Mitteilungen = Communications

Objekttyp: **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): **100 (2002)**

Heft 4

PDF erstellt am: **02.05.2024**

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

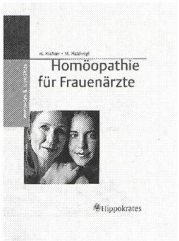
Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Helga Richter, Max Haidvogel

Homöopathie für Frauenärzte



2000. 120 Seiten, Fr. 46.–
Hippokrates Verlag Stuttgart

In diesem Buch, das sich an GynäkologInnen und GeburtshelferInnen wendet, werden Indikationen dargestellt, bei denen die klinische Medizin entweder keine geeigneten Behandlungsmethoden aufweist oder mit mehr Nebenwirkungen belastet als dies bei der Homöopathie der Fall ist. Die Homöopathie ist keine Alternative zur klinischen Medizin, aber eine sinnvolle Ergänzung.
Zehn wichtige Arzneimittelbilder in der Gynäkologie und Geburtshilfe (Kalium carbonicum, Aristolochia, Pulsatilla, Sepia, Cimicifuga, Lilium tigrinum, Platin, Belladonna, Calcium carbonicum, Phosphor) werden nach folgendem Muster vorgestellt:
- allgemeine Beschreibung des Mittels
- psychische Symptome
- Blutung, Menstruation
- Geburt
- Indikationen anhand von bestimmen Krankheitsbildern
- Dosierung

Bewährte Indikationen in der Schwangerschaft werden aufgegliedert nach
- begleitender Therapie bei der Geburt mit dominierenden Symptomen wie Angst, Schmerz, rigider Muttermund oder Wehenschwäche
- drohender Frühgeburt (Arzneiwahl nach auslösender Ursache, nach Persönlichkeitsmerkmal oder nach besonderen Symptomen)
- Emesis, Hyperemesis
- Geburtsvorbereitung
- Hypertonie, Kollapsneigung
- Präeklampsie
- pränatale Dystrophie
- Sodbrennen
- Varizen

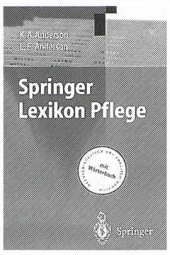
Ausserdem werden bewährte Indikationen im Wochenbett und in der Gynäkologie vorgestellt. Das Buch eignet sich hervorragend zum Aussuchen eines wirksamen Mittels für die erwähnten und viele andere Indikationen. Das Nachschlagen ist einfach durch die klare Aufgliederung der Symptome. Sehr nützlich sind für mich die Dosierungsangaben mit den entsprechenden Potenzen. Ein ideales Buch für den täglichen Gebrauch in Praxis und Gebärsaal.

Verena Schwander, Hebamme

K. A. Anderson, L. E. Anderson

Springer Lexikon Pflege

mit Wörterbuch



2000. 1139 Seiten, Fr. 35.–
Springer Verlag Heidelberg

Dieses Lexikon erinnert an den «Pschyrembel», der uns wohl alle durch die Lehre begleitet hat, wobei die Aufmachung als Taschenbuch etwas weniger solide ausgefallen ist. In alphabetischer Reihenfolge (neue deutsche Schreibweise) finden sich 12000 Sachbegriffe aus Pflege und Medizin, die kurz und prägnant erklärt werden. Jeder Begriff wird auf Englisch übersetzt.
Wie das Vorwort erläutert, ist das grösste Problem und somit auch die Schwäche des Buches der Anspruch, dass sowohl Lernende als auch Pflege-Expertinnen rasch moderne, in der heutigen Pflege gebräuchliche Begriffe nachschlagen können. Beim «Testen» einiger mir bekannter Begriffe habe ich doch gestaunt, welche Definitionen mir da vorgelegt werden! Da gibt es Ungenauigkeiten (unter «Hämodialyse» nennen die Autorinnen als Voraussetzung «einen Shunt» oder «eine arterio-venöse Fistel» – was beides ein und dasselbe bezeichnet!), falsche Aussagen und teilweise nichtssagende wissenschaftliche Begriffe.
Die Gliederung ist systematisch-wissenschaftlich und erlaubt schnelles Zurechtfinden. Verschiedene Schriftarten und die Blaufärbung einzelner Bereiche (Pflege) tragen zur Übersichtlichkeit bei. Am Ende des Werkes findet sich das Glossar Englisch-Deutsch, was für das Lesen englischer Texte, zusammen mit den Begriffserläuterungen, sehr hilfreich ist. Ganz allgemein könnte ich das Buch aber nicht empfehlen.

Margrit Heller, Hebamme, Krankenschwester

Buchhandlung
Karger Libri AG
Petersgraben 31
4051 Basel

Tel. 00800 306 11 111
Fax 061 306 15 16
books@libri.karger.ch
www.libri.ch

KargerLibri
Beziehen Sie Ihre Fachliteratur über uns

Ansgar Römer

Akupunktur für Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen

Ein Kurzlehrbuch

1999. 240 Seiten,
84 Abbildungen, Fr. 62.50
Hippokrates Verlag Stuttgart

Dieses schlanke Buch erscheint in der bekannten Aufmachung des Hippokrates-Verlag: gutes Papier, übersichtliches Layout mit vielen Tabellen und farbigen Hervorhebungen sowie klare Gliederung der Kapitel. Verschiedene schöne Zeichnungen und Photos veranschaulichen das «Gesagte». Die Einführung bietet einen Überblick über die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), der ein ebenso «altes» wie unglaublich umfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu Grunde liegt. Die Akupunktur ist Teil der TCM. Sie hilft durch gezielte Reizsetzung an bestimmten Punkten Blockaden zu lösen und die Energien wieder fliessen zu lassen, das heisst, sie aktiviert die Selbstheilungskräfte des Menschen insgesamt. Die Reize können durch Nadeln oder durch Moxa-Anwendung (Wärme) gesetzt werden.
Das Buch ist spezifisch auf die Hebammengeburtshilfe ausgerichtet – es liegt dem Autor viel daran, die natürliche, physiologische Geburt zu fördern. Er weist auch oft darauf hin, dass die angegebenen «Rezepte» immer hinterfragt werden müssen, wenn man sie «ausprobiert» und anwendet. Manchmal können Kontraindikationen bestehen, und die betroffene Frau muss immer in ihrer Ganzheit wahrgenommen werden. Der deutsche Hebammenverband war an der Entstehung des Werks mitbeteiligt, und es hat sich als Lehrbuch bereits bestens etabliert. Ich denke, dass es ein sehr gutes Kurs-Lehrbuch und Nachschlagewerk ist. Mir hat das Werk sehr gefallen und kann es bestens empfehlen. Ob man sich die Akupunktur im Selbststudium aneignen kann, wage ich jedoch zu bezweifeln.

Margrit Heller, Hebamme, Krankenschwester

Aquarius

Die beliebte Gebär-und Entspannungswanne mit den vielen Möglichkeiten. Mit Handgriffen, herausnehmbarem Einsatzsitz und Einstieghilfe. Alle RAL-Farben erhältlich. Mobil oder zum Festeinbau! Möglichkeit zum Testen!

Kauf und Vermietung von tragbaren Gebärbecken.

Kissen für die Gebärwanne.

AQUA BIRTH POOLS GmbH
Krähenbühl 8 5642 Mühlau
Tel. 056-670 25 15
Fax 056-670 25 16
e-mail: dho.aquabirth@econophone.ch

Laufend neue Kurse in

Klassischer Massage und Fussreflexzonenmassage
für den Hausgebrauch oder als Einstieg zum Berufsmasseur

Praktische Lehrgänge und Weiterbildungen
für Med. Masseure/innen, Heilpraktiker/innen usw.

Studium zum/zur Naturheilpraktiker/in
(4 Jahre berufsbegleitend) Studienbeginn jeweils Januar

Verlangen Sie das Ausbildungsprogramm!

Zentrum Bodyfeet®
FACHSCHULE
FÜR NATURHEILKUNDE UND MANUELLE THERAPIEN

Hauptsitz: Max Sulser, Aarestrasse 30, 3600 Thun, Telefon 033 222 23 23
Filialen: 5000 Aarau, Bahnhofstrasse 94, Telefon 062 823 83 83
8640 Rapperswil, Tiefenaustrasse 2, Telefon 055 210 36 56
Zweigstellen: In der ganzen deutschsprachigen Schweiz www.bodyfeet.ch

Osteopathie in Bern

Praxiseröffnung

Alain Kluvers D.O. MSRO

Diplomierter Osteopath (D.O.) der
Schweizerischen Schule für Osteopathie, Lausanne
Mitglied des Schweizerischen Registers der Osteopathen
Greyerzstrasse 30 (Viktoriaplatz)
3013 Bern, Telefon 031 331 10 10

Ausbildung:
- Vollzeitstudium von 6 Jahren nach der eidg. Matura an der Schweizerischen Schule für Osteopathie in Belmont-sur-Lausanne
- 4 Jahre Praxiserfahrung in verschiedenen Praxen für Osteopathie in der Westschweiz

Diese Ausbildung entspricht der neuen Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (GesV).

Weiterbildung:
- Osteopathie im Pädiatriebereich mit Viola Frymann D.O. und Jon Ase M.D. (USA)

Kurz

Gottlob Kurz GmbH
Qualität seit 1893
D-65207 Wiesbaden
Hinterbergstraße 14
Tel. +49-611-1899019, Fax -9505980
E-Mail: Kurz-GmbH@t-online.de
Internet: www.Gottlob-Kurz.de

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

PR-WERBUNG

pro juventute

«Das erste Lebensjahr» – Standardwerk der Kleinkinderziehung

Mit dem Anliegen, eine gute Vorbereitung auf die neue Rolle als Eltern zu fördern und ihnen einen kompetenten Begleiter von der Geburtsvorbereitung an und durch das erste Lebensjahr des Neugeborenen zu bieten, gibt der verlag pro juventute in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Verein der Mütterberaterinnen, dem Marie Meierhofer-Institut und dem Schweizerischen Roten Kreuz den bewährten Elternratgeber «Das erste Lebensjahr» in einer komplett überarbeiteten und aktualisierten Ausgabe neu heraus. Wie Eltern sich auf die Geburt ihres Kindes vorbereiten ist ebenso Thema wie die Geburt selbst, die Ernährung, die Pflege und die Gesundheitsvorsorge des Babys. Ergänzt wird dieser Band aus der Reihe «FamilienPraxis» durch ein ausführliches Adress- und Literaturverzeichnis. Die vollständig überarbeitete Neuausgabe dieses Standardwerkes enthält wunderschöne neue Illustrationen der bekannten Künstlerin Verena Pavoni und Fotos von Reto Klink.

Sie als Fachpersonen und Beraterinnen von jungen Eltern stehen in direktem Kontakt mit dem Zielpublikum und haben die Möglichkeit, auf diesen Elternratgeber mittels Prospekten (in diesem Heft liegt ein Prospekt bei) oder direkt mit einem Ansichtsexemplar aufmerksam zu machen.

Prospekte können gratis bezogen werden.
Das Buch kostet Fr. 19.80.

Bestellungen und Fragen direkt an:

verlag pro juventute
Seehofstrasse 15
Postfach, 8032 Zürich
Telefon 01 256 77 17
Fax 01 256 77 34
E-Mail: andrea.sarhan@projuventute.ch

Schweizerischer Hebammenverband **SHV**/Fédération suisse des sages-femmes **FSSF**/Federazione svizzera delle levatrici **FSL**/Federaziun svizra da las spendreras **FSS**

Zentralpräsidentin/
Présidente centrale
Lucia Mikeler Knaack
Flurstrasse 26, 3000 Bern 22

Sektionen/Sections

Aargau-Solothurn:
Hannah Küffer Ackermann, Hofstatt
4616 Kappel, Tel. 062 216 52 68
E-Mail: Kuefack@bluewin.ch
Regula Pfeuti – Giger, Ob. Torfeldstr.12,
5033 Buchs, Tel. 062 822 45 83
E-mail: regula.p@bluemail.ch.

Bas-Valais:
Fabienne Salamin
Rond Point Paradis 15
3960 Sierre
Tél. 027 455 42 73

Beide Basel (BL/BS):
Franziska Suter, Kirschblütenweg 2
4059 Basel, Tel. 061 361 85 57
E-Mail: ufsuter@bluewin.ch

Bern:
Kathrin Tritten
Zur Station 5, 3145 Niederscherli
Tel. 031 849 10 31
E-Mail: Kathrin.Tritten@azi.insel.ch
Yvonne Kühni
Dorfstrasse 16, 3308 Grafenried
Tel. 031 767 97 00

Fribourg:
Rosaria Vorlet-Crisci
Au Village 35, 1802 Corseaux
Tél. 021 921 38 26
e-mail: rosaria.vorlet@mcnet.ch

Genève:
Sophie Demaurex
34 ch. Nicolas-Bogueret, 1219 Aïre
Tél. et fax 022 797 28 09
e-mail: fssf.ge@bluewin.ch

Oberwallis:
Gaby Klingele, Schulhausstrasse 15
3900 Brig, Tel. 027 923 80 79

Ostschweiz
(SG/TG/AR/AI/GR):
Agnes Gartner-Imfeld, Aeulistrasse 11,
7310 Bad Ragaz, Tel. 081 302 37 73
Katrin Wüthrich-Hasenböhler,
Würzengässli 15
8735 St.Gallenkappel, Tel. 055 284 23 84

Schwyz:
Susanne Bovard, Hinterfeld 5b
8852 Altendorf, Tel. 055 442 37 83
E-Mail: peter.bovard@schweiz.org

Ticino:
Cinzia Biella-Zanelli, Massarescio
6516 Cugnasco, Tel. 091 840 91 15

Vaud-Neuchâtel (VD/NE):
Anne Lagger, Grand-Rue
1442 Montagny-près-Yverdon
Tél. 024 445 58 20
e-mail: lagger@freesurf.ch
Corinne Meyer, Bressonnaz-dessus
1085 Vulliens
Tél. 021 905 35 33
e-mail: corinne.meyer@worldcom.ch

Zentralschweiz
(LU/NW/OW/UR/ZG):
Doris Lüthi
Neuweg 11, 6370 Stans
Tel. 041 610 55 08
E-Mail: storch.stans@freesurf.ch

Zürich und Umgebung
(ZH/GL/SH):
Béatrice Bürge-Lütscher
Breitengasse 10, 8636 Wald
Tel. 055 246 29 52
E-Mail: bea.buerge@bluewin.ch
Ruth Riggenbach Steiner
Sonnenberg 33, 8636 Wald
Tel. 055 246 60 80
E-Mail: rist@active.ch

14. Mai 2002 Basel

TRAKTANDEN DER DELEGIERTENVERSAMMLUNG

1. Eröffnung der Delegiertenversammlung
2. Wahl der Stimmenzählerinnen
3. Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung 2001
4. Genehmigung der Jahresberichte 2001
5. Berichte der Kommissionen
6. Berichte der Arbeitsgruppen
7. Genehmigung der 3-Jahres-Ziele 2002–2005
8. Genehmigung:
   a) der Jahresrechnung 2001
   b) des Budgets 2002
9. Genehmigung:
   a) des Reglements der Qualitätskommission
10. Wahlen
    a) für die Fort- und Weiterbildungskommission
    b) für die Qualitätskommission
    c) für die Redaktionskommission
    d) Wiederwahl der Rechnungsrevisorinnen
11. Anträge
12. SHV-Kongress:
    a) Vorstellung Kongress 2003
    b) Vorschläge für 2004
    c) Vorschlag für Sektionsbericht 2003
13. Bericht der Sektion Bern
14. Verschiedenes und Schluss

14 mai 2002 Bâle

ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE DES DÉLÉGUÉES

1. Ouverture de l'assemblée des déléguées
2. Nomination des scrutatrices
3. Acceptation du procès-verbal de l'assemblée des déléguées 2001
4. Acceptation des rapports annuels 2001
5. Rapports des commissions
6. Rapports des groupes de travail
7. Acceptation des objectifs sur trois ans (2002–2005)
8. Acceptation:
   a) des comptes 2001
   b) du budget 2002
9. Acceptation:
   a) du règlement de la commission de qualité
10. Elections:
    a) pour la commission de formation continue et permanente
    b) pour la commission de qualité
    c) pour la commission de rédaction
    d) Réélections des vérificatrices des comptes
11. Motions
12. Congrès de la FSSF:
    a) présentations du congrès 2003
    b) propositions pour 2004
    c) proposition pour le rapport d'une section 2003
13. Rapport de la section Berne
14. Divers et clôture

14 maggio 2002 Basilea

ORDINE DEL GIORNO DELL'ASSEMBLEA DELLE DELEGATE

1. Apertura dell'Assemblea delle delegate
2. Nomina delle scrutatrici
3. Approvazione del verbale dell'Assemblea delle delegate 2001
4. Approvazione dei rapporti annuali 2001
5. Rapporti dei commissioni
6. Rapporti dei gruppi di lavoro
7. Approvazione degli obiettivi per i prossimi 3 anni (2002–2005)
8. Approvazione:
   a) dei conti annuali 2001
   b) del budget 2002
9. Approvazione:
   a) del regolamento della commissione della qualità
10. Elezioni
    a) per la commissione «Fondo-previdenza»
    b) per la commissione della qualità
    c) per la commissione della redazione
    d) dei revisori dei conti
11. Mozioni
12. Congresso FSL:
    a) presentazione del prossimo congresso
    b) proposte per 2004
    c) proposte per il rapporto di sezione 2003
13. Presentazione della sezione Berna
14. Eventuali e fine

La Fédération suisse des sage-femmes et le régime du délai

Lors de sa journée à huis-clos, en octobre 2001, le Comité Central a décidé d'adhérer au comité de votation «oui au régime du délai». La loi prévoit la possibilité d'une interruption de grossesse non punissable dans les 12 premières semaines de grossesse, sans obligation de consultation. Les réflections décisives préalables à cette adhésion sont les suivantes:

- Une grossesse non désirée peut conduire la femme concernée à un conflit intérieur profond. Reconnaître ce conflit et le prendre au sérieux, sans jugement de valeur morale ou juridique, est pour nous un point primordial.
- Avec le régime du délai, la compétence de décider se trouve remise entre les mains des femmes concernées. Nous sommes convaincues que, dans cette situation difficile, les femmes sont capables de décider elle-mêmes, et d'assumer l'entière responsabilité de la décision prise.
- La loi actuelle prévoit une consultation, aussi complète que possible, d'informations/conseils à la femme enceinte, par son médecin traitant. En outre, les femmes/couples doivent pouvoir disposer librement d'une offre élargie de consultation/informations/conseils. Ce régime reconnaît aux femmes la faculté de décider elles-mêmes, et leur donne la possibilité de se procurer l'aide dont elles ont besoin pour leur décision, sous leur propre responsabilité et de leur plein gré. Cela représente une condition préalable importante nécessaire au bon fonctionnement de la consultation, puisque le résultat de celle-ci dépend, dans une large mesure, de la libre coopération de la femme.
- Une législation restrictive n'a pas d'influence sur le nombre des interruptions de grossesse. Les chiffres des pays à législation plus libérale le prouvent (par ex. la Hollande). Une interdiction d'interruption de grossesse oblige les femmes à l'illégalité, et peut mettre en danger leur santé physique et psychique.
- L'attention de la politique et de la société devrait être dirigée vers un épanouissement de la vie des femmes. Dans le contexte de l'interruption de grossesse, cela signifie une pédagogie précoce et étendue de la sexualité, un accès facilité aux moyens de contraception, surtout pour les jeunes femmes, ainsi qu'une législation en faveur de la femme et de la famille, soucieuse d'allier famille et vie professionnelle (assurance-maternité, congé parental, possibilité de faire garder ses enfants à l'extérieur de la famille, garderies, soutiens financiers...) La société prendra ainsi sa pleine part de responsabilité à l'égard des enfants. Dans un tel environnement, il sera plus facile aux femmes, même en cas de grossesse non désirée, de se décider à garder l'enfant.
- La situation actuelle ne satisfait personne. Le régime du délai est déjà pratiqué sans bases juridiques. Un cadre clair des conditions juridiques aurait un effet positif à tous les niveaux.
- L'alternative au régime prévu, qui est également soumise au vote («Initiative pour la mère et l'enfant»), est une interdiction totale d'interruption de grossesse, solution inacceptable de notre point de vue.

Nous sommes conscientes que notre décision d'adhérer au comité de vote «oui au régime du délai», ne représente pas l'opinion de tous nos membres. Cependant, par conviction profonde du bien-fondé de cette démarche, nous sommes décidées à l'entreprendre.

Annette Sahl, comité central FSSF

Die deutsche Übersetzung dieses Textes erscheint in der nächsten Nummer.

Fort- und Weiterbildungsprogramm

Änderung

Neue Broschüre Seite 28, Kurs Nr. 21, «Weiterbildung in Geburtvorbereitung VIII»:
Wegen strukturellen Änderungen in unserem Weiterbildungssystem ist es leider nicht möglich, die Modularisierung der Weiterbildung in Geburtsvorbereitung im Herbst 2002 anzubieten. Diese neue Möglichkeit sollte aber ab 2003 zur Verfügung stehen. Der Nachdiplomkurs in Geburtsvorbereitung 8 wird aber wie in den letzten Jahren stattfinden. Die Daten in der Broschüre sind gültig. Wir danken euch für euer Verständnis und bitten um Entschuldigung. Information: 031 332 63 40.

Nachdiplomkurs 8 in Geburtsvorbereitung für Hebammen

Adressatinnen:
Der Kurs wendet sich an diplomierte Hebammen, die schon Geburtsvorbereitung geben oder in Zukunft Geburtsvorbereitung anbieten möchten. Interessentinnen müssen über mindestens ein Jahr Berufserfahrung verfügen.

Kursorganisation:
Die Weiterbildung umfasst 32 Tage zu je 6–7 Stunden, verteilt über ein Jahr. Die Themen werden blockweise in 2-, 3- oder 5- Tages-Seminaren angeboten. Sie erhalten nach Abschluss der Qualifikation ein Zertifikat.

Kursort: Zürich

Kursdaten 2002
9./10., 12.–14., 27./28. September, 31.Oktober, 1./2. November.

Kosten für den gesamten Kurs:
M Fr. 4650.–, NM Fr. 6700.–

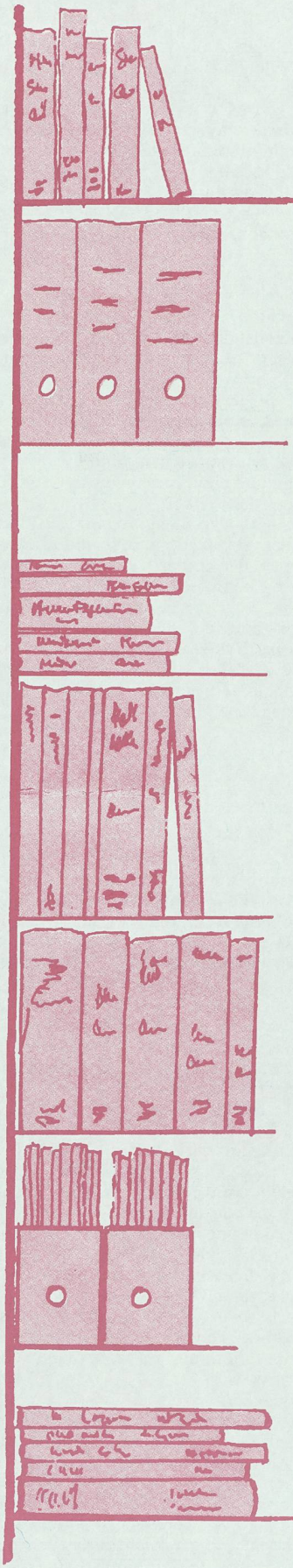
Themen:
- Leitung und Organisation eines Geburtsvorbereitungskurses (9 Tage): Grundlagen der Methodik/Didaktik – Kursorganisation Werbung – Kommunikation – Gruppendynamik.
- Körperwahrnehmung, (14 Tage): Anatomie und Physiologie des Beckens, Atmung, Rückbildung, verschiedene Geburtsvorbereitungsthemen
- Begleitung von werdenden Eltern (7 Tage): Psychosoziales Wissen – Umgang mit Angst, Schmerz.

Dozentinnen/Dozenten:
Es werden für die jeweiligen Themen fachlich kompetente Dozentinnen/Dozenten ausgewählt.

Kursleitung: Folgt später

Anmeldeschluss: 26. Juli 2002

Information/Anmeldeformulare:
SHV 031 332 63 40



HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Aspirin gegen Fehlgeburt
Psychoneuroimmunologie der Reproduktion
Fliegen in der Schwangerschaft
»37 vollendete Schwangerschaftswochen« – Begriffsklärung

Geburt

Perinatale Mortalität und Geburtsmodus bei BEL

Wochenbett

Posttraumatische Belastungsstörung

Liebe Hebammen, liebe Hebammenschülerinnen und -studentinnen,

uns Herausgeberinnen wird es ein bisschen seltsam zumute bei dem Gedanken, dass der HeLiDi mittlerweile im 10. Jahrgang erscheint. Die ursprüngliche Intention war, dass Hebammen für Hebammen schreiben, dass sich diese Idee weiter verbreitet und sich so ganz allmählich ein Stamm von Schreiberinnen bildet. Leider scheinen wir dieses Ziel nicht erreicht zu haben. Katja Stahl hat in den letzten Jahren nicht nur die Koordination und das Layout übernommen, sondern darüber hinaus einen großen Teil der ausgewählten englischen Abstracts übersetzt. Sie wird aber in Zukunft nicht mehr in demselben Umfang für den HeLiDi arbeiten können und es stellt sich nun die Frage, wie es dann mit dem HeLiDi weitergehen kann/soll. Wir wollen nochmals alle Leserinnen dazu anregen, kurze Abstracts für den HeLiDi zu schreiben und damit zum Fortbestand des Literaturdienstes beizutragen. Wie Ihre Mitarbeit aussehen kann, sagen wir Ihnen gerne. Anlässlich des 10jährigen Bestehens des HeLiDi danken wir allen, die in den letzten Jahren Artikel zusammengefasst haben.

Die Herausgeberinnen

Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen,
Telefon 0 77 33/25 36, E-Mail: Gabriele.Merkel@t-online.de
Jutta Posch, Georg-Elser-Straße 2, 79100 Freiburg,
Telefon 07 61/3 42 32, Telefax 07 61/3 42 32
Dr. Mechthild Groß, Oststadtkrankenhaus,
Podbielskistraße 380, 30659 Hannover,
Telefon 05 11/ 9 06 35 90, E-Mail: gross.mechthild@mh-hannover.de
Katja Stahl, Wandsbeker
Marktstraße 38, 22041 Hamburg
E-Mail: kch.stahl@gmx.de

Schwangerschaft

Aspirin gegen Fehlgeburt?

Rai R Backos M Baxter N et al 2000. Recurrent miscarriage – an aspirin a day? Human Reproduction 15: 2220–3 (MIDIRS 2001; 11: 187)

Wiederholte Fehlgeburt und Komplikationen in der späteren Schwangerschaft sind in einigen Fällen mit Plazentathrombosen und -infarkten verbunden. Das Ziel dieser Studie war, den Wert von niedrig dosiertem Aspirin (75mg/d) zur Verbesserung der Lebendgeburtrate bei Frauen mit entweder unerklärbarer wiederholter früher Fehlgeburt (<13 SSW, n=805) oder unerklärter Fehlgeburt in der späteren Schwangerschaft (n=250) einzuschätzen. Unter den Frauen mit wiederholter früher Fehlgeburt gab es keinen signifikanten Unterschied in der Lebendgeburtrate zwischen denjenigen, die Aspirin genommen hatten (251/367, 68,4%) und denen, die kein Aspirin genommen hatten (278/438, 63,5%, OR 1,24, 95% KI 0,93–1,67). Diese Beziehung war unabhängig von der Anzahl der vorangegangenen frühen Fehlgeburten. Im Gegensatz dazu hatten Frauen mit einer vorangegangenen späten Fehlgeburt, die Aspirin genommen hatten, eine signifikant höhere Lebendgeburtrate (122/189, 64,6%) verglichen mit denen, die kein Aspirin genommen hatten (30/61, 49,2%, OR 1,88, 95% KI 1,04–3,37).

Die Verwendung von niedrig dosiertem Aspirin bei Frauen mit unerklärbarer wiederholter Fehlgeburt ist nicht gerechtfertigt. Untersucht wird derzeit die Rolle von zunehmenden Dosen von Aspirin in der Behandlung sowohl von Frauen mit frühen Fehlgeburten, die im Zusammenhang mit thrombophilen Abnormalitäten stehen, als auch von Frauen mit späten Fehlgeburten.

Claudia Oblasser, A-Baden

Psychoneuroimmunologie in der Reproduktion

Arck PC Klapp BF 2001. Der Gynäkologe 34:539–46

Diese Studie will den Einfluss seelischer Prozesse bei spontanen Fehlgeburten erhellen. Spontane Fehlgeburten sind die häufigsten Schwangerschaftskomplikationen beim Menschen. Sie werden im Allgemeinen mit genetischen, endokrinologischen, anatomischen und mikrobiologischen Ursachen verknüpft. In den vergangenen Jahren haben Studien zum psychosozialen Umfeld Schwangerer mit spontanen Fehlgeburten ohne chromosomale Auffälligkeiten einen Zusammenhang zwischen erhöhter Stresswahrnehmung und Schwangerschaftsverlust aufgezeigt. In der Stressforschung wird grundsätzlich zwischen Eustress und Distress unterschieden.

Die AutorInnen zitieren die Definition der WHO, nach der »ein Ereignis als (Di)Stress wahrgenommen (wird), wenn die individuellen Ressourcen, d.h. die Bewältigungsmöglichkeiten der Person, die zur psychosozialen Stabilität notwendig sind, überfordert sind.«

Die veränderten sozialen und kulturellen Gegebenheiten konnten in Studien mit großer Teilnehmerzahl in Zusammenhang mit der Aborthäufigkeit gebracht werden. Da Infektionen und Erkrankungen in der Schwangerschaft erfolgreich therapiert werden, die Inzidenz der Spontanaborte aber gleichbleibend ist, scheint es eine Verschiebung der Abortursachen zu geben. Die quantitative Erfassung von (Di)Stress im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen ist in Studien schwer objektivierbar. Die wissenschaftlichen Arbeiten zu Stress deuten auf einen Zusammenhang mit nervalen, endokrinen und immunologischen Systemen hin.

Da die Balance zwischen diesen Systemen von grundlegender Bedeutung für den komplikationslosen Verlauf einer Schwangerschaft ist, soll in dieser Übersichtsarbeit eine Korrelation zu (Di)Stress und Fehlgeburten gesucht werden.

Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) ist ein bekanntes Hormon, das bei (Di)Stress vermehrt ausgeschüttet wird. CRH wirkt über Glukokortikoidsynthese in der Nebennierenrinde (NNR) hemmend auf Zellen, die an einer Immunantwort beteiligt sind. Neuere Untersuchungen zeigen, dass auch die Plazenta CRH sezerniert und dadurch eine regulative Funktion bei der fetalen Reife und beim fetoplazentaren Blutfluss hat. Abnorme plazentare Sekretion von CRH, verursacht durch (Di)Stress, könnte zur Pathogenese von vorzeitiger Wehentätigkeit, fetaler Wachstumsretardierung und Präeklampsie beitragen.

Chronische (Di)Stressreize könnten zur Abnahme des Progesteronlevels führen und so Fehlgeburten begünstigen. Bei normaler Konzentration vermindert es die Aktivität von Immunzellen, die für Abstoßungsreaktionen verantwortlich sind. Bei chronischer (Di)Stresswahrnehmung und niedrigen Progesteronwerten könnte die Ursache einer Fehlgeburt auf die fehlende Hemmung der Aktivität von Natural-Killer-Zellen (NK-Zellen) zurück zuführen sein.

Aus immunologischer Sicht ist die Schwangerschaft mit der Situation einer Transplantation zu vergleichen. Der Schutz der mütterlichen Gesundheit einerseits und die Erhaltung der Schwangerschaft andererseits durch das optimale Maß der Hemmung des Immunsystems scheint durch das labile Gleichgewicht ein leicht störanfälliges System zu sein, im positiven wie im negativen Sinne. Dies lässt sich z.B. durch Abnahme von abortogenen, inflammatorischen Zytokinen nach Psychotherapie und Relaxationsprogrammen feststellen. Die neuronale Innervation und die Rolle der Neuropeptide in der Reproduktion ist noch wenig untersucht. Die ersten Ergebnisse deuten auf eine regulative Rolle bei hämodynamischen Prozessen und bei Muskelkontraktionen hin, sowie bei der Produktion stressassoziierter Neuropeptide. Diese wiederum besitzen umfangreiche immunmodulatorische Fähigkeiten.

Die vorliegenden Artikel zeigen bisher eine Beeinflussung des frühen Schwangerschaftsverlaufs und Störungen der Implantation mit daraus resultierenden Aborten. Es gibt aber auch zahlreiche Hinweise, dass (Di)Stress auch zu Schwangerschaftskomplikationen wie Präeklampsie, vorzeitiger Wehentätigkeit, Wachstumsretardierung und angeborenen Fehlbildungen führen kann.

Große epidemiologische Untersuchungen zeigen sogar einen Zusammenhang zwischen hoher (Di)Stresswahrnehmung und z.T. Jahre später auftretenden Erkrankungen der Kinder.

Die AutorInnen werben in ihrem Fazit für die Akzeptanz dieser komplexen, psychoneuro-immunologischen Zusammenhänge und dafür, dass diese in der Grundlagenforschung Beachtung finden.

Kommentar der Abstractautorin: Das Wortungetüm Psychoneuroimmunologie scheint die lang gesuchte Brücke zwischen Körper, Geist und Seele zu schlagen, indem es diese komplexen Zusammenhänge allmählich fassbar und objektivierbar macht.

Gabi Merkel, D-Engen

Fliegen während der Schwangerschaft

Huch R 2001. Gynäkologe 34: 401–7

In diesem Artikel werden mögliche negative Auswirkungen auf Mutter und Kind bei Flugreisen aus Literatur und eigenen Untersuchungen aufgezeigt. Grundsätzlich muss unterschieden werden, ob eine berufliche Disposition zur Debatte steht oder einzelne Flugreisen. Es werden verschiedene Faktoren aufgezählt, die eventuell einen Einfluss auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben könnten.

Abnahme des atmosphärischen Drucks und dadurch eine relative Hypoxämie, d.h. pO_2 Abfall bis auf 15,2%, wurde unter Realbedingungen untersucht. Anhand von rund 30 h kontinuierlichen fetalen Herzfrequenzaufzeichnungen während der Flüge konnten keine Anzeichen für fetalen Stress oder Sauerstoffmangel beobachtet werden. Schädliche Folgen von Lärm, Vibration und Beschleunigung können nicht durch Fakten belegt werden.

Über die Auswirkungen geringer Luftfeuchtigkeit ist nichts bekannt. Ebenso wenig wurden die Nachteile des Jet-Lag in diesem Zusammenhang untersucht. Die lange Immobilisierung birgt nicht nur für Schwangere ein Thromboserisiko, genauso ist die Schädlichkeit des Kohlenmonoxidgehalts in der Atemluft durch Passivrauchen in 2500 m Höhe so negativ anzusehen wie auf Meereshöhe.

Die Belastung und mögliche Schädigung durch kosmische Strahlung werden durch Risikoberechnungen angegeben, d.h. es gibt für diesen Fall keine Fakten. Strahlenbiologen sind hier ganz unterschiedlicher Meinung, natürlich steht bei diesen Überlegungen die Tatsache im Vordergrund, dass das wachsende embryonale Gewebe besonders strahlenempfindlich ist. Starke Flugangst und Übelkeit könnten zu Elektrolytverschiebungen führen und theoretisch eine uteroplazentare Minderdurchblutung bewirken.

Von der Teilnahme an Militärflügen und Weltraummissionen rät die Autorin ab, da dies auch ohne schwanger zu sein an körperliche und seelische Grenzen des Menschen stößt. Da Schwangere in Deutschland keinen Schichtdienst leisten dürfen, erledigt sich die Diskussion für Pilotinnen und Flugbegleiterinnen von selbst.

Fazit der Autorin: Die geschilderten Einflüsse sind für eine normal verlaufende Schwangerschaft oft zu vernachlässigen, könnten aber bei vorhandener Pathologie die Schwangerschaft durchaus negativ beeinflussen. Es gibt relative und absolute Kontraindikation, die von

Anämie, Flugangst, häufigen Aborten und Frühgeburtsbestrebungen bis zu Placenta praevia oder anderen schweren Pathologien reichen. Die Ratschläge für das Fliegen in der Schwangerschaft beinhalten Folgendes: Die Wahl moderner Verkehrsflugzeuge, auf Beinbewegungsfreiheit achten, kein Alkohol und keine Zigaretten, den Sicherheitsgurt unter dem Bauch anziehen und bei Reiseübelkeit bei Dunkelheit fliegen.
Die Vorschrift der Fluggesellschaften, Schwangere in den letzten 4 Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin nicht mehr zu befördern, basiert mehr auf der Angst einer überraschenden Geburt, aufgrund der großen biologischen Variation des Geburtstermins, als auf medizinischen Fakten.

Gabi Merkel, D-Engen

Survey zum Verständnis des Begriffs »37 vollendete Schwangerschaftswochen« durch geburtshilfliche Fachärzte

Ellwood JL 1999. Survey of obstetricians' understanding of the phrase »37 completed weeks« in the definition of term. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 106: 1000 (MIDIRS 2000; 10: 48)
In einem Jahr, in dem einige Menschen schon das genaue Datum für den Beginn des Milleniums infrage stellen – einige bestehen sogar darauf, aus Gründen, die sich dem Verständnis entziehen, dass die Feiern auf den 1. 1. 2001 vertagt werden sollen – hielt ich es für angebracht, die Terminfrage unserer Zunft anzugehen. Die Frage, was als »am Termin« und was als »vor dem Termin« bezeichnet wird.
WHO und FIGO definieren ganz eindeutig, dass der Termin erreicht ist, wenn die Schwangerschaft 259 vollendete Tage dauert, ausgehend vom ersten Tag der letzten Periode (37+0 SSW). Allerdings habe ich festgestellt, dass eine kleine aber hartnäckige Minderheit von Geburtshelfern behauptet, dass die Definition der Grenze zwischen Frühgeburt und Geburt am Termin mit der vollendeten 37. SSW in den Lehrbüchern eigentlich 38 Wochen meint. Um herauszufinden, wie verbreitet dieses Missverständnis ist, habe ich selbst einen Survey mit 100 Geburtshelfern durchgeführt, denen ich folgende Frage gestellt habe:
Es heißt, dass eine Geburt am Termin stattfindet, wenn die Schwangerschaft 37 vollendete Wochen erreicht hat. Heißt das für Sie a) 37+0 SSW oder b) 37+7 (38) SSW?
Zu meiner Überraschung beantworteten 31 von 100 Geburtshelfern die Frage mit »b)« [37+7 (38)]. Das bedeutet, dass etwa ein Drittel der Befragten eine Geburt vor der 38+0 SSW als Frühgeburt betrachteten. Ich stimme denjenigen zu, die sagen, dass dieses Missverständnis in der Praxis von geringer, wenn überhaupt, von Bedeutung ist. V.a. wenn man berücksichtigt, dass selbst Kinder, die mit 38 Wochen per elektiver Sectio geboren werden (d.h. eine Woche nachdem sie per definitionem keine Frühgeburt mehr sind), ein erhöhtes Risiko für respiratorische Probleme haben, verglichen mit Kindern, die mit 39 Wochen geboren werden. Dennoch halte ich es für wichtig, einmal auf dieses Missverständnis hinzuweisen, und sei es nur aus Gründen epidemiologischer Genauigkeit.

Katja Stahl, D-Hamburg

GEBURT

Perinatale Mortalität und Geburtsmodus bei reifgeborenen Beckenendlagen

Lindquist A Nordén-Lindeberg S Hanson U 1997. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 104: 1288–91 (MIDIRS 1998; 8: 77)
Ziel: Vergleich der geburtsbedingten Mortalität von Kindern, die nach der 34. SSW vaginal bzw. per Sectio aus Beckenendlage (BEL) geboren wurden.
Studie: Studie auf der Basis des nationalen Geburtsregisters
Ort: Schweden, 1991–1992
Teilnehmer: 6524 Einlinge, die aus BEL geboren wurden.
Parameter: Intrapartaler und früher neonataler Tod, Totgeburten, Fehlbildungen, Apgarwert nach fünf Minuten < 7, Geburtsmodus.
Ergebnisse: Nach Ausschluss der antepartalen Todesfälle und der kongenitalen Fehlbildungen lag die intrapartale und frühe neonatale Mortalität in der Gruppe der vaginal geborenen BEL bei 2/2248 (0,09%) und in der Gruppe der per Sectio geborenen bei 2/4029 (0,05%). Das relative Risiko lag bei 1,81 (95% KI 0,26 – 12,84), wobei die Differenz nicht statistisch signifikant war. Dieses Ergebnis wurde nach Überprüfung von Einzelfällen bestärkt.
Schlussfolgerungen: Die geburtsbedingte intrapartale Mortalität war in der Gruppe der vaginal geborenen BEL niedrig und es konnte keine erhöhte Mortalität bei vaginal geborenen BEL im Vergleich zu per Sectio geborenen BEL festgestellt werden.
MIDIRS-Kommentar: Diese retrospektive Studie basiert auf Daten aus dem Medical Birth Registry aus Schweden. Die Geburten sind mit den Statistiken des Population-Registers gegengeprüft, wodurch die Richtigkeit der Angaben zur perinatalen Mortalität gewährleistet ist. In der Studie werden Kinder, die nach der 34. SSW geboren und als Reifgeborene klassifiziert wurden untersucht. Damit unterscheidet sie sich von anderen Arbeiten, die erst ab der 37. SSW von Reifgeborenen sprechen. In der Gruppe der vaginal geborenen BEL gab es vier intrapartale und frühe neonatale Todesfälle, von denen zwei wahrscheinlich ohne Hilfe von ÄrztIn oder Hebamme auf die Welt gekommen waren und zwei in der Aktivphase gestorben sind. Bei den intrapartal verstorbenen Kindern bestand der Verdacht auf Fetal Distress, ohne dass ein CTG geschrieben wurde, bei einem der beiden war die Mutter HIV-positiv. Es handelt sich also bei allen vier Kindern um komplexe Fälle, die eine weitere Untersuchung gerechtfertigt erscheinen lassen. Die beiden Todesfälle aus der Gruppe der per Sectio geborenen Kinder waren ebenso vielschichtig. Eines der beiden Kinder wurde in der 35. SSW geboren und starb eine Stunde post partum infolge einer Listeriose-Infektion. Das andere wurde nach einem präfinalen CTG am ET+16 geboren.
Das relative Risiko niedriger Apgarwerte war in der Gruppe der vaginal geborenen BEL signifikant höher als in der Gruppe der per elektiver Sectio oder per Notsectio geborenen BEL. Da unter den Kindern auch Frühgeborene waren (34. SSW), könnte dies ein zu erwartendes Ergebnis sein.
Die Autoren sprechen die Ausbildung des Personals in der Leitung vaginaler BEL-Geburten an. Nach ihren Ergebnissen müssen GeburtshelferInnen und Hebammen dafür Sorge tragen, in der Lage zu sein, vaginale BEL-Geburten zu leiten und diese Fähigkeit aufrecht zu halten, um sowohl auf bekannte als auch auf undiagnostizierte BEL vorbereitet zu sein.
Diese Studie unterstützt die Ansicht, dass vaginale BEL-Geburten keine höhere perinatale Mortalität aufweisen, verglichen mit den per Sectio geborenen BEL.
Angesichts der Studie von Anapoorna et al. (vgl. MIDIRS 1998; 8: 76) sollte die Bedeutung der äußeren Wendung von BEL zur Verringerung der Sectiorate nicht außer Acht gelassen werden.

Katja Stahl, D-Hamburg

Posttraumatische Belastungsstörung als Resultat der Geburt? Eine prospektive Studie zur Inzidenz

Ayers S Pickering AD 2001. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth 28: 111–18 (MIDIRS 2001; 11: 532–3)
Hintergrund: Neuere Forschungen geben Hinweise darauf, dass eine Anzahl von Frauen eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach der Geburt entwickelt. Erforscht wurde bisher noch nicht, ob die postpartalen Symptome möglicherweise die Fortsetzung dieser Störung in der Schwangerschaft sind. In dieser Studie sollte überprüft werden, ob einige Frauen eine posttraumatische Belastungsstörung als Resultat der Geburt entwickeln. Des Weiteren sollte im Rahmen eines prospektiven Designs, in dem die Störung während der Schwangerschaft kontrolliert wurde, die Inzidenz der posttraumatischen Belastungsstörung geschätzt werden.
Methode: In dieser prospektiven Studie wurden 289 Frauen zu drei Zeitpunkten untersucht: In der 36. SSW, 6 Wochen und 6 Monate post partum. Die Prävalenz der PTBS wurde zu allen drei Zeitpunkten mit Hilfe eines Fragebogens erfasst. Die Inzidenz wurde untersucht, nachdem die Frauen mit schwerwiegenden Symptomen der PTBS oder klinischer Depression in der Schwangerschaft herausgenommen worden waren.
Ergebnisse: Nachdem die Frauen mit Symptomen zum ersten Zeitpunkt herausgenommen worden waren, erfüllten noch 2,8% der Frauen 6 Wochen post partum die Kriterien für eine PTBS. Dieser Prozentsatz reduzierte sich 6 Monate post partum auf 1,5%.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass mindestens 1,5% der Frauen eine PTBS als Resultat der Geburt entwickeln können. Es ist daher wichtig, das Bewusstsein für diese Störung zu verbessern und den betreuenden Fachkräften Zugang zu einfachen Screeningmethoden zu verschaffen. Die Intervention ist an verschie-

denen Stellen möglich, es ist allerdings weitere Forschung zu Leitlinien für die Intervention notwendig.

MIDIRS-Kommentar (Cathy Charles): Viele Hebammen, die sich der Möglichkeit einer PTBS nach der Geburt bewusst sind, haben sich gefragt, ob manche Frauen stärker prädisponiert sind, eine PTBS zu entwickeln als andere. Haben diese Frauen aufgrund ihrer Persönlichkeit, ihrer Ansichten, ihrer allgemeinen Bewältigungsstrategien und bisherigen Lebenserfahrungen ein größeres Risiko für diese pathologische Reaktion auf die Ereignisse während der Geburt? Eine solche Frage ist für eine einzelne Studie (und auch für mehrere Studien) viel zu umfangreich. Dennoch hat sich diese sorgfältig durchdachte und durchgeführte Studie eines kleinen Ausschnitts dieser Frage angenommen. Sie versucht zu unterscheiden zwischen Frauen, die bereits vor der Geburt Symptome einer PTBS aufwiesen und denen, die sie als direktes Resultat der Geburt entwickelten.

Die Autorinnen scheinen ihr Messinstrument für PTBS (Fragebogen) gründlich erforscht zu haben und schreiben ihm ein hohes Maß an Reliabilität und Validität zu. Wenn wir akzeptieren, dass diese Messinstrumente eine PTBS korrekt erfassen, kann diese Studie eine beunruhigende Lektüre darstellen.

Eine Frage, die sich angesichts der Ergebnisse sofort stellt, ist diejenige nach den Ereignissen vor der Geburt, die dazu führen, dass 8,1% der Frauen PTBS-Symptome bereits in der Schwangerschaft aufweisen, ohne die Erfahrung der Geburt? Dies ist ein beunruhigender Prozentsatz. Erinnern wir uns, es geht hier nicht um depressive Verstimmungen, die angesichts der Umstände, die viele Schwangere erleben, verständlich sein können, es geht hier um manifeste Symptome einer PTBS. Antenatal setzten die AutorInnen einen Fragebogen ein, der »eine derzeit vorhandene PTBS ohne Bezug zu einem bestimmten traumatischen Ereignis« messen sollte. Dies könnte einerseits als eine verpasste Gelegenheit interpretiert werden, da wir auf diese Weise den möglichen Grund für die PTBS-Symptome in der Schwangerschaft (und möglicherweise, aber nicht notwendigerweise, auch schon vor der Schwangerschaft) nicht erfahren. Andererseits kann dies auch eine gute Entscheidung gewesen sein, um nicht eine Büchse der Pandora zu öffnen. Einige Frauen sind sich möglicherweise eines bestimmten Ereignisses als Ursache ihrer Symptome gar nicht bewusst oder erinnern sich nicht daran. Die AutorInnen zitieren Fallstudien zu PTBS nach Kriegen, Autounfällen, Krebs- oder Herzinfarktdiagnosen, von Gewalt- oder Vergewaltigungsopfern, nach Kindesmissbrauch oder sogar von Menschen mit PTBS aufgrund der Nähe zu Personen, die solchen Stressoren ausgesetzt sind. Es ist unvermeidlich, dass einige der Frauen mit PTBS schwanger werden, aber eine Zahl von über 8% der Schwangeren mit PTBS-Symptomen ist hochgradig beunruhigend. Nicht-englischsprechende Frauen wurden aus der Studie ausgeschlossen: Über die Inzidenz von PTBS bei zum Beispiel gerade angekommenen Flüchtlingen lässt sich nur spekulieren.

Postpartal wurde ein anderer Fragebogen eingesetzt, in dem auf ein spezielles Ereignis Bezug genommen wurde (d.h. die Geburt). Nach Ausschluss der Frauen, die bereits in der Schwangerschaft Symptome aufwiesen, schien die Inzidenz von PTBS 6 Wochen nach der Geburt bei 2,8% und 6 Monate nach der Geburt bei 1,5% zu liegen. Die letztere Zahl würde bedeuten, dass in England und Wales pro Jahr 10.000 Frauen sechs Monate nach der Geburt unter PTBS leiden. Es ist gut zu sehen, dass sich etwa die Hälfte der Frauen, die Symptome nach 6 Wochen aufwiesen, nach einem halben Jahr wieder erholt hatte. Es ist allerdings deprimierend aus anderen Studien zu erfahren, dass bei persistierenden Symptomen nach 6 Monaten die Frauen dazu neigen, eine chronische Erkrankung zu entwickeln.[1]

Die AutorInnen haben sich sehr bemüht bei der Schätzung der Inzidenz der PTBS nach der Geburt konservativ vorzugehen und sie von der postpartalen Depression abzugrenzen. Sie haben des Weiteren versucht, diejenigen, die die Fragebogen ausgefüllt haben (77% antenatal, 75% nach sechs Wochen, 70% nach sechs Monaten) mit den Antwortverweigerern hinsichtlich Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Beruf und Bildungsstand zu vergleichen. Sie haben außerdem die 2% und dann die 5% der Frauen, die nicht weiter an der Studie teilgenommen haben, untersucht und festgestellt, dass sie sich nicht signifikant von den Teilnehmerinnen hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten einschließlich PTBS-Symptomen unterschieden.

Hinsichtlich der Häufigkeit ist diese gut geplante und sorgfältig durchgeführte Studie eine interessante Lektüre. Die AutorInnen weisen auf die Bedeutung der PTBS im Hinblick auf die mentale Gesundheit der Frauen, die psychosozialen Auswirkungen auf die Familie und auf die ökonomischen Implikationen für das Gesundheitswesen hin. Dennoch bleibt die große Frage, was wir tun können, wenn wir eine PTBS festgestellt haben. Wenn sich die AutorInnen hier nur vage äußern, liegt das daran, dass wir uns hier tatsächlich in einer »grauen« Zone befinden. Sie schlagen primäre (antenatal), sekundäre (6 Wochen p.p.) und tertiäre (6 Monate p.p.) Intervention vor, wenn eine PTBS erkannt wurde. Aber welche Interventionen sind hilfreich? Sie schlagen, etwas hilflos, vor, dass »vulnerablen Frauen alternative Geburtsmöglichkeiten angeboten werden könnten oder das Personal im Kreissaal darauf hingewiesen werden sollte, besonders auf eine Minimierung der Stressoren zu achten.« Dies kann eine Möglichkeit sein, sollte aber mit Vorsicht genossen werden, da sie möglicherweise den Weg zu einer elektiven Sectio ebnet. Frauen als vulnerabel zu etikettieren ähnelt ein wenig der Einstufung von HIV-positiven Frauen als high-risk: Die Implikation, dass andere Frauen weniger sensibel und sorgfältig betreut werden, ist etwas beunruhigend. Viele Gesundheitsfachkräfte sprechen sich für Beratungen und Gespräche mit den betroffenen Frauen aus, aber abgesehen von einigen anekdotischen Erfolgsberichten (möglicherweise hätten sich die Symptome auch ohne diese Intervention gebessert), haben große Studien bisher nicht gezeigt, dass Gespräche in diesem Fall effektiv sind [2, 3] und die AutorInnen erkennen dies an. In dem Cochrane Review zu Gesprächen bei PTBS[2] findet sich eine exzellente Diskussion/Debatte über dieses umstrittene Thema: Lesen Sie es, wenn Sie Zeit haben.

Die Schlussfolgerung der AutorInnen, dass der postnatale PTBS-Fragebogen ein einfach zu handhabendes Screeninginstrument ist, dass allen Fachkräften zugänglich sein sollte, ist fragwürdig. Solange wir uns über die Effektivität der Intervention nicht im Klaren sind, sollten wir vorsichtig sein mit der Einführung eines weiteren »einfachen Screeninginstruments«. Die Anzahl der Screenings durch Hebammen wird mit jedem Jahr größer. Können wir uns sicher sein, dass wir in diesem Fall effektiv reagieren können?

Die AutorInnen haben Frauen mit PTBS-Symptomen bereits in der Schwangerschaft absichtlich von der Analyse ausgeschlossen, da es ihr Ziel war, neu hinzukommende Fälle nach der Geburt zu identifizieren. Es wäre allerdings interessant zu wissen gewesen, ob Frauen mit PTBS-Symptomen in der Schwangerschaft diese auch nach der Geburt aufwiesen. Psychologen sind der Ansicht, dass Menschen sich beim Auftreten einer Krise Fragen stellen über den Sinn ihres Lebens, ob andere Menschen vertrauenswürdig sind oder nicht und über ihren eigenen Wert[4]. Kann einigen Frauen eine positive Geburtserfahrung möglicherweise über vorangegangene traumatische Erfahrungen hinweghelfen? Im Rahmen der PTBS-Forschung ist man der Ansicht, dass einige Menschen nach einer traumatischen Erfahrung ein positives Erlebnis, wie zum Beispiel ein Kind zu bekommen, brauchen, um wieder Hoffnung und den Glauben an die Welt und Normalität zurückzuerlangen.[5] Wir sollten uns bewusst sein, dass PTBS als Folge der Geburt eintreten kann, wir sollten aber auch nicht vergessen, dass die Geburt manchen Frauen helfen kann, bisher verdrängte Themen anzugehen. Bin ich hier hoffnungslos optimistisch? Gibt es da draußen jemanden, der diese Hypothese testen möchte?

Literatur

1. Rothbaum BO Foa EB 1993 Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In: Davidson JRRT, Foa EB (eds) Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington DC: American Psychiatric Press

2. Rose S Bisson J Wessely S 2001 Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

3. Small R Lumley J Donohue L et al 2000 Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. BMJ 321:1043-7

4. Epstein S 1989 The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In: Ozer D Healy JM Stewart AJ (eds) Perspectives in personality, vol 3. Greenwich CT: JAI Press

5. Raphael B 1986 When disaster strikes: a handbook for the caring professions, ch 10, London: Unwin Hyam

Katja Stahl, D-Hamburg

Seit 5 Jahren beim SHV

Merci, Fabiène!

Etwas rauhe Winde hatten die französischsprachige Redaktion der «Schweizer Hebamme/Sage-femme suisse» geschüttelt, bevor Fabiène Gogniat Loos vor ziemlich genau fünf Jahren, am 21. April 1997, mit beherztem Griff das welsche Ruder übernahm und das Redaktionsschiff in konstantere Gewässer steuern half! Seit meinem Amtsantritt als verantwortliche Redaktorin sechs Monate früher war Fabiène bereits die dritte Kollegin aus der Romandie, mit der ich eine Zusammenarbeit aufzubauen begann. Und diesmal sollte sie von Dauer sein, dazu in jeder Beziehung konstruktiv, professionell und angenehm!

Mit Fabiène hat der französischsprachige Teil der Verbandzeitschrift ein eigenständiges Profil mit klaren Konturen bekommen. Immer spürbar in ihrer soliden redaktionellen Arbeit sind ihr kämpferisches sozialpolitisches Engagement – nicht umsonst ist sie überzeugte SP-Politikerin an ihrem Wohnort –, ihr Sinn für Konkretes, Praktisches und Anschauliches – da schlägt sicher auch ihre jahrelange aktive Arbeit bei der Pfadfinderbewegung durch –, ihr grosses Interesse für alle Aspekte des Hebammenberufs – Fabiène ist Mutter zweier eigener und eines adoptierten Kindes, mit einschlägigen Geburtserfahrungen –, und ihr Gespür für historische und interkulturelle Werte – eigentlich auch kein Wunder bei einer studierten Historikerin mit einem Adoptivkind aus Afrika. Ihr grosses Wissen, ihre mannigfaltigen Interessen und ihr persönliches Engagement kommen der «Sage-femme suisse» mit jeder neuen Nummer aufs Neue zu Gute.

Fabiène ist überzeugte Vertreterin der Romandie und weiss die Interessen und Ansichten ihrer Leserinnen – wenn nötig auch pointiert – einzubringen. Doch sie tut das immer mit Flexibilität, einem Sinn für Proportionen und gewürzt mit ihrem warmen Humor, was die intersprachliche und -kulturelle Kooperation für mich jederzeit konstruktiv und inspirierend macht. Stets kann ich auf ihre Unterstützung, Ideen und Ressourcen zurückgreifen, sei dies Halt suchend im Ozean der neuen Technologien, bei der ergebnislosen Suche nach passendem Bildmaterial, oder wenn mir ganz einfach mal der Schnauf ausgegangen ist.

Liebe Fabiène, im Namen des Zentralvorstands, der Redaktionskommission, allen deinen Leserinnen und auch ganz persönlich danke ich dir sehr für deine engagierte, motivierende und immer der Sache verpflichtete Arbeit. Ich wünsche uns allen und vor allem den Leserinnen unserer Verbandszeitschrift, dass wir noch lange von deiner Professionalität und Kreativität profitieren können!

Gerlinde Michel, Verantwortliche Redaktorin

Depuis 5 ans à l'ASSF

Merci, Fabiène!

La rédaction Romande de «Schweizer Hebamme/Sage-femme Suisse» se débattait au coeur de la tourmente avant que Fabiène Gogniat Loos, il y presque exactement 5 ans, le 21 avril 1997, ne prenne courageusement la barre en mains, participant ainsi à son retour vers des eaux plus calmes! Depuis mon entrée en fonction en tant que responsable de la rédaction, six mois plus tôt, Fabiène était déjà la troisième collègue de Romandie avec laquelle j'avais entrepris une collaboration. Mais cette fois, il s'agissait d'une collaboration durable, et en tous points constructive, professionnelle et agréable!

Avec Fabiène, la partie francophone du journal se profile nettement.

Ce qu'on peut lire entre les lignes, ou qui ressort clairement de son solide travail de rédaction sont:

- Sa lutte, son engagement social et politique (Fabiène n'est pas pour rien une politicienne SP convaincue!)
- Son sens du pratique, du concret et du palpable (résultat probable de son travail actif de plusieurs années chez les scouts)
- Son grand intérêt pour tous les aspects de la profession de sage-femme, y compris son expérience personnelle (Fabiène est mère de trois enfants dont un adopté).
- Son flair pour les valeurs historiques et culturelles (pas étonnant pour une historienne qui a adopté un enfant Africain!).

La vaste étendue de ses connaissances, la multiplicité de ses intérêts et son engagement personnel sont autant de joyaux pour chaque nouveau numéro de «La Sage-Femme Suisse».

Fabiène est aussi une représentante convaincue de la Suisse Romande et sait bien défendre, quitte à élever la voix, les intérêts et les points de vue de ses lectrices. Mais toujours avec flexibilité, le sens des proportions, et un humour chaleureux: des ingrédients constructifs, indispensables à la qualité de la coopération interculturelle et linguistique, et à l'inspiration.

Qu'il s'agisse de repères dans l'océan de la technologie, de recherches infructueuses de photos ou d'images adaptées, ou tout simplement quand j'en ai assez, je peux compter sur son soutien, et profiter de ses idées et de ses ressources.

Chère Fabiène, au nom du Comité Central, de la Commission de Rédaction, de toutes tes lectrices, et aussi très personnellement, je te remercie vivement pour ton travail engagé et motivant, toujours voué à la cause. Je nous souhaite à toutes et surtout aux lectrices de notre journal, de pouvoir profiter encore longtemps de ta créativité et de ta professionnalité.

Gerlinde Michel, responsable de la rédaction.

Sektionsnachrichten/Communications des sections

AARGAU–SOLOTHURN

062 216 52 68

Neumitglied:
Wernli-Stäheli Jeannette, Walterswil SO, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St.Gallen

Hebammentag 5. Mai
Hebammenstand am Samstagvormittag 4. Mai auf dem Gemüsemarkt in Aarau. Kolleginnen, welche mithelfen könnten oder einen Kuchen spendieren möchten, melden sich bitte bei Susanna Diemling, Tel. 062 827 33 88

Regula Pfeuti

GENÈVE

022 797 28 09

Nouveau membre:
Jacot Ludivine, Genève, Elève à l'école de Genève

OSTSCHWEIZ

081 302 37 73
055 284 23 84

Neumitglieder:
Clavadetscher Luzia, St. Gallen 1980, Chur
Reinhard Davina, St. Gallen, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule St. Gallen

Diese Dokumente können ab sofort bei den Sektionspräsidentinnen angefordert werden:

- Rahmenvertrag betreffend Qualitätssicherung zwischen dem SHV und santésuisse
- Qualitätskonzept und -programm des SHV (mit Anhang 1)

Les présidentes de section tiennent dès maintenant à votre disposition les documents suivants:

- Convention-cadre concernant l'assurance-qualité entre la FFSF et santésuisse
- Concept et programme de qualité de la FSSF (avec Annexe 1)

BERN

031 849 10 31
031 767 97 00

Neumitglied:
Nussbaum Gyr Regina, Bern, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule Bern

ZENTRALSCHWEIZ

041 610 55 08

Neumitglied:
Scharnofske Kati, Reiden, Hebamme in Ausbildung an der Hebammenschule Bern

Energetisch Statische Behandlung
AKUPUNKTUR MASSAGE ®

Immer mehr Therapeuten/Innen erkennen die Vorteile der Energetisch-Statischen-Behandlung
ESB/APM
Ohr-Reflexzonen-Kontrolle n. Radloff

Da Schmerzen nicht identisch mit der Ursache sein müssen, bleiben Behandlungserfolge oft unbefriedigend.

Mit der ESB/APM, die auf der alten chin. Medizin aufbaut, können Sie Ursachen erkennen und sinnvoll Abhilfe schaffen.

Diese Erkenntnisse ermöglichen Ihnen nicht nur sichere Therapieergebnisse, sondern auch eine zutreffende Beratung Ihrer Patienten.

Das Konzept der ESB/APM kann vom Behandler an annähernd jedes Fachgebiet angepasst werden. Das Spektrum reicht von der Orthopädie, Neurologie, Internistik etc. bis hin zur Geburtshilfe.

Die chin. Medizinphilosophie wird im Unterricht mit praktischen Übungen weitgehend bewiesen und das Wort "Mystik" hat keinen Platz.

Informieren Sie sich!
Fordern Sie unsere schriftliche Information an.

LEHRINSTITUT RADLOFF
9405 Wienacht - Bodensee
Tel. 071 891 31 90
Fax 071 891 61 10
email radloff@bluewin.ch

Besuchen Sie uns im Internet.
Unsere Adresse ist http://www.esb-apm.com

Photos von Hebammenarbeit
Im letzten Jahr haben wir auf den 5. Mai, zum internationalen Hebammentag, ein Poster machen lassen, vorn mit einer grossen Photo, hinten mit 90 nummerierten Kleinphotos.
Die Bilder dokumentieren Hebammen in ihren Aktivitäten, von der Schwangerschaftskontrolle, Geburtsvorbereitung bis zur Wochenbettbetreuung.
Die Photos wurden von einem professionellen Photographen gemacht, alle schwarz-weiss.

Gerne stellen wir auch anderen Mitgliedern diese Photos im A4 Format laminiert für Ausstellungen, Tag der offenen Tür, Präsentation unseres Berufes usw. zur Verfügung.
Sie können die Photos im von Ihnen gewünschten Format auch kaufen.
Unsere Präsidentin gibt Ihnen Auskunft; Tel 041 610 55 08.

Süsse Milch für Jules Bruder
Das Pixi-Büechli zum Thema Stillen, herausgegeben von Deutschen Bund der Hebammen, können Sie für Fr. 2.50 bestellen bei Bernadette Purtschert, Tel. 041 712 13 28.
Ihr Telefonbeantworter ist immer erreichbar!

Memo

- Dienstag/Mittwoch 14./15. Mai, Nationaler Hebammenkongress in Basel
- 30. September bis 6. Oktober, internationale Stillwochen, Ideen sind gefragt
- Montag, 4. November, 19.30 Uhr, Herbstversammlung im Restaurant Sonne, Emmenbrücke

Marianne Indergand-Erni

ZÜRICH UND UMGEBUNG

055 246 29 52
055 246 60 80

Neumitglieder:
Muttersbach Kerstin, Binz, 1999, Wuppertal D.
Stemmler Barbara, Wolfhausen, 1994, Lausanne

Fachgruppe Spitalhebammen
Wir treffen uns am Donnerstag, 2. Mai, 19.45 in der Klinik Maternité

Nancy Bellwald-Pedegai

Schule für klassische Homöopathie Zürich

Sie verfügen über eine Ausbildung im medizinischen Bereich und Sie interessieren sich für eine

Ausbildung in klassischer Homöopathie

Wir bieten Ihnen die **2-jährige, berufsbegleitende Ausbildung.**
Schulbeginn: 2002 in Zürich

Verlangen Sie unsere ausführlichen Ausbildungsunterlagen:
Tel. 041 760 82 24 • Fax 041 760 83 30
• Internet: www.groma.ch/skhz.htm

anspruchsvoll – zeitgemäss – praxisorientiert

Unsere Arbeit hat Hand und Fuss:

Mütterberatung, Schwangerschaftsbegleitung, persönlich begleitete Geburten, Wochenbett-betreuung, Sexualberatung usw...

In neu geplanter Gruppenpraxis, zentral in Solothurn, mit herrlicher Panoramasicht.

Ab dem 1. April 2002, suchen wir

2 bis 4 erfahrene, freipraktizierende Hebammen

unter dem Patronat eines FMH-Arztes, Schmerzspezialist, schulmedizinisch und alternativ ausgebildet.

Die Chance?

Planung und Ausbaulösungen noch diskutierbar. Meldet Euch!

Chiffre K 87675B, Künzler-Bachmann Medien AG, Postfach 1162, 9001 St.Gallen. 087675/001

228 GUMMIENTCHEN TÄGLICH.

Die Schweizer Hebamme und alles rund um die Geburt.

Stellen- und Kommerzinserate

künzler-bachmann
VERLAG \ MEDIEN

künzler-bachmann AG · Verlag · Annoncen · Verlag-Service · Geltenwilenstrasse 8a · CH-9001 St. Gallen · Postfach 1162
e-mail verlag@kueba.ch · Internet http://www.kueba.ch · Tel. 071-226 92 92 · Fax 071-226 92 93 · Direktwahl für Stelleninserate 071-226 92 70

Haben Sie Ihren Traumberuf gefunden?

Wir möchten, dass er es vielleicht wieder wird.

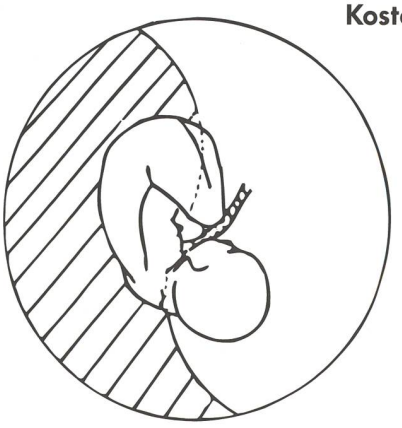
AKUPUNKT-MASSAGE

nach Penzel

unterstützt mit natürlichen Mitteln die natürlichste Sache der Welt.

Der Schweizer Hebammenverband empfiehlt die Ausbildung in **Akupunkt-Massage** nach Penzel.

Kostenlose Informationen erhalten Sie beim:



中華按摩

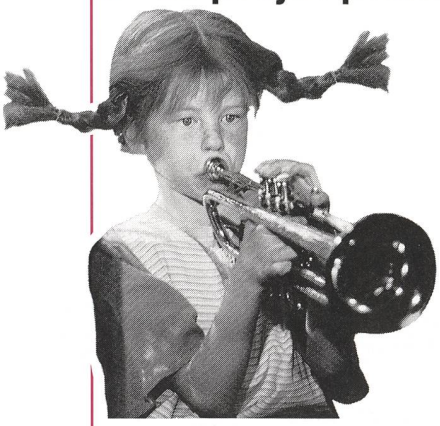
Qualität seit über 30 Jahren

Internationalen Therapeutenverband
Sektion Schweiz
Fritz Eichenberger
Gerichtshausstrasse 14
8750 Glarus
Telefon 055 650 13 00

Lehrinstitut für
AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel
Willy-Penzel-Platz 2
D-37619 Heyen
Telefon 0049 (0) 55 33 97 37 – 0
Telefax 0049 (0) 55 33 97 37 67
www.apm-penzel.de

Sages-femmes à Expo 02

Le projet prend corps!



Le projet des sages-femmes à Expo.02 prend une forme très concrète. Le thème est arrêté: «Chambre corporelle: Les femmes occupent leur propre espace». Le tout se déroulera sous tente, lors de la fête des femmes, le 14 juin 2002, sur l'Arteplage d'Yverdon-les-Bains.

Idées de fond

- Les femmes prennent du temps et de l'espace pour leur corps; elles vivent selon des cycles.
- Les femmes s'identifient à d'autres femmes, elles se (re)découvrent sans cesse dans différentes époques de vie.
- Les femmes prennent leur place, se mettent en mouvement et se laissent aller.
- Les femmes représentent une multitude de possibilités de vie et d'expression – nous le fêterons uniquement entre femmes.
- La diversité des femmes sera visible.

La Chambre corporelle – Espace des femmes

- **A l'entrée** des clowns s'occuperont du «service d'ordre»: entrée autorisée uniquement aux femmes. Ce lieu est réservé exclusivement aux femmes car nous avons besoin de lieux pour nous retrouver nous-mêmes, nos idées, nos images, nos mouvements et nos thèmes.
- Au **«bar des sages femmes»** les sages-femmes inviteront à des discussions entre femmes. Des posters informeront sur les cycles menstruels et les cycles de la vie des femmes.
- Activités et représentations sous la tente (en 4 séquences de chacune 15–20 minutes):
  - Lors de la **première séquence**, 13 femmes de l'histoire, de la littérature, de la vie de tous les jours, de l'art et de la politique nous montreront la multitude de richesse de vie des femmes: Fifi Brindacier, Hermione Granger, Barbie & Ken, Madonna, Betty Bossi, Marie Curie, Mona Lisa, La Mamma, Miss Marple, Hildegarde de Bingen, Meret Oppenheim, La Vieille Sage et enfin Helvetia. L'expérience des cycles menstruels et de la vie à travers les siècles a changé les femmes. Ici elles s'identifient avec des femmes dans leurs projets de vie, d'expression et d'allures. Chaque femme peut se reconnaître dans la jeune femme, la femme plus mûre ou dans la femme âgée.
  - Dans la **deuxième séquence**, des animatrices de fitness très spéciales inviteront à faire des mouvements d'une façon humoristique.
  - Dans la **troisième séquence**, les femmes seront invitées à s'occuper de langage corporel.
  - Dans la **quatrième séquence**, les femmes profiteront de leur corps lors de la danse du ventre.
- De nouveau les femmes se retrouvent au bar des sages-femmes pour bavarder…
- Il y aura aussi un salon où on pourra se reposer.
- A la sortie on pourra rencontrer encore une fois les 13 femmes et peut-être aussi soi-même.

Le groupe de travail Expo.02 de la Fédération suisse des sages-femmes cherche encore et toujours des sages-femmes pour aider à l'organisation de cet événement. Que ce soit pour tenir un rôle (celui de Fifi Brindacier est encore libre!) ou donner un coup de main à l'accueil ou au bar, toutes les bonnes volontés sont les bienvenues!

Adressez-vous sans tarder à: Heidi Zimmermann, Freiheitsgasse 12, 9320 Arbon Tél. 071 446 01 95; Fax: 071 440 11 63; courriel: pandora@dplanet.ch.

5 mai: journée internationale de la sage-femme

«Le travail des sages-femmes est un droit de l'homme»

La journée internationale de la sage-femme revient chaque année le 5 mai. Ce jour est placé sous le signe de la solidarité entre femmes et sages-femmes du monde entier. Il permet également de rappeler au grand public que 600000 femmes meurent chaque année des suites d'une grossesse ou d'un accouchement et que des millions de femmes en gardent des séquelles.

C'est la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) qui en choisit le thème. Le thème global pour 1999–2002 est «équité». Pour l'an 2002 la devise plus spécifique est «Le travail des sages-femmes pour assurer aux femmes un accès aux soins reproductifs est un droit de l'homme».

Les deux concepts se rejoignent: la promotion de la maternité sans risque et d'une meilleure santé pour les nouveaux-né à travers les soins aux femmes enceintes doit être considéré comme un droit de l'homme. D'autre part, des sages-femmes travaillent à tous les niveaux, depuis le terrain jusqu'au niveau politique international, pour s'assurer que les soins qu'elles prodiguent soient accessibles, appropriés et abordables.

Ces thèmes sont entrelacés et interdépendants, car la protection et la promotion de la santé de la femme est la raison de l'existence des sages-femmes. C'est la demande et le désir des femmes pour un style de soin professionnel et efficace, et même holistique et réconfortant, qui donne à l'obstétrique sage-femme son statut reconnu et aux sages-femmes leur rôle central comme experts des naissances physiologiques.

Nous serions heureuses que des collègues se manifestent au grand public en présentant la profession de sage-femme, ses offres et ses prestations. Ce jour est également l'occasion de récolter de l'argent pour le financement des ateliers de travail international pour des sages-femmes venant de pays où les femmes ont peur de perdre leur vie simplement parce qu'elles sont enceintes.

A cette occasion, une affiche a été créée par la Fédération (voir ci-contre). On peut l'obtenir pour le prix de Fr. 10.– (+ frais de port et emballage). Pour obtenir du matériel pour vos stands ou actions contactez le secrétariat central, téléphone 031 332 63 40, fax: 031 332 76 19 ou courriel: hebammen@bluewin.ch.

Mort violente de femmes enceintes

L'épidémie cachée

A Washington, capitale américaine, une étude a révélé que l'homicide était la cause principale de décès des femmes enceintes. Cette cause est pourtant méconnue et passée sous silence. Les auteurs de l'étude ont examiné les dossiers d'autopsie du bureau du «Chief Medical Examiner» de Washington D.C. entre 1988 et 1996 et dénombré 13 homicides de femmes enceintes. A comparer aux 21 décès maternels pour des causes médicales (par ex. hémorragie, embolie ou infection) pendant la même période. Ces 13 décès représentent 38% des morts liées à la grossesse.

L'étude démontre également que la plupart des victimes ont été tuées à un stade précoce de la grossesse, pour rendre plus difficile l'identification de celle-ci et éviter d'en faire la cause de l'homicide. D'autre part ces victimes sont le plus souvent tuées par balles et les adolescentes enceintes (13–19 ans) sont les plus menacées.

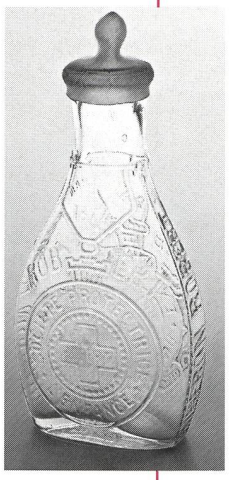
Des études similaires ont été conduites dans d'autres régions du pays, avec des découvertes aussi troublantes. Mais il est difficile de récolter des données précises, les codes standards de classification des homicides du FBI ne permettant pas de dire si une femme était enceinte ou non au moment du crime.

Ces révélations montrent que si la plupart des femmes enceintes rencontrent joie et félicitations à l'annonce de leur grossesse, d'autres font face à la violence et à la mort.

«Hidden from View: Violent Deaths Among Pregnant Women in the District of Columbia, 1988–1996» in Journal of Midwifery and Women's Health, février 2001.

Musée Neuhaus Bienne

Le premier cri



C'est sous un titre évocateur, «Le premier cri», que le musée Neuhaus de Bienne présente jusqu'au 16 juin une exposition sur l'histoire de la naissance et du nourrisson. Exposés, visites guidées et concerts autour de ce thème complètent le programme.

Musée Neuhaus Bienne, Schüsspromenade 26, 2501 Biel, www.mn-biel.ch

Réponse à la lettre ouverte de la section Zurich à la Directrice de l'Ecole Le Bon Secours de Genève concernant l'admission de deux étudiants masculins

Mesdames,

Votre courrier du 20 novembre 2001 – devenu par la suite une lettre ouverte dans la revue de la Sage-Femme du mois de janvier 2002 – nous est bien parvenu et a retenu toute notre attention.

Notre Ecole offre une formation de base de sage-femme en quatre ans, à toute personne répondant aux critères d'admission et traversant avec succès la procédure de sélection.

C'est dans ce cadre qu'en automne 2001, nous avons admis deux candidats à la formation.

Nous souhaitons, par la présente, reprendre certains éléments de votre lettre.

En effet, le mécanisme physiologique de la grossesse et de l'accouchement est inhérent à la femme. Par contre, la naissance est «l'affaire» du couple homme-femme. A une époque où les jeunes pères revendiquent une participation plus effective au processus de la naissance, cette évolution de société mérite d'être prise en compte.

Quant à la collaboration que notre activité professionnelle exige avec l'obstétricien, en aucun cas nous ne nous situons dans une relation de rivalité, puisque nos deux professions, bien que différentes, sont interdépendantes (l'une ne peut pas travailler sans l'autre).

En ce qui concerne les postes à responsabilités dans les maternités, actuellement nous relevons avec regret l'absence fréquente de cadres sages-femmes suisses. Ces postes sont occupés par d'autres professionnels. La solution à ce problème se trouve-t-elle dans le refus d'admettre des hommes dans la profession de sage-femme?

Dans l'avenir, nous verrons peut-être des hommes sages-femmes occuper ces postes et promouvoir la profession… pourquoi pas?

De notre point de vue la différence est source de richesse, de créativité et conduit à la tolérance, valeur fondamentale que nous avons à cœur de promouvoir dans notre enseignement.

La charte de l'Ecole Le Bon Secours en est l'expression:

- Etre un espace de formation, de développement de compétences, d'expertise pour les professionnels de la santé
- Etre un espace d'échanges, de rencontres et de débats entre les étudiants, le personnel de l'Ecole, les professionnels et avec la population
- Mettre à disposition un environnement humain et matériel qui permette aux étudiants de devenir des professionnels autonomes et engagés et pour les professionnels de renforcer leurs capacités.

Chacun dans l'Ecole contribue à créer les conditions qui permettent à tous d'apprendre, de se développer au travers de pratiques de solidarité, d'entraide, de collégialité, de respect, de responsabilité.

Vous dites que seule une femme peut comprendre le vécu de la parturiente, or, c'est tout le travail de professionnalisation pendant la formation qui permet à l'étudiant(e) de faire la différence entre sa propre expérience et celle de l'autre.

Un œil ouvert sur notre monde professionnel environnant nous montre qu'il semble bien présomptueux de penser que seule une femme peut comprendre une autre femme.

Ainsi, l'égalité homme-femme, reconnue dans l'article 4 de la Constitution, ne nous paraît pas être une absurdité. Au contraire, elle mérite d'être respectée dans un contexte professionnel comme le nôtre.

Le code international de déontologie des sages-femmes est également «fondé sur le respect mutuel, la confiance et sur la dignité de tous les membres de la société». Ce code a été adopté par la Confédération internationale des sages-femmes, au congrès international de Vancouver, en mai 1993. Il a été adopté comme document officiel de la Fédération Suisse des sages-femmes par l'Assemblée des déléguées à Zurich, le 3 mai 1994.

Enfin, nous sommes fières de participer à l'évolution de la profession et à son ouverture comme nos pays voisins le font depuis quelques années.

Conscientes de la différence de nos points de vue, nous sommes intéressées à tout échange autour de ce thème et restant à votre disposition, vous présentons, Mesdames, nos salutations distinguées.

Pour l'Ecole Le Bon Secours:
Françoise Bonvallat, Directrice
Marie-José Fort, Responsable filière Sage-Femme
Gabrielle Blumer, Responsable unité des Admissions