

K. Friese · S. Berkel · Frauenklinik und Poliklinik, Universität Rostock

Verantwortete Elternschaft

Erste Ergebnisse aus Nigeria

Zum Thema

In Afrika gibt es wegen fehlender Information und geringem oder gar keinem Zugang zu Verhütungsmitteln deutlich schlechtere Möglichkeiten zur Familienplanung als im westlichen Lebensbereich. Das führt zu einer hohen Zahl ungewollter Schwangerschaften. Es resultieren weltweit 45 Mill. Abtreibungen, davon 20 Mill. unter unsachgemäßen und/oder unhygienischen Bedingungen. Das Ergebnis: 70 000 Todesfälle jährlich wegen Schwangerschaftsabbruch. Dazu kommen wegen mangelnder Überwachung von graviden und entbindenden Frauen nochmals 485 000 Todesfälle pro Jahr. Damit ist das Mortalitätsrisiko für afrikanische Frauen 500mal höher als für Frauen in Deutschland!

Rotary gibt einen Zwischenbericht über das erste Jahr eines Projekts zur Familienplanung in zwei ausgewählten Regionen von Nigeria. Dieses Land wurde wegen seines rasanten Wachstums der Bevölkerung ausgewählt. Die Geburtenrate beträgt durchschnittlich 7 Kinder pro Frau. Allerdings besteht auch eine hohe Säuglingssterblichkeit. Das Projekt „Child Spacing“ hat eine hohe Akzeptanz unterhalb der Zielgebiete gefunden und läßt auf eine positive Entwicklung hoffen.

Auf der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz im Jahre 1994 einigten sich 180 Staaten auf das Ziel, Informationen und medizinische Leistungen zur reproduktiven Gesundheit bis zum Jahre 2015 universell zugänglich zu machen. Obwohl sich der Wunsch nach kleineren Familien weltweit abzeichnet, beschränken unzureichende Zugänge, begrenzte Auswahlmöglichkeiten und große Mängel in der Gesundheitsvorsorge vor allem in Afrika die Anwendung einer von allen Seiten gewünschten Familienplanung. Zwar ist die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln in Afrika um das 3fache seit 1982 angestiegen, doch haben afrikanische Paare zum jetzigen Zeitpunkt einen deutlich schlechteren bzw. überhaupt keinen Zugang zu einer nur sehr geringen Auswahl an Verhütungsmethoden als es Paare in Lateinamerika oder Asien vor mehr als 10 Jahren hatten [3, 4].

Die Konsequenzen der Ignorierung von reproduktiven und sexuellen Wünschen bzw. Rechten sind gravierend. Weltweit können 120–150 Mio. Frauen, die keine Kinder mehr bekommen oder ihre nächste Schwangerschaft verzögern wollen, diesen Wunsch nicht verwirklichen. Das führt zu einer sehr hohen Zahl an ungewollten Schwangerschaften (75 Mio./Jahr). Die Folge sind ca. 45 Mio. Abtreibungen/Jahr, von denen wiederum 20 Mio. unsachgemäß und unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt werden. 70 000 Todesfälle resultieren aus dieser Form der Schwangerschaftsabbrüche. Zum anderen sind die mangelnde Überwachung von graviden und entbindenden Frauen überall offensichtlich, so daß ungefähr 485 000 Frauen im Jahr – eine in jeder Minute – in der Gravidität bzw. unter der Geburt versterben. Das Risiko ist in dieser Situation für eine afrikanische Frau 500mal höher als für eine Frau in Deutschland [3, 4, 6].

Diese bedrückenden Fakten haben zu einem NGO (Non Government Organisation)-Projekt deutscher und nigerianischer Rotarier geführt, indem das Hilfesuch eines Entwicklungslandes – Nigeria – mit einem 3jährigen Familienplanung- und Frauengesundheitspilotprojekt beantwortet wird. Vor Umsetzung verschiedener Konzepte wurden vor Ort Bedürfnisse und Vorschläge von seiten der Bevölkerung recherchiert und das Einverständnis von religiösen Führern bzw. politischen Entscheidungsträgern eingeholt. Aus diesen Erfahrungen entwickelte sich dann die Projektbezeichnung „child spacing“, die den negativ markierten Ausdruck „Familienplanung“ ersetzen soll. Das Projekt wird jetzt seit einem Jahr von einheimischen Ärzten, Schwestern, health-workers und Rotariern in Nigeria umgesetzt und kann als einzigartig und beispielhaft für nachfolgende Projekte dieser Art bezeichnet werden.

Demographische Daten und Gründe für die Auswahl Nigerias

Das Bevölkerungswachstum in Nigeria hat in den letzten 3 Jahrzehnten dramatische Ausmaße angenommen. Bei einer jährlichen Wachstumsrate von 3,2% (mittlerweile ist jeder 6. Afrikaner ein Nigerianer) wird die Bevölkerung auf 280 Mio. Menschen im Jahre 2015 ansteigen. Nach wie vor ist die hohe Geburtenrate mit durchschnittlich 48/1000 Geburten bei sinkender Sterberate (16/1000 Fällen) der bestimmende Faktor, der für dieses Wachstum verantwortlich ist. Die Gründe hierfür sind

Prof. Dr. K. Friese
Medizinische Fakultät, Frauenklinik und Poliklinik,
Universität Rostock, Doberaner Straße 142,
Postfach 10 08 88, D-18055 Rostock

vor allem im islamischen Norden Nigerias sehr komplex [3, 8].

Unter- bzw. Mangelernährung, Infektionskrankheiten sowie ungenügender Zugang zu medizinischer Versorgung spiegeln sich in der hohen Kinder- (192/1000) und Säuglingssterblichkeit (87/1000) wider.

Der hohe Anteil an Analphabeten (ca. 80 %) erschwert die Aufklärungsarbeit erheblich, wobei der Widerstand gegenüber westlichen Einflüssen, welcher Vorurteile und Fehlinformationen zur Folge hatte, langsam kleiner zu werden scheint.

Weiterhin spielen soziostrukturelle Faktoren für Nigeria eine große Rolle. In der polygamen Gesellschaft Nigerias definiert sich das Leben und die Stellung einer Frau mit dem frühen Eintritt in die Ehe (mehr als 50 % sind mit 18 Jahren verheiratet) und der Geburt möglichst vieler Kinder. Dieses traditionelle Denken ist vor allem in der Kultur der Hausa, die die größte ethnische Gruppierung Nordnigerias darstellen, wiederzufinden. Die Folge solch einer Entwicklung bedingt eine sehr hohe Fertilitätsrate von durchschnittlich 7 Kindern pro Frau; das Leben der Mütter besteht somit bis in die 4. Lebensdekade hinein aus einem ständigen Wechsel bzw. Kreislauf zwischen Schwangerschaft und Stillzeit. Das durch die Sozialstruktur der islamischen Gesellschaft schon oben erwähnte niedrige Heiratsalter führt wiederum zu einer hohen Zahl an Teenagerschwangerschaften.

All diese Faktoren resultieren in einer sehr hohen mütterlichen Sterblichkeit von 15/1000. Somit sind sehr viele Frauen in Nigeria einer andauernden vitalen Gefährdung durch Risikoschwangerschaften ausgesetzt, d. h. viele gebären in einem physiologisch nicht sinnvollen Zeitraum, vor Erreichen des 15. Lebensjahres bzw. nach Vollendung des 35. Lebensjahres (bezogen auf diesen Kulturkreis), und die Abstände zwischen den einzelnen Geburten reduzieren sich auf ein Minimum von 1 Jahr. Jedem erfahrenen Geburtshelfer ist klar, daß sich das Risiko von Geburtskomplikationen nach so vielen und kurz hintereinander folgenden Schwangerschaften (teilweise mehr als 12 Kinder) rapide erhöht [2, 4].

Auch unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche und fehlende Schwangerschaftsvorsorge sowie

nicht ausreichende Geburtsbegleitung sind für die hohe mütterliche Sterblichkeit verantwortlich. Im traditionellen Norden Nigerias gebären 9 von 10 Frauen zu Hause, mehr als 50 % der Geburten werden ohne Hilfe einer Hebamme oder einer anderen Person ausgetragen.

Deshalb steht bei diesem Familienplanungsprojekt nicht nur primär die Senkung der Geburtenrate bzw. die Anhebung der extrem niedrigen Verhütungsgrade von 6 % im Vordergrund, sondern vielmehr soll durch eine qualifiziert medizinische Versorgung von Mutter und Kind bessere Lebensqualität, Sicherheit und Gesundheit der einzelnen Familien gewährleistet werden.

Demographische Daten des Projektgebiets

Das Projektgebiet umfaßt 2 der 18 „Local Government Areas“ (LGA) in Kaduna State, einem der ärmsten Staaten Nordnigerias mit dem größten Bevölkerungswachstum. Die Zahl der Einwohner in Kaduna State, Nigeria ist von 3,9 Mio. im Jahre 1991 auf 4,4 Mio. im Jahre 1995 angestiegen. Die beiden ausgesuchten LGAs, Zaria und Lere, repräsentieren 5,6 % der Landesfläche mit ca. 1,25 Mio. Menschen (0,4 Mio. Frauen im gebärfähigen Alter), denen der Zugang zu freiwilliger Familienplanung ermöglicht werden soll. Die beiden Projektstandorte wurden sorgfältig und unter Beachtung gewollter Unterschiede ausgewählt.

Zaria-LGA ist eine kleine Universitätsstadt mit dem größten Universitätskrankenhaus der Region und einem weiteren kleineren staatlichen Krankenhaus, in dessen Einzugsbereich sich ca. 28 Health Centers befinden. Die Bevölkerung Zarias gehört zum überwiegenden Teil der traditionellen islamischen Religion an und gilt als extrem konservativ.

Im Gegensatz dazu wurde mit dem 2. ausgesuchten Projektgebiet, Lere-LGA, eine ländliche Region 150 km östlich von Zaria mit ebenfalls einem staatlichen größeren Krankenhaus und 27 kleineren Health Centers aufgenommen, wo die Bevölkerung zu 60 % aus Christen besteht und etwas westlicher orientiert ist.

Mit der gezielten Auswahl dieser beiden so unterschiedlichen Gebiete

sollte u. a. die Einflußnahme verschiedener regionaler Gegebenheiten auf die Akzeptanz und Umsetzbarkeit des Projekts erfaßt werden.

Zu Beginn wurde vor Ort eine Situationsanalyse der Region im Sinne einer KAP (Knowledge, Attitude, Practice)-Studie zum Thema Familienplanung und Verhütung mit Unterstützung des Institutes für Epidemiologie und Soziologie der Universität Zaria [1] durchgeführt, um die Ausgangssituation darzustellen. Dabei wurden 973 Frauen im reproduktiven Alter (15–49) und 557 Männer im Alter von 20–60 Jahren befragt.

Diese Erhebung ergab eine sehr hohe Fruchtbarkeitsrate von durchschnittlich 7 Kindern pro Frau bei Eintritt in die Menopause. Diese Tatsache stellt eine fast logische Konsequenz der frühzeitigen Ehe im Kindes- bzw. jugendlichen Alter bei islamischen Frauen dar. Bei der Befragung ergab sich, daß alle Frauen sehr jung geheiratet hatten, wobei das mittlere Heiratsalter bei 15 Jahren lag.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 26,5 % aller Teenager (15–19 Jahre) bereits mit ihrem 1. Kind schwanger oder waren schon teilweise mehrfach Mutter.

An Verhütungsmitteln wurden vor allem die Pille und die Depotspritzen benutzt, wobei nur 2,5–3,6 % der Frauen am Tag der Befragung angaben, moderne Verhütungsmittel zu verwenden.

Die Säuglingssterblichkeit innerhalb dieser Befragung betrug durchschnittlich 107/1000, die Kindersterblichkeit sogar 156/1000; 92 % aller Frauen in Lere und 78 % aller Frauen in Zaria hatten zu Hause entbunden, während immerhin 45 % in Lere und 58 % in Zaria irgendeine Form von Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch genommen hatten. Die Gründe für die hohe mütterliche Sterblichkeit sind in 47 % der Fälle eine Kombination von Blutungen, verlängerter Geburtsperiode bzw. Geburtsstillstand in Verbindung mit einer hohen Fehl- bzw. Totgeburtenrate [1].

Einführung in die verschiedenen Verhütungsmethoden

Bei diesem Familienplanungspilotprojekt wird besonders darauf geachtet, daß auch Frauen, die bisher noch keinen Zugang und vielleicht auch deshalb kein Interesse an Familienplanung hatten, entsprechend ihren Bedürfnissen und Wünschen optimal beraten und somit einbezogen werden. Die Versorgung des Gebiets mit Familienplanungsdiensten war vor dem Beginn dieses Programms praktisch nicht existent. Da die Bevölkerung zum größten Teil aus Analphabeten besteht und die meisten Frauen bisher allenfalls durch Gerüchte und Fehlinformationen mit diesem Thema konfrontiert waren, bedarf es einer sorgfältigen, sowohl allgemeinen als auch persönlichen Aufklärung und Beratung. Dafür wurde Fachpersonal ausgebildet, das in Gruppengesprächen und durch individuelle Zuwendung die Frauen über hormonelle Verhütungsmethoden, Barrieremethoden und irreversible Methoden unterrichtet. Besonderen Wert wird hierbei auf die freie Auswahl bei vielfältigem Angebot gelegt. Folgende Produkte werden im Projekt „Child Spacing“ im besonderen verwendet:

- Ovulationshemmer
- 2-Monats-Depotspritzen
- Norplant (wird in diesem Jahr ins Projekt eingeführt)
- Kondome
- Vaginalzäpfchen
- Spiralen
- Natürliche Verhütungsmethoden (Rhythmus, Kalender, Temperatur und Zervikalschleim)

Die chirurgischen und damit irreversiblen Methoden wie die männliche Sterilisation und die Tubenligatur der Frau sollen ausdrücklich nicht favorisiert werden und sind eigentlich im Programm nicht vorgesehen. Letztere wird nur auf besonderen Wunsch der Frau im Einzelfall von einem erfahrenen Arzt durchgeführt, die Sterilisation des Mannes ist nach wie vor ein Tabuthema und wird nicht praktiziert. Das Diaphragma wurde aus Gründen der mangelnden Nachfrage aus dem Programm gestrichen.

Allerdings werden alle Maßnahmen getroffen, um das von den Frauen viel-

fach gewünschte Hormonimplantat (Norplant) dieses Jahr kontinuierlich verfügbar zu machen. Hierbei handelt es sich um ein gestagenhaltiges Langzeitpräparat, welches am Oberarm in das Unterhautfettgewebe implantiert wird und dort über mehrere Jahre durch gleichmäßige Freisetzung von Gestagen zu einem relativ zuverlässigen Empfängnischutz führt. Aufgrund der Langzeitwirkung bietet es sich vor allem für Frauen an, die ihre gewünschte Kinderzahl erreicht haben, allerdings steigt die kumulative Schwangerschaftsrate 24 Monate nach Entfernen des Implantats wieder auf 95%. Genau wie bei der Depotspritze sind die häufigsten Nebenwirkungen unregelmäßige Blutungen, Hypermenorrhö bzw. Amenorrhö, was von den Frauen als beunruhigend empfunden wird und die Hauptgründe für das Absetzen der gewählten Präparate darstellen. Trotzdem sind diese hormonellen Methoden wie orale Ovulationshemmer und Depotspritze die am häufigsten gewünschten Antikonzeptiva, wie in einer Zwischenevaluation Anfang dieses Jahres gezeigt werden konnte.

Vor allem die Injektionsspritzen ermöglichen es den Frauen, Familienplanung einerseits relativ unauffällig für Nachbarn, Familienmitgliedern und Ehemann und andererseits mit relativ wenig Aufwand in ihrem normalen Tagesablauf zu betreiben. Auch der Wunsch zur Anwendung von oralen Antikonzeptiva ist bei den Frauen Nordnigerias vorhanden, wobei die Abwesenheit von verschiedenen Risikofaktoren wie z.B. Hypercholesterinämie, Thrombose, Hypertonus, Nikotinabusus und kardiovaskuläre Erkrankungen die Verträglichkeit und Anwendbarkeit auf ein breiteres Spektrum von Frauen nach sich zieht. Nebenwirkungen werden deshalb in sehr viel weniger ausgeprägtem Maße angegeben und machen auch orale Ovulationshemmer zu Antikonzeptiva mit hoher Akzeptanz.

Erstaunlicherweise ist die Benutzung von Kondomen weiter verbreitet als man in dieser patriarchalischen Gesellschaftsform vielleicht annehmen würde. Zunehmend mehr Männer in Nigeria setzen sich mit der Frage der Familienplanung auseinander und überdenken bzw. revidieren ihre frühere ablehnende Haltung.

Durchgeführte Maßnahmen und Umsetzung vor Ort

Das Familienpilotprojekt „Verantwortete Elternschaft – gesunde Familien“ wurde von einheimischen Rotariern entworfen und wird vor Ort auch in Einklang mit den lokalen Gegebenheiten von Nigeria umgesetzt. Konkret besteht das Projekt aus 4 Schwerpunkten.

- Ausrüstung und Versorgung mit medizinischen Instrumenten und Materialien
- Umfangreiche Aufklärungskampagnen über die Konsequenzen der Bevölkerungsentwicklung und Schaffung eines Verantwortungsbewußtseins mit Hilfe von Massenmedien, aber auch durch Mund-zu-Mund-Propaganda
- Schulung und Ausbildung medizinischen und paramedizinischen Personals in Familienplanung, Krebsvorsorge und medizinischer Beratung für Mutter und Kind
- Bereitstellung von verschiedenen Verhütungsmitteln auf freiwilliger individueller Basis und Einrichtung von Familienplanungsdiensten sowie Beratungsstellen

Im Rahmen der gynäkologischen Schwangerschafts- und Krebsvorsorge wurden 2 Ultraschallgeräte, des weiteren Laparoskope, Kolposkope sowie weitere medizinische Instrumente für das Projektgebiet zur Verfügung gestellt. Sie werden schwerpunktmäßig in zwei der drei großen Krankenhäuser eingesetzt.

Mit Hilfe von Fernseh- und Radiospots, Postern und Broschüren werden die Menschen im Zielgebiet auf das Überbevölkerungsproblem Nigerias und die zunehmend kritische wirtschaftliche Situation aufmerksam gemacht, um ein Bewußtsein für verantwortliches Handeln zu schaffen. Dabei wird besonderer Wert auf den Ersatz des negativ behafteten Ausdrucks Familienplanung durch die neue Formulierung „Child Spacing“ gelegt, welcher dieselbe Problematik aus einem etwas positiveren Blickwinkel beschreibt.

Eine weitere Innovation ist die Organisation und Einbeziehung von Frauen vor Ort in sog. „drama groups“. In Form von Dialogen, Rollenspiel und Diskussionsgruppen in lokaler Sprache



Abb. 1 Szene aus einem sogenannten „Drama“ innerhalb des Projektes CHILD-SPACING

werden alle Bevölkerungsteile in die Problematik involviert. Die Vor- und Nachteile von größeren und kleineren Familien werden spielerisch dargestellt und können persönlich nachvollzogen werden (Abb. 1).

Zum ersten Mal wurden im März dieses Jahres ca. 75 „Town Criers“, die lokale Meldungen auf Markt- und Dorfplätzen verkünden, aus den verschiedensten Regionen versammelt und über moderne Möglichkeiten der Verhütung sowie über die Vorteile von kleinen Familien unterrichtet. Diese Gruppe übernimmt die Rolle der Informationsvermittlung in der Dorfstruktur und gilt als eine der einflußreichsten, um die Dorfbevölkerung in einer Sache zu mobilisieren und zu begeistern. Die Akzeptanz dieser „Town Criers“ war so groß, daß ein Lied über „Child Spacing“ gedichtet wurde und dies letztlich sogar dem höchsten religiösen, aber auch politischen Würdenträger, dem Emir von Zaria, vorgetragen wurde.

Die Ausbildung und Schulung des medizinischen und paramedizinischen Personals gliedert sich in mehrere Gruppen und Stufen. Insgesamt wurden bisher über 1000 traditionelle Geburtshelferinnen, 265 Gesundheits- und Sozialarbeiter sowie ca. 50 Hebammen und Krankenschwestern unterrichtet. Dabei wird die Dauer und der inhaltliche Anspruch der Seminare den persönlichen Voraussetzungen und den fachlichen Grundkenntnissen der Teilnehmer angepaßt. So wird das Training für die traditionellen Geburtshelferinnen aufgrund der Tatsache, daß die wenigsten Lesen und Schreiben können, in Gruppen zu 50 Personen und nur einmal im Monat für die Dauer von ca. 3 h abgehalten. Um die neu gewonnenen Erkenntnisse zu festigen, werden die Seminare in kurzen Abständen 6mal wiederholt.

Nach einem Jahr werden die Erfahrungen in einem eintägigen Workshop nochmals aufgefrischt. Die Teilnehmer werden zwar über alle verschiedenen Methoden der Verhütung informiert, dürfen aber nur Kondome und Spermizide verteilen sowie über natürliche Verhütungsmittel beraten. Diese traditionellen Geburtshelfer sind meist ältere Frauen aus den Dorfgemeinschaften ohne medizinische Ausbildung, die in engstem Kontakt zu den Frauen im reproduktiven Alter stehen, weil sie die Rolle der Hebamme in bezug auf Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsbegleitung sowie Nachsorge für Mutter und Kind übernehmen.

Die 2. Zielgruppe, die in einem 2tägigen Workshop zu jeweils 50 Teilnehmern ausgebildet worden sind, sind die Gesundheits- und Sozialarbeiter/innen (health workers), die für den größten Teil der ländlichen Gesundheitszentren zuständig sind und bisher noch keine Fortbildungsmöglichkeiten in Familienplanung und Verhütung hatten. Sie dürfen neben Kondomen und Spermiziden auch orale Ovulationshemmer und 2- bzw. 3-Monats-Spritzen verteilen, allerdings führen sie keine körperlichen Untersuchungen durch. Auch sie erhalten nach 1 Jahr einen Wiederauffrischkurs, der nach eigener Beobachtung einen ungewöhnlich hohen Qualitätsstandard hat.

Ein ganz wichtiger Teil des Programms stellt die Schulung der Schwestern und Hebammen dar. In einem 3tägigen Workshop werden sie mit allen Familienplanungsmethoden vertraut gemacht, in Kleingruppen werden Beratungsgespräche geübt und an Patienten in die Praxis umgesetzt. Sie erfragen eine vollständige Krankheitsgeschichte, führen körperliche und vaginale Untersuchungen durch und ersetzen in den

kleineren Kliniken und auf dem Lande die Behandlung durch ärztliches Personal.

Das Ziel des Projekts besteht darin, zum Abschluß der 3jährigen Praxisphase in jedem der 7 Distrikte in Zaria und der 3 Distrikte in Lere mindestens 1 oder besser 2 komplett funktionsfähige Kliniken bzw. Health Centers mit kompetenten Familienplanungsdiensten einzurichten.

In den ca. 60 Gesundheitszentren, die zu dem Projektgebiet gehören, wurden bis vor 1 Jahr offiziell keine Verhütungsmittel ausgegeben, obwohl jeder-mann u. a. orale Ovulationshemmer rezeptfrei außerhalb von sog. Apotheken (drug store) beziehen kann. Seit Beginn dieses Projekts werden nun die „Local Government Clinics“ kontinuierlich mit Verhütungsmitteln versorgt, die teilweise noch aus Deutschland geschickt werden, aber mit Auslaufen des Programms wird diese Aufgabe von staatlichen Stellen in Nigeria übernommen. Somit soll verhindert werden, daß diese Aufgabe einem afrikanischen Land nicht übergestülpt wird, sondern es sollen lokal gegebene Strukturen unverändert als vehicle benutzt werden, was die Fortführung und Nachhaltigkeit des Projekts sichert.

Zwischenanalyse und bisherige Ergebnisse

Nach 1 Jahr praktischer Erfahrung im Projektgebiet können erste Erfolge verzeichnet werden. Anfang dieses Jahres wurde in einer 10wöchigen Studie eine Qualitätsanalyse der eingerichteten Familienplanungsdienste durchgeführt. Als Erhebungsinstrument wurden in Zusammenarbeit mit der UNO 4 verschiedene Fragebögen benutzt, die als „situation analysis“ bezeichnet werden und von dem United Nation Population Council zu Beginn dieses Jahres in einer völlig neu überarbeiteten Fassung herausgegeben wurden [7]. Anhand verschiedener Indikatoren wie z. B. Auswahl und Angebot an verschiedenen Methoden, Fachkompetenz und Schulung des Personals, Informationsvermittlung, Interaktion zwischen Personal und Klienten, Akzeptanz und Angemessenheit, Führung, Überwachung und Berichtswesen, Ausrüstung, Infrastruktur und Serviceleistungen sowie Sicherung der Nachhaltigkeit kann die

Qualität der Familienplanungsdienste ermittelt und Schwächen auf verschiedenen Sektoren festgestellt werden. Bei dieser Evaluation wurden 32 der knapp 60 „Health Centers“ bzw. Krankenhäuser besucht, 45 Fachkräfte interviewt, 88 Beratungsgespräche beobachtet und 107 Ratsuchende befragt, die gerade ein Beratungsgespräch absolviert und sich für eine der empfohlenen antikonceptiven Methoden entschieden hatten.

Dabei äußerten sich alle Frauen als generell zufrieden mit ihrem Besuch, 89% hielten die Dauer der Beratung (durchschnittlich 15 min) für angemessen, nur 55 hatten spezielle Fragen, die in 93% der Fälle zufriedenstellend beantwortet wurden.

Einige der Frauen nahmen stundenlange Fußmärsche auf sich (bis zu 8 h) oder opferten fast ein Fünftel (300 Naira) ihres monatlichen Familieneinkommens für öffentliche Verkehrsmittel bzw. Transport zu den Kliniken.

80% hielten die Kosten für Serviceleistungen und Verhütungsmittel für angemessen, wobei orale Kontrazeptiva für einen Monat, 4 Kondome und 6 Vaginalsuppositorien jeweils die billigsten Alternativen für jeweils 5 Naira darstellen (50 Naira = 1,52 DM), gefolgt von den Depotspritzen und Intrauterinpessaren für 30 bzw. 70 Naira.

Besonders die Frauen in Lere zeigten eine hohe Akzeptanz und Dankbarkeit gegenüber dem „Child Spacing Project“ und baten eindringlich um die Fortführung bzw. Ausweitung des Programms. Sie forderten mehr Poster in der Öffentlichkeit sowie Informationsbroschüren in lokaler Sprache, die daraufhin entworfen und verteilt wurden. Des Weiteren wurde von diesen Frauen eine vermehrte Involvierung der Männer angeregt.

Die Frauen in Zaria waren weniger anspruchsvoll und in weitaus geringerem Maße, vielleicht bedingt durch den religiösen Hintergrund, zu Verbesserungsvorschlägen oder kritischen Meinungsäußerungen zu bewegen.

Weiterhin fiel auf, daß nur 2 der 107 Frauen ohne die Erlaubnis ihres Ehemannes die Entscheidung zur Verhütung getroffen haben, was die Stellung der Frau in dieser Gesellschaftsstruktur bzw. ihre Entscheidungskompetenz widerspiegelt. In 5,6% der Fälle war allerdings auch der Ehemann die

treibende Kraft und Befürworter zu diesem Beratungsgespräch gewesen. Diese Tatsache zeigt noch einmal, wie entscheidend die Einbindung der Männer in diese Problematik gerade in traditionell patriarchalischen Kulturen wie z. B. der Hauskultur ist.

Ein weiterer Aspekt ergab sich bei der Befragung des ausgebildeten Personals. 70% der Fachkräfte gaben an, daß Frauen mit dem Wunsch zur Abortio an sie herangetreten sind. Ebenfalls 70% der sog. „Provider“ hatten Frauen mit z. T. gravierenden medizinischen Folgen nach unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen in ihren Einrichtungen gesehen. Im Vergleich dazu beantworteten 29% der befragten Frauen die Frage, in der Vergangenheit zu einer Zeit schwanger gewesen zu sein, in der sie nicht bereit für eine Schwangerschaft waren, positiv. Von diesen entschieden sich 13% zu einer Abtreibung, 87% trugen die ungewollte Schwangerschaft aus.

Die Schwächen des hier skizzierten Projekts liegen vor allem in der unvollständigen Dokumentation innerhalb der kleinen „Health Centers“, in der ungenügend detaillierten und unregelmäßig durchgeführten körperlichen Untersuchung vor Verabreichung hormoneller Antikonceptiva und in der zu kurz gefaßten Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken der angebotenen Präparate.

Weiterhin zu kritisieren ist die zu geringe Beachtung der AIDS-Problematik von nigerianischer Seite bereits bei der Projektplanung bzw. fehlende Informationsvermittlung während der Umsetzung, was in einer erschreckenden Unwissenheit und Hilflosigkeit der Bevölkerung resultiert. Eigene, bisher noch nicht publizierte Untersuchungen in Nigeria zeigen eine dreifach höhere Durchseuchung mit HIV als die von der WHO angegebenen Zahlen.

Konsequenzen aus der bisherigen Projektarbeit

Die unterschiedlichen Reaktionen der Frauen in Zaria und Lere zeigen auf der einen Seite die Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieses Projekts, andererseits bestätigt es die These, daß Familienplanung auch in Afrika möglich ist und durchaus gewünscht wird. Das eher zurückhaltende und schüchterne

Verhalten der islamischen Frauen bei der Befragung läßt sich auf die ungewohnte Erfahrung freier Meinungsäußerung in der Öffentlichkeit, fehlende Vergleichsmöglichkeiten und einen hohen Anteil an Analphabeten zurückführen. Diese Frauen stellen eine Gruppe dar, die durch reduziertes kritisches Bewußtsein leicht zu beeinflussen und zu führen ist. Ihre Anspruchslosigkeit bezüglich der Beratung spiegelt sich ebenso in der Feststellung wider, daß sich keiner der Befragten unzufrieden äußerte, auch wenn das Gespräch bereits nach 3 min beendet war. Allerdings sollte diese Kritiklosigkeit nicht zu mangelnder Qualität in der Versorgung führen.

Die Tatsache, daß ein Teil der befragten Frauen angab, in ihrem Leben mindestens einmal ungewollt schwanger gewesen zu sein, macht den ungedeckten Bedarf an Familienplanungsdiensten auch in Nordnigeria und die Notwendigkeit deutlich, verschiedene Verhütungsmittel für die Bevölkerung kontinuierlich zur Verfügung zu stellen.

Die unzureichende Schwangerschafts- und Geburtsüberwachung muß durch die jetzt intensiver ausgebildeten Geburtshelferinnen und Hebammen verbessert werden, insbesondere muß diese Gruppe in der Lage sein, geburtshilfliche Gefahrenmomente eher zu erkennen, um so die Frauen frühzeitig in ein Krankenhaus zu schicken.

Als charakteristisch für die lokale Gesellschaftsstruktur ist das Ergebnis anzusehen, daß nur 2 Frauen ohne das Einverständnis ihres Ehemannes eine Klinik oder „Health Center“ aufgesucht haben. Da eine islamische Frau zumindest in Nordnigeria ohne die Erlaubnis ihres Mannes nicht das Haus verlassen darf, ist diese Tatsache nicht sehr verwunderlich. Sie zeigt allerdings auch, wie wichtig die schon mehrfach erwähnte Einbeziehung der Männer in ein solches Projekt ist. Es scheint jedoch, daß sich immer mehr Männer in Nigeria mit der Problematik, ihre zunehmende Kinderzahl ernähren zu müssen, auseinandersetzen und sich die Vorteile von modernen Verhütungsmethoden gegenüber traditionellen Methoden zunutze machen. Der immer wieder vorgetragene Einwand, daß viele Kinder für die Altersversorgung der einzelnen Eltern unentbehrlich sind, tritt bei dem Rückgang von wirtschaftlichen

Ressourcen bzw. Nahrungsmitteln immer weiter in den Hintergrund.

Generell darf man schon jetzt feststellen, daß die Verwendung des Begriffes „Child Spacing“ in Verbindung mit einer besseren Basisgesundheitsvorsorge für Mutter und Kind eine positive Akzeptanz bei der Bevölkerung in Nordnigeria erzielt hat. Weiterhin haben wohl die einzigartige Integration des Projekts in lokal vorgegebene Strukturen sowie dessen Umsetzung vor Ort durch einheimisches Personal mit Einverständnis der religiösen Führer ihren Teil zum Erfolg beigetragen.

Die These, daß Familienplanung in islamischen Ländern, vor allem in Afrika, nicht möglich sei, muß als widerlegt gelten. Inwieweit allerdings die Veränderungen auf die Strategie und die Qualität des Projekts oder eher auf die zunehmend schwierige wirtschaftliche Situation Nigerias zurückzuführen sind, kann im Moment noch nicht beurteilt werden. Ohne Frage aber glauben wir, daß dies ein Weg in die Zukunft – die Zukunft für die Länder der 3. Welt – sein könnte.

Fazit für die Praxis

Das Bevölkerungswachstum Nigerias hat in den letzten 3 Jahrzehnten dramatische Ausmaße angenommen. Bei einem jährlichen Wachstum von 3,2% wird die Bevölkerungsdichte auf 280 Mio. Menschen im Jahre 2015 ansteigen. Nach wie vor ist die hohe Geburtenrate mit durchschnittlich 48/1000 Geburten bei sinkender Sterberate (16/1000) der bestimmende Faktor, der dieses Wachstum unterhält. Das Leben der Mütter besteht bis in die 4. Lebensperiode hinein aus einem ständigen Wechsel bzw. Kreislauf zwischen Schwangerschaft und Stillzeit. Als ein weiteres Problem ist das niedrige Heiratsalter anzusehen, welches zu einer hohen Zahl von Teenagerschwangerschaften führt. All diese Faktoren resultieren in einer hohen mütterlichen Sterblichkeit von 15/1000 und einem Verlust von einer aus fünf Schwangerschaften. Unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche und fehlende Schwangerschaftsvorsorge sowie nicht ausreichende Geburtsbegleitung sind für die hohe mütterliche Sterblichkeit verantwortlich. Unter- bzw. Mangelernährung, Infektionserkrankungen sowie ungenügender Zugang zu medizinischer Versorgung spiegeln sich in der hohen Kinder- und Säuglingssterblichkeit wider. Der hohe Anteil an Analphabeten erschwert jede Form von Aufklärungsarbeit erheblich, wobei der Widerstand gegenüber westlichen Einflüssen, der Vorurteile, Unwissenheit und Fehlinformationen zur Folge hatte, langsam kleiner wird. Deshalb steht bei diesem Familienplanungsprojekt „Verantwortete Elternschaft – gesunde Familie“ nicht primär die Senkung der Geburtenrate bzw. die Anhebung der extrem niedrigen Verhütungsrate von 6% (2–3% im Projektgebiet) im Vordergrund. Vielmehr soll eine bessere Versorgung von Mutter und Kind geschaffen werden, damit die Lebensqualität, Sicherheit und Gesundheit der einzelnen Fa-

milien gewährleistet werden kann. Das Projekt „Child Spacing“ oder eben „Verantwortete Elternschaft – gesunde Familien“ wird von 4 Schwerpunkten getragen: verbesserte medizinische Ausrüstung, Aufklärungskampagnen, Schulung und Ausbildung von medizinischem und paramedizinischem Personal und Bereitstellung unterschiedlicher Antikonzeptiva. Eine Zwischenanalyse im Jahr 1997 hat eine hohe Akzeptanz und Umsetzung in der überwiegend islamischen Bevölkerung Nigerias gezeigt.

Literatur

1. Ahmadu Bello University, Consultancy Unit (1996) **Child spacing and family health report on base line data survey in Lere and Zaria LGAs, Kaduna State, Nigeria**. Ahmadu Bello University, Zaria
2. Askew I, Mensch B, Adewuyi A (1994) **Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria**. Studies Family Plan 25: 268–283
3. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (1997) DWS-Newsletter 24
4. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (1997) DWS-Newsletter 25
5. Deutsche Gesellschaft für Vereinte Nationen e. V. (1996) **Weltbevölkerungsbericht 1996**. UNO-Verlag, Bonn
6. Dietz G, Brundrup-Lukanow A (1993) **Maternal health and family planning**. Macmillan Press LTD, London
7. Miller R, Fisher A, Miller K et al. (1997) **The situation analysis approach to assessing family planning and reproductive health services: A handbook**. Pergamon Press, New York
8. Nigeria Institute for Ressource Development (1992) **Nigeria demographic and health survey 1990/1992**. Federal Office of Statistics, Lagos, Nigeria