

Querschnittslähmung Mutterglück trotz körperlicher Behinderung

In unserer Gesellschaft ist Mutterglück und körperliche Behinderung ein Tabuthema; im Curriculum der Hebammenausbildung findet es keinen Platz. Zwar wird viel über das behinderte Kind diskutiert, über eine Behinderung der Mutter jedoch kein Wort verloren. Auch existiert kaum Literatur über die Hebammentätigkeit im Zusammenhang mit Tetra- oder Paraplegikerinnen. Ihre Ängste, Bedürfnisse und Anregungen an die Hebammen bleiben unbekannt. Die Diplomarbeit zweier Hebammen zum Thema ist daher ein kleines Pionierwerk.

Andrea Bachmann und Barbara Loosli

Andrea Bachmann hat die Hebammenschule Zürich abgeschlossen und arbeitet im Gebärsaal der Frauenklinik Frauenfeld.

Barbara Loosli erwarb ihr Diplom ebenfalls an der Hebammenschule Zürich und arbeitet als Hebamme im Kantonsspital Bruderholz

Einleitung

Neben der Sammlung von Fachwissen war es uns wichtig, in dieser Arbeit auch den betroffenen Frauen eine Stimme für ihre Anliegen und Wünsche zu geben. Deshalb befragte Barbara Loosli Frau B. mit einer Tetraplegie. Andrea Bachmann besuchte Frau T. Sie ist nach einem Reitunfall Paraplegikerin und auf den Rollstuhl angewiesen. Durch die direkte und ehrliche Art der beiden betroffenen Frauen konnten wir uns sehr schnell und tief in das Thema einlassen, was uns tief im Inneren berührte.

Probleme/ Ressourcen, Massnahmen und Ziele haben wir anhand der beiden Fallbeispiele und den zusammengesuchten Informationsblättern analysiert. Damit haben wir einen Leitfaden erstellt für Frauen, die auf den Rollstuhl angewiesen sind.

Zentrale Fragestellung:

Womit muss sich eine Frau mit Tetra- oder Paraplegie in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett auseinandersetzen?

A. Theoretische Grundlagen

1. Definition des Begriffes „Querschnittslähmung“

„Unter einer „Querschnittslähmung“ im engeren Sinne ist eine Schädigung des Rückenmarkquerschnittes mit einem daraus resultierenden Lähmungsbild zu verstehen. Die Folgen einer derartigen Schädigung können sein:

- ◆ eine motorische Lähmung (Verlust der willkürlichen Muskelbewegung)
- ◆ eine sensible/sensorische Lähmung (Ausfall der Gefühlswahrnehmungen wie Berührungs-, Schmerz- und Temperatureize, sowie Veränderungen des Lageempfindens und der Tiefensensibilität)
- ◆ eine vegetative Lähmung (Störung in den Funktionen von Harnblase, Enddarm, Geschlechtsorganen, Schweissdrüsen und Gefässmuskulatur).

Die systematische Einteilung der unterschiedlichsten Formen einer Querschnittslähmung wird durch die Höhe der Schädigung der/des Rückenmarksegmente/s bestimmt: Als „Tetraplegie“ bezeichnet man Lähmungen, die alle vier Gliedmassen betreffen und die durch eine Schädigung im Halsmarkbereich zustande kommt. Alle anderen Lähmungen, die die unteren Extremitäten betreffen, werden als „Paraplegie“ bezeichnet. Je nach Ausmass der Schädigung, ob das Rückenmark vollständig oder nur teilweise zerstört wurde, unterscheidet man des weiteren zwischen:

- ◆ kompletter und inkompletter Lähmung (Tetraplegie bzw. Tetraparese; Paraplegie bzw. Paraparese)
- ◆ spastischen und schlaffen Lähmungen“ [1]

2. Sexualfunktion bei der querschnittsgelähmten Frau

„Da die Funktion von Uterus und Ovarien nicht spinal gesteuert wird, bleibt ihre Funktion trotz der Schädigung erhalten und hat auch keine Auswirkungen auf die Fertilität der Frau. Nach dem Unfall findet in der Regel eine Amenorrhoe für 2–6 Monate statt, die dann aber in den meisten Fällen ohne spezielle Behandlung wieder in den normalen Monatszyklus übergeht. Die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ist möglich, die Orgasmusfähigkeit ist jedoch nicht oder nur in deutlich gemindertem Umfang gegeben. Dies ist durch die eingeschränkte Reflexaktivität, die fehlende Beckenbodenmotorik und den Verlust der Sensibilität bedingt. Die querschnittsgelähmte Frau ist somit in vollem Umfang konzeptionsfähig.“[2]

Frau T., Paraplegikerin

Frau T. ist heute 35-jährig und seit 17 Jahren im Rollstuhl. Als junges Mädchen erlernte sie den Beruf der Bereiterin in einem Pferdestall. Bei ihrer Berufsausübung erlitt sie einen Unfall und ist seither ab Th 12 gelähmt. Kurz nach ihrer Heirat wurde Frau T. zum ersten Mal spontan schwanger. Die Schwangerschaft verlief soweit problemlos. Nach neun Monaten gebar sie in einer Spontangeburt einen gesunden Sohn. Zweieinhalb Jahre später wurde sie noch einmal Mutter, diesmal von einer gesunden Tochter. Während den Schwangerschaften hatte sie einige Probleme wie Harnwegsinfekte und Ödeme. Ihre Nachbarin, eine freipraktizierende Hebamme, betreute und begleitete Frau T. und ihren Mann kompetent während Schwangerschaft und Geburt. Frau T. betonte mehrmals, dass sie die Arbeit und die Unterstützung ihrer Hebamme als sehr wertvoll empfunden habe und sie nicht wisse, wie die Schwangerschaften und nachher das Wochenbett verlaufen wäre ohne sie.

Frau B., Tetraplegikerin

Frau B. ist 44-jährig und seit 23 Jahren Tetraplegikerin. Sie erlitt ihre Verletzung als frisch diplomierte Kinderkrankenschwester bei einem Mofaunfall. Der genaue Befund war eine inkomplette Schädigung im Bereich von C5+6 und eine komplette Schädigung von TH2, sowie motorisch als auch sensibel. Heute ist Frau B. Mutter eines 12-jährigen Sohn und einer 16-jährigen Tochter. Sie ist Hausfrau und Mutter und arbeitet im Paraplegikerzentrum Nottwil im Qualitätsmanagement. Frau B. engagiert sich zudem intensiv mit dem Thema „Frau und Rollstuhl“, organisiert Vorträge und betreibt auch eine Internetseite rund um dieses Thema.

[1] Hesselbarth Ulrike, Querschnittslähmung. Behandlung, Pflege, Rehabilitation.1995, S. 107

[2] Gerner H.J., Die Querschnittslähmung. 1992, S. 107

B. Schwangerschaft

1. Probleme/ Ressourcen von Tetra- oder Paraplegikerinnen

Bei beiden Frauen waren die Schwangerschaften zusammen mit ihren Partnern mehr oder weniger geplant. Das erste Schwangerschaftsdrittel wurde von den Frauen als völlig normal bezeichnet und erlebt, mit Nausea und Emesis. Viel mehr Mühe bereitete ihnen die psychischen Veränderungen. Während der Schwangerschaft werden psychische Tiefs und Höhenflüge als völlig normal beschrieben, da dies der Hormonhaushalt zusätzlich begünstigt. Auf Grund ihrer schon bestehenden Krankheit wurden Äusserungen laut wie: „Habt ihr euch das gründlich überlegt?“, „Wäre es nicht besser in deinem Zustand keine Kinder zu haben?“ oder „Ist eine Sterilisation in deinem Falle nicht besser?“ Zusätzlich zur körperlichen Umstellung wurden sie durch teilweise auch freche Konfrontierung mit Problemen, die für sie kein Hindernis darstellten, psychischen Belastungen ausgesetzt, da sich auf einmal auch fremde Menschen für die neue Situation „werdende Mutter im Rollstuhl“ einmischten und ihre Meinungen äusserten.

Die Zeit des Wohlbefindens im zweiten Trimenon folgte je nach Frau und ihrer Verletzung in verschiedenen Schwangerschaftswochen und wurde zusammen mit dem ungeborenen Kind und Partner als die Zeit des Geniessens bezeichnet. Das letzte Schwangerschaftsdrittel wurde zunehmend belastender für die jungen Mütter, da es immer schwieriger wurde, sich mit dickem Bauch im Rollstuhl fortzubewegen.

Beide Frauen informierten sich schon vor der Schwangerschaft genauestens über die physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Sie kannten ihren Körper sehr gut und wussten auch, was sie ihm zumuten und was sie aushalten konnten. Diese intensive Zeit der Vorbereitung auf die neue Situation machte sie physisch wie psychisch stark. Es wurde von ihnen als Ressource für den neu zu planenden Lebensabschnitt beschrieben, da sie für sich selbst merkten, etwas Unglaubliches zu schaffen.

2. Körperliche Veränderungen:

Herz, Kreislauf, Gefässsystem:

Nichtfussgängerinnen [3] neigen zu vermehrter Ödembildung, da verschiedene wichtige Gefässe zur Durchblutung der unteren Extremitäten durch das Sitzen im Rollstuhl komprimiert werden.

Bei Frauen mit hohen Paraplegien (oberhalb Th 5/6) und Tetraplegien muss schon während der Schwangerschaft, insbesondere aber unter der Geburt mit anfallsweisen Blutdrucksteigerungen im Sinne der sogenannten paroxysmalen Hyperreflexie gerechnet werden. Auslösende Ursache hierfür sind Drucksteigerungen im Bauchraum, die zu einem akuten, ungesteuerten, eventuell krisenhaft verlaufenden Blutdruckanstieg führen.

Nieren und Harnwege:

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist, dass sich Nieren und ableitende Harnwege durch den Wachstum des Uterus in ihrer Lage verändern. Das Hormon Progesteron verursacht eine Tonussenkung der Ureteren. Nierenbecken und Harnleiter sind erweitert und begünstigen damit eine aufsteigende Harnwegsinfektion. Zusätzlich nimmt der Druck von der Gebärmutter auf die Harnblase zu und der herabgesetzte Tonus von Harnblase und Urethra führen zu

[3] Wir verwenden „Nichtfussgängerinnen“ an Stelle von „körperlich behinderte Frauen“, da wir diesen Ausdruck passender und wertfreier empfinden.

häufigem Wasserlassen. Diese beschriebenen Faktoren sind nicht gerade förderlich, um eine Harnwegsinfektion bei Frauen, die im Rollstuhl sitzen, zu verhindern. Nichtfussgängerinnen benötigen einen grösseren Aufwand oder brauchen gegen Ende der Schwangerschaft oft auch Unterstützung beim Toilettengang. Da sie möglicherweise nicht merken, wenn spontan Urin abgegangen ist und dadurch ein feuchtes Milieu entsteht, ist das Risiko für eine Harnwegsinfektion um ein Vielfaches erhöht. Nachweisbar ist auch, dass Frauen, die in der Anamnese schwerwiegende Nierenkomplikationen durchgemacht haben, vermehrt zu Gestosen zu neigen scheinen.

Lunge und Atemwege:

Bei jeder schwangeren Frau ist eine Einschränkung der Atemkapazität festzustellen. Das Sitzen im Rollstuhl mit zunehmend wachsendem Bauch komprimiert die Atemwege und Lunge beträchtlich, so dass die Frauen gegen Ende der Schwangerschaft oft Mühe mit dem Atmen bekommen und keine schweren Anstrengungen im Rollstuhl mehr bewältigen können.

Magen–Darm–Trakt:

Progesteron ruft eine Tonusverminderung der glatten Muskulatur an allen Hohlorganen hervor. Somit ist der Tonus von Ösophagus, Magen und Darm herabgesetzt. Das Problem der Obstipation wird zusätzlich durch die Immobilität der Frauen verstärkt.

Genitale Veränderungen:

Die Lividität (violett–dunkelblaue Verfärbung zwischen Klitoris und Harnröhrenöffnung und an der vaginalen Wand) entsteht durch die verstärkte Blutfülle und Blutgefässweitstellung und kann für Frauen, die mehrere Stunden sitzen, sehr schmerzhaft sein. Die Durchblutung des Uterus nimmt in der Schwangerschaft um das Zehnfache zu. Die meisten Frauen im Rollstuhl spüren je nach Beschädigung des Rückenmarks die Konsistenzveränderung der Gebärmutter nicht. Das heisst auch, dass sie die natürlich bedingten Alvarez–Wellen, Braxton-Hicks–Kontraktionen und auch die portiwirksamen Geburtswehen nicht spüren.

3. Rolle der Hebamme

Ein wesentlicher Aspekt wäre, dass Hebammen schon früh mit dem Thema Mutterschaft und körperliche Behinderung in Kontakt treten. Das hiesse, dass schon in der Hebammenausbildung die Problematik von Frauen im Rollstuhl sowie mögliche Probleme und spezifische Massnahmen besprochen würden. Damit würde das heutige Tabuthema von Mutterglück trotz körperlicher Behinderung schon früh in der Hebammentätigkeit angesprochen. Allfällige Ängste, Sorgen und Bedenken könnten im Plenum diskutiert werden. Wir Hebammen wären geschult, um auf die individuellen Probleme und auch Bedürfnisse von Nichtfussgängerin eingehen zu können oder wir hätten wenigstens schon einmal von dieser Situation gehört. Das würde heissen, dass Frauen mit einer Tetra- oder Paraplegie nicht nur, wie es heute der Fall ist, vom Arzt betreut werden, sondern dass sie sich auch einer Hebamme anvertrauen könnten. Das Fachwissen zwischen Hebamme und Arzt würde so bewusst genutzt und die werdende Mutter könnte optimal betreut werden.

4. Betreuungsmassnahmen der Hebamme

Frühe Phase der Schwangerschaft:

Die Hebamme könnte die erste Ansprechperson für die psychische Unterstützung sein. Denn in ihrem sozialen, gesellschaftlichen und auch persönlichen Umfeld stossen die zukünftigen Eltern möglicherweise auf heftige Kritik.

Die Beurteilung der Vaginalflora und des Urins (mikroskopisch, bakteriologisch) sollte bei jedem Kontrolluntersuch bei der Hebamme oder beim Arzt durchgeführt werden. Die betreuende Hebamme kann auch mit alternativen Methoden wie Eukalyptuswickel oder Tee zur Vorsorge beitragen. Bei wiederholten Infektionen liegt eine Indikation zur prophylaktischen Antibiotikabehandlung vor.

Mittlere Phase der Schwangerschaft:

Die Schwangere sollte von der Hebamme für die Kontrolle der Wehentätigkeit zur Selbstpalpation des Abdomens angeleitet werden, um so auch die indirekten Zeichen von Wehen richtig einordnen zu können (z.B. Schmerzen, Wärmegefühl, Druckgefühl der Blase, Kopfschmerzen, Schwitzen, Spastik). Wenn möglich werden dazu der Partner oder nahe Familienmitglieder miteinbezogen. Spätestens in dieser Phase sollten die Hilfsmittel in der Wohnung überprüft werden.

Nun ist ein guter Zeitpunkt, sich für einen Geburtsort zu entscheiden und mit den Hebammen und Ärzten Kontakt aufzunehmen. Die Hebammen bekommen die Möglichkeit, die Frau und deren Familie kennen zu lernen, Fragen zu stellen, aber auch noch vorhandene Ängste abzubauen. Die werdenden Eltern haben die Chance, ihre Wünsche und Anregungen bezüglich Geburt und Wochenbett anzubringen.

Späte Phase der Schwangerschaft:

Möglicherweise wird nun Fremdhilfe notwendig für den Haushalt.

Zur Vermeidung der autonomen Hyperreflexie ist das Katheterisieren mit anästhesierenden Gleitmitteln durchzuführen. Es muss auf eine vollständige und rechtzeitige Entleerung der Blase und des Mastdarms geachtet werden. Die betreuende Hebamme führt zusammen mit der Frau eine Probelagerung durch, um herauszufinden, in welcher Position sich die Frau am wohlsten fühlt. Zusätzlich erfasst die Hebamme die Beweglichkeit der Hüftgelenke und Lagerungsschwierigkeiten, die unter der Geburt auftreten können. Da der unkontrollierte Harnabgang für die Frauen ein grosses Problem darstellen kann, wird während der Schwangerschaft ein Cystofix oft als Lösung in Betracht bezogen. Bei den genitalen Veränderungen, der Lividität, muss eine konsequente Dekubitusprophylaxe eingehalten werden.

C. Geburt

1. Geburtsort

Die meisten Frauen, bei denen keine Grunderkrankung vorliegt, wählen den möglichen Geburtsort selbstständig nach ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen zusammen mit ihrem Partner und/oder der Familie aus.

Probleme/ Ressourcen bei der Bestimmung des Geburtsortes

Für Frauen mit Schäden oberhalb von Th 5 liegt eine Vielzahl spezieller Probleme im Zusammenhang mit der Entbindung vor. Vor allem das Risiko der autonomen Dysreflexie ist ein Grund, eine Klinik mit erfahrenen Hebammen, Ärzten und Krankenschwestern aufzusuchen. Es lohnt sich abzuklären, ob auf dem Wochenbett eine rollstuhlgängige Toilette vorhanden ist, ob die Infrastruktur allgemein rollstuhlgängig ist und ob die junge Mutter je nach Grunderkrankung genügend Unterstützung für die Verrichtungen mit ihrem Kind bekommt. Wie verläuft zum Beispiel das Ansetzen? Wird die junge Mutter einen Wickeltisch auf Rollstuhlhöhe haben? Kann der Partner allenfalls auch in der Institution übernachten? Die Nichtfussgängerinnen haben sich meist schon gut vorinformiert, an welchen Spitälern

Hebammen und Ärzte sich in der Betreuung von tetra- oder paraplegischen Frauen auskennen.

Planung und Massnahmen für die optimale Betreuung

Wir sind der Meinung, dass Frauen mit einer Para- oder Tetraplegie in einer dafür ausgerüsteten Institution gebären sollen, da bei Komplikationen wie z.B. der autonomen Hyperreflexie eine bessere Überwachung an den Monitoren zur Verfügung steht. Die Literatur empfiehlt, den Periduralkatheter bei allen Frauen mit einer Para- oder Tetraplegie bis mindestens zwei Tage nach der Entbindung zu belassen, wegen der Gefahr der autonomen Hyperreflexie. Wir finden, dass die zwei Tage zur Überwachung der Frauen in einer Institution sinnvoll sind. Danach soll die Nichtfussgängerin zusammen mit ihrem Kind in ihre persönlich eingerichteten vier Wände zurückkehren. Zu Hause erholt sie sich meist besser und sie erhält vor allem viel früher ihre Selbstständigkeit zurück, da ihr ihre Hilfsmittel wieder zur Verfügung stehen. Voraussetzung dafür wäre eine kompetente Hebamme, die sich mit der Situation auskennt und jederzeit die nötigen Massnahmen ergreifen kann. Zusätzlich muss das Umfeld der Familie sehr gut eingespielt und organisiert sein, damit das Wochenbett der jungen Familie problemlos verlaufen kann.

Über Frauen/ Paare, welche zu Hause oder in einem Geburtshaus geboren haben, gibt es keine Literaturangaben.

2. Geburtsbeginn

Probleme/ Ressourcen während des Geburtsbeginns

Auch bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft einer querschnittgelähmten Frau muss die Frau oft um 2-3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin gebären. Die Literatur empfiehlt daher, die Frauen 3-4 Wochen vor dem Termin zu hospitalisieren. Die meist um ca. drei bis vier Wochen vor dem errechneten Geburtstermin einsetzenden Wehen werden bei Lähmungen oberhalb Th8 und bei kompletten Tetraplegien von der Gebärenden nicht bemerkt. Das gilt vor allem bei Erstgebärenden. Die Lähmungen, welche unter Th8 verlaufen, sind in Bezug auf die Wehen nicht schematisierbar. Ebenso kann der Blasensprung bei harninkontinenten Frauen unbemerkt verlaufen und fehlgedeutet werden.

Planung und Massnahmen der betreuenden Hebamme

Wie schon angesprochen, ist eine ausführliche Aufklärung und Instruktion für die Frauen und deren Partner sehr wichtig. Diese Informationen kann die Hebamme allein oder zusammen mit einem Gynäkologen geben. Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und den Ärzten ist Voraussetzung. Kann die Frau bis zu ihrem feststehenden Geburtstermin zu Hause bleiben, sind genaue und strenge Kontrollen durch die Hebamme unumgänglich.

3. Geburt

Probleme/ Ressourcen während der Geburt

Die bestehende Lähmung der Bauchmuskulatur macht es der Gebärenden meist unmöglich, aktiv die Geburt durch Mitpressen und Hinausschieben des Kindes zu unterstützen. Der Durchtritt des Kindes durch den Beckenboden ist im Falle einer schlaffen Lähmung erleichtert, bei einem stark spastischen Beckenboden dagegen möglicherweise erschwert. Bei verzögerter Austreibungsphase ist die vaginale, instrumentelle Entbindung indiziert. Die Indikation für eine Schnittentbindung ist im Allgemeinen nicht anders zu stellen als bei einer nicht gelähmten Gebärenden. Ausnahmen können vor allem hohe Paraplegien und

Tetraplegien sein, da eine starke Beeinträchtigung der Atemfunktion und eine ausgeprägte, anfallsweise auftretende Hyperreflexie zu einer operativen Geburtsbeendigung führen können. Diese, besonders unter der Geburt auftretenden, autonomen Fehlregulationen können sich in folgenden Symptomen äussern: Kopfschmerzen, Schweissausbrüche, Pulsverlangsamung und Beeinträchtigung der Nasenatmung durch Schleimhautschwellung. Grundsätzlich sollte bei allen Frauen mit einer Lähmung bei oder oberhalb Th6 die Geburt unter Periduralanästhesie erfolgen.

Da die einsetzenden Wehen und der Geburtbeginn häufig nicht registriert werden, kann es bei kompletten Querschnittslähmungen zu einer nicht bemerkten Spontangeburt kommen.

Planung und Massnahmen der betreuenden Hebamme

Die Hebamme berücksichtigt unter der Geburt die vorhandenen Ressourcen der Gebärenden, da diese ihren Körper und den optimalen Umgang mit ihrer Grunderkrankung am besten kennt und sich die resultierenden Massnahmen daraus ableiten lassen. Die Wünsche der Gebärenden, zum Beispiel, dass die Hebamme das Geburtszimmer nicht mehr verlässt, weil die Frau Angst vor einer nicht bemerkten Geburt hat, werden berücksichtigt. Die Hebamme informiert die Frau und deren Partner fortlaufend über die Verrichtungen, die sie ausführt, und sie betont, dass diese Massnahmen auch bei Fussgängerinnen durchgeführt werden. (In den Gesprächen mit den Frauen kristallisierte sich heraus, dass die werdenden Eltern oft das Gefühl hatten, einige der Massnahmen würden nur bei „ihnen“ gemacht.) Die betreuende Hebamme überwacht die Gebärende wie sonst bei Geburten auch, jedoch ist zusätzlich ein lückenloses Monitoring von Blutdruck, Puls und Atmung, vor allem bei Lähmungen von Th6 und höher, nötig. Durch die kontinuierliche sehr strenge Überwachung der Mutter versucht man eine Hyperreflexie frühzeitig zu erkennen oder gar mit therapeutischen Massnahmen zu umgehen (Therapiemassnahmen sind Sache des Arztes und werden hier nicht genauer beschrieben). Die Hebamme überwacht den Geburtsfortschritt häufiger und kann jederzeit die notwendigen Massnahmen einleiten. Sollte ein Dammschnitt für nötig erachtet werden, so muss an die spätere Sitzbelastung im Rollstuhl gedacht werden. Eine gute Haltbarkeit der Fäden ist in diesem Fall besonders wichtig. Die Naht mit spätresorbierbarem Faden hat sich laut Literatur bewährt.

4. Plazentarperiode

Die Nachgeburtsperiode bietet in der Regel bei einer Nichtfussgängerin keine speziellen Besonderheiten. Laut Literatur sollte der Periduralkatheter wegen der Gefahr der autonomen Hyperreflexie bis mindestens zwei Tage nach der Geburt belassen werden.

D. Das Wochenbett

1. Stillen

Bei Müttern mit einer Paraplegie sollte es im Grunde genommen gut möglich sein, dass sie das Kind voll stillen können. Bei Tetraplegikerinnen ist jedoch zu beachten, dass bei sensomotorisch komplett querschnittgelähmten Frauen unterhalb von Th 3 der Milchflussreflex meist abgeschwächt ist. Wichtig bei Müttern im Rollstuhl ist, dass sie während dem Stillen eine ihnen bequeme Position einnehmen und dass sie während des Stillens des Kindes immer wieder eine Gewichtsverlagerung vornehmen. Dies dient der Dekupitusprophylaxe.

Oft ist es so, dass Tetra-/ Paraplegikerinnen auf Grund ihrer Verletzung Medikamente zu sich nehmen müssen. Das Problem ist, dass einige Medikamente in die Muttermilch übergehen und so dem Kind schaden könnten. Deshalb ist vor dem Stillen des Kindes mit dem Arzt abzuklären, ob man für das Kind schädliche Medikamente eventuell weglassen oder zumindest reduzieren kann.

2. Rückbildung

Planung und Massnahmen der Hebamme zur Rückbildung

Durch das Tragen von Kompressionsstrümpfen und durch eine eventuelle Behandlung mit Low-Dose Liquemin kann die Gefahr einer Thrombose enorm gesenkt werden. Die regelmässige passive Bewegung der Beine durch eine Physiotherapeutin oder die Hebamme ist von grossem Nutzen. Während des Wochenbettes ist bei der Wöchnerin auf einen regelmässigen, weichen Stuhlgang zu achten. Dies kann mit natürlichen Mitteln unterstützt werden. Manchmal ist es aber auch ratsam, von Anfang an mit einem potenten Mittel, wie z.B. Paragar Emulsion, diesem Problem entgegenzuwirken.

Als weiteres Problem kann die erhöhte glomeruläre Filtrationsrate in den Nieren und somit das häufige Wasserlösen bzw. das vermehrte Katheterisieren anstehen. Das Katheterisieren kann eine erhöhte Infektionsgefahr und eine schlechte Wundheilung im Genitalbereich zur Folge haben. Deshalb wird empfohlen, in den ersten 3-4 Tagen einen Verweilkatheter in die Harnblase zu legen, wenn die Wöchnerin aufgrund ihrer Verletzung nicht in der Lage ist, spontan Wasser zu lösen.

Durch die Dehnung der Bauchmuskulatur in der Schwangerschaft hat die Frau möglicherweise Mühe bei ihrer Mobilität. Es ist daher erforderlich, den Muskelaufbau zu fördern. Jedoch ist es in den ersten Tagen post partal primär wichtig, der Frau die nötigen Hilfestellungen zu gewährleisten. Erst einige Tage nach der Entbindung ist es sinnvoll, einen Physiotherapeuten zu organisieren, welcher mit der Frau gezielte Übungen zum langsamen Wiederaufbau der Muskulatur vornimmt.

Planung und Massnahmen der Hebamme zur optimalen Wundheilung

Tägliche Kontrolle der Wunde, beziehungsweise des Lochienflusses

Instruktion über korrekte Hygiene im Wundbereich instruiert werden

In den ersten Tagen nicht zu häufige eigene Transfers von Bett in den Rollstuhl und zurück, um den Druck auf den Beckenboden gering zu halten (ev. mit Rutschbrett)

Nicht zu lange im Rollstuhl sitzen, ab und zu aufrechte Position einnehmen, damit die Lochien fließen können.

Für eine gute Uterusinvolution Bauchmassage mit Muskatellersalbei durchführen und das Kind regelmässig ansetzen. Methergingaben zur Rückbildung des Uterus sind kontraindiziert wegen der Gefahr der autonomen Hyperreflexie

Auf den Geruch der Lochien achten

3. Mutter-Kind-Beziehung

Planung und Massnahmen der Hebamme zur Förderung der optimalen Mutter-Kindbeziehung im Wochenbett

Die betreuenden Hebammen sollten sich im Klaren sein, dass eine Frau trotz Tetra- oder Paraplegie voll und ganz im Stande ist, Verantwortung für ihr Neugeborenes und sich selbst zu übernehmen. Denn wenn man sich dessen nicht wirklich bewusst ist, kann es schnell passieren, dass man solch einer Frau die Verantwortung abspricht und das Gefühl hat, selbst Verantwortung für das Neugeborene und auch für die Wöchnerin übernehmen zu müssen.

Die Infrastruktur auf einer Wochenbettstation sollte die Selbständigkeit der behinderten Wöchnerinnen nicht beeinträchtigen, d.h. die Station sollte zumindest rollstuhlgängig sein (Minimalgrösse von Toilette und Dusche).

Für eine Frau im Rollstuhl ist es einfacher, wenn sie ihr Neugeborenes anstatt auf dem Wickeltisch, der meist zu hoch ist, auf dem Bett oder auf einem Tisch wickeln kann. Auch sollte darauf geachtet werden, dass die Mutter ihr Kind alleine ins Bettchen legen kann. Dazu gibt es beispielsweise Kinderbettchen, die man an das Bett der Mutter einhängen kann. So ist die Mutter in der Lage, ihr Kind selbst zu versorgen. Von grosser Wichtigkeit erachten wir, dass die Intimsphäre der neuen Familie gewahrt wird. Das heisst, dass die Mutter mit ihrem Kind auch Zeiten für sich alleine hat. Nach Absprache mit der Wöchnerin ist es möglich, ein Schild an die Zimmertüre anzubringen, auf dem steht „Besucher bitte bei der Schwester melden“. Von Vorteil ist es auch, wenn die Wöchnerin ihr Kind im Zimmer wickeln und versorgen kann, um die Frau vor neugierigen Blicken zu schützen. Dies sollte jedoch vorher mit der betroffenen Frau abgesprochen werden.

Wichtig ist es, vor Austritt aus dem Spital abzuklären, was für Hilfsmittel zur optimalen Versorgung des Neugeborenen benötigt werden. Hier lohnt es sich, eine Ergotherapeutin frühzeitig zur Abklärung beizuziehen und eventuell auch eine Haushaltshilfe zu organisieren. Eine gute Unterstützung für die neue Familie kann auch das Gespräch und der Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe mit anderen Familien in der gleichen Situation sein.

Literaturverzeichnis

Stöhrer Manfred, Palmtag Hans, Madersbacher Helmut, Blasenlähmung, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1984

Stöhrer Manfred, Madersbacher Helmut, Palmtag Hans, Neurogene Blasenfunktionstörung/Neurogene Sexualstörung, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1997

Ewinkel C., Hermes G., Geschlecht behindert, besonderes Merkmal Frau, Ein Buch von behinderten Frauen, AG SPAK Bücher München 1996

Hesselbarth Ulrike, Querschnittslähmung: Behandlung Rehabilitation, Pflege, Brigitte Kunz Verlag Hagen 1995

Gerner H.J., Querschnittslähmung: Erstversorgung, Behandlungsstrategie, Rehabilitation, Blackwell Wissenschafts-Verlag Berlin 1992

Geist Ch., Harder U., Stiefel A., Hebammenkunde, de Gruyter Berlin, 1998

Mändle, Optitz-Kreuter, Wehling, Das Hebammenbuch, Schattauer Stuttgart, 2000

Schäffler A., Menche N., Bazlen U., Kommerell T., Pflege heute, Urban und Fischer, München 2000

Die Bedeutung der Bioethik für Frauen mit Behinderung. CLIO Nr.39 /1994 Behinderte Mütter – Gibt es sie wirklich?

Dr. med. Monika Brodmann Mäder, Auszug aus dem Papier zur Frauenbetreuung im REHAB Basel, REHAB Basel, Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte

www.8ung.at/empfehlungen.htm

www.paritaet.org/asbh/brief/beitraege/artik2sexualitaet.htm

Websites / Diverses:

www.ortegalink.com/handifem

Mailingliste nur für behinderte Frauen.

Erfahrungsberichte:

www.geburtskanal.de/Wissen/M/MutterschaftBehinderterFrauen.shtml

manuela.schafner@epost.de oder phoenix@phoenix-regensburg.de

Ethik:

bidok.uibk.ac.at/texte/bioetik_behinderte_frauen.html

www.nw3.de

Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter

Sexualität und Behinderung:

www.paritaet.org/asbh/brief/beitraege/artik2sexualitaet.htm

Spezielle Seiten zum Thema Frauen im Rollstuhl:

wheel-life.ch, der Treffpunkt für Frauen im Rollstuhl

Dieser Artikel ist eine gekürzte Fassung von: Andrea Bachmann und Barbara Loosli, Mutterglück trotz körperlicher Behinderung, beschrieben am Beispiel der Querschnittslähmung. Hebammenschule Zürich, März – Oktober 2002.

Kürzungen und redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel