

Christiane Fischer
Dr. med.

Über die Effektivität der Dorfgesundheitsarbeiterinnen innerhalb der Nichtregierungsorganisation ACCORD in Tamil Nadu/Südindien
-Aktionsforschung im Rahmen der Gesundheitssystemforschung-

Geboren am 27.7.1967 in Emden / Ostfriesland

Reifeprüfung 19.6.1986 in Offenburg

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1986/87 bis SS 1994

Physikum am 14.3.1989 an der Universität des Saarlandes

Klinisches Studium in Homburg / Saar und Heidelberg

Praktisches Jahr in Heidelberg und Paris / Cochin

1. Staatsexamen am 30.8.1990 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

2. Staatsexamen am 14.4.1993 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

3. Staatsexamen am 18.5.1994 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promtionsfach: Hygiene

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. HJ Diesfeld

Diese Arbeit ist eine retrospektive Studie mit einer Vergleichsgruppe, die aus einem quantitativen und einem qualitativen Teil besteht. Es wird die Effektivität der Dorfgesundheitsarbeiterinnen der entwicklungspolitischen NGO ACCORD (Action for Community Organisation, Rehabilitation and Development) auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung untersucht. Durch den qualitativen Teil der Arbeit soll eine Validierung der in der Statistik erhobenen Daten erfolgen sowie auch das sozioökonomische Umfeld der Bevölkerung und die Relation der Tätigkeit der Gesundheitsarbeiterinnen zu der Gesamtorganisation beleuchtet werden. Im quantitativen Teil wurde eine Gruppe von 91 Mütter aus Dörfern mit Gesundheitsarbeiterin mit einer Gruppe von 87 Müttern aus Dörfern ohne Gesundheitsarbeiterin verglichen. Im qualitativen Teil wurden 29 semistrukturierte Einzelinterviews mit Personen, die aus verschiedenen Bereichen der Arbeit stammen (Gesundheitsarbeiterinnen, Dorfbevölkerung, Animatoren, Health Animatoren, KrankenhausmitarbeiterInnen) als Triangulation geführt. Der Studienaufbau, die Durchführung der Studie sowie die Diskussion der Ergebnisse schloß im Sinne einer **partizipatorischen aktionsorientierten Gesundheitssystemforschung** fortwährend das Gesundheitssteam von ACCORD mit ein.

Es kam zu folgenden **Ergebnissen**.

Im **quantitativen Teil** wurde herausgefunden, daß bezüglich der vier untersuchten Gesundheitsindikatoren (Diarrhöe, Ernährungsstatus, Schwangerenvorsorge und Impfstatus) in den Faktoren, die **das Wissen der Mütter über Prävention und Therapie** betrafen, **signifikante Unterschiede** zwischen den Müttern aus den Dörfern mit Gesundheitsarbeiterin und der Vergleichsgruppe der Mütter aus den Dörfern ohne Gesundheitsarbeiterin bestanden. Weiterhin bestanden **signifikante Unterschiede** in der **Impfpraxis und in der Praxis der Schwangerenvorsorge**. Bezüglich **der Inzidenz der Diarrhöe und des Gewichts/Untergewichts konnten keine Unterschiede** festgestellt werden. Dies wurde dahingehend interpretiert, daß eine Veränderung in diesen Bereichen durch die Multikausalität des Entstehens dieser Faktoren mit am schwierigsten zu bewirken ist.

Im **qualitativen Teil** wurden gerade die **untersuchten Gesundheitsindikatoren** von den in der **Triangulation in semistrukturierten Einzelinterviews** befragten Menschen als **Bereiche von Veränderungen, die durch das Gesundheitsprogramm und durch die Arbeit der Gesundheitsarbeiterinnen verursacht wurden, hervorgehoben**. Wird diese subjektive Einschätzung mit den Ergebnissen des quantitativen Teils zusammen betrachtet, kann das so verstanden werden, daß die **Gesundheitsarbeiterinnen als die wichtigste oder wenigstens eine der wichtigeren Ursachen der beobachteten Veränderungen anzusehen sind**. Auf den Dörfern mit Gesundheitsarbeiterin wurde diese auch in weiten Teilen als Informationsquelle angegeben, so daß auch dies dafür spricht, daß sie als Katalysator für Veränderungen zu sehen ist.

Als weitere, durch das Gesundheitsprogramm und die Gesamtarbeit von ACCORD verursachten **Veränderungen** wurden die **Reduzierung der Ängste vor Fremden, das Sinken der Mütter- und Kindersterblichkeit und der Mortalität durch Diarrhöe sowie weite Teile des Entwicklungsprogramms von ACCORD erwähnt** (Rückgewinnung des Landes, Schulprogramm, Erhöhung des Einkommens, Teeprogramm). Eine **besonders positive Einschätzung innerhalb des Gesundheitsprogramms** erfuhr das **Adivasi Hospital**. Auch die damit verbundene **Krankenversicherung erfuhr eine weitgehend positive Einschätzung**. Das **Gesundheitsprogramm** wurde von allen befragten Gruppen als **integraler Bestandteil der Gesamtarbeit** verstanden.

Kritische Punkte an der Arbeit von ACCORD wurden in **beachtenswerter Selbstkritik** von allen befragten Gruppen erwähnt, und es entstand **der Eindruck, daß auch an ihrer Lösung gearbeitet wird**. Als **Hauptkritikpunkte** wurden genannt: ein **massives Alkoholproblem** v.a. der Männer, das sowohl die Gesundheit wie auch alle anderen Bereiche beeinflusst, und daß die **entstandenen Veränderungen noch nicht ausreichend** wären. Auffällig war hier, daß in den **Dörfern ohne Gesundheitsarbeiterin wesentlich weniger Veränderungen gesehen wurden und mehr Kritikpunkte genannt wurden, was wiederum so verstanden werden kann, daß die Dorfgesundheitsarbeiterin als Quelle der Veränderungen zu verstehen ist**.

Eine **Diskrepanz** zwischen der Dorfbevölkerung und dem Team ergab sich in der Angabe des **Arbeitsschwerpunktes der Gesundheitsarbeiterinnen** und in **der Einschätzung der mobilen Klinik: Die Menschen in den Dörfern sahen den Arbeitsschwerpunkt der Gesundheitsarbeiterinnen auf der kurativen Medizin, das Team auf der Präventivmedizin**. Die Dorfbevölkerung hatte den Wunsch, die **mobile Klinik solle wieder eingesetzt werden, von seiten des Teams wurde die Ansicht vertreten, die Subcenter sollten diese Rolle nun übernehmen**.

Die Ergebnisse der Studie wurden im Anschluß an diese mit allen Area Teams diskutiert, dabei wurden von jenen folgende Beschlüsse gefaßt.

- Da die Gesundheitsarbeiterinnen offensichtlich einen positiven Effekt auf den Gesundheitsstand der Bevölkerung haben, werden die Teams (Animatoren, LehrerInnen) zusätzlich im Gesundheitsbereich ausgebildet, damit diese die Rolle der Gesundheitsarbeiterinnen in den Dörfern ohne Gesundheitsarbeiterin erfüllen können. Zwei Areas beschlossen, auch Ehrenamtliche für diese Aufgabe auszubilden. Die Ausbildung der Area Teams begann im Juli 1996.
- Alkoholmißbrauch soll der nächste Arbeitsschwerpunkt des Gesundheitsprogrammes sein.
- Über die Rolle der mobilen Klinik und der Subcenter werden Sangham Meetings abgehalten.

- Bezüglich der Impfungen soll die Zusammenarbeit mit den staatlichen Gesundheitsarbeiterinnen intensiviert werden.
- Die Trinkwasserhygiene soll weiter verbessert werden.
- Bezüglich des Ernährungsstandes soll politisch gegen die ständige Preissteigerung der Grundnahrungsmittel gearbeitet werden.

Meine Rolle als weiße Westeuropäerin in der Studie wurde in der Diskussion vor und nach der Studie beleuchtet. Dabei wurden folgende Punkte aufgeführt: als von außen Kommende ist eine etwas größere Objektivität gewährleistet als als MitarbeiterIn von ACCORD. Andererseits können einige Ergebnisse auch durch diese Rolle als Außenstehende beeinflusst werden. Dies ist allerdings auch bei InderInnen der Fall, da auch diese von den Adivasis als Fremde angesehen werden. Der Unterschied zu InderInnen wird als nicht zu groß eingeschätzt. Durch die implizite Intervention durch die Studie konnten Perspektiven für die Weiterarbeit des Dorfgesundheitsbereiches vom Gesundheitsteam entwickelt werden.

Bei den qualitativen Interviews wurde auch die Verhaltensweise der Adivasis deutlich, Kritik auch in Anwesenheit der zu kritisierenden Menschen zu äußern. Höfliche Zurückhaltung in diesem Punkt ist ihnen fremd.

Dies wurde sowohl von seiten des Teams so bestätigt wie auch während der Interviews so beobachtet.

Bei den Adivasis handelt es sich um eine marginalisierten Gruppen der indischen Gesellschaft, die es unter normalen Umständen schwerer als andere haben, von den für die Gesamtgesellschaft geltenden Programmen zu profitieren. Sie zählen zu den Gruppen der Gesellschaft, die durch ihre Raster fallen.

Hierin liegt der Grund, warum die Adivasis besonderer Programme bedürfen, zu denen auch Gesundheitsprogramme zählen, um eine gleichberechtigte Chance für ihr Leben und ihre Gemeinschaft zu bekommen. Als Teil dieser Programme wurde hier die Effektivität der Dorfgesundheitsarbeiterinnen ACCORDs auf den Gesundheitsstand der Adivasi-Bevölkerung des Gudalurtales untersucht. Sowohl in den quantitativen wie auch in den qualitativen Ergebnissen wurde ein positiver und auch positiv eingeschätzter Effekt ihrer Arbeit gesehen. Viele Ziele, die erreicht werden sollten (nicht nur in dem hier untersuchten Gesundheitsprogramm), wurden noch nicht erreicht, aber der Weg der Adivasis, zu gleichberechtigten Gliedern der indischen Gesellschaft zu werden, ist beschritten. Und sie wagen zu hoffen, daß dieser Weg unumkehrbar ist!