

Karin M. Buchs

# Tamilische Frauen in der Schweizer Geburtshilfe

Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention  
pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit  
Berücksichtigung kulturspezifischer Ressourcen

Karin M. Buchs

# Tamilische Frauen in der Schweizer Geburtshilfe

Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention pathologischer  
Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Berücksichtigung  
kulturspezifischer Ressourcen

1998

# Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern

Herausgegeben von:

Wolfgang Marschall

Corina Salis Gross

Jürg Schneider

Institut für Ethnologie

Länggassstr. 49A, CH-3000 Bern 9, Schweiz

Fax +41 31 631 42 12

ISBN 3-906465-17-9

© Karin M. Buchs und Institut für Ethnologie der Universität Bern

URL: [http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB17\\_Buc.pdf](http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB17_Buc.pdf)

This is the electronic edition of Karin M. Buchs "Tamilische Frauen in der schweizer Geburtshilfe. Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Berücksichtigung kulturspezifischer Ressourcen", Arbeitsblätter Nr. 17, Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern 1998

ISBN 3-906465-17-9

Electronically published August 23, 2001

© Karin M. Buchs und Institut für Ethnologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Ethnologie. Otherwise I encourage you to share this work widely and to link freely to it.

#### Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact: [information@ethno.unibe.ch](mailto:information@ethno.unibe.ch)

# Inhaltsverzeichnis

---

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| Vorwort   |   | 1         |
| <b>1.</b> | <b><u>ZIEL UND METHODIK</u></b>   | <b>3</b>  |
| 1.1       | Einleitung  |           |
| 1.2       | Ziel  | 4         |
| 1.2.1     | Ausgangslage  |           |
| 1.2.2     | Fragestellung   |           |
|           | a) <i>Welche Komplikationen treten bei tamilischen Frauen während Schwangerschaft und Geburt gehäuft auf?</i> |           |
|           | b) <i>Welches sind mögliche Ursachen der gehäuften Komplikationen?</i>  |           |
|           | c) <i>Welche Möglichkeiten der Prävention bestehen?</i>   | 5         |
| 1.3       | Methodik  | 7         |
| 1.3.1     | Konkrete Vorgehensweise   |           |
| 1.3.2     | Literaturverarbeitung   |           |
| 1.3.3     | Interviews  |           |
|           | a) <i>Qualitative Interviews</i>  |           |
|           | b) <i>Persönliche Mitteilungen</i>  | 8         |
| 1.3.4     | Empirische Erhebung   |           |
|           | a) <i>Ziel und Methodik</i>   |           |
|           | b) <i>Das Sample</i>  | 9         |
| <b>2.</b> | <b><u>ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG</u></b>   | <b>13</b> |
| 2.1       | Schwangerschafts- und Geburtsverlauf  |           |
| 2.1.1     | Schwangerschaft   |           |
|           | a) <i>Beschwerden, die gehäuft auftreten</i>  |           |
|           | b) <i>Schwangerschaftserbrechen</i>   | 15        |
|           | c) <i>Sonstige Beschwerden</i>  |           |
| 2.1.2     | Geburt  | 16        |
|           | a) <i>Geburtsdauer</i>  |           |
|           | b) <i>Frühgeburten</i>  | 18        |
|           | c) <i>Eingriffe und Komplikationen unter der Geburt</i>   | 19        |
| 2.2       | Mögliche Ursachen und Hintergründe  | 21        |
| 2.2.1     | Der kulturelle Aspekte  |           |
| 2.2.2     | Biographie der Frauen   | 22        |
| 2.2.3     | Sozioökonomische Bedingungen und soziale Stellung   | 23        |
|           | a) <i>Unsicherer Status</i>   |           |
|           | b) <i>Tiefe soziale Stellung und finanzielle Schwierigkeiten</i>  | 24        |
|           | c) <i>Isolation</i>   | 25        |
|           | d) <i>Heiratsbedingter Rollenwechsel</i>  | 26        |
| 2.2.4     | Einstellung zur Schwangerschaft   | 28        |
| 2.2.5     | Angst und Unsicherheit  | 29        |
| 2.2.6     | Erfahrung mit früheren Schwangerschaften  | 30        |
| 2.2.7     | Schwangerschaftsverlauf und Geburtskomplikationen   | 31        |
| 2.2.8     | Geburtsgewicht und -größe   | 32        |
|           | a) <i>Ernährung</i>   | 33        |
|           | b) <i>Arbeit und physische Betätigung während der Schwangerschaft</i>   | 34        |
| 2.2.9     | Verhalten unter der Geburt  |           |
|           | a) <i>Angst im Gebärsaal</i>  | 36        |
|           | b) <i>Schmerzäußerung</i>   |           |
|           | c) <i>Kommunikationsschwierigkeiten im Gebärsaal</i>  | 37        |
| 2.2.10    | Anwesenheit des Ehemannes bei der Geburt  |           |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 2.3       | Nutzung der Vorsorgeangebote                                   | 40        |
| 2.3.1     | Schwangerschaftsuntersuchung                                   |           |
|           | a) Kontrollen  |           |
|           | b) Wünsche der Frauen bezüglich der Kontrollen                 |           |
|           | c) Begleitung zu den Kontrollen durch den Ehemann              | 41        |
| 2.3.2     | Sprachliche Verständigung                                      | 42        |
| 2.3.3     | Geburtsvorbereitung  | 43        |
| 2.3.4     | Nutzung der tamilischen Sprechstunden im Frauenspital          | 44        |
| 2.3.5     | Information aus Sri Lanka                                      | 45        |
|           | a) Beratungsstelle Mutter                                      |           |
|           | b) Der Ehemann als Mutterersatz                                | 46        |
| 2.4       | Ernährung  | 47        |
| 2.4.1     | Die Ernährung im Exil  |           |
| 2.4.2     | Traditionelle Nahrungsvorschriften während der Schwangerschaft |           |
| 2.4.3     | Auswirkung der Ernährungsweise auf Schwangerschaft und Geburt  | 49        |
|           | a) Schwangerschaftsdiabetes                                    |           |
|           | b) Geburtsgewicht  | 50        |
|           | c) Traditionelle Nahrungsvorschriften                          |           |
| 2.5       | Nach der Geburt  | 51        |
| 2.5.1     | 31 Tage zu Hause?  |           |
| 2.5.2     | Das Erlernen der Säuglingspflege                               |           |
|           | a) Nutzung der Mütterberatungsstelle                           | 52        |
| 2.6       | Stillen  | 54        |
| 2.6.1     | Die Bedeutung des Stillens                                     |           |
|           | a) Stilldauer  |           |
| 2.6.2     | Stillprobleme  | 55        |
|           | a) Zu wenig Milch  | 56        |
|           | b) Mastitis puerperalis  | 57        |
|           | c) Zu viel Milch   |           |
|           | d) Das Kind trinkt nicht                                       |           |
|           | e) Weitere Ursachen für Stillprobleme                          |           |
| 2.6.3     | Schwangerschaftsverlauf und Stillprobleme                      | 58        |
| 2.7       | Gebären in der Schweiz   | 59        |
| 2.8       | Präventionsmöglichkeiten                                       | 61        |
| 2.8.1     | Soziale Rahmenbedingung  |           |
| 2.8.2     | Bessere Information  |           |
|           | a) Zweck der Information                                       |           |
|           | b) Möglichkeiten der Informationszufuhr                        | 62        |
|           | c) Das Konzept der Multiplikation                              | 63        |
| 2.8.3     | Schwangerschaftsbetreuung                                      |           |
| 2.8.4     | Ernährungsberatung   | 65        |
| 2.8.5     | Einsatz einer Dolmetscherin - ja oder nein?                    |           |
| 2.8.6     | Mögliche Massnahmen durch das medizinische Personal            | 62        |
| 2.8.7     | Frauentreffpunkte  | 67        |
| 2.8.8     | Probleme der Projektbildung                                    | 68        |
| <b>3.</b> | <b>ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSEFOLGERUNGEN</b>                 | <b>71</b> |
| 3.1       | Zusammenfassung  |           |
| 3.1.1     | Zusammenfassung der Ergebnisse                                 |           |
| 3.1.2     | Rückblick auf die Ausgangsthesen                               | 72        |
|           | a) Migration   |           |
|           | b) Informationsmangel  |           |
|           | c) Kultureller Aspekt  | 73        |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.2   | Empfehlungen   | 75 |
| 3.2.1 | Möglichkeiten der Informationszufuhr   |    |
|       | a) Broschüren  |    |
|       | b) Import von Büchern  |    |
|       | c) Artikel in tamilischen Zeitungen  |    |
|       | d) MultiplikatorInnen  |    |
| 3.2.2 | Empfehlungen für den täglichen Kontakt mit tamilischen Frauen<br>in der Geburtshilfe | 76 |
|       | a) Bessere Information über Institutionen und Möglichkeiten                          |    |
|       | b) Ernährungsberatung  | 76 |
|       | c) Übersetzung   |    |
|       | d) Sprachlicher Umgang   | 77 |
| 3.2.3 | Einsatz von MediatorInnen  |    |
| 3.2.4 | Weiterbildungskurse für das medizinische Personal                                    |    |
| 3.3   | Forschungsbedarf   | 79 |
|       | Bibliographie  | 81 |

## **ANHANG**

### Fragebogen 1:

Für Frauen bestimmt, die nur in der Schweiz geboren haben.

### Fragebogen 2:

Für Frauen bestimmt, die mindestens ein Kind in Sri Lanka geboren haben.

## VORWORT

---

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um einen überarbeiteten Ausschnitt aus meiner Lizentiatsarbeit, die ich 1996 unter dem Titel 'Schwangerschaft und Geburt im Exil - am Beispiel tamilischer Frauen in der Schweiz' am Institut für Ethnologie der Universität Bern eingereicht habe.

In einer Spezialausgabe der Zeitschrift INFOLANKA zum Thema Frauen in der tamilischen Kultur, im Herbst 1993 herausgegeben, las ich erstmals, dass tamilische Frauen in der Schweiz überdurchschnittlich häufig operativ entbunden werden müssen. Später erfuhr ich von einer Bekannten, welche tamilischen Frauen Deutschunterricht erteilt hatte, dass 'ihre' Tamilinnen ebenfalls schwierige Geburten (Schnittentbindungen, Zangengeburt etc.) gehabt hätten. Überdies musste sie mit Erstaunen feststellen, dass die Frauen mit ihren Neugeborenen überfordert waren, da sie sich in der Säuglingspflege nicht auszukennen schienen und sich mit dem Stillen nicht zurechtfinden.

Ich begann mich für das Thema zu interessieren und entschloss mich, in meiner Lizentiatsarbeit der Frage nachzugehen, weshalb Tamilinnen überdurchschnittlich häufig Komplikationen unter der Geburt aufweisen und welche Präventionsmöglichkeiten allenfalls eingesetzt werden könnten. Auf der Suche nach Informationsmaterial musste ich feststellen, dass die tamilischen Frauen in der Schweizer Geburtshilfe als ein 'grosses Problem' betrachtet werden und dass dieses 'Problem' weit über die hohe Rate an operativen Entbindungen hinausgeht. Literatur und Informationsmaterial zu dieser Thematik waren hingegen rar, so dass es mir vorerst schwierig schien, diese Arbeit zu verwirklichen.

Mit Hilfe von Mitstudentinnen und Bekannten konnte ich dann doch einige dienliche Informationen zusammentragen. Ich möchte an dieser Stelle all jenen für diese Hilfe danken. Danken möchte ich auch der Arbeitsgruppe 'Migration und Gesundheit' am Institut für Ethnologie in Bern, die mich beim Vorgehen beraten und durch Ihre Kritik zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Ganz besonderer Dank gilt den Tamilinnen und Tamilen, die mich beim Verteilen der Fragebogen für die schriftliche Erhebung unterstützt haben, und den Frauen, welche diese Fragebogen mit grosser Sorgfalt ausgefüllt haben. Zuletzt möchte ich den tamilischen und schweizerischen Frauen danken, die sich die Zeit genommen haben, mit mir ein Gespräch zu führen.

In dieser Arbeit werde ich die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Untersuchung vorstellen und meine Schlussfolgerungen darlegen. In der Lizentiatsarbeit wurden medizinethnologische Ansätze zu den Themen Migration und Gesundheit sowie zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus interkultureller Sicht behandelt. Zudem ging ich näher auf die tamilische Kultur in Sri Lanka ein, insbesondere auf die Stellung und Lebensphasen der Frauen, die ayurvedische Medizin und die srilankische Geburtshilfe. Diese Kapitel konnten nicht in die vorliegende Arbeit aufgenommen werden.



# 1. ZIEL UND METHODIK

---

## 1.1 EINLEITUNG

Im deutschsprachigen Raum lag der Schwerpunkt der Migrationsforschung bis in die 70er Jahre hauptsächlich in Untersuchungen zur Situation von Gastarbeitern, wobei weder nach Nationalität noch nach Geschlecht unterschieden wurde (Berg 1995: 46). Frauenspezifische Aspekte blieben somit unberücksichtigt. Erst in den 70er Jahren begann das Interesse an der spezifischen Situation von Migrantinnen zu wachsen, doch beschränkte sich die Forschungsprävalenz vorerst auf den Bereich der Reproduktion, weil Ausländerinnen zum Sorgenkind der hiesigen Geburtshilfe avancierten. Später wurde auch der geschlechtsspezifischen Migrations- und Trennungserfahrung sowie der sozialen Situation und dem gesundheitlichen Zustand der Frauen grössere Bedeutung beigemessen (Zink/Korporal 1990: 29). Dabei wird weitgehend von einem defizitären Bild der ausländischen Frau ausgegangen, welches auf der Annahme zwangsläufiger Integrationsschwierigkeiten und Kulturschock basiert. Kulturelle Unterschiede werden somit in den Vordergrund gerückt, wodurch der Eindruck entsteht, dass sich zwei statische und miteinander unvereinbare Kulturen gegenüberstehen. Dieser Ansatz übergeht einerseits die sozialen Bedingungen, welche die Frauen im Aufnahmeland vorfinden - ein Aspekt, welcher die Auseinandersetzung mit der eigenen Ausländerpolitik erfordert -, andererseits aber auch die Ressourcen der Frauen, mit welchen sie die neuen Anforderungen bewältigen. In diesem Zusammenhang wird gefordert, dass Migrantinnen, im besonderen Flüchtlinge, welche im Aufnahmeland einer strengen Bevormundung und zwangsbedingten Fürsorge unterliegen, mehr zur Gestaltung ihres Lebens im Exil beitragen können sollten. Zwar geniesst diese Forderung allgemeine Anerkennung, doch in der Praxis ergeben sich diesbezüglich Schwierigkeiten. Indra (1989) macht hier auf Probleme aufmerksam, die sich besonders für Frauen ergeben. So hätten viele Frauen keine Erfahrung im Umgang mit öffentlichen Stellen oder verfügten nicht über genügend gute Sprachkenntnisse, um sich mit der Bürokratie herumschlagen zu können, weshalb sie auf äussere Hilfe angewiesen seien. Zudem sei die hiesige Bürokratie patriarchal strukturiert und werde deshalb frauenspezifischen Fragen nicht gerecht (226). Somit ist eine Umstrukturierung der bestehenden Institutionen oder die Errichtung neuer Institutionen mit der Situation angepassten Strukturen erforderlich.

Zuerst müssen die Bedürfnisse der Migrantinnen eruiert werden, um adäquate Einrichtungen zu ermöglichen, die diesen Rechnung tragen. Dies setzt die Bereitschaft zur Zusammenarbeit voraus, was bedeutet, dass die Migrantinnen der Opferrolle enthoben werden müssen. Eine effiziente Zusammenarbeit kann nur erreicht werden, wenn eine kritische Betrachtung der eigenen Verhaltensstrategien und Denkstrukturen gegeben ist. Ansonsten bleiben Bevormundung und Fremdbestimmung unwillkürlich bestehen.

## 1.2 ZIEL

### 1.2.1 Ausgangslage

Seit Beginn der 80er Jahre kommen tamilische Asylsuchende nach Europa resp. in die Schweiz, um dem Bürgerkrieg in Sri Lanka zu entfliehen. Waren es vorerst hauptsächlich Männer, die in der Schweiz um Asyl suchten, kommen seit Ende der 80er Jahre immer häufiger auch Frauen, meistens um hier wieder mit ihrem Ehemann zusammenzuleben oder um zu heiraten. Über die in der Schweiz lebenden TamilInnen ist nur sehr wenig bekannt, da sie bisher kaum Gegenstand wissenschaftlichen Interesses waren. Dies mag daran liegen, dass sie im Vergleich zu anderen Migrationsgruppen eine relativ kleine Gemeinschaft bilden.

Tamilische Frauen sind vor allem im Bereich der Geburtshilfe zum Thema geworden. Nach Aussagen von Ärztinnen und Hebammen leiden sie in der Schweiz gehäuft unter Schwangerschaftsbeschwerden und weisen eine überdurchschnittlich hohe Rate an operativen Entbindungen auf. Fundierte Studien, welche diese Feststellung verifizieren und Erklärungen liefern können, fehlen. Infolgedessen wurden bisher auch keine Anstrengungen zur Intervention unternommen.

In dieser Arbeit möchte ich dieser Problematik nachgehen. Es ist mir dabei wichtig, sowohl die Erklärungsansätze des medizinischen Personals als auch jene der tamilischen Frauen einzubringen, wobei die Arbeit wesentlich den Standpunkt der Tamilinnen darlegen soll, dies mit dem Ziel, adäquate Massnahmen für die Prävention pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe zu formulieren, welche den Bedürfnissen der tamilischen Frauen angepasst sind.

### 1.2.2 Fragestellung

Folgende Fragen sollen in dieser Arbeit untersucht werden:

- Welche Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtskomplikationen treten bei tamilischen Frauen gehäuft auf?
- Welches sind deren Ursachen?
- Welche konkreten Massnahmen könnten solche Beschwerden und Komplikationen präventiv verhindern?

#### **a) Welche Komplikationen treten bei tamilischen Frauen während Schwangerschaft und Geburt gehäuft auf?**

Erst wenn wir die konkreten Probleme kennen, können wir uns mit der Frage auseinandersetzen, welche Ursachen diese auslösen und wie sie zu verhindern sind. Es ist deshalb wichtig, die spezifischen Beschwerden und Komplikationen, die gehäuft auftreten, sowie deren Auslöser zu erfassen.

#### **b) Welches sind mögliche Ursachen der gehäuften Komplikationen?**

Beschwerden haben unterschiedliche Ursachen. Es gilt die verschiedenen möglichen Variablen herauszuarbeiten und sie miteinander zu vergleichen. Wir müssen dabei aufpassen, dass wir keine Stereotypen entwickeln, die auf jede Tamilin Anwendung findet. Jede Frau hat ihre eigene Biographie. In einer solchen Studie ist es jedoch schwierig, die Vergangenheit jeder einzelnen Frau zu berücksichtigen, besonders da tamilische Frauen in Anwesenheit Fremder oft nicht gerne über sich und ihr Leben sprechen. Ich bin deshalb darauf angewiesen bis zu einem gewissen Grad von einer gemeinsamen Basis auszugehen. Ich beziehe dabei folgende Punkte ein: die

Migrationssituation, den Informationsmangel - bezogen auf die spezielle Situation der Schwangerschaft und der Geburt - und den kulturellen Aspekt.

#### Migration

Die Gründe, die zum Verlassen der Heimat geführt haben, die mit der Migration verbundenen Verluste (Familie, Status) und die sich ergebenden Schwierigkeiten beim Versuch, sich im Aufnahmeland zu integrieren, können eine starke psychische Belastung bedeuten. Es wird allgemein davon ausgegangen, dass Frauen, die in der Schweiz regelmäßigen Kontakt zu Verwandten pflegen, sich in der Schweiz integriert haben und die Sprache gut beherrschen, ihre Situation besser zu bewältigen verstehen als andere. Dieser Behauptung möchte ich nachgehen. Mein Interesse gilt deshalb besonders der sozialen Situation der Frauen in der Schweiz.

#### Informationsmangel

Dieser Punkt beinhaltet die Frage, was tamilische Frauen über Schwangerschaft und Geburt wissen, bevor sie selber schwanger werden, ob die Informationszufuhr, die sie während der Kontrollen erhalten, genügen und inwieweit sie von Ihrer Mutter oder einer anderen Verwandten brieflich oder telefonisch unterrichtet werden, wie sie sich in dieser Situation zu verhalten haben. Dabei ist es auch interessant, die Mechanismen der Informationszufuhr, wie sie in Sri Lanka üblich ist, herauszuarbeiten. In diesen Bereich gehört aber auch die Frage, wie stark die Frauen von Angeboten wie Kontrollen (Untersuchungen, Ultraschall etc.), Geburtsvorbereitungskursen oder Sprechstunden in tamilischer Sprache Gebrauch machen.

#### Kulturelle Unterschiede

Es ist sicherlich wichtig, die tamilische Kultur an sich, die Stellung der Frau und die Bedeutung der Mutterschaft in dieser Kultur zu verstehen, denn dadurch lässt sich erkennen, dass viele besonders psychosomatische Ursachen, die auf SchweizerInnen oft zutreffen, für Tamilinnen nicht in Frage kommen. Vice versa gibt diese Kenntnis auch Aufschluss über Probleme, die bei uns nicht üblich sind und deshalb als Möglichkeit gar nicht erst in Betracht gezogen werden. Trotzdem ist es gefährlich, sich zu stark auf die Kultur und deren Unterschiede zu der unseren zu versteifen. Bevor wir kulturelle Unterschiede als Ursache für eine bestehende Komplikation interpretieren, müssen wir uns darüber bewusst werden, dass viele Frauen sich auch in Sri Lanka nicht an traditionelle Verhaltensweisen halten oder sich in der Schweiz nicht mehr an diese halten wollen. Die Kultur kann jedoch indirekte Ursache sein, nämlich dann, wenn Schwierigkeiten der kulturellen Anpassung zu psychischer Belastung führen, die bestimmte Beschwerden begünstigen.

Es gibt aber Verhaltensweisen, die kulturspezifisch sind und die zu kennen, eine bessere Schwangerschaftsberatung ermöglicht. Dazu gehören zum Beispiel Methoden der Kontrolle oder Essensvorschriften, die von der ayurvedischen Philosophie abgeleitet werden.

Kenntnisse über die Kultur können die Beziehung zwischen Frauen und Personal vertrauter machen. Oft belasten Missverständnisse dieses Verhältnis und führen zu Misstrauen auf beiden Seiten.

#### **c) Welche Möglichkeiten der Prävention bestehen?**

Aufgrund des bisher Gesagten lassen sich drei Hypothesen aufstellen, welche in dieser Arbeit geprüft werden sollen:

- Die sozialen Bedingungen wirken sich wesentlich auf den Verlauf der Schwangerschaft aus.

- Tamilische Frauen sind schlechter informiert als SchweizerInnen, was den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf negativ beeinflusst.
- Kulturelle Unterschiede wirken sich nicht zwangsläufig auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf aus, können diese jedoch indirekt beeinflussen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit ermöglichen eine Zusammenstellung präventiver Massnahmen, die im wesentlichen auf diesen drei Hypothesen basieren. Sollten sich die Hypothesen bestätigen, müsste die Prävention folgende Aufgaben erfüllen:

- Bessere soziale Bedingungen schaffen. Dies nicht erst nach Eintreten der Schwangerschaft, sondern schon nach Ankunft in der Schweiz.
- Bessere Informationsmöglichkeiten entwickeln, die den Ansprüchen der tamilischen Frauen angepasst sind.
- Sensibilisierung des medizinischen Personals für kulturelle Unterschiede.

Es gilt zu berücksichtigen, dass dies nur einige mögliche Aspekte sind. D.h. auch wenn diese Bedingungen geschaffen sind, ist der problemfreie Schwangerschaftsverlauf nicht garantiert.

## 1.3 METHODIK

### 1.3.1 Konkrete Vorgehensweise

- In einem ersten Schritt soll durch qualitative mündliche und quantitative schriftliche Interviews das Problemfeld eruiert werden. Dabei werden ganz konkrete Komplikationen, die bei tamilischen Frauen gehäuft auftreten, herausgearbeitet.
- Aus der Literatur werden die in der 'westlichen' Schulmedizin üblichen Ursachenerklärungen für diese Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtskomplikationen herausgearbeitet. Die qualitativen Interviews mit medizinischem Personal werden ergänzend beigezogen.
- Mittels der schriftlichen Erhebung, welche bei tamilischen Frauen in Bern durchgeführt wird, soll untersucht werden, ob und wann ja inwieweit sich diese Erklärungsansätze auf die tamilischen Frauen übertragen lassen und welche möglichen Ursachen andernfalls bestehen.
- Welfer sollen Verhaltensweisen der Tamilinnen während der Gravidität, Gefühle im Gebärssaal, persönliche Bemerkungen und Wünsche sowie Aussagen des medizinischen Personals dazu dienen, konkrete Massnahmen zur Behebung des anfangs herausgearbeiteten Problemfeldes zu formulieren.

### 1.3.2 Literaturverarbeitung

Ein grosser Teil meiner Lizentiatsarbeit basiert auf Literatur. Diese diene hauptsächlich der theoretischen Grundlage, sollte aber auch Antworten auf die vorliegenden Fragen geben. Was das Thema Tamilinnen während Schwangerschaft und Geburt betrifft, war ich aufgrund mangelnder Literatur auf zusätzliche Informationen, die sich auf Tamil Nadu (Südindien) beschränken, angewiesen. Mit Hilfe der Interviews sowie der empirischen Erhebung war es mir jedoch möglich, die Traditionen der srilankischen Tamilinnen herauszuarbeiten. Die am Ende dieser Arbeit aufgeführte Bibliographie enthält die gesamte für die Lizentiatsarbeit angewandte Literatur.<sup>1</sup>

### 1.3.3 Interviews

#### a) *Qualitative Interviews*

Um die Lücken jener Kapitel zu füllen, die vornehmlich auf Literatur basieren, als Einblick in jene Gebiete, über die keine Literatur existiert und zur Ergänzung der empirischen Erhebung habe ich Interviews mit tamilischen Müttern und mit medizinischem Personal durchgeführt. Es handelt sich um halbstandardisierte Interviews, die zum Ziel hatten, spezielle Verhaltensweisen, Probleme und deren Ursachen, die typisch für tamilische Frauen sind, aber auch die Einstellung des Personals gegenüber den tamilischen Frauen sowie deren kulturelles Verständnis herauszuarbeiten. Folgende Personen wurden befragt:

- Frau K. Maheswary<sup>2</sup>, Frau M. Mallika und Frau N. Santhi sind tamilische Mütter, die alle drei im Kanton Zug leben. Sie waren bereit, mir ein Interview zu geben, das

<sup>1</sup> Bezüglich der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Literatur vgl. die Literaturangaben im Text.

<sup>2</sup> Die Namen aller von mir interviewten Frauen wurden zur Bewahrung der Anonymität geändert. In Sri Lanka gibt es keine Nachnamen. In der Regel werden Personen nicht mit 'Frau' oder 'Herr' angesprochen, sondern lediglich mit dem Vornamen. Bei Gebrauch des Titels 'Frau', wird die Frau mit Vornamen des Vaters (wenn sie ledig ist) oder mit Vornamen ihres Ehemannes (wenn sie verheiratet ist) angesprochen. Ich bevorzuge die Anwendung weiblicher Namen und die übliche Schreibweise, bei welcher der erste

eine Schweizerin für mich arrangiert hatte, welche die drei Frauen gut kennt und die bei den Interviews anwesend war. Bei Frau K. Maheswary war der Ehemann und bei Frau N. Santhi der Schwager anwesend. Beide waren bei der Übersetzung behilflich. Inwieweit sich die Anwesenheit der beiden Männer störend ausgewirkt hat, ist kaum abzuschätzen, die beiden Frauen schienen offen zu antworten. Frau M. Mallika war mit ihren Kindern alleine zu Hause, als wir kamen.

- Mit Frau D. Yogeswary einer in Bern lebenden tamilischen Mutter führte ich eher ein Gespräch als ein Interview. Sie ist Krankenschwester und Hebamme und hat in der Schweiz zwei Kinder geboren.
- Frau S. Thewi ist Mutter zweier Kinder. Ihr erstes Kind wurde in Sri Lanka geboren, das zweite in der Schweiz. In der Schweiz begleitet sie häufig tamilische Frauen zu Untersuchungen und zur Geburt, um für sie zu übersetzen.
- Frau Wüthrich war Höfischwester beim Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne, wo sie auf der Wochenbettstation gearbeitet hat.
- Frau Zimmermann ist Hebamme an der Poliklinik in Bern. Sie übernimmt oft die Betreuung tamilischer Frauen.
- Frau Holzer ist ebenfalls Hebamme am Frauenspital in Bern, arbeitet jedoch im Gebärsaal.
- Frau Sommer ist Ärztin in einer Privatpraxis in Bern und betreut öfters Tamilinnen während der Schwangerschaft.

#### **b) Persönliche Mitteilungen**

Ich werde auch Informationen einbringen, die ich unabhängig von dieser Arbeit von Personen erhalten habe, die nicht interviewt wurden. Diese Informationen werde ich speziell vermerken.

### **1.3.4 Empirische Erhebung**

#### **a) Ziel und Methodik**

Um Massnahmen zur Prävention von Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtskomplikationen ergreifen zu können, ist es notwendig, die Art dieser Störungen zu kennen und deren Ursachen zu eruieren. Zu diesem Zweck habe ich im Raume Bern eine schriftliche Umfrage bei tamilischen Frauen durchgeführt. Die von mir erstellten Fragebogen wurden durch zwei Tamilinnen, zwei TAMILIEN und drei Schweizerinnen an ihnen bekannte Frauen verteilt, eingesammelt und mir zurückgegeben<sup>3</sup>. Diese Vorgehensweise schien mir sinnvoll, nachdem die Erfahrung gezeigt hatte, dass das Verschicken an fremde Personen, eine sehr geringe Rücklaufquote ergibt. Meine Vorstellung war, dass die Frauen diese Fragebogen eher ausfüllen würden, wenn sie diese von einer Vertrauensperson erhalten, was sich auch bestätigt hatte. Zudem ermöglichte diese Methode, bei den Frauen immer wieder nachzufragen; einige Fragebogen wurden erst nach vermehrter Nachfrage zurückgebracht. Aber die Verteilmethode hat sich nicht nur als erfolgreich gezeigt. Viele Frauen nahmen zwar einen Fragebogen entgegen, brachten ihn aber

---

Buchstabe des Ehemannes der Frau vor ihrem Namen angefügt wird. Trotzdem werde ich das Prädikat 'Frau' verwenden.

<sup>3</sup> Die Frauen verteilten die Fragebögen zum Teil weiter an ihnen bekannte Frauen, so dass ein Schneeballeffekt entstand.

unausgefüllt und meist ohne Kommentar wieder zurück. Einige Frauen schickten den ausgefüllten Fragebogen an eine falsche Person und wussten daraufhin nicht mehr an wen, so dass die Fragebogen verschwunden blieben. Auch das Misstrauen und die Angst konnte auf diese Weise nicht völlig beseitigt werden, befürchteten doch einige, dass sie nach Sri Lanka zurückgeschickt werden könnten, falls sie diese Fragen beantworten würden. Selbst Frauen, die schon seit längerer Zeit im Besitze eines C-Ausweises sind, haben diese Befürchtung geäußert. Einige haben Geld für das Ausfüllen eines Fragebogens erwartet und waren nicht mehr daran interessiert, nachdem sie erfahren hatten, dass sie nicht dafür bezahlt werden. Einem meiner tamilischen Freunde war es wichtig, dass ich in meiner Arbeit erwähne, dass die Frauen die Fragebogen nur mit Erlaubnis ihrer Männer ausfüllen durften. Einige Frauen konnten die Fragebogen aus diesem Grund nicht ausfüllen, meinte er, obgleich sie es gerne getan hätten. Zudem müsse ich davon ausgehen, dass einige der Fragebogen von den Männern selber ausgefüllt worden seien.

Diese Erfahrung hat gezeigt, dass es sehr viel Fingerspitzengefühl voraussetzt, eine solche Aufgabe in Angriff zu nehmen, und diese hat mir z.T. gefehlt. Dies trifft insbesondere auf die Wahl gewisser Fragen (im speziellen persönlicher Fragen) und auf den Inhalt des Begleitbriefes zu. Letzterer muss klarstellen, dass kein Zusammenhang zwischen einer ethnologischen Forschungsarbeit und den schweizerischen Asylbehörden resp. der Fremdenpolizei besteht, und es muss deutlich werden, dass die Aussagen nicht gegen die Befragten verwendet werden. Diese Klarstellung, so einer meiner tamilischen Freunde, dürfe jedoch nicht allzu deutlich vorgebracht werden, weil die Bemerkung, dass die Aussagen anonym behandelt werden, erst die Frage aufwerfe, ob das Ausfüllen eines Fragebogens Nachteile mit sich bringen könne.

Die Umfrage hatte den Zweck, vier Fragen zu beantworten:

- Welche Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtskomplikationen treten gehäuft auf?
- Unter welchen sozialen Bedingungen leben die tamilischen Frauen in der Schweiz? (Migrationssituation, Kontakte zu Verwandten in der Schweiz, berufliche Tätigkeit der Frauen und ihrer Männer, sozialer Status etc.)
- Wie verhalten sich die tamilischen Frauen während der Schwangerschaft, und welche Angebote für schwangere Frauen nutzen sie?
- Welche kulturellen Unterschiede bestehen? (Es wurden auch Frauen befragt, die sowohl in der Schweiz als auch in Sri Lanka Kinder geboren haben. Dabei geht es um die Unterschiede bezüglich Verhalten während der Schwangerschaft, Kontrollen und sozialer Unterstützung.)

### **b) Das Sample**

Gesamthaft wurden 112 Fragebogen gedruckt, wovon 22 für Frauen bestimmt waren, die mindestens ein Kind in Sri Lanka und eines in der Schweiz geboren haben. Nur 10 von diesen Fragebogen konnten verteilt werden, da nur sehr wenige Frauen schon Kinder hatten, als sie in die Schweiz kamen<sup>4</sup>. Die anderen Fragebogen wurden von Frauen ausgefüllt, die nur in der Schweiz Kinder geboren haben. Von diesen konnten drei nicht verteilt werden. Insgesamt sind 64<sup>5</sup> von den 97 verteilten Fragebogen ausgefüllt zurückgekommen, was eine Rücklaufquote von 66% ergibt.

<sup>4</sup> Eine Frau hat ein Kind in Sri Lanka geboren, aber keines in der Schweiz.

<sup>5</sup> Einer dieser Fragebogen konnte nicht verwertet werden, da die Frau ihr Kind in Indien geboren hat.

Die befragten Frauen hatten zusammen 97 Kinder. Es wurden jedoch höchstens zwei Geburten pro Frau berücksichtigt, so dass letztlich 91 Geburten untersucht wurden, davon 53 Erstgeburten in der Schweiz, 10 Erstgeburten in Sri Lanka und 28 Mehrgeburten in der Schweiz, wovon 19 mit Erstgeburt in der Schweiz und neun mit Erstgeburt in Sri Lanka (vgl. Tabelle 1).

|   |            |
|---|------------|
| Erstgeburt in der Schweiz                             | 53 (58.2%) |
| Zweitgeburt in der Schweiz                            | 19 (20.9%) |
| Erstgeburt in Sri Lanka                               | 10 (11%)   |
| Mehrgeburt in der Schweiz mit Erstgeburt in Sri Lanka | 9 (9.9%)   |

Tabelle 1: Anzahl untersuchter Geburten

Eigentlich sollten nur Frauen befragt werden, die im Kanton Bern wohnhaft sind. Drei Frauen, die einen Fragebogen ausgefüllt haben, stammen jedoch aus anderen Kantonen (4.8%). Die Mehrheit der Frauen lebt in der Stadt Bern und Agglomeration (74.6%), die anderen Frauen wohnen in ländlichen Gebieten des Kantons Bern (19%).

14 (22.2%) der befragten Frauen sind AsylbewerberInnen, sieben (11.1%) haben eine vorläufige Aufnahme, 40 (63.50%) sind im Besitze eines B-Ausweises, und zwei (3.2%) haben eine Aufenthaltsbewilligung C.<sup>6</sup>

47 (74.6%) Frauen stammen aus dem Jaffnadistrikt, drei (4.7%) kommen aus Mannar, je zwei (3.6%) aus Batticaloa und Colombo und je eine (1.8%) aus Amparai, Puttalam und Vavuniya. Sechs (9.5%) haben keine Angaben über ihren Herkunftsort gemacht.

Wie die berufliche Tätigkeit der Väter der Frauen zeigt (Tabelle 2), stammen die meisten aus höheren Kasten und aus der Mittel- resp. Oberschicht.

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Landwirt                  | 21 (34.4%) |
| Geschäftsmann             | 8 (13.2%)  |
| Beamter                   | 6 (9.8%)   |
| Handwerker                | 5 (8.2%)   |
| Lehrer                    | 4 (6.6%)   |
| kaufmännisch Angestellter | 3 (4.9%)   |
| Chauffeur                 | 3 (4.9%)   |
| Sonstige                  | 5 (8.2%)   |
| keine Angaben             | 6 (9.8%)   |

Tabelle 2: Berufliche Tätigkeit des Vaters

<sup>6</sup> Asylbewerberinnen (Ausweis N) haben noch keinen Asylentscheid erhalten. Die Asylgesuche der Frauen mit einer vorläufigen Aufnahme (Ausweis F) sind abgewiesen worden, die Frauen können jedoch vorläufig in der Schweiz bleiben. Die Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung erfolgt jährlich, sie kann jedoch abgelehnt werden. Asylbewerberinnen die vor 1988 in die Schweiz gekommen sind, haben im Rahmen eines Bundesratsentscheides eine Niederlassungsbewilligung B erhalten, unabhängig vom Entscheid ihres Asylgesuches. Die B-Bewilligung kann entzogen werden, falls die Frau fürsorgeabhängig wird. Frauen mit Niederlassungsbewilligung C haben entweder selber Asyl erhalten oder sind mit einem Mann verheiratet, der als Flüchtling anerkannt wurde, und können definitiv in der Schweiz bleiben.



Die befragten Frauen haben eine durchschnittliche Schulbildung von 11 Jahren genossen, eine (1,6%) Frau hat die Schule weniger als sechs Jahre besucht, 20 (31,8%) haben sie 6-10 Jahre und 37 (58,7%) 11 bis 15 Jahre besucht. 12 (19%) der Frauen waren in Sri Lanka berufstätig. Von diesen haben je drei als Lehrerin und kaufmännische Angestellte und je eine als Landwirtin, Schneiderin, Hilffschwester, Krankenschwester, Friseurin und Kindergärtnerin gearbeitet.

## 2. ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

---

### 2.1 SCHWANGERSCHAFTS- UND GEBURTSVERLAUF

#### 2.1.1 Schwangerschaft

##### **a) Beschwerden, die gehäuft auftreten**

Ich möchte hier noch einmal in Erinnerung rufen, dass ich als Ethnologin nicht über die nötige Kompetenz verfüge, irgendwelche medizinischen Erklärungen zu liefern. Es ging mir bei der Frage nach Beschwerden während der Schwangerschaft auch weniger darum, welche konkreten Beschwerden gehäuft auftreten, als vielmehr darum, ob die Frauen eher an leichten, zu erwartenden oder eher an pathologischen Beschwerden leiden. Zudem wollte ich mich nicht zu sehr an den schulmedizinischen Normen orientieren. Nachdem sich im Verlaufe der Untersuchung jedoch gezeigt hat, dass spezifische Beschwerden bei tamilischen Frauen gehäuft auftreten, werde ich auf einige dieser Beschwerden gesondert eingehen.

Pathologische Schwangerschaftsverläufe, darüber ist sich das Fachpersonal heute mehr oder weniger einig, können Folge psychosomatisch bedingter Leiden, schlechter sozioökonomischer Bedingungen und heftiger negativer Emotionen wie Angst oder Ärger sein (Rottmann 1974; Kitzinger 1980; Ammon/Ammon 1982; Ringler 1982; Tietze et al. 1988; Wimmer-Puchinger 1992). In dieser Arbeit interessieren vor allem Ursachen dieser Art, es sollten jedoch auch physiologische Aspekte angeschaut werden, sofern sie mit dem Verhalten der Frauen in Zusammenhang stehen. D.h. pathologische Voraussetzungen können hier nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 3 zeigt, welche Schwangerschaftsbeschwerden die befragten Frauen geltend gemacht haben. Dabei wurde zwischen Erstgebärenden in der Schweiz, Erstgebärenden in Sri Lanka, Mehrgebärenden in der Schweiz, welche nur in der Schweiz geboren haben und solchen, die mindestens ein Kind in Sri Lanka geboren haben, unterschieden.

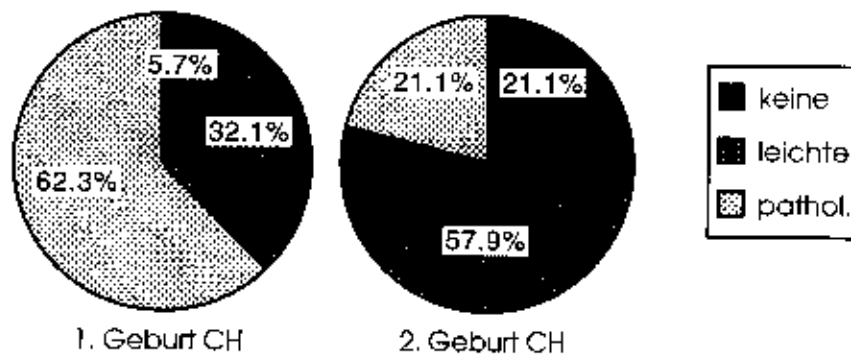
|                            | Schweiz (N 81) | Sri Lanka (N 10) |
|----------------------------|----------------|------------------|
| Keine                      | 3              | -                |
| leichtes Erbrechen         | 33             | 5                |
| starkes Erbrechen          | 25             | 4                |
| Appetitlosigkeit           | 43             | 8                |
| Schwindel                  | 38             | 7                |
| Kopfschmerzen              | 11             | 2                |
| Müdigkeit                  | 44             | 8                |
| zu hoher Blutdruck         | 6              | -                |
| zu tiefer Blutdruck        | 8              | 2                |
| Blutungen                  | 5              | -                |
| Schwangerschaftsdiabetes   | 3              | -                |
| Schwangerschaftskrämpfe    | 2              | -                |
| starke Unterleibsschmerzen | 2              | -                |
| Anämie                     | 2              | -                |
| Krampfadern                | 2              | -                |
| sonstige                   | 7              | 1                |

Tabelle 3: Schwangerschaftsbeschwerden

Müdigkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit und morgendliches Erbrechen gelten in Mitteleuropa als zu erwartende und Kopfschmerzen als gelegentliche Nebenerscheinungen der Schwangerschaft. Von den 81 Schwangerschaften in der Schweiz wurden 32 (39.5%) und von den 10 Schwangerschaften in Sri Lanka fünf von Beschwerden dieser Art begleitet<sup>1</sup>. Sieben (8.6%) der Schwangerschaften in der Schweiz verliefen ohne jegliche Beschwerden, wogegen keine der Schwangerschaften in Sri Lanka beschwerdefrei verlief. In der Schweiz wiesen 42 (52%) der Schwangerschaften einen pathologischen Verlauf auf, in Sri Lanka waren es fünf.

Bei der Betrachtung von Graphik 1 fällt auf, dass Erstgebärende in der Schweiz deutlich mehr an pathologischen Beschwerden leiden als Mehrgebärende. Die Hälfte jener Frauen, die sowohl in Sri Lanka und in der Schweiz geboren haben, hatten leichte Beschwerden, während die andere Hälfte einen pathologischen Schwangerschaftsverlauf aufwies. Eine dieser Frauen hatte in der Schweiz eine schwierigere Schwangerschaft als in Sri Lanka, bei den anderen waren die Beschwerden etwa ähnlich.

<sup>1</sup> Aufgrund des kleinen Samples der Frauen, die sowohl in Sri Lanka als auch in der Schweiz geboren haben, ist ein prozentualer Vergleich mit jenen Frauen, die nur in der Schweiz geboren haben nicht zulässig. Diesbezügliche Daten aus Sri Lanka sind in der Schweiz nicht zugänglich, so dass keine Vergleichsmöglichkeiten bestehen. Die Angaben zu den Geburten in Sri Lanka sind deshalb rein informativ zu verstehen.



Graphik 1: Schwangerschaftsbeschwerden (nur Schwangerschaften in der Schweiz)

### b) Schwangerschaftserbrechen

Wie die Studie zeigt, haben 33 (40.7%) der Frauen in der Schweiz während der Gravidität an leichtem morgendlichem Erbrechen gelitten. Dieser Prozentsatz deckt sich mit jenem, der in der Schweiz üblich ist (40-50%). Da diese Erscheinung auch in Sri Lanka als zu erwarten gilt (Frau S. Thewl; Griffon 1990), bedarf sie keiner genaueren Betrachtung.

Kommt es während der Schwangerschaft zu gesteigertem Erbrechen (Hyperemesis gravidarum), kann die Nahrung nicht zurückgehalten werden und die Frau erbricht zudem Schleim, Galle und manchmal Blut. Stoffwechselstörungen sind häufige Folge. Zudem neigen die an Hyperemesis leidenden Frauen oft zu Appetitlosigkeit und können bisweilen nicht einmal Flüssigkeit zu sich nehmen, so dass der Körper auszutrocknen droht. In Mitteleuropa ist bei 5-8% der Schwangerschaften mit einer Hyperemesis zu rechnen (Wimmer-Puchinger 1992: 144). Die vorliegende Untersuchung hat jedoch ergeben, dass 21 (39.6%) Erstgebärende und vier (14.3%) Mehrgebärende während der Schwangerschaft in der Schweiz unter starkem Erbrechen gelitten haben. Das ist ein sehr hoher Prozentsatz. Da die Grenze zwischen einer leichten Nausea und einer Hyperemesis nicht einfach zu bestimmen ist, bleibt anzunehmen, dass nicht bei allen Frauen, welche starkes Erbrechen geltend machten, eine schwere Emesis vorgelegen hat. Wie dem auch sei, kann aufgrund der bereits sehr hohen Zahl der Schwangerschaften, welche von leichtem Erbrechen begleitet wurden, von einem sehr häufigen Vorkommen von Schwangerschaftserbrechen sowohl in der Schweiz als auch in Sri Lanka gesprochen werden.

Untersuchungen haben ergeben, dass die unterschiedlichsten Ursachen zur Hyperemesis führen können. Diese sind hauptsächlich psychosomatischer Natur. Ich werde in späteren Kapiteln darauf zurückkommen.

### c) Sonstige Beschwerden

Wie mir Frau Zimmermann berichtete, leiden Tamilinnen während der Schwangerschaft gehäuft an Anämien. In meiner Studie haben nur zwei (2.5%) Frauen Eisenmangel während der Schwangerschaft angegeben. Diese Beschwerde habe ich in der Liste des Fragebogens nicht aufgeführt, so dass die Möglichkeit besteht, dass noch mehr Frauen Anämien hatten, dies jedoch nicht vermerkten.

Anämie hängt u.a. mit falscher Ernährung während der Schwangerschaft zusammen (Frau Zimmermann).

Auch der Schwangerschaftsdiabetes, von dem Frau Sommer erzählte, dass er bei tamilischen Frauen gehäuft auftrete, hängt eng mit der Ernährung zusammen. Einige Zeit, bevor wir dieses Interview führten, habe sie bei drei von vier schwangeren Tamilinnen einen zu hohen Zuckergehalt feststellen können. Auch diese Beschwerde habe ich zuerst nicht in der Liste der Schwangerschaftsbeschwerden aufgeführt. Weil mir dieser Punkt aufgrund der Aussagen von Frau Sommer jedoch wichtig schien, habe ich in einer zweiten Verteilrunde den Schwangerschaftsdiabetes in der Liste beigelegt. Infolgedessen ist das Ergebnis nicht sehr verlässlich, und es muss angenommen werden, dass eher mehr Frauen an Diabetes erkrankten, als dies angegeben wurde. Zwei Frauen der ersten Verteilrunde und eine der zweiten haben angegeben, während der ersten Schwangerschaft zu hohe Blutzuckerwerte aufgewiesen zu haben. In Mitteleuropa muss bei einem Prozentsatz von 2,5% der Schwangeren mit einer Diabetes gerechnet werden (Schmidt-Matthiesen 1992: 232). Der Anteil der Frauen in meiner Studie liegt mit 4,8% deutlich höher. Mehrgebärende hatten bei der zweiten Schwangerschaft keine Diabetes mehr.<sup>2</sup>

Hypotonie sei ebenfalls eine häufige Erscheinung, meinte Frau Zimmermann. Acht (10%) Frauen haben angegeben, einen zu tiefen Blutdruck gehabt zu haben, was etwa im mitteleuropäischen Rahmen (3-15%) liegt (Schmidt-Matthiesen 1992: 212). Zwei der zehn Frauen, die mindestens ein Kind in Sri Lanka geboren haben, wiesen während der ersten Schwangerschaft ebenfalls einen zu tiefen Blutdruck auf. Sechs (7,4%) Frauen wiesen zu hohen Blutdruck auf, jedoch keine der Frauen in Sri Lanka. Fünf (6,2%) der Frauen hatten während der Schwangerschaft Blutungen und mussten z.T. hospitalisiert oder vorzeitig entbunden werden.

Insgesamt mussten 11 (13,6%) Frauen in der Schweiz und eine Frau in Sri Lanka während der Schwangerschaft aus unterschiedlichsten Gründen stationär aufgenommen werden. Blutungen, Unterleibsschmerzen, Wachstumsstörung des Kindes, zu hoher Blutzuckerspiegel, Blutmangel und Bluthochdruck wurden als Gründe für die Hospitalisierung genannt. Wegen Unterleibsschmerzen musste auch eine Frau in Sri Lanka hospitalisiert werden.

Auffallend ist, dass Frauen, die in Sri Lanka geboren haben ausser starkem Schwangerschaftserbrechen und Hypotonie keine pathologischen Beschwerden geltend gemacht haben, wogegen die Frauen in der Schweiz verschiedenste Leiden aufwiesen.

## 2.1.2 Geburt

### a) Geburtsdauer

Die Geburtsdauer ist nur sehr schwer messbar, da sich die Geburtswehen meist nicht deutlich von den Vorwehen unterscheiden lassen, infolgedessen kann nur die ungefähre Dauer der Geburt eruiert werden. Die Berücksichtigung der Geburtsdauer scheint mir jedoch wichtig, weil sie Angaben über den Geburtsverlauf liefert. In der Geburtshilfe wird von folgenden Richtlinien ausgegangen: Die Dauer der Eröffnungsphase liegt bei Erstgebärenden um 6-12 Stunden und bei

<sup>2</sup> Eine in London durchgeführte Studie hat ergeben, dass Frauen südasiatischer Herkunft bis zu vier Mal häufiger an Gestationsdiabetes erkranken als Frauen britischer Herkunft. Der Ursache dieser Diskrepanz wird in der Studie nicht nachgegangen, es wurde jedoch die Vermutung aufgestellt, dass die höhere Disposition für einen Diabetes während der Schwangerschaft bei südasiatischen Frauen aus dem migrationsbedingten Lebenswandel resultieren könnte (u.a. veränderte Ernährungsweise) (Koukkou et al. 1995).

Mehrgebärenden um 3-8 Stunden. Die Austreibungsphase beträgt im Durchschnitt 60 Minuten, die Nachgeburtsperiode ca. 30 Minuten. Wird die als normal geltende Geburtsdauer deutlich überschritten, wird von einer verzögerten Geburt gesprochen. Diese hängt häufig mit Wehenstörungen zusammen und kann für das Kind gefährlich werden. Unter zu hoher Wehentätigkeit besteht die Gefahr der Sturzgeburt, die Geburtszeit dauert in diesem Fall ca. eine bis zwei Stunden.

Tabelle 4 zeigt die Geburtsdauer, welche die befragten Frauen für die Erstgeburt in der Schweiz und in Sri Lanka angegeben haben.<sup>3</sup> Drei (8.1%) der Erstgebärenden in der Schweiz hatten eine Geburtsdauer von zwei Stunden und weniger, 21 (56.8%) eine solche von 3-13 Stunden, acht (21.6%) 14-24 Stunden und drei (8.1%) über 24 Stunden. Die Mehrheit der Frauen hat eine Geburtsdauer angegeben, die in der zu erwartenden Zeit liegt. Eine Frau, die in Sri Lanka geboren hat, gab an, dass die Geburt ihres ersten Kindes zwei Stunden oder weniger gedauert habe, vier Frauen gaben an, sie hätte 3-13 Stunden gedauert, ebensoviele gaben an, sie hätte 14-24 Stunden gedauert und eine Frau gab an, sie hätte länger als 24 Stunden gedauert.

|                       | Schweiz (N37)* | Sri Lanka (N 10) |
|-----------------------|----------------|------------------|
| 2 Stunden und weniger | 3              | 1                |
| 3-13 Stunden          | 21             | 4                |
| 14-24 Stunden         | 8              | 4                |
| mehr als 24 Stunden   | 3              | 1                |
| keine Angaben         | 2              | -                |

Tabelle 4: Geburtsdauer bei Erstgeburten (\*ohne Kaiserschnitte)

Die Geburtsdauer für Mehrgeburten in der Schweiz wird in Tabelle 5 wiedergegeben, vier (19%) Frauen hatten eine Geburtsdauer von zwei Stunden oder weniger, neun (42.9%) eine solche von 3-10 Stunden und sieben (33.3%) eine solche von 11-24 Stunden.

|                       | Erstgeburt CH (N13)* | Erstgeburt SL (N8)* |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| 2 Stunden und weniger | 2                    | 2                   |
| 3-10 Stunden          | 6                    | 3                   |
| 11-24 Stunden         | 4                    | 3                   |
| keine Angaben         | 1                    | -                   |

Tabelle 5: Geburtsdauer bei Mehrgeburten (\* ohne Kaiserschnitte)

Die Ergebnisse lassen nicht auf deutliche Unregelmässigkeiten schliessen. Zudem fehlen mir zum Vergleich Angaben, welche aufzeigen inwieweit die Geburtsdauer bei Schweizerinnen variiert. Eine von Widmer (1997) durchgeführte Studie, in welcher die Geburtsverläufe von tamilischen Frauen an der Universitäts-Frauenklinik Basel in den Jahren 1994 und 1995 mit einem Kollektiv bestehend aus Frauen unterschiedlicher geographischer Herkunft verglichen wurde, ergab, dass Tamilinnen mit durchschnittlich 54 Minuten eine signifikant längere Austreibungsphase aufweisen als das Vergleichskollektiv mit 38 Minuten.

<sup>3</sup> Entbindungen per Kaiserschnitt wurden nicht berücksichtigt, weil sie die Werte der Geburtsdauer verfälschen können.

**b) Frühgeburten**

Von einer Frühgeburt wird dann gesprochen, wenn das Kind zwischen der 24. und 37. Woche auf die Welt kommt. In Mitteleuropa werden gemäss Schmidt-Matthiesen ca. 6% aller Kinder zu früh geboren (1992: 317). Die Umfrage zeigt, dass drei (6%) Erstgebärende und vier (14.3%) Mehrgebärende in der Schweiz sowie eine Erstgebärende in Sri Lanka eine Frühgeburt hatten. Auffallend hierbei ist, dass drei der Mehrgebärenden mit Frühgeburten, ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren haben. Eine dieser Frauen hatte sowohl in Sri Lanka als auch in der Schweiz eine Frühgeburt. In Schmidt-Matthiesen (1992: 317/318) sind all jene möglichen Ursachen für eine Frühgeburt zusammengefasst, die ich auch in der übrigen Literatur finden konnte. Ich möchte seine Liste an dieser Stelle in gekürzter Form wiedergeben.

**Psychosoziale Merkmale, Beruf u.ä.:**

- Berufs- bzw. Mehrfachbelastung der Schwangeren physischer Art, Dekompensation
- seelischer Stress, Konflikte, Partnerschaftsprobleme
- niedriger Sozialstatus, fehlende Ausbildung
- ledige oder geschiedene Mütter
- mangelnde Motivation zur Mutterschaft

**Gynäkologische Besonderheiten** (werden hier nicht aufgezählt)**Geburtshilfliche Anamnese:**

- Zustand nach Sterilitätsbehandlung
- mehrere Aborte oder Abbrüche
- Frühgeburt
- Totgeburt

**Jetzige Schwangerschaft** (unvollständige Aufzählung):

- Disposition zum vorzeitigen Blasensprung (z.B. erhöhte Kontraktionsbereitschaft)
- Disposition zur Plazentainsuffizienz:
  - sehr junge (< 18 J.) bzw. alte Schwangere (> 40 J.)
  - Vielgebärende
  - Schwangerschaften in schneller Folge
  - Nikotin- und Alkoholabusus; Drogen
  - Uterine Blutungen
  - Gestose
  - Hypotonie
  - schwere Anämie
  - Diabetes
  - Eiweissdefizit in der Ernährung
  - Mehrlingsschwangerschaften
- Fetale Faktoren (werden hier nicht aufgezählt)
- Sonstiges:
  - Trauma
  - unzureichende Schwangerenbetreuung

Diese Faktoren können zur vorzeitigen Wehentätigkeit und somit zur Frühgeburt führen. Auf jene Punkte, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung sind, werde ich in Kapitel 2.2 eingehen. Dabei lege ich das Schwergewicht vor allem auf die soziökonomischen, soziokulturellen sowie psychosomatischen Ursachen.

### **c) Eingriffe und Komplikationen unter der Geburt**

44 (48.4%) der untersuchten Geburten verliefen ohne jegliche Komplikationen. Davon waren 23 Erstgeburten und 15 Mehrgeburten in der Schweiz sowie sechs Erstgeburten in Sri Lanka.

#### Kaiserschnitte

Ärztinnen und Hebammen haben mir übereinstimmend erklärt, dass die tamilischen Frauen gehäuft durch Kaiserschnitte entbunden werden. Im Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne lag die Sectiorate vor einigen Jahren noch weit über derjenigen der Schweizer Frauen (Frau Wüthrich). Auch Frau Holzer war zum Zeitpunkt des Interviews davon überzeugt, dass er in der Frauenklinik Bern sicher höher liegt als bei Schweizer Frauen, bei denen die Schnittentbindungsrate bei 12-18% liegt (vgl. Schmidt-Matthiesen 1992: 352). Die Untersuchung ergab, dass 16 (30.2%) Erstgebärende und sieben (25%) Mehrgebärende in der Schweiz operativ entbunden wurden, dagegen keine der zehn Frauen, die in Sri Lanka geboren haben.

Hier gilt jedoch zu bemerken, dass die Sectiorate je nach Klinik variiert. Eine in der Universitätsfrauenklinik Bern durchgeführte Studie hat ergeben, dass die Sectiorate der tamilischen Frauen in den Jahren 1995 und 1996 nicht höher lag als jene der Schweizerinnen (Leuenberger et al. 1997).<sup>4</sup> In dieser Studie wurde jedoch der Zeitfaktor nicht berücksichtigt. An der Universitätsfrauenklinik wurden in den letzten Jahren grosse Anstrengungen unternommen, Verständnis für Frauen verschiedener kultureller Herkunft zu gewinnen und dieses Wissen an das medizinische Personal weiterzuvermitteln. Insofern schiene mir ein Vergleich zu den Sectioraten in früheren Jahren sinnvoll, um auch zu zeigen, welche Ergebnisse diese Anstrengungen erzielt haben. Zudem bedürfte es aus demselben Grund einer vergleichenden Analyse zwischen verschiedenen Kliniken.

Schnittentbindungen können nötig werden, wenn eine Lageanomalie (z.B. Steisslage) des Kindes vorliegt, bei bestehender Plazentainsuffizienz, Diabetes, Unreife des Fötus, bei einer Zwillingsgeburt oder wenn eine Schnittentbindung bei einer vorhergehenden Geburt vorgenommen wurde. Eine operative Entbindung kann aber auch durch ein Missverhältnis zwischen Beckengrösse der Mutter und Grösse des Kindes bedingt werden. Martius und Cammon äussern sich folgendermassen zu diesem Punkt: „Das enge Becken ist als Geburtshindernis in der Vergangenheit erheblich überschätzt worden. Nur bei 0.5-1% aller Geburten ist damit zu rechnen, dass eine abnorme Beckenform bzw. verminderte Beckenmasse oder ein übergrosses Kind ein Geburtshindernis darstellen“ (1993: 139). Aber genau dieser Grund wurde von Selten des medizinischen Personals als Erklärung für die hohe Kaiserschnitttrate bei tamilischen Frauen genannt. Die Kinder seien viel zu gross für die Becken der Mütter. Auf diese Begründung sowie auf weitere mögliche Ursachen werde ich weiter unten eingehen.

#### Zangengeburt und Vakuumextraktionen

Gewisse Komplikationen unter der Geburt resp. in der Austreibungsphase wie Blutungen, Blutdruckanstieg, Geburtsstillstand, zu lange Austreibungsphase, Erschöpfung der Mutter oder Atemstillstand des Kindes können zur Notwendigkeit führen, eine sofortige Entbindung mittels Forceps oder Vakuum vorzunehmen. Wie die Studie zeigt wurden unter acht (9.9%) Geburten eine Zangengeburt (sieben Erstgebärende und eine Mehrgebärende) und unter einer (1.2%) Geburt (Erstgebärende) eine Vakuumextraktion vorgenommen. In Sri Lanka hatte eine Frau eine Zangengeburt.

<sup>4</sup> Auch aus der Studie von Widmer geht kein signifikanter Unterschied der Sectiorate zwischen tamilischen Frauen und Frauen anderer Herkunft hervor. Widmer konnte jedoch feststellen, dass gesamthaft operative Entbindungen (d.h. inklusiv vaginal-operativen Geburten) bei Tamilinnen häufiger vorkommen als bei Frauen anderer Nationalität (1997).



### Geburtsleitung

Beim Übertragen des Kindes besteht die Gefahr einer Plazentainsuffizienz, d.h. einer mangelnden Versorgung des Kindes im Mutterleib. In diesem Fall müssen die Wehen künstlich durch einen Wehentropf eingeleitet werden, um die Geburt in Gang zu bringen. Zu schwache sowie zu seltene Wehen können durch einen Wehentropf angeregt werden. Aus der Untersuchung wird ersichtlich, dass 11 (13,6%) der Geburten (8 Erstgeburten und drei Mehrgeburten) künstlich eingeleitet wurden. In Sri Lanka wurden zwei Geburten künstlich eingeleitet.

### Wehenanomalien

Eine häufige, jedoch aus der Untersuchung nicht ersichtliche Problematik, stellt die pathologische Wehentätigkeit dar. Es gibt drei Arten der Wehenstörung: die hypokinetische Wehenstörung (Wehenschwäche), bei welcher die Wehen zu selten, zu kurz und zu schwach sind, die hypertone Wehenstörung, bei welcher die Wehen ebenfalls schwach sind, der Basaltonus jedoch zu hoch ist und die hyperaktive Wehenstörung, bei welcher die Wehen zu heftig und/oder zu häufig auftreten. Wie Frau Zimmermann angab, weisen Tamilinnen häufig eine zu frühe und zu heftige Wehentätigkeit auf. Frau Zimmermanns Erklärung, diese Störung würde durch Angst ausgelöst, wird von Martius und Cammon bestätigt, wenn sie schreiben, dass hypertone und hyperaktive Wehentätigkeit „vor allem bei ängstlichen, verkrampften Patientinnen zu finden“ sei (1992: 132). Schmidt-Matthiesen erklärt hingegen, dass ein erhebliches Missverhältnis, Lageanomalien und hohe Widerstände im Geburtskanal den Uterus zwingen, Gewalt anzuwenden, weshalb es zur hyperaktiven Wehentätigkeit kommt. Zudem könne die Ursache für Wehenhyperaktivität auch in einer zu hohen Wehenmitteldosis liegen (1992: 302).

Zu heftige Wehentätigkeit ist nicht nur unangenehm und schmerzhaft, sie kann für Mutter und Kind gefährlich werden, weil das Kind erhöhtem Druck ausgesetzt ist, der Sauerstoffzufuhr nicht gesichert ist und die Geburt verzögert wird, da sich der Muttermund nicht vollständig öffnen kann. Bei Gefährdung des Kindes muss eine operative Entbindung angeordnet werden (Schmidt-Matthiesen 1992; Martius/Cammon 1993).

Die Untersuchung ergibt, dass tamilische Frauen in der Schweiz überdurchschnittlich häufig operativ entbunden werden. Dies erstaunt in Anbetracht der Tatsache, dass Schnittentbindungen und Zangengeburt in Sri Lanka äusserst selten sind, wie einige Frauen im Fragebogen vermerken und wie mir auch von Frau S. Thewi und Frau D. Yogeswary bestätigt wurde. Auf mögliche Ursachen komme ich im folgenden Kapitel zu sprechen.

## 2.2 MÖGLICHE URSACHEN UND HINTERGRÜNDE

### 2.2.1 Der kulturelle Aspekt

Ich habe im einleitenden Kapitel behauptet, dass kulturelle Unterschiede sich nicht direkt auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf auswirken würden und möchte nun an dieser Stelle auf diese Behauptung eingehen. Ich bestreite die Existenz kultureller Unterschiede nicht und behaupte auch nicht, dass diese keinerlei Einfluss ausüben. Ich denke jedoch, dass die Ursachen gehäufter Beschwerden und Komplikationen nicht direkt aus der kulturellen Divergenz resultieren. Konflikte können durch Integrationsschwierigkeiten provoziert werden, die aufgrund neuer Problemfelder in der sozialen Umwelt zu einer vorübergehenden Desorientierung führen, weil die der Frau zur Verfügung stehenden Handlungsstrategien nicht mehr angemessen sind. Die Möglichkeit sich Ressourcen anzueignen befähigt die Frau jedoch, sich neu zu orientieren. Das defizitäre Vorurteil der Unüberwindbarkeit kultureller Divergenzen bestreitet eine derartige Flexibilität grundsätzlich, weil sie von der Annahme ausgeht, Kulturen seien statische Gebilde, die sich gegenseitig ausschliessen. Eine Frau die sich noch in der Desorientierungsphase befindet, wird eher zu einer pathologischen Schwangerschaft tendieren, als eine Frau, welche sich schon wesentlich neuorientieren konnte. Kulturelle Divergenzen sind in diesem Fall Auslöser eines bestimmten psychischen Prozesses, welcher pathologische Erscheinungen begünstigt, der indes auch durch andere Faktoren hätte ausgelöst werden können. Das will heissen, nicht die Unterschiede per se, führen zur Pathogenese, sondern die spezifische psychische Krise, die sich aus dem Konflikt ausgelöst durch diese Unterschiede ergeben hat.

Kulturelle Unterschiede unterliegen zudem oft einer ethnozentrierten Interpretation. Ausgehend von der Annahme, das Bekannte sei das Richtige, wird fremdes Verhalten an den eigenen Werten und Normen gemessen. Unverständene Kulturelemente bieten sich geradezu als "Sündenbock" für pathologische Phänomene an (Bsp. arrangierte Heirat). Dagegen erfahren positive Auswirkungen spezifischer soziokultureller Werte und Normen keinerlei Beachtung. Tamilinnen können, um nur ein Beispiel zu nennen, aus der Risikogruppe der Suchtmittelabhängigen mehr oder weniger ausgeklammert werden, da sowohl der Genuss von Nikotin als auch von Alkohol scharf verurteilt wird und die strenge soziale Kontrolle den Konsum dieser Genussmittel auch im Exil zumindest bei Frauen weitgehend verhindert.

Eine weitere Konsequenz, welche die Überbetonung des kulturellen Aspektes impliziert, ist die Ethnalisierung, wonach Migrantinnen ethnospezifisch kategorisiert werden. Aus dieser stark verbreiteten Tendenz ergeben sich zwei Gefahren in der Praxis. Zum einen werden die Frauen als Element einer homogenen Gruppe betrachtet, wodurch die Individualität aufgrund der Persönlichkeit und Biographie der Frauen übergangen wird. Zum anderen werden die migrationsspezifischen Rahmenbedingungen, d.h. die sozioökonomische Situation und deren Einfluss auf das Individuum, ausser Acht gelassen. Studien haben gezeigt, dass mitteleuropäische Frauen der Unterschicht ähnlich den ausländischen Frauen in marginalisierten Positionen gehäuft pathologische Schwangerschafts- und Geburtsverläufe aufweisen (Wimmer-Puchinger 1992). Diesem Zusammenhang wurde bis anhin zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Kenntnisse des kulturellen Hintergrundes können das Verständnis wecken und gewisse Situationen oder Verhaltensweisen erklären helfen. Kulturspezifische Normen und Werte dürfen jedoch nie als Richtlinie des Umgangs mit tamilischen Frauen dienen. Im Verlaufe der folgenden Kapitel werden kulturelle Aspekte zwar erwähnt,

bezwecken jedoch stets gewisse Umstände zu erklären. Kulturbedingte Verhaltensweisen oder Erwartungen dürfen jedoch nicht verallgemeinert werden.

### 2.2.2 Biographie der Frauen

In der Psychologie wird die Schwangerschaft als eine Krise betrachtet, der ein Entwicklungspotential innewohnt (vgl. Wimmer-Puchinger 1992; Filipp 1981). Krise bezeichnet somit eine labile Übergangsphase von einem Entwicklungsstadium zum nächsten, während der psychosoziale Belastungen besonders einschneidend wirken können. Folge dieser Belastungen sind Schwangerschaftserkrankungen, d.h. Anpassungsstörungen an den Zustand der Schwangerschaft. Somit sind nicht hormonelle Veränderungen Ursache solcher Beschwerden, sie schwächen jedoch die Krisenbewältigungsfähigkeit der Frau (Wimmer-Puchinger 1992: 22).

Während der graviden Phase können interne oder externe Einflüsse zur Pathogenese führen. Untersuchungen haben gezeigt, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen können. So betonen Ammon und Ammon (1982: 102) die negative Wirkung gestauter Aggressionen auf die Schwangerschaft. Frühgeburten seien bei Frauen, die Aggressionen in sich kummullerten, häufiger als bei Frauen, die ihren Aggressionen freien Lauf liessen (dito). Ähnlich die Feststellung, dass Frauen mit vegetativer Labilität vermehrt an Schwangerschaftsbeschwerden leiden, da sie nicht über die nötige Kraft der Krisenbewältigung verfügen (Wimmer-Puchinger 1992). Hier ergibt sich einmal mehr die Gefahr ethnozentrierter Fehlinterpretation. Das Verhalten von Migrantinnen aus der eigenen Perspektive zu interpretieren, kann dazu führen, dass ihnen willkürliche Persönlichkeitsmerkmale zugesprochen werden, die zudem häufig kulturell erklärt werden.

Tamilinnen werden aufgrund ihres zurückhaltenden Auftretens gerne als psychisch labil und unselbständig gesehen. Oft ist ihr Verhalten Ausdruck von Anstand, aber auch von Misstrauen. Misstrauen zeigt sich in allen Lebensbereichen, gegenüber Fremden ebenso wie gegenüber Bekannten. Es kann soweit gehen, dass die Betroffenen Zusammenhänge erkennen, wo keine bestehen. So haben einige Frauen meinen Fragebogen nicht ausfüllen wollen, da sie in mir eine Agentin des Staates vermuteten, die zum Ziel hat, die Frauen nach Sri Lanka zurückzuschicken, dies obschon Angabe von Name und Adresse fakultativ war. Es ist anzunehmen, dass sich Misstrauen und ebenso Angst aufgrund der Kriegssituation und der schon vor dem Krieg prekären Lage in Sri Lanka entwickelt und sich infolge der soziopolitischen Situation in der Schweiz multipliziert haben. Angst im Bereich der Reproduktion lässt sich wohl eher mit der Tatsache erklären, dass den Frauen ihre Mütter oder andere weibliche Verwandte fehlen, die ihnen in dieser Situation beistehen und sie auf Geburt und Kinderpflege vorbereiten würden. Dies entspricht auch den Aussagen der von mir befragten tamilischen Frauen. Die Frauen sind in der Schweiz nur wenig organisiert, was nicht heissen soll, dass sie isoliert sind, manchmal hilft eine Schwester oder Cousine, die schon Kinder hat. Nur leben diese, falls sie überhaupt in der Schweiz sind, oft nicht in der Nähe. Diese mangelnde Unterstützung wurde mir von den Tamilinnen auch als ein Problem genannt. Frau M. Mallika erklärte mir, dass sie gerne ihre Mutter für die Zeit vor und nach der Geburt bei sich gehabt hätte. Diese erhielt jedoch von den Schweizer Behörden kein Visum und konnte deshalb nicht kommen, so dass Frau M. Mallika auf sich selber angewiesen war.

So können bestimmte Verhaltensweisen fälschlicherweise als ethnospezifische Persönlichkeitsmerkmale interpretiert werden. Es ist deshalb wichtig, sich auch mit der Biographie der Frau auseinanderzusetzen und unverarbeitete psychische Krisen, die

während der Schwangerschaft reaktualisiert werden können, zu kennen. Dasselbe gilt auch für spezifische *live events* (Lebensereignisse), die das psychische Wohlbefinden beeinflussen sowie für Konflikte, die gerade anstehen wie Probleme am Arbeitsplatz, Diskriminierungen oder Partnerkonflikte.

Diesbezüglich nimmt der Krieg in Sri Lanka eine zentrale Rolle ein. Einige Frauen leiden unter Traumata, erklärte mir Frau S. Thewi, und werden häufig depressiv. Sorge um die in Sri Lanka zurückgebliebene Familie, Trennung von der Familie oder die allgemeine Entwicklung des Krieges können ebenfalls eine starke Belastung bedeuten. Es kann sich auch ein schlechtes Gewissen entwickeln, weil sich die Frau in Sicherheit befindet, während ihre Familie von der Kriegssituation bedroht ist.

#### FALLBEISPIEL:

Frau K. Maheswary kam in die Schweiz, um hier den Mann zu heiraten, den ihre Eltern für sie ausgesucht hatten. Einige Zeit nach ihrer Ankunft in der Schweiz erfuhr sie, dass ihre Mutter im Krieg umgekommen ist. Diese Nachricht konnte sie psychisch schwer verkräften und musste für eine Weile zur Behandlung in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden. In der Folge hatte sie drei Fehlgeburten. Drei Jahre nach ihrer Heirat wurde sie erneut schwanger, konnte das Kind diesmal jedoch austragen. Während den ersten drei Monaten ihrer Schwangerschaft ging es ihr sehr schlecht, sie musste stark erbrechen und konnte nichts essen. Die Geburtswehen dauerten eineinhalb Tage, danach musste der Geburt per Forzeps nachgeholfen werden.

Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig die Kenntnis solcher Probleme sein kann. Sind den Ärztinnen und Ärzten derartige Ereignisse nicht bekannt, könnten die daraus resultierenden Komplikationen fälschlicherweise als Folge kultureller Anpassungsschwierigkeiten o.ä. gedeutet werden.

### 2.2.3 Sozioökonomische Bedingungen und soziale Stellung

Auf meine Frage, wie gehäufte pathologische Schwangerschaften bei Tamilinnen zu erklären seien, wurden von meinen Interviewpartnerinnen drei Aspekte besonders hervorgehoben: Der unsichere Status in der Schweiz, die kurze Aufenthaltsdauer in der Schweiz bis zur Heirat mit einem ihnen meist fremden Mann und die Isolation der Frauen in der Schweiz. Dies stimmt mit den Ansätzen der Psychologie überein, welche u.a. den Einfluss sozioökonomischer Verhältnisse und der sozialen Stellung betonen. Schlechte sozioökonomische Bedingungen begünstigen gemäss diesen Erkenntnissen psychosomatisch bedingte Schwangerschaftsbeschwerden wie Hyperemesis oder Bluthochdruck (Wimmer-Puchinger 1992). Folgende Punkte, die den Schwangerschaftsverlauf angeblich negativ beeinflussen, sollen an dieser Stelle behandelt werden:

- Unsicherer Aufenthaltsstatus<sup>5</sup>
- Sozialer Abstieg
- Isolation
- Heiratsbedingter Rollenwechsel kurz vor oder nach Eintreten der Schwangerschaft

#### a) Unsicherer Aufenthaltsstatus

Um zu prüfen, ob und wie sich der Status auf den Schwangerschaftsprozess auswirkt, ist eine Gegenüberstellung von Frauen mit einem sicheren und Frauen mit einem unsicheren Status sinnvoll. Hier werden nur Frauen mit B-Bewilligung mit jenen, die noch im Asylverfahren sind, verglichen. Dies weil nur sieben Frauen vorläufig

<sup>5</sup> Bezieht sich auf die Art der Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz.

aufgenommen und gar nur zwei Frauen im Besitze eines C-Ausweises sind, was keine genauen Aussagen erlaubt.

Wie sich aus der Untersuchung zeigt, leiden Frauen mit Ausweis N (Asylbewerberinnen) mit 63.6% weit häufiger an pathologischen Beschwerden als Frauen mit einer B-Bewilligung (48.1%). Dabei gilt noch zu berücksichtigen, dass einige jener Frauen, die heute im Besitze der B-Bewilligung sind, während ihrer ersten Schwangerschaft noch im Asylverfahren waren,<sup>6</sup> was bedeutet, dass der Prozentsatz mit ziemlicher Sicherheit noch weiter zu Ungunsten der Asylbewerberinnen zu korrigieren wäre.

Eine Zunahme an Frühgeburten sei allgemein zu beobachten, meint Frau Zimmermann, aber bei Asylbewerberinnen sei die Rate besonders hoch. Dies bestätigte sich auch in der Untersuchung. Je drei Frühgeburten wurden sowohl bei Frauen mit Ausweis N (17.6%) als auch bei Frauen mit Ausweis B (5.8%) registriert. Die Prozentwerte zeigen, dass Asylbewerberinnen mehr Frühgeburten aufweisen als Frauen mit B-Bewilligung. Wobei es auch hier wieder zu berücksichtigen gilt, dass das Sample für absolute Aussagen zu klein ist.

### **b) Tiefe soziale Stellung und finanzielle Schwierigkeiten**

Von den befragten Frauen sind 24 (38.1%) in der Schweiz erwerbstätig. Sie sind als (Hilfs-)Arbeiterinnen (45.8%) oder im medizinischen Bereich (20.8%), Gastgewerbe (12.5%) oder Verkauf (16.7%) tätig. Eine Frau hat keine genauen Angaben zu ihrer beruflichen Tätigkeit gemacht. Von den Ehemännern sind 28 (48.3%) im Gastgewerbe und sieben (12.1%) im Verkauf tätig, drei (5.2%) sind Hilfspfleger, 17 (29.3%) (Hilfs-)Arbeiter und drei (5.2%) sind in anderen Bereichen tätig und ebenfalls drei (5.2%) sind arbeitslos. Aufgrund des Arbeitsspektrums, in dem die Tamilinnen und ihre Ehemänner tätig sind, ist anzunehmen, dass ihre Löhne eher in den unteren Lohnklassen angesetzt sind. Zudem gilt zu berücksichtigen, dass Asylbewerberinnen und vorläufig aufgenommene Flüchtlinge nebst den hohen Quellensteuern Abgaben im Umfang von 12.5% des Bruttolohnes leisten müssen,<sup>7</sup> Die finanzielle Belastung wird seitens der Tamilinnen immer wieder als ein grosses Problem geschildert, und sie weisen daraufhin, dass die Löhne in Sri Lanka zwar viel niedriger seien als in der Schweiz, die Lebenskosten im Verhältnis jedoch viel weniger belastend seien.

Ein Blick auf Kapitel 1.3.4 b) (s. 8f) zeigt, dass die Frauen meist aus der Mittel- oder Oberschicht und aus höheren Kasten stammen<sup>8</sup> und meist über eine hohe Schulbildung verfügen. Im Exil werden sie oft in jenen Bereichen eingesetzt, in denen Schweizer Personal schwer zu finden ist. Es handelt sich dabei häufig um schlechtbezahlte und sozial nicht sehr angesehene Arbeit. Somit erfahren viele Frauen einen sozialen Abstieg. Wie mir privat mitgeteilt wurde, verschweigen

<sup>6</sup> Diese Frage zu klären, hätte den ohnehin schon sehr aufwendigen Fragebogen kompliziert.

<sup>7</sup> 1991 wurde diese Abgabe eingeführt und betrug vorerst 7% des Bruttolohnes. Anfangs 1995 wurde der Anteil auf 10% und 1996 auf 12.5% erhöht. Es handelt sich dabei um Vorsorgeleistungen im Falle der Fürsorgeabhängigkeit der Gesuchstellerinnen. Zudem wird mit dem Geld die Heimreise finanziert, falls die Gesuchstellerinnen ausgeschaft werden. Verlassen die Betroffenen die Schweiz, steht ihnen der Überschuss des einbezahlten Betrages eigentlich zu. Da die meisten abgewiesenen Asylbewerberinnen die Schweiz illegal verlassen, um nicht in ihr Heimatland geschickt zu werden, bleibt das Geld in der Schweiz. Manchmal ist die Rückerstattung an gewisse Bedingungen gebunden. Tamilische Asylbewerberinnen dürfen das ihnen zustehende Geld ein Jahr nach ihrer ordentlichen Ausreise bei der Schweizer Botschaft in Colombo abholen.

<sup>8</sup> Hier sei erwähnt, dass Landwirte, die Land besitzen, zur Kaste der Vellalar gehören, welche in Sri Lanka die höchste Kaste ist. Die meisten Tamilinnen, die in der Schweiz leben, stammen aus dieser Kaste. Erst in den letzten Jahren sind vermehrt auch Tamilinnen und Tamilen aus unteren Kasten in die Schweiz gekommen.

Tamilinnen und TAMILIEN ihren in Sri Lanka zurückgebliebenen Angehörigen aus Scham oft, welche Tätigkeit sie in der Schweiz ausüben. Als besonders erniedrigend gelten Putz-, Service- und Küchenarbeit,

### c) Isolation

Kontaktarmut hindert die schwangere Frau daran, Erfahrungen mit anderen Frauen auszutauschen, wodurch ihr eine wichtige Ressource fehlt, um zu Informationen zu gelangen (z.B. über Essverhalten, bestehende Hilfsangebote, Kurse und Anlaufstellen). Für Schweizerinnen scheint sich der wichtigste Kontaktbereich in der Arbeitswelt zu befinden, so dass die Annahme berechtigt ist, dass sich Berufstätigkeit während der Schwangerschaft positiv auswirken könnte (Tietze et al. 1982: 14). In Sri Lanka ist es nicht üblich, dass eine Frau während der Schwangerschaft erwerbstätig ist, und da sich die Mutter und/oder sonstige weibliche Familienangehörige um die Schwangere kümmern, ist der Kontakt, den sie an der Arbeitstelle hätte, keine essentielle Ressource für den Schwangerschaftsprozess. Es stellt sich nun die Frage nach der Situation in der Schweiz. Gefährlich wäre die Behauptung, dass die Tamilinnen in der Schweiz isoliert leben und die Arbeitstelle folglich eine positive Wirkung impliziere. Dies ist vor allem aus zwei Gründen in Frage zu stellen: erstens weil Tamilinnen weit weniger isoliert leben, als dies allgemein angenommen wird - dies weil Hausbesuche häufig sind und kulturelle sowie soziale Veranstaltungen den Kontakt aufrechterhalten - und zweitens weil sich der Hauptkontakt der Tamilinnen in der Privatsphäre abspielt und sie in diesem Bereich grösstenteils über mehr Informationsressourcen verfügen als am Arbeitsplatz. Inwieweit sie von dieser Ressource Gebrauch machen, bleibt eine offene Frage.

Tabelle 6 und 7 zeigen die Häufigkeit des Kontaktes zu Verwandten und zu SchweizerInnen auf. Erstere soll zeigen, ob und inwieweit die Frauen in der Schweiz in ihr verwandtschaftliches Netz eingebunden sind<sup>9</sup> und letztere soll zeigen, ob und inwiefern die Frauen Kontakte zu SchweizerInnen pflegen. Dabei muss erwähnt werden, dass telefonischer Kontakt nicht eingeschlossen ist. Die Ergebnisse zeigen, dass über 32 (53.4%) der Frauen mindestens einmal pro Monat Kontakt zu Verwandten haben, 18 (30.1%) Frauen haben weniger als einmal pro Monat Kontakt mit den Verwandten und 10 (16.8%) haben keinen Kontakt, z.B. weil sie keine Verwandten in der Schweiz haben. Wenn auch mehr als die Hälfte der Frauen regelmässigen Kontakt zu Verwandten hat, ist der Anteil Frauen mit wenig oder gar keinem Kontakt recht hoch.

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| 1-6 Mal in der Woche            | 7 (11.7%)  |
| 1-3 Mal im Monat                | 25 (41.7%) |
| weniger als 1 Mal im Monat      | 18 (30.1%) |
| überhaupt nicht                 | 1 (1.7%)   |
| keine Verwandten in der Schweiz | 9 (15.1%)  |

Tabelle 6: Häufigkeit der Kontakte zu Verwandten in der Schweiz

In Tabelle 7 wird angegeben, in welchem Bereich der Kontakt zu SchweizerInnen stattfindet. Dabei wurde als Richtlinie mindestens zweimal im Monat Kontakt zu

<sup>9</sup> Ich habe mich deshalb auf die Verwandtschaft beschränkt, weil diese in Sri Lanka das übliche Beziehungsnetz der Frauen bildet und es interessiert, inwieweit dieses Netz in der Schweiz vorhanden ist resp. genutzt wird. Es gibt aber die Möglichkeit, dass die Frau häufige Kontakte zu tamilischen FreundInnen oder Bekannten hat. Wie mir privat mitgeteilt wurde, soll sich der Kontaktbereich der Frauen jedoch auch im Exil auf die Verwandtschaft konzentrieren.

haben festgelegt. 17 (27%) der Frauen haben Kontakt zu ihren ArbeitskollegInnen und 18 (28.6%) zu Ihren BetreuerInnen. 15 (23.8%) der Frauen haben Schweizer FreundInnen und 26 (41.3%) haben gar keinen Kontakt zu SchweizerInnen. Weshalb der Kontakt zu SchweizerInnen eher gering ist, ist schwer zu beantworten. Während mir einige erzählten, dass die Kontaktaufnahme schwierig sei, weil SchweizerInnen eher verschlossen seien, habe ich andererseits auch gehört, dass TamilInnen den Kontakt zu SchweizerInnen gar nicht suchen würden (private Mitteilungen).

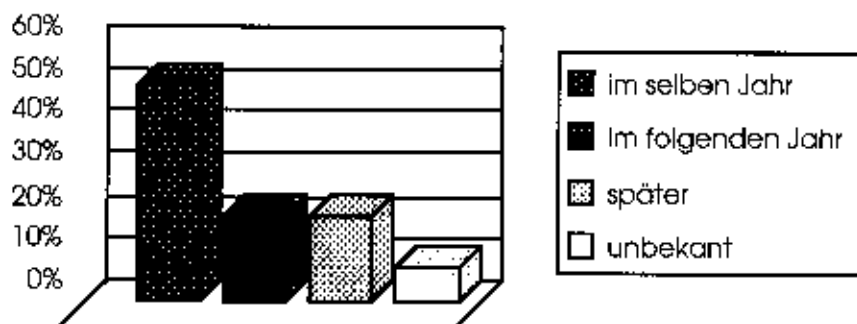
|                       |            |
|-----------------------|------------|
| ArbeitskollegInnen    | 17 (27%)   |
| Betreuerin            | 18 (28.6%) |
| schweizer FreundInnen | 15 (23.8%) |
| keine Kontakte        | 26 (41.3%) |

Tabelle 7: Häufigkeit der Kontakte zu SchweizerInnen (mindestens zweimal pro Monat)

Viele Frauen haben auch telefonischen oder brieflichen Kontakt mit Angehörigen in Sri Lanka. Meine Frage, ob sie regelmässigen<sup>10</sup> Kontakt zu Angehörigen hätten, wurde von 66.1% der Frauen bejaht, 27.4% haben keinen regelmässigen Kontakt und 6.5% haben diese Frage nicht beantwortet.

#### d) Heiratsbedingter Rollenwechsel

Viele TamilInnen kommen in die Schweiz, um hier zu heiraten (McDowell 1996: 186f). Das Ausländergesetz lässt ihnen keine andere Wahl, als über den Asylweg in die Schweiz zu gelangen. Die Frauen geben aus Angst, das Bundesamt für Flüchtlinge könnte davon erfahren und sie nach Sri Lanka zurückschicken, nicht gerne zu, dass sie wegen der Heirat in die Schweiz gekommen sind (private Mitteilung). Meine Frage, ob sie in die Schweiz gekommen seien, um zu heiraten, wurde wahrscheinlich deshalb von der Mehrheit der 48 Frauen, die in der Schweiz geheiratet haben - insbesondere von jenen, die einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben - mit nein (56.3%) oder gar nicht (4.2%) beantwortet.<sup>11</sup> Gewisse Umstände wie kurze Aufenthaltsdauer bis zur Heirat verbunden mit Partnerwahl durch Eltern und der Tatsache, dass die Frau ihren zukünftigen Ehemann erst in der Schweiz kennengelernt hat, lassen darauf schliessen, dass mehr Frauen wegen der Heirat in die Schweiz gekommen sind, als dies angegeben haben.



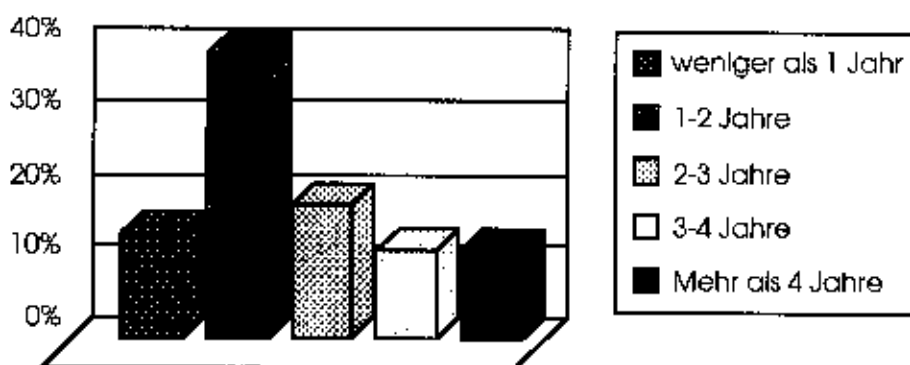
Graphik 2: Aufenthaltsdauer in der Schweiz bis zur Heirat (nur Frauen, die in der Schweiz geheiratet haben)

<sup>10</sup> Regelmässig heisst alle 2-3 Monate.

<sup>11</sup> 13 Frauen haben in Sri Lanka geheiratet.

25 (51%) der Frauen, die in der Schweiz geheiratet haben, taten dies noch im Jahr ihrer Ankunft, 10 (20.4%) heirateten im folgenden Jahr und ebensoviele später. Die genaue Aufenthaltsdauer bis zur Heirat ist bei vier (8.2%) Frauen nicht ganz eindeutig, sie liegt jedoch ebenfalls um ein bis zwei Jahre (Graphik 2).

Heirat kurz vor oder nach Eintreten der Schwangerschaft ist eines der *live events*, welche Schwangerschaftsbeschwerden begünstigen (Wimmer-Puchinger 1992). Dies weil der Rollenwechsel, den die Heirat mit sich bringt, ähnlich der Geburt des ersten Kindes eine neue Lebensphase der Frau einleitet. Fallen Heirat und Schwangerschaft zeitlich nahe zusammen, muss die Frau zwei Übergangsphasen gleichzeitig bewältigen, wodurch eine doppelte Belastung entstehen kann. Wie aus der Graphik 3 ersichtlich, haben sieben (14.6%) der Frauen, die in der Schweiz geheiratet haben, innerhalb eines Jahres, 19 (39.6%) nach ein bis zwei Jahren, neun (18.8%) nach zwei bis drei Jahren und je sechs (12.5%) nach drei bis vier resp. nach mehr als vier Jahren Aufenthalt in der Schweiz ihr erstes Kind geboren. Die genaue Aufenthaltsdauer in der Schweiz bis zur ersten Geburt ist von einer Frau unbekannt. Die relativ kurze Aufenthaltsdauer bis zur ersten Geburt weist darauf hin, dass Heirat und Eintritt der Schwangerschaft häufig in geringem zeitlichem Abstand aufeinander erfolgen.



Graphik 3: Aufenthaltsdauer in der Schweiz bis zur ersten Geburt (nur Frauen, die in der Schweiz geheiratet haben)

Da von Frauen in Sri Lanka erwartet wird, dass sie unmittelbar nach der Heirat schwanger werden, ist dies sicher nicht eine spezielle Situation, die sich in der Schweiz ergibt. Damit könnte jedoch begründet werden, weshalb die Hyperemesis auch in Sri Lanka stark verbreitet ist.

Nun kann argumentiert werden, dass sich durch den Wechsel des Lebensraumes eine zusätzliche Übergangsphase ergibt, nämlich jene der Anpassung an eine neue Umgebung, die ebenso wie eine neue Lebensphase unbekannte Anforderungen an die Frau stellt. Aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer in der Schweiz bis zur Heirat, könnte diese Eingewöhnungsphase bis Eintritt der Schwangerschaft noch nicht oder nicht genügend verarbeitet sein und somit eine zusätzliche Belastung bedeuten. Diese Behauptung lässt sich aus der Untersuchung nicht überprüfen und bleibt deshalb Spekulation.

Für SchweizerInnen ist die Wahl des Heiratspartners durch die Eltern nur schwer zu verstehen. Dass die Frauen ihre zukünftigen Männer häufig erst in der Schweiz kennenlernen, scheint besonders anzustossen. Dieser Sachverhalt wurde deshalb auch von einigen meiner Schweizer InterviewpartnerInnen als zusätzliche Belastung und somit als mögliche Ursache für Schwangerschaftsbeschwerden genannt. Diese



auf eurozentrierten Wertvorstellungen basierende Beurteilung ist gefährlich und übergeht die Bedeutung der Heirat an sich für die Frau. Heirat ist mit einem Anstieg des sozialen Status verknüpft und hat insofern eine ganz andere Konsequenz als Heirat in der Schweiz, die als eine Verbindung zweier Individuen, die über diese Verbindung oder deren Auflösung selber entscheiden können, verstanden wird. In der tamilischen Gesellschaft stehen die gegenseitigen Emotionen der Individuen nicht im Zentrum der Heirat. Die fremdbestimmte Wahl des Partners ist eine Selbstverständlichkeit und wird in der Regel auch erwartet. Auch wenn immer mehr junge Leute ihre Partnerinnen oder Partner selber wählen wollen, ist dies nicht ein allgemeiner Wunsch, der aus einem 'natürlichen' Bedürfnis heraus entwickelt, sondern vielmehr eine Alternative, die von einigen wahrgenommen wird und von anderen nicht. Es gibt viele junge Leute, welche die Wahl ihrer Partnerin oder ihres Partners durch ihre Eltern bevorzugen, z.B. weil sie sich überfordert fühlen, sich selber um einen geeigneten Partner resp. eine geeignete Partnerin bemühen zu müssen. In der Untersuchung haben 42 (66.7%) aller Frauen angegeben, dass ihre Ehe von den Eltern arrangiert worden sei, 26 (54.2%) jener Frauen, die in der Schweiz geheiratet haben, kannten ihren jetzigen Ehemann vor ihrer Ankunft in der Schweiz nicht. Frau M. Malika erklärte mir, dass ihre Eltern ihren Mann ausgesucht hätten. Sie hätte eine Photographie von ihm gesehen und einige Briefwechsel mit ihm geführt, daraufhin konnte sie sich entscheiden, ob sie ihn heiraten wolle oder nicht.

Eine in der Schweiz häufige Ursache für Schwangerschaftsbeschwerden sind Partnerschaftsprobleme. Insbesondere die Trennung vom Partner während der Schwangerschaft kann sich sehr belastend auswirken (Wimmer-Puchinger 1992). In Sri Lanka ist Scheidung selten, so dass eine Trennung während der Schwangerschaft eher unwahrscheinlich und eine Belastung der Schwangeren diesbezüglich praktisch auszuschliessen ist. Nicht auszuschliessen sind hingegen Partnerschaftskonflikte als Ursache von Komplikationen, diese werden jedoch selten nach aussen getragen und sind deshalb, falls vorhanden, schwer zu erkennen. Durch die Anwesenheit einer Dolmetscherin und/oder des Ehemannes wird eine Frau während der Kontrollen auch kaum die Möglichkeit haben, über solche Konflikte zu sprechen - falls sie das überhaupt will. Die Beziehung zwischen tamilischen Paaren wird von SchweizerInnen oft als lieblos und ohne Zärtlichkeit wahrgenommen. Es gilt als anständig, sich als Paar in der Öffentlichkeit distanziert zu zeigen, was somit keine Auskunft über die effektive Beziehung zwischen der Frau und ihrem Partner gibt. Es gibt auch keinen Anlass zur Annahme, dass Partnerkonflikte unter tamilischen Paaren häufiger auftreten als unter Schweizer Paaren. Wie mir verschiedentlich mitgeteilt wurde und wie ich das auch aus den Interviews mit den tamilischen Frauen heraushören konnte, sind viele Ehemänner während der Schwangerschaft besonders fürsorglich und darum besorgt, dass sich ihre Frauen schonen.

#### **2.2.4 Einstellung zur Schwangerschaft**

Als eine der zentralsten Ursachen von Schwangerschaftsbeschwerden wird die Ablehnung oder ambivalente Einstellung zur Mutterschaft genannt (Wimmer-Puchinger 1992; Ammann/Ammon 1982; Rottmann 1974). Die bewusste Ablehnung der Mutterschaft kann bei TamilInnen praktisch ausgeschlossen werden, da sie die höchste soziale Stufe für Frauen bedeutet. Es könnte nun entgegnet werden, dass ein Zwang zur Mutterschaft bestehe, was erstens eine Ablehnung der Mutterschaft begünstigen könnte und zweitens das Äussern dieser Ablehnung nicht erlauben würde. Die Mutterpflicht kann eine Belastung bedeuten, wenn eine Frau eigentlich gar keine Kinder möchte, aber aufgrund des Respekts, den eine tamilische Mutter erfährt, und aufgrund der Selbstverständlichkeit für eine verheiratete Frau, Mutter zu werden, denke ich, ist der Kinderwunsch bei Frauen - und auch bei Männern - explizit vorhanden. Die Möglichkeit einer unbewussten Ablehnung der Mutterschaft

ist nicht auszuschliessen. Latente Abneigungen können sich auch aus anderen Gründen entwickeln. Diese können unterschiedlicher Natur sein wie z.B. die Unsicherheit bezüglich des richtigen Verhaltens während der Schwangerschaft, die Unkenntnis über die Kinderpflege, mangelnde soziale Unterstützung, finanzielle Belastung oder Angst, die Kinder könnten in der Schweiz verkommen. Die negative Einstellung bezieht sich in diesen Fällen jedoch weniger auf die Mutterschaft per se als vielmehr auf den Zustand der Schwangerschaft und auf die Ungewissheit, wie es nach der Geburt weitergehen soll.

Eine bewusste Abneigung gegen die Schwangerschaft ist bei Mehrgebärenden vorhanden, wenn sie z.B. keine weiteren Kinder haben wollen. In der Schweiz wird die Kinderzahl oft durch die finanzielle Situation bestimmt. Viele Tamilinnen sagen, dass sie sich höchstens zwei Kinder leisten können. Es gibt deshalb viele Einzelkinder in familiären Familien, die in der Schweiz wohnhaft sind. Häufig lassen sich die Frauen nach dem zweiten oder dritten Kind sterilisieren. Die Kinderzahl nimmt jedoch auch deshalb ab, weil sie in der Schweiz nicht mehr die Prestigeaufgabe erfüllt, wie dies in Sri Lanka z.T. der Fall ist.

### 2.2.5 Angst und Unsicherheit

Frau M. Mallika hat in Sri Lanka eine Gesundheitsschwester während zwei bis drei Monaten bei ihrer Arbeit begleiten dürfen. Die Aufgabe der Gesundheitsschwester bestand darin, Routinekontrollen bei schwangeren Frauen durchzuführen, Wöchnerinnen zu besuchen und die Frauen über Verhütungsmöglichkeiten aufzuklären. Zu diesem Zweck suchte sie die Frauen zu Hause auf. Auf diese Weise konnte Frau M. Mallika einiges über den Schwangerschaftsverlauf lernen, was ledigen Frauen sonst unmöglich ist. Die jungen Frauen sollen nicht abgeschreckt werden, indem sie die negativen Seiten der Schwangerschaft kennenlernen, erklärte sie mir. Aber auch schwangere Frauen werden nur über die positiven Aspekte der Schwangerschaft und Geburt unterrichtet, Schmerzen und eventuelle Gefahren werden häufig verschwiegen. Damit wird die Minderung der Geburtsangst bezweckt.

Kommen die Frauen in die Schweiz, haben sie somit kaum eine Ahnung über Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege. In Sri Lanka hätte die Mutter alles gezeigt, erklärte Frau N. Santhi. Das Unwissen und der Mangel an sozialer Hilfe erzeugen Angst. Angst, weil die Frauen nicht wissen, wie sie sich richtig zu verhalten haben, Angst, etwas falsch zu machen und dem Kind zu schaden. Die Angst wird dadurch bekräftigt, dass die Frauen von anderen erfahren, dass Kaiserschnitte und Frühgeburten in der Schweiz häufig sind. Eine Frau vermerkte im Fragebogen: „In der Schweiz haben viele Frauen während Schwangerschaft und Geburt viel Angst. Ich habe gehört, dass die Frauen Angst vor Frühgeburt und Kaiserschnitt haben, weil dies viel vorkommt“. Angst ist ein lebensnotwendiges Warnsignal, das unsere Wachsamkeit und Reaktionsfähigkeit schärft. Ist sie jedoch überdimensioniert oder unnötig, ruft sie Störungen wie Wehenanomalien, beschleunigter Herzschlag oder Bluthochdruck hervor, was den Geburtsverlauf negativ beeinflussen und Gefahren für Mutter und Kind bergen kann (Kitzinger 1992: 129; Schiefenhövel 1988: 63). Frau Zimmermann bestätigte, dass Wehenanomalien häufige Folge von Angst seien und zu Frühgeburten führen oder eine operative Entbindung nötig machen können. Ebenso können gewisse Schwangerschaftsbeschwerden wie Hyperemesis und Gestosen aus Angst resultieren. Angst dürfte gewiss eine der wichtigsten Ursachen gehäufte Komplikationen sein.

Die Angst der tamilischen Frauen äussert sich besonders dadurch, dass sie die Klinik überdurchschnittlich häufig aufsuchen. Frau Holzer sagte, dass die Frauen wegen

allerhand 'Bresten' kämen, was Frau Zimmermann bestätigte: „Es gibt Frauen, die kommen täglich. Das hat damit zu tun, dass die Frauen Angst haben. Sie kommen z.T. wegen Kleinigkeiten wie z.B. eines Pickels (...).“

Erstgebärende Frauen haben verständlicherweise mehr Angst als Mehrgebärende, da ihnen die Gebärerfahrung fehlt. Auch jene Frauen, die ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren haben, hatten in der Schweiz weniger Angst, gaben aber an, bei der ersten Geburt in Sri Lanka grosse Angst gehabt zu haben.

### 2.2.6 Erfahrung mit früheren Schwangerschaften

Vorhergehende Schwangerschaften können den Verlauf folgender Schwangerschaften beeinflussen. Positiv erlebter Schwangerschafts- und Geburtsverlauf ist eine gute Voraussetzung für künftige Schwangerschaften. Dies bestätigte sich auch in der Untersuchung. Die zweite Schwangerschaft jener Frauen, die während der ersten keine oder leichte Beschwerden hatten, verlief gleich gut oder sogar besser als die erste Schwangerschaft. Nur eine Frau, die ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren hatte, wies einen schlechteren Schwangerschaftsverlauf in der Schweiz auf.

Auch negative Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen wirken sich auf folgende Schwangerschaften aus. Häufig treten die Beschwerden der ersten Schwangerschaft in der folgenden verstärkt auf. Acht der 12 Mehrgebärenden, die während der ersten Schwangerschaft starke Beschwerden hatten, hatten dies auch während der folgenden Schwangerschaft. Davon haben drei Frauen (alle mit Erstgeburt in der Schweiz) zusätzliche Beschwerden aufgewiesen.

Spontanaborte sind mit einem Anteil von 5-15% aller Schwangerschaften im europäischen Raum relativ häufig (Wimmer-Puchinger 1992: 158). In der Untersuchung habe ich die Frauen gefragt, ob sie vor der Geburt ihres ersten Kindes eine Fehlgeburt hatten, was nur von einer Frau (1,6%) bejaht wurde. Es fragt sich nun, ob tatsächlich nur eine der befragten Frauen eine Fehlgeburt hatte, oder ob die Frauen keine Auskunft zu dieser Frage geben wollten. Fehlgeburten können einen grossen psychischen Einfluss auf die folgende Schwangerschaft ausüben, weshalb es wichtig ist, die Ursache für den Abort zu klären (Schmidt-Matthiesen 1991: 191).

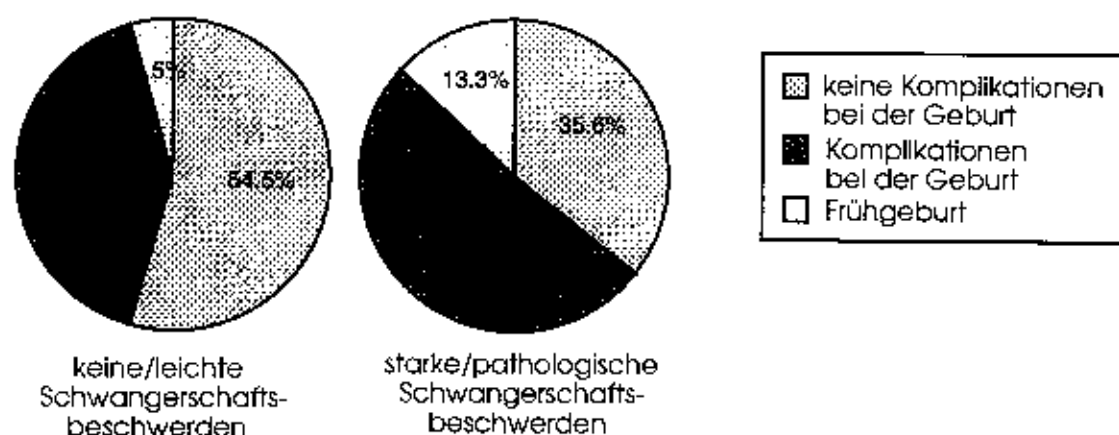
Wie mir vom medizinischen Personal mitgeteilt wurde, weisen Tamilinnen eine hohe Abtreibungsrate auf. In Sri Lanka ist Geschlechtsverkehr vor der Heirat untersagt. Im Exil hat sich aufgrund der fehlenden sozialen Kontrolle und der mangelnden Kenntnis über Verhütungsmethoden die Problematik ergeben, dass die Frauen häufig schon kurz nach ihrer Ankunft im Aufnahmeland schwanger werden. Das Ansehen der noch nicht verheirateten Frauen sowie ihrer Familien ist dadurch gefährdet, weshalb sie sich oft zu einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen sehen (Bauer/Moussa 1993: 197). Neben den physischen Gefahren des Eingriffs sind Spätfolgen, die sich auf eine spätere Schwangerschaft auswirken können, zu bedenken. Schuldgefühle beispielsweise sind psychische Folgen, die sich in der nächsten Schwangerschaft besonders belastend auswirken können. Dabei spielt jedoch die Einstellung zum Eingriff eine grosse Rolle. Je überzeugter die Frau von der Richtigkeit des Schwangerschaftsabbruches ist, um so geringer sind die psychischen Spätfolgen (Ensner et al. 1997: 25). In Sri Lanka wird der Schwangerschaftsabbruch scharf verurteilt, weil die Frau zur Mutterschaft verpflichtet ist - und nicht weil sich die ethische Frage nach der Legitimität eines solchen Eingriffes stellt<sup>12</sup> (Bauer/Moussa 1993: 196). Die Mutterschaft wird durch den Abbruch lediglich aufgeschoben und

<sup>12</sup> Eine mögliche Erklärung dafür dürfte sein, dass der Fötus erst ab dem vierten oder fünften Monat als Lebewesen angesehen wird (Kakar 1988: 235).

nicht verweigert. Zudem, so wurde mir von einer ehemaligen Mitarbeiterin der Familienplanungs- und Beratungsstelle Bern erklärt, verstünden viele Tamillinnen die Abtreibung als Bestandteil der hiesigen Konsumgesellschaft und würden deshalb weniger unter diesem Eingriff leiden als Schweizer Frauen. Aus diesen Gründen kann vermutet werden, dass psychische Folgen bei Tamillinnen seltener sein dürften als bei Schweizerinnen. Dies muss jedoch für jede einzelne Frau vorsichtig abgeklärt werden. Mir wurde verschiedentlich mitgeteilt, dass die Frauen Angst davor hätten, andere Tamillinnen könnten vom Eingriff erfahren. Dies vor allem dann, wenn bei der ärztlichen Beratung eine Dolmetscherin anwesend ist, deren Verschwiegenheit bezweifelt wird (private Mitteilungen).

## 2.2.7 Schwangerschaftsverlauf und Geburtskomplikationen

In der Geburtshilfe wird ein Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsverlauf und Geburt angenommen, d.h. je besser die Schwangerschaft verlaufen ist, um so problemfreier verläuft die Geburt. Begründet wird dies mit der Angst vor negativem Schwangerschaftsausgang, nachdem die Schwangerschaft selber schlecht verlaufen ist. Aufgrund gewisser Beschwerden während der Schwangerschaft kann eine Geburt als Risikogeburt eingestuft werden (z.B. Schwangerschaftsdiabetes). Ich habe deshalb verglichen inwieweit Schwangerschafts- und Geburtsverlauf korrelieren und bin auf folgendes Ergebnis gekommen: Von jenen Frauen, die keine oder leichte Beschwerden während der Schwangerschaft geltend machten, hatten 24 (54.5%) keine Komplikationen unter der Geburt, was deutlich höher ist als die Zahl jener Frauen, die einen pathologischen Schwangerschaftsverlauf hatten. Von letzteren



Graphik 4: Einfluss des Schwangerschaftsverlaufes auf die Geburt

haben 16 (35.6%) angegeben, eine komplikationsfreie Geburt gehabt zu haben. Ein wesentlicher Unterschied ist ebenfalls bezüglich Frühgeburten zu erkennen, zwei (4.5%) Frauen der ersten Gruppe und sechs (13.3%) Frauen der zweiten Gruppe hatten Frühgeburten. 18 (40.9%) Frauen mit pathologischem Schwangerschaftsverlauf und 23 (51.1%) Frauen mit problemfreiem Schwangerschaftsverlauf wiesen Komplikationen unter der Geburt auf (Graphik 4).<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Die Geburtsdauer wurde hier nicht berücksichtigt.

### 2.2.8 Geburtsgewicht und -grösse

Absolute Einigkeit scheint beim medizinischen Personal darüber zu herrschen, dass die Kinder der tamilischen Frauen viel zu gross im Verhältnis zum Becken der Mutter seien. Die Kinder seien bei der Geburt in der Schweiz etwa gleich gross wie Schweizer Kinder, aber die Frauen seien sehr zierlich, so dass das Becken-Kind-Verhältnis nicht stimme (Frau Holzer). Mit der Kindgrösse wird vor allem die hohe Kaiserschnitttrate erklärt.

|                      | 1. Geburt CH | 2. Geburt CH | 1. Geburt SL | 2. Geburt CH |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Durchschnittsgewicht | 3158 g       | 3029 g       | 3196 g       | 3231 g       |
| 2500 g und weniger   | 7*           | 5**          | 2            | 1            |
| 3800 g und mehr      | 7            | 1            | -            | 1            |

Tabelle 8: Geburtsgewicht (\* eine Frühgeburt/\*\* drei Zwillingenkinder)

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse sollen zuerst Gewicht und Grösse der Kinder, die in Sri Lanka geboren sind, mit jenen, die in der Schweiz geboren sind, verglichen werden. Tabelle 8 und 9 zeigen die Durchschnittswerte des Geburtsgewichts und der Geburtsgrösse. Dabei wird unterschieden zwischen Erstgeborenen in Sri Lanka und in der Schweiz sowie Zweitgeborenen in der Schweiz, wobei hier weiter zwischen den Neugeborenen jener Frauen unterschieden wird, deren erstes Kind in Sri Lanka geboren worden ist, und den Neugeborenen jener Frauen, deren erstes Kind in der Schweiz geboren worden ist. Die Werte zeigen, dass die Kinder im Durchschnitt zwischen 3000 und 3250 g wiegen, was unter dem mitteleuropäischen Durchschnitt von 3300 bis 3500 g liegt (Lucas 1980: 799). Dabei fällt auf, dass der Durchschnitt der zweitgeborenen Kinder jener Frauen, die ihr erstes Kind auch in der Schweiz geboren haben, den kleinsten und der Durchschnitt der zweit- oder drittgeborenen Kinder jener Frauen, die ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren haben, den grössten Wert aufweist. Im Gegensatz zu dem, was erwartet werden könnte, weisen die erstgeborenen Kinder in der Schweiz mit einer durchschnittlichen Grösse von 3158 g den zweitkleinsten Wert auf. Die Tabelle zeigt auch die Menge der Kinder, die bei der Geburt weniger als 2500 g resp. mehr als 3800 g gewogen haben. 2500 g gilt in Mitteleuropa als unterste Grenze. Kinder, die dieses Gewicht nicht erreichen, werden als untergewichtig bezeichnet. Dieser Wert wurde von der WHO lange Zeit als universale Richtlinie definiert. Verschiedene Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass das Geburtsgewicht regional unterschiedliche Normalwerte aufweisen kann. Eine Studie, die 1983 in Sri Lanka durchgeführt worden ist, hat ergeben, dass 27% aller Kinder bei der Geburt weniger als 2500 g wiegen (Griffon 1990: 122). Ein Gewicht von 3800 g ist für tamilische Verhältnisse sehr gross und soll als Vergleichswert dienen. Unter den Erstgeborenen in der Schweiz waren je sieben Kinder 2500 g schwer oder weniger (davon eine Frühgeburt) resp. 3800 g schwer oder mehr. Sechs Zweitgeborene in der Schweiz (davon drei Zwillingenkinder) und zwei Erstgeborene in Sri Lanka waren bei der Geburt 2500 g oder leichter und zwei Zweitgeborene wogen 3800 g oder mehr.

In Tabelle 9 ist die Körperlänge der Kinder eingetragen, auf die jedoch nur kurz eingegangen werden soll, da sie keinen wesentlichen Einfluss auf das Kopf-Beckenverhältnis ausübt. Die Durchschnittswerte befinden sich im mitteleuropäischen Rahmen, der zwischen 48-52 cm liegt. Sechs der Kinder, die in der Schweiz geboren wurden und deren Mütter nur in der Schweiz geboren haben, waren bei der Geburt 52 cm oder grösser, dagegen keines der anderen Kinder.

|                     | 1. Geburt CH | 2. Geburt CH | 1. Geburt SL | 2. Geburt CH |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Durchschnittsgrösse | 49 cm        | 48 cm        | 48.9 cm      | 49.1 cm      |
| grösser als 52 cm   | 5            | 1            | -            | -            |

Tabelle 9: Geburtsgrösse

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Durchschnittswerte sowohl des Gewichts als auch der Grösse nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Dagegen unterscheidet sich das Spektrum der Werte. Das kleinste Neugeborene in der Schweiz weist Werte von 1700 g/46 cm (keine Frühgeburt), das grösste solche von 4200 g/54 cm auf. Das kleinste und das grösste Neugeborene in Sri Lanka weisen Werte von 2300 g/(Grösse unbekannt) resp. 3720 g/52 cm auf.<sup>14</sup>

|                     | Durchschnittsgewicht (N 72) | Durchschnittsgrösse (N 70) |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ohne Komplikationen | 3182 g (N 44)               | 48.4 cm (N 43)             |
| Kaiserschnitt       | 3240 g (N 21)               | 48.9 cm (N 20)             |
| Zangengeburt        | 3252 g (N 7)                | 49.9 cm (N 7)              |

Tabelle 10: Geburtsgewicht- und grösse im Vergleich zu Kaiserschnitten und Zangengeburten (ohne Zwillinge und Frühgeburten)

Der Vergleich in Tabelle 10 zeigt, dass jene Kinder, die durch Kaiserschnitt auf die Welt gekommen sind, bei der Geburt durchschnittlich 58 g schwerer resp. 0,5 cm grösser sind als jene Kinder, die ohne Komplikationen geboren wurden.<sup>15</sup> Deutlicher zeigt sich der Unterschied bei jenen Kindern, bei deren Geburt der Einsatz einer Zange notwendig wurde, sie sind im Durchschnitt 60 g schwerer und gar 1,5 cm grösser als jene Kinder, die ohne Komplikationen geboren sind. Aus diesem Vergleich wird ersichtlich, dass ein möglicher Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht resp. -grösse und der Notwendigkeit einer operativen Entbindung zumindest in Erwägung zu ziehen ist. Dabei gilt jedoch zu bedenken, dass auch andere Faktoren zu Eingriffen führen können.

### a) Ernährung

Einer der Hauptgründe, die als Erklärung für die zu grossen familiären Säuglinge dienen, ist die Ernährung der Mutter vor und während der Schwangerschaft. Ihre Ernährungsweise sei nicht dem hiesigen Klima angepasst, so die Meinung des medizinischen Personals, und führe zu Übergewicht sowohl bei der Mutter als auch beim Kind. Da die Ernährung ein wichtiges Element der Schwangerschaft ist, soll sie in einem späteren Kapitel gesondert behandelt werden. An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf die Studie von Widmer (1997) eingehen. Sie hat die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft untersucht und festgestellt, dass tamilische Frauen mit einem durchschnittlichen Wert von 11,85 kg (+/- 3,88 kg) weniger an Gewicht zugenommen haben als die Frauen des Vergleichskollektivs.

<sup>14</sup> Die Untersuchungen von Widmer (1997) und Leuenberger et. al. (1997) haben übereinstimmend ergeben, dass tamilische Kinder bei der Geburt durchschnittlich weniger Gewicht aufweisen als die Kinder der Vergleichsgruppen. Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug in der Studie von Leuenberger et. al. 3074 g und in jener von Widmer 3165 g.

<sup>15</sup> Es gilt hier anzumerken, dass unter den Kindern, die durch Kaiserschnitt geboren wurden, ein Kind lediglich 1700 g wog, gemäss den Angaben der Mutter jedoch keine Frühgeburt war. Der Durchschnittswert der durch Kaiserschnitt Geborenen wird damit erheblich verkleinert. Wird dieser Wert weggelassen, beträgt der Durchschnittswert 3317 g, d.h. 135 g mehr als das Gewicht jener Kinder, die ohne Eingriff auf die Welt kamen.

welches einen Durchschnittswert von 13,67 kg (+/- 4,90 kg) aufwies. Damit ist die Gewichtszunahme bei den tamilischen Frauen nicht überdurchschnittlich hoch, wie angenommen werden könnte. In Anlehnung an Stevens-Simon et al. (1986) und Stunkard et al. (1981) weist Widmer jedoch auf die Möglichkeit hin, dass das von den Frauen angegebene prägravidische Gewicht ungenau sein könnte. Übergewichtige sowie untergewichtige Frauen neigten dazu, falsche Angaben bezüglich ihres Gewichtes zu machen. Hier wäre es sinnvoll, Vergleichsdaten zur Gewichtszunahme während der Schwangerschaft in Sri Lanka beizuziehen, um zu überprüfen, ob die Frauen in der Schweiz mehr an Gewicht zunehmen als dies in Sri Lanka üblich ist.

### **b) Erwerbstätigkeit und physische Betätigung während der Schwangerschaft**

Neben der Nahrungsweise wird auch der körperlichen Betätigung der Mutter ein Einfluss auf das Gewicht des Kindes zugesprochen. Clapp (1988: 110) bemerkt dazu, dass starke physische Belastung der Mutter ein Anstieg der Körpertemperatur sowie einen gleichzeitigen Kalorienmehrverbrauch bis zu 10% beim Fötus zur Folge haben kann. Im selben Text schreibt er, dass Untersuchungen nicht bestätigen konnten, dass die körperliche Betätigung der Mutter einen Einfluss auf das Geburtsgewicht des Kindes ausübt. Aufgrund der Tatsache, dass der Fötus mehr Kalorien verbraucht, wenn die Mutter physisch aktiv ist, scheint eine Korrelation plausibel. Clapp sieht diese jedoch nur im Zusammenhang mit dem Essverhalten der Mutter. So schreibt er, dass einige Untersuchungen diese Korrelation zwar belegen konnten, dass dieser Beleg jedoch eher auf die Ernährung der Mütter zurückzuführen sei (116). Eine von Tietze et al. (1988: 14) vorgestellte Studie, die in Äthiopien durchgeführt worden war, ergab, dass Frauen, die während der Schwangerschaft arbeiteten, weniger an Gewicht zunahmten als nichtarbeitende Frauen und dass auch ihre Kinder bei der Geburt leichter waren als jene der anderen Frauen. Die widersprüchlichen Aussagen zeigen, dass keine Einigkeit darüber besteht, ob physische Betätigung der werdenden Mutter mit der Gewichtszunahme des Fötus korreliert.

14 (22,2%) der untersuchten Frauen waren während der Schwangerschaft in der Schweiz erwerbstätig<sup>16</sup> und haben gleichzeitig die Hausarbeit alleine erledigt, 20 (34,9%) waren zwar erwerbstätig, erhielten jedoch Hilfe im Haushalt, 22 (38,4%) waren nicht erwerbstätig, haben jedoch die Hausarbeit alleine gemacht und 19 (33,2%) waren nicht erwerbstätig und haben Hilfe im Haushalt erhalten. Ein konkreter Zusammenhang zwischen physischer Betätigung und Geburtsgewicht ist aufgrund der Daten nicht herauszuarbeiten, da mir genaue Angaben bezüglich der Art der Erwerbstätigkeit, d.h. bezüglich der effektiven körperlichen Belastung fehlen.<sup>17</sup>

## **2.2.9 Verhalten unter der Geburt**

Laut der Meinung von Frau Zimmermann und Frau Bauher, kämen Tamillinnen häufig zu früh ins Spital und müssten dann wieder nach Hause geschickt werden (Frau Zimmermann; Frau Holzer), Frau Holzer sieht dabei einen Zusammenhang zwischen der Beziehung der Ehepartner. Je schlechter die Beziehung, um so eher kämen die Frauen zu früh ins Spital. Diese Frauen hätten auch eine schlechtere Geburt als die Frauen, die eine gute Beziehung mit ihrem Ehemann führten. Eine Annahme, die sich aufgrund der Untersuchung nicht belegen lässt.

Ich fragte die Frauen in der Untersuchung, ob sie nach Eintreten der ersten Wehen sofort ins Spital gegangen seien oder noch zugewartet hätten. Keine der Frauen gab an, zuerst zu Hause abgewartet zu haben. 29 (36%) gingen sofort ins Spital. Die

<sup>16</sup> Es wurden nur jene Frauen berücksichtigt, die mind. 6 Monate erwerbstätig waren.

<sup>17</sup> Ich möchte an dieser Stelle nur erwähnen, dass keine der Frauen, welche nicht erwerbstätig war und zudem Hilfe im Haushalt bekommen haben, eine Frühgeburt hatten. Inwieweit hier wirklich ein Zusammenhang besteht ist schwer zu sagen.

Frauen tendieren somit eher dazu, früher ins Spital zu gehen, als notwendig. Der Grund dafür ist jedoch aus der Untersuchung nicht ersichtlich.

Das Verhalten während der Wehen kann einen wichtigen Einfluss auf den Geburtsverlauf und auf die Schmerzintensität ausüben. Noch vor wenigen Jahren wurden die Frauen während den Wehen dazu angehalten, sich hinzulegen und nicht zu bewegen. Davon ist man jedoch wieder abgekommen, nachdem festgestellt werden konnte, dass mangelnde Bewegung und insbesondere die Rückenlage, die Wehentätigkeit hemmen (Mendez-Bauer et al. 1983, Kitzinger 1980). Ich habe die Frauen nach ihrem Verhalten während der Wehen gefragt. Tabelle 11 zeigt das Verhalten der Frauen, die in Sri Lanka und jenes der Frauen, die in der Schweiz geboren haben. Die Mehrheit der Frauen hat sich während der Wehen in Bewegung gehalten und die Stellung ständig gewechselt. 10 Frauen in der Schweiz und eine Frau in Sri Lanka sind während der Wehen im Bett gelegen.

|                             | Sri Lanka (N 10) | Schweiz (N 81) |
|-----------------------------|------------------|----------------|
| nichts besonderes gemacht   | 1                | 12             |
| im Bett gelegen             | 1                | 10             |
| umhergelaufen               | 8                | 43             |
| gesessen                    | -                | 11             |
| in die Hocke gegangen       | 1                | 2              |
| Stellung ständig gewechselt | 6                | 32             |

Tabelle 11: Verhalten während der Wehen

Auf meine Frage, ob sich das Verhalten der Tamilinnen unter der Geburt von jenem der Schweizerinnen unterscheidet, erklärte Frau Holzer, dass es keine Tendenzen gäbe, das sei sehr individuell. Häufig würden die Frauen vor sich hin schimpfen und den Eindruck vermitteln, das Personal trage an ihren Schmerzen schuld. Die Frauen scheinen häufig nicht auf die Schmerzen gefasst zu sein. Frau Holzer sagt dazu, dass sie den Frauen erklären müssten, dass die Schmerzen normal seien. Das Personal würde die Frauen schimpfen lassen, denn häufig ginge es diesen daraufhin besser. Frauen mit höherer Bildung und guten Deutschkenntnissen hätten in der Regel bessere Geburten, so Frau Holzer weiter, zudem würden Zweitgeburten besser verlaufen als Erstgeburten. Letzteres wurde auch durch meine Untersuchung bestätigt (vgl. Kapitel 2.1 s. 13ff). Auf die Bedeutung der sprachlichen Verständigung werde ich in einem späteren Kapitel zu sprechen kommen.

Der Einfluss der Gebärstellung auf den Geburtsverlauf wurde schon erwähnt. Die meisten Frauen gebären nach wie vor in liegender Stellung. In Sri Lanka scheint die Geburt in Rückenlage zur Zeit die Norm zu sein, alle zehn Frauen gebären ihr erstes Kind in Sri Lanka in Rückenlage. Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, haben 48 (84,2%) der Frauen in der Schweiz in Rückenlage geboren, dabei wurden Schnittentbindungen nicht berücksichtigt. Es ist nicht auszuschliessen, dass Rückenlage auch die halbliegende Position einschliesst, die in der Untersuchung mit halb sitzend bezeichnet wurde.



|                      | Schweiz (N 56) |
|----------------------|----------------|
| Rückenlage           | 48 (84.2%)     |
| In der Hocke         | 1 (1.7%)       |
| (halb-)sitzend       | 3 (5.4%)       |
| Knie-Ellenbogen-Lage | 1 (1.7%)       |
| seitwärts liegend    | 4 (7%)         |

Tabelle 12: Gebärstellung (ohne Kaiserschnitte)

### **a) Angst im Gebärsaal**

In der Untersuchung fragte ich die Frauen, wie sie sich im Gebärsaal gefühlt hätten. Die häufigste Antwort war, dass sie Angst gehabt hätten. Es wurde zwischen verschiedene Arten der Angst differenziert, so gaben einige Frauen an, sie hätten sich gesorgt, ob das Kind auch gesund sei, andere waren nervös oder konnten die Schmerzen nicht mehr ertragen. Eine Frau gab sogar an, sie hätte Panik gehabt, ohne jedoch genau zu erklären weshalb. Eine andere Frau erklärte, dass sie sehr viel Angst bekommen habe, als sie im Gebärsaal all die Apparaturen gesehen hätte. Sie habe sich gefragt, was jetzt wohl mit ihr geschehen werde. Die meisten Frauen sehen den Gebärsaal kurz vor der Geburt zum ersten Mal. Nur 11 der befragten Frauen hatten ihn schon zuvor besichtigt. Auch Frau S. Thewl erklärte mir, dass viele Frauen Angst bekämen, wenn sie all diese Instrumente sehen, weil sie glauben, dass alle zur Anwendung kommen. Sie würden sich dann überlegen, wie diese Geräte benutzt werden, und sich alles besonders schlimm ausmalen. Dadurch werde Angst erzeugt und die Frauen verkrampften sich, so dass sich der Muttermund häufig nicht richtig öffne, erklärte Frau S. Thewl weiter. Oft sei dann eine operative Entbindung die einzige Möglichkeit.

### **b) Schmerzäusserung**

Frau D. Yogeswary äusserte mir gegenüber, dass die TamilInnen sehr wehleidig seien. Meine Frage, ob sie nicht vielleicht Ihrem Schmerz stärker Ausdruck verleihen, weil die soziale Reaktion auf Schmerzäusserungen in Sri Lanka eine andere sei als in der Schweiz, konnte sie nicht nachvollziehen. Frau S. Thewl meint, die Frauen würden aus Angst schreien. Sie würden durch das Schreien viel Energie verschwenden und hätten dann keine Kraft mehr, seien erschöpft und müssten deshalb häufiger operiert werden. Auch Frau Holzer sagte, dass die TamilInnen ein anderes Schmerzgefühl hätten als SchweizerInnen. Schmerzintensität kann jedoch nicht am Verhalten der Leidenden abgelesen werden, denn Schmerz wird unterschiedlich geäussert. Frau Holzer relativiert ihre Aussage auch, indem sie sagt, die TamilInnen seien weniger kontrolliert als SchweizerInnen, was heisst, dass sie ihrem Schmerz stärker Ausdruck verleihen. „Wenn bei uns jemand so schreit wie sie, dann ist der Schmerz schon ziemlich stark“ meinte sie, was soviel heisst wie, der Schmerz sei nicht so stark, wie es aufgrund der Schmerzäusserung angenommen werden könnte.

Wer sich dessen bewusst ist, dass Schmerzen unterschiedlich ausgedrückt werden, kann sicherlich besser mit den für Schweizer Verhältnisse ungewohnten Schmerzäusserungen der TamilInnen umgehen. Wer dies jedoch nicht ist, interpretiert die Schmerzäusserungen aus der eigenen Perspektive. D.h. es wird viel schneller davon ausgegangen, dass die Grenze des Ertragbaren überschritten sei. In diesem Fall könnte übereiltes Eingreifen die Folge sein. Diese Frage zu prüfen ist jedoch äusserst schwierig. Frau M. Mallika sagte mir, dass sie der Meinung sei, in der Schweiz werde viel zu schnell operiert, d.h. dass es oft gar nicht wirklich nötig wäre. Dies

könnte auf Missverständnisse zurückzuführen sein, die auf unterschiedlicher Interpretation von Schmerzäusserungen basieren.

### **c) Kommunikationsschwierigkeiten im Gebärsaal**

Im Gebärsaal ist die Kommunikation sehr wichtig. Frauen, die gut Deutsch sprechen, haben seltener Probleme während der Geburt, weil sie sich sicherer fühlen und verstehen können, was ihnen gesagt wird (Frau Sommer, Frau Holzer). Wenn eine Frau die Sprache nicht gut beherrscht, so Frau Holzer, übersetze häufig ihr Mann. Die Männer seien jedoch meist überfordert damit, so dass dem Personal nichts anderes übrig bliebe, als mit Händen und Füßen zu kommunizieren. Manchmal hätten sie auch eine Dolmetscherin eingesetzt, da diese jedoch wirklich nur übersetzt habe, ist Frau Holzer der Meinung, dass sie mit Händen und Füßen mehr erreicht hätten. Das ist ein wesentlicher Punkt. Kommunikation findet nicht lediglich über die Sprache statt, auch non-verbale Kommunikation ist wichtig. Sie kann besonders für die Vertrauensgewinnung von Bedeutung werden. Frau Holzer erzählte auch, dass die tamilischen Frauen ihr oft die Hand hielten und sie streichelten.

Eine Dolmetscherin, die nur Sprachrohr ist, wirkt somit eher störend als helfend. Im CHUV hat der Einsatz einer Dolmetscherin seit einigen Jahren grosse Erfolge gebracht. Es handelt sich dabei um eine Tamilin, die selber Hebamme ist und während der Geburt als Dolmetscherin eingesetzt wird, sofern die Frauen dies wünschen. Sie versteht es jedoch, mehr als nur Sprachrohr zu sein. Die Sectiorate ist seit ihrer Anstellung stark gesunken und figuriert nun im schweizerischen Durchschnitt (Frau Wüthrich).

## **2.2.10 Anwesenheit des Ehemannes bei der Geburt**

In der Schweiz ist die Anwesenheit des Partners während der Geburt zu einer Selbstverständlichkeit geworden, wenn es auch immer noch Frauen und Männer gibt, die dies nicht begrüssen. Ist der Partner auf Wunsch beider anwesend, ist die positive Wirkung auf das Wohlbefinden der Frau unter der Geburt ziemlich sicher. Was ist, wenn die Anwesenheit des Partners eigentlich nicht erwünscht ist?

Die Anwesenheit des Vaters des Kindes während der Geburt ist in Sri Lanka kaum ein Thema (McGilvray 1982: 57).<sup>18</sup> Wobei mir von einer tamilischen Mutter mitgeteilt wurde, dass immer öfter Väter bei der Geburt anwesend seien, was sich durch die Studie jedoch nicht bestätigen liess. Vier der 10 Frauen, die ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren haben, gaben an, dass ihre Mutter bei der Geburt anwesend war und zwei Frauen gaben an, dass die Schwiegermutter anwesend war (bei zwei dieser Frauen waren sowohl Mutter als auch Schwiegermutter anwesend). Je eine Frau gab an, dass die jüngere Schwester ihrer Mutter, eine verwandte Ärztin und die Grossmutter mütterlicherseits bei der Geburt dabei gewesen sei, und ebenfalls eine Frau hatte niemanden bei der Geburt bei sich.

Was die Geburten in der Schweiz betrifft, sieht das ganz anders aus. Bei 70 (86.4%) aller untersuchten Geburten in der Schweiz war der Ehemann anwesend. Bei neun der anderen 11 Geburten handelte es sich um Schnittentbindungen. Eine der beiden Frauen, deren Ehemann nicht dabei war und die nicht per Kaiserschnitt

<sup>18</sup> Da die Frau unter der Geburt viel Blut verliert, wird die Niederkunft in Sri Lanka als spirituell unreiner Akt gesehen. Um sich nicht zu verunreinigen, soll der Vater bei der Geburt nicht anwesend sein (McGilvray 1982). Es sei noch erwähnt, dass Blut nur dann als unrein gilt, wenn es aus dem Körper austritt. Im Körper nimmt es als Energiespeicher eine ausserordentlich wichtige Bedeutung ein. An dieser Stelle möchte ich auf die Arbeit von Dettwiler (1997) aufmerksam machen. In ihrer Lizentiatarbeit untersuchte sie das Gesundheitsverhalten tamilischer Flüchtlinge in der Schweiz. Eine ihrer Informantinnen erklärte ihr die Bedeutung des Blutes und dessen Einfluss auf die Gesundheit.

entbunden wurde, hat ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren. Der Ehemann der zweiten Frau war bei der ersten Geburt anwesend, bei der zweiten Geburt nicht mehr.

Meine Frage, ob die Anwesenheit des Mannes befürwortet wurde, wurde erwartungsgemäss von allen Frauen mit ja beantwortet. Erwartungsgemäss sage ich deshalb, weil es sich um eine Frage handelt, die aus Anstand mit ja beantwortet werden muss. Ich werde sogleich darauf zurückkommen. Weiter hinten im Fragebogen stellte ich dann die Frage, wen die Frauen denn gerne bei der Geburt dabei gehabt hätten (nur Erstgebärende in der Schweiz). 25 (47.2%) der Frauen gaben ihre Mutter, vier (7.6%) ihre Schwiegermutter und 42 (79%) ihren Ehemann an. 4 (7.6%) bevorzugten, dass niemand ausser dem Personal bei der Geburt zugegen sei. Die Mehrheit der Frauen, deren Männer wegen der Operation nicht bei der Geburt dabei sein konnten, hätten sich seine Anwesenheit gewünscht. Interessant ist nun, dass 14 (29.8%) der Frauen, welche die Anwesenheit des Ehemannes befürworteten, diese nicht gewünscht haben und dass von denen, welche sie gewünscht haben 16 (48.5%) mindestens eine weitere Person angegeben haben, deren Anwesenheit sie ebenfalls erwünscht hätten.

An dieser Stelle möchte ich auf meine Bemerkung eingehen, es handle sich um eine Höflichkeitsantwort, wenn die Frauen angeben, dass sie die Anwesenheit der Ehemänner befürwortet hätten. Wie mir privat mitgeteilt wurde, sind viele Tamilinnen und Tاملين der Meinung, dass in der Schweiz der Ehemann bei der Geburt anwesend sein müsse, d.h. sie sind sich nicht darüber bewusst, dass sie die Wahl haben, zu entscheiden, ob der Ehemann dabei sein soll oder nicht. Wenn wir die Frauen nun frage, ob sie die Anwesenheit des Ehemannes befürworten, geben sie die Antwort, von welcher sie glauben, dass wir sie erwarten. Dies ist ein zentraler Punkt, denn vor der Geburt wird das Ehepaar gefragt, ob der Ehemann dabei sein werde oder nicht. Die Antwort wird ja sein, weil sich das Paar so konform als eben möglich verhalten möchte. „Die Tamilinnen sind sehr reserviert,“ äusserte sich Frau Wüthrich zu diesem Problem. „sie sagen nicht, was ihnen nicht passt. Sie sagen immer, alles sei gut (...). (Sie) sagen nicht, dass sie ihre Männer nicht dabei haben möchten. Das Problem ist, wie man fragt. Wenn man fragt: ‚werden Sie (der Ehemann) dabei sein?‘, dann sagt er ja. Nicht weil sie das wollen, sondern aus Höflichkeit.“ Es sei wichtig, dass sie realisieren, dass sie nein sagen dürfen und sie müssten deutlich gefragt werden, ob sie wollen, dass der Ehemann dabei ist. Zuerst müsse ihnen erklärt werden, dass es in der Schweiz zwar üblich sei, dass der Mann dabei ist, weil beide das wollen, dass es aber auch Frauen gäbe, die das ablehnen. „Ich sage ihnen dann, dass ich wisse, dass das in Sri Lanka nicht üblich ist und dass sie es deshalb nicht müssen, aber dürfen, wenn sie wollen.“

Frau Holzer wie Frau Zimmermann befürworten die Integration der Männer in das Geschehen rund um die Geburt. „Wir sind dafür, dass die Männer lernen, mit ihren Frauen umzugehen während dieser Zeit und Interesse zu zeigen an diesem Vorgang, den sie als reine Frauenangelegenheit betrachten“ (Frau Zimmermann). Wie mir Frau Holzer erzählte, schätzten es viele Männer, bei der Geburt dabei zu sein und würden sich fürsorglich um ihre Frauen kümmern. „Ihre Augen strahlen dann richtig,“ erklärte sie weiter, was mich an Frau K. Maheswarays Mann erinnerte, der mir strahlend versicherte, dass er gern bei der Geburt anwesend gewesen sei. Frau Holzer räumt jedoch ein, dass viele Männer überfordert seien, wenn sie dann auch noch übersetzen müssten. Frau Wüthrich ist skeptischer. Sie ist davon überzeugt, dass viele Geburtskomplikationen auf die Anwesenheit des Mannes zurückzuführen seien. Die Frauen seien dann verkrampfter.

Als ich Frau D. Yogeswary mit der Frage konfrontiert habe, ob die Anwesenheit des Mannes störend auf die Tamilinnen wirken könnte, reagierte sie ein wenig erstaunt

und meinte, dass sie ihren Mann gerne dabei gehabt hätte,<sup>19</sup> es sei doch schön, wenn jemand da sei, den man gerne habe, dem man vertraue und der einem beistehe. Frau S. Thewi bestätigte, dass die meisten Frauen ihre Männer dabei haben wollen. Früher sei dies nicht so gewesen, und es gäbe noch heute viele Männer, die das nicht wollen, aber die Frauen wollten das schon.

Die unterschiedlichen Meinungen zeigen, dass es keine allgemeingültige Antwort auf diese Frage gibt. Wichtig ist, dass sich die Frauen bewusst sind, dass der Entschied bei ihnen liegt, dass die Anwesenheit des Ehemannes während der Geburt nicht eine Pflicht ist, sondern als Unterstützung gedacht ist, für jene Paare, die dies wünschen. Vorsicht ist geboten bei Urteilen wie 'das tut ihnen gut, wenn sich die Männer ein bisschen mehr um ihre Frauen kümmern'. Die Integration des Mannes in das Geburtsgeschehen resultiert aus einer eurospezifischen Entwicklung und ist nicht grundsätzlich besser als andere Einstellungen zu dieser Frage. Es gilt deshalb an dieser Stelle noch einmal darauf aufmerksam zu machen, dass eigenes Gutdünken nicht pauschalisiert werden und zur Fremdbestimmung über andere Menschen führen darf. Wenn die Wünsche der Schweizerinnen diesbezüglich respektiert werden, müssen auch jene der Tamilinnen respektiert werden.

---

<sup>19</sup> Ihr Ehemann konnte bei beiden Geburten nicht dabei sein, weil sie operativ entbunden wurde.

## 2.3 NUTZUNG DER VORSORGEANGEBOTE

### 2.3.1 Schwangerschaftsuntersuchung

#### **a) Kontrollen**

Während der Schwangerschaft wird von der Frau erwartet, dass sie sich regelmässig zur Untersuchung in die Klinik oder in die Praxis ihrer Ärztin resp. ihres Arztes begibt. Der Zweck dieser Untersuchung besteht darin, den Gesundheitszustand von Mutter und Kind zu prüfen und abzuklären, ob die Schwangerschaft geregelt abläuft.

Routinekontrollen werden in Sri Lanka ebenso wie in der Schweiz monatlich durchgeführt. Es gibt jedoch Unterschiede in der Art der Untersuchung. Während in der Schweiz vaginale Untersuchungen zur regelmässigen Kontrolle gehören, werden diese in Sri Lanka nur unmittelbar vor der Geburt vorgenommen (Griffon 1990). Mit der vaginalen Untersuchung und damit, sich während der Untersuchung entkleiden zu müssen, haben viele Frauen Mühe. Keine der tamilischen Frauen hat diese Problematik angesprochen, es waren vielmehr die Hebammen und Ärztinnen, die auf diesen Punkt hingewiesen haben. Sie berichteten, dass die Frauen sich oft nicht entspannen könnten und sich schämten. Vor allem beim ersten Mal würden viele Frauen weinen, erklärte mir Frau S. Thewi, manche hätten sogar während der ganzen Schwangerschaft Angst vor diesen Untersuchungen. Zudem würden sich die Frauen nicht ausziehen wollen, besonders wenn sie von einem Mann untersucht werden, dann verkrampften sie sich noch mehr. Wenn sie dazu aufgefordert werden, würden sie dies zwar tun, jedoch nur langsam und zögernd (Frau S. Thewi).

Tamilische Frauen besuchen nicht nur die Routinekontrollen, sie kommen auch ausserhalb der regelmässigen Kontrollen häufig in der Klinik oder in der Praxis vorbei, wie weiter oben schon erwähnt wurde. Die Frauen seien mehr verunsichert. Dies zeige sich darin, dass sie "aus einer Mücke einen Elefanten machen", erklärte mir Frau S. Thewi, es täte ihnen irgendwo ein wenig weh, und dann würden sie sich solange darauf konzentrieren, bis sie starke Schmerzen verspürten und dann gingen sie in die Klinik.

Schweizerinnen gehen in der Regel zwei- bis dreimal während der Schwangerschaft zur pränatalen Diagnostik in die Klinik. Im Gegensatz zu den Routinekontrollen, deren Besuch von den Frauen erwartet werden, sind diese Untersuchungen fakultativ. Ich habe die tamilischen Frauen gefragt, wie oft sie sich ausserhalb der Routinekontrollen untersuchen liessen und zu welchem Zweck. 31% der Frauen, die in der Schweiz geboren haben, sind häufiger als dreimal zu speziellen Untersuchungen gegangen, wobei der Grund meistens mit den Beschwerden in Zusammenhang stand, die während der Schwangerschaft auftraten. Nur wenige Frauen gaben an, wegen Ultraschalluntersuchungen die Klinik aufgesucht zu haben.<sup>20</sup>

#### **b) Wünsche der Frauen bezüglich der Kontrollen**

Allgemein wird davon ausgegangen, dass Ausländerinnen sich bevorzugt von Frauen untersuchen lassen. In Sri Lanka liegen Gynäkologie und Geburtshilfe zwar vornehmlich in Frauenhänden, Männer sind jedoch keine Seltenheit. Unter der speziellen Situation des Arzt-Patientin-Verhältnisses ist der Körperkontakt zwischen Mann und Frau nicht problematisch, zumal die Frau zu den Kontrollen begleitet wird, sich somit nie alleine mit dem Arzt im Zimmer aufhält. Fünf der 10 Frauen, die in Sri Lanka geboren haben, wurden von Ärztinnen untersucht, vier von Ärzten (wobei sich eine sowohl von einem Arzt als auch von einer Ärztin untersuchen liess) und zwei

<sup>20</sup> Zweck dieser Frage war es auch, dass die Frauen eventuelle Beschwerden, die in der entsprechenden Liste nicht aufgetragen sind, niederschreiben. Diese Erwartung hat sich auch erfüllt.

von Gesundheitsschwestern. Alle gingen zwecks der Untersuchung in die Klinik oder in die Praxis, keine liess sich zu Hause untersuchen. In der Schweiz sieht das Verhältnis anders aus, 38 (58.5%) der Frauen wurden von einem Arzt untersucht, 23 (35.4%) von einer Ärztin (wobei sechs dieser Frauen sowohl bei einem Arzt als auch bei einer Ärztin waren) und vier (6.2%) von einer Hebamme.

Die Geschlechtszugehörigkeit mag für äussere Kontrollen, wie sie in Sri Lanka üblich sind, eine kleinere Rolle spielen als bei der Durchführung von vaginalen Untersuchungen und wenn sich die Frau ausziehen muss. Ich habe deshalb jene Frauen, die von Ärzten untersucht worden sind, gefragt, ob sie lieber von Frauen untersucht worden wären. Eigenartigerweise haben alle bis auf eine Frau diese Frage beantwortet, obwohl sie nur an jene Frauen gerichtet war, die von Ärzten untersucht worden waren. 17 (27%) bejahten diese Frage, von diesen wurden vier von einem Arzt untersucht und drei sowohl von einem Arzt als auch von einer Ärztin, vier (6.5%) verneinten diese Frage, d.h. sie wären nicht lieber zu einer Ärztin gegangen, und 40 (64.5%) gaben an, dass es ihnen egal sei, ob sie von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht werden. Es ist anzunehmen, dass die letzte Antwort den Frauen die Möglichkeit gibt, nicht direkt Stellung zu nehmen und das Resultat dadurch ein wenig verfälscht wird. Frau S. Thewi schätzt, dass etwa 60-70% aller Frauen Mühe damit hätten, sich von einem Mann untersuchen zu lassen.

Die Frage, ob die Frauen lieber von einer Hebamme zu Hause kontrolliert worden wären, konnte nur mit ja oder nein beantwortet werden. 47 (72.8%) der Frauen gaben an, dass sie dies nicht bevorzugt hätten, drei (4.8%) gaben an, dass sie gerne von einer Hebamme zu Hause betreut worden wären und 12 (19.4%) äusserten sich nicht zu dieser Frage.

Frau M. Mallika, die sich von einem Arzt untersuchen liess, wäre lieber zu einer Frau gegangen. Für Frau N. Santhi spielte dies hingegen keine Rolle: „Andere Frauen stört das, aber mir war das egal“, erklärte sie mir.

#### FALLBEISPIEL:

Nachdem Frau S. Kumary<sup>21</sup> mehrere Fehlgeburten hatte, konnte sie nicht mehr schwanger werden und hätte sich deshalb bei ihrem Arzt einer speziellen Behandlung unterziehen lassen sollen. Sie erschien jedoch nie mehr bei diesem Arzt, sondern suchte eine Ärztin auf, wurde kurze Zeit später schwanger und konnte das Kind austragen.

Inwiefern die Geschlechtszugehörigkeit der Untersuchenden eine Rolle gespielt hat, dass Frau S. Kumary schwanger werden und ihr Kind austragen konnte, ist schwierig zu beurteilen. Die Tatsache, dass sie von sich aus eine Ärztin aufgesucht hatte, nachdem sie zuerst beim selben Arzt war, wie die Tamilinnen in ihrer Umgebung, zeigt jedoch, dass die Geschlechtszugehörigkeit für sie von Bedeutung war. Dass Frauen, die Ärztinnen bevorzugen, sich trotzdem durch Ärzte behandeln und untersuchen lassen, weist daraufhin, dass sich einige Frauen bei der Wahl des Arztes vom sozialen Umfeld beeinflussen lassen (z.B. Empfehlungen) und ihre Bedürfnisse unterdrücken.

#### **c) Begleitung zu den Kontrollen durch den Ehemann**

Auffallend sei, so die Ärztinnen und Hebammen, mit denen ich gesprochen habe, dass sich die Frauen fast ausschliesslich von ihren Ehemännern zu den Kontrollen begleiten liessen. Dabei würde häufig der Mann für seine Frau sprechen, selbst dann, wenn die Frau die deutsche Sprache besser beherrsche als er. Direkt erfragt werden konnte dies nicht. Es muss jedoch damit zusammenhängen, dass die Männer die Familie nach aussen repräsentieren. „(Die Tamilinnen) ergreifen nie das Wort. Der Mann bestimmt den Ablauf des Gesprächs. Er ist das Sprachrohr der Frau“ (Frau

<sup>21</sup> Wurde mir von einer Schweizerin mitgeteilt. Name geändert.

Zimmermann). So wird nach aussen gezeigt, dass der Ehemann der offizielle Repräsentant der Familie ist.

Begleitungen zu den Kontrollen sind in Sri Lanka sowie in der Schweiz üblich. Während die Frauen in Sri Lanka nur selten von ihren Ehemännern zu den Untersuchungen begleitet werden, werden sie in der Schweiz fast nur von ihren Partnern begleitet. Tabelle 13 zeigt, dass in Sri Lanka sechs Frauen von ihren Müttern, zwei von ihren Ehemännern und je eine von ihrer älteren Schwester resp. ihrer Freundin begleitet wurden. In der Schweiz wurden 59 (95,2%) von ihren Ehemännern begleitet, davon 32 (54,2%) bei jeder Untersuchung und 29 (49,2%) bei einigen Untersuchungen. Je eine Frau (1,6%) wurde von einer Freundin und ebenfalls eine Frau von niemandem begleitet.

|                  | Sri Lanka (N 10) | Schweiz (N 62) |
|------------------|------------------|----------------|
| Mutter           | 6                | -              |
| Ehemann          | 2                | 59             |
| ältere Schwester | 1                | -              |
| FreundIn         | 1                | 1              |
| niemand          | -                | 1              |
| keine Angaben    | -                | 1              |

Tabelle 13: Begleitung zu den Schwangerschaftskontrollen

### 2.3.2 Sprachliche Verständigung

Melne Frage, wie die sprachliche Schwierigkeit bei der Kontrolle gelöst würde, beantwortete Frau Sommer damit, dass sie schauen würde, dass eine Person mitkomme, die übersetzen könne. Wenn immer möglich setzt sie eine Dolmetscherin ein, sie erklärte mir jedoch, dass niemand bereit sei, diese zu entschädigen. Dies wurde auch von Frau Zimmermann bestätigt, die sagte, dass aus finanziellen Gründen sehr selten eine Dolmetscherin eingesetzt werde. Häufig würden die Ehemänner übersetzen, melnten beide. Das sei jedoch ein Problem, so Frau Zimmermann, weil sie nie sicher sei, ob dieser alles richtig übersetze oder vielleicht Wesentliches weglassen. Sie habe eine Broschüre erstellt, worin genau erklärt sei, was sie jetzt weshalb mache. Diese komme zum Einsatz, wenn keine Dolmetscherin anwesend sei. Zudem habe sie Bilder, anhand derer sie die einzelnen Schritte der Untersuchung aufzeige. Frau Sommer ist überzeugt, dass die Qualität der Untersuchung leidet, wenn es sprachliche Schwierigkeiten gibt, weil das Gespräch dann stark von ihr geleitet werde und sie nicht genau erklären könne, was sie mache. Damit spricht sie die von Rehbein (1986)<sup>22</sup> dargelegte Problematik an.

<sup>22</sup> Ich beziehe mich hier auf ein Beispiel, das ich in meiner Lizentiatsarbeit aufgeführt habe. Rehbein analysierte die Arzt-Patienten-Kommunikation während den Sprechstunden. Die Analyse eines Diskurses zwischen einem Arzt und einem türkischen Patienten ergab, dass der Patient aus sprachlichen Gründen Schwierigkeiten hatte, seine Beschwerden zu beschreiben und der Arzt deshalb bemüht war, Symptome zu erfragen. Der Diskurs war durch Missverständnisse gekennzeichnet. Der Patient wurde kaum zu Wort gelassen und erhielt somit keine Möglichkeit, seine Beschwerden darzulegen. Der Arzt hingegen glaubte fälschlicherweise, die Symptome erfasst zu haben, weil die Rückfragen vom Patienten bestätigt wurden, obwohl dieser sie nicht richtig zu verstehen schien. Der Patient erhielt den Befund, bevor er seine Beschwerden effektiv geschildert hatte.

Unterdessen sind die Resultate einer aktuellen Studie zugänglich geworden, welche erstmals für die Schweiz aus einer interdisziplinären Perspektive (Medizinethnologie, Epidemiologie, Medizin, Psychologie) dieses komplexe Problemfeld analysiert (Salis Gross et al. 1997a). Mittels Videoanalysen (Moser 1996), Fallstudien (Zuppinger 1997), quantitativer und qualitativer Ärztebefragung (Blöchlinger 1997, Blöchlinger et

wonach der Arzt den Diskurs bestimmt und der Patient seine Beschwerden nicht ausführlich vorbringen kann. Die Gefahr, die sich dadurch ergibt, besteht darin, dass die Anliegen der Frau übergangen werden, weil diese sich nicht äussern kann oder nicht verstanden wird. Wenn Ärztin und Klientin nicht kommunizieren können, geht eine zentrale Möglichkeit der Angstbewältigung und Vertrauensschaffung verloren.

Ich habe die tamilischen Frauen gefragt, in welcher Sprache die Kontrollen stattgefunden hätten, wobei ich zwischen Routinekontrollen und speziellen Kontrollen unterschieden habe, da diese in der Regel nicht durch dieselbe Person durchgeführt werden. Die Angaben deckten sich jedoch, so dass ich mich hier auf die Routinekontrolle beschränkt habe. Weiter wurden die Frauen gefragt, wie sie das Gesagte bei der Kontrolle verstanden hätten. Tabelle 14 zeigt in welcher Sprache die Kontrollen durchgeführt wurden und wie gut sie verstanden wurden. Die Mehrheit (69.4%) der Kontrollen wurde in deutscher Sprache durchgeführt, 27.4% in englischer Sprache und 17.7% mit tamilischer Übersetzung, wobei nicht klar ist, ob diese durch eine Dolmetscherin oder eine Person aus dem privaten Umfeld der Klientin erfolgte.

| Sprache        | Deutsch (69.4%) | Englisch (27.4%) | Tamilisch (17.7%) |
|----------------|-----------------|------------------|-------------------|
| gut verstanden | 24 (55.8%)      | 14 (77.8%)       | 6 (54.6%)         |
| einigermassen  | 19 (44.2%)      | 3 (22.2%)        | 5 (45.4%)         |

Tabelle 14: Sprache und Verständigung bei den Routineuntersuchungen

Alle Frauen gaben an, das Gesprochene während der Kontrollen gut oder zumindest einigermaßen verstanden zu haben. Obwohl explizit danach gefragt, gab keine der Frauen an, das Gesagte nicht so gut oder überhaupt nicht verstanden zu haben. Nicht so Frau M. Mallika, sie antwortete mir auf meine Frage, ob sie gut verstanden hätte, was der Arzt zu ihr gesagt habe: „Nein, der Arzt hat Deutsch gesprochen. Ich habe nichts verstanden. Er hat einfach gesagt, alles sei gut, dann konnte ich wieder gehen.“ Auch Frau N. Santhi und Frau K. Maheswary gaben an, ihren Arzt nicht gut verstanden zu haben.

### 2.3.3 Geburtsvorbereitung

Von den 62 Frauen haben acht (13%) einen Geburtsvorbereitungskurs besucht. Aufgrund dieser kleinen Zahl ist eine Aussage über Korrelation zwischen Kursbesuch und Komplikationen während der Geburt kaum möglich. Ich fragte jene Frauen, die keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, nach dem Grund dafür. Die zwei meistgenannten Gründe lauteten, sie hätten nicht gewusst, dass ein solcher Kurs existiert resp. wo dieser stattfindet, oder sie hätten keine Zeit gehabt. In Anbetracht der Wichtigkeit, die wir einem Geburtsvorbereitungskurs beimessen, wäre keine Zeit zu haben unter SchweizerInnen bestimmt keine akzeptable Antwort. Sie weist deshalb daraufhin, dass diese Frauen solche Kurse nicht als besonders relevant betrachten. Zwei Frauen drückten dies etwas deutlicher aus: eine sagte, sie fände so einen Kurs nicht nötig, die andere sagte, sie wolle nicht alles zum Voraus lernen. Weiter wurden auch praktische Probleme angebracht. Einige Frauen erklärten, sie würden die deutsche Sprache zu wenig gut beherrschen, um dem Kurs folgen zu können, oder sie würden viel zu weit weg wohnen. Eine ganz andere Erklärung lieferte Frau S. Thewl: „Die Frauen fragen andere Frauen, ob sie gegangen sind, wenn die nein sagen, dann gehen sie auch nicht. Viele sagen, sie wollen nichts darüber

al. 1997) wurden die Erfahrungen von Ärzten und Patienten untersucht und konkrete Vorschläge für die ärztliche Praxis erarbeitet (Salls Gross et al. 1997b).



wissen, wenn dann aber die Geburt kommt, haben sie Angst." Auch in diesem Bereich scheint also das soziale Umfeld entscheidend das Verhalten der Frauen zu beeinflussen.

Zweck der Geburtsvorbereitungskurse ist es, die Frauen physisch und psychisch auf den Geburtsvorgang vorzubereiten. Frauen, die keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, weisen häufiger Komplikationen unter der Geburt auf als jene, die solche Kurse besucht haben. Aufgrund dieser Tatsache wird dem Geburtsvorbereitungskurs an sich eine grosse Bedeutung beigemessen. Durch diese Kurse wird die Schwangere auch in die Riten im Gebärsaal eingeweiht, so dass die Gebärende und das medizinische Personal aufeinander abgestimmt sind und während der Geburt als eingespieltes Team funktionieren können. Wer die Riten des Gebärsaales nicht kennt, versteht die Zeichen nicht und kann nicht erwartungsgemäss handeln, dabei spielt die Nationalität oder ethnische Zugehörigkeit der Frau keine Rolle. Während der Geburt sind in diesem Fall mehr Erklärungen nötig als bei den Frauen, die einen Kurs besucht haben. Wenn noch sprachliche Schwierigkeiten hinzukommen, kann dies eine zusätzliche Belastung bedeuten.

Damit will ich sagen, dass der Geburtsvorbereitungskurs, den Geburtsvorgang vor allem wegen dieser Verhaltensübereinstimmung von Gebärenden und Personal erleichtert. Psychische und physische Vorbereitung auf die Geburt kann jedoch sehr unterschiedlich aussehen, und es könnte sein, dass ein grosser Teil der Tamilinnen unserer Art der Vorbereitung nichts abgewinnen kann. Das heisst nicht zwangsläufig, dass sie sich nicht vorbereiten, sondern dass sie eine eigene Methode bevorzugen. In diesem Fall würde sich auch die Frage stellen, ob diese Kurse überhaupt sinnvoll sind. Frau Holzer verneint dies. Sie ist der Meinung, dass eine gute Schwangerschaftsbetreuung viel besser wäre als ein Geburtsvorbereitungskurs - dies nicht nur für Tamilinnen, sondern auch für Schweizerinnen.

Es kann jedoch auch sein, dass viele Frauen nicht wissen, was ein Geburtsvorbereitungskurs ist. Einige von ihnen begründeten ihren Entscheid, den Kurs nicht zu besuchen damit, dass sie in der Schule gelernt hätten, wie ein Kind auf die Welt komme. Dies weist auf einen erheblichen Informationsmangel hin, ebenso die Unkenntnis über die Existenz solcher Kurse. „Ich habe über den Vorbereitungskurs und die Sprechstunden (in tamilischer Sprache) nichts gewusst,“ bemerkte eine Frau im Fragebogen, „wenn ich davon gewusst hätte, hätte ich sicher teilgenommen“. Ob die Frauen nie auf solche Geburtsvorbereitungskurse hingewiesen wurden, wie die meisten angeben, oder ob sie die diesbezügliche Empfehlung nicht verstanden haben, kann hier nicht beurteilt werden. Es ist auf jeden Fall wichtig, dass sie auf die Existenz solcher Kurse aufmerksam gemacht werden, dass ihnen erklärt wird, worum es in diesen Kursen genau geht und dass ihnen freigestellt ist, ob sie diese Kurse besuchen wollen oder nicht. Frau S. Thewi ist der Meinung, wenn einige Frauen gezwungen würden, an solchen Kursen teilzunehmen, würden in der Folge alle Frauen diese Kurse besuchen. Trotzdem denke ich, dass den Frauen die Wahl gelassen werden sollte, wir können nicht entscheiden, ob diese Kurse für sie sinnvoll sind oder nicht.

### **2.3.4 Nutzung der tamilischen Sprechstunden im Frauenspital**

1985 wurde in der Familienplanung des Frauenspitals Bern eine Koordinationsstelle für Tamilinnen eröffnet. Dieses Projekt wurde vom Christlichen Friedensdienst entwickelt und finanziert. Zwei Frauen, die tamilische Ayurvedaärztin Sandiravathany Yoganathan und die Schweizer Sozialarbeiterin Renate Jöbstel, führten diese Anlaufstelle, wobei die Aufgabe von Frau Jöbstel hauptsächlich in der Administration lag. Frau Y. Sandiravathany bot den Frauen besonders im Bereich

Schwangerschaft, Geburt, Säuglingspflege und Gynäkologie Beratung an und war gleichzeitig Ansprechpartnerin, wenn psychosoziale Probleme vorlagen. Gleichzeitig war sie Schlüsselfigur und Informantin für Schweizer Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. 1991 musste die Stelle aus finanziellen Gründen geschlossen werden, da weder Bund noch Kanton bereit waren, dieses Projekt zu unterstützen (Moussa-Karlen/Bauer 1993: 215).

Von diesem Projekt ist eine tamilische Dolmetscherin übriggeblieben, die systematisch zur Übersetzung bei Beratungen und Untersuchungen beigezogen wird. Weil keine Schwangerschaftsbetreuung angeboten wird, gehen die Frauen nur gerade zu Beginn der Schwangerschaft zur Familienplanungsstelle, können sich dort jedoch jederzeit in sozialen Fragen beraten lassen. Lediglich sechs (10%) der befragten Frauen gaben an, von diesem Angebot Gebrauch gemacht zu haben. Diese geringe Nutzung kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen gibt es Frauen, die ihr erstes Kind in der Schweiz geboren haben, bevor dieses Projekt existiert hat. Andererseits werden die Frauen direkt an Hebammen oder ÄrztInnen verwiesen oder wählen diese selber, so dass viele keine Kenntnis von diesem Angebot haben. Nicht zuletzt stellt sich die Frage nach der Erwünschtheit einer nicht freigewählten Dolmetscherin.

### 2.3.5 Information aus Sri Lanka

#### a) Beratungsstelle Mutter

In Sri Lanka erhalten die Frauen wichtige Informationen bezüglich richtigen Verhaltens während der Schwangerschaft oft von ihren Müttern oder anderen weiblichen Familienangehörigen. Auch wenn die Mütter der Frauen nicht in der Schweiz leben, müssen diese nicht unbedingt auf Ihre Ratschläge verzichten. Nachdem mich Frau K. Maheswary darauf aufmerksam gemacht hatte, dass die meisten Frauen Sachen von ihren Müttern zugeschickt erhalten, besonders Esswaren, die während der Schwangerschaft gesund seien, entschloss ich mich, diese Frage in den Fragebogen aufzunehmen. 38 (61.3%) der Frauen erhielten brieflich oder telefonisch Ratschläge von ihren Müttern oder einer sonstigen Verwandten und 22 (35.5%) bekamen verschiedene Sachen zugeschickt, vor allem Nahrungsmittel. Darunter befanden sich verschiedene tamilische Spezialitäten, die sehr scharf sind und in Öl gebacken werden, Süssigkeiten, getrockneter Fisch und ein mildes Currypulver, das nach der Geburt anstelle des scharfen Currypulvers verwendet wird. Zudem erhielten die Frauen Kleider für sich und ihre Kinder, und eine Frau bekam ein Buch mit dem Titel 'Frauen werden Mütter' zugeschickt.

Ob die Ratschläge der Mütter befolgt werden oder nicht, ist eine andere Frage und lässt sich schwer mit einer Befragung nachprüfen. Frau D. Yogeswary sagte mir, dass ihre Mutter ihr allerhand seltsame Ratschläge gegeben hätte, als sie noch in Sri Lanka gelebt habe, heute wisse sie, dass das alles nicht stimme. Sie zählte einige Beispiele auf, die meisten bezogen sich auf das äyurvedische Kalt-Heiss-Prinzip, das in der Lalenmedizin eine zentrale Rolle einnimmt.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> In der äyurvedischen Medizin haben alle Nahrungsmittel gemäss ihrer Eigenschaften die Kraft (*veerya*), Hitze oder Kälte zu erzeugen. Sie werden entsprechend ihrem *veerya* als kalt (*sita*) oder heiss (*usna*) bezeichnet. *Usna veerya* (Hitze) ist für die Zersetzung und Zerstörung, *sita veerya* (Kälte) für die Festigung und Stärkung verantwortlich. Die meisten Nahrungsmittel schwanken zwischen den Polen kalt und heiss (Thakkur 1988: 204/205)

**b) Der Ehemann als Mutterersatz**

In Sri Lanka sind die schwangeren Frauen in den ersten Monaten der Gravität von jeglicher Hausarbeit entlastet, gegen Ende der Schwangerschaft werden sie jedoch vermehrt angehalten, sich zu bewegen und müssen zum Teil schwere physische Arbeit verrichten. Eine Tamilin, die ihr erstes Kind in Sri Lanka geboren hat, erzählte, dass sie die Schwangerschaft in der Schweiz viel besser erlebt habe als in Sri Lanka, u.a. weil sie hier nicht so viel arbeiten musste. In Sri Lanka hätte sie während der Schwangerschaft schwer arbeiten müssen.

Mit Tamilinnen befreundete Schweizerinnen, haben mir erzählt, dass die Frauen während der Schwangerschaft nichts tun, nur herumliegen, während ihre Ehemänner den ganzen Haushalt übernehmen. Auch Frau Zimmermann beklagte sich darüber, weil durch die mangelnde Bewegung gewisse Komplikationen begünstigt würden. Tatsächlich muss der Ehemann in vielen Fällen als Muttersersatz einspringen.

Nicht nur während der Schwangerschaft, auch nach der Geburt werden die Frauen sehr oft von ihren Ehemännern unterstützt. „Ich hatte keine Ahnung von der Kindererziehung. In Sri Lanka hätte es die Mutter gezeigt. Ich hatte weniger Probleme, denn mein Mann hat mir geholfen. Mein Mann hat mir viel geholfen“ (Frau N. Santhi). Frau N. Santhi's Ehemann hat während der ganzen Schwangerschaft hindurch und bis sechs Monate nach der Geburt den Haushalt übernommen. Ihr Ehemann war für sie nicht nur eine Haushaltshilfe, sondern eine wichtige Stütze, die ihr in der neuen, ihr fremden Situation, geholfen hat. 39 (63%) der befragten Frauen erhielten während der Schwangerschaft Unterstützung im Haushalt, wobei alle bis auf wenige Ausnahmen diese von ihren Ehemännern erhielten. In der Zeit nach der Geburt haben 47 (76%) Frauen Hilfe bekommen, wiederum mehrheitlich durch ihre Ehemänner. Einige wurden von Freundinnen oder Verwandten unterstützt.

Diese Resultate widersprechen der Annahme, dass tamilische Frauen während der Schwangerschaft unter mangelnder sozialer Unterstützung leiden würden, und es verwundert, dass die Frauen nach der Geburt kaum über Kinderpflege Bescheid wissen. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Hilfe grösstenteils vom Ehemann kommt, der in der Regel noch weniger über Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege informiert ist als sie. Der Anteil jener Frauen, die angaben, dass andere tamilische Frauen sie in die Säuglingspflege eingeführt hätten, deckt sich etwa mit dem Anteil jener Frauen, die von tamilischen Frauen im Haushalt unterstützt wurden.

## 2.4 ERNÄHRUNG

### 2.4.1 Die Ernährung im Exil

Tamilinnen und Tamilen nehmen drei Mahlzeiten fällig zu sich, wovon mindestens eine (in der Regel das Mittagessen) Reis enthält. Zum Reis werden verschiedene Curries und Sambals<sup>24</sup> serviert. Der Begriff Curry ist die verengste Form des Tamilwortes *kari*, was nichts anderes als Sauce heisst. Die hier in den Läden erhältlichen Currypulver sind lediglich unterschiedliche Mischungen von Gewürzen. In Indien oder Sri Lanka werden die Gewürze je nach Gericht stets selber gemischt. Jedem Curry wird Chilly beigemischt, was dem Essen eine für europäische Mägen kaum verträgliche Schärfe verleiht. Die Schärfe hat den Vorteil, den Appetit schneller zu zügeln und gleichzeitig den Durst anzuregen, so dass die Leute viel trinken, was in heissen Ländern sehr wichtig ist. In kühleren Gebieten, wie der Schweiz, ist zu scharfes Essen nicht empfehlenswert, da der Magen zu stark gereizt wird. Auch in den ayurvedischen Schriften ist zu lesen, dass scharfe Nahrung in kälteren Jahreszeiten zu vermeiden sei. Viele Tamilinnen und Tamilen gewöhnen sich nach längerem Aufenthalt in Europa das allzu scharfe Essen ab, weil sie Magenbeschwerden bekommen oder es sonstwie nicht mehr gut vertragen. Besonders jene Personen, die in den Restaurants arbeiten und regelmässig dort essen, gewöhnen sich an die Schweizer Küche und gewinnen bestimmte Gerichte gerne. Aber zu Hause bevorzugen die meisten noch nach Jahren des Aufenthaltes in der Schweiz die familiäre Küche.

In der Schweiz sind die Süssigkeiten besonders verlockend, und weil das Angebot reichlich ist, wird auch herzhaft zugegriffen. Die Konsequenz ist Übergewicht, worunter besonders die Frauen leiden.

An Festlichkeiten und wenn Besuch kommt werden Snacks verteilt, die meist aus in Öl gebackenen Gemüse- oder Fleischtaschen bestehen, deshalb sehr fetthaltig sind und somit auch ihren Beitrag zum Übergewicht leisten. Viele Frauen versuchen durch Radkalkuren oder Abfuhrtabletten, ihr Gewicht wieder unter Kontrolle zu bringen (private Mitteilungen).

### 2.4.2 Traditionelle Nahrungsvorschriften während der Schwangerschaft<sup>25</sup>

In den Fragebogen der Untersuchung wurden Nahrungsmittellisten aufgeführt, in welchen die Frauen eintragen mussten, welche Nahrungsmittel sie vor resp. nach der Geburt mehr, weniger, gleichviel oder gar nicht zu sich genommen haben. Zweck dieser Listen bestand darin, zu überprüfen, ob sich die Frauen in Sri Lanka und in der Schweiz an die traditionellen Nahrungsvorschriften halten oder nicht. Das Ergebnis zeigt, dass sich sechs der Frauen, die in Sri Lanka geboren haben, eher an die Vorschriften gehalten haben, während sich in der Schweiz 20 (39.2%) Frauen eher an sie gehalten haben.

<sup>24</sup> Sambal sind Gerichte ohne Sauce. Sie können aus Gemüse, Fisch oder Fleisch angefertigt werden, die unter wenig Flüssigkeitszugabe in der Pfanne gebraten werden.

<sup>25</sup> In Anlehnung an die ayurvedische Medizin wird der Körper der Schwangeren als besonders heiss angesehen, da sie aufgrund der ausbleibenden Menstruation im Körper Blut - das als sehr heiss gilt - akkumuliert. Die Ernährung muss deshalb kühlend (*veerya*) sein, damit ihr Körper nicht überhitzt wird, was eine Fehlgeburt zur Folge haben könnte. Bei der Geburt ist der Blutverlust enorm und der Körper der Frau kühlt sich rasch ab. Sie muss nun sehr heisse (*usna*) Nahrung zu sich nehmen. Nach ca. einer Woche darf sie vermehrt neutrale und leicht kühlende Esswaren einnehmen, ernährt sich jedoch meist bis einen Monat nach der Geburt von heisser Nahrung.

Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Chilli und Sesamöl sollten während der Schwangerschaft vermieden werden, da sie zu heiss (*usna*) sind. Nach der Geburt sollen sie gehäuft gegessen werden, da sie den erkalteten Körper der Frau wärmen. Zwiebeln, Knoblauch und Chilli sollten dann allerdings längerfristig wieder abgesetzt werden, weil sie sonst die Muttermilch verderben könnten (Thakkur 1988: 158; Meier 1993: Merkblatt 2). Crevetten, Auberginen und Tomaten sollten vor der Geburt weniger oder gar nicht und nach der Geburt gar nicht eingenommen werden, weil diese der Haut des Kindes schaden können. Ananas und Papaya sind vor und nach der Geburt strikte untersagt, da sie Blutungen auslösen können. Diese Regel wurde von praktisch allen Frauen eingehalten. Sechs Frauen in Sri Lanka und 41 (83,7%) Frauen in der Schweiz verzichteten während der Schwangerschaft, fünf resp. 35 (81,4%) Frauen verzichteten nach der Geburt auf diese beiden Früchte. Die meisten anderen Frauen nahmen sie zumindest reduziert zu sich. Keine andere Nahrungsvorschrift wurde von Frauen, die in der Schweiz leben, so deutlich eingehalten. Milch, Kokosnuss(milch) und Joghurt sind kalte (*sifa*) Produkte und deshalb während der Schwangerschaft vermehrt zu konsumieren. In den letzten Wochen vor der Geburt wird Joghurt jedoch abgesetzt, da es sauer ist und die Muttermilch verderben könnte (Thakkur 1988). Die Einnahme von Milch sollte nach der Geburt vorerst reduziert werden, weil sie sehr kalt ist. Manchmal wird sie aber trotzdem in kleinen Mengen konsumiert, da sie als kaltes Produkt, die Blutungen stillt und die Wunde schneller heilen lässt. Eier sind Energieförderer, weil die Frauen von Natur aus viel Energie haben, haben sie keinen besonderen Bedarf an Eiern.<sup>26</sup> Während der Schwangerschaft und nach der Geburt besteht dieser Bedarf jedoch, so dass die Frauen manchmal täglich Eier zu sich nehmen.<sup>27</sup> Eigentliche Vorschriften gibt es bezüglich Eier jedoch nicht. Kohl sollte als kühle Essware während der Schwangerschaft konsumiert werden, nach der Geburt eher nicht. Aber eine fixe Regel gibt es auch beim Kohl nicht. Reis ist zwar eine kühle Essware, wird aber eher als neutral angesehen. Weil Reis sehr nahrhaft ist, wird er sowohl vor als auch nach der Geburt gegessen. Vor der Geburt sollte Reis vermehrt zu sich genommen werden. Fleisch wird während der Schwangerschaft weniger gegessen, wogegen Fisch vermehrt konsumiert wird. Dabei wird darauf geachtet, dass es sich um kühlen Fisch handelt. Nach der Geburt wird sowohl viel Fisch als auch viel Fleisch gegessen. Die Frau isst vor allem kleine Poulets, die als sehr heiss gelten. Horlicks besteht aus gemahlener Gerste und wird mit Milch oder Wasser angerührt und kann heiss oder kalt getrunken werden. Dieses Getränkepulver ist reich an Vitaminen (A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, D) und Mineralstoffen und deshalb sowohl während als auch nach der Schwangerschaft zu empfehlen. In Sri Lanka trinken die meisten Frauen nach der Geburt täglich ein wenig Alkohol, da dieser als sehr heiss gilt. Wie die Studie zeigt, haben in Sri Lanka fünf Frauen und in der Schweiz 21 (47,7%) Frauen Alkohol in kleinen Mengen zu sich genommen.<sup>28 29</sup>

14 (26,9%) der Erstgebärenden in der Schweiz und eine der Erstgebärenden in Sri Lanka haben in den letzten Wochen vor der Geburt mehr gegessen, 19 (36,5%) resp. sechs haben weniger und 19 (36,5%) resp. zwei haben gleichviel gegessen (Graphik 5). Jene Frauen, die in Sri Lanka geboren haben, haben vor allem vermehrt Gemüse, Früchte und Fisch gegessen, dagegen weniger Reis und Fleisch und kaum Joghurt. Bei den Frauen, die in der Schweiz geboren haben, gibt es keine Tendenzen veränderten Essverhaltens wenige Wochen vor der Geburt. In der Schweiz haben 32

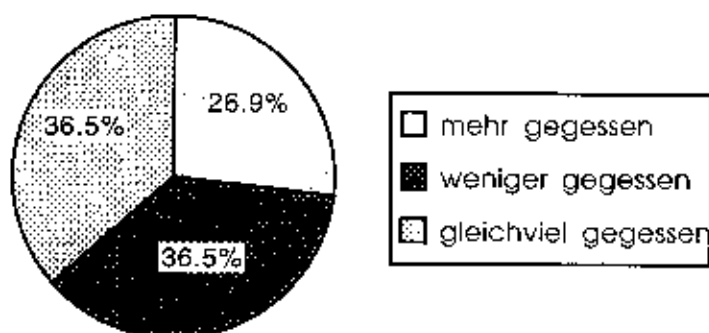
<sup>26</sup> Im Gegensatz zu den Männern. Viele Männer trinken morgens ein rohes Ei, um Energie zu tanken.

<sup>27</sup> Nach der Geburt nehmen sie nur Eiweiss zu sich. Über den Grund ist mir nichts bekannt.

<sup>28</sup> Hier muss auf ein sprachliches Problem im Fragebogen aufmerksam gemacht werden. 'Weniger' kann auch 'wenig' heissen, wird also nicht nur als Komparativ benutzt. Einige Frauen gaben an, dass sie weniger Alkohol zu sich genommen haben, was jedoch nicht bedeutet, dass sie sonst mehr Alkohol trinken, sondern, dass sie nur wenig Alkohol genommen haben.

<sup>29</sup> Bezüglich der Essensregeln verweise ich auf das Kapitel 'Mutterschaft in Sri Lanka' (Kapitel 3.4.3: s. 55 ff) meiner Lizentiatarbeit. In welcher diese genauer ausgeführt wurden.

(64%) Frauen vermehrt oder gleichviel Vitaminpräparate zu sich genommen und 18 (36%) weniger oder gar keine, während in Sri Lanka je die Hälfte der Frauen vermehrt oder gleichviel resp. weniger oder gar keine Vitaminpräparate zu sich genommen haben.



Graphik 5: Essverhalten einige Wochen vor der Geburt (nur Frauen, die in der Schweiz geboren haben)

### 2.4.3 Auswirkung der Ernährungsweise auf Schwangerschaft und Geburt<sup>30</sup>

#### a) Schwangerschaftsdiabetes

Die Manifestation eines latenten Diabetes während der Schwangerschaft ist mit einer Rate von 2,5% eine doch recht häufige Erscheinung in Mitteleuropa. Der Gestationsdiabetes bildet auf jeden Fall für Mutter und Kind eine Gefahr und fordert häufige und sorgfältige Untersuchungen. Fehlentwicklungen des Fötus, Übergrosser Fötus mit rückständiger Entwicklung, Plazentainsuffizienz und perinatale Mortalität sind in diesen Fällen eher zu erwarten als bei Schwangeren ohne Diabetes. Zudem leidet die Frau gehäuft an Schwangerschaftsbeschwerden wie Gestose und (Hyper-)Emesis (Schmidt-Matthiesen 1992: 232f).

#### FALLBEISPIEL:

Frau M. Sakthy litt während der Schwangerschaft mit ihrem ersten Sohn an einem Gestationsdiabetes. Während der Schwangerschaft musste sie immer wieder ausserhalb der Routnekontrolle in die Klinik gehen, um ihren Blutzuckerspiegel messen zu lassen und musste wegen des Diabetes einmal hospitalisiert werden. Ihr Kind musste vorzeitig per Kaiserschnitt entbunden werden. Während der zweiten Schwangerschaft hatte sie keine Schwierigkeiten mit dem Blutzucker, musste jedoch regelmässig den Blutzuckerspiegel kontrollieren lassen. Auch das zweite Kind wurde operativ entbunden.

Beim Schwangerschaftsdiabetes handelt es sich um eine Kohlenhydrat-intoleranz (Koukkou et al. 1995). Frau Zimmermann erklärt dazu, dass die tamilischen Frauen besonders viel Süssigkeiten essen, weil diese ein Zeichen für Reichtum und Wohlbefinden seien und zudem die Vorstellung herrsche, dass Süsses dem Kind gut tue.

<sup>30</sup> Hier werden nur einige Punkte behandelt, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind.

**b) Geburtsgewicht**

Grundsätzlich wird eine Zunahme der Nahrungsaufnahme während der Schwangerschaft weder als notwendig noch als sinnvoll erachtet (Lange-Ernst/Hamm 1993). Besonders zu Beginn der Schwangerschaft muss indes darauf geachtet werden, dass die Schwangere wegen Übelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit nicht zu wenig Nahrung zu sich nimmt. Frau Zimmermann machte auf dieses Problem aufmerksam, da Tamilinnen häufig unter starkem Erbrechen leiden und dann oft nicht einmal Wasser zu sich nehmen wollen. Hier besteht die Gefahr, dass der Körper der Frau austrocknet. In der zweiten Schwangerschaftshälfte ändert sich die Situation und die Frauen bekommen oft enormen Appetit. Es gilt nun aufzupassen, dass sie nicht übermässig essen und zuviel an Gewicht zunehmen. Frauen, die zuviel essen, essen meist nährstoffarm, was Mangelerscheinungen wie Anämien zur Folge haben kann. Die Kinder jener Frauen, die während der Schwangerschaft übermässig zunehmen, sind häufig entweder zu gross, weil sie überernährt sind oder zu klein, weil die Mutter nährstoffarm ist (Kübler 1988: 2).

Die Tatsache, dass sich viele Tamilinnen in der Schweiz dem Klima widersprechend ernähren und deshalb häufig an Übergewicht leiden, führte zu der Annahme, dass die Kinder der zierlichen Tamilinnen viel zu gross werden würden und nicht durch das Becken der Mütter passten. Diese Annahme wird dadurch bestärkt, dass die Frauen während der Schwangerschaft viel und fettreich essen, dies besonders gegen Ende der Schwangerschaft. Untersuchungen in diese Richtungen konnten nicht eindeutig bestätigen, dass das Kind im Mutterleib aufgrund vermehrter Nahrungszufuhr grösser wird (Lange-Ernst/Hamm 1993).

**c) Traditionelle Nahrungsvorschriften**

Die Tatsache, dass die Tamilinnen in der Schweiz traditionelle Nahrungsvorschriften eher nicht einhalten, lässt die Frage aufkommen, ob sich die Frauen eher an den in der Schweiz üblichen Nahrungsvorschriften orientieren, oder ob sie in keiner Weise auf die Ernährung achten. Die Aussagen von Frau Zimmermann lassen eher auf das zweite schliessen. Mangelerscheinungen als Folge falscher Ernährung wurden von ihr diesbezüglich erwähnt. Es fragt sich ebenfalls, wie sich die Einhaltung traditioneller Nahrungsvorschriften auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf auswirkt und wie tamilische Frauen auf Schweizer Ernährungsregeln ansprechen. All diese Fragen sind in dieser Arbeit nicht zu beantworten und würden eine eigene Untersuchung erfordern.

## 2.5 NACH DER GEBURT

### 2.5.1 31 Tage zu Hause?

In Sri Lanka bleiben die Frauen während den ersten 31 Tagen nach der Geburt zu Hause, wo sie sich ausschliesslich mit dem Neugeborenen beschäftigen und von der Hausarbeit entlastet sind. In dieser Zeit wird die frischgebackene Mutter von ihrer Mutter, einer sonstigen Familienangehörigen oder der Hebamme langsam in die Säuglingspflege eingeweiht,<sup>31</sup> Mich hat nun interessiert, ob sie diese Tradition in der Schweiz weiterführen oder nicht. Die Untersuchung hat ergeben, dass 24 (38.7%) der Frauen, nach der ersten Geburt in der Schweiz zu Hause geblieben sind. Von den übrigen 38 (61.3%) haben es einige als gesünder für sich und das Kind erachtet, nicht zu Hause zu bleiben, oder haben diese Isolationszeit in der Schweiz unnötig gefunden (z.B. wegen des Klimas). Welt häufiger war jedoch die Erklärung, dass sie mit dem Kind zur Kontrolle gehen oder Einkäufe machen mussten. D.h. dass sie nicht zu Hause geblieben sind, weil es die Umstände nicht erlaubt haben. Es bleibt deshalb anzunehmen, dass zumindest einige dieser Frauen zu Hause geblieben wären, wenn sie die Möglichkeit dazu gehabt hätten.

Von den neun Frauen, die sowohl in Sri Lanka als auch in der Schweiz geboren haben, ist eine Frau weder in Sri Lanka noch in der Schweiz zu Hause geblieben. In Sri Lanka hatte sie 15 Tage nach der Geburt Fieber bekommen und musste hospitalisiert werden. Von den anderen acht sind fünf auch in der Schweiz zu Hause geblieben.

### 2.5.2 Das Erlernen der Säuglingspflege

In Sri Lanka kümmern sich üblicherweise die älteren Kinder um ihre jüngeren Geschwister. Aus diesem Grund erzeugt die Kindererziehung in der Schweiz keine Schwierigkeiten für die tamilischen Mütter. Diese haben jedoch kaum Wissen über die Säuglingspflege, insbesondere über die richtige Ernährung des Neugeborenen. Wie mir Frau M. Mallika berichtet hat, dürfen ledige Frauen bei der Babypflege (d.h. Waschen, Stillen etc.) nicht anwesend sein. Weshalb das so ist, konnte sie mir nicht erklären. Hier habe sie alles im Spital gelernt, sagte sie.

---

<sup>31</sup> Dabei beobachtet die Mutter lediglich, was gemacht wird. Infolgedessen kommt es vor, dass sich die tamilischen Frauen in der Klinik weigern, ihr Neugeborenes selber zu pflegen, was zu Konflikten zwischen dem medizinischen Personal und den Frauen führen kann (Woollett et al. 1995: 67). Wie ich von einer Hebammenschülerin erfahren habe, werden die tamilischen Frauen aufgrund dieses Unverständnisses gerne als faul bezeichnet. Das Wissen um die Isolationszeit nach der Geburt, in welcher die Frau die Säuglingspflege nicht selber verrichten muss, kann derartige Konflikte vermeiden helfen.



|                       |            |
|-----------------------|------------|
| In Sri Lanka          | 18 (34%)   |
| Mutter                | 9 (17%)    |
| Spital                | 31 (58.5%) |
| TamilInnen            | 17 (32.1%) |
| SchweizerInnen        | 5 (15.2%)  |
| darüber gelesen       | 14 (26.4%) |
| Mütterberatungsstelle | 9 (17%)    |
| Hebamme               | 16 (30.2%) |
| bin selber Hebamme    | 1 (1.9%)   |
| ältere Schwester      | 1 (1.9%)   |

Tabelle 15: Lernen der Kinderpflege: Frauen, die ihr erstes Kind in der Schweiz geboren haben

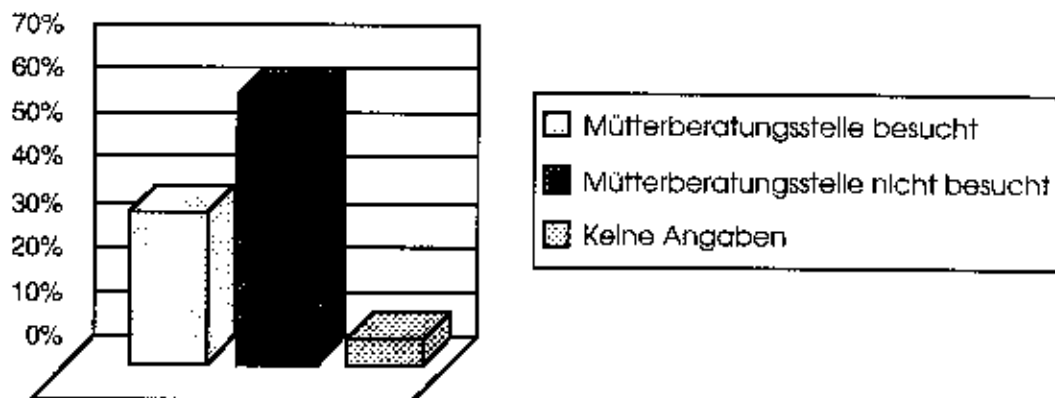
Tabelle 15 zeigt, dass von den Frauen, die nur in der Schweiz geboren haben, 18 (34%) schon in Sri Lanka Erfahrung mit der Säuglingspflege gesammelt hatten und neun (17%) von ihren Müttern (in der Regel brieflich und telefonisch) instruiert worden sind. 31 (58.5%) der Frauen haben wie Frau M. Mallika hier im Spital gelernt, den Säugling zu pflegen. 15 (32.1%) haben von tamilischen und fünf (15.2%) von Schweizer Frauen Unterstützung erhalten. 14 (26.4%) haben über die Babypflege gelesen, 16 (20.2%) haben die Säuglingspflege von der Hebamme und neun (17%) von der Mütterberatungsstelle gelernt. Eine Frau (1.9%) gab an, dass sie selber Hebamme sei und den Umgang mit dem Kind durch ihre Ausbildung gelernt habe. Eine andere wurde durch ihre ältere Schwester in die Kinderpflege eingeweiht.

#### **a) Nutzung der Mütterberatungsstelle**

Die 31 Tage Quarantäne, wie sie in Sri Lanka praktiziert wird, hat zwar in erster Linie einen gesundheitlichen Zweck, erlaubt der neuen Mutter jedoch auch, sich intensiv dem Kind zu widmen, so dass sie genügend Zeit hat, das Stillen, das Waschen des Babys und was sonst noch zur Säuglingspflege gehört zu lernen.

In der Schweiz sind die Frauen nach der Geburt oft überfordert. Meistens hilft ihnen ihr Ehemann im Haushalt. Doch dieser ist kein ausreichender Mutterersatz, denn er kann die Frau in der Säuglingspflege zwar unterstützen, aber kaum beraten. Die Unsicherheit, welche das Unwissen über die Säuglingspflege mit sich bringt, begünstigt Stillprobleme.

Ich fragte die Frauen, die nur in der Schweiz geboren haben, ob sie die Mütterberatungsstelle besucht hätten und wenn ja wie oft. Graphik 6 zeigt, dass 18 (34%) Frauen die Mütterberatungsstelle aufgesucht haben. Von diesen sind einige nur einmal oder wenige Male, die meisten jedoch über längere Zeit regelmässig alle zwei Wochen oder einmal im Monat hingegangen. 32 (60.4%) Frauen sind hingegen überhaupt nie bei der Mütterberatungsstelle gewesen. Eine von ihnen hat im Fragebogen vermerkt, dass sie nichts über die Existenz einer solchen Stelle gewusst habe. Drei (5.6%) Frauen haben diese Frage nicht beantwortet.



Graphik 6: Besuch der Mütterberatungsstelle

In Lausanne werden Mütterberatungsstellen und Ärztinnen häufig von tamilischen Frauen angefragt, wie sie mit ihrem Kind umgehen müssen. Dies ist jedoch nur für diejenigen Frauen möglich, welche die hiesige Sprache beherrschen, die anderen haben spezielle Hilfe nötig, weil sie sich nicht verständigen können (Frau Wüthrich).

## 2.6 STILLEN

### 2.6.1 Die Bedeutung des Stillens

#### a) Stilldauer

In der Schweiz ist es üblich, dass Säuglinge vier bis sechs Monate gestillt werden, wenn auch immer mehr Frauen ihre Kinder länger stillen wollen. Während die Stilldauer in Sri Lanka durchschnittlich 20 Monate umfasst, liegt der Durchschnittswert bei den in der Schweiz lebenden Tamilinnen bei acht Monaten. 11 (22%) Frauen haben ihre Kinder in der Schweiz mehr als 13 Monate gestillt.<sup>32</sup> Fünf (10%) hatten ihre Kinder zur Zeit der Umfrage noch nicht entwöhnt und 13 (26%) der Frauen haben ihre Kinder weniger als vier Monate oder überhaupt nicht gestillt (Tabelle 16). Diese hatten meist Stillprobleme, so dass sie das Kind vorzeitig entwöhnen mussten oder gar nicht stillen konnten. In Sri Lanka hat keine der Frauen weniger als fünf Monate gestillt.

|                      | Schweiz (N 50) |
|----------------------|----------------|
| gar nicht            | 4 (8%)         |
| weniger als 4 Monate | 9 (18%)        |
| 4-6 Monate           | 10 (20%)       |
| 7-12 Monate          | 11 (22%)       |
| 13-24 Monate         | 10 (20%)       |
| mehr als 24 Monate   | 1 (2%)         |
| stillt noch          | 5 (10%)        |

Tabelle 16: Stilldauer in der Schweiz

Ähnlich verhält es sich mit dem Zeitpunkt der ersten festen Nahrung. In Sri Lanka erhält das Kind seine erste feste Nahrung, wenn es sieben bis neun Monate alt ist oder manchmal sogar später, wogegen Kinder in der Schweiz etwa nach vier bis sechs Monaten erstmals feste Nahrung bekommen.

|                           | Schweiz (N 50) |
|---------------------------|----------------|
| vor 4 Monaten             | 6 (12%)        |
| nach 4-6 Monaten          | 28 (59%)       |
| später als nach 6 Monaten | 13 (26%)       |
| noch nicht                | 3 (6%)         |

Tabelle 17: Zeitpunkt der ersten festen Nahrung

Sechs der Frauen, die in Sri Lanka geboren haben, haben ihren Kindern später als nach sechs Monaten erstmals feste Nahrung gegeben. Davon haben zwei sogar bis zu einem Jahr und eine bis zu eineinhalb Jahren gewartet. Dies ist jedoch nicht üblich und kann wahrscheinlich durch die Kriegssituation erklärt werden. Der Nährstoffgehalt der Muttermilch bleibt von Ernährungsschwankungen seitens der Mutter unbelastet, weil die Milchbildung nicht in erster Linie von der momentan

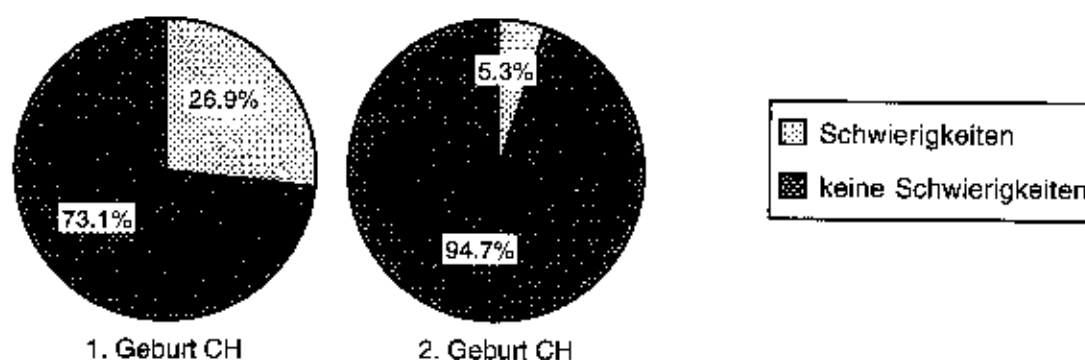
<sup>32</sup> Die längste Stilldauer umfasste zweieinhalb Jahre.

zugeführten Nahrung abhängt. So können selbst unterernährte Mütter ihre Kinder über Monate mit den nötigen Nährstoffen versorgen (Rustemeyer 1993: 161). Deshalb mag das volle Stillen bis zu einem Jahr im Norden Sri Lankas sinnvoller sein, als dem Kind nährstoffarme feste Nahrung zu verabreichen. In der Schweiz hat die Mehrheit der Frauen (59%) ihrem Kind erstmals zwischen dem 4. und 6. Monat feste Nahrung gegeben. 13 (26%) haben bis nach dem 6. Monat gewartet und sechs (12%) haben vor dem 4. Monat feste Nahrung gegeben, wobei diese ihre Kinder nur kurze Zeit oder gar nicht gestillt haben (Tabelle 17).

Eine Tradition, die nicht durch Migration, sondern sehr wahrscheinlich durch den europäisch orientierten Klinikbetrieb in Sri Lanka zum Verschwinden neigt, ist das Stillen des Säuglings durch eine Amme. Einst war es üblich, dass das Kolostrum, von dem geglaubt wurde, dass es für das Kind ungesund sei, in den ersten drei Tagen nach der Geburt mit der Hand rausgedrückt wurde, während das Kind von einer Amme (Verwandte, Hebamme) gestillt wurde. Nur zwei der zehn Frauen, welche in Sri Lanka geboren haben, gaben an, ihr Kind nicht vom ersten Tag an selber gestillt zu haben. Die Frage, wer das Kind an ihrer Stelle gestillt habe, wurde leider von beiden nicht beantwortet. Vielleicht wurde die Amme inzwischen durch die Flasche ersetzt. Weshalb die Vormilch als ungesund für den Säugling betrachtet wurde, ist nicht ganz klar. Denn diese ist sehr eiweisshaltig und deshalb für das Neugeborene besonders gesund.<sup>33</sup>

### 2.6.2 Stillprobleme

„Es ist ganz wichtig für die tamilische Frau, dass sie stillen kann,“ erklärt Frau Wüthrich. „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele Frauen nicht stillen konnten, weil sie eine schwierige Geburt hatten. Sie gingen mit der Flasche nach Hause.“ Auf meine Frage, weshalb die Tamilinnen nicht stillen konnten, sagte Frau Wüthrich, dass sie eine physische Blockade, d.h. zu wenig Milch hätten. Diese Aussage bestätigte sich in der Untersuchung: 14 (26.9%) der Erstgebärenden in der Schweiz gaben an, Probleme beim Stillen gehabt zu haben (Graphik 7) (In Sri Lanka hatte nur eine Frau Stillprobleme), dazu kommen noch sieben (13.5%) Erstgebärende, die zwar keine Stillprobleme geltend gemacht haben, ihr Kind aber nach weniger als vier Monaten abgestillt haben, was bei Tamilinnen sehr ungewöhnlich ist und deshalb auf eventuelle Schwierigkeiten hindeuten kann. Je eine Mehrgebärende mit Erstgeburt in der Schweiz und in Sri Lanka hatte Probleme mit dem Stillen.



Graphik 7: Stillprobleme bei Erst- und Zweitgebärenden in der Schweiz

<sup>33</sup> Eine mögliche Erklärung könnte die Beschaffenheit der Vormilch sein. Ihr wässriges Aussehen könnte den Eindruck vermitteln, nährwertarm zu sein. Evtl. liegt die Erklärung im Kalt-Heiss-Prinzip begründet.

Folgende Komplikationen wurden von den Frauen genannt:

- Die Mutter hatte (anfangs) zu wenig Milch
- Die Mutter hatte zu viel Milch (nur eine Frau)
- Das Kind hat nicht getrunken

#### **a) Zu wenig Milch**

Leider haben sich die Frauen nicht genauer zu ihren Stillproblemen geäußert, so dass unbekannt bleibt, ob sie mehrheitlich zu wenig Milch produziert haben, oder ob der Milchspendereflex gehemmt war. Es werden hier deshalb beide Möglichkeiten betrachtet.

#### Hemmung der Milchproduktion

Im Verlaufe der Schwangerschaft wird in der Hirnanhangdrüse Prolaktin produziert. Dieses Hormon hat die Funktion, die Zellen der Alveolaren (Milchbläschen), welche sich in der Mutterbrust befinden, zur Milchbildung anzuregen. Während der Gravidität wird die Milchproduktion von Hormonen verhindert, welche in den Eierstöcken und in der Plazenta gebildet werden (vor allem Progesteron). Nach der Geburt kann das Prolaktin seine Aufgabe ungehindert übernehmen. Es dauert 2-10 Tage, bis der Milcheinschuss erfolgt. Bis dahin wird der Säugling vom Kolostrum (Vormilch) ernährt, das sehr eiweißhaltig und deshalb besonders gesund ist. Das Prolaktin muss während der ganzen Laktationszeit ausgeschüttet werden, um die Milchproduktion in Gang zu halten. Das Saugen des Kindes löst einen Reiz aus, der bis in die Hirnanhangdrüse geleitet wird und dort die Hormonproduktion anregt. Fehlt dieser Reiz oder ist er zu schwach, z.B. wenn Mutter und Kind über längere Zeit voneinander getrennt werden, wie es nach einem Kaiserschnitt oder bei einer Frühgeburt vorkommen kann, wird die Milchproduktion verringert. Zu später oder zu geringer Milchausschuss können die Folge sein. In diesem Fall muss während der Trennungszeit die Muttermilch regelmässig abgepumpt werden, damit sich die Milchproduktion regulieren und die Laktation später ungehindert erfolgen kann.

Studien haben gezeigt, dass saure und astringente Nahrungsmittel die Milchproduktion hemmen können (Rustemeyer 1993; 163). In der ayurvedischen Medizin sind diese Nahrungsmittel für stillende Frauen untersagt (Thakkur 1988).

#### Milchstau

Weit häufiger wird wahrscheinlich jene Stillstörung vorkommen, bei der zwar genügend Milch vorhanden ist, diese jedoch nicht abgegeben werden kann. Durch den Saugreiz wird ein weiteres Hormon aus der Hirnanhangdrüse ausgeschüttet - das Oxytocin, das den Frauen bei einer Geburtseinleitung eingespritzt wird, um die Wehentätigkeit anzuregen. Seine Aufgabe innerhalb des Stillprozesses besteht darin, die Muskelfasern, welche die Alveolen umfassen, zu stimulieren und sie so zur Kontraktion anzuregen. Dadurch werden die vollen Milchbläschen zusammengepresst und die sich in ihnen befindliche Milch ausgestossen. Dieser Vorgang wird Milchspendereflex genannt. Wird die Oxytocinbildung reduziert, wird auch der Reflex gehemmt. Die Produktion dieses wichtigen Hormons wird im wesentlichen durch Stressfaktoren wie Angst, Aufregung, Unsicherheit, Ärger, fehlende Unterstützung oder Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt gestört. Heftige Emotionen und Schmerzen (z.B. durch wundete Brustwarzen) provozieren die Adrenalinausschüttung. Adrenalin verhindert durch seine gefässverengende Wirkung den Zustrom des Oxytocins in die Milchdrüsen. Kann der Milchspendereflex nicht funktionieren, staut sich die Milch in den Alveolen, tritt ins umliegende Gewebe, wo es zu Entzündungen kommen kann.

Ein Milchstau kann auch dann entstehen, wenn die Brust wegen falschen Anlegens oder längeren Stillpausen nicht genügend entleert wird. Ebenso können physische Probleme wie versprengtes Drüsengewebe oder durch Operationen durchtrennte Milchgänge Ursache für einen Milchstau sein.

#### **b) Mastitis puerperalis**

Es kann vorkommen, dass ein Säugling durch Keime in der Klinik infiziert wird. Beim Stillen können die Erreger aus dem Mund des Kindes über die Milchgänge oder über Hautwunden in die Brust der Mutter eindringen und dort eine Entzündung auslösen. Schmerzen in der Brust und plötzlicher Temperaturanstieg weisen auf eine eventuelle Entzündung hin. Bei nicht sofortiger Behandlung besteht die Gefahr einer Abszessbildung. In diesem Fall ist das Abstillen unabdingbar.

#### **c) Zu viel Milch**

Manchmal wird in den ersten Wochen nach der Geburt zu viel Milch produziert, was sich mit der Zeit normalisiert. Sollte die Brust jedoch stark anschwellen und hart werden, tritt die Warze nur wenig hervor und der Säugling kann sie nicht fassen. Regelmässiges aber nicht zu häufiges Abpumpen kann die Milchproduktion wieder regulieren.

Es ist auch möglich, dass zu viel Milch aus der Brust spritzt (Milchstrahl), wenn das Baby zu saugen beginnt. Das Baby verschluckt sich und kann nicht mehr trinken.

#### **d) Das Kind trinkt nicht**

Liegt beim Säugling keine Behinderung oder Krankheit vor, können Milchstau oder zu viel Milch Gründe sein, weshalb das Kind nicht trinken will oder kann. Manchmal weigert sich der Säugling, an der Mutterbrust zu trinken, ohne dass ein ersichtlicher Grund besteht.

#### **e) Weitere Ursachen für Stillprobleme**

Es gibt viele Faktoren, die das Stillen erschweren oder verhindern. Ich möchte jedoch nur auf jene eingehen, welche für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind.

#### Wunde Brustwarzen

Frau M. Mallika bekam beim Stillen ihres ersten Kindes ganz wunde und schmerzende Brustwarzen. Meistens ist falsches Anlegen des Säuglings Ursache solcher Wunden. Es ist wichtig, dass das Kind die Brustwarze weit genug in den Mund nimmt und dass sich die Warze nicht am Gaumen des Kindes reibt.

Wenn eine Frau keine Unterstützung von Verwandten oder Freundinnen erhält, wie es bei Frau M. Mallika der Fall war, ist die Gefahr falscher Handhabung besonders gross, weil niemand da ist, um sie zu korrigieren und sie keine Möglichkeit hat, jemanden zu fragen. In der Studie hat keine der befragten Frauen angegeben, wunde Brustwarzen bekommen zu haben.

#### Frühgeburt

Kommt ein Baby zwei oder drei Wochen zu früh auf die Welt, sind Schwierigkeiten beim Stillen kaum zu erwarten. Problematischer wird es dann, wenn das Kind ein bis zwei Monate zu früh geboren wird, da sein Saugreflex dann noch nicht ausgebildet ist. Zudem ist die Milch der Mutter zu diesem Zeitpunkt anders zusammengesetzt als jene bei Müttern, die termingerecht geboren haben. Sie enthält zu wenig Nährstoffe für das Baby, dessen Nahrung deshalb mit Nährwerten angereichert werden muss. Die abgepumpte Muttermilch kann dafür als Grundlage dienen. Durch das

Abpumpen wird zudem die Milchproduktion aufrecht erhalten, so dass die Mutter ihr Kind stillen kann, sobald sein Saugreflex voll entwickelt ist (Rouw 1993: 90). Es kann aber sein, dass sich der Säugling dann weigert, an der Mutterbrust zu trinken, weil er, wie es eine Frau auf ihrem Fragebogen erklärt hat, "im Spital mit der Flasche verdröben wurde." Zwei der sieben Frauen, deren Kind zu früh geboren wurde, hatten Schwierigkeiten beim Stillen.

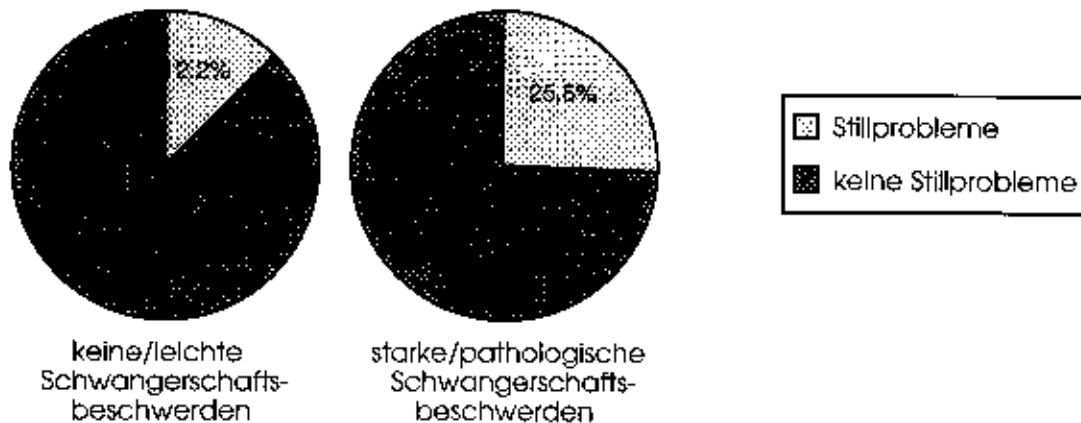
#### Kaiserschnitt

Eine ähnliche Problematik ergibt sich nach einer Schnittentbindung. Erhält die Kreisende eine Regionalanästhesie (Spinal- oder Periduralanästhesie), kann sie ihr Kind sofort nach der Geburt anlegen. Eine Vollnarkose hat hingegen zur Folge, dass Mutter und Kind nach der Geburt vorerst getrennt werden müssen, was die Milchproduktion und den Milchspendereflex hemmen kann. Die Mutter sollte ihr Kind deshalb sofort nach Aufwachen aus der Narkose stillen können.

Von den 21 Frauen der Untersuchung, die per Kaiserschnitt entbunden worden waren, hatten fünf Stillprobleme.

### 2.6.3 Schwangerschaftsverlauf und Stillprobleme

Wie Frau Wüthrich erklärte, haben vor allem Frauen nach schweren Geburten Probleme mit dem Stillen. Diese Aussage lässt sich schwer überprüfen, weil sich schwierige Geburten nicht so einfach empirisch erheben lassen. In der Literatur wird häufig eine Korrelation zwischen Schwangerschaftsverlauf und Laktationsschwierigkeiten angenommen. Diese Annahme bestätigte sich in der Untersuchung (Graphik 8). 12 (25,5%) der 47 Frauen mit einem pathologischen Schwangerschaftsverlauf wiesen Probleme während der Stillzeit auf. Dagegen hatten fünf (12,2%) jener Frauen Stillschwierigkeiten, die keine oder leichte Schwangerschaftsbeschwerden geltend machten.



Graphik 8: Schwangerschaftsbeschwerden und Stillprobleme

## 2.7 GEBÄREN IN DER SCHWEIZ

Auf der letzten Seite des Fragebogens hatten die Frauen die Gelegenheit, niederzuschreiben, was sie zu diesem Thema wichtig finden. Leider haben nur wenige Antwortende von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Dabei fiel auf, dass vor allem jene Frauen Bemerkungen machten, welche sowohl in Sri Lanka als auch in der Schweiz Kinder geboren haben, und die ich gebeten hatte Unterschiede zwischen Schwangerschaft und Geburt in Sri Lanka und in der Schweiz zu notieren.

Augenfällig ist dabei, dass diese Frauen eher betonen, was in der Schweiz besser ist als in Sri Lanka, im Gegensatz zu jenen Frauen, die nur in der Schweiz geboren haben und die u.a. auch auf migrationsbedingte Probleme hinweisen. So schreibt eine Mutter, die ein Kind in der Schweiz geboren hat: „In unserem Land ist das Klima, die Lebensweise und die Kultur ganz anders als in der Schweiz. Während der Schwangerschaft und der Geburt gibt es wegen diesen Unterschieden einen grossen (psychischen) Druck.“ Diese Frau hatte eine sehr problematische Schwangerschaft mit starkem Erbrechen bis in den 7. Monat der Schwangerschaft, und sie konnte in dieser Zeit nichts essen, sie musste während der Schwangerschaft hospitalisiert werden, die Geburt dauerte 56 Stunden und überdies hatte sie Laktations-schwierigkeiten. Eine andere Mutter machte besonders auf die Unterschiede bezüglich der Schwangerschaftskontrollen und der Untersuchungen nach der Geburt aufmerksam, ohne genau zu schreiben, wie diese Unterschiede aussehen und wie sie diese empfunden hat. Auch bei der Ernährung und beim Duschen gäbe es Unterschiede, und zudem werde in Sri Lanka nicht einmal die Anwesenheit der Mutter bei der Geburt toleriert<sup>34</sup>, wogegen in der Schweiz der Ehemann dabei sei. Ob sie dies positiv oder negativ wertet, ist schwer zu beurteilen. Sie selber hat die Anwesenheit ihres Mannes gewünscht, hätte jedoch ebensogern ihre Mutter und Schwiegermutter bei der Geburt bei sich gehabt.

Eine Frau wurde weiter oben zitiert. Sie machte auf die Angst der werdenden Mütter in der Schweiz aufmerksam, weil diese über die hohe Kaiserschnitt- und Frühgeburtenrate informiert seien. „In Sri Lanka haben die Frauen eine natürliche Geburt. Aber hier in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern, haben viele einen Kaiserschnitt,“ meinte eine andere Frau zu diesem Thema und drückte ihre Skepsis gegenüber den Erklärungen des medizinischen Personals aus: „Ich habe viele angefragt, weshalb das so ist, z.B. meinen Geburtshelfer, sie haben mir viele Gründe gesagt, aber für mich sind diese Gründe nicht ganz glaubwürdig.“ Diese Skepsis brachte auch Frau M. Mallika zum Ausdruck, als sie mir sagte, dass sie der Meinung sei, in der Schweiz werde viel zu schnell operiert.

Kaiserschnitte und Frühgeburten waren für jene Frauen, welche in Sri Lanka und in der Schweiz geboren haben, kaum ein Thema. Lediglich eine Frau machte darauf aufmerksam, dass sie in Sri Lanka keine Komplikationen hatte, in der Schweiz jedoch operiert werden musste. Die anderen Frauen betonten, wie einfach die Geburt in der Schweiz sei. „In Sri Lanka als ich das erste mal schwanger war, habe ich viele Schwierigkeiten gehabt, d.h. es war mir schwindlig, ich hatte keinen Appetit, immer bin ich (im Bett) gelegen, aber ich hatte eine leichte Geburt. In der Schweiz hatte ich keine Probleme während der Schwangerschaft. Ich habe acht Monate gearbeitet. Zehn Tage nach der Geburt war alles normal“, schrieb eine Frau, die in Sri Lanka unter starkem Schwangerschaftserbrechen gelitten hatte und deswegen hospitalisiert werden musste, in der Schweiz war sie während der Schwangerschaft

<sup>34</sup> Diese Aussage wurde durch die Untersuchung widerlegt. Mehrere Frauen gaben an, ihre Mutter sei bei der Geburt in Sri Lanka anwesend gewesen.



lediglich müde. Wie diese Mutter bemerkte auch eine andere, dass die Schmerzen nach der Geburt in der Schweiz schneller vergangen seien als in Sri Lanka, dort hätte sie erst nach einem Monat wieder laufen können. Sie begründete damit auch, weshalb sie in der Schweiz nicht 31 Tage zu Hause geblieben sei, was durch Angaben anderer Frauen bestätigt wurde. Diese positiven Aussagen erstaunen in Anbetracht der Ergebnisse der Untersuchung, aufgrund welcher eine derartige Besserung nicht ersichtlich ist.

Die technologischen Möglichkeiten waren ein weiterer Punkt, der von einigen Frauen, die sowohl in Sri Lanka als auch in der Schweiz geboren haben, hervorgehoben wurde. Wobei sie dies in Zusammenhang mit der Kriegssituation in Sri Lanka erwähnten. Fünf dieser Frauen gebaren ihr erstes Kind vor Kriegsbeginn, wobei zwei von ihnen ihr zweites Kind nach Kriegsbeginn geboren haben. Eine dieser beiden Frauen schreibt dazu: „Wegen des ethnischen Konflikts in Sri Lanka gibt es in Jaffna Mangel an allem, d.h. es gibt keine moderne Technik. Im Spital hat es ganz viele Leute. Wenn das Kind geboren ist, müssen wir innerhalb von zwei Tagen nach Hause gehen, auch wenn wir schwach sind, weil durch Bomben verletzte Kinder, junge Männer und Frauen und alte Leute dorthin kommen. Deswegen haben die Ärzte und das Pflegepersonal keine Zeit gehabt. Wegen solchen Sachen bin ich lieber zu Hause geblieben. Aber hier (in der Schweiz) wird für uns gesorgt und es hat alles. Dort hat es keinen Strom, hier gibt es alles. Mit der jetzigen Situation in Jaffna ist es besser, hier ein Kind zu gebären. Für die Mutter und das Kind ist es hier besser.“ Eine andere Mutter, die wenige Monate nach Kriegsbeginn ihr erstes Kind gebar, beschreibt den Einfluss des Krieges und der Kämpfe in der Nähe ihres Hauses auf ihr Wohlbefinden während der Schwangerschaft und ihre Angst unter der Geburt, weil sie sich im Hospital auch nicht sicher fühlte: „In der Schweiz ist die Situation so ruhig, sehr gute medizinische Behandlung, gute Beratung und liebe Ärzte, Schwestern, ich hatte das sehr gerne. In der Schweiz gibt es moderne Vorrichtungen. Das ist der Unterschied zu Sri Lanka“, schreibt sie.

Wie wichtig das Vertrauen zum medizinischen Personal ist, zeigen auch die Aussagen einer Mutter, die ein Kind in der Schweiz geboren hat: „Während der Schwangerschaft hat der Arzt mich gut kontrolliert. Ich habe nie Probleme gehabt. Während der Geburt haben die Krankenschwestern und der Arzt gut zu mir geschaut. In dieser Zeit hat die Krankenschwester wie meine Mutter für mich gesorgt - sie war sehr fürsorglich und lieb. Weil sie so nett mit mir gesprochen hat, hatte ich nicht so starke Schmerzen. Wegen all dem hatte ich keine Probleme und keine Angst. Ich fühlte mich wohl.“ Wie die Meinung diesbezüglich bei all den anderen Frauen aussieht, die keine Bemerkungen beigefügt haben, bleibt uns verborgen. Frau S. Thewi erklärt mir jedoch, dass die meisten Frauen gerne in der Schweiz gebären, weil sich das Personal gut um sie kümmerte und vor allem weil sie die Sicherheit in der Schweiz schätzen.

Trotzdem muss angenommen werden, dass einige Frauen aus Anstand nichts Negatives über das Schweizer Personal und das hiesige System sagen wollten und deshalb das schrieben, von dem sie glaubten, dass ich es hören möchte. Aus privater Quelle habe ich hingegen andere Meinungen vernommen. Eine Frau hat sich beispielsweise über das Schweizer Personal beklagt. Die Ärzte würden sich nicht richtig um die tamilischen Frauen kümmern, sie nicht richtig untersuchen, meinte sie, ihnen sei es egal, wie es den tamilischen Frauen erginge. Eine andere Frau hat beanstandet, dass sie im Frauenspital als Forschungsobjekt missbraucht würden.

## 2.8 PRÄVENTIONSMÖGLICHKEITEN

### 2.8.1 Soziale Rahmenbedingungen

Solange die sozioökonomischen Verhältnisse für TamilInnen in der Schweiz nicht verbessert werden, werden sich diese als zusätzliche Belastung negativ auf den Zustand der schwangeren Frau auswirken. Diesbezügliche Verbesserungsmaßnahmen sind nur durch die Schweizer Regierung zu ergreifen, doch weisen die in letzter Zeit vorgenommenen Verschärfungen des Ausländer- und Asylgesetzes kaum auf eine derartige Bereitschaft hin. Von den Betroffenen werden unsicherer Aufenthaltsstatus, ungewisse Zukunft, Verlust des sozialen Status, mangelhafte Wohnqualität, schlechte finanzielle Lage und unbefriedigende Arbeitsbedingungen als besonders belastend empfunden.

Da sich diese Rahmenbedingungen nicht ohne weiteres verändern lassen, müssen sie in der Entwicklung von Präventionsmassnahmen im geburtshelferischen Bereich berücksichtigt werden.

Durch von Schweizer Organisationen (z.B. Hilfswerke) unterstützte Projekte in Zusammenarbeit mit den betroffenen Frauen könnten sozioökonomisch bedingte Belastungen zumindest abgeschwächt werden. Die Frauen sollten auch auf bestehende Hilfsangebote aufmerksam gemacht werden, die ihnen in sozialen Fragen weiterhelfen können. Zu diesen Angeboten gehören Beratungsstellen, welche sie über ihre sozialen Rechte und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informieren, aber auch Anlaufstellen, welche konkrete Hilfeleistungen wie Budgetberatung oder Wohnungsvermittlung bieten. Die Frauen können jeweils selber entscheiden, ob ihnen diese Angebote zusagen und ob sie sie beanspruchen wollen.

### 2.8.2 Bessere Information

#### a) Zweck der Information

Die Frauen müssen wissen, welche Angebote es gibt, was diese bezwecken, unter welchen Bedingungen diese genutzt werden können und welche Kontaktmöglichkeiten bestehen. TamilInnen brauchen häufig eingehendere Informationen als Schweizerinnen, weil letztere die Praktiken in der Schweiz kennen. Es genügt somit nicht, den tamilischen Frauen zu erklären, dass es sinnvoll wäre, einen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen, wenn sie nicht wissen, worum es sich dabei handelt und wo sie sich diesbezüglich melden müssen. Es genügt auch nicht, wenn sie wissen, was ein solcher Kurs beinhaltet, sich aber nicht klar über dessen Zweck sind. Schweizerinnen sind in der Regel darüber informiert, weil sie das System besser kennen. Die Geburtsvorbereitungskurse und deren Zweck sind deshalb im Selbstverständnis der Frauen verankert. Die Frau kann Vor- und Nachteile abwägen und sich für oder gegen den Besuch des Kurses entscheiden. Diese Möglichkeit hat eine Frau, die nicht weiss, worüber sie eigentlich zu entscheiden hat, nicht. Ihre Entscheidung richtet sich häufig nach dem Verhalten der anderen Frauen in ihrem sozialen Umfeld.

Es ist auch wichtig, den Frauen zu vermitteln, dass sie über Entscheidungsrechte verfügen. D.h. sie müssen sich bewusst sein, dass sie selber entscheiden können, ob ihr Ehemann bei der Geburt dabei sein wird oder nicht, dass sie eine Frauenärztin wählen können, falls ihnen die Untersuchung durch einen Mann unangenehm ist, dass sie eine freischaffende Hebamme konsultieren und sich von ihr auch zu Hause untersuchen lassen können, wenn sie dies wünschen. Auch während der Konsultation muss genau abgeklärt werden, was die Frauen wollen und was nicht. Die meisten TamilInnen legen grossen Wert darauf, sich konform zu verhalten und

entscheiden sich für das, von dem sie denken, dass es von ihnen erwartet wird. Dies kann vermieden werden, indem ihnen erklärt wird, dass auch in der Schweiz nicht alle Frauen das gleiche wollen oder tun, so wie dies Frau Wüthrich bezüglich der Abklärung über die Anwesenheit des Ehemannes bei der Geburt vorschlägt.

Information kann auch während der Untersuchung wichtig werden. Die Frau hat das Anrecht zu wissen, was mit ihr geschieht und weshalb was gemacht wird. Information über die Vorgehensweise während der Untersuchung bildet eine wichtige Vertrauensbasis, weil die Frau genau weiss, dass nichts mit ihr getan wird, ohne dass sie genau darüber Bescheid weiss. Zudem hat sie dadurch die Möglichkeit, den Sinn dessen zu erkennen, was ihr unangenehm ist und unsinnig erscheint wie beispielsweise die vaginale Untersuchung, und kann so Abneigung und Angst gegen diese Untersuchung abbauen.

Weiter oben wurde erwähnt, dass die Frauen durch die Apparaturen im Gebärsaal erschreckt werden. „Die Frauen sind schlecht informiert, sie besuchen die Geburtsvorbereitungskurse nicht und dann wissen sie nicht, was mit ihnen im Gebärsaal geschieht“, die Instrumente machen den Frauen Angst, weil sie nicht wissen, wozu sie dienen, „sie denken dann, sie sterben auf der Stelle“ (Frau S. Thewi). Auch wenn die Frauen keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, können sie darüber informiert werden, wie alles vor sich gehen wird, wozu die Geräte dienen und dass sie nicht zwangsläufig eingesetzt werden müssen.

Inwieweit Informationen in welcher Weise nötig und sinnvoll sind, hängt von der betreffenden Frau ab. Es darf nicht einfach davon ausgegangen werden, dass jede Tamilin ein Informationsmanko aufweist. Vor allem ist es wichtig, dass die Frauen informiert und nicht belehrt werden. Frau S. Thewi hat beobachtet, dass die Frauen im Frauenspital heute viel besser informiert werden, als dies noch vor ein paar Jahren der Fall war. Die Hebammen würden sich für die Frauen viel Zeit nehmen. Sie sieht gute Information als eine der wichtigsten prophylaktischen Massnahmen.

#### ***b) Möglichkeiten der Informationszufuhr***

Die Frauen können entweder mündlich oder schriftlich über ihre Rechte und existierende Angebote informiert werden. Mündliche Information ist während den Kontrollen möglich. Hebamme, Ärztin oder Arzt können die Frau auf Angebote aufmerksam machen und sie über Zweck und Inhalt dieser Angebote informieren. Wichtigste Form der Information in diesem Bereich ist jedoch die Aufklärung über den Untersuchungsvorgang. Wenn die Frau die Sprache versteht oder wenn sie sich mit dem Personal auf eine Drittsprache (z.B. Englisch) einigen kann, besteht diesbezüglich kaum ein Problem. Ebenso wenig, wenn eine Dolmetscherin anwesend ist. Tauchen jedoch sprachliche Schwierigkeiten auf, müssen Alternativen gefunden werden. Es gibt mehrere Varianten, die angewandt werden. Frau Zimmermann beispielsweise verwendet Bilder zur Veranschaulichung dessen, was sie gerade tut oder tun wird. Zudem hat sie in Broschüren den Untersuchungsablauf festgehalten. Eine ähnliche Methode wird von Frau Wüthrich propagiert. Sie hat die wichtigsten Sätze in tamilischer Sprache auf ein Blatt geschrieben und zeigt jeweils den entsprechenden Satz, um den Frauen etwas Bestimmtes zu erklären.

Da die Mehrheit der Tamilinnen lesen kann, ist die schriftliche Informationszufuhr ebenfalls eine geeignete Möglichkeit. In Broschüren können Adressen und Telefonnummern verschiedener Institutionen aufgelistet werden, so dass die Frauen wissen, wo sie sich wann melden oder über was informieren können. Auch einzelne Themen wie Geburtsvorbereitungskurse können Inhalt einer Broschüre sein. Darin könnten diverse Angebote erklärt werden, so dass nicht nur ihre Existenz, sondern auch ihr Zweck verständlich ist. Broschüren haben den Vorteil, dass sie leicht verteilt

werden können. Sie können von ÄrztInnen, FreundInnen und BetreuerInnen abgegeben und auch in familiären Geschäften zur Mitnahme aufgelegt werden.

Information muss sich nicht auf das Wissen über Angebote und Rechte beschränken. Eine Frau will vielleicht mehr über richtiges Verhalten während der Schwangerschaft, über den Geburtsablauf oder die Säuglingspflege wissen. Auch hier gibt es die Möglichkeit der schriftlichen Information. Das Lesen von Büchern zu diesem Thema ist in Sri Lanka zwar nicht sehr üblich, was jedoch nicht heisst, dass die Frauen dieser Möglichkeit gegenüber grundsätzlich abgeneigt sind. In vielen tamilischen Zeitungen gibt es eine 'Frauenseite', die u.a. solchen Fragen gewidmet ist. So z.B. der 'Lady's Corner' in der Wochenzeitung 'Thnamurasu' die in Colombo herausgegeben wird oder das 'Lady's Special' in der Wochenzeitung 'Eelamurasu' aus Paris. Beide Zeitungen sind auch in der Schweiz erhältlich. Die in der Schweiz hergestellten Zeitungen konnten sich gegen die Konkurrenz aus dem Ausland nicht behaupten und mussten z.T. eingestellt werden. Zeitungen, auch im Ausland herausgegeben, bieten die Möglichkeit, Artikel in diesem Bereich zu veröffentlichen. Meines Wissens sind tamilische Bücher zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Kinderpflege in der Schweiz nicht erhältlich. In Zusammenarbeit mit tamilischen Geschäften wäre der Import solcher Bücher aus Sri Lanka oder Indien sicherlich möglich, so dass sie in der Schweiz veräussert werden könnten. Diesbezügliches Interesse hat eine Frau gezeigt, die mich bat, ihr Bücher zu diesem Thema anzugeben. Ich musste sie mit deutscher und englischer Literatur trösten.

### **c) Das Konzept der Multiplikation**

Im Rahmen eines Projektes des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) zur Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz wurde ein Informationsverbreitungskonzept entwickelt, welches das Ziel verfolgt, Wissen innerhalb spezifischer Migrationsgruppen zu multiplizieren (Rabold 1994: 16; Gass/Schoch 1996: 319). Durch Schlüssel- und Vertrauenspersonen sollen sowohl formelle als auch informelle Kommunikationskanäle zur Verbreitung von Informationen und Wissen genutzt werden (Gass/Schoch 1996: 320). Der Einsatz von ausgebildeten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren soll von bestehenden Institutionen ausgehen, wodurch die Errichtung neuer Anlaufstellen, welche sich explizit an Migrantinnen und Migranten richten, überflüssig werden sollen. Längerfristig soll mittels dieses Konzeptes die Integration von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem gefördert werden.

Durch das Konzept der Multiplikation wird der Zugang zu bestimmten Migrationsgruppen erleichtert. Gerade zur Verbreitung von Informationen im Reproduktionsbereich bietet sich dieses Modell als geeignete Methode an. Die Frauen werden von Landsfrauen über das Geburtssystem in der Schweiz informiert und erfahren welche Institutionen welche Dienstleistungen anbieten.

### **2.8.3 Schwangerschaftsbetreuung**

Anstatt die Frauen in den konventionellen Geburtsvorbereitungskurs zu schicken, wenn sie sich von diesem Angebot nicht angesprochen fühlen, bietet sich eine umfangreiche Schwangerschaftsbetreuung als Alternative an, die nicht nur für TamilInnen attraktiv sein könnte. Die persönliche Betreuung würde den Frauen eine individuell abgestimmte Fürsorge während der Schwangerschaft, eine ihren Bedürfnissen angepasste Geburtsvorbereitung und eine adäquate Einführung in die Säuglingspflege bieten. Gleichzeitig könnte die Betreuerin die Frau in sozialen Belangen unterstützen und sie über bestehende Angebote und Anlaufstellen informieren. Sollte es dem Wunsch der Frauen entsprechen, müsste der Betreuerin

ermöglicht werden, während der Geburt anwesend zu sein. Die Betreuung müsste bis mindestens einen Monat nach der Geburt andauern.

Ziel dieser Art der Betreuung ist das Vermitteln von Sicherheit. Der Umfang der Betreuung sollte durch die Frau bestimmt werden. D.h. die BetreuerIn sollte zur Verfügung stehen, sich jedoch nicht aufdrängen und die Frau nicht belehren. Vor allem liegt die Entscheidung, eine Schwangerschaftsbetreuung in Anspruch zu nehmen bei der Frau. Die Betreuung darf somit nicht zu einem Obligatorium für die Frauen werden, um ihnen bestimmte Verhaltensmodi aufzuzwingen zu können.<sup>35</sup>

Ein derartiges Angebot würde sich prophylaktisch auf das psychische Wohlbefinden der Frau auswirken. Alleine das Wissen, dass stets jemand da ist, die einem helfen kann, kann Sicherheit vermitteln. Bleibt die Frage, welche Bedingungen die BetreuerIn erfüllen müsste. Spielen Nationalität, Alter, Zivilstand usw. eine Rolle, damit sich die Frau anvertrauen kann? Wie die Ärztin Frau Y. Sandravathany Indirekt aussagt, ist es für eine Schweizerin schwierig, das Vertrauen der tamilischen Frauen zu gewinnen: „Mit Tamillinnen ist die alltagsnahe und indirekte Vorgehensweise sehr wichtig. Ich kann die Frauen nicht einfach in mein Büro bestellen und sie nach ihren Problemen fragen. Die Arbeit in Gruppen ist mit Tamillinnen sehr schwierig. Die Frauen sprechen innerhalb der Gruppe nicht über ihre familiären oder psychischen Probleme. Wenn die Frauen mich nicht kennen und ich zudem mit einer schweizerischen Fachperson auftrete, sprechen sie nicht...“ (zitiert in Karlen Moussa/Bauer 1993: 348). Schweizerinnen werden häufig als Vertreterinnen der Schweizer Behörden gesehen. Die tamilischen Frauen halten sich ihnen gegenüber mit Aussagen zurück, weil sie Konsequenzen seitens des Staates befürchten (private Mitteilungen). Ich habe diesen Aspekt schon angesprochen. Ich habe jedoch auch davon gesprochen, und werde weiter unten noch einmal darauf zurückkommen, dass viele Tamillinnen befürchten, die DolmetscherInnen könnten Intimitäten weitererzählen, von welchen die Frauen nicht wollen, dass andere sie erfahren. Das trifft sicherlich auch auf eine tamilische Ärztin zu, die über derartige Informationen verfügt. Da die Schweizerinnen meist nicht in der tamilischen Gemeinschaft integriert sind, besteht diese Gefahr Ihrerseits weniger.

Schwieriger ist es, Vertrauen zu gewinnen und die Frauen dazu zu bewegen, über ihre Sorgen und Probleme zu sprechen, wenn das inszenierte Gespräch im Büro nicht möglich ist. „Ich muss eine Frau, die Probleme hat, zuerst im Alltag kennenlernen, muss mich zum Beispiel von einer Nachbarin der Frau einladen lassen. Wir trinken Tee, und die Nachbarin ruft unter irgendeinem Vorwand die betreffende Frau an und bittet sie, auch zu uns zu kommen. So lernt sie mich kennen und kann nach und nach Vertrauen in mich fassen. Oder ich lasse mich an Geburtstagsfeste einladen, wenn ich weiss, dass eine Frau teilnimmt, die grosse Probleme hat“ (dito). Für eine SchwangerschaftsbetreuerIn ist diese Vorgehensweise kaum möglich, besonders wenn sie keinen Zugang zur tamilischen Gemeinschaft hat. Zudem würde eine derartige Vorgehensweise durch SchweizerInnen nicht der Erwartung der Tamillinnen entsprechen, wodurch ihre Glaubwürdigkeit in Frage gestellt werden könnte. Auf diesen Aspekt werde ich noch eingehender zu sprechen kommen.

Es soll noch einmal betont werden, dass es sich um ein Angebot handeln soll, das von den Frauen genutzt werden kann, falls sie dies wünschen. Dies setzt eine Abklärung voraus, ob ein derartiges Angebot überhaupt den Bedürfnissen der tamilischen Frauen gerecht wird.

<sup>35</sup> Das Angebot müsste für alle Frauen, d.h. auch für Schweizerinnen bestehen.

#### 2.8.4 Ernährungsberatung

Da falsche Ernährungsweise oft zu Schwierigkeiten jeglicher Art führt, ist eine Ernährungsberatung angebracht. Frau S. Thewi hält dies für eine gute Idee. Sie konnte beobachten, dass die Frauen im Frauenspital gut darüber informiert werden, was sie essen dürfen und was nicht. Dadurch können Komplikationen verhindert werden. Ab und zu empfiehlt Frau Zimmermann tamilischen Frauen, eine Ernährungsberaterin aufzusuchen. Mit Erfolg. Die Frauen reagieren positiv auf dieses Angebot und beachten die Empfehlungen, welche sie von der Beraterin erhalten.

Die Ernährungsberatung in der Schweiz erfordert keine spezielle Berücksichtigung der traditionellen Nahrungsvorschriften während Schwangerschaft und Geburt, wie sie in Sri Lanka üblich sind. Viele Frauen erklären von sich aus, dass die tamilischen Ernährungsgewohnheiten dem Schweizer Klima nicht angepasst sind, so dass sie eine Alternative leicht akzeptieren. Kenntnisse über die traditionellen Nahrungsvorschriften können jedoch eine effizientere Beratung ermöglichen, weil dadurch Vorlieben und Tabus der Frauen bekannt sind und in der Beratung berücksichtigt werden können. Wichtig ist jedoch, sich bewusst zu sein, dass nicht jede Tamillin sich an solchen Vorschriften orientiert. Frauen, die sich an traditionelle Vorschriften halten, tun dies auch nicht in übereinstimmender Weise. Während die einen in der Schwangerschaft und nach der Geburt auf diese achten, halten sich anderen nur an die einmonatige Diät nach der Geburt, welche die Wunde (Gebärmutter, Dammschnitt oder -riss) heilen helfen soll.

#### 2.8.5 Einsatz einer Dolmetscherin - Ja oder nein?

Wenn eine optimale Informationszufuhr während der Kontrollen oder im Gebärsaal gewährleistet sein soll, sind sprachliche Schwierigkeiten zu beheben. Dies kann in Form von schriftlicher Information geschehen oder zur Not mit Händen und Füßen. Vom medizinischen Personal wird der Einsatz einer Dolmetscherin mehrheitlich befürwortet. Viele Tamillinnen befürworten dies jedoch nicht ohne weiteres, weil sie befürchten, dass die Dolmetscherin Intimitäten in der tamilischen Gemeinschaft verbreitet. Es mag deshalb sinnvoller sein, wenn sich die Frauen von einer Vertrauensperson begleiten lassen. Kinder und Ehemänner sind jedoch nicht sehr geeignet. Übersetzung durch die Kinder widerspricht der familiären Hierarchie, weil dadurch das Kind zum Repräsentanten der Familie wird. Wenn die Ehemänner übersetzen, besteht die Gefahr, dass sie nicht alles sagen und Wesentliches auslassen, z.B. weil sie sich schämen, gewisse persönliche besonders sexuelle Probleme gegenüber dem medizinischen Personal zu äussern. Somit wäre eine Person ausserhalb der Kleinfamilie für die Übersetzung geeigneter, wenn möglich eine Frau. Männer können gegenüber Frauen gehemmt sein, wenn sie intime Bereiche ansprechen müssen, wie mir ein junger Mann erzählte, der für die Frau eines Freundes anlässlich des Austrittsgespräches übersetzte. Die Frau hatte soeben ein Kind geboren und die Hebamme erklärte ihr, wie sie sich verhalten sollte, falls ihre Brustwarze durch das Stillen wund werden sollte. Für den jungen Mann war es sehr schwierig dies gegenüber der Frau und insbesondere in Anwesenheit seines Freundes auszusprechen. Als die Hebamme gar erklärte, dass die Frau einen Monat lang keinen sexuellen Verkehr mit ihrem Mann haben dürfe, musste er eine neutrale Formulierung finden und übersetzte, sie dürfe in dieser Zeitspanne nicht mit ihrem Mann zusammen sein, in der Hoffnung, sie verstünden, was gemeint ist. Auf diese Weise werden Missverständnisse geschaffen, welche durch die Übersetzung eigentlich verhindert werden sollten.

### 2.8.6 Mediatorinnen

Kommunikationsbedingte Missverständnisse werden nicht nur auf der sprachlichen Ebene erzeugt. Kulturspezifische Verhaltens- und Anstandsregeln können ebenso zu Missverständnissen führen. Durch Verhaltensnormen wird festgelegt, wie bestimmte Fragen beantwortet werden müssen oder wie in spezifischen Situationen zu handeln ist. Gleichermassen sind Missverständnisse durch die Körpersprache möglich, wenn Handzeichen, Blickkontakt oder Körperbewegungen kulturspezifisch interpretiert werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die DolmetscherIn nicht nur auf der rein verbalen Ebene übersetzt, sondern bei der Formulierung von Fragen und Erläuterungen behilflich ist sowie kulturspezifische Reaktionen und Verhaltensweisen zu erklären vermag. Eine ausgebildete und erfahrene Dolmetscherin wird diesen Anforderungen eher gerecht werden als eine private Vertrauensperson.

Vermittlerinnen dieser Art werden MediatorInnen genannt.<sup>36</sup> Es handelt sich hierbei um qualifizierte Übersetzerinnen, welche sich im medizinischen Sektor auskennen und gleichermassen mit den migrationspezifischen Problemen der Frauen vertraut sind (vgl. Gass/Schoch 1996: 337). Somit geht ihr Aufgabenbereich über jenen der verbalen und nonverbalen Übersetzung hinaus. Durch den Einsatz von Mediatorinnen soll auch der Informationsmangel des medizinischen Personals bezüglich migrationsbedingter Belastungen ebenso wie bezüglich kulturspezifischer Gesundheitskonzepte und Ressourcen aufgehoben werden (vgl. dito).

### 2.8.7 Mögliche Massnahmen durch das medizinische Personal

Zu Beginn der Arbeit habe ich geschrieben, dass der kulturelle Aspekt als Erklärung für gehäufte Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt nicht überbetont und verallgemeinert werden sollte, dass jedoch Kenntnisse der familiären Kultur eine bessere Betreuung der schwangeren Frau ermöglichen, weil sie Missverständnisse zu verhindern helfen oder einfach ein grösseres Verständnis für die Frauen wecken. Ärztinnen oder Hebammen weisen einen differenzierteren Umgang mit den Frauen auf, deren Kultur sie ein wenig kennen. Dabei ist wieder einmal mehr vor einer Schubladisierung der Migrantinnen zu warnen. Es geht im Wesentlichen um die Möglichkeit einer adäquaten Reaktion beim Auftreten kulturbedingter Divergenzen. Bekundet eine Frau offensichtlich Mühe mit der vaginalen Untersuchung, kann entsprechend auf sie eingegangen werden. Frau Zimmermann versucht die Frauen durch leichtes Massieren der Beine und des Bauches zu entspannen, so dass sie während der vaginalen Untersuchung nicht allzu verkrampft sind. Frau Wüthrich, die auf der Geburtsstation gearbeitet hat, respektierte die Scham der Frauen, indem sie den Vorhang um das Bett gezogen und darauf geachtet hat, dass dieser wirklich ganz geschlossen war, wenn sich die Frauen waschen wollten. Auch Frau Sommer legt während der Schwangerschaftsuntersuchung Wert darauf, dass die Frau von den Blicken der Übersetzerin oder des Ehemannes geschützt wird.

Da viele Frauen sich während der Schwangerschaft öfters wegen sogenannten 'Kleinigkeiten' in der Praxis oder Klinik einfinden, wäre eine eingehendere Untersuchung zur Bedeutung solcher Beschwerden sinnvoll. Auch wenn diese als übertrieben betrachtet werden, sind sie Ausdruck von Angst und Unsicherheit. Hebammen und Ärztinnen ersetzen bis zu einem gewissen Grad die Mutter (oder sonstige Verwandte), welche sich nicht in der Schweiz befindet. In Sri Lanka würde

<sup>36</sup> In Anlehnung an Gass/Schoch (1996) unterscheide ich hier zwischen Mediatorinnen und Multiplikatorinnen, da mir diese Trennung sinnvoll erscheint. Während die MediatorIn direkt zwischen zwei Personen (ÄrztIn/Hebamme und Schwangere) vermittelt, ist die Multiplikatorin in einem bestimmten sozialen Umfeld tätig. Ihre Aufgabenbereiche können sich jedoch überschneiden.

die Frau im Mittelpunkt der Familie stehen und von ihr verwöhnt werden. In der Schweiz muss sie sich die Aufmerksamkeit bei Personal und Freundinnen durch Beschwerden ergattern. Für das medizinische Personal bedeutet dies verständlicherweise eine Mehrbelastung, wenn manche Frauen wegen unwichtig erscheinenden Leiden häufig, manchmal sogar täglich erscheinen. Es ist jedoch wichtig für die Frauen, sich Gehör verschaffen zu können. Eine Anlaufstelle oder eine persönliche Schwangerschaftsbetreuerin, welche jederzeit aufgesucht werden könnten, wären angebracht.

Wenn auch viele dieser kleinen Leiden aus schulmedizinischer Sicht als ungefährlich gelten, darf nicht vergessen werden, dass Gesundheits- und Krankheitsverständnisse kulturspezifisch und individuell sind. Jede Frau verfügt über eigene Erklärungsmodelle aufgrund deren sie Symptome interpretiert. Mögen die Symptome gemäss Erkenntnissen der Schulmedizin belanglos sein, können sie gemäss des Krankheitsverständnisses der Frau durchaus von wichtiger Bedeutung sein. Es geht hier darum sich des Unterschiedes zwischen *illness* und *disease* bewusst zu werden.<sup>37</sup> Wenn die Frau die Beschwerden als gravierend einstuft und sich in Ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden gestört fühlt, müssen diese Gefühle ernst genommen werden, selbst dann, wenn keine objektiven Störungen zu erkennen sind.

Zwar ist mir während der Untersuchung nichts dergleichen berichtet worden, doch nehme ich aufgrund der Literatur und eigener Erfahrungen in anderen Zusammenhängen an, dass Fehlverhalten verschiedener Art (z.B. soziales Fehlverhalten), der 'Böse Blick' und Magie für einige Frauen eine grosse Rolle spielen können. In solchen Fällen wäre es wichtig, dass dies vom medizinischen Personal erkannt wird und die betreffende Frau an jemanden weitervermittelt wird, der oder die mit dieser Problematik vertraut ist. Für 'westliche' Verhältnisse mögen derartige Ansätze unsinnig erscheinen und schwer akzeptabel sein. Aber es ist wichtig, Krankheitsverständnisse, die sich von den eigenen unterscheiden, zu respektieren und entsprechend zu handeln. Ich vermute, dass einige Leiden, welche die Frauen vorbringen, auf die Möglichkeit negativer Einflüsse von Dritten hinweisen. Ebenso könnte die Gewichtung gewisser Symptome auf ayurvedischen Vorstellungen basieren. Im Rahmen dieser Arbeit war eine eingehende Auseinandersetzung mit dieser Frage nicht möglich, und solange dies nicht untersucht worden ist, bleiben meine diesbezüglichen Ausführungen reine Vermutung.

### 2.8.8 Frauentreffpunkte

Frau Sommer und Frau Wüthrich sind der Meinung, dass sich die tamilischen Frauen besser organisieren sollten, damit sie sich gegenseitig Hilfe leisten können. „Es sollte so etwas wie das An Lac<sup>38</sup> auch für Tamilinnen geben. Es braucht nicht einmal eine Ärztin, es genügt, wenn die Frauen Erfahrungen austauschen und Informationen einziehen können“, meint Frau Sommer. Es gäbe Frauen, die interessiert wären, etwas zu tun, z.B. einen Frauentreffpunkt zu organisieren (vgl. dazu Kambli 1991).<sup>39</sup> Die

<sup>37</sup> In der Medizinethnologie wird der Begriff Krankheit unterteilt in *disease* und *illness*. Während *disease* die objektiv erkennbare organische Veränderung bezeichnet, ist *illness* das subjektive Empfinden dieser Veränderung.

Gerade im Bereich der Reproduktion spielt die *illness-disease* Dyade eine zentrale Rolle. Schwangerschaftsbeschwerden bewegen sich häufig im *illness*-Bereich, wogegen sich die Schwangerschaftsuntersuchungen auf den *disease*-Bereich konzentrieren.

<sup>38</sup> Beratungs- und Begegnungszentrum für anerkannte Flüchtlinge aus Südostasien in Bern.

<sup>39</sup> 1993 wurde in Zürich ein Frauentreffpunkt dieser Art von Frau Russo Chrysostom eröffnet. Es hat sich herausgestellt, dass dieser Treffpunkt dem Bedürfnis vieler tamilischen Frauen entsprochen hat. Es werden Kurse angeboten, welche sich nach den Wünschen der Frauen richten. Nebst Sprach- und Handarbeitskursen werden auch Aufklärungsnachmittage durchgeführt. Zudem erhalten die Frauen kostenlose Beratung im sozialen Bereich sowie in Rechtsfragen. Die Leiterin stammt selber aus Sri Lanka.



Organisation eines derartigen Treffpunktes erfordert finanzielle Unterstützung. Der Staat ist nicht bereit, Projekte zu unterstützen, sofern diese nicht an anerkannte Flüchtlinge gerichtet sind, und die Hilfswerke stehen selber unter finanziellem Druck. Treffpunkte könnten jedoch auch auf privater Basis organisiert werden. Das würde bedeuten, dass sich die Frauen in Gruppen in Privatwohnungen treffen und Erfahrungen austauschen. Gruppengespräche entsprechen indes nicht gerade den Bedürfnissen der tamilischen Frauen, so dass diese Möglichkeit kaum Erfolg haben würde (S. Thewi; Y. Sandravathany 1993: 348). Aus diesem Grund müsste genau abgeklärt werden, ob ein solcher Treffpunkt überhaupt erwünscht wird.

Eine Alternative wäre die Wiederaufnahme der Koordinationsstelle für TamilInnen, an welche sich die Frauen bei Problemen oder zur Information wenden konnten und die von den Frauen sehr begrüsst wurde. Da die Weiterführung dieses Projektes an Mangel an finanziellen Mitteln gescheitert ist, ist auch an eine Wiederaufnahme nicht zu denken. Dies obschon durch eine derartige Anlaufstelle Behandlungskosten eingespart werden könnten.

### 2.8.9 Probleme der Projektbildung

Wie soeben beschrieben, lässt mangelnde finanzielle Unterstützung nur wenig Freiraum für grössere Projekte. Trotzdem möchte ich auf die Frage eingehen, welche Aufgaben Projekte erfüllen müssten und vor allem welche Probleme bei Ihrer Verwirklichung entstehen können. An dieser Stelle verweise ich auf die Kritik Hebenstreits (1986) am ethnozentrisch-geprägten Vorgehen bei der Projektbildung in Zusammenarbeit mit Migrantinnen. Ihre Kritik wurde in meiner Lizentiatsarbeit ausführlich behandelt, weshalb ich hier nicht näher darauf eingehen werde.<sup>40</sup>

#### FALLBEISPIEL:

In Deutschland wurde aufgrund der Annahme, türkische Frauen würden Beratungsstellen deshalb selten aufsuchen, weil sie die deutsche Sprache nicht beherrschen, isoliert leben und von ihren Männern Ausgehverbot erhalten, Frauentreffpunkte gegründet. Diese basierten auf der Vorstellung der deutschen Sozialarbeiterinnen, dass die türkischen Frauen ihre gewohnte Frauensolidaritätsgruppe vermissen, weshalb sie diese ersetzen zu müssen glaubten. Ziel des Treffpunktes war es, den Frauen aus ihrer Isolation zu helfen, ihnen Kurse anzubieten und zur Selbstständigkeit zu verhelfen. Konkrete Hilfeleistungen waren nicht vorgesehen, das jedoch erwarteten die Frauen. Sie traten an die Frauengruppe mit der Erwartung, diese könne ihnen bei der Wohnungs- oder Arbeitssuche oder beim Ausfüllen von Formularen helfen etc. Stattdessen wurden den Frauen Informationen vermittelt über Themen wie Familienplanung oder Kindererziehung, obwohl diese kein Informationsbedürfnis zu diesen Themen hatten, da sie darüber schon Bescheid wussten. Die TürkInnen nervten sich, weil in den Treffpunkten ein ständiges Chaos herrschte. Dabei wurde das Chaos von den Sozialarbeiterinnen bewusst organisiert, damit sich die Frauen wie Zuhause fühlen (Hebenstreit 1986).

Die Treffpunkte haben ihr Ziel verfehlt, denn sie waren nicht den Bedürfnissen der Frauen angepasst. Von Seiten der SozialarbeiterInnen wurde übersehen, dass die Frauensolidaritätsgruppe, welche sie zu imitieren suchten, nicht isoliert vom sozialen Gefüge existieren kann, in dem sie entstanden ist. Sie kann nicht beliebig aus einer Gesellschaft entnommen und in eine andere eingepflanzt werden. Zudem werden die Frauen durch die auferzwungene Beibehaltung traditioneller Ressourcen aus der Heimat an einer Integration in die neue Umgebung gehindert.

---

was das Vertrauen der Frauen in den Treffpunkt stärkt. Sie fühlen sich dadurch verstanden und adäquat beraten (vgl. Russo Chrysostom 1994).

<sup>40</sup> Vgl. Kapitel 'Hebenstreits Kritik an der sozialpädagogischen Arbeit mit Migrantinnen' (Kapitel 2.2.1 a); s 10) meiner Lizentiatsarbeit.

Weiter gilt zu kritisieren, dass die Treffpunkte das Ziel verfolgten, den Frauen Selbständigkeit resp. Emanzipation - das als Synonym von Selbständigkeit verstanden wird - zu vermitteln. Dies ist in doppelter Weise fragwürdig. Einerseits wird die europäische Vorstellung von Selbständigkeit und Emanzipation vermittelt, andererseits wird dies über traditionelle Methoden versucht, was in krassem Widerspruch zueinander steht.

Wenn die Frauen in die Schweiz kommen, werden sie hier mit neuen Anforderungen konfrontiert, die neue Strategien erfordern. In ihrer Heimat diente die Frauensolidaritätsgruppe der Bewältigung bestimmter Problemstellungen, welche im Exil nicht mehr gegeben sind. Strategien müssen sich deshalb den neuen Problemstellungen anpassen. Da die Frauen andere Erfahrungen der Problembewältigung haben, werden sie auch eigene Strategien entwickeln, die sich von jenen der Schweizerinnen unterscheiden. In welchen Bereichen die Frauen Unterstützung von Schweizerinnen bedürfen, müssen sie selber entscheiden. Projekte müssen deshalb an die Bedürfnisse der Frauen angepasst sein. Dabei ist es auch wichtig, dass die ProjektleiterInnen ihr Ziel genau und klar darlegen. Dieses darf nicht, wie im Falle der oben beschriebenen Frauentreffpunkte, als Hilfsangebot angepriesen werden und in Wirklichkeit einen pädagogischen Zweck verfolgen.

#### FALLBEISPIEL:

Ein Gesundheitsprojekt, welches ebenfalls in Deutschland für türkische Frauen entwickelt wurde, knüpft an die Ressourcen der Türkinnen an. Dabei geht es um die Ressourcen, welche die Frauen in Deutschland nutzen. Eine deutsche und eine türkische Mitarbeiterin des Projektes suchen die Frauen zu Hause auf, um in einem Gespräch ihre Bedürfnisse zu erfahren. Dabei wird ganz klar dargelegt, worum es den ProjektmitarbeiterInnen geht. Sie wollen aufgrund der Bedürfnisse der Frauen konkrete Hilfeleistungen anbieten. Diese müssen keineswegs medizinisch orientiert sein. Nachdem beispielsweise mehrere Türkinnen das Bedürfnis nach mehr Kontakten zu deutschen Frauen geäußert hatten, wurde ein entsprechender Treffpunkt organisiert, der sich allein nach diesem Bedürfnis richtete (Tilli 1986).

In diesem Projekt wurden durch die Hausbesuche Erkenntnisse über Krankheitsverständnis, Körperbild etc. gewonnen, die an Fachpersonal der Medizin oder Sozialarbeit weitervermittelt wurde, andererseits konnten sich die Frauen über Zugangsmöglichkeiten und Angebote informieren (Tilli 1986: 221). Indem die ProjektmitarbeiterInnen den Frauen klar darlegten, was ihr Ziel ist, konnten diese auch verstehen, weshalb sie zu ihnen nach Hause kamen. Unklarheit hat sich als Problem in einem anderen Projekt erwiesen, bei welchem SozialarbeiterInnen Türkinnen zu Hause aufsuchten, um sie über Familienplanung und Kindererziehung zu informieren - ein Angebot, das von türkischen Frauen nie explizit gewünscht wurde. Die SozialarbeiterInnen wurden mit Fragen überhäuft, die mehr den Grund ihres Kommens betrafen, da sich die Frauen bewusst waren, dass deutsche Frauen nicht von SozialarbeiterInnen zu Hause aufgesucht werden. Zudem mussten sie feststellen, dass die Frauen schon über Familienplanung und Kindererziehung informiert waren und eigentlich ganz andere Bedürfnisse hatten (Hebenstreit 1986).

Im zweiten Fallbeispiel werden die Frauen nicht als Opfer betrachtet, denen unter allen Umständen geholfen werden muss, sondern sie werden zu GestalterInnen ihres Lebens im Aufnahmeland, indem sie ihre Bedürfnisse vermitteln und ihre Wünsche verwirklichen können. Die Frauen entscheiden, welche Angebote ihnen fehlen und von welchen sie Gebrauch machen wollen. Somit werden sie nicht in Fürsorgeprojekte gedrängt, in welchen sie Hilfe beanspruchen müssen, deren sie nicht bedürfen.

Damit will ich sagen, dass jegliche von Schweizer Seite Initiierten Massnahmen und Projekte wie Frauentreffpunkte oder Schwangerschaftsbetreuung eine genaue Bedürfnisabklärung erfordern, um zu verhindern, dass den Frauen Angebote

aufgezwungen werden, die nicht ihren Anliegen entsprechen. Zudem müssen diese Projekte zusammen mit betroffenen Frauen entwickelt werden, damit sie sich letztlich nicht als Instrumentarium zu Kontrollzwecken erweisen. Wichtig scheint mir dabei auch, dass sich die Angebote nicht nur auf spezifische Migrationsgruppen beziehen, wodurch diese Gruppen eine Marginalisierung erfahren, sondern dass sie von allen Frauen gleichermassen genutzt werden könne. Eine Schwangerschaftsbetreuung beispielsweise könnte bei Schweizerinnen einen grossen Anklang finden.

# 3. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

---

## 3.1 ZUSAMMENFASSUNG

### 3.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die hier vorgestellte empirische Untersuchung hat bestätigt, dass tamilische Frauen, die in der Schweiz gebären, überdurchschnittlich häufig pathologische Schwangerschafts- und Geburtsverläufe aufweisen. Beschwerden während der Gravidität sind oft Folge falscher Ernährung oder anderer Fehlverhalten. Tamilische Frauen ernähren sich häufig nicht dem Klima entsprechend, so dass viele an Übergewicht leiden, was sich während der Schwangerschaft besonders negativ auswirken kann. Frauen die zu viel essen - vor allem zu viel Süßes und in Öl Gebackenes -, können an Schwangerschaftsdiabetes erkranken; zudem besteht die Gefahr, dass das Baby zu gross wird. Wer zu viel isst, nimmt häufig nährstoffarme Kost zu sich, was zu Mangelerscheinungen wie Anämie führen kann. Als Fehlverhalten wäre zu deuten, dass sich viele Tamillinnen während der Schwangerschaft in der Schweiz kaum bewegen und sich stattdessen viel lieber neun Monate lang von ihren Ehemännern verwöhnen lassen, was sicherlich eine positive Wirkung auf ihr psychisches Wohlbefinden hat. Mangelnde Bewegung wirkt sich indes negativ auf den physischen Zustand aus. Die Frauen haben bis zur Geburt keine Kraft mehr, sind schlaff und müde. Zudem werden durch den Bewegungsmangel Beschwerden wie Schwangerschaftskrämpfe begünstigt.

Eher psychosomatisch bedingte Beschwerden wie starkes Schwangerschaftserbrechen oft verbunden mit Appetitlosigkeit, das manchmal bis weit über das erste Trimenon hinaus anhält, unterliegen vielfach dem Einfluss migrationsbedingter Belastungen.

Aus der Sicht der Psychologie stellt die Schwangerschaft eine Übergangsphase dar, deren Verlauf durch die Einwirkung negativer interner und externer Faktoren beeinträchtigt werden kann, was in Form von Gestationsbeschwerden zum Ausdruck kommt. Einflussfaktoren solcher Art hängen mit den sozioökonomischen Rahmenbedingungen sowie der Biographie der Frau zusammen. Schlechte finanzielle Situation, tiefer sozialer Status, unverarbeitete Lebensereignisse, Traumata, schlechte Arbeitsbedingungen usw. wirken sich ungünstig auf das Wohlbefinden der schwangeren Frau aus. Latente, nicht bewusste Konflikte können während der Schwangerschaft an die Oberfläche gelangen und störend auf deren Verlauf einwirken. Inwieweit sich Konflikte - gleichgültig welcher Art - auf die Schwangerschaft auswirken, hängt im Wesentlichen von der individuellen Bewältigung dieser Konflikte sowie den äusseren Möglichkeiten ab.

Faktoren, welche Schwangerschaftsbeschwerden auslösen, können sich mehrheitlich auch auf den Geburtsverlauf auswirken, zumal festgestellt werden konnte, dass eine deutliche Korrelation zwischen dem Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt besteht. Wehenanomalien, ausgelöst durch Angst und Unsicherheit, sind bei Tamillinnen sehr häufig. Die Wehen treten oft zu früh ein und sind besonders heftig, was Frühgeburten provozieren kann. Angst ist als einer der zentralsten Faktoren zu nennen, die zur erschwerten Geburt führen können. Unter der Geburt wirkt sie sich dahingehend aus, dass sich die Frau verkrampft, sich der Muttermund nicht genügend öffnet oder die Frau schneller erschöpft ist. Zudem äussert die Frau

ihre Angst durch Schreien, was ebenfalls zur schnelleren Erschöpfung führen kann. Das Resultat ist eine verzögerte Geburt und/oder die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs. Tamillinnen werden weit häufiger operativ entbunden als Schweizerinnen. Die Kaiserschnittquote liegt mit 28.4% ausgesprochen hoch. Nicht selten muss der Geburt mittels Forceps nachgeholfen werden. Neben der Auswirkung von Angst werden als Gründe hierfür u.a. zu grosse Kinder, geringe physische Kraft aufgrund mangelnder Bewegung während der Schwangerschaft und zu lange Geburtsdauer genannt. Im Verlaufe der Untersuchung hat sich zudem die Frage bezüglich der Auswirkung von Missverständnissen resultierend aus unterschiedlichen Normen der Schmerzausserung erhoben. So können falsche Interpretationen der Schmerzausserung unnötige Eingriffe zur Konsequenz haben.

Beim Stillen treten ebenfalls oft Probleme auf. Viele Tamillinnen können ihr Kind nicht stillen, weil sie zu wenig Milch haben. Zudem führt Unkenntnis des richtigen Stillens zu falschem Anlegen des Kindes und zu ungenügender Vorbeugung von Brustverletzungen, so dass wundete Brustwarzen die Folge sind.

### 3.1.2 Rückblick auf die Ausgangsthesen

#### a) Migration

Die erste These besagte, dass sich die Migrationssituation auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken kann. Wie erwähnt, wird allgemein davon ausgegangen, dass Frauen, die in der Schweiz regelmässigen Kontakt zu Verwandten pflegen, sich im Exilland integriert haben und die Sprache beherrschen, weniger Komplikationen aufweisen als andere. In der Studie konnte festgestellt werden, dass die Frauen unterschiedlich häufigen, aber meist regelmässigen Kontakt zu Verwandten in der Schweiz haben. Nur wenig Frauen erhalten jedoch konkrete Unterstützung während der Schwangerschaft und nach der Geburt durch Familienangehörige. Meist sind es ihre Ehemänner, welche die Hausarbeit übernehmen. Hilfe durch weibliche Verwandte stellt in Sri Lanka die wichtigste Ressource der Frauen dar. In der Schweiz müssen sie Alternativen finden. Häufig sind dies die Hebammen, die von Tamillinnen überdurchschnittlich oft aufgesucht werden. Nur wenige Frauen wenden sich an Schweizer Bekannte, da der Kontakt zu diesen sehr rar ist.

Die meisten tamilischen Neuzuzügerinnen kommen in die Schweiz, um hier zu heiraten. Wie die Studie gezeigt hat, erfolgt die Heirat vielfach nur wenige Monate nach Ankunft in der Schweiz. Von der Frau wird erwartet, dass sie unmittelbar nach der Vermählung schwanger wird. Folglich wird sie zur gleichen Zeit mit zwei neuen Lebensphasen konfrontiert - neue soziale Rolle als Ehefrau und als werdende Mutter. Dieser doppelte Übergang finden wir auch in Sri Lanka, doch hat die Migrantin in der Schweiz vor Eintritt der Schwangerschaft kaum Zeit, sich in die neue Umgebung zu integrieren und sich neu zu orientieren. Der Wechsel von einem soziokulturellen Gefüge in ein anderes hat eine Phase der Desorientierung zur Folge. Wegen der zeitlich dichten Aufeinanderfolge von Ankunft, Heirat und Schwangerschaftseintritt werden Tamillinnen nebst den beiden erwähnten Rollenwechsel noch mit dem zusätzlichen Rollenwechsel von Frau in Sri Lanka zu Frau in der Schweiz konfrontiert. Diese Dreifachbelastung kann zu psychosomatisch bedingten Beschwerden führen.

Wie erwähnt befinden sich die tamilischen Frauen in der Schweiz in einer ähnlichen sozioökonomischen Situation wie Mitteleuropäerinnen der Unterschicht. Sie stammen aber meist aus der Ober- und Mittelschicht und sind ebenfalls meistens höherkastig. Durch die Migration erfahren viele einen sozialen Abstieg. Ihre schlechten sozioökonomischen Verhältnisse sind deshalb migrationsbedingt.

Offt wird Erwerbstätigkeit als ein positiver Aspekt der Integration betrachtet. Diese Annahme basiert auf der Tatsache, dass die Arbeit in der Schweiz die besten Kontaktmöglichkeiten biete, was besonders für die werdenden Mütter von Vorteil sei, da sie sich bei ihren Arbeitskolleginnen über richtiges Verhalten während der Schwangerschaft, über Angebote usw. erkundigen könnten. Der Kontaktbereich der Tamilinnen, so wurde gezeigt, bewegt sich vornehmlich in der privaten Sphäre, so dass sie nicht so sehr auf die Kontakte am Arbeitsplatz angewiesen sind. Zudem informieren sie sich - wenn überhaupt - meistens bei Landsfrauen oder beim medizinischen Personal und weniger bei Arbeitskolleginnen, die meistens SchweizerInnen oder anderer Nationalität sind.

Frauen, welche gut Deutsch sprechen oder die Möglichkeit haben, sich mit dem Personal auf eine Drittsprache (Englisch) zu einigen, weisen unter der Geburt weniger Komplikationen auf. Sie fühlen sich sicherer, und ihnen fällt es leichter, sich zu informieren. Wegen der kurzen Aufenthaltsdauer bis zur Schwangerschaft ist es ihnen häufig nicht möglich, die Sprache ausreichend zu erlernen, zumal viele nach Eintreten der Schwangerschaft nichts mehr unternehmen.

Weitere Probleme, die sich durch die Migration ergeben und die sich auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken können, sind Helmweh, Verlust der Familie oder Diskriminierungen im Aufnahmeland.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass durch die Migration auch Komponenten gegeben sind, welche eine positive Wirkung auf die Psyche der Frau haben. Zu nennen wäre das Vertrauen in die westliche Medizin (vor allem in die Technologie) oder die existentielle Sicherheit, welche die Schweiz den Frauen bietet. Viele Frauen geniessen die leichtere Bewältigung der Hausarbeit u.ä. Da diese Arbeit jedoch auf der Problematik pathologischer Graviditäten und Geburten basiert, habe ich mich vornehmlich auf die negativen Einflüsse der Migration beschränkt, die sich nachteilig auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf auswirken können.

### **b) Informationsmangel**

Die zweite These besagte, dass der Informationsmangel, der bei tamilischen Frauen sehr gross ist, Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt begünstigen kann. Wie aus der Untersuchung ersichtlich wird, sind tamilische Frauen effektiv sehr schlecht über richtiges Verhalten während Schwangerschaft und Geburt, über Angebote, Informationsmöglichkeiten, Geburtsablauf usw. informiert. Zudem sind sie sich ihrer Entscheidungsrechte nicht bewusst und richten ihr Verhalten nach den vermeintlichen Erwartungen des klinischen Personals. Unwissen führt zu Unsicherheit und ruft Angst hervor. Diese manifestiert sich in bestimmten krankhaften Erscheinungen während der Schwangerschaft und kann unter der Geburt verheerende Auswirkungen mit sich bringen.

### **c) Kultureller Aspekt**

Die dritte These besagte, dass sich kulturelle Unterschiede nur indirekt auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf auswirken. Dies wenn die Frau aufgrund der neuen Anforderung überbelastet ist und sich bis zum Eintritt der Schwangerschaft nicht genügend in das neue soziale Umfeld integrieren konnte. Die in der Studie herausgearbeiteten Ursachen decken sich weitgehend mit jenen, die bei europäischen Frauen der Unterschicht zu Komplikationen führen. Somit können kulturspezifische Aspekte nicht den Einfluss haben, der ihnen oft zugesprochen wird.

Der kulturelle Aspekt erhält dort seine Bedeutung, wo es um das Verständnis der Andersartigkeit geht. Eine Hebamme oder eine Ärztin, welche über Kenntnisse der

tamilschen Kultur verfügt, kann besser auf ein fremdartig erscheinendes Verhalten eingehen. Dabei muss eine Ethnisierung jedoch vermieden werden. D.h. es dürfen nicht tamillspezifische Verhaltensmodi entwickelt werden, denn es besteht die Gefahr, dass sich die Frau minderwertig behandelt fühlen könnte. Nicht jede Tamilin hat Mühe mit der hiesigen Untersuchungsmethode und nicht jede Tamilin möchte sich an die in Sri Lanka üblichen Traditionen halten. Tritt ein kulturspezifisches Problem auf, muss immer mit dem Ziel darauf reagiert werden, einen Konsens zwischen der Frau und dem medizinischen Personal zu finden.

## 3.2 EMPFEHLUNGEN

Im Laufe dieser Arbeit wurden mehrere Massnahmen herausgearbeitet, welche konkret in der Zusammenarbeit mit tamilischen Frauen zur Anwendung kommen könnten. Um einen klareren Überblick zu gewähren werde ich sogleich gesondert auf die einzelnen Möglichkeiten eingehen. Zuvor möchte ich jedoch betonen, dass die tamilischen Frauen das Bedürfnis haben, sich in der Schweiz zu integrieren, was u.a. auch bedeutet, sich unseren Gepflogenheiten anzupassen, doch fehlt ihnen häufig das Wissen um das Wie und das Verständnis um das Warum. Dies will besagen, dass es nicht darum gehen kann, den Frauen eine Atmosphäre zu verschaffen, wie sie in Sri Lanka üblich ist. Die folgenden Empfehlungen sind deshalb nicht Verhaltensanweisungen, die explizit im Umgang mit tamilischen Frauen befolgt werden müssen, sondern es geht vielmehr darum, auf eventuelle Unsicherheiten der Frauen eingehen zu können. Besonders wichtig erscheint mir, sich dem Informationsmangel in Anbetracht eines ihnen fremden Medizinsystems bewusst zu sein. Wesentlich ist somit eine bessere Informationszufuhr. Massnahmen diesbezüglich können auf verschiedenen Ebenen innerhalb oder ausserhalb des medizinischen Systems ergriffen werden.

### 3.2.1 Möglichkeiten der besseren Informationszufuhr

#### **a) Broschüren**

Die Mehrheit der tamilischen Frauen kann lesen und schreiben, so dass die schriftliche Informationszufuhr keine Probleme stellt. In Form von Broschüren könnten die Frauen schon vor oder spätestens nach Eintreten der Schwangerschaft über die schweizerische Geburtshilfe und die Möglichkeiten, welche sie ihnen bietet, informieren. Die Frauen sollen nicht nur Auskunft über den geburtshelferischen Bereich erhalten, sondern müssen auch über soziale und rechtliche Anlaufstellen informiert werden. Broschüren können sowohl durch Ärztinnen, Ärzte oder Hebammen verteilt, als auch in tamilischen Geschäften aufgelegt werden, so dass sie den Frauen leicht zugänglich wären.

#### **b) Import von Büchern**

Soviel mir bekannt ist, sind Bücher zum Thema Schwangerschaft und Geburt in tamilischer Sprache in der Schweiz nicht erhältlich. Wiederum in Zusammenarbeit mit tamilischen Geschäften könnten solche Bücher aus Sri Lanka oder Indien importiert werden. Hier gilt es zu beachten, dass die Importkosten relativ hoch sind, was auch den Preis der Bücher massiv erhöhen kann. Es wäre somit sinnvoll die Importkosten zu subventionieren, damit die Bücher auch gekauft werden.

#### **c) Artikel in tamilischen Zeitungen**

Wie ich erwähnt habe, gibt es in vielen tamilischen Zeitungen 'Frauenseiten', in denen bisweilen auch Artikel zu Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege erscheinen. Dies bietet eine gute Möglichkeit, Informationen, die das richtige Verhalten während der Schwangerschaft betreffen (z.B. Ernährung), unter einer grösseren Anzahl Frauen zu verbreiten.

#### **d) Multiplikatorinnen**

Eine geeignete Möglichkeit, Informationen zu verbreiten, bietet das Konzept der Multiplikation. Tamilische Schlüsselpersonen, welche sich im Bereich der Geburtshilfe auskennen, können ihr Wissen an ihre Landsfrauen weitervermitteln und sie über die Schweizer Geburtshilfe, bestehende Angebote und Anlaufstellen informieren.



### 3.2.2 Empfehlungen für den täglichen Kontakt mit tamilischen Frauen in der Geburtshilfe

#### **a) Bessere Information über Institutionen und Möglichkeiten**

Auch innerhalb des medizinischen Betriebs ist die vermehrte Informationszufuhr die beste Präventionsmassnahme, weil sie Angst reduzieren und Vertrauen schaffen kann. Dies gilt besonders für das Gespräch während der Schwangerschaftskontrolle. Viele Frauen bekunden Mühe mit der vaginalen Untersuchung, nicht nur, weil diese ihnen peinlich oder unangenehm ist, sondern auch, weil sie häufig nicht wissen, weshalb eine solche überhaupt durchgeführt wird. Es ist deshalb erforderlich, dass die Frauen eingehender über den Kontrollvorgang informiert werden. Zur Erklärung haben sich Anschauungsmaterial wie Bilder oder Puppen in der Poliklinik Bern bewährt (Frau Grünig). Zudem könnte in einer Broschüre Zweck und Vorgehen während der Vorsorgeuntersuchung erklärt werden, dies vor allem dann, wenn keine Übersetzerin gegenwärtig ist.

Zudem müssten die Frauen auch besser über Sinn und Zweck eines Geburtsvorbereitungskurses informiert werden. Erst wenn sie genauestens informiert sind, können sie entscheiden, ob sie einen solchen Kurs besuchen wollen oder nicht.

Ebenfalls wichtig scheint mir, dass die Frauen die Möglichkeit erhalten, den Gebärsaal vor der Geburt zu besichtigen und dass ihnen dabei alles genau erklärt wird. Denn die Frauen befürchten häufig, dass alle im Gebärsaal befindlichen Instrumente zur Anwendung kommen, was in ihnen eine enorme Angst auslösen kann. Wenn sie schon vor der Geburt wissen, dass die Instrumente nur im Notfall verwendet werden und deshalb im Saal aufbewahrt werden, damit sie schnell zur Hand sind, falls sie gebraucht werden sollten, besteht nicht nur die Möglichkeit, Ängste abzubauen, sondern auch Sicherheit zu vermitteln.

Im Austrittsgespräch wird den Frauen meist geraten, die Mütterberatungsstelle aufzusuchen. Es ist möglich, dass die Frauen nicht wissen, um was es sich bei der Mütterberatungsstelle genau handelt, jedoch nicht wagen, nachzufragen. Somit ist es auch hier wieder wichtig, Rückfragen zu stellen und eingehendere Erläuterungen über die Tätigkeit der Mütterberatungsstelle zu liefern. Dies gilt ebenfalls für die Stillberatung, von deren Existenz nur wenige Tamilinnen Kenntnis haben.

#### **b) Ernährungsberatung**

Wie sich aus der Untersuchung herausgestellt hat, ist falsche Ernährung eine häufige Ursache für Schwangerschaftsbeschwerden wie Diabetes oder Anämien. Es ist sinnvoll, den betreffenden Frauen eine Ernährungsberatung zu empfehlen, auf die sie erfahrungsgemäss sehr gut ansprechen. Trotz ihrer in der Schweiz oft schlechten Ernährung (z.B. zu viele Süssigkeiten) sind sich die Tamilinnen der Wichtigkeit richtiger Ernährung bewusst - wird ihr in Sri Lanka doch sehr viel Bedeutung beigemessen -, weshalb sie für diesbezügliche Beratungen sehr empfänglich sind.

#### **c) Übersetzung**

Da die Frauen oft sehr kurze Zeit nach ihrer Ankunft in der Schweiz schwanger werden, verfügen sie häufig nicht über die nötigen sprachlichen Kenntnisse, um sich während der Vorsorgeuntersuchung, unter der Geburt oder auf der Wochenbettstation zu verständigen, so dass eine Übersetzung unerlässlich wird. Am besten ist es, wenn sich die Frau selber jemanden aussuchen kann, dem oder der sie vertraut. Meist ist die Begleitperson der Ehemann oder eine Bekannte. Es sollten zur Übersetzung jedoch weder die eigenen Kinder noch fremde Männer beigezogen werden. Eine der Frau unbekannte Dolmetscherin kann dann eingesetzt werden,

wenn sie selber niemanden mitbringen kann. Sollte auch dies nicht möglich sein, werden Anschauungsmaterialien, Broschüren oder Blätter mit vorgegebenen Sätzen in tamilischer und deutscher Sprache besonders wichtig.

#### **d) Sprachlicher Umgang**

Sollte die Sprache an sich kein Problem während der Konsultation bei der Schwangerschaftskontrolle oder unter der Geburt im Gebärsaal sein, können unterschiedliche Anstandsregeln in der Kommunikation dennoch zu Missverständnissen führen. So ist es beispielsweise nicht üblich, eigene Wünsche oder gar Kritik anzubringen, oder die Frau traut sich nicht zu sagen, dass sie etwas nicht verstanden hat oder nicht kennt. In der tamilischen Sprache wird auch viel 'durch die Blume' gesprochen. Rückfragen können hier wichtig werden, aber auch die Fragestellung spielt eine Rolle. Sich über eventuelle Unterschiede in der Sprechweise bewusst zu sein, kann den sprachlichen Umgang mit den Frauen beeinflussen und Missverständnisse verhindern.

### **3.2.3 Einsatz von Mediatorinnen**

Durch den Einsatz von im geburtshelferischen Bereich ausgebildeten Mediatorinnen, d.h. Übersetzerinnen, die mehr als nur ein Sprachrohr verkörpern, und vermehrtem Einbezug von medizinischem Personal aus den Herkunftsländern können mehrere Ziele erreicht werden. Zum einen wird eine qualifizierte Übersetzung angeboten, welche eine optimale Kommunikation auf verbaler als auch auf nonverbaler Ebene bietet. Zum anderen kann der Informationsmangel sowohl des medizinischen Personals als auch der tamilischen Frauen weitgehend aufgehoben werden.

### **3.2.4 Weiterbildungskurse für das medizinische Personal**

In den letzten Jahren hat sich ganz deutlich gezeigt, dass ein starkes Interesse seitens des Personals an interkulturellen Weiterbildungskursen besteht. Dies ist gut zu verstehen, denn Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal treffen täglich auf fremdartiges Verhalten, das sie nicht verstehen und mit dem sie, nicht zuletzt aufgrund falscher Interpretationen, nicht umgehen können. Die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Bereich und der Ethnologie ist deshalb gewachsen. Kurse und Vorträge werden gut besucht und Ethnologinnen und Ethnologen werden bei allfälligen Problemen angefragt.

Weiterbildungskurse können das Verständnis für Ausländerinnen wecken. Es kann nicht die Absicht sein, alle Hebammen in die Geburtshilfe jeglicher Länder einzuführen. Und ebensowenig kann es darum gehen, dass sich die Hebammen bei jeder Frau entsprechend zu verhalten wissen. Das Ziel lautet in erster Linie Verständnis und Abbau von Vorurteilen. Ein tieferes Verständnis ermöglicht während der Voruntersuchung, unter der Geburt und im Wochenbett adäquater auf die Frauen einzugehen und verhindert unnötige Missverständnisse und Ärgernisse. Bessere und eingehendere Information, vorsichtiges Vorgehen und genaues Erklären bei den Untersuchungen, Ernst nehmen der Ängste der Frauen, Beachtung unterschiedlicher Schmerzäußerung, Respektierung kulturspezifischer Wertvorstellungen, genaues Abklären, was die Frauen wollen und ähnliche Massnahmen erleichtern den gegenseitigen Umgang. Mittels Weiterbildungskursen können solche Massnahmen angeregt werden.

Idealerweise sollten derartige Kurse schon während der Ausbildungszeit angeboten werden, um Vorurteile und Fehlinterpretationen abzubauen, bevor diese das Verhältnis zwischen Personal und Gebärenden massgeblich bestimmen. An der Hebammenschule Bern hat sich im März dieses Jahres eine Klasse im Rahmen einer Projektwoche intensiv mit tamilischen Frauen aus Sri Lanka auseinandergesetzt, was ihr Verständnis für die tamilischen Frauen geweckt hat und ihren Umgang mit den Frauen in ihrer zukünftigen Tätigkeit positiv beeinflussen wird. Von der Schule wurde mir bestätigt, dass ähnliche Projekte für andere Gruppen durchgeführt wurden und auch weiterhin unterstützt werden.

### 3.3 FORSCHUNGSBEDARF

Im Verlauf dieser Arbeit wurden einige Aspekte erwähnt, auf die ich im Rahmen dieser Untersuchung nicht genauer eingehen konnte. Einige dieser Punkte scheinen mir jedoch besonders wichtig zur Erarbeitung von Präventionsmöglichkeiten. Dazu gehört die Erforschung von Strategien zur Bewältigung neuer Anforderungen sowie der Möglichkeit diese in die Projektbildung einzubeziehen. Dieser Punkt beschränkt sich jedoch nicht auf den Reproduktionsbereich. In Bezug auf Schwangerschaft und Geburt erachte ich die Schliessung folgender Informationslücken als wichtig:

- Welche soziokulturelle Bedeutung nehmen jene Schwangerschaftsbeschwerden ein, welche tamilische Frauen überdurchschnittlich häufig in die Klinik führen?
- Welche Auswirkungen haben sozioökonomische Bedingungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand sowie auf das psychische Wohlbefinden und deren Einfluss auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf?
- Welchen Einfluss übt die Ernährung auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf aus, und wie zweckmässig ist eine Ernährungsberatung?
- Wie wirken sich Präventionsmassnahmen auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf aus? Z.B.:
  - Bessere Informationszufuhr
  - Ernährungsberatung
  - Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses
  - Begleitung durch freigewählte (tamilische) Frauen zur Geburt
  - Einsatz von Mediatorinnen und Multiplikatorinnen

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALBRECHT-ENGEL, I.**: 'Geburt in der Bundesrepublik Deutschland.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.): Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. überarbeitete und stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 31-42  
1995
- AMMON, G. & AMMON, K.**: 'Zur Psychosomatik von Frühgeburten und psychosomatischer Erkrankungen.' In: Hau, T.F. & Schindler, S. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychosomatik. Richtungen, Probleme, Ergebnisse. Hippokrates Verlag, Stuttgart: 96-107  
1982
- ARBEITSGEMEINSCHAFT FREIER STILLGRUPPEN (AFS)** (Hrsg.): Stillen und Stillprobleme. Bücherei der Hebamme Bd. 1. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart  
1993
- ÂYURVEDA-CLINIC** (Hrsg.): Âyurveda Bulletin 1/1992, Walzenhausen  
1992
- BANKS, M.**: 'Caste in Jaffna.' In: Leach, E. R.: Aspects of Caste in South India, Ceylon and North-West Pakistan. University Press, Cambridge, 3. Ausgabe: 61-77  
1971
- BAUMANN, B.**: 'Zwischen Professionalität und Altruismus.' In: Journal SRK /Oktober: 50-54  
1994
- BÄURLE, M.**: 'Moderne Facetten eines traditionellen Berufes - Einblick in die freiberufliche Tätigkeit einer Haushebamme 1994.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.): Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. überarbeitete und stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 329-336  
1995
- BERG, G.**: 'Ausländische Frauen und Gesundheit. Migration und Gesundheit.' In: Bundesgesundheitsblatt 2/95: 46-51  
1995
- BHARATI, A.**: 'The Self in Hindu Thought and Action.' In: Marsella, Devos, Hsu (Hrsg.): Culture and Self. Western and Asian Perspectives. Travistock, New York: 185-230  
1985
- BLÖCHLIGER, C.**: Asylsuchende und Flüchtlinge beim Hausarzt. Interaktion zwischen Arzt und Patient aus ärztlicher Sicht. Schweizerisches Tropeninstitut, Basel  
1997
- BLÖCHLIGER, C. & TANNER, M. & HATZ, CH. & JUNGHANSS, TH.**: Asylsuchende und Flüchtlinge in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS), 86: 800-810  
1997
- BOISSELIER, J.**: Ceylon. Sri Lanka. Nagel Publishers, Genf. englische Ausgabe: 15-28  
1979
- BRECHBÜHLER, M.**: 'Die Kinder dieser Welt. Fortbildungstagung der Mütterberatungsschwestern.' In: Krankenpflege 11: 22-27  
1989

- BUCHS, K.:** Schwangerschaft und Geburt im Exil. Am Beispiel tamilischer Frauen in der Schweiz. Lizentiatsarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1996
- BURREN, S.:** MigrantInnen in der Elternbildung. Evaluation des "Lehrgangs für Elternarbeit im eigenen Kulturkreis." Seminararbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1996
- CHAKRAVARTI, P. C.:** Doctrine of Sakti in Indian literature. Eastern Book House, Patna  
1940
- CHEEK, D.:** 'The Role of Unconscious fear in Causing Premature Labor; Application of Ideomotor Techniques to stop Premature Labor without Drugs.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.); Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. überarbeitete und stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 255-263  
1995
- CLAPP, J. F.:** 'Körperliche Arbeit und Sport während der Schwangerschaft.' In: Künzel, W. (Hrsg.): Gesunde Lebensweise während der Schwangerschaft. Ratgeber für Ärzte. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg: 109-119  
1988
- COUSTAN, D.R.:** 'Does Gestational Diabetes Exist? Diagnosis and Management.' In: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/Abstracts: 101-103  
1997
- DE SILVA, L.D.:** 'Micronutrient status of plantation workers in Sri Lanka during pregnancy and postpartum.' In: J Obstet Gynaecol Res.: 239-46  
1996
- De Silva, W.I.:** 'Relationships of desire for no more children and socioeconomic and demographic factors in Sri Lankan women.' In: Journal of Biosocial Science, Vol 24 (2): 185-199  
1992
- DETWILER-THOMMEN, E.:** "Die richtige Zeit zum Leiden ist da für mich." Tamilische Flüchtlinge in der Schweiz. Ihr Gesundheitsverhalten und ihre Heilmethoden. Vier Fallbeispiele. Lizentiatsarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1997
- DHRUVARAJAN, V.:** Hindu-Women and the Power of Ideology. Bergin & Garvey Publishers, Massachusetts  
1989
- DOMRÖS, M.:** Sri Lanka: Die Tropeninsel Ceylon. Wissenschaftliche Länderkunde, Bd. 12. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt  
1976
- DONIGER, W. (Hrsg.):** The Laws of Manu. Penguin Books, London  
1991
- DUNN, P.:** 'Die Geburt als physiologischer Prozess - eine pädiatrische Sichtweise.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D.: Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. In: Curare Sonderband Nr. 1: 71 -75  
1983
- DRESSLER, W. W.:** 'Culture, Stress and Disease.' In: Johnson, T. M. & Sargent, C. F. (Hrsg.): Medical Anthropology. A Handbook of Theorie and Method. Greenwood Press, Connecticut: 248-263  
1990

- EGGER, J. & STOTZER, K.:** 'Sozial- und Individualmedizin zusammenführen. Die Verantwortung für künftige Generationen.' In: *Soziale Medizin*, Nr. 3/95: 14-21  
1995
- EICHINGER FERRO-LUZZI, G.:** 'Food Avoidances at Puberty and Menstruation in Tamilnad.'  
1980 In: Robson, J.R.K. (Hrsg.): *Food, Ecology and Culture. Readings in the Anthropology of Dietary Practices*. Gordon and Breach Science Publishers Inc., New York: 97-100
- EICHINGER FERRO-LUZZI, G.:** 'Food Avoidances of Pregnant Women in Tamilnad.'  
1980 In: Robson, J.R.K. (Hrsg.): *Food, Ecology and Culture. Readings in the Anthropology of Dietary Practices*. Gordon and Breach Science Publishers Inc., New York: 101-108
- EICHINGER FERRO-LUZZI, G.:** 'Food Avoidances during the Puerperium and Lactation in Tamilnad.' In: Robson, J.R.K. (Hrsg.): *Food, Ecology and Culture. Readings in the Anthropology of Dietary Practices*. Gordon and Breach Science Publishers Inc., New York: 109-117  
1980
- FLUBACHER, P.:** 'Eine Übersetzerin in der Hausarztpraxis. Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten.' In: *Soziale Medizin* Nr. 6: 20-22  
1994
- FORBES MARTIN, S.:** *Refugee Women*. Zed Books Ltd., London, New Jersey: 80-93  
1992
- FORD, C.S.:** *A Comparative Study of Human Reproduction*. Yale University Publications in Anthropology, Bd. 32, Yale University Press  
1945
- FORESTI, G.:** 'Mütterliche Angst und Zustände kindlicher Übererregbarkeit.' In: Hau, T.F. & Schindler, S. (Hrsg.): *Pränatale und perinatale Psychosomatik. Richtungen, Probleme, Ergebnisse*. Hippokrates Verlag, Stuttgart: 156-161  
1982
- GASS, TH. & SCHOCH, S.:** *Perspektiven einer Integrationspolitik in der Stadt Bern. Prozesse sozialer Ausgrenzung in der "multikulturellen" Gesellschaft. Lizentiatarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern*  
1996
- GILIOZ, ST.:** 'Berufe im Gesundheitswesen und interkulturelle Beziehungen.' In: *Journal SRK/Oktobre*: 2-3  
1994
- GOOD, A.:** *The female Bridegroom*. Clarendon Press, Oxford  
1991
- GÖRTZ, V.:** *Physische und psychische Erkrankungen bei Arbeitsmigranten in der BRD. Ein soziologischer Erklärungsversuch*. Verlag Andreas Müller, Gelsenkirchen  
1986
- GRIFFON, B.:** *Maternité Tamoule en France. Un détour ethnographique*. Travail Social. *Strategies Sociales*, Besancon  
1990
- GUPTA, A. K.:** *Physical, Mental and Social Fundamentals of Ancient Indian and Chinese Medicine*. Truth Press, Calcutta  
1963
- HAOUR-KNIPE, M. & FLEURY, F.:** *Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse. Etude 1994-1995*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne  
1996

- HAUG, M. R.:** 'The Interplay of Formal and Informal Health Care: Theoretical Issues and Research Needs.' In: Albrecht, G.L. (Hrsg.): *Advances in Medical Sociology*, Vol. 1. Jai Press Inc., Greenwich, Connecticut : 207-231  
1994
- HANUSCH, K.-H. & KLUG, S.:** *Äyurveda: Indische Heilweise für Europäer*. ECON Taschenbuch Verlag GmbH, Düsseldorf und Wien  
1992
- HEBENSTREIT, S.:** *Frauenräume und weibliche Identität. Ein Beitrag zu einem ökologisch orientierten Perspektivenwechsel in der sozialpädagogischen Arbeit mit Migrantinnen*. Express Edition GmbH, Berlin  
1986
- HELMAN, C.:** 'Communication in Primary Care: The Role of Patient and Practitioner Explanatory Models.' In: *Social Science and Medicine* 20/9: 923-931.  
1985
- HELMAN, C.:** *Culture, Health and Illness*. Butterworth-Heinemann Ltd., Oxford, 2. Ausgabe  
1990
- HIRIYANNA, M.:** *Vom Wesen der indischen Philosophie*. Diederichs Gelbe Reihe. Eugen Diederichs Verlag, München, deutsche Ausgabe  
1990
- HOFFMAN-WALBECK, K. & PRIOR, S.:** 'Sri Lanka: Die Arroganz der Waffen.' In: Dies.: *Mein Leben ist wie ein fremder Fluss. Der Weg ins Asyl - Frauen erzählen*. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek bei Hamburg: 126-145  
1988
- HOFMANN, T.:** 'Tamilinnen sind doppelte Opfer. Frauenspezifische Verfolgung in Sri Lanka.' In: Moussa-Karten, K. & Bauer, E. (Hrsg.): *Wenn Frauen flüchten*. HEKS, cfd: 10-12  
1988
- HOMANS, H.:** 'Pregnancy and Birth as Rites of Passages for two Groups of Women in Britain.' In: *Ethnography of Fertility and Birth*. Academic Press, London: 231-268  
1982
- HORAT WEINGARTNER, E.:** *Rückkehrorientierung tamilischer Flüchtlinge in der Schweiz*. Lizentiatarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1994
- HSU, E.:** 'Schmerz, Individuum und Gemeinschaft.' In: Gonseth, M.-O. (Hrsg.): *Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen*. Schweizerische Ethnologische Gesellschaft, Bern: 65-74  
1993/4
- HUNGERBÜHLER, H.:** *Gewalt gegen Flüchtlingsfrauen*. Seminararbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1991
- HUSTON, P.:** *Third World Women Speak out: Interviews in six Countries on Change, Development, and Basic Needs*. Praeger Verlag, New York  
1979
- INDRA, D. M.:** 'Ethnic human Rights and Feminist Theory: Gender Implications for Refugee Studies and Practice. In: *Journal of Refugee Studies* Vol. 2, No 2: 221-242  
1989
- JAKOMUTHU, P. C.:** 'Gesundheit und Kranksein der Tamilen in der Schweiz.' in: *Soziale Medizin* Nr. 6: 11  
1994
- JANUS, L.:** 'Entwicklungen zu einer neuen Kultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.): *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. 3. überarbeitete und stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 391-400  
1995



- JORDAN, B.:** 'Die Geburt aus der Sicht der Ethnologie.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D.: 1983 Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. In: Curare Sonderband Nr. 1: 13-20
- KAKAR, S.:** Kindheit und Gesellschaft in Indien. Eine psychoanalytische Studie. Nexus 1988 Verlag, Frankfurt am Main, deutsche Ausgabe
- KAKAR, S.:** Schamanen, Heilige und Ärzte. Psychotherapie und traditionelle indische 1984 Heilkunst. Biederstein Verlag, München, deutsche Ausgabe
- KAMBLI, V.:** Studie zu einem Projekt zur Begleitung und Förderung tamilischer Gewalt- 1991 flüchtlinge. Teil I. Caritas Schweiz
- KELLER, F. B.:** 'Krank. Warum? Wofür? Wodurch? Wovon? Wozu?' In: Gonseth, M.-O. 1993/4 (Hrsg.): Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen. Schweizerische Ethnologische Gesellschaft, Bern: 13-46
- KELLER, W.:** Sri Lanka. Informationen für HilfswerksvertreterInnen im Asylverfahren. 1990 Schweizerische Zentralstelle für Flüchtlingshilfe (SFH)
- KELLER, W.:** Kurzbericht zur Menschenrechtslage in Sri Lanka. Südasiensbüro, Dortmund 1994
- KENTENICH, H. & REEG, P. & WEHKAMP, K.-H.** (Hrsg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht 1990 Ausländer krank? Mabuse-Verlag, Frankfurt
- KIRCHHOFF, H.:** 'Die Geburt in senkrechter Körperhaltung - Kulturhistorische Anmerkungen 1983 und mögliche geburtshilfliche Vorteile.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D.: Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. In: Curare Sonderband Nr. 1: 93-94
- KITZINGER, S.:** Frauen als Mütter. Mutterschaft in verschiedenen Kulturen. Kösel-Verlag, 1980 München, deutsche Ausgabe
- KITZINGER, S.:** Schwangerschaft und Geburt. Kösel-Verlag, München, 7. Ausgabe 1992
- KLEINMAN, A.:** Patients and Healers in the Context of Culture. University of California Press, 1980 London: 71-118
- KOUKKOU, E. ET AL.:** 'Difference in prevalence of gestational diabetes and perinatal 1995 outcome in an innercity multiethnic London population.' In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 59: 153-157
- KÜBLER, W.:** 'Ernährung während der Schwangerschaft.' In: Künzel, W. (Hrsg.): Gesunde 1988 Lebensweise während der Schwangerschaft. Ratgeber für Ärzte. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg: 1-10
- KÜCHOLL, V.:** Soziokulturelle Wege des Heilens. Eine ethnomedizinische Analyse und 1985 Interpretation des Sámkhya und der Heiltradition der Navajo. Medizin in Entwicklungsländern, Bd. 20. Peter Lang-Verlag, Frankfurt am Main

- KUNTNER, L.:** Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher und medizinischer Sicht. Marseille Verlag, München, 3. erweiterte Ausgabe  
1991
- LANGE-ERNST, M.-E. & HAMM, M.:** Gesunde Mutter - Gesundes Baby. Richtige Ernährung in der Schwangerschaft. Ullstein Verlag, Frankfurt a. M., Berlin  
1993
- LEBOYER, F.:** Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt. Verlag Kurt Desch GmbH, München, deutsche Ausgabe  
1974
- LESLIE, J.:** 'Introduction.' In: Dies. (Hrsg.): Roles and Rituals of Hindu Women. Associated University Press, Cranbury  
1991
- LESLIE, J. & WUJASTYK, D.:** 'The Doctor's Assistant: Nursing in Ancient Indian Medical Texts.' In: Holden, P. & Littlewood, J. (Hrsg.): Anthropology and Nursing. Routledge, London: 25-30  
1991
- LEUENBERGER, E & BERGER, E & MUELLER, MD. & SCHNEIDER, H.:** 'Vergleichende Analyse unterschiedlicher ethnischer und kultureller Gruppen bezüglich Geburt und Outcome der Kinder an der Frauenklinik Bern.' In: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/Abstracts: 68  
1997
- LITTLEWOOD, R. & LIPSEGE, M.:** Allens and Alienists. Ethnic Minorities and Psychiatry. Unwin Hyman, Bungay  
1982
- LUCAS, H. (Hrsg.):** Das grosse Reader's Digest Gesundheitsbuch. Verlag das Beste aus Reader's Digest, Zürich, neu überarbeitete Ausgabe  
1980
- MAC CORMACK, C. (Hrsg.):** Ethnography of Fertility and Birth. Academic Press, London  
1982
- MADLER MUCCIOLO, L.:** 'Multikulturelle Zusammenarbeit in der Pflegepraxis.' In: Pflege, Bd. 6, Heft 1: 13-21  
1993
- MARTIUS, G. & CAMMANN, U.:** Gynäkologie, Geburtshilfe und Neonatologie. 10. überarbeitete Ausgabe. Kohlhammer Verlag, Stuttgart  
1993
- MATHIS, CH.:** Die Geschichte der Tamilen in der Schweiz 1981-1996. Lizentiatsarbeit am ethnologischen Seminar der Universität Zürich  
1997
- MCDOWELL, CH.:** A Tamil Asylum Diaspora. Sri Lankan Migration, Settlement and Politics in Switzerland. Bergahn Books, Oxford  
1996
- MC GILVRA, D. B.:** 'Sexual Power and Fertility in Sri Lanka: Batticaloa Tamils and Moors.' In: Mac Cormack, C. (Hrsg.): Ethnography of Fertility and Birth. Academic Press, London: 25-67  
1982
- MEIER, S.:** Tamillische Eltern und Kinder verstehen lernen. Eine Arbeitshilfe für die tamillische Mütterberatung. Mütterberatung & Väterberatung der Stadt Zürich, Zürich  
1994
- MEIER-MESQUITA, C.:** Flüchtlinge aus der Dritten Welt. Eine Pilotstudie über tamillische Flüchtlinge in der Schweiz. Universität Bern  
1992

- MENDEZ BAUER, C. & ARRAYO, J. & ROBERTS, J.:** 'Vorteile und Nachteile verschiedener mütterlicher Stellungen während der Geburt.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D.: Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. In: Curare Sonderband Nr. 1: 77-80  
1983
- MORGER, P.:** 'Pflege als kulturelles Phänomen - von der Notwendigkeit der Selbsterkenntnis.' In: Journal SRK/Okttober: 7-11  
1994
- MOSER, C.:** Die Geburt des Patienten. Ritualisierung und Konstruktionen der Arzt-Patienten Interaktion. Lizentiatsarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1996
- MOUSSA-KARLEN, K. & BAUER, E. (Hrsg.):** Frauenflüchtlinge in der Schweiz. Ein Handbuch. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung für Frau und Mann, Bern  
1993
- MUECKE, M.:** 'New Paradigms for Refugee Health Problems.' In: Social, Science and Medicine Vol. 35, No 4: 515-523  
1992
- NAAKTGEBOREN, C. & SLIJPER, E. J.:** Biologie der Geburt. Einführung in die vergleichende Geburtkunde. Verlag Paul Parey, Hamburg und Berlin  
1970
- NAVARATNAM, C. S.:** A Short History of Hinduism in Ceylon. Sri Sanmuganathan Press, Jaffna  
1964
- NORDSTROM, C.:** 'It's All in a Name: Local-Level Female Healers in Sri Lanka.' In: McClain, C.S. (Hrsg.): Women as Healers. Cross-Cultural Perspectives. Rutgers University Press, New Brunswick : 42-57  
1989
- OBEYESEKERE, G.:** 'The Impact of Ayurvedic Ideas on the Culture and the Individual in Sri Lanka.' In: Leslie, Ch. (Hrsg.): Asian Medical Systems. University of California Press, Berkeley; 201-226  
1976
- PATHMANATHAN, S.:** 'The Hindu Society In Sri Lanka: Changed and Changing.' In: Carter, J.R.: Religiousness In Sri Lanka. Marga Institute, Colombo; 149-159  
1979
- PERNET, V.:** 'Accepter l'altérité. Les femmes immigrées à la maternité.' In: Krankenpflege 9: 8-11  
1993
- PFÄFFENBERGER, B.:** Caste in Tamil Culture. The Religious Foundations of Sudra Domination in Tamil Sri Lanka. Syracuse University, New York  
1982
- PFLEIDERER, B.:** 'The Development and Change of Health Research among Migrant Workers In West-Germany.' In: Pfelderer, B. & Bibeau, G: Anthropologies of Medicine. Curare Sonderband Nr. 7: 105-118  
1991
- PFLEIDERER, B. & BICHMANN, W.:** Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Dietrich Reimer Verlag, Berlin  
1985
- POSTEL, E. & SCHRIJVERS, J. (Hrsg.):** A Woman's Mind is longer than a Kitchen Spoon. Report on Women in Sri Lanka. Researchproject Women and Development, Colombo - Leiden  
1980

- PRINZ, G.:** 'Verhaltensbeobachtungen bei Geburten im Krankenhaus.' In: Schiefen-  
1995 hövel, W. & Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.): Gebären -  
Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. überarbeitete und  
stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband. Verlag für Wissenschaft  
und Bildung, Berlin: 263-270
- RABOLD, E.:** 'Migration und Gesundheit - ein Lehrgang für Multiplikatorinnen.' In: Soziale  
1994 Medizln Nr. 6: 16
- RAMU, G. N.:** 'Changing Family Structure and Fertility Patterns: An Indian Case.' In:  
1991 Journal of Asian and African Studies XXVI, 3-4: 189-206
- REHBEIN, J.:** 'Institutioneller Ablauf und interkulturelle Missverständnisse in der Allgemein-  
1986 praxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation.'  
In: Curare Vol. 9/2: 297-328
- RINGLER, M.:** 'Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft.' In: Hau, T.F. & Schindler, S.  
1982 (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychosomatik, Richtungen, Probleme,  
Ergebnisse. Hippokrates Verlag, Stuttgart: 179-187
- RÖSEL, J.:** Die Entwicklung des Tamilenkonflikts auf Sri Lanka seit der Unabhängigkeit.  
1987 Arbeitsbericht für die DFG, Freiburg Im Breisgau
- RUSSO CHRYSOSTOM, CH.:** KATPAKAM, ein Treffpunkt für tamilische Frauen. Diplomarbeit  
1994 an der Schule für Soziale Arbeit, Zürich
- SACHS, L.:** 'Misunderstanding as Therapy: Doctors, Patients and Medicines in a Rural  
1989 Clinic in Sri Lanka.' In: Culture, Medicine and Psychiatry 13: 335-349
- SALIS GROSS, C. & BLÖCHLIGER, C. & MOSER, C. & ZUPPINGER, B.:** Die Arzt-Patienten  
1997a Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und  
Flüchtlingen. Schlussbericht an die Schweizerische Akademie der  
Medizinischen Wissenschaften und an das Bundesamt für Gesundheit.  
Schweizerisches Tropeninstitut, Basel
- SALIS GROSS, C. & MOSER, C. & ZUPPINGER, B. & HATZ, CH.:** Die Arzt-Patienten Interaktion  
1997b aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis.  
Schweizerische Rundschau für Medizln, 86 (im Druck)
- SARGENT, C. & STARK, N.:** 'Childbirth Education and Childbirth Models: Parental  
1989 Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the  
Birth Process.' In: Medical Anthropology Quarterly, Vol. 3/ Nr. 1: 36-51
- SATHASIVAM, A.:** 'The Hindu Religious Heritage In Sri Lanka: Revived and Remembered.'  
1979 In: Carter, J.R.: Religiousness in Sri Lanka. Marga Institute,  
Colombo: 161-173
- SCHAAF, P. & ESSINGER, H. & PREUSS, M.:** 'Leben In Angst und Bedrohung; oder: die  
1988 Zerstörung weiblicher Identität. Zur Situation von Asylbewerberinnen,  
dargestellt am Beispiel der tamilischen Flüchtlingsfrau M.' In: Ashkenasi, A.  
(Hrsg.): Das weltweite Flüchtlingsproblem. Sozialwissenschaftliche Versuche  
der Annäherung. Wissenschaftliche Publikationen zur Politik, Ökonomie  
und Kultur in der Dritten Welt. CON Literaturvertrieb GmbH,  
Bremen: 312-322

- SCHIEFENHÖVEL, W. & SICH, D.** (Hrsg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. Curare Sonderband Nr. 1  
1983
- SCHIEFENHÖVEL, W.:** 'Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D.: Die Geburt aus Ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen. In: Curare Sonderband Nr. 1; 241-246  
1983
- SCHIEFENHÖVEL, W.:** Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo: Ergebnisse humanethnologischer und ethnomedizinischer Untersuchungen im zentralen Bergland von Irian Jaya. Schriftenreihe Mensch, Kultur und Umwelt im zentralen Bergland von West-Neuguinea, Beitrag 16. Dietrich Reimer Verlag, Berlin  
1988
- SCHIEFENHÖVEL, W. & SICH, D. & GOTTSCHALK-BATSCHKUS, Ch. E.** (Hrsg.): Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. überarbeitete und stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin  
1995
- SCHMÄDEL, D.:** 'Äyurveda - Medizinsystem im Wandel.' In: Curare Vol. 12/2: 97-112  
1989
- SCHMIDT-MATTHIESEN, H.** (Hrsg.): Gynäkologie und Geburtshilfe. Lehrbuch für Studium und Praxis unter Berücksichtigung des Lernzielkatalogs. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart. 8. überarbeitete Ausgabe  
1992
- SCHNEIDER, M.:** Wieso Hausgeburt? Seminararbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1992
- SCHNEIDER, U.:** Einführung in den Hinduismus. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt  
1989
- SCHWABEN, D.:** 'Der böse Blick in Südtirol.' Ein Spiel mit Krankheitsdrohungen und Krankheitsängsten. In: Gonseth, M.-O. (Hrsg.): Kranksein und Gesundwerden im Spannungsfeld der Kulturen. Schweizerische Ethnologische Gesellschaft, Bern: 337-358  
1993/4
- SCHWEIZER BERUFSVERBAND DER KRANKENSCHWESTERN UND KRANKENPFLEGER** (Hrsg.): 'Wie werden Patienten anderer Kulturen gepflegt?' In: Krankenpflege 12: 20-22  
1993
- SENGÖR, H. & WENGENMAYR, S.:** 'Die Problematik der Frau zwischen Traditionsgebundenheit und Emanzipation.' In: Kranksein und Migration. Curare Sonderband, Vol. 9: 83-88  
1986
- SICH, D.:** 'Kulturanthropologischer Interpretationsrahmen für Kommunikationsprobleme mit Migranten in der Medizin.' In: Wessel, K. F. & Naumann, F. & Lehmann, M. (Hrsg.): Migration. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik, Bd. 4. Kiehl Verlag, Bielefeld: 148-161  
1993
- SMYKE, P.:** Women and Health. Zed Books Ltd., London, New Jersey: 116-123  
1991

- SKJØNSBERG, E.:** A special Caste? Tamil Women of Sri Lanka. Zed Press, London  
1982
- SONDEREGGER, T.:** 'Medizinische Probleme bei Asylbewerbern aus Sri Lanka.' In: Schweiz.  
1985 Med. Wschr. 115, Medizinische Fakultät Universität Bern
- STAUB, M & FREUD, W. E. & KÄSTNER, R.:** 'Psychosomatische Forderungen an die moderne  
1995 Geburtshilfe.' In: Schiefenhövel, W. & Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E.  
(Hrsg.): Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege.  
3. überarbeitete und stark erweiterte Ausgabe. Curare Sonderband.  
Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin: 401-408
- STORK, H.:** 'Mothering Rituals in Tamilnadu: Some Magico-Religious Beliefs.' In: Leslie, J.  
1991 (Hrsg.): Roles and Rituals of Hindu Women. Associated University Press,  
Cranbury: 89-105
- SUTER, A.:** Sozialhilfe für tamilische Asylbewerber. Diplomarbeit an der Schule für Soziale  
1993 Arbeit, Zürich
- TAILLENS, F.:** 'Résonance de l'exil. Migration et maternité.' In: Krankenpflege 11: 20-22  
1993
- THAKKUR, C. G.:** Äyurveda - die indische Heil- und Lebenskunst. Verlag Hermann Bauer,  
1988 Freiburg im Breisgau, deutsche Übersetzung
- THE MINORITY RIGHTS GROUP:** The Tamils of Sri Lanka. Report No 25, London  
1986
- TIETZE, K. W. & MENZEL, R. & BUSSE, H.:** 'Erwerbstätigkeit und Schwangerschaft.' In: Künzel,  
1988 W. (Hrsg.): Gesunde Lebensweise während der Schwangerschaft.  
Ratgeber für Ärzte. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg: 10-21
- TIRUVALLUVAR:** Tirukkural. Mit deutscher Übersetzung. Projekt Ohm (AUM), Basel  
1990
- VELIMIROVIC, H. & VELIMIROVIC, B.:** 'Die Rolle traditioneller Geburtshelfer im öffentlichen  
1995 Gesundheitswesen von Entwicklungsländern.' In: Schiefenhövel, W. &  
Sich, D. & Gottschalk-Batschkus, Ch. E. (Hrsg.): Gebären-Ethnomedizinische  
Perspektiven und neue Wege. 3. überarbeitete und stark erweiterte  
Ausgabe. Curare Sonderband. Verlag für Wissenschaft und Bildung,  
Berlin: 349-352
- VERWEY, M.:** 'Kultur ist kein Allerheilmittel. Der 'Ethnizismus' in der Medizin bedarf einer  
1994 Korrektur.' In: Soziale Medizin Nr. 6: 26-28
- VERWEY, M.:** 'Interkulturelle Beziehungen im Pflegealltag.' In: Journal SRK, Oktober: 12-15  
1994
- WADLEY, S.:** 'Women and Symbolic Systems, Women in the Hindu Tradition.' In:  
1977 Signs 3: 113-125
- WADLEY, S. (Hrsg.):** The Powers of Tamil Women. Syracuse University, New York  
1980

- WIDMER, R.E.:** Vergleich der Geburtsverläufe von tamilischen und nichttamilischen Frauen an der Universitäts-Frauenklinik Basel 1994 und 1995. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde. Medizinische Fakultät der Universität Basel  
1997
- WIJENAIKE, P.:** 'Der Hochzeitstag meiner Tochter.' & 'Die Stellung der Frau im Hinduismus.' In: Schreiner K.-M. (Hrsg.): Frauen In der Dritten Welt. Reportagen - Erzählungen - Gedichte. Hammer-Verlag, Wuppertal: 108-120  
1980
- WIMMER-PUCHINGER, B.:** Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg  
1992
- WOOLLETT, A. ET AL.:** 'The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in East London.' In British Journal of Medical Psychology, 68: 65-84  
1995
- ZEMP STUTZ, E.:** 'Eine Frauen-Gesundheitspolitik für die Schweiz. Entwicklung einer geschlechtsbezogenen Perspektive.' In: Soziale Medizin Nr. 2: 10-16  
1997
- ZUPPINGER, B.:** Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis. Fallstudien zu einer ressourcenorientierten Arzt-Patienten Interaktion. Lizentiatsarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern  
1997





## FRAGEBOGEN

### ZUM THEMA SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT BEI TAMILINNIEN IN DER SCHWEIZ

(Dieser Fragebogen ist für Frauen bestimmt, die nur in der Schweiz Kinder geboren haben)

#### Fragen zum Leben in der Schweiz:

1. Seit wann leben Sie in der Schweiz? \_\_\_\_\_
2. In welcher Gemeinde leben Sie? \_\_\_\_\_
3. Welchen Status haben Sie?  
Asylbewerberin   
Vorläufige Aufnahme   
Bewilligung B   
Bewilligung C

4. Arbeiten Sie in der Schweiz?

Ja  Was? \_\_\_\_\_  
Nein

5. Arbeitet Ihr Ehemann in der Schweiz?

Ja  Was? \_\_\_\_\_  
Nein

6. Haben Sie regelmässigen Kontakt zu Schweizerinnen (mindestens 2 Mal im Monat)? (Mehrere Antworten möglich)

Ja, mit Arbeitskolleginnen   
Ja, mit meiner Betreuerin   
Ja, ich habe schweizer Freundinnen   
Nein, ich habe keinen Kontakt zu Schweizerinnen

7. Wie regelmässig haben Sie Kontakt zu Ihren Verwandten in der Schweiz?

1-6 Mal in der Woche   
1-3 Mal im Monat   
Weniger als 1 Mal im Monat   
Überhaupt nicht   
Ich habe keine Verwandten in der Schweiz

#### Fragen zur Ehe:

8. Wann haben Sie geheiratet? \_\_\_\_\_

9. Wo haben Sie geheiratet?

In Sri Lanka   
In der Schweiz   
In einem Drittstaat

10. Falls Sie in der Schweiz (Drittstaat) geheiratet haben, konnten Sie Ihren Mann schon, bevor Sie Sri Lanka verlassen haben?

Ja  Nein

11. Sind Sie in die Schweiz (Drittstaat) gekommen, um hier zu heiraten?

Ja  Nein

12. Wurde Ihre Heirat von den Eltern arrangiert?

Ja  Nein

13. Wieviele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

#### Erste Schwangerschaft in der Schweiz:

14. Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?

Ja  Wie lange? \_\_\_\_\_  
Nein

15. Hat Ihnen jemand während der Schwangerschaft im Haushalt geholfen?

Ja  Wer? \_\_\_\_\_  
Nein

16. Welche Nahrungsmittel haben Sie während der Schwangerschaft zu sich genommen?

|           | mehr | weniger | gleichviel | gar nicht |
|-----------|------|---------|------------|-----------|
| Zwiebeln  | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Knoblauch | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Reis      | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Fleisch   | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Fisch     | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Crevetten | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Tomaten   | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Aubergine | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Ananas    | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Papaya    | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Joghurt   | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Milch     | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Eier      | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Chilli    | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Lauch     | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Kohl      | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Kokosnuss | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Sesamöl   | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Horlicks  | 0    | 0       | 0          | 0         |

17. Wie haben Sie Ihre Essgewohnheiten in den letzten Wochen vor der Geburt geändert?

|                   | mehr | weniger | gleichviel | gar nicht |
|-------------------|------|---------|------------|-----------|
| Menge der Nahrung | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Gemüse            | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Früchte           | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Reis              | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Fleisch           | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Fisch             | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Joghurt           | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Vitaminpräparate  | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Horlicks          | 0    | 0       | 0          | 0         |

18. Von wem wurden die Routinekontrollen durchgeführt?

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Von einer Ärztin              | 0     |
| Von einem Arzt                | 0     |
| Von einer Hebamme             | 0     |
| Von einer Gesundheitschwester | 0     |
| Von sonst jemandem            | 0     |
| Wem?                          | _____ |

19. Falls Sie von einem Arzt untersucht worden sind, wären Sie lieber zu einer Ärztin gegangen?

|                  |   |
|------------------|---|
| Ja               | 0 |
| Das ist mir egal | 0 |
| Nein             | 0 |

20. Wären Sie lieber von einer Hebamme zu Hause betreut worden?  
Ja 0 Nein 0

21. Wo wurden die Routinekontrollen durchgeführt?

|                          |   |                   |
|--------------------------|---|-------------------|
| In der Klinik            | 0 | In welcher? _____ |
| In einer privaten Praxis | 0 |                   |
| Sonstwo                  | 0 | Wo? _____         |

22. In welcher Sprache haben die Routinekontrollen stattgefunden?

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Deutsch                     | 0 |
| Englisch                    | 0 |
| Tamilisch mit Dolmetscherin | 0 |

23. Wie oft gingen Sie für spezielle Untersuchungen in die Klinik?

|                |   |
|----------------|---|
| Mehr als 3 Mal | 0 |
| 2-3 Mal        | 0 |
| Einmal         | 0 |
| Nie            | 0 |

24. Weshalb sind Sie zu speziellen Untersuchungen gegangen?

|       |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

25. In welcher Sprache haben die speziellen Untersuchungen stattgefunden?

- Deutsch   
Englisch   
Tamilisch mit Dolmetscherin

26. Ist Ihr Ehemann zu den Kontrollen mitgekommen?

- Ja, jedes Mal   
Ja, einige Male   
Ja, beim ersten Mal   
Nein, ich bin immer alleine gegangen   
Nein, jemand anderes ist mitgekommen  Wer? \_\_\_\_\_

27. Wie haben Sie verstanden, was Ihnen bei den Kontrollen gesagt wurde?

- Gut   
Einigermassen   
Nicht so gut   
Gar nicht

28. Im Frauenspital Bern gibt es spezielle Sprechstunden für Familien. Haben Sie von diesem Angebot Gebrauch gemacht?  
Ja  Nein

29. Haben Sie an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen?

- Ja  Wo? \_\_\_\_\_  
Nein

30. Wenn nein, weshalb nicht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. Welche gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie während der Schwangerschaft? (Mehrere Antworten möglich)

- Keine   
Leichtes Erbrechen am Morgen   
Starkes Erbrechen

- Appetitlosigkeit   
Schwindel   
Kopfschmerzen   
Müdigkeit   
Zu hoher Blutdruck   
Zu tiefer Blutdruck   
Ödeme   
Schwangerschaftsdiabetes   
Blutungen   
Sonstige  Welche? \_\_\_\_\_

32. Mussten Sie während der Schwangerschaft stationär aufgenommen werden?  
Ja  Weshalb? \_\_\_\_\_  
Nein

33. Hatten Sie vor dieser Schwangerschaft

- Nein  Ja   
Fehlgeburt(en)  Wieviele? \_\_\_\_\_  
Totgeburt  ?

34. Hat Ihnen Ihre Mutter (oder eine sonstige Verwandte) geschrieben (telefoniert), wie Sie sich während der Schwangerschaft verhalten sollen?  
Ja  Nein

35. Hat Ihre Mutter (oder eine sonstige Verwandte) Ihnen während der Schwangerschaft irgendwelche Sachen geschickt?  
Ja  Nein

36. Wenn ja, was?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Erste Geburt in der Schweiz:

37. Wann wurde Ihr erstes Kind geboren? \_\_\_\_\_

38. In welchem Krankenhaus wurde Ihr Kind geboren?  
\_\_\_\_\_

39. Wie haben Sie sich während den Wehen verhalten? (Mehrere Antworten möglich)

- Nichts besonderes gemacht
- Im Bett gelegen
- Umhergelaufen
- Gesessen
- In die Hocke gegangen
- Die Stellung ständig gewechselt
- Ich blieb zuerst zu Hause
- Ich ging sofort nach Eintreten der Wehen ins Spital

40. Konnten Sie einmal vor der Geburt den Gebärsaal besichtigen?  
Ja  Nein

41. Wie fühlten Sie sich während der Geburt im Gebärsaal?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. In welcher Stellung wurde das Baby geboren?

- In Rückenlage
- In der Hocke
- Kniend
- (Halb-)sitzend
- In der Knie-Ellenbogen-Lage
- Seitwärts liegend

43. Hat es während der Geburt Komplikationen gegeben?

- Keine Komplikationen
- Kaiserschnitt
- Zangen Geburt
- Geburtsleitung
- Vakuumextraktion
- Dammriss
- Sonstige  Welche? \_\_\_\_\_

Frühgeburt

44. Wie lange dauerte es vom Einsetzen der ersten Wehen bis das Kind geboren war? \_\_\_\_\_

45. War Ihr Ehemann bei der Geburt anwesend? Ja  Nein

46. Wenn ja, wollten Sie, dass er dabei ist? Ja  Nein

47. Wieviel hat Ihr Baby bei der Geburt gewogen? \_\_\_\_\_

48. Wie gross war Ihr Baby bei der Geburt? \_\_\_\_\_

49. Wie lange sind Sie nach der Geburt im Spital geblieben?  
\_\_\_\_\_

50. Wen hätten Sie gerne bei der Geburt dabei gehabt, wenn es möglich gewesen wäre? (Mehrere Antworten möglich)

- Mutter
- Schwiegermutter
- Grossmutter (m)
- Tante (m)
- Ehemann
- Sonstige  Wen? \_\_\_\_\_
- Niemanden

51. Hätten Sie eine Hausgeburt bevorzugt? Ja  Nein

**Zeit nach der Geburt:**

52. Sind Sie die ersten 31 Tage nach der Geburt ständig zu Hause geblieben? Ja  Nein

53. Wenn nein, weshalb nicht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

54. Hat Ihnen jemand im Haushalt geholfen?

- Ja  Wer? \_\_\_\_\_
- Nein

55. Welche Nahrungsmittel haben Sie nach der Geburt zu sich genommen?

|                     | mehr | weniger | gleichviel | gar nicht |
|---------------------|------|---------|------------|-----------|
| Zwiebeln            | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Knoblauch           | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Reis                | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Fleisch             | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Fisch               | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Crevetten           | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Tomaten             | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Auberginen          | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Ananas              | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Papaya              | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Joghurt             | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Milch               | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Eier                | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Chilli              | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Lauch               | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Kohl                | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Kokosnuss           | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Sesamöl             | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Harlicks            | 0    | 0       | 0          | 0         |
| Alkohol             | 0    | 0       | 0          | 0         |
| (in kleinen Mengen) |      |         |            |           |

56. Wieviele Monate haben Sie Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_

57. Nach wievielen Monaten haben sie dem Kind erstmals feste Nahrung gegeben? \_\_\_\_\_

58. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Stillen? Ja 0 Nein 0

59. Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

60. Wie haben Sie gelernt, mit dem Baby umzugehen? (Mehrere Antworten möglich)

- Ich wusste schon in Sri Lanka bescheid  0
- Meine Mutter hat mir geschrieben wie  0
- Ich habe es hier im Spital gelernt  0
- Anderer TamiInnen haben mir gehalten  0
- SchweizerInnen haben mir gehalten  0
- Ich habe darüber gelesen  0
- Durch die Mütterberatungsstelle  0
- Die Hebamme hat mir gezeigt wie  0
- \_\_\_\_\_  0 (sonstige)

61. Waren Sie bei der Mütterberatungsstelle?

- Ja  0
- Wie oft? \_\_\_\_\_
- Nein  0

Fragen zur Person:

62. Wann sind Sie geboren (Jahrgang): \_\_\_\_\_

63. Wo in Sri Lanka haben Sie gelebt? (Provinz genügt) \_\_\_\_\_

64. Wieviele Jahre sind Sie zur Schule gegangen? \_\_\_\_\_

65. Haben Sie in Sri Lanka gearbeitet?

- Ja  0
- Was? \_\_\_\_\_
- Nein  0

66. Was arbeitet Ihr Vater? \_\_\_\_\_

67. Haben Sie von der Schweiz aus regelmässigen Kontakt zu Ihrer Familie in Sri Lanka (alle 2-3 Monate)? Ja 0 Nein 0

## ZUSATZFRAGEBOGEN

### Zweite Schwangerschaft in der Schweiz:

1. Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?  
Ja  Wie lange? \_\_\_\_\_  
Nein
2. Hat Ihnen jemand während der Schwangerschaft im Haushalt geholfen?  
Ja  Wer? \_\_\_\_\_  
Nein
3. Wie oft sind Sie für spezielle Untersuchungen in die Klinik gegangen?  
Mehr als 3 Mal   
2-3 Male   
Einmal   
Nie
4. Weshalb sind Sie zu speziellen Untersuchungen gegangen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Welche gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie während der Schwangerschaft? (Mehrere Antworten möglich)

Keine   
Leichtes Erbrechen am Morgen   
Starkes Erbrechen   
Appetitlosigkeit   
Schwindel   
Kopfschmerzen   
Müdigkeit   
Zu hoher Blutdruck   
Zu tiefer Blutdruck   
Ödeme

Schwangerschaftsdiabetes   
Blutungen   
Sonstige  Was? \_\_\_\_\_

6. Mussten Sie während der Schwangerschaft stationär aufgenommen werden?  
Ja  Weshalb? \_\_\_\_\_  
Nein

### Zweite Geburt in der Schweiz:

7. Wann wurde Ihr zweites Kind geboren? \_\_\_\_\_
8. In welchem Krankenhaus wurde Ihr Kind geboren?  
\_\_\_\_\_

9. Wie haben Sie sich während den Wehen verhalten? (Mehrere Antworten möglich)
- Nichts besonderes gemacht   
Im Bett gelegen   
Umhergelaufen   
Gesessen   
In die Hocke gegangen   
Die Stellung ständig gewechselt   
Ich blieb zuerst zu Hause   
Ich ging sofort nach den ersten Wehen ins Spital

10. Wie fühlten Sie sich während der Geburt im Gebärssaal?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hier können Sie etwas beifügen, das Sie zu diesem Thema wichtig finden:

11. In welcher Stellung wurde das Baby geboren?

- In der Rückenlage
- In der Hocke
- Kniend
- (Halb-)sitzend
- In der Knie-Ellenbogen-Lage
- Seitwärts liegend

12. Hat es während der Geburt Komplikationen gegeben?

- Keine Komplikationen
- Kaiserschnitt
- Zangen Geburt
- Geburtseinleitung
- Vakuumextraktion
- Dammriss
- Sonstige  Welche? \_\_\_\_\_

Frühgeburt

13. Wie lange dauerte es von Einsetzen der ersten Wehen bis das Kind geboren war? \_\_\_\_\_

14. War Ihr Ehemann bei der Geburt anwesend? Ja  Nein

15. Wie lange sind Sie nach der Geburt im Spital geblieben?

16. Wieviel hat Ihr Baby bei der Geburt gewogen? \_\_\_\_\_

17. Wie gross war Ihr Baby bei der Geburt? \_\_\_\_\_

**Zeit nach der Geburt:**

18. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Stillen? Ja  Nein

19. Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte notieren Sie hier Ihre Adresse, falls Sie bereit sind, an einem Interview (bei Ihnen zu Hause) teilzunehmen:

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit

# FRAGEBOGEN

## ZUM THEMA SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT BEI TAMILINEN IN DER SCHWEIZ

(Dieser Fragebogen ist für Frauen bestimmt, die mindestens ein Kind in Sri Lanka und in der Schweiz geboren haben)

### Fragen zum Leben in der Schweiz:

1. Seit wann leben Sie in der Schweiz? \_\_\_\_\_

2. In welcher Gemeinde leben Sie? \_\_\_\_\_

3. Welchen Status haben Sie?

Asylbewerberin

Vorläufige Aufnahme

Bewilligung B

Bewilligung C

4. Arbeiten Sie in der Schweiz?

Ja  Was? \_\_\_\_\_

Nein

5. Arbeitet Ihr Ehemann in der Schweiz?

Ja  Was? \_\_\_\_\_

Nein

6. Haben Sie regelmässigen Kontakt zu Schweizerinnen (mindestens 2 Mal im Monat)? (Mehrere Antworten möglich)

Ja, mit Arbeitskolleginnen

Ja, mit meiner Betreuerin

Ja, ich habe schweizer Freundinnen

Nein, ich habe keinen Kontakt zu

Schweizerinnen

7. Wie regelmässig haben Sie Kontakt zu Ihren Verwandten in der Schweiz?

1-6 Mal in der Woche

1-3 Mal im Monat

Weniger als 1 Mal im Monat

Überhaupt nicht

Ich habe keine Verwandten

in der Schweiz

### Fragen zur Ehe:

8. Wann haben Sie geheiratet? \_\_\_\_\_

9. Wurde Ihre Heirat von den Eltern arrangiert? Ja  Nein

10. Sind Sie zusammen mit Ihrem Ehemann aus Sri Lanka ausgewandert?  
Ja  Nein

11. Wieviele Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_

12. Wo sind Ihre Kinder geboren?

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### Erste Schwangerschaft in Sri Lanka:

13. Welche Nahrungsmittel haben Sie während der Schwangerschaft zu sich genommen?

mehr weniger gleichviel gar nicht

Zwiebeln

Knoblauch

Reis

Fleisch

Fisch

Crevetten

Tomaten

Auberginen



|           | mehr                     | weniger                  | gleichviel               | gar nicht                |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ananas    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Papaya    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joghurt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Milch     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eier      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chilli    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lauch     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohl      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokosnuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sesamöl   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Horlicks  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Wie haben Sie Ihre Essgewohnheiten in den letzten Wochen vor der Geburt geändert?

|                   | mehr                     | weniger                  | gleichviel               | gar nicht                |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menge der Nahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gemüse            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Früchte           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reis              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fleisch           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisch             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joghurt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitaminpräparate  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Horlicks          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Von wem wurden die Routinekontrollen durchgeführt?

|                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Von einer Ärztin               | <input type="checkbox"/> |
| Von einem Arzt                 | <input type="checkbox"/> |
| Von einer Hebamme              | <input type="checkbox"/> |
| Von einer Gesundheitsschwester | <input type="checkbox"/> |
| Von sonst jemandem             | <input type="checkbox"/> |
| Wem?                           | _____                    |

16. Wo wurden die Routinekontrollen durchgeführt?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Zuhause                  | <input type="checkbox"/> |
| In der Klinik            | <input type="checkbox"/> |
| In einer privaten Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Sonstwo                  | <input type="checkbox"/> |
| Wo?                      | _____                    |

17. Wie oft gingen Sie in die Klinik für spezielle Untersuchungen?

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Mehr als 3 Mal | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 Male       | <input type="checkbox"/> |
| Einmal         | <input type="checkbox"/> |
| Nie            | <input type="checkbox"/> |

18. Weshalb sind Sie zu speziellen Untersuchungen gegangen?

---



---



---

19. Wurden Sie jeweils von jemandem begleitet, wenn Sie zur Kontrolle in die Klinik gingen?

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Von meiner Mutter      | <input type="checkbox"/> |
| Von meiner Tante (m)   | <input type="checkbox"/> |
| Von meiner Grossmutter | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige               | <input type="checkbox"/> |
| Wer?                   | _____                    |

20. Welche gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie während der Schwangerschaft? (Mehrere Antworten möglich)

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Keine                        | <input type="checkbox"/> |
| Leichtes Erbrechen am Morgen | <input type="checkbox"/> |
| Starkes Erbrechen            | <input type="checkbox"/> |
| Appetitlosigkeit             | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel                    | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen                | <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit                    | <input type="checkbox"/> |
| Zu hoher Blutdruck           | <input type="checkbox"/> |
| Zu tiefer Blutdruck          | <input type="checkbox"/> |
| Ödeme                        | <input type="checkbox"/> |
| Blutungen                    | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige                     | <input type="checkbox"/> |
| Was?                         | _____                    |

21. Mussten Sie während der Schwangerschaft stationär aufgenommen werden?

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| Ja       | <input type="checkbox"/> |
| Nein     | <input type="checkbox"/> |
| Weshalb? | _____                    |

22. Hatten Sie vor dieser Schwangerschaft

|                |                          |  |
|----------------|--------------------------|--|
|                | Nein                     | Ja                                       |
| Fehlgeburt(en) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wieviele? _____ |
| Totgeburt      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ?               |

**Erste Geburt in Sri Lanka:**

23. Wann ist ihr erstes Kind geboren? \_\_\_\_\_

24. Wo wurde das Kind geboren?

|                           |                                    |
|---------------------------|------------------------------------|
| Im Dorfsptal (Dispensary) | <input type="checkbox"/>           |
| In der Frauenklinik       | <input type="checkbox"/>           |
| In einer privaten Klinik  | <input type="checkbox"/>           |
| Im öffentlichen Spital    | <input type="checkbox"/>           |
| Zuhause                   | <input type="checkbox"/>           |
| Sonstwo                   | <input type="checkbox"/> Wo? _____ |

25. Wie haben Sie sich während den Wehen verhalten? (Mehrere

Antworten möglich)

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Nichts besonderes                                   | <input type="checkbox"/> |
| Im Bett gelegen                                     | <input type="checkbox"/> |
| Umhergelaufen                                       | <input type="checkbox"/> |
| Gesessen  | <input type="checkbox"/> |
| In die Hocke gegangen                               | <input type="checkbox"/> |
| Die Stellung ständig gewechselt                     | <input type="checkbox"/> |
| Ich blieb zuerst zu Hause                           | <input type="checkbox"/> |
| Ich ging sofort nach Eintreten der Wehen ins Spital | <input type="checkbox"/> |

26. Wie fühlten Sie sich während der Geburt im Gebärsaal?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. In welcher Stellung wurde das Baby geboren?

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| In der Rückenlage | <input type="checkbox"/> |
| In der Hocke      | <input type="checkbox"/> |
| Kniend            | <input type="checkbox"/> |
| (Halb-)sitzend    | <input type="checkbox"/> |
| Stehend           | <input type="checkbox"/> |
| Seitwärts liegend | <input type="checkbox"/> |

28. Hat es während der Geburt Komplikationen gegeben?

|                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| Keine Komplikationen | <input type="checkbox"/>            |
| Kaiserschnitt        | <input type="checkbox"/>            |
| Zangengeburt         | <input type="checkbox"/>            |
| Geburtsleitung       | <input type="checkbox"/>            |
| Vakuumextraktion     | <input type="checkbox"/>            |
| Dammriss             | <input type="checkbox"/>            |
| Sonstige             | <input type="checkbox"/> Was? _____ |
| Frühgeburt           | <input type="checkbox"/>            |

29. Wie lange dauerte es von Einsetzen der ersten Wehen bis das Kind geboren war? \_\_\_\_\_

30. Wie lange sind Sie nach der Geburt im Spital geblieben?

\_\_\_\_\_

31. Wer ausser dem Personal war während der Geburt anwesend?

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| Mutter          | <input type="checkbox"/>            |
| Schwiegermutter | <input type="checkbox"/>            |
| Grossmutter     | <input type="checkbox"/>            |
| Tante (m)       | <input type="checkbox"/>            |
| Sonstige        | <input type="checkbox"/> Wer? _____ |
| Niemand         | <input type="checkbox"/>            |

32. Wieviel hat das Baby bei der Geburt gewogen? \_\_\_\_\_

33. Wie gross war das Baby bei der Geburt? \_\_\_\_\_

**Zeit nach der Geburt:**

34. Sind Sie die ersten 31 Tage nach der Geburt ständig zu Hause geblieben?  
Ja  Nein

35. Wenn nein, weshalb nicht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. Hat Ihnen jemand im Haushalt geholfen?

Ja  Wer? \_\_\_\_\_  
Nein

37. Welche Nahrungsmittel haben Sie nach der Geburt zu sich genommen?

|           | mehr                     | weniger                  | gleichviel               | gar nicht                |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zwiebeln  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knoblauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reis      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fleisch   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisch     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crevetten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomaten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aubergine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ananas    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Papaya    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joghurt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Milch     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eier      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chilli    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lauch     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kohl      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokosnuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sesamöl   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Horlick   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkohol   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(in kleinen Mengen)

38. Haben Sie Ihr Kind vom ersten Tag an selber gestillt?

Ja   
Nein  Wer sonst? \_\_\_\_\_

39. Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_

40. Wann haben sie dem Kind erstmals feste Nahrung gegeben?  
\_\_\_\_\_

41. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Stillen? Ja  Nein

42. Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

43. Wie haben Sie gelernt, mit dem Baby umzugehen? (Mehrere Antworten möglich)

- Meine Mutter hat es mir gezeigt
- Meine Schwiegermutter hat es mir gezeigt
- Ich habe es im Spital gelernt
- Die Gesundheitschwester hat es mir gezeigt
- Die Hebamme hat es mir gezeigt
- \_\_\_\_\_  (sonstige)

**Fragen zur Person:**

44. Wann sind Sie geboren (Jahrgang genügt): \_\_\_\_\_

45. Wo in Sri Lanka haben Sie gelebt? (Provinz genügt) \_\_\_\_\_

46. Wieviele Jahre sind Sie zur Schule gegangen?  
\_\_\_\_\_

47. Haben Sie in Sri Lanka gearbeitet?  
Ja  Was? \_\_\_\_\_  
Nein

48. Was arbeitet Ihr Vater? \_\_\_\_\_

49. Mit wem zusammen haben Sie in Sri Lanka gelebt?  
\_\_\_\_\_

50. Haben Sie von der Schweiz aus regelmässigen Kontakt zu Ihrer Familie in Sri Lanka (alle 2-3 Monate)?  
Ja  Nein

## ZUSATZFRAGEBOGEN

(Dieser Zusatzfragebogen bezieht sich auf das erste Kind, das in der Schweiz geboren ist)

### Erste Schwangerschaft in der Schweiz:

1. Haben Sie während der Schwangerschaft gearbeitet?  
Ja  Wie lange? \_\_\_\_\_  
Nein

2. Hat Ihnen jemand während der Schwangerschaft im Haushalt geholfen?  
Ja  Wer? \_\_\_\_\_  
Nein

3. Von wem wurden die Routinekontrollen durchgeführt?  
Von einer Ärztin   
Von einem Arzt   
Von einer Hebamme   
Von einer Gesundheitschwester   
Von sonst jemandem  Wem? \_\_\_\_\_

4. Falls Sie von einem Arzt untersucht worden sind, wären Sie lieber zu einer Ärztin gegangen?  
Ja   
Das ist mir egal   
Nein

5. Wären Sie lieber von einer Hebamme zu Hause betreut worden?  
Ja  Nein

6. Wo wurden die Routinekontrollen durchgeführt?  
In der Klinik  In welcher? \_\_\_\_\_  
In einer privaten Praxis   
Sonstwo  Wo? \_\_\_\_\_

7. In welcher Sprache haben die Routinekontrollen stattgefunden?  
Deutsch   
Englisch   
Tamilisch mit Dolmetscherin

8. Wie oft gingen Sie für spezielle Untersuchungen in die Klinik?  
Mehr als 3 Mal   
2-3 Mal   
Einmal   
Nie

9. Weshalb sind Sie zu speziellen Untersuchungen gegangen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. In welcher Sprache haben die speziellen Untersuchungen stattgefunden?  
Deutsch   
Englisch   
Tamilisch mit Dolmetscherin

11. Ist Ihr Ehemann zur Kontrolle mitgekommen?  
Ja, jedes Mal   
Ja, einige Male   
Ja, beim ersten Mal   
Nein, ich bin immer alleine gegangen   
Nein, eine Frau ist mitgekommen  Wer? \_\_\_\_\_

12. Wie haben Sie verstanden, was Ihnen bei der Kontrolle gesagt wurde?  
Gut   
Einigermaßen   
Nicht so gut   
Gar nicht

13. Am Frauenspital in Bern gibt es spezielle Sprechstunden für Tamilinnen. Haben Sie von diesem Angebot Gebrauch gemacht?  
Ja  Nein

14. Haben Sie an Geburtsvorbereitungskursen teilgenommen?  
Ja  Wo? \_\_\_\_\_  
Nein

15. Wenn nein, weshalb nicht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Welche gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie während der Schwangerschaft? (Mehrere Antworten möglich)

Keine   
Leichtes Erbrechen am Morgen   
Starkes Erbrechen   
Appetitlosigkeit   
Schwindel   
Kopfschmerzen   
Müdigkeit   
Zu hoher Blutdruck   
Zu tiefer Blutdruck   
Ödeme   
Blutungen   
Sonstige Beschwerden  Welche? \_\_\_\_\_

17. Mussten Sie während der Schwangerschaft stationär aufgenommen werden?  
Ja  Weshalb? \_\_\_\_\_  
Nein

18. Hat Ihnen Ihre Mutter (oder eine andere Verwandte) geschrieben (telefoniert), wie Sie sich während der Schwangerschaft verhalten sollten?  
Ja  Nein

19. Hat Ihre Mutter (oder eine andere Verwandte) Ihnen während der Schwangerschaft irgendwelche Sachen geschickt? Ja  Nein

20. Wenn ja, was?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erste Geburt in der Schweiz:**

21. Wann wurde Ihr Kind geboren? \_\_\_\_\_

22. In welchem Krankenhaus wurde ihr Kind geboren?  
\_\_\_\_\_

23. Wie haben Sie sich während den Wehen verhalten? (Mehrere Antworten möglich)

- Nichts besonderes gemacht
- Ruhig gelegen
- Umhergetaufen
- Gesessen
- In die Hocke gegangen
- Die Stellung ständig gewechselt
- Ich blieb zuerst zu Hause
- Ich ging sofort nach Eintreten der Wehen ins Spital

24. Konnten Sie einmal vor der Geburt den Gebärsaal besichtigen? Ja  Nein

25. Wie fühlten Sie sich während der Geburt im Gebärsaal?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. In welcher Stellung wurde das Baby geboren?

- In der Rückenlage
- In der Hocke
- Kniend
- (Halb-)sitzend
- Stehend
- Seitwärts liegend

27. Hat es während der Geburt Komplikationen gegeben?

- Keine Komplikationen
- Kaiserschnitt
- Zangen Geburt
- Geburtsleitung
- Vakuumextraktion
- Dammriss
- Sonstige  Was? \_\_\_\_\_

Frühgeburt

28. Wie lange dauerte es von Einsetzen der ersten Wehen bis das Kind geboren war? \_\_\_\_\_

29. War Ihr Ehemann bei der Geburt anwesend? Ja  Nein

30. Wenn ja, wollten Sie, dass er dabei ist? Ja  Nein

31. Wie lange sind Sie nach der Geburt im Spital geblieben?  
\_\_\_\_\_

32. Wieviel hat Ihr Baby bei der Geburt gewogen? \_\_\_\_\_

33. Wie gross war Ihr Baby bei der Geburt? \_\_\_\_\_

34. Hätten Sie eine Hausgeburt bevorzugt? Ja  Nein

**Zeit nach der Geburt:**

Bitte schreiben Sie hier auf, wo die Unterschiede zwischen der Geburt in Sri Lanka und in der Schweiz liegen?

35. Sind Sie die ersten 31 Tage nach der Geburt ständig zu Hause geblieben?  
Ja  Nein

36. Wenn nein, weshalb nicht?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Hat Ihnen jemand im Haushalt geholfen?

Ja  Wer? \_\_\_\_\_  
Nein

38. Hatten Sie Schwierigkeiten beim Stillen? Ja  Nein

39. Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte notieren Sie hier Ihre Adresse, falls Sie bereit sind, an einem Interview (bei Ihnen zu Hause) teilzunehmen:

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit





## Publikationen des Instituts für Ethnologie der Universität Bern

In der Reihe **ARBEITSBLÄTTER** sind bisher erschienen:

- 1 Gnägi, Adrian (1988): Entwicklungsprojekte mit Bienenhaltung in Afrika – Empfehlungen für zukünftige Projekte. 76 S. (Xerox)
- 2 Prodolliet, Simone (1989): «Die Dajakkirche wird nicht ohne die Frau ihre Fundamente legen». Die Konditionierung von fremden Frauen durch das europäische Frauenideal. Die Arbeit der Basler Frauenmission in Südkalimantan, 1920-1943. 56 S. (Xerox)
- 3 Hostettler, Ueli (1992): Sozioökonomische Stratifizierung und Haushaltstrategien. Eine Untersuchung zur Wirtschaft der cruzob Maya des Municipio Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, Mexiko. 67 S. (Xerox)
- 4 Brandstetter, Renward (1992/1939): Wir Menschen der indonesischen Erde. XII: Ein Muster für all-indonesische Sprachvergleiche - mit indogermanischen Parallelen (Herausgegeben und mit einem Nachwort versehen von Wolfgang Marschall). 29 S. ISBN 3-906465-03-9 (Xerox)
- 5 Beck, Charlotte (1992): Frauenbeschneidung in Afrika  
Schädeli, Sibyl (1992): Frauenbeschneidung im Islam  
68 S. ISBN 3-906465-01-2 (Xerox)
- 6 Wicker, Hans-Rudolf (1993): Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. 142 S. ISBN 3-906465-04-7 (Xerox)
- 7 Gretler Bonanomi, Simone (1993): Subtile Formen struktureller Gewalt. Weiblicher Habitus und das Ideal der Androgynie aufgezeigt am Beispiel schweizerischer Jugendverbände. 41 S. ISBN 3-906465-05-5 (Xerox)
- 8 Béguin Stöckli, Dominique (1993): Genitale Verstümmelung von Frauen: Eine Bibliographie  
Mutilations génitales féminines: une bibliographie  
Female Genital Mutilation: a Bibliography  
72 S. ISBN 3-906465-06-3 (Xerox)
- 9 Moser, Catherine und Judith Baumgartner (1994): Flüchtlinge - Arbeitslosigkeit: was nun? Studie über arbeitslose anerkannte Flüchtlinge im Kanton Luzern, im Auftrag von Caritas Luzern. 103 S. + 40 S. Anhang ISBN 3-906465-07-1 (Xerox)
- 10 Nyfeler, Doris und Dominique Béguin Stöckli (1994): Genitale Verstümmelung - Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung. 41. S + 42. S. Anhang ISBN 3-906465-08-X (Xerox)
- 11 Katona Lehner, Barbara (1994): An-Naqab/Ha-Negev: Streiten um Land und Wirklichkeit - Eine semiotische Interpretation des arabisch-jüdischen Konfliktes in Israel/Palästina. 65 S. ISBN 3-906465-09-8 (Xerox)
- 12 Stienen, Angela (1995): Die schick gestylte Stadt der 90er Jahre. Neue Theorien zur Stadtentwicklung und die «Multikulturelle Stadt». 88 S. ISBN 3-906465-11-X (Xerox)
- 13 Prodolliet, Simone (1995): Feministische Ansätze in der Ethnologie – von den Anfängen bis Mitte der achtziger Jahre. 45 S. ISBN 3-906465-13-6 (Xerox)
- 14 Hostettler, Ueli (Hrsg.) (1996): Los Mayas de Quintana Roo. Investigaciones antropológicas recientes. 91 S. ISBN 3-906465-15-2 (Xerox)
- 15 Kopp, Christine (1996): Cerro Akángue, Paraguay. 87 S. ISBN 3-906465-14-4 (Xerox)

**In der Reihe ARBEITSBLÄTTER sind bisher erschienen (Fortsetzung):**

- 16 Jost, Susanne Christina (1997): *Vorsicht – keine Angst vor Kultur. Ein Leitfaden durch die Ethnologie mit Vorschlägen für ihren Einsatz im Schulunterricht.* 96 S.  
ISBN 3-906465-16-0 (Xerox)
- 17 Karin M. Buchs (1998): *Tamilische Frauen in der Schweizer Geburtshilfe – Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Berücksichtigung kulturspezifischer Ressourcen.* 91 S.  
ISBN 3-906465-17-9 (Xerox)

**In der Reihe STUDIA ETHNOLOGICA BERNENSIA bzw. ETHNOLOGICA BERNENSIA sind bisher erschienen:**

- 1 Moser, Rupert R. and Mohan K. Gautam (eds.) (1978):  
*Aspects of Tribal Life in South Asia 1: Strategy and Survival. Proceedings of an International Seminar held in Berne 1977.*  
233 p., ISBN 3-260-04529-5 (paperback)
- 2 Schneeberger, W. F. (1979):  
*Contributions to the Ethnology of Central Northeast Borneo (Parts of Kalimantan, Sarawak and Sabah).*  
143 p. ISBN 3-260-04669-0 (paperback)
- 3 Werner, Roland (1986):  
*Bomoh/Dukun. The Practices and Philosophies of the Traditional Malay Healer.*  
106 p. ISBN 3-260-05152-X (paperback)
- 4 Marschall, Wolfgang (ed.) (1994):  
*Texts from the Islands – Oral and Written Traditions of Indonesia and the Malay World (Proceedings of the 7th European Colloquium on Indonesian and Malay Studies)*  
410 p. ISBN 3-906465-10-1 (paperback)

**Ferner:**

Marschall, Wolfgang (1995):  
*Indonesisch – Kleiner Sprachführer. 2., erweiterte Auflage*  
118 S. ISBN 3-906465-00-4 (paperback)

**Bestellungen sind zu richten an:**  
Universität Bern, Institut für Ethnologie  
Länggassstr. 49A, CH-3000 Bern 9 (Schweiz)  
FAX: +41 31 / 631 42 12

URL: [http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB17\\_Buc.pdf](http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB17_Buc.pdf)

This is the electronic edition of Karin M. Buchs "Tamilische Frauen in der schweizer Geburtshilfe. Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Berücksichtigung kulturspezifischer Ressourcen", Arbeitsblätter Nr. 17, Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern 1998

ISBN 3-906465-17-9

Electronically published August 23, 2001

© Karin M. Buchs und Institut für Ethnologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Ethnologie. Otherwise I encourage you to share this work widely and to link freely to it.

#### Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact: [information@ethno.unibe.ch](mailto:information@ethno.unibe.ch)