

Hygieneinstitut

Olaf Lemelsen

Dr. med.

Are we talking about the same thing?

Concepts of illness and health seeking behaviour among migrant industrial workers of the Kathmandu Valley, Nepal

Geboren am 20.06.1966 in Göttingen

Reifeprüfung am 11.06.1985 in Darmstadt

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1988/89 bis SS 2002

Physikum am 27.09.1991 an der Medizinischen Universität Lübeck

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Darmstadt

Staatsexamen am 15.05.2002 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Hygiene

Doktorvater: Prof. Dr. med. H. J. Diesfeld

Hintergrund:

Ein großer Anteil der nepalesischen Bevölkerung arbeitet als Saisonwanderarbeiter. Unter ihnen stellen Wanderindustriearbeiter eine wichtige und wachsende Subpopulation dar. Aufgrund ihrer hohen nationalen und internationalen Mobilität wurde vermutet, dass sie eine Schlüsselrolle bei der Verbreitung von sexuell übertragenen Krankheiten (Sexually Transmitted Diseases, STD) und AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) besitzen. Nepal wird im Bezug auf AIDS zwar nach wie vor als Niedrigprävalenzland eingestuft, es wird jedoch bereits von einer hohen STD-Prävalenz in den städtischen Zentren und bestimmten Risikogruppen ausgegangen. Die Nachbarschaft zu Indien und Thailand mit ihren enormen STD/AIDS-Prävalenzraten stellt eine weitere mittelfristige Gefahr für das labile Gesundheitssystem des Landes dar. Zu Wanderindustriearbeitern ist in Nepal im Zusammenhang mit STD/AIDS bisher kaum wissenschaftlich gearbeitet worden. Wie in vielen Entwicklungsländern wird dort die Gesundheitsaufklärung (‘Information-Education-Communication’, IEC) durch das Vorhandensein zahlreicher ethnischer Gruppen mit jeweils eigenen Sprachen, einen niedrigen durchschnittlichen Bildungsstand der besonders exponierten Bevölkerungsgruppen und die Existenz und Verbreitung verschiedenster Medizinformen (Medizinpluralismus) kompliziert.

Diese Faktoren stehen im Konflikt mit den mittlerweile vereinheitlichten nationalen Richtlinien zur Krankheitsbekämpfung. Es besteht ein Bedarf an Grundlageninformationen zur Erarbeitung von lokal einsetzbaren Präventionsinhalten, die mit den vorgefundenen soziokulturellen Gegebenheiten vereinbar sind. In Nepal basierte die IEC-Arbeit bislang hauptsächlich auf lückenhaften und wenig verlässlichen quantitativen Daten. Qualitative Daten zum Krankheitsverständnis und Verhalten bei sexuell übertragenen Infektionen, wie sie für die Konzeption von Aufklärungskampagnen eigentlich benötigt werden, sind praktisch nicht erhoben worden. Internationale Erfahrungen haben andererseits gezeigt, daß die vielerorts gleichen - meist präformierten - Inhalte und Zielsetzungen bei STD/AIDS-Prävention nicht zu dem gewünschten Ergebnis einer Reduzierung der Inzidenz führten, trotz ihres Einsatzes im großen Maßstab. Hieran knüpft die These der vorliegenden Arbeit an: Es wird davon ausgegangen, dass die Wahrnehmbarkeit (perception) und Umsetzbarkeit solcher Präventionsinhalte bei den Zielgruppen entscheidend behindert wird durch einen Mangel an Analogien zwischen der beworbenen ‘westlich’-biomedizinischen Krankheitssicht von STD und dem lokalen Verständnis von Kranksein (illness) und den dazugehörigen kulturimmanenten Verhaltensmustern.

In den letzten Jahren widmete sich eine ständig wachsende Zahl von nationalen und internationalen Organisationen der Prävention von AIDS in Nepal. Entsprechend dem neuesten Trend konzentrierte man sich dabei zunehmend auch auf die Kontrolle der klassischen sexuell übertragenen Infektionen als indirektem Weg zur Bekämpfung von AIDS. Wie schon bei Letzterem traf man dabei in dieser überwiegend ländlichen, hinduistischen, patriarchalischen Gesellschaft auf große Probleme, da Sexualität als Thema hochgradig stigmatisiert und nicht öffentlichkeitsfähig ist. Während das neu aufgetretene Krankheitsphänomen AIDS in der nationalen Öffentlichkeit mittlerweile bekannt und als Konzept mit Einschränkungen etabliert ist, hat man es bisher vermieden, die Verhaltensanalogien zu thematisieren, die gleichermaßen zu einer Infektion mit HIV (Human Immunodeficiency Virus) wie STD führen können. Im Zuge der oben beschriebenen Stärkung von STD-Prävention tauchen nun Fragen auf, die man sich bereits bei der AIDS-Präventionsarbeit hätte stellen müssen: Wie vertragen sich biomedizinische Konzepte von sexuell übertragenen Krankheiten mit der existierenden lokalen Medizinkultur und wie kann man Menschen, die in dieser Kultur aufgewachsen sind, am wirksamsten zu einer Verhaltensänderung motivieren, die im Sinne einer nationalen - jedoch bisher nicht kulturimmanenten - public health-Zielsetzung liegt?

Die Beantwortung dieser Frage bleibt IEC-Experten vorbehalten. Die vorliegende Studie stellt zunächst die dafür benötigten detaillierten qualitativen Daten zur Wahrnehmung von sexuell übertragenen Erkrankungen und weiterer Einflussgrößen auf das Krankheitsverhalten (health seeking behaviour) zur Verfügung. Dies geschieht am Beispiel einer Gruppe von Wanderindustriearbeitern, die aus allen Teilen des Landes im Kathmandutal zusammengekommen sind. Die Arbeit ist von der Herangehensweise der angloamerikanischen *medical anthropology* und *public health* inspiriert, bedient sich jedoch einer experimentellen Modifikation der dort typischerweise verwandten Methoden qualitativer Sozialforschung. Es folgen aus ihr eine Reihe von Empfehlungen zu Inhalten und Umsetzung zukünftiger STD/AIDS-Präventionskampagnen für diese und vergleichbare Zielgruppen.

Thema und Studiendesign sind eine Idee und Initiative des Autors. Die knapp einjährige Feldforschung in Nepal wurde durch das *NCASC / UoH STD and HIV Control Project, Kathmandu* unterstützt, ein EG-finanziertes Gemeinschaftsprojekt des *National Centre for AIDS and STD Control* und der *Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen* der Universität Heidelberg, das von Heidelberg aus fachlich betreut und geleitet wurde und mittlerweile abgeschlossen ist. Die Ergebnisse flossen direkt in die Projektarbeit ein. In Nepal zirkuliert bereits ein *Final Study Report* unter gleichem Namen. Die Arbeit wird im Laufe des Jahres als Monographie auf Englisch erscheinen.

Fragestellung

1. Wie werden STD (einschließlich AIDS) in der Studienpopulation wahrgenommen (perception) und welche Krankheitszustände (illnesses) werden in dieser Gruppe mit sexuellen Kontakten bzw. der Genitalgend in Zusammenhang gebracht?
2. Welche weiteren Faktoren beeinflussen den Stellenwert von STD in dieser Zielgruppe und die Entscheidungen bezüglich ihres Krankheitsverhaltens (health seeking behaviour)?
3. Was unternehmen Wanderindustriearbeiter und wo suchen sie Hilfe, wenn sie glauben, von einem dieser Krankheitsbilder (illnesses) betroffen zu sein?

Ziele:

1. Beschreibung der Wahrnehmung (perception) von STD in der Zielgruppe und taxonomische Bestandsaufnahme lokaler Konzepte von Krankheitsbildern, die mit sexueller Übertragung bzw. der Genitalgend assoziiert werden
2. Untersuchung des soziokulturellen Umfeldes von STD und des damit verbundenen Krankheitsverhaltens
3. Beschreibung des Krankheitsverhaltens in Zusammenhang mit STD-verdächtigen Krankheitsbildern

Methoden und Studienablauf:

Die Arbeit wurde als qualitative, deskriptive Interviewstudie angelegt. Die Studienpopulation von 136 männlichen Wanderindustriearbeitern wurde unter der Belegschaft von 37 Industriebetrieben aus

allen Teilen des Kathmanduales rekrutiert. Sowohl für die Auswahl der Industriebetriebe als auch die der Studienteilnehmer wurde ein "criterion sampling"-Verfahren gewählt. Anstelle von Repräsentativität hatte dies vor allem zum Ziel, bei einer begrenzten Teilnehmerzahl eine hohe Erfahrungs- und Informationsdichte bezüglich des Studiengegenstandes und eine maximale soziokulturelle Streubreite sicherzustellen. So wurde der Auswahl beispielsweise eine spezifische Definition von Migration (migration pattern) zugrunde gelegt.

Material: **a)** 10 Fokusgruppendifkussionen **b)** 3 semistrukturierte Gruppeninterviews **c)** 60 strukturierte, qualitative Einzelinterviews **d)** strukturierte / offene Interviews mit Schlüsselinformanten **e)** teilnehmende Beobachtungen und anderweitige ergänzende Forschungstätigkeiten

Die Aufarbeitung der Tonbandmitschnitte von den Interviews erfolgte mittels eines speziell dafür entwickelten Verfahrens der Kodierung, Transkription und Übersetzung aus dem Nepali (Interviewsprache) ins Englische (Studiensprache). Lediglich bei den strukturierten Einzelinterviews wurden die Antworten der Gesprächspartner bereits während des Interviews übersetzt und schriftlich dokumentiert. Aus den Interviewtranskripten wurden im nächsten Schritt die themenrelevanten Statements herausgezogen und in dateninduzierten inhaltlichen Kategorien "gepoolt". Die vorgestellten Ergebnisse setzen sich daher überwiegend aus kurzen Interviewauszügen zusammen, die in Form von thematisch geordneten Originalzitaten präsentiert werden. Daten aus verschiedenen Interviewtypen wurden zur Betrachtung spezifischer Unter Aspekte trianguliert und einer Metaanalyse unterworfen.

Unter anderem wurden auf diese Weise auch prototypische Charakterisierungen von vier zentralen lokalen Konzepten von Erkrankungen des Urogenitaltraktes (illness concepts) generiert und einem Vergleich mit korrespondierenden biomedizinischen Krankheitsdefinitionen bestimmter STD unterzogen. Die zum Vorschein kommenden Parallelen und konzeptionellen Divergenzen werden aufgezeigt und deren Auswirkungen auf das Krankheitsverhalten (health seeking behaviour) untersucht. Schließlich werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund einer breit angelegten Literaturübersicht diskutiert, die ihrerseits erstmals den Versuch unternimmt, alle maßgeblichen Quellen zu STD/AIDS in Nepal zu einer Übersicht zu integrieren. Als Nebenprodukt dieser Studie wurde die aufwändige Quellenforschung 1998 dem Partnerprojekt in Kathmandu in Form einer teilannotierten *National Bibliography on STD/AIDS and Related Fields* zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse:

Zunächst bestätigen die Interviews, dass männliche Industriewanderarbeiter im Vergleich zur Normalbevölkerung einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt sind, an STD zu erkranken. Beispielsweise berichteten zahlreiche Interviewpartner, regelmäßig Prostituierte aufzusuchen. Zugleich hatte die Mehrzahl von ihnen eine ausgeprägt negative Haltung gegenüber Kondomen als Mittel, um sexuell übertragenen Krankheiten vorzubeugen. Wie auch bei uns noch bis weit in die 70-er Jahre verbreitet, ist der gesamte Komplex von Sexualität und den damit verbundenen Krankheitsbildern hochgradig mit Angst und Stigmatisierung belastet. Zugleich leiden Industriearbeiter in Nepal unter einer großen Anzahl weiterer spezifischer Gesundheitsprobleme, die überwiegend die unterentwickelten bzw. nicht vorhandenen Arbeitsschutzmaßnahmen und den niedrigen sozioökonomischen Status dieser Population reflektieren. Diese Krankheiten scheinen in den jeweiligen Fabriken hochprävalent zu sein und tragen das Ihrige dazu bei, dass STD im täglichen Leben der Arbeiter nicht als maßgebliches Problem empfunden werden.

Überraschenderweise war der Anteil der aus vorangegangenen AIDS-Aufklärungskampagnen korrekt reproduzierten Aufklärungsinhalte ("AIDS awareness") verhältnismäßig groß, während zu klassischen (bakteriellen) STD praktisch kein Vorwissen messbar war. Das vorhandene Wissen über biomedizinische Krankheitsbilder ist zudem weitgehend isoliert von dem reichen und differenzierten Wissen über lokale, kulturimmanente Konzepte von sexuell übertragenen Krankheiten, bzw. solchen, die sich in der Genitalgegend manifestieren.

Bei einer Bestandsaufnahme der in den Interviews in großer Zahl auftauchenden lokalen Bezeichnungen für sexuell übertragene Erkrankungen und Krankheiten des Urogenitaltraktes ("field illnesses") erwies sich, dass die meisten von ihnen auf 4 Grundkonzepte ("core illnesses") zurückführbar sind, zu denen ein differenziertes Wissen und genaue Handlungsstrategien existieren. Diese Konzepte (illnesses), "Bhiring", "Dhatu Rog", "Naag Rog" und "Luto", sind weitgehend an den nepalesischen Sprachraum gebunden. Deren sich anschließende detaillierte Beschreibung gestattet einen

umfassenden Einblick in die mit ihnen verbundene Vorstellungswelt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die vorgefundenen Konzepte zumeist erheblich von den biomedizinischen Krankheitsdefinitionen von STD unterscheiden. Besonders betrifft dies die Perzeption von Symptomen, die angenommenen Kausalketten, die spirituelle und soziale Einbindung der Erkrankungen in das vorherrschende Weltbild und die Handlungskonsequenzen für Individuum und Gesellschaft.

In einem weiteren Analyseschritt wurden den Interviewpartnern ausgewählte Schlüsselsymptome von acht verschiedenen STD und typischen Komplikationen von STD angeboten. Diese mündlich dargebotenen 'sets of signs and symptoms' wurden jeweils mit entsprechenden klinischen Fotos illustriert. Die Interpretation dieser fiktiven Krankheitsbilder legt nahe, dass der überwiegende Teil der Krankheitsepisoden klassischer STD den oben erwähnten vier lokalen Krankseinskonzepten zugerechnet wird. Das betrifft vor allem die ulzerativen STD und Gonorrhoe, in geringerem Ausmaß jedoch auch die übrigen STD. Komplikationen von STD werden im Allgemeinen als eigenes Krankheitsbild gewertet. Im Bezug auf Krankheitsprävention ist die Wahrnehmung von AIDS in einigen Aspekten mit lokalen Krankseinskonzepten in durchaus kontraproduktiver Weise verwoben.

Die meisten Interviewpartner erwiesen sich als routiniert und erfahren bei der Orientierung innerhalb des pluralistischen Medizinsystemes von Nepal. Sie haben offenbar eigene Strategien entwickelt, um herauszufinden, welcher Anbieter von Gesundheitsfürsorge die angemessenste Lösung für ein vorhandenes Gesundheitsproblem bereit hält. Medizinische Laien aus dem persönlichen Umfeld nehmen dabei anfangs eine Schlüsselposition als Berater ein. Da qualifizierte biomedizinische Diagnostik und kausale Therapie häufig nicht erreichbar bzw. bezahlbar sind, spielt die Selbstmedikation (u.a. mit Antibiotika, zumeist unzulänglich paramedizinisch assistiert) eine große Rolle. Weiterhin wurde eine Vielzahl von Hausmitteln beschrieben, die sich überwiegend aus den vorherrschenden lokalen Medizinformen ableiten. Die Suche nach Heilung (health seeking behaviour) ist durch ein schrittweises Vorgehen charakterisiert, oft beginnend mit einfachen Hausmitteln und häufig gefolgt vom Rat eines Medikamentenverkäufers oder Apothekers und der - meist unzureichenden - Einnahme von rezeptfrei käuflichen Antibiotika. Alternativ werden bei einigen Krankheitskonzepten auch bestimmte lokale Heiler (z.B. Schamanen oder Kräuterheilkundige) aufgesucht. So ist beispielsweise "Naag Rog" eine klassische Domäne der Schamanen. Krankenhäuser oder teure Privatpraxen werden zumeist erst bei schweren oder lange andauernden Fällen in Betracht gezogen.

Im Gegensatz zu Privatkliniken und Praxen haben staatliche Krankenhäuser ein besonders schlechtes Image bei den Interviewpartnern, denen andererseits aus finanziellen Gründen häufig keine andere Wahl bleibt, als deren Nachteile in Kauf zu nehmen. Lange Wartezeiten, ein Mangel an Privatsphäre während der Untersuchung, die Benachteiligung armer und ungebildeter Patienten und ein insgesamt als niedrig empfundener Qualitätsstandard tragen dazu bei, dass Krankenhäuser im Fall von Genitalgesundheitsstörungen gemieden werden. Insgesamt ist dennoch eine deutliche Präferenz für biomedizinische Therapieformen bei diesen Krankheiten in der Studienpopulation feststellbar. Es ist jedoch anzunehmen, dass es in der überwiegenden Zahl der Fälle - wenn überhaupt - erst mit deutlicher Verspätung zu einer kausalen Diagnose und Therapie kommt, was unterdes einer fortgesetzten Übertragung der Krankheiten Vorschub leistet und die Wahrscheinlichkeit von Folgeerscheinungen erhöht.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

Wanderindustriearbeiter spielen aufgrund ihrer spezifischen sozioökonomischen Position eine wichtige Rolle als 'bridging population' bei der Verbreitung von STD in Nepal. Eine Fortführung und Intensivierung von Vorsorgeprogrammen und Gesundheitserziehung (IEC) für diese Population würde einen wichtigen Beitrag zur Begrenzung der STD-Epidemien darstellen. Um glaubhaft zu sein, sollten diese Programme jedoch auch die in dieser Zielgruppe vorherrschenden und hochprävalenten allgemeinen und arbeitsplatzspezifischen Gesundheitsprobleme einbeziehen. Eine sektorübergreifende Zusammenarbeit mit der Industrie und anderen Krankheitspräventionsprogrammen erscheint hier unerlässlich.

Vorangegangene vertikale AIDS-Präventionsprogramme waren offenbar nicht erfolgreich, was die Integration des eingeführten 'technischen' Wissens über AIDS in das tägliche Leben und Sexualverhalten der Zielgruppe angeht. Andere STD und deren Gemeinsamkeiten mit AIDS sind bislang völlig ausgeblendet worden. Nicht zuletzt deshalb haben Kondome, die bisher ausschließlich als Mittel zur AIDS-Prävention beworben wurden, ein negatives Image und werden kaum benutzt, insbesondere nicht zum Zweck der Vorbeugung von klassischen STD. Zukünftige STD-Präventionskampagnen für

Risikogruppen sollten AIDS und klassische STD gleichermaßen abdecken, oder sich sogar auf Letztere konzentrieren, da STD immerhin ein unmittelbarer Teil der Erfahrungswelt der Zielgruppe sind. Es sollte zudem mehr Gewicht darauf gelegt werden, den gesellschaftlichen Diskurs um AIDS / STD von der Konnotation des `heimlichen, verbotenen und unmoralischen Sex` zu befreien, der Menschen daran hindert zuzugeben, dass sie selber in Gefahr sind, an STD zu erkranken.

Der Verständlichkeit und Umsetzbarkeit von Krankheitspräventionsprogrammen sind im Umfeld der hier untersuchten Modellpopulation aus soziokulturellen Gründen enge Grenzen gesetzt. Biomedizinische Krankheitskonzepte, als maßgeblicher inhaltlicher Bestandteil solcher Programme, können von den Zielgruppen kaum mit den prägenden lokalen Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und deren Einbindung in die vorherrschende Weltsicht in Einklang gebracht werden. Voraussetzung für eine Verhaltensänderung im Sinne der Präventionsziele wären Programme, die mit diesem Umstand bewußt umgehen. Ein offenes Informationsangebot, das im Stande ist, jenseits der Grenzen des eigenen Medizinsystemes wahrgenommen und umgesetzt zu werden, sollte zumindest die Krankheitskonzepte und Verhaltensnormen der Zielgruppe berücksichtigen.

Krankenhäuser, zur Zeit die einzigen öffentlichen (staatlichen) Anbieter für qualifizierte, kausale STD-Behandlung in Nepal, haben ein denkbar negatives Image bei den Teilnehmern dieser Studie, die - mit gewissen Einschränkungen - diesbezüglich als Modellpopulation für andere Risikogruppen gelten können. Dennoch wird bei den beschriebenen STD-verdächtigen Krankheitsbildern in den meisten Fällen die biomedizinische Behandlung anderen Optionen vorgezogen. Damit ist die wichtigste Grundvoraussetzung für ein adäquates Krankheitsverhalten (health seeking behaviour) im Sinne der Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens bereits vorhanden. Diesen Zielen kommt auch entgegen, dass bereits eine ausgeprägte Vorstellung von Qualität und Akzeptierbarkeit eines Anbieters solcher Gesundheitsdienstleistungen existiert.

Entspräche man diesen Vorstellungen, so würde sich ein aufwändiges Bewerben sinnvollen Krankheitsverhaltens bei STD wohl von selbst erübrigen. Basierend auf der auch durch diese Studie bestätigten Erkenntnis, dass die meisten Fälle von STD in Nepal von schlecht ausgebildeten Medikamentenverkäufern behandelt werden, wurde in jüngster Zeit vor allem von amerikanischen Projekten die Stärkung dieses informellen, privaten Sektors mit dem Ziel betrieben, hier eine korrekte *syndromische* Behandlung mit Breitbandantibiotika zu etablieren. Angesichts der in städtischen Gebieten bereits existierenden und spezialisierten Krankenhausabteilungen zur Behandlung von STD (dermatovenerologische Ambulanzen) ist es nach Meinung des Autors jedoch völlig unsinnig, vom Anspruch einer gezielten *kausalen* Behandlung von STD abzulassen. Für städtische Gebiete wie das Kathmandutal (die `Epizentren` der STD / AIDS-Epidemien) wird daher vielmehr empfohlen, die existierenden Krankenhausambulanzen derart auszubauen, dass sie im Stande sind, den spezifischen Bedürfnissen der epidemiologisch relevanten Risikopopulationen gerecht zu werden. Im Licht der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erscheint es erfolgversprechend, solche Gruppen auf diesem Wege zu motivieren frühzeitig eine qualifizierte Behandlung aufzusuchen.

Am Beispiel von Industriewanderarbeitern bedeutet dies im Einzelnen etwa, dass die Wartezeiten verkürzt werden sollten, Ambulanzen auch nach der Arbeitszeit am Abend geöffnet sein sollten, dass man dort die Krankheitssicht der Klientel kennt und versteht, eine gute Anonymität (beispielsweise bei HIV-Tests) sicherstellt und bei körperlichen Untersuchungen die Intimsphäre ausreichend gewahrt bleibt. Jeder STD-Patient, der darüber hinaus im Zuge seiner Behandlung keine eingehende Beratung erfährt, stellt eine leichtsinnig verpasste Präventionschance dar. Angesichts des chronischen Ressourcenmangels bei Gesundheitsanbietern in Entwicklungsländern könnte eine ausreichende Beratung allerdings auch durch die Vernetzung der Behandlungszentren mit darauf spezialisierten Nichtregierungsorganisationen gewährleistet werden. Dies würde zumindest von vielen Dermatovenerologen in Nepal als Entlastung begrüßt. Die meisten Mitglieder der klassischen Risikogruppen (Prostituierte, Fernfahrer, kasernierte Sicherheitskräfte, Wanderarbeiter und andere Migranten) haben, trotz meist geringer Bildung und niedrigem sozialem Status, ein monetäres Einkommen und sind durchaus willens und in der Lage, lokal marktübliche Behandlungspreise zu zahlen.

Bei allen Inkongruenzen zwischen biomedizinischen und lokalen Konzepten von sexuell übertragenen Krankheiten konnten jedoch auch eine Reihe von Parallelen identifiziert werden, an denen die Gestaltung verbesserter Präventionsmaterialien anknüpfen könnte. Als Konsequenz wird die Entwicklung neuartiger IEC-Richtlinien und Manuale für die zahlreichen in der AIDS/STD-Prävention tätigen Nepalesischen Organisationen empfohlen. Dafür werden mit der vorliegenden Studie eine eingehende Hintergrundanalyse sowie die nötigen taxonomischen Grundlageninformationen bereitgestellt.

Key words: Sexually Transmitted Diseases; STD; AIDS; Health Seeking Behaviour; Sexual Behaviour; Migrants; Factory Workers; Illness Concepts; Culture; Nepal; Asia