

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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 94 (1996)

Heft: 1

Artikel: Vortrag am 2. Kongress der internationalen Hebammenvereinigung (ICM) für das deutschsprachige Europa, 9.-10.10.1995, Friedrichshafen

Autor: Gross, Mechthild

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950582>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Vortrag am 2. Kongress der internationalen Hebammenvereinigung (ICM) für das deutschsprachige Europa, 9.–10.10.1995, Friedrichshafen

Von Mechthild Gross

Mechthild Gross, geb. 1964 in Fulda. Nach dem Abitur Ausbildung als Krankenschwester am Marienkrankenhaus in Kassel und anschließende Tätigkeit im Herz-Jesu-Krankenhaus in Fulda. Grundstudium der Psychologie an der Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau. 1989 bis 1991 Hebammenausbildung an der Univ.-Frauenklinik Tübingen. Tätigkeit als Hebamme am Belegkrankenhaus Radolfzell und Hauptstudium Psychologie an der Universität Konstanz (Diplom 1995). Derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Bremen. Leitung des jährlichen Workshop zur Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum.

Hebammen-Forschungsarbeiten zur Schwangerenvorsorge

Immer mehr Hebammen beginnen eine selbständige Schwangerenvorsorge durchzuführen. Ebenfalls gibt es immer mehr Hebammen, die Aspekte der Schwangerenvorsorge wissenschaftlich untersuchen. Bereits 1966 hat die WHO festgehalten, dass die Hebamme «fähig sein muss, Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen die notwendige Aufsicht, Fürsorge und Beratung zu gewähren» (WHO, 1966).

Auch in gynäkologischen Kreisen wird die Zuständigkeitsfrage der Schwangerenvorsorge diskutiert. So wurde am 7.1.1995 im British Medical Journal eine Kontroverse zur Frage veröffentlicht, ob der Gynäkologe Frauen mit einer normalen Schwangerschaft sehen soll. Darin räumte selbst die medizinisch orientierte Stimme ein (Walker, 1995), dass die Wahl der fachlichen Betreuung den Schwangeren selbst zugesprochen werden sollte. In Studien von Klein et al. (1983) und Mac Vicar et al. (1993) konnte gezeigt werden, dass die medizinische Betreuung normalverlaufender Schwangerschaften nicht besser verläuft als die nicht vom Gynäkologen beaufsichtigte. Gynäkologische Qualifizierungen sollten deshalb auf die komplizierte Schwangerschaft beschränkt bleiben (James, 1995).

Fragen nach der Schwangerenvorsorge durch die Hebamme werden im deutschsprachigen Raum nicht nur durch den aktuellen britischen Bezug und glückliche Einzelumstände wachgerufen. Die vielfältigen Anforderungen der individuellen Schwangerenvorsorge werfen Fragen auf, die durch die Befunde (Evidenzen) von Forschungsarbeiten beantwortet werden können.

Literaturrecherche

Die Ergebnisse von Hebammenforschungsarbeiten fallen der interessierten Hebamme nicht in den Schoss. Vielmehr ist eine erfindungsreiche Suche erforderlich. Die Suche für Hebammenforschungsarbeiten auf dem Gebiet der Schwangerenvorsorge fand in folgenden Quellen statt (Abb. 1):

1. Die Midwifery Research Database MIRIAD ist eine Datenbank, die Hebammenforschungsarbeiten aus den Bereichen klinische Forschung, Ausbildung, Management und Geschichte enthält. Sie wurde 1994 aktualisiert und ist im Buchhandel erhältlich (Simms, McHaffie et al., 1994).
2. Vierteljährlich erscheint im Zeitschriftenformat der Midwifery Information and Resource Service MIDIRS. Der Digest ist ein englischsprachiger Hebammeninformations- und Quellenservice. Hebammenrelevante Fachartikel aus verschiedenen wissenschaftlichen Zeitschriften werden zusammengefasst. Die Bezugsadresse lautet MIDIRS, 9 Elmdale Road, Clifton, Bristol BS8 1SI, England. Aus dem Digest wurden alle von Hebammen seit 1993 veröffentlichten Hinweise für Schwangerschaftsarbeiten übernommen.
3. Proceedings 1993 von Vancouver Während ich meine Umzugskisten von Konstanz nach Bremen packte, fielen mir die schon länger nicht mehr beachteten Proceedings der internationalen Hebammenvereinigung ICM in die Hände. In den vier dicken Bänden sind die Vorträge des ICM-Kongresses von 1993 in Vancouver

Abb. 1:
Literaturquellen für Hebammenforschungsarbeiten im Rahmen der Schwangerenvorsorge

MIRIAD
Simms, S., McHaffie, H., Renfrew, M., Ashurst, H. (1994).
The Midwifery Research Database MIRIAD.
Great Britain: Cromwell Press Ltd.

MIDIRS
9 Elmdale Road, Clifton, Bristol BS8 1SI,
England

ICM-Proceedings
Internationale Hebammenvereinigung.
23. internationaler Kongress 1993
«Midwives: Hear the Heartbeat of the Future»
Vancouver, Kanada.

enthalten. Soweit mir bekannt, sind die Proceedings allerdings nicht im Buchhandel erhältlich.

Ergebnisse der Literaturrecherche

In den genannten Quellen wurden über 60 Arbeiten gefunden. Jedoch werden im folgenden nur die Themenbereiche genannt, die in der Literatur am ausführlichsten dargestellt wurden.

1. Soziale Unterstützung

Die psychosoziale Unterstützung der Schwangeren gilt traditionellerweise als Aufgabe der Hebamme. In vier englischen Zentren wurde ein besonderes Augenmerk auf die psychosozialen Aspekte der Schwangerenvorsorge gelegt (Oakley et al., 1990, Oakley, 1994). Es wurde untersucht, wie wichtig die psychosoziale Unterstützung für den guten Ausgang einer Schwangerschaft ist. Soziale Unterstützung wurde definiert als Zuhören, mit den Schwangeren über ihre Bedürfnisse diskutieren, ihnen gewünschte Informationen geben und gegebenenfalls Überweisungen an Gynäkologen und Fürsorgeeinrichtungen veranlassen. Als Stichprobe wurden Schwangere ausgewählt, die bereits mindestens ein Kind mit weniger als 2500 g geboren hatten. 41% davon waren Raucherinnen. Zu 77% bestand die Stichprobe aus sozial benachteiligten Frauen. Die eine Hälfte der Schwangeren erhielt die übliche Schwangerenvorsorge. Die andere Hälfte erhielt zusätzlich zur üblichen Vorsorge noch

weitere Vorsorge. Diese bestand aus drei Hausbesuchen in der 15., 21. und 29. SSW, zwei kurzen Kontakten zwischen diesen Besuchen und dem Angebot der Hebamme, ständig erreichbar zu sein. Sechs Wochen nach der Geburt wurde sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe ein Fragebogen verschickt, der mit einer Rücklaufquote von 94% beantwortet wurde. Zusätzlich wurden geburtshilfliche Daten in die Auswertung miteinbezogen. Als zentrales Ergebnis ist festzuhalten, dass das Geburtsgewicht zwischen der zusätzlich betreuten Gruppe (Interventionsgruppe) und der üblicherweise betreuten Gruppe (Kontrollgruppe) nicht bedeutsam unterschiedlich war (Abb. 2). Das durchschnittliche Geburtsgewicht der Neugeborenen, deren Mütter zusätzliche Schwangerenvorsorge erhalten hatten, betrug 2944 g. Das durchschnittliche Geburtsgewicht der Neugeborenen in der Kontrollgruppe lag bei 2907 g. In der Interventionsgruppe wurden 41% der Schwangeren in ein Hospital eingewiesen, während es in der Kontrollgruppe 52% der Schwangeren waren. Die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer war in beiden Gruppen gleich und betrug 38,6 SSW. Einen spontanen Geburtsbeginn gab es bei 74% der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe hatten 68% einen spontanen Geburtsbeginn. Mütter mit zusätzlicher Vorsorge brachten in 81% ihr Kind spontan zur Welt, wo hingegen in der Kontrollgruppe 75% eine Spontangeburt hatten. In der Interventionsgruppe wurde auch weniger Epiduralanalgesie (11% vs. 16%) benötigt. Ein

Apgarwert <7 nach 5 Minuten war in der Interventionsgruppe bei 2% der Säuglinge vorhanden; in der Kontrollgruppe waren es 4%. Die Zahl der Säuglinge, die postpartal wiederbelebt und in die Neonatologie eingewiesen wurde, war in beiden Gruppen ähnlich. Bei Entlassung stillten in der Interventionsgruppe 46%; in der Kontrollgruppe waren es 39%. Probleme nach der Entlassung, die jedoch nicht genauer aufgelistet wurden, gab es für 24% in der Interventionsgruppe und für 32% in der Kontrollgruppe. Auf die Frage «Sind Sie über Ihr Baby beunruhigt?» zeigten sich Unterschiede abhängig davon, ob die Mutter soziale Unterstützung erhalten hatte oder nicht. Über ihr Baby waren in der Interventionsgruppe 16% besorgt, in der Kontrollgruppe waren es 28%. In der Gruppe der Frauen, die zusätzliche Vorsorge erhielten, war es für 80% der Frauen sehr wichtig, dass die Hebamme zuhörte. Die Studie bestätigt, dass die zusätzliche psychosoziale Unterstützung der Schwangeren das Schwangerschaftsergebnis positiv beeinflussen kann.

Natürlich ist die psychosoziale Bedeutung der eigenen Arbeit auch deutschsprachigen Hebammen bekannt. So hat Gabi Mertin (1993) genau diesen Aspekt in der Schwangerenvorsorge aus der Sicht ihrer täglichen Erfahrungen eindrucksvoll und klar beschrieben. Für das Argumentieren mit Frauen, Kolleginnen und Ärzten ist es hilfreich, wissenschaftliche Befunde zu kennen. Solche Evidenzen ermöglichen, dass das Argumentieren mit Dritten zu einer fachlichen Diskussion wird, die persönliche Erfahrungen unterstützen hilft (Gross, 1995).

Schwangerschaftsdienstleistungen gefragt. Abschliessend wurden mit den Frauen Interviews geführt, die sich an der Pflegeprozessmethode orientierten. Ziel der Untersuchung war es, festzuhalten, in welchem Ausmass mit dem üblichen Interviewvorgehen Informationen erhalten werden, die für die Hebammenfürsorge relevant sind. In den Ergebnissen wurde die Anzahl der am häufigsten genannten Kriterien ermittelt: Am meisten wurde nach der Familiensituation der Frau, ihrer persönlichen Geschichte und ihrem Rauchverhalten gefragt. Qualität und Quantität der erhaltenen Schwangerschaftsinformationen hängen von der verwendeten Fragetechnik und der Erfahrung der Hebamme mit Interviews ab. Es wurde deutlich, dass Themen, die nicht speziell auf dem Anamnesebogen erscheinen, auch nicht gefragt wurden. Das Design der geburtshilflichen Aufzeichnungen scheint die Art und Weise der von den Hebammen gestellten Fragen zu beeinflussen. Von den 28 Hebammen waren 26 sehr überzeugt, dass eine Hebamme die geeignetste Person ist, ein Anamneseinterview zu führen. Sechs Hebammen gaben an, dass «eine Frau immer besser mit einer anderen Frau in Beziehung treten kann» (Methven, 1989, S. 69). Eine weitere Analyse zeigte eine klare Unterscheidung zwischen der Sichtweise von Hebammen, die in der Schwangerenambulanz arbeiteten, und solchen, die sich dort nur für eine kurze Zeit im Rahmen eines Rotationsprogrammes aufhielten. Die ständig dort arbeitenden Hebammen gaben an, dass die Beziehung zu der Schwangeren sich quasi «automatisch» einstelle. Die rotierenden Hebammen waren verunsichert, ob sie die Schwangeren nach dem Erstkontakt überhaupt jemals wiedersehen würden. Von den 40 Schwangeren gaben 15 (37%) an, dass sie eine Beziehung zur Hebamme herstellen konnten. Weitere 15 stellten fest, dass eine Beziehung nicht zustande kam, weitere 10 äusserten sich unentschieden darüber, ob eine Beziehung bestand oder nicht. Insgesamt wurden die Interviews in einer unpersönlichen und ritualisierten Art und Weise durchgeführt, die mit dem Ausdruck «getting through the work» am besten umschrieben werden kann. Ergebnisse, die sich an dem Pflegeprozessmodell von Orem orientierten, sehen wie folgt aus: Wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt, die den Pflegeprozess berücksichtigten, so konnte eine genaue Pflegeplanung festgelegt werden. Die Pflegerolle wird in diesem Modell beschrieben als Informieren, Begleiten und Unterstützen. Das derzeit praktizierte Anamneseinterview orientiert sich eher an einem geburtshilflich-medizinischen Modell und weniger an einem Hebammenmodell. Es wird vorgeschlagen, dass Hebammen die Gebärende weniger als geburtshilfliches Objekt denn als Person mit Hoffnungen, Ängsten und Meinungen innerhalb eines einzigartigen sozialen Kontextes ansehen sollten. Es sollte

Abb. 2:

Psychosoziale Unterstützung in der Schwangerenvorsorge (zusätzliche Vorsorge), verglichen mit den üblicherweise betreuten Schwangeren (Kontrollen). Nach: Oakley, A., Rajan, L., Grant, A. (1990). *Social support and pregnancy outcome: report of a randomized trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 97, 155–62.

Ergebnisse

	Zusätzliche Vorsorge (n=238)	Kontrollen (n=234)
Geburtsgewicht	Ø 2944 g	Ø 2907 g
Stationärer Aufenthalt	41%	52%
Schwangerschaftsdauer	Ø 38,6 SSW	Ø 38,6 SSW
Spontaner Geburtsbeginn	74%	68%
Spontangeburt	81%	75%
Epiduralanalgesie	11%	16%
Apgar <7 n. 5 Min.	2%	4%
Stillen bei Entlassung	46%	39%
Probleme nach Entl.	24%	32%
Besorgt über Baby	16%	28%
Zuhörende Hebamme	80%	—

2. Schwangerschaftsanamnese

In einer beschreibenden Studie (Methven, 1989) wurde die übliche Schwangerschaftsanamnese von 40 Schwangeren untersucht. Zunächst wurde das in der Klinik übliche Anamnese-Interview durchgeführt, um Basisinformationen zu erhalten. Anschliessend wurden die 40 ersten Blätter der Anamnesebögen analysiert. In einem halbstrukturierten Interview wird die Sichtweise der 28 beteiligten Hebammen erfasst. Anschliessend werden die 40 beteiligten Schwangeren nach ihren ersten Eindrücken mit den

geprüft werden, ob der Pflegeprozess eine bessere Qualität der Fürsorge gestattet im Vergleich zum üblichen Vorgehen beim traditionellen Interview.

Eine verwandte Fragestellung, auf die nicht weiter eingegangen wird, ist die Frage nach dem Selbstaufbewahren geburtshilflicher Aufzeichnungen (Lovell, 1987, Rowe, 1994). Eine weitere Möglichkeit ist, dass bereits eine Woche vor dem Anamneseinterview Briefe verschickt werden, in denen die Schwangeren eingeladen werden, bereits bestehende Teile der Anamnese zu vervollständigen. Diese Zusätze werden von der Hebamme gelesen, wenn sie die Anamnese durchführt. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass Frauen wünschen, in ihre Fürsorge einbezogen zu sein und daran teilzuhaben (Galloway, 1994).

3. Stationärer Aufenthalt von Risikoschwangeren

Susan Kirk (1994) interessierte, was die Bedürfnisse stationärer Schwangeren waren und welche Art der Fürsorge am geeignetsten für sie ist. Sie hatte beobachtet, dass Schwangere ausser der routinemässigen wenig Zuwendung erhielten. In einer geburtshilflichen Klinik befragte sie explorativ 50 hospitalisierte Schwangere. Als Einschlusskriterien wurden gewählt, dass die Schwangerschaft > 21. SSW ist. Die Schwangere war seit mindestens drei Tagen in der Klinik und möchte das Baby behalten. Es wurde vorausgesetzt, dass sie lesen, schreiben und Englisch verstehen kann. Ein strukturiertes

Abb. 3:

Rauchverhalten Schwangerer: Durchschnittlicher täglicher Zigarettenverbrauch vor der Schwangerschaft, vor der Einweisung und im Krankenhaus. Weitere Ausführungen im Text. Nach: Thomson, A.M. (1993). *The effect of admission to hospital on pregnant women's smoking behaviour*. In: *International Confederation of Midwives*. 23. Kongress. *Hear the Heartbeat of the Future*. Vancouver: *Proceedings*. Vol. IV. S. 1899–1916.

Durchschnittliche Zigaretten pro Tag

	Currie n = 10	Jones n = 24	McCann n = 21	Thomson n = 42
vor der Schwangerschaft	18,3	17,7	17,3	18,5
vor Einweisung	16,6	15	14,7	12,8
im Krankenhaus	23,2	16,4	24,5	15,8

Interview und ein Schwangerschafts-Krankenhaus-Stress-Fragebogen wurden verwendet. Die Ergebnisse sind: Die Schwangeren besitzen ein durchschnittliches Alter von 27,6 Jahren. 52% dieser Schwangeren hatten Kinder. Das durchschnittliche SSW-Alter war die 34. SSW. Der häufigste Grund für die Einweisung war intrauterine Wachstumsretardierung. Als Hauptproblem des Klinikaufenthaltes wird insbesondere Langeweile angegeben. Bei den 16 (32%) Raucherinnen stieg der durchschnittliche Zigarettenverbrauch von 11 vor der Einweisung auf 18 Zigaretten im Krankenhaus. 13 dieser Frauen rauchten die erste Zigarette in der Klinik früher als zu Hause. Der familiäre Effekt der Einweisung: 90% hatten einen Partner, 53% hatten Kinder zu Hause. Schwangere mit Kindern zeigten grosse Betroffenheit darüber, dass sie von den Kindern getrennt waren. Hauptgrund für die Frauen war die Angst über das ungeborene Kind. Frauen äusserten Gefühle von Schuld und niedrigem Selbstwertgefühl. Schwangere mit einem niedrigen Ausbildungsstand und Kindern zu Hause zeigten die höchsten Stresswerte. Mit zunehmender Länge der Hospitalisation wurden auch grössere Werte für die Intensität von Stress angegeben. Hinsichtlich erhaltener Kommunikation und Information zeigte die Mehrheit der Stichprobe eine positive Einstellung, obwohl in bestimmten Aspekten Unzufriedenheit geäussert wurde. 68% der Schwangeren gaben an, dass sie um Informationen fragen mussten. 54% berichteten, dass sie in Entscheidungen, die sie selbst betrafen, nicht einbezogen waren. Auf die Frage nach der Rolle der Hebammen im Informationsprozess sagten 20%, sie hätten keine Hebamme gesehen. Auf weitere Nachfrage wurde deutlich, dass dies möglich war, weil die Stationsschwestern nicht als Hebammen erkenntlich waren. 32% gaben an, dass sie die Hebamme immer nach Informationen fragen mussten. Susan Kirk weist abschliessend darauf hin, dass das Ziel der Fürsorge nur in einer individualisierten familienzentrierten Fürsorge bestehen kann.

Rauchverhalten

Wie sich die stationäre Einweisung auf das Rauchverhalten Schwangerer auswirkt, wurde von Ann Thomson (1993) in Vancouver vorgestellt. Wenn täglich mehr als 20 Zigaretten nach der 20. SSW geraucht werden, wird von einem nachteiligen Effekt auf die Schwangerschaft ausgegangen. Stationäre Schwangere verbringen trotz der bekannten Gefahren einen beträchtlichen Teil des Tages mit Zigarettenrauchen. Ein strukturiertes Interview wurde verwendet, um das Rauchverhalten vor der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft und nach der Einweisung zu analysieren. Einschlusskriterien für die Untersuchung waren, dass die Frauen Raucherinnen

Abb. 4:

Ergebnisse der Studie zur häuslichen Versorgung Schwangerer mit erhöhtem Risiko.

Nach: Dawson, A.J., Middlemiss, C., et al. (1989). *A randomized study of a domiciliary antenatal care scheme: the effect on hospital admissions*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 96, 1319–22.

	häusliche Versorgung	konventionelle Versorgung
	n=40	n=17
eingewiesene Schwangere	48%	100%
Schwangerschaftsdauer	38,7 SSW	38,6 SSW
Sectorate	30%	35%

waren, die Schwangerschaft mindestens 20 Wochen alt war und dass die Schwangeren zur Teilnahme bereit waren. In früheren Studien, die mit dem gleichen Design gearbeitet haben (Gurrie, 1985, Jones, 1988, McCann, 1988), reduzierte sich der Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft im Vergleich zum Konsum vor der Schwangerschaft (Abb. 3; Zeile 1 und 2). Dieser Effekt verschwand, wenn Frauen in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (Abb. 3; Zeile 3). Nach Thomson sollte der Klinikaufenthalt so gestaltet werden, dass das Rauchverhalten mindestens auf dem Level der früheren Schwangerschaft gehalten werden kann. Thomson stellt die Frage, ob Risikoschwangere überhaupt stationär eingewiesen werden müssen.

4. Häusliche Versorgung Risikoschwangerer

In einer randomisierten Studie wurde untersucht, ob eine sorgfältig geplante häusliche Versorgung Risikoschwangerer die Zahl und Dauer der Krankenhausversorgung senken kann (Dawson, Middlemiss et al., 1989; Middlemiss, 1989). Jede Schwangere hatte einen Risikofaktor, der normalerweise zu einer Einweisung geführt hätte. Nachdem die Schwangeren der Teilnahme an der Studie zugestimmt hatten, wurde ein verschlossener Umschlag geöffnet, dessen Inhalt mitteilte, ob die Schwangere eine häusliche oder eine konventionelle Versorgung erhielt. Die Dauer und Häufigkeit der häuslichen Besuche wurde durch die individuellen Bedürfnisse der Schwangeren bestimmt. 60 Schwangere wurden in

einem 2:1-Verhältnis für die häusliche Beobachtung und die konventionelle Krankenhausversorgung zufällig verteilt (randomisiert), so dass 40 häusliche und 17 Spitalaufzeichnungen am Schluss für die Analyse verfügbar waren. Die Gruppen stimmten hinsichtlich mütterlicher, geburtshilflicher und sozioökonomischer Charakteristiken überein. 48% der Schwangeren wurde aus der häuslichen Beobachtungsgruppe in eine Klinik eingewiesen (Abb. 4). Die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer betrug 38,7 bzw. 38,6 SSW. 25 % der häuslich und 65% der konventionell Versorgten verbrachten mehr als fünf Nächte in der Klinik. Die Geburt wurde bei 28% der häuslich Versorgten und 18% der konventionell Versorgten eingeleitet. Die Sectiorate betrug 30% bei den häuslich Versorgten und 35% bei den konventionell Versorgten.

In den Niederlanden wurde eine Studie mit ähnlichem Design gerade abgeschlossen. Die Ergebnisse dieser kleinen randomisierten Studie zeigen, dass die Hälfte der häuslich betreuten Frauen während der Beobachtungsperiode nicht eingewiesen wurden. Die stationären Tage betragen in der konventionell betreuten Gruppe 53% und in der häuslich versorgten Gruppe 16%. Es gab keine geburtshilflichen Unterschiede. Die Zufriedenheit der Frauen waren in der häuslich versorgten Gruppe signifikant besser als in der konventionell behandelten Gruppe (Bruinse, Reuwer, Iedema-Kuiper, 1995).

5. Vorbereiten der Brustwarzen zum Stillen

Jo Alexander (Alexander et al. 1992, 1993) war es gewohnt, die Brustwarzen Schwangerer routinemässig zu untersuchen. Bei Schlupf- oder Flachwarzen wurde den Schwangeren, die nach der Geburt stillen wollten, Brustschilder empfohlen. Einige Frauen betrachteten diese Brustschilder mit deutlichem Unbehagen und fragten nach

deren Wirksamkeit. 463 Schwangere in Kanada und Grossbritannien nahmen an einer prospektiven Untersuchung zwischen der 26. und 36. SSW teil (MAIN Trial Collaborative Group, 1994). Die Frauen hatten alle nach der Geburt den Wunsch zu stillen. Sie hatten alle entweder eine Flach- oder Schlupfwarze, wobei die Schlupfwarze sich dadurch auszeichnet, dass sie nach innen eingezogen ist und eine kraterähnliche Erscheinung hat. Eine Brustwarze galt dann als Flachwarze, wenn die Brustwarze weniger als 0,5 cm hervorstand. Es wurde überprüft, wie effektiv Hoffmansche Übungen und Brustschilder bei Schwangeren mit Schlupf- bzw. Flachwarzen sind. Bei den Hoffmanschen Übungen werden beide Daumen und Zeigefinger nahe an die Brustwarze gelegt. Dann werden die Finger mit leichtem Druck von der Brustwarze weggestrichen (Abb. 5). Dieses Verfahren wird fünfmal in horizontaler und vertikaler Ebene wiederholt. Brustschilder sind gewölbte Plexiglasscheiben mit einem Loch in der Mitte, worüber sich eine Kuppe wölbt. Die Brustschilder werden auf die Brustwarze gesetzt und unter einem festen BH getragen, so dass die Brustwarze die Möglichkeit hat, sich durch ein Loch in der Scheibe in die Wölbung zu drücken. Es wurden vier Gruppen gebildet. Gruppe 1 führte Hoffmansche Übungen durch, 2mal am Tag jeweils 5mal. Frauen in Gruppe 2 trugen die Brustschilder den ganzen Tag. In Gruppe 3 wurden Hoffmansche Übungen durchgeführt und Brustschilder getragen. Die Schwangeren in Gruppe 4 bereiteten die Brust nicht vor. Durch einen postalisch versendeten Fragebogen wurde sechs Wochen postnatal die Stillrate ermittelt. Aufgrund dieser Ergebnisse gibt es keine Hinweise dafür, dass Hoffmansche Übungen oder Brustschilder in der antenatalen Vorbereitung bei Frauen zu empfehlen sind, denn die Stillrate liegt in den Behandlungsgruppen zwischen 43% und 46% und unterscheidet sich nicht bedeutsam von den Vergleichsgruppen ohne Behandlung (Abb. 6; 1. Zeile). Ähnliche Ergebnisse mit einem geringen

prozentualen Unterschied finden sich beim nicht kontinuierlich erfolgten (d.h. unterbrochenen) Stillen und beim nicht stattgefundenen Stillen (Abb. 6; 2. und 3. Zeile). Entsprechend dieser nicht vorliegenden Evidenz gibt es für Hebammen keinen Grund, in der Schwangerschaft die Brust hinsichtlich dieser Frage zu inspizieren bzw. die Brustwarze durch Hoffmansche Übungen und Brustschilder auf das Stillen vorzubereiten.

Margit Lutz (1995) berücksichtigt diese Befunde (Evidenzen) in dem jüngst erschienenen Lehrbuch für Hebammen (Lutz, 1995, S. 371). Die Stillberatung, «deren oberste Ziele die Vermittlung von Sicherheit und die Bestärkung der Frau in ihrer Stillfähigkeit sind» (Lutz, 1995, S. 371), soll die Frau nicht durch widersprüchliche Angaben verunsichern. Die Umsetzung dieser Evidenzen ist ein schönes Beispiel für wissenschaftliches Argumentieren im Hebammenberuf.

Schlussfolgerungen

Wie aus den verschiedenen Untersuchungen hervorgeht, können Forschungsergebnisse die bisherige Tätigkeitsform bestätigen oder in ihrer Nichtwirksamkeit bekräftigen. Dieses mag zunächst befremdlich für Hebammen klingen. Üblicherweise tauschen Hebammen mit Kolleginnen ihre Erfahrungen aus. Wird dieser Erfahrungsaustausch angereichert mit wissenschaftlichen Befunden (Evidenzen), dann werden persönliche Massstäbe durch wissenschaftliche Kriterien erweitert. Für das Selbständigwerden von Hebammen in der Schwangerenvorsorge ist es unverzichtbar, bereits bestehende Evidenzen in der Berufspraxis anzuwenden.

Hinweis:

Die ausführliche Literaturliste konnte aus Platzgründen nicht abgedruckt werden, sie ist gratis bei der Redaktorin sf erhältlich (1 A4 Blatt).

Abb. 5:

Vorbereiten der Brustwarzen zum Stillen durch Hoffmansche Übungen. Aus: Alexander, J, Levy, V, Roch, S. (Eds.), (1990). Antenatal care – a research-based approach. Macmillan, Basingstoke, S. 68.

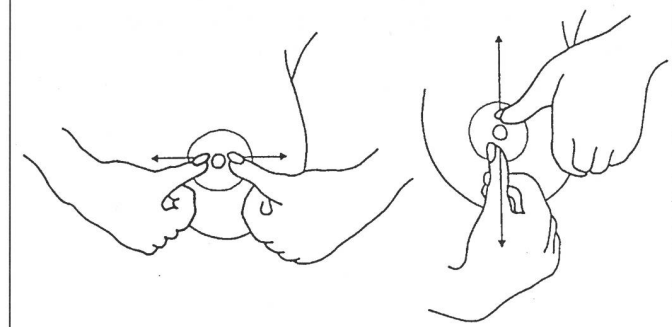


Abb. 6:

Vorbereiten der Brustwarzen zum Stillen durch Hoffmansche Übungen (Übungen), Brustschilder, Hoffmansche Übungen und Brustschilder (Beides) und ohne Behandlungsmethode (Kontrollen). Nach: MAIN Trial Collaborative Group (1994). Preparing for breastfeeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. Midwifery, 10, 200–214.

Ergebnisse

	Übungen	Brustschilder	Beides	Kontrollen	Gesamt
STILLEN					
Gesamt	45%	43%	46%	45%	45%
Unterbrochen	41%	46%	44%	43%	44%
Nicht versucht	9%	5%	5%	8%	7%
Fehlende	5%	5%	4%	3%	5%