participation, humour 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation libre • Ballon • Bain (huiles essentielles) • Massages • Réflexothérapie lombaire • Boissons et collations selon envie 	<ul style="list-style-type: none"> • La femme peut faire ce qu'elle veut • Bain chaud • Différentes positions possibles • Massage à l'huile de Calandula 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité, montrer différentes positions, encourager à bouger • Massage • Prouver à la femme qu'elle a les capacités et les ressources pour donner naissance à son enfant (empathie)
Une femme, ouverture à 3 cm. Quelles mesures prendre pour qu'elle puisse accoucher normalement, dans les meilleures conditions?	<ul style="list-style-type: none"> • Baignoire • Marcher • La laisser faire ce qu'elle veut/peut; surveiller • Discuter de la position pour accoucher 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la confiance en soi • Confirmations positives • Sentir les besoins • Céder du terrain par soutien du partenaire • Soutien par toucher, encouragement, présence • Changements de position 	<ul style="list-style-type: none"> • Conforter la femme que tout est OK • Si crise, épuisement, peurs: motiver, encourager • Changer de ton: de participante et accompagnante à motivante et stimulante • Désigner l'objectif et les progrès • Être attentive, observer 	<ul style="list-style-type: none"> • Bain • Mobilisation libre, changements de position • Favoriser la verticalité (assis, accroupi, debout, etc.) • Boissons selon envies • Expression libre (ras-le-bol, agressivité) • Présence de la sage-femme (relation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance: quelqu'un est là! • Lampe odorante au romarin • Bain de pieds au romarin • Préparation du périnée (compresses d'huile ou de café noir) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité, changements de position, femme doit pouvoir choisir • Encourager • En tant que SF, se distancier des douleurs de la femme pour l'accompagner activement dans ses contractions • Calme, la salle d'accouchement doit être un espace protégé
Phase d'expulsion: quelles mesures prendre ici?	<ul style="list-style-type: none"> • Voie veineuse • Préparer accouchement: matériel • Savoir comment la femme veut accoucher • Rester calme • Si sur vulve: poussées actives; si plus haut: laisser descendre, attendre qu'elle ait envie de pousser 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir réponses question précédente • Prêter la plus haute attention, calme, garder capacité de jugement • Présence par contact visuel, réponses très claires 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas restreindre le temps, tant que l'enfant est OK • Position verticale • Ton court et clair, pas trop de mots • Attention, comme au point précédent • Év. massage des zones réflexes 	<ul style="list-style-type: none"> • Compresses chaudes (périnée) • Patience, attendre le réflexe de poussée • Laisser la femme pousser comme elle le sent • Choix de la position • Favoriser la verticalité (gravité) • Favoriser la bonne oxygénation du bébé entre les contractions (respiration) 	<ul style="list-style-type: none"> • La mère pousse quand elle le sent, pas trop tôt • Différentes positions d'accouchement: à quatre pattes, dans la baignoire, sur le lit (qui offre de nombreuses possibilités aussi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Position corporelle optimale: éviter lordose • Attendre réflexe de poussée • Si réflexe de poussée précède: changement de position
Période placentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter toucher • Attendre jusqu'à une heure • Surveiller saignement 	<ul style="list-style-type: none"> • Attendre • Mettre l'enfant au sein, s'il le veut • Mobiliser éventuellement • Après une heure, faire sentir de la sauge de muscat • Synthocinon si gros enfant, long accouchement, ou antécédents avec saignement 	<ul style="list-style-type: none"> • Tant que perte de sang tolérable: retenue, pas de traction sur le cordon • Mettre l'enfant au sein • Infusion de plantes • Homéopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Où je travaille: <ol style="list-style-type: none"> 1. cinq unités Syntocinon dès la naissance du bébé 2. traction cordon 3. après 30 minutes: piston puis délivrance artificielle • Evaluation si décollement, saignements • Favoriser la première tétée • Vider le cordon (parfois) 	<ul style="list-style-type: none"> • Attendre la délivrance, en contrôlant. Pas de traction sur le cordon, pas de manipulation dans l'utérus • Mettre l'enfant au sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Vessie doit être vide • Laisser du temps • Comresse de glace • Mettre l'enfant au sein • Laisser la femme s'asseoir, éventuellement se lever
Quelles mesures prenez-vous pour que l'enfant ait un aussi bon début dans la vie que possible?	<ul style="list-style-type: none"> • L'essuyer, pour qu'il n'ait pas froid • Le mettre sur le ventre de la mère • Lui laisser le temps 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de mesures spéciales, s'orienter selon les besoins de la mère et de l'enfant • Le saluer • Le sécher • Le mettre au sein • Laisser la femme décider du moment où elle veut prendre l'enfant • Garder l'enfant au chaud 	<ul style="list-style-type: none"> • Calme, pas de bruit, éviter le stress • Garder l'enfant au chaud • Aussi vite que possible, contact corporel avec la mère • Rester attentive 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à une atmosphère calme, chaude, intime • Si désir de la mère: la laisser dégager son bébé • Enfant sur le ventre de la mère selon désir • Favoriser le réflexe de fouissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécher l'enfant • Veiller à ce qu'il n'ait pas froid • Lumière tamisée • Sur le ventre ou dans les bras de la mère • Encourager la mère à mettre l'enfant au sein immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Atmosphère paisible dans la salle • Chaleur • Contact peau à peau avec la mère • Ne pas couper immédiatement le cordon • Si possible, mettre l'enfant au sein • Ne pas baigner l'enfant tout de suite

Feriez-vous les gestes suivants au cours d'un accouchement normal?

	Recommandations selon la brochure de l'OMS	Sage-femme hospitalière (petit hôpital régional), Romandie	Sage-femme indépendante qui fait des accouchements à domicile, Suisse alémanique	Elève sage-femme, Suisse alémanique	Sage-femme hospitalière, maternité de moyenne importance, grande ville de Romandie	Sage-femme dans une clinique privée, Suisse alémanique	Sage-femme hospitalière (hôpital universitaire), Suisse alémanique
Lavement	• Non	• Non	• Non	• Oui, mais ce n'est pas un acte de routine	• Non	• Non	• Oui
Rasage du pubis	• Non	• Non	• Non	• Non	• Non	• Non	• Oui (un peu)
Pose d'un venflon	• Non	• Oui, sécurité	• Non, uniquement si antécédents (saignements lors de la dernière naissance)	• A l'hôpital oui. Sinon, seulement en cas d'indication (perte de sang)	• Oui (ordre de service)	• Oui	• Oui, à mon lieu de travail
Perfusion	• Non	Pratique, mais pas nécessairement	• Non	• Non	• Non	• Non	• Non
Massage du périnée	• Non	• Non	• Non	• Non, mais en guise de préparation à la naissance: oui	• Pas d'office	• Oui	• Oui, lors de la préparation à la naissance
Synthocinon ou autre médication durant la période placentaire	• Non	• Non	• Non, ce n'est pas un acte de routine	• Non; mais homéopathie et infusion de plantes, oui	• Oui (ordre de service)	• Oui	• Oui. A mon lieu de travail, on le fait systématiquement
Méthodes analgésiques non pharmaceutiques pendant le travail comme bain, huiles, plantes, etc.	• Etudes encore nécessaires (catégorie C)	• Pas utilisé, mais si la femme veut utiliser ces méthodes, elle le peut	• Selon besoins et désirs	• Oui	• Oui (bain aux huiles essentielles, réflexothérapie, ballon, etc.)	• Oui	• Oui
Soutien du périnée	• Etudes encore nécessaires (catégorie C)	• Oui, modérer la sortie. Préfère couper que laisser déchirer, mais pas forcément épisiotomie	• Selon situation	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui, je peux ainsi évaluer la vitesse moyenne de la tête
Manipulation active de l'enfant pendant l'expulsion (dégagement des épaules...)	• Etudes encore nécessaires (catégorie C)	• Oui, oriente la sortie de la tête et la soutient seulement	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui	• Non, pas nécessaire lors d'une naissance normale
Section précoce du cordon	• Etudes encore nécessaires (catégorie C)	• Oui, car le médecin veut en mesurer le pH	• Non	• Non	• Oui (ordre de service, mais n'y est pas favorable)	• Non	• Non
Stimulation des mamelons pendant la période placentaire	• Etudes encore nécessaires (catégorie C)	• Oui, ça peut marcher	• Non	• Oui	• Oui, selon les cas	• Oui	• Non, cela peut aussi être atteint par la mise de l'enfant au sein
Anesthésie péridurale	• Non	• Non; si tout va bien, ce n'est pas nécessaire	• Pas possible à domicile	• Non	• Non, mais la demande est énorme en Suisse romande...	• Oui	• Oui, si elle est faite de manière ciblée; par ex. naissance...
CTG	• Non	• Oui	• Non	• A l'hôpital, oui; à domicile, non	• Oui, env. 20 min/heure	• Oui	• Oui
Episiotomie	• Non	• Cela dépend	• Oui, si diminution des battements du cœur ou liquide amniotique teinté ou si femme épuisée	• Non, uniquement si besoin	• Non	• Oui	• Non, seulement en cas d'indications contraignantes ou sur demande de la femme
Manger et boire pendant l'accouchement	• Oui	• Boire: oui. Manger: non, cela provoque des nausées	• Oui, autorégulation	• Oui	• Oui, selon désir de la femme: normal et logique	• Oui	• Oui, mais modérément; à ma place de travail, les femmes restent à jeun
Libre choix de la position d'accouchement	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui
Port de gants lors du toucher vaginal	• Oui	• Oui (avec de grands yeux étonnés)	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui	• Oui

La rédaction remercie Barbara Fähr Vljakovic, Isabelle Buholzer, Inge Loos, Regina Rohrer, Theres Salvisberg et Inge Werner pour la mise au point du questionnaire et la réalisation des interviews.