

Caroline Mtaita
Dr. sc. hum

Gender based violence in Tanzania: Health service response, barriers and facilitators in accessing health services among adolescent girls and young women

Fach/Einrichtung: Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Doktorvater: Prof. Dr. Med. Albrecht Jahn

Hintergrund: Geschlechtsspezifische Gewalt (gender-based violence - GBV) gegen Mädchen und Frauen ist ein globales gesundheitliches und humanitäres Problem mit schwerwiegenden individuellen und sozialen Folgen. Nach wie vor fehlen Studien zu GBV, insbesondere aus den afrikanischen Ländern südlich der Sahara, in denen Gesundheitserhebungen eine hohe Prävalenz von GBV unter heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen ergeben haben. Besonders wenig erforscht sind die gesundheitliche Versorgung und das klinische Management der betroffenen Frauen.

Zielsetzung: Das übergeordnete Ziel der Arbeit ist es, die Angemessenheit der Gesundheitsdienste bei GBV in Tansania zu untersuchen und insbesondere möglicher Barrieren für den Zugang zu GBV-spezifischen Gesundheitsdiensten für Mädchen und junge Frauen zu identifizieren. Dabei wurden die folgenden spezifischen Ziele verfolgt:

1. Erfassung der Kenntnisse der Beschäftigten des Gesundheitswesens über die tansanischen Richtlinien zum Umgang mit geschlechtsspezifischer Gewalt und deren praktische Umsetzung.
2. Evaluierung des Wissens, der Abdeckung und der wahrgenommenen Qualität der GBV-Gesundheitsdienste unter AGYW Evaluierung des Wissens von Mädchen und Frauen über geschlechtsspezifische Gewalt, den Zugangs und die wahrgenommene Qualität der Gesundheitsdienste
3. Identifizierung der von Mädchen und jungen Frauen wahrgenommenen Hindernisse und Erleichterungen beim Zugang zu GBV-Gesundheitsdiensten Identifizierung der Barrieren und Hilfen für Mädchen und Frauen beim Zugang zu GBV-spezifischen Gesundheitsdiensten
4. Identifizierung der wahrgenommenen Barrieren und Erleichterungen, die AGYW daran hindern und ermutigen, GBV-Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, unter Mitarbeitern des Gesundheitswesens Identifizierung der Barrieren und Hilfen beim Zugang zu GBV-spezifischen Gesundheitsdiensten aus Sicht der Beschäftigten des Gesundheitswesens

Material und Methoden: In dieser Studie wurde eine erklärende, sequenzielle Studie mit gemischten Methoden in zwei Bezirken in Dar es Salaam, Tansania, durchgeführt (Kinondoni und Temeke). In einer quantitativen Querschnittserhebung unter AGYW (n=403) im Alter von 15 bis 24 Jahren wurde ihr Wissen über die Definition von GBV sowie ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen mit GBV-Gesundheitsdiensten ermittelt. Die quantitativen Daten wurden durch ein ausführliches Interview mit 20 AGYW ergänzt, die gezielt aus jedem Bezirk ausgewählt wurden. Der Interviewer untersuchte die Sichtweise der Teilnehmerinnen zu Hindernissen und Erleichterungen beim Zugang zu GBV-Gesundheitsdiensten. Die Tonbandaufnahmen der Antworten der Teilnehmer wurden transkribiert und später übersetzt. Die Themenbereiche wurden anhand des sozial-ökologischen Modells ermittelt. Eine

Querschnitterhebung wurde durchgeführt, um das Wissen, die Umsetzung und die wahrgenommenen Hindernisse und Lücken der GBV-Management-Leitlinie unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens zu bewerten (n=202). Die quantitativen Daten wurden durch ein ausführliches Interview mit 20 Beschäftigten des Gesundheitswesens aus zufällig ausgewählten Gesundheitseinrichtungen ergänzt. Der Interviewer erkundete die Sichtweise der Teilnehmer zu ihrem Wissen, ihrer Umsetzung und ihren Defiziten in Bezug auf die GBV-Management-Richtlinie. Die Interviews mit dem Gesundheitspersonal wurden durch Notizen aufgezeichnet. Die gesamte Datenanalyse wurde mit einem inhaltsanalytischen Ansatz durchgeführt. Alle quantitativen Daten wurden in Excel eingegeben, Pearson's Chi-Quadrat wurde für Mehrfachvergleiche und logistische Regression für kategoriale Daten verwendet. Als P-Wert wurde $<0,05$ bei einem Konfidenzintervall von 95% und alle quantitativen Analysen wurden mit STATA 13.0 durchgeführt. In dieser Studie wurde eine erklärende, sequenzielle Mixed-Method-Studie in zwei Bezirken in Dar es Salaam (Kinondoni und Temeke) durchgeführt. Es wurde eine quantitative Querschnittsbefragung unter Mädchen und Frauen (n=403) im Alter von 15-24 Jahren durchgeführt, um ihr Wissen, ihre Wahrnehmungen und ihre Erfahrungen mit GBV-Gesundheitsdiensten zu bewerten. Die quantitativen Daten wurden durch Tiefeninterviews mit Mädchen und Frauen ergänzt, die aus beiden Bezirken gezielt ausgewählt wurden. Die Interviewerin erfragte die Sichtweise der Teilnehmerinnen zu Hindernissen und Erleichterungen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten. Die Tonbandaufnahmen der Antworten der Teilnehmerinnen wurden auf Kiswahili transkribiert und später ins Englische übersetzt. Die Themenbereiche wurden anhand des sozial-ökologischen Modells ermittelt. Parallel dazu wurde eine Querschnitterhebung unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens durchgeführt, um die Kenntnisse, die Umsetzung und die wahrgenommenen Hindernisse für die Inanspruchnahme von GBV-Gesundheitsdiensten sowie die Lücken in den Richtlinien für den Umgang mit GBV zu ermitteln (n=202). Die quantitativen Daten wurden durch Tiefeninterviews mit 20 Gesundheitsfachkräften ergänzt, die nach dem Zufallsprinzip aus den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen ausgewählt wurden. Der Interviewerin untersuchte die Sichtweise der medizinischen Fachkräfte zu ihrem Wissen und ihrer Umsetzung von GBV-Gesundheitsdiensten sowie zu Lücken in den Behandlungsrichtlinien. Die Interviews mit dem Gesundheitspersonal wurden durch Notizen aufgezeichnet. Die gesamte qualitative Datenanalyse wurde mit einem inhaltsanalytischen Ansatz durchgeführt. Alle quantitativen Daten wurden in Excel eingegeben und zur Analyse in STATA übertragen. Die Daten wurden zur Durchführung von Pearson's Chi-Quadrat-Tests und logistischen Regressionen verwendet. Der verwendete p-Wert wurde auf $<0,05$ mit einem Konfidenzintervall von 95 % festgelegt, und alle quantitativen Analysen wurden in STATA 13.0 durchgeführt.

Ergebnisse:

Wissen über GBV und damit zusammenhängende Gesundheitsdienste unter AGYW: Von den 403 Studienteilnehmerinnen (AGYW) hatten mehr als drei Viertel (77,9 %) mäßige bis gute Kenntnisse darüber, wie GBV definiert ist und was geschlechtsspezifische Gewalt ausmacht. Allerdings wussten nur wenige Teilnehmerinnen (30,7 %, n=124), welche Gesundheitsdienste für GBV in den örtlichen Gesundheitseinrichtungen angeboten werden. So gaben beispielsweise nur 10,7 % (n=43) der Teilnehmer an, über die forensische Spurensicherung Bescheid zu wissen. Einkommen, Gewalterlebnisse, Wohnort, soziale Unterstützung durch

einen Partner, Alter (jeweils $P < 0,001$) sowie Sekundarschulbildung und Tätigkeit als Sexarbeiterin (jeweils $P < 0,01$) standen in signifikantem Zusammenhang mit dem GBV-Wissen.

Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit GBV-Gesundheitsdiensten: Von den 374 Teilnehmern (93 % aller Teilnehmer), die angaben, Informationsveranstaltungen zu GBV besucht zu haben, nahmen nur 66 % Gesundheitsdienste in Anspruch ($n = 247$); etwa die Hälfte von ihnen (52,7 %, $n=130$) war mit diesen Diensten zufrieden. Die Hauptgründe für die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdiensten waren die Angst vor Rache des Täters, die Angst vor Stigmatisierung, die zu erwartenden Kosten und die Angst vor obligatorischen Tests (z. B. auf HIV). Die Studie zeigte, dass - trotz guter Kenntnisse darüber, was GBV ist - das Wissen über die Leistungen, die Kosten und die Verfügbarkeit von GBV-Gesundheitsdiensten begrenzt war und die Inanspruchnahme von GBV-Gesundheitsdiensten gering blieb.

Kenntnis und Anwendung von Behandlungsleitlinien unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens: Mehr als zwei Drittel (71,79 %) des Gesundheitspersonals wussten über geschlechtsspezifische Gewalt Bescheid, aber nur 36,9 % kannten die spezifischen staatlichen Leitlinien für den Umgang mit geschlechtsspezifischer Gewalt. Darüber hinaus nutzten nur 37,7 % die Leitlinien zum Umgang mit geschlechtsspezifischer Gewalt bei der Behandlung von Fällen von geschlechtsspezifischer Gewalt in der Praxis.

Wahrgenommene Mängel in den Managementrichtlinien: Nach Ansicht des Gesundheitspersonals weisen die Managementrichtlinien mehrere Mängel auf, darunter (in der Reihenfolge der Priorität): Fehlen eines klaren Überweisungskonzepts (79,7 %), Sprachbarrieren, u.a. da keine Übersetzung in Kiswahili vorliegt (67,8 %) und Mangel an angemessenen Informationen über die Kostenfreiheit für GBV-Gesundheitsdienste (66,8 %).

Schlussfolgerung und Empfehlungen:

In der Studie wurden Wissenslücken und das spezifische Verhalten sowohl aus der Nutzerperspektive der Mädchen und Frauen, wie auch aus der Anbieterperspektive des Gesundheitspersonals ermittelt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Mädchen und Frauen in die Lage versetzt werden müssen, Gesundheitsdienste effektiver zu nutzen, wozu auch das Wissen über die verfügbaren Leistungen und den Anspruch auf Versorgung gehört. Das Gesundheitspersonal muss besser darauf vorbereitet werden, auf die medizinischen und psychologischen Bedürfnisse (z. B. Stigmatisierung) einzugehen, und es muss in der Lage sein, seine Patientinnen kompetent zu beraten und wenn erforderlich an andere einschlägige Dienste wie die soziale und rechtliche Betreuung zu verweisen. Das Konzept des One-Stop-Centers (medizinische, soziale und rechtliche Betreuung unter einem Dach) ist in diesem Zusammenhang von größter Bedeutung. Daher können die folgenden Empfehlungen in folgende Kategorien eingeteilt werden: (1) Aus- und Weiterbildung, (2) sektorübergreifende Zusammenarbeit, (3) Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in politisches Handeln.

Schulung und Ausbildung:

1. Ausweitung spezifischer Schulungen für Angehörige der Gesundheitsberufe zum Thema GBV-Screening einschließlich einer angemessenen klinischen, forensischen und zwischenmenschlichen Kompetenz im Rahmen eines kontinuierlichen Fortbildungsprogramm
2. Aufbau eines Netzwerks geschulter Ansprechpartner auf lokaler Ebene, die Betroffene von GBV über die erforderlichen Schritte für den Zugang zu geeigneten GBV-Gesundheitsdiensten aufklären und orientieren können
3. Sicherstellen, dass die Nationale Politik und die Nationalen Managementrichtlinien zu GBV im Gesundheitssektor durchgängig berücksichtigt und bis auf die unterste Ebene der Gesundheitsdienstleister verbreitet werden, einschließlich geeigneter Schulungsmaterialien
4. Integration von schulischen GBV-Aufklärungsprogrammen zur Verbesserung des Wissens junger Menschen über GBV
5. Einsatz von Technologie und Medien für GBV-Botschaften und Lobbyarbeit auf Gemeindeebene

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

6. Einrichtung weiterer GBV-Zentren, insbesondere von One-Stop-Centers, und Integration der Versorgung von GBV-Betroffenen auf Gemeindeebene über ein gut koordiniertes Überweisungsnetzwerk durch kommunale Gesundheitshelfer
7. Einrichtung einer sektorübergreifenden GBV-Netzwerkgruppe, die u. a. das Gesundheitswesen, Gender-Desk-Polizistinnen, Sozialarbeiter, Anwälte, lokale Führer, religiöse Führer, die Medien und NROs umfasst, die sich regelmäßig treffen, um gemeinsam die Prävention und das interdisziplinäre Management bei GBV-Probleme zu verbessern
8. Erweiterung der grundlegenden Komponenten von GBV-Diensten, um eine ganzheitliche Antwort auf die physischen, psychologischen und wirtschaftlichen Bedürfnisse der Betroffenen zu geben, wie z.B. die Koordinierung von Interessengruppen und das Engagement der Gemeinschaft, um auf GBV auf Gemeindeebene zu reagieren

Forschung zur Umsetzung der Politik.

9. Unterstützung, Monitoring und Evaluierung laufender und neuer GBV-bezogener Interventionen, wie z.B. One-Stop-Centers, durch Implementierungsforschungsansätze, die auf dem bereits bestehenden tansanischen GBV-Forschungsnetzwerk aufbauen
10. Intensivierung des kontinuierlichen Dialogs mit politischen Entscheidungsträgern, einschließlich Parlamentariern, über die gesundheitlichen, entwicklungspolitischen und sozialen Auswirkungen von GBV, um die Umsetzung von Forschungsergebnissen in politisches Handeln und die Implementierung zu fördern