

Nach sechs Wochen bin ich wieder fit - dachte ich

Autor(en): **Loos, Inge**

Objektyp: **Article**

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): **98 (2000)**

Heft 1

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950751>

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.

EDITORIAL

Die «Schweizer Hebamme» feiert den Einstieg ins neue Jahrtausend mit einer sanft erneuerten Titelseite! Unser Grafiker Manfred Kerschbaumer bewertete die Aufgabe als nicht gerade einfach: Integration des vierten – romanischen – Titels



im Zeichen der Gleichstellung aller unserer Landessprachen, und dann noch Integration des neuen Verbandslogos in eine Titelgestaltung, die sich während der vergangenen drei Jahre

bewährt hat... Wir finden, die Neugestaltung ist sehr gelungen – wir hoffen, dass sie auch Ihnen gefällt! Die erste Nummer des neuen Jahres schlägt thematisch eine Brücke zwischen der letzten Altjahresnummer und der kommenden Februar-Nummer: Das Thema Gesundheitsförderung steht im Zentrum dieser Kontinuität. Vom rein theoretischen Ansatz im Zeichen einer zukunftsgerichteten Gesundheitsdefinition im Dezember bieten wir in dieser Ausgabe eine zusammenfassende Analyse der Gesundheitsgefährdung nach der Geburt. Auffallend ist, dass diese Frage Forscherinnen und Forscher erst seit wenigen Jahren wirklich interessiert. Die Resultate vieler Untersuchungen zeigen denn auch ein klares Bild: Weit mehr Frauen als angenommen leiden teilweise noch Monate nach einer Geburt unter vielfältigen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Hier tut sich gerade für Hebammen ein wichtiges Handlungsgebiet auf, senkt doch eine gute Beratung und Betreuung vor, während und nach der Geburt erwiesenermassen die Pathologierate. In der Februar-Nummer werden wir das Thema unter dem Signum Prävention und Therapie weiterführen: Beckenbodenpflege und Rückbildung als konkreter Handlungsansatz für Hebammen, um die postpartale Gesundheit der Frau zu fördern.

Gelinde Michel

Frauengesundheit nach der Geburt

Nach sechs Wochen
bin ich wieder

Wie gesund sind Mütter nach einer Geburt? Dieser Frage wird erst seit wenigen Jahren intensiver nachgegangen. Sowohl Fachleute als auch viele Frauen glauben, dass sich mit dem Ende des Wochenbetts das strahlende Mutter- und Familienglück voll entfalten kann. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass sehr oft das Gegenteil der Fall ist.

Inge Loos

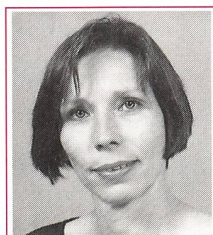
SECHS Wochen nach einer Geburt sollten Nahtbeschwerden und Hämorrhoiden verschwunden sein, Gebärmutter und Beckenboden wieder am rechten Fleck liegen und auch das Stillen bestens funktionieren. Ein zentrales Thema der Nachuntersuchung ist die Kontrazeption, damit die Frau nun auch wieder ohne Bedenken als Sexualpartnerin verfügbar ist. Im Zentrum der medizinischen und mütterlichen Fürsorge steht fortan die Gesundheit des Kindes. Dieser Fokus lässt Beschwerden und Erkrankungen der Frauen in den Hintergrund treten, die Monate und zum Teil noch Jahre nach der Geburt ihre Gesundheit, Wohlbefinden und das alltägliche Leben beeinträchtigen.

In der Untersuchung von *Brown und Lumley* (1998) klagten 94 Prozent der Frauen noch sieben Monate nach einer Termingeburt über Gesundheitsprobleme. Nach eineinhalb Jahren fand *Glazener* (1995) in ihrer Studie noch bei 76 Prozent der Frauen Beschwerden. Die häufigsten Probleme

nach dieser Zeit sind Müdigkeit, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, sexuelle Probleme, Hämorrhoiden, Dammschmerzen, depressive Verstimmungen und Mastitis [3, 6, 7]. Obwohl die Frauen während der ersten sechs Monate nach der Geburt relativ oft zum Arzt gehen, sprechen sie ihre Probleme nicht an. Viele suchen Rat und Hilfe in der Familie oder bei Freunden, und einige verschweigen sie völlig [3].

«**Sie haben mich gut auf die Geburt vorbereitet ... aber sie sagten mir nichts über die Zeit danach... und dann steckst du drin!**» (2)

Verschiedene Untersuchungen zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen Geburtsverlauf, geburtshilflichen Interventionen und dem Auftreten von Beschwerden [2, 4, 7–10]. Aber auch nach sogenannten komplikationslosen Geburten ist die gesundheitliche Beeinträchtigung der Frauen erstaunlich hoch. Welche Beschwerden können dann wie lange nach der Geburt als normal angesehen werden? Und inwieweit können langfristige mütterliche Erkrankungen durch eine gezielte Gesundheitsfürsorge vor, während und nach der Geburt reduziert werden?



Inge Loos, Mitglied der Redaktionskommission, arbeitet als Hebamme (Höfa 1) auf der Schwangerenstation der Frauenklinik Inselspital Bern.

it

– dachte ich

Müdigkeit

nach der Geburt ist weit verbreitet; nach 18 Monaten wird die Häufigkeit zwischen 40 bis 70 Prozent angegeben [3, 6, 7, 9]. Die Frauen begründen sie mit der Versorgung des Kindes. Suchen sie medizinische Hilfe, werden ihnen in der Regel Eisen oder Antidepressiva verschrieben [6]. Die Vermutung, dass Mehrgebärende müder sein müssten als Erstgebärende, hat sich nicht bestätigt. In der Untersuchung von *Abitol* (1996) berichten nach 18 Monaten 90 Prozent der Frauen mit einer protrahierten schweren Spontangeburt, 65 Prozent mit Notfallsectio nach protrahierter Geburt und im Vergleich dazu nur 36 Prozent der Frauen mit normaler Vaginalgeburt über Schlafstörungen oder Müdigkeit. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Erschöpfung nach einer schweren Geburt eine Erholungsphase erfordert, welche über die Wochenbett- und Mutterschutzzeit weit hinaus geht. Auch bei alleinstehenden Müttern, Zwillingmüttern und älteren Erstgebärenden wurde Müdigkeit häufiger festgestellt [1]. Andere Beschwerden wie Rücken oder Dammschmerzen und auch das Gefühl, bei der Geburt versagt zu haben, sind fördernde Faktoren. Müdigkeit hat von allen Beschwerden den grössten Einfluss auf die Aktivitäten [6]. Entwickelt sich dabei das Gefühl, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können, vermindert sich das Selbstbewusstsein. Anhaltende Müdigkeit wirkt sich auf die Partnerschaft und das Sozialleben aus. Sie mündet nicht selten in eine Depression.

Rückenschmerzen

im unteren Wirbelsäulenbereich gehören zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen in westlichen

Industrieländern. In Schweden sind sie Hauptgrund für Krankschreibungen während der Schwangerschaft [10]. Sechs bis sieben Monate nach der Geburt klagen 20–46 Prozent aller Frauen darüber [3, 6, 7] und nach eineinhalb

Jahren noch 30 Prozent [9]. Frauen, die bereits während der Schwangerschaft an Rückenschmerzen litten, haben auch nach der Geburt ein hohes Risiko dafür [10–12], obwohl die angenommenen Ursachen, wie die hormonell bedingte Auflockerung des Iliosacralgelenks und der Symphysenfuge dann nicht mehr wirksam sein können. Frauen, die bereits vor der Geburt über Rückenprobleme klagten, litten nach der Geburt unter wesentlich stärkeren Schmerzen [10–12]. Das Risiko für Rückenschmerzen ist bei Frauen mit einem Neugeborenen über 4000 g und Erstgebärenden unter 21 Jahren besonders hoch [3, 11]. In den ersten acht Wochen nach einem Kaiserschnitt kommen Rückenschmerzen häufiger vor [7]. Eine hochsignifikante Beziehung stellte *Abitol* (1996) zu einem protrahierten schweren Geburtsverlauf fest, unabhängig davon ob spontan oder per Sectio geboren wurde.

In der Allgemeinmedizin werden Stress oder Überlastung als mögliche

Irmgard Hummler



Sechs Wochen nach der Geburt sollten Nachtschmerzen und Hämorrhoiden verschwunden sein...

Gründe für Rückenschmerzen nicht mehr gelehrt. In der Geburtshilfe muss sich diese Erkenntnis noch durchsetzen. Rückenschmerzen schränken die Aktivität ein, führen zu Arbeitsunfähigkeit und können einen chronischen Verlauf nehmen.

Urininkontinenz

wird von den meisten Frauen als normale Folge der Geburt angesehen [6], sie reden nicht darüber, die wenigsten suchen deswegen medizinische Hilfe und folglich werden wenige Frauen auch deswegen behandelt [6, 7]. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass ein Viertel der inkontinenten Frauen

«Ich hatte so starke Schmerzen. Geschlechtsverkehr war nicht unbedingt das Problem... es war, wissen Sie, der Stuhlgang... Es waren quälende Schmerzen... und das kombiniert mit einer Episiotomie.» (2)

bis zu drei Jahre nach der Geburt Vorlagen tragen [6]. Dabei ist diese Erkrankung bestens untersucht. Das Vorkommen von Inkontinenz wird zwischen 6 bis 34 Prozent angegeben [3]. Die Stärke des Symptoms zeigt ein breites Spektrum. Nach operativer vaginaler Entbindung besteht ein doppelt so hohes Risiko für Urininkontinenz, verglichen mit Spontangeburt [3]. Sie tritt, ähnlich der Stuhlinkontinenz (siehe S. 10), häufiger auf nach prolongierten Geburten [3, 9], bei Kindern mit einem Geburtsgewicht über 4000 g [3] und bei Frauen mit Bindegewebschwäche. Urininkontinenz im Wochenbett ist nicht normal! Bleibt sie unbehandelt, kann sich das Problem im Alter verschärfen.

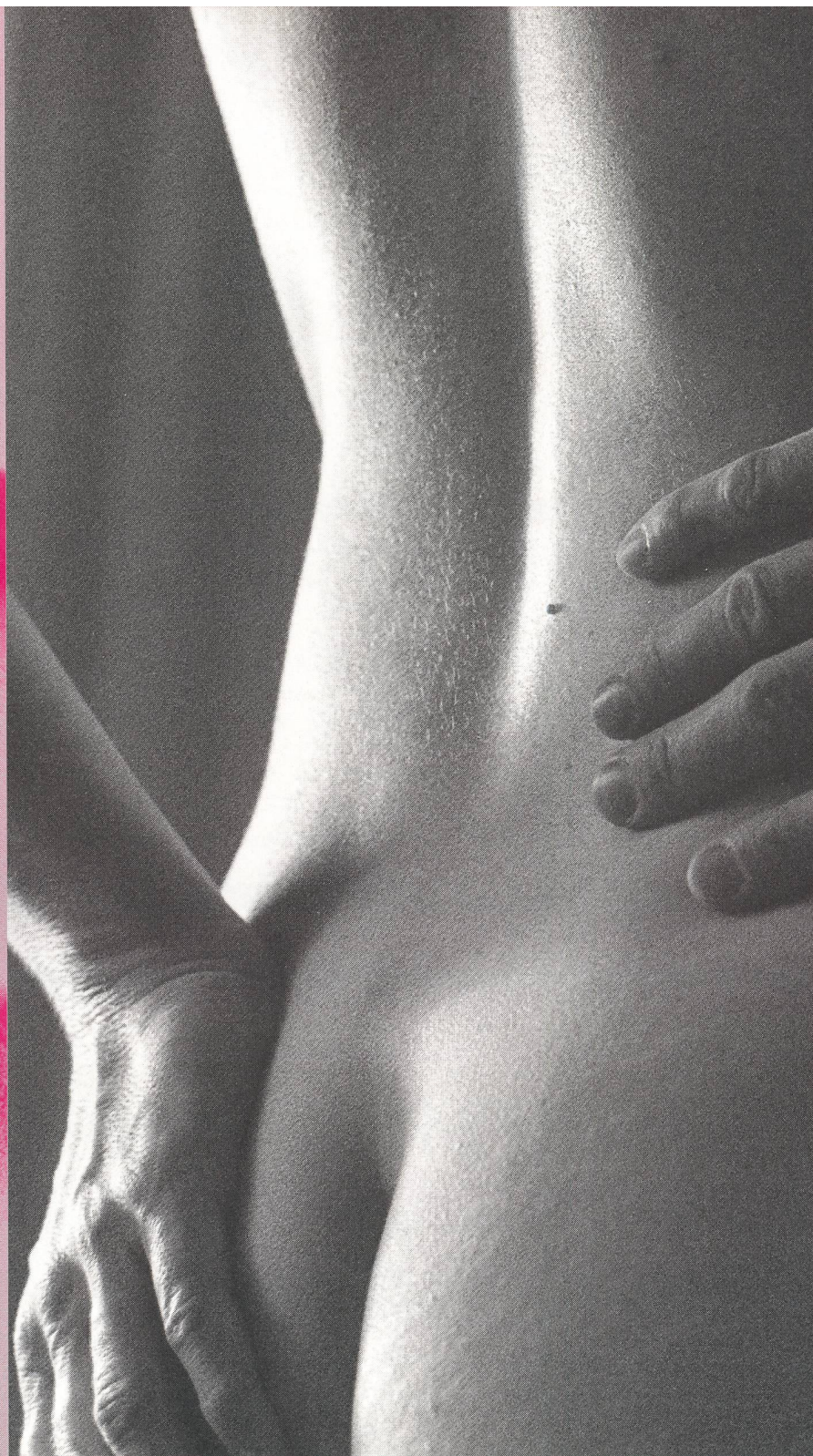
Über Dammschmerzen

klagten 21 Prozent der Frauen in der Untersuchung von Stephanie Brown und Judith Lumley (1998) sechs bis sieben Monate nach der Geburt. Bei Glazener (1995) erwähnten noch 10 Prozent bis 18 Monate danach Dammschmerzen. Sie treten häufiger bei Erstgebärenden auf und bei Frauen, deren Wehentätigkeit länger als sechs Stunden dauert. Abitol (1996) fand noch nach 18 Monaten einen signifikanten

Zusammenhang zwischen Schmerzen bei vaginaler Untersuchung und protrahiertem Geburtsverlauf (> 12 Stunden Wehen), unabhängig davon, ob spontan oder per Sectio geboren wurde. Diese Gruppe von Frauen klagte auch bedeutend häufiger über ein «Schweregefühl» im Becken. Assistierte vaginale Entbindungen (VE, Forceps) haben eine deutliche Beziehung zu Dammschmerzen [3, 7]. Verglichen mit genähten Rissen treten nach einer Episiotomie doppelt so häufig Dammschmer-

zen auf [3]. Weniger als ein Prozent der Frauen mit einem intakten Damm leiden darunter, verglichen mit 21 Prozent der Frauen, deren Dammriss nicht genäht wurde [3]. Ob eine Episiotomie noch längere Zeit Beschwerden macht, ist auch abhängig von der Kunstfertigkeit der oder des Nähenden [8] und dem verwendeten Nahtmaterial [7]. Sultan (1997) fordert, dass Dammschnitte nur durchgeführt werden, wenn eine Indikation dafür besteht. Dammschmerzen schränken die Bewegungsfähigkeit ein,

... doch viele Frauen leiden noch monatelang unter Beschwerden wie Rückenschmerzen, Müdigkeit, Urininkontinenz und Dammschmerzen.



erschweren den Stuhlgang und beeinflussen das Sexualverhalten.

Sexuelle Probleme

erwähnen zwischen 26 und 35 Prozent der Frauen [3, 9]. Als Ursache gilt in der Regel die hormonelle Situation im Wochenbett. Aber weder für tiefe Östrogen- oder Androgenspiegel (trockenere Vaginalhaut) [8] noch für das Stillen [17] liess sich nachweisen, dass sie das Sexualverhalten der Frauen negativ beeinflussen. Brown und Lumley (1998) stellten sexuelle Probleme häufiger bei Erstgebärenden und nach Episiotomien fest. Frauen mit einer operativen Vaginalentbindung hatten ein doppelt so hohes Risiko dafür, verglichen mit Spontangeburt [3]. Abitol (1996) fand eineinhalb Jahre nach einer geplanten Sectio fast keine sexuellen Beschwerden. Sie waren relativ häufig nach einer normalen Geburt (28,6 Prozent) und nach Notfallsectio (26,7 Prozent), am häufigsten jedoch nach einer protrahierten vaginalen Geburt (51,8 Prozent). Als Beschwerden wurden Libidoverlust oder Angst vor Schmerzen beim Geschlechtsverkehr angeführt. Die Standardbegründung der Frauen war jedoch, dass sie zu müde seien, um sich auf den Sexualakt zu konzentrieren [9]. In der Untersuchung von Kline et al. (1998) berichten die Frauen über Partnerkonflikte wegen (fehlender) sexueller Aktivität, die zu Beziehungsproblemen führten.

Die Depression

gehört zu den gut untersuchten Erkrankungen nach der Geburt, sie wird jedoch selten diagnostiziert und behandelt. Ihr Vorkommen wird zwischen 10 und 21 Prozent angegeben [3, 7, 13]. Individualpsychologische und sozioökonomische Faktoren sollen für die Entstehung verantwortlich sein. Zusammenhänge mit dem Geburtsverlauf konnten nicht nachgewiesen werden. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass in den industrialisierten Ländern viele Frauen von dieser Erkrankung betroffen sind. Die meisten Frauen gehen davon aus, dass sie eine normale Reaktion auf die Geburt sei.

Brown und Lumley (1998) fanden keinen Zusammenhang zwischen Depression und Geburtsverlauf, sie stellten aber fest, dass Frauen mit einer Wehentätigkeit von über 12 Stunden nach sechs bis sieben Monaten die Geburt ihres Kindes häufiger wieder erleben als Frauen mit einer kürzeren Wehentätig-

keit. In der Untersuchung von Abitol et al. (1996) gaben 42 Prozent aller Frauen an, mit der Erinnerung an die Geburt negative Gefühle zu verbinden. Nach 18 Monaten wiesen fast ein Viertel der Frauen jeglichen Gedanken an eine weitere Schwangerschaft von sich und begründeten dies mit der vorangegangenen negativen Geburtserfahrung. In einer sehr interessanten Untersuchung zeigen Tina Lavender et al. (1998), dass Frauen, die vor der Entlassung aus dem Spital mit einer Hebamme ein Interventionsgespräch führen konnten, drei Wochen nach der Geburt signifikant weniger ängstlich und depressiv waren, verglichen mit Frauen ohne eine solche Intervention. Inhalt der Intervention war Zuhören, Unterstützen, Beraten, Verstehen und Erklären. Lavender et al. gehen davon aus, dass diese Gespräche die Frauen dazu befähigen, psychologische Unterstützung anzunehmen. Dadurch werden Angst und Depression erkannt und reduziert.

Post-traumatische Stresserkrankungen (PTSD)

werden erst seit Mitte der neunziger Jahre im Zusammenhang mit der Geburt untersucht, vorwiegend im anglo-amerikanischen Raum [13, 14, 18–21]. Ihre Verbreitung ist noch nicht bekannt. Nach der allgemeinen Definition können PTSD nach einem traumatischen Ereignis auftreten, durch das eine Person ihr Leben gefährdet fühlte, durch das ihr selbst oder anderen Schaden zugefügt wurde. Die Reaktion darauf ist mit intensiver Angst und Hilflosigkeit verbunden. Symptome des PTSD sind Gedanken und Bilder, die sich ins Bewusstsein drängen, Alpträume, Übervorsichtigkeit, erhöhte Erregbarkeit und eine Dauer von mehr als einem Monat [18]. PTSD kann neben und unabhängig von einer postpartalen Depression auftreten. Lyons (1998) fand in ihrer Untersuchung eine kleine Gruppe von Frauen, die nach einer Geburt PTSD-Symptome zeigte. Frauen, die unerwartete medizinische Interventionen erlebten, eine Epiduralanästhesie erhalten hatten und die eingeleitet wurden, hatten mehr PTSD-Symptome. Weniger Symptome zeigten Frauen mit höherem sozio-ökonomischem Status und Frauen, die gut von ihren Familien unterstützt wurden. Allen (1998) untersuchte 10 Monate nach der Geburt Frauen, die ihre Wehentätigkeit als traumatische Erfahrung erlebt hatten. Schmerzen, zurückliegende Erfahrungen und

der Glaube, dass ihr Kind Schaden nehme, führten zu einem Gefühl von Selbstkontrollverlust. Dieses Gefühl wurde durch die fehlende praktische und emotionale Unterstützung von Personal und Partner aufrechterhalten.

Alle bisher erwähnten Studien untersuchten Frauen, die am Termin ein gesundes Kind geboren hatten. Die Morbiditätsrate nach Kindstod, Frühgeburt oder bei kindlichen Erkrankungen liegt wesentlich höher.

Postpartale Gesundheitsförderung beginnt während der Schwangerschaft

Die Untersuchung von Oakley et al. (1990) zeigt unmissverständlich, dass Beratung und soziale Unterstützung während der Schwangerschaft die Rate pathologischer Geburtsverläufe [15] und damit die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen nach der Geburt reduziert. Junge Erstgebärende und Vielgebärende zeigen eine hohe Morbiditätsrate. Durch die Zusammenarbeit mit Sozialarbeiterinnen kann für sie schon während der Schwangerschaft entlastende Unterstützung organisiert werden. Beziehungsprobleme und depressive Verstimmungen zeigen sich schon vor der Geburt. Sie können frühzeitig besprochen und wenn nötig mit professioneller Hilfe aufgearbeitet werden. Ob schwere körperliche Arbeit, psychische Belastungen oder statische Probleme (Mehrlingsschwangerschaften) Rückenprobleme verursachen, lässt sich feststellen und in jedem Fall behandeln. Eine ganzheitliche Betreuung der Frauen kommt nicht ohne interdisziplinäre Arbeit aus. Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Physiotherapeutinnen, Asylstellen, Fürsorgerinnen und nicht zuletzt Übersetzerinnen können äusserst hilfreich in die Betreuung einbezogen werden.

«Denken Sie, dass ich eines Tages wieder Geschlechtsverkehr ohne Schmerzen haben kann?» (2)

Das Gespräch mit einer Fachperson ist die primäre Form sozialer Unterstützung, und die Hebamme ist die dafür ausgebildete Person. Leider ist die Begleitung durch Hebammen während der Schwangerschaft in der Schweiz keine Selbstverständlichkeit, denn im Vordergrund steht das medizinische Screening. Die wenigsten Frauen wis-

sen, dass ihnen eine Hebammenbetreuung zusteht, dass sie nicht primär zwischen Arzt/Ärztin und Hebamme wählen müssen. Insbesondere Schwangere, bei denen Komplikationen auftreten, sollten von Hebammen betreut und beraten werden, damit die Angst um das Kind, vor den körperlichen Vorgängen und die Angst vor der Geburt bearbeitet werden kann. Die Geburtsvorbereitung ersetzt nicht die psycho-soziale Einzelberatung. Sie liefert aber wertvolle Informationen und wird von den Frauen sehr geschätzt [16]. Nach wie vor kommen nicht alle Frauen in den Genuss einer Geburtsvorbereitung. Ausländerinnen sind davon am stärksten betroffen. In Basel wurde eine kleine Geburtsvorbereitungsbroschüre für Tamilinnen übersetzt [22], ein möglicher Weg, über den zum Beispiel die Angst vor der Geburt in einem fremden Land angesprochen werden kann.

Während der Geburt

Der Geburtsverlauf beeinflusst das Vorkommen von postpartalen mütterlichen Erkrankungen. Evidenzbasierte Untersuchungen [16] haben dazu beigetragen, dass viele ineffektive und schädliche geburtshilfliche Massnahmen aufgegeben wurden (z.B. Routineeinleitung am Termin), dadurch liess sich die Pathologierate senken. Von einer kon-

sequenten Umsetzung der evidenzbasierten Medizin kann aber noch nicht die Rede sein. Strittige Dauerthemen sind zum Beispiel die Routineepisiotomie, der Einsatz der Periduralanästhesie oder wann ein Geburtsverlauf als protrahiert beurteilt und therapiert werden sollte. Einige Probleme wurden bisher noch ungenügend untersucht, und folglich stehen keine befriedigenden Lösungen zur Verfügung (z. B. unkoordinierte aber erschöpfende Wehentätigkeit). Auch die Dammschutztechnik steht zur Debatte.

In welcher Form sich die Kompetenz von erfahrenen Hebammen und Ärzten gerade in schwierigen geburtshilflichen Situationen beiziehen lässt, ist in den meisten Häusern ein ungelöstes Problem. Frisch diplomierte Hebammen, die alleine im Dienst arbeiten, brauchen in diesem ausgesprochenen Erfahrungsberuf Beistand. Grosse Kinder, zu lange Wehentätigkeit und schwere Geburten erhöhen die Morbidität deutlich. In diesen Fällen erweist sich eine rechtzeitige Kaiserschnittentbindung als sinnvoller als eine rigorose Reduktion der Sectiorate oder das fanatische Anstreben einer Spontangeburt. Nur wenn Hebammen und Ärzte im Gebärsaal die gleichen Interessen vertreten und die vorhandenen Ressourcen nutzen, kann die individuelle Situation der Frau unter der Geburt in den Vordergrund treten.

Viele Untersuchungen belegen, dass eine kontinuierliche Betreuung unter der Geburt die Pathologierate senkt. Da nach wie vor 98 Prozent der Frauen in einem Spital gebären, muss man sich die Frage stellen, ob unter den derzeitigen Rationalisierungsmassnahmen mit höheren Geburtenzahlen in wenigen Kliniken und Personaleinsparungen die «eins zu eins»-Betreuung überhaupt gewährleistet ist. Die kontinuierliche CTG-Überwachung mit oder ohne Computeranalyse kann eine persönliche Begleitung nicht ersetzen. Nicht immer lässt sich eine schwere oder verletzende Geburt verhindern, aber das Potenzial für eine sanfte Geburt ist noch nicht ausgeschöpft.

Gesundheitsförderung nach der Geburt

Die Forschung über den Gesundheitszustand der Frauen nach der Geburt zeigt deutlich einen Handlungsbedarf. «Nach sechs Wochen bin ich wieder fit» trifft für die Mehrheit der Frauen nicht zu, und die wenigsten suchen und finden adäquate Hilfe. Ein einziges aus-

führliches Interventionsgespräch über die Geburt mit einer Hebamme kann Angst und Depression reduzieren [13], die Frauen werden gesünder ins Wochenbett nach Hause entlassen. Für freipraktizierende Hebammen ist dies sicher eine Selbstverständlichkeit, für Spitalhebammen jedoch nicht. Die Frauen wollen über das emotionale Wohlergehen, Erholung und Gesundheit generell, über Müdigkeit und Stillen informiert werden [2, 3]. Damit können sie besser mit ihren Symptomen umgehen und suchen früher Hilfe, wenn die Beschwerden nicht deutlich nachlassen.

Wann aber sollen diese Informationen abgegeben werden? Während der Schwangerschaft wollen sie noch nichts darüber wissen [2], denn das bevorstehende Geburtserlebnis ist dominant. Die ersten drei oder vier Tage des Wochenbetts sind vollgepackt mit Stillen, Kinderpflege und Erholung von der Geburt. Erst zu Hause besteht die Möglichkeit zu einer ausführlichen Wochenbettberatung, aber leider werden noch nicht alle Frauen an eine Hebamme überwiesen. Und das, obwohl die meisten Gesundheitsprobleme erst nach dem Spitalaustritt auftreten, mit Ausnahme der Brustprobleme und Dammschmerzen [3, 7].

Frauen mit operativen vaginalen Entbindungen, Notfallsectiones und pro-

Tab. 1 Checkliste für die Postpartalsprechstunde nach Bick und MacArthur (1994)

- Rückenschmerzen
- Dammschmerzen
- Kopfschmerzen
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Müdigkeit
- Sexuelle Probleme
- Schlafstörungen
- Brustschmerzen
- Hämorrhoiden
- Stillprobleme
- Wind- oder Stuhlinkontinenz
- Depression
- Urininkontinenz
- Beziehungsprobleme



Post-traumatische Stresserkrankungen im Zusammenhang mit der Geburt werden erst seit wenigen Jahren genauer untersucht.

trahierten Geburtsverläufen zeigen eine hohe Erkrankungsrate und bedürfen einer intensiveren Nachsorge. Nach traumatischen Geburten kann eine Frau über den 10. Tag hinaus durch eine Hebamme weiter betreut werden. Diese Möglichkeit wird noch selten genutzt.

Die Untersuchungen belegen, dass in der 6-Wochen-Nachkontrolle beim Gynäkologen die zentralen Probleme nicht besprochen und behandelt werden. *Bick* und *MacArthur* (1994) empfehlen Kontrollen nach drei und sechs Monaten. Dann werden die Beschwerden erfasst, die einen chronischen Verlauf nehmen können. Diese Kontrollen brauchen mehr Zeit als der 6-Wochen-Check zulässt, denn so heikle und schambesetzte Themen wie sexuelle Probleme, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Depression oder Beziehungsprobleme lassen sich nicht leicht erklären. Da die meisten Frauen die Symptome auch noch nach Monaten als normale Folge der Geburt ansehen, wird empfohlen, die Probleme systematisch anzusprechen (siehe Kasten). Damit PTSD-gefährdete und depressive Frauen beraten und einer Behandlung zugeführt werden können, muss zunächst die Diagnose gestellt werden. Die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* [23] oder die *Hospital Anxiety*

and Depression Scale [24] lassen sich als hilfreiche Erkennungsinstrumente in der Hebammenarbeit nutzen.

Dem kumulativen Effekt von Problemen vor, während und nach der Geburt sollte mehr Beachtung geschenkt und das gesundheitliche Betreuungsdefizit von Frauen nach der Geburt behoben werden. Die Einrichtung einer von Hebammen geleiteten Postpartalsprechstunde wäre, in diesem Sinne, eine gesundheitsfördernde Innovation. ◀

Literaturverzeichnis

[1] Bick D., MacArthur C. (1994): Identifying morbidity in postpartum women. *Modern Midwife*, vol. 4, no 12, pp 10–13.
 [2] Kline C.R., Matrin D.P., Deyo R.A. (1998): Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstetrics and Gynaecology* vol. 92, no 5, pp 842–848.
 [3] Brown S., Lumley J. (1998): Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British J. of Obst. and Gyn.*, vol. 105, pp 156–161.
 [4] Sultan A.H. (1997): Anal incontinence after childbirth. *Current opinion in Obstetrics and Gynaecology*, vol. 9, no 5, pp 320–324. *Zit. n. MIDIRS Midwifery Digest*, Juni 1998.
 [5] Bick D. (1995): The relevance of the six week postnatal check to women's long-term maternal health. In: *Research and the midwife conference proceedings*. Manchester: Research and the midwife, pp 2–8.
 [6] Bick D., MacArthur (1995): The extent, severity and effect of health problems after childbirth. *British J. of Obst. and Gyn.*, vol. 3, no 1, pp 27–31.
 [7] Glazener C.M.A. et al. (1995): Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British J. of Obst. and Gyn.*, vol. 102, no 4, pp 282–287.

[8] Clark A. (1997): Sexual problems and pregnancy issues. *Diplomate*, vol. 4, no 4, pp 280–283. *Zit. n. MIDIRS Midwifery Digest*, Dec. 1998.
 [9] Abitol M.M., Taylor U.B., Karimi A. (1996): Long-term sequelae of prolonged labor and difficult delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine*, vol. 1, no 1, pp 64–70.
 [10] Brynhildsen J., Hansson A., Persson A., Hammar M. (1998): Follow-up of patients with low back pain during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, vol. 91, no 2, pp 182–186.
 [11] Turgut F., Turgut M., Cetinsahin M. (1998): A prospective study of persistent back pain after pregnancy. *Europ J. of Obst. and Gyn. and Reprod. Biol.*, vol. 80, no 1, pp 45–48.
 [12] Russel R., Dundas R., Reynolds F. (1996): Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *BJM*, vol. 312, pp 1384–1388.
 [13] Lavender T., Walkinshaw S.A. (1998): Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A., randomized trial. *Birth*, vol. 25, no 4, pp 215–219.
 [14] Lyons S. (1998): Post-traumatic stress disorder following childbirth: causes, prevention and treatment. In: Clement S. et al. *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth*, pp 123–143. Edinburgh: Churchill Livingstone.
 [15] Oakley A., Rajan L., Grant A. (1990): Social support and pregnancy outcome: report of a randomized trial. *Brit J., Obst. and Gyn.* 97, pp 155–62.
 [16] Enkin M.W., Keirse M.J.N.C., Renfrew M.J., Neilson J.P. (1998): *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer*. Dt. Ausgabe, hrsg. von M.M. Gross und J.W. Dudenhausen. Wiesbaden: Ullstein Medical.
 [17] Masters und Johnson (1966): *Zit. n.: Küenzi Anneler A.B. (1997): Mutter und Geliebte? Veränderungen der Sexualität nach der Geburt*. Einzelarbeit HöFa 1 in Pflege, Kurs 26, SRK, Aarau.
 [18] Lyons S. (1998): A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *J. of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 16, pp 91–105.