

# Aufbau einer Schwangerenberatung im Südsudan

**W. D. Schneeweiß**

## Einleitung

Die autonome Region Südsudan besteht größtenteils aus kleineren Streusiedlungen, in denen seßhafte Bauern und Viehzüchter leben. Während der Regenperiode wird Ackerbau betrieben. Bei Einsetzen der Dürre, wenn das Vieh nicht genügend Wasser bekommt, verlassen die Bauern ihre Dörfer und ziehen in sogenannte Cattlecamps am Nil, wo genügend Wasser und Futter für die Rinder vorhanden ist. Es bestehen nur vereinzelte größere Ortschaften, die durch relativ schlechte und in der Regenzeit nicht benützbare Straßen verbunden sind. Dadurch ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Dörfern bzw. Ortschaften außerordentlich schwierig. Es besteht auch keinerlei funktionierendes Transportsystem. Güter und Waren werden lediglich in der Trockenperiode, wenn die Straßen benützbar sind, auf Lastwagen transportiert. Die Einrichtung eines Autobusverkehrs existiert nicht. Von der Bevölkerung werden die meisten Strecken zu Fuß zurückgelegt, daher ist auch jedes Dorf in seiner Infrastruktur auf sich selbst angewiesen. Sippe und dörfliche Gemeinschaft sind auch die überwiegende soziale Struktur. Daher wird auch die Geburtshilfe fast ausschließlich (80–90%) von sogenannten traditional birth attendants (Abkürzung TBA) durchgeführt. Dies sind meist illiterate Personen, die sich der Geburtshilfe zuwenden, meist angeregt durch den Bedarf oder durch Mutter, Schwester oder Tante, die bereits praktische geburtshilfliche Erfahrung besitzen.

1921 haben sich zwei britische Diplom-Schwwestern, die Schwestern Wolff, dieser unbefriedigenden Situation angenommen und begonnen, Trainingskurse für die TBAs einzurichten. Diese Kurse dauerten vier Monate und bezogen sich auf praktische Geburtshilfe und einfache hygienische Maßnahmen. Ab 1930 wurde dieser Kurs auf acht Monate ausgedehnt und auch Hygiene, Babypflege, praenatale Betreuung der Schwangeren sowie Hausvisiten der Entbundenen gelehrt. Den Beginn dieser Aktivitäten setzten sie von Omdurman aus. Die Ausbildung verbreitete sich im Laufe der Zeit über das Land und 1976 gab es 18 Hebammenschulen im gesamten Sudan. 1967 wurde in Khartum ein Kurs für graduierte Schwestern eingerichtet, welcher ein Jahr dauerte und mit einem Staatsexamen abschloß. Die Absolventinnen dieses Kurses wurden als Hebammenlehrerinnen und leitende Hebammen und Schwestern in Krankenhäusern eingesetzt. Die Zahl der ausgebildeten Hebammen reicht aber bei weitem nicht aus, den Bedarf zu befriedigen.

1981 beteiligte ich mich als freier Mitarbeiter am Arbeitszentrum für Basishygiene in Entwicklungsländern (Hygieneinstitut Graz) an epidemiologischen Studien. Der Hauptort unserer Arbeit war Melut, ein ca. 4000 Einwohner zählendes Dorf in der oberen Nil-Provinz Südsudan. Dort gab es ein Krankenhaus, das im wesentlichen aus vier Betonblockbauten bestand, in welchem schwerkranke Patienten aufgenommen wurden. Außerdem gab es einen regen Ambulanzbetrieb, der von einer graduierten Schwester und Hebamme geleitet wurde. Es fehlten aber nahezu alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Meinem Fachgebiet entsprechend führte ich im

Rahmen der Basiserhebungen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung gynäkologische Untersuchungen mit Krebsabstrich bei 100 Frauen durch. Bei dieser Arbeit war die hohe Zahl der sekundären Sterilität bei der weiblichen Bevölkerung auffallend. Es gab unzählige Frauen, die nach der Geburt des ersten Kindes aufgrund einer puerperalen Infektion steril waren. Um die Katastrophe noch zu bereichern, verstarb häufig auch das erstgeborene Kind. Wenn man nun bedenkt, daß ein Mann in dieser Gegend ca. vierzig Rinder als Brautpreis bezahlen muß und seine junge Frau in der Hoffnung heimführt, möglichst viele Kinder von ihr zu bekommen, so kann man die menschliche Tragik einer solchen sterilen Frau ermessen. Ich wurde damals außerdem mit einer geburtshilflichen Komplikation konfrontiert. Es handelte sich um eine Bauersfrau, die nach tagelangem Fußmarsch mit einem aus Steißposition geborenen Kind, dessen Kopfwicklung jedoch nicht stattgefunden hatte, ins Krankenhaus kam. Zum Überfluß wurde von einer lokalen Hebamme auch noch der kindliche Rumpf abgetrennt. Im Krankenhaus Melut war keinerlei Instrumentarium, geschweige denn eine Narkose vorhanden, um diesen Fall lege artis beenden zu können. Durch einen Zufall konnte die Patientin per Flugzeug in ein größeres Krankenhaus gebracht werden, wo eine entsprechende operative Einrichtung vorhanden war. Nach Auswertung unserer Erhebungen wurde im Jahr 1983 nach entsprechend intensiver Vorplanung ein Projekt zur Verbesserung der Strukturen in und um das Krankenhaus eingeleitet. Meine Aufgaben dabei erstreckten sich vorwiegend auf mein Fachgebiet.

### **Methodik**

Das Ziel der Verbesserung der geburtshilflichen Situation war nur durch folgende Schritte zu erreichen:

1. Durch die Einrichtung einer Schwangerenberatung mit regelmäßigen Untersuchungen, bei denen geburtshilfliche Risiken erkannt werden sollen.
2. Training der lokalen geburtshilflich tätigen Personen, um diese Risiken zu erkennen.
3. Durch die Schaffung der Möglichkeit einer operativen Entbindung.
4. Durch Einführung von Maßnahmen für das Neugeborene und die Entbundene.

Zur Abdeckung der ersten Forderung wurde eine Schwangerenambulanz eingerichtet. Regelmäßige Schwangerenvorsorge wurde bis dato nicht betrieben, wengleich auch Schwangere hin und wieder die Hebamme zur Beratung aufsuchten. Es lagen auch keinerlei schriftliche Aufzeichnungen vor. Die leitende Schwester und Hebamme des Krankenhauses sowie eine Hebamme des Dorfes, welche nur eine praktische Ausbildung genossen hatte, jedoch über kein theoretisches Wissen verfügte und außerdem illiterat war, wurden in einem 14-tägigen Intensivkurs über die Methoden der Schwangerschaftsvorsorge und Erkennung der Risiken ausgebildet. Die diplomierte Hebamme des Krankenhauses wurde zusätzlich in einem vierwöchigen Intensivtraining an der Univ.-Frauenklinik in Graz mit allen modernen Methoden der Geburtshilfe und der praenatalen Diagnose sowie postpartalen Pflege des Neugeborenen vertraut gemacht, wobei besonders auf die im Südsudan praktikablen Methoden das Hauptaugenmerk gelegt wurde. Die primäre Ausbildung dieser Hebamme war hervorragend und ihre Aufnahmebereitschaft entsprechend gut.

Es wurde auch eine Ambulanzkarte, die in Anlehnung an den österreichischen Mutter-Kind-Paß geschaffen wurde, angelegt (Abb.). Natürlich mußte den lokalen Gegebenheiten und Möglichkeiten Rechnung getragen werden. Eine Körperwaage, ein Maßband zur Bestimmung des Leibumfanges sowie ein Beckenzirkel zur Messung der Beckendurchmesser, ein Blutdurchapparat und ein Holzstethoskop zum Abhören der kindlichen Herztöne wurde beigelegt. Zur Bestimmung von Albumen im Harn wurde

### HOSPITAL MELUT

Name: \_\_\_\_\_ age: \_\_\_\_\_ adress: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

pregnancy Nr.: \_\_\_\_\_ birth: \_\_\_\_\_ abortlon: \_\_\_\_\_ living children: \_\_\_\_\_

previous delivery abnormalities: \_\_\_\_\_

Existing diseases: \_\_\_\_\_

L.M.P. \_\_\_\_\_ date of childbirth: \_\_\_\_\_ Blood Group: \_\_\_\_\_

pelvis: \_\_\_\_\_

Date					
week of gestation					
weight					
Blood pressure					
Urin					
RBC					
abd. circumference					
Fundus uteri					
Position					
exam					
fetal HT					

Complaints					
Medication					

Outcome of pregnancy

Spont. delivery

child: sex \_\_\_\_\_ living \_\_\_\_\_ weight \_\_\_\_\_ length \_\_\_\_\_

**معونة اس - اى - سى - S.I.C.-AID**

Koralpendruckerei/Deutschlandsberg/Austria — BasicHygiene Project, Hygiene Institute, University, Graz, Austria/Schneeweiß/Mother Child Program

Sulfosalizylsäure verwendet, zur Glykosebestimmung ein Teststreifen. Die Bestimmung des roten Blutbildes wird erst nach entsprechendem Training vom Laborpersonal möglich sein. Die Leopold'schen Handgriffe zur Lagebestimmung des Kindes wurden gelehrt. Die Kontrollen der Schwangeren erfolgen nun in ca. vierwöchigen Abständen. Wesentliche Komplikationsmöglichkeiten können durch diese einfachen Methoden nun erkannt werden. So werden durch Beckenmessungen verengte Becken erkannt, Lageanomalien rechtzeitig aufgedeckt und durch Gewichtskontrollen, die Laborparameter und die Blutdruckkontrollen interne Erkrankungen der Schwangeren rechtzeitig erkannt. Das Ziel dieser Untersuchungen sollte sein, Risikopatienten herauszufiltern und die Entbindung im Krankenhaus durchzuführen. Eine Beckenendlagegeburt in der Eingeborenenhütte endet in der Regel mit dem Tod des Kindes, da eine kunstgerechte Entwicklung des Kopfes durch die TBA nicht erfolgen kann.

Die kontrollierten Schwangeren wurden auch in das Tetanusimpfprogramm integriert, das zur selben Zeit gestartet wurde. Dadurch werden sich auch die häufigen Fälle von Nabeltetanus des Neugeborenen vermeiden lassen.

Nachdem das Programm im Krankenhaus Melut gut angelaufen ist und von der Bevölkerung auch gut akzeptiert wurde, ist ein weiteres Ziel, die TBAs und Dorfhebammen zu Trainingskursen ins Krankenhaus zu bringen. Die stößt jedoch immer wieder auf größeren Widerstand und es besteht keine Möglichkeit zu zwingenden Verpflichtungen.

Als zwingende Konsequenz der Einrichtung einer Schwangerenambulanz zur Erkennung von Risikofällen mußte die Möglichkeit geschaffen werden, im Krankenhaus auf diese Geburten apparativ eingerichtet zu sein. Deshalb wurde zur gleicher Zeit ein Eingriffsraum mit der Möglichkeit von vaginalen operativen Entbindungen errichtet. Es besteht nun die Möglichkeit, für BEL-Geburten, Zangenentbindungen sowie zur Craniotomie und Embryotomie bei geburtsunmöglichen Situationen das Leben der Mutter zu retten. Für diese Operationen wurde auch das entsprechende Narkosenmaterial sowohl für lokale als auch Allgemeinanästhesie zur Verfügung gestellt. Schnittentbindungen zur Rettung des Kindes können derzeit in Ermangelung eines qualifizierten Arztes nicht durchgeführt werden. Auch die postoperative Behandlung nach Schnittentbindung ist derzeit nicht gewährleistet. Bei rechtzeitiger Erkennung eines Risikos, das zur Sectio führen muß (z. B. verengtes Becken), kann die Schwangere in ein Krankenhaus, das eine Tagesreise entfernt ist, überwiesen werden, wo diese Operation möglich ist. Die postpartale Phase wurde durch einfache Maßnahmen verbessert. Die Crede'sche Prophylaxe wurde eingeführt, um kindliche Augeninfektionen durch die Mutter sub partu zu verhindern. Die Hebammenkoffer der örtlichen Hebammen wurden mit Topffläschchen mit Silberazetat ausgestattet. Desgleichen wurden einfache mit dem Mund zu bedienende Absauger zur Reinigung der kindlichen Atemwege post partum zur Verfügung gestellt. Da Mastitiden post partum eine relativ häufige Komplikation darstellten, wurde eine entsprechende Brustpflege gelehrt und außerdem einfache Glasflaschen mit Ballon zum Absaugen der Brüste eingeführt.

### *Eigene Erfahrungen*

Als Ergebnis unserer Einführungen kann zurzeit nur berichtet werden, daß sie von der Bevölkerung gut aufgenommen wurden und daß sämtliche Schwangeren des Dorfes in der Ambulanz betreut werden. Außerdem werden die schwangeren Frauen aus den umliegenden Militärcamps ebenfalls zur Untersuchung gebracht. Eine statistische Auswertung wird erst Anfang des nächsten Jahres möglich sein, wenn entsprechendes Material in Form unserer Ambulanzkarten ausgewertet wird. Zwei Risikoschwangeren

gere, die während meines Aufenthaltes als solche erkannt wurden, und zwar ein Partus praematurus bei einer jungen Erstgebärenden mit genitaler Mißbildung sowie eine Beckenendlagengeburt konnten von mir direkt geleitet und als Lehrgeburten demonstriert werden.

### **Diskussion und Zusammenfassung**

Wie bereits bekannt, kann man die perinatale Mortalität von Kindern und die peripartale Mortalität von Frauen nur dann senken, wenn man durch entsprechende Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen Risiken der Schwangerschaft erkennt und solche Risikofälle in entsprechenden Institutionen behandelt und entbindet. Es wurde hier gezeigt, wie man mit z. T. einfachen Maßnahmen und Schulung die geburtshilfliche Situation in einem Entwicklungsland lokal verbessern konnte durch Einführung einer Schwangerenambulanz und Schaffung der Möglichkeit, Risikogeburten im vorhandenen Krankenhaus entsprechend durchzuführen.

### **Summary**

Establishment of a Prenatal care unit in Southsudan

To improve the perinatal situation for mother and child, a prenatal care unit was established in a rural hospital in Southsudan. Dealing with midwifery in Sudan a newly introduced training program for the local, village midwives should help them to screen out high risk patients and to transfer them to the hospital for delivery. To guarantee a proper delivery an operative unit was built and equipped in addition.

### **Literatur**

- EL HAKIM, S. Y. (1982): Replacing TBAs by Village Midwives, Supplement II: Traditional Birth Attendants, World Health Organisation, Geneva, p: 19–20.
- EL HAKIM, S. Y. (1981): Village midwives in Sudan, Supplement I: Traditional Birth Attendants, World Health Organisation, Geneva, p. 9.
- NAISHO, J. (1982): Health care for women in Sudan World health forum, 3 (2): 164–165.
- BELLA, H. (1980): Sudanese part-time village health workers. IPPF Medical Bulletin, Vol. 14, Nr. 1, 3pp.
- BAYOUMI, A. (1979): The History of Sudan Health Services, Kenya Literature Bureau, Nairobi.

### **ANSCHRIFT DES AUTORS:**

Dr. W. D. Schneeweiß  
Geburtshilfl.-gynäkolog. Univ.-Klinik  
Auenbruggerplatz 14  
8036 Graz

# ZOBODAT - [www.zobodat.at](http://www.zobodat.at)

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1984

Band/Volume: [6](#)

Autor(en)/Author(s): Schneeweiß W. D.

Artikel/Article: [Aufbau einer Schwangerenberatung im Südsudan. 121-125](#)