

Ein Tag in einem westafrikanischen Spital

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **92 (1994)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950439>

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.

auf die tatsächliche Verbesserung von Gesundheit und Hygiene zurückzuführen. Vielmehr wird traditionelles medizinisches Wissen verdrängt, das in den meisten Kulturen auch Kenntnisse über Empfängnisverhütung einschloss.

Traditionelle Verhütungsmittel für Frau und Mann verschwinden

Die Bevölkerungsweise war bei den meisten Kulturen, bevor sie mit den Europäern Kontakt hatten, stabil. Oft kannten sie Verhütungsmittel nicht nur für die Frau, sondern auch für den Mann. Die Anwendung dieses Wissens ist unter europäischem Einfluss stark zurückgegangen. In einigen Kulturen ist das Wissen sogar bereits ausgestorben. Dabei spielten Missionare und neue Werte, die Verhütungsmittel verboten, eine Rolle. Hinzu kam vor allem der Prestigeverlust der traditionellen «Ärzte»: Die sogenannten «Medizinfrauen und -männer», die das Wissen über die einheimischen Verhütungsmittel bewahrten, wurden von Schulmedizin, Mission und Verwaltung diskreditiert und oft auch verfolgt. Sie verloren an Einfluss und bekamen auch keine Schülerinnen und Schüler mehr, an die sie ihr Wissen weitergeben konnten.

Heiratsalter sinkt unter europäischem Einfluss

Entgegen landläufigen Meinungen ist das Heiratsalter in traditionellen Kulturen ziemlich hoch und beträgt zum Beispiel für Afrika im Durchschnitt etwa 22 Jahre. Das steht im Zusammenhang mit dem Brautpreis. Dieser wurde nur bezahlt, wenn sich die Verwandten der «Reife» des Brautpaares für eine stabile Ehe sicher waren. Der Brautpreis diente vornehmlich zur Sicherung der Stellung der Frau, falls sich der Mann von ihr trennen wollte. Falsch verstandene Emanzipationsvorstellungen nach europäischem Vorbild haben jedoch zu einer Geringschätzung des Brautpreises geführt. In einigen Ländern ist er sogar verboten worden. Hinzu kommt, dass es jungen Leuten unter den Bedingungen der Geldwirtschaft und neuer Verdienstmöglichkeiten leichter fällt, auch ohne Einverständnis der Verwandten zu heiraten. Der europäische Einfluss bewirkt daher meist eine Herabsetzung des Heiratsalters. Das trägt – bei meist gleichbleibender oder sogar

sinkender Fruchtbarkeit der Frauen – zu einer Erhöhung der Geburtenziffern bei.

Geschlechtsverkehr-Tabu nach Geburt ausser Kraft

Eingeschränkt wurden die Geburtenziffern in traditionellen Kulturen auch durch das früher praktisch weltweit drei bis vier Jahre geltende Verbot des Geschlechtsverkehrs nach einer Geburt. Damit wird eine drei- bis vierjährige Stillperiode gewährleistet. Denn bei einer Schwangerschaft, die auch während des Stillens möglich ist (wenn auch weniger wahrscheinlich), müsste abgestellt werden. Unter traditionellen Bedingungen überlebt jedoch ein Kind unter drei bis vier Jahren ohne Muttermilch nicht mit Sicherheit. Während dieses «Post-partum-Tabus» (Verbot des Geschlechtsverkehrs) wird entweder Abstinenz geübt, was in polygamen Kulturen zumindest für den Mann nicht zu Problemen zu führen scheint. Sonst werden Verhütungsmittel beim Mann (!) eingesetzt. Das Post-partum-Tabu ist heutzutage weltweit im Schwinden

begriffen, nachdem vielerorts Milchpulver eingeführt wurde und weil polygame Ehen verpönt werden.

Traditionelles Medizinwesen wieder aufwerten!

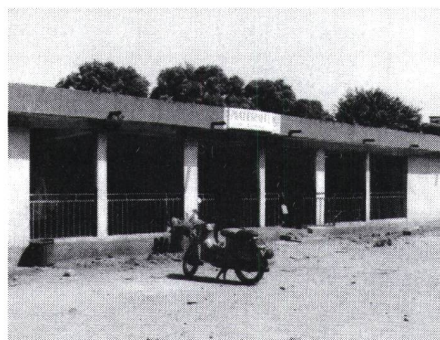
Neben den bisherigen, oft nur allzu eurozentrisch orientierten Massnahmen zur Verringerung der angestiegenen Geburtenziffern sind zusätzliche Vorkehrungen nötig: Ethnologische und kulturökologische Forschung müsste vermehrt feststellen, wo und in welchem Umfang noch traditionelles Wissen um Verhütungsmittel (auch für den Mann!) vorhanden ist. Dasselbe gilt für noch existierende traditionelle Werte in bezug auf Heiratsalter und Post-partum-Tabu. Schliesslich müssen Strategien entwickelt werden, wie das traditionelle Medizinwesen und die auf die Bevölkerungsweise bezogenen Normen und Werte wiederbelebt werden könnten.

Dr. Rupert Moser, Privatdozent für Ethnologie und Afrikanistik an der Universität Bern □

Ein Tag in einem westafrikanischen Spital

Conakry, Guinea. Im Verlauf eines mehrwöchigen Aufenthaltes in Guinea hatte ich die Gelegenheit, Einblick in die Abteilung des Donka-Spitals zu gewinnen.

Die folgende Aufzeichnung ist das Resultat aus unsystematischen Beobachtungen, subjektiven Eindrücken und Gesprächen mit dem dort arbeitenden Personal. Ich verbrachte insgesamt eine Arbeitswoche in Donka. Diese kurze Zeit war für mich sehr eindrücklich, deshalb schreibe ich diesen Bericht, wenn er auch unvollständig und unwissenschaftlich ist.

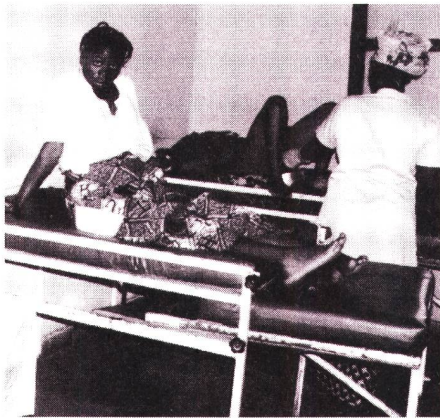


Die Maternité von Donka.

Die Maternité von Donka umfasst fünf Abteilungen: Gebärabteilung, Intensivüberwachung für Neugeborene, eine stationäre Abteilung für Schwangere, ein geburtshilfliches Ambulatorium und eine Wochenbettstation (nur für Risikopatientinnen). Mein Besuch beschränkte sich auf den Gebärsaal, wo pro Jahr ungefähr 2500 Geburten gezählt werden. Als Gasthebamme zugelassen wurde ich über Gespräche mit dem stellvertretenden Chefarzt. Der Empfang war herzlich, und alle Hebammen, Ärztinnen, Ärzte, Studentinnen und Studenten, die ich dort traf, waren sehr offen für Austauschgespräche.

Dienstbeginn ist um 9.00 Uhr morgens. Am Übergaberapport sind etwa 20 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anwesend. Die Nachthebamme und die Nachtärztin rapportieren über das Geschehene, die Studenten werden befragt. Auch ich werde miteinbezogen

und nach den in der Schweiz üblichen Methoden gefragt. Es stellt sich sehr bald heraus, dass die theoretischen und klinisch-diagnostischen Kenntnisse meiner Gastgeber hervorragend sind, aber ein katastrophaler Mangel an Medikamenten und Material herrscht. Der Gebärsaal ist im wahren Sinn des Wortes ein Saal: fünf Gebärbetten, ein Tisch, ein Stuhl, ein Paravent.



Die Gebärbetten sind gestuft, es besteht nicht die Möglichkeit, das Kopfteil zu heben.

Die diensthabende Hebamme übernimmt drei Frauen. Eine hat soeben geboren, zwei haben Wehen. Zwar ist im Gebärsaal viel Personal, die Frauen werden aber während der ganzen Geburtsarbeit sich selbst überlassen. Begleitpersonen sind nicht zugelassen. Die Hebamme untersucht als erstes die beiden Gebärenden vaginal. Handschuhe sind Mangelware, aber irgendwie wird irgendwoher irgendein unsteriler Handschuh aufgetrieben. Die Herztonkontrollen erfolgen höchstens stündlich, falls überhaupt. Dopton, CTG und Ultraschall sind dem Personal bekannt, einer der Ärzte hatte mal einen Ultraschall aus Deutschland mitgenommen. Dieser ging aber wegen den häufigen Stromausfällen rasch kaputt. Also wird das Pinardrohr benutzt.

Mabinti Sylla, eine junge Erstgebärende, die bereits die ganze Nacht regelmäßige Wehen hat, liegt auf dem Bett. So wie alle Frauen während der EP und AP. Falls die Wehen zu schwach sind, werden die Frauen angehalten, spazierenzugehen. Die Hebamme steht den Frauen während der Pressphase bei.

Fatmata Bangoura ist eine 35jährige VIII-para. Sie hat siebenmal spontan geboren. Auch sie ist bereits seit dem Vorabend da. Sie hat eine Wehenschwäche und wirkt febril (Thermometer ist im Augenblick keines da), der Muttermund ist vollständig eröffnet, der Kopf ist noch hoch. Das Team entscheidet sich im Lauf des Morgens zur Sectio wegen Geburtsstillstand. Die Ärztin füllt ein Rezept aus und gibt dies dem Verwandten der Frau mit. Diese müssen jetzt zuerst das Geld auftreiben und anschliessend das Material für den Kaiserschnitt: ca. ein Dutzend Kompressen, 3 1/2-Liter-Infusionen, ein Infusionsbesteck, zwei Paar sterile Handschuhe, 10 Ampullen Syntocinon, 100 ml Betadine, Nahtmaterial, Spritzen und Nadeln. 12.00 Uhr. Das Material ist parat. Die Frau muss nun von der Maternité ins Hauptgebäude in den zweiten Stock laufen, in den Operationssaal. Dort bringt sie 13.00 Uhr per Kaiserschnitt einen Knaben zur Welt.

Das Kind lag in putridem Fruchtwasser. Er muss primär reanimiert werden, ohne Sugi, ohne Beutel. Mit einer Gaze putzt die Hebamme dem Neugeborenen das Gesicht und saugt es durch dieselbe Mund zu Mund ab. Dann bespritzt sie das Kind mit kaltem Wasser. So erholt es sich und atmet spontan.

Wir waschen das Kind und ziehen es an, dann bringen wir es auf die Wochenbettstation. Derweil kümmert sich die Narkoseärztin um die Maskennarkose der Mutter und um das ständige Umstecken der einen Infusion. Immer mit derselben Nadel.



Zwei Hebammen und eine Ärztin aus dem Team an der Arbeit.



Drei Neugeborene auf dem Allzweckpult: Da werden administrative Arbeiten erledigt, Medikamente gerichtet usw.

Zurück in den Gebärsaal. Mabinti Sylla hat mittlerweile geboren. Ich beobachte später, dass die übliche Geburtsstellung im flachen Liegen ist, wobei sich die Frauen selbst an den Fesseln halten.

Nach der Geburt wird die Tochter Mabintis von einer Gehilfin mit Kernseife und Stroh geschrubbt, eingepackt und auf den Arbeitstisch gelegt. Die Mutter hält erstmals das Kind bei der Entlassung auf dem Arm. Sie verlässt den Gebärsaal einige Stunden nach der Geburt.

Während meinem Aufenthalt in Donka sah ich nie, dass Medikamente unter der Geburt verabreicht wurden. Eine Frau erhielt nach einem septischen Spätabort eine Infusion mit Syntocinon und Antibiotika. Von allen Komplikationen werden Blutungen am meisten gefürchtet. Es gibt keine Medikamentenreserve im Gebärsaal oder auf den Abteilungen.

Um 16.00 Uhr beende ich den Dienst. Das war Alltag. Ich allerdings bin physisch und psychisch erschlagen. Das Wissen, das ich in zwei Semestern Ethnologiestudium erlangt habe, und meine Erfahrungen als Hebamme stimmen mich eher ratlos vor dieser Fremde. Die Herzlichkeit meiner Gastgeber hingegen baut mich wiederum auf. Bei allen Mitarbeitern der Maternité von Donka möchte ich mich dafür bedanken.

P.O. □