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: 86 (1988)

Heft: 12

Artikel: "Gesundheit für alle" in der dritten Welt

Autor: Abbott, Beatrice / Henggi, Vreni

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951046

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 15.10.2024

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

«Gesundheit für alle» in der dritten Welt

Die «Gesundheit für alle» kann nur mit Mithilfe der Frauen erreicht werden. Fast überall auf der Welt ist die Frau hauptsächlich verantwortlich für die hygienischen Verhältnisse und die Ernährung innerhalb der Familie, für die Prävention von Krankheiten und für die Pflege der Kranken. Um sie aktiv am Projekt der WHO mitarbeiten lassen zu können, muss sie selbst einigermassen bei Kräften sein und Zeit haben für diese zusätzliche Aufgabe. Dies bedeutet, dass sich meistenorts ihr gesellschaftlicher Wert und ihre Stellung ändern müssen.
Die folgenden Ausschnitte sollen einen kleinen Einblick geben in das Leben und in die Arbeit von Frauen/Hebammen anderer Kulturen und in konkreten Projekte und Tätigkeiten der WHO, die die obigen Voraussetzungen für eine «Gesundheit für alle» schaffen sollen.

«Frauen halten den halben Himmel aufrecht»,

sagt ein chinesisches Sprichwort. Tatsächlich sogar mehr als die Hälfte in den Ländern der dritten Welt, wenn man es realistisch sieht.
Frauen säen und ernten die meisten Nahrungsmittel, sie verarbeiten sie weiter, konservieren sie, kochen das Essen und schaffen das dazu benötigte Brennmaterial und Wasser heran; all dies zusätzlich zur Geburt, Erziehung und Ernährung ihrer Kinder. Sie pflegen diejenigen Familienmitglieder, die ihre Hilfe nötig haben.

Kurz gesagt sind sie unentbehrlich mit ihrem Beitrag zur nationalen, örtlichen und häuslichen Ordnung, und sie sind die hauptsächlichen Fürsorger für Komfort und Wohl jeder Familie. Trotz dieser Tatsache bestehen viele Formen offensichtlicher Benachteiligung gegenüber Frauen.
Sehr viel weniger Mädchen als Jungen gehen in Grund- oder Realschulen; in einigen Gegenden der Welt haben heute noch Mädchen unter fünf Jahren eine höhere Sterblichkeitsrate als Jungen im gleichen Alter, und ein höherer Anteil der Mädchen ist unterernährt.
Diese gesamte Diskriminierung ist nicht nur sträflich an sich, sondern hat einen mehr oder weniger starken Bezug zur Müttersterblichkeit.

Die Todesursache einer Mutter hat einige ihrer Wurzeln oft bereits aus dem Zeitraum vor der Schwangerschaft. Es kann in der frühen Kindheit oder sogar vor ihrer Geburt ein Mangel an Calcium, Vitamin D oder Eisen sein. Dieser Mangel besteht häufig weiter in ihrer Kindheit und Jugend und kann Ursache für ein deformiertes Becken, eine chronische Eisenmangelanämie und in manchen Fällen für den Tod aufgrund schwerer Anstrengung oder eines Blutsturzes sein.
Diese Kette von ungünstigen Faktoren setzt sich in den späteren Lebensstadien einer Frau fort: Das besondere Risiko einer Schwangerschaft im jugendlichen Alter, die mütterliche Erschöpfung durch Schwangerschaften, die in zu kurzen Abständen aufeinander folgen, die Belastung durch schwere körperliche Arbeit in der Schwangerschaft, das erneute Risiko einer Schwangerschaft nach dem 35. Lebensjahr und noch schlimmer nach dem 40. Lebensjahr, das zusätzliche Risiko einer Mehrgebärenden, und zu allem hinzu kommt die entsetzliche Gefahr von illegaler Abtreibung, zu der die Frauen in ihrer grossen Verzweiflung getrieben werden.

All diese Faktoren bilden einen Teufelskreis, aus dem nur der Tod oder die Menopause Hoffnung auf Befreiung lassen.

(Aus dem Eröffnungsvortrag von Dr. Mahler anlässlich der Hauptversammlung der WHO in Nairobi. Dr. Mahler war bis Mai 1988 Generaldirektor der WHO in Genf)

Wir sind sprachlos

Wir sind nicht sprachlos.
Aber sie machen uns zu Sprachlosen,
wenn sie uns einreden,
dass alles Form und System haben muss.
Wenn sie uns zum Schweigen bringen
mit ihren Kategorien «klug» und «unbegabt».
Wenn sie uns fest-legen mit ihren Dogmen.

Ohne Sprache keine Macht
Männersprache Männermacht
Männerdogmen Männergott

Und wir: sprachlos – ohn-mächtig,
zum Schweigen gebracht,
weil ihre Irrtümer uns fest-legten.
Jetzt aber reden wir,
was wir fühlen und weil wir spüren
Leben in uns.
Ewig sich bewegendes Sein und Werden.

Barbara Vollmer-Backhaus

(Aus «Women in a Changing World», Nr. 25/1988)

Die traditionelle Geburtshelferin

70 Prozent der Geburten in den Entwicklungsländern geschehen mit der Hilfe einer traditionellen Geburtshelferin. In den meisten Kulturen der dritten Welt nimmt sie eine Sonder- und Vertrauensstellung in der Gesellschaft und den Familien ein. Die WHO stellte bald einmal fest, dass die traditionelle Geburtshelferin für das Projekt «Gesundheit 2000» eine Schlüsselfigur ist. Sie entwarf ein Ausbildungsprogramm, das den einzelnen Ländern eine aktive Unterstützung und Hilfe sein sollte, das reiche Potential der traditionellen Hebamme für eine «Gesundheit für alle» einzusetzen.
1973 wurde zu diesem Thema eine Zusammenkunft verschiedener Länder organisiert. Zwei Treffen zu einem späteren Zeitpunkt (1974 in Manila und 1979 in Mexiko) ermöglichten den einzelnen Ländern, gemachte Erfahrungen auszutauschen und zu diskutieren.
Unter anderem sollen mit einer Ausbildung traditioneller Geburtshelferinnen folgende Ziele erreicht werden:
- Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind
- Eliminierung der Neugeborenentetanie
- Effiziente Familienplanung
- Gesunde Ernährung und Wasserversorgung
- Verbesserte hygienische Verhältnisse

Der Nutzen der Ausbildung für eine «Gesundheit für alle» hängt in grossem Masse davon ab, wie weit der Glauben und die lokalen Gebärpraktiken in das Ausbildungsprogramm einbezogen werden können. Eine grosse Schwierigkeit bei der Ausbildung stellt der Analphabetismus der meisten traditionellen Hebammen dar.

Die traditionelle Geburtshelferin in Indien

Im folgenden die Resultate einer Umfrage bei 134 «dais» (traditionelle Geburtshelferinnen in Indien), die die Kenntnisse und die Aufgaben und die an sie gestellten Erwartungen aufzeigen sollen.

Profil der «dais»	
Anzahl der Befragten	134
mit Ausbildung	67
ohne Ausbildung	67
mittleres Alter (in Jahren)	42,7
Familiensituation:	
verheiratet oder verheiratet gewesen	100%
verwitwet	28%
durchschnittliche Anzahl lebender Kinder	4,2%

Schulungsniveau:	
analphabet	92%
andere	8%
«dais» aus Familien, in welchen die Arbeit als Geburtshelferin auf einer Tradition beruht	59%

50 Prozent der Hebammen gaben an, dass der Beruf traditionell in der Familie ausgeführt werde. Der grosse restliche Teil hatte den Beruf selbst gewählt und wurde von einer nah verwandten «dai» eingeführt. Die meisten gaben an, hauptberuflich als «dai» tätig zu sein, nebenberuflich war der grösste Teil in der Landwirtschaft tätig.

Eine Umfrage bei Frauen, die geboren hatten, ergab, dass 93 Prozent von ihnen zufrieden waren mit den Diensten ihrer «dai». Die gebräuchlichsten Antworten auf das «Warum» ihrer Zufriedenheit: «Sie ist leicht zu erreichen und steht immer zur Verfügung», «Sie pflegt mich gut, sie ist nützlich», «Sie ist dienstbar, freundlich, hat einen guten Charakter», «Sie ist ein Teil der Familie», «Sie ist verwandt mit uns». Die meisten positiven Äusserungen waren auf den Charakter der «dai» bezogen. Nur für wenige (27%) war ausschlaggebend, wie die Hebamme die Geburt leitete: «Sie hat schnell und ohne Schwierigkeiten entbunden», «Gute Pflege von Mutter und Kind». 67 Prozent der Frauen kennen die Hebamme seit mehr als 7 Jahren, 20 Prozent seit 5 bis 7 Jahren.

(Quellenangabe und Buchempfehlung: «Possibilités offertes par l'accoucheuse traditionnelle», A. Mangay Maglacas et John Simons, OMS, Publication Offset No 95, 1987)

Diskriminierung der Frau in Indien – einige Zahlen

Von 8000 abgetriebenen Föten einer auf vorgeburtliche Geschlechtsbestimmung und Abtreibung spezialisierten Privatklinik in Bombay waren 7999 weiblich. In Bombay gibt es 258 solcher Kliniken. Einer ihrer Werbeslogans ist: «Investieren Sie heute 400 Rupien (43 Franken) und sparen Sie in 20 Jahren (Ernährung und Mitgift) 40000 Rupien (4300 Franken).

Bevölkerungsstatistik von 1986/87: Auf 1000 Männer kommen 933 Frauen (überall sonst auf der Welt herrscht ein Frauenüberschuss). Unterernährung im Vorschulalter: 71 Prozent der Mädchen und 28 Prozent der Knaben waren unterernährt.

Knaben werden doppelt so häufig zum Arzt geschickt wie Mädchen. 600 Mädchen werden jährlich im Spital in Usilampatti (Südindien) geboren. Nur 450 davon erleben laut «India Today», die in 300 südindischen Dörfern eine Erhebung durchführte, ihren ersten Geburtstag.

(«Vaterland», 10. Mai 1988)

Gebären im Busch

Von Béatrice Abbott, Hebamme in Oberdiessbach

Im folgenden Bericht schildert Béatrice Abbott in Tagebuchform ihre Eindrücke während ihres vierzehntägigen Aufenthalts in einer Missionsstation in Rwanda (Zentralafrika). Sie wollte die Geburt einmal «naturnah» erleben, anders als bei uns in den gut funktionierenden, technisch hochstehenden Spitälern. «Begegnet bin ich der nackten Not, dem Elend, dem Hunger.

8. Januar 1988

Mit Rosmarie habe ich vor vielen Jahren die Krankenschwesternschule besucht. Sie ist ins Kloster eingetreten, in die Mission gegangen, ich habe geheiratet und Kinder bekommen, bin später noch Hebamme geworden.
Mit zwei Stunden Verspätung landet das Flugzeug in Kigali, der Hauptstadt Rwandas im Herzen von Afrika. Rosmarie wollte mich abholen, konnte aber wegen dringender Besorgungen nicht so lange warten. Sie lässt Gabriel, einen Hausburschen, am Flughafen zurück. Er schwenkt einen Karton, auf dem geschrieben steht: «Béatrice Abbott aus Nairobi, attendre s.v.p.». Das tun wir in der Folge 2¼ Stunden. Gabriel spricht kein Wort französisch. Ab und zu werfen wir uns ein hilfloses Lächeln zu.

Warten können, das habe ich schon bei früheren Afrika-Aufenthalten gelernt, gehört zu den am elementarsten benötigten Fähigkeiten auf diesem Kontinent. Ich werde von Taxifahrern bedrängt, die mich in die Hauptstadt bringen wollen. Gabriel verscheucht sie mit der gleichen Geste, mit der man Fliegen vertreibt. Endlich taucht der blaue Lieferwagen mit Rosmarie am Steuer auf. Wir begrüssen uns herzlich. Das Auto ist voller Schachteln, Flaschen, Büchsen, Brote und Früchte. Dazu kommen meine Koffer. Gabriel verschwindet fast unsichtbar auf dem Rücksitz. Ich klemme mir einen Behälter zwischen die Beine, nehme zwei Taschen auf den Schoss, und los geht's, Ruhuha entgegen. Es wird nun rasch dunkel. Neonkäferchen tanzen Ballett zur Melodie der Grillen und Zikaden. Der Staub dringt in Ohren, Nasen und Mund. Der Wagen holpert, rattert und ächzt, während es meiner Kollegin nicht immer gelingt, den vielen Schlaglöchern auszuweichen. Die ersten Mücken begrüssen mich. In Niamatta kehren wir zum Nachtessen ein.

Zwei Ordensfrauen leiten dort ein Gesundheitszentrum und freuen sich über die Abwechslung, die unser Besuch bringt. Ich bekomme noch ein paar zuckersüsse Bananen mit auf den Weg, und abends etwa um 21 Uhr treffen wir in Ruhuha ein, wo ich sehr freundlich empfangen werde. Nachdem wir das Auto geleert haben, werde ich in ein sehr nett hergerichtetes Zimmer geführt, wo ich todmüde ins Bett falle.

9. Januar

Schwester Rita zeigt mir das Centre de Santé de Ruhuha, die Maternité, wo sie als Hebamme tätig ist, das Dispensaire, wo Rosmarie und Schwester Marie Carmela gerade Medikamente verteilen. Jede hat zu ihrer Seite eine schwarze Übersetzerin. Die Menschenschlangen sind unüberschaubar. Mir wird ganz schwindlig vom Geruch und vom Kindergeschrei. Dann gehen wir noch ins Centre nutritionel, wo falsch ernährte Kinder aufgepäppelt werden, wo ihre Mütter lernen, eine Mahlzeit richtig zuzubereiten und ihre Kinder rechtzeitig abzustillen. Es ist dort üblich, dass eine Frau stillt, bis sie wieder schwanger ist. Der Säugling muss dann von einem Tag auf den andern rote Bohnen und Kartoffeln essen, die im Mund der Mutter vorgekaut wurden. Draussen ist Alois mit den Kaninchen und Hühnern beschäftigt. Schwester Rita lobt ihn, er strahlt übers ganze Gesicht. Alle Gebäulichkeiten liegen in einem wunderbaren Garten voller exotischer Früchte, Blumen und Gemüsebeete. Vor dem Mittagessen gehen wir noch schnell auf den Markt. Dort wird fast alles angeboten, was man zum Leben im Busch so brauchen kann, vorausgesetzt, man hat das Geld. Die Tomaten und Bananen, die wir nach Hause tragen, sind nicht billiger als in der Schweiz.

10. Januar

Heute ist Sonntag. Wir versorgen die hospitalisierten Patienten, verteilen Tabletten, schauen zu, wie die bitteren Malariatabletten ohne Wasser zerkaut und heruntergewürgt werden. Wir bieten zwar Wasser in einer Blechtasse an, aber der kleine Schluck wird erst nach der Prozedur genommen. Mit mehrmals gebrauchten Einwegspritzen und stumpfen Nadeln machen wir ein paar Injektionen.
Die Malaria grassiert und bringt uns viele untergewichtige, kaum lebensfähige Frühgeburten (wir haben weder Isolette noch Celestone). Die Mahlzeiten werden den Kranken von den Angehörigen gebracht. Hauptnahrungsmittel sind getrocknete rote Bohnen mit Kartoffeln oder Bataten als Eintopf zubereitet, und das dreimal am Tag. Die Geburten finden auf dem einzelnen Gebärbett so nebenher statt. Wenn nötig helfen angelernte schwarze Frauen. Nur bei Komplikationen wird Schwester Rita zu jeder Tages- und Nachtzeit gerufen.

Gabriels Frau bringt einen Eimer voller Erbsen. Zum Dank besuchen wir sie am Nachmittag. In kürzester Zeit sind wir von der ganzen Dorfjugend umringt.

11. Januar

Die Mücken sind eine Plage. Elf von hundert Rwandais sterben an der Malaria tropica, und die Zahlen steigen jährlich.
Heute kommen die Frauen zur Schwangerschaftskontrolle. Natürlich weiss keine, wann sie die letzte Menstruation hatte. Anhand der Uterusgrösse wird der Geburtstermin ziemlich genau berechnet. Wenn eine Frau Ödeme hat, wird auch der Blutdruck gemessen. An der Farbe des unteren Augenlids merken wir, ob die Frau Eisentabletten braucht. Manchmal geben wir auch ein paar Vitamine. Immer wieder kommen Frauen zu Fuss über 20 bis 30 km mit Fieber über 40 Grad. Die meisten Kinder sind Frühgeburten unter 2 kg. Episiotomien sind sehr selten nötig. Die Frauen gebären sehr ruhig, diszipliniert und tapfer. Die Männer sind nie anwesend. Auf mich wirkt es befremdend, dass keine Frau Freude zeigt am Neugeborenen. Schwester Rita erklärt mir, dass die Mutter sich erst dann eine Beziehung zum Kind erlaubt, wenn sie sicher weiss, dass es überleben wird. Erst viel später wird mit der Familie ein zum Kind passender Name gesucht. Eine Geburtsanzeige wird erst für den Schuleintritt gemacht.
Am Nachmittag kommen die «Hebammen» und «Sorcieren» der weiteren Umgebung zum Unterricht.

12. Januar

Schwester Judith, eine schwarze Novizin, hat Gelenk-, Kopf- und Gliederschmerzen, Atemnot und Fieber, mit einem Wort: Malaria.
Wir verteilen Antibabypillen (mit vielen vergeblichen Anweisungen und Erklärungen) und machen Dreimonatsspritzen. Ob das die Klosterfrauen nicht in einen Konflikt stürzt, will ich wissen. «Besondere Situationen rufen nach besonderen Lösungen, das weiss auch der Papst», sagt man mir. Die Frauen sind bei der Pilleneinnahme sehr unzuverlässig, und so werden nach wie vor die meisten 15- bis 20mal schwanger. Weniger als die Hälfte der Kinder überlebt bis ins Erwachsenenalter. Es reicht dennoch für einen ungeheuren Geburtenüberschuss mit beängstigenden Zukunftsaussichten.
In der langen Schlange steht eine Frau mit einem jämmerlich quäkenden Säugling. Er ist fünf Wochen alt und wiegt 1700 g (Geburtsgewicht: 2100 g). Schwester Rita rät der Mutter, das kleine Mädchen nach Kigali ins Spital zu bringen. Das lehnt die Mutter aus Kostengründen ab. Ich gehe ins Dispensaire. Dort zieht Schwester Marie Carmela gerade einem stöhnenden Mann, ohne Spritze, einen Zahn. Ringsum stehen Leute, schreien Kinder, und überall sind Fliegen.
Rosmarie fordert mich auf, mit ihr auf die Bettenstation zu kommen. Da ringt ein Kind um Atem. Vielleicht hat es einen Fremdkörper verschluckt. Sehen kann man nichts, tun auch nichts.
Nebenan stirbt eine Frau. «In der Schweiz hätte sie vielleicht eine Chance, man könnte ihr Blut geben.» Sie hat drei Kinder. Von den Angehörigen ist niemand da. Ihr Mann ist auf Geschäftsreise, weiss nicht, dass seine Frau im Spital liegt. Ich will Blut spenden. Schwester Rita holt einen Beutel. Mein Blut fliesst langsam. Unterdessen stirbt die Frau.

13. Januar

Impftag für Säuglinge: Masern, Diphterie, Keuchhusten. Viele sind am ganzen Körper voller Krätze.
Dann fahren wir etwa 30 km weit an den See und holen Sand und Steine für die Bauarbeiter, welche uns einen Lagerraum erstellen. Im bilharziaverseuchten See fischen Kinder. Ihre Köpfe sind, wie bei den meisten Kindern, kahlrasiert, als Schutz vor Ungeziefer. Im Centre werden wir ungeduldig zurückerwartet. Eine Drittgebärende hat schlechte Herztöne. Sie hat noch kein lebendes Kind. Schwester Rita packt sie ins Auto und fährt nach Kigali. Schon manches Gebärsaalproblem hat sich auf diesem holprigen Weg von selbst gelöst. Die meisten Frauen bekommen von der «Sorciere» vor der Geburt ein gelbes Pulver. Damit soll die Arbeit beschleunigt und erleichtert werden. Manchmal stirbt aber das Kind davon. Das Pulver färbt Fruchtwasser und Eihäute intensiv senfgelb.
Schwester Rita bleibt über Nacht in Kigali.

14. Januar

Sie kauft Medikamente und leert das Postfach. Im Busch gibt's keine Briefträger.
Unterdessen kommt eine Frau mit einer verschleppten Querlage. Alle Betten sind besetzt. Wir legen eine Matratze auf den Boden im Untersuchungszimmer und warten auf Schwester Rita und das Auto. Die Frau will aber nicht liegen. Sie weiss, dass eine Hand in der Scheide liegt. Die Herztöne sind kräftig und regelmässig, aber die Frau fängt zu bluten an. Wir können nur warten.
Unterdessen gehe ich ins Dispensaire. Dort stirbt gerade ein vierjähriger Knabe. Die Leute sterben lautlos, rasch und leicht hier. Sie haben nicht viel zu verlieren.
Schwester Marie Carmela ist wieder am Zähneziehen. Dabei kommt bei einem Kind etwa ein Viertel des Unterkieferknochens mit – total verfault. «Was tun Sie jetzt?» frage ich reichlich verstört. «Nichts», sagt sie achselzuckend. «Sollte es nicht gut gehen, wird der Vater das Kind wieder bringen oder zur Sorciere gehen.» Die Schwester vermutet einen Tumor.
Der Boden im Krankenzimmer ist schmutzig. Jemand hat auf dem Boden erbrochen, ein Fest für die roten Ameisen und Fliegen.
Die Leute müssen immer wieder zu Reinlichkeit und Ordnung angehalten werden.
6½ Stunden hat die Frau mit der Querlage warten müssen. Eine erschöpfte Schwester Rita macht sich schon wieder, kaum angekommen, auf den Weg.

15. Januar

Marie-Luce, eine junge belgische Hebamme, möchte hier ein halbes Jahr verbringen.
Im Zimmer stöhnt eine Fünftgebärende. Seit zwei Tagen hat sie Kontraktionen, der Muttermund öffnet sich nicht. Die Herztöne sind unregelmässig. Eine Distokie bei einer 5para habe ich noch nie gesehen. Hier ist sie Tatsache. Dem Kind geht es immer schlechter. Schwester Rita macht einen Cervixschnitt, holt das Kind mit der Vakuumglocke. Es ist ein Winzling, der sich gleich wieder verabschiedet.
Im Achterzimmer liegt nun schon mehr als eine Woche eine Frau mit sehr hohem Fieber, das nicht auf Malariamittel anspricht. Wir nehmen an, dass sie HIV-positiv ist, aber wer soll das kontrollieren? Unser Labor besteht aus einem alten Mikroskop und ein paar Urinteststreifen.
Viele unserer Patienten haben Sandflöhe. Sie graben sich unter Finger- und Zehennägel, wo sie Entzündungen verursachen.
In letzter Zeit kommen zwei Schafe und eine Geiss jeden Nachmittag in die Patientenzimmer. Zuerst machen wir nicht viel dagegen, aber heute hat Schwester Rita genug. «Allez hop, die Tiere müssen hier raus, wer weiss, was sie sonst bei den Patienten auflesen!» Vielleicht denkt sie an den Sonntagsbraten.

16. Januar

Alle hier haben früher oder später Malaria, alle. Mir ist in Rwanda niemand begegnet, der noch nie einen Fieberschub gehabt hätte. Sogar unsere Katze wird in regelmässigen Abständen geschüttelt.
Wir besuchen eine ehemalige Angestellte. Sie wohnt etwa 25 km vom Centre entfernt, in das sie bis vor ein paar Monaten regelmässig zur Arbeit als Übersetzerin und Putzfrau kam. Jetzt ist sie verheiratet. Ihr Mann hat ein ansehnliches Stück Land. Vor der Haustüre trocknen Erdnüsse und Sorghum *(eine Getreideart, aus der u. a. auch alkoholische Getränke gemacht werden)*.
Drinnen hat das Haus zwei Zimmer. In der Stube steht ein Tisch mit einer Bank und zwei Stühlen auf dem Lehmboden. Das Schlafzimmer ist leer, bis auf ein paar Bananenmatten, die nachts auf den feuchten Boden gelegt werden. Wir werden zum Bleiben aufgefordert, ihr Mann holt in einer Bierstube ein paar Flaschen Fanta und drückt jeder von uns eine Flasche in die Hand. Fanta bekommen Säuglinge manchmal auch im Schoppen, und es ist mitverantwortlich dafür, dass viele so schlechte Zähne haben. Ihr kleines Mädchen ist etwa

sechs Monate alt, ein reizendes Kind, das bei der letzten Diarrhoe sehr viel Gewicht verloren hat, aber sich langsam erholt. Nach einer Weile verabschieden wir uns mit Dank und guten Wünschen.
Draussen erwarten uns ganze Menschentrauben. Alle wollen uns die Hand geben. Ich fühle mich wie Prinzessin Diana: nach allen Seiten lächeln, grüssen, Hände schütteln, ganz schön anstrengend. Einen kurzen Moment denke ich daran, dass mit diesen vielen schwarzen Händen auch die Rotznasen und die Hintern geputzt werden, und dass das Wasser knapp ist.
Die meisten Frauen und Kinder haben dicke Bäuche. Die Frauen gehen mit Kindern schwanger, die Kinder mit Würmern.
Wir begegnen auch dem Vater des kleinen Jungen, der vorgestern bei uns an Malaria gestorben ist. Er wohnt noch nicht lange hier, hat wenig Geld und brachte deswegen sein Kind zu spät ins Centre. Jetzt liegt es neben der Hütte begraben.
Ich muss hier erwähnen, dass im Centre sehr oft gratis behandelt und gepflegt wird, dass eine Malariakur etwa 30 Rappen und eine Geburt etwa Fr. 2.50 kostet. Das Regierungsspital in Kigali ist etwas teurer, aber es ist vor allem der Transport, der mit etwa Fr. 100.– praktisch unbezahlbar ist. Man muss die hohen Benzinkosten und den riesigen Autoverschleiss auf Rwandas bachbettartigen Strassen berücksichtigen. Schwester Rita macht es viel günstiger, kann aber aus begreiflichen Gründen nur Notfälle in die Hauptstadt bringen.
Wieder zurück im Centre, bekommt gerade eine 17jährige ihr zweites Kind.

17. Januar

Auf der Matratze im WC, «Douche» genannt, liegt eine Frau im Sterben. Sie ist im 6. Monat schwanger, hat einen oder mehrere Bandwürmer und hohes Malariafieber. Marie Luce steckt ihr eine Infusion. Vorsichtshalber zieht sie Handschuhe an. Der Ehemann sitzt neben seiner Frau. Er ist geradezu rührend besorgt. Er hat, wie die meisten Männer hier, nicht nur eine Frau, aber diese hier scheint seine Lieblingsfrau zu sein (sie wird ein paar Tage später eine Bandwurmkur überleben).
Im Dispensaire werden auch Infusionen gesteckt. Ein Kind bekommt eben intrakranial etwas Blut aus «meiner» Transfusion.
Infusionen steckt man, wo es eben geht, intraperitoneal, intrakranial, subcutan und mit Glück auch intravenös.

18. Januar

Im Centre gibt es keinen Arzt. Die Schwestern amputieren halbwegs abgerissene Arme, curettieren, stellen Diagnosen und therapieren. Ganz nebenbei werden Garten und Haushalt besorgt und Bauarbeiter überwacht. Manchmal finden sie auch Zeit, einem Patienten längere Zeit zuzuhören und ihm sogar finanziell unter die Arme zu greifen. Im nahen Wäldchen entdeckt Rosmarie herrliche Orchideen. Sie pflückt ein paar für die Kapelle. Das dichte Unterholz ist voller Mücken. Mein tropensicherer Mückenschutz, aus der Schweiz mitgebracht, nützt gar nichts.
Unsere Katze bekommt drei Junge. Den Katzen und ihren Babies geht es gleich wie den Frauen. Alle Jahre wieder, und vom letzten Wurf lebt keines mehr.

20. Januar

Wir besuchen ein Waisenhaus. Bei anderen hatten wir schon früher nachgefragt, ob sie Platz hätten für unsere Waisen, deren Eltern und jüngste Geschwister an AIDS starben. Es ist ein hoffnungsloses Unterfangen. Alle Waisenhäuser sind zum Bersten voll. Ältere Kinder ab etwa 7 Jahren werden manchmal von Familien adoptiert, die sie dann als Arbeitskräfte einsetzen. Für die Kleinen hat niemand Platz. Sie schlafen und spielen zwischen Patienten und Leichen. Ihr Essen erhalten sie von mitleidigen Besuchern oder den Schwestern.
In Kigali versucht Rosmarie, Chloroquin und Aspirin zu kaufen. Besonders letzteres ist immer wieder sehr knapp.
Wir besuchen ein Stickstudio und eine Schnitzerei voller wunderschöner Arbeiten. Die Künstler werden von den weissen Vätern und Klosterfrauen unterstützt, um das einheimische Gewerbe zu fördern.
Nachdem wir Brot für die nächsten Tage gekauft haben, kehren wir heim. Ich bin müde, verschwitzt und staubig. Es gibt weder Bad noch Dusche, nur kaltes Wasser, und das oft spärlich. Wir leben einfach in Ruhuha, aber keineswegs primitiv. Eine Kühltruhe und drei Kühlschränke werden mit Petroleum betrieben. Gekocht wird mit Gas. Wir essen sehr gut. Das Mittagessen wird von einer schwarzen Frau zubereitet, Frühstück und Abendessen machen die Schwestern selber. Strom spendet uns abends während etwa anderthalb Stunden ein Generator. Solarplatten wären ideal, sind aber sehr teuer.

21. Januar

Ich packe. Morgen werde ich nach Kenia in die Ferien fliegen. Ich bin gekommen, um eine Kollegin zu besuchen, aus Neugier auch, ich wollte einmal etwas anderes erleben. Begegnet bin ich der nackten Not, dem Elend, dem Hunger. Und wie in anderen armen Ländern auch kümmert man sich mit bürokratischer Akribie um die kleinen Probleme, weil es für die grossen keine Lösung gibt. So muss die Temperatur im Kühlschrank der Maternité zweimal täglich gemessen und auf einem Formular notiert werden. Ende Monat werden die Kontrollbögen ins Gesundheitsministerium geschickt. Ab und zu kommt sogar ein Beamter persönlich vorbei, um zu kontrollieren, ob die Impfsera bei richtiger Temperatur gelagert werden. «Wie im Kindergarten», murrt Schwester Rita. Ich musste erfahren, dass ein Gedankenaustausch zwischen den verschiedenen Kulturen fast nicht möglich ist. Das hat mit Sprache wenig zu tun. Wir Europäer leben in einer anderen Zeit, in einer anderen Welt. Ich frage mich, wie das wohl damals bei meinen Grosseltern war, als sich die medizinischen Fortschritte noch in Grenzen hielten, oder muss ich meine Gedanken eher den Urgrosseltern zuwenden? Meine kritische Einstellung zur Entwicklungshilfe im allgemeinen hat sich verstärkt. Es ist mir ein Trost, dass auch die Klosterfrauen, nach langjährigem Aufenthalt und Kenntnis der Sachlage, ob dem grossen Elend schier verzweifeln. So fragt mich Rosmarie in einem Brief: «Weshalb sollen wir denn immer das Unmögliche versuchen, wenn die Schwarzen selber nicht einmal das Mögliche tun wollen?» Ich fühle mich dann in meiner eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit weniger schuldig.
Unicef-Direktor James P. Grant hat angeblich, die Drittweltprobleme betreffend, gesagt: «Schon jetzt werden 2 Millionen Kleinkinder pro Jahr gerettet. Das geschieht durch die entschlossene Förderung der Immunisierung gegen Infektionskrankheiten und durch die Aufklärung der Eltern über die Verhinderung der ‹Austrocknung› bei Durchfallerkrankungen.»
Heute mag es an Aufklärung mangeln. Es wird aber gar nicht mehr so lange dauern, bis alle geimpft und aufgeklärt sind. Dann müssen wir nur noch Nahrungsmittel und Arbeitsplätze beschaffen, für eine Menschenmenge, die wir uns gar nicht vorstellen können.
Ich bin auch der Meinung, ein Neugeborenes lasse sich ersetzen, ein Kind, dessen Persönlichkeit man kennen- und liebengelernt hat, schon weniger. Schliesslich tut doch die Entwicklungshilfe vor allem eines: Sie verschiebt den von uns Europäern so gefürchteten und nicht mehr als Teil des Lebens akzeptierten Tod in ein späteres Lebensalter, in ein Alter, wo er von allen Beteiligten bewusst und schmerzlich erlebt wird.
Ist die Frage, ob Entwicklungshilfe ein Eingriff ins Ökosystem sei, ketzerisch?

«Women in a changing world» Januar 1988

Als Hebamme im schwarzen Erdteil

Von Vreni Henggi, Hebamme in Zaire

Frau Henggi arbeitet seit sieben Jahren in Schwarzafrika. Nach langer Berufserfahrung als Hebamme in verschiedenen Schweizer Spitälern bekam sie den Auftrag, in Zaire eine «Geburtsklinik» aufzubauen. Sie berichtet aus ihrem Alltag, von dem Kontakt mit einer ganz anderen Kultur und den Schwierigkeiten und Problemen, die sie immer wieder überwinden muss, um ihre Aufgabe erfüllen zu können.

Seit 1981 arbeite ich in Zaire (Westafrika) in der Hauptstadt Kinshasa als Hebamme. Unter Afrikanern tätig zu sein, ist eine sehr dankbare Aufgabe – obwohl es mit vielen grossen Anfangsschwierigkeiten verbunden ist. Als europäische Hebamme wird man mit viel Unvorhergesehenem konfrontiert.

Wie macht man aus einer Baracke eine Maternité?

In den ersten Jahren war es meine Aufgabe, eine Maternité aufzubauen. Es stand mir ein kleines, staatliches Gebäude zur Verfügung – das allerdings als Poliklinik konzipiert worden war. Man stellte Betten, einen Gebärtisch, ein paar Instrumente und einige Medikamente hinein und nannte das ganze dann «Gebärklinik». Diese übergab der Staat – samt Personal – dann der Heilsarmee mit der Erwartung, dass diese daraus etwas Rechtes mache. Das Personal – das früher im Dispensaire (eine Art Apotheke) arbeitete – musste jetzt Geburten leiten und Schwangerschaftskontrollen durchführen. Das alles war für mich ein Schock. Wie konnte ich daraus eine saubere Klinik machen – ohne steriles Material und ohne qualifiziertes Personal?
Anfänglich war es für mich eine grosse Umstellung, unter solchen einfachen Verhältnissen zu arbeiten und jeden Tag Unvorhergesehenes zu bewältigen. Doch zum Glück wurde ich schon nach kurzer Zeit akzeptiert.

Meine «erste» Geburt

Meine erste afrikanische Geburt – noch bevor ich diese Klinik leitete – war alles andere als schön. Der Muttermund der Frau war offen, aber sie hatte keine Kraft zum Pressen. Kein Vakuum war vorhanden, die Handschuhe waren zerrissen, eine Desinfektionslösung fehlte. Eine Hebamme kniete sich auf das Gebärbett, nahm den Kopf der Frau zwischen ihre Knie und kristellerte ruckweise. Nach langem Pressen wurde schliesslich ein Kind geboren, das reanimiert werden musste – mit Mund-zu-Mund-Beatmung, denn absaugen ging nicht, weil kein Absauger vorhanden war. Das Kind erholte sich trotzdem und gab schon bald einen Schrei von sich. Es wurde mit dem Tuch der Mutter abgerieben, abgenabelt und der Mutter auf den Bauch gelegt.

Wer kann was?

Ich brauchte Personal, das Entscheidungen treffen kann. – Entscheidungen, für die in Europa ein Arzt zuständig ist. Die wenigen Hebammen hatten wohl eine Hebammenschule besucht – sogar mit Abschlussdiplom, was aber nicht allzuviel heissen will. Nur wenige waren fähig, richtig zu handeln, Steisslagen zu entwickeln, Vakuum zu applizieren oder Risse und Episiotomien zu nähen. Auch ich musste vieles erst noch lernen. Sechshundert Geburten jeden Monat boten mir genügend Gelegenheit dazu. Ich musste herausfinden, wer welche Kenntnisse hatte, und wer welche Arbeiten ausführen konnte.
Es tat mir weh, sehen zu müssen, unter welchen Umständen hier teilweise gearbeitet wurde. Es fehlte vor allem an Material. Nur nach und nach konnte ich neue Instrumente, einen Sterilisationsapparat sowie die nötigen Medikamente beschaffen. Heute können wir ein Vakuum machen – auch ein Handvakuum tut da ganz gut seinen Dienst. Wenn es nötig ist, schneiden wir. Öfters lassen wir reissen – denn wenn es reisst, sind anschliessend nur drei bis vier Stiche nötig.

Am Anfang steht die Personalschulung

Die Zairer sprechen die einheimische Sprache «Lingala» und – wenn sie die Schule besucht haben – auch noch französisch. Mit dem geschulten Personal konnte ich von Anfang an Kurse durchführen. Den Mitarbeitern Kurse zu geben ist eine Freude, denn ihre Aufmerksamkeit ist gross, vor allem wenn sie das Gefühl haben, dass sich jemand ihrer persönlich annimmt. Das ist auch für mich ein Ansporn, solche Kurse durchzuführen.
Um eine bessere Kontrolle zu haben, habe ich auch Neues eingeführt, so zum Beispiel Herztonkurven schreiben, Register führen, Frauen untersuchen, richtig mit Patienten umgehen, Spritzen verabreichen und vieles mehr. Ich muss viel reden und erklären, aber besonders gut überwachen, dass alles genau ausgeführt wird.

«Meine» Maternité heute

Die Klinik ist afrikanisch eingerichtet. Ich bin die einzige europäische Hebamme hier. Wir arbeiten ohne Arzt. Natürlich glänzt nicht alles so wie in der Schweiz. Auch ist manchmal etwas defekt. Immerhin sterilisieren wir alles, auch die Handschuhe und das ganze Instrumentarium sowie die Geburtentücher. Wegwerfspritzen werden ebenfalls im Autoklav sterilisiert und wiederverwendet.
Seit einigen Jahren steht uns eine Ambulanz mit Chauffeur zur Verfügung, damit wir einen Notfall verlegen können. Früher musste ich dafür meinen Renault R4 einsetzen – und die Frauen in allen möglichen und unmöglichen Positionen transportieren. Heute – nach sieben Jahren – haben wir jeden Monat zwischen 500 und 600 Geburten – davon etwa 1 Prozent Totgeburten.

Vreni Henggi bei der Schwangerschaftskontrolle

Etwa 10Prozent müssen wir verlegen – wegen Blutungen oder starker Anämie, hohen Kopfs bei verstrichenem Muttermund oder bei anderen Zwischenfällen.
Unsere Klinik verfügt nur über 28 Betten, das heisst, dass immer zwei, manchmal sogar drei Frauen auf einem Bett liegen – mit ihren Kindern. Sieben Frauen sind uns gestorben. Bei dieser hohen Geburtenzahl und unseren einfachen Verhältnissen ist das sehr wenig. Drei Frauen starben an Afibrinogenämie und vier an sonstigen Blutungen bei Mulitparas. Wir verabreichen keine Transfusionen, sondern helfen mit Physiogel und Glukose oder NaCl.
Mein Personal (40 Angestellte, davon 18 Hebammen) muss jeden Tag 15 bis 20 Geburten bewältigen, 100 Frauen während der Schwangerschaft kontrollieren, 50 bis 70 Wöchnerinnen pflegen, ebensovielen Kindern die Nabelpflege besorgen, die Wäsche waschen (Waschmaschine und Trockner sind vorhanden) und das ganze Haus sauberhalten.
Wenn es stark regnet, kommt niemand zur Arbeit. Auch die Frauen kommen nicht zur Schwangerschaftskontrolle. Wenn es am Morgen regnet, muss die Nachtwache so lange bleiben, bis Ablösung kommt. Das gibt nie Probleme – auch wenn die Arbeitszeit so um zwei bis drei Stunden verlängert wird.

Meine Aufgabe heute

Heute überwache ich alles. Ich schaue, dass alles rund läuft, plane, organisiere und springe ein, wo jemand fehlt. Ich habe drei einheimische Hebammen ausgebildet, die mich ersetzen können, wenn ich abwesend bin.
Als europäische Krankenschwester oder Hebamme in Afrika arbeiten heisst nicht, selber pflegen und behandeln – sondern einheimische Krankenschwestern, Pfleger oder Hebammen auszubilden, damit diese später leitende Positionen übernehmen können in Dispensaires, Spitälern oder Geburtskliniken. Wir brauchen fähige, flexible und anpassungsfähige Kaderleute, die mit Geduld und Liebe ihr Wissen weitergeben – und die bereit sind, jede mögliche Arbeit auszuführen.

Meine «Kundinnen»

Meine Maternité befindet sich im ärmsten Quartier der Stadt – da wo die Arbeitslosigkeit zwischen 70 und 80 Prozent beträgt. Die Frauen kommen nicht nur aus dem Quartier, sondern auch aus dem Umkreis von etwa 10km oder mehr.
Die Frauen müssen für die Geburt bezahlen – und das wissen sie auch. Denn das Spital soll selbsttragend sein. Fast alle können auch bezahlen. Wer kein Geld hat, darf allerdings trotzdem bei uns gebären – wir geben ihnen sogar noch das Nötigste für das Bébé. Wir fragen natürlich auch nach den Familienverhältnissen. Frauen in einer sozialen Notlage bekommen ein Gutscheinheft, womit sie sich und das Kind in der Poliklinik umsonst pflegen und behandeln lassen können.

Risikofälle

Jede Frau, die bei uns gebären will, muss bei uns oder in der Poliklinik die Schwangerschaftskontrollen durchführen lassen. Bei einer Risikoschwangeren entscheiden wir, ob sie bei uns gebären kann, oder ob sie ins staatliche Spital muss. Als Risikoschwangere bezeichnen wir Frauen, die weniger als 15Jahre alt oder weniger als 150cm gross sind, frühere Sectio, 6 Para und mehr, Primi mit Steisslage, Querlage, frühere Totgeburten oder EPH-Gestose. Weil wir bei uns keinen Arzt und keine Operationsmöglichkeit haben, weisen wir diese Risikoschwangeren ins staatliche Spital, das etwa 20km von uns entfernt liegt.
Öfters kommt es jedoch vor, dass die Frauen trotz allem zu uns kommen, denn im Regierungsspital ist die Pflege schlecht und die Korruption gross. Wer dem Personal dort keine «Schmiergelder» zahlt, wird auch nicht gepflegt. In solchen Fällen verlangen wir allerdings, dass sie einen Verzichtschein unterschreiben und die Verantwortung selbst übernehmen.

Manchmal geht alles drunter und drüber

Während einiger Zeit betreute ich eine kleine Maternité in Kasangulu (ein Dorf etwa 45km von Kinshasa entfernt). Da gibt es kein Spital. Die nächste Klinik ist etwa in einer Stunde mit einem Auto zu erreichen. Da heisst es, Probleme frühzeitig zu erkennen. Wir hatten einmal eine schwangere Frau, 147cm klein. Wir legten ihr nahe, ins Spital zu gehen, und erklärten ihr auch warum. Etwa einen Monat später wurde ich mitten in der Nacht in die Maternité gerufen. Die «kleine Frau» war da. Ich untersuchte sie und stellte fest, dass der Muttermund bereits ziemlich offen war. Es war angezeigt, sie sofort ins Spital zu verlegen. Weil sie dafür Geld brauchte, wollte der Chauffeur sie zuerst zu ihrer Hütte fahren. Unterwegs – oh Schreck! – versagte das Ambulanzfahrzeug seinen Dienst.
Per Funk bat der Chauffeur mich um Hilfe. Ich fuhr sofort mit meinem Suzuki hin und packte die Frau in mein Auto, um sie zu der nächstgelegenen kleinen Maternité zu bringen. Es war bereits 1Uhr früh. Dort sagte man mir, dass diese Frau bereits um 16Uhr bei ihnen war, und dass sie sie ins Spital geschickt hätten. Also weiter in Richtung Spital – die Zeit drängte.
Unterwegs kam mir plötzlich der Gedanke, dass ich versuchen könnte, das Kind mit der Saugglocke herauszubringen. Also wieder zurück zu der kleinen Maternité. Da hörte ich bereits keine Herztöne mehr. Ich musste versuchen, wenigstens die Mutter zu retten. Die einheimische Hebamme drückte von oben, und ich zog an der Saugglocke. Wie durch ein Wunder wurde ein gesundes Mädchen geboren – das uns fast auslachte wegen unseres Theaters. Zum Schluss musste ich noch jemanden losschicken, um dem Chauffeur aus der Panne zu helfen. Unsere ganze Besatzung war da mitten in der Nacht auf den Beinen.

Die «weise Frau» im Dorf

Die Hebamme im Dorf, die sogenannte «Matrone», ist eine verheiratete Frau, die sich sehr viel Respekt verschafft hat mit ihrem Wissen. Öfters wird sie als «weise Frau» bezeichnet. Den Beruf hat sie geerbt – angelernt durch ihre Mutter oder Grossmutter. Leider hat sie keine Hebammenausbildung genossen. Ihr Material besteht lediglich aus Rasierklingen, womit sie die Nabelschnur durchtrennt, und aus schwarzem Faden (ähnlich wie Sternli-Faden), womit sie die Nabelschnur abbindet.
Im Dorf wird sie vor allem zu Frauen gerufen, die schon seit längerer Zeit in den Wehen liegen. Die Mutter oder eine Tante pressen dann auf den Uterus der Schwangeren – in der Meinung, es liege am Pressen, dass das Kind nicht kommt. Sie drücken so lange, bis die Frau von allen Kräften verlassen und dem Erschöpfungszustand nahe ist. Erst dann wird die Matrone gerufen, und nun erwarten sie, dass diese ein Wunder vollbringt. Die Matrone untersucht die Frau – ohne Handschuhe anzuziehen oder die Hände zu desinfizieren. Meist ist der Muttermund noch zu oder nur wenig offen. Wenn dann Komplikationen eintreten, wird die Frau – von vier Männern auf einer selbstgebastelten Bahre – ins nächste Spital getragen. Es liegt auf der Hand, dass solche Situationen fatal ausgehen können und die Frau sterben muss.
Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) will jetzt diese Matronen besser ausbilden. Man nimmt sie von verschiedenen Dörfern zusammen und erteilt ihnen Grundkurse. Schwarze, ausgebildete Hebammen sollen ihr Wissen den Matronen weitergeben.

Die Frau in Familie und Gesellschaft

In der afrikanischen Gesellschaft wird die Frau geachtet, weil sie das Leben weiterträgt, indem sie Kinder gebärt. Zudem sorgt sie für die Erziehung und Schulung der Kinder. Die Polygamie führt dazu, dass die Frau am Unterhalt der Familie massgebend beteiligt ist – denn nur die wenigsten Männer können für drei Frauen und fünfzehn Kinder aufkommen. Die Frau ist für die Ernährung der Familie verantwortlich. Hat sie nicht genug zu essen für ihre Kinder, kann sie ihre Brüder um Hilfe angehen – und diese helfen ihr auch, soweit es ihnen möglich ist. Die Sippengemeinschaft ist noch sehr stark.
In der Familie und im Dorf kann die Frau mit-

reden – sofern sie alle Bedingungen als Ehefrau und Mutter erfüllt und auch noch weise und gehorsam ist. Sie wird oft als Ratgeberin für junge Eltern herbeigezogen.
Einer ledigen Mutter bringt man allerdings weniger Respekt entgegen. Oft wird sie verachtet und als Prostituierte bezeichnet. Dazu kommt, dass sie Mühe hat, ihre Kinder durchzubringen.

Die schwangere Frau

Wenn eine Frau schwanger ist, teilt sie dies nur ihrem Mann mit. Die übrigen Familienangehörigen erfahren es erst, wenn man es ihr ansieht, also etwa im fünften oder sechsten Monat. Erst dann kommt sie auch zur Schwangerschaftskontrolle. Eine Schwangerschaft zeigt, dass eine Frau fruchtbar ist, und das bedeutet, dass ihr Mann sie nun nicht mehr wegschicken kann. Unfruchtbare Frauen werden als wertlos betrachtet und von ihrem Mann meistens zu ihrer Familie zurückgeschickt.

Doppelte Freude bei Zwillingen

Wenn ein Frau Zwillinge gebärt, ist das bei bestimmten Stämmen Anlass zu besonderer Freude. Dann kommen die Familienangehörigen und die ganze Nachbarschaft tanzend und von Tambourinmusik begleitet in die Klinik oder zum Geburtshaus. Allen Familienangehörigen werden mit Kalk zwei weisse Flecken auf die Schläfe gemalt. Dann wird vor dem Haus getanzt und gesungen – einen ganzen Tag und eine ganze Nacht lang.
Ein totes Kind hingegen ist ein trauriges Drama. Die Angehörigen fragen nicht nach der wirklichen Todesursache.
Der Tod ist die Folge eines bestimmten Geschehens oder einer Handlung – oder jemand, der der Familie etwas Schlechtes wünscht, hat ihn herbeigeführt.

Problem AIDS

Afrika ist besonders gefährdet – die Krankheitsfälle sind da am höchsten. Bei uns in der Geburtsklinik achten wir darauf, dass niemand mit einer offenen Wunde im Gebärsaal arbeitet. Alles wird sterilisiert, wir benutzen immer sterile Handschuhe – zum Schutz für uns. Natürlich können wir nicht jede Patientin kontrollieren – das käme zu teuer. Die Frauen haben kaum Geld – sie könnten diese Kontrolle nicht bezahlen.
Wir führen einen AIDS-Test erst dann durch, wenn eine Patientin wirklich entsprechende Symptome aufweist und auch auf die verschiedenen Behandlungen nicht anspricht. Positive Personen werden gleich behandelt wie alle anderen. Sie gehen nachher zu ihrer Familie zurück und werden da gepflegt – oder in ein Krankenhaus verlegt. Das Problem ist sehr gross, doch nicht zuletzt wegen der Polygamie kaum zu lösen.

Und wenn ich nicht mehr da bin . . .?

Ich kann wahrscheinlich nicht ewig in Afrika bleiben. Ich muss darauf hinarbeiten, dass die Einheimischen mein Werk weiterführen können. Solange die Heilsarmee Entwicklungshelfer hier hat, wird das, was wir aufgebaut haben, wohl weiter existieren. Aber – das müssen wir uns bewusst sein – wenn alle weg sind, wird das alles wohl zusammenfallen.
Bekannte von mir mussten das gerade erleben. Während Jahren haben amerikanische Entwicklungshelfer im Busch ein tolles Krankenhaus aufgebaut und betrieben. Vor einem Jahr sind sie nach Hause zurückgekehrt. Obwohl sie alles gut vorbereitet haben, sieht man jetzt leider nicht mehr viel. Selten ist ein Arzt da, der operieren kann. Viele Leute sterben unnötigerweise, weil sich niemand um die Patienten kümmert. Auch die Krankenschwestern lassen alles liegen.
Trotzdem habe ich die Gewissheit, dass wir nicht umsonst da sind. Aber in den nächsten beiden Jahren werde ich mit dem Ablösungsprozess anfangen – beiderseits. Denn ich liebe diese Leute. Sie sind unsere Brüder und Schwestern – das spüre ich echt heraus.

Die Ernährung

Es bestehen viele Ernährungstabus für schwangere Frauen. Aber weil die Ernährungszentren der verschiedenen Polikliniken den schwangeren Frauen Ernährungslehre erteilen, verschwinden diese Tabus langsam. Die Schwangere arbeitet wie jede andere Frau, sie besorgt ihr Feld, und sie holt Holz und Wasser aus weiter Entfernung.

Wöchnerinnen mit ihren Kindern.

Literaturempfehlung

«The women as providers of health care»
Helena Pizurki, Alfonso Mejia, Irena Butter, Leslie Ewart
WGO 1987, Preis Fr. 29.– (nur in englischer Sprache erhältlich)

In den meisten Ländern sind die Frauen Trägerinnen der Gesundheitsvorsorge, sei dies in der Familie, ihrem sozialen Umfeld oder in Gesundheitszentren bzw. Spitälern. Soll das Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» erreicht werden, muss die Frau aktiv in die Mitarbeit einbezogen werden.
Dem steht vieles im Weg:
- Zeitmangel
- Diskriminierung
- Unterernährung und Krankheit
- Überlastung und Erschöpfungszustand

Die WGO finanzierte ein Projekt, mit dem auf nationaler Ebene die Voraussetzungen geschaffen werden sollen und können, dass die Frau ihr Potential für eine «Gesundheit für alle» voll einsetzen kann (z.B. soll durch Öffentlichkeitsarbeit das Frauenbild aufgewertet werden, einer Diskriminierung entgegengewirkt werden, für eine gerechte Entlöhnung ihrer Arbeit im Gesundheitswesen gesorgt werden usw.).
In der vorliegenden Broschüre sind Analysen und Untersuchungen über die Stellung und die Rolle der Frau aus verschiedenen Ländern publiziert, das obengenannte Projekt der WGO wird vorgestellt, und die Ergebnisse aus den 17 Ländern, die sich daran beteiligt hatten, sind aufgeführt.
Ausserdem wird kurz die Geschichte der Krankenschwester mit Bezug auf die Definition der Frauen(rolle) in der Gesellschaft aufgezeichnet.
Die Broschüre zeigt die Situation und die Rolle der Frau in Industrieländern und in der Dritten Welt und die Grenzen, in denen sie sich zu bewegen hat. Trotz den grossen kulturellen Unterschieden wird ersichtlich, wie viel wir Frauen gemeinsam haben und wie viel wir gemeinsam auch zum Ziel der WGO «Gesundheit für alle» beitragen könnten. *bl*