

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 92 (1994)

Heft: 1

Artikel: Dammverletzungen, Prophylaxe und Pflege

Autor: Sauvin, Isabelle / Uhlig Schwaar, Sylvie

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950412>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 21.07.2025

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

Dammverletzungen, Prophylaxe und Pflege

Der Vortrag «Dammverletzungen, Prophylaxe und Pflege» von Isabelle Sauvin und Sylvie Uhlig Schwaar, gehalten am Hebammenkongress 1993, war ein Höhepunkt des Weiterbildungsprogramms. Für die Deutschschweizer Kolleginnen bieten wir nun die Gelegenheit, den Text auch in der deutschen Sprache zu lesen. Marianne Brügger hat die Übersetzung besorgt.

Die Bilder zum Text finden Sie in der Nr. 6/93 auf den Seiten 17 (unten) und 24 (oben).
sf

Einleitung

Bevor wir die technisch-fachlichen Aspekte behandeln, möchten wir einen Blick auf die möglichen Folgen der Dammverletzungen werfen. Sie sind Verletzungen der Integrität der Frau, und zwar auf verschiedenen Ebenen: körperlich, sexuell, sozial, psychisch. Eine dieser Folgen steht klar im Vordergrund: die Harninkontinenz.

Harninkontinenz wird vielfach noch verschwiegen oder nach der Menopause schicksalhaft hingenommen, etwa gleich wie Wallungen, Prolapse, Libidoverlust, usw.

Wegen der grossen Zahl betroffener Personen und der starken Beeinträchtigungen, die die Harninkontinenz mit sich bringt, sollte dieses Problem im Gesundheitswesen als prioritär eingestuft werden. Doch ist Harninkontinenz mit Tabus, Schweigen und Scham verbunden.

Etwa 50% aller Frauen leiden irgendwann in ihrem Leben an Harninkontinenz, unterschiedlich stark, vorübergehend oder dauerhaft.

Wir sind zwei Hebammen mit Zusatzausbildung in urogynäkologischer Rehabilitation, und wir befassen uns mit betroffenen Frauen vor oder während der Schwangerschaft, nach der Geburt, aber auch ohne Zusammenhang mit einer Mutterschaft. Die Frauen kommen in die Sprechstunde, weil sie bei oder auch ohne Anstrengungen Urin verlieren, weil sie ein Gefühl der Schaffheit im Beckenboden haben, weil sie bereits einen Prolaps aufweisen oder in der Hoffnung, eine Operation vermeiden bzw. aufschieben zu können.

Oft nahm die Inkontinenz während einer Schwangerschaft oder nach einer Geburt ihren Anfang. Als Hebammen haben wir eine wichtige und spezifische Rolle inne, wenn es darum geht, den Zusammenhang zu verstehen und bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Gleichwohl müssen wir auf diesem Gebiet unbedingt den interdisziplinären Austausch und die Zusammenarbeit pflegen: mit Ärzten, Physiotherapeuten, Osteopathen und anderen Gesundheitsfachleuten.

Heute möchten wir vor allem die Prophylaxe der Dammsuffizienz erklären und Ihnen einige Hypothesen vorstellen. Vielleicht werden wir zusammen diese Hypothesen etwas beleuchten können, dank Ihrer täglichen Hebammenerfahrung.

Die Funktion des Dammes

a) Etwas Anatomie und Physiologie

Der Damm besteht aus quergestreiften Muskeln, die, von den Beckenknochen ausgehend, den Beckenraum gegen unten schliessen.

Diese Muskeln erfüllen eine doppelte Aufgabe: sie schliessen das Becken, und sie ermöglichen das Aufgehen der einzelnen Öffnungen. Deshalb sind die Muskeln um die Öffnungen herum ständig kontrahiert. Erst durch ihre Entspannung öffnen sich Urethra, Vagina und After.

Diese Muskelgruppe haben wir alle als «Beckenboden» kennengelernt, was den Eindruck erweckt, es handle sich um etwas Steifes, Unbewegliches.

In der Tat ähnelt der Beckenboden dem Zwerchfell.

Im intakten Zustand bildet er zwei Kuppeln, die sich auf der Mittellinie treffen und sich beim Anspannen nach oben wölben, in Richtung der beiden Kuppeln des Zwerchfells.

b) Funktionen des Beckenbodens

Damit er seine Aufgabe erfüllen kann, soll er geschmeidig, dehnbar und zusammenziehbar sein. Durch seinen Tonus, seine Muskelkraft und seine Entspannungsfähigkeit ermöglicht er folgende Funktionen: Harnlassen, Stuhlen, Gebären, Geschlechtsverkehr.

Als Stütze der Bauchorgane muss der Beckenboden die grossen Druckveränderungen aus dem Bauchraum abfangen können und diesem Druck eine aufsteigende Kraft entgegensetzen.

Der Beckenboden fördert die Venenpumpe aus den Beinen in Richtung Oberkörper und Herz.

Wenn wir Harninkontinenz, Prolapse und Beckenbodeninsuffizienz besser definieren wollen, müssen wir den Beckenboden als Teil einer Funktionseinheit ansehen, als Teil des Bauchraumes.

Wir können uns diesen Bauchraum vorstellen. Die Bauchorgane sind darin im Ruhezustand wie «aufgehängt». Sie werden durch ein Sehnenbandsystem und die Maschen des Bindegewebes gehalten.

Die Wände bilden die Bauchwand und die Lenden- und Sakralwirbelsäule. Die Decke ist das Zwerchfell, der Boden ist der Beckenboden.

Ein intakter Beckenboden sichert den Verschluss der Öffnungen bei Anstrengungen: er fängt den steigenden Bauchdruck ab und leitet diese Kraft auf die Urethra. Diese wird somit «verriegelt», und es läuft nichts aus. Der hintere Beckenboden dient zur Abfederung der Druckveränderungen.

Ist der Beckenboden hypotonisch und/oder der Bauchdruck zu stark, dann bewegen sich bei Anstrengungen die Organe nach unten und nach vorne, somit zum vorderen Beckenboden. Da dieser aber mehr und grössere Öffnungen aufweist (Urethra, Scheide), kann er nicht abfedern.

Die Urethra befindet sich nicht mehr im Druckraum. Die Krafttransmission erfolgt jetzt nicht mehr auf sie, sondern auf die Harnblase. Die Harninkontinenz beginnt, oft von Prolaps(en) begleitet (Zystozele, Rektozele).

c) Zwerchfell und Beckenboden

Sie bilden die Decke resp. den Boden des Bauchraumes.

Das Zwerchfell, ein kräftiger inspiratorischer Muskel, ist an den Rippen und an der Lendenwirbelsäule verankert.

Unten, wie im Spiegel dazu, befindet sich der Beckenboden. Er gehört zusammen mit den Bauchmuskeln, besonders dem M. transversus abdominis, zu den expiratorischen Muskeln. Er zieht sich beim Ausatmen zusammen, dies wirkt wie eine «Antwort» auf die Bewegung des Zwerchfells und fördert auch die Venenpumpe zum Oberkörper.

Wenn der Beckenboden an Tonus verliert und erschlafft, dann neigt das Zwerchfell dazu, zu stark, zu fest gespannt und steif zu werden. Es bleibt nach unten gewölbt, was den Druck im Bauchraum erhöht. Als Folge davon wird der Beckenboden zusätzlich geschwächt, es entsteht ein Teufelskreis: die Bewegungen richten sich vor allem von oben nach unten, die Wechselwirkungen sind gestört, die Durchblutung ist beeinträchtigt, Prolapse und Beckenbodenhypotonie werden verschlimmert.

Dieses Phänomen tritt oft nach einer Geburt auf und macht sich durch paradoxe Atmung bemerkbar.

Risikofrauen, Risikofaktoren

Das Risiko einer Beckenbodeninsuffizienz ist nicht bei allen Frauen gleich hoch.

Auf diesem Gebiet muss die allgemeine Information, vor allem im Sinne der Prophylaxe, gefördert werden.

Gewisse anamnestische oder klinische Faktoren sollen unsere Aufmerksamkeit wecken, damit wir die Frau bei der ersten Schwangerschaft und der ersten Geburt richtig betreuen können. Diese Zeit ist oft entscheidend für eine Frau mit erhöhtem Risiko.

Als Risikofaktoren gelten, neben angeborenen Veranlagungen bezüglich der Qualität von Bindegewebe und Stützsystem der Organe (ethnische und familiäre Faktoren), folgende Situationen:

a) Anamnestische Risikofaktoren

- bestehende Harninkontinenz
- falsche Gewohnheiten seit der Kindheit bezüglich Harnlassens
- kleine, hyperaktive Blase, häufiger Harndrang (über 10x pro Tag und über 2x pro Nacht)
- chronische Obstipation mit starken Pressanstrengungen, Hämorrhoiden
- grosse Gewichtsschwankungen (nach oben und nach unten)
- Faktoren, die vom Skelett herrühren: Form und Richtung des oberen Beckeneinganges, Orientierung der Kreuzbeinaushöhlung, Grad der Lumballordose
- anatomische und funktionelle Probleme bei den Organen des kleinen Beckens (Retroversio uteri, Folgen von chirurgischen Eingriffen, Vaginalhypoplasie, zu kurze Scheidenvorderwand)
- hypotonischer Damm (Hypoplasie der M. levator ani) und ungenügendes Körpergefühl
- klaffende Vulva, kurzer Abstand After - Vulva
- chronische Bronchitis, Asthma
- Harnwegsinfekte
- Missbildungen der Harnorgane
- Medikamente, Tranquilizer
- Depressionen, Vergewaltigung, psychisches Trauma
- falsche Wochenbettgymnastik nach einer früheren Geburt

b) Schwangerschaftsbedingte Risikofaktoren

- Inkontinenz, die im ersten oder im zweiten Trimenon auftritt
- übermässige Gewichtszunahme, Ödeme
- Schwangerschaftspathologie: Diabetes, Gestose

c) Geburtsbedingte Risikofaktoren

- Erstgebärende
- Gewicht des Neugeborenen
- Austreibung bei voller Harnblase
- operative Vaginalgeburt
- Kristeller-Handgriff

Prophylaxe während der Schwangerschaft

In der Schwangerschaft bietet sich die optimale Gelegenheit, über den Beckenboden zu sprechen, im Rahmen von dessen Vorbereitung auf die Geburt. Die Hebamme kann der Frau auch vermitteln, welche Dysfunktionen der Blase oder des Beckenbodens nach einer Geburt auftreten können, was sie dagegen tun kann und an wen sie sich wenden soll.

a) Geburtsvorbereitung

Es gibt da verschiedene Möglichkeiten, um ein globales Körpergefühl bei der Frau zu wecken.

Durch die Verbindung von Information und Körperarbeit (fühlen und verstehen) erleichtern wir den Zugang zu dieser intimen Zone: zum kleinen Becken, zum Damm und zu dessen Öffnungen.

Während der Schwangerschaft fällt es vielleicht der Frau leichter, auf diese «Entdeckungsreise» zu gehen: jetzt lebt das Kind in ihrem Körper, es geht um die Vorbereitung auf die Geburt. Ausserhalb der Schwangerschaft besteht hingegen ein direkterer Zusammenhang mit der Sexualität, der hemmend wirken kann.

Durch verschiedene Übungen können die Frauen ihre Empfindungen besser wahrnehmen und in diversen Stellungen erfahren (Spannung / Entspannung, Bewegung von Beckenboden / Zwerchfell usw.).

Wir erklären den Frauen die Anatomie und die Physiologie des Beckenbodens, wir erwähnen die Gefahr der Erschlaffung und der Harninkontinenz in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sowie die Symptome dieser Phänomene.

Wir informieren die Schwangeren auch über die Übungen, die zu Hause gemacht werden sollen: vor der Geburt öffnen, loslassen, nach der Geburt tonisieren und verschliessen.

Wir ermuntern die Frauen dazu, ihren Damm (Centrum tendineum) während der Schwangerschaft regelmässig zu massieren oder vom Partner massieren zu lassen. Wir empfehlen auch das Abtasten innen und aussen, das Betrachten

im Spiegel und alles, was ihr Bewusstsein für das kleine Becken steigern kann.

Die Frauen können versuchen, den Harnstrahl zu stoppen, um die Spannung der M. levator ani zu spüren. Dies ist ein Test, keine Übung: wenn der Versuch regelmässig wiederholt wird, besteht die Gefahr eines Harnweginfektes und/oder der unvollständigen Blasenentleerung!

Das letzte, wichtige Element ist das Erlernen und Fühlen der korrekten Pressweise. Wir stützen uns immer auf die Physiologie und unterstreichen besonders folgende Punkte: Pressrichtung, Stellung des Beckens (keine Lordose, Sitzbeine nach vorne gerichtet), Öffnung des Beckenbodens, Entspannung der M. rectus abdominis und der Adduktoren. Ein effizientes Pressen sollte durch den M. transversus abdominis (tiefer Bauchmuskel) bewirkt werden, dies bei nach oben gewölbtem Zwerchfell (Expiration).

Die Frauen experimentieren in diversen Stellungen. Am besten kann frau das alles fühlen, wenn sie in der Hocke gestützt wird: bei der Expiration ist die Bauchwand gespannt, das Becken kippt, und der Beckenboden ist, sofern die Frau gut gestützt ist, entspannt.

b) Schwangerschaftskontrollen

Hier ist eine gute Anamnese wichtig. Wir fragen die Frauen nach allfälliger Inkontinenz (Harn, Flatus, Stuhl) und beobachten die eventuelle Erscheinung solcher Probleme.

Anamnese:

- Familienanamnese (Mutter, Grossmutter, Schwestern)
- Lebensweise: Beruf, Sport, Medikamente, Trinkgewohnheiten, Gewohnheiten bezüglich Harnlassen und Stuhlen, Obstipation

Klinische Untersuchung:

- Vulva: geschlossen, leicht klaffend, klaffend
- Beschaffenheit der Narben
- Abstand After–Vulva (25–30 mm)
- Abstand After–Symphyse

Vorhandensein einer Zystozele oder Rektozele spontan oder beim Pressen prüfen.

Prüfen, ob die Frau die Befehle nicht wechselt (presst, statt die M. levator ani zusammenzuziehen, die Vulva öffnet sich, ein Prolaps wird sichtbar).

Beim Vaginaluntersuch: auf den Tonus der M. levator ani achten, sowie auf den Tonus des Centrum tendineum.

Wenn die Schwangere Störungen spürt, können wir einige nützliche Ratschläge geben (nicht zu stark pressen, wenn sie uriniert oder stuhlt) und ihr Übungen zur Tonisierung und Entspannung des Beckenbodens lehren.

Die Geburt

Was geschieht, wenn der Muttermund vollständig eröffnet ist?

Durch die Dehnung im Bereich des kleinen Beckens entsteht ein Reflex, welcher zum Pressdrang führt. Dieser Reflex ist etwa ähnlich wie für die Harnblase oder das Rektum, aber ein kleiner Unterschied besteht beim Orten und Empfinden, da die Vagina im Gegensatz zum After oder zur Harnröhre keinen eigentlichen Sphincter besitzt.

Das Pressen des ganzen Bauchinhaltes nach unten begünstigt Zystozelen und Prolapse. Je nach Terrain ist das Risiko gross, dass bei der ersten Geburt ein irreparabler Schaden entsteht.

Verschiedene Studien berichten von erhöhtem Risiko bei Forceps, Rissen, später Episiotomie oder einem intaktem Damm, der die Verletzung der darunterliegenden Muskeln verbirgt. Andere Studien widerlegen diese Ergebnisse.

Die Episiotomie scheint keine schützende Wirkung zu haben. Es erscheint folglich nicht angebracht, die systematische Anwendung der Episiotomie als Prophylaxe der Inkontinenz zu propagieren. Hingegen gibt es zwei klassische, stichhaltige Indikationen für eine Episiotomie: einerseits die Vermeidung schwerer Risse, andererseits die Verkürzung der Austreibungsphase bei fetaler Hypoxie.

Die Schnittenbindung wäre die einzige absolut sichere Prophylaxe!!!

Der Druck auf den Bauch beim Pressen ist hingegen ein verschlimmernder Fak-

tor, so ist die Austreibungsphase der entscheidende Zeitpunkt.

Bei der Geburt müssen wir unsere Aufmerksamkeit auf die Pressstellung und die Pressweise richten.

Das herkömmliche Erlernen des Pressens, sei es in der Geburtsvorbereitung oder im Gebärsaal, stützt sich stark auf Atmungstechniken, und dies kann oft ein ineffizientes Pressen verursachen.

Die Frau kann durch die Atmungsbeefehle abgelenkt werden, so dass sie die tatsächlich betroffenen Muskeln nicht wahrnimmt. Sie versteht das Pressen als «Atmungstätigkeit» und sucht daher nach Bestätigung ihrer Anstrengung bei den Empfindungen aus dem Kehlkopfbereich oder sogar aus dem Mundraum. Ihre Pressanstrengungen richten sich folglich nach oben und führen zu Petechienmustern oder gar zu Bindehautblutungen.

Findet die Austreibung bei der Expiration statt, dann können die gleichen Fehler geschehen, wenn die Frau ihre ganze Aufmerksamkeit auf die lange, gründliche Kontrolle der Expiration richtet und dabei die Kraft der Bauchmuskeln nur gering einsetzt.

Dies ist ein typischer Fehler: der Ausgangspunkt der Pressanstrengung wurde falsch dargestellt. Die Frau presst «auf ihren Damm», das Pressen endet dort, statt dass es durch den Damm hindurch weiterführt. Dem leistet die Hebamme oft Vorschub, wenn sie ihre Finger auf den Damm legt, den Damm sogar noch leicht eindrückt und dabei der Frau sagt: «Pressen Sie da, auf meine Finger!»

Das Ziel ist die Arbeit der tiefen Bauchmuskeln (M. obliquus und M. transversus abdominis). Die Bauchdecke muss sehr fest «zusammengeschnürt» werden, die Kraft soll konzentrisch auf den Bauchinhalt ausgeübt werden. Eine Anspannung der M. rectus abdominis führt zum Verschluss des Beckenbodens und soll daher unbedingt vermieden werden.

Auf diese Weise erfolgt ein effizientes Pressen, der Körper der Frau wird geschont, das Kind besser mit Sauerstoff versorgt, und die Progression des führenden Teils geschieht langsamer. Das Kind

wird «aus der Form herausgenommen» und nicht gewaltsam «hinausgeschossen».

Gebärstellungen

Bei einer richtigen Gebärstellung pressen die tiefen Bauchmuskeln, und nicht die M. rectus abdominis. Das Zwerchfell wölbt sich bei der Expiration nach oben.

Dieses Ziel wird in der Hocke am besten erreicht. In dieser Stellung dehnt sich die Vagina auch seitwärts auf. Wenn die Frau noch den Oberkörper nach vorne beugt, um zu sehen, wie das Kind herauskommt, wird das Steissbein nach hinten geschoben, was die Vagina nach vorne und nach hinten zusätzlich erweitert.

Im «Vierfüsslerstand», bei rundem Rücken und nach vorne gebeugtem Kopf, kann die Bauchwand auch «zusammengeschnürt» werden. Die Frau muss nur noch ihre Schultern gut nach oben richten, damit der Beckenboden entspannt ist.

Liegt die Frau auf dem Rücken, und hebt sie den Kopf, dann spannt sie die M. rectus abdominis und blockiert den ganzen Bauch. Das Zwerchfell kann sich nicht nach oben wölben, der Beckenboden kann sich nicht entspannen.

Im Wochenbett

Manchmal lässt sich nur schwer feststellen, ob eine nach der Geburt erscheinende Inkontinenz die direkte Folge von geburtsmechanischen Prozessen ist oder ob ererbte bzw. angeborene konstitutionelle Faktoren die Kontinenz beeinträchtigen, dies ohne Einfluss der Gebärmstände.

Angeborene und/oder positionsbedingte Faktoren können bewirken, dass sich der Druck der Bauchorgane nicht mehr auf den abfedernen hinteren Beckenboden richtet, sondern auf den vorderen Beckenboden, der ja sehr fragil ist und auf die Dauer beschädigt wird.

Bei der Unterscheidung zwischen angeborenen und geburtsbedingten Faktoren (Forceps, Riss, Geburtsgewicht) ist Vorsicht am Platz, denn die verschiedenen Elemente sind stark ineinander verstrickt.

Dampfpflege und Verhalten im Wochenbett

Die Geburt bringt riesige physiologische Umstellungsprozesse mit sich. Manche Frau fühlt sich ratlos, erkennt ihren Körper nicht mehr: schwanger ist sie ja nicht mehr, sie ist aber auch ganz anders als zuvor.

Der schlaff gewordene Bauch macht ihr zu schaffen, sowie auch der Anblick und das Empfinden ihrer Vulva: schmerzlich, verwundet, ödematös, offen.

Die Statik des Körpers ist verändert, die Bauchorgane müssen zu ihrem Platz zurückfinden.

Wie können wir hier der Frau helfen, damit sie sich mit ihrem Körper, besonders mit ihrem Beckenboden, wieder zurechtfindet? Wir können die Autonomie der Frau fördern und den nötigen Rahmen schaffen für die Wahrung ihrer Intimität.

Das heisst konkret:

- Schmerzen lindern (Eisanwendung, Sitzbad, evtl. Arzneimittel)
- bequeme Stellungen finden (Schwimmring usw.)
- die Frau dazu ermutigen, ihren Damm anzuschauen, zu berühren, die schmerzenden Punkte zu orten (oft ist die Wirklichkeit weniger schlimm als die Vorstellung davon)
- der Frau zeigen, wie sie die Pflege selber übernehmen kann
- die Frau über die hormonellen Veränderungen informieren (der Östrogenmangel kann den Muskeltonus abschwächen und eine Trockenheit der Vagina verursachen)
- über die Verminderung des sexuellen Verlangens nach der Geburt reden und erwähnen, dass dieser Zustand lange andauern kann, vor allem dann, wenn sehr lange gestillt wird.

Die Tonisierung der Beckenbodenmuskulatur muss in eine globale Körperwahrnehmung integriert werden: z.B. Empfinden der Atmung, sanfte Wiegeübungen des Beckens.

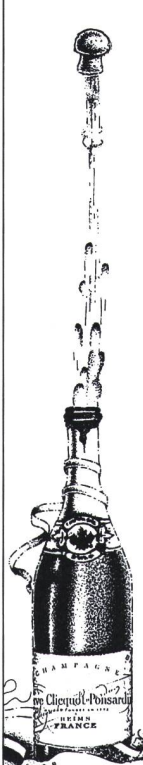
Am Anfang sollte die Hebamme immer prüfen, ob die Frau den Befehl, «Spannen Sie den Beckenboden an», richtig versteht. Sie kann dies tun, indem sie die Aufwärtsbewegung des Centrum tendineum beobachtet oder indem sie ihre

Der **Quellennachweis** und die **Literaturliste** sind bereits in der Nr. 6/93 (franz.) erschienen, darum werden nur noch die deutschen Titel wiederholt.

1. Harninkontinenz ist überwindbar
Helle Gotved, Ed. Trias, 1983

2. Beckenboden und Sexualität
Helle Gotved, Ed. Trias, 1983

3. Ist der routinemässige, prophylaktische Dammschnitt gerechtfertigt?
Überblick über neuere Forschungsarbeiten, Mabuse Verlag Wissenschaft, Frankfurt 1992, 80 Seiten □



Liebe Kolleginnen, ich möchte Euch wieder einmal herzlich bitten sich an den Redaktionschluss, (**jeden 10. des Vormonates**) zu halten. Das erspart uns allen viel Ärger, Nervenkraft und Hetzerei. Danke!

Für das kommende neue Jahr wünschen wir allen gute Gesundheit, Kraft und Mut, Dinge zu tun die getan werden müssen – Zeit zu haben für unsere Familien und nicht zuletzt auch für uns selber –

Ihr Redaktionsteam □

● Ballone ●

Für den internationalen Hebammentag am 5. Mai können Sie Ballone mit der Aufschrift

«Hebammen – Frauen für Frauen» bestellen.

Ihren Auftrag nimmt bis 1. März 1994 entgegen: Schweizerischer Hebammenverband, Flurstrasse 26
3000 Bern 22
Telefon 031 332 63 40 □

Finger beim Vaginaluntersuch auf die M. levator ani legt. Es gibt tatsächlich Frauen, die pressen, obwohl sie anzu-spannen glauben. Solche Frauen ziehen so gar keinen Nutzen aus den Übungen.

Sehr wichtig ist, dass im Wochenbett und mindestens zwei Monate nach der Geburt kein Bauchmuskeltraining unter-nommen wird. Dieser schwere Fehler würde früher oder später zu Prolapsen führen, weil die Organe durch einen geschwächten, nicht schliessenden Beckenboden «hinunterrutschen» wür-den.

Übungen nach Paciornik:

1. in die Hocke gehen

2. sich aufrichten, dabei den Körper möglichst stark strecken

Wenn die Frau in die Hocke geht, öffnet sich die Vagina. Wenn sie sich streckt, schliesst sich die Vagina.

Nachuntersuchung sechs Wochen nach der Geburt

Bei dieser Untersuchung greift die Heb-amme auf die Anamnese zurück, sowie auf die Beobachtungen in den Schwan-gerschaftskontrollen.

Im Post-partum kann eine Zystozele Grad I als normal gelten. Eine Zystozele Grad II oder eine Rektozele Grad I müs-sen immer als pathologisch angesehen werden, selbst dann, wenn nichts unfrei-willig abgeht, weder Harn noch Flatus oder Stuhl.

Bei Harninkontinenz muss man unter-scheiden zwischen

- der Stressinkontinenz (bei Husten, Gehen, Lachen, Niesen)
- der sogenannten Urge-Inkontinenz durch Reizblase: Kontakt mit Wasser, Wassergefälle und
- der kombinierten Inkontinenz

Je nach Typ der Inkontinenz wird die Rehabilitation nicht ganz gleich verlau-fen.

Fassen wir zusammen:

Vor der Geburt

- gute Anamnese, klinische Untersu-chung des Beckenbodens bei den Schwangerschaftskontrollen

- angepasste Geburtsvorbereitung
- Bewusstsein der Anatomie und Phy-siologie der betreffenden Muskeln fördern
- Erlernen des expiratorischen Pres-sens in einer geeigneten Stellung

Während der Geburt

- Entleerung der Harnblase
- der Frau zu einer geeigneten Stel-lung verhelfen
- erst dann zum Pressen anleiten, wenn der vorangehende Teil auf dem Beckenboden ist
- keine verfrühte Episiotomie, der Damm soll sich dehnen können
- beim Versorgen einer Wunde in Vagina und/oder Damm immer dar-auf achten, dass der Sphincter ani intakt ist.

Nach der Geburt

- nicht zu lange stehenbleiben
- möglichst keine Lasten tragen
- den Beckenbodenzustand sorgfältig beurteilen. Die Rehabilitation soll von motivierten und hierfür ausgebilde-ten Fachpersonen geleitet werden (Hebammen, Physiotherapeuten)
- die Rehabilitation des Beckenbodens muss immer zuerst erfolgen. Erst nach-her dürfen Übungen für die Bauchmuskulatur durchgeführt wer-den
- eine Naht verzögert die Rehabilita-tion, wegen der Schmerzen
- das Unterbrechen des Harnstrahls darf nicht systematisch praktiziert wer-den, sondern nur als Test
- der psychische Zustand der Frau kann die Rehabilitation stark beeinflussen und muss daher berücksichtigt wer-den (z.B. postpartale Depression)

Schlussfolgerungen

Eine Frau mit einem Beckenbodenpro-blem muss als ganze Person angese-hen werden, in irgendeiner Phase ihres Lebens und ihrer eigenen Entwicklung.

Das Leben der Frau untersteht ver-schiedenen Rhythmen. Kraft und Tonus von Beckenboden und kleinem Becken variieren mit dem Monatszyklus, dem Jahreszyklus, der Menopause und dem psychischen Zustand.

Der Beckenboden besteht aus Muskel-fasern, die bogenförmig wie Klammern angeordnet sind und zur Kontinenz

beitragen. Es sind starke Muskeln. Wie alle anderen Muskeln, die trainiert wer-den, werden sie durch Übung wieder stark und spannungsfähig.

Dann sind sie wieder imstande, die Bauchorgane zu stützen.

Die Arbeit am Beckenboden unter Ein-bezug der Atmung erlaubt es, das Gefühl für den Beckenboden in das gesamte Körpergefühl zu integrieren, im Alltag und vor allem in der Sexua-lität.

Ab sofort kann jede Hebamme damit anfangen, mit den Frauen, denen sie begegnet, über Inkontinenz zu spre-chen.

Wenn über Inkontinenz gesprochen wird, wird das Problem anerkannt, frau gibt zu, dass es die Inkontinenz gibt. Jetzt können Wege aufgezeigt werden, sie zu mildern oder zu heilen.

Inkontinenz ist kein notwendiges Übel, sie ist auch nicht der Preis, den frau fürs Kinderkriegen bezahlen muss.

Silvie Uhlig Schwaar, Isabelle Sauvin, April 1993 □

Unterstützungs-kommission

Wollen Sie in der Unterstüt-zungskommission mithelfen?

Wenn Sie sich interessieren, Kenntnisse in französisch ha-ben und ein Paar Stunden pro Jahr zur Verfügung stellen können, melden Sie sich bitte an:

Renée BALLY
Devin 31 B
1012 Lausanne
Tel. 021/652 92 57 □