

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 105 (2007)
Heft: 3

Rubrik: Fokus

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: 30.03.2025

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

Studienarbeiten von Hebammen

Von Abtreibung



Die Zusammenfassungen schriftlicher Arbeiten auf den folgenden Seiten bieten einen Überblick über das weite Feld an Themen, mit denen sich Hebammen in universitären und anderen Nachdiplomstudien befassen. Damit möglichst viele Arbeiten Platz fanden, wurde auf Literaturangaben verzichtet. Wer sich für einen vertieften Einblick in einzelne Studien interessiert, kann die Autorinnen direkt kontaktieren.

Interventionen bei Frühgeborenen

Schmerzmanagement

Eva Cignacco

Hintergrund

Ca. 8–9% der in der Schweiz geborenen Kinder sind Frühgeburten und werden auf eine Abteilung für neonatale Intensivpflege verlegt. Ihre Behandlung ist mit einer grossen Anzahl schmerzhafter Eingriffe verbunden, was besonders für die Neugeborenen zutrifft, die mechanisch beatmet werden müssen. Frühere Studien beschreiben Art und Häufigkeit von Eingriffen und fehlendes angemessenes Schmerzmanagement bei dieser vulnerablen Patientengruppe. Zudem ist wenig darüber bekannt, ob und wie in der täglichen Klinikroutine akute Schmerzen systematisch erfasst werden. In der Schweiz fehlen Daten über das Schmerzmanagement mechanisch beatmeter Frühgeborener und über den Gebrauch von Instrumenten für die Schmerzerfassung auf den Intensivstationen.

Ziele

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die gegenwärtige klinische Praxis hinsichtlich Art und Anzahl schmerzhafter Eingriffe zu erfassen, und die Anwendung von Schmerzerfassungsinstrumenten zu beschreiben. Zudem soll die Häufigkeit und die Art

der Analgesie dargestellt werden.

Methode

Deskriptiv-explorative Kohortenstudie über die ersten 14 Lebenstage von 120 früh geborenen Kindern, die mechanisch beatmet werden.

Resultate

Das Total aller Eingriffe ($n=38626$) bei den Frühgeborenen ist ausserordentlich hoch. 75.6% dieser Handlungen gelten als schmerzhaft. Die Anzahl Eingriffe nimmt im Laufe der ersten 14 Lebenstage kontinuierlich ab, von durchschnittlich 35 auf 16 Handlungen täglich. Manipulationen am CPAP zählen zu den häufigsten Eingriffen. Zur Klinikroutine gehören 4 bis 7 Schmerzmessungen täglich. 70.8% der erfassten zu früh geborenen Kinder bekamen oral verabreichte Glucose als präventives Analgetikum. Glucose war auch das am häufigsten präventiv verabreichte Schmerzmittel (70%) neben einer intermittierenden Dosis Morphium (65.5%). Je tiefer das Gestationsalter (<28 Wochen), desto mehr schmerzhaften Prozeduren sind die Frühgeborenen ausgesetzt, wobei sie aber die geringste Menge an pharmakologischen Schmerzmitteln erhalten.

Schlussfolgerungen

Die Anzahl Eingriffe, denen intubierte, zu früh geborene Kinder ausgesetzt sind, ist beunruhigend. Zuversichtlich stimmt die Tatsache, dass in der täglichen klinischen Routine akute Schmerzzustände systematisch erfasst werden. 99.2% der untersuchten Kleinkinder bekamen entweder nicht-pharmakologische oder pharmakologische Analgetika zur Schmerzbekämpfung. Sehr kleine Frühgeburten mit dem höchsten Risiko für neurologische Folgeschäden sind am meisten den schmerzhaften Eingriffen ausgesetzt und bekommen die geringsten Mengen an pharmakologischen Schmerzmitteln. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, die Anzahl invasiver Eingriffe gemäss Konsens-Richtlinien möglichst tief zu halten, und die Schmerzbekämpfung für die den meisten Schmerzen ausgesetzten Gruppe zu verbessern.

Eva Cignacco et al. Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life.

Teilstudie der Doktorarbeit «Pain management in neonates. A nursing perspective» zur Erlangung des PhD im Bereich Pflegewissenschaft, Universität Maastricht NL, 2004–2007
eva.cignacco@freesurf.ch

Frühschwangerschaft

Ultraschall – DAS Highlight?

Martina Gisin

Die Ultraschalluntersuchung ist aus der vorgeburtlichen Untersuchung von heute nicht mehr wegzudenken. Laut Wegmann et al. (2000) werden in der Schweiz pro Schwangerschaft im Durchschnitt 4.6 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Die Studie von Raupach und Zimmermann (2004) bezieht die Aufdeckungsrate kongenitaler Fehlbildungen durch die zwei von Gesetzes wegen bezahlten Untersuchungen vor der 24. Woche als maximal 75–80%, rund ein Drittel früh erkennbarer Fehlbildungen bleiben unentdeckt. Entscheidungen, die nach Ultraschalluntersuchungen notwendig werden, können grosse physische und emotionale Auswirkungen auf eine Schwangerschaft haben. Laut Buddeberg et al (2001) kennen 95% der untersuchten Frauen den Zweck der US-Untersuchungen, aber nur 67% sind sich eines Risikopotentials bewusst. Gut die Hälfte aller Frauen, bei denen der US eine Fehlbildung aufdeckte, entschieden sich für einen Abbruch.

Diese Arbeit untersucht und beschreibt die unterschiedlichen Blickwinkel, Erwartungen und Auswirkungen von Ultraschall auf Ärzte, schwangere Frauen, ihre Partner, Hebammen und die Öffentlichkeit. Der Informationsstand der betroffenen Frauen über die möglichen Auswirkungen von US auf eine Schwangerschaft wird diskutiert. Die unterschiedliche Wahrnehmung von US wird untersucht und miteinander verglichen, mit dem Ziel, die verschiedenen Ansichten über Vor- und Nachteile der US-Untersuchung besser zu verstehen.

Martina Gisin. Ultrasound in early pregnancy – a real highlight? Perspectives and expectations of different parties concerned and involved.

Arbeit im Rahmen des Studiengangs Master of Science in Midwifery, Caledonian University, Glasgow, Januar 2007
martina.gisin@gmx.ch

bis Wochenbettbetreuung

Literaturreview

Wochenbettbetreuung in der Schweiz

Marianne Haueter

Eine Literatursuche zum Thema «Wochenbettbetreuung in der Schweiz» identifizierte drei wissenschaftliche Arbeiten, die in den letzten 10 Jahren publiziert wurden: Boulvain et al. (2004) verglichen die herkömmliche Wochenbettbetreuung im Spital mit der Betreuung durch die Hebamme zu Hause nach ambulanter Geburt; Petrou et al. (2004) studierten die entstehenden Kosten im gleichen Studiensetting; Schwappach

et al. (2004) erfassten mütterliches und neonatales Outcome nach komplikationsloser Geburt in 13 Schweizer Spitälern.

Alle drei Studien weisen auf hohe Interventionsraten bei der Geburt in den 14 untersuchten Geburtskliniken hin. Die Kostenanalyse von Petrou et al (2004) zeigt, dass die Wochenbettpflege durch die Hebamme eine Kosten sparende Alternative zum Spitalwochenbett mit vergleichbarem klinischem und psychosozialen Outcome darstellt.

Die Resultate der quantitativen Befragung von Frauen im Wochenbett (Schwappach et al 2004) werfen Fragen auf und zeigen die Problematik dieser Befragungsmethode zum Zeitpunkt des Wochenbettes. Ein Beispiel: 80% (n712) der befragten Frauen im Wochenbett (Abgabe des Fragebogens bei Spitaliaustritt, 5 Punkte Skala) äusseren sich als «sehr sicher», dass der Dammschnitt richtig indiziert war, 13% ziemlich sicher und 4% von ihnen konnten nicht korrekt angeben, ob ein Dammschnitt ausgeführt wurde.

Aus einer fachlichen Perspektive scheint in dieser Studie die Dammschnitttrate bei einer niedrigen Risikopopulation hoch (46%). Die Autoren erklären die Diskrepanz als nicht überraschend, weil das Vertrauen von Frauen in die Entscheidung eines Dammschnittes eher als ein Resultat der interpersonellen Beziehung und der Qualität der Kommunikation zu sehen ist.

Green et al (2000) schreiben, Frauen im Wochenbett neigen stark dazu, Zufriedenheit auszudrücken, nachdem sie ein gesundes

Kind geboren haben, und zeigen hohe Loyalität zu ihren BetreuerInnen und zu dem was sie erlebt haben («what is must be best!») Diese Art der outcome Messungen von Patientenzufriedenheit zeigt deren limitierten Nutzen. Ein tieferes Verständnis der zugrunde liegenden Werthaltungen der Befragten ist nicht möglich. Gesundheitsversorger verpassen damit Aussagen über die individuellen zentralen Erfahrungen in der Betreuung. Die Gefahr besteht, dass Verbesserungen auf messbaren Indikatoren – an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen vorbei – eingeleitet werden.

Nach der Literaturdurchsicht bleibt es unsicher, ob das gegenwärtige Schweizer Modell der Wochenbettbetreuung wirklich dem Bedürfnis der einzelnen Frauen und Neugeborenen entspricht. Im Weiteren fällt auf, dass fundierte wissenschaftliche Theorien zum Konzept «Wochenbett und Wochenbettbetreuung» fehlen.

Marianne Haueter, Swiss Literature Review: Postnatal Care.

Arbeit im Rahmen des Studiengangs Master of Science in Midwifery, Caledonian University, Glasgow, 2006
mhaueter@bluewin.ch



Foto: Susanna Hufschmid

Verhütung und Schwangerschaftsabbruch

Damit aus der Lust keine Last wird

Patricia Blöchlinger

Die Arbeit analysiert den Ist-Zustand von Schwangerschaftsverhütung und -abbruch in der Schweiz. Der historische Hintergrund sowie der Kontext von Gesellschaft, Politik, Kultur, Religion und Ethik werden zusammengefasst. Das Thema Schwangerschaftsabbruch als Verhütungsmethode mit erheblichem Komplikationsrisiko, ungelösten ethischen Fragen und möglichen

psychischen Folgeproblemen wird kritisch beleuchtet.

Die Gründe, weshalb es zu einer unerwünschten Schwangerschaft kommt, sind zahlreich. In der Schweiz sind Ausländerinnen bei Schwangerschaftsabbrüchen übervertreten (12.5 auf 1000 Migrantinnen im Alter von 15–44 gegenüber 4 auf 1000 Schweizerinnen). Beratungsstellen sind für die Kantone Pflicht, aber unterscheiden sich von Kanton zu Kanton.

Weitere Aufklärungsarbeit zu Verhütung leisten die Schulen, nationale Organisationen, ÄrztInnen, Familienplanungszentren, und Webseiten im Internet. Handlungsbedarf ortet die Autorin beim fehlenden wirkungsvollen Aufklärungsangebot für Migrantinnen, was nach entsprechenden politischen Massnahmen ruft. Als eine Interventionsmöglichkeit schlägt die Autorin vor, dass sich das Projekt «Femmes-Tische» (Dis-

kussionsrunden von Freiwilligen, organisiert nach dem Schneeballprinzip) der Thematik annehmen könnte.

Patricia Blöchlinger, Schwangerschaftsverhütung und Abtreibung oder Wie die Schweiz sich bemüht, dass aus der Lust keine Last wird. Semesterarbeit im Kurs «Öffentliche Gesundheit», Studiengang Master in Pflegewissenschaft, Universität Basel, August 2006
patricia.bloechlinger@bluewin.ch

Bessere Rahmenbedingungen nötig

Elisabeth Kurth

Hintergrund

Jede Gesellschaft steht vor der Herausforderung, für das Wohlergehen ihrer schwächeren Mitglieder zu sorgen. Wird Kranken, Betagten und Kindern die nötige Unterstützung vorenthalten, empfinden wir das als unmenschlich. Das Betreuen von Kindern ist unentbehrlich für das Überleben der nächsten Generation, und die Sorge für hilfsbedürftige Erwachsene ist ein grundlegendes Merkmal der Menschlichkeit in einer Gesellschaft.

Bestandesaufnahme

Im Gegensatz zu andern westlichen Ländern gilt das Betreuen von hilfsbedürftigen Angehörigen in der Schweiz weitgehend als Privatsache. Über Steuerabzüge und Kinderzulagen werden Familienhaushalte etwas entlastet. Gleichwohl steigt mit Anzahl der Kinder das Armutsrisiko einer Familie. Noch weniger Beachtung findet die private Betreuung von hilfsbedürftigen Erwachsenen. Nur einzelne Gemeinden richten ein Pflegegeld aus, das pro Tag zirka eine Arbeitsstunde abdeckt.

Der grosse Anteil unbezahlter Betreuungsarbeit wird von weiblichen Familienangehörigen geleistet. Frauen engagieren sich dreimal häufiger in der häuslichen Pflege von Angehörigen, und Mütter reduzieren ihren Einsatz für Haushalt und Kinderbetreuung trotz zunehmender Erwerbstätigkeit nur geringfügig. Das führt bei erwerbstätigen Müttern von Kindern un-

ter 15 Jahren zu Arbeitsbelastungen, die wöchentlich bis zu 20 Stunden höher liegen als bei erwerbstätigen Vätern (Schweizerische Gesundheitsbefragung, 1997).

Folgen unbezahlter Betreuungsarbeit

Auf persönlicher Ebene bedeutet das Leisten von Betreuungsarbeit

den Einsatz von Zeit und Ressourcen. Je grösser die Abhängigkeit der Hilfsbedürftigen, desto mehr Energie ist erforderlich, um rund um die Uhr für ihr Wohlergehen zu sorgen. Die eingesetzten Ressourcen stehen der Betreuungsperson in andern Bereichen nicht mehr zur Verfügung. Sie verzichtet zum Beispiel auf Hobbys, reduziert ihre sozialen Kontakte, und ist beruflich weniger leistungsfähig (Kittay, 1999). Investieren Betreuende längerfristig mehr Energie als sie sich selbst zuführen können, gerät die Energiebilanz aus dem Gleichgewicht. Damit steigt das Risiko für Erschöpfungszustände und körperliche Beschwerden, was bei der Betreuung von hilfsbedürftigen Erwachsenen wie auch bei Müttern von Kleinkindern zu beobachten ist. Nach der Geburt eines Kindes kann aus andauernder Müdigkeit zum Beispiel eine postpartale Depression entstehen (Bozoky & Corwin, 2002). Im ungünstigen Fall führt die Überlastung zu einem Teufelskreis. Übermüdete Betreuungspersonen sind vermindert leistungsfähig, haben weniger Erfolg im Beruf und dementsprechend tiefere Einkommen. Ein tiefer sozioökonomischer Status ist wieder-

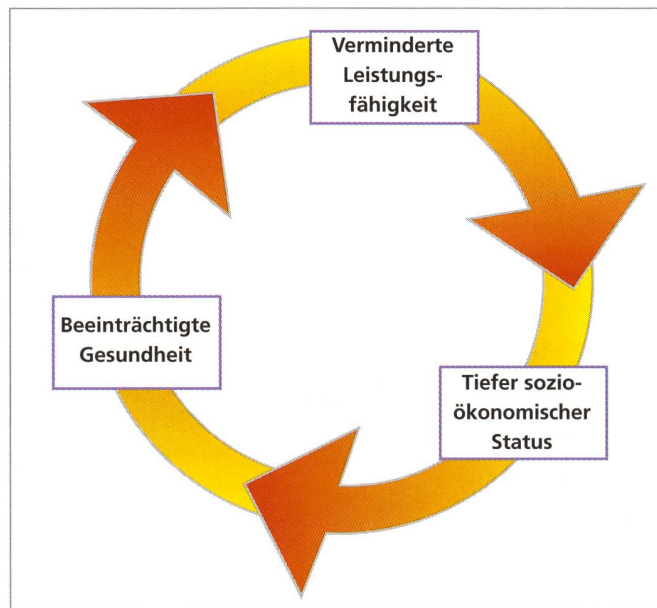


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen Leistungsfähigkeit, sozioökonomischem Status und Gesundheit.

Stillen und Erwerbstätigkeit

Lobbying in der Arbeitswelt

Für erwerbstätige Mütter ist das Stillen oft schwierig zu bewerkstelligen. Während der Arbeitszeit ist es manchmal gar unmöglich, obwohl das schweizerische Gesetz Stillpausen ausdrücklich vorsieht. Dass sogar eine Mitarbeiterin eines stillfreundlichen Spitals vor unüberwindlichen Hürden stand, als sie ihr Kind stillen wollte, gab den Anlass, dieses Thema näher zu untersuchen.

Aus der gesellschaftlichen Entwicklung des Stillens in den industrialisierten Ländern ist einzig Norwegen mit einer Stillrate von 80% nach sechs Monaten (2004) erfolgreich hervorgegangen; dies ungeachtet der Tatsache, dass die Vorteile des Stillens wissenschaftlich eindeutig nachgewiesen sind. Der weltweite Stillnotstand rief die WHO auf den

Plan: Sie hat Stillen zum Thema der öffentlichen Gesundheit gemacht, denn keine andere Massnahme hat eine vergleichbare positive Breitenwirkung und ist gleichzeitig so billig. 15 Jahre nach der Lancierung der WHO-Stillkampagne hat die Schweiz mit einer Stillrate von 40% (jegliches Stillen) nach sechs Monaten (2003) das vorgegebene Ziel noch nicht erreicht, hingegen zeigte eine Studie erste Erfolge der BFH-Initiative (Stillfreundliche Spitäler) auf. Mertens et al (2003) wiesen nach, dass die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach dem Mutterschaftsurlaub für viele Schweizer Frauen ein Abstillgrund ist; weitere politische und gesellschaftliche Massnahmen sind dringend, damit auch erwerbstätige Mütter ihre Kin-

der wie empfohlen sechs Monate stillen können. Abschliessend reflektiert die Autorin die Möglichkeiten einer Einzelperson, eines Berufsverbandes oder einer Gewerkschaft, sich für eine Verbesserung der Situation einzusetzen. Beispiele für solches Handeln: Die Stiftung für Gesundheitsförderung dazu auffordern, Zahlen zu Erwerbstätigkeit und Stillen zu erfassen; Sensibilisierungskampagnen bei Arbeitgeberinnen; Anregung, ein neues Label für stillfreundliche Institutionen zu schaffen.

Maja Hiltbrunner Ahr, Stillen und Erwerbsarbeit. Semesterarbeit im Kurs «Öffentliche Gesundheit». Studiengang Master in Pflegewissenschaft, Universität Basel, Juli 2006
maja.hiltbrunner@insel.ch

Stillen am Arbeitsplatz

Wie umsetzen?

Ursula Hölzli Reid

Die WHO und mit ihr weitere Organisationen empfehlen ausschliessliches Stillen während mindestens sechs Monaten und teilweises Stillen bis zwei Jahre nach der Geburt. Trotz Förderungsinitiativen und entsprechend vorhandenen gesetzlichen Grundlagen erachten es viele Mütter in der Schweiz als nicht möglich, nach der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit ihren Säugling weiter zu stillen.

Die vorliegende Arbeit erarbeitet einen Aktionsplan mit acht Teilzielen, wie der Arbeitgeber der Autorin (Ausbildungszentrum Inselspital Bern) sicherstellen kann, dass stillende Angestellte ihre Säuglinge

um ein Risikofaktor für gesundheitliche Probleme (Wolff, 2004). Eine solche Entwicklung betrifft nicht nur die Betreuenden. Geht es einer Betreuungsperson schlecht, verschlechtert sich automatisch auch die Lage derer, die auf ihre Hilfe angewiesen sind. Familien- und Sozialpolitik sollten sich deshalb zum Ziel setzen, die Gesundheit von Betreuenden und Hilfsbedürftigen durch gute Rahmenbedingungen zu unterstützen.

Rahmenbedingungen verbessern

Verbesserungen müssen auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Auf politischer Ebene ist ein Sinneswandel nötig, damit unbezahlte Betreuungsarbeit nicht mehr als Privatsache missachtet, sondern als zentrale gesellschaftliche Leistung anerkannt wird. Echte Anerkennung wird unweigerlich den Bedarf schaffen, einen ökonomischen Ausgleich herzustellen, der Betreuungsarbeit Leistende vor den damit verbundenen Armutsrisiken bewahrt. Wichtige Massnahmen in diese Richtung wären das Entrichten voller Kinderzulagen auch an Eltern, die nicht in einem Vollzeit-Angestellten Verhältnis stehen. Das Entrichten von Pfl-

gegeld an betreuende Angehörige von Kranken und Betagten dürfte sich nicht mehr auf einzelne Gemeinden beschränken, sondern müsste schweizweit angemessen geregelt werden. Auch auf familiärer Ebene ist ein tief greifendes Umdenken nötig, um der Überlastung von Betreuenden entgegenzuwirken. Sowie sich Frauen ihren Raum in der Arbeitswelt erobern, braucht es Männer, die sich ihren Anteil an unbezahlter Betreuungsarbeit nicht mehr streitig machen lassen. Auch bei professionellen Betreuungspersonen ist eine Neuorientierung angesagt. Erst wenn Gesundheitsfachpersonen soziale und gesundheitliche Aspekte von unbezahlter Betreuungsarbeit erkennen und in der Beratung einbeziehen, nutzen sie ihr Potential, das Wohlergehen von Betreuten und Betreuenden zu fördern.

Elisabeth Kurt, Die Bedeutung von unbezahlter Betreuungsarbeit – anerkannt oder unterschätzt? Impulse zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für unbezahlte Betreuungsarbeit in der Schweiz

Semesterarbeit im Kurs «Öffentliche Gesundheit», Studiengang Master in Pflegewissenschaft, Universität Basel, Juli 2004

elisabeth.kurth@unibas.ch

entsprechend den WHO-Empfehlungen weiterstillen.

Das Thema Stillförderung wird anhand der theoretischen Modelle «Akteurdreieck» und «Politzkyklus» (Knoepfel et al. 2001) dargestellt. Für die konkrete Planung, Durchführung und Evaluation des Projekts empfiehlt die Autorin das Projektmanagement-Instrument «Quint-Essenz». Die Realisierbarkeit des Projekts erachtet die Autorin als mittel bis hoch. Anzustreben wäre jedoch, dass langfristig der Mutterschaftsurlaub in der Schweiz auf mind. sechs Monate verlängert wird



Foto: Judith Fahner-Furer

und die gesamte Stillzeit gesetzlich gesichert wird.

Ursula Hölzli Reid, Stillförderung am Arbeitsplatz. Leistungsnachweis im Rahmen des Interuniversitären Weiterbildungsprogrammes Public Health Bern, Zürich, Basel, Dezember 2005

ursula.hoelzli@bfh.ch

Schwangerschaftsvorsorge

Wie erleben sie Tamilinnen?



Die Gesundheitsversorgung von schwangeren Migrantinnen in der Schweiz ist aus sprachlichen, kulturellen und sozialen Gründen erschwert, und oft suchen sie die Vorsorgeeinrichtungen erst spät auf. Häufigere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sind die Folge. Studien schliessen ethnische Minderheiten wegen Sprachproblemen oft aus; ihre Meinungen und Erfahrungen bleiben dadurch häufig unerforscht.

Die qualitative Studie untersucht Bedürfnisse und Erwartungen von schwangeren Tamilinnen bezüglich Schwangerenvorsorge; diese Frauen bildeten in einer Schweizer Universitätsfrauenklinik zahlenmässig die grösste Migrantinnengruppe. Sieben Frauen wurden gebeten, mit Hilfe einer professionellen Dolmetscherin, vom Erleben der hiesigen Schwangerenvorsorge zu erzählen, und die gemachten Erfahrungen mit ihren Vorstellungen zur perinatalen Betreuung im Herkunftsland zu vergleichen. Die transkribierten Interviews wurden mit qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet. Die Auswertung kam zu folgenden Resultaten:

Schwangere Frauen aus Sri Lanka äussern in Bezug auf die Schwangerschaftsvorsorge vier wichtige Bedürfnisse: (a) Wertschätzung erfahren; (b) sich austauschen können; (c) Sorgen und Ängste mildern; (d) mangelnde Erfahrung und fehlendes Wissen ausgleichen. Im engen Zusammenhang dazu stehen die vier wichtigsten Erwartungen an die Hebamme: (a) Sie soll Respekt und Aufmerksamkeit entgegenbringen; (b) für Verständigung sorgen; (c) Sicherheit vermitteln und Führung übernehmen; (d) Erfahrungs- und Fachwissen weitergeben.

Die Untersuchung zeigt, dass sich die geäusserten Bedürfnisse und Erwartungen weitgehend mit denjenigen der Frauen aus westlichen Ländern decken. Dennoch bestehen Unterschiede. Beispielsweise betrachten alle befragten Frauen das Spital als idealen Geburtsort, was wohl damit zusammenhängt, dass Tamilinnen wenig über andere Geburtsmodelle erfahren. Ein weiterer Unterschied zeigt sich beim Erleben von Vaginaluntersuchungen, die äusserst heftige Schamgefühle auslösen. Solche Untersuchungen waren den interviewten Frauen zuvor nicht bekannt, und sie widersprachen ihrer Vorstellung von Intimsphäre, die verletzt wird, wenn man sich nackt zeigen und berühren lassen muss. Weitere Besonderheiten zeigten sich bei der Wahrnehmung der Hebammen, die möglicherweise eine Ersatzrolle für die fehlende Mutter einnehmen, und der grosse Respekt gegenüber höher gestellten Fachpersonen (Ärztinnen), was den Gesprächsaustausch erschweren kann. In den Interviews selber führte möglicherweise der Respekt vor der Befragten und Furcht vor Diskriminierung dazu, dass kaum offene Kritik geäussert wurde. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf die Wichtigkeit einer guten Beziehungsqualität zwischen der schwangeren Frau und der Hebamme hin, und dafür bilden kontinuierliche Betreuungsmodelle die Voraussetzung.

Simone Büchi, Bedürfnisse und Erwartungen von sieben schwangeren Tamilinnen in der Hebammensprechstunde eines Schweizer Universitätsspitals.

Masterarbeit zur Erlangung des Master in Pflegewissenschaft, MNSc Universität Basel, 2005

simone_buechi@hotmail.ch

Leben am Rande der Gesellschaft

Claudia Leimgruber-Neukom

Der Unterschied in der Betreuung und medizinischen Versorgung von werdenden Müttern ist zwischen den armen und reichen Ländern frappant. Kommen Risiken hinzu, klaffen die Möglichkeiten zur Hilfestellung noch weiter auseinander. Die Folgen eines stark protrahierten Geburtsverlaufes sind Blasen- und Darmscheidenfisteln (vesico- und rectovaginale Fisteln VVF/ RVF). Diese sind bei uns kaum mehr bekannt, da sie durch rechtzeitige Massnahmen wie Kaiserschnitt oder Vakuumextraktion vermieden werden können.

Entstehung einer VVF / RVF:

Der konstante Druck des kindlichen Kopfes auf den Geburtskanal und die umliegenden Organe (Harnwege, Rectum) während der Tage dauernden Geburt führt zu einer Minderdurchblutung der betreffenden Gewebe. Es kommt zur Nekrose, ein Loch bzw. eine Fistel bildet sich zwischen Vagina und Blase und/oder Vagina und Enddarm, was

zu Inkontinenz, aufsteigenden Infekten und unter Umständen zum Tod führen kann. Eine weitere Folge des Druckes sind Paresen, die zu Kontrakturen im Bereiche der unteren Extremitäten führen. Betroffen sind v.a. junge Erstgebärende, oft noch Teenager. Das Kind stirbt meist infolge mangelnder Sauerstoffver-

sorgung subpartal. Frauen mit VVF sind Überlebende einer Geburt, die anderen das Leben gekostet hat. Die WHO schätzt, dass täglich 1600 Frauen an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sterben und etwa 2 Millionen Frauen von geburts-traumatischen Verletzungen betroffen sind.



Foto: womenshope

women's hope international whi

Der Verein whi will durch sein Engagement einen Beitrag dazu leisten, die Situation der Frauen zu verbessern und weitere Geburtsverletzungen zu verhindern. Er steht in enger Zusammenarbeit mit dem Addis Ababa Fistula Hospital in Äthiopien, der weltweit anerkannten Spezialklinik, die seit 40 Jahren ausschliesslich Frauen mit Fisteln kostenlos behandelt. Zur Aufgabe des Vereins gehört die Öffentlichkeitsarbeit in der Schweiz mit dem Ziel, für die Problematik zu sensibilisieren und finanzielle Hilfe aus der Schweiz für die betroffenen Frauen zu erhalten (www.womenshope.ch)

Gründe für die Notwendigkeit der Unterstützung von aussen

Frauen mit Fisteln leiden unter:

- mangelnder professioneller Hilfe: fehlende Kenntnis der Betreuerinnen der Schwangeren und Gebärenden, mangelnde Kenntnis über die mögliche Wiederherstellung durch Operation, fehlende

Öffentliche Gesundheit

Informierte Entscheidungen

Sabrina Schipiani

Öffentliche Gesundheit wird definiert als Wissenschaft und Kunst, Krankheiten vorzubeugen, Leben zu verlängern und die Gesundheit einer Gruppe oder Bevölkerung mit gezieltem Einsatz durch die Gesellschaft zu fördern (WHO 1952). Heller et al.(2003) definieren sie als den Einsatz von aus Gesellschaftswissenschaften gewonnener Theorie, Erfahrung und Evidenz, mit dem Ziel, die Bevölkerungsgesundheit in einer Weise zu verbessern, welche den impliziten Bedürfnissen einer Gemeinschaft möglichst gut entspricht. Reproduktive Gesundheit und somit die Mutterschaft sind als zentraler Aspekt der öffentlichen Gesundheit anerkannt (SGPG 2002). Für Luanaigh und Carlson (2005) gilt als wichtigster Beitrag, den die Hebammen zum Nutzen der öffentlichen Gesund-

heit leisten können, die normale Geburt zu fördern. Im Rahmen ihres Berufskodex wird den Hebammen in der Schweiz von Rechts wegen zuerkannt, die Mutterschaft zu betreuen und die Gesundheit von Müttern und Kindern zu verbessern. Das Bewusstsein hierzulande über den Stellenwert der öffentlichen Gesundheit – und insbesondere über den Beitrag der Hebammen dazu – hat weder in der Bevölkerung noch auf Bundesebene die oben beschriebene Dimension erreicht. Dies geht teilweise zurück auf mangelnde Kenntnis der Bevölkerung wie der Politiker von der Bedeutung der öffentlichen Gesundheit und ihres Potenzials. In den vergangenen Jahren wurden in den meisten entwickelten Ländern die einzigartige Rolle der Hebammen und ihre einflussreichen Fähigkeiten wiederentdeckt. In

England beispielsweise trug die Initiative «Changing Childbirth» von 1993 wesentlich dazu bei, das Bewusstsein ‚Hebammen sind für Frauen da‘ zu fördern und gleichzeitig das Dienstleistungsangebot für schwangere Frauen zu verbessern. Die Initiative wirbt klar für die informierte Entscheidung, indem sie fordert, dass Frauen Zugang zu objektiver Information und freier Wahl des Betreuungsangebots bei Mutterschaft haben müssen. In der Schweiz sucht die grosse Mehrheit der Frauen zu Beginn einer Schwangerschaft die Praxis eines Gynäkologen auf. Bloss eine kleine Anzahl Frauen werden durch die Polikliniken an eine Hebammensprechstunde oder -praxis überwiesen oder suchen eine solche von sich aus auf, weil sie eine ganzheitliche Betreuung wünschen. Frauen evidenzbasierte Informationen zu geben ist eines der

Hauptziele der Schwangerschaftsvorsorge.

Dieses Diskussionspapier untersucht, welche Rolle die öffentliche Gesundheit heute in der Schweiz einnimmt. Die Arbeit überprüft den Beitrag der Hebammen in der Schwangerschaftsvorsorge und auf welche Weise informierte Entscheidungen in der täglichen Praxis ablaufen. Schliesslich beleuchtet die Arbeit die Schwierigkeiten, denen Gesundheitsfachleute begegnen, wenn sie Informationen zur Verfügung stellen wollen, und sie zeigt, wie das Verständnis der KlientInnen von informierten Entscheidungen erreicht und angewendet wird.

Sabrina Schipiani, Informed decision making. Arbeit im Rahmen des Studiengangs Master of Science in Midwifery, Caledonian University Glasgow, Januar 2007

Sabrinass@freesurf.ch

- Institutionen für eine Behandlung
- körperlicher Schwächung durch aufsteigende Infekte, Fieber: Selbstversorgung nicht möglich. Die Folgen der Geburt (Paresien) beeinträchtigen die Mobilität, medizinische Hilfe wird unerreichbar. Die Frauen sind auf die Hilfe von Angehörigen angewiesen.
 - fehlenden finanziellen Mitteln: fehlende Krankenversicherung, keine finanziellen Mittel für eine Operation oder den Transport ins Spital
 - der Stigmatisierung in der Gesellschaft: Die Ursache für das Leiden wird oft mit sexuellem Fehlverhalten erklärt. VVF gilt als Strafe und führt zum Verlust der Familienehre. 50% der Frauen mit VVF werden geschieden. Durch ihr körperliches Leiden haben sie keine Möglichkeit, wieder zu heiraten und eine Familie zu gründen. Inkontinenz und schlechter Geruch verunmöglichen normale soziale Kontakte. Verlust des Werts als Frau in der

Gesellschaft; die Frauen werden oft selbst von den Angehörigen gemieden.

Heilungschancen

80% der aufgenommenen Frauen im Addis Ababa Fistula Hospital können durch Operation und adäquate Pflege geheilt werden. 15% haben eine Stressinkontinenz, die verbessert werden kann, und 5% der Frauen bleiben unvollständig geheilt.

Claudia Leimgruber-Neukom, Leben am Rande der Gesellschaft. Grundlagenarbeit zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Problematik von Frauen mit vesico- und rectovaginalen Fisteln. Projektarbeit des Nachdiplomkurses Transkulturelle Kompetenz, WE'G Aarau 2005 claudia.leimgruber@womenshope.ch

Die Autorin war 1999–2002 verantwortliche Hebamme in einem Gesundheitsdistrikt im Tschad, konfrontiert mit der Problematik von Frauen mit VVF/RVF. 2002 Durchführung des ersten Operations-Projektes für Frauen mit Fisteln im Tschad. Mitgründerin und Vizepräsidentin des Vereins women's hope international.

Geburtshilfe

Analyse der Entscheidungsfindung

Dagmar Ittig

Die Studie diskutiert Modelle und Theorien der Entscheidungsfindung unter der Geburt. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden Definitionen der Entscheidungsfindung präsentiert, Entscheidungsfindungsmodelle vorgestellt und die Frage diskutiert, wie und wodurch Entscheidungsabläufe während der Geburt beeinflusst werden. Entscheidungsfindungstheorien scheiden sich in systematisch-rationale und intuitiv-heuristische Modelle.

Die Entscheidungsfindung rund um das Geburtsgeschehen sowohl der Klientinnen/Klienten als auch der Hebammen wird von verschiedensten Faktoren wie moralische, religiöse, soziale, politische, kultu-

relle und geschlechtsspezifische Werthaltungen beeinflusst. Wichtige Einflussfaktoren bei den Hebammen sind die vorgesetzte Hebamme und die Ärzte. Moralische und religiöse Werte sowie Reflexionspraktiken und kritisches Denken beeinflussen, zu welchen Entscheidungen eine Hebamme unter der Geburt kommt. Jede klinische Entscheidung wird immer auch von Emotionen gesteuert und beeinflusst, insbesondere in der emotional sehr aufgeladenen Situation rund um die Geburt. Jede Hebamme sollte Kenntnis davon haben, welche Faktoren ihre Entscheidungen mit beeinflussen.

Dagmar Ittig. Decision making and the influences on decision making in childbirth.

Arbeit im Rahmen des Studiengangs Master of Science in Midwifery, Caledonian University, Glasgow, Mai 2005 dittig@bluewin.ch

Studienarbeiten

Weitere Autorinnen und Titel

Yvonne Blättler-Göldi: «Stabilität trotz Ungewissheit. Die Schliessung der Hebammenschule St. Gallen.» Masterarbeit zur Erlangung des Master of Science in Organizational Development, Universität Klagenfurt, 2006. yvonne.blaettler@bluewin.ch

Eva Cignacco: Fünf Teilstudien zum Thema «Pain Management in Neonates» zur Erlangung des PhD im Bereich Pflegewissenschaft (2002–2007) Universität Maastricht.

Cignacco E., Müller R., Hamers JPH., Gessler P. (2000–2001) «Erste Validierung des Berner Schmerzscore für Neugeborene (deskriptive Studie)». Forschungsprojekt zur Erlangung des Master of Nursing Science MNSc Universität Maastricht. eva.cignacco@unibas.ch

Martina Gisin: «Menopause» (discussion paper 2005); «Teenage pregnancy» (position paper 2005); «Justify unique care provision for women with female genital mutilation» (essay 2006); «Appraise the potential for the developing midwifery practice relative to the needs of women with female genital mutilation» (essay 2006); Arbeiten im Studiengang Bachelor of Science in Midwifery, Caledonian Universität Glasgow.

Martina Gisin: «The public health role of the midwifery within normal antenatal care in Switzerland» (power point presentation November 2006). Arbeit Studiengang Master of Science in Midwifery, Caledonian University Glasgow. martina.gisin@gmx.ch

Elisabeth Kurth: «Wie sollen Eltern bei einer Totgeburt im Hinblick auf den Kontakt zum verstorbenen Kind beraten und unterstützt werden?» (2003) Semesterarbeit Studiengang Master in Pflegewissenschaft, MNSc Universität Basel. elisabeth.kurth@unibas.ch

Edith Rogenmoser-Tanner: «Teenagerschwangerschaft» (position paper 2005); «Depression in der Menopause» (discussion paper 2005); «The existence of a theory-practice gap has been identified as a problem in the education of students of midwifery. From a practitioner perspective critically examine ways that the midwife may contribute to resolving the gap. Any problems of implementation should also be highlighted» (2005). Arbeiten im Studiengang Bachelor of Science in Midwifery, Caledonian University Glasgow. edith@rogenmoser.ch

Sabrina Schipiani: «Brain Drain South Africa». Arbeit Studiengang Master of Science in Midwifery, Caledonian University Glasgow, Januar 2007. Sabrinas_s@freesurf.ch

Franziska Suter-Hofmann: «Leben mit chronischen Gesundheitsproblemen: Mutterschaft und HIV» (Semesterarbeit); «Säuglingsernährung bei HIV-positiven Müttern» (Semesterarbeit); «Unterstützung und Beratungsangebot für Familien mit Kindern im 1. Lebensjahr in Frenkendorf/Füllinsdorf» (Semesterarbeit zusammen mit Patricia Blöchliger und anderen); «Predictors of Job Satisfaction in Swiss Hospital Nurses» (Masterarbeit).

Arbeiten im Studiengang Bachelor and Master in Pflegewissenschaft MNSc, Universität Basel. ufsuter@bluewin.ch

Katharina Tritten: «Gesundheitsfachfrauen in Ausbildung – Ihr Rauchverhalten, ihr Wissen über die Tabakprävention und ihre berufsbedingten Einstellungen dazu.» (2007) Master-Thesis (in Bearbeitung) im Rahmen des interuniversitären Nachdiplomstudiums Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich zur Erlangung des Masters of Public Health. katharina.tritten@bfh.ch