

Unterstützung nach Interventionsgeburten : Hebammen können viel tun!

Autor(en): **Meissner, Brigitte Renate**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950044>

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.



Foto: Susanna Huischmid

Unterstützung nach Interventionsgeburten

Hebammen können viel tun!

Das grösste Anliegen des geburtshilflichen Teams nach Interventionen sollte nicht die Einhaltung von Routinemassnahmen sein, sondern die optimale Förderung eines ungestörten, zärtlichen und langsamen Mutter-Kind-Kontaktes.

Brigitte Renate Meissner

UNMITTELBAR nach einer Interventionsgeburt ist die unterstützende Begrüssung mit Homöopathika und Bachblüten sehr hilfreich. Beide können gut kombiniert angewendet werden, was ihre Wirksamkeit verstärkt. Empfehlenswert nach einer «Stress-Geburt» sind Arnica, Aconitum oder je nach Medikamentengabe unter der Geburt Opium oder Oxygenium. Ein Bachblütenbad hilft dem Kind «anzukommen» und den Schock zu bewältigen (Notfalltropfen, Star of Bethlehem, Walnut). Bachblüten können dem Baby auch direkt auf die Haut gegeben werden (Kopfhaut, Stirn und Brustbereich).

Mutter-Kind-Bindung unterstützen

Nach Interventionen sollte die optimale Förderung eines ungestörten, zärtlichen

und langsamen Mutter-Kind-Kontaktes unser grösstes Anliegen sein und nicht die Einhaltung von Routinemassnahmen. Das Baby braucht nach der Geburt viel Ruhe. Wenn möglich sollten wir Routineuntersuchungen vom Arzt später oder bei der Mutter machen lassen. Auch Geburtsgewicht, Länge und andere unwichtigere Massnahmen haben keine Priorität. Eine gute Kommunikation mit der Wochenbettabteilung hilft: Ist der Arbeitsanfall im Gebärsaal gross, so können die Kinder auch erst auf der Wochenbettabteilung gewogen, gemessen und angezogen werden.

Anliegen in der ersten Lebensstunde

Wie immer ist eine gute und liebevolle Unterstützung beim ersten Anlegen an der Brust und beim weiteren Stillen äusserst wichtig. Es gibt jedoch Babys, die länger Zeit brauchen, um an der Brust

saugen zu wollen. Wir respektieren dies und geben dem Kind trotzdem mehrere Möglichkeiten, bis es das Saugen erfasst. Vielleicht geschieht das erste Stillen auch erst nach Verlegung auf die Wochenbettabteilung. Der Grund für ein spätes erstes Stillen sollte aber das Kind und sein individueller Rhythmus sein und nicht an Verzögerungen oder an mangelnder Motivation unsererseits liegen.

Potential des ersten Babybades

Nach schweren oder unnatürlichen Geburten ist der Einsatz von Bachblüten im ersten Babybad ist sehr hilfreich. Wir geben dem Baby durch das Bad die Möglichkeit, die negative oder durch Interventionen beeinflusste Geburtsprägung etwas aufzulösen. Wie ins Fruchtwasser des Mutterbauches wird es noch einmal ins nasse Element eingetaucht und dann, diesmal sanft, daraus herausgehoben. Danach darf das Baby nass und mit warmen Tüchern zugedeckt auf dem Bauch oder der Brust der Mutter liegen. Wir ermöglichen so eine sanfte Wiederholung des Geburtsgeschehens, aber erst, nachdem das Neugeborene genü-

gend Zeit und Ruhe hatte, sich mit der Mutter zu verbinden und anzukommen.

Dasselbe kleine Baderitual bietet sich bei Müttern nach einer Sectio an, oder wenn das Kind wegen Frühgeburtlichkeit oder Anpassungsschwierigkeiten vorerst in die Kinderintensivabteilung verlegt wurde. Noch dringender ist dies nach sekundärer Sectio mit Vollnarkose geboten. Dadurch können wir der Mutter den verpassten Bondingprozess neu schenken. Den weichen, warmen, nackten und auch noch nassen kleinen Körper ihres Babys auf der Haut zu spüren, verbindet die Frau mit tiefsten Instinkten der Mütterlichkeit. Es berührt sie und auch das Baby gefühlsmässig tief.

Neues Sectiomanagement: ein Vorschlag

Oft herrschen in geburtshilflichen Teams eine gewisse Hilflosigkeit und manchmal leider sogar ein Mangel an Sensibilität gegenüber der Förderung der Mutter-Kind-Beziehung bei einer

Schnittentbindung. Dies ist wohl vor allem durch die routinemässigen Arbeitsabläufe bedingt. Wir hinterfragen sie nicht mehr, sondern folgen den bekannten und eingespielten Wegen. Dennoch können wir als begleitende Fachpersonen einige Dinge zur Förderung und Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung tun. Es lohnt sich, im Team eingefahrene Arbeitsstrukturen zu hinterfragen und sie gemeinsam neu und angepasst zu definieren.

Was spricht dagegen, das Baby gleich nachdem wir es im sterilen Tuch vom Arzt überreicht bekommen haben, der Mutter auf die Brust zu legen und es dann mit warmen Tüchern zuzudecken? Bei der Spontangeburt sehen wir ja auch auf einen Blick, wie es dem Kind geht. Das Baby darf meiner Meinung nach also auch bei einer Sectio gleich zur Mama auf die Brust. Ich habe dies in unserer Klinik schon einige Male so gehandhabt und nur gute Erfahrungen gemacht. Vor allem nach Plansectio, wo wir einen schlechten Allgemeinzustand

weniger erwarten als bei einem Notfallkaiserschnitt, könnten wir dies nach ein paar kleinen Modifikationen im OP in Bezug auf Ablauf und Utensilien sehr gut machen.

Ausreden gibt es viele zu hören. Die Umsetzung der Vorschläge ist aber möglich, wenn das Personal daran interessiert ist, der Zeitrahmen es erlaubt und im Gebärsaal nicht gerade Hochbetrieb herrscht. Es gibt natürlich auch Mütter, die das Baby schon nach kurzer Zeit gerne weitergeben – weil es ihnen übel ist oder aus sonstigen Gründen. Aber da hat die Mutter wenigstens die Möglichkeit gehabt.

Ist die Wunde der Mutter vernäht, kann man ihr das Kind abnehmen oder dem Vater in die Arme geben. Sobald sie in ihrem Bett liegt, können wir ihr das Baby wieder auf die Brust geben. Von Vorteil ist es hier, dem Kleinen rasch eine Windel anzuziehen. Wie immer sind Routinemesswerte wie Gewicht, Grösse usw. nebensächlich, und auch das Bad kann warten.

Entlastung der Mutter

Wir alle wissen, dass auch optimal vorbereitete Mütter unerwartete Geburten erleben. Die Unterstützung der Mutter bei der Verarbeitung einer Interventionsgeburt oder Trennung vom Baby ist sehr wichtig. Es begegnet uns in der Praxis gehäuft die Situation, dass die Frauen unter starken Schuld- und Versagensgefühlen leiden. Schuldgefühle der Mutter können jedoch die Mutter-Kind-Beziehung stark blockieren und das Bonding behindern, da die Mutter nicht mehr frei und fröhlich ihr Kind lieben kann. Die Geburtsarbeit der Mutter ist jedoch immer wertvoll und nicht «vergeblich», wie es manche Frauen nachher enttäuscht ausdrücken. Wir können der Frau gegenüber auch klar vermitteln, dass sie sich nun darauf konzentrieren kann, JETZT für ihr Kind da zu sein und es oft halten. Damit schenkt sie nicht nur dem Kleinen viel Liebe und Geborgenheit, sondern diese Gefühle werden durch den direkten zärtlichen Austausch mit ihrem Kind auch bei ihr selber ausgelöst. Die wichtigste Botschaft, die wir den Frauen vermitteln können, lautet: «Die Geburt ist keine Leistungsangelegenheit. Sie ist gemeinsames Schicksal mit Ihrem Kind!»

Dieser Artikel basiert auf Brigitte R. Meissners noch unveröffentlichtem Buch «Die drei Ebenen der Geburt» und entspricht einem Beitrag von Brigitte R. Meissner für das Buch «Das Neugeborene in der Hebammenpraxis» (s. Kasten S. 10).

www.geburtsverarbeitung.ch

Netzwerk Verarbeitung Geburt

Hebammen, die in der Wochenbettbetreuung Frauen nach einem schweren Geburtserlebnis begleiten, können diesen das Netzwerk Verarbeitung Geburt empfehlen. Unter www.geburtsverarbeitung.ch findet jede Frau in Geburtsverarbeitung spezialisierte Hebammen vom Netzwerk, geordnet nach Postleitzahl und in der Nähe ihres Wohnortes.

Grundsätzlich leistet jede das Wochenbett begleitende Hebamme schon wichtige Vorarbeit. Trotzdem ist zumeist erst durch die Begleitung der therapeutisch qualifizierten und ausgebildeten Hebammen vom Netzwerk eine wirklich vertiefte Geburtsverarbeitung möglich, da viele Frauen echte Traumata bewältigen müssen, wo wir mit herkömmlichem Verständnis und psychologischem Feingefühl nicht mehr weiter kommen. Gerade in Kliniken, im Gebärsaal und auf der Wochenbettstation, kann das Netzwerk den Frauen nahegelegt werden. Die Geburt eines Kindes kann für manche Mutter zu einem enttäuschenden und sogar traumatischen Erlebnis werden, wenn Erwartungen und Hoffnungen bezüglich des Geburtsablaufs nicht erfüllt wurden. Dies betrifft

sehr häufig Frauen nach unfreiwilligem Kaiserschnitt oder Geburtsbeendigung per Zange/Vacuum oder nach Trennungen von ihrem Kind. Auf die Nöte der Frauen mit therapeutischen Hilfsangeboten zu reagieren ist uns Hebammen vom Netzwerk Verarbeitung Geburt ein Anliegen.

Hebammen, welche die Qualitätskriterien zur Aufnahme erfüllen (u. a. mindestens 150–200 Stunden Weiterbildung in Körper- und psychotherapeutischem Sektor), werden auf der Website mit ihren Zusatzausbildungen, Weiterbildungen oder Therapieangeboten aufgelistet. Es ist vorgesehen, dieses Angebot auf Internetebene zu belassen (also kein Schreibverkehr und Adresslistenversand), um den Aufwand so gering wie möglich zu halten.

Informationen finden Sie unter www.geburtsverarbeitung.ch oder www.verarbeitung-geburt.ch. Ein Netzwerkflyer für betroffene Frauen und interessierte Fachpersonen mit der Information über dieses Angebot kann von allen online ausgedruckt, kopiert, geschnitten und an geeigneten Orten wie Wochenbettabteilung, Mütterberatungsstellen oder Arztpraxen aufgelegt werden.

www.geburtsverarbeitung.ch

Aus der Forschung

Geburtshilfliche Interventionen und ihre Auswirkungen

Erschwerter Erstkontakt nach operativer Geburt

Geburtsmanagement überdenken!

An der Medizinischen Fakultät der Universität Melbourne wurden zwei Studien durchgeführt, die sich mit den Auswirkungen operativer Geburten auf das Bonding zwischen Mutter und Kind befassten. Mit einer prospektiven Längsschnittstudie wollte das Forscherteam überprüfen, in welcher Weise Geburtsmodus und Geburtsort den ersten Kontakt zwischen Mutter und Kind und das emotionale Wohlbefinden der Mutter beeinflussen. Dazu rekrutierten die Forscher in vier städtischen Kliniken, darunter einem stillfreundlichen Spital, ein repräsentatives Kollektiv von 203 erstgebärenden Frauen. Die Frauen wurden während ihrem Wochenbett

befragt und ihre Krankengeschichte beigezogen. Alle Teilnehmerinnen beantworteten zwei Fragebögen, die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) und die Profile of Mood States (POMS). Acht Monate nach der Geburt wurden 81% oder 164 Frauen noch einmal kontaktiert. Diesmal beantworteten sie nebst EPDS und POMS einen weiteren Fragebogen.

Resultate: Untersucht wurde der erste Kontakt zwischen Mutter und Kind. Es wurden deutliche Unterschiede in der Qualität des Erstkontaktes innerhalb der drei Geburtsformen Spontangeburt, assistierte Vaginalgeburt und Kaiserschnittgeburt deutlich.

Es liessen sich negative Auswirkungen der operativen Geburten auf den Erstkontakt zwischen Mutter und Kind und auf die spätere emotionale Befindlichkeit der Mutter nachweisen. Die Abläufe nach geburtshilflichen Interventionen variierten in den vier Spitälern beträchtlich, d.h. sie sind veränderbar. Die Forscher empfehlen, grosse Aufmerksamkeit auf optimale Abläufe auch nach operativen Geburten zu richten, um eine bestmögliche erste Mutter-Kind-Interaktion sicherzustellen.

Rowe-Murray H.J., Fisher J.R.: Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. BJOG. 2001 Oct; 108(10): 1068-75.

Frühes Anlegen trotz operativer Geburt

Spitalroutine entscheidend

Hat das Management rund um eine operative Geburtsbeendigung Auswirkungen auf den Erstkontakt zwischen Mutter und Kind und auf den frühen Stillbeginn (Schritt Nr. 4 für stillfreundliche Spitälern)? In der Dokumentation über Hürden, die eine erfolgreiche Umsetzung der Baby-friendly-Hospital-Initiative erschweren, war der Faktor «Management» nicht vorhanden, was den australischen Forschern auffiel. Sie stellten deshalb für ihre Arbeit die Hypothese auf, dass hier sehr wohl ein Einfluss bestehe, und prüften dies nach.

Auch darüber befragten sie die rekrutierten 203 Frauen (s. oben), zuerst zwei

Tage nach der Geburt, und dann 164 von ihnen acht Monate später. Die Teilnehmerinnen wurden in drei Geburtsmodus-Gruppen (spontan, vaginal-operativ, Sectio) und vier Geburtsklinik-Gruppen eingeteilt und die einzelnen Gruppen miteinander verglichen.

Resultate: Bei den Frauen nach Sectio erfolgte der Stillbeginn signifikant später als bei den Frauen nach spontan-vaginaler und operativ-vaginaler Geburt. Auch je nach Spital variierte der Stillbeginn beträchtlich, wobei das stillfreundliche Spital signifikant besser abschnitt als die drei anderen Krankenhäuser. Der entscheidende Faktor blieb jedoch der

Geburtsmodus. Hingegen fand sich kein Zusammenhang zwischen verzögertem Stillbeginn und fortgeführtem Stillen bis acht Monate nach der Geburt.

Schlussfolgerungen: Die Forscher fanden ihre Hypothese bestätigt: Eine Kaiserschnittgeburt bedeutet eine signifikante Barriere für die Umsetzung von Schritt Nr. 4 der Baby-friendly-Hospital-Initiative. Hingegen könnte die Spitalroutine so verändert werden, dass die Umsetzung von Schritt Nr. 4 auch nach operativen Geburten möglich ist.

Rowe-Murray H.J., Fisher J.R.: Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. Birth. 2002 Jun; 29(2): 124-31.

Operative Geburtsbeendigung

Psychologische Risiken erhöht

Eine weitere Forschergruppe der Universität Melbourne, Australien, untersuchte mögliche Auswirkungen von geburtshilflichen Eingriffen auf die psychische Befindlichkeit. 272 erstgebärende Frauen beantworteten in der Spätschwangerschaft und später im Wochenbett strukturierte Interviews und standardisierte psychometrische Fragebogen.

Resultat: Geburtsmodus und ungünstige psychologische Auswirkungen hingen signifikant zusammen. Frauen nach Spontangeburt erlebten am ehesten eine klare Verbesserung ihrer Stimmung und ihres Selbstvertrauens zwischen Spätschwangerschaft und Wochenbett. Im Gegensatz zu ihnen erlebten Frauen nach Kaiserschnitt signifikant häufiger einen Stimmungsabfall und eine Verschlechterung ihres Selbstvertrauens. Die Frauen nach vaginal-operativer Geburtsbeendigung lagen irgendwo in der Mitte und berichteten am ehesten weder von einer Verbesserung noch Verschlechterung.

Schlussfolgerungen: Eine operative Beendigung der ersten Geburt enthält signifikante psychologische Risiken. Die betroffenen Frauen sind anfällig für Reaktionen von Trauer oder für posttraumatische Stressreaktionen und Depressionen.

Fisher J., Astbury J., Smith A.: Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. Aust N Z J Psychiatry. 1997 Oct; 31(5): 728-38.

Erfahrungen als Mutter einer Hebammenschülerin

Ausbildung ohne Ende

Mit 15 Jahren war der Berufswunsch unserer Tochter klar: Hebamme. Ihre Ausbildung war dann voll und ganz auf diesen Weg ausgerichtet. In Bern besuchten wir zwei den Informationsnachmittag der Hebammenschule Bern. Ich war erstaunt, wie viele ältere Frauen sich für diesen Beruf interessierten. Eine der Informationen war, dass bei 16 Schülerinnen 16 Praktikumsplätze zur Verfügung stehen und dass die Schülerinnen unter sich die Plätze selber verteilen. Der Streit in der Klasse sei vorprogrammiert.

Unsere Tochter trat ihren Weg an. 2 Jahre DMS und dann Eintritt in die Hebammenschule. Die Schülerinnen waren von ganz jung bis über 40 Jahre alt, was mich etwas erstaunte. Dann kam der grosse Tag mit den Praktikumsplätzen. Da war Brig im Wallis. Nachdem unsere Tochter virtuell und persönlich das Spital besucht hatte, entschied sie sich zur Freude der Kolleginnen für diesen Ort. Die ersten zwei Monate auf der Wöchnerinnenabteilung waren ein guter Einstieg in das Berufsleben. Dann begannen die langen Monate im Gebärsaal. Von Anfang an war unsere Tochter ungenügend. Zuerst war sie schlecht im Ausfüllen der Eintrittspapiere. Es folgte eine schreckliche Zeit mit Vorwürfen und negativen Rückmeldungen über die Arbeit. Später waren es nicht mehr die Papiere, sondern immer wieder die neu zu lernenden Aufgaben, die beanstandet wurden. Die Arbeitszeit war von 7 bis 19 und in der Nacht waren noch die Geburten, wo sie dabei sein musste. In der ersten Zeit hatte sie Mühe, Tag und Nacht zu unterscheiden, hat das aber mit der Zeit in den Griff bekommen. Bei Standortgesprächen hat sie immer schlecht abgeschnitten und um mehr Erfahrung zu sammeln, musste sie dann zwei Wochen Ferien auf Pikett in Brig verbringen. Leider war in der ersten Woche keine Geburt und in der zweiten Woche eine Geburt, wo die Gebärende keine zusätzliche Person wünschte,

und bei der zweiten Geburt hat man vergessen zu rufen.

Einmal suchte ich das Gespräch mit der leitenden Hebamme. Ich wollte feststellen, ob die Aussagen unserer Tochter mit den Erfahrungen der Hebamme übereinstimmten. Ich konnte keine grossen Unterschiede feststellen. Unserer Tochter wurde später mitgeteilt, dass es nicht ihrem Alter entspreche, dass die Mutter für sie rede. Inzwischen kam aus der Schule die negative Meldung, dass die schriftliche Arbeit nicht bestanden sei. Kurz danach der Bescheid vom Spital, das Praktikum müsse wiederholt werden. Das Beurteilungsgespräch fand am Dienstag statt und am Freitag war der letzte Arbeitstag. Unsere Tochter war recht traurig und wartete zweieinhalb Wochen, die wiederum als Ferien galten, zu Hause, und immer noch war kein Praktikumsplatz in Aussicht. Ich versuchte mit etwas Unterstützung einzugreifen. Aber wo meldet man sich. Das Lehrlingsamt wusste auch keine Adresse. Das Rote Kreuz in Luzern verwies mich an das Berufsbildungszentrum Wabern. Hier bekam ich eine Person ans Telefon, die den Ausbildungsvertrag der Hebammen kannte. Drei Tage später hatte die Tochter einen Ausbildungsplatz in Interlaken.

Jetzt wendete sich das Rad um 180 Grad. Vom ersten Tag an war es möglich, Schwangerschaftskontrollen und Geburten in grossem Ausmass selbständig durchzuführen. Diagnosen von offenen Muttermündern kein Thema mehr, Dammschütze plötzlich ausserordentlich gut durchgeführt. Die vier Monate Interlaken waren mit Bravour gemeistert und die schriftliche Arbeit von Grund auf wiederholt und bestanden. Unsere Tochter ging inzwischen mit der Erfahrung von über 30 Geburten und viel Selbstvertrauen weiter. Nach

einem Schulblock war Biel die nächste Adresse. Die Wöchnerinnenstation hatte sie von Brig in guter Erinnerung. Da sie sich in einer schwierigen Lage befand («noch einmal ein Praktikum nicht bestehen heisst Ausschluss») bat sie nach drei Wochen um eine Zwischenqualifikation. Von acht Zielen waren vier nicht erreicht. Wieder das zu langsame Ausfüllen der Formulare und anstelle von zwei Frauen sollte sie vier Frauen betreuen. Die Frage blieb, wer den Arbeitsplan einteilt. Die alten Gefühle von Brig kamen wieder hoch. Nach neun Wochen Biel und sechs Tagen Arbeit mit der Betreuerperson wurde festgestellt, dass unsere Tochter ein Kreuz im Minus blieb. Am folgenden Tag konnte sie nicht zur Arbeit und meldete sich ab, in der Schule teilte sie mit, dass sie die Lehre nach 2 Jahren und 2 Monaten abbrechen müsse. Noch am selben Tag um 14 Uhr war ein Gespräch in der Schule, der Austritt war vorbereitet und die Lohnzahlung bis drei Wochen später am 9. Januar 2005 klar. Ich frage mich, wie Hebammen mit Leben umgehen. Interessiert es sie nur einige Wochen vor und einige Wochen nach der Geburt? Eigentlich sollte es auch eine Gelegenheit sein, 20 Jahre nach der Geburt die Entwicklung eines Menschen zu verfolgen. Erstaunlicherweise ist unsere Tochter immer noch fasziniert vom Hebammenberuf und sucht jetzt über den langen Weg Krankenschwesterschule/Hebammenschule ihr Ziel zu erreichen. Sie wird dann 26^{1/2} Jahre alt sein und 9^{3/4} Jahre in der Ausbildung. Ich hoffe, dass sie bis dann die Eintrittsformulare zur vollen Befriedigung von allen ausfüllen kann.

*Therese Höhle, Luterbach
Eine Mutter 20 Jahre nach
der Geburt*

Kommentar:

Als Verantwortliche der Hebammenschule Bern bin ich betroffen über den aus Sicht der Mutter beschriebenen Ausbildungsverlauf von G. Höhle. Der Verlauf wurde zwischen der Hebamme in Ausbildung, ihrer Mutter, den Vertreterinnen der Schule sowie den Praktikumsbetriebern im Verlaufe und nach Beendigung der Ausbildung ausführlich besprochen. Die Erlebnisse, ungelösten Fragestellungen, Konflikte und daraus entstehende Lernfortschritte sind dabei im Kontext der Betroffenheit und Bedeutsamkeit der einzelnen Person zu verstehen und zu deuten. An der Hebammenschule Bern versuchen wir nach dem dialogischen Prinzip – eine Form von Begegnung und In-Beziehung-Treten mit dem Gegenüber, mit der Grundannahme, dass das dialogische Gegenüber in seiner Andersartigkeit belassen werden muss – die Lernbegleitung zu gestalten. Auf diesem Prinzip aufbauend meinen wir, dass Konflikte unentrinnbar zur menschlichen Existenz gehören und Grundlage jeder Entwicklung sind. Deshalb sind bei uns die im Dialog geführten Selbst- und Fremdeinschätzungen ein wichtiger Bestandteil der Lernbegleitung und Förderung. Sie sollten eine Verankerung des Gelernten erreichen, damit es sinn- und erfolgsbringend unsere Hebammen in Ausbildung weiterbringt. Aufgrund des Berichts der Mutter meine ich herauszuhören und zu lesen, dass uns dies bei diesem Ausbildungsverlauf nicht gelungen ist. Wir wünschen der ehemaligen Lernenden viel Glück und Erfolg auf ihrem weiteren Lebensweg.

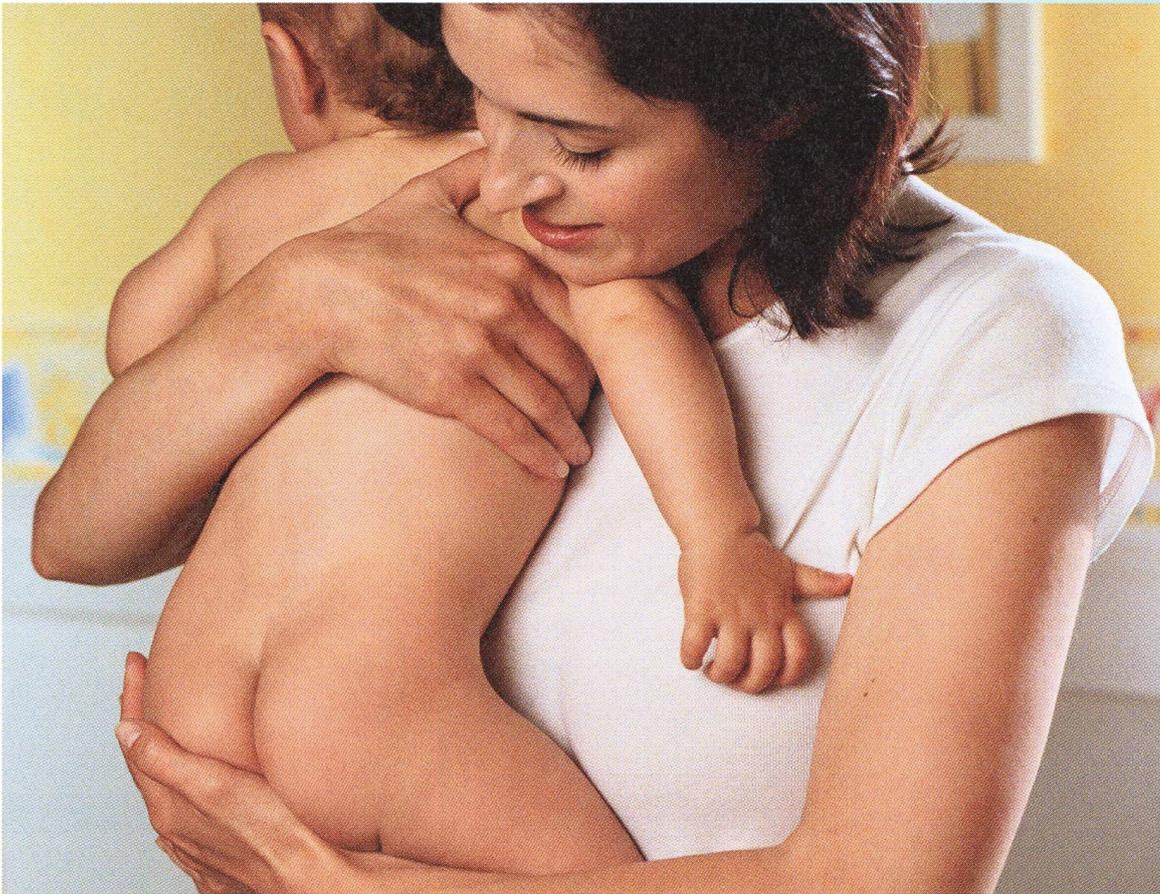
*Dorothee Eichenberger
zur Bosen, Schulleiterin*

Hebamme.ch kommt an

Ich habe im sorgfältig gestalteten Heft viele sehr gute Anregungen erhalten und danke dem Redaktionsteam dafür bestens.

Margrit Vonwil-Mahnig, Ballwil

Was fehlt noch zwischen Haut und Windel?



Bepanthen®
5% Dexpanthenol

Der Tag- und Nachtschutz vor Windelentzündung: Bepanthen® Salbe mit Dexpanthenol.

Eine Windelentzündung entsteht durch längeren Kontakt der Haut mit Urin und Stuhl sowie Nässe- und Wärmestau unter der Windel. Das Ergebnis sind wundete Haut und Schmerzen. Babyhaut ist fünfmal dünner als die Haut von Erwachsenen, produziert ungenügend eigene Hautfette und ist deshalb empfindlicher. Darum sollte Babyhaut speziell geschützt werden. Mit Bepanthen Salbe. Denn Bepanthen Salbe heilt nicht nur entzündete Babyhaut, sondern schützt auch präventiv vor Windelentzündung. Eine klinische Studie bei Früh- und Neugeborenen belegt die Schutzwirkung von Bepanthen Salbe*. Beim Wechseln der Windel, nach gründlicher Reinigung, einfach Bepanthen Salbe auf Babys empfindliche Haut auftragen. Ihr hoher Fettgehalt bildet, dünn aufgetragen, einen feinen atmungsaktiven Schutzfilm. Das Provitamin Dexpanthenol in Bepanthen Salbe dringt tief in die Haut ein und unterstützt die natürliche Zellerneuerung. Bepanthen Salbe ist frei von Farb-, Duft- und Konservierungsstoffen, einfach aufzutragen und leicht zu entfernen. Bepanthen Salbe schützt und heilt. Tag und Nacht.



Bepanthen Salbe schützt und heilt.

- Ohne Konservierungsmittel
- Ohne Duftstoffe
- Ohne Farbstoffe

* Putet G et al: Etude de l'action de Bépanthène Onguent dans la prévention et le traitement des dermatites du siège chez les prématurés et les nouveau-nés. Réalités Pédiatriques 63, 33-38 (2001)

Bepanthen Salbe: **Zusammensetzung:** Dexpanthenol. **Indikationen:** Aufbau und Regeneration von Haut und Schleimhaut, Behandlung von Hautreizungen, Intervallbehandlung nach Kortisontherapie, schützende Pflege bei trockener und spröder Haut. **Anwendungen:** Je nach Bedarf ein- bis mehrmals täglich anwenden. **Unerwünschte Wirkungen:** In sehr seltenen Fällen können allergische Hautreaktionen auftreten. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere der Inhaltsstoffe. **Packungen:** Salbe: 30g, 100g. Liste D. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem *Arzneimittel-Kompendium der Schweiz*.



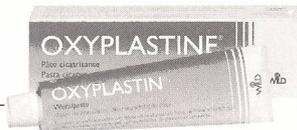
Roche Pharma (Schweiz) AG
4153 Reinach

OXYPLASTIN®

Schützt die zarte Babyhaut vor der Nässe der Windeln und verhindert damit Rötungen, die zum Wundsein führen.



1 g Salbe enthält: Zinkoxyd 460 mg, weisses Wachs 1 mg, Geraniumöl 1,2 mg, Thymianöl 1,2 mg, Verbenenöl 1,2 mg, Wollfett, Rizinusöl, Wasser.



Dr. Wild & Co. AG Basel

Gratis OXYPLASTIN®-Muster für die Mütterberatungsstellen

Bitte einsenden an: Dr. Wild & Co. AG, Postfach 4644, 4002 Basel

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____

Mütterberatungsstelle: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____



ingrid auer

Engel begleiten durch Schwangerschaft und Geburt



Energetisierte Engelessenzen und Engelöle für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Zeit danach ...



Kostenlose Info-Broschüre erhältlich!

Bezugsquelle: Lichtpunkt

A-3300 Amstetten, Mozartstraße 28, Postfach 20

T: +43 (0)664/48 00 676 F: +43 (0)7472/69172

www.engelsymbole.at

info@engelsymbole.at

Die wichtigsten Produkte für stillende Mütter



Harmony™

- Einzige Handbrustpumpe mit 2-Phasen-Pumpprogramm
- Ergonomischer Griff
- Wenige Teile
- Kompatibel mit Standard-Babyflaschen
- Zwei verschiedene Brusthauben zur Auswahl

PureLan™ 100 Die natürliche Brustwarzenpflege

- Hypoallergen
- 100% reines Lanolin
- Ohne Zusätze oder Konservierungsmittel
- Empfohlen von der «Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens»
- Pflegt trockene und empfindliche Brustwarzen

Einweg-Stilleinlagen Sicherheit rund um die Uhr

Packung zu 30 Stück

- Extra saugfähig
- Natürliche Form
- Klebestreifen für perfekten Sitz
- NEU: Einzeln verpackt für höchste Hygiene

medela®
NO. 1 CHOICE OF HOSPITALS

Medela AG, Medizintechnik
Lättichstrasse 4b, 6341 Baar/Schweiz
Tel. +41 (0)41 769 51 51
Fax +41 (0)41 769 51 00
e-mail: verkauf@medela.ch, www.medela.ch

Fragen Sie nach dem
Rabatt für Hebammen