

# Die Qualität zweier Familienplanungsdienste in Douala, Kamerun

“Einfluß der Qualität und des Qualitätsbegriffes  
von Kontrazeptionsanwenderinnen auf Akzeptanz  
und Kontinuität der Inanspruchnahme von  
Familienplanungsdiensten“

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Humanmedizin  
der Justus-Liebig-Universität Giessen

vorgelegt von Claudia Hunger  
aus Iserlohn

Giessen 1998

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH  
und  
aus dem Medizinischen Zentrum für Ökologie  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin

Leiter: Prof. Dr. Eikmann  
des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Giessen

Gutachter: PD Dr. Korte  
Gutachter Prof. Dr. Künzel

Tag der Disputation: 19. April 1999

**Meinem Sohn Pablo**

<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Geschichte der Kontrazeption</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Die Dynamik der Bevölkerungsentwicklung</b>	<b>1</b>
1.2.1 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung	3
<b>1.3 Die Geschichte der Bevölkerungspolitik und Familienplanung</b>	<b>4</b>
1.3.1 Die „Birth-Control“-Bewegung	4
1.3.2 Die Weltbevölkerungskonferenzen	5
1.3.3 Diskussion um FP in Deutschland	6
<b>1.4 Entwicklung der FP im sub-saharanischen Afrika</b>	<b>7</b>
1.4.1 Soziokulturelle Faktoren	9
1.4.2 Strukturelle Gründe	10
<b>2 DIE VERSCHIEDENEN VERHÜTUNGSMETHODEN</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Risikobewertung der verschiedenen Methoden</b>	<b>13</b>
2.1.1 Die Pille	13
2.1.2 Gestagenpräparate	17
2.1.3 Norplant®	19
2.1.4 Die natürlichen Methoden	20
2.1.5 Die Barrieremethoden	21
2.1.6 Das Intrauterinpeessar	22
2.1.7 Die Sterilisation	23
2.1.8 Stillen als Verhütungsmethode	24
<b>3 FAMILIENPLANUNG UND ENTWICKLUNG</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Familienplanung und "Safe Motherhood"</b>	<b>25</b>
3.1.1 Familienplanung und Müttersterblichkeit	28
3.1.2 Einfluß der FP auf die Gesundheit der Kinder	30
<b>3.2 FP-Programme</b>	<b>31</b>
3.2.1 Integrierte FP-Dienste in Gesundheitseinrichtungen	31
3.2.2 Gemeindegestützte FP-Dienste (CBS)	32
3.2.3 Subventionierter Verkauf von Verhütungsmitteln	33
3.2.4 Multisektorielle Strategien	34
3.2.5 Jugendliche und Familienplanung	35
3.2.6 Männer und Familienplanung	36
<b>3.3 Die Qualität der Familienplanungsdienste</b>	<b>37</b>
3.3.1 Die Qualitätskriterien nach BRUCE	39
3.3.2 Studien zur Qualität der FP-Dienste	46
<b>3.4 Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich</b>	<b>47</b>
3.4.1 Ziele der Qualitätserfassung und Verbesserung	48
3.4.2 Konzepte der Qualitätskontrolle	49
3.4.3 Modelle der Qualitätskontrolle	50
3.4.4 Methodische Vorgehensweisen zur Erforschung der Interaktion zwischen Klienten und Anbietern	53
3.4.5 Qualitative Studien zur Interaktion zwischen Anbietern und Klienten	56

<b>4 DAS STUDIENGEBIET</b>	<b>59</b>
<b>4.1 Soziodemographische Situation in Kamerun</b>	<b>59</b>
<b>4.2 Geschichte der Familienplanung in Kamerun</b>	<b>59</b>
4.2.1 Anwendung von Methoden der Kontrazeption in Kamerun	61
<b>4.3 Das Studiengebiet Douala</b>	<b>61</b>
<b>5 ZIELE DER UNTERSUCHUNG</b>	<b>62</b>
5.1.1 1. Ermittlung der Qualität der FP-Dienste in Bonassama und Soboum	62
5.1.2 2. Bestimmung der Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen	62
5.1.3 3. Vergleich der Ergebnisse, gegenseitige Beeinflussung von Ziel 1.und 2 und Diskussion	62
5.1.4 4. Bekanntheitsgrad der FP-Dienste	62
5.1.5 5. Persönlichen Erfahrungen der Frauen mit den FP-Diensten	62
5.1.6 6. KAP-Studie	62
5.1.7 7. Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der FP-Dienste	62
<b>6 METHODISCHES VORGEHEN</b>	<b>63</b>
<b>6.1 Vorbereitung und Auswahl der Zentren</b>	<b>63</b>
<b>6.2 Durchführung der teilnehmenden Beobachtung und Interviews mit Klientinnen</b>	<b>64</b>
<b>6.3 Feldstudie in den Einzugsbereichen der beiden FP-Dienste in Bonassama und Soboum</b>	<b>67</b>
<b>6.4 Datenanalyse</b>	<b>69</b>
<b>6.5 Ethische Gesichtspunkte</b>	<b>70</b>
<b>7 ZIEL 1: ERMITTLUNG DER QUALITÄT DER FP-DIENSTE IN BONASSAMA UND SOBOUM</b>	<b>71</b>
<b>7.1 Darstellung und Vergleich der Studienpopulationen</b>	<b>71</b>
7.1.1 Altersstruktur	71
7.1.2 Zahl der lebenden Kinder	72
7.1.3 Unterschiede im Bildungsstand	72
7.1.4 Familienstand	73
7.1.5 Religionszugehörigkeit	74
<b>7.2 Beschreibung der beiden Zentren Bonassama und Soboum</b>	<b>75</b>
<b>7.3 Besucherzahlen der beiden FP-Dienste</b>	<b>80</b>
<b>7.4 Gewählte Verhütungsmittel</b>	<b>80</b>
<b>7.5 Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden</b>	<b>81</b>
<b>7.6 Diskussion</b>	<b>84</b>
<b>7.7 Bewertung der FP-Konsultationen nach den Qualitätskriterien von BRUCE</b>	<b>86</b>
7.7.1 Beschreibung des Ablaufes der Erstkonsultationen in Bonassama	86

### III

7.7.2 Beschreibung der FP-Konsultation in Soboum	98
7.7.3 Während der Erstkonsultation besprochene Kontrazeptiva	91
7.7.4 Teilnehmende Beobachtungen der Wiederholungskonsultationen	94
7.7.5 Probleme, die während der Wiederholungskonsultationen auftraten	96
<b>8 ZIEL 2: BESTIMMUNG DER QUALITÄTSEINSCHÄTZUNG VON SEITEN DER KLIENTINNEN</b>	<b>97</b>
8.1 Positive Einschätzungen	97
8.2 Kritische Kommentare	98
8.3 Verbesserungsvorschläge	99
8.4 Sensibilisierung der Klientinnen für Familienplanung	101
8.5 Ermittlung des Umfangs der Wissensvermittlung während der FP-Sprechstunde	102
8.5.1 Qualitative Auswertung der offenen Fragen zu vermitteltem Wissen über die verschiedenen	
8.5.2 Kontrazeptiva	102
<b>9 ZIEL 3: VERGLEICH UND GEGENSEITIGE BEEINFLUSSUNG VON ZIEL 1. UND 2. (DISKUSSION).</b>	<b>108</b>
<b>10 ZIEL 4: BEKANNTHEITSGRAD DER FP-DIENSTE</b>	<b>115</b>
10.1 Informationsquellen	115
10.2 Diskussion	117
<b>11 ZIEL 5: PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN DER FRAUEN MIT DEN FP-ZENTREN</b>	<b>118</b>
11.1 Einschätzung der FP-Dienste in Bonassama und Soboum	118
11.2 Persönliche Erfahrungen mit dem FP-Dienst in Bonassama	120
11.3 Vorschläge der interviewten Frauen, die FP-Dienste zu verbessern	122
11.4 Diskussion	122
<b>12 ZIEL 6: KAP-STUDIE</b>	<b>124</b>
12.1 Kenntnisse über Familienplanungsmethoden	124
12.2 Einstellung der Frauen gegenüber Familienplanung und ‘Verantwortlicher Elternschaft’	129
12.2.1 Vorteile der Familienplanung	130
12.3 Anwendung von Methoden der Kontrazeption	131
12.4 Analyse der Kontinuität bzw. der Diskontinuität der Anwendung von Methoden der Kontrazeption	132
12.4.1 Jugendliche und Familienplanungsverhalten	135
12.5 Diskussion	137

<b>13 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK</b>	<b>140</b>
13.1 Bewertung der Qualität der FP-Dienste	140
13.2 Bewertung der Qualität der Dienste durch die Klientinnen	142
13.3 Die Abbrecherquote als Ergebnis-Indikator	144
<b>14 ZIEL 7: VORSCHLÄGE ZUR VERBESSERUNG DER QUALITÄT DER FP-DIENSTE</b>	<b>145</b>
<b>15 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>147</b>
<b>16 SUMMARY</b>	<b>150</b>
<b>17 LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>153</b>
<b>18 ANHANG</b>	<b>174</b>
Testverfahren	175
Tabellen	178
Fragebögen	184

## **Vorwort**

Familienplanung (FP) gehört seit der Konferenz von Alma-Ata 1978 zu den elementaren Anteilen der primären Gesundheitsdienste. Dennoch haben viele Länder, vor allem im frankophonen Teil Afrikas südlich der Sahara, FP-Dienste erst in den letzten Jahren eingeführt. Dies gilt auch für Kamerun. Hier wurden die ersten Anstrengungen, Verhütungsmittel einer breiten Bevölkerung anzubieten, Anfang der 90er Jahre unternommen. FP-Dienste sind bisher vor allem in den Städten des Landes zugänglich und werden nun auch auf die ländlichen Regionen ausgeweitet.

Von Beginn der Aktivitäten an wurde vom Gesundheitsministerium Wert auf einen hohen Standard der FP-Dienste gelegt. Entsprechend wurden Ausbildungskonzepte entworfen, die auf den internationalen Erfahrungen in der Qualitätssicherung im Bereich der FP-Dienste aufbauten.

Die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit unterstützt das kamerunische Gesundheitsministerium seit 1978 beim Aufbau des Primärgesundheitswesens. Zusätzlich wurde 1994 eine Komponente zur Intensivierung der Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten im Bereich FP und zur Verbesserung der Qualität der FP-Dienste aufgenommen. Innerhalb dieser Teilkomponente und über das Hospitantenprogramm der GTZ wurde diese Studie durchgeführt und finanziell unterstützt.

Das Thema dieser Arbeit hat sich aus intensiver Auseinandersetzung mit Literatur über FP in Entwicklungsländern und Gesprächen mit Mitarbeitern der GTZ in Eschborn entwickelt. Nicht nur in den Industrienationen begann man Ende der achtziger Jahre vermehrt die Qualität der medizinischen Dienste zu untersuchen. Auch für die medizinischen Dienste in Entwicklungsländern zeigte sich, daß nur qualitativ gute Dienste von der Bevölkerung akzeptiert und genutzt werden. Gleiches gilt für die FP-Dienste. Nachdem lange Zeit die Zugänglichkeit der FP-Dienste als das entscheidende Kriterium für die Anwendung von Verhütungsmitteln diskutiert wurde, hat das grundlegende Werk von BRUCE (1990) die Aufmerksamkeit auf die Qualität der Dienste gerichtet.

Obwohl in Kamerun seit Etablierung der FP-Dienste die Qualität hohe Aufmerksamkeit erhielt, gab es trotz steigender Inanspruchnahme eine hohe Anzahl von Klienten, die nach einmaligem Besuch der Dienste und Anwendung von Verhütungsmitteln nicht mehr zu den Diensten zurückkehrten. Zwischen 50% und 25% der Frauen, die einen FP-Dienst besucht und eine Verhütungsmethode erhalten haben, nehmen anschließende Termine nicht wahr und müssen somit als Abbrecherinnen angesehen werden. Ausgehend von der Frage, welche Ursachen diesen hohen Abbrecherquoten zugrunde liegen, entwickelte sich die These der Arbeit: „die Qualität der Leistungen der FP-Einrichtungen beeinflußt die Qualitätseinschätzung der Klientinnen und damit das Kontrazeptionsverhalten.“

Ausgehend von vorhandenen Erfahrungen bei der Qualitätssicherung, wurde in dieser Arbeit nicht nur der international und für Kamerun definierte Qualitätsstandard untersucht. Ein großer Teil dieser Arbeit versucht, die Frauen selbst zu Wort kommen zu lassen, ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse bzw. Kritik an den FP-Diensten.

**Verzeichnis der Abkürzungen**

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CBS	Community Based Services
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
DHS	Demographic and Health Survey
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Eschborn
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IEC	Information, Education and Communication
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUD	Intrauterine Device
INTRA	International Training for Health
KAP	Knowledge, Attitude, Practice
FP	Familienplanung
MSP	Ministère de la Santé Publique
SEATS	Family Planning Expansion Service
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund, New York
USAID	United States Agency for International Development, USA
WFS	World Fertility Survey
WHO	World Health Organization, Geneva

## VIII

### Verzeichnis der Tabellen

	Seite
Tab.1 Versagensquote der Verhütungsmethoden	13
Tab.2 Konstellation der Dienste	77
Tab.3 Gewähltes Kontrazeptivum und sozio-kulturelle Charakteristika der Anwenderinnen und Abbrecherinnen	82
Tab.4 Interaktive Kriterien der Erstkonsultationen	87
Tab.5 Körperliche Untersuchungen und Anamnese	89
Tab.6 Maßnahmen zu Herstellung der Kontinuität	90
Tab.7 Informationen zu den Verhütungsmethoden	93
Tab.8 Interaktive Kriterien der Wiederholungskonsultation	95
Tab.9 Positive Kommentare über die FP-Dienste	98
Tab.10 Verbesserungsvorschläge der Klientinnen	100
Tab.11 Vermitteltes Wissen über die Pille	104
Tab.12 Vermitteltes Wissen über das Kondom	107
Tab.13 Informations- und Bezugsquellen für Kontrazeptiva	116
Tab.14 Gründe für die Präferenz des FP-Dienste in Bonassama und Soboum	117
Tab.15 Aussagen über die FP-Dienste	119
Tab.16 Erfahrungen von Freundinnen, Nachbarn und anderen mit dem FP-Dienst	119
Tab.17 Verantwortliche Elternschaft	130
Tab.18 Soziokulturelle Charakteristika der Anwenderinnen bzw. Abbrecherinnen	134
Tab.19 Unterschiede in der Qualität	142
Tab.20 Kritische Kommentare	177
Tab.21 Übermitteltes Wissen über die injizierbaren Kontrazeptiva	177
Tab.22 Vermitteltes Wissen über die Spirale	178
Tab.23 Vorschläge, um die FP-Dienste zu verbessern	178
Tab.24 Kenntnisse im Stadtviertel über die Pille	179
Tab.25 Kenntnisse im Stadtviertel über die injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva	179
Tab.26 Kenntnisse im Stadtviertel über die Spirale	180
Tab.27 Kenntnisse im Stadtviertel über das Kondom	180
Tab.28 Kenntnisse im Stadtviertel über Norplant	181
Tab.29 Kenntnisse im Stadtviertel über die natürlichen Methoden	181
Tab.30 Kenntnisse im Stadtviertel über das Stillen als Verhütungsmethode	181
Tab.31 Kenntnisse im Stadtviertel über die Sterilisation	182
Tab.33 Vorteile der Familienplanung	182

## Verzeichnis der Abbildungen

	Seite
Abb.1 Übergangsphasen vom Bevölkerungswachstum zu Bevölkerungsabnahme	2
Abb.2 Geschätzte jährliche Todesrate aufgrund von Schwangerschaft und Geburt und Verhütungsmethoden	12
Abb.3 Qualitätsziele	53
Abb.4 Klienten-Anbieter-Interaktion, ihre Determinanten und ihre Auswirkungen auf die Dienste	54
Abb.5 Altersstruktur der Klientel der FP-Dienste und der interviewten Frauen im Stadtviertel	71
Abb.6 Zahl der lebenden Kinder der Klientel der FP-Dienste und der interviewten Frauen im Stadtviertel	72
Abb.7 Bildungsstand der Klientel der FP-Dienste und der interviewten Frauen in den Stadtvierteln	73
Abb.8 Familienstand der Klientel der FP-Dienste und der interviewten Frauen in den Stadtvierteln	74
Abb.9 Konfession des Klientels der FP-Dienste und der interviewten Frauen in den Stadtvierteln	75
Abb.10 Hinweistafel auf den FP-Dienst des Krankenhauses in Bonassama	76
Abb.11 Hinweis auf den FP-Dienst in Soboum	76
Abb.12 Die Informationsveranstaltung zu FP in Soboum	79
Abb.13 Demonstrationsmaterial zu den verschiedenen Verhütungsmethoden	79
Abb.14 Frequentation der FP-Dienste in Bonassama und Soboum	80
Abb.15 Gewählte Kontrazeptiva in den FP-Diensten Bonassama und Soboum	81
Abb.16 Kontinuität der Inanspruchnahme der FP-Dienste bei Anwenderinnen der Pille und der Injizierbaren	82
Abb.17 Abbrecherquoten und Methodenwahl	84
Abb.18 Zufriedenheit der Klientinnen mit den FP-Diensten Bonassama und Soboum	97
Abb.19 Sensibilisierung für FP	102
Abb.20 Präferenzen für FP-Dienste	117
Abb.21 Gründe für den Abbruch der Nutzung von modernen Kontrazeptiva	121
Abb.22 Kenntnisse von Methoden der Kontrazeption	125
Abb.23 Bereits einmal angewendete Kontrazeptiva	132
Abb.24 Aktuelle Anwendungen von Methoden der Kontrazeption	132
Abb.25 Abbrecherinnen und Anwenderinnen von modernen Methoden	133
Abb.26 Bildungsstand der Anwenderinnen und Abbrecherinnen von Methoden der Kontrazeption	134
Abb.27 Aktuelle Anwendung von Verhütungsmethoden in Bonassama und Soboum	135
Abb.28 Vergleich der Kenntnisse über Verhütungsmethoden von Jugendlichen und innerhalb aller Altersstufen	136
Abb.29 Derzeitige Nutzung von Kontrazeptiva unter Jugendlichen	137

# 1 Einleitung

## 1.1 Geschichte der Kontrazeption

Die Geschichte der Familienplanung (FP) reicht Tausende von Jahren zurück. Hinweise auf den Wunsch, ungewollte Schwangerschaften zu verhüten, finden sich z. B. in der Bibel im 1. Buch Moses mit einer Beschreibung des Koitus interruptus: „Aber da Onan wußte, daß seine Kinder nicht sein eigen sein werden, ließ er's auf die Erde fallen und verderben, wenn er einging zu seines Bruders Frau, auf daß er seinem Bruder nicht Nachkommen schaffte“ (1. Buch Mose 38.9). Der Koitus interruptus, Abtreibung wie auch der Kindesmord waren verbreitete Methoden, die Nachkommenschaft zu kontrollieren (NETTER und ROZENBAUM 1985, JÜTTE 1993).

Die ältesten Dokumente über kontrazeptive Methoden finden sich in Papyri des alten Ägyptens. Im Papyrus Ebers 1550 v. Chr. wird eine angeblich effektive Zubereitung aus der Akazie, die Gummiarabicum enthält, genannt, welche mit Feigen und Baumwolle vermischt und mit Honig geformt wird<sup>1</sup> (HIMES 1963). Der Papyrus von Berlin, 1300 v. Chr., erwähnt eine Mischung aus Fett, Kräutern und gezuckertem Bier, die an vier aufeinanderfolgenden Tagen zu trinken sei (ROBERTSON 1990, HIMES 1963).

Auch im griechischen Kulturkreis werden von *Soranus*, dem bekanntesten Gynäkologen seiner Zeit (200 n. Christus), ähnliche Verhütungsmittel beschrieben. Er riet zur Anwendung von Öl, Honig oder Zederngummi, zusammen mit einer Trägersubstanz. *Aristoteles* erwähnt in seiner *Historia animalium* die Möglichkeit, „den Teil des Uterus, auf den der Samen fällt“ mit verschiedenen Substanzen zu verschließen. Er nannte Zedernöl, Bleisalbe oder Olivenöl (ROBERTSON 1990, RIDDLE 1992)<sup>2</sup>.

In Afrika wurde unter den Bewohnern des Reiches von Dahomey eine Knollenfrucht zerkleinert und intravaginal als Kappe plaziert. Aus Zentralafrika sind verschließende Mischungen aus Stoff oder zerkleinertem Gras bekannt als auch eine Vorform des weiblichen Kondom. Einige Frauen benutzten ausgehöhlte Schalen der Okra als Kondom (HIMES 1963, ROBERTSON 1990).

## 1.2 Die Dynamik der Bevölkerungsentwicklung

Während die Weltbevölkerung 1650 noch eine halbe Milliarde Menschen zählte, hat sie sich bis heute auf ungefähr 5,7 Milliarden Menschen verzehnfacht. Die Wachstumsrate stieg von 0,3% (1650) auf heute 1,7%. Die höchsten Raten können heute in Afrika verzeichnet werden, während sie mit 0,3% in Europa am niedrigsten liegt. Die Fertilitätsrate liegt weltweit bei 3,26 Kindern pro Frau (MÜNZ und ULRICH 1994, UNFPA

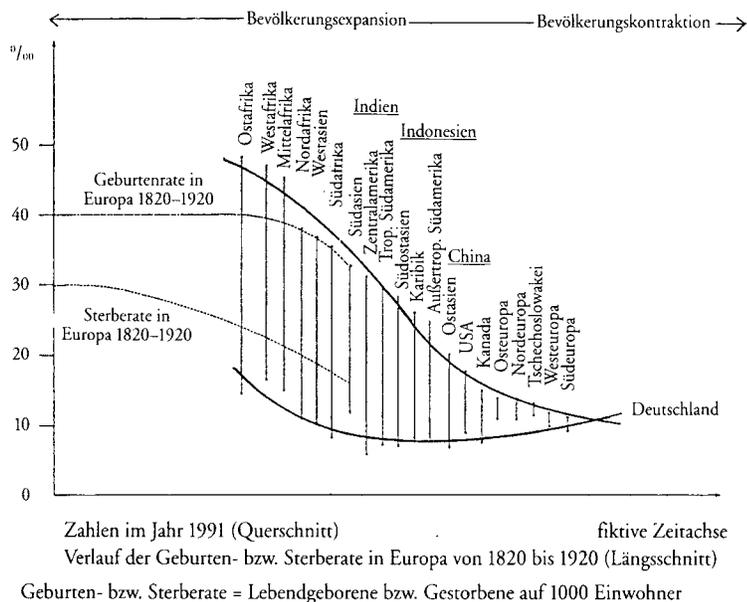
---

<sup>1</sup>Der kontrazeptive Effekt kann auch heute noch nachvollzogen werden, da durch Fermentierung Milchsäure freigesetzt wird, die heutzutage noch in spermiziden Substanzen genutzt wird.

1994). Die Menschheit wächst zur Zeit monatlich um die Bevölkerung Schwedens oder alle 2 Tage um die Bremens. Jährlich kommen ungefähr 94 Millionen Menschen hinzu. Die Prognose der UNFPA<sup>3</sup> sagt eine Weltbevölkerung von 8,5 Milliarden für das Jahr 2025 und 10 Milliarden für das Jahr 2050 voraus. Diese Prognosen gehen von einem Rückgang der Fertilität aus. Erweist sich diese Annahme als unzutreffend, könnte die Bevölkerung sehr viel schneller wachsen, und im Jahr 2025 bereits eine Zahl von 12,5 Milliarden Menschen erreicht werden (BIRG 1996, UNFPA 1994).

Bevölkerungsgröße und Wachstum hängen von Geburten und Sterbefällen sowie von Wanderbewegungen ab. Die Fruchtbarkeit wird von einer Vielzahl kultureller, gesellschaftlicher, wirtschaftlicher, politischer, technischer und natürlicher Variablen beeinflusst. Diese wirken über Faktoren wie Laktationsperiode, Sterilität und Reproduktionsphase sowie Heiratsmuster, Kontrazeptions- und Abtreibungspraktiken auf die Fruchtbarkeit (HAUSER 1991, GALOT 1992). Das Bevölkerungswachstum entsteht aus der Differenz von Geburten- und Sterbeziffern. Sie ergibt sich durch sinkende Sterberaten bei fortbestehenden hohen Geburtenraten (HAUSER 1991, MÜNZ und ULRICH 1994).

Abb. 1: Übergangsphasen vom Bevölkerungswachstum zur Bevölkerungsabnahme, dargestellt durch die Positionen der Länder im Jahre 1991 (aus NUSCHELER und FÜRLINGER 1994 p40).



Die europäische Transformation<sup>4</sup> vollzog sich vom 17. bis zum 19. Jahrhundert von zunächst ähnlich hohen Sterbe- und Geburtenraten, wie sie noch vor drei Jahrzehnten in Entwicklungsländern zu finden waren, zu

<sup>2</sup>Viele verschiedene Substanzen waren als Abortiva bekannt. Scheideneinspritzungen und Vaginalkugeln wurden verwendet. Viele der im Altertum zur Abtreibung genutzten Pflanzen wurden in Laboruntersuchungen als tatsächlich antigonadotroph oder östrogenhaltig erkannt (JÜTTE 1993, RIDDLE 1992).

<sup>3</sup>Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen, UNFPA

<sup>4</sup>= demographischer Übergang von hohen Geburten- und Sterbefälle zu niedriger Fertilität und Mortalität.

niedrigen Ziffern<sup>5</sup>. Im Unterschied zur damaligen Situation in Europa liegt aber das Fruchtbarkeitsniveau in den Entwicklungsländern heute etwas höher. Der Rückgang der Sterberate vollzieht sich wesentlich rascher, und die Ausgangsbevölkerung ist viel größer<sup>6</sup>. Zudem bestehen kaum mehr Möglichkeiten der Auswanderung. Somit ist in Entwicklungsländern ein höheres Bevölkerungswachstum als während der Transformationsphase in Europa zu verzeichnen. Um das Bevölkerungswachstum in Grenzen zu halten, müßten die Entwicklungsländer den demographischen Übergang in einer sehr viel kürzeren Zeitspanne vollziehen (MEADOWS 1992, HILL 1990)

### 1.2.1 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung

Im Zusammenhang mit **Ökonomie und Bevölkerung** spricht man oft von **Übervölkerung**, ein Begriff, der die Existenz einer idealen Bevölkerungsgröße impliziert. Mehr als zwei Jahrzehnte war der Zusammenhang zwischen Bevölkerungs- und Wirtschaftswachstum Gegenstand von heftigen Kontroversen. So wurde das geringe Wirtschaftswachstum als größtes Hindernis für den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt in den meisten Entwicklungsländern gesehen: In einer Entwicklungsphase mit starker Bevölkerungsvermehrung werde das Volkseinkommen wesentlich geschwächt, da finanzielle Reserven zur Sicherung des Lebensstandards verwendet werden. Demgegenüber steht die Vorstellung, mehr Menschen bedeuten mehr Wissen und Ausbildung sowie einen größeren Absatzmarkt für Produkte. (AKAKPO 1991, SKRIVER 1986, HAUSER 1991).

Eine Analyse der wirtschaftlichen Entwicklung verschiedener Länder konnte aber bis 1975 keinen Zusammenhang zwischen Bevölkerungsentwicklung und ökonomischem Fortschritt herstellen. Erst Untersuchungen aus den Jahren 1980-89 zeigen einen eindeutigen negativen Trend (UNFPA 1992, UNICEF 1995, ALTVATER et al. 1988).

Die Frage nach der **Ernährungssicherung** bei steigendem Bevölkerungswachstum wird auch heute konträr diskutiert. *Malthus* gründete seine Kritik auf empirische Untersuchungen, wonach die Nahrungsmittelproduktion entsprechend einer arithmetischen Reihe linear verlaufe, während das Bevölkerungswachstum exponentiell steige. Hungersnöte und Seuchen seien die unausweichliche Folge (MALTHUS 1926). Demgegenüber hat die grüne Revolution gezeigt, daß hohe Ertragssteigerungen möglich sind, deren Belastung für das ökologische Gleichgewicht aber zunehmend diskutiert werden (BRAY 1996, UNFPA 1992). Alternative Anbaumethoden mit Mischkulturen sowie die Verbesserung von Lagerung und Transport zeigen Ergebnisse, die Nachhaltigkeit versprechen, jedoch nur durch finanzielle Förderung der Industriestaaten möglich sind (BRAY 1996, HO 1990, MICHLER 1991, NUSCHLER 1994, SMIL 1994, BONGAARTS 1996).

---

<sup>5</sup>Nach dem Rückgang der Sterblichkeit, der auch in Europa zunächst zu einem Bevölkerungswachstum führte, vollzog sich der Rückgang der Geburtenrate in einer ersten Phase, gekennzeichnet durch die Änderung des Heiratsverhaltens, gefolgt von einer zweiten Phase mit Geburtenkontrolle und Empfängnisverhütung.

<sup>6</sup>Wichtig für die Dynamik des Bevölkerungswachstums ist die Tatsache, daß die Bevölkerung selbst dann noch weiter wächst, wenn, wie es seit 1970 der Fall ist, die Geburtenzahlen leicht sinken. Die Mütter von morgen sind heute schon geboren, und auch sie werden wieder Kinder haben (MEADOWS 1992).

Zuerst wies der Club of Rome mit seinem 1972 erschienenen Buch „Die Grenzen des Wachstums“ (MEADOWS 1972) auf die Zusammenhänge zwischen **Bevölkerungswachstum und Ökologie** hin. Steigende Bevölkerungszahlen und daraus resultierende erhöhte Nahrungsmittelproduktion, Erschöpfung der Rohstoffe und steigende Umweltverschmutzung führen unweigerlich zum Kollaps, wodurch es dann aufgrund einer erhöhten Sterberate zum Rückgang der Bevölkerung kommt (MESARIVIC und PRESTEL 1974). Die größte Verantwortung an der Umweltbelastung trägt aber der reiche Norden, jenes knappe Viertel der Weltbevölkerung, das 3/4 der gesamten Energie verbraucht (KRUSE 1992, WHO 1992, BARNES 1990).

Zudem wird es zunehmend schwieriger, die auf den Arbeitsmarkt drängende jüngere Generation mit **Arbeit** zu versorgen. So schätzt man, daß zwischen 1995 und 2020 1,3 Milliarden Menschen zusätzlich Arbeit suchen (UNFPA 1994, HANSEN 1990). Schwerpunkt des Weltbevölkerungsberichts von 1993 war die zunehmende **Migration**. Das Wachstum der Städte in Entwicklungsländern ist ein zentrales Problem. Armut in den ländlichen Regionen läßt junge Menschen auf der Suche nach Arbeit in die Städte auswandern, deren Infrastruktur aber auf die Bevölkerungszunahme nicht vorbereitet ist (UNFPA 1993, SADIK 1995). Schätzungen gehen davon aus, daß es bis zum Jahr 2000 in der Dritten Welt 18 Städte von zehn Millionen Menschen und mehr geben wird (ZEIT-PUNKTE 1993).

### 1.3 Die Geschichte der Bevölkerungspolitik und Familienplanung

Gleich der Geschichte der Kontrazeption reichen die Überlegungen zur Bevölkerungsentwicklung in die Zeit vor Christi Geburt zurück. Im alten Griechenland sind bevölkerungspolitische Gedanken bei *Platon* und *Aristoteles* zu finden. So empfiehlt bereits *Platon* die reproduktive Phase auf die Zeit von 30.-35. Lebensjahr für Männer und 20.-40. für Frauen zu begrenzen (HIMES 1962).

Das Bevölkerungsgesetz von MALTHUS (1798) markiert den Beginn einer Diskussion zur Ursache und den Folgen der Bevölkerungsentwicklung in Europa. Von verschiedenen Wissenschaftlern wurden die Probleme von Armut, Gesundheit und Überbevölkerung diskutiert, die letztendlich auch der *Birth-Control*-Bewegung den Weg bahnten.

#### 1.3.1 Die „Birth-Control“-Bewegung

Die Bewegung zur Geburtenkontrolle wurde in Amerika und England im wesentlichen von zwei Frauen getragen: *Margaret Sanger* und *Marie Stopes*.

*Margaret Sanger*, Begründerin der amerikanischen Bewegung zur Geburtenkontrolle, wußte als Krankenschwester um die Not vieler Frauen in den armen Stadtvierteln in New York. In ihrem 1914 veröffentlichten Buch, „die rebellische Frau“ forderte sie die Befreiung der Frau und ihr Recht auf die Kontrolle über ihren Körper. In London wurde von *Marie Stopes* 1921 die erste FP-Klinik eröffnet (ROBERTSON 1990, ASBELL 1996).

Frankreich war in puncto Nutzung von Verhütungsmitteln um die Jahrhundertwende führend. 1920 wurde jedoch in Folge starker Menschenverluste im ersten Weltkrieg ein Gesetz verabschiedet, daß jede Werbung für Kontrazeption und Abtreibung unter Gefängnisstrafen bis zu sechs Monaten stellte<sup>7</sup>. Informationen über FP wurden erst 1967 wieder legalisiert (NETTER UND ROZENBAUM 1985). In einigen ehemaligen französischen Kolonien gelten diese Gesetze noch heute (MAY 1991).

1952 wurde in New Delhi unter der Schirmherrschaft von *Margaret Sanger* und *Lady Rama Rau* aus einem Zusammenschluß von 20 Ländern die internationale Organisation zur geplanten Elternschaft (IPPF)<sup>8</sup> gegründet. Die im selben Jahr gegründete Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung *Pro Familia* ist eines der 8 Gründungsmitglieder der IPPF (SKRIVER 1986, HEINRICHS 1991).

### 1.3.2 Die Weltbevölkerungskonferenzen

Seit der **ersten Weltbevölkerungskonferenz 1974 in Bukarest** wurde FP unter wechselnden Gesichtspunkten diskutiert. Schreckensszenarien standen im Mittelpunkt, und der Bevölkerungsexplosion wurde die Schuld für die zunehmende Verarmung der Länder der Dritten Welt gegeben (MEADOWS 1972). Die Vertreter der "Dritten Welt" wiesen indes in neuem Selbstbewußtsein darauf hin, die Armut sei durch eine gerechtere Weltwirtschaft und eine gerechtere Verteilung der Ressourcen zu beheben, nicht aber durch Bevölkerungspolitik. "Entwicklung ist das beste Verhütungsmittel" [*Karan Singh*, indischer Gesundheitsminister (WICHTERICH 1994)].

Die **2. Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko Stadt** 1984 fand auf Initiative der Länder der Dritten Welt statt, unter denen sich ein wachsendes Bewußtsein für die Probleme des Bevölkerungswachstums verbreitete. Die Planung des Zugangs zu FP stand im Mittelpunkt. Gemeinsam bestätigte man, daß dies zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen führe (MAHLER 1984, WICHTERICH 1994). Auf der anderen Seite wurden aber auch Stimmen laut mit dem Tenor: Mehr Menschen - mehr Markt und mehr Produktion (SKRIVER 1986, AKAKPO 1991).

Im folgenden Zeitraum entstanden auch in afrikanischen Ländern, die zunächst Bevölkerungswachstum als positiv gewertet hatten, offizielle Positionen zur FP in Hinblick auf das Recht der Eltern, die Zahl der Kinder selbst zu bestimmen einerseits und der Ausgewogenheit der ökonomischen und sozialen Entwicklung andererseits (PICOUET und JONES 1986, ADJEI 1991). Viele Regierungen verließen ihre bisherigen Positionen und entwickelten Strategien und Programme, um FP aktiv zu unterstützen (SADIK 1995).

---

<sup>7</sup>Die Gesetz galt auch in die französischen Kolonien und wurde nach der Unabhängigkeit von den afrikanischen Regierungen zumeist übernommen.

<sup>8</sup>heute sind unter diesem Dachverband 113 nationale Nicht-Regierungsorganisationen zur Förderung der FP zusammengeschlossen. Die erste Satzung enthielt den Grundsatz, daß „Kenntnisse über geplante Elternschaft ein fundamentales Menschenrecht“ seien (HEINRICHS 1991).

Insbesondere die frankophonen Länder Afrikas waren bis Ende der achtziger Jahre der Familienplanung gegenüber sehr zurückhaltend eingestellt<sup>9</sup>. Zudem galt in diesen Ländern noch die französische Gesetzgebung von 1920, die Information über FP verbot (PICOUET und JONES 1986).

Einen Wendepunkt markiert die Afrikanische Bevölkerungskonferenz, die 1984 im Vorfeld der Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko stattfand. 54 afrikanische Staaten verabschiedeten Forderungen, FP im gesundheitlichen Kontext und zur Förderung des Wohlbefindens der Familie zu unterstützen<sup>10</sup>. In den verabschiedeten Programmen stand insbesondere der Aspekt der Verbesserung der Gesundheit durch FP im Mittelpunkt (ADEPOJOJU 1986, African Population Advisory Committee 1990, DACKAM NGATCHOU und SALADIKANDA 1988, SOZI 1988, ISAACS 1991)

Die **3. Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo** stand im Zeichen des Rechtes auf FP und der Emanzipation. Botschaft der Konferenzteilnehmer ist, FP im Rahmen eines breiten Gesundheitsangebots bereitzustellen und die Gleichstellung der Frauen in Bildung, Gesundheit und Ökonomie zu erreichen (JAIN 1995). Wichtig ist nunmehr ein umfassendes Gesundheitsangebot für Frauen und nicht die isolierte Verteilung von Verhütungsmitteln (SADIK 1995). Die reproduktiven Rechte des einzelnen, erstmals 1968 als Menschenrecht formuliert, wurden bestätigt: „Alle Paare und Individuen haben das Recht, frei und verantwortlich über die Anzahl ihrer Kinder und den Abstand zwischen ihnen zu entscheiden“. Konsens war zudem, das Bevölkerungswachstum in Einklang mit der sozioökonomischen Entwicklung und den regenerativen Kapazitäten der natürlichen Umgebung zu bringen (ALCALA 1994, SADIK 1995).

### 1.3.3 Diskussion um FP in Deutschland

Innerhalb der Frauenbewegungen wurden Anfang der achtziger Jahre die FP und Bevölkerungsaktivitäten der Vereinten Nationen scharf kritisiert. Als „lautlose Waffe der Imperialisten“ wurden den Organisationen, die FP-Programme förderten, Zwangssterilisationen vorgeworfen (Anonymus 1989)<sup>11</sup>. Auch die Anfrage der Grünen an den Bundestag 1990 zeigt die kritische Einstellung zur FP<sup>12</sup>.

Bereits drei Jahre vor Kairo wurde das "Förderkonzept Bevölkerungspolitik und Familienplanung" der BRD verabschiedet. FP soll dazu beitragen, in einem ökonomischen, ökologischen und sozialen Kontext die Lebens-

---

<sup>9</sup>Während die englischsprachigen Länder bereits in den fünfziger Jahren mit FP Programmen begannen, wurde das Bevölkerungswachstum durch die frankophonen Länder bis Ende der achtziger Jahre zumeist positiv gewertet. Nur 13% der frankophonen Länder Afrikas sahen ihr Bevölkerungswachstum als zu hoch an, gegenüber 46.7% aller Staaten der Dritten Welt. 1982 hatten von 16 frankophonen Ländern zehn keine Programme zur Bevölkerungsplanung, während vier explizit ein Bevölkerungswachstum für ihr Land förderten.

<sup>10</sup>siehe auch die kamerunische Erklärung Seite 72

<sup>11</sup>In bezug auf Pro Familia, der ebenso unterstellt wird, sich für die Durchsetzung imperialistischer Absichten der USA gebrauchen zu lassen, lehnt HEINRICHS (1991) diese Argumentation entschieden ab. Die Geberleistung der USA pro Kopf der Bevölkerung ist wesentlich geringer als der z. B. Schwedens. Zudem beträgt der Gesamtetat für den Bereich Bevölkerung und Familienplanung nur 0,5% der gesamten Entwicklungshilfe.

<sup>12</sup>Die Antwort der Bundesregierung lautete, daß FP als Recht des Einzelnen auf seine reproduktiven Ziele gefördert wird. Der gesundheitliche Wert der FP wird besonders betont. Zudem kann FP die Lebenssituation der Frauen in Entwicklungs-

bedingungen in den Ländern der Dritten Welt, den Status von Frauen und die Gesundheit von Frauen und Kindern zu verbessern (BMZ 1991).

#### 1.4 Entwicklung der FP im sub-saharanischen Afrika

Die Bevölkerungswachstumsraten im sub-saharanischen Afrika sind mit durchschnittlich 3,2% die höchsten in der Welt. In Lateinamerika liegt die Wachstumsrate bei 2,1% und in Asien bei 1,9%. Während eine Frau in Afrika im Durchschnitt 6,2 Kinder bekommt, liegt in Asien und Lateinamerika die Gesamtfruchtbarkeitsrate<sup>13</sup> unter 4 Kindern. In Asien und Lateinamerika sank die Gesamtfruchtbarkeitsrate stark<sup>14</sup>. Demgegenüber zeigen sich in Afrika nur in wenigen Ländern sinkende Tendenzen. Analysen zeigen, daß der beginnende Rückgang der Fertilität in den Ländern Afrikas sich unter anderen Bedingungen vollzieht, als die historische Entwicklung oder der Vergleich mit Asien erwarten läßt. Maßgeblicher Einfluß wird der Senkung der Kindersterblichkeit zugesprochen<sup>15</sup> (ARNOLD und BLANC 1990, LUCAS 1992, MBACKE 1994, ROSS und FRANKENBERG 1993).

Immerhin zeigt aber der Vergleich der Daten des WFS mit den Daten der DHS<sup>16</sup>-Studien, daß der Anteil der Frauen in Afrika, die keine Kinder mehr möchten, steigt (FRANK 1987). Für den Senegal ergab sich ein Anstieg der verheirateten Frauen im fruchtbaren Alter, die keine Kinder mehr möchten, von 8% auf 17% und für Kenia sogar von 17% auf 49% (UNFPA 1991)<sup>17</sup>. Darüber hinaus wollen viele Frauen die Geburt des nächsten Kindes für längere Zeit hinauszögern. Die DHS-Studien zeigten, daß zwischen 20% und 40% der Frauen zum Zeitpunkt der Befragung nicht schwanger werden möchten. Dennoch wenden viele dieser Frauen keine Verhütungsmittel an<sup>18</sup>. Hieraus wurde von WESTOFF und OCHOA (1991) der Bedarf an Methoden der Kontra-

---

ländern verbessern. Als vierter Punkt wird die Notwendigkeit gesehen, das Bevölkerungswachstum mit der sozialen, ökologischen und ökonomischen Situation in Einklang zu bringen (Deutscher Bundestag 1990).

<sup>13</sup>Zahl der Kinder, die eine Frau bis zum Ende ihrer reproduktiven Zeit haben wird, errechnet aus der kumulativen, altersspezifischen durchschnittlichen Kinderzahl.

<sup>14</sup>In Afrika zeigte sich nur ein Rückgang von 6,6 auf 6,2, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Kinder in Lateinamerika von 5,9 auf 3,6 und in Südasien von 6,1 auf 4,7 fiel.

<sup>15</sup>Eine Verbesserung der ökonomischen Situation zeigte sich historisch verknüpft mit dem Rückgang der Fertilität. Als weiterer entscheidender Punkt zeigte sich auch das Ausmaß der nationalen Aktivität in FP-Projekten. Die Aktivität im Bereich der FP wird aber z.B. für Kenia als eher moderat eingestuft (MAULDIN und BERELSON 1978, CALDWELL et al. 1992).

MÜNZ und ULRICH (1994) führen 3 Voraussetzungen an für den Rückgang der Fruchtbarkeit: Bewußtheit der Beeinflussbarkeit auf die Zahl der Kinder, ökonomische Vorteile bei Begrenzung der Familiengröße und Zugang zu adäquaten Methoden der Fruchtbarkeitsregulierung.

<sup>16</sup>WFS World Fertility Survey um 1984, DHS Demographic and Health Survey seit 1987

<sup>17</sup>Die Zahlen müssen jedoch kritisch gesehen werden, da ein großer Teil der Frauen keine genaue Vorstellung über die gewünschte Kinderzahl hat, und ungefähr ein Drittel der Frauen antwortet, daß dieses in Gottes Händen liegt (BONGAARDS 1990).

<sup>18</sup>Während der World Fertility Survey zeigte, daß in Asien zu mindestens 43% der Frauen, die keine Kinder mehr möchten, Verhütungsmittel anwenden und in Lateinamerika 57%, lag die Zahl der Frauen, die Kontrazeptiva anwenden, in Afrika nur bei 23% (LIGHTBOURNE und MACDONALD 1982). In den DHS Studien Ende der achtziger Jahre zeigten sich günstigere Werte. In Afrika wendeten 36% der Frauen, die keine Kinder mehr wünschten, Verhütungsmittel an, in Asien 87% und in Lateinamerika 71%.

zeption errechnet. Dieser sogenannte ungedeckte Bedarf<sup>19</sup> an Verhütungsmitteln liegt in Afrika zwischen 25% und 65% (WESTHOFF 1991)<sup>20</sup>.

Trotz dieses potentiellen Bedarfs an Methoden der Kontrazeption ist gerade im frankophonen Afrika der Prozentsatz der Frauen, die moderne Verhütungsmittel anwenden, sehr gering<sup>21</sup>. Während in Südasien 40% der Frauen Kontrazeptiva nutzen<sup>22</sup>, 60% in Lateinamerika und 70% in Ostasien, liegt die Rate im subsaharanischen Afrika um 5%<sup>23</sup> (UNFPA 1991). Ausnahmen bilden Simbabwe mit einer Anwendungsrate von 36% und Botswana mit 32%. Simbabwe gilt als sehr positives Beispiel für die afrikanischen FP-Programme und kann auf eine längere Tradition zurückblicken als andere afrikanische Staaten. Eine Mittelstellung nimmt Kenia mit einer Rate von 18% ein. In den frankophonen Ländern Burundi, Mali, Senegal und Togo fanden sich Ende der achtziger Jahre Anwendungsdaten zwischen 3,1% und 1,2% der verheirateten Frauen (RUTENBERG 1991). Für Kamerun zeigte die letzte DHS-Studie 1991, daß 4,3% der verheirateten Frauen moderne Methoden nutzen (BALÉPA et al. 1992).

Die niedrige Anwendungsrate von Verhütungsmethoden trotz des Wunsches der Frauen, eine Schwangerschaft zu verhüten wurde als KAP-Gap bezeichnet<sup>24</sup>. Dieser wurde zum Anlaß genommen, die Erreichbarkeit von FP-Diensten zu verbessern. BONGAARTS und BRUCE (1995) diskutierten in diesem Zusammenhang die materiellen und psychosozialen Kosten<sup>25</sup> für die Frauen bei Anwendung von modernen Methoden. Von BRUCE (1990) wurde die Qualität der FP-Dienste als ein Aspekt der Akzeptanz oder Ablehnung von Verhütungsmethoden hervorgehoben. (DIXON-MUELLER und GERMAIN 1992, BONGAARTS und BRUCE 1995.) ADJEI<sup>26</sup> (1991) nennt vier Faktoren als Erklärung für den KAP-Gap: Die pronatalistische Einstellung der afrikanischen Gesellschaft, historisch geringe Unterstützung durch die Regierungen, Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von FP-Diensten und die Qualität der Dienste.

---

<sup>19</sup>Errechnet wird der ungedeckte Bedarf aus der Gruppe der fruchtbaren, verheirateten Frauen mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr, die keine Verhütungsmethode anwenden und keine Kinder mehr möchten oder die Geburt des nächsten Kindes um zwei oder mehr Jahre hinauszögern wollen. WESTHOFF führte 1988 ein neues Konzept in die Errechnung ein, indem er auch ungewollt schwangere und stillende Mütter mit einschloß. Erfaßt wird dieser Bedarf auch durch die Frage, wie viele Kinder gewünscht sind. Diskutiert werden die Rechnungen unter verschiedensten Gesichtspunkten. So sehen BONGAARTS (1990) und CLELAND (1973) verschiedene Einflüsse, die auf die von den Frauen genannte gewünschte Kinderzahl wirken, wie die Angleichung an die tatsächliche Zahl oder die häufigen, nicht-numerischen Angaben der Frauen: "das bestimmt Gott."

<sup>20</sup>Die Berechnung des tatsächlichen Bedarfs an Verhütungsmitteln ist umstritten, da unverheiratete Frauen und Jugendliche<sup>20</sup> nicht mit einbezogen werden (DIXON-MUELLER und GERMAIN 1992).

<sup>21</sup>Die im Rahmen der DHS-Studie befragten Frauen nannten als Gründe für die Nicht-Anwendung in erster Linie mangelndes Wissen (36% der befragten Frauen mit einem ungedeckten Bedarf) und gesundheitliche Gründe (13%). Daneben haben auch die negative Einstellung des Ehemanns und die Religion einen Einfluß. Nur 5% der befragten Frauen nennen die mangelnde Erreichbarkeit als Grund für die Nicht-Anwendung (BONGAARTS und BRUCE 1995). Von 6% der Frauen wird die Angst vor Nebenwirkungen oder negativen gesundheitlichen Konsequenzen und von ungefähr 10% soziokulturelle oder religiöse Barrieren genannt. In Liberia und Kenia wurde zudem die mangelnde Zugänglichkeit von 12% der Frauen als Grund angegeben. (CHIEH-JOHNSON et al. 1988, LESETEDI et al. 1989, NDIAYE et al. 1986, TRAORÉ et al. 1987, DHS Kenia 1993)

<sup>22</sup>CRP (Contraceptive Prevalence Rate): Anteil der verheirateten Frauen im Alter von 15-49, die zum Zeitpunkt der Erhebung Verhütung betreiben.

<sup>23</sup>hier meist traditionelle Methoden

<sup>24</sup>Sie meint den in KAP-(Knowledge, Attitude and Practice) Studien ermittelten Unterschied zwischen dem Wunsch der Frau, keine weiteren Kinder zu bekommen und der tatsächlichen Anwendung von Methoden der Kontrazeption.

<sup>25</sup>Kosten für Methoden, Dienstleistung, Transport, Zeitausfall, Gesundheit sowie psychische und soziale Kosten

<sup>26</sup>ADJEI (1991) definiert den KAP-gap als Differenz zwischen dem Wissensstand der Bevölkerung über moderne Methoden und der Anwendungsrate

### 1.4.1 Soziokulturelle Faktoren

Der kulturelle, ethnische und religiöse Hintergrund, der diesen Unterschied der Fertilität zwischen Lateinamerika, Asien und Afrika in der Akzeptanz von FP erklären könnte, war Gegenstand einer Vielzahl von Untersuchungen. Die hohe Fertilitätsrate wurde durch die pronatalistische Gesellschaftsstruktur von vielen Autoren erklärt. Das Ansehen von Frauen und Männern sei von der Zahl ihrer Kinder abhängig, vor allem von der Zahl der Söhne (CALDWELL 1975, AKELLO 1983, FRANK 1987, NAZZAR et al. 1995, STANDING und NISEKKA 1989).

Mit entscheidende Faktoren dürften autochthone, im sub-saharanischen Afrika tradierte Vorstellungen sein, die Geburt und Tod in einem zyklischen, dem Willen der Ahnen unterworfenen Zusammenhang sehen. In vielen Kulturen Afrikas sah man in den Kindern wiedergeborene Ahnen (CALDWELL und CALDWELL 1990, CALDWELL et al. 1992)<sup>27</sup>. „Der vordringlichste Grund, Kinder zu haben, war, daß immer ein lebender Nachkomme an den Verstorbenen erinnern und den Gegangenen ehren sollten“ (MOLNOS 1973)<sup>28</sup>.

Nach VAN DE WALLE (1985) waren ökonomische Gründe für die Limitierung der Kinderzahl für die afrikanische Familie nicht bedeutsam. CALDWELL (1988) geht soweit zu sagen, daß: „selbst wenn die Kinder anfangen, eine ökonomische Belastung und keine Hilfe mehr zu sein, sie dennoch keine Belastung für ihre Väter sind.“ Zudem lebt in einigen Gegenden in Westafrika ein Drittel der Kinder nicht bei den biologischen Eltern (in Kamerun nach Schätzungen zwischen 13% und 24%) (VAN de WALLE et al. 1992, CASTLE 1995, DASPUPTA 1995).

Trotz des Wunsches nach vielen Kindern sind Praktiken, den Abstand zwischen den Geburten zu verlängern, weit verbreitet. Neben langen Stillzeiten wird die Abstinenz post partum weit verbreitet genutzt. Längere Geburtenabstände gelten als Vorteil für die Gesundheit der Mutter und der Kinder, zudem ist der negative Effekt auf die Muttermilch bei Eintritt einer neuen Schwangerschaft bekannt. Die Bezeichnung 'Kwashiorkor' für die Proteinmangelkrankheit kommt aus Ghana und meint das verdrängte Kind, also das zu rasch, nach einem zu kurzen Geburtsintervall geborene Kind (FRANK 1987, MBACKE 1994 ). In einigen Gesellschaften wird das Nicht-Einhalten dieser Abstände sogar sozial sanktioniert (ACSADI et al. 1990, FRANK 1987).

Änderungen in der sozialen Struktur lassen die Möglichkeiten dieser traditionellen Gewohnheiten der Geburtenkontrolle schwinden. Vor allem die Akzeptanz der Abstinenz post partum ist in den Städten zurückgegangen. Die Kinder werden immer häufiger mit künstlicher Milch ernährt und die Tradition des langen Stillens geht zurück (FRANK 1987, CALDWELL et al. 1992). Hieraus ergibt sich nach ACSADI et al. (1990) ein Bedarf an modernen Mitteln der Kontrazeption. CALDWELL und CALDWELL (1988) bestätigten: „Der häufig-

---

<sup>27</sup>Die Mossi z. B., die im heutigen Burkina Faso leben, glauben, daß jedes Kind, welches geboren wird, bereits in einer anderen Welt lebte. Er wird durch die Geburt eingeladen, sich diesen Ort anzuschauen. Stirbt nun dieses Kind, hat die Mutter der anderen Welt das Kind zurückgenommen, weil man sich nicht gut genug um dieses Lebewesen gekümmert hatte, was ein Versagen der leiblichen Mutter bedeutet (BONNET 1981-82).

<sup>28</sup>Auch wenn die Bevölkerung Afrikas heute zum größten Teil christianisiert oder islamisiert ist, spielen die alten Glaubensvorstellungen heute noch eine große Rolle (ROSNY 1994, CALDWELL 1990).

ste Grund in vielen Regionen, Verhütungsmittel anzuwenden, ist der, daß er die Abstinenz ersetzt. Wo dieser Ersatz praktiziert wird, wird die Fruchtbarkeit nicht sinken sondern evt. steigen“. FERGUSON (1992) konnte in seiner Studie in zwei Gebieten in Kenia diesen Effekt zeigen. In beiden Gebieten lag die Fruchtbarkeit auf gleicher Höhe, trotz unterschiedlicher Anwendungsraten von modernen Methoden. Auch in Zimbabwe zeigt sich durch die Diskrepanz zwischen hoher Anwendungsrate an Verhütungsmitteln und weiterhin hoher Fertilität dieser Zusammenhang. 29% der Anwendungsrate überschneidet sich mit der Amenorrhoe post partum (ADAMCHAK und MBIZVO 1990).

Studien der letzten Jahren zeigen jedoch, daß sich die traditionellen Werte ändern. Bei steigender Bildung und vor allem in den Städten verringert sich die gewünschte Kinderzahl zwischen 0,3 und 1,5 Kinder pro Frau (WESTOFF 1991)<sup>29</sup>. Es gibt jedoch auch Länder wie Bangladesch oder der Bundesstaat Kerala in Indien, die sinkende Kinderzahlen durch ihre FP-Programme ohne steigende Bildung erreichen konnten. BONGAARTS und BRUCE (1995) konnten in ihrer Analyse zeigen, daß der Bedarf an Verhütungsmitteln mit dem Grad der Entwicklung eines Landes steigt.

### 1.4.2 Strukturelle Gründe

Analysen konnten immer wieder die Bedeutung von FP-Programmen der Regierungen auf die Akzeptanz von Verhütungsmethoden und die Fertilität zeigen (MAULDIN und BERELSON 1978, MAULDIN et al. 1995, FREEDMANN und BERELSON 1976, LAPHAM und MAULDIN 1985, CLELAND 1973, MAULDIN und ROSS 1991). Wie HERMALIN (1985) beschreibt, beeinflußt die Programmstruktur und die sozioökonomische Entwicklung eines Landes die Fertilität.

FP-Programme wurden in den meisten Ländern Afrikas erst in den letzten Jahren begonnen. Auf eine lange Tradition können lediglich Kenia, Zimbabwe und Botswana<sup>30</sup> zurücksehen. Auch dort, wo FP von der Regierung unterstützt wurde, hat sich die afrikanische Führungselite nie so engagiert wie die Führer in Asien. Darüber hinaus wurde von ihnen noch bis in die achtziger Jahre die Meinung vertreten, daß FP ein neo-kolonialistisches Mittel sei, um die schwarze Bevölkerung zu dezimieren (CALDWELL UND CALDWELL 1988).

Erst Ende der achtziger Jahre wurde den Regierungen im sub-saharanischen Afrika das Wachstum ihrer Bevölkerung zunehmend bewußt. Sie sahen nunmehr im Wachstum der Bevölkerung ein Problem, daß die soziale und ökonomische Entwicklung der Länder negativ beeinflußte. Auch der gesundheitliche Aspekt der FP wurde mehr und mehr beachtet (SAMBA 1992, DACKAM NGATSCHOU und SALA-DIAKANDA 1988, BOUZIDI 1990). Auf der dritten afrikanischen Bevölkerungskonferenz für Bevölkerung, Familie und nachhaltige Entwicklung 1992 wurde von den Regierungen Unterstützung bekundet, das Bevölkerungswachstum auf 2,5% im Jahr 2000 zu reduzieren (UNFPA 1992).

---

<sup>29</sup>So liegt in Kamerun in den Städten Douala und Yaounde die gewünschte Kinderzahl bei 4,9. Gegenüber Frauen ohne Schulausbildung, die noch 8,8 Kinder wünschen, liegt dies bei einer weiterführenden Schulbildung bei 4,8 Kindern (BALÉPA et al. 1991).

<sup>30</sup>Ländern, in denen die Fertilitätsrate sinkt (CALDWELL et al. 1992).

Differenzen im Wissensstand und den Anwendungsraten zwischen anglophonen und frankophonen Ländern zeigen die Bedeutung der Unterstützung von FP-Diensten durch die Regierungen. Der Kenntnisstand über moderne Kontrazeptiva liegt in den englischsprachigen Ländern südlich der Sahara zwischen 68% in Liberia und 97,8% in Zimbabwe und in den frankophonen zwischen 28,6% in Mali und 81,4% in Togo<sup>31</sup> (RUTENBERG et al. 1991).

Analog zum Wissensstand über moderne Verhütungsmittel unterscheidet sich auch die Rate von Frauen, die bereits einmal moderne Verhütungsmittel angewandt haben. Die Zahlen liegen in den englischsprachigen Ländern zwischen 7% in Uganda und 63% in Zimbabwe und in den frankophonen Ländern zwischen 2,3% in Burundi und 10,1% in Togo (RUTENBERG et al. 1991).

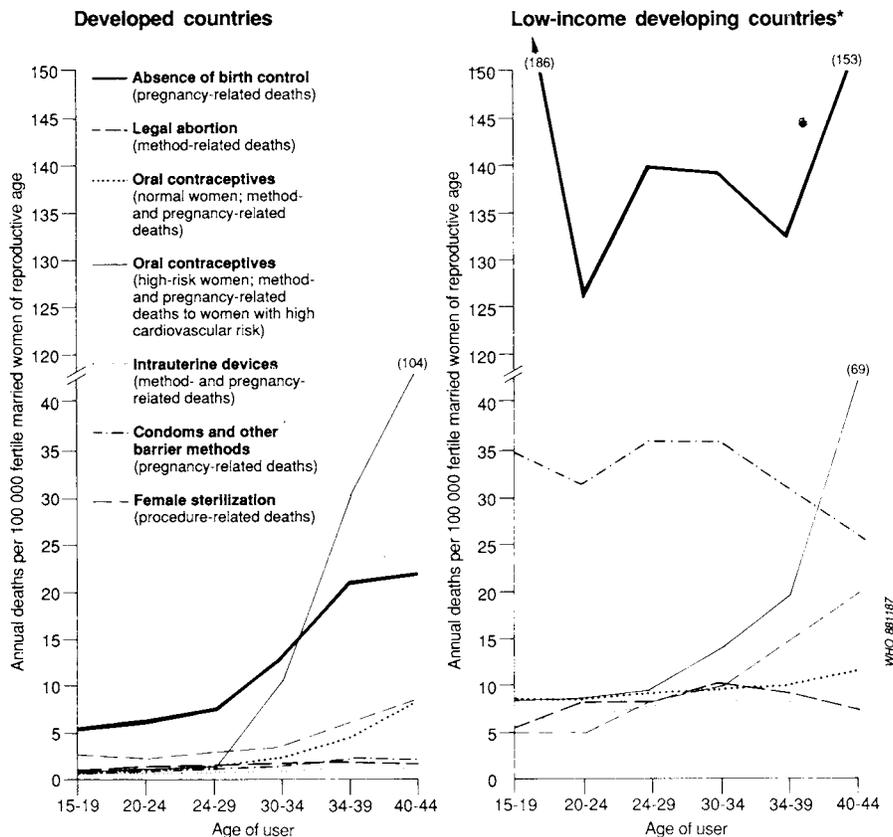
---

<sup>31</sup>Das Wissen über moderne Verhütungsmittel ist unabhängig vom Alter und der Zahl der Kinder, aber insbesondere in Afrika südlich der Sahara höher im städtischen Bereich und bei höherer Bildung (RUTENBERG et al. 1991, MCGINN 1989).

## 2 Die verschiedenen Verhütungsmethoden

Die verschiedenen Verhütungsmittel verdienen im Zusammenhang mit der Verschreibung in den Ländern der Dritten Welt eine besondere Risikobewertung. Die natürlichen Methoden, da sie keine methodenspezifischen Nebenwirkungen haben, gelten für die industrialisierten Länder als die medizinisch ungefährlichste Methode.

**Abb. 2:** Geschätzte jährliche Todesrate aufgrund von Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Nutzung der Verhütungsmethoden und ungewollte Schwangerschaften durch Versagen der Methoden (aus ROYSTON und ARMSTRONG 1989 p206).



\* Länder mit einem Bruttosozialprodukt unter 410 US\$ und mit einer Müttersterblichkeit von 350 auf 100 000 Lebendgeburten.

Für die Länder der Dritten Welt jedoch sind sie aufgrund der hohen Versagerquoten die gesundheitlich bedenklichsten, da eine ungewollte Schwangerschaft für die Frauen ein hohes Gesundheitsrisiko darstellt. Selbst eine Frau, die ein hohes Risiko trägt, raucht und über 40 Jahre als ist, hat ein Drittel des Sterblichkeitsrisiko im Vergleich zum Risiko einer ungewollten Schwangerschaft (ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

**Tab. 1: Versagensquote der Verhütungsmethoden (Pearl-Index)<sup>32</sup>**

	theoretisch	tatsächlich
Pille	0,5	1-8
Injizierbare	0,25	1
Spirale	1-3	1-5
Kondom	1-2	3-15
Spermizide	3-5	10-25
Norplant	0,3	0,3
natürliche Methoden	2-5	10-30
Sterilisation	0,05	0,2-1

Quelle: WHO 1989b

Selbst unter dieser Risikobewertung bleiben jedoch die gleichen absoluten Kontraindikationen bei der Verschreibung der Pille bestehen, wie sie in den industrialisierten Ländern gelten. Auch hier wurden in den letzten Jahren Diskussionen geführt, inwieweit einigen Kontraindikationen bei den niedrig dosierten oralen Verhütungsmethoden noch beachtet werden sollten.

## **2.1 Risikobewertung der verschiedenen Methoden**

### **2.1.1 Die Pille**

In den FP-Zentren in Kamerun werden verschiedene **orale Ovulationshemmer** angeboten, welche alle 100 CFA (ca. 30 Pfennig) kosten. Das am häufigsten verwendete orale Kontrazeptivum ist Lofemenal®, ein niedrig dosiertes Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparat. Daneben gibt es eine reine Gestagenpille, Ovrette®, und verschiedene andere, darunter auch Stufenpräparate.

Die kontrazeptive Wirkung setzt am physiologischen Ablauf der Eireifung und des Eisprungs an. Die kontrazeptive Sicherheit kommt bei den niedrig-dosierten Präparaten vor allem durch die Kombination von Östrogenen und Gestagenen zustande. Neben dem ovulationshemmenden Effekt wird der Zervixschleim verändert, der Transport durch die Tube gestört und das Endometrium nur suboptimal aufgebaut.

Reine Gestagenpräparate, die auf oralem oder parenteralem Weg genommen werden können, wirken, abgesehen von Depot-Medroxyprogesteron-Acetat (Depo-Provera®), nicht durch eine Ovulationshemmung. Es kommt zum Verlust bzw. zur Herabsetzung der Spinnbarkeit, zur Erhöhung der Viskosität und zur Verringerung

---

<sup>32</sup> Die Angaben zur Sicherheit der verschiedenen Verhütungsmittel basieren auf dem Pearl-Index, der als Rate an ungewollten Schwangerschaften auf 100 Frauenjahre ausgedrückt wird. Große Unterschiede bestehen zum Teil in den tatsächlichen Versagensquoten, in Abhängigkeit von der Motivation und der soziokulturellen Umgebung. Günstige Werte erhält man nur, wenn an die Compliance der Frauen hohe Ansprüche gestellt werden und Schwangerschaften bei vorübergehendem Absetzen der Medikation nicht mitgezählt werden (HAMMERSTEIN 1984). So zeigte sich zum Beispiel, daß die Pille eine niedrigere Versagensquote aufwies wenn Frauen sie zum Limitieren der Kinderzahl nutzten, als um den Abstand

berung der Menge des Zervixschleimes (TAUBERT und KUHL 1995, TEICHMANN 1996). Bei einer Dauerbehandlung mit Depot-Präparaten kann die Blutung durch eine gestageninduzierte Endometriumatrophie ausbleiben (WHO 1990).

### **Nebenwirkungen und Kontraindikationen der oralen Kontrazeptiva**

Bei der Verschreibung der oralen Kontrazeptiva sind eine Reihe von Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu beachten. Ein **erhöhter Blutdruck** gilt allgemein als Kontraindikation. Eine kombinierte Einnahme eines Östrogen-Gestagengemisches bei gesunden Frauen bewirkt keine oder nur eine geringe Erhöhung des Blutdruckes<sup>33</sup> (TAUBERT und KUHL 1995). Anders verhält es sich jedoch bei einer Neigung zu erhöhten Blutdruckwerten. In den achtziger Jahren war dieser Zusammenhang Gegenstand verschiedener Studien. So entwickelten nach KANNAL (1979) 2,6 mal so viele Anwenderinnen der Pille eine Hypertonie wie Nichtanwenderinnen bei entsprechender Disposition. Obgleich die Hypertonie klassisch zu den Kontraindikationen für die Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva gehört, können niedrig dosierte- und Gestagenpräparate bei leichten Hypertonien bis 160/95 nach TEICHMANN (1996) genommen werden. Auch TAUBERT und KUHL (1995) sehen eine gut eingestellte Hypertonie nicht als Kontraindikation, sofern die Patientin sorgfältig überwacht wird.

Wichtig sind auch die Veränderungen auf die Blutgerinnung<sup>34</sup>. Die Häufigkeit einer tiefen **Beinvenenthrombose** korreliert positiv mit der Östrogendosis (DRIFE 1989, BONNAR 1987, GERSTMAN et al. 1991, MEADE 1982). Untersuchungen zeigten, daß das Risiko einer tiefen Beinvenenthrombose unter Anwenderinnen von Präparaten mit einer Östrogendosis von 50µg um das siebenfache erhöht ist (TAUBERT und KUHL 1995). Die Gefahr einer tiefen thromboembolischen Erkrankung läßt sich durch Nutzung der neueren, niedrig dosierten Präparate eindeutig verringern (GERSTMAN et al. 1991)<sup>35</sup>.

In älteren Studien wurde das relative Risiko einer thromboembolischen Komplikation auf zwischen 11:1 und 2:1 mit einem absoluten Risiko von zwischen 3-6 auf 10.000 Anwenderinnen beziffert (DRIFE 1989). Neuere Studien mit niedrig dosierten Kombinationspräparate zeigen ein wesentlich geringeres Risiko von unter 5 auf 100.000 (JICK et al. 1995). Eine Studie der WHO (1995) errechnet unter 1143 Anwenderinnen der Pille in einer Fall-Kontroll-Studie ein erhöhtes Risiko mit einer Odds Ratio von 4,15 in Europa und 3,25 in Entwicklungsländern. Eine Thrombose in der Anamnese, die nicht durch eine Immobilisierung hinreichend geklärt werden konnte, gilt somit als Kontraindikation, nicht jedoch eine oberflächliche oder eine Varikosis (TEICHMANN 1996, RABE 1990, DIETZ und BRANDRUP-LUKANOW 1993).

---

zwischen zwei Geburten zu verlängern. In Entwicklungsländern bietet die Spirale oft eine höhere Sicherheit als die Pille, während dies in Industrienationen umgekehrt ist (SIVIN 1979, MORENO und GOLDMAN 1991, JEJEEBHOY 1991).

<sup>33</sup>Untersuchungen zeigten eine Erhöhung des systolischen Wertes von durchschnittlich 5mmHg und diastolisch 2-3mmHg, wodurch meist aber keine pathologischen Werte erreicht werden.

<sup>34</sup>Kombinationspräparate fördern das Gerinnungspotential, den Verbrauch von Faktoren der Gerinnung, die Fibrinolyse und die Bildung von Thromben und bewirken zudem eine Verlangsamung des Blutflusses und Veränderung der Fließeigenschaften und der Funktion der Venenwand. Dadurch wird die Entstehung einer Thrombose begünstigt (TEICHMANN 1996, KANNEL 1979).

<sup>35</sup>Aber auch die Gestagene sind verantwortlich für die reologischen Unterschiede verschiedener Präparate (ERNST et al. 1989). JICK et al. (1995) konnte für Präparate, in denen Gestagene der Dritten Generation Anwendung fanden, ein erhöhtes Risiko für tiefe thrombo-embolische Komplikationen aufzeigen.

Östrogene und Gestagene können auf den **Glukosestoffwechsel** wirken. KANNEL (1979) spricht noch von 15-20% pathologischen Werten, während nach TEICHMANN (1996) bei niedrig dosierten Ovulationshemmern eine Verschlechterung der Glukosetoleranz kaum noch meßbar ist und bei manifestem Diabetes durch Anpassung der Insulindosis kompensiert werden kann. Bei der niedrigen Prävalenz des Diabetes ist diese Kontraindikation für die meisten Länder der Dritten Welt wenig relevant.

Inwieweit es zu einer **Arteriosklerose** und damit unter Umständen zu einem **Herzinfarkt** unter Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva kommen kann, ist umstritten. Nach VESSEY (1977) ist die Anwendung von oralen Kontrazeptiva mit einem erhöhten Risiko für einen Tod aus kardiovaskulären Gründen verbunden<sup>36</sup>. Nach CROFT und HANNAFORD (1989) erhöht sich das Herzinfarktrisiko bei Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva nur beim gleichzeitigen Zigarettengebrauch. Ein Infarkt in der Anamnese gilt als absolute Kontraindikation.

**Nikotinabusus** ab 35 Jahren ist eine Kontraindikation für die Einnahme von oralen Kontrazeptiva. Der Nikotinabusus korreliert positiv mit den arteriellen und venösen Komplikationen (Myokardinfarkt, Subarachnoidalblutung und hämorrhagischer Insult) unter Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva und erhöht somit das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (DRIFE 1989)<sup>37</sup>.

Im allgemeinen wird eine **Altersgrenze von 35** angenommen, oberhalb derer bei Zigarettengebrauch die Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva nicht mehr vertretbar ist. Von Teichmann (1996) wird aber vielmehr die Dauer und Intensität der Einwirkung der Noxe betont, so daß auch unterhalb dieser Altersgrenze unvermeidbare Risiken auftreten können.

Die bedeutendste unerwünschte, aber harmlose Nebenwirkung unter der Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva ist die **Blutungsstörung**. Es treten geringe Schmierblutungen aber auch Durchbruchblutungen auf, deren Häufigkeit aber bei längerer Einnahme auf unter 10% abnimmt (DROEGEMUELLER et al. 1989, TAUBERT und KUHLE 1995). Bei den niedrig-dosierten Ovulationshemmern treten Blutungsstörungen häufiger auf (PRESTON 1972, EDGREEN 1989). Eine Amenorrhoe tritt bei ungefähr 3% der Anwenderinnen im ersten Jahr auf (HILLARD 1989).

Bekannt ist eine erhöhte Rate an **genitalen Infektionen** (vor allem Mykosen und Chlamydien), während die Inzidenz von endometrialen, tubaren und pelvinen Infektionen etwa halbiert ist. Der Effekt der niedrigeren Rate an Infektionen der inneren Geschlechtsorgane könnte unter Umständen durch den zäheren Zervixschleim bedingt sein, der für Bakterien weniger leicht penetrierbar ist (DRIFE 1989, TAUBERT und KUHLE 1995)<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup>Bei näherer Aufschlüsselung zeigt sich jedoch, daß in der Gruppe der von ihm observierten Todesfälle viele Raucherinnen waren.

<sup>37</sup>Nach einer Studie von CROFT und HANNAFORD (1989) liegt das relative Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, bei Frauen, die die Pille nehmen und rauchen, bei 20,8, während sich das Risiko nur durch die Einnahme von Hormonen nicht erhöht.

<sup>38</sup>Eine Studie von ARAL (1987) zeigt jedoch eine leicht höhere Sterilitätsrate im Vergleich von Anwenderinnen des IUD zu Anwenderinnen der Pille, die den Schutz vor Infektionen in Zweifel zieht. Auch NSOFOR et al. (1990) konnten bei Untersuchungen in einer FP-Klinik in Nigeria eine höhere Inzidenz an Mykoplasmen im Zervikalabstrich bei Frauen, die die

**Kopfschmerzen** als Nebenwirkung der oralen Kontrazeptiva ließen sich nicht bestätigen (GOLDZIEHER 1971, TAUBERT und KUHL 1995). Demgegenüber ist eine erstmalig während der Einnahme von Ovulationshemmern aufgetretene Migräne ein Hinweis auf drohende zerebrovaskuläre Komplikationen und sollte somit zum Absetzen führen (TEICHMANN 1996, DIETZ und BRANDRUP-LUKANOW). Bereits in den siebziger Jahren war die Problematik der Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Gewichtszunahme Gegenstand verschiedener Untersuchungen. Nach einer älteren Studie von PRESTON (1972) kommen die Nebenwirkungen bei Einnahme der niedrig-dosierten Präparate seltener vor. Auch AZNAR-RAMOS et al. (1969) zeigte in einer Studie mit Placebos, daß die Nebenwirkungen wie herabgesetzte Libido, Kopfschmerzen, Müdigkeit u. a. unter mit Placebos statt Hormonen behandelten Frauen ebenso häufig auftreten, wie sie in der Literatur bei Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva beschrieben werden.

Eine weitere Nebenwirkung, die mit der Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva in Zusammenhang gebracht wird, ist die **Gewichtszunahme**.<sup>39</sup> Etwa 10% der Frauen nehmen in den ersten Monaten nach Beginn der Einnahme von Ovulationshemmern um 3kg oder mehr zu. Es ist jedoch nicht geklärt, ob diese Gewichtszunahme tatsächlich durch Hormone bedingt ist oder ob andere Faktoren entscheidend sind (TAUBERT und KUHL 1995). GOLDZIEHER et al. (1971) konnte in einer Placebo-kontrollierten Doppel-Blind-Studie jedoch nachweisen, daß eine Gewichtszunahme in der mit Placebo behandelten Gruppe sogar häufiger zu beobachten war. TAUBERT und KUHL (1995) gehen davon aus, daß, abgesehen von wenigen Fällen einer individuellen Disposition zu Ödemen, die Gewichtszunahme durch eine nennenswerte Steigerung des Appetits und eine erhöhte Kalorienzufuhr zustande kommt.

Einige Studien verneinten eine Erhöhung der **Mehrlingschwangerschaften** bei Anwendung von hormonaler Kontrazeption, während andere eine Erhöhung der Anzahl monozygoter Zwillinge innerhalb einiger Monate nach Absetzen der Pille ermitteln konnten (BRACKEN 1979, ROTHMAN 1977). Insgesamt ließ sich die Vermutung, daß es nach Absetzen der Pille vermehrt zu Mehrlingen kommt, weder klar bestätigen noch widerlegen. Auch konnte nicht bestätigt werden, daß es bei unter Einnahme von oralen Kontrazeptiva eingetretenen Schwangerschaften zu einer erhöhten Rate an Fehlbildungen kommt. (TAUBERT und KUHL 1995).

### **Ovulationshemmer und Neoplasien**

Obwohl zahlreiche Studien vorliegen, die klar zeigen, daß auch eine langjährige Einnahme von oralen Kontrazeptiva nicht zu einer Steigerung des Krebsrisikos führt, ist die Angst unter der Bevölkerung immer noch hoch. Die Furcht vor negativen Konsequenzen bei der Einnahme von Ovulationshemmern ist unter den Anwenderinnen weit verbreitet, und ungefähr ein Viertel der Frauen nennt Krebs als potentiell Risiko (HILLARD 1989).

---

Pille nahmen im Gegensatz zu IUD-Anwenderinnen, feststellen. Da bei Anwenderinnen der Pille eine erhöhte Inzidenz an HIV-positiven Frauen gefunden wurde, wurde auch ein begünstigender Effekt diskutiert, der aber nach AMSTEY (1990) durch das Nichtanwenden von Kondomen als Infektionsschutz unter diesen Frauen zustande kommt.

Jahrelang war insbesondere die Frage, ob sich unter Einnahme von hormonalen Kontrazeptiva das Brustkrebsrisiko erhöht, Anlaß zu Kontroversen. Insgesamt läßt sich nach TEICHMANN (1996) bisher in keiner Kohortenstudie eine positive Relation zwischen Inzidenz des Mammakarzinoms und Einnahme von oralen Kontrazeptiva aufzeigen (HAMMERSTEIN 1987, ETREBY et al. 1979, KIRK 1979).

Nach Studien von HANKINSON et al. (1992) und HAMMERSTEIN (1987) kann die Rate an bösartigen Ovarialtumoren durch die Einnahme von oralen Kontrazeptiva um etwa die Hälfte gesenkt werden. Der Schutzeffekt korreliert mit der Einnahmedauer und bleibt auch über diesen Zeitraum erhalten (TAUBERT und KUHL 1995, HUGGINS und ZUCKER 1987). Für die neueren niedrig-dosierten oralen Kontrazeptiva ist dieser protektive Effekt jedoch noch nicht nachgewiesen (GOLDZIEHER 1994).

Das Zervixkarzinom ist das häufigste Karzinom der Genitalorgane, insbesondere in Entwicklungsländern. Für dieses gilt, daß sich in der Gruppe der Anwenderinnen von hormonellen Kontrazeptiva gehäuft Zervixkarzinome finden lassen (VESSEY et al. 1982, HUGGINS und ZUCKER 1987). Das Risiko scheint um so höher, je länger orale Kontrazeptiva angewendet werden. Dennoch werden diese Ergebnisse in Zweifel gezogen, da das Auftreten des Zervixkarzinoms stark vom Sexualverhalten und sexuell übertragbaren Erkrankungen abhängt. Frauen, die die Pille nehmen, weisen ein aktiveres Sexualleben auf. Die erhöhte Inzidenz könnte aber auch auf den Umstand zurückzuführen sein, daß sich in dieser Gruppe vermehrt Raucherinnen und Trägerinnen genitaler Infektionen mit den humanen Papillomaviren finden, zwei Einflußfaktoren, die ätiologisch von Bedeutung für die Entstehung des Zervixkarzinoms sind (SIVIN 1979, TAUBERT und KUHL 1995). Im Prinzip können Zervixkarzinome durch die regelmäßige Krebsvorsorge frühzeitig entdeckt werden und damit die manifesten Erkrankungen häufig verhindert werden (TEICHMANN 1996). Diese Vorsorgeuntersuchung ist jedoch in den FP-Diensten in den meisten Entwicklungsländern aus finanziellen Gründen nicht durchführbar.

Sehr selten sind Leberzellkarzinome. Alkoholismus, Hepatitiden und toxische Substanzen gelten als wesentliche Risikofaktoren. Die Inzidenz läßt sich in Populationen mit niedriger Inzidenz durch hormonelle Kontrazeptiva steigern, nach Studien jedoch nicht in Populationen mit hoher Inzidenz (TEICHMANN 1996, HUGGINS und ZUCKER 1987, KENYA 1990).

Wichtig bei Anwendung von oralen Verhütungsmitteln ist die Interaktion mit anderen Arzneimitteln. Besondere Relevanz für Entwicklungsländer haben Tuberkulostatika und Malariamittel. Bekannt ist, daß Rifampicin über eine Enzyminduktion am Cytochrom P450 die Wirkung hormoneller Kontrazeptiva herabsetzt (TEICHMANN 1996). Außer Rifampicin wird die Wirksamkeit durch andere Tuberkulostatika, Ampicillin, Malariamittel oder Metronidazol nicht beeinflusst (JOSHI et al. 1980a, JOSHI et al. 1980b, BACK et al. 1980).

### **2.1.2 Gestagenpräparate**

Gestagenpräparate stehen in oraler Form als sogenannte Minipille, in Depotform Noristerat® (Noritheronenanthat) und Depo-Provera® (Depot-Medroxyprogesteron) und als Implantat, dem Norplant®, (Levonorgestrel) zur Verfügung.

Das Noristerat® wird alle zwei Monate injiziert, das Depo-Provera® alle drei Monate und das Implantat Norplant® hat eine Wirkungszeit von bis zu fünf Jahren.

Die oralen Gestagenpräparate kosten in Kamerun wie die Kombinationspräparate 100 CFA pro Zyklus (30 Pf.). Die Injizierbaren werden für 570 CFA bis 700 CFA (ca. 1,50 DM bis 2DM ) inklusive Einweginjektionsnadel und -spritze von den Apotheken ausgegeben. Das Implantat Norplant® kostet für fünf Jahre 5000 CFA (15 DM), hinzu kommen sterile Handschuhe für das Einsetzen der Präparates.

Gestagenmonopräparate gewährleisten mit Ausnahme des Depo-Provera keine sichere Ovulationshemmung. Sie wirken in der Regel über periphere Effekte wie Veränderung des Zervixschleimes mit Viskositätssteigerung, wodurch die Penetrierbarkeit des Schleims für die Spermien reduziert wird (MARTINEZ-MANAU TOU et al. 1967, WHO 1990.)

Eine besondere Rolle spielen die Injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva in vielen Entwicklungsländern. Dort gehören sie unverzichtbar zum Methodenmix, der jeder Frau ein für ihre Situation möglichst optimales Verhütungsmittel bereitstellen soll. Der Vorteil der Injizierbaren liegt vor allem in der nur 2- oder 3-monatigen Anwendungsweise, wodurch die regelmäßige tägliche Einnahme entfällt und eine heimliche Anwendungsweise ermöglicht wird. Die Gestagenpräparate sind zudem für stillende Mütter ein geeignetes Kontrazeptivum. Ein negativer Effekt auf das gestillte Kind hat sich bisher nicht gezeigt (WHO 1990)<sup>40</sup> und die Quantität wird nicht verringert. Darüber hinaus bestehen keine für die kombinierten oralen Kontrazeptiva typischen Kontraindikationen wie Bluthochdruck oder thromboembolische Komplikationen in der Anamnese. In vielen Ländern sind sie ein sehr populäres Kontrazeptivum aufgrund der einfachen Anwendungsweise.

Als Vorteil wird von der WHO (1990) der positive Effekt auf die in Entwicklungsländern weit verbreitete Anämie durch die oft eintretende Amenorrhoe hervorgehoben.

Die verschiedenen Stoffwechselveränderungen, Fettstoffwechsel, Kohlenhydratstoffwechsel, Hämostasesystem und Blutdruckregulation, wie sie für die Kombinationspräparate beschrieben werden, sind bei Anwendung von reinen Gestagenpräparaten wesentlich geringer ausgeprägt. Es konnten keine Änderungen des systolischen oder diastolischen Blutdruckes unter Anwendung von Gestagenpräparaten nachgewiesen werden (FORTHERBY 1989).

Inwieweit das Risiko einer Krebserkrankung durch die Anwendung von reinen Gestagenpräparaten erhöht ist, läßt sich nicht abschließend beurteilen, da keine ausreichenden Daten in der Literatur vorliegen. Es zeigt sich aber bisher kein Anhalt für einen negativen Einfluß (WHO 1990).

---

<sup>40</sup> Die Konzentration der in die Milch übergegangenen Gestagene ist zu gering, um im kindlichen Organismus wirken zu können, und in Untersuchungen konnte im Blut gestillter Kinder bisher kein Gestagen nachgewiesen werden (FORTHERBY 1989).

Die wichtigsten Nebenwirkungen bei der Anwendung von reinen Gestagenpräparaten sind die Blutungsstörungen. Bei fast der Hälfte der Anwenderinnen treten diese auf. Meist handelt es sich um kurz dauernde Zwischenblutungen oder Spotting; Verlängerung der Menstruationsblutung und längeranhaltende Zwischenblutungen sind eher selten (FRASER 1989). Die Amenorrhoeerate ist bei Depot-Gestagenen und den Implantaten gegenüber den oralen reinen Gestagenpräparaten erhöht. Sie beträgt bei oralen Gestagenpräparaten zwischen 3% und 15% und bei zweijähriger Anwendung von Depo-Provera sogar etwa 50% (FORTHBY 1989, WHO 1990). Die höhere Amenorrhoeerate unter Depo-Provera bringt mehr Frauen zum Abbruch der Anwendung als dies bei Noristerat-Anwenderinnen der Fall ist (WHO 1986). Eine wichtige Nebenwirkung, die mit der Klientin in jedem Falle besprochen werden muß, ist die verspätete Rückkehr der Fertilität. Nach Anwendung von Depot-Provera werden Frauen im Durchschnitt erst 5,5 Monate nach Beendigung der Wirkung des Kontrazeptivums schwanger (WHO 1990)<sup>41</sup>.

### 2.1.3 Norplant®

Norplant® besteht aus 6 länglichen flexiblen Silastic-Kapseln, die kristallines Levonorgestrel enthalten. Sie werden in den Oberarm der Frau subdermal implantiert und wirken ca. 5 Jahre zuverlässig. Das Produkt ist seit 1987 in Schweden, Finnland, den USA und einigen Ländern der Dritten Welt zugelassen (TAUBERT und KUHL 1995, SUJUAN et al. 1995).

Die Wirkungsweise des Norplant® ist komplex, und man nimmt an, daß es über eine Störung der Follikelreifung wirkt. Teilweise wird eine Ovulation verhindert, und in vielen Fällen findet man auch persistierende Follikel durch Erniedrigung des präovulatorischen LH-Gipfels.

Unter Lokalanästhesie werden die Hülsen mittels eines Trokars unter die Haut der Innenseite des Ober- oder Unterarmes plaziert. Die Infektionsrate wird mit unter 1% angegeben.

Der Vorteil der Methode ist die lange Wirkdauer. Eine täglich Einnahme und ein tägliches Erinnern an die Einnahme ist nicht notwendig. Studien zeigen eine relativ hohe Kontinuität der Anwendung über 86% und eine hohe Zufriedenheit mit dem Präparat (NOERPRAMANA 1995, MARTEY et al. 1995, SIHKO et al. 1995, HASSAN et al. 1992, BERENSON und WIEMANN 1993). Nebenwirkungen wurden von den Frauen, verglichen mit anderen Methoden wie Pille oder Spirale, seltener empfunden.

Nachteil der Methode sind die ausgeprägten Zyklusstörungen. Blutungsstörungen werden von zwischen 5,2% und 23% der Anwenderinnen angegeben, in den USA unter Jugendlichen aber sogar von 71% der Anwenderinnen (NOERPRAMANA 1995, KASULE et al. 1992, MARTEY et al. 1995, BERENSON und WIEMANN 1995, DATEY et al. 1995).

Nach einigen Monaten der Anwendung werden die Unregelmäßigkeiten durch die Amenorrhoe bei bis zu 60% der Anwenderinnen abgelöst (TAUBERT und KUHL 1995, KASULE et al. 1992). Die Fertilität ist rasch nach Entfernen des Norplant wiederhergestellt, und 50% der Frauen werden innerhalb der ersten 3 Monate schwan-

---

<sup>41</sup> Auch unter Anwenderinnen von oralen Kontrazeptiva tritt eine leicht verspätete Rückkehr der normalen Fertilität ein. Im Durchschnitt vergehen nach Absetzen der Pille 6 Zyklen, bis die Frau schwanger ist, während bei anderen Verhütungsmitteln nur 3,6 Zyklen vergehen (TAUBERT und KUHL 1995).

ger. Blutdruck und Gewicht ändern sich unter der Anwendung von Norplant nicht (NOERPRAMANA 1995, MARTEY et al. 1995).

#### 2.1.4 Die natürlichen Methoden

Zu den natürlichen Methoden gehören die postpartale Abstinenz und die periodische Enthaltbarkeit. Die Abstinenz nach der Geburt eines Kindes ist eine sehr verbreitete Verhütungsmethode<sup>42</sup>.

Viele Jahrhunderte haben sich die Gelehrten über die fruchtbaren Tage der Frauen getäuscht. So riet *Soranus*, der bekannte griechische Gynäkologe des 2. Jahrhunderts nach Christus, zur Enthaltbarkeit vor und nach der Regelblutung (ASBELL 1996). Die zeitliche Einordnung der Ovulation gelang dem Japaner *Ogino* als erstem (OGINO 1932), und aufgrund von Untersuchungen von KNAUS (1933) hat die Methode der periodischen Enthaltbarkeit ihre Publizität gefunden.

Die **Temperaturmethode** basiert auf dem thermogenetischen Effekt des Progesterons, wodurch die morgendliche Aufwachtemperatur in der zweiten Zyklushälfte um ca. 0,5 °C erhöht ist. Die Methode weist eine Versagerquote von nur einer ungewollten Schwangerschaft auf 100 Anwendungsjahre auf, wenn Geschlechtsverkehr nur in der sicher unfruchtbaren prämenstruellen Phase stattfindet (TEICHMANN 1996, RÖTZER 1968, DÖRING 1967).

Die **Billings-Methode** geht auf den gleichnamigen australischen Arzt zurück, der die Beobachtung des Zervixschleimes als eine alleinige Methode zur Bestimmung der Ovulation empfahl. An den fruchtbaren Tagen liegt ein verflüssigter Schleim vor, der nach der Ovulation sich in einer typischen Weise zu einem zähen Schleim verändert. Die Methode wird in puncto Sicherheit von verschiedenen Autoren sehr unterschiedlich bewertet, zwischen einem Pearl-Index von 1,4 von Billings selbst und 32,1 in anderen Quellen (TEICHMANN 1996). Studien der WHO in Salvador, Indien und einigen anderen Ländern haben eine Versagensquote von 22 auf 100 Anwendungsjahre gezeigt (WHO 1989). Die Kombination der Temperaturmethode mit der Selbstbeobachtung des Schleims (**symptothermale Methode**) führt zu einer Sicherheit von 0,7 auf 100 Anwendungsjahre (RÖTZER 1968).

Studien der WHO haben gezeigt, daß die verschiedenen Methoden auch von Frauen mit mangelhafter Schulbildung angewendet werden können, wenn sie qualifiziert genug angeleitet werden. Dadurch ist diese Methode letztendlich aber nicht kostenlos, da genügend ausgebildetes Personal zur Anleitung der Anwender ausgebildet und bezahlt werden muß. Wichtig für die Etablierung der natürlichen Methoden der FP ist zum einen, daß sie

---

<sup>42</sup> In traditionellen Kulturen in den verschiedenen Kontinenten waren Abstinenzzeiten von bis zu 2 Jahren nach der Geburt üblich. Daneben gab es auch andere Regelungen in bezug auf Abstinenz. In Ruanda ist der Monat Mai traditionell ein Monat der Enthaltbarkeit. Auch nach dem Tod eines Elternteiles sind Abstinenzzeiten von bis zu zwei Monaten einzuhalten (GÖRGEN 1985). Bei den Massai in Ostafrika war es Sitte, daß die Frau in einer bestimmten Jahreszeit schwanger wurde, wenn ein bestimmter Baum Früchte trug (HIMES 1963).

kulturell akzeptiert sind, und zum anderen die genügende Ausbildung des Personals<sup>43</sup>(WHO 1989, DIETZ und BRANDRUP-LUKANOW ).

### 2.1.5 Die Barrieremethoden

Barrieremethoden wurden zusammen mit verschiedenen chemischen Zubereitungen seit dem Altertum zur Kontrazeption genutzt. Die Weiterentwicklung der Pharmazie brachte neue Substanzen auf den Markt. So beschrieb *Rendell*, ein englischer Pharmazeut, 1880 den spermiziden Charakter des Chinins<sup>44</sup> (NETTER UND ROZENBAUM UND ROZEMBAUM 1985). Später wurde von *Marie Stopes* die Nutzung des Chinins zusammen mit Portiokappen empfohlen.

Erste, der heutigen Verwendung entsprechende Beschreibungen des Kondoms, findet man bei *Fallope* 1564. Als Mittel gegen Ansteckung durch Geschlechtskrankheiten wurde das Kondom vor allem in England im 17. Jahrhundert zunehmend bekannt<sup>45</sup>. Die ersten industriell hergestellten Kondome wurden in England auf den Markt gebracht (ROBERTSON 1990, NETTER und ROZENBAUM 1985, ASBELL 1996).

Die Barrieremethoden gelten als sehr sichere Methoden im Hinblick auf Nebenwirkungen und haben ihren Platz im Methodenmix insbesondere auch für Frauen und Männer, die eher unregelmäßig und selten Gelegenheit zu Geschlechtsverkehr haben (CONNELL 1979). Zudem hat insbesondere die AIDS-Pandemie die Bedeutung des Kondoms, aber auch der spermiziden Substanzen, wieder gestärkt (NIEBUHR 1994).

Die sich im Handel befindenden **chemischen Verhütungsmittel** basieren auf den Stoffen Oktoxinol und Nonoxinol. Sie werden als Tabletten, Zäpfchen, Cremes und Ovula angeboten und müssen zwischen 2-15 Minuten vor dem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt werden. Als Nebenwirkung müssen lokale Reizungen, in seltenen Fällen Kolpitis, beachtet werden. Diskutiert wurde bei Anwendung von chemischen Methoden eine erhöhte Teratogenität, die sich jedoch widerlegen ließ (BRACKEN 1985). Eine höhere Sicherheit der Methode wird durch die gleichzeitige Anwendung von Spermiziden und Kondomen erreicht (DINGLE et TIETZE 1963). Diskutiert wird ein gewisser Infektionsschutz (ELIAS und HEISE 1993). In einer Studie von BARBONE et al. (1990) zeigte sich eine geringere Prävalenz, die aber nicht statistisch signifikant war, an Infektionen mit Trichomonaden und bakteriellen Vaginosen in der Gruppe der Anwenderinnen von Spermiziden.

In Kamerun wird die kombinierte Anwendung mit Kondomen empfohlen, das Diaphragma ist nicht im Handel. Das Spermizid Nonoxinol wird in Tablettenform angeboten.

---

<sup>43</sup> Das Personal muß jedoch nicht nur gut genug ausgebildet sein, es muß die Methode mit ihren Vorzügen auch akzeptieren.

<sup>44</sup> Anti-Malariamittel in Tablettenform werden auch heute noch als Verhütungsmittel von Frauen verwendet (siehe S.129)

<sup>45</sup> Auch von *Casanova* ist bekannt, daß er das Kondom als Verhütungsmittel und zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten benutzte. Gefürchtet war damals vor allem die Syphilis, die weit verbreitet war.

**Das Kondom** als Mittel der Empfängnisverhütung und zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten hat durch die HIV-Pandemie eine ungeahnte Renaissance erlebt. Neben dem Schutz vor HIV und anderen Geschlechtskrankheiten wurde als Vorteil auch die Senkung des Risikos der Zervixdysplasie erkannt (TEICHMANN 1996). Ein großes Problem in Entwicklungsländern ist die regelgerechte Lagerhaltung. Aufgrund des tropischen Klimas und der UV-Bestrahlung zerreißen die Kondome häufiger während des Gebrauches. Bis zu 30% der Anwender berichten von während des Verkehrs gerissenen Kondomen, und auch Tests konnten geringere Festigkeit nach einer Lagerung über 40 Monate im tropischen Klima belegen (FREE 1986).

### 2.1.6 Das Intrauterinpeessar

Erste Hinweise auf intrauterine Verhütungsmittel gibt es von Kameltreibern, die kleine Kieselsteine in den Uterus ihrer Kamele einbrachten, um Schwangerschaften zu verhindern. Im 19. Jahrhundert wurden von verschiedenen Forschern Metallteile hergestellt, um den Muttermund zu verschließen. 1909 stellt *Richter* sein Intrauterinpeessar aus chirurgischer Seide vor. Die Entdeckung der Spirale der heutigen Zeit geht auf *Grafenberg* 1929 zurück. Er stellte den sogenannten Grafenberg-Ring aus Silberdraht vor (ROBERTSON 1990, NETTER und ROZENBAUM 1985).

In Kamerun wird das Kupfer-T für 1000 CFA (ca. 3 DM) angeboten.

Heute nimmt man an, daß die Hauptwirkung der Spiralen in der Inaktivierung der Spermatozoen beruht finden ist, verursacht durch eine sterile Entzündung des Endometriums und eine erhöhte Konzentration an Kupferionen (TEICHMANN1996). Für Deutschland gilt, daß die Einlage der Spiralen Ärzten vorbehalten ist und möglichst nach einem Abstrich auf zervikale Keime und nach Papanicolaou erfolgen sollte (TECHMANN 1996). Die Spirale wird mittels eines Applikatorrohres unter aseptischen Kautelen in den Uterus eingebracht. Als Zeitpunkt der Einlage sollten die Tage der Menstruation oder 5-6 Wochen nach der Geburt gewählt werden. Die Sonographie kann anschließend genutzt werden, um eine Spiralenperforation auszuschließen<sup>46</sup>. Eine Kontrolle des regelrechten Sitzes sollte 6 Wochen nach Einlage und danach in halbjährlichen Abständen erfolgen (TEICHMANN 1996)<sup>47</sup>.

Für die Länder der Dritten Welt hat sich die Einlage von Spiralen durch paramedizinisches Personal, Hebammen und Pflegepersonal, durchgesetzt. Studien zeigen, daß diese mit einer gleich hohen Sicherheit die Spirale einsetzen können (ROSENFELD 1977). Auch die Rate an späteren Ausstoßungen ist gleich hoch, während die Kontinuität der Anwendung durch den Einsatz der Hebammen oder Krankenpfleger sogar erhöht wird (BEASLEY 1967).

Die gefürchtete Komplikation bei Anwendung der IUPs ist die aufsteigende Infektion. VESSEY et al. stellten in einer 1981 durchgeführten Studie ein 10-fach erhöhtes Infektionsrisiko fest. Auch Studien von FAULKNER

---

<sup>46</sup> In früheren Studien wurde das Risiko für eine Perforation des Fundus beim Einsetzen der Spirale auf 1:600 bis 1:1000 beziffert (MISHELL 1979). Heute wird sie von der WHO (1987) mit zwischen 0,6 und 0,9 auf 1000 angesetzt.

und ORY 1976, KAUFMANN et al. (1983), zeigten ein stark erhöhtes relatives Risiko, an aufsteigenden Infektionen des Genitaltraktes zu erkranken, auf. Das geringste Risiko besteht für die kupferhaltigen IUPs (KAUFMANN et al. 1983). Nach der WHO (1986) wurde das relative Risiko einer aufsteigenden Infektion des Genitaltraktes auf 2,3 für Entwicklungsländer geschätzt.

Spätere Studien zeigten, daß das Risiko aufgrund methodischer Fehler vermutlich überschätzt wurde (BURKMAN 1980, WHO 1987). Analysen von BUCHAN et al. (1990) ermittelten eine wesentlich geringere Risikoerhöhung von Frauen mit IUPs gegenüber Frauen, die keine kontrazeptive Methode anwenden, als ältere Studien. Auch die Annahme, daß IUP-Trägerinnen häufiger von einer subklinischen Chlamydieninfektion betroffen sind, die mit einer hohen Infertilitätsrate einhergeht, konnte nicht bestätigt werden (EDELMAN 1988, TEICHMANN 1996). Die WHO (1987) geht nicht von einem erhöhten Sterilitätsrisiko für Anwenderinnen einer Spirale aus und beziffert das Risiko einer aufsteigenden Infektion in stabilen monogamen Beziehungen als gering. Es muß aber davon ausgegangen werden, daß der sozioökonomische Status und das Alter einen Einfluß auf das Infektionsrisiko haben (WHO 1987).

Nach TATUM et al. (1976) ist das Abortrisiko bei eingetretener Schwangerschaft bei liegendem IUD erhöht, besonders wenn dieses nicht entfernt wurde. Darüber hinaus findet sich bei Versagen der Methode eine erhöhte Rate für ektope Schwangerschaften (3-9%).

### **2.1.7 Die Sterilisation**

Sterilisationen wurden bereits im alten Ägypten beschrieben<sup>47</sup>. Weltweit gesehen ist die Sterilisation das am häufigsten genutzte Verhütungsmittel (ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

Die Sterilisation machte 1982 ein Drittel aller kontrazeptiven Maßnahmen aus (WHO 1986). Im Ländervergleich zeigen sich aber große Unterschiede nach Regionen. In China ist es das führende Verhütungsmittel, und auch in Indien wird es häufig genutzt, während es im afrikanischen Raum nur eine untergeordnete Rolle einnimmt (RUTENBERG et al. 1991, WHO 1992). Soziokulturelle Einflüsse bestimmen die Akzeptanz der Sterilisation, so daß sich auch in den entwickelten Ländern große Unterschiede im Prozentsatz der Anwendung zeigen, mit z.B. einer hohen Anwendungsrate in Kanada, Australien und Belgien und einer niedrigen in Frankreich und Spanien (WHO 1992).

Die Sterilisation ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlichen Gesetzen und Regelungen unterworfen. Als rechtliche Legitimierung für die Durchführung einer Sterilisation gelten in Kamerun folgende Voraussetzungen: die Frau muß mindestens fünf lebende Kinder beiderlei Geschlechts haben, mindestens 35 Jahre alt sein, der Ehepartner muß seine schriftliche Einwilligung geben, und vor der Durchführung muß die Frau mindestens sechs Monate mit einem anderen Mittel verhütet haben. (MSP/DSFM 1994).

---

<sup>47</sup> In Kamerun sind Kontrollen einen Monat, 3 Monate und 6 Monate nach Einsetzen der Spirale vorgesehen und danach in einjährigem Abstand.

<sup>48</sup> Es wurden Ovariectomien durchgeführt, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern. Ziel dieser Operationen war es, jungen Mädchen die Mutterschaft zu ersparen, damit sie zart blieben und nicht gezeichnet wurden durch Schwangerschaft und Geburt (NETTER und ROZENBAUM 1985).

Die Methode hat eine hohe Sicherheit und ist nebenwirkungsfrei. Der Pearl-Index wird mit 0,3 Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre angegeben (RABE 1990, LOFFER und PENT 1980).

Das Risiko der Sterilisation der Frau liegt in der notwendigen Operation und dem Narkoserisiko. Die Sterblichkeit wird auf 4 Todesfälle bei 100000 Sterilisationen geschätzt (PETERSON et al. 1983). Ungefähr die Hälfte der Todesfälle geht auf Narkosezwischenfälle zurück. Die Sterilisation des Mannes ist genauso sicher in bezug auf die Versagensquote und birgt ein sehr geringes gesundheitliches Risiko. Soziokulturell ist diese Methode insbesondere in Afrika aber kaum akzeptiert (WHO 1989).

### **2.1.8 Stillen als Verhütungsmethode**

Das Stillen hatte traditionell eine Auswirkung auf die Fertilität. In Westafrika werden Kinder noch immer häufig 2 Jahre gestillt, jedoch nur noch sehr selten exklusiv mit Muttermilch<sup>49</sup>.

Während die Vorteile des Stillens für die Entwicklung des Neugeborenen und seine Gesundheit allgemein anerkannt sind, ist die Einstellung zum Stillen als Verhütungsmittel von allgemeiner Skepsis bestimmt. Eine Expertengruppe aus Mitgliedern verschiedenster Organisationen, unter anderem der WHO und Family Health International, konnte aber in mehreren Studien die Unsicherheit der Methode widerlegen<sup>50</sup>. Unter gewissen Bedingungen, so KENNEDY et al. (1989), kann das Stillen somit als Verhütungsmittel gelten. Diese umfassen die Amenorrhoe während des Stillens, das ausschließliche Stillen der Mutter und den Zeitraum innerhalb der ersten sechs Monate. Unter diesen Bedingungen ermöglicht das Stillen einen über 98%igen Schutz vor erneuter Schwangerschaft. Bei einer Schwangerschaftsrate von 0,7, bei Beachtung dieser drei Kriterien, kommt das Stillen an die Sicherheit modernen Kontrazeptiva heran (KENNEDY und VISNESS 1992, ASHWORTH et al. 1988). Lokale Stillpraktiken bzw. längere Amenorrhoezeiten lassen die Methode unter Umständen aber auch länger als 6 Monate wirksam sein (WEIS 1993).

"Die Amenorrhoe während des Stillens ist eine adäquate Methode zur Regulation der Fertilität für viele Frauen, und diese Strategie sollte in die FP-Programme aufgenommen werden" (ASHWORTH et al. 1988). Das Stillen sollte somit zum Methodenmix gehören.

Die **post-koitalen Methoden** (z.B. Tetragynon®) werden in Kamerun nicht angeboten.

---

<sup>49</sup> Z. B. in Burkina Faso und der Elfenbeinküste fanden sich Werte von unter 5% auch innerhalb des ersten Lebensmonates (KONATÉ et al. 1994, SOMBO et al. 1995). Auch in Kamerun wird den Neugeborenen von den ersten Lebenstagen an meist Wasser zusätzlich angeboten.

<sup>50</sup> Das Risiko einer Ovulation liegt bei Frauen, die exklusiv stillen, während der ersten 6 Monate post partum bei 1.5% und bei 10% bei teilweise stillenden Müttern (GRAY et al. 1990).

### 3 Familienplanung und Entwicklung

#### 3.1 Familienplanung und "Safe Motherhood"

Obwohl 'Mutter-und-Kind-Gesundheit' (MCH) als Teil der Gesundheitsdienste schon 1978 in Alma-Ata<sup>51</sup> identifiziert wurde, ist die Sicherung der Gesundheit von Frauen während Schwangerschaft und Geburt erst in den letzten Jahren ins Blickfeld der öffentlichen Diskussion gerückt.

Der gesundheitliche Stellenwert der Krankheiten und Todesfälle von Müttern ist hoch<sup>52</sup>. 500.000 Mütter sterben jedes Jahr, davon 99% in Entwicklungsländern. Dies bedeutet, daß jede Minute Tag für Tag eine Frau an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt stirbt. Während in den Industrienationen die Lebenserwartung der Frauen über denen der Männer liegt, ist dies in den Entwicklungsländern umgekehrt. Ein erheblicher Anteil der Todesfälle von Frauen in der reproduktiven Zeit wird durch Schwangerschaft, Geburt und insbesondere durch illegale Abtreibungen verursacht (WADDELL 1995, SADIK 1993, FATHALLA 1990, ROSENFELD und MAINE 1985)<sup>53</sup>. Nach Schätzungen der WHO sterben jährlich zwischen 100.000 und 200.000 Frauen an den Folgen einer ungewollten Schwangerschaft (FATHALLA et al. 1989).

"Das herausragendste Merkmal der Gesundheit der Mütter in der heutigen Welt ist der außergewöhnliche Unterschied der mütterlichen Todesfälle zwischen Industrienationen und Entwicklungsländern" (MAHLER 1987 p 668).

Während Mutterschaft und Geburt in der Bundesrepublik zumeist ein glückliches Ereignis bedeuten, sind sie in Entwicklungsländern nicht selten eine Tragödie (ROSENFELD und MAINE 1985). Erst die Dekade der Frauen der Vereinten Nationen (1976-1985) lenkte die Aufmerksamkeit auf die reproduktive Gesundheit. Die Konferenz "Sichere Mutterschaft" 1987 in Nairobi half, das Problem der hohen Morbidität und Mortalität von Müttern ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken. Im selben Jahre wurde die Initiative der WHO „Sichere Mutter-

---

<sup>51</sup>Das Ziel "Gesundheit für alle im Jahr 2000" wurde 1978 auf der Konferenz in Alma-Ata von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet. "Basis Gesundheitswesen heißt, daß essentielle Gesundheitsfürsorge überall allen Individuen und Familien zugänglich ist in den Gemeinden und akzeptabel durch deren volle Teilnahme und zu Kosten, die die Gemeinde und das Land dafür ausgeben können."

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden 8 Basiskomponenten des Primärgesundheitswesens entwickelt, die Teil aller Gesundheitsprogramme sein sollten:

Gesundheitserziehung

Ernährungssicherung

sichere Versorgung mit Wasser und sanitäre Maßnahmen

Mutter- und Kind-Dienste inklusive FP

Immunisierung gegen die Hauptinfektionskrankheiten

Prävention und Kontrolle lokaler endemischer Krankheiten

adäquate Behandlung häufiger Erkrankungen

Versorgung mit essentiellen Medikamenten (WHO 1987).

<sup>52</sup>Die Müttersterblichkeit ist definiert als Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt bis 42 Tage post partum, direkt hervorgerufen oder verschlimmert durch die Schwangerschaft oder Geburt. Sie wird als Rate der Müttersterblichkeit = Zahl der mütterlichen Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten angegeben (TINKER und KOBLINSKY 1993)

schaft“ gegründet, die grundlegende Richtlinien zur Verbesserung der Gesundheit der Frauen während der reproduktiven Lebensphase festlegte. Als Ziel wurde die Senkung der Müttersterblichkeit um die Hälfte bis zum Jahr 2000 gesetzt (STARRS 1987, TINKER und KOBLINSKY 1993).

Auch in der Bundesrepublik erhält die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit in den Ländern der Dritten Welt durch die Arbeit von verschiedenen Gruppierungen eine steigende Aufmerksamkeit (KÜNZEL 1997, WACKER et al. 1997).

Die hohe Müttersterblichkeit "war eine vernachlässigte Tragödie; und sie wurde vernachlässigt, weil sie eine vernachlässigte Bevölkerungsgruppe betraf, mit dem geringsten Einfluß auf nationale Ressourcen; sie sind arm, eine ländliche Bevölkerung und zudem Frauen" (MAHLER 1987 p668).

Berechnungen der Müttersterblichkeit basieren auf Schätzungen, da sich gerade in Entwicklungsländern zum Teil erhebliche Schwierigkeiten zeigen, die Zahl der mütterlichen Todesfälle zu erfassen<sup>54</sup>. Die Daten basieren in der Regel auf Einzeluntersuchungen in Kliniken (ABOUZHR und ROYSTON 1991). Für Afrika werden Werte zwischen z.B. 360 Todesfällen in Nordafrika und 760 in Westafrika angegeben (TINKER und KOBLINSKY 1993)<sup>5556</sup>. Hohe Werte, wie wir sie heute nur noch aus Entwicklungsländern kennen, waren in Europa zwischen 1500 und 1850 zu verzeichnen (DOBBIE 1982). Ähnlich hohe mütterliche Sterbefälle zeigen sich außerhalb der Entwicklungsländer auch in religiösen Gruppen, die eine Geburtshilfe im Krankenhaus ablehnen (KAUNITZ et al. 1984).

Es lassen sich im wesentlichen fünf Ursachen für die hohe mütterliche Mortalität finden: **Blutungen, Sepsis, unsachgemäße Abtreibung, Gestose und Mißverhältnis zwischen mütterlichem Becken und Kind** (WHO 1994, CAFFREY 1979, KWAIST et al. 1985, WALKER 1986, FREEDMAN und MAINE 1993, GEENWOOD et al. 1987). Nach TINKER und KOBLINSKY (1991) sind 25% der mütterlichen Todesfälle auf Blutungen, 15% auf eine Infektion, 13% auf Abtreibungen, 12% auf Bluthochdruck und 8% auf ein cephalo-pelvines Mißverhältnis zurückzuführen.

**Blutungen** sind die häufigste Einzelursache für mütterliche Todesfälle in Entwicklungsländern. Sie ereignen sich bei 10% bis 20% aller Geburten (WALKER 1986, HARRISON 1985). Starke antepartale Blutungen aus einer Plazenta praevia, vorzeitige Lösungen oder Uterusrupturen kommen bei werdenden Müttern über 35 und mit 4 oder mehr Geburten häufiger vor. Auch postpartale Blutungen aufgrund von Kontraktionsschwächen der Gebärmutter oder verzögerter Lösung der Gebärmutter bei Mehrgebärenden sind nicht selten und werden für

---

<sup>53</sup>Ein Viertel der Todesfälle von Frauen im Alter zwischen 15 und 44 geht auf Schwangerschaft und Geburt zurück, und diese Ursache rangiert somit in Entwicklungsländern unter den zwei oder drei führenden Todesursachen von Frauen (FORTNEY et al. 1986, WALKER 1986).

<sup>54</sup>Offizielle Statistiken unterschätzen oft die tatsächliche Sterblichkeit (WALKER 1986).

<sup>55</sup>Während in der Bundesrepublik heute um die 5,5 Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten fallen, liegt diese Rate in Entwicklungsländern zwischen 50 und 800 (WULF 1996, ROYSTON and ARMSTRONG 1989). Dies bedeutet ein Lebensrisiko von zwischen 1:15 und 1:50 für Frauen in Entwicklungsländern, an einer Schwangerschaft zu sterben (MAHLER 1987). Für Nordeuropa wird das Lebensrisiko mit einem Todesfall auf fast 10.000 angegeben (FREEDMAN und MAINE 1993).

bis zu 44% der Sterbefälle verantwortlich gemacht (BULLOUGH et al. 1989, ROYSTON und ARMSTRONG 1989, CAFFREY 1979).

Schon geringe Blutungen unter der Geburt können bei einer vorbestehenden Anämie, unter der bis zu zwei Drittel der Frauen in Entwicklungsländern leiden, lebensgefährlich werden (ABOUZAHAR 1993 BELSEY und ROYSTON 1990, HARRINGTON 1983). Nach SAI (1987) sind wahrscheinlich sogar 40% bis 50% der Todesfälle mit einer Anämie zu assoziieren. Präventionsmaßnahmen während der Schwangerschaft werden zur Verhütung der Anämie in der Dritten Welt von der WHO gefordert (WHO 1994a, WHO 1994b, ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

**Puerperale Sepsis** gehört ebenso zu den wichtigsten Ursachen für die hohe mütterliche Mortalität in Entwicklungsländern. Die Sepsisrate in gynäkologischen Abteilungen ist insbesondere in Ländern, in denen Abtreibungen illegal sind und deshalb unter unzureichenden hygienischen Bedingungen durchgeführt werden, hoch (ROYSTON und ARMSTRONG 1989, KHAN et al. 1986). Daneben ist der mütterliche Tetanus<sup>57</sup> nach wie vor ein großes Problem in der Dritten Welt (FAUVEAU et al. 1993).

**Illegale Abtreibungen** haben einen wesentlichen Anteil an der hohen Müttersterblichkeit in den Entwicklungsländern (FATHALLA et al. 1989). Jedes Jahr versuchen zwischen 40 und 60 Millionen Frauen, eine ungewollte Schwangerschaft durch Abtreibung zu beenden. Abtreibung ist die älteste Methode, ungewollte Kinder zu vermeiden und ist wahrscheinlich auch heute noch die man meisten benutzte. Man schätzt, daß ein Fünftel bis ein Drittel aller Schwangerschaften abgebrochen wird<sup>58</sup> (ROYSTON und ARMSTRONG 1989 (MASHALABA 1989, GASHARANKWANZI et al. 1989).

In vielen Ländern vor allem der Dritten Welt ist die Abtreibung strengen Gesetzen unterworfen und wird so meistens illegal unter schlechten hygienischen Bedingungen durchgeführt (GERMAIN 1989). Ein Sinken der Müttersterblichkeit nach Legalisierung von Abtreibungen kann man regelmäßig beobachten<sup>59</sup> (ROYSTON und ARMSTRONG 1989, SINGH et al. 1989). Die Problematik der Todesfälle infolge illegaler Abtreibungen erfuhr seit Ende der achtziger Jahren vermehrt Aufmerksamkeit. Die Konferenz „Frauengesundheit in der Dritten Welt, die Auswirkungen der ungewollten Schwangerschaften“ (1988) setzte sich hiermit auseinander (FATHALLA et al. 1989).

In den meisten Ländern Afrikas (ROUDI 1991, IPPF 1990) ist die Abtreibung nur aus medizinischer Indikation bei gesundheitlicher Gefahr für die Mutter erlaubt<sup>60</sup>. Für Schwarzafrika schätzt man, daß 28% der Müttersterb-

---

<sup>56</sup> Für Kamerun wird eine Müttersterblichkeit von 430 Sterbefällen auf 100.000 Geburten angegeben. Als Hauptkomplikationen, die zum Tode führten, wurden Blutungen, Sepsis und Anämie gefunden (ABOUZAHAR und ROYSTON 1991, NASAH et al. 1991).

<sup>57</sup> definiert als Tetanus während der Schwangerschaft, innerhalb von 6 Wochen nach der Geburt oder nach jeder Form der Schwangerschaftsbeendigung

<sup>58</sup> In Kamerun fand sich unter Studentinnen der Universität in Yaounde, daß 44% eine Abtreibung hatten vornehmen lassen (bei 27% ohne Angaben), davon 34% vor dem 20. Lebensjahr. 43% berichteten von starken Blutungen und 19% von Fieber als Komplikationen.

<sup>59</sup> Das Risiko, an einer Abtreibung zu sterben, ist, von Unqualifizierten durchgeführt, unter Umständen 100 bis 500 fach höher, als wenn Frauen Zugang zu medizinischen Einrichtungen haben, in denen Abtreibungen von qualifiziertem medizinischem Personal und unter hygienischen Bedingungen durchgeführt werden.

<sup>60</sup> In Kamerun gilt eine etwas liberalere Gesetzgebung. Hier ist eine Abtreibung auch bei allgemeiner gesundheitlicher Gefährdung der Mutter legal sowie bei Vergewaltigung und Inzest (PEOPLE 1990).

lichkeit auf Abtreibungen zurückgeht (OMU et al.1981, KWAST et al. 1985). Studien zeigen zudem, daß bis zu zwei Drittel der Gründe für Sterilität in unsachgemäßen Abtreibungen zu finden sind (OMU et al. 1981, ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

**Gestosen** können gerade in Afrika unbehandelt sehr schnell zum Tod führen. Aus ungeklärten Gründen kommt die Pre-Eklamsie in der schwarzen Bevölkerung häufiger vor (ROYSTON und ARMSTRONG 1989). Besonders junge Erstgebärende tragen ein erhöhtes Risiko.

Im tropischen Afrika sind das **Zephalopelvine Mißverhältnis und Uterusrupturen** für 8% der Todesfälle verantwortlich (TINKER und KOBLINSKY 1991). In Kamerun fand sich diese Komplikation in 3,5% aller Geburten (ROYSTON und ARMSTRONG 1989). Durch Mangel an Protein, Calcium und Vitamin D kommt es zu einer ungenügenden Ausreifung des Knochens (BELSEY und ROYSTON 1990, FREEDMANN und MAINE 1993). Insbesondere das hohe Mortalitätsrisiko der unter Zwanzigjährigen kommt durch die späte Ausreifung des Beckens zustande (ANONYMUS 1991, MOERMAN 1982).

Auch die weibliche Beschneidung, die in den Ländern der Sudanzone weit verbreitet ist, trägt zu dem Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko durch lange Geburtsverläufe bei vor allem in Ländern wie dem Sudan, in denen die Infibulation verbreitet ist (MCLEAN et al.1985, INTER-AFRICAN COMMITTEE 1989).

Neben dem erhöhten Mortalitätsrisiko der Mutter bei einem Mißverhältnis zwischen mütterlichem Becken und kindlichem Kopf und durch Geburtsverläufe von über 36 Stunden kommt es nicht selten auch zu Fistelbildungen, die ein erhebliches Gesundheitsproblem in Afrika darstellen (PERQUIS 1971). Neben einer angemessenen geburtshilflichen Versorgung sind eine ausgewogene Ernährung und die Vermeidung von Geburten junger Mütter mit einem noch unreifen Becken wichtige Präventionsmaßnahmen (MOERMAN 1982, WHITE et al. 1987, WHO 1994 b).

Eine ausschließliche Betrachtung der mütterlichen Sterbefälle läßt nicht die gesamte Tragik des Gebärens in Entwicklungsländern sichtbar werden. Neben der Müttersterblichkeit hat auch die Morbidität eine hohe Relevanz, obgleich diese noch schwieriger zu erfassen ist. Untersuchungen in Nigeria von HARRISON (1985) zeigen die oft vernachlässigten erheblichen Erkrankungen wie Fisteln, vaginale Stenosen, uterovaginaler Prolaps, das Sheehan Syndrom und chronische Infektionen der Genitalorgane sowie Infertilität (TAHZIB 1985, EBIE 1972).

### **3.1.1 Familienplanung und Müttersterblichkeit**

FP hat einen äußerst wichtigen Platz in der Prävention der mütterlichen Mortalität und Morbidität. FP gehört zu den essentiellen Elementen der Schwangerenvor- und Nachsorge. Sie ist heute integraler Bestandteil der Programme zur Sicherung der Mutterschaft (WHO 1975, WHO 1994 a, WHO 1994 b).

Schon 1977 wurde die Bedeutung der FP für die Gesundheit hervorgehoben: "Familienplanung ist essentiell für eine gute Gesundheit wie reines Wasser und eine gute Ernährung" (ECKHOLM und NEWLAND 1977).

FP kann helfen, die Risikoschwangerschaften zu vermeiden: Geburten in zu jungem (<18 Jahre) oder zu hohem Alter (>35), nach vier Geburten und mit einem zu geringen Abstand. Darüber hinaus kann FP helfen, die Zahl der Abtreibungen bei ungewollter Schwangerschaft zu verhindern und übt dadurch einen ganz wesentlichen Einfluß auf die Gesundheit der Frauen aus. Letztendlich senkt FP die Fertilität und darüber das Risiko, an Schwangerschaft und Geburt zu sterben (WHO 1994a, WHO 1994b, OMRAN 1984, ROSENFELD und MAINE 1987).

Die höchste Mortalität zeigte sich nach KWAIST et al. (1985) in der Gruppe der 15 bis 19-jährigen und im Alter zwischen 35 und 49. Die niedrigste Sterblichkeit zeigte sich beim zweiten und dritten Kind. Andere Untersuchungen bestätigen diesen Trend (SMITH et al. 1986, GREENWOOD et al. 1987, WALKER (1986). HARRISON (1985) fand ein siebenfach erhöhtes Risiko bei den unter Fünfzehnjährigen verglichen mit den 20-24 Jahre alten Frauen. Eine Studie in Matlab, Bangladesch, zeigte, daß das Risiko, an einer Schwangerschaft zu sterben, für Mädchen im Alter von 10-14 fünfmal so hoch und zwischen 15-19 zweimal so hoch ist wie zwischen 20 und 24 (CHEN et al. 1974). In vielen Entwicklungsländern finden 10%-20% der Geburten bei unter Zwanzigjährigen statt, so daß zwischen 25% und 45% Risikoschwangerschaften aufgrund des Alters sind (HARRISON 1985, ROYSTON und ARMSTRONG 1989 FORTNEY 1987).

Die Wirkung, die FP auf die mütterliche Sterblichkeit ausübt, ist somit eine Reduzierung der ungewollten Schwangerschaften<sup>61</sup> sowie der Risikoschwangerschaften.

Die Zahl der Geburten vor dem 20. und nach dem 35. Lebensjahr wird für Afrika mit zwischen 14% (Südafrika) und 41% (Kamerun) angegeben (OMRAN 1984). Ausgehend von diesen Prävalenzen der Risikoschwangerschaften, läßt sich die Bedeutung der FP für die Reduzierung der mütterlichen Sterbefälle errechnen. Schätzungen gehen davon aus, daß eine Senkung der Müttersterblichkeit um 11% zu erreichen wäre, wenn man die Schwangerschaften vor dem 20sten und nach dem 39sten Lebensjahr vermeiden würde (TRUSSEL und PEBLEY 1984). Würde man zudem die Zahl der Kinder auf vier beschränken, ließe sich die Mortalität nochmals um 4% senken (SAI 1986). Nach der WHO (1994 b) kann FP die Mortalität um ein Drittel verringern. Nach FORTNEY (1987) wäre eine Reduzierung der Todesfälle im reproduktiven Alter bei Vermeidung ungewollter Schwangerschaften durch FP-Methoden zwischen 5% (Elfenbeinküste) und 62% (Bangladesch) möglich.

Das von der WHO (1994a) definierte Ziel der Senkung der Müttersterblichkeit um die Hälfte bis zum Jahr 2000 soll durch FP unterstützt werden. Die Anwendungsrate an Methoden der Kontrazeption, so die WHO (1994a), soll auf 56% gesteigert werden bis zum Jahr 2000, alle Frauen sollen nach Abtreibungen Informationen über

---

<sup>61</sup>Man schätzt, daß sich die Müttersterblichkeit in Afrika um 17% verringern könnte, wenn die Frauen, die keine Kinder mehr möchten, verhüten könnten (ROYSTON und ARMSTRONG 1989).

FP erhalten, das Intervall zwischen zwei Geburten soll auf zwei Jahre gesteigert werden und die Rate an Geburten unter 18 und über 40 Jahren um ein Drittel gesenkt werden.

### 3.1.2 Einfluß der FP auf die Gesundheit der Kinder

Neben dem gesundheitlichen Einfluß der FP auf die Müttersterblichkeit ist auch die positive Wirkung auf die Sterblichkeit der Kinder beschrieben. Nach TRUSSEL und PEBLEY (1984) ließe sich die Säuglings- und Kindersterblichkeit um 5% verringern, wenn alle Geburten im Alter zwischen 20 und 34 Jahren stattfinden würden. Die höchste Überlebenschance haben Kinder, deren Mütter zwischen 25 und 29 Jahren alt sind. Auch der Geburtsrang ist entscheidend. Wird ein Kind als viertes Kind geboren, erhöht sich das Mortalitätsrisiko bereits um 10% bis 20% und erreicht ab dem siebten Kind 40% (RUTSTEIN 1983).

Analog zur Müttersterblichkeit zeigt sich bei den Säuglingen eine erhöhte Mortalität, wenn sie mit einem zu geringen Abstand, in zu hohem oder zu jungem Alter der Mutter und nach mehr als 3 Geburten zur Welt kommen. Bei einem zu kurzen Geburtsintervall unter zwei Jahren verdoppelt sich das Mortalitätsrisiko (ROYSTON und ARMSTRONG 1989, ECKHOLM und NEWLAND 1977, RUTSTEIN 1983, OMRAN 1984, WHO/UNICEF 1986).

Das Mortalitätsrisiko beschränkt sich nicht nur auf das nachgeborene Kind. Das Erstgeborene wird nach Eintritt einer erneuten Schwangerschaft frühzeitig entwöhnt und mit proteinärmerer Nahrung aufgezogen werden. Dadurch kommt es häufiger zur Proteinmangelkrankheit Kwashiorkor<sup>62</sup>(ECKHOLM und NEWLAND 1977, AMPOFO 1976).

FP ist heute integraler Bestandteil der Mutter-Kind-Fürsorge (WHO 1994a, WHO 1994b). Obwohl die Bedeutung der FP für die Gesundheit schon 1977 von ECKHOLM und NEWLAND hervorgehoben wurde, wurde sie jedoch in vielen Ländern nur zögerlich mit in die Gesundheitsprogramme aufgenommen. Die Strategie des GOBI FFF<sup>63</sup> beinhaltet FP, dennoch wurde dieser Komponente in vielen Ländern wenig Beachtung geschenkt. Erst die Initiative der WHO zur "Sicheren Mutterschaft" nimmt FP wieder in die essentiellen Programme zur Reduktion der Müttersterblichkeit auf (ROSENFELD und MAINE 1985).

Es existieren im Prinzip vier unterschiedliche Strategien, FP für die Bevölkerung anzubieten: FP-Dienste **in Kliniken und Ambulanzen**, **gemeindegestützte FP-Dienste (Community-Based Family Planning Services, CBS)**, und die **freie Vermarktung (Social Marketing)**. Die einzelnen Strategien werden in den verschiedenen Kontinenten und Ländern unterschiedlich genutzt.

---

<sup>62</sup> "die Krankheit, die ein Kind bekommt, wenn das nächste geboren wird"(buchstabengetreu aus der Ga Sprache in Ghana übertragen)

<sup>63</sup>GOBI FFF steht für: G = Growth monitoring and promotion of Child growth, O = oral rehydration therapie, B = breastfeeding and later weaning, I = immunization, F1 = FP, F2 = food supplementation and F3 = female education

## 3.2 FP-Programme

### 3.2.1 Integrierte FP-Dienste in Gesundheitseinrichtungen

Mutter- und Kind-Dienste, pränatale und postnatale Einrichtungen wurden in den siebziger Jahren als ideale Möglichkeiten der Versorgung mit Verhütungsmitteln erachtet, insbesondere, da Methoden wie die Spirale oder die Sterilisation an klinische Dienste gebunden sind. Von der WHO wurde die Integration der FP in Gesundheitseinrichtungen propagiert. Das notwendige medizinische Referenzsystem bei Anwendung der Spirale, hormoneller Kontrazeption oder der Sterilisation sah die WHO so gegeben (HEIDEGGER 1980, WHO 1994a, WHO 1994b). Zudem wurde die Verbindung von FP-Angeboten mit der Gesundheitsfürsorge von Müttern und Kindern als idealer Ansatz, FP-Dienste bei geringer soziokultureller Akzeptanz anzubieten, gesehen (HEIDEGGER 1980), zumal in Afrika, anders als im asiatischen Raum, durch restriktive Gesetze FP bis in die achtziger und neunziger Jahre nur im klinischen Rahmen eingeführt werden konnte (BOUZIDI 1990).

In der Zeit vor der Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest 1974 legte man auf die Integration der FP in Gesundheitsdienste besonderen Wert. TAYLOR und BERELSON (1968) richteten die Aufmerksamkeit auf postpartum-Programme, und diese wurden z. B. im Rahmen des internationalen Post Partum-FP-Programmes ins Leben gerufen. Das Konzept sah vor, Frauen während der pränatalen Betreuung, post partum und zum Nachsorgetermin 6 Wochen post partum mit Informationen über FP zu versorgen (ROSS und FRANKENBERG 1993, WINIKOFF und MENSCH 1991). In der Zeit nach der Geburt, so hoffte man, seien Frauen besonders sensibel für Informationen über FP (MENSCH 1993). Vorteil dieser Konstellation waren die geringen Kosten bei Einrichtung der FP-Dienste, ein Nachteil, daß meist nur städtische Bereiche versorgt wurden (ROSS und FRANKENBERG 1993).

Es konnten Erfahrungen in Asien, Lateinamerika, im Nahen Osten und Afrika ausgewertet werden. Zwischen 16% und 33% der entbundenen Frauen konnten für FP sensibilisiert und die Anwendungsraten an Verhütungsmethoden erhöht werden (CASTADOT et al. 1975, TOWNSEND 1991, SCHMIDT-EHRY 1990). Andere Studien ergaben aber auch konträre Ergebnisse, daß nämlich viele Frauen die Information aufgrund der besonderen Situation post partum rasch wieder vergaßen.

Die längste Erfahrung mit klinischen FP-Diensten hat die 'Internationale Organisation der geplanten Elternschaft'. Insbesondere in den frankophonen Ländern waren Tochterorganisationen der IPPF lange die einzigen Organisationen, die FP-Dienste anboten. Die FP-Kliniken der IPPF waren aber zumeist in den größeren Städten angesiedelt (DIOP 1988).

Auch die ersten CBS-Programme in Indien (Narangwal Projekt), Bangladesch (Matlab FP und Gesundheitsprojekt) und in Ghana (Danfa Projekt) waren Projekte, die die Effektivität der Integration der FP in verschiedenen Angeboten im Gesundheitsbereich evaluieren sollten (KOLS et al. 1982, SIMMONS und PHILLIPS 1987, AMPOFO et al. 1976). Die Auswertung der Ergebnisse blieb schwierig, und letztendlich konnte die Frage, inwieweit die Integration von FP in den Gesundheitsbereich die Akzeptanz unter der Bevölkerung zu steigern vermag, nicht abschließend beantwortet werden (SIMMONS und PHILLIPS 1987). Auswertungen in Matlab

(Bangladesch) geben aber Hinweise, daß eine gesteigerte Mutter-und Kind-Betreuung die Akzeptanz zu steigern vermag (PHILLIPS et al. 1984, DEGRAFF et al. 1986). Ein wichtiger Aspekt, der sich in diesen Studien auch zeigte, ist die Betonung der Informationsaktivitäten (AMPOFO et al. 1976, SIMMONS und PHILLIPS 1987).

Letztendlich sollte aber trotz der Diskussion um die Effektivität der FP-Programme nicht außer Acht gelassen werden, daß "Isolierte FP-Programme, die die Rechte des einzelnen auf gute Information, Nachsorge und Prävention von medizinischen Risiken der FP ignorieren, nicht vereinbar sind mit den moralischen Verpflichtungen eines Staates" (SIMMONS und PHILLIPS 1987).

Ein weiterer Vorteil der Integration von FP in Gesundheitseinrichtungen ist die Wahrung der Vertraulichkeit. In Jamaika z. B. wurde FP in die allgemeinen Polikliniken mit aufgenommen, so daß hier die Anwenderinnen Dienste in Anspruch nehmen, ohne daß die Familie etwas davon erfährt (WYNTER 1990).

In der Diskussion um die Post-Partum-Programme in den letzten Jahren wurde erneut überlegt, zu welchem Zeitpunkt nach der Geburt Frauen besonders empfänglich für die FP sind und wann stillende Mütter mit der Kontrazeption beginnen sollten. Darüber hinaus ist die Frage des Einflusses eines Angebots der Kinderfürsorge auf die Akzeptanz der Dienste ungeklärt. Einige Studien geben jedoch einen Hinweis, daß gerade eine gute Betreuung der Kinder innerhalb eines Programmes die Akzeptanz zu steigern vermag. Darüber hinaus könnte das Management von Nebenwirkungen besser durchgeführt werden (WINIKOFF und MENSCH 1991, SIMMONS und PHILLIPS 1987, HART et al. 1990, RIFKIN 1990).

### **3.2.2 Gemeindegestützte FP-Dienste (CBS)**

Gemeindegestützte FP-Dienste sollten, analog zu Gesundheitsdiensten, eine Versorgung ländlicher Gebiete durch paramedizinisches Personal oder speziell ausgebildete Laienhelfer gewährleisten, da die räumliche Distanz zu den Zentren als der entscheidende Grund für seltene Nachsorge und schlechte Kontinuität bei Anwendung von FP identifiziert wurde (BEESON et al. 1987a, HEIDEGGER 1980, MAGUIRE et al. 1982).

Community Based Systems (CBS) wurden konzipiert, um Kosten zu reduzieren, kulturelle Schranken und Kommunikationsbarrieren überwinden zu helfen und die Arbeitsbelastung des klinischen Personals zu reduzieren (KOLS et al. 1982, ROSS et al. 1987, HEIDEGGER 1980). Die Idee der CBS gewann Mitte der sechziger Jahren vor allem in Asien und Lateinamerika an Bedeutung (ROSENFELD et al. 1980). 1982 sprachen KOLS et al. (1982) von 70 gemeindegestützten FP-Diensten in 70 Ländern.

Verschiedene Systeme wurden bisher erprobt, insbesondere ein Angebot an Diensten durch Hausbesuche und das lokale Depot mit Verhütungsmitteln. Die Arbeit der CBS-Anbieter beinhaltete zumeist Information, Erziehung und Kommunikation (IEC) und die Versorgung mit Verhütungsmitteln, zumeist mit der Pille, Kondomen und Spermiziden. Erfahrungen haben gezeigt, daß auch paramedizinischem Personal oder speziell ausgebildete Laienhelfer das Screening vor Verschreibung der Pille übertragen werden kann, ohne daß mehr Komplikationen in Kauf genommen werden müssen (FOREIT 1991, ROSENFELD et al. 1980, ROSENFELD 1977, MUINDI 1991/1992).

Bestimmend für den Erfolg eines CBS-Programms sind Auswahl der Anbieter, Ausbildung, Supervision und klinische Referenzeinrichtungen sowie die daraus entstehenden Kosten (ROSS et al. 1987, NIEBUHR 1994 KOLS et al. 1982). Dennoch zeigen sich CBS-Projekte kostengünstiger als klinische Programme (FOREIT 1991). In integrierten Gesundheitsprogrammen, in denen den Agenten neben der FP auch noch andere Aufgaben übertragen wurden, ist es wichtig, diese auf konkrete und gezielte Dienste zu begrenzen (SCHMIDT EHRYS 1984, ROSS et al. 1987). Zu viele verschiedene Aufgaben können die Qualität des einzelnen Dienstes wie auch die Frequenz und Qualität der Informationsarbeit sowie eine persönliche vertrauensvolle Beziehung vermindern (NIEBUHR 1994). Darüber hinaus haben sich die Informations- und Bildungsaktivitäten als äußerst wichtiger Teilaspekt der CBS-Programme erwiesen (SIMMONS und PHILLIPS 1987). Die erfolgreichsten CBS-Agenten sind verheiratete ältere Frauen mit Kindern, die selbst Verhütung praktizieren (ROSS et al. 1987, FOREIT 1991). Daneben ist die Unterstützung der dörflichen Gemeinschaft bei dem CBS-Ansatz von entscheidender Bedeutung. So liegt die Auswahl der Agenten, die innerhalb eines CBS-Projektes ausgebildet werden, oft in den Händen der Dorfgemeinschaft. Auch traditionelle Hebammen wurden eingesetzt, Frauen über FP zu informieren (ISENALUMBE 1990, NIEBUHR 1994).

In Afrika waren es die anglophonen Länder, in denen CBS-Projekte Ende der siebziger Jahren eingeführt wurden. In Kenia und Ghana wurden die ersten Erfahrungen mit diesem Ansatz in Afrika gemacht. Heute existieren CBS-Projekte auch in vielen anderen Ländern wie Zimbabwe, Nigeria und Tansania, die umfassende Programme besitzen und auf die längste Erfahrung auch als staatliche Programme zurückgreifen können (MANDARA 1991, ROSS und FRANKENBERG 1993).

Erfolgreiche Programme zeigten, daß sich ein beachtlicher Anstieg der Kontrazeptivaprävalenz von bis zu 37% unter verheirateten Frauen durch CBS-Programme erreichen läßt (KOLS et al. 1982, EL TOM 1989, NACHTIGAL 1990, FAJOBI 1990, MAGUIRE et al. 1982, GAMBANGA 1991, ZINANGA 1990). Insgesamt sprechen ROSS und FRANKENBERG (1993) von einem Anstieg von 15% in ein oder zwei Jahren nach Etablierung eines CBS-Programms.

### **3.2.3 Subventionierter Verkauf von Verhütungsmitteln**

Der subventionierte, freie Verkauf von Verhütungsmitteln (Social Marketing (SM)) nutzt vorhandene Verkaufskanäle und den Einzelhandel, um Verhütungsmittel, die zumeist von nationalen Regierungen oder Organisationen subventioniert werden, insbesondere der einkommensschwachen Bevölkerung anzubieten. Die Verhütungsmittel werden unter einem speziellen Namen vermarktet, um bestimmte Gruppen zu erreichen (SHEON et al. 1987, HEIDEGGER 1980, ROSS und FRANKENBERG 1993). Bis zu 30% der Bevölkerung, so zeigte sich in einigen Ländern wie Ägypten, können über den freien Verkauf erreicht werden (SHERRIS et al. 1995).

In den lateinamerikanischen Ländern hat der subventionierte Vertrieb von Verhütungsmitteln über kommerzielle Kanäle einen großen Erfolg. Ein Vorteil der SM-Projekte ist die günstigere Kosteneffizienz. Die teuren

CBS-Projekte können durch SM-Programme unter Umständen sinnvoll ergänzt werden. Studien in Honduras z. B. haben gezeigt, daß viele Frauen, die die Pille zunächst von CBS-Agenten bezogen hatten, durch das Angebot der preiswerten Präparate in den Apotheken auf diese wechselten (JANOWITZ et al. 1992, BAILEY et al. 1989, VERNON et al. 1988).

SM-Programme finden sich oft in Ländern, in denen FP eine breite Unterstützung durch die Regierungen erfährt und meist schon funktionsfähige CBS-Programme operieren. Sie ergänzen sich zumeist in sinnvoller Weise und helfen, das Angebot mit Verhütungsmitteln für eine breite Bevölkerung zu akzeptablen Preisen zur Verfügung zu stellen (NIEBUHR 1994, HARVEY 1994). Zudem arbeiten die kommerziellen Systeme unter Umständen effizienter. Ein höheres Kapitalvermögen und eine bessere Struktur als in den öffentlichen Einrichtungen ermöglicht oft eine kontinuierliche Bereitstellung von Kontrazeptiva (MITCHELL et al. 1987).

Zu den Vorteilen des SM gehört, wie bei den CBS-Programmen, die geringere soziokulturelle Distanz zwischen Anbieter und Klient, die zu höherer Kontinuität der Anwendung führt <sup>64</sup> (BEESON et al. 1987a, MITCHELL et al. 1987, BAILEY et al. 1989). Zudem können über diese Kanäle Bevölkerungsgruppen wie Jugendliche und Männer erreicht werden, die sonst nur sehr schwierig versorgt werden können (MITCHELL et al. 1987). GREEN und Mitarbeiter (1988) und BAILEY und Mitarbeiter (1989) konnten zeigen, daß der kommerzielle Vertrieb subventionierter oraler Verhütungsmittel besonders die Zielgruppe der Frauen mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus anspricht.

Das Angebot an Methoden ist je nach Gesetzgebung des Landes recht unterschiedlich. In einigen lateinamerikanischen und asiatischen Ländern darf die Pille über private Apotheken ohne Rezept ausgegeben werden. In afrikanischen Ländern verbietet eine rigidere Gesetzgebung zumeist die Ausgabe der Pille ohne Rezept oder verbietet sie gänzlich außerhalb der Apotheken (SHEON et al. 1987). Hier werden in der Regel nur Kondome und Spermizide vertrieben. In Nigeria werden jedoch von Marktfrauen und -männern, nach einer kurzen Ausbildung, auch hormonelle Verhütungsmittel verkauft (LADIPO et al. 1990).

Eine Schwäche des freien Vertriebes sind Informationen über Anwendungsweise oder Nebenwirkungen (DAVIES et al. 1987). Auch eine medizinische Betreuung in bezug auf Risiken und Nebenwirkungen bei der Anwendung moderner Methoden ist nicht gewährleistet (MITCHELL et al. 1987).

### **3.2.4 Multisektorielle Strategien**

Während der Weltbevölkerungskonferenz wurden auch andere multisektorielle Strategien, wie die Integration in Sozialprogramme, Frauenförderung u.a. diskutiert, und entschieden, den Bereich der FP in Entwicklungsprogramme mit aufzunehmen (MAULDIN et al. 1974). Auch Informationskampagnen am Arbeitsplatz zeigen Erfolge durch Ansprache von Männer. Sie sind schwieriger über die etablierten Informationsaktivitäten im Bereich der Gesundheitsdienste zu sensibilisieren, und alternative Informationskanäle bieten eine große Chance.

---

<sup>64</sup> Theorie der Homophilie (REPETTO 1977). Vergleiche Seite 43

### 3.2.5 Jugendliche und Familienplanung

Als Jugendliche bezeichnet man die Altersgruppe zwischen 10 und 19 Jahren, die in den Entwicklungsländern oft mehr als 20% der Gesamtbevölkerung ausmacht. Diese Lebensphase fordert eine gezielte Aufmerksamkeit (GÖRGEN und DIESFELD 1994, BRANDRUP-LUKANOW et al. 1991).

Die Sexualität der Jugendlichen bietet besondere Problempunkte. In vielen Kulturen ist vorehelicher Verkehr verboten. Ungewollte Schwangerschaften und alleinstehende junge Mütter, mit den damit verbundenen schwierigen ökonomischen und emotionalen Verhältnissen, sind oft Folge der rigiden Moralvorstellungen der Gesellschaften, die Sexualaufklärung verbieten. (BRANDRUP-LUKANOW et al. 1991, GASHARANKWANZI et al. 1989). Schwangerschaften im jungen Alter sind überdies ein großes gesundheitliches Problem<sup>65</sup>. Sozialer Druck, Ausbildung und schwierige Lebenssituationen lassen zudem junge Frauen eine Abtreibung unter unsicheren Bedingungen durchführen<sup>66</sup>. Überdies sind gerade Jugendliche aufgrund des häufigeren Partnerwechsels besonders gefährdet durch eine Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen und HIV (FRIEDMAN 1993, GÖRGEN und DIESFELD 1994, POTTS et al. 1991).

So groß der Bedarf an Information über Sexualität und FP in diesem Alter ist, so schwierig ist es dennoch, gerade diese Altersgruppe zu erreichen. Das Wissen der Jugendlichen über die Existenz von Methoden der Kontrazeption ist zwar recht groß, dennoch zeigen Studien, daß die Kenntnisse z. B. über die Errechnung der fertilen Tage doch unzureichend ist. Die DHS-Studien zeigen, daß in der Hälfte der Länder, in denen Jugendliche über die fertilen Tage befragt wurden, nur 10% den Eisprung korrekt datieren konnten (BARKER und RICH 1992). Die Anwendungsrate von Methoden der Kontrazeption liegt zwischen 10% und 70% im subsaharanischen Afrika. In Kamerun wenden 11% der zwischen 15 bis 19-jährigen eine moderne Methode an (BALÉPA et al. 1992). Unter Studenten der Universität in Yaounde ließ sich ein ausreichendes Wissen über die Pille und Kondome (über 90%) feststellen, und auch die Anwendungsrate war mit über 57% sehr hoch (YANG MANGE 1991).

Wichtig für die Aufklärung von Jugendlichen ist der Sexualekundeunterricht in Schulen und auch die Einbeziehung der Eltern z. B. durch Versammlungen von Elternbeiräten. Traditionen und rigide Moralvorstellungen, auch der Lehrer, verringern jedoch die Effektivität dieser Programme. Darüber hinaus können über die Schule nur die Jugendlichen erreicht werden, die sie auch besuchen. Somit sind Jugendgruppen, Medien, Hefte und Liebesromane nach BARKER und RICH (1992) wichtige Informationsquellen. Verschiedene Ansätze, wie z.B. spezielle FP-Kliniken für die reproduktive Gesundheit Jugendlicher, sind entwickelt worden, um diese Gruppe zu erreichen. Jugendgruppen selbst müssen in die Informationsaktivitäten zu FP und AIDS und auch den Verkauf von Kondomen und Spermiziden mit eingeschlossen werden. (GÖRGEN und DIESFELD 1994, BRANDRUP-LUKANOW et al. 1991, NIEBUHR 1994b, ROMO 1990).

---

<sup>65</sup>Vergleiche S. 29

<sup>66</sup>YANG MANGE (1991) fand in Kamerun, daß 34% der Studentinnen der Universität in Yaounde eine Abtreibung hatten vornehmen lassen.

### **3.2.6 Männer und Familienplanung**

Ebenso wie die Gruppe der Jugendlichen sind auch Männer nur über spezielle Projekte erreichbar. Angesichts der AIDS-Pandemie erhält diese Gruppe nochmals einen entscheidenden Stellenwert (RIEDLBERGER 1994). Neben Informationen über die Massenmedien ist das persönliche Gespräch von entscheidender Bedeutung. Insbesondere der Arbeitsplatz bietet sich als mögliche Quelle für Information an. Auch hier müssen Studien, am besten unter Beteiligung der Zielgruppe, zeigen, auf welche Weise Männer erreicht werden können (GÖRGEN und BRANDRUP-LUKANOW 1992, RIEDLBERGER 1994). In Ghana z. B. erwiesen sich Programme, die mit den Arbeitsplätzen assoziiert waren, als erfolgreich (KWANSA 1990).

### 3.3 Die Qualität der Familienplanungsdienste

Die Qualität der FP-Dienste als maßgeblicher Grund für die Akzeptanz von Kontrazeption ist erst in den letzten Jahren vermehrt diskutiert worden. Die meisten FP-Programme haben quantitative Ziele gesetzt, um ihr Ziel, die Verbesserung der Gesundheit und die Akzeptanz von FP, zu erreichen. Traditionell wurde zur Überprüfung der Effektivität der Projekte die Zahl der neuen Anwender, die Zahl der kontinuierlichen Benutzer von FP-Methoden, die Anzahl der durch die FP-Dienste ausgegebenen Verhütungsmitteln und die Anwendungsrate von modernen Methoden verwendet (BRUCE 1990, KIM et al. 1992, SIMMONS und ELIAS 1994, JAIN 1989).

Die mangelnde Zugänglichkeit<sup>67</sup> von FP-Diensten wurde viele Jahre als ein Hauptgrund für niedrige Anwendungsraten von Kontrazeptiva gesehen. Aus diesem Grund wurden die Strategien wie CBS und SM entwickelt, um gerade der ländlichen Bevölkerung Zugang zu FP-Diensten zu ermöglichen (HEIDEGGER 1980, KETTING et al. 1994, BERTRAND et al. 1995). Die Diskussion um die KAP-Gap<sup>68</sup> veranlaßte verschiedene Autoren jedoch, die vernachlässigte Dimension der Qualität der FP-Dienste zu diskutieren (BRUCE 1990, JAIN 1989, BRUCE und JAIN 1991, SIMMONS und SIMMONS 1992, SIMMONS und ELIAS 1994).

Von ZEIDENSTEIN (1980) wurde die Anwenderperspektive als "revolutionärer Schritt" in der Evaluierung von FP-Diensten eingeführt. Als Hauptgrund für mangelnde Akzeptanz bzw. den Abbruch der Anwendung wurden Nebenwirkungen der Methoden identifiziert. Er folgerte daraus: "Die FP-Programme sollten besser an den Bedürfnissen der Individuen, einschließlich der Probleme, die sie bei der Nutzung erleben, orientiert werden" (ZEIDENSTEIN 1980 p 28). In den folgenden Jahren wurde nun die Anwenderperspektive vermehrt beachtet: "Der Hauptaspekt der Betrachtung der Perspektive der Klienten ist, daß ihre Werte Vorstellungen und Prioritäten in bezug auf FP verstanden und respektiert werden; dies wird zur breiteren Akzeptanz und dauerhafteren und effektiveren Nutzung von Verhütungsmethoden führen" (LIPTON et al. 1987).

Aus den von ZEIDENSTEIN 1980 veröffentlichten Thesen, daß durch Verbesserung der Qualität der Dienste eine bessere Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden erreicht werden kann, wurden von BRUCE die sechs Qualitätskriterien entwickelt, die sie 1988 auf dem Kongreß der amerikanischen Gesellschaft für Bevölkerung vortrug<sup>69</sup>. Sie hoffte, daß über eine höhere Aufmerksamkeit gegenüber der Qualität die "Verbesserung der Qualität der Dienste zu einer größeren, festen Klientel von zufriedenen FP-Anwendern führen wird". Sie faßt aus der Klientensicht die sechs wichtigsten Qualitätskriterien zusammen (BRUCE 1990):

---

<sup>67</sup>Der Zugang zu FP-Diensten wird neuerdings mittels einer umfassenderen Definition neu diskutiert in bezug auf die Qualität der medizinischen Dienste und die medizinischen Barrieren (BERTRAND et al. 1995).

<sup>68</sup>siehe S.8

<sup>69</sup>Die Verbesserung der Qualität der Dienste ist nach BRUCE (1990) vor allem dort wichtig, wo der Bedarf an Kontrazeptiva gering ist, wie in den meisten Ländern Afrikas; Frauen, mit einer hohen Motivation zu verhüten, sind eher gewillt auch qualitativ minderwertige Dienste in Anspruch zu nehmen. Gerade in Ländern mit einer niedrigen Anwendungsrate ist die Qualität der Dienste für die Vertrauensbildung und Akzeptanz entscheidend. Diese Hypothese wird von KOENIGS et al. (1987) bestätigt, der in Bangladesch eine Steigerung der Anwendungsrate von modernen Kontrazeptiva aufzeigen konnte durch intensive qualitativ gute FP-Dienste.

## **Wahl der Methode**

### **Informationen, die den Klienten vermittelt werden**

### **Technische Kompetenz**

### **Zwischenmenschliche Interaktion zwischen Klienten und Anbietern**

### **Nachsorge-/Kontinuitätsmechanismen**

### **Adäquate Konstellation der Dienste**

Auch von anderen Autoren wurden in den letzten Jahren Qualitätskriterien entworfen. ROBEY et al. (1994) identifizierten zehn Hauptaspekte, um FP-Programme effektiver zu gestalten<sup>70</sup>: Nachfrage nach FP, Erreichbarkeit der Dienste, Auswahl an Verhütungsmethoden, Klientenzentrierte Qualität, Kommunikation, gut ausgebildete Anbieter, Management, Forschung und Evaluierung, politische Unterstützung und finanzielle Möglichkeiten). Wie auch bei BRUCE (1990) aufgelistet, spielt darüber hinaus die Auswahl an Methoden eine große Rolle für den Erfolg.

Zudem wurden von der IPPF Qualitätskriterien festgelegt. Sie wurden als Rechte der Klienten und Bedürfnisse der Anbieter formuliert (HUEZO und BRIGGS 1992, HUEZO und DIAZ 1993a und b).

#### **Recht auf Information**

#### **Recht auf Zugang**

#### **Recht auf Auswahl**

#### **Recht auf Sicherheit**

#### **Recht auf Wahrung der Privatsphäre**

#### **Recht auf Vertraulichkeit**

#### **Recht auf Würde**

#### **Recht auf Annehmlichkeit**

#### **Recht auf Kontinuität**

#### **Recht auf Meinung**

#### **Bedürfnis nach Ausbildung**

#### **Bedürfnis nach Information**

#### **Bedürfnis nach Infrastruktur**

#### **Bedürfnis nach Nachschubsicherung**

#### **Bedürfnis nach Management**

#### **Bedürfnis nach medizinischem Hintergrund**

#### **Bedürfnis nach Respekt**

#### **Bedürfnis nach Förderung**

#### **Bedürfnis nach Supervision**

#### **Bedürfnis nach Beteiligung**

Die Qualitätskriterien überschneiden sich zum Teil mit denen von BRUCE (1990). Besondere Betonung findet die medizinische Sicherheit bei Anwendung von Methoden der Kontrazeption. Nicht nur eine ausreichende medizinische Untersuchung in bezug auf Nebenwirkungen, sondern auch die Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen gehören nach HUEZO und BRIGGS (1992) mit zu den Rechten der FP-Klienten. Darüber hinaus wurden das Recht auf die private Atmosphäre und die Vertraulichkeit als separate Qualitätsaspekte hervorgehoben.

---

<sup>70</sup>Auch sie beschrieben die klientenzentrierte Qualität als eine wichtige Basis der Programme.

### 3.3.1 Die Qualitätskriterien nach BRUCE

Das Qualitätskonzept nach BRUCE (1990) ist das bekannteste in der Literatur. In den meisten Studien zur Qualität von FP-Diensten wurden diese Kriterien verwendet (BROWN et al. 1995, ASKEW et al. 1994). Die sechs Qualitätsaspekte sollen als Diskussionsgrundlage verstanden werden<sup>71</sup>.

- **Wahl der Methode**

Die von BRUCE (1990) zusammengetragenen Kriterien basieren auf Erfahrungen der FP-Projekte in den letzten Jahren. Die **Wahl der Methode** meint das Angebot von verschiedenen Methoden der Kontrazeption. Der Klient kann jeweils die Methode wählen, die der momentanen Lebenssituation und den aktuellen Bedürfnissen am besten entspricht<sup>72</sup>. Zudem ermöglicht dies, bei Nebenwirkungen auf ein anderes Verhütungsmittel auszuweichen. Nebenwirkungen sind ein Hauptgrund, die Anwendung von Verhütungsmitteln schon im ersten Jahr wieder zu beenden. Zwischen 4% und 34% der Anwenderinnen der Spirale und 8%-50% der Anwenderinnen der Pille brechen die Anwendung deshalb ab (BRUCE 1990, ONAPO/GTZ 1990, FOLCH-LYON 1981, OUCHO und AYIEMBA 1991, PEREA et al. 1991, AKTER und AHMED 1991, WHO 1996, CLELAND et al. 1990).

Die Möglichkeit, bei Auftreten von Problemen auf ein anderes Verhütungsmittel auszuweichen zu können, ist nach BRUCE (1990) ein Schlüssel zur Zufriedenheit der Klientinnen. JAIN (1989) subsumiert, daß das Hinzufügen von Methoden zu einer Erhöhung der Kontrazeptivaprävalenz führt, da die Bereitstellung verschiedener Methoden die Kontinuität fördert. Sie stellt die These auf, daß die Kontrazeptivaprävalenz mit der Anzahl von Methoden, die in verschiedenen Einrichtungen eines Landes erhältlich sind, korreliert (JAIN 1989). Auch andere Autoren betonen den Zusammenhang zwischen einer guten Auswahl an Verhütungsmethoden und den Anwendungsraten (FREEDMAN und BERELSON 1976, PHILLIPS et al. 1982, LAPHAM und PARKER 1985, FOREIT 1991, BHATIA et al. 1980, AKBAR et al. 1991,76, DAVANZO 1989, MUNDIGO et al.1989).

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die kontinuierliche Bereitstellung der Methoden. Hohe Abbruchraten, falls die gewählte Methode nicht vorhanden ist, unterstreichen die Relevanz (WOLFF 1991, TOWNSEND 1991, GREEN 1988). Ein Mangel an Medikamenten wird von seiten der Klienten mit mangelhafter Qualität der Dienste assoziiert (ABU-ZEID et al. 1985, McPAKE et al. 1992). Wichtig ist auch, alle vorhandenen Methoden den Klienten anzubieten<sup>73</sup>(MILLER et al. 1992).

Die Studie von PHILLIPS et al. (1988) bestätigt die Hypothese und zeigt die enge Verknüpfung der Einführung neuer Methoden mit der Gesamtprävalenz an Verhütungsmitteln, insbesondere auch durch Wechseln der Me-

---

<sup>71</sup>Die Wertigkeit der einzelnen Kriterien in bezug auf die Gesamtbewertung eines FP-Projektes wurde bisher nicht bestimmt. Letztendlich fehlen zudem Studien, die bestimmen, welche Kriterien für die Bewertung durch die Klienten ausschlaggebend sind.

<sup>72</sup>In diesem Zusammenhang ist nicht nur die möglichst umfangreiche Auswahl an Verhütungsmethoden entscheidend, sondern auch die eigenständige Auswahl der Methoden durch die Klienten. Werden Klienten gedrängt, eine bestimmte Methode anzuwenden, sind sie eher geneigt, die Benutzung wieder abzubrechen (PARIANI et al. 1991, HASSAN 1993, BULATAO 1991).

<sup>73</sup>Hier zeigt sich ein nicht zu vernachlässigender Bias von seiten der Anbieter. Durch ihre Auswahl der vorgestellten Verhütungsmittel können sie die Wahl der Methoden von seiten der Klienten beeinflussen.

thoden, auf Frauen wird so z. B. nach einer Geburt die Möglichkeit eröffnet, auf sicherere Verhütungsmittel zu wechseln. Verschiedene Wünsche in bezug auf Fertilität erfordern unterschiedliche Methoden<sup>74</sup>. Darüber hinaus ist der Methodenmix besonders auch dort notwendig, wo bestimmte Verhütungsmittel aus religiösen Gründen für die Klientinnen nicht akzeptabel sind<sup>75</sup>. (WARWICK 1988, TOWNSEND 1991).

- **Informationen, die den Klientinnen gegeben werden**

Eine umfassende **Informationsübermittlung** ist ein äußerst wesentliches Qualitätskriterium. Vor einer eigenständigen Wahl einer Verhütungsmethode muß der Klient in genügender Weise über die verschiedenen Methoden aufgeklärt werden. Nach Meinung der WHO (1996) sollten die Informationen zumindest folgende Punkte umfassen: „Darstellung der Wirkungsweise, korrekte Anwendung, häufige Nebenwirkungen, Gesundheitsvor- und Nachteile, Zeichen und Symptome, die eine Rückkehr zum FP-Dienst nötig werden lassen, Wiederherstellung der Fertilität und Informationen über Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen.“

Wichtig ist ein genaues Aufzeigen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden sowie der Nebenwirkungen. Gerade in Kulturkreisen, in denen moderne Verhütungsmittel als etwas Neues und Fremdes empfunden werden, sind breite Informationen notwendig, um Gerüchten und Falschinformationen Einhalt zu gebieten (LIPTON et al. 1987, SIMMONS et al. 1988, WHO 1996, SIMMONS und SIMMONS 1992). Als Hauptgründe, weit vor erneutem Kinderwunsch, für die Ablehnung oder den Abbruch der Anwendung von modernen Methoden werden immer wieder Risiken, Nebenwirkungen sowie Ängste vor Sterilität oder gesundheitlichen Konsequenzen in Verbindung mit den Methoden genannt (WARWICK 1988, PEREA et al. 1991, AKHTER und AHMED 1991, OUCHO und AYIEMBA 1991, AINSWORTH 1985, FERGUSON 1992, SIMMONS et al. 1990, DECLERQUE et al. 1986, ONAPO/GTZ 1990, BAILEY et al. 1989, FOLCH-LYON 1981. Sind Gerüchte und Ängste in der Bevölkerung weit verbreitet, wird dies die Akzeptanz der FP oder auch der einzelnen Methoden beeinträchtigen<sup>76</sup> (AINSWORTH 1985)<sup>77</sup>. Gut informierte Anwender sind weniger anfällig, Gerüchten über Verhütungsmittel Glauben zu schenken (BRUCE 1990, SIMMONS und SIMMONS 1992, DWYER et al. 1991)<sup>78</sup>.

Es ist wichtig, Gerüchte nicht nur als falsch abzutun, sondern herauszufinden, in welchem Zusammenhang entstanden sind. Die Entkräftung von Gerüchten ist in vielen Gebieten ein Hauptbestandteil der Beratung, um Vertrauensbildung zur Anwendung von Verhütungsmitteln zu ermöglichen (DECLERQUE et al. 1986,

---

<sup>74</sup> So haben die Pille und die Injizierbaren ihre Anwenderinnen in der Gruppe der Frauen, die den Abstand zwischen den Geburten verlängern möchten, während Frauen mit abgeschlossener FP unter Umständen die Sterilisation bevorzugen.

<sup>75</sup> In einigen Ländern werden Frauen von Festen ausgeschlossen während der Periodenblutungen. Blutungsstörungen können so zu einem großen Problem werden.

<sup>76</sup> Schlechte Erfahrungen mit Verhütungsmethoden verbreiten sich schneller als gute (ICKIS 1992).

<sup>77</sup> AINSWORTH (1985) diskutiert in diesem Zusammenhang die psychologischen und physischen Kosten der Nebenwirkungen bei Nutzung von modernen Verhütungsmethoden. „Diese“, so AINSWORTH (1984) „und andere finanzielle, psychologische, physische und zeitliche ‘Kosten’ der Regulierung der Fertilität sind für manche Paare eine größere Belastung als die Kosten eines weiteren Kindes.“

<sup>78</sup> In einer Studie von RAHMAN et al. (1980) wurde eine Reihe von Nebenwirkungen von den Frauen als der Grund genannt, die Nutzung der Kontrazeptiva abzubrechen. Als Erklärung für die häufige Nennungen von Nebenwirkungen nannte RAHMAN et al. (1980) die unzulängliche Ausbildung der Agenten, die mehr auf die einwandfreien technischen Fähigkeiten und weniger auf die Informationsübermittlung und kommunikative Aspekte ausgerichtet war.

LETTENMAIER und GALLEN 1987, SIMMONS et al. 1988, LIPTON et al. 1987, CHURCH und RINEHART 1990). Wie BEESON et al. (1987b) formulierten, ist: „...eine gute Klient-Anbieter-Beziehung notwendig, um Gerüchte zu entkräften; und dies bedeutet, daß der Anbieter den Klienten Zeit gibt, eigene Ansichten kund zu tun.“ Informationsvermittlung und Kommunikation über FP muß den kulturellen, psychologischen und ökonomischen Kontext einer Bevölkerung in hohem Maße mit einbeziehen (KUSHWAHA 1979, WARWICK 1988, WORLD HEALTH ORGANIZATION TASK FORCE 1981).

Informationen über Anwendungsweise und Sicherheit der Methode sind neben den Informationen über Nebenwirkungen von vordringlicher Bedeutung (DECLERQUE et al. 1986). So ist auch die ungewollte Schwangerschaft ein häufiger Grund (30%), die Nutzung abzubrechen. Besonders viele ungewollte Schwangerschaften treten trotz des hohen Pearl-Index durch Einnahmefehler bei der Nutzung der Pille auf (FERGUSON 1991, JEJEEBHOY 1991).

Unzufriedene Anwenderinnen, die aufgrund von Nebenwirkungen die Anwendung beenden, geben ihre negativen Erfahrungen an andere weiter und verringern das Vertrauen der Frauen in die Methoden und beeinträchtigen so den Erfolg von Programmen (BEESON et al. 1987b, JEJEEBHOY 1991).

Die Informationsübermittlung wird vorwiegend durch die FP-Dienste, zu einem großen Teil aber auch durch die öffentlichen Medien geleistet. Der optimale Ansatz ist die Kombination von mündlichen und schriftlichen Informationsmedien (LIPTON et al. 1987). Auch FOREIT (1991) unterstreicht den Einfluß von Massenmedien für die Information von Klientinnen.

- **Technische Kompetenz**

Die **Fachkompetenz** ist ein weiterer wichtiger Punkt bei der Qualitätssicherung der FP-Dienste. In der Regel ist sie aber weniger wichtig für die Klientinnen als die persönliche Zuwendung und der Zeitfaktor (SUNG 1977). Die Fachkompetenz war klassischerweise der Ansatz, Qualität zu messen. Erst später wurden andere Kriterien wie z. B. die Patientenzufriedenheit mit hinzu genommen<sup>79</sup>.

Im Bereich der FP wurden nur wenige Studien durchgeführt zur Kompetenz der Anbieter. Die von der IPPF entwickelten Qualitätskriterien<sup>80</sup> heben die Notwendigkeit der ausreichenden Schulung der Anbieter hervor. Nur gut ausgebildete Anbieter sind in der Lage, qualitativ gute Dienste anzubieten und die ausreichende Informationsvermittlung, wie sie im vorherigen Abschnitt dargestellt wurde, zu leisten<sup>81</sup> (HUEZO und DIAZ 1993a, OYEDIRAN 1993). Eine gute Ausbildung und die motivierende Betreuung durch Vorgesetzte schlagen sich in der Kompetenz der Anbieter nieder (TOWNSEND 1991, AINSWORTH 1985).

---

<sup>79</sup> Vergleiche auch Seite 49

<sup>80</sup> Vergleich Seite 38

<sup>81</sup> TOWNSEND (1991) zeigte in einer Studie, daß 50% der Anbieter keine genauen Vorstellungen darüber hatten, wieviel Tage ohne Einnahme zwischen 2 Pillenpackungen bei 21 oder 28 Pillen bleiben sollten. Dementsprechend lag das Wissen der Anwenderinnen bei unter 40%.

In diesem Kontext wurde immer wieder die Frage erörtert, inwieweit nichtärztliche Personal z. B. das Einsetzen einer Spirale oder die Verschreibung der Pille übertragen werden kann. ZEIGHAMI et al. (1976) zeigt in seiner Studie, daß in bezug auf das Einsetzen von Spiralen angelernte, traditionelle Hebammen keine höhere Rate an Ausstoßungen und ungewollten Schwangerschaft haben. Hervorgehoben wurde auch, daß es wichtig sei, Krankenschwestern oder Hebammen das Einsetzen der Spirale übernehmen zu lassen, weil die Alternative im Fehlen jeglicher Dienste bestände (ZEIGHAMI et al. 1976, ROSENFELD 1977, ROSENFELD et al. 1980).

Nicht außer Acht lassen sollte man in diesem Zusammenhang, daß aber auch zu hohe Qualitätsansprüche negative Konsequenzen für die Bevölkerung haben können. In einigen Ländern Westafrikas ist die Verschreibung der Pille zum Beispiel an Blutuntersuchungen gebunden, die nicht internationaler Standard<sup>82</sup> sind aber die Zugänglichkeit stark beeinträchtigen (INTRAH 1994, BROWN Jahr unbekannt)<sup>83</sup>.

Ein anderer Aspekt der technischen Kompetenz ist das Management bei Auftreten von Nebenwirkungen bei der Anwendung von Verhütungsmitteln. Die Anbieter müssen nicht nur die Behandlung der verschiedenen Komplikationen übernehmen können oder an geeignete Einrichtungen überweisen, sondern auch Ängste und Gerüchte entkräften. SIMMONS et al. (1990) konnten in ihrer Studie in Bangladesch zeigen, daß die Ausbildung der Anbieter nicht ausreichend ist, um diesen Anspruch zu erfüllen.

- **Zwischenmenschliche Interaktion zwischen Klienten und Anbieter**

Der interaktive und affektive Teil der Tätigkeit der Anbieter von FP-Diensten wird unter dem Begriff der **zwischenmenschlichen Interaktion zwischen Klienten und Anbieter** zusammengefaßt. Es ist wichtig, diesen Aspekt von der adäquaten, übermittelten Information abzugrenzen. "In einer guten Beratungssituation übermittelt der Anbieter nicht nur genaue Informationen, er ermöglicht auch eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Klienten" (GALLEN und LETTENMAIER 1987). Eine auf der persönlichen Ebene gut geführte Sprechstunde, in der alle wichtigen Informationen übermittelt werden und der Klient sich mit seinen Ängsten und Bedürfnissen ernst genommen fühlt, wird den entscheidenden Platz in der Vertrauensbildung zwischen Anbieter und Klientin einnehmen. AINSWORTH (1985) beschreibt den „initialen Kontakt als den kritischen Aspekt der FP-Dienste“. Ein positiver Kontakt wird die regelmäßige Inanspruchnahme fördern. Zudem ist ein vertrauensvoller zwischenmenschlicher Kontakt wichtig, um Gerüchten über Nebenwirkungen entgegenzuwirken (BEESON et al. 1987b, SIMMONS und SIMMONS 1992).

---

<sup>82</sup> Blutuntersuchungen wie Leberwerte, Glukose u.a. vor der Verschreibung der Pille werden auch in industrialisierten Ländern kontrovers diskutiert. In vielen französischen Lehrbüchern werden sie gefordert, während englische Lehrbücher zurückhaltender sind. BUEKENS et al. (1990) kommt nach einer Studie über die Praxis der Blutuntersuchungen in Afrika zu dem Schluß, daß nach Abwägung der Risiken und Kosten Blutuntersuchungen vor Verschreibung der Pille in Afrika nicht notwendig sind, insbesondere vor dem Hintergrund, daß der Diabetes sehr viel seltener vorkommt und das kardiovaskuläre Risiko niedriger ist.

<sup>83</sup> Das 1996 bei der WHO erschienene Buch „Verbesserung der Zugänglichkeit zur Qualität in der FP“, bewertet viele der bisher beachteten Kontraindikationen neu und schafft damit einen neuen Standard.

Einzelne Studien zur Zufriedenheit der Klienten unterstreichen die Bedeutung dieses Kriteriums<sup>84</sup>. Die Klienten wünschen, mit Respekt, Anstand und Verständnis behandelt zu werden (VERA 1993, GALLEN und LETTENMAIER 1987, SIMMONS und SIMMONS 1992, MERNISSI 1975). Die Kriterien einer guten zwischenmenschlichen Beziehung und guten Beratungsstrategie wurden von der Johns-Hopkins-Universität unter dem Akronym "GATHER"<sup>85</sup> zusammengefaßt:

**Freundliche und zuvorkommende Begrüßung**

**Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse der Klientinnen**

**Information über alle vorhandenen FP-Methoden**

**Entscheidungshilfe bei der Wahl der Methoden**

**Aufklärung über die Anwendungsweise der Methoden**

**Festlegung eines nächsten Termins im FP-Dienst**

Zunächst spielen auch Sprachbarrieren eine Rolle. Das Klinikpersonal kommuniziert in der Regel in den Amtssprachen, die aber nicht von Frauen aus den unteren Schichten gesprochen werden. In Mexiko fand BAILEY et al. (1982), daß Apotheken höhere Kontinuitätsraten aufweisen als die staatlichen Kliniken, und machte dafür die geringere kulturelle Barriere zwischen Anbieter und Klienten verantwortlich. Die Privatheit spielt ebenso eine wichtige Rolle (BRUCE 1990). In manchen Studien wurde gezeigt, daß Anbietern, die in bezug auf soziokulturelle Charakteristika wie Familienstand und Sozialstatus den Klienten ähneln, mehr Vertrauen entgegengebracht wird (BRUCE 1990, REPETTO 1977, LIPTON et al. 1987). Hebammen können die Vertrauensbrücke insbesondere in dörflichen Gegenden eher schlagen (CHOWDHURY und CHOWDHURY 1975, EREN 1983). Gerade in Südostasien und Lateinamerika zeigen CBS-Programme mit traditionellen Hebammen, daß durch sie soziale Distanz minimiert wird und Vertrauen zum FP entstehen kann (BEESON et al. 1987a)<sup>86</sup>. Indes können Hebammen nicht generell als die besseren Anbieter betrachtet werden. Das Gesundheitspersonal gehört in der Regel der Mittelschicht an, und so bleibt eine schichtspezifische Barriere zwischen Anbietern und Klientinnen bestehen, welche die Akzeptanz von FP-Diensten beeinflussen kann (HULL 1979).

Besonders auffällig war in einer Studie von SCHULER et al. (1985), daß sich Frauen aus einer niedrigen sozialen Schicht sehr zurückhaltend zeigten, die FP-Dienste aufzusuchen und zu vereinbarten Terminen wiederzukommen. Eine große Scheu und das Gefühl, daß das Angebot nicht ihnen gelte, sind eine starke Barriere für die Inanspruchnahme. HUNTINGTON et al. (1990) fanden in seiner Studie, daß Frauen aus einer niedrigen

---

<sup>84</sup> ICKIS (1992) sieht in der persönlichen Interaktion zwischen Klient und Anbieter den entscheidenden Aspekt in puncto Kontinuität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption.

<sup>85</sup>

- G - Greet clients in a friendly and helpful way.
- A - Ask clients about their family planning needs.
- T - Tell clients about available family planning methods.
- H - Help clients decide which method they want.
- E - Explain how to use the method chosen.
- R - Return visits should be planned.

<sup>86</sup>Vergleich Seite 34

sozialen Schicht, und insbesondere wenn sie jung und unverheiratet waren, eine schlechtere Behandlung erfahren oder sogar gar keine Beratung erhielten<sup>87</sup>.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Interaktion ist, daß die Klientin ermutigt wird, sich selbst für ein Kontrazeptivum zu entscheiden. Bevormundungen durch den FP-Agenten können das Vertrauen zerstören und hohe Abbruchquoten zur Folge haben. MITCHELL et al. (1987) sehen im freien Verkauf von Verhütungsmitteln einen großen Vorteil: "In puncto Wahl zwischen den Methoden haben Klienten bei der Auswahl im freien Verkauf mehr Entscheidungsfreiraum als in jedem anderen Versorgungssystem".

Neben der Qualität der zwischenmenschlichen Interaktion spielt auch die Quantität, das heißt die Häufigkeit des Kontaktes zwischen Anbietern und Klienten eine Rolle. Dieser Aspekt der zwischenmenschlichen Beziehung ist, insbesondere in CBS-Programmen, ausgeprägt. SIMMONS und Mitarbeiter (1986) konnte für Asien zeigen, daß ein häufigerer Kontakt mit dem Klienten zu einer höheren Anwendungsrate an Verhütungsmitteln führt.

- **Nachsorge und Kontinuitätsmechanismen**

Ein weiteres Merkmal der Qualität nach BRUCE (1990) sind **Nachsorge und Kontinuitätsmechanismen**<sup>88</sup>. Begrüßenswert wäre, wenn Klienten, die einen vereinbarten Termin in den FP-Diensten nicht wahrgenommen haben, von einem Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes aufgesucht würden. Diese Arbeit kann jedoch nur sehr selten von klinischen FP-Diensten übernommen werden. CBS-Programme sind, wenn sie mit dem System der Hausbesuche arbeiten, von ihrer Struktur her so ausgelegt, daß sie Kontinuität durch Hausbesuche eher zu fördern vermögen als FP-Programme, die Dienste in Kliniken anbieten. Eine Studie auf den Philippinen bestätigt den positiven Impact, den Hausbesuche auf die Kontinuität der Anwendung ausüben können. Hier lag die Abbrecherquote in der Gruppe der Frauen, die Besuche von Agenten erhielten, um ein Drittel niedriger (SIMMONS und ELIAS 1994).

Die Förderung der Kontinuität sollte auf die Zufriedenheit der Klienten gerichtet sein. So meinen LIPTON et al. (1987): "Letztendlich, so postulieren wir, daß die Erfassung der Qualität - die Basis auf der die Klient/Anbieter Ebene bewertet werden sollte - sich nicht in reinen demographischen Konsequenzen (in einem meßbaren Sinken der Fertilität) oder im Erreichen von hohen Anwendungsniveaus an Verhütungsmitteln zeigen wird, sondern in dem Ausmaß, in dem die Klienten eine zuverlässige Beziehung zu einem respektvollen Anbieter finden können (...)."

---

<sup>87</sup> Es zeigen sich Unterschiede in der Behandlung der Klientinnen aus besser gestellten und sozial niedrigen Schichten. Klientinnen aus niedrigen sozialen Schichten werden z. B. eher Methoden mit einer höheren Sicherheit angeraten und seltener Kondome (BEESON et al. 1987b).

<sup>88</sup> Diskutiert wurde der Aspekt der Kontinuität vor allem, um demographische Ziele zu erreichen. Programme können nach JAIN (1989) "bessere demographische Resultate erzielen, wenn sie sich auf eine kleine Zahl von jährlichen Anwendern konzentrieren und diese gut betreuen, um ihre Zufriedenheit und Kontinuität zu erreichen, als wenn versucht würde, eine große Anzahl von Anwendern zu erreichen, ohne diese zu betreuen".

Kontinuitätsraten differieren stark nach Programm und Region. In den Philippinen konnten Kontinuitätsraten von 44% über 2 Jahre gefunden werden (BRUCE 1990, AINSWORTH 1985). RAHMAN et al. (1980) hingegen stellten in einem Projekt in Bangladesch lediglich 25% Kontinuität im Verlauf von zwei Jahren fest.

Nach BRUCE (1990) liegen die Ursachen für hohe Abbruchquoten in einem unzureichenden Anfangskontakt, der mangelnden Aufklärung über Nebenwirkungen und der fehlenden Möglichkeit, die Methode zu wechseln, und einer inadäquaten Nachsorge. Nachteilig auf die Kontinuität wirkt sich aus, wenn FP-Dienste nur zu bestimmten Tageszeiten oder nur an wenigen Tagen der Woche angeboten werden oder lange Wartezeiten bestehen (BEESON et al. 1987b, SUNG 1977, KELLER et al. 1975, MERNISSI 1975).

Auch Alter, Parität und Bildung wirken sich auf die Kontinuität der Anwendung von Methoden der Kontrazeption aus. Darüber hinaus zeigen sich geringere Abbruchquoten für die Spirale als für andere Methoden (PARIANI et al. 1991, AKBAR et al. 1991, AINSWORTH 1985, HAMMERSLOUGH 1984).

- **adäquate Konstellation der Dienste**

Ein weiterer Qualitätsaspekt ist die **adäquate Konstellation der Dienste**. Bisher ergeben sich keine eindeutigen Hinweise, daß eines der Systeme der FP-Dienste zu bevorzugen wäre (MENSCH 1993). Je nach Klientel und Bedürfnissen der Klientinnen können CBS-, SM- oder klinische Projekte die Erwartungen am besten erfüllen (SIMMONS und PHILLIPS 1987)<sup>89</sup>.

Die Sichtweise der Klienten ist in diesem Punkt ausschlaggebend. Ein Programm sollte so konzipiert werden, daß die Konstellation die Bedürfnisse der Bevölkerung befriedigt<sup>90</sup>. Aufgrund des Vorteils der geringeren soziokulturellen Distanz zwischen Anbieter und Klient können je nach kultureller Ausgangssituation CBS-Projekte oder SM-Programme eine akzeptablere Konstellation für die Bevölkerung bedeuten (NIEBUHR 1994, ROSS et al. 1987). Analysen zeigen, daß sowohl vertikale wie integrierte Programme die Erwartungen der Bevölkerung zu befriedigen vermögen. "...die Bevölkerung wünscht gute Dienste, unabhängig von spezifischen Kombinationen<sup>91</sup>" (SIMMONS und PHILLIPS 1987)<sup>92</sup>.

In der Zeit vor der Bevölkerungskonferenz in Bukarest standen zunächst im gesundheitlichen Rahmen integrierte FP-Dienste im Mittelpunkt. Während der Bevölkerungskonferenz änderte sich die Zielrichtung, und ein besonderes Augenmerk wurde auf die Kombination von FP und allgemeinen Entwicklungsprogrammen gelegt (MAULDIN et al. 1974). Seit der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo steht wieder ein umfassendes Konzept im Vordergrund. So sollen den Klienten nicht nur FP-Dienste angeboten werden, sondern die reproduktive Gesundheit, inklusive der Behandlung der sexuell übertragbaren Erkrankungen, im Mittelpunkt der Dienstleistung stehen (BERTRAND et al. 1995).

---

<sup>89</sup>Vergleiche Seiten 31 bis 36

<sup>90</sup>Nach SIMMONS und SIMMONS (1987) spielt die soziokulturelle Einbettung eine große Rolle.

<sup>91</sup>gemeint sind hier die verschiedenen CBD, Social Marketing oder klinische Programme

<sup>92</sup>SUNG (1977) fand jedoch in einer Studie in Detroit, daß Frauen große Kliniken mit einem umfassenden Angebot bevorzugen.

Frauen werden nach BRUCE (1990) vor allem erreicht und für FP interessiert, wenn ihr Bedarf nach Information über Sexualität berücksichtigt wird. Wenn durch breite Informationsveranstaltungen den Wünschen der Frauen zur Vermittlung von Wissen über ihre Organe, reproduktive Gesundheit und Sexualität Rechnung getragen wird, kann hierüber eine notwendige Vertrauensbasis geschaffen werden.

Das Konzept eines FP-Dienstes muß sich somit grundsätzlich an den jeweiligen Familienstrukturen orientieren. BRUCE (1990) faßt zusammen: "Die adäquate Konstellation der Dienste ist eine solche, die dem Tagesablauf und dem Gesundheitskonzept der Klienten entspricht."

### 3.3.2 Studien zur Qualität der FP-Dienste

Bis Ende der achtziger Jahre betrafen Studien zu FP zumeist Wissen, Haltung zu oder Anwendung von FP-Methoden (KAP-Studien) oder die Auswirkung der Programmstruktur auf die Akzeptanz von Methoden der Kontrazeption bzw. den Rückgang der Fertilität ( MAULDIN und BERELSON 1978, MAULDIN et al. 1995, FREEDMANN und BERLSON 1976, LAPHAM und MAULDIN 1985, CLELAND 1973, MAULDIN und ROSS 1991, LAPHAM und SIMMONS 1987). Diese Studien konnten wichtige Basisdaten, jedoch keine Informationen über die Qualität der Dienste selbst und ihre Arbeitsweise liefern. Nachdem die Qualität der FP-Dienste und die Sichtweise der Klienten als entscheidendes Kriterium für die Akzeptanz der FP-Methoden große Bedeutung erhielt, wurden neue Evaluierungsmethoden entwickelt (FISHER et al.1992, BROWN et al. 1995, ASKEW et al. 1994). Ziel dieser Methoden war es, die vernachlässigte Dimension der Qualität der Dienste, der Anbieter-Klient Interaktion und der Sichtweise der Klienten zu erfassen. Hintergrund der Auseinandersetzung mit der Qualität der FP-Dienste war auch das weltweit steigende Interesse der Mediziner an Qualitätskontrollmechanismen in der Medizin und die ungeklärte Frage nach der Ursache des KAP-Gap (KETTING et al. 1994, MENSCH 1990).

Klientenzentrierte Forschung ist notwendig, um Wege zu identifizieren wie Hindernisse für eine breite Akzeptanz von Verhütungsmitteln abgebaut werden können. Ziel ist es nach LIPTON et al. (1987), "Anbieter, Programmmanager und Gesetzgeber mit Informationen zu versorgen, die ihnen ermöglichen, die Struktur und das Management von Programmen zu verbessern". AINSWORTH (1985) postuliert, daß bei Beachtung von Bedürfnissen und Erwartungen von Klienten und bei Anpassung der Kommunikation der Anbieter sowie des Dienstleistungsangebot, die Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden gesteigert wird.

Verschiedene Modelle haben sich bisher mit der Akzeptanz und Kontinuität der Inanspruchnahme von medizinischen Diensten und der Einnahme von Medikamenten auseinandergesetzt. Das **soziomedizinische** Konzept suchte soziokulturelle Charakteristika, die Akzeptanz und Kontinuität erklären könnten, fanden aber keine klaren Hinweise<sup>93</sup>.

---

<sup>93</sup> Es zeigte sich jedoch, daß Injektionen eine bessere Kontinuität aufweisen als orale Medikamente (LIPTON et al. 1987).

Das **Erziehungsmodell** basiert auf der Annahme, daß insbesondere in Kulturen, in denen moderne Methoden der Kontrazeption als fremd erlebt werden und Ängste vor der westlichen Technologie bestehen, Erziehungs- und Informationskonzepte von vordringlicher Bedeutung sind, insbesondere, um Gerüchte und Ängste zu entkräften<sup>94</sup>. Mehr Wissen würde nach diesem Modell zu einer kontinuierlicheren Anwendung führen. Verbale und gedruckte Aufklärungsmaterialien sind die optimale Kombination.

Das **Gesundheitskonzept** basiert nicht auf dem Wissen sondern auf der Bedeutung der Vorstellungen und Motivation im Hinblick auf Gesundheitsverhalten. In diesem Zusammenhang liegt die Betonung der Arbeit der Anbieter darauf, die Einstellungen der Klienten zu erkennen<sup>95</sup>.

Ebenfalls wichtig ist die soziale Unterstützung der Klienten. Das **soziale Unterstützungsmodell** geht davon aus, daß die sozioemotionale Unterstützung die Schlüsselstellung für die Änderung der Verhaltens ist. Stehen Freunde, Verwandte und die Familie einer Einnahme von Verhütungsmitteln negativ gegenüber, ist die kontinuierliche Anwendung schwierig. Wichtig ist nach diesem Konzept, Ersatzreferenzgruppen wie Mütter-Clubs oder ähnliches anzubieten.

Das **Kommunikationsmodell** geht davon aus, daß wichtigster Kernpunkt die Arbeit der Anbieter ist. Die Interaktion zwischen Anbieter und Klient wird als entscheidend in bezug auf Akzeptanz von modernen Methoden der Kontrazeption gesehen. In diesem Zusammenhang ist es äußerst wichtig, Feed-back-Mechanismen zu entwickeln, um den Anbieter über Schwächen der Kommunikation mit dem Klienten zu informieren (LIPTON et al.1987).

### 3.4 Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich

Qualität ist „(...) die sorgfältige Durchführung von Interventionen (gemäß einem Standard), die als sicher bekannt sind, erschwinglich für die Zielgruppe sind und die die Möglichkeit einer Wirkung auf Mortalität, Morbidität, Behinderung und Unterernährung ausüben“ (ROEMER und AGUILAR 1988).

Der Aspekt der Qualitätsverbesserung im medizinischen Bereich geht auf Florence *Nightingale* zurück, die mit einfachen Verbesserungen wie Sauberkeit und Hygiene die Mortalität in Krankenhäusern senkte. Die Systeme des ‘Totalen Qualitätsmanagement’ bzw. ‘Kontinuierliches Qualitätsverbesserungssystem’ haben sich aus der industriellen Produktion entwickelt. Sie wurden insbesondere in Japan eingeführt, um die Qualität der Produkte zu verbessern und gleichzeitig die Produktionskosten zu senken. Das System konzentriert sich darauf, Fehlerhaftes bzw. qualitativ Minderwertiges zu identifizieren und durch eine Korrektur der Produktion die weitere Herstellung der fehlerhaften Ware auszuschließen (DE GEYNDT 1995).

Qualitätskontrolle wurde zunächst unter dem Blickwinkel begonnen, Informationen über Schwächen der Gesundheitsdienste zu eruieren. Die ökonomischen Zwänge verschieben heute die Intention zur Frage, wieviel Qualität ein Dienst anbieten kann und zu welchen Kosten.

---

<sup>94</sup> Instruktionen, was im Falle von Schwierigkeiten und Nebenwirkungen zu tun sei, sind von vordringlicher Bedeutung (BEESON et al. 1987, MERNISSI 1975).

Gerade in Entwicklungsländern war angesichts der begrenzten Ressourcen die Qualität der Gesundheitsdienste eine vernachlässigte Dimension (MENSCH 1993). Steigende Beachtung erhielt sie jedoch auch hier, da sich die Qualität der Dienste als kritischer Aspekt für die Akzeptanz der Dienste erwies<sup>96</sup>. So postulieren BROWN et al. (Jahr nicht bekannt): „... meistens kostet die Verbesserung der Qualität nichts, sondern sie zahlt sich aus.“

Wichtig erwies sich bei diesem Konzept der Einbeziehung der Bevölkerung, dass diese nur gewillt ist, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen und auch für sie zu zahlen, wenn sie ihrer persönlichen Einschätzung nach qualitativ gut sind (McPAKE et al. 1993, GILSON et al. 1994, ABU-ZEID et al. 1985, LERBERGHE et al. 1993).

### 3.4.1 Ziele der Qualitätserfassung und Verbesserung

Nach DE GEYNDT (1995) ist das fundamentale Ziel für systematische Anstrengungen der Qualitätsverbesserung die soziale Verpflichtung, jedem eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen. „Die bestmögliche Qualität für jeden“ wäre ein wünschenswertes Ziel, welches aber selbst in den reichen Industrienationen als ökonomisch nicht mehr vertretbar diskutiert wird (VUORI 1982).

Die steigenden Kosten im Gesundheitssystem in den siebziger Jahren und die Unzufriedenheit vieler Patienten mit ihrer Behandlung trieben die Diskussion um die Qualität an. Schlecht informierte Patienten, skeptische Zahler der Gesundheitskosten, frustrierte Ärzte und Verantwortliche des Gesundheitssystems, die glaubten, daß eine „ungesunde Balance zwischen Gesundheitsergebnissen und Kosten besteht“, beeinflussten die Gedanken über Qualitätskontrolle (ELLWOOD 1988).

Erziehungsprogramme innerhalb des Qualitätsmanagements sollten die Effizienz der Dienste erhöhen. Umstritten ist dennoch, ob durch kontinuierliche Fortbildung des Personals, um ein möglichst effektives Arbeiten zu erreichen, Kosten gespart werden können, da die Etablierung einer regelmäßigen Weiterbildung eine teure Investition bedeutet (GOLDMAN 1990, KASSIRER 1993). Schließlich soll die Qualitätskontrolle ein Mechanismus der Selbst-Regulierung sein und Verbesserung der Dienste bewirken (WHO 1985, RAZUM 1994).

Verschiedene **Definitionen** zeigen die Entwicklung zu einer umfassenden Sichtweise. Waren Qualitätskontrollen in der Vergangenheit mehr auf die Qualität des technischen Teils konzentriert, so rückt nun eine breitere Definition an diese Stelle (GILSON et al. 1994). BOWEN (1987) formulierte: „Der Weg, die Qualität zu messen, ist zu schauen, was mit dem Patienten nach der Therapie passiert.“ So wurde z. B. in einer Studie von WELLS et al. (1989) ein Ergebnis-Konzept entwickelt, bei dem die Lebensqualität der Patienten erfaßt wird.

---

<sup>95</sup> Pflegepersonal, das den Klienten meist soziokulturell näher steht, kann diese Arbeit oft besser erfüllen. Die Vertrauensbrücke wird leichter hergestellt.

<sup>96</sup> Dienste, die keine adäquaten Leistungen anbieten, z.B. keine Medikamente zur Verfügung haben, werden von der Bevölkerung nicht angenommen.

WELLS et al. (1989) gehen davon aus , daß „sich wohl fühlen, die subjektive Verbesserung der Lebensqualität oder die Möglichkeit, Arbeiten und Aktivitäten auszuführen, das primäre Anliegen des Patienten ist“.

### 3.4.2 Konzepte der Qualitätskontrolle

In der Diskussion der letzten Jahre gewinnt die Zufriedenheit der Klienten als Aspekt der Qualität einen immer größeren Raum. Für die Klienten inakzeptable Dienste werden nicht genutzt und sind dadurch ineffektiv. GILSON et al. (1994) fordern: „Definitionen der Qualität sollten in hohem Maße die Zufriedenheit berücksichtigen und den Einschätzungen der Patienten eine wichtigere Rolle bei der Definition der Qualität einräumen.“

Nach DONABEDIAN (1988) kann die Qualitätskontrolle auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Er unterscheidet **Struktur, Prozeß und Ergebnis** als mögliche Ansätze, die Qualität zu messen.

Unter **Struktur** beschreibt er das Umfeld, in dem die Dienstleistung angeboten wird. Dies umfaßt die Ressourcen wie z. B. Ausstattung, Einrichtung und Ausbildung der Mitarbeiter wie auch die Organisationsstruktur. Der **Prozeß** ist die tatsächlich durchgeführte Dienstleistung. Diagnose und Therapie werden hierunter zusammengefaßt. Das **Ergebnis** kann sich auf vielfältige Art und Weise niederschlagen, als Verbesserung des Gesundheitsstatus, als Verbesserung des Wissens der Klienten oder auch als Zufriedenheit mit dem Dienst.

Am häufigsten werden in Studien sogenannte **Struktur-Variablen** als Qualitätsindikatoren genutzt. DE GEYNDT (1995) unterscheidet physikalische, personelle, finanzielle und organisatorische Investitionen. Zu den physikalischen gehören z. B. die geregelte Bereitstellung von Medikamenten, ausreichende Ausstattung der Gesundheitseinrichtung und Wartung sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Die personellen Investitionen decken den Bereich der genügenden Bereitstellung und Ausbildung des Personals ab. Die organisatorische Struktur als wichtiger Teilaspekt dieses Ansatzpunktes der Qualitätskontrolle umfaßt die Managementkapazitäten und die Gesetzgebung bzw. Programme (DE GEYNDT 1995).

**Prozessvariablen** beziehen sich z. B. auf die Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste, Integration, Management, Koordination oder Supervision. Innerhalb einer Gesundheitseinrichtung können Daten wie Häufigkeit des Arzt-Patient-Kontaktes, Medikamente, Überweisungen, Hospitalisierungsraten u.a. erfaßt werden (TAVLOV et al. 1989). Die Perinatalstudien der verschiedenen Bundesländer in der BRD sind Beispiele von Studien, die eine Reihe von Prozessvariablen abfragen. Diese Prozess-Variablen wurde von HORNUNG (1992) auch für die Erfassung einer geburtshilflichen Einrichtung in Togo verwendet.

Die Messung der Kindersterblichkeit oder der Todesfälle in Krankenhäusern sind Beispiele von **Ergebnis-Variablen**. Die Sensitivität und Spezifität dieser Variablen sind jedoch umstritten (DE GEYNDT 1995). Als eine wichtige Ergebnis-Variable hat sich die Lebensqualität entwickelt, da nach JENKINS (1992) „die letztendliche Absicht aller Interventionen im Gesundheitsbereich die Steigerung der Lebensqualität ist“. Diese Lebensqualität umfaßt das subjektive Gesundheits- bzw. Krankheitsgefühl, funktionale körperliche Ein-

schränkungen und gesundheitliche Prognosen für die Zukunft (JENKINS 1992). Auch ERBEN (1992) fordert die Hinwendung zu mehr ganzheitlicher Erfassung von Ergebnis-Variablen und betont insbesondere das subjektive Gesundheitsgefühl und dessen psycho-sozialen Kontext. Zur Evaluierung eines umfassenden Qualitätsbegriffes sind quantitative und qualitative Methoden notwendig (ERBEN 1992).

Die relativ einseitige Messung der Qualitäts-Variablen der Struktur oder des Prozesses läßt die Frage ungeklärt, wie über die Investitionen wirklich eine verbesserte Ergebnis-Variable erreicht werden kann (DE GEYNDT 1995, BASINSKI et al. 1992). ELLWOOD (1988) sieht in der Evaluierung der Ergebnisse (z. B. Klientenzufriedenheit und Todesfälle als Indikatoren) eine Möglichkeit, zu einer besseren Beziehung zu den Klienten zu gelangen und Entscheidungen treffen zu können, um das Gesundheitssystem kosteneffektiver zu gestalten.

Eine Übersicht über die in den Entwicklungsländern durchgeführten Qualitätsstudien zeigt, daß fast ausschließlich Prozeß- oder Struktur-Variablen genutzt werden. Insbesondere steht bei den Studien die Frage im Vordergrund, wie gut der Dienst ist und wie sicher Diagnose und Behandlung gestellt werden. Ergebnis-Variablen werden auch deshalb selten allein verwandt, weil valide und zuverlässige Indikatoren der Qualität nicht bekannt sind bzw. deren Beziehung zu Qualitätsindikatoren des Prozesses oder der Struktur unklar sind (DE GEYNDT 1995).

Einige Studien, wie die von GILSON (1995), führen eine Qualitätskontrolle auf allen drei Ebenen durch. Struktur- und Prozeß-Indikatoren wurden entwickelt und als Ergebnis-Variable die Zufriedenheit der Klienten untersucht.

### 3.4.3 Modelle der Qualitätskontrolle

Ein bekanntes Konzept der Qualitätskontrolle ist die **TRACER<sup>97</sup>-Methode**. Bei dieser Methode wird stellvertretend anhand ausgewählter Krankheiten die Qualität der Dienste ermittelt.

So wurde z. B. die Prävalenz sechs verschiedener Krankheitsbilder in einer Region regelmäßig evaluiert, um die Effektivität der Dienste in bezug auf Senkung der Krankheiten zu untersuchen (DE GEYNDT 1995). Die Methode soll durch die Evaluierung der Behandlung bestimmter ausgewählter Krankheiten auf Schwächen und Stärken des Gesundheitssystems schließen lassen. Wichtig ist die Auswahl derjenigen Krankheiten, die eine hohe Prävalenz in der zu untersuchenden Region haben und leicht zu diagnostizieren sind. Von AMONOO-LARTSON und DE VRIES (1981) wurde diese Methode genutzt, um die Qualität von Kliniken im dörflichen Ghana zu untersuchen. Anhand von drei Krankheitsbildern, Fieber, Husten und Durchfall, wurde hier mit Hilfe von Prozeß-Variablen wie Anamnese, Untersuchung, Therapie und Verschreibungen die Tätigkeit des medizinischen Personals bzw. die Interaktion zwischen Anbieter und Klient überprüft.

Die **Gesundheitsdarstellungs-Methode** von WILLIAMSON (1971, 1978) wurde für Kliniken entwickelt und richtet sich auf diagnostische Kriterien oder spezifische Behandlungen. Kennzeichnend für diese Methode ist

der Vergleich der erreichten richtigen Diagnose und Therapie mit der theoretisch aus dem Krankheitsverlauf zu ermittelnden Diagnose. Zur Messung der Qualität werden somit Ergebnis-Variablen genutzt.

Auch von anderen Autoren wurden Ergebnis-Variablen genutzt, um Qualität zu bestimmen. Ziel dieser **medizinischen Ergebnis-Studien (Medical Outcomes Study MOS)** war es, die Auswirkung unterschiedlicher Gesundheitsstrukturen und der Ausbildung der Mitarbeiter auf die Qualität der medizinischen Dienste zu erfassen. Die Outcome-Variablen umfaßten verschiedene Kriterien, wie klinische Endergebnisse (Todesraten), den funktionellen und psychosozialen Status, den Gesundheitsstatus und die Zufriedenheit der Klienten (TARLOV et al. 1989, STEWART 1989, WELLS et a. 1989).

Letztendlich ist jedoch bei der Verwendung der Ergebnis-Variablen die Frage, inwieweit Unterschiede, wie z. B. in der Mortalität, tatsächlich auf unterschiedliche Qualität zurückzuführen sind. Andere Einflüsse, wie die Auswahl der Patienten, können ebenso maßgeblich an den Unterschieden beteiligt sein, so daß das Konzept, nur die Ergebnisse als Qualitätsindikator zu messen, in Frage gestellt wird (DUBOIS et al. 1987). So argumentiert DONABEDIAN (1988), daß, bevor die Qualität gemessen werden kann, der Einfluß von Struktur-Variablen auf die Prozeß-Variablen und auf die Ergebnis-Variablen, bekannt sein muß. Die Perinatalstudien der Bundesländer in der BRD verbinden Prozeß- und Ergebnis-Variablen und sind ein wichtiges Instrument die Qualität der geburtshilflichen Dienste und die perinatale Sterblichkeit kontinuierlich zu erfassen (KÜNZEL 1994).

Der **‘Qualitätsverbesserungszugang’** bzw. das **‘Totale Qualitätsmanagement’** oder auch das **‘Kontinuierliche Qualitätsverbesserungs-Modell’** nutzen ein System, das als präventives Qualitätssicherungssystem ein fester Bestandteil der organisatorischen Struktur ist. Hiermit soll die Qualität kontinuierlich gesteigert werden können.

Das **‘Qualitätsverbesserungszugangs - Modell’** geht auf ELLWOOD (1988) zurück. Er unterschied vier verschiedene Ergebnis-Kategorien: Funktionaler Status und subjektives Wohlfühlen (Lebensqualität), konventioneller physiologischer und biomedizinischer Zustand, Kosten des Gesundheitssystems und Zufriedenheit seitens der Klienten. Der gesundheitliche Status kann durch Laboruntersuchungen, Röntgenkontrolle u.a. erfaßt werden und wird schließlich mit den Kosten und der Zufriedenheit der Klienten verglichen. Diese Ergebnis-Variablen befinden sich in ständiger Weiterentwicklung.

BERWICK (1989) faßt das System wie folgt zusammen: „Die wahre Qualitätsverbesserung, gemäß der Theorie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, basiert auf dem Verständnis und der Korrektur des Produktionsprozesses auf der Basis der Daten über den Prozeß selbst“. Es geht somit nicht um reine Auslese des „qualitativ Minderwertigen“, sondern um Änderung des Produktionsweges, um die Herstellung von Minderwertigem auszuschließen. Letztendlich fordert das Modell nach DE GEYNDT (1995) „...eine radikale Wende von Haltungen und Einstellungen durch Veränderung der Organisationsstruktur, bei Betonung der Verbesserung des Prozesses. Die Änderung sollte sich schließlich auf die Klienten und die Zufriedenheit der Klienten konzentrieren“.

---

<sup>97</sup>Diese Methode zeichnet sich dadurch aus, daß anhand bestimmter Krankheiten die Qualität der Dienste untersucht wird

Von DE GEYNDT (1995) wird für die Evaluierung von Gesundheit, Ernährung und Bevölkerungsprogrammen, ausgehend von der Dreiteilung Struktur-, Prozeß- und Ergebnis-Indikatoren, folgendes Modell entworfen:

#### Struktur

- Medizinische Ausstattung
- Personal
- Finanzielle Ressourcen
- Organisatorische Struktur

#### Prozeß

- Funktionen: Prävention, Diagnose, Behandlung, Screening, Verlaufskontrolle
- Klienten und Anbieter Compliance
- Programme: EPI, ORT, ARI, MCH/FP<sup>98</sup>
- Unterstützungsleistungen: Planung, Ausbildung, Supervision, Finanzielles Management, Logistik, Mobilisierung der Bevölkerung

#### Ergebnis

- Morbidität
- Mortalität
- Funktionelle Beeinträchtigungen
- Schmerzen und Leiden
- Zufriedenheit der Klienten
- Veränderung der Gewohnheiten

Für eine Verbesserung der Qualität eines Gesundheitssystems fordert BERWICK (1989) sechs Grundsätze zur Einführung einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung:

- Vorgesetzte müssen die Qualitätskontrolle leiten
- Die Qualitätsverbesserungen müssen sich finanziell auszahlen
- Respekt vor den im Gesundheitsdienst Tätigen sollte gewährleistet sein
- Der Dialog zwischen Anbietern und Klienten muß vorsichtig unterstützt werden
- Moderne Kontrollwerkzeuge sollen genutzt werden (Prozeßflußdiagramme, Kontrollblätter, Diagramme u.a.)
- Die gesamte Gesundheitsorganisation muß auf die Qualitätsverbesserung ausgerichtet sein

Positive Erfahrungen wurden durch eine 1993 durchgeführte Studie über Qualitätsverbesserungsaktivitäten von Krankenhäusern gemacht. Es zeigte sich, daß die Häuser, die Werkzeuge zur kontinuierlichen Qualitätskontrolle nutzten, Kosten sparen konnten, ihre eigenen Mitarbeiter stärker weiterbilden und eher statistisch signifikante Verbesserungen für die Patienten in ausgewählten Bereichen erreichen konnten (DE GEYNDT 1995).

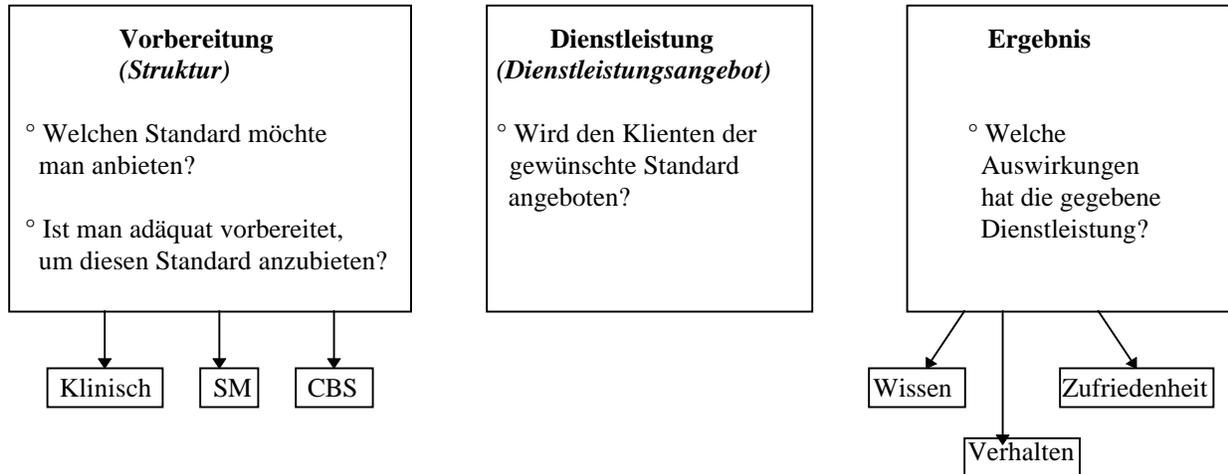
Ausgehend von den Grundlagenarbeiten von DONABEDIAN (1988) hat BRUCE (1990) ein Konzept für die FP-Dienste entworfen (Vergleiche Abb. 3).

---

und diese quasi als Indikatoren der Qualität dienen.

<sup>98</sup>Impfprogramm, orale Rehydratation, Programm zur Therapie der Erkrankungen der Luftwege und Mutter-Kind-Dienste inc. FP

**Abb.3: Qualitätsziele, die bei Vorbereitung, Dienstleistung und Ergebnis berücksichtigt werden müssen (BRUCE 1990).**

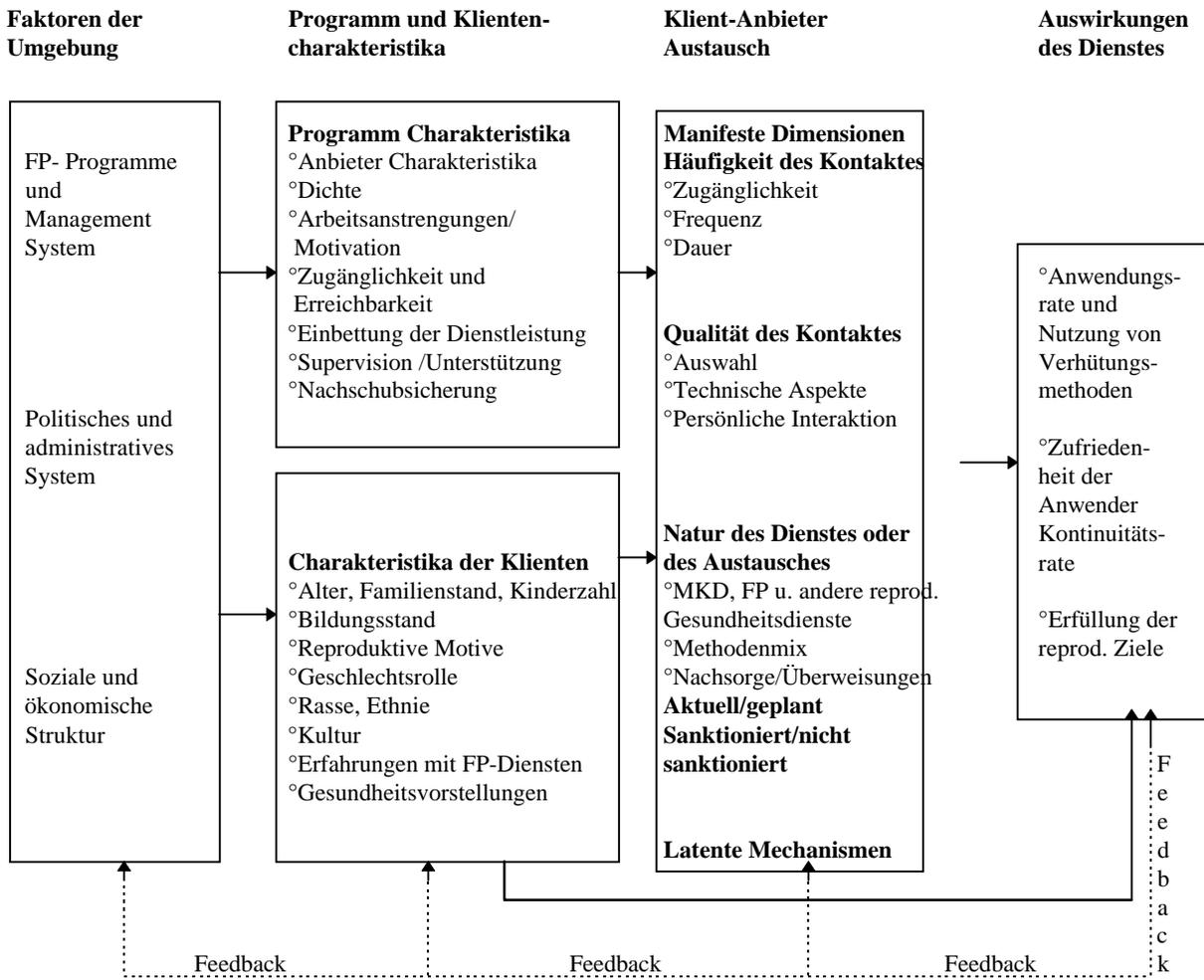


Innerhalb der Bereiches *Struktur* oder *Vorbereitung* wie BRUCE (1990) ihn nennt, spielt das Grundkonzept des FP-Dienstes, aber auch die Ausstattung und die Ausbildung der Anbieter eine Rolle. Der zweite Bereich, *Prozeß* oder *Dienstleistungsangebot*, wird in Studien zur Qualität meist vernachlässigt. Die Schwierigkeit der objektiven Qualitätsanalyse erklärt dies. Die Methode der 'Situation Analysis' (FISHER et al.1992) ist ein Beispiel für die Erfassung dieses Qualitätsbereiches. Den dritten Bereich der Qualitätsanalyse stellt das *Ergebnis* dar. Beispiele sind hier die KAP-Studien. Andere Beispiele zur Erfassung von *Ergebnis* Variablen sind langfristige Qualitätsindikatoren wie die Effektivität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption und die Kontinuität der Inanspruchnahme von FP-Diensten.

#### **3.4.4 Methodische Vorgehensweisen zur Erforschung der Interaktion zwischen Klienten und Anbietern**

Der Fokus auf die Qualität der FP-Dienste in den letzten Jahren hat zu einem besseren Verständnis der Bedürfnisse der Frauen im reproduktiven Alter geführt und gleichzeitig die vernachlässigte Ebene der Interaktion zwischen Klienten und Anbietern als kritischen Aspekt der Erfolge der FP-Programme identifiziert (SIMMONS und ELIAS 1994). Studien zur Interaktion von Klienten und Anbietern gehören in den Bereich des 'Prozesses' wie DONABEDIAN (1988) es formulierte oder 'Dienstleistungsangebot' nach BRUCE (1990).

**Abb. 4: Klienten-Anbieter-Interaktion, ihre Determinanten und ihre Auswirkungen auf die Dienste (aus SIMMONS und ELIAS 1994)**



FP-Programme haben das Ziel, durch Informationsverbreitung Frauen und Männer für FP zu gewinnen, um deren Verhalten zu beeinflussen. Nach SIMMONS und ELIAS(1994) kann die Interaktion zwischen Klient und Anbieter als das vermittelnde Element gesehen werden, durch die FP-Programme dem Bedarf an Verhütungsmitteln befriedigen. Der Erfolg eines Programmes ist somit in erster Linie von der Häufigkeit und der Qualität der Kontakte zwischen Klient und Anbieter abhängig (SIMMONS und ELIAS 1994<sup>99</sup>).

Beachtet werden muß aber auch, daß sich diese Interaktion jeweils in einem gegebenen soziokulturellen Umfeld vollzieht. Der Status der Frau, ihre Bildung, ihr Entwicklungsstand und die Struktur der Gemeinde beeinflussen sowohl die Klienten wie die Anbieter (SIMMONS und ELIAS 1994, WARWICK 1988, Vergleiche Abbildung 4).

Dieser umfassenden Definition der Interaktion entsprechen nur wenige der Studien, die in den letzten Jahren publiziert wurden. Die meisten beschränken sich auf die Ebene der Informationübermittlung und decken somit

<sup>99</sup> Ob sich jedoch diese so definierte Qualität in meßbaren Indikatoren niederschlagen wird, bezweifeln LIPTON und Mitarbeiter (1987).

nur einen Teilbereich ab (GALLEN und LETTENMEIER 1987). Darüber hinaus ist es wichtig, nicht nur offensichtliche Elemente zu erfassen, wie die verfügbare Zeit für jeden Klienten, technische Aspekte oder die Anzahl der Methoden, die vorgestellt wurden, sondern auch Teilbereiche, deren Bedeutung bisher nicht bekannt ist, aber durch qualitative Studien aufgedeckt werden könnten (SIMMONS und ELIAS 1994). So sind nicht nur die einzelnen Qualitätskriterien, wie BRUCE sie 1990 formulierte, entscheidend, vielmehr vollzieht sich die Akzeptanz in einem komplexen Wechselspiel zwischen den Anbietern und Anwendern von Verhütungsmethoden. SIMMONS und ELIAS (1994) schlagen deshalb vor, sich in weiteren Studien auf die Sichtweise der Klienten in bezug auf Qualität zu konzentrieren.

So komplex, wie sich die Interaktion zwischen Klient und Anbieter vollzieht, sollten auch Studien zur Erforschung der Zusammenhänge sein. "Studien zur Interaktion von Klient und Anbieter profitieren am meisten von einer ergänzenden Anwendung beider, quantitativen und qualitativen Untersuchungstechniken" (SIMMONS und ELIAS 1994). Verschiedene soziologische Methoden wurden genutzt, um die verschiedenen Aspekte der Interaktion zwischen Klient und Anbieter zu untersuchen. Direkte Beobachtung, strukturierte und halbstrukturierte Interviews, Tiefeninterviews und Focus-Gruppen-Diskussionen sind Verfahren, die in den verschiedensten Studien allein oder in Kombination angewendet wurden. SIMMONS und ELIAS (1994) heben gerade die Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren hervor, da es z. B. wichtig ist, nicht nur zu wissen, ob mehr Frauen moderne Kontrazeptiva kennen, sondern auch, welcher Art dieses Wissen ist.

Ein Beispiel für eine Studie im Bereich der Klient-Anbieter-Interaktion und der Qualität der Dienste ist die 'Situations Analysis', wie sie u. a. in Studien in Nigeria, Marokko, Tansania, Simbabwe und Peru Anwendung fand (FISHER et al. 1992, MENSCH et al. 1994, BROWN et al. 1995, ASKEW et al. 1994, MILLER et al. 1992, MENSCH et al. 1996<sup>100</sup>). Hier werden verschiedene qualitative und quantitative Verfahren, wie Interviews mit Klienten nach Besuch der Dienste, strukturierte Interviews mit Anbietern, Beobachtung und Einschätzung der Interaktion zwischen Klient und Anbieter anhand eines Leitfadens und eine Bestandsanalyse der Ausgangssituation angewendet, um rasch konkrete Daten über das komplexe Thema der Qualität zu gewinnen.

Die von der Organisation der freiwilligen chirurgischen Sterilisation (AVSC) genutzte Methode der Selbst-Evaluierung „COPE“ nutzt ebenso wie die 'Situation Analysis' verschiedene soziologische Verfahren. Ziel dieses Konzeptes ist es, Probleme zu identifizieren und direkt im Gespräch mit den Mitarbeitern zu lösen. Somit basiert diese Studie auf den Prinzipien der 'Kontinuierlichen Qualitätsverbesserung'. Ein Teilaspekt dieser Studie ist die Verringerung des Zeitaufwandes der Klienten für die Beratung in der Klinik. Die Studie nutzt zudem einen Fragebogen mit offenen Fragen zur Erforschung der Klientenzufriedenheit. Auch hier werden die Klientinnen im Anschluß an die Inanspruchnahme der Dienstleistung befragt (LYNAM et al. 1993, DWYER et al. 1991, DWYER 1992). Auch von der mexikanischen IPPF-Tochter wurde diese Methode angewandt, um die Effektivität der Programme und die Zufriedenheit der Klienten und Mitarbeiter zu erhöhen (BUXBAUM et al. 1993).

---

<sup>100</sup> Die Studie in Peru ist die einzige, die ausdrücklich die Wirkung der Qualität der FP-Dienste auf die Anwendungsrate an Kontrazeptiva untersucht. Sie kommt zu einer positiven Relation und unterstützt somit die These, daß die Qualität der FP-Dienste einen Einfluß auf die Akzeptanz der Verhütungsmethoden ausübt.

Auch die Einbindung der Gemeinde bzw. die Zielgruppe in die Evaluierung von Programmen ist ein sinnvoller Ansatz, wodurch alle Teilnehmer der Studien lernen (SIMMONS und ELIAS 1994, MAGUIRE 1987).

### 3.4.5 Qualitative Studien zur Interaktion zwischen Anbietern und Klienten

Die in der Literatur beschriebenen Studien zur Qualität aus der Perspektive der Klienten nutzen verschiedene soziologische Verfahren zur Datensammlung. Die verschiedenen Methoden versuchen insbesondere, die Interaktion zu erforschen und unbekannte Barrieren für die Anwendung von Verhütungsmethoden zu ermitteln. Die Interviews werden im Haushalt der Klientinnen oder auch im Anschluß an die Beratung des FP-Dienstes durchgeführt.

Interviews im Haushalt der Klienten und teilnehmende Beobachtung	SIMMONS et al. 1986
Interviews im Anschluß an die Beratungen teilnehmende Beobachtungen	FISHER et al. 1992, KIM et al. 1992
Interviews mit Klienten an unabhängigen Orten	GREEN 1988
Fokus-Gruppen-Diskussionen	FOLCH-LYON et al. 1981
angelernete „Mystery“ Klienten	HUNTINGTON et al. 1990, SCHULER et al. 1985, HUNTINGTON und SCHULER 1993, LEÓN et al. 1994, BROWN et al. 1995

SIMMONS et al. (1986) nutzte Interviews und teilnehmende Beobachtungen, um die Dimension der Qualität von FP-Projekten in Südasien zu untersuchen. Sie konnte durch ihre Studie zeigen, daß durch Interviews mit Klientinnen zu Hause wichtige Informationen zum Zusammenhang zwischen der Qualität des Kontaktes von Anbieter und Klient und Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Methoden der Kontrazeption zu ermitteln sind.

Die in der Marktforschung bekannte Methode des Abfangens von Konsumenten eines bestimmten Produktes an unabhängigen, zentralen Orten nutzte GREEN (1988), um in der Dominikanischen Republik das soziodemographische Profil der Klientel des staatlichen Marketingprogramms für Verhütungsmittel herauszufinden.

Interviews mit Klientinnen im Anschluß an den Besuch des Dienstes sind eine Komponente der 'Situations Analysis' (FISHER et al. 1992). Sie eignen sich besonders, übermitteltes Wissen in der Beratungssituation zu erfragen. Der Courtesy-Bias<sup>101</sup> ist bei Interviews im Anschluß an die Dienstleistungen besonders hoch (SIMMONS und ELIAS 1994). Diesem Bias wurde versucht, mit sozialwissenschaftlichen Verfahren entgegenzutreten. Tiefeninterviews, ethnographische Methoden und Focus-Group-Diskussionen wurden in Studien zur Qualität der FP-Dienste genutzt (STYCOS 1981, SIMMONS und ELIAS 1994, FISHER et al. 1992, DWYER et al. 1991).

<sup>101</sup>Bias durch zu positive Antworten von seiten der Klienten durch die Nähe zur und Abhängigkeit von der Dienstleistung. BROWN et al. 1995 diskutieren jedoch auch die mangelnden Erfahrungen der Klienten mit anderen Diensten, so daß die Urteilsfähigkeit, was qualitativ schlecht ist, fehlt.

Insbesondere die Focus-Gruppen-Diskussionen fanden breite Anwendung. Man hofft vor allem durch die Diskussion in der Gruppe, wichtige Einblicke zu erhalten, die durch Befragung einzelner nicht gewonnen werden könnten (SIMMONS und ELIAS 1994). Durch die Gestaltung von Gruppen mit unterschiedlicher soziokultureller Situation (Frauen mit vielen Kindern, ledige Frauen ohne Kinder...) ermöglicht gerade diese Methode, Gründe für die reservierte Einstellung gegenüber FP in dieser Gruppe zu erfassen. Darüber hinaus werden durch die Interaktion in der Gruppe nicht nur Ideen, sondern auch Gefühle und konträre Einstellungen offenbar (GÖRGEN 1992, FOLCH-LYON und TROST 1981). FOLCH-LYON et al. (1981) nutzten z. B., um das Profil der Klientel des Marketing Programms in Mexiko herauszufinden, diese aus der Marktforschung bekannte Methode. Diese Methode wurde aber auch kritisch betrachtet. So bezweifelt STYCOS (1981), daß alle Frauen, gerade mit konträren Meinungen zu anderen Gruppenmitgliedern, tatsächlich ihre eigenen Emotionen und Meinungen äußern. Zudem kritisierte STYCOS (1981) in der Studie in Mexiko, daß auch hier ein Courtesy-Bias zu finden ist, insofern, daß Forscher dazu neigen negative Verhaltensweisen, wie die männliche Dominanz, überzubewerten.

Auch teilnehmende Beobachtungen sind geeignete Verfahren um bedeutsame Aspekte der Interaktion zwischen Klient und Anbieter zu erforschen. Sie bieten sich besonders dort an, wo Interaktionen in komplexen Handlungsfeldern erforscht werden sollen. Der Forscher übernimmt eine bestimmte Rolle innerhalb des zu erforschenden sozialen Alltags, um möglichst unverfälschte Daten gewinnen zu können. Die Methode ermöglicht eine gewisse Offenheit, da man sich nicht nur auf Bekanntes konzentriert; sie bietet so die Möglichkeit, gerade Unbekanntes zu entdecken (vgl. FLICK 1986). Anders als Befragungen der Anbieter selbst über ihre Tätigkeit, kann dieses Verfahren helfen, gerade den technischen Aspekt, aber auch kommunikative Schwächen und Stärken der Beratungssituation objektiver zu erfassen (SIMMONS und ELIAS 1994). Hilfreich sind Checklisten, wie sie z. B. in der 'Situation Analysis' von FISHER et al. (1992) genutzt wurden.

Als Nachteil der teilnehmenden Beobachtung wird die 'bessere Beratung' in Anwesenheit einer Zuschauers und Bewerter diskutiert<sup>102</sup> (SIMMONS und ELIAS 1994, FRIEDRICHS 1980, MENSCH et al. 1993 ). Wird die Untersuchung jedoch über einen längeren Zeitraum durchgeführt, relativiert sich dieser Effekt. Alternativ zur Überwindung dieses Bias durch die teilnehmende Beobachtung wurde die Methode der 'Test-Klienten' eingeführt<sup>103</sup>. Nachteil dieser Methode ist, daß jeweils nur Erstkonsultationen bewertet werden können. In dörflichen Gegenden werden zudem die 'Test-Klienten' als Fremde erkannt<sup>104</sup>. Außerdem bringen diese angeleiteten, fiktiven Klienten ihren persönlichen soziokulturellen Hintergrund mit ein. Dies beeinflusst die Objektivität der Untersuchung (SCHULER et al. 1985, SIMMONS und ELIAS 1994). So kann die Methode nur als verlässlich gelten, wenn mehrere Test-Klienten an einem Ort eingesetzt werden, um den Bias des einzelnen so gering wie möglich zu halten (LEÓN et al. 1994). Diese Methode eignet sich insbesondere zur Erforschung der persönlichen Beratungssituation. Zumindestens drei Teilaspekte der Qualität, wie sie von BRUCE (1990) beschrieben wurden, die Informationsübermittlung, die technische Kompetenz und die zwischenmenschlichen Beziehungen

---

<sup>102</sup>HAWTHORNE-Effekt, siehe auch Methodik, Seite 66

<sup>103</sup>Die Klienten werden für ihre Funktion, der Bewertung der Beratungssituation, ausgebildet. Anschließend werden sie interviewt, um die gewünschten Kriterien der Qualität der Anbieter-Klient-Interaktion zu erfassen.

<sup>104</sup>BROWN et al. (1990) setzten aus diesem Grund die 'Mystery Clients' nur im städtischen Bereich ein.

lassen sich durch diese Form der Studien erhellen (HUNTINGTON et al. 1990, SCHULER et al. 1985, HUNTINGTON und SCHULER 1993, LEÓN et al. 1994, BROWN et al. 1995).

Alle genannten Methoden, die zur Untersuchung der Interaktion von Klient und Anbieter und der Qualität der Dienste genutzt werden, haben ihre Schwächen und Stärken. Sinnvoll erscheint eine Kombination verschiedener Ansätze auch mit quantitativen Daten (SIMMONS und ELIAS 1994).

## **4 Das Studiengebiet**

### **4.1 Soziodemographische Situation in Kamerun**

Kamerun gehört geopolitisch zu Zentralafrika und wird im Nordwesten von Nigeria, im Norden vom Tschad, im Osten von der Zentralafrikanischen Republik und im Süden von Äquatorialguinea, Gabun und Kongo begrenzt.

Auf einer Fläche von 475442 km<sup>2</sup> lebt eine Bevölkerung von 13,1 Millionen Menschen (1994) bei einem Bevölkerungswachstum von rd. 3% im Jahr. Die Projektionen gehen von einer Bevölkerung von 15-17 Mill. Einwohnern für das Jahr 2000 aus, während 2025 mit mindestens 29 Mill. gerechnet werden muß. Besonders stark wächst im Moment die Stadtbevölkerung (6%), und für 1991 wurde geschätzt, daß 42% der Bevölkerung bereits in Städten lebt. Die Alphabetisierungsrate wird für die weibliche Bevölkerung mit 42,6% und für die männliche mit 66,3% angegeben (UNICEF 1995, HILLEBRAND und MEHLER 1993).

Die Kleinkindersterblichkeit beträgt 113 Kinder auf 1000 Geburten (1993), die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 56 Jahren. Die Müttersterblichkeit wurde für die 80er Jahre auf 430 Todesfälle auf 100.000 Lebendgeburten geschätzt (UNICEF 1995, ABOUZAHAR und ROYSTON 1991).

Die Situation im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch Defizite im präventiv-medizinischen System. Der Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu Gesundheitseinrichtungen wird für 1988 mit 41% angegeben. Eine vollständige Durchimpfungsrate von Kindern unter 2 Jahren wird nur bei 70% der Kinder erreicht (1990). Durchschnittlich 11800 Einwohner werden durch einen Arzt versorgt. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zu den nationalen Gesamtausgaben beträgt 5% statt der von der WHO geforderten 10% (STATISTISCHES BUNDESAMT 1993).

Bis Mitte der achtziger Jahre wies Kamerun eine relativ positive Wirtschaftsbilanz und ein kontinuierliches Wirtschaftswachstum auf. Die Krisenjahre seit 1985 mit ihrem starken Rückgang des Brutto-Inland-Produktes haben Erfolge der 70er und 80er Jahre weitgehend annulliert, und das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen ist wieder auf den Stand Mitte der 70er Jahre zurückgefallen. Für 1992 wird es mit 820 US\$ angegeben (HILLEBRAND und MEHLER 1993).

### **4.2 Geschichte der Familienplanung in Kamerun**

Familienplanung war in Kamerun lange Zeit quasi illegal, die Methoden kaum zugänglich für die Frauen und das Wissen der Bevölkerung über FP-Methoden und ihre Anwendung sehr niedrig (BALÉPA et al. 1992 ). Bis in die achtziger Jahre wurde von der Regierung ein Bevölkerungswachstum favorisiert.

Erst 1985, mit Erarbeitung des 6. Fünfjahresplanes, wurde der negative Einfluß des Bevölkerungswachstums erstmalig berücksichtigt, insbesondere aufgrund des Sinkens des ökonomischen Wachstums während der be-

ginnenden ökonomischen Krise<sup>105</sup>. Schwierigkeiten wurden vor allem auch in dem raschen Wachstum der städtischen Bevölkerung, mit der Folge der Entstehung von Slums, Kriminalität und Zunahme des Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen (MOUKOKO 1994, BECKER 1991). Aber auch die zunehmende Anzahl der Schwangerschaften unter Jugendlichen und die Abtreibungen erzielten vermehrt Aufmerksamkeit (LEKE 1989, YANG MANGE 1991)

1985, im Rahmen der Präsentation des 6. Fünfjahresplanes, wurde vor der Nationalversammlung vom Regierungschef die folgende Stellungnahme verlesen: *„Unsere Ambitionen sind sicher immer weitreichender, aber die Herausforderungen für die kommenden Jahre sind folgende: Das rasche Bevölkerungswachstum, die Landflucht, das rasche Anwachsen der Städte, der steigende Bedarf an Arbeit, die fortschreitende Umweltzerstörung, um nur einige der hervorstechenden Probleme zu nennen. (...) Wir sollten das Bewußtsein nutzen, dem Phänomen des Bevölkerungswachstums Beachtung zu schenken, das jeden Tag mehr an Bedeutung gewinnt ...“*. (COMMISSION NATIONAL DE POPULATION 1993).

Diese Erklärung markiert den Wendepunkt der Regierungsposition. Im Laufe des Jahres 1986 wurde eine nationale Bevölkerungskommission gebildet mit dem Auftrag, der Regierung Hilfestellung zu leisten und eine Bevölkerungspolitik zu definieren und zu gestalten. Ebenso wurde auch 1986 das französische Gesetz von 1920, welches den Verkauf und die Werbung für Kontrazeptiva untersagte, abgeschafft (NISSACK 1993).

Im März 1993 wurde eine offizielle Deklaration der nationalen Bevölkerungspolitik verabschiedet. Oberstes Ziel ist es danach, „die Lebensqualität und -situation der kamerunischen Bevölkerung zu verbessern angesichts der begrenzten Ressourcen, im Einklang mit der Würde des Menschen und mit den grundlegenden Menschenrechten, und auch im Hinblick darauf die Bevölkerung mit den Grundbedürfnissen (Nahrungsmittel, Gesundheit, Bildung, Arbeit ect.) zu versorgen“ (COMMISSION NATIONAL DE POPULATION 1993).

Von internationaler Seite wird die Regierung von mehreren bilateralen und multilateralen Organisationen unterstützt. UNFPA stellt den größten Teil des Bedarfs an Kontrazeptiva sicher. USAID hat insbesondere durch sein Programm „Family Planning Expansion Service (SEATS)“ einen großen Beitrag zur Etablierung der FP in Kamerun geleistet.

Ebenfalls durch USAID unterstützt wurde die Organisation „International Training for Health (INTRAH)“. Diese Organisation ist mit der Ausbildung des Personals in den Gesundheitseinrichtungen beauftragt. Darüber hinaus wurden zwei Referenzwerke vom kamerunischen Direktorium für Gesundheit mit Unterstützung von INTRAH konzipiert: „Politik und Standard der Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder und Familienplanung“ und „Protokolle der FP-Dienste“ (MSP/DSFM USAID/INTRAH 1994, DSFM/MSP 1993).

---

<sup>105</sup> Die Einnahmen aus Exporten gingen zwischen 1985 und 1987 um 30% zurück, und das Bruttosozialprodukt sank zwischen 1986 und 1987 um 2,7% und zwischen 1987 und 1988 sogar um 8,6%. Das Bevölkerungswachstum wurde zur gleichen Zeit auf 3,2% beziffert.

#### **4.2.1 Anwendung von Methoden der Kontrazeption in Kamerun**

Die längsten Erfahrungen mit Verhütungsmethoden in Kamerun wurden in der Universitätsklinik in Yaounde gemacht, die seit 1975 FP-Dienste anbot (LIENOU 1987, SOULANOUDJINGAR 1982, NTOKE 1992). Anfang der achtziger Jahre waren die meist genutzten Verhütungsmittel die Spirale (50%), gefolgt von der Pille (26%) und der Sterilisation (4%).

Die DHS-Studie, die 1991 in Kamerun durchgeführt wurde, zeigte, daß 66% aller Frauen moderne Verhütungsmittel kennen. Am bekanntesten sind die Pille (49%), die Spirale (32%), injizierbare hormonelle Kontrazeptiva (40%), die Sterilisation der Frau (53%) und Kondome (44%). 15,7% der Frauen geben an, schon einmal moderne Verhütungsmethoden angewendet zu haben, während die Zahl der Frauen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung auf moderne Methoden zurückgriffen, nur bei 4,2% lag. Bevorzugt wurde die Pille mit einer Anwendungsrate von 1,2% (BALÉPA et al. 1992).

Die Schwierigkeiten, die infolge der Verbreitung von Gerüchten über moderne Verhütungsmethoden auftraten, wurden schon 1990 durch eine Studie des Gesundheitsministeriums aufgedeckt. Insbesondere der Pille wurden große Gesundheitsrisiken wie Sterilität, Blutungen, Mehrlingsgeburten und Zerstörung der Eileiter und der reproduktiven Organe zugeordnet. Letztendlich wird dem Angebot der FP in Kamerun aber positiv begegnet. Der Wunsch nach weniger Kindern, dafür aber gut ausgebildet und gesund, ist in der Bevölkerung verbreitet.

#### **4.3 Das Studiengebiet Douala**

Untersuchungsgebiet für diese Studie war Douala, die größte Stadt des Landes mit offiziell 810 490 Einwohnern. Wegen des großen Hafens ist Douala die Wirtschaftsmetropole des Landes und leidet daher besonders unter der ökonomischen Krise. Untersuchungen der Weltbank zeigten, daß die Arbeitslosenquote in Douala von 4% (1991) auf 24% (1994) angestiegen ist (YITAMBEN 1994). Die Stadt liegt in der Provinz Littoral, welche neben der Süd-West- und der Nord-West-Provinz Projektgebiet der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist.

Seit 1978 arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) gemeinsam mit dem kamerunischen Gesundheitsministerium an der Förderung des von der kamerunischen Regierung offiziell propagierten Primärgesundheitswesens, welches von der WHO seit der Konferenz von Alma-Ata empfohlen wird und durch die Initiative von Bamako neu gestaltet wurde. Ein Hauptaspekt des Projektes war die Einführung von Gemeindeapotheken, die auf der Basis der essentiellen Medikamente arbeiten. Teil des Projektes ist seit 1988 auch eine Komponente zur Bekämpfung von AIDS bei einer geschätzten Prävalenz von 2%-8% unter schwangeren Frauen und seit Januar 1994 eine FP-Komponente. Ziel des FP-Projektes ist die Intensivierung der Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten und die Verbesserung der Qualität der FP-Dienste (NKWATE et al. 1995, KÜLKER 1995, GTZ 1991, 1995a, 1995b, NJIFAKUE und NGALEU 1993). Für 1995 wurde ein neues Programm entworfen, das speziell Jugendliche mit Informationen über FP und AIDS versorgen sollte (GTZ/MSP 1995).

## 5 Ziele der Untersuchung

Die zentrale Hypothese der Studien lautete: *„die Qualität der Leistungen der Familienplanungseinrichtungen beeinflusst die Qualitätseinschätzung der Klientinnen und damit das Kontrazeptionsverhalten“*. Die Begriffe „Qualität“ der FP-Dienste, „Qualitätseinschätzung“ und „Kontrazeptionsverhalten“ der Klientinnen werden dabei wie folgt definiert:

„Qualität“ wird definiert als Grad der Erfüllung oder Nichterfüllung eines Standards, der mit Hilfe einer Checkliste im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung ermittelt wird.

Die „Qualitätseinschätzung“ der Klientinnen wird definiert als Grad der Zufriedenheit mit den Leistungen des FP-Dienstes und der Bewertung des Beratungserfolges auf Klientinnenseite; sie wird mittels eines Fragebogens erarbeitet.

Das „Kontrazeptionsverhalten“ wird gemessen durch die Kontinuität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption.

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden im Rahmen dieser Arbeit insgesamt 7 Ziele verfolgt:

- 5.1.1 1. Ermittlung der Qualität der FP-Dienste in Bonassama und Soboum**
- 5.1.2 2. Bestimmung der Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen**
- 5.1.3 3. Vergleich der Ergebnisse, gegenseitige Beeinflussung von Ziel 1.und 2 und Diskussion**

Ergänzend zu dieser Studie in den beiden FP-Diensten wurde eine Untersuchung im Einzugsbereich der beiden FP-Dienste durchgeführt. Da man annehmen muß, daß auch die soziale Struktur der Zielbevölkerung einen Einfluß auf die Inanspruchnahme wie auch die Kontinuität der Besuche der FP-Dienste ausübt, stellt diese Studie eine Ergänzung zu der Studie in den FP-Diensten dar. Zudem bietet die Befragung von Frauen aus dem Einzugsgebiet die Möglichkeit, von ehemaligen Klientinnen der FP-Dienste deren Gründe für den Abbruch der Verhütungsmethoden zu erfahren.

Die Studie in den beiden Einzugsgebieten der FP-Dienste, den Stadtteilen Bonassama und Soboum, hat somit folgende Ziele:

- 5.1.4 4. Bekanntheitsgrad der FP-Dienste**
- 5.1.5 5. Persönlichen Erfahrungen der Frauen mit den FP-Diensten**
- 5.1.6 6. KAP-Studie**
- 5.1.7 7. Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der FP-Dienste**

## 6 Methodisches Vorgehen

### 6.1 Vorbereitung und Auswahl der Zentren

Zur Untersuchung der Hypothese *”die Qualität der Leistungen der Familienplanungseinrichtungen beeinflusst die Qualitätseinschätzung der Klientinnen und übt darüber einen wesentlichen Einfluß auf deren Kontrazeptionsverhalten aus”* wurde in dieser Studie mit einem Vergleich zweier Zentren, die als unterschiedlich in der Qualität eingeschätzt wurden, gearbeitet.

Um diese beiden Zentren zu identifizieren, wurde der Indikator ‘Abbrecherquote’ als Qualitätsmerkmal angewandt<sup>106</sup>. Als Abbrecher galt eine Klientin, die ein halbes Jahr nach einem vereinbarten Termin nicht wieder in die FP-Sprechstunde gekommen war.

In Douala bieten 12 öffentliche medizinische Einrichtungen FP-Dienste an: 8 Krankenhäuser, 3 Gesundheitszentren und das ‘Haus der Frau’. In diesen 12 Einrichtungen wurden jeweils zwischen 50 und 100 Karteikarten von Klientinnen der FP-Sprechstunde ausgewertet. Es wurden die Karteikarten der Frauen ausgewählt, die Ende 1994 (Oktober, November und Dezember) zum ersten Mal die FP-Dienste aufgesucht hatten, und die Abbrecherquote unter ihnen bestimmt. Als ‘Abbrecher’ galten hier die Klientinnen, die zu einem Termin bis Anfang Mai 1995 nicht mehr gekommen waren. Die Abbrecherquote in den einzelnen Zentren variierte zwischen 19% und 60% (siehe Anh.).

Zentren mit weniger als 60 Klientinnen im Monat wurden für die Studie nicht in Betracht gezogen, weil davon ausgegangen werden mußte, daß nicht genügend Klientinnen innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens erreicht werden konnten. Das Zentrum mit der höchsten Abbrecherquote wurde zudem nicht ausgewählt, da es nach vor Ort gewonnenen Informationen zu einer gezielten Beeinflussung der Klientinnen und damit der Abbrecherquote gekommen war. Eine Mitarbeiterin dieses Zentrums hatte aus religiöser Überzeugung alle Klientinnen des FP-Dienstes Anfang des Jahres 1995 wieder nach Hause geschickt.

Es wurden der FP-Dienst im Krankenhaus in Bonassama mit einer ermittelten Abbrecherquote von 43% und der FP-Dienst im Integrierten Gesundheitszentrum in Soboum mit einer Abbrecherquote von 19% ausgewählt<sup>107</sup>.

---

<sup>106</sup>Die Kontinuitätsrate, das positive Pendant zur Abbrecherquote, wurde zur indirekten Qualitätserfassung empfohlen (GTZ/ITHÖG, 1989). Auch KÜLKER (1995) spricht im Projektfortschrittsbericht von höherer Qualität der Zentren, die eine höhere Kontinuität aufweisen. Andere entwickelte Qualitätsindikatoren, wie von BERTRAND ET AL. (1994) beschrieben, setzen als direkte Indikatoren bereits eine Studie voraus. Auch BERTRAND (1993) empfiehlt als Outcome-Indikator die Kontinuitätsrate, neben der Anzahl neuer Klienten, Komplikationsraten, Empfehlungen von seiten der Klienten u.a.. Von BROWN et al. (1995) wurde in Marokko die Anzahl neuer Klienten als Qualitätsindikator gewertet. Hier ließ sich aber kein Zusammenhang mit der Qualität der Dienste herstellen.

<sup>107</sup>Die Abbrecherquoten der beiden Zentren wurden durch die Auswertung der Karteikarten der Klientinnen aus dem Zeitraum Januar 1994 bis Februar 1995 noch einmal bestimmt. Hier zeigte sich eine Abbruchquote von 50% für Bonassama und von 25% für Soboum.

Die Zentren lagen in unterschiedlichen Stadtvierteln Doualas. Das eine Stadtviertel, **Bonassama**, liegt westlich stadtauswärts in Richtung der beiden englischsprachigen Provinzen in Kamerun. Es wird von einer zum Teil „autochtonen“ Bevölkerung bewohnt, die in diesem Gebiet schon seit über 20 Jahren lebt. Der größte Teil der Bevölkerung dieses Stadtteiles ist aus den beiden englischsprachigen Provinzen Nord-West oder Süd-West zugewandert (YITAMBEN 1994).

Der Stadtteil **Soboum** ist Teil der «Zone Nylon», ein relativ junges Viertel in der Nähe des internationalen Flughafens in Douala<sup>108</sup>. Die Frauen kommen fast ausschließlich aus der West-Provinz in Kamerun. 95% der Frauen in diesem Stadtteil sind verheiratet und Hausfrauen; 20% gehen aber auch einer Handelstätigkeit nach<sup>109</sup>, und 60% der Frauen hatten 1985 ein durchschnittliches Einkommen von weniger als 20.000 CFA (entspricht ca. 60 DM). Das Bildungsniveau der Frauen ist niedriger als beim Durchschnitt in Douala (YITAMBEN 1994, MAINET 1985).

## **6.2 Durchführung der teilnehmenden Beobachtung und Interviews mit Klientinnen**

Die Studie wurde von Oktober 1995 bis Ende Februar 1996 durchgeführt. In einer Phase des Pretest wurden vom 11.-17. Oktober die Fragebögen für die Klientinnen der FP-Sprechstunde getestet und an gewonnene Erfahrungen angepaßt. Eine Focus-Gruppen-Diskussion mit Nutzerinnen von modernen Kontrazeptiva wurde im Oktober durchgeführt, um die Relevanz der Fragen zu eruieren und erste Hinweise zur Problematik der Nutzung von Verhütungsmitteln zu erbringen (KRUEGER 1994).

Jeweils 100 teilnehmende Beobachtungen und Interviews mit Klientinnen wurden in beiden Zentren durchgeführt. Es wurden die Anfangsbuchstaben der Namen der Klientinnen erfaßt, um eine Zuordnung der Checkliste der teilnehmenden Beobachtung und der Interviews mit den Klientinnen zu ermöglichen. Die teilnehmende Beobachtung wurde von der Autorin selbst und die Interviews mit den Klientinnen von einer kamerunischen Mitarbeiterin der Gesundheitsdelegation vorgenommen. Die teilnehmende Beobachtung und die Interviews mit den Klientinnen wurden vom 18. Oktober bis 22. November 1995 in Bonassama und vom 29. November 1995 bis 9. Januar 1996 in Soboum durchgeführt. Es wurde, je nach täglicher Frequentation des Zentrums, jeweils jede Klientin interviewt oder jede zweite.

### **1. Ziel: Ermittlung der Qualität der FP-Dienste in Bonassama und Soboum**

Zur Bearbeitung dieses Zieles wurde mit zwei Methoden gearbeitet: Auswertung der Patientenkarteikarten und teilnehmende Beobachtung.

---

<sup>108</sup> So lag das durchschnittliche Alter der Bewohner in Nylon 1985 noch bei 24 Jahren. Die meisten waren im Alter von 17 bis 21 Jahren nach Douala gezogen (MAINET 1985).

<sup>109</sup> Eine andere Studie zeigte, daß in Douala im Durchschnitt 13% der Frauen einer Handelstätigkeit nachgehen (YITAMBEN 1994).

- Die **Auswertung der Karteikarten** sollte Aufschluß geben über die durch die FP-Dienste erreichte Bevölkerungsschicht. Die Karteikarten beinhalten Angaben zu soziokulturellen Basisdaten, zur geburtshilflichen Anamnese, zu Krankheiten in der Vorgeschichte und eine Dokumentation der körperlichen Untersuchung inklusive gynäkologischer Untersuchung (siehe Anh.). Die Karteikarten der Frauen wurden ausgewertet, die das erste Mal zwischen dem 01.01.94 und dem 28.02.95 in die FP-Sprechstunde gekommen waren. Da nicht alle Sparten der Karteikarten konsequent ausgefüllt worden waren, wurde nur der Teil der Daten ausgewertet, der kontinuierlich ausgefüllt worden war: Alter, Familienstand, Bildung, Religion, Zahl der lebenden Kinder, gewähltes Kontrazeptivum und Daten der Wiederholungskonsultationen. Mit Hilfe dieser Karteikarten wurde auch die genaue Abbrecherquote ermittelt.
- Zur Bestimmung der Qualität der FP-Sprechstunde wurde ferner eine **teilnehmende Beobachtung** durchgeführt. "Die teilnehmende Beobachtung ist die geplante Wahrnehmung des Verhaltens von Personen in ihrer natürlichen Umgebung durch einen Beobachter." (FRIEDRICHS 1980). Zur Standardisierung der Qualitätsermittlung wurde mit einer Checkliste gearbeitet. Die Checkliste wurde auf den Grundlagen der Elemente der Qualität nach (BRUCE 1990), den Kriterien einer guten Beratungsstrategie der Johns Hopkins University ("GATHER") (Population Reports 1987) nach "Client-Rights, Providers Need" der IPPF (HUEZO und DIAZ 1993b) und nach dem Leitfaden "Die FP-Sprechstunde in Afrika" (BROWN und BROWN 1988) erarbeitet. Ähnliche Kriterien wurden auch von BERTRAND (1993) und FISHER et al. (1992) verwendet, so daß in der Diskussion die Möglichkeit bestand, die Studie mit anderen Situationsanalysen zu vergleichen.

Es wurden zwei verschiedene Checklisten verwendet, eine für die erste Konsultation, wenn also eine Klientin das erste Mal die FP-Sprechstunde aufsuchte, und eine zweite für die Wiederholungskonsultationen, wenn Klientinnen kamen, um sich erneut Kontrazeptiva verschreiben zu lassen.

Die Checklisten orientierten sich an den Qualitätskriterien nach (BRUCE 1990). Die Qualitätselemente **Wahl der Methode und Informationen, die den Klientinnen gegeben werden**, wurden durch die Checkliste der Erstkonsultationen erfaßt (siehe Anhang). Diese half zu bestimmen, welche Verhütungsmittel vorgestellt und welche Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Nachteile und Vorteile der verschiedenen Methoden genannt wurden.

**Technische Kompetenz:** Hier wurden Kriterien wie die Einhaltung des medizinisch wichtigen Standards, z. B. körperliche Untersuchung vor Verschreibung der Kontrazeptiva, Einhaltung von Kontraindikationen u. a. erfaßt. Die Qualitätskriterien basieren zum einen auf dem allgemeinen Standard, der vor Verschreibung von Verhütungsmitteln (insbesondere den hormonellen Kontrazeptiva) erwartet wird<sup>110</sup>.

---

<sup>110</sup>Zugrunde gelegt wurden hier die Werke von TEICHMANN 1996, TAUBERT und KUHLE 1995, BROWN und BROWN 1988 und der in den Ausbildungsmaterialien in Kamerun festgelegte Standard.

**Maßnahmen zur Herstellung der Kontinuität:** Ein vierter Punkt der Checkliste waren Maßnahmen zur Herstellung der Kontinuität. Als wichtig für die Kontinuität der Anwendung haben sich drei Aspekte herausgestellt: die Festlegung eines nächsten Termins, die Ermunterung, sich im Falle von Nebenwirkungen wieder an den FP-Dienst zu wenden und die Tatsache, ob die Klientin ihr gewünschtes Verhütungsmittel erhält.

**Zwischenmenschliche Interaktion:** Unter Beachtung wichtiger Kriterien einer guten Beratungsstrategie<sup>111</sup> und adaptiert an den in Kamerun vorgegebenen Standard, wurde für den interaktiven Bereich eine Kontrollliste entworfen. Sie arbeitete mit verschiedenen Aspekten der zwischenmenschlichen Beziehung und Standards in bezug auf die Wissensvermittlung, z.B. die Anwendung von visuellem Aufklärungsmaterial. Bei adäquater Erfüllung des jeweiligen Kriteriums (oder beider Werte) wurden 2 Punkte gegeben, war das Qualitätskriterium nur mittelmäßig erfüllt, 1 Punkt und bei Nichtbeachtung kein Punkt.

**Konstellation der Dienste:** Ergänzt wurde die teilnehmende Beobachtung durch eine Informationssammlung zu Aufbau, Organisationsstruktur und Integration der FP-Dienste. Die Beschreibung der Zentren soll Grunddaten zur Nutzung, zu Angebot, Ausbildung der Mitarbeiter, Supervision u.a. geben. Die erhobenen Daten lehnen sich an die Empfehlungen des Leitfadens für FP der 'Situationsanalyse' an (FISHER et al. 1992).

Die Wahl der teilnehmenden Beobachtung zur Qualitätsbestimmung der FP-Dienste weist zwar Nachteile auf. In dieser Studie wurde der teilnehmenden Beobachtung aber der Vorzug gegeben, weil so mehr direkte Information gewonnen werden konnte, welche ein 'ausgebildeter Klient' oder 'Pseudoklient' unter Umständen bei der notwendigerweise erst später stattfindenden Standardisierung nicht mehr genau in Erinnerung hat. Zudem können Aspekte in Betracht gezogen werden, die bei der Planung nicht beachtet wurden.

Der HAWTHORNE-Effekt<sup>112</sup> wurde dadurch gemildert, daß die teilnehmende Beobachtung etwas länger als einen Monat dauerte und wesentliche Änderungen über einen so langen Zeitraum aus organisatorischer Sicht und wegen der Arbeitsbelastung schlecht durchführbar gewesen wären. Der systematische Fehler muß dennoch bei der Auswertung der Daten grundsätzlich bedacht werden.

## **2. Ziel: Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen**

Zur Bearbeitung dieses Zieles wurde mit einem Fragebogen gearbeitet, der offene und geschlossene Fragen enthielt. Basisdaten wie Alter, Familienstand, Religionszugehörigkeit u.a. wurden am Ende des Interviews erfragt, um die Vertrauensbildung während des Interviews nicht zu gefährden (siehe Fragebogen im Anhang). Die Durchführung der Interviews mit Hilfe eines Fragenkataloges mit offenen Fragen bietet die Möglichkeit, die Struktur eines Fragebogens mit den Vorzügen eines strukturierten Interviews zu vereinen. "A guideline interview is a guided discussion and is conducted in a sufficiently informal manner that the informant can in-

---

<sup>111</sup> LETTENMAIER und GALLEN 1987

<sup>112</sup> HAWTHORNE-Effekt: qualitativ besserer Dienst in Anwesenheit eines Beobachters

roduce subjects, or aspects of subjects, not anticipated by the interviewer." (Annett H, Rifkin.S zitiert in MAIER 1994)

Der Vorteil der Kombination offener und geschlossener Fragen liegt darin, daß sowohl wichtige Fragepunkte abgedeckt werden als auch Raum für freie Äußerungen besteht und auch Kritik und Verbesserungsvorschläge gesammelt werden können. Qualitative Studien bieten sich insbesondere dort an, wo der Forscher noch Hypothesen sucht und keine klaren Vorstellungen über Zusammenhänge existieren (LAMNEK 1981, HOPF 1979).

Die Themenbereiche des Fragebogenkataloges basieren wie auch die Checklisten auf den Qualitätskriterien (s. o.), wie sie in der Literatur der letzten Jahre beschrieben wurden.

Nimmt man die Qualitätskriterien nach BRUCE (1990), gliedern sich die Themen des Fragebogenkataloges wie folgt:

Die beiden Punkte **Wahl der Methode und Informationen, die den Klientinnen gegeben werden**, können durch Fragen nach den vorgestellten Methoden bearbeitet werden. Sie werden ergänzt durch offene Fragen zu dem, was die Klientinnen über die verschiedenen Methoden gehört haben. Hieraus kann ermittelt werden, ob die Informationsübermittlung von Vorteilen, Nachteilen und Nebenwirkungen der einzelnen Kontrazeptiva gelungen ist. Daneben wird festgestellt, ob die Wahl des Kontrazeptivums mit den Wünschen der Klientinnen übereinstimmt und ob noch Fragen zu den Kontrazeptiva unbeantwortet sind.

Die **persönliche Zufriedenheit** mit dem FP-Dienst wurde mit offenen Fragen wie z. B. "was hat Ihnen gefallen, was hat Ihnen nicht gefallen", ermittelt. Die Fragen wurden in Anlehnung an einen Fragebogen zur Zufriedenheit der Klientinnen eines Zentrums, in dem Sterilisationen vorgenommen werden (DWYER et al. 1991), entworfen. Die offenen Fragen wurden gewählt, um möglichst spontane Antworten zu erhalten. Es zeigte sich aber, daß viele Frauen Schwierigkeiten haben, persönlichen Empfindungen und Schwierigkeiten Ausdruck zu verleihen.

Ein dritter Fragenbereich betraf die **adäquate Konstellation** des Zentrums. Die Frauen wurden nach der Informationsquelle über FP gefragt, um Hinweise zu erlangen, wie weit die Integration der Aufklärung über FP in den übrigen medizinischen Diensten und Mutter-Kind-Einrichtungen fortgeschritten ist.

### 6.3 Feldstudie in den Einzugsbereichen der beiden FP-Dienste in Bonassama und Soboum

Die teilnehmende Beobachtung und die Interviews mit Klientinnen des FP-Dienstes wurden ergänzt durch eine Studie im Einzugsbereich der beiden untersuchten Zentren. Die Feldstudie richtete sich an die Zielgruppe der Frauen im fruchtbaren Alter (15-49 Jahre).

Das Ziel dieser Studie war, den Bekanntheitsgrad der FP-Dienste der beiden Zentren zu ermitteln. Um den Umfang der Stichprobe festzulegen, wurde mit der folgenden Gleichung gearbeitet:  $n = pq / (E / 1,96)^2$

( $p$ =geschätzte Publizität,  $q = (1-p)$ ,  $E$ = tolerierbarer Fehler). Da es keine Angaben über den Bekanntheitsgrad der beiden FP-Dienste gab, mußte, um den Umfang der Stichprobe zu errechnen, mit einer zu erwartenden Bekanntheit von 50% gerechnet werden. Hieraus ergab sich nach der oben genannten Gleichung ( $0,5 \times 0,5 / (0,05 / 1,95)^2 = 385$ ), daß zumindestens 385 Frauen interviewt werden mußten, um mit einem Sicherheitsintervall von 95% und einem zu tolerierenden Fehler von 5% Aussagen zum Bekanntheitsgrad der beiden FP-Dienste treffen zu können (VAUGHAN und MORROW 1991).

Die **Stichprobenauswahl** der Erhebungseinheiten erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren, wie es von der WHO als sogenanntes Clusterverfahren empfohlen wird. Es ist eine Technik, nach der im Zufallsverfahren 30 Cluster ermittelt werden, zu denen jeweils 7 Frauen im fruchtbaren Alter gehören.

Die Stadtviertel waren jeweils noch einmal in kleinere Viertel aufgeteilt. In Relation zu der Bevölkerungsgröße dieser Viertel wurden zwischen 1 und 11 Cluster in diesen gewählt (siehe Anh.). Diese Viertel wiederum waren in Soboum in Blocks aufgeteilt. Per Zufallsverfahren wurden die Blocks ausgewählt, in denen die Erhebung durchgeführt wurde. Jeder Cluster bestand aus 7 Frauen, und nach dem zufällig ausgesuchten Beginn der Erhebung wurde Haus für Haus die Befragung durchgeführt, bis 7 Frauen interviewt worden waren. Dieses Verfahren wurde in Soboum gewählt. In Bonassama waren die Viertel nicht in Blocks aufgeteilt, so daß man sich mit einem anderen Verfahren behelfen mußte. Die Quartiers wurden mittels eines Gitters, das die Zahlen von 1-100 trug, geteilt und anhand einer Zufallszahlentabelle in Relation zu der Bevölkerungszahl die Orte bestimmt, an denen die Erhebung stattfand.

Für die Studie im Einflußgebiet der beiden FP-Zentren wurden 5 Interviewer/innen ausgebildet. Ihre Ausbildung betraf das kamerunische FP-Programm, Kenntnisse über die einzelnen Verhütungsmitteln, über den Studienplan und ein Training in bezug auf Fragetechniken. Die Ausbildung wurde von der Autorin und der kamerunischen Mitarbeiterin der Gesundheitsdelegation, die zuvor die Interviews mit den Klientinnen geführt hatte, vorgenommen. Nach einem Vortest und Anpassung der Fragebögen wurde die Studie vom 18. Januar bis 2. Februar 1996 im Einzugsgebiet der beiden Zentren Soboum und Bonassama durchgeführt.

#### **4. Bekanntheitsgrad der FP-Dienste**

#### **5. Ziel: Persönliche Erfahrungen der Frauen mit den FP-Diensten**

Die Studie arbeitete wie die Interviews mit den Klientinnen in den FP-Diensten mit einem Fragenkatalog, der offene und geschlossene Fragen enthielt. Die Studie richtete sich an Frauen im fruchtbaren Alter. Durch offene Fragen darüber, was die Frauen über die FP-Dienste wußten, was man im Stadtviertel erzählte oder was Freundinnen, Nachbarn und Verwandte, welche die Dienste bereits einmal aufgesucht hatten, berichteten, wurde versucht, ein Bild davon zu entwerfen, welches Ansehen die beiden Dienste unter der Zielbevölkerung genossen. Der Vergleich der beiden Zentren sollte Hinweise darüber geben, warum mehr Frauen des einen Zentrums als des anderen regelmäßiger die Dienste in Anspruch nahmen. Eine Erklärung für die unterschiedliche Konti-

nuität der Anwendung von Kontrazeptiva und Inanspruchnahme der Zentren zu finden, war ein Zielpunkt der Studie.

## **6. Ziel: KAP-Studie**

Studien zu Wissen über Einstellung zu und Anwendung von Kontrazeptiva gelten als Basisstudien, um Bedürfnisse der Bevölkerung zu erkennen und FP-Programme auf diese Bedürfnisse abzustimmen. Auch um diese Zielpunkte zu bearbeiten, wurden offene und geschlossene Fragen verwendet. Es wurde angenommen, daß eine Befragung darüber, welche Verhütungsmittel die Zielgruppe der Frauen im fruchtbaren Alter kennt, nicht ausreicht, um zu erfahren, welcher Art und Tiefe diese Kenntnisse sind. Aus diesem Grund wurde neben der Frage, welche Verhütungsmittel die Frauen kennen, die offene Frage gestellt, was sie über die einzelnen Methoden wissen bzw. was sie darüber gehört haben. Diese offene Frageweise erlaubte es, Gerüchte und Gründe für die Ablehnung von Verhütungsmitteln zu ermitteln.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Haltung zu Familienplanung oder verantwortlicher Elternschaft. Auch hier wurde mit offenen Fragen gearbeitet.

Zudem wurden die tatsächlichen Erfahrungen mit Kontrazeptiva ermittelt. Diese Ergebnisse konnten mit Vorstudien in Kamerun verglichen werden. Die letzte DHS-Studie in Kamerun (BALÉPA et al. 1992) ermittelte u. a. auch Daten zur Anwendung von Kontrazeptiva in den Städten Douala und Yaounde. Ein Vergleich dieser 1991 gewonnenen Daten mit denen der Studie in den Stadtvierteln Doualas konnten Rückschlüsse auf die Entwicklung der Familienplanung in den letzten 5 Jahren liefern.

### **6.4 Datenanalyse**

Die Daten wurden einer tendenziellen Gehaltsanalyse ("Textanalyse") nach Stichwortgruppen, Werteinschätzungen etc. unterzogen. Die Einteilung in Stichwortgruppen und die Kodierung der Antworten wurden von der Untersucherin selbst durchgeführt, um eine einheitliche Zuordnung zu gewährleisten. Die Kodierung umfaßte verschiedene Schritte, wie sie von RILEY (1990) vorgeschlagen wurden, wie eine erste Durchsicht und erste Sammlung von Stichwortgruppen und anschließende endgültige Kodierung und Verschlüsselung der Kodierung zur Analyse mit dem Statistikprogramm (LAMNEK 19981, MAIER et al. 1994, GLASER und STRAUSS 1967).

Mit Hilfe des Statistikprogrammes EPI-Info 6 der WHO wurde eine Analyse der Daten durchgeführt. Nach den Frequenzanalysen wurden die Aussagen der Klientinnen nochmals analysiert, um anhand von Originalzitate die Interpretation und Klassifikation zu untermauern. Der bei diesem Analyseschritt notwendigerweise auftretende Informationsverlust durch Datenreduktion bei Auswahl und Wiedergabe, vor allem aber durch numerische Reduktion, wurde so gering wie möglich gehalten.

Das Vorgehen war somit sowohl induktiv wie auch deduktiv, da es zum einen den bei der Gruppe der interviewten Klientinnen vorhandenen Qualitätsbegriff erschloß, zum anderen aber auch Rückschlüsse auf die Organisation und Effizienz des FP-Programms zuließ (LAMNEK 19981, MAIER et al. 1994, GLASER und STRAUSS 1967). Zudem wurde vom Institut für medizinische Statistik der JLU Giessen mit Hilfe von SPSS der Einfluß der soziokulturellen Merkmale auf die Kontinuität untersucht. Das private Institut IDEA, Bochum half bei der Untersuchung der statistischen Signifikanz der Unterschiede zwischen Bonassama und Soboum.

## **6.5 Ethische Gesichtspunkte**

Ethische Verpflichtungen bestanden von seiten des Untersuchers gegenüber seinen Interviewpartnern, den Projektbeteiligten etc. nicht nur hinsichtlich eines weitestmöglichen Daten- bzw. Persönlichkeitsschutzes, sondern bei diesem sensiblen Thema auch in bezug auf die Respektierung kulturell bestimmter Wertvorstellungen. Es wurden weder Name noch Adresse der Klientinnen oder der interviewten Frauen erfaßt. Vor jedem Interview wurden sie über das Ziel der Untersuchung informiert und über die Freiwilligkeit der Teilnahme. Um auch den Frauen einen direkten Gewinn aus der Befragung zukommen zu lassen, wurden ihnen im Anschluß an die Befragung nochmals die verschiedenen Verhütungsmethoden erklärt und viele Fragen beantwortet. Dieses Gespräch über Verhütungsmethoden wurde auch bei der Befragung der Frauen im Stadtviertel durchgeführt. Die ausgebildeten Studenten, die die Befragung durchführten, erhielten Grundinformationen zu den Methoden und einige Proben. Die Information hatte im Stadtviertel eine sehr positive Resonanz, so daß nur wenige Frauen die Befragung ablehnten.

## 7 Ziel 1: Ermittlung der Qualität der FP-Dienste in Bonassama und Soboum (Auswertung der Patientenkarteikarten und Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung)

### 7.1 Darstellung und Vergleich der Studienpopulationen

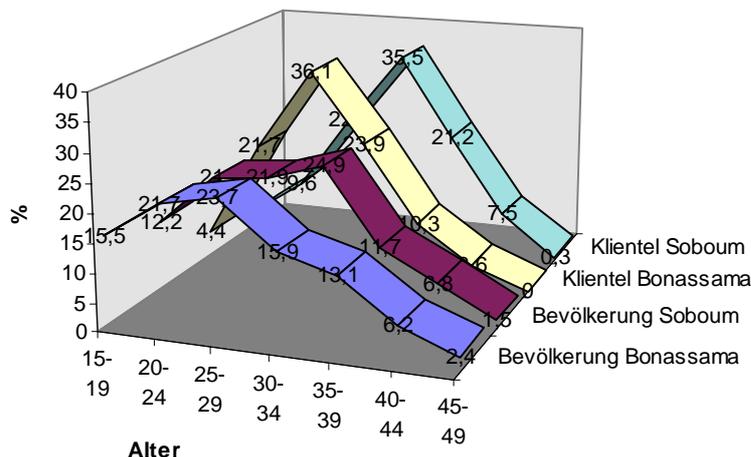
Die Auswertung der Klientenkarteikarten und die Ermittlung soziokultureller Daten durch die Befragung der Frauen in den beiden Stadtvierteln ermöglichten eine Auswertung der soziokulturellen Charakteristika der Studienpopulationen, wie im folgenden Abschnitt dargelegt.

#### 7.1.1 Altersstruktur

Das mittlere Alter der Klientel liegt in Bonassama bei 27 Jahren und in Soboum bei 30,4. 15,5% der interviewten Frauen in Bonassama und 12,2% im Stadtteil Soboum sind unter 20 Jahre alt. In der Klientel der beiden FP-Dienste ist diese Altersgruppe sehr viel seltener vertreten (4,4% der Klientinnen in Bonassama und 3% in Soboum). Frauen über 35 Jahren stellen in Bonassama 13,9% der Klientinnen dar, während der Anteil unter den befragten Frauen im Stadtviertel bei 21,7% liegt. In Soboum ist die Altersgruppe der über 35-jährigen stärker vertreten, sie macht 29% der Klientel aus und 20% unter den befragten Frauen im Stadtviertel.

Abb. 5:

**Altersstruktur der Klientel der FP-Dienste (n=797) und der interviewten Frauen im Stadtviertel (n=413)**



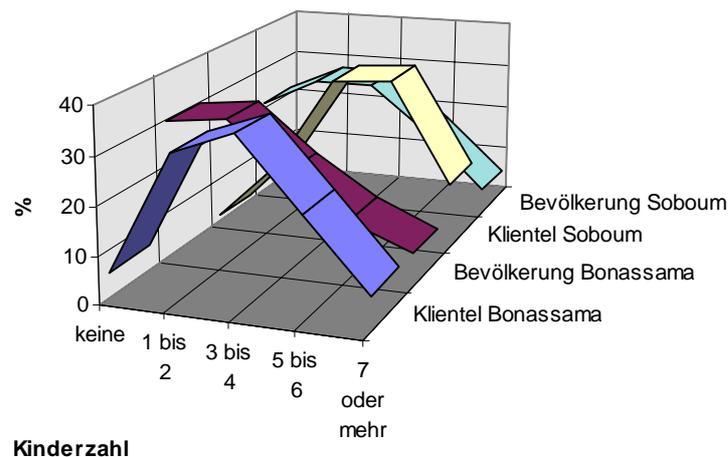
#### 7.1.2 Zahl der lebenden Kinder

Auch in der Anzahl der lebenden Kinder unterscheidet sich die Klientel der beiden FP-Zentren. Im Durchschnitt haben die Frauen der Klientel des FP-Dienstes in Bonassama 3,4 und in Soboum 4,5 Kinder. 1,4% der Klientinnen in Soboum und 5,3% in Bonassama haben keine Kinder. Während in Soboum 49,3% der Klientel der FP-Dienstes mehr als vier Kinder haben, sind dieses in Bonassama nur 28,2%.

Auch innerhalb der Bevölkerung zeigen sich ähnliche Tendenzen: 2,3 (Bonassama) gegenüber 2,7 Kinder (Soboum). Jedoch zeigte sich, daß 29,5% der befragten Frauen im Stadtviertel Bonassama und 21,5% in Soboum keine Kinder haben. Die Gruppe der kinderlosen Frauen ist somit in den FP-Diensten beider medizinischen Einrichtungen eindeutig unterrepräsentiert, wobei der Unterschied für Soboum noch deutlicher ausfällt.

**Abb. 6:**

**Zahl der lebenden Kinder der Klientel der FP-Dienste (797) und der interviewten Frauen in den Stadtvierteln (n=413)**



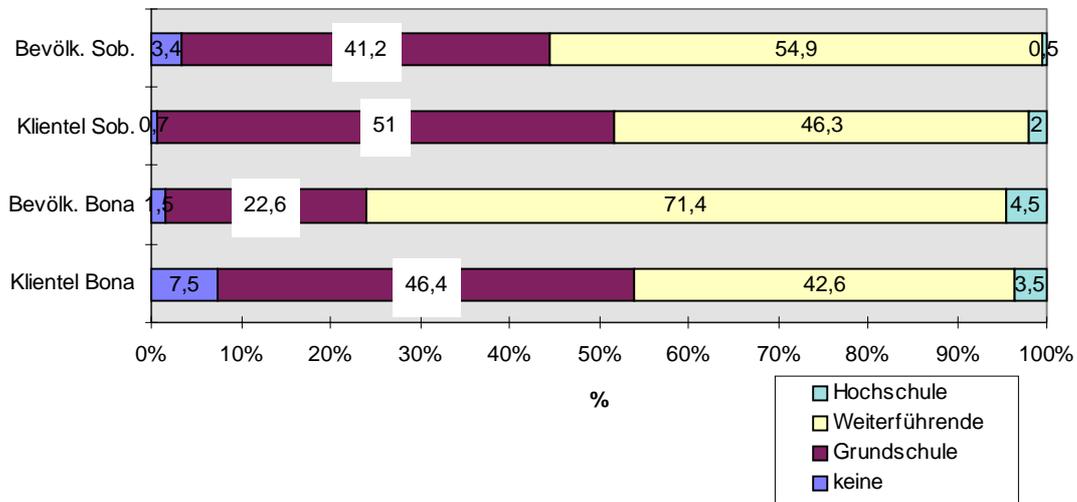
Demgegenüber ist die Gruppe der Frauen, die mehr als vier Kinder haben, überrepräsentiert. Im Gegensatz zu den im Stadtviertel Soboum befragten Frauen, die zu 22,9% fünf und mehr Kinder haben, macht diese Altersgruppe im FP-Dienst in Soboum 49,3% der Frauen aus. In Bonassama ist dieser Unterschied weniger ausgeprägt: 18,9% der befragten Frauen im Stadtviertel gegenüber 28,2% in der Klientel des FP-Dienstes.

### 7.1.3 Unterschiede im Bildungsstand

Nur wenige Frauen in beiden Stadtteilen haben keine Schule besucht (3,4% in Soboum und 1,5% in Bonassama). Die Schulbildung ist in Bonassama höher als in Soboum. 71,4% der befragten Frauen im Stadtteil Bonassama und 54,9% in Soboum haben eine weiterführende Schule nach der Grundschulausbildung besucht.

Abb. 7:

**Bildungsstand der Klientel der FP-Dienste (n=797) und der interviewten Frauen in den Stadtvierteln (n=413)**

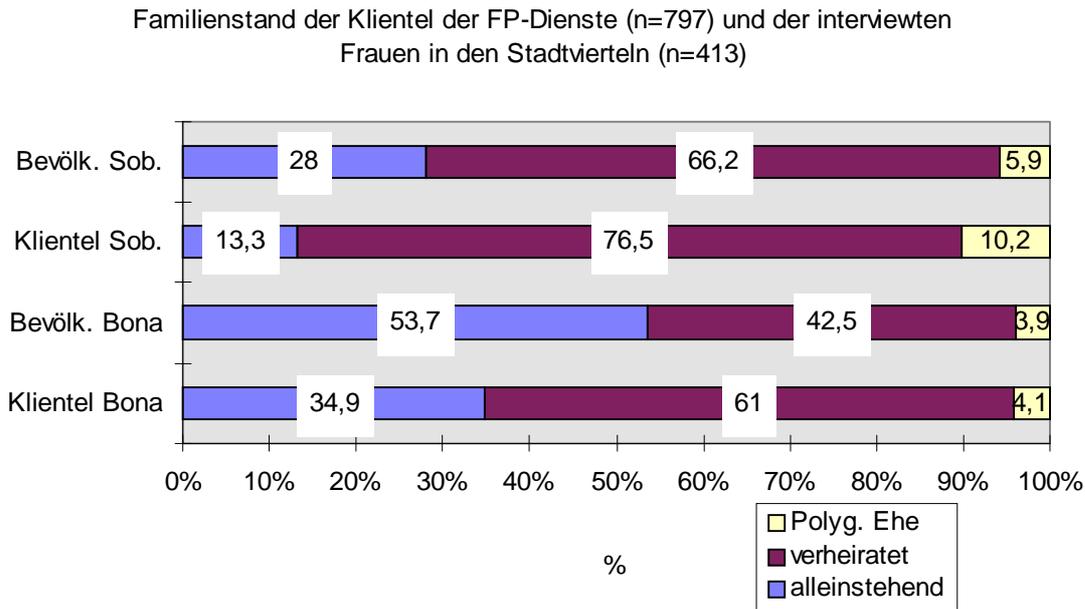


In der statistischen Analyse wird deutlich, daß die Bildung der einzige soziokulturelle Aspekt ist, der einen Einfluß auf den Besuch der Zentrums ausübt (Chi-Quadrat:  $P > 0.0220$ ): In der Klientel der beiden FP-Dienste zeigt sich, daß jeweils die Gruppe der Frauen, die nur eine Grundschulausbildung haben, überrepräsentiert ist.

#### 7.1.4 Familienstand

53,7% der Frauen im Stadtviertel von Bonassama sind alleinstehend, 42,5% verheiratet und nochmals 3,9% leben in polygamer Ehe. In Soboum liegt der Anteil der verheirateten Frauen höher: 66,2% verheiratet, zudem 5,9% in polygamer Ehe und 28% alleinstehend. In der Klientel der FP-Dienste war der Anteil der verheirateten Frauen jeweils stärker vertreten. Gegenläufig zeigte sich der Anteil der alleinstehenden Frauen. Alleinstehende Frauen werden durch beide FP-Dienste nur ungenügend angesprochen.

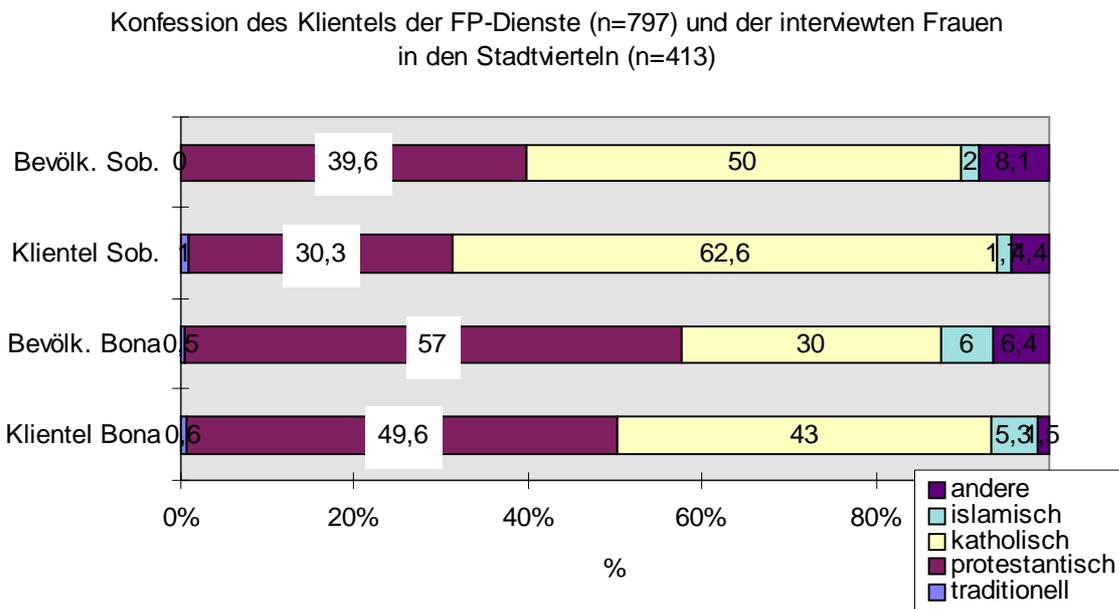
Abb. 8



7.1.5 Religionszugehörigkeit

Die Bevölkerung in Douala bekennt sich fast ausschließlich zum christlichen Glauben. Über 90% der befragten Frauen in beiden Stadtteilen sind katholisch oder protestantisch. Traditionelle Religionen und Islam Glaubensgemeinschaften werden selten angegeben. In der Klientel der FP-Dienste sind die Klientinnen, die sich zum katholischen Glauben bekennen, gegenüber den protestantischen Klientinnen stärker vertreten (30% gegenüber 43% in Bonassama und 50% gegenüber 62,6% in Soboum). Es zeigt sich somit kein Einfluß der katholischen Kirche auf die Inanspruchnahme der beiden FP-Dienste.

Abb. 9



## 7.2 Beschreibung der beiden Zentren Bonassama und Soboum

Der FP-Dienst in **Bonassama** gehört zum öffentlichen Krankenhaus des Stadtteils Bonaberi (Douala IV) und versorgt dort, zusammen mit einem von Baptisten und der evangelischen Kirche geführten Krankenhaus, eine Bevölkerung von 120.000 Bewohnern (Zensus 1987). Auch im protestantischen Krankenhaus wird ein FP-Dienst angeboten.

Der FP-Dienst wurde im Januar 1991 eröffnet. Das Zentrum in Bonassama ist eines der fünf am längsten operierenden Zentren in Douala, die ihre Arbeit im Rahmen eines Projektes von USAID 1991 begannen.

Der Dienst ist im Gebäude des Mutter-Kind-Dienstes (MKD) untergebracht. Diese Einrichtung bietet neben dem FP-Dienst prä- und postnatale Versorgung an, Impfungen für Mütter und Kinder, Gewichtskontrolle der Kinder, Sprechstunden für kranke Kinder und eine Ernährungsberatungsstelle mit besonderer Betonung der oralen Rehydratation (NTONE NTONE 1995).

Drei der fünf Hebammen des MKD sind speziell ausgebildet, um FP-Dienste anzubieten. Die Verantwortliche für das Zentrum der Mutter-Kind-Fürsorge und den FP-Dienst ist eine nationale Ausbilderin für FP, eine zweite hat ebenso eine Zusatzausbildung, um Praktikanten im Bereich FP zu betreuen, und eine dritte Hebamme hat an der allgemeinen fünfwöchigen FP-Ausbildung teilgenommen<sup>113</sup>. Es gibt keinen Arzt, der für die FP-Dienste die Rolle der Supervision übernimmt. Bei Schwierigkeiten müssen die Klientinnen so an einen niedergelassenen Gynäkologen oder in das größte Krankenhaus der Stadt "Laquintinie" überwiesen werden.

Die Räumlichkeiten, die aus einem Raum für die Konsultationen und einem Untersuchungsraum bestehen, sind genügend ausgestattet und sauber. Es gibt fließend Wasser. Das benötigte Material wie Spekula, Instrumentarium zum Einsetzen der Spirale, u.s.w. ist in genügender Anzahl vorhanden und wird jeden Morgen sterilisiert. Nicht zur Verfügung steht Einwegmaterial wie Untersuchungshandschuhe, Desinfektionsmaterial und Kompressen.

Es gibt im Warteraum kein Informationsmaterial, weder für FP noch für die AIDS-Aufklärung oder andere Informationsbroschüren. Im Rahmen der täglichen Informationsveranstaltung im Wartesaal des Mutter-Kind-Zentrums werden Themen wie Masern, Husten, Stillen oder postnatale Untersuchung u.a. behandelt. Eine Informationsveranstaltung zu AIDS wurde am 16.11.95 und zu FP am 17.11.95 durchgeführt. Die Veranstaltungen werden in Französisch gehalten, ein Resümee wird aber immer in Pidgin<sup>114</sup> übersetzt, da nicht alle Frauen dieses Stadtteiles Französisch sprechen.

---

<sup>113</sup>Die FP-Ausbildung wurde mit Unterstützung von INTRAH aufgebaut. Der fünfwöchige Kurs umfaßt einen theoretischen und einen praktischen Teil. Als Praktikanten lernen die Auszubildenden unter Supervision Aufklärung über Verhütungsmethoden anzubieten, Anamnesen zu erheben und z.B. die Spirale einzusetzen (MSP Jahr unbekannt).

<sup>114</sup>ähnlich dem Englischen, wird von der Bevölkerung der Südwest- und Nordwestprovinz gesprochen

**Abb. 10: Hinweistafel auf den FP-Dienst des Krankenhauses in Bonassama**



Die Hinweistafel ist für alle Besucher des Krankenhauses sichtbar aufgestellt.

**Abb. 11: Hinweis auf den FP-Dienst in Soboum**



Ein Plakat auf der Tür des FP-Dienstes  
in Soboum weist auf den FP-Dienst hin

Die während der FP-Konsultation verschriebenen Kontrazeptiva können in der Krankenhausapotheke gekauft werden, die im Gebäude des Mutter-Kind-Zentrums untergebracht ist.

**Qualitätskriterium: Konstellation der Dienste<sup>115</sup>**

Die beiden Zentren unterschieden sich in der Organisationsstruktur; so ist der FP-Dienst in Bonassama Teil des Krankenhauses im Stadtteil, der FP-Dienst in Soboum gehört zu einem integrierten Gesundheitszentrum. Unterschiedlich wird auch die Informationsübermittlung für die Besucherinnen anderer Dienste gehandhabt. Große Informationsveranstaltungen finden in Soboum zweimal in der Woche statt, in Bonassama nur sporadisch. Ebenso wird die Beratung über Verhütungsmittel für die Wöchnerinnen in Soboum regelmäßig durch den Arzt des Gesundheitszentrums durchgeführt.

Insgesamt sind beide Zentren ausreichend ausgestattet. Die Räumlichkeiten sind zweckmäßig eingerichtet. Das Material und Instrumentarium ist in ausreichender Zahl vorhanden. Es fehlen lediglich Handschuhe und Desinfektionsmaterial in Bonassama. Das Personal für die FP-Dienste ist gut ausgebildet, und auch im Falle von Urlaub oder Krankheit steht Ersatzpersonal zur Verfügung.

**Tab. 2: Konstellation der Dienste**

	Bonassama	Soboum
Struktur	Krankenhaus	Gesundheitszentrum
Informationsveranstaltungen zu FP	1-malig innerhalb von 5 Wochen	jeden Mittwoch und Freitag
Aufklärung der Wöchnerinnen über FP	unregelmäßig über die Hebammen	regelmäßig bei der morgendlichen Visite des Arztes
ausreichend ausgebildetes Personal	3 Hebammen	1 Entbindungspfleger, 1 Hebamme
Öffnungszeiten, Standard von 8.00 bis 14.00	9.00 - 12.30	8.00 - 14.00
ausreichende Ausstattung mit Instrumentarium	100%	100%
Einwegmaterial (Handschuhe, Desinfektionsmaterial)	0%	100%
Vorhandensein der Verhütungsmittel (innerhalb der Beobachtungszeit von 5 Wochen)	keine Spermizide kein Lofemenal für 5 Tage kein Depo-Provera für 4 Tage	keine Spermizide keine Spiralen
Räumlichkeiten mit Tisch und Stuhl	ausreichend	ausreichend, wenn auch sehr klein
Untersuchungsliege	vorhanden	vorhanden
Aufklärungsmaterial, Poster	Flipcharts vorhanden, keine Poster im Wartesaal	Flipcharts vorhanden, Poster im Wartesaal
ausreichend Sitzgelegenheiten	ja	ja

Schwierigkeiten gab es in beiden öffentlichen Apotheken, die Versorgung mit den gewünschten Verhütungsmitteln kontinuierlich zu gewährleisten. Insbesondere das Ausbleiben der bevorzugten Pille Lofemenal® wog nach der teilnehmenden Beobachtung schwer für die Klientinnen<sup>116</sup>.

<sup>115</sup>Vergleiche Entwicklung des Instrumentes Seite 66

Das FP-Zentrum in **Soboum** ist im integrierten Gesundheitszentrum<sup>117</sup> untergebracht. Es begann seine Arbeit im Oktober 1993. Das Gesundheitszentrum versorgt eine Bevölkerung von 30.950 Einwohnern in seinem Einzugsgebiet im Stadtteil Nylon. In diesem Stadtteil bieten noch zwei weitere Gesundheitszentren (Diboum und Tegral) FP-Dienste an. Alle drei Gesundheitszentren in Nylon wurden in Kooperation mit der Schweizer Entwicklungshilfe 1992 aufgebaut und sind Teil eines Pilotprogrammes zur Implementierung eines primären Gesundheitsdienstes im städtischen Bereich (MEVOULA et al. 1995). Es werden allgemeine Konsultationen angeboten, kleinere chirurgische Leistungen, pränatale und postnatale Dienste, Impfungen, Gewichtskontrollen und Ernährungsberatung inklusive der oralen Rehydratation. Seit Anfang '95 ist ein Kreissaal funktionsfähig, und bereits 1993 wurde ein Sozialdienst zusätzlich eingerichtet, der auch Hausbesuche übernimmt. Es arbeitet ein Arzt in diesem Zentrum, der bei personellen Engpässen die FP-Konsultationen übernimmt.

Der Raum für diese Konsultationen ist sehr klein, aber gut ausgestattet. Ein Entbindungspfleger, der die fünfjährige Ausbildung zur Familienplanung absolviert hat, bietet den FP-Dienst an. Im Falle von Urlaub oder Krankheit wird er von einer Hebamme, die ebenfalls Absolventin dieser Ausbildung ist und sonst im Kreissaal arbeitet, vertreten.

Im Warteraum der FP-Klienten gibt es kein Informationsmaterial, jedoch finden sich im Flur und dem Raum für die Impfungen Plakate zum Thema Familienplanung. Jeden Mittwoch und Freitag wird eine Informationsveranstaltung zu Familienplanung, verantwortlicher Elternschaft und Stillen durchgeführt. Hier werden, in einem großen Raum, alle Mütter, die zu den verschiedensten Diensten kommen, angesprochen. Es wird mit Informationsmaterial (siehe Foto) zu FP und verantwortlicher Elternschaft gearbeitet sowie Proben der Verhütungsmittel gezeigt und die richtige Anwendung des Kondoms an einem Holzpenis demonstriert. Die Informationsveranstaltung wird in Französisch durchgeführt<sup>118</sup>. Zudem werden alle entbundenen Frauen während der morgendlichen Visite der Arztes über FP aufgeklärt. Es wird auf den kostenlosen FP-Dienst im Zentrum hingewiesen.

Die Verhütungsmittel können in der Apotheke des Zentrums gekauft werden. Im Verlauf der teilnehmenden Beobachtung waren keine Spermizide und keine Spiralen in der Apotheke verfügbar. Während die Spermizide in der gesamten Provinz nicht vorhanden waren, hätten die Spiralen in der Zentralapotheke bestellt werden können; hier gab es aber Probleme bezüglich der Verantwortlichkeit<sup>119</sup>. Die übrigen Verhütungsmittel waren kontinuierlich vorhanden.

---

<sup>116</sup>Sie wurden angewiesen, sich die Pille im benachbarten Stadtteil Deido zu besorgen. Die hierfür notwendige Taxifahrt kostete das 2,5-fache eines Pillen-Zyklus.

<sup>117</sup> Integriert bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die Bevölkerung des Stadtteiles an Planung und Unterhaltung des Gesundheitsdienstes mit beteiligt wird.

<sup>118</sup>im Einzugsbereich dieses Zentrums sprechen alle Frauen Französisch, so daß keine anderen Sprachen berücksichtigt werden müssen.

<sup>119</sup>Im Konzept der öffentlichen Apotheken ist es Aufgabe des Verantwortlichen der Apotheke, fehlenden Medikamente zu bestellen.

**Abb. 12: Die Informationsveranstaltung  
zu FP in Soboum**



Um zu veranschaulichen, was 'verantwortliche Elternschaft' bedeutet, wird die Abbildung eines Maisfeldes verwendet. Bei dem oben abgebildeten Maisfeld steht die Saat in einem günstigen Abstand und verheißt eine gute Ernte. Genauso ist es mit einer Familie, bei der die Kinder in einem ausreichenden Abstand geboren werden.

**Abb. 13: Demonstrationsmaterial zu den verschiedenen Verhütungsmethoden**



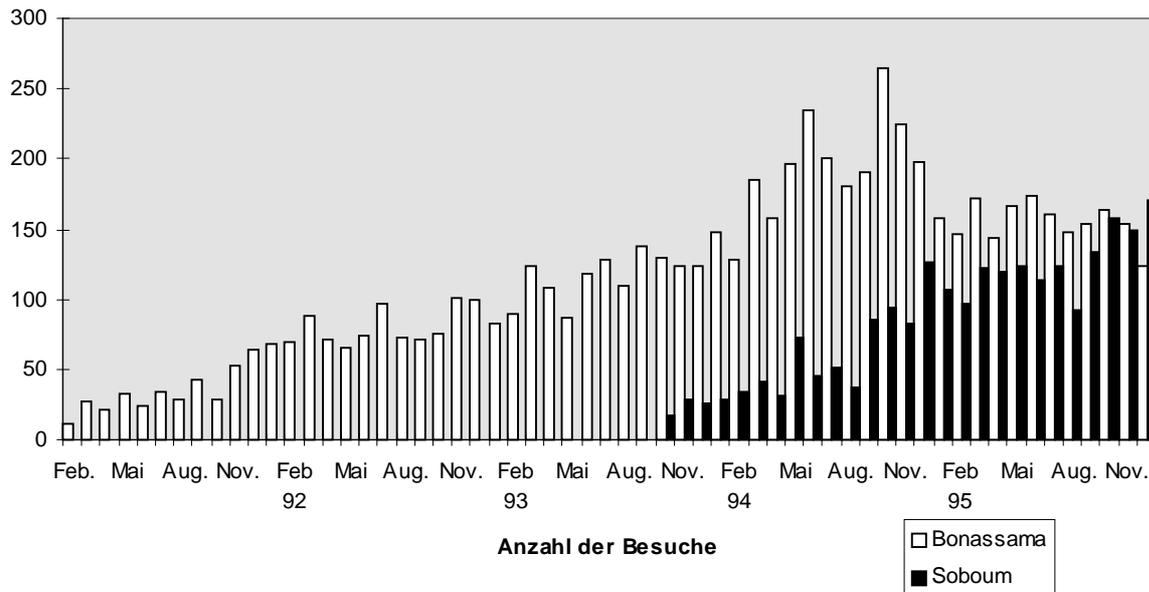
Mit Hilfe eines Holzpenis wird die richtige Anwendung des Kondoms erklärt.

### 7.3 Besucherzahlen der beiden FP-Dienste

Beide FP-Dienste hatten zur Zeit der Untersuchung eine durchschnittliche Besucherfrequenz von etwa 150 Klientinnen innerhalb eines Monats.

Abb. 14:

Frequentation der FP-Dienste in Bonassama und Soboum



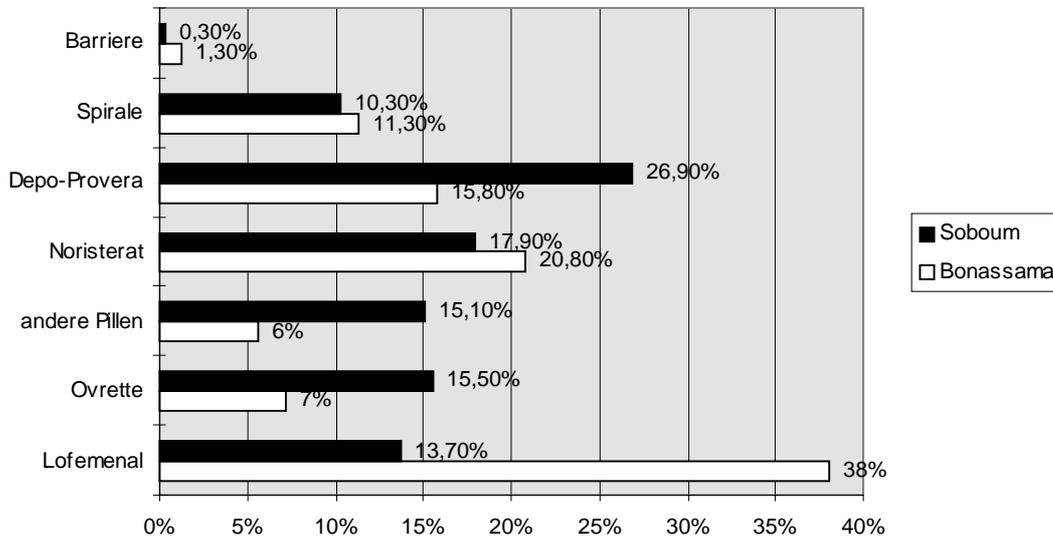
Pro Monat kommen zwischen einem Drittel und einem Viertel der Klientinnen das erste Mal zur FP-Sprechstunde, die übrigen sind Wiederholungskonsultationen zum erneuten Verschreiben des gewählten Kontrazeptivums oder zur Kontrolle der Spirale. Die Abbildung 14 zeigt, daß die Besucherzahlen in Bonassama eher rückläufig sind; die höchsten Zahlen waren im Herbst 1994 zu verzeichnen. Die Besucherfrequenz des FP-Dienstes in Soboum ist hingegen stetig steigend.

### 7.4 Gewählte Verhütungsmittel

In den beiden FP-Diensten zeigen sich unterschiedliche Präferenzen für die verschiedenen Verhütungsmethoden. Während in Bonassama die Östrogen-Gestagenpille Lofemenal® mit einem Anteil von 38% das bevorzugt von den Frauen gewählte Kontrazeptivum ist, wählen 26,9% der Frauen in Soboum Depo-Provera®. Die Minipille Ovrette® wird in Soboum doppelt so häufig verschrieben wie in Bonassama (15,5% gegenüber 7%). Für alle verschiedenen Qualitäten der Pille zusammengenommen zeigt sich, daß in Bonassama 51% der Frauen die Pille gewählt haben und in Soboum 44,3%.

Abb. 15:

**Gewählte Kontrazeptiva in den FP-Diensten Bonassama (n=461) und Soboum (n=290)**



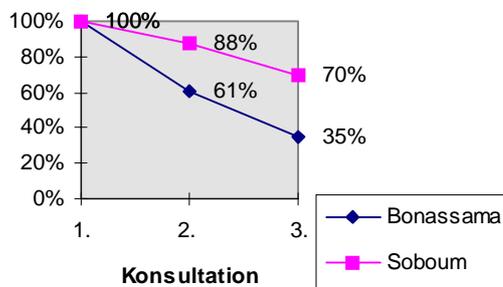
Die Injizierbaren werden in Bonassama von weniger Klientinnen als in Soboum gewählt (36,6% respektive 44,8%). Demgegenüber wird die Spirale in beiden Zentren zu einem ähnlichen Prozentsatz von der Frauen angewendet. In Bonassama sind es 11,3% der Frauen, die sich für die Spirale entschieden haben, und in Soboum 10,3%. Die Barrieremethoden werden nur sehr selten verschrieben<sup>120</sup>.

**7.5 Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden**

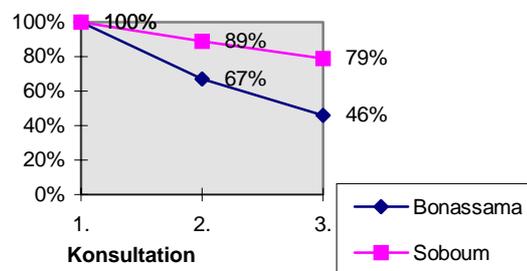
Der Vergleich der beiden Zentren Soboum und Bonassama zeigt, daß Anwenderinnen der Pille den FP-Dienst in Soboum zu 88% wieder aufsuchen. In Bonassama liegt dieser Wert mit 61% erheblich niedriger.

Abb. 16:

**Kontinuität der Inanspruchnahme der FP-Dienste bei Anwenderinnen der Pille**



**Kontinuität der Inanspruchnahme der FP-Dienste der Anwenderinnen der Injizierbaren**



70% der Klientinnen in Soboum suchen auch ein drittes Mal die Kontrazeptivasprechstunde auf, in Bonassama sind es jedoch nur noch 35% der Anwenderinnen der Pille.

<sup>120</sup> Die seltene Wahl der Barrieremethoden dürfte damit zusammenhängen, daß sie durch ein Social-Marketing-Programm auch in den kleinen Straßenapotheken angeboten werden.

Die Anwenderinnen der Injizierbaren zeigen eine höhere Kontinuität als die Anwenderinnen der Pille. Fast 80% der Frauen, die die Injizierbaren gewählt haben, kommen auch ein drittes Mal zur Kontrazeptivasprechstunde in Soboum. Demgegenüber sind es nur 46% in Bonassama.

### Einfluß der soziokulturelle Faktoren auf die Kontinuität

In beiden FP-Diensten brechen Frauen die Nutzung von Methoden der Kontrazeption ab. In Bonassama sind es 50% und in Soboum 25%. Die Analyse der soziokulturellen Situation zeigte die in Tab.3 aufgelisteten Tendenzen.

**Tab. 3: Gewählten Kontrazeptivum und soziokulturelle Charakteristika der Anwenderinnen und Abbrecherinnen (in %)**

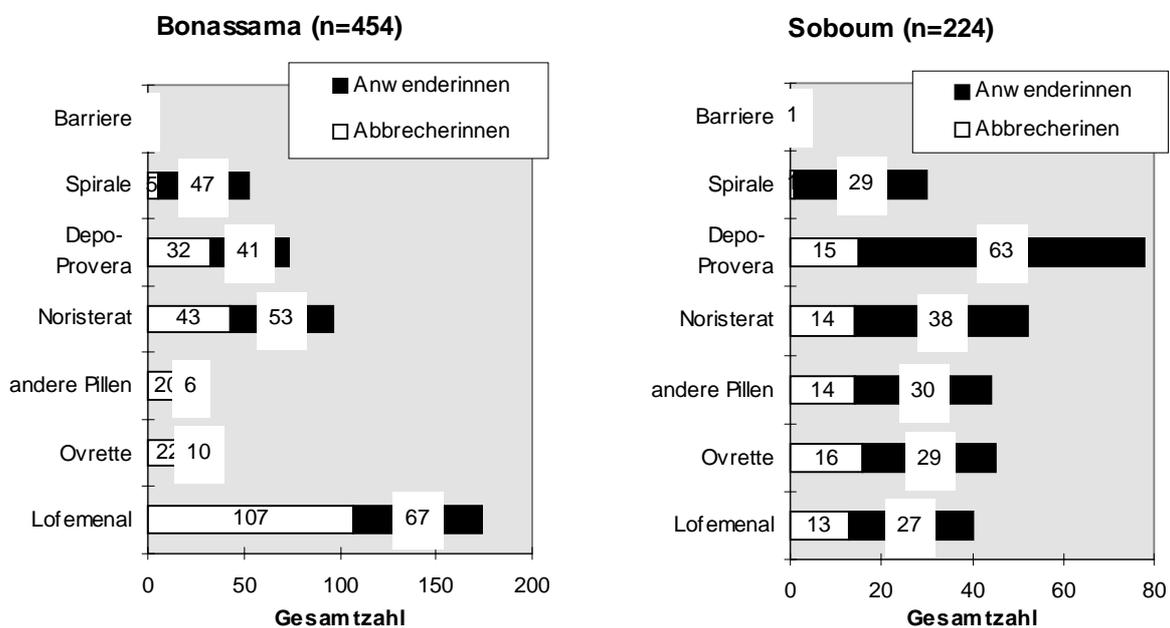
VARIABLE	Bonassama		Soboum	
	Abbrecherinnen	Anwenderinnen	Abbrecherinnen	Anwenderinnen
<b>Kontrazeptivum</b>				
Pille	65	37	59	39
Injizierbare	33	26	40	47
Spirale	11	21	1	13
Kondome/Sperm.	0,4	0	0	0,5
<b>mittleres Alter</b>	28,1 STA: 5,54	28,3 STA: 5,17	31,1 STA: 5,24	31,4 STA: 5,61
<b>mittl. Kinderzahl</b>	3,3 STA: 1,97	3,6 STA: 1,89	4,0 STA: 1,77	4,7 STA: 1,9
<b>Religion</b>				
protestantisch	53	46	27	32
katholisch	40	45	63	62
islamisch	4	7	1	2
<b>Bildung</b>				
keine Schulbildung	9	7	0	1
Grundschule	44	50	52	51
weiterführende	43	41	47	46
Hochschule	4	2	1	2
<b>Familienstand</b>				
alleinstehend	35	29	19	10
verheiratet	58	66	74	77
polygam	4	4	4	12

Innerhalb der beiden Gruppen, den Abbrecherinnen und den Frauen, die zum Zeitpunkt der Studie noch Verhütungsmittel benutzten, zeigt sich bezüglich Alter und Religionszugehörigkeit kein Unterschied zwischen den beiden FP-Zentren. Der größte Einfluß auf die Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden liegt in der Wahl der Methode (Chi-Quadrat:  $P > 0.0002$  in Bonassama und  $P > 0.0530$  in Soboum). Darüber hinaus hat die Bildung in Bonassama einen geringen Einfluß. In Soboum ist demgegenüber der Familienstand von großer Bedeutung (Chi-Quadrat:  $P > 0.0480$ ). Lediglich in Soboum differierte die mittlere Kinderzahl zwischen Anwenderinnen und Abbrecherinnen. In der Gruppe der Abbrecherinnen von modernen Methoden lag die durchschnittliche Kinderzahl in Bonassama bei 3,3 Kindern, während für die Frauen, die noch Verhütungsmittel anwendeten, die durchschnittliche Kinderzahl bei 3,6 lag. Ein größerer Unterschied fand sich in Soboum. Anwenderinnen hatten durchschnittlich 4,7 Kinder, während Abbrecherinnen 4 Kinder hatten.

Unterschiede zwischen den Abbrecherinnen und Anwenderinnen zeigten sich somit in erster Linie im gewählten Kontrazeptivum. Soziokulturelle Faktoren wie Kinderzahl, Familienstand u.a. können nicht als Erklärung für die Abbruchraten herangezogen werden.

Die Aufschlüsselung (Abb. 17) zeigt die unterschiedlichen Abbruchraten für die verschiedenen Verhütungsmittel. In Bonassama findet sich die niedrigste Abbruchrate (10%) bei den Anwenderinnen der Spirale. Die höchsten Quoten zeigen die oralen Kontrazeptiva mit 64%, wobei sich keine Unterschiede bei den verschiedenen Qualitäten zeigen. Die Rate für das Noristerat liegt bei 45% und für das Depo-Provera bei 44%. Somit zeigt sich auch für die verschiedenen Qualitäten der Injizierbaren keine unterschiedliche Kontinuität der Anwendung.

**Abb. 17: Methodenwahl und Abbrecherquoten**



In Soboum liegt die Abbrecherquote für die verschiedenen Sorten der Pille bei 33%. Es zeigen sich ebenso wie in Bonassama keine Unterschiede für die unterschiedlichen Qualitäten der Pille. Für das Noristerat ergibt sich eine Abbruchquote von 27% und für das Depo-Provera von sogar nur 19%. Die höchste Kontinuität in der Anwendung findet sich wie in Bonassama für die Spirale, die eine niedrige Abbruchquote von nur 3% aufweist.

Die statistische Analyse zeigt, daß auch bei Differenzierung der Abbruchquoten nach den verschiedenen Verhütungsmitteln die Differenz zwischen den beiden FP-Zentren bestehen bleibt. Insgesamt zeigen sich jeweils höhere Abbrecherquoten für die Pille und niedrige für die Spirale.

## 7.6 Diskussion

Die Klientel der beiden FP-Dienste Bonassama und Soboum entspricht der typischen Klientel öffentlicher FP-Einrichtungen. DAVIES et al. (1987), BAILEY et al. (1989) und JANIWITZ et al. (1992) zeigten in ihren Studien, daß die Klientel der öffentlichen Einrichtungen im Gegensatz zu kommerziellen Verkaufskanälen zumeist älter und weniger gebildet ist und mehr Kinder hat. Auch BAILEY et al. 1982 wiesen in Mexiko nach, daß Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und höherer Kinderzahl staatliche Einrichtungen bevorzugen. Das durchschnittliche Alter lag in Bonassama und Soboum zwischen 3 und 5 Jahren niedriger als in einer Studie in Marokko. Deutlich höher im Vergleich mit dieser Studie lag die mittlere Kinderzahl in Soboum (BROWN et al. 1995).

Die am häufigsten gewählten Verhütungsmethoden in den beiden FP-Zentren in Douala sind die Pille und die Injizierbaren. Auch in anderen Studien wurden diese beiden Verhütungsmethoden als bevorzugte Methoden genannt (CHIEH-JOHNSON et al. 1988, LESETEDI et al. 1989, NDIAYE et al. 1986, TRAORÉ et al. 1987, DHS Kenia ). Anders aber als von z. B. BHATIA et al. (1980) in Bangladesch festgestellt, findet unter den Frauen der FP-Dienste kein Wechsel zu sicheren Methoden wie der Sterilisation statt, wohl aber von der Pille zu den Injizierbaren. Auch MILLER et al. (1992) konnten in Kenia zeigen, daß hauptsächlich orale Verhütungsmittel und die Injizierbaren genutzt werden und der Sterilisation zu wenig Beachtung geschenkt wird. DWYER et al. (1990) sieht in der Qualität der Beratung den Grund für die geringe Anwendung der permanenten Methoden.

Nach den Ermittlungen der teilnehmenden Beobachtung geht von den Anbietern ein eindeutiger Bias in puncto Wahl der Methode aus, da diese sich bei der Vorstellung der Methoden auf die Pille und die Injizierbaren konzentrieren. Auch MILLER et al. (1992) und ICKIS (1992) verwiesen auf den Bias der Anbieter, die durch ihre Information die Auswahl der Methoden seitens der Klientinnen beeinflussen.

Die Studie zeigt typische Abbruchquoten für die einzelnen Verhütungsmittel, wie sie auch aus anderen Studien bekannt sind. Insgesamt werden die Spirale und die injizierbaren Verhütungsmittel kontinuierlicher angewendet als die Pille (AKBAR et al. 1991, GANDOTRA et al. 1991, HAMMERSLOUGH 1984). Jedoch ist hier zu beachten, daß man die Pille auch in den Apotheken des Stadtviertels kaufen kann und somit die Nichtinanspruchnahme des Dienstes nicht mit dem Abbruch der Methode gleichgesetzt werden kann<sup>121</sup>.

Innerhalb der Klientel der beiden FP-Dienste zeigten sich keine Unterschiede im Bildungsstand in bezug auf die Kontinuität der Anwendung. BAILEY et al. (1982) fanden, daß Frauen mit niedriger Schulbildung häufiger die Nutzung wegen aufgetretener Nebenwirkungen abbrechen. Diese Tendenz konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden.

---

<sup>121</sup>3 Zyklen der Pille kosten in den öffentlichen Apotheken der Gesundheitsdienste ca. 1 DM und in privaten 6 DM,

Ausgehend von der Wirkung, den FP auf die Müttersterblichkeit ausüben kann, sind eine Zielgruppe der FP-Dienste Frauen über 35 Jahre oder mit mehr als 4 Kindern (ROYSTON und ARMSTRONG 1989, WHO 1994a, WHO 1994b). Die Hochrisikogruppe der Frauen, die mehr als vier Kinder haben, macht zwischen 49% (Soboum) und 28% (in Bonassama) der Klientel aus. Zudem sind in Bonassama 14% und in Soboum 29% der Frauen über 35 Jahre alt.

Somit entsprechen 32% der Klientel des FP-Dienstes in Bonassama und 54,7% der Klientel in Soboum der definierten Risikogruppe. Der Vergleich mit der Grundpopulation zeigt, daß die Risikogruppe der Frauen mit mehr als vier Kindern oder über 35 Jahre in Soboum häufiger vertreten ist als in Bonassama.

Demgegenüber werden Jugendliche durch die beiden FP-Dienste nicht erreicht. Ihr Anteil in der Klientel der FP-Dienste ist verschwindend gering. In der Diskussion um die Zielgruppe der Jugendlichen wurde daher betont, daß innovative Wege gegangen werden müssen, um diese zu erreichen (GÖRGEN und BRANDRUP-LUKANOW 1992, BARKER und RICH 1992, GÖRGEN und DIESFELD 1994). Die Ergebnisse meiner Studie untermauern die Notwendigkeit, alternative Strategien außerhalb der Mutter-Kind-Dienste für die Jugendlichen zu entwickeln.

Trotz der ablehnenden Haltung der katholischen Kirche gegenüber den modernen Methoden der Kontrazeption (NISSACK 1993), ist die Inanspruchnahme der FP-Dienste in beiden Stadtteilen unbeeinflußt von der Konfessionszugehörigkeit der Klientinnen.

## 7.7 Bewertung der FP-Konsultationen nach den Qualitätskriterien von BRUCE

Während der teilnehmenden Beobachtung konnten in Bonassama 28 und in Soboum 25 FP-Konsultationen ausgewertet werden, bei denen die Klientinnen das erste Mal zur FP-Sprechstunde kamen. Die Beobachtung dieser Erstkonsultationen war für die Beurteilung der Qualität besonders wichtig, weil hier durch den Erstkontakt die wichtige Vertrauensbasis hergestellt wird sowie wesentliche Informationen über die Verhütungsmittel vermittelt werden sollen.

Von insgesamt 53 Frauen waren 50 allein gekommen und nur 3 mit ihrem Partner. Die Sendungen zu FP und 'Verantwortlicher Elternschaft' in Radio und Fernsehen versuchen zwar, Paare zu motivieren, zu zweit zu kommen, dennoch wenden sich aber fast ausschließlich Frauen an die Beratungsstellen.

### 7.7.1 Beschreibung des Ablaufes der Erstkonsultationen in Bonassama

In Bonassama wurden von der Hauptverantwortlichen des FP-Dienstes die Erstkonsultationen mit sehr viel Engagement durchgeführt. Oftmals dauerte die Beratung inklusive der Untersuchung 45 bis 60 Minuten. Wenn mehrere Frauen das erste Mal zur FP-Sprechstunde kamen, wurden die Verhütungsmittel 2 oder 3 Frauen gleichzeitig vorgestellt, um Zeit zu sparen.

Die Begrüßung fiel freundlich aus, wenn auch nicht immer persönlich. Dadurch, daß die Vorstellung der Verhütungsmittel oft in der Gruppe stattfand, war eine persönliche und intime bzw. vertrauensvolle Atmosphäre nicht herzustellen. Zudem war die Tür des Zimmers nie geschlossen, andere Klientinnen kamen regelmäßig in den Raum, um sich Rezepte für Verhütungsmittel zwischendurch schnell ausstellen zu lassen. Da die Hauptverantwortliche einen guten Ruf als Hebamme besaß, kamen auch häufig Frauen mit anderen gynäkologischen Problemen, die nebenher besprochen und behandelt werden mußten.

Die Beratung begann mit der Frage, für welches Verhütungsmittel die Klientinnen sich interessierten und welche Informationen sie über welche Verhütungsmittel bereits bekommen hatten. Ausgehend vom Vorwissen der Klientinnen, wurden die einzelnen Verhütungsmittel durchgesprochen. Es wurden sowohl Proben der Verhütungsmittel gezeigt wie auch visuelles Aufklärungsmaterial benutzt, um die Anwendungs- und Wirkungsweise zu erklären. Die Frauen wurden angewiesen, die verschiedenen Proben der Verhütungsmittel anzufassen, um die Scheu zu verlieren.

#### **Qualitätskriterium: Zwischenmenschliche Interaktion<sup>122</sup>**

Es zeigte sich, daß sich die beiden Zentren in der Gesamtbewertung nur wenig unterschieden. Große Unterschiede bestanden aber in Teilaspekten. So wurde in Bonassama die Intimität selten gewahrt.

<sup>122</sup>Vergleiche Beschreibung der Kontrollliste Seite 65 und Kopie im Anhang

**Tab. 4: Interaktive Kriterien der Erstkonsultationen (Angaben in %)**

	Bonassama n=28			Soboum n=25		
	0	1	2	0	1	2
Klientin wird freundlich begrüßt	18	20	<b>64</b>	0	11	<b>89</b>
persönliche Begrüßung (1P) / Handschlag (1P)	21	<b>46</b>	32	0	<b>100</b>	0
Präsentation mit Namen (1P) / und Funktion (1P)	18	25	<b>57</b>	<b>92</b>	0	8
ein Stuhl zum Sitzen wird angeboten	0	0	<b>100</b>	0	0	<b>100</b>
Intimität wird respektiert (1P) / mit leiser Stimme gesprochen (1P)	18	<b>46</b>	36	0	0	<b>100</b>
es wird nach dem Grund des Kommens gefragt	0	11	<b>89</b>	0	0	<b>100</b>
man gibt der Klientin Zeit, Probleme zu erläutern	7	25	<b>68</b>	0	12	<b>89</b>
man fragt nach ihren Wünschen	0	25	<b>75</b>	4	27	<b>62</b>
Erklärungen unter Vermeidung technischer Ausdrücke (man nutzt lokale Bezeichnungen)	4	21	<b>75</b>	0	23	<b>77</b>
Sicherung von Verständnis (durch Wiederholungen und Fragen)	32	7	<b>61</b>	15	<b>50</b>	35
Nutzung von visuellen Mitteln (1P) / Proben von Kontrazeptiva (1P)	18	14	<b>68</b>	4	15	<b>81</b>
man fragt die Klientin, ob sie noch Fragen habe	<b>46</b>	7	<b>46</b>	<b>65</b>	8	27
Durchschnittlicher Prozentsatz	15	21	<b>64</b>	15	21	<b>64</b>

Die Auflistung zeigt, daß beide Zentren relativ gute Werte im Qualitätskriterium "zwischenmenschliche Interaktion" zwischen Anbieter und Klient erzielen. Die Klientinnen werden freundlich begrüßt, ihnen wird in der Regel Raum gegeben, den Grund des Kommens zu erläutern oder Wünsche zu äußern. Audiovisuelle Hilfsmittel und lokale Ausdrücke, um die Verhütungsmittel und die reproduktiven Organe der Frau verständlich zu machen, werden ebenfalls in hohem Maße genutzt.

Während sich die Bewertungen der interaktiven Kriterien der Wiederholungskonsultationen deutlich unterscheidet, (vergleiche S.95) fallen die Durchschnittswerte bei den Erstkonsultationen nahezu identisch aus. Gleichwohl sind bei einzelnen Variablen Unterschiede festzustellen. Diese betreffen die Wahrung der Intimität, die freundliche Begrüßung, die Zeit, Probleme zu erläutern und die Nutzung visueller Mittel. In diesen Punkten zeigten sich bessere Werte für Soboum. Unterschiede bestehen auch in der Präsentation der FP-Anbieter und der Aufforderung Fragen zu stellen. Hier erzielt Bonassama einen höheren Wert. Frauen mit sozial niedrigerem Status werden nicht anders behandelt als alle anderen Klientinnen<sup>123</sup>.

Mit Hilfe des Aufklärungsmaterials wurden die weiblichen Fortpflanzungsorgane, ihre Funktion und die verschiedenen Verhütungsmethoden erklärt. Die Verantwortliche ließ die Frauen mit viel Geduld die Informationen wiederholen, um sich zu vergewissern, daß diese auch verstanden worden waren. Diese Erklärungen und Wiederholungen benötigten sehr viel Zeit, und die Hauptverantwortliche der FP-Sprechstunde demonstrierte exemplarisch die Technik der Informationsübermittlung. Aber nur unregelmäßig wurden die Klientinnen gefragt, ob sie noch Fragen zum Besprochenen hätten.

<sup>123</sup> Vergleiche Berechnung im Anhang

Nach Vorstellung der einzelnen Kontrazeptiva wurden die Frauen nochmals gefragt, für welches Verhütungsmittel sie sich nun entschieden hätten, und anschließend einzeln im Untersuchungsraum untersucht. Die körperliche Untersuchung wurde gründlich und fast regelmäßig bei jeder Erstkonsultation durchgeführt. Sie umfaßte Inspektion der Konjunktiven, Palpation der Schilddrüse, der Mammae und des Abdomens, Inspektion der Beine, um Varizen auszuschließen, und Bestimmung des Blutdruckes und des Gewichtes. Abschließend erfolgte eine gynäkologische Untersuchung mit SpekulumEinstellung. Da nicht immer Handschuhe vorhanden waren, wurde gelegentlich auf die Palpation verzichtet.

Da während der Zeit der teilnehmenden Beobachtung in Bonassama keine Formblätter für die FP-Konsultationen vorhanden waren,<sup>124</sup> konnten diese nicht ausgefüllt werden. So wurde auch nur kurz gefragt, wieviele Kinder die Klientin geboren habe und wie alt sie sei. Per Anamnese zu eruiierende Kontraindikationen wurden so nicht erfaßt. Es wurden der Blutdruck, das Gewicht sowie das gewählte Kontrazeptivum im Patientenheft der Klientin, welches sie mit nach Hause nahm, notiert.

Bei der Wahl der Pille wurde meistens noch einmal erklärt, wie diese zu nehmen sei und was man im Falle des Vergessens einer Pilleneinnahme tun sollte. Die Frauen wurden gebeten, nach 3 Monaten wiederzukommen. Ein fester Termin wurde aber nicht vereinbart. Wenn die Frauen die 2- oder 3-Monatsspritze gewählt hatten, wurde nochmals auf die Blutungen bzw. auf die mögliche Amenorrhoe als Nebenwirkung hingewiesen und dann ein konkreter Termin für die nächste Injektion vereinbart.

**Qualitätskriterium: Technische Kompetenz<sup>125</sup>**

Der Qualitätspunkt der technischen Kompetenz wird in Tabelle 5 zusammengefaßt.

**Tab.5: Körperliche Untersuchung und Anamnese**

	<b>erreichte Punktwerte</b>	
	<b>Bonassama</b>	<b>Soboum</b>
	0=nicht erfragt bzw. durchgeführt, 1=mittelmäßig 2= ausreichend erfragt bzw. durchgeführt	
medizinische und gynäkologische Anamnese	0,15	1,92
Informationen werden in Patientenheft und Klientinnenkarteikarte eingetragen	0,15	1,92
körperliche Untersuchung	1,77	2,00
Gewicht	1,85	2,00
Blutdruck	1,85	2,00
gynäkologische Untersuchung	1,62	1,85
<b>Gesamtbewertung</b>	<b>7,7(62%)</b>	<b>11,7 (97%)<sup>126</sup></b>

<sup>124</sup> Diese waren im Zentrallager der Gesundheitsdelegation über zwei Monate ausgegangen.

<sup>125</sup> Vergleiche Beschreibung der Kontrollliste Seite 65 und im Anhang

<sup>126</sup> Getestet wurde, ob die Gesamtbewertung der technischen Kompetenz signifikant voneinander abweicht: Bei 6 Kriterien erreicht Bonassama nur 62%, Soboum dagegen 97% der möglichen 12 Punkte. Getestet wird die Hypothese, die Abweichungen wären zufälliger Natur:  $H_0: (\pi_1 - \pi_2 = 0)$ , mit dem zweiseitigen Signifikanzniveau  $\alpha = 0,1$ .

	$\pi_1$	$\pi_2$	Anteilsdifferenz	$\sigma$	Überschreitungswahrscheinlichkeit
Anteilswert an max. erreichbaren Punkten	0,616	0,974	0,358	0,009	0,0000

Hier zeigt sich, daß ein großer Unterschied zwischen Bonassama und Soboum besteht. Die Anamnese wurde in Bonassama nur bei einer der 28 Erstkonsultationen durchgeführt, während sie in Soboum regelmäßig erhoben wurde<sup>127</sup>. Auch die körperliche Untersuchung wird in Bonassama nicht mit der gleichen Konsequenz bei jeder Erstkonsultation durchgeführt, wie dies in Soboum der Fall ist. Der Blutdruck und das Gewicht werden in Soboum regelmäßig und auch in Bonassama meistens bestimmt.

In der Gesamtbewertung der "Technischen Kompetenz" erzielt Soboum einen doppelt so hohen Wert wie Bonassama. Der Unterschied ist signifikant.

Der Unterschied zwischen den beiden Zentren betrifft aber nicht die theoretische mögliche technische Kompetenz. Wurden in Bonassama Untersuchungen durchgeführt oder Anamnesen erhoben, wurde dies mit der gleichen Sorgfalt und medizinisch zufriedenstellend getan. In beiden Zentren konnte zudem die Einlage der Spirale supervisiert werden. Es wurde der medizinische Standard in bezug auf Asepsis und Technik eingehalten.

### 7.7.2 Beschreibung der FP-Konsultation in Soboum

Alle beobachteten Erstkonsultationen wurden vom Hauptverantwortlichen des Dienstes durchgeführt. Eine Erstkonsultation dauerte in Soboum ungefähr 20 bis 30 Minuten. Die Begrüßung war freundlich und persönlich. Nach der Begrüßung forderte der FP-Anbieter die Klientin auf, Platz zu nehmen. Er fragte sie, für welches Verhütungsmittel sie sich interessiere. Die Atmosphäre war sehr ruhig und vertrauensbildend. Die Klientin konnte sicher sein, daß keine andere Person etwas von dem Gespräch mitbekommen konnte.

Nachdem die Klientin den Grund ihres Kommens erläutert hatte, wurden die Verhütungsmittel einzeln durchgesprochen. Das visuelle Aufklärungsmaterial und Proben der Verhütungsmittel wurden dabei regelmäßig wie in Bonassama genutzt. Die Klientin wurde oft gebeten, über bereits vorhandene Kenntnisse von Verhütungsmitteln zu berichten, und dieses Vorwissen wurde mit einbezogen. Es wurde darauf geachtet, einfache Erklärungen zu geben und umgangssprachliche Ausdrücke<sup>128</sup> zu verwenden.

Die Technik, das Mitgeteilte wiederholen zu lassen, um so Verständnis der einzelnen Methoden zu garantieren, wurde nicht genügend angewandt. Selten wurde am Ende der Konsultation explizit die Frage gestellt, ob die Klientin noch Fragen hätte.

Nach der Besprechung der Kontrazeptiva wurde das Patientenblatt vollständig ausgefüllt. Dies geschah regelmäßig; so konnten anamnestische Kontraindikationen erfaßt werden. Neben der Klientinnenkarteikarte, welche im Raum der FP-Dienstes verblieb, wurde auch ein Patientenheft mit den wichtigsten Angaben, wie gewähltes Verhütungsmittel, Alter, Parität, RR und Gewicht, angelegt.

---

Die errechneten Überschreitungswahrscheinlichkeit ist kleiner als  $\alpha/2$  - die Nullhypothese kann nicht bestätigt werden: Die Anteile der Gesamtbewertungen der technischen Kompetenz an der maximal erreichbaren Punktzahl unterscheidet sich signifikant voneinander.

<sup>127</sup>Die Auswertung der Klientinnenkarteikarten zeigte jedoch, daß wenn diese Karten vorhanden waren, sie auch in Bonassama zumeist ausgefüllt wurden.

<sup>128</sup> z.B. "Maison d'enfant (Übersetzt: Haus des Kindes) für den Uterus

**Qualitätskriterium: Maßnahmen zur Herstellung der Kontinuität**

Der Vergleich der beiden Zentren zeigt, daß die Festlegung eines nächsten Termins in Bonassama nicht regelmäßig eingehalten wird, während der FP-Anbieter dies in Soboum gewissenhaft tut. In beiden Zentren werden die Klientinnen viel zu selten angewiesen, im Falle von Nebenwirkungen zum FP-Dienst zurückzukommen.

**Tab.6: Maßnahmen zur Herstellung der Kontinuität (Angaben in %)**

	Erstkonsultation		Wiederholungskonsultation	
	Bonassama n=28	Soboum n=25	Bonassama n=71	Soboum n=75
Festlegung eines nächsten Termins <sup>129</sup>	43	100	58	97
Klientinnen werden gebeten, sich im Falle von Nebenwirkungen an den FP-Dienst zu wenden	25	12	*	*
Klientinnen erhalten gewünschtes Kontrazeptivum	86	92	86	95

\*nur bei den Erstkonsultationen erfaßt

Ein wichtiger Punkt zur Herstellung der Kontinuität ist, daß die Klientinnen das von ihnen gewünschte Verhütungsmittel auch erhalten. Der Vergleich der beiden Zentren zeigt, daß die FP-Anbieter in Bonassama die Wahl des Kontrazeptivums etwas weniger respektieren als in Soboum. In Bonassama wurde 5 Frauen die Spirale angeraten, obwohl sie die Pille oder die Injizierbaren bevorzugt hatten, dreimal die Injizierbaren statt der gewünschten Pille und 6mal die Pille statt der Injizierbaren oder der Spirale<sup>130</sup>.

In Soboum wurden dreimal die Injizierbaren verschrieben statt der Pille und zweimal die Pille statt der Injizierbaren oder der Spirale.

Anschließend wurde die Klientin ebenso gründlich wie in Bonassama untersucht. Bei der gynäkologischen Untersuchung wurde auf die SpekulumEinstellung verzichtet mit der Begründung, daß kein fließendes Wasser vorhanden sei, um die Instrumente zu reinigen. Die Palpation wurde regelmäßig durchgeführt.

<sup>129</sup> Der Unterschied zwischen beiden Zentren wurde statistisch mittels eines Anteilswertdifferenztest überprüft. Trifft die Nullhypothese zu, so müßte die Abweichung der Anteilswerte ( $\pi_1$  und  $\pi_2$ ) von Bonassama und Soboum rein zufälliger Natur seien, also nur innerhalb eines gewissen Rahmens von 0 abweichen. Prüfhypothese ist also  $H_0 (\pi_1 - \pi_2 = 0)$ . Es wird mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha=0,1$  zweiseitig getestet. Die Differenz aus den Stichprobenanteilsdaten ist Ausprägung einer approximativ normalverteilten Zufallsvariable für Anteilswertdifferenzen mit folgenden Parametern  $(0, \sigma)$ .

	$\pi_1$	$\pi_2$	Anteilswertdifferenz	$\sigma$	Überschreitungswahrscheinlichkeiten
Erstkonsultationen	0,28	1,00	0,72	0,0072	0,0000
Wiederholungskonsultationen	0,58	0,97	0,39	0,0038	0,0000
Beide	0,50	0,98	0,48	0,0027	0,0000

In allen Fällen ist die Wahrscheinlichkeit, derart hohe Differenzen zu erhalten gleich Null. Die Nullhypothese, beide Werte würden sich nur zufällig voneinander unterscheiden, muß verworfen werden - die Anteilswerte unterscheiden sich wesentlich voneinander.

<sup>130</sup>Eine junge Klientin wollte Kondome anwenden, auch zur Prävention von AIDS, ihr wurde aber dringend die Pille als sicheres Verhütungsmittel angeraten. Enttäuscht war auch eine Klientin, die ihren 3 Monate alten Säugling noch stillte und die Pille verschrieben haben wollte. Sie ging ohne Rezept nach Hause mit dem Hinweis, daß das Stillen ein ausreichender Schutz wäre, ohne auf die Tatsache einzugehen, daß die Klientin einer bezahlten Arbeit nachging und somit nicht mehr voll stillte.

Es wurde regelmäßig ein Termin für eine nächste Konsultation vereinbart und dieses Datum in die Klientinnenkarteikarte und das Patientenheft eingetragen, wie auch in einen Kalender, um überprüfen zu können, wieviele Klientinnen den vereinbarten Termin wahrnahmen.

### 7.7.3 Während der Erstkonsultation besprochene Kontrazeptiva

In **Bonassama** und in **Soboum** wurden regelmäßig die Pille, die Injizierbaren, die Spirale und das Kondom vorgestellt. Als Vorteil der Pille und der Injizierbaren wurde die hohe Sicherheit genannt. Als Nachteil der Pille wurde in beiden Zentren die Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme der Pille betont. In Bonassama wurden bei der Besprechung der Pille regelmäßiger Nebenwirkungen wie Blutungen, Kopfschmerzen und Gewichtszunahme besprochen. (Vergleiche S.93).

Über die injizierbaren Kontrazeptiva wurde in beiden Zentren mitgeteilt, daß diese einfacher in der Anwendung seien, da Klientin nur alle 2 oder 3 Monate zur FP-Sprechstunde zu kommen brauche. Als Nachteil wurde genannt, daß eine Schmierblutung, eine starke Blutung oder gar keine Blutung unter der Anwendung der Injizierbaren auftreten könne. Ausdrücklich wurde auf die Harmlosigkeit der Zyklusunregelmäßigkeiten hingewiesen. Auch auf die verspätete Rückkehr der natürlichen Fertilität wurde aufmerksam gemacht.

Die Spirale wurde in beiden Zentren regelmäßig besprochen. Als Vorteil wurde die lange Nutzungsdauer angegeben. Die Frauen wurden darauf hingewiesen, daß sie und ihr Partner bei Anwendung der Spirale keine anderen Partner haben sollten. Andernfalls müßten Kondome benutzt werden. Blutungen und Unterleibschmerzen als Nebenwirkungen wurden in Bonassama häufiger genannt als in Soboum.

In Bonassama wurde regelmäßig das Norplant besprochen und als Vorteil dessen lange Wirkungsdauer genannt. Veranschaulicht wurde anhand von Informationsbildern, wo dieses plaziert wird, und die Klinik genannt, die dieses Verhütungsmittel anbietet. Als Nachteil wurde auf Zyklusunregelmäßigkeiten analog den Injizierbaren verwiesen. Es wurde auch hervorgehoben, daß nach Entfernen des Norplant die Frau direkt wieder schwanger werden kann und die Wartezeit wie bei den Injizierbaren wegfällt.

Das Kondom wird in beiden Zentren als ein wichtiger Schutz vor Geschlechtskrankheiten und AIDS hervorgehoben. Es wird erklärt, wie die Kondome anzuwenden sind (einmalige Anwendung und unmittelbar vor dem Geschlechtsverkehr). In Bonassama wird auch darauf verwiesen, daß die Sicherheit der Methode bei Kombination von Kondomen und Spermiziden wesentlich höher ist.

Die Sterilisation wird in beiden Zentren sehr selten als Verhütungsmethode genannt. Ebenso selten wurde vom Stillen als Verhütungsmethode gesprochen oder die natürlichen Methoden erklärt.

In **Soboum** wurden zweimal pro Woche im Rahmen einer Informationsveranstaltung alle Kontrazeptiva vorgestellt. An dieser Veranstaltung nahmen die FP-Klientinnen und die Frauen, die für andere Dienste (z.B. prä-

natale Vorsorge, Impfungen) kamen, teil. Die Veranstaltung gliedert sich in drei Themenbereiche: Verantwortliche Elternschaft, Stillen und Methoden der Kontrazeption. Unter Zuhilfenahme großer Informationskalendarer mit Bildern zu 'Verantwortlicher Elternschaft' und 'Methoden der Kontrazeption' wird den Frauen das Thema FP nähergebracht. Es wird betont, daß eine geringer Zahl von Kindern und ein größerer Geburtenabstand der Familie viele Vorteile bringt und daß man weniger Kindern ein besseres Leben, höhere Bildung, mehr Nahrung und eine bessere Gesundheit ermöglichen kann. (Vergleiche Abb. 12 S.79).

Ein Vorteil dieser Informationsveranstaltung ist die Möglichkeit des Gespräches mit den Frauen. Auf Gerüchte, Fehlinformationen und Nebenwirkungen konnte so direkt eingegangen und Ängste ausgeräumt werden.

**Qualitätskriterium: Wahl der Methode" und "Informationen, die den Klientinnen gegeben werden"**

Während der meisten Erstkonsultationen wurde eine Auswahl an Kontrazeptiva vorgestellt. Relativ regelmäßig wurden die Pille, die injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva, die Spirale und das Kondom gezeigt. Für Bonassama und Soboum ergaben sich für die Präsentation dieser Verhütungsmittel Werte zwischen 75% (für die Spirale und das Kondom in Bonassama) und 100% (Pille und Injizierbare) in Soboum. Die natürlichen Methoden, die Sterilisation und das Stillen als Methode der Empfängnisverhütung wurden selten erwähnt (unter 12% der Konsultationen). Während in Bonassama das Norplant® noch in 68% der Erstkonsultationen erklärt wurde, lag die Rate in Soboum nur bei 19%. Ebenso wurden in Soboum die Spermizide seltener besprochen (71% in Bonassama und 31% in Soboum).

**Tab. 7: Informationen zu den Verhütungsmethoden (Angaben in %)**

	Bonass	Soboum		Bonass	Soboum
	n=28	n=25		n=28	n=25
<b>Pille</b>			<b>Spermizide</b>		
Präsentation	89	100	Präsentation	71	31
Nachteile	82	81	Nachteile	64	12
Vorteile	64	85	Vorteile	53	15
Kontraindikationen	7	4	Kontraindikationen	0	0
Nebenwirkungen	71	42	Nebenwirkungen	0	0
<b>Injizierbare</b>			<b>Sterilisation</b>		
Präsentation	89	100	Präsentation	4	8
Nachteile	79	81	Nachteile	4	0
Vorteile	64	92	Vorteile	0	0
Kontraindikationen	4	8	Kontraindikationen	0	0
Nebenwirkungen	71	23	Nebenwirkungen	0	0
<b>Spirale</b>			<b>natürliche Methoden</b>		
Präsentation	76	92	Präsentation	7	12
Nachteile	61	35	Nachteile	4	0
Vorteile	50	69	Vorteile	0	0
Kontraindikationen	21	31	Kontraindikationen	0	0
Nebenwirkungen	61	8	Nebenwirkungen	0	0
<b>Norplant®</b>			<b>Stillen</b>		
Präsentation	68	19	Präsentation	7	12
Nachteile	54	0	Nachteile	0	0
Vorteile	50	8	Vorteile	4	12
Kontraindikationen	4	0	Kontraindikationen	0	0
Nebenwirkungen	54	0	Nebenwirkungen	0	0
<b>Kondom</b>					
Präsentation	75	92			
Nachteile	68	42			
Vorteile	50	62			
Kontraindikationen	0	0			
Nebenwirkungen	0	0			

Aus den Prozentsätzen über die Informationsvermittlung, wie sie in Tabelle 7 zusammengestellt ist, konnte ein Gesamtprozentsatz für alle Methoden errechnet werden. Dieser lag in Bonassama bei 54% und in Soboum bei 52%. Die mittlere Zahl der vorgestellten Methoden beträgt in Bonassama 5,1 und in Soboum 4,7 Methoden.

Eine ausreichende Besprechung der verschiedenen Vor- und Nachteile der Methoden sowie ihrer Nebenwirkungen wurde nur für die Pille, die Injizierbaren, die Spirale und das Kondom durchgeführt. Hier lagen die Werte für die Erwähnung von Nachteilen zwischen 82% für die Pille in Bonassama und 35% für die Spirale in Soboum. Für die Nennung der Vorteile ergaben sich Werte zwischen 92% für die Injizierbaren in Soboum und 50% für die Spirale und das Kondom in Bonassama. Das Norplant® und die Spermizide wurden seltener vorgestellt, und noch seltener wurden Vor- und Nachteile besprochen (zwischen 0% und 64%). Vorteile der beiden Methoden Sterilisation und natürlicher Methode wurden in keinem der beiden FP-Dienste genannt. In Soboum wurden, während der ausführlichen morgendlichen Aufklärungsveranstaltung, zumindest in 12% der Erstkonsultationen die Vorteile des Stillens genannt.

Kontraindikationen wurden sehr selten angegeben, lediglich über die Spirale erhielten die Frauen die Information, daß sie verheiratet und ihren Ehemann treu sein müßten.

Insgesamt zeigen beide Zentren einen bemerkenswerten Unterschied in der Nennung von Nachteilen und Nebenwirkungen, der sich statistisch signifikant erwies (Rechnung im Anhang):		
Information %	Bonassama	Soboum
<b>Nebenwirkungen</b>	<b>28,6</b>	<b>8,1</b>
<b>Nachteile</b>	<b>46,2</b>	<b>27,9</b>
Präsentation	54,0	51,8
Kontraindikationen	4,0	4,8
Vorteile	37,1	38,1

#### 7.7.4 Teilnehmende Beobachtungen der Wiederholungskonsultationen

Von den insgesamt 200 teilnehmenden Beobachtungen waren in Bonassama 71 und in Soboum 75 Wiederholungskonsultationen. Die meisten Frauen kamen das zweite bis sechste Mal, einige wenige aber auch schon länger. Die Erfahrungen der Frauen mit Kontrazeptiva waren so recht unterschiedlich.

Die Wiederholungskonsultationen unterscheiden sich stark von den Erstkonsultationen. In **Bonassama** werden sie sehr kurz, selten mehr als wenige Minuten und oft zwischen den Konsultationen anderer Klientinnen durchgeführt. Somit ist die Begrüßung oft unpersönlich und wenig freundlich. Es gibt gelegentlich Klientinnen, denen nicht einmal ein Stuhl angeboten wird, um sich zu setzen. Sie erhalten ihr Rezept für die Kontrazeptiva unter Umständen zwischen verschiedenen anderen Tätigkeiten der FP-Anbieterin. Intimität wird meistens nicht respektiert, weil die Konsultationen im offenen Raum stattfinden.

#### Qualität der Wiederholungskonsultation

Auch für die Wiederholungskonsultationen wurde zur Qualitätsbeurteilung mit einer Checkliste gearbeitet, die Kriterien aus den verschiedenen Bereichen der Qualität abdeckte. Da jedoch Aspekte, wie Wahl der Methode und Informationen, die den Klientinnen gegeben werden, nur bei der Erstkonsultation erfaßt werden konnten, reduzierte sich die Liste auf den interaktiven Bereich und Mechanismen der Kontinuität.

**Tab.8: Interaktive Kriterien der Wiederholungskonsultation (Angaben in %)**

	Bonassama n=71			Soboum n=75		
	0	1	2	0	1	2
Klientin wird freundlich begrüßt	13	<b>58</b>	30	0	9	<b>91</b>
persönliche Begrüßung (1P) / Handschlag (1P)	30	<b>55</b>	16	4,0	<b>93</b>	3
Präsentation mit Namen (1P) / und Funktion	38	18	<b>44</b>	<b>89</b>	1	9
ein Stuhl zum Sitzen wird angeboten	7	0	<b>93</b>	0	0	<b>100</b>
Intimität wird respektiert (1P) / mit leiser Stimme gesprochen(1P)	38	<b>44</b>	18	0	0	<b>100</b>
es wird nach dem Grund des Kommens gefragt	3	34	<b>63</b>	0	1	<b>99</b>
man gibt der Klientin Zeit, Probleme zu erläutern	11	37	<b>52</b>	0	3	<b>97</b>
man fragt nach ihren Wünschen	7	<b>52</b>	41	3	<b>59</b>	39
Erklärung unter Vermeidung technischer Ausdrücke (man nutzt lokale Bezeichnungen)	13	<b>49</b>	38	4	<b>89</b>	7
Sicherung von Verständnis (durch Wiederholungen und Fragen)	<b>79</b>	14	7	<b>89</b>	5	5
man fragt die Klientin, ob sie noch Fragen habe	<b>83</b>	13	4	<b>85</b>	9	5
man spricht nochmals die verschiedenen Verhütungsmethoden an	<b>97</b>	1	1	<b>85</b>	5	9
ein nächster Termin wird vereinbart (nein=0P, ja=2P)	<b>58</b>		42	3		<b>97</b>
im Falle von Problemen, versucht man für die Klientin akzeptable Lösungen zu (nein=0P, ja=2P)	34		<b>66</b>	0		<b>100</b>
bei der Verschreibung der Pille, fragt man die Klientin, wie viele Zyklen der Pille sie möchte (nein=0P, ja=2P)	40		<b>60</b>	<b>100</b>		
Durchschnittlicher Prozentsatz	37	25	<b>38</b>	31	18	<b>51</b> <sup>131</sup>

0=nicht 1=mittelmäßig 2=ausreichend erfragt bzw. durchgeführt, fette Zahlen = stärkste Sparte

In beiden Zentren wurden, wie während der Erstkonsultationen, relativ gute Werte für den interaktiven Bereich erzielt. Im Durchschnitt lagen die erzielten Punktwerte jedoch leicht unter den Werten, die während der Erstkonsultationen erhoben wurden. Besonders deutlich zeigte sich dieser Unterschied für Bonassama. Unterschiede zwischen Bonassama und Soboum betrafen besonders die Respektierung der Intimität und die Vereinbarung eines nächsten Termins. Überdies nahm sich der Verantwortliche des FP-Dienstes in Soboum mehr Zeit bei der Wiederholungskonsultation, was sich in einer freundlicheren Begrüßung, konsequenteren Nachfragen nach dem Grund des Kommens und nach Problemen mit der Methode niederschlug. Außerdem wurden bei Problemen mit der Methode in der Regel akzeptable Lösungen gemeinsam der Klientin gesucht.

Sehr selten wurde die Frau während der Konsultation gefragt, ob sie Fragen zu dem gewählten Verhütungsmittel oder zu anderen Mitteln habe. Es wurde nicht überprüft, ob die wichtigsten Informationen zu den Verhütungsmitteln noch erinnert wurden. Ebenso wenig wurde die Wiederholungskonsultation genutzt, nochmals Wissen über die verschiedenen Methoden zu übermitteln. Selbst bei Problemen mit der gewählten Methode,

<sup>131</sup> Es wird getestet ob sich die Bewertungen zwischen Bonassama und Soboum signifikant unterscheiden. Angewendet wurde der  $\chi^2$ -Homogenitätstest. Das übliche Signifikanzniveau von 5% führt zur Rückweisung der Nullhypothese. Beide Zentren unterscheiden sich signifikant in der Gesamtbewertung der Interaktiven Kriterien der Wiederholungskonsultationen (siehe Anhang).

wurde nicht über alternative Verhütungsmittel gesprochen. Grundsätzlich wurde immer der Blutdruck gemessen und das Gewicht bestimmt.

In **Soboum** nahm man sich mehr Zeit für die Wiederholungskonsultation. Sie dauerte circa 10 Minuten. Die Frauen wurden freundlich und persönlich begrüßt. Ihnen wurde immer ein Stuhl angeboten, und die Atmosphäre war ruhig und vertrauensvoll. Die Beratung fand immer im geschlossenen Raum statt. Die Frauen wurden gefragt, weshalb sie kamen, welches Verhütungsmittel sie verschrieben haben wollten und ob sie Schwierigkeiten mit der gewählten Methode hätten. Selten erkundigte sich der FP-Anbieter, ob die Klientinnen Fragen hatten, und ebenso selten wurden die verschiedenen Methoden noch einmal angesprochen oder das notwendige Wissen über das gewählte Verhütungsmittel überprüft.

Anschließend wurde eine kurze körperliche Untersuchung, inklusive Bestimmung des Blutdrucks und des Gewichts durchgeführt. In Soboum wurde grundsätzlich ein Termin für die nächste Konsultation vereinbart. Frauen, die die Pille nahmen, wurden 3 Zyklen verschrieben, sie wurden nicht gefragt, wie viele Zyklen sie kaufen wollten.

#### **7.7.5 Probleme, die während der Wiederholungskonsultationen auftraten**

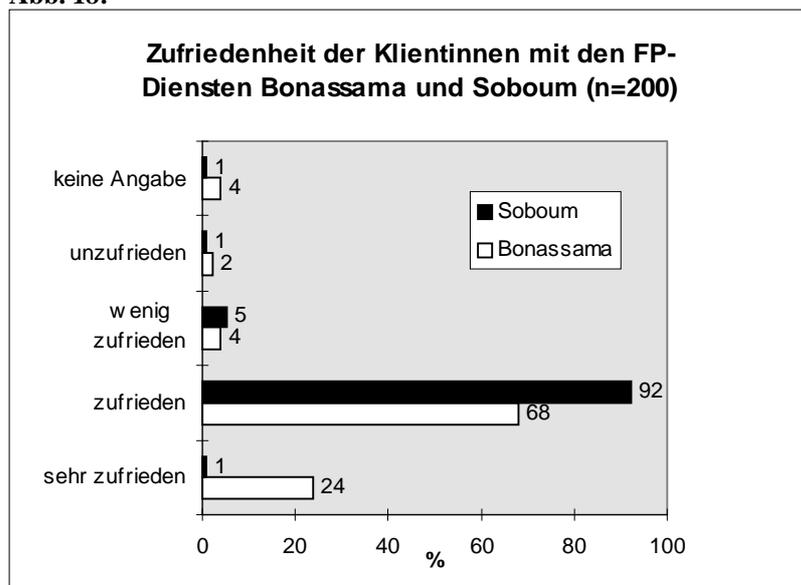
Ein häufig beobachtetes Problem ist die Infektion im Genitalbereich. Die Frauen, nicht nur Trägerinnen der Spirale, kommen mit Schmerzen und Ausfluß. Nicht selten wird eine Infektion durch die Standarduntersuchung bei der Erstkonsultation entdeckt. Hier war eine Unsicherheit bei der Therapie zu verzeichnen. Selbst bei einer leichten Zervizitis ohne Fieber wurde eine 3-Fachkombination mit Gentamycin verschrieben, die schwereren Infektionen vorbehalten sein sollte. Es gibt kein klares Schema, an dem sich die Hebammen orientieren könnten. Eine Überweisung zum Facharzt fand auch bei Infektionen unter Anwendung der Spirale erst sehr spät statt. Da kein Referenzsystem existiert, wurden die Frauen so häufig zu privaten Ärzten geschickt, deren Behandlung für sie teuer werden kann.

Das Protokoll für die FP-Dienste in Kamerun zeigt zwar Entscheidungsbäume für die verschiedenen Schwierigkeiten, die unter Nutzung der Verhütungsmittel auftreten können, auf, bietet aber keine Therapievorschläge für Infektionen, die auf den Basismedikamenten beruhen, die in den üblichen medizinischen Einrichtungen preiswert angeboten werden (MSP Jahr unbekannt).

## 8 Ziel 2: Bestimmung der Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen

Insgesamt bewerteten die Klientinnen die beiden FP-Dienste Bonassama und Soboum positiv. Mehr Klientinnen in Bonassama (23%) als in Soboum (1%) geben an, sehr zufrieden mit der Sprechstunde zu sein. Unzufrieden sind nur 2% der Frauen in Bonassama und 1% in Soboum.

Abb. 18:



Eine hohe Zufriedenheit mit den FP-Diensten zeigt sich insbesondere, wenn die Frauen mit der gewählten Methode zufrieden sind. Zudem haben die Frauen in Bonassama, die sehr zufrieden mit dem FP-Dienst sind, mehr Kinder (mittleren Kinderzahl 5,1 gegenüber 3,3 im Durchschnitt) und sind zu 93% verheiratet. Die meisten Frauen, die mit dem Dienst unzufrieden sind, sind auch mit der Methode unzufrieden.

### 8.1 Positive Einschätzungen

Insgesamt äußern sich die Klientinnen überwiegend positiv über den FP-Dienst (289 positive Antworten gegenüber 24 kritischen Antworten). 75% der interviewten Klientinnen empfinden ihren Empfang als angenehm und freundlich (84% in Bonassama und 66% in Soboum). Sie bewerten die Konsultation z.B. mit den Worten: "Der Empfang, die Konsultation ist gut, man antwortet auf alle Fragen." Positiv wird auch "die Freundlichkeit des Personals" beschrieben. Eine Klientin aus Bonassama erklärt: "Ich habe Vertrauen, ich finde mir gegenüber eine Frau, die aufmerksam ist." Auch in Soboum besteht große Zufriedenheit mit dem Verantwortlichen des FP-Dienstes: "Der Verantwortliche des FP-Dienstes versteht die Probleme, er ist freundlich, also kommen viele Frauen<sup>132</sup>."

Zudem betonen 40% der Frauen, daß sie sehr zufrieden mit der Fülle an Informationen und Erklärungen sind (49% in Bonassama und 30% in Soboum). Darüber hinaus wird von 9% der Frauen die medizinische Betreuung als gut empfunden. Überwiegend von Klientinnen in Soboum werden die kostenlose Konsultation und die preiswerten Kontrazeptiva hervorgehoben. Es zeigt sich aber auch, daß die Gesamtbewertung der medizinischen Einrichtung einen Einfluß auf die Bewertung des FP-Dienstes hat, wie die folgende Antwort erkennen läßt: "Das Zentrum gefällt mir, man nimmt sich Zeit für die Pflege zum Heilen, und man wird gesund."

<sup>132</sup>Die Übersetzungen geben den Wortlaut der Äußerungen so wörtlich wie möglich wieder.

**Tab. 9: Positive Kommentare über den FP-Dienst \***

Aufforderung: "Erzählen Sie bitte, was Ihnen bei der FP-Konsultation gefallen hat!"

	ERST-KONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n=200
	Bonass. n=28	Soboum n=25	Bonass. N=72	Soboum n=75	
Der Empfang ist gut, das Personal ist freundlich	68	72	92	64	75
man gibt viele Informationen, man erklärt gut	61	36	45	28	40
Medizinische Betreuung ist gut (Untersuchungen, Behandlung)	4	0	17	7	9
Die Wartezeit ist nicht zu lang	4	0	14	4	7
froh, ein Mittel zur Empfängnisverhütung gefunden zu haben	0	8	1	12	6
unentgeltlicher Dienst, Verhütungsmittel sind nicht teuer	0	8	1	4	3
andere Antworten	7	0	3	8	5
keine Antworten	14	4	0	20	10

\*Mehrfachantworten erlaubt, Angaben in %

Die Auswertung macht deutlich, daß in der Qualitätseinschätzung der Klientinnen der freundliche und zuvorkommende Empfang am wichtigsten ist. Darüber hinaus hat auch die Informationsübermittlung einen hohen Stellenwert. Die Frauen sind sehr froh über Erklärungen und Informationen. Technische Aspekte, wie die medizinische Betreuung, spielen eine untergeordnete Rolle.

## 8.2 Kritische Kommentare

Kritische Kommentare zum FP-Dienst der beiden Zentren sind insgesamt selten (Vergleiche Tabelle im Anhang). Die lange Wartezeit wird von 9% der Klientinnen kritisiert, während 7% sie als nicht zu lang empfinden. Ein besonderes Problem ist die Wartezeit vor allem für die Frauen, die FP heimlich ohne Wissen des Ehemannes aufsuchen. So bemängelt eine Frau aus Soboum: "Die lange Wartezeit stört, weil mein Mann nicht weiß, daß ich zur Familienplanung gehe."

Ein weiterer Aspekt ist die medizinische Betreuung<sup>133</sup>. Die körperliche Untersuchung wird von den Frauen als wichtig empfunden und schafft Vertrauen zum FP-Dienst.

Ein zusätzliches Problem, welches sich in Bonassama ergeben hat, ist der Preis der Kontrazeptiva: "Man sollte den Preis der Kontrazeptiva senken. Es gib oft Unterschiede bei den Produkten, man versteht nicht warum." Die Verhütungsmittel werden z. T. von den Hebammen in der Klinikapothek gekauft und an die Frauen währ-

<sup>133</sup>Die teilnehmende Beobachtung in Bonassama zeigte, daß 3 von 28 Frauen vor Verschreibung von Verhütungsmethoden nicht untersucht wurden. Vergleiche Seite 89

rend der Konsultationen mit einem Aufschlag weiter verkauft. Da nicht von allen Hebammen Kontrazeptiva verkauft werden, ergeben sich unterschiedliche Preise für die Klientinnen<sup>134</sup>.

Weil bei der teilnehmenden Beobachtung in Bonassama auffiel, daß die Klientinnen selten mit dem FP-Anbieter allein im Raum waren und so keine intime Atmosphäre hergestellt werden konnte, fragten wir die Frauen in Bonassama, ob die Konsultation in der Gruppe sie störe. 47% der Klientinnen in Bonassama verneinten dies und gaben Antworten wie: "Die Konsultation in der Gruppe stört mich nicht, wir haben alle die gleichen Probleme". Auf der anderen Seite fühlten sich aber auch 8% der Klientinnen gestört: "Die Tatsache, daß andere Personen im Raum sind, stört mich, es soll nicht alle Welt meine Krankheiten erfahren." Die Antwort zeigt, daß nicht alle Frauen die gleiche Unbefangenheit besitzen. Zudem ist anzunehmen, daß Jugendliche ihre Probleme sicher nicht vor älteren Frauen preisgeben, ebensowenig Frauen aus anderen ethnischen Gruppierungen. Eine Frau sieht in dieser Nichtbeachtung der Intimität eine Gefahr für die Akzeptanz des FP-Dienstes in der Bevölkerung: "Die Konsultation in der Gruppe ist nicht gut, das kann bewirken, daß die Frauen nicht mehr kommen."

### 8.3 Verbesserungsvorschläge

Der am häufigsten von den Klientinnen genannte Wunsch (33% der Frauen) ist die Sensibilisierungsarbeit im Stadtviertel. Eine Frau äußert: "Die Sensibilisierung hilft, den Dienst zu verbessern, ich selbst habe bereits fünf Frauen geraten, hierhin zu kommen." Die Frauen empfinden die FP als eine große persönliche Hilfe und möchten, daß auch andere Frauen das wertvolle Angebot der FP erkennen. Sie selbst fühlen sich aber oft überfordert angesichts der negativen Gerüchte über die FP, wie eine Frau erklärt: "Die Leute im Viertel sagen, daß FP nicht gut ist. Wenn sie (FP-Anbieter) doch kommen könnten, damit auch sie die Informationen erhalten könnten." Auch persönliche Betroffenheit mündet in den Wunsch nach mehr Sensibilisierungsveranstaltungen. Eine 22-jährige Schülerin aus Soboum gibt den Rat: "Ich finde, es sollte mehr Öffentlichkeitsarbeit für die jungen Mädchen gemacht werden, damit sie zur FP kommen. Ich hatte in jungen Jahren eine Schwangerschaft, weil ich die FP nicht kannte."

Neben dem Wunsch nach mehr Sensibilisierungstätigkeit wird von den Frauen die Fortsetzung und Pflege der guten FP-Dienste als wichtig angesehen. 27% der Klientinnen in Bonassama und 12% in Soboum betonen dies.

Die Schwierigkeit der Informationsübermittlung wird von den Klientinnen durchaus erkannt. Sie hoffen aber, daß die Qualität der Beratung nicht nachläßt. Eine Klientin bemerkt: "Das Personal soll die Arbeit ertragen, weil nicht jeder leicht die Erklärungen versteht, so muß man die gleichen Erklärungen wiederholen." Die Not-

---

<sup>134</sup>In Soboum trat dieses Problem nicht auf. Eine Bekanntmachung der Preise der einzelnen verfügbaren Methoden an der Tür zum Beratungsraum vermied den Verkauf zu erhöhten Preisen. Zudem war die Identifikation des Verantwortlichen der FP-Dienstes in Soboum mit seiner Arbeit und dem Zentrum höher.

Im Gespräch mit dem verantwortlichen ärztlichen Direktor in Bonassama wurde das Problem des Verkaufs der Verhütungsmittel durch die Hebammen besprochen, dieser lehnte jedoch zur Vermeidung des Verkaufs zu erhöhten Preisen einen Hinweis in den Räumlichkeiten ab.

wendigkeit einer guten Beratung wird auch von einer anderen Klientin betont: "Man sollte sehr freundlich sein und viele Erklärungen geben, man muß gut auf die Fragen antworten, weil es viele Gerüchte in den Vierteln gibt, und das bewirkt Zweifel."

**Tab.10: Verbesserungsvorschläge der Klientinnen\***

Frage: "Wie ließe sich der FP-Dienst, nach Ihren Erfahrungen, verbessern?"

	ERST-KONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n=200
	Bonass. n=28	Soboum n=25	Bonass. n=72	Soboum n=75	
Sensibilisierungsaktivitäten im Stadtviertel	14	28	35	40	33
den guten Dienst fortsetzen und pflegen	36	16	23	11	20
Vorhandensein aller Methoden	4	4	9	0	5
Verbesserung der Ratschläge und Erklärungen	0	4	7	1	4
kontinuierliche Anwesenheit des Personals	4	0	3	1	2
Sensibilisierungsaktivitäten im Krankenhaus	0	12	1	1	3
schnellere Arbeit	7	8	0	3	3
andere Antworten	4	4	3	15	8
keine Antworten	50	44	38	48	44

\*Mehrfachantworten erlaubt, Angaben in %

Ein anderer Rat betrifft die Beratungssituation unmittelbarer. Die Klientinnen sind auf eine aktive Gestaltung angewiesen, da sie große Schwierigkeiten haben, Probleme von sich aus zu artikulieren. So wünscht eine Klientin: "Man muß den Klientinnen immer Fragen stellen, denn wenn sie das Büro des Doktors betreten, können sie nicht alles fragen. Das würde den Frauen helfen, mehr zu sprechen."

Auch im Zusammenhang mit den Gerüchten über die Verhütungsmethoden in den Stadtvierteln sehen die Frauen die Notwendigkeit der ausreichenden Information von seiten des klinischen Personals: "Es ist wichtig, die Frauen ausreichend aufzuklären, sie haben Ängste, z.B. vor starken Blutungen. Das verursacht Gerüchte."

Schließlich wird auch angemerkt, daß es wichtig ist, daß alle Verhütungsmethoden immer verfügbar sind: "Um den Dienst zu verbessern, sollten alle Methoden disponibel sein", erklärt eine Klientin. Diesen Wunsch äußerten vor allem Frauen in Bonassama<sup>135</sup>.

Zudem ist die Beeinflussung bei der Wahl des Kontrazeptivums von seiten der Anbieter sehr ernst zu nehmen. Eine 20-jährige erklärt: "Man soll die Klientinnen nicht beeinflussen, was sie nehmen sollen; die Jugendlichen sollten sensibilisiert werden, Präservative zu benutzen." Sie war das erste Mal in die FP-Sprechstunde gekommen und wollte Kondome benutzen, u. a. auch, um sexuell übertragbare Krankheiten zu verhüten. Während der Beratung wurde ihr die Pille verschrieben, mit dem Hinweis auf die höhere Sicherheit.

<sup>135</sup>Hier fehlten auch während der teilnehmenden Beobachtung mehrfach Kontrazeptiva.

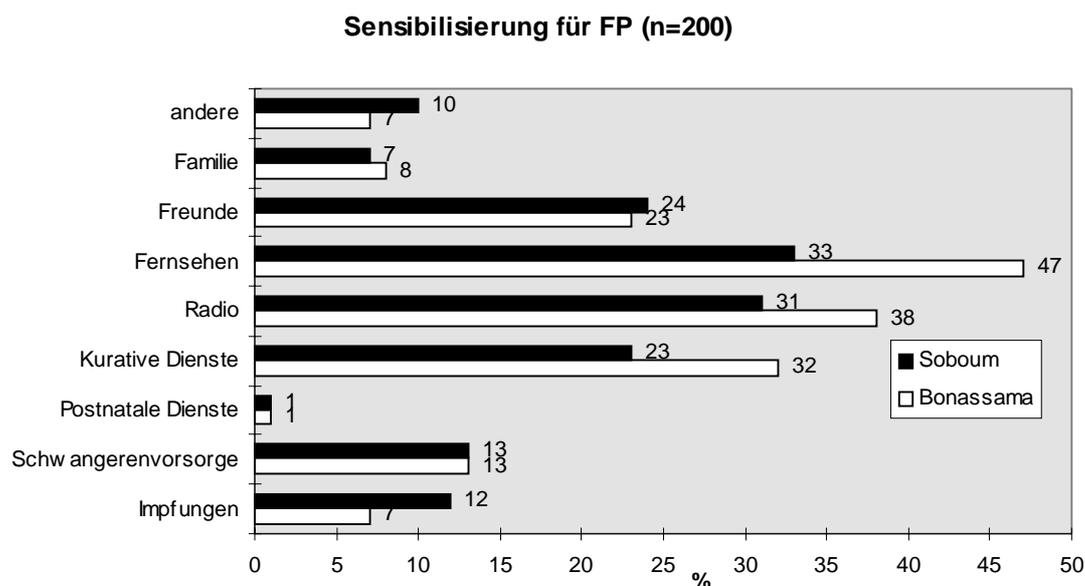
Viele Frauen (44%) nennen jedoch keine Verbesserungsvorschläge. Dies spiegelt zum einen die hohe Zufriedenheit mit den FP-Diensten wieder, zum anderen sind die Frauen in Kamerun aber auch nicht gewöhnt, Wünsche und Bedürfnisse im gesundheitlichen Bereich zu äußern.

#### 8.4 Sensibilisierung der Klientinnen für Familienplanung

Die beiden medizinischen Einrichtungen, das Krankenhaus in Bonassama und das Gesundheitszentrum Soboum, sind den Klientinnen der FP-Dienste gut bekannt. Insgesamt 89% der Frauen in Bonassama und 88% in Soboum haben persönliche Erfahrungen mit den verschiedenen Diensten der gesundheitlichen Einrichtung. Die meisten Klientinnen (76% in Bonassama und 81% in Soboum) hatten die gesundheitlichen Dienste bereits für kurative Dienste aufgesucht. 56% der Frauen hatten im Krankenhaus in Bonassama und 19% im Gesundheitszentrum in Soboum entbunden<sup>136</sup>. Die Werte für die Schwangerenvorsorge und die postnatalen Dienste liegen in Bonassama höher als in Soboum. 62% der Frauen in Bonassama und 68% der Frauen in Soboum hatten ihre Kinder in dem Zentrum impfen lassen.

Dennoch, so zeigt die Abbildung 19, werden die meisten Frauen über die öffentlichen Medien für FP sensibilisiert. Die Sensibilisierung über die Gesundheitsdienste steht an zweiter Stelle nach den öffentlichen Medien. Hier sind es besonders die kurativen Dienste, die Frauen informieren (32% in Bonassama und 23% in Soboum). 13% der Frauen in Bonassama und Soboum geben an, Informationen zu FP während der Schwangerenvorsorge erhalten zu haben und 7% in Bonassama und 12% in Soboum während des Impfens der Kinder. Der postnatale Dienst informierte nur 1% der Klientinnen in Bonassama und Soboum.

Abb.19:



<sup>136</sup>Das Gesundheitszentrum in Soboum existiert erst seit Februar 1992 und der geburtshilfliche Dienst hatte erst Anfang 1995 seine Arbeit begonnen (ETIENNE et al. 1995). Somit können die niedrigeren Werte der Schwangerenvorsorge und Nachsorge und der geburtshilflichen Dienste in Soboum auf diesen Umstand zurückgeführt werden.

Vergleicht man nun die Anzahl der Frauen, die ihre Kinder in dem Zentrum hatten impfen lassen, mit denen, die über diesen Dienst auch informiert wurden, so ergibt sich für Bonassama ein Prozentsatz von 11% und für Soboum von 18%. Darüber hinaus wurden 24% der Klientinnen in Bonassama, die an der Schwangerenvorsorge teilgenommen hatten, auf diesem Wege über FP informiert; in Soboum waren es sogar 60%.

So zeigt sich die Wirkung der Informationsveranstaltungen in Soboum. Diese sensibilisieren Schwangere und Mütter, die zum Impfen der Kinder kommen für den FP-Dienste<sup>137</sup>.

### **8.5 Ermittlung des Umfangs der Wissensvermittlung während der FP-Sprechstunde**

Um die Qualität und den Umfang der Informationsübermittlung während der FP-Konsultation bestimmen zu können, wurde mit geschlossenen und offenen Fragen gearbeitet. Die offenen Fragen bieten sich besonders an, Defizite in der Informationsübermittlung zu erhellen. Entscheidend für die Frauen ist nicht die Erwähnung der verschiedenen Methoden sondern die Informationen zu ihnen<sup>138</sup>.

Innerhalb des Interviews mit den Klientinnen wurde die Frage gestellt, welche Verhütungsmittel während der FP-Konsultation vorgestellt wurden. Hier zeigte sich eine hohe Übereinstimmung mit dem während der teilnehmenden Beobachtung festgestellten Umfang der Präsentation der verschiedenen Methoden (Vergleiche S 93). Entsprechend gaben über 90% der Frauen aus Soboum und Bonassama an, daß ihnen die Pille, die Injizierbaren und die Spirale vorgestellt wurden. Die Werte für die natürlichen Methoden, die Sterilisation und das Stillen als Verhütungsmethode lagen unter 4%.

#### **8.5.1 Qualitative Auswertung der offenen Fragen zu vermitteltem Wissen über die verschiedenen Kontrazeptiva**

Insgesamt ist das Wissen, das während der Konsultationen übermittelt wurde, nicht ausreichend. Die Frauen haben oft nur Kenntnisse über das gewählte Kontrazeptivum, die Informationen über die anderen Methoden sind schnell vergessen. Antworten, wie „ich habe nichts behalten, weil man über so viele Dinge gesprochen hat“ und „man hat mir am Anfang alles erklärt, aber ich habe alles über die Produkte, die ich nicht nehme, vergessen“, zeigen, daß die Frauen oft überfordert sind, die Vielzahl an Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Sie konzentrieren sich auf das von ihnen gewählte Kontrazeptivum, zusätzliche Informationen scheinen sie oft zu überfordern: „Wenn man sich für etwas interessiert, zeigt man nur dort Aufmerksamkeit“.

Antworten aber wie „ich habe die Injizierbaren gewählt, und über die anderen hat man nicht geredet“, machen aber auch deutlich, daß nicht immer die gesamte Palette an Kontrazeptiva vorgestellt wird. Andere Frauen berichten von sehr dürftigen Beratungen: „Man hat mir gesagt, es gibt drei verschiedene Produkte zum Wählen, die Pille, die Injizierbaren und die Spirale. Man hat mir nichts erklärt.“ Oder: „Man hat mir nur die Injizierbaren und die Pille gezeigt und mich gefragt, welches ich möchte.“ Diese Antwort unterstreicht, daß bei der Vorstellung der notwendige Standard, die zur Verfügung stehenden Methoden mit ihren Vorteilen und Nachteilen zu erklären, nicht immer gewahrt wird.

---

<sup>137</sup>Vergleiche Seite 78

Andererseits zeigt sich aber auch, daß einige Frauen überfordert sind, für sich allein eine Wahl zu treffen: „Ich habe den Doktor gebeten, mir die Methode zu empfehlen, die gut für mich ist“.

### **Vermitteltes Wissen über die Pille**

Auf die Frage, was sie über die Pille während der FP-Sprechstunde gehört hätten, erklärten 63% der interviewten Frauen, daß sie die Pille regelmäßig nehmen müßten. „Wenn ich die Pille vergesse, kann ich schwanger werden“, wurde oft angemerkt.

Während die Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme den Frauen bekannt ist, wissen nur wenige Frauen, was sie tun sollten, wenn sie die Einnahme der Pille vergessen haben<sup>139</sup>. 27% der Frauen, die zum wiederholten Mal zur Beratung kamen, sagten, daß man die vergessene Pille sofort beim Erinnern einnehmen sollte und die zweite zum normalen Zeitpunkt. Demgegenüber wußten nur 8% der Frauen, die das erste Mal zur Beratung kamen, was zu tun ist, wenn man die Pille vergißt.

Diese so wichtige Information wird oft während der Konsultationen vergessen bzw. nicht genug betont. Der Umstand des Vergessens wird dann mit anderen Vertrauenspersonen besprochen: „Wenn ich eine Pille vergessen habe, nehme ich eine am Morgen und die andere am Abend, meine Freundin hat mir dies gesagt.“

Noch seltener wissen die Frauen, daß sie zur FP-Sprechstunde zurückkommen sollten, wenn sie mehr als zwei Pillen vergessen haben. Nur 5% der interviewten Frauen erinnerten sich daran.

---

<sup>138</sup> siehe auch Methoden Seite 67

<sup>139</sup> Die teilnehmende Beobachtung zeigte, daß nur 52% der Frauen, die sich für die Pille entschieden hatten, Informationen darüber erhalten hatten, was sie bei Vergessen der Pille machen sollten.

**Tab. 11: Vermitteltes Wissen über die Pille\***

Frage: „Was haben Sie über das Mittel, das sie gewählt haben, erfahren“, bzw. „Was hat man Ihnen über die anderen Mittel erklärt?“

	ERSTKONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n=200
	Bonass. n=28	Soboum n=25	Bonass. n=72	Soboum n=75	
man muß sie regelmäßig nehmen	71	88	64	49	63
wenn man eine vergißt, nimmt man 2 am nächsten Tag	11	14	34	20	22
führt zu Gewichtszunahme	21	0	13	12	10
kann Kopfschmerzen machen	11	4	4	1	4
macht Übelkeit, Schwindel	25	4	0	3	5
kann Blutungen hervorrufen	14	0	3	10	7
wenn man mehr als 2 Pillen vergißt, muß man in die med. Einrichtung zurückkommen	7	0	11	0	5
man muß die Termine einhalten, bzw. Versorgung am Ende der letzten Packung	18	4	3	3	5
andere Antworten	25	0	17	5	12
keine Antworten	21	12	21	47	30

\*Mehrfachantworten erlaubt, Angaben in %

Demgegenüber zeigen Antworten wie: „Wenn ich mehr als zwei vergesse, nehme ich eine neue Packung“, und „wenn ich die Pille länger vergesse, muß ich über 7 Tage jeden Tag eine Pille nehmen, ohne sexuelle Beziehung“, daß ein Informationsmangel besteht. Die Folgen des Vergessens zeigen sich nicht nur durch ungewollte Schwangerschaften, sondern auch beim Auftreten von Blutungen und Zyklusstörungen, die durch die FP-Dienste behandelt werden sollten<sup>140</sup>.

Nebenwirkungen der Pille werden selten genannt. Die am häufigsten genannte Nebenwirkung ist die Gewichtszunahme (10% aller interviewten Klientinnen), gefolgt von Blutungen (7%), Übelkeit und Schwindel (5%) und Kopfschmerzen (4%). Auffallend ist, daß die Nebenwirkungen von Frauen, welche die FP-Sprechstunde in Bonassama aufsuchen, häufiger genannt werden (25% der Frauen des FP-Dienstes in Bonassama gegenüber nur 5% in Soboum). Die Angst vor der Gewichtszunahme wurde auch während der Konsultationen thematisiert. Aussagen über die Pille wie: „Man sagt, das sind zu viele Hormone, die bewirken, daß man dick wird“, zeigen, daß diese Wirkung der Pille grundsätzlich unterstellt wird.

Nur zwei Frauen in Bonassama und eine in Soboum wußten, daß man im Fall von Nebenwirkungen zum FP-Dienst zurückkommen sollte. „Man hat mir gesagt, man könne Übelkeit und Kopfschmerzen bekommen. Man muß dann ins Krankenhaus zurückkommen, dort wechselt man die Tabletten,“ oder „wenn ich Probleme habe, soll ich zurückkommen und um Rat fragen“ sind seltene und wünschenswerte Antworten. Leider, so zeigt auch die teilnehmende Beobachtung, wird nur wenigen Frauen explizit angeraten jederzeit im Falle von Problemen mit der Methode zum FP-Dienst zurückzukommen.

<sup>140</sup>Außerdem werden Blutungsunregelmäßigkeiten von den Frauen unter Einnahme der Pille als Nebenwirkung gefürchtet. Sie führen unter Umständen zur Unzufriedenheit mit der Methode und zum Abbruch der Anwendung.

### **Vermitteltes Wissen über die Injizierbaren**

50% der befragten Klientinnen kennen den Anwendungsmodus der Injizierbaren (vergleiche Tabelle im Anhang). Sie betonen die Notwendigkeit, die Termine alle 2 oder 3 Monate in Anspruch zu nehmen (10% der interviewten Frauen), so z.B.: „Auf jeden Fall darf ich nicht den Tag der nächsten Konsultation überspringen.“

Die Nebenwirkungen der Injizierbaren sind bekannter als die der Pille. 42% nennen Amenorrhoe und Zyklusunregelmäßigkeiten und 41% starke Blutungen als Nebenwirkungen. Die Antworten wie: „Man kann starke Blutungen bekommen oder man hat gar keine Regelblutung“ oder „mit den Injizierbaren kann man viel bluten, wenig oder überhaupt nicht“ zeigen, daß eine Aufklärung über die Nebenwirkungen in zumindest der Hälfte der Konsultationen angemessen durchgeführt wurde. Zudem wußten 18% der Frauen, daß sie sich wegen der Amenorrhöe oder wegen der Zyklusunregelmäßigkeiten nicht beunruhigen sollten: „Man kann ein bißchen bluten oder viel oder überhaupt nicht, ich soll mich nicht beunruhigen“. Wie notwendig es ist, genau aufzuklären und über die Harmlosigkeit von Regelblutungen zu informieren, wird durch die folgende Antwort einer Frau deutlich: „Wenn du die Injizierbaren nimmst, kannst du 3 Monate ohne Regel bleiben. Das ist das, was ich im Moment sehe, ich bin nicht beunruhigt, man hat mich gewarnt.“

Das Problem der langsamen Rückkehr der natürlichen Fruchtbarkeit wird nicht regelmäßig während der Konsultationen angesprochen. Nur 5% der Frauen nennen diesen Nachteil der Injizierbaren. Zudem wird der Hinweis auf die unter Umständen langsame Rückkehr der Fertilität oft so verstanden, als müsse man auf jeden Fall ein Jahr warten, um schwanger zu werden: „Ich höre (mit den Injizierbaren) auf und warte ein Jahr, um schwanger zu werden.“

### **Vermitteltes Wissen über die Spirale**

Auch die Spirale wird während der Konsultationen regelmäßig vorgestellt (vergleiche Tabelle im Anhang). Obwohl in der Regel mit Bildmaterial gearbeitet wird, um zu zeigen, wo die Spirale eingesetzt wird, wissen nur 26% der befragten Frauen, daß die Spirale in die Gebärmutter eingesetzt wird, während 11% der Frauen glauben, man setze sie in die Scheide ein. Wenige Frauen schildern die Anwendungsweise akzeptabel, wie: „Die Spirale schützt für 5 oder 7 Jahre, man plaziert sie in der Wohnung des Kindes (Gebärmutter).“ Einige Antworten zeigen auch eine hohe Unsicherheit und Unwissenheit der Frauen. Eine Frau erklärte zur Spirale: „Man setzt sie in den Bauch, man kann sie herausnehmen und reinigen und wieder einsetzen.“

Über die Wirkungsdauer herrscht große Unsicherheit. Die Wirkungsdauer der Spirale wird mit der Wirkdauer von Norplant verwechselt oder auch Monate mit Jahren. 16% der Frauen nennen die exakte Wirkdauer. 9% der befragten Frauen betonen die Notwendigkeit der Treue zu einem Partner für die Bedingung bei Benutzung der Spirale: „Man muß sauber sein und einen einzigen Partner haben.“

### Vermitteltes Wissen über das Kondom

Die Ressentiments gegenüber dem Kondom sind weit verbreitet. Während der teilnehmenden Beobachtung war immer wieder zu erleben, daß die Frauen eine große Scheu hatten, das Kondom überhaupt zu berühren. Viele behaupteten, ihre Männer möchten es nicht. Aber es gab auch einige Frauen, die ihre eigene Abwehr äußerten: „Gefällt mir nicht, weil man während des Verkehrs nicht gut fühlt“ oder „ich mag das Kondom nicht.“

Die Anwendungsweise des Kondoms ist einigermaßen bekannt, 32% der befragten Frauen betonen den einmaligen Gebrauch. Antworten wie „wird vom Mann benutzt, weiß nicht, zu welcher Zeit“ zeigen aber auch Unsicherheiten in bezug auf richtige Benutzung des Kondoms.

Der Vorteil des Kondoms wird nur von den Klientinnen in Bonassama hervorgehoben: 24% der Klientinnen in Bonassama betonen den Schutz vor Schwangerschaft und 23% vor sexuell übertragbaren Erkrankungen. Auch nur von Klientinnen in Bonassama wird erwähnt, daß man das Kondom zusammen mit Spermiziden benutzen solle<sup>141</sup>.

**Tab. 12: Vermitteltes Wissen über das Kondom\***

Frage: „Was haben Sie über das Mittel, das sie gewählt haben, erfahren?“ bzw. „was hat man Ihnen über die anderen Mittel erklärt?“

	ERST-KONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n=200
	Bonass. n=28	Soboum n=25	Bonass. N=72	Soboum n=75	
der Mann trägt das Kondom	36	44	45	27	37
einmalige Anwendung	25	20	51	21	32
schützt vor Schwangerschaft	25	0	23	0	12
schützt vor STD und AIDS	32	0	18	0	11
wird im Moment des Verkehrs genutzt	4	4	8	1	5
wird zusammen mit Spermiziden verwendet	7	0	8	0	4
andere Antworten	4	0	8	0	4
keine Antworten	38	52	32	47	41

\*Mehrfachantworten erlaubt, Angaben in %

### Vermitteltes Wissen über Norplant

Norplant ist unter den Frauen des FP-Dienstes in Bonassama wesentlich bekannter als in Soboum. 24% der interviewten Klientinnen in Bonassama wissen, daß Norplant in den Oberarm eingesetzt wird, und 16% kennen den Zeitraum der Wirksamkeit von 5 Jahren, während nur 6% der Klientinnen in Soboum die Anwendungsweise und 5 % die Wirkdauer benennen können.

<sup>141</sup>Diese Information wird auch nur in Bonassama gegeben

Bei der Fülle an Informationen während der Erstkonsultation sind Verwechslungen oder Nichtverstehen der Anwendungsweise der einzelnen Kontrazeptiva immer wieder zu verzeichnen. So kommt es zu Antworten wie: „Norplant wird in die Vagina für 5 Jahre“ eingesetzt. Dadurch, daß Norplant ein relativ unbekanntes und neues Verhütungsmittel ist und zudem in Douala nur in einer einzigen Klinik eingesetzt wird, entstehen rasch Vorurteile wie „Norplant ist im Experimentierstadium.“

#### **Vermitteltes Wissen über Spermizide, Sterilisation, natürliche Methoden und Stillen als Verhütungsmethode**

Die genannten Verhütungsmittel sind den Klientinnen wenig bekannt. Wie während der teilnehmenden Beobachtung festgestellt wurde, werden sie nur selten vorgestellt.

## **9 Ziel 3: Vergleich und gegenseitige Beeinflussung von Ziel 1. und 2. (Diskussion).**

Die Klientinnen werten die beiden FP-Dienste sehr positiv. Dies entspricht dem relativ hohen Qualitätsstandard wie ihn auch die teilnehmende Beobachtung zeigte. 92% der Klientinnen in Bonassama und 93% in Soboum sind mit dem FP-Dienst zufrieden bzw. sehr zufrieden. Ähnlich hohe Zufriedenheitsraten fanden sich auch in anderen Studien wie z. B. in ihrer Studie in Kenia mit 93% zufriedenen Klientinnen (MILLER et al. 1992). Dieser hohe Wert dürfte aber auch dadurch beeinflusst worden sein, daß Klientinnen bei Interviews in den Einrichtungen wenig geneigt sind, Kritik zu äußern<sup>142</sup>.

Für die Klientinnen haben sich zwei Qualitätsaspekte als besonders wichtig herauskristallisiert, die freundliche Begrüßung und die Information über FP. In beiden Zentren werden diese Aspekte lobend von den Klientinnen besonders herausgestrichen. Insgesamt finden sich die von BRUCE definierten Qualitätskriterien auch in den Antworten der Frauen wieder.

### **Wahl der Methode**

In Kamerun steht im Prinzip das gesamte Spektrum der Verhütungsmittel bis auf das Diaphragma zur Verfügung. Auch aus anderen Studien in Nigeria, Tansania und Simbabwe sind ähnlich breite Paletten an Verhütungsmethoden in Afrika beschrieben worden (BROWN et al. 1995.). Sämtliche Methoden werden zu akzeptablen Preisen angeboten, die Sterilisation wird in den Krankenhäusern vorgenommen und das Stillen als Methode der Kontrazeption von der Regierung unterstützt. Somit ist theoretisch der Qualitätsaspekt 'Wahl der Methode' für die Frauen in Douala ausgezeichnet gewährleistet.

In der Praxis ist die Wahlmöglichkeit jedoch eingeschränkt. Den Klientinnen wird während der Beratungen nur ein Teil der Verhütungsmittel vorgestellt. In den FP-Diensten spielen lediglich die Pille, die Injizierbaren und die Spirale eine Rolle. Dem Vorteil eines Programms mit vielen Methoden, auch Frauen mit Vorbehalten gegenüber bestimmten Methoden geeignete Verhütungsmittel anzubieten, wird nicht entsprochen. Von WARWICK (1988) und TOWNSEND (1991) wurde die Bedeutung der Methodenvielfalt für die Anwendung und Kontinuität der Nutzung von modernen Methoden gerade in diesem Zusammenhang unterstrichen.

Die Einschränkung der Vorstellung von nur wenigen Methoden wird von den Klientinnen nicht wahrgenommen. Von keiner Klientin wurde eine zu geringe Auswahl kritisiert, jedoch auch nicht der Methodenmix lobend herausgestrichen. Hier muß aber mit berücksichtigt werden, daß die Klientinnen in der Regel keine Vergleichsmöglichkeiten mit anderen FP-Diensten haben, die eine größere oder geringere Anzahl von Methoden anbieten. Zudem werden die für die Klientinnen wichtigsten Verhütungsmethoden, wie die Pille und die Injizierbaren, mit hoher Regelmäßigkeit vorgestellt. Inwieweit die anderen Methoden, wie das Norplant oder die

---

<sup>142</sup> Vergleiche Courtesy-Bias Seite 56

Sterilisation, bei regelmäßiger Information stärker benutzt und dann auch während der Konsultation von den Frauen gefordert würden, bleibt eine theoretische Frage<sup>143</sup>.

Wichtig ist aber, so zeigen die Antworten der Klientinnen, die kontinuierliche Bereitstellung der Methoden. Nachschubprobleme wirken sich negativ auf die Qualität der Dienste aus. Versorgungsmängel sind als Grund für hohe Abbruchraten bekannt (TOWNSEND 1991, WOLFF et al. 1991, GILSON et al. 1994). Ein weiterer wichtiger Aspekt von seiten der Klientinnen ist die freie Auswahl der Verhütungsmittel. Wird diese nicht respektiert, so fühlen die Klientinnen sich in ihren Bedürfnissen und Wünschen nicht ernst genommen.

In Tansania, Nigeria und Simbabwe zeigte sich, daß die Anzahl der Methoden, die ein FP-Zentrum anbot, positiv mit der Zahl der neuen Klienten korrelierte (MENSCH et al. 1994). Dies konnte für die beiden Zentren Bonassama und Soboum nicht nachgewiesen werden. In Bonassama wurden den Frauen im Durchschnitt 5,1 Methoden angeboten und in Soboum 4,7, während die Zahl der neuen Klientinnen in beiden Zentren im Durchschnitt bei 24% in beiden Zentren im Jahr 1995 lag. Auch die Abbruchraten korrelierten weder mit dem theoretischen Angebot an Verhütungsmitteln noch mit der tatsächlichen Anzahl der während der FP-Sprechstunde besprochenen Methoden.

### **Informationen, die den Klientinnen übermittelt werden**

Umfang und Inhalt der Information hatten für die Frauen in Douala eine sehr hohe Bedeutung und erwiesen sich als eines der stärksten Qualitätskriterien der FP-Dienste. Auch FOLCH-LYON et al. (1993) fanden in Mexiko, daß hohe Qualität mit der Idee der Lernens verknüpft ist. Die Antworten der befragten Frauen in den beiden Stadtvierteln bestätigen die überaus dominante Stellung der Information. Mehr Öffentlichkeitsarbeit, um die Dienste zu verbessern, wird von einer Vielzahl von Frauen gewünscht. Sensibilisierungsaktivitäten sollen nach den Wünschen der Frauen nicht nur in den medizinischen Einrichtungen durchgeführt werden, sondern vor allem auch in den Stadtvierteln und zudem auch speziell für Jugendliche. Qualitätskriterium eines guten FP-Dienstes ist somit auch die Informationsarbeit außerhalb des gesundheitlichen Dienstes.

Die teilnehmende Beobachtung erkannte Defizite in der Informationsübermittlung. In über 80% der Konsultationen wurden in Bonassama lediglich 2 Methoden (die Pille und die Injizierbaren) besprochen während in Soboum 4 Methoden (Pille, Injizierbare, Spirale und Kondom) vorgestellt wurden. Ähnliche Werte fanden sich auch in anderen Studien. In Kenia wurden nach MILLER et al. (1992) in 95% der Konsultationen 2 Methoden vorgestellt. Die mittlere Zahl der vorgestellten Methoden lag bei 3,8 in Kenia und bei 3,5 in Nigeria während sie bei 4,7 in Soboum und 5,1 in Bonassama lag.

In Douala waren die am regelmäßigsten vorgestellten Methoden die Pille und die Injizierbaren, in Nigeria hingegen die Pille und die Spirale, während Kondome und Injizierbare nur in der Hälfte der Konsultationen besprochen wurden (ASKEW et al. 1995). Nach MILLER et al. (1992) wurden in Kenia fast allen Klientinnen

---

<sup>143</sup> Vergleicht man die Ergebnisse zudem mit dem positiven Image, welches die Sterilisation und die natürlichen Methoden nach der Studie in den beiden Stadtvierteln genießen (siehe Seite 129/130), ist der Bias der Anbieter in bezug auf die vorgestellten Methoden besonders beklagenswert.

die Pille und das Depo-Provera® vorgestellt, in 60% der Konsultationen das Kondom und in 50% die Spermizide.

Nur selten (17%) wurde nach MILLER et al. (1992) die Sterilisation der Frau in Kenia besprochen. In Douala fand sich ein noch niedrigerer Wert von nur 4% in Bonassama und 8% in Soboum.

Insgesamt zeigte sich für die Studie in Douala, im Gegensatz zu einer Studie in Nigeria, daß die Klientinnen hier ausführlicher über die Anwendungsweise und die Nebenwirkungen der Methoden informiert wurden. (Aufklärung über Anwendungsweise: 89% in Bonassama bzw. 100% in Soboum gegenüber 80% in Nigeria und Aufklärung über Nebenwirkungen: 71% in Bonassama und 42% in Soboum gegenüber 45% in Nigeria) (ASKEW et al. 1995). MILLER et al. (1992) diskutieren die geringe Information über Nebenwirkungen als Grund für die hohe Diskontinuität. Der Vergleich der beiden Zentren Bonassama und Soboum kann diese These nicht untermauern. In dem Zentrum, in dem die Klientinnen ausführlicher über Nebenwirkungen aufgeklärt werden, liegt eine höhere Abbruchrate vor. Es ist zu überlegen, ob umstrittene Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen oder Gewichtszunahme bei Anwendung der Pille explizit genannt werden müssen<sup>144</sup>. Wichtiger wäre eventuell, die Seltenheit des Auftretens einiger Nebenwirkungen zu betonen und Hinweise auf Therapiemöglichkeiten zu geben. Es sollte ein klares Konzept entworfen werden, welche Nebenwirkungen auf jeden Fall genannt werden müssen und welche vernachlässigt werden können. Dies ist insbesondere unter dem Aspekt der Informationsüberflutung zu sehen und könnte helfen, Mißverständnissen über Verhütungsmethoden zu begegnen.

Die Auswertung der erreichten Wissensvermittlung zeigt, daß der Umfang der möglichen Informationsvermittlung innerhalb der Konsultationen aufgrund des mangelhaften Vorwissens beschränkt ist. Ob alle Informationen über die vorhandenen Methoden übermittelt, oder alle Verhütungsmittel kurz angesprochen und detaillierte Informationen nur über die gewählte Methode vermittelt werden sollten, wird diskutiert (ASKEW 1995). ICKIS (1992) postuliert, daß die Information sich in Ländern mit einer relativ hohen Anwendungsrate an modernen Verhütungsmitteln darauf konzentrieren sollte, Fehlinformationen zu begegnen. Dies sollte auch für Douala überlegt werden.

Informationsveranstaltungen im größeren Rahmen bieten eine für die FP-Anbieter zeitsparende Möglichkeit, Klientinnen über die verschiedenen Methoden zu informieren und Frauen innerhalb der medizinischen Einrichtungen zu sensibilisieren. Gruppenveranstaltungen bieten zudem ideale Voraussetzungen, Vorurteile anzusprechen und zu entkräften. Das persönliche Gespräch innerhalb der Konsultationen könnte dann stärker die persönliche Situation bzw. die Wünsche und Fragen der Klientinnen mit einbeziehen. Informationsveranstaltungen zu FP innerhalb der medizinischen Dienste wie auch im Stadtviertel kämen zum einen den Wünschen der Frauen entgegen, zum anderen aber auch der Ökonomisierung der Zeitaufwendungen der FP-Anbieter.

---

<sup>144</sup> Vergleiche auch Seite 16. Insbesondere sollte dies für die Nebenwirkungen diskutiert werden, die nicht eindeutig der Einnahme zuzuschreiben sind, wie die Gewichtszunahme.

### **Technische Kompetenz**

Auch die medizinische Betreuung hat eine Bedeutung in der Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen. Sie wird an dritter Stelle nach der Begrüßung und der Information als wichtiges Qualitätskriterium genannt. Die körperliche Untersuchung vor Verschreibung der Verhütungsmethoden hat einen Einfluß auf die Vertrauensbildung zum FP-Dienst. Findet keine Untersuchung statt, wird dies eindeutig negativ beurteilt.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Ängste vor den gesundheitlich negativen Konsequenzen bei Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption sollte die körperliche Untersuchung, auch als vertrauensbildende Maßnahme zum FP-Dienst, nicht vernachlässigt werden.

Auch BRUCE (1990) hob die medizinische Betreuung als wichtiges Qualitätsmerkmal hervor, während (SUNG 1977) behauptete, daß die 'technische Kompetenz' eine untergeordnete Bedeutung für die Klientinnen besitzt. Diese These, daß die 'technische Kompetenz' wenig Einfluß auf die Zufriedenheit der Klienten ausübt, kann nach den Ergebnissen der Studie nicht bestätigt werden. Auch wenn die medizinisch korrekte Durchführung der Untersuchung von den Frauen nicht beurteilt werden kann, ist dennoch die Tatsache, untersucht worden zu sein, wichtig für die Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen.

Blutdruck und Gewicht wurden in Bonassama und Soboum bei über 90% der Konsultationen bestimmt. Die Ergebnisse entsprechen denen anderer Studien in Kenia (MILLER et al. 1993). Demgegenüber fanden ASKEW et al. (1995) in Nigeria, daß bei einem Drittel der Anwenderinnen der Pille kein Blutdruck gemessen wurde. Auch die gynäkologische Untersuchung vor Einsetzen der Spirale wurde in Douala in beiden Zentren gewissenhaft durchgeführt, während dies nach ASKEW et al. (1995) in Nigeria nur bei 80% der untersuchten Fälle zutraf.

Ein anderer Aspekt, der durch die Studie nicht systematisch evaluiert wurde, aber deutlich durch die teilnehmende Beobachtung zu Tage trat, ist das Problem der Therapie von Nebenwirkungen unter Einnahme von Kontrazeptiva. Diese erfordern nicht selten gynäkologische Erfahrungen, die das Ausbildungsniveau der Hebammen und Krankenpfleger übersteigen. Auch SIMMONS et al. (1990) hatte in Bangladesch eine unzureichende Ausbildung der Anbieter, um Komplikationen bewältigen zu können, festgestellt. Nach BRUCE (1990) ist insbesondere bei Aufnahme der Spirale in den Methodenmix ein medizinisches Hintergrundsystem zur Diagnostik und Therapie von Infektionen des Genitaltraktes notwendig. In Douala war dieses Hintergrundsystem nur unzureichend vorhanden, es existierten weder eine klare Überweisungsstruktur noch klare Behandlungsschemata. Zudem fand keine technische Supervision statt. Dieser Schwachpunkt der FP-Projekte wurde von MENSCH et al. (1994) auch in Simbabwe, Tansania und Nigeria festgestellt. Demgegenüber fanden BROWN et al. (1995), daß in Marokko in 84% der Dienste regelmäßige Supervisionen durchgeführt wurden. Supervision ist letztendlich auch wichtig, um die Motivation der Anbieter wie auch ihre technische Kompetenz zu stärken (GILSON 1995).

### **Interaktion zwischen Klienten und Anbietern**

In der Einschätzung der Qualität der FP-Dienste durch die Klientinnen ist der freundliche Empfang der bedeutendste Aspekt. In beiden FP-Diensten wird das Personal von den Klientinnen als freundlich bezeichnet, ein Eindruck, der auch durch die teilnehmende Beobachtung bestätigt werden konnte. Der interaktive Bereich wurde auch in anderen Studien als der wichtigste Aspekt der Einschätzung von Qualität durch Klienten erkannt (GILSON et al. 1994). So fand auch VERA (1993) in seiner Studie in Mexiko, daß hohe Qualität für die Klienten gleichzusetzen war mit "wie ein Mensch behandelt zu werden". SIMMONS und SIMMONS (1992) behaupteten, daß die Interaktion zwischen Klient und Anbieter der Kernpunkt der Qualität der Dienste ist. Mangelhafte Fähigkeiten der Anbieter, eine gute Beziehung zu den Klienten herzustellen, wurde auch von ICKIS (1992) als Hauptgrund für die hohen Raten der Diskontinuität angegeben.

Die These, daß die interaktiven Fähigkeiten der Anbieter maßgeblich für die Qualität der FP-Dienste und die Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden sind, kann nach den Ergebnissen der Studie bestätigt werden.

Nach der teilnehmenden Beobachtung erzielten beide Dienste bei der Bestimmung der zwischenmenschlichen Interaktion gute Ergebnisse (Aspekt: freundliche Begrüßung: 64% respektive 89% Frage nach dem Grund der Kommen: 89% respektive 100%). Ähnliche Werte fanden ASKEW et al. in Nigeria. Hier wurden 85% der Klientinnen freundlich und respektvoll begrüßt und 98% wurden nach dem Grund der Kommens gefragt. Das Zentrum mit dem höheren für die freundliche Begrüßung ist zudem das Zentrum mit der niedrigeren Abbrecherquote. Da dieser Aspekt als der maßgebliche für die Qualitätseinschätzung der Klientinnen ist, kann er als entscheidender Grund für die Kontinuität der Inanspruchnahme der Dienste erachtet werden.

Auffallend war der Unterschied in der Wahrung der Intimität zwischen den beiden Zentren (Bonassama 36%, Soboum 100%). Auch in anderen Studien fanden sich hier Defizite mit Werten um 75% (MILLER et al. 1992 ASKEW et al. 1994). Die Intimität der Beratung sollte als der kritische Aspekt der interaktiven Fähigkeiten angesehen werden. Auf der einen Seite wird nur von 8% der Frauen die fehlende Intimität bemängelt gegenüber 47%, die sich nicht gestört fühlen (bei 45% ohne Meinung), auf der anderen Seite zeigt sich hier ein auffälliger Unterschied zwischen Bonassama und Soboum, so daß er als Grund für die unterschiedlichen Abbruchraten mit berücksichtigt werden muß. Als Qualitätskriterium gehört die Wahrung der Intimität zu den von der IPPF entwickelten Rechten der Klientinnen (HUEZO und DIAZ 1993). Auch SIMMONS und SIMMONS (1992) heben sie als wichtigen Aspekt der Interaktion zwischen Anbieter und Klient hervor.

Die Nutzung von Bildmaterial ist für die Vermittlung von Informationen zu Verhütungsmethoden unerlässlich. Die in dieser Studie erhobenen Werte für die Nutzung von Proben von Verhütungsmitteln und Bildmaterial entsprechen denen der Studie in Nigeria während sich in Marokko mit nur 13% für audiovisuelles Material und 52% für Proben von Verhütungsmitteln niedrigere Werte fanden (ASKEW et al. 1994, BROWN et al. 1995). Da der Informationsbedarf der Frauen groß ist, haben Aufklärungsmaterialien eine hohe Bedeutung.

Ein Schwachpunkt, den auch ASKEW et al. (1994) fanden, ist die Erkundigung am Ende der Konsultation nach weiteren Fragen von seiten der Klienten. In Bonassama wurden 46% der Klientinnen am Ende der Konsultation gefragt, ob noch Fragen offen wären und in Soboum nur 27%. Während der Wiederholungskonsultation wurden sogar nur 17% bzw. 14% der Klientinnen gefragt. MENSCH et al. (1994) hatte in ihrer Studie bemerkt, daß nur 21% der Anbieter am Ende der Beratung diese Frage stellen und nach ASKEW et al. (1994) nur bei einem Drittel der Konsultationen in Nigeria.

### **Herstellung der Kontinuität**

Die hohen Abbruchraten, insbesondere des FP-Dienstes in Bonassama, machen deutlich, wie wichtig Maßnahmen der Herstellung der Kontinuität sind. Dazu gehört zum einen das Festlegen eines Folgetermins für die Wiederholungskonsultation als auch die Mitteilung, daß sich die Klientin jederzeit bei Schwierigkeiten und Nebenwirkungen wieder an den FP-Dienst wenden könne. Mit allen Klientinnen des FP-Dienstes in Soboum, aber nur mit 43% der Klientinnen in Bonassama, wurde ein nächster Termin vereinbart, und nur sehr selten wurden die Frauen angewiesen, sich im Falle von Schwierigkeiten wieder an den FP-Dienst zu wenden. Dies ist unter Umständen die wichtigste Information. Daß diese Information fehlt, wird nicht durch negative Kommentare, sondern mit dem Wegbleiben vom FP-Dienst quittiert<sup>145</sup>.

Kontinuität wird auch dadurch erreicht, daß die Klientinnen die gewählte Methode erhalten. Diesen Qualitätsaspekt achtet der FP-Dienst in Soboum konsequenter als in Bonassama. JAIN (1992) betont, daß Kontinuität unabhängig von der Methode und der Quelle gefördert werden soll. Dies kann durch die Studie nur unterstrichen werden.

### **Konstellation des FP-Dienstes**

Nach den Qualitätskriterien nach BRUCE wird behauptet, daß auch die Konstellation bzw. Struktur, inklusive der Ausstattung der FP-Dienste, eine Auswirkung auf die Akzeptanz besitzt. In den beiden untersuchten Zentren war die Ausstattung nahezu identisch. Ihr Einfluß auf die Inanspruchnahme der FP-Dienste bzw. die Abbruchquoten kann somit nicht beurteilt werden. Ein wichtiges Kriterium der Struktur ist jedoch die Informationsvermittlung über FP auch während anderer medizinischer Dienste. Hierzu gehören Informationsveranstaltungen. Diese werden von den Frauen mehrheitlich gewünscht und sind ein überaus wichtiges Qualitätskriterium. So betrafen Unterschiede in der Konstellation der beiden Dienste auch vor allem die Integration des FP-Dienstes in die übrigen Aktivitäten der Mutter-Kind-Fürsorge. Informationsveranstaltungen werden regelmäßig in Soboum, nicht aber in Bonassama angeboten. Auch in anderen Studien wie in Simbabwe, Tansania, Nigeria und Kenia wurden sie zu selten (unter 30%) durchgeführt und nur bis zu 31% der Klientinnen über den Mutter-Kind-Dienst angesprochen (MENSCH et al. 1994, MILLER et al. 1992). Der IEC-Bereich<sup>146</sup> wurde als größter Schwachpunkt der FP-Zentren analysiert. In Kenia konnte gezeigt werden, daß Zentren, die Informati-

---

<sup>145</sup> Vergleiche die Ergebnisse der Studie in den beiden Stadtvierteln Seite 122. Probleme mit der Methode werden als Hauptgrund für den Abbruch der Anwendung von Methoden der Kontrazeption angegeben.

<sup>146</sup>IEC = Information, education and communication

onsveranstaltungen anboten, von einer höheren Anzahl an Klienten konsultiert wurden. In Douala zeigt sich, daß in dem Zentrum mit regelmäßigen Informationsveranstaltungen die Kontinuität der Anwendung höher ist und der Zuwachs an Klienten in den Vormonaten stärker war<sup>147</sup>. Nur 25% der Frauen in Bonassama, die die Schwangerenvorsorge, die Nachsorge oder die Einrichtung zum Impfen der Kinder aufsuchten, wurden über diese auch für FP interessiert. In Soboum zeigt sich ein erheblich höherer Anteil von 60%, die über die Schwangerenvorsorge sensibilisiert wurden. In Douala wird vor allem die Chance der Sensibilisierung der Zielgruppe und Risikogruppe der Frauen mit mehr als 4 Kindern zu wenig genutzt<sup>148</sup>.

Diese Studie zeigt, daß wenn ein Gesundheitszentrum die Möglichkeiten nutzt, innerhalb seiner Dienste Frauen für FP zu interessieren, wie dies in Soboum der Fall war, ein positiver Einfluß auf Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden besteht<sup>149</sup>. GIRIDHAR (1992) betont, daß die Kombination von FP-Diensten und Mutter-und-Kind-Fürsorge eine ideale Kombination darstellt. Jedoch ist nicht die räumliche Integration entscheidend, sondern inwieweit die Dienste der Mutter-und-Kind-Fürsorge ihre Chance der Informationsübermittlung nutzen. Zudem werten Informationsveranstaltungen einen Gesundheitsdienst auf, weil Informationen für die Frauen einen hohen Gewinn bedeuten (SIMMONS et al. 1986).

Wichtig für die Öffentlichkeitsarbeit ist auch, daß Plakate die FP-Dienste in den gesundheitlichen Einrichtungen anzeigen. Dies wurde in beiden Zentren beachtet. Die Studie in den Stadtvierteln konnte zeigen, daß über 70% der Frauen die FP-Dienste kennen. Dies unterstreicht die Bedeutung der Informationsplakate. In Marokko fanden BROWN et al. (1995), daß 73% der FP-Dienste über ein Logo in gesundheitlichen Einrichtungen angezeigt wurden.

---

<sup>147</sup>Vergleiche S. 80 u. 101

<sup>148</sup>Vergleiche auch Seiten 72 u. 101, die Risikogruppe der Frauen über 35 Jahren und mit mehr als 4 Kindern wird gerade in Bonassama ungenügend erreicht.

<sup>149</sup> Vergleiche Seite 101

## 10 Ziel 4: Bekanntheitsgrad der FP-Dienste

### 10.1 Informationsquellen

Fast alle interviewten Frauen kennen einen Ort, an dem sie Informationen über FP erhalten oder Kontrazeptiva kaufen können. 94% der Interviewten kannten zumindest ein Zentrum, 97% der Frauen in Bonassama, respektive 91% der Frauen in Soboum. Den höchsten Bekanntheitsgrad genießen die beiden FP-Dienste in Bonassama und Soboum. 71% der interviewten Frauen in Soboum wissen, daß sie dort Informationen erhalten können, respektive 85% der Frauen im Einzugsgebiet des FP-Dienstes in Bonassama.

**Tab. 13: Informations- und Bezugsquellen für Kontrazeptiva**

	Information			Kauf		
	Soboum n=206	Bona. n=207	total n=413	Soboum n=206	Bona. n=207	total n=413
Apotheke	4	12	8	50	69	59
Haus der Frau <sup>150</sup>	5	10	8	2	1	2
Mutter-Kind-Dienst Laquintinie	11	11	11	5	5	5
Mutter-Kind-Dienst der Kliniken	42	33	37	21	16	18
Krankenhaus in Bonassama	2	85		2	59	
Gesundheitszentrum in Soboum	71	0		51	0	
CAMNAFAW <sup>151</sup>	0	1	0	1	0	1
private Arztpraxis	5	8	6	1	1%	1
andere	2	9	6	15	21	18

Dennoch nennt die Mehrzahl der Frauen auf die Frage, wo man Kontrazeptiva kaufen könnte, die Apotheke (69% der Frauen in Bonassama und 50% in Soboum). Die beiden FP-Dienste werden etwas seltener genannt, 59% der Frauen nennen den FP-Dienst in Bonassama als Kaufquelle und 51% den Dienst in Soboum. Ein Teil der Frauen, der den FP-Dienst kennt, weiß also nicht, daß man dort auch Kontrazeptiva kaufen kann. Von 18% der Frauen beider Stadtviertel werden auch andere Kaufquellen wie Boutiquen, Straßenapotheken, Zigarettenhändler und andere genannt.

Die Kenntnisse der **Jugendlichen über Informationsquellen** zu Verhütungsmethoden entsprechen im wesentlichen der Aufteilung, wie sie in der Gruppe der Frauen aller Altersstufen zu finden war. Die bekanntesten Informationsquellen waren in den jeweiligen Stadtvierteln der FP-Dienst des Krankenhauses in Bonassama (72,5%) bzw. das Gesundheitszentrum in Soboum (80%).

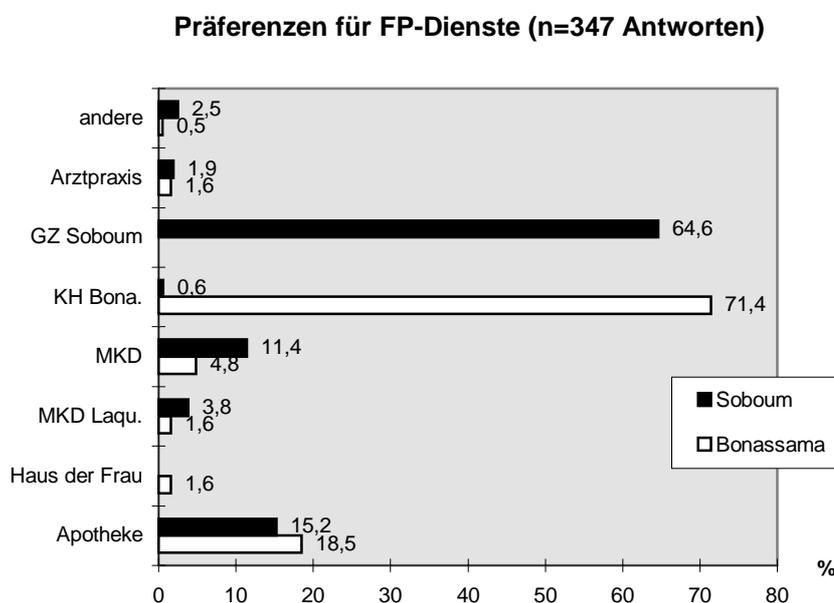
<sup>150</sup> öffentliche Einrichtung für Frauen mit Schule, pränataler Dienst, Kinderfürsorge und FP-Dienst

<sup>151</sup> kamerunische Tochterorganisation der IPPF. Von dieser Organisation wird Aufklärungsarbeit zu FP speziell für Jugendliche insbesondere über AIDS durchgeführt. Der geringe Bekanntheitsgrad auch unter Jugendlichen (keine befragte junge Frau kannte das Zentrum) könnte damit zusammenhängen, daß es im Zentrum von Douala, dem Stadtteil Deido liegt, und von beiden Stadtvierteln nur schwierig und mit einem Zeitaufwand von 30 Minuten erreicht werden kann.

Wenig bekannt ist die IPPF-Tochter CAMNAFAW. Nur 0,3% der interviewten Frauen aller Altersgruppen kannten diese mögliche Informationsquelle, und keine befragte junge Frau nannte sie. Vermutlich ist ihre Arbeit, die sich speziell an Jugendliche richtet, nicht über die Grenzen des Stadtteiles hinaus bekannt.

Die FP-Dienste der beiden untersuchten Zentren sind der Bevölkerung nicht nur bekannt, sie werden auch eindeutig bevorzugt. 65% der Frauen in Soboum und 71% in Bonassama sagten, sie würden, wenn sie FP-Dienste benötigten, diese Dienste aufsuchen. Häufiger als in Bonassama werden in Soboum (11%) aber auch andere Kliniken von den interviewten Frauen genannt, Krankenhäuser oder Gesundheitszentren, die relativ nahe liegen. 19% der interviewten Frauen in Bonassama und 15% in Soboum geben die Apotheke als bevorzugte Quelle an. Unter 2% der Frauen würden eine private Arztpraxis aufsuchen, um sich über FP zu informieren.

Abb. 20:



MKD: Mutter-Kind-Dienst  
MKD Laqu.: Mutter-Kind-Dienst Laquintinie

Als Grund für die Präferenz der beiden Dienste wird die rasche Erreichbarkeit angegeben (44% in Bonassama respektive 45% in Soboum). Darüber hinaus spielt das Vertrauen zur medizinischen Einrichtung eine große Rolle: „...weil man sich dort gut um die Frauen, die Kinder und die Geburten kümmert.“ 25% der interviewten Frauen aus Bonassama und 23% der Frauen in Soboum bevorzugen den jeweiligen FP-Dienst im Viertel, weil sie Vertrauen in die medizinische Einrichtung haben und sich gut betreut fühlen. Eine Frau aus Bonassama unterstreicht den Einfluß des medizinischen Zentrums auf die Akzeptanz des FP-Dienstes: „...weil ich immer dorthin gehe und man mich gut empfängt. Ich habe nie Probleme mit den Krankenschwestern gehabt. Deshalb werde ich mich dorthin wenden, wenn ich FP betreiben möchte.“

Nur 12% der Frauen nennen die wesentlich preiswerteren Verhütungsmittel als Grund, die beiden FP-Dienste aufzusuchen. Einige Frauen betonen aber, daß sie insbesondere auch froh sind, daß die Klinikapotheken die

Medikamente immer in der gewünschten Anzahl abgeben, wie sie den finanziellen Möglichkeiten der Frauen entspricht, man also nicht gezwungen wird, beim Kauf der Pille sofort 3 Zyklen zu kaufen.

**Tab. 14: Gründe für die Präferenz des FP-Dienstes in Bonassama und Soboum\***

	Bonassama n = 136	Soboum n = 102	total n = 232
nächster FP-Dienst	44	45	46
Vertrauen zur medizinischen Einrichtung	25	23	25
man bekommt viel Information dort	26	18	23
Methoden sind dort billiger	14	8	12
andere Antworten	18	33	25

\*Angaben in %

Die Apotheken werden von 19% der Frauen in Bonassama und von 15% in Soboum als bevorzugter Ort zum Kauf von Kontrazeptiva angegeben. Als Grund geben 58% an, daß sie die Apotheken als 'sicher'<sup>152</sup> empfinden. Diese Begründung muß man aber unter dem Aspekt werten, daß vielen Frauen nicht bekannt ist, daß auch in der Kliniksapotheke Verhütungsmittel angeboten werden und daß gegenüber den Boutiquen und Straßenapotheken die Apotheken als zuverlässiger Ort gelten.

## 10.2 Diskussion

Die beiden FP-Dienste sind in beiden Stadtvierteln unterschiedlich vielen Frauen bekannt. 71% der Bewohnerinnen des Stadtteiles Soboum und 85% in Bonassama kennen den Dienst. Der unterschiedliche Bekanntheitsgrad kann damit erklärt werden, daß die Dienste unterschiedlich lange bestehen<sup>153</sup>. Insgesamt sind Gesundheitsdienste bekannte Informationsquellen für FP. Auch BASHIN und JATO (1990) zeigten, daß Gesundheitsdienste in Kamerun geeignete und bevorzugte Informationsquellen für FP sind.

Demgegenüber ist der Unterschied in bezug auf Kaufquellen zwischen Bonassama und Soboum weniger ausgeprägt. Insgesamt wird jedoch über die Medien und die Informationsveranstaltungen der Dienste, das Angebot, FP-Methoden zu akzeptablen Preisen zu kaufen, nicht in genügendem Maße vermittelt. Nur 50% der Frauen kennen die öffentlichen Apotheken als Bezugsquelle. Jedoch zeigt der Vergleich mit den Ergebnissen des DHS eine beachtliche Steigerung der Kenntnis über öffentliche Krankenhäuser als Kaufquellen von Verhütungsmitteln. BALEPA et al. (1992) gaben noch an, daß 61% der Anwenderinnen in Kamerun Verhütungsmethoden über den privaten Sektor beziehen und nur 31% über öffentliche Gesundheitseinrichtungen.

Die Tatsache, daß nur 12% der befragten Frauen die billigeren Verhütungsmittel als Grund für Präferenz der Gesundheitsdienste nennen, zeigt ein Informationsdefizit auf.

<sup>152</sup>Dies meint, daß die Produkte von einwandfreier Qualität sind.

<sup>153</sup>Der FP-Dienst in Bonassama existiert seit 1991, der in Soboum seit Oktober 1993.

## 11 Ziel 6: Persönlichen Erfahrungen der Frauen mit den FP-Zentren

### 11.1 Einschätzung der FP-Dienste in Bonassama und Soboum

Der größte Teil der Antworten zeigt, daß über das Angebot des FP-Dienstes in den Stadtvierteln nicht viel geredet wird. 32% der Befragten in Bonassama erklären, man rede nicht darüber, und weitere 6% wissen nur, daß der Dienst existiert. Dem entspricht die Situation in Soboum (38% der befragten Frauen bzw. 5%). Die folgenden Antworten zeigen, daß Hemmungen bestehen, über FP oder Verhütungsmittel zu sprechen: „...ja, ich habe schon davon gehört, aber die Frauen verstecken viel, was sie dort tun“ und „...die Frauen verheimlichen viel, wenn sie dorthin gehen“. Wir haben während der Interviews die Erfahrung gemacht, daß es selbst in ein und demselben Haushalt Frauen gab, die viel über Verhütungsmittel wußten und den FP-Dienst kannten, und andere Familienmitglieder keine Kenntnisse aufwiesen. Man gewinnt den Eindruck, daß die Frauen Angst haben, offenzulegen, daß sie sich für FP interessieren oder sogar selbst anwenden, besonders im Familienkreis.

Wenn über die FP-Dienste geredet wird, ist dies zumeist positiv. 18% der Befragten in Bonassama und 13% in Soboum sagen, daß die Frauen, die dorthin gehen, zufrieden sind, und 20% respektive 13% heben die Informationen und Ratschläge hervor, die der Dienst an die Frauen weitergibt. Die Zufriedenheit der Frauen ist eng mit diesen Ratschlägen und Informationen verknüpft: „...die Frauen aus den Vierteln, die ich kenne und die dorthin gehen, sind alle zufrieden mit der Art und Weise, wie sie empfangen werden und wegen der Ratschläge. Sie sagen, daß der FP-Dienst wie eine Familie ist. Es gibt Diskussionen, an welchen alle teilnehmen können.“ Eine Bewohnerin aus Soboum unterstreicht die Bedeutung der Information: „...die Anbieter müssen in der Lage sein, alles was die Kontrazeptiva betrifft, zu erklären und bestens zu informieren. Dies, weil die Frauen vor den Verhütungsmitteln Angst haben. Einige denken, daß sie steril machen.“

**Tab. 15: Aussagen über die FP-Dienste\***

Frage: „Was sagt man über den FP-Dienst des Krankenhauses in Bonassama / des Gesundheitszentrums in Soboum?“

spontane Antworten	Bonassama n = 207	Soboum n = 206	total n = 413
man spricht im Stadtviertel nicht über den Dienst	32	38	35
ich weiß nicht einmal, daß ein FP-Dienst existiert	5	11	8
ich habe gehört, daß ein Dienst existiert, bzw. es gibt ein Schild, das darauf hinweist	6	5	6
die Frauen, die dorthin gehen, sind zufrieden	18	13	16
man bekommt viele Ratschläge, Informationen, und man wird gut begrüßt	20	13	16
Summe der Antworten (Total)	171	164	335

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

Dem Bedürfnis der Frauen nach angenehmem Empfang und Informationen wird entsprochen<sup>154</sup>: „...ich habe die Frauen sagen hören, daß die Frau, die verantwortlich für den Dienst ist, nett ist und sie den Frauen sehr

<sup>154</sup>Vergleiche S. 98

gute Ratschläge gibt. Die Verantwortliche des FP-Dienstes in Bonassama ist auch namentlich bekannt: „Man kann sagen, daß der FP-Dienst gut ist, man redet viel Gutes, Frau Kalla ist sehr bekannt.“

Von 5% der Frauen in Soboum wird die Informationsveranstaltung zu verantwortlicher Elternschaft und FP, die zweimal wöchentlich stattfindet, hervorgehoben: „...man sagt, daß man gut erklärt, man gibt viele Informationen, viele Ratschläge, man erklärt die Vor- und Nachteile. Während der Impfungen bin ich dort gewesen.“

Kritische Stellungnahmen sind sehr selten: „...ich habe meine Freundin darüber sprechen hören, daß der FP-Dienst in Bonassama teuer ist.“ Während der Interviews stießen wir häufiger auf die Tatsache, daß der Bevölkerung nicht bekannt war, daß der Dienst in beiden Zentren unentgeltlich ist und Kontrazeptiva zu erschwinglichen Preisen angeboten werden.

**Tab. 16: Erfahrungen von Freundinnen, Nachbarn und Andereren mit dem FP-Dienst\***

Frage: „Kennen Sie jemanden, der gute oder schlechte Erfahrungen mit dem FP-Dienst gemacht hat?“

spontane Antworten „ich kenne jemanden, der ...“	Bonassama n = 207	Soboum n = 206	total n = 413
ist zufrieden mit dem Dienst	16	12	14
hat schlechte Erfahrungen mit dem FP-Dienst gemacht	1	2	2
hat Schwierigkeiten mit der Methode	7	1	4
andere Antworten	15	3	9
Summe der Antworten (Total)	80	40	120

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

Nur insgesamt 16% der interviewten Frauen kennen Klientinnen der beiden FP-Dienste. Von diesen Frauen berichten 89%, daß die Klientinnen, die sie kennen, zufrieden mit dem Dienst sind und 11% erwähnen schlechte Erfahrungen.

Positive Erfahrungen betreffen vor allem die Zufriedenheit, nicht mehr schwanger zu werden, und die Komplikationslosigkeit der Methoden: „...ich habe mit meiner Nachbarin gesprochen, die seit einem Jahr, seitdem sie entbunden hat, zur FP geht. Sie folgt der FP, und das läuft gut. Vorher hat sie viel entbunden. In ihrem Alter sollte sie nicht mehr entbinden. Sie ist zur FP gegangen, und die Resultate scheinen gut zu sein.“

Negative Schilderungen betreffen Schwierigkeiten mit den Methoden: „...ich kenne eine Frau, die die Spirale benutzt hat, sie hatte keine normale Regelblutung mehr und immer Bauchschmerzen, und sie mußte zum Arzt gehen, um die Spirale wieder entfernen zu lassen“. Die meisten Schwierigkeiten, die in Bonassama geschildert werden, betreffen die Spirale. Darüber hinaus werden aber auch häufiger Blutungsstörungen (vorwiegend in Soboum) bei der Anwendung der Injizierbaren genannt: „...ich habe eine Schwester, die dort war. Nach der Konsultation hat man ihr die Injizierbaren verschrieben, sie hat viel geblutet. Sie ist zurückgegangen, und man hat (die Methode) gewechselt, und alles hat angefangen, gut zu werden.“ Diese positive Schilderung einer Frau aus Soboum zeigt auf, daß das Angebot des Wechsels der Methode wichtig für die Zufriedenheit mit der FP sein kann.

Darüber hinaus werden aber auch schwere Krankheiten mitunter der Benutzung von modernen Kontrazeptiva angelastet: „...ich hatte eine Freundin, die die Dinge der Weißen benutzt hat, und jetzt hat sie Scheidenkrebs.“

Besonders kritisch für die Akzeptanz von FP sind aber auch Schwierigkeiten während Schwangerschaften, die auf die Benutzung von Kontrazeptiva folgen und die auf diese zurückgeführt werden. Eine Frau aus Soboum erzählt: „...meine Tochter hat die Pille benutzt, und 3 Monate später hat sie aufgehört; sie ist schwanger geworden, und danach hatte sie eine Fehlgeburt! Dann hat ihr jemand gesagt, das seien die Effekte der Pille, man müsse 1 Jahr warten, bevor man schwanger wird, dann kann das Kind bleiben.“

Neben den Schwierigkeiten mit den Methoden werden Schwangerschaften, zu denen es trotz Anwendung von Kontrazeptiva gekommen ist, beklagt: „...meine Kusine ist dorthin gegangen, zur FP, man hat ihr die Injizierbaren gegeben, aber nicht mal 2 Monate später war sie schwanger.“

### **11.2 Persönliche Erfahrungen mit dem FP-Dienst in Bonassama**

Von den interviewten Frauen hatten 36 (17%) eigene Erfahrungen mit dem FP-Dienst in Bonassama und 15 (7,2) in Soboum. 50% der 36 interviewten Klientinnen in Bonassama und 67% der 15 Klientinnen in Soboum benutzten zum Zeitpunkt der Studie noch ihre verschriebenen Verhütungsmittel. 19 der 36 Frauen in Bonassama (53%) hatten Erfahrungen mit der Pille, 28% mit den injizierbaren Kontrazeptiva, 2 Frauen (6%) mit der Spirale, 3 (8%) mit Kondomen und 2 Frauen waren zur Erstkonsultation gegangen, hatten aber noch kein Kontrazeptivum gewählt. In Soboum hatten 73% der Frauen in Soboum die Pille gewählt, 13% die Injizierbaren und 13% das Kondom.

Einschätzung der Dienste: Die Klientinnen beider Dienste äußern sich sehr positiv, wie z.B. eine Anwenderin der Injizierbaren in Bonassama: „...ich bin dort gewesen. Ich kann sagen, es ist wirklich sehr gut, die Erklärungen werden gut gegeben. Es ist wirklich sehr gut. Man nimmt sich Zeit, zu erklären.“ Positive Antworten beziehen sich meist auf die Bereiche Freundlichkeit und Erklärungen, wie auch folgende Antwort zeigt: „...das ist sehr gut dort, die Hebammen sind sehr nett, man lernt viel, das FP-Personal erklärt gut.“

In Soboum wird der Hauptverantwortliche namentlich gelobt: „...ich bin sehr zufrieden, Herr Andréé empfängt gut, er erklärt sehr gut und macht einen nächsten Termin aus, ich habe Vertrauen.“ Eine andere Klientin bestätigt den freundlichen, zuvorkommenden Dienst: „...ich wurde von einem Mann empfangen, der sehr nett und zuvorkommend war; ich kann sagen, daß alles gut war.“ Zudem wird hervorgehoben, daß man sich genügend Zeit für die einzelne Klientin nimmt: „...der Doktor hat mich gut empfangen und beraten. Er ist nicht in Zeitdruck, auch wenn viele Leute da sind. Er macht seine Arbeit gut.“ In Soboum werden somit nicht nur die Freundlichkeit des Empfangs und die Erklärungen hervorgehoben, sondern auch, daß man sich genügend Zeit nimmt und ein Wiederholungstermin vereinbart wird.

Wichtig ist für die Frauen die Offenheit, mit der über Verhütung gesprochen wird: „...ich war zufrieden mit den Frauen des FP-Dienstes, sie sind sehr offen, sie sind nicht gehemmt“ oder, wie eine andere Klientin be-

richtet: „...das war außergewöhnlich für mich, besonders das erste Mal, man war wie die Europäer, die Kameruner haben keine Scheu mehr, über Sexualität mit lauter Stimme zu reden.“

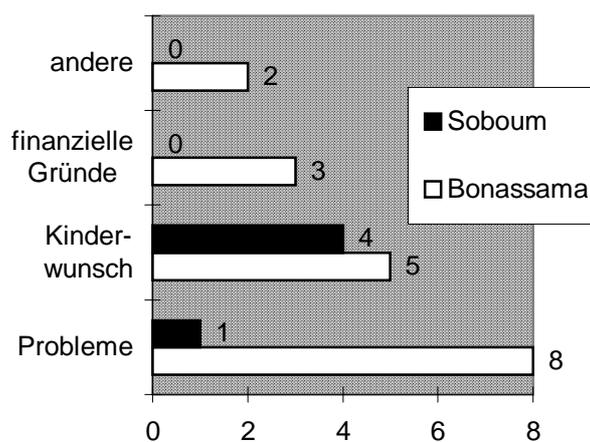
Zufriedenheit mit den Methoden: Von den insgesamt 36 interviewten Klientinnen aus Bonassama berichten 13 Frauen, daß sie Probleme mit der gewählten Methode haben. Auch in Soboum berichten dies sechs Frauen (40%). (5 der Anwenderinnen (28%) und 8 der Abbrecherinnen (44%) in Bonassama hatten Schwierigkeiten mit der Methode, respektive jeweils 50% der Anwenderinnen und Abbrecherinnen in Soboum). 64% der interviewten Klientinnen in Bonassama sind oder waren zufriedene Nutzerinnen, wie eine Frau beschreibt: „...ich war selbst dort, und ich wurde gut behandelt. Nach der Geburt meiner Zwillinge per Kaiserschnitt sollte ich nicht allzu schnell wieder entbinden. Ich sollte mich ausruhen. Ich bin nach Bonassama gegangen, und man hat mir die Pille verschrieben. Alles lief gut dort.“

Auch in Soboum berichten Frauen von positiven Erlebnissen mit dem FP-Dienst: „...ich möchte mich ausruhen, und ich habe immer schnell nacheinander entbunden. Nach 6 Monaten, während ich noch stillte, bin ich schwanger geworden. Mir hilft der FP-Dienst, man braucht nichts hinzuzufügen, für 100 CFA (30 PF) hat man seine Pille. Wenn man in die Pharmazie geht, dann ist das teuer. Der FP-Dienst ist für uns schon gut, deshalb braucht man nichts zu verändern.“

In Bonassama sind Schwierigkeiten mit den Methoden der Hauptgrund, die Anwendung der Verhütungsmittel zu beenden: „...einmal habe ich die Injizierbaren in Bonassama genommen, aber sie haben mir Unregelmäßigkeiten der Periodenblutung verursacht. Ich hatte 6 Monate keine Blutung, das andere Mal bin ich nur hingegangen, um die Ratschläge zu hören, ohne etwas zu nehmen.“

**Abb. 21:**

Gründe für den Abbruch der Nutzung von modernen Kontrazeptiva (Bonassama 18 von 36 = 50% und Soboum 5 von 15 = 33%)



Drei der interviewten Frauen in Bonassama waren zwar zufrieden mit der gewählten Methode, nehmen aber keine Verhütungsmittel mehr aus finanziellen Gründen. Diese Frauen wußten nicht, daß die Verhütungsmittel in der Apotheke des Krankenhauses sehr viel preiswerter angeboten werden als in den privaten Apotheken<sup>155</sup>. 5 Frauen brachen die Anwendung der Kontrazeptiva ab, weil sie ein Kind wollten, und eine Frau hatte ihren Mann verloren. Somit ergeben sich als Hauptgründe, die Anwendung der Verhütungsmittel abbrechen: Probleme mit der Methode (44%), Kinderwunsch (28%) und finanzielle Gründe (17%).

<sup>155</sup>Dies deckt sich mit den Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung. Die Klientinnen in Bonassama wurden nicht immer angewiesen, sich die Verhütungsmethoden in der Klinikapothek zu kaufen, während dies in Soboum ausdrücklich erwähnt wurde.

Demgegenüber beendeten in Soboum 80% der befragten Frauen die Anwendung wegen Kinderwunsch und nur 20% wegen Schwierigkeiten mit der Methode. Die meisten Probleme betrafen hier Zyklusstörungen und Blutungen. Die Frauen wandten sich mit diesen Problemen an den FP-Dienst: „...ich hatte Schwierigkeiten. Ich bin zum Zentrum zurückgegangen, und man hat mir ein Mittel verschrieben. Im Moment geht es.“ Eine andere Frau berichtet: „... ich nehme die Pille (die dritte Qualität), aber sie verursacht mir Zyklusstörungen. Deshalb werde ich zu ihm (zum FP-Anbieter) zurückkehren und ihm meine Probleme schildern.“

### **11.3 Vorschläge der interviewten Frauen, die FP-Dienste zu verbessern**

Der am häufigsten von den Frauen geäußerte Wunsch zur Verbesserung der FP-Dienste war Sensibilisierungsveranstaltungen in den Stadtvierteln (27 % der befragten Frauen in Bonassama und 16% in Soboum und 6% respektive 2% wünschen Information speziell für Jugendliche). Die Frauen wünschen: „...man sollte von Haus zu Haus gehen, um die Leute zu informieren.“ Eine 24-jährige Frau ohne Kinder verdeutlicht, warum Sensibilisierungsveranstaltungen wichtig sind: „...man muß in den Stadtvierteln die Frauen sensibilisieren, die nicht gebildet. Sie wissen nicht, was FP bedeutet. Also muß man sie in den Vierteln aufsuchen, damit sie sich für den FP-Dienste des Krankenhauses interessieren. Das hilft den Frauen, die Zahl ihrer Kinder zu begrenzen und sich gut um sie zu kümmern.“ Ein junges Mädchen aus Bonassama sagt: „...man sollte die Bevölkerung informieren, besonders die jungen Mädchen, die keine Information haben, wie ich selbst“. Speziell Sexualkundeunterricht in Schulen wurde von 4 Frauen in Bonassama thematisiert.

Der Bevölkerung in Soboum ist die Tatsache, daß der FP-Dienst kostenlos ist und die Verhütungsmittel in der Apotheke des Zentrums sehr billig angeboten werden, häufiger bekannt. So äußern einige Frauen auf die Frage, was man verbessern könne: „Nichts, weil die Medikamente bereits viel weniger kosten. Was wollen die Frauen noch?“

### **11.4 Diskussion**

Schon von BASHIN und JATO (1990) wurde für Kamerun das Problem aufgezeigt, daß die meisten Frauen aus Mangel an Informationen, Scham oder Ignoranz, nicht über FP reden. Auch NAZZAR et al. (1995) beschrieb in Ghana, daß die Frauen sich nicht trauen, über FP offen zu reden, weil sie fürchten, durch Gerüchte verunsichert zu werden. Die Studie bestätigte das Problem, zeigte aber, daß die Frauen mehr Information wünschen. Wird eine Diskussion initiiert, so zeigen es die morgendlichen Informationsveranstaltungen im Gesundheitszentrum in Soboum, verschwindet die Reserviertheit, und die Frauen beteiligen sich an der Diskussion.

Immerhin kennen aber 16% der befragten Frauen zufriedene Klientinnen der beiden FP-Dienste und diese überwiegen im Gegensatz zu den unzufriedenen in den Antworten der befragten Frauen. Hier ist im Laufe der Zeit ein Potential zur Vertrauensbildung vorhanden.

Die zweimal pro Woche stattfindende Informationsveranstaltung in Soboum wird von den befragten Frauen als gute Informationsquelle hervorgehoben. Bei der hohen Bedeutung, die Information und Bildung für die Frauen

haben, sollten Informationsveranstaltungen dieser Art mit in die Qualitätskriterien für FP-Dienste aufgenommen werden.

Dennoch entspricht die Einschränkung der Informationsquellen auf die gesundheitlichen Dienste nicht den Bedürfnissen der Frauen. Sie sehen ein Defizit an Wissen über FP für sich, in ihrer Familie und Nachbarschaft. Im allgemeinen werden in Kamerun auch die Massenmedien als adäquate Informationsquelle akzeptiert (BASHIN und JATO 1990). Darüber hinaus wird in den Schulen Sexualkundeunterricht durchgeführt (BECKER 1991). Dennoch können nur Gespräche den Frauen Ängste vor Verhütungsmitteln nehmen und Gerüchte entkräften (LIPTON et al. 1987). Nach den Antworten der Frauen wären Informationsveranstaltungen und Gruppendiskussionen in den Stadtvierteln der geeignete Weg.

Die Studie zeigt typische unterschiedliche Abbruchquoten für die einzelnen Verhütungsmittel, wie sie auch in anderen Studien zu finden sind. AKBAR et al. 1991 zeigte, daß Kontinuitätsraten im ersten Jahr der Anwendung für die Injizierbaren und die Spirale höher liegen als für die Pille. Auch GANDOTRA et al. (1991) fand Abbruchraten in Indien von 43% für die Spirale und 61% für die Pille. In Douala sind die Abbruchraten am höchsten für die Pille, gefolgt von Kondom und Spirale und am niedrigsten für die Injizierbaren und die natürlichen Methoden.

Auch aus anderen Studien sind Schwierigkeiten mit der Methode als Hauptgrund für die Diskontinuität bekannt (OUCHO und AYIEMBA 1991, PEREA et al. 1991, AKTER und AHMED 1991, FOLCH-LYON et al. 1981, RAHMAN et al. 1980, AINSWORTH 1985). Entsprechend den Ergebnissen der Studie sind Nebenwirkungen der maßgebliche Grund für zwischen 20% und 50% des Abbruchs der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption. So beschreiben OUCHO und AYIEMBA (1991), daß 25% der Frauen in Kenia die Anwendung von Verhütungsmitteln aufgrund von gesundheitlichen Gründen aufgeben. Gesundheitliche Beweggründe fanden AKTER und AHMED (1991) in Bangladesch sogar bei 46% der ehemaligen Anwenderinnen der Pille und 44% der Spirale.

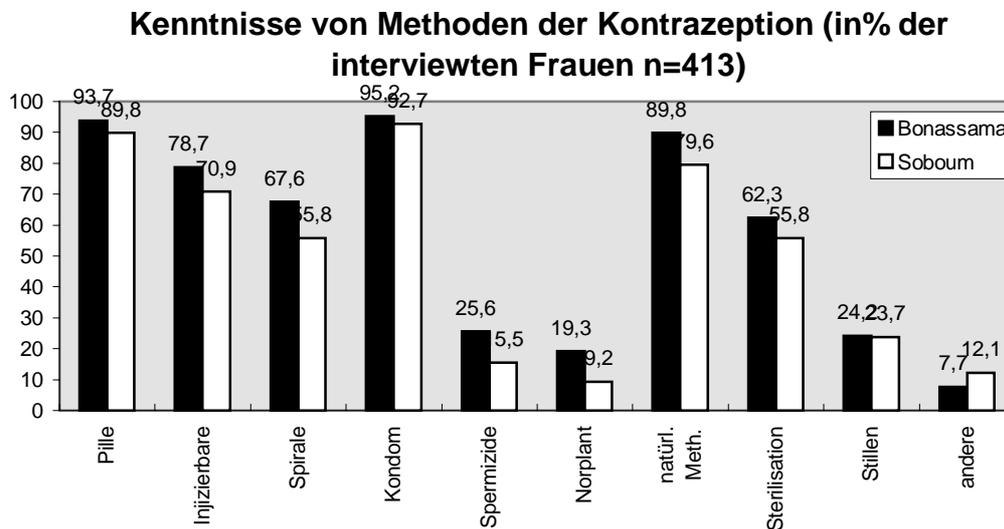
## 12 Ziel 7: KAP-Studie

### 12.1 Kenntnisse über Familienplanungsmethoden

Die verschiedenen Methoden der Kontrazeption sind in den beiden Stadtvierteln unterschiedlich bekannt. Den höchsten Bekanntheitsgrad genießen die Pille, das Kondom und die natürlichen Methoden (zu über 90%). Auch die injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva, die Spirale und die Sterilisation sind noch über 50% der interviewten Frauen bekannt. Einen niedrigen Bekanntheitsgrad genießen die Spermizide, das Norplant und das Stillen als Verhütungsmethode.

Der Unterschied im Kenntnisstand der verschiedenen Verhütungsmittel zwischen Soboum und Bonassama beträgt ungefähr 10%.

Abb. 22:



#### Kenntnisse über die Pille

Die Pille ist 93,7% der interviewten Frauen im Viertel um das Krankenhaus in Bonassama und 89,8% der Frauen in Soboum bekannt. Der hohe Kenntnisstand geht jedoch einher mit einer Vielzahl von Gerüchten und Fehlinformationen (v. Tab. im Anhang). Viele interviewte Frauen kennen Nebenwirkungen der Pille. Antworten wie: „...die Pille macht dick, macht Gewichtsabnahme, sehr starke Regelblutungen und bewirkt Zwillinge“ hört man häufiger. Von 16% der interviewten Frauen (18% in Bonassama und 14% in Soboum) wird das Problem der Zyklusstörungen und starken Blutungen bei Anwendung der Pille genannt<sup>156</sup>. Zudem erklären 34%, daß die Pille dick mache, und 4% nennen andere Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen und Müdigkeit. Die Nebenwirkungen werden etwas häufiger von der Frauen in Bonassama angegeben. Zudem existieren verschiedene Gerüchte z.B., daß die Pille Zwillinge und Drillinge verursache (8% der interviewten Frauen), sie zur Gewichtsabnahme führe (7%), sie krank mache (6%) und sie Unfruchtbarkeit verursache (5%). So behauptet eine befragte Frau: „...sie (die Pille) ist schlecht, weil sie die Eileiter zerstört.

<sup>156</sup>Vergleich Seite 92

Das macht die Frauen unfruchtbar.“ Eine andere Frau urteilt über die Pille: „...sie hat ihre Vorteile und Nachteile (Gebärmutterkrebs, Gewichtszunahme und -abnahme). Sie verhindert Schwangerschaften: das ist ihr großer Vorteil.“ 1% der befragten Frauen meinen, daß die Pille als Verhütungsmittel nicht für junge Frauen geeignet ist.

### **Kenntnisse im Stadtviertel über die injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva**

Die injizierbaren Kontrazeptiva sind den Frauen etwas weniger bekannt. 78,7% der befragten Frauen in Bonassama und 70,9% in Soboum kennen die injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva. Auch werden seltener zu ihnen Angaben gemacht (v. Tab. im Anhang): (290 Antworten gegenüber 531 Antworten zur Pille). Am bekanntesten waren wie bei der Pille die Nachteile der injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva wie Zyklusstörungen, Amenorrhöe oder Blutungsstörungen (20% der interviewten Frauen). Weitere Nebenwirkungen wie die Gewichtsveränderungen werden von 8% der interviewten Frauen erwähnt.

9% der interviewten Frauen beschreiben spontan die Anwendungsweise, und 13% bezeichnen die Injizierbaren als eine gute, sichere Verhütungsmethode, während diese Meinung nur 5% der Frauen über die Pille vertreten.

Von 6% der interviewten Frauen wird die Befürchtung geäußert, daß die Injizierbaren unfruchtbar machen oder zumindest Schwierigkeiten bewirken, schwanger zu werden. Die Amenorrhöe bei Anwendung der injizierbaren Kontrazeptiva wird von einigen Frauen als verfrühte Menopause verstanden: „...man hat mir gesagt, daß sie die Menopause rasch herbeiführen.“ Eine Frau behauptet sogar, daß man ihr in der Schule die Information gegeben habe, daß die Injizierbaren unfruchtbar machen: „...man hat uns in der Schule erzählt, daß sie negative Konsequenzen haben: sie können die Frauen, die sie anwenden, steril machen.“ Das Ausbleiben der Regelblutung kann, wie auch der folgende Kommentar zeigt, zu großer Verunsicherung führen: „...Es war vor 3 Monaten, eine Schwester hat diese (die Injizierbaren) im Viertel genommen; aber sie hatte ein großes Problem: völliges Ausbleiben der Regelblutung seit 1992. Deshalb ist sie losgegangen, um sich im Krankenhaus CEBEC<sup>157</sup> wegen dieses Problems, operieren zu lassen. Sie ist gerade herausgekommen, und man wartet auf die Resultate...“

Darüber hinaus werden auch durch Einzelerfahrungen Gerüchte in die Welt gesetzt: „Sie (die Injizierbaren) haben Nebenwirkungen: die Frau, die sie nimmt, trinkt viel Wasser. Meine Kusine hat sie genommen, und sie ist in Ohnmacht gefallen. Schließlich haben wir sie mit ins Krankenhaus genommen, wo der Doktor sie unter Diät gesetzt hat. Sie hatte dies alles, weil die Injizierbaren sie ausgetrocknet hatten.“

Wie von der Pille behauptet ein Teil der Frauen auch von den Injizierbaren, daß sie krank machen. Die Schwierigkeit, daß Frauen die injizierbare Kontrazeptiva anwenden, während ihrer Reisen oft nicht wissen, an

---

<sup>157</sup> Protestantisches Krankenhaus im Stadtteil Bonassama, welches auch einen FP-Dienst anbietet.

welchen FP-Dienst sie sich zur nächst vorgesehenen Injektion wenden können, macht eine interviewte Frau deutlich: „...die Injizierbaren sind schwierig, wenn man reist und es dort keinen FP-Dienst gibt.“<sup>158</sup>

### **Kenntnisse über die Spirale**

67,8% der Frauen in Bonassama und 55,0% in Soboum kennen die Spirale. Über sie existieren ähnlich viele verschiedene Gerüchte wie über die Pille (v. Tab. im Anhang). 12% der Frauen äußern spontan die Befürchtung, daß die Spirale wandert und im Bauch verloren gehen kann. Wie bereits die Befragung der Klientinnen der beiden FP-Dienste zeigte, ist vielen Frauen unklar, wo man die Spirale einsetzt (2% nennen die Vagina oder den Bauchraum als Sitz der Spirale). 6% der befragten Frauen empfinden die Spirale als riskante Methode, die krank machen kann, 4% äußern die Befürchtung, daß sie Gebärmutterkrebs verursache und 2% der Frauen, daß sie zu Sterilität führe. Diese Gerüchte werden von den Frauen in Bonassama häufiger genannt als von den Frauen in Soboum.

Die Angst vor Sterilität wird nicht selten durch eigene Erfahrungen oder die anderer genährt: „...ich habe mir die Spirale im Krankenhaus CEBEC in Fouban einsetzen lassen, nachdem ich meine 2 Kinder hatte; aber sie hat mich steril gemacht.“ Sie erzählt weiter, daß sie ihre Regelblutung zwei mal im Monat bekommen habe aufgrund einer Infektion. Man habe ihr dann die Spirale entfernt, aber sie werde nicht mehr schwanger. Infektionen bei Nutzung der Spirale kommen, wie die teilnehmende Beobachtung zeigte, nicht selten vor, und eine nicht rasch behandelte Infektion kann zur Sterilität führen. Diese Erfahrungen verstärken verständlicherweise die Angst anderer Frauen vor Sterilität.

Daß Unterleibsschmerzen, evt. auch in Verbindung mit Infektionen, eine häufige Nebenwirkung sind, wissen viele Frauen. Eine Befragte schildert schlechte Erfahrungen mit der Methode: „...manche behaupten, sie (die Spirale) verursacht Bauchschmerzen. Ich habe eine Frau getroffen im Krankenhaus, die ist zum Doktor gegangen, um sich die Spirale entfernen zu lassen, weil sie ihr sehr starke Bauchschmerzen verursacht hat.“

Das mangelnde Wissen über die weiblichen Sexualorgane und damit um die Wirkungsweise der Kontrazeptiva wird durch folgenden Kommentar verdeutlicht: „...die Frauen haben Angst vor der Spirale, denn wenn man sie nutzt und an Gewicht zunimmt, verlagert sie (die Spirale) sich in den Eierstock. Wenn man hingegen abnimmt, kann das Sperma sie passieren.“

### **Kenntnisse über das Kondom**

Das Kondom ist unter den interviewten Frauen das bekannteste Verhütungsmittel. (95,1% in Bonassama, respektive 92,7% in Soboum). 31% der Frauen nennen spontan den Vorteil des Kondoms, den Schutz vor Geschlechtskrankheiten und AIDS (38% in Bonassama und 24% in Soboum). Weitere 21% nennen den Schutz vor ungewollter Schwangerschaft und 11% werten es als gute Methode.

---

<sup>158</sup>Dieses Problem wurde auch während der teilnehmenden Beobachtung der FP-Dienste beobachtet. Die Frauen in Kamerun reisen viel, um ihre Familien zu besuchen oder ihren Geschäften nachzugehen. FP-Dienste in anderen Ortschaften sind den Frauen nicht bekannt.

Wie schon während der Befragung in den beiden FP-Diensten deutlich wurde, ist das Vertrauen in die Sicherheit der Kondome nicht groß. Ein großer Teil der befragten Frauen behauptet, daß die Kondome häufig reißen (25% der Frauen). „...die sind nicht fest, sie gehen immer kaputt“, urteilt eine befragte Frau. 8% äußern zudem die weitergehende Befürchtung, daß das Kondom, wenn es reißt oder abrutscht, im Bauchraum der Frau bleibt und eine Operation notwendig wird, um das Kondom wieder zu entfernen: „...man sagt, daß es im Bauch der Frau verschwindet und man operieren muß.“ Die Gefährlichkeit wird auch im Zusammenhang mit der Anwendungsweise gesehen: „...man sagt, daß es gefährlich ist. Wenn der Mann es nicht gut plaziert und es in der Scheide der Frau bleibt, kann es sie sogar töten.“

Als nicht natürlich wird das Kondom von 10% der interviewten Frauen beurteilt. Eine Frau erklärt: „...die Männer mögen es nicht und sagen, daß man die Banane ja auch nicht mit der Schale esse; sie wollen die natürliche Wärme.“ Aber auch die Frauen merken an, daß es ihre sexuelle Befriedigung beeinträchtigt: „...keine Befriedigung bei der Frau.“

5% der Befragten äußern den Verdacht, daß im Stadtviertel Kondome schlechter Qualität verkauft werden: „...man sollte nicht die (Kondome) benutzen, die im Viertel verkauft werden, weil sie nicht kontrolliert werden, und sie können während des Gebrauchs reißen.“ Größeres Vertrauen herrscht gegenüber den in den Apotheken und medizinischen Einrichtungen verkauften Produkten<sup>159</sup>.

**Die Spermizide** sind unter den interviewten Frauen wenig bekannt. Nur 25,6% der befragten Frauen in Bonassama und 15,5% in Soboum kennen diese Methode. Insgesamt äußerten sich nur 42 Frauen, 10 in Soboum und 32 in Bonassama zu den Spermiziden. Gelegentlich wurde die Methode erklärt: „...man nutzt sie während des sexuellen Verkehrs; man plaziert sie in die Scheide. Sie verändern den Effekt des Spermas und schwächen die Spermien“ oder „...das sind kleine Tabletten, die man in die Scheide einführt vor dem Verkehr.“

19,3% der befragten Frauen in Bonassama aber nur 9,2% in Soboum kennen die Methode **Norplant**. 6% der befragten Frauen in Bonassama, jedoch nur 1% in Soboum äußern, daß sie, zumeist im Fernsehen, von der Methode gehört haben. Die Methode wird, wenn sie bewertet wird, insgesamt positiv gesehen: „...man setzt es in den Arm, und es bleibt für 8 Jahre, ich würde es bevorzugen.“ Sie wird für Mütter, die bereits mehrere Kinder haben, als besonders geeignete Methode hervorgehoben: „...ich kenne eine Frau, die es genommen hat, das ist gut für die Mütter, weil es lange anhält, aber es ist nicht gut für die Jugendlichen<sup>160</sup>.“

### **Kenntnisse über die natürlichen Methoden**

Die natürliche Methode ist vom Namen her eine sehr bekannte Verhütungsmethode. 90% der befragten Frauen in Bonassama und 80% in Soboum kennen diese Methode. Sie wird von 17% der interviewten Frauen als die

<sup>159</sup> Auch in den kommerziellen Verkaufsständen auf der Straße wird das subventionierte Fabrikat “Prudence“ vertrieben (Social Marketing). Die Lagerung in der Hitze kann jedoch die Qualität beeinträchtigen.

<sup>160</sup> In Kamerun wird Norplant insbesondere für Mütter mit mehreren Kindern propagiert.

beste Verhütungsmethode bezeichnet, weitere 9% meinen, daß es eine gute Methode sei, wenn man seinen Zyklus gut kenne, und 8% der befragten Frauen halten sie sogar für eine sichere Methode.

Der hohe Bekanntheitsgrad und auch die hohe Anwendungsrate sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß nur sehr wenige Frauen die natürlichen Methoden näher erklären können: „...Wenn man seinen Zyklus zählt, ist die Periode der Befruchtung 7 Tage lang, vom 11. bis zum 18. Tag nach der Regelblutung“. Eine präzise Bestimmung der fruchtbaren Tage kann durch keine der befragten Frauen gegeben werden, die meisten scheinen ein oberflächliches Wissen in der Schule oder durch die Mutter vermittelt bekommen zu haben, wie auch die folgende Antwort deutlich macht: „...die ersten 10 Tage seit Beginn der Blutung, das ist die fruchtbare Zeit.“ Auch explizit falsche Angaben werden von den Frauen gemacht: „Man hat 8 Tage seine Regelblutung. Vom 9. bis 20. Tag danach kann man Verkehr haben.“

### **Kenntnisse über das Stillen als Verhütungsmethode**

Insgesamt äußern sich 93 Frauen (23%) zum Stillen als Verhütungsmethode. 11% der interviewten Frauen bezeichnen das Stillen als eine unsichere Verhütungsmethode. Die Gefahr, schwanger zu werden, wird als relativ hoch eingeschätzt, wie folgende Antwort zeigt: „...wenn eine Frau stillt und Verkehr mit ihrem Mann hat, ist die Chance hoch, schwanger zu werden, auch wenn die Periode noch nicht zurückgekehrt ist.“

Für einen Teil der Frauen bedeutet Stillen als Verhütungsmethode die Abstinenz während dieser Zeit: „Für mich bedeutet Stillen als Verhütungsmethode, Unterbrechung der sexuellen Beziehung.“ Insgesamt 3% der interviewten Frauen sind dieser Meinung.

### **Kenntnisse über die Sterilisation**

Die Sterilisation ist 59,2% der interviewten Frauen bekannt (62,3% der Frauen in Bonassama und 55,8% in Soboum). Die Methode wird von den Frauen in hohem Maße akzeptiert: „...wenn eine Frau genug Kinder hat, ist es eine gute Methode, es ist sogar die beste.“ 14% der befragten Frauen halten sie für eine gute Methode, wenn eine Frau schon viele Kinder geboren hat. Und für 9% ist sie die Methode der Wahl, wenn man schwierige Geburten hatte oder krank ist: „...das ist eine gute Methode, die den Müttern hilft, die schon viel geboren haben und deren letzte Geburt schwierig war.“

Daß bei der Sterilisation operiert werden muß, erwähnen 8% der interviewten Frauen (9% der Frauen in Bonassama und 6% in Soboum). Es herrscht aber Unwissen über die Art der Operation. Antworten wie: „...man geht ins Krankenhaus zum Doktor, und dieser dreht die Gebärmutter im Bauch der Frau“, „...ich habe verstanden, daß man den Ort verdirbt, wo das Kind sich einnistet“ verdeutlichen dieses mangelnde Wissen, welches auch mit den fehlenden Kenntnissen über den weiblichen Körper im Zusammenhang steht.

Ein Teil der Frauen äußert Zweifel an der Ungefährlichkeit der Methode: „...ich persönlich mag es nicht, andere sagen, daß sie (die Sterilisation) Gebärmutterkrebs verursache“, erklärt eine Frau. Die Methode ist für viele

Frauen nicht verständlich, und so entstehen Gerüchte, daß die Sterilisation Gesundheitsprobleme verursache: „...es gibt eine Mutter, die hat sich operieren lassen, um Schwangerschaften zu verhindern, und sie hat an Gewicht zugenommen, was bedeutet, daß sie noch Eier produziert.“

### **Kenntnisse über andere Verhütungsmittel**

Traditionelle Verhütungsmittel werden von den befragten Frauen sehr selten genannt. Nur eine Frau erwähnt ein Rezept mit Kräutern, das in ihrem Dorf angewendet wurde. Eine traditionelle Methode ist auch die folgende: „Man nimmt die mit Blut getränkte Binde einer Frau, die soeben entbunden hat, bindet sie zusammen und hebt sie auf. Die Frau wird nicht entbinden, bevor man ihr die Binde nicht wiedergibt.“

Daneben existieren auch Gerüchte über den kontrazeptiven Effekt einiger Medikamente: „Man führt Nivaquine nach dem Verkehr in die Scheide ein, aber manchmal hat dies keinen Effekt, und die Frau wird schwanger.“

Eine andere Frau nennt noch weitere Medikamente, die als Verhütungsmittel<sup>161</sup> verwendet werden: „Manche Frauen benutzen oft Tabletten, Nivaquine oder Aspirin. Sie führen sie in die Scheide ein vor dem Verkehr.“

Als Verhütungsmittel wird selbst Alkohol genannt: „Ich habe oft gehört, daß man nach dem Verkehr ein wenig Whisky nehmen soll.“

## **12.2 Einstellung der Frauen gegenüber Familienplanung und ‘Verantwortlicher Elternschaft’**

Der Begriff der ‘Verantwortlichen Elternschaft’ ist den Frauen in den Stadtteilen Bonassama und Soboum zu 93% bekannt. Nur 4% der Frauen in Bonassama und 9% in Soboum wissen nicht, was der Begriff beinhaltet. Die Mehrheit der Frauen erklärt: „‘Verantwortliche Elternschaft’ bedeutet, den Abstand zwischen den Geburten zu verlängern“. Eine Frau formuliert z. B.: „Das ist, mit Abstand Kinder bekommen und sich gut um die

**Tab. 17: Verantwortliche Elternschaft\***

Frage: „Was bedeutet für Sie eine ‘Verantwortliche Elternschaft’?“

spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
den Abstand zwischen den Geburten vergrößern, den Zeitpunkt der nächsten Schwangerschaft selbst bestimmen	66	56	61
die Kinderzahl limitieren	38	31	35
Verantwortung, die Kinder gut großzuziehen, sie zu ernähren, sie in die Schule zu schicken	13	19	16
den Kindern die nötige gesundheitliche Pflege zukommen zu lassen	1	5	3
keine Idee	4	9	7
andere Antworten	4	7	6
keine Antworten	5	4	4

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

<sup>161</sup>Quinin wurde auch im letzten Jahrhundert in Europa als Verhütungsmittel verwendet. Vergleiche S. 21

Kinder kümmern.“ Auch die freiwillige Entscheidungsmöglichkeit, Kinder zu bekommen oder nicht, wird von den Frauen als wesentlicher Teil der Verantwortung hervorgehoben: „Früher gab es viele ungewollte Schwangerschaften. Mit der FP bekommt man Kinder, wenn man will.“ Nur wenige Frauen können Aspekte der verantwortlichen Elternschaft genauer präzisieren. 13% der Frauen in Bonassama und 19% in Soboum geben weiterführende Beschreibungen wie z.B.: „...die Verantwortung für die Kinder, die man geboren hat, sie zu ernähren und zu erziehen“ oder „sich um seine Kinder zu kümmern, sie ins Krankenhaus zu bringen, Kleidung zu kaufen und in die Schule zu schicken“. Nur von 3% der interviewten Frauen wird betont, daß es wichtig ist, den Kindern die notwendige gesundheitliche Pflege zukommen zu lassen.

### 12.2.1 Vorteile der Familienplanung

Um die Motivation der Frauen zu erfahren, Verhütungsmittel anzuwenden, wurde darüber hinaus gefragt, ob es als Vorteil gelte, zum FP-Dienst zu gehen. Die Antworten waren zumeist positiv (v. Tab. im Anhang). Nur drei Frauen äußerten sich explizit negativ, darunter eine mit den Worten: „Nein, ich denke nicht, daß es einen Vorteil gibt, weil Gott nicht verrückt ist.“ Neben diesen Ablehnungen gegenüber FP haben weitere 2% der Frauen eine geteilte Auffassung zur FP: „Das ist nicht gut für die Frauen, die nur für einige Zeit aufhören wollen und dann weiter Kinder bekommen wollen, weil das Schwierigkeiten verursacht. Es ist gut für die Frauen, die bereits die gewünschte Anzahl an Kindern haben und die keine mehr wollen.“ Die Angst vor Sterilität durch Kontrazeptiva ist verbreitet, wie auch das folgende Beispiel zeigt: „Ich finde, daß es nicht gut ist, weil ich eine schlechte Erfahrung gemacht habe. Vielleicht ist es für andere Frauen gut, aber ich frage mich, ob man nicht alle Frauen steril machen möchte mit den FP-Methoden.“<sup>162</sup>

Die Mehrheit der Frauen (64% in beiden Stadtvierteln) begrüßt vor allem die Informationen und Ratschläge zum Wohlergehen der Familie und zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften, die ein FP-Dienst vermitteln kann. Eine interviewte Frau sagte: „Der FP-Dienst hilft, die Frauen zu bilden, damit sie bestimmte Dinge über die Sexualität besser wissen, z. B. über sexuell übertragbare Erkrankungen, und darüber, wie man seinen Zyklus zählt und wie man ungewollte Schwangerschaften verhütet.“

Die größte Motivation, FP anzuwenden, geht von der Wirtschaftskrise des Landes aus. 22% in Bonassama respektive 17% der interviewten Frauen in Soboum betonen, daß es notwendig ist, die Familiengröße an die finanziellen Mittel der Familie anzupassen. So beschreibt eine Frau die Vorteile der FP: „Das ist gut, weil die Zeiten hart sind und damit man die Kinder nicht leiden läßt. Um sie gut aufzuziehen, sollte man FP machen. Denn wenn man zu viele Kinder bekommt, ohne daß man die finanziellen Mittel hat, ist das nicht gut.“

---

<sup>162</sup>Die Interviewte ist eine ehemalige Klientin aus Bonassama, 25 Jahre alt mit 3 Kindern. Sie erzählt, sie sei dorthin gegangen, weil sie eine Pause von zwei Jahren vor einem weiteren Kind wollte. Man hatte ihr die Spirale plaziert, aber wegen Blutungen und Bauchschmerzen wieder entfernt. Auch danach litt sie noch weitere 4 Monate unter unregelmäßigen Blutungen. Sie war weiter zum Dienst gegangen. Nach Verschreibung eines Hormonpräparates hörten die Blutungen auf. Aber die Angst der Klientin, evt. durch eine Infektion bei Benutzung der Spirale nun keine Kinder mehr bekommen zu können, war verständlich.

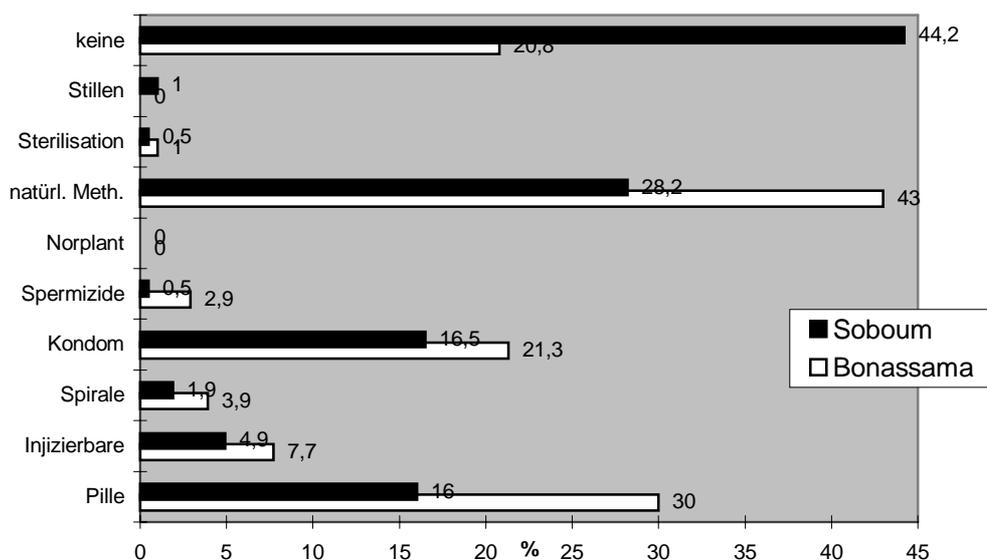
Seltener wird die Gesundheit der Mütter und noch seltener die der Kinder als Vorteil der Familienplanung genannt (14% der interviewten Frauen). Die Erfahrung, daß zu rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften und Abtreibungen ein Risiko für die Gesundheit der Mütter bedeuten, wird in mehreren Antworten hervorgehoben: „Man kann Abtreibungen verhindern, ungewollte Schwangerschaften und zu rasch aufeinanderfolgende Geburten, weil sie ein hohes Risiko haben.“

### 12.3 Anwendung von Methoden der Kontrazeption

79% der Frauen in Bonassama bzw. 56% der Frauen in Soboum haben bereits eigenen Erfahrungen mit der Anwendung von Verhütungsmethoden, der größte Teil mit den natürlichen Methoden (28% in Soboum und 43% in Bonassama). Da jedoch kaum eine Frau die fertilen Tage sicher bestimmen kann (Vergleiche S.128) ist der Effekt dieser Methode fraglich. Die am häufigsten angewendete modernen Methoden sind die Pille und das Kondom. Es zeigen sich Unterschiede in den beiden Stadtvierteln. Fast doppelt so viele Frauen in Bonassama (30%) wie in Soboum (16%) haben die Pille in den letzten Jahren angewendet. Etwas weniger ausgeprägt ist der Unterschied beim Kondom. Hier sind es 21% der Frauen in Bonassama und 17% der Befragten in Soboum, die bereits Erfahrungen mit dem Kondom gemacht haben. In geringerem Maße wurden die Injizierbaren, die Spirale, Spermizide und die Sterilisation genutzt, wobei der Anteil in Bonassama immer höher liegt als in Soboum.

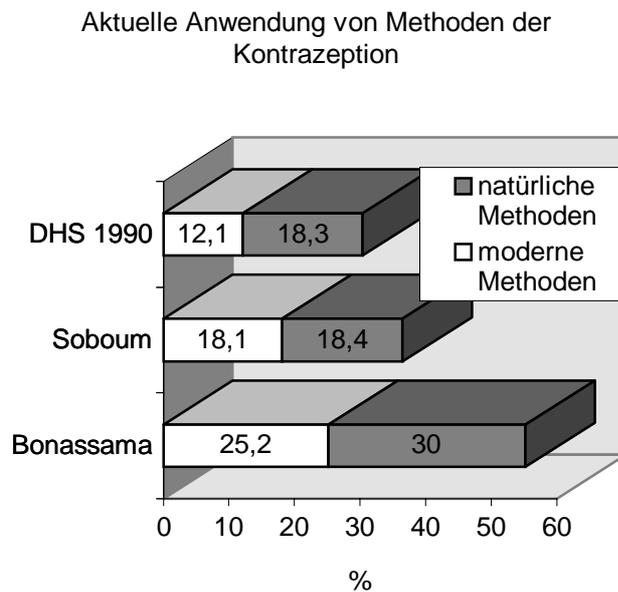
Abb. 23:

**Bereits einmal angewendete Kontrazeptiva (% der interviewten Frauen n=413)**



### Aktuelle Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption

Abb. 24:



Die aktuelle Anwendung von modernen Methoden liegt in Bonassama bei 25,2% und in Soboum bei 18,1%. Die natürlichen Methoden werden von einer großen Zahl von Frauen genutzt, 30% in Bonassama und 18,4% in Soboum. In dem Zeitraum zwischen der Erhebung der DHS-Studie 1991 in Douala und der Studie in den beiden Stadtteilen Januar 1996 ist die Anwendungsrate im Stadtteil Bonassama um 13,1 und in Soboum um 6 Prozentpunkte gestiegen.

Die am häufigsten genutzten Methoden sind die Pille und das Kondom mit jeweils 7% bzw. 5% der Frauen.

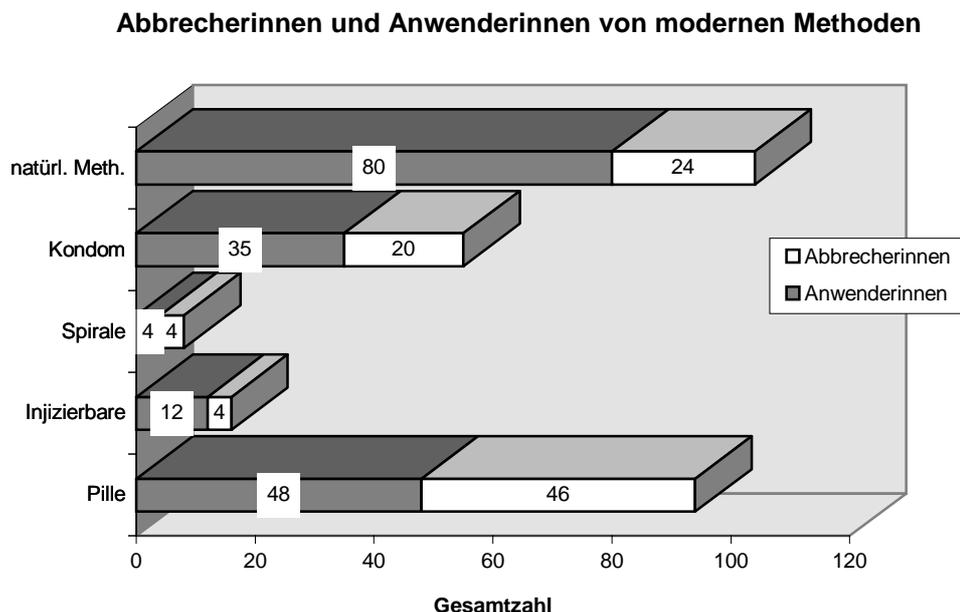
Zu einem Anteil von 2% der befragten Frauen werden die Injizierbaren angewendet. 1% der Frauen beider Stadtviertel sind sterilisiert.

#### 12.4 Analyse der Kontinuität bzw. der Diskontinuität der Anwendung von Methoden der Kontrazeption

In der Studie in den beiden Stadtvierteln Bonassama und Soboum zeigte sich, daß insgesamt 67,9% der befragten Frauen bereits Methoden der Kontrazeption angewandt hatten. 35% in Bonassama und 36% der Frauen in Soboum hatten die Nutzung der Verhütungsmethoden abgebrochen.

Die Aufteilung der genutzten bzw. verlassenen Verhütungsmittel zeigt die folgende Grafik.

**Abb. 25:**



Die höchsten Kontinuitätsraten zeigen sich für die natürlichen Methoden, die Injizierbaren und das Kondom. 33% der Frauen in Bonassama und nur 14% der Frauen in Soboum brachen die Nutzung der Injizierbaren ab. Hohe Kontinuitätsraten von 82% in Bonassama und 71% in Soboum bestehen für die natürlichen Methoden. Auch die Kondome werden relativ kontinuierlich genutzt (Kontinuitätsraten von 69% in Bonassama und 58% in Soboum). Die Abbruchquote der Pille liegt bei um die 50%, obwohl diese nach den natürlichen Methoden die am meisten genutzte Methode ist. Vor allem in Bonassama ließ sich ein hoher Prozentsatz der Frauen, die sich die Spirale hatten einsetzen lassen, diese wieder entfernen.

Das durchschnittliche Alter der Frauen, welche die Nutzung von Methoden der Kontrazeption verläßt, liegt bei 29,6 Jahren, gegenüber 27,6 Jahren bei den kontinuierlichen Anwenderinnen. 12,2% der Abbrecherinnen sind noch keine 21 Jahre.

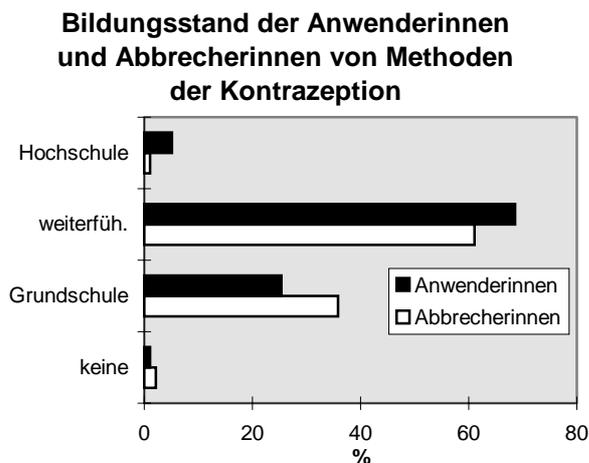
**Tab. 18: Soziokulturelle Charakteristika der Anwenderinnen bzw. Abbrecherinnen der verschiedenen Verhütungsmethoden**

Verhütungsmittel	Abbrecher- quote Bonas- sama	Abbrecher- quote Soboum	durchschnittl. Alter Abbrecher	durchschnittl. Alter Anwender	durchschnittl. Kinderzahl Abbrecher	durchschnittl. Kinderzahl Anwender
Pille	51%	45%	30,5	30,6	3,4	2,9
Injizierbare	33%	14%	28,5	29,8	2,7	3,9
Spirale	60%	33%	33,5	33,8	4	4,8
Kondome	31%	42%	24,8	24	3,9	1,3
natürliche M.	18%	29%	31,3	26,4	3,0	2,7
alle Methoden	35%	36%	29,6	27,6	3	2,4

13,3% der Abbrecherinnen haben keine Kinder, 30,6% ein oder zwei Kinder und weitere 31,6% drei und vier Kinder. Demgegenüber haben 30% der Frauen, die zum Zeitpunkt der Studie Verhütungsmittel anwendeten, keine Kinder, 28,6% ein oder zwei Kinder und 21,4% drei und vier Kinder. Frauen, die kontinuierlich Verhütungsmittel anwenden, sind somit jünger und haben weniger Kinder als Abbrecherinnen.

Für die verschiedenen Verhütungsmittel zeigt sich ein unterschiedliches soziales Profil der Abbrecherinnen. Die Nutzung der Pille wird eher von Frauen mit weniger Kindern weiter betrieben, während für die Injizierbaren das umgekehrte gilt. Die durchschnittliche Kinderzahl bei Anwenderinnen der Kondome liegt bei 1,3, während sie bei den Abbrecherinnen bei 3,9 liegt.

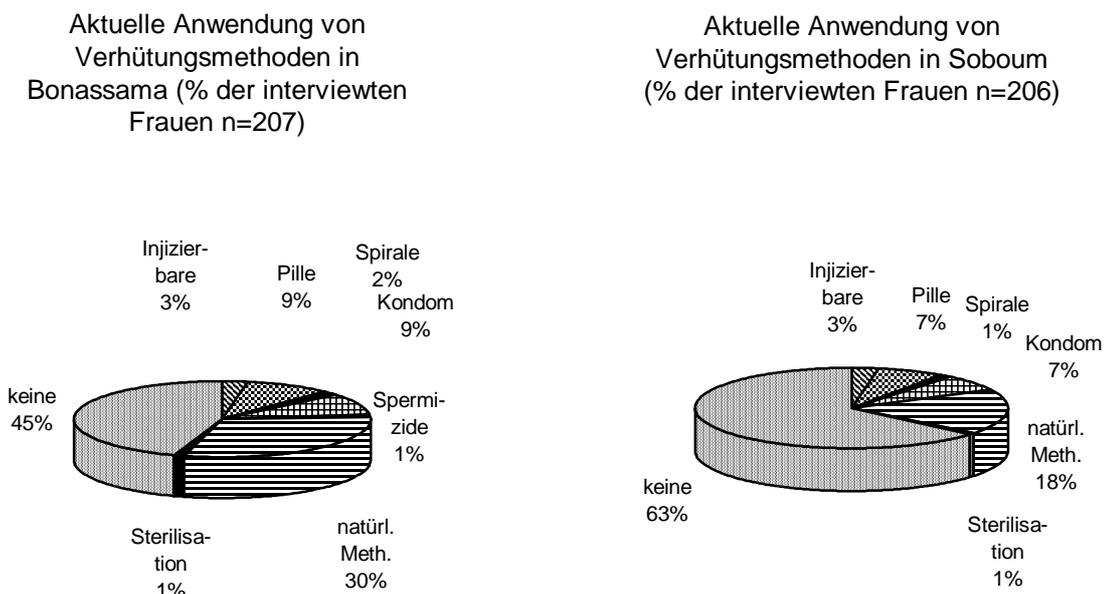
**Abb. 26:**



Frauen, die zum Zeitpunkt der Studie Kontrazeptiva nutzten, waren zu 47,8% alleinstehend und zu 46,2% verheiratet. Bei den Abbrecherinnen waren 23,5% alleinstehend und 62,2% verheiratet. Verheiratete Frauen sind somit eher geneigt, die Anwendung von Verhütungsmitteln abzugeben (Vergleiche auch S.34).

Eine Aufschlüsselung der Abbrecherinnen und Anwenderinnen nach dem Bildungsstand zeigt, daß die Frauen mit einer höheren Bildung etwas weniger geneigt sind, die Nutzung aufzugeben. Insgesamt ist der Einfluß der Bildung jedoch geringer als die Wahl des Verhütungsmittel (Chi-Quadrat  $P > 0,1606$  für Bildung und  $P > 0,0002$  für gewähltes Verhütungsmittel).

Abb. 27:



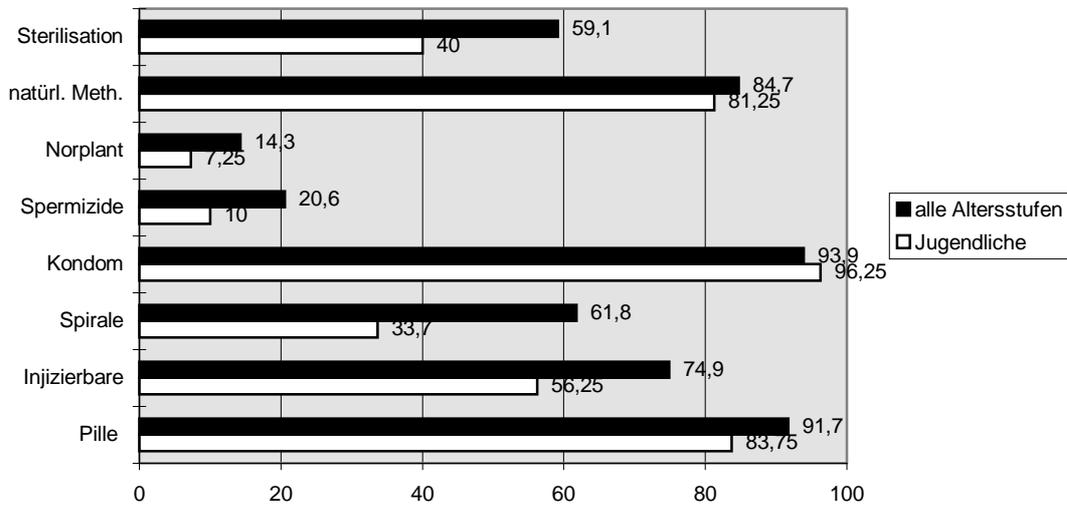
#### 12.4.1 Jugendliche und Familienplanungsverhalten

Die modernen Methoden der FP sind den Jugendlichen weniger bekannt als den älteren Frauen. Eine Ausnahme bildet das Kondom, 96% der Jugendlichen kennen dieses Verhütungsmittel gegenüber 94% der Frauen aller Altersgruppen. Der Bekanntheitsgrad der natürlichen Methoden und der Pille unterscheidet sich kaum innerhalb der zwei Gruppen. 84% der Jugendlichen kennen die Pille und 81% die natürlichen Methoden und 92% (Pille) bzw. 85% (natürliche Methoden) der Frauen aller Altersgruppen.

Die anderen Verhütungsmittel werden insgesamt seltener genannt. Ungefähr 30 Prozentpunkte weniger bekannt sind die Sterilisation, das Norplant, die Spermizide, die Spirale und die Injizierbaren. Die Kenntnisse der Jugendlichen konzentrieren sich somit auf die Methoden, die von Jugendlichen angewendet werden, wie die Abbildung 28 zeigt. Die Verhütungsmittel, die erst Frauen mit Kindern zur Verfügung stehen, wie die Injizierbaren, das Norplant oder die Sterilisation, sind den jüngeren Frauen wenig bekannt.

Abb. 28:

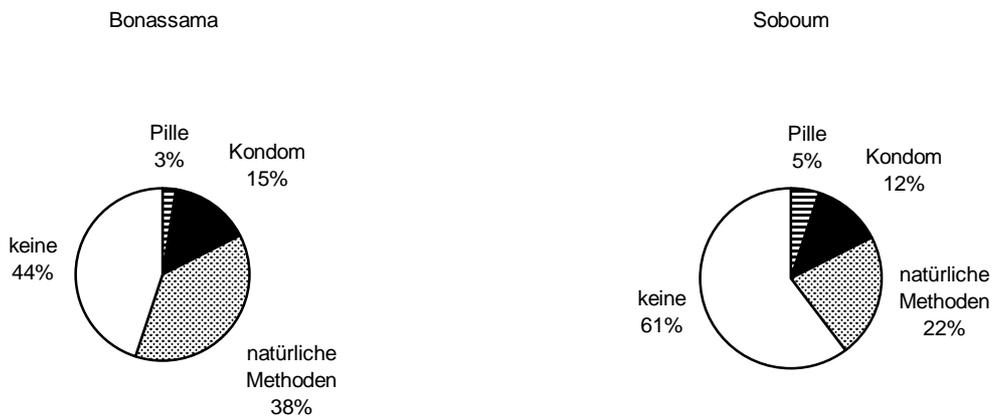
**Vergleich der Kenntnisse über Verhütungsmittel von Jugendlichen (n=80) und innerhalb aller Altersstufen (n=413) in %**



**Anwendung von Methoden der Kontrazeption unter Jugendlichen**

Das von den Jugendlichen am meisten genutzte Verhütungsmittel ist die natürliche Methode. 38% der Jugendlichen in Bonassama und 22% in Soboum wenden sie an. Daneben wird auch das Kondom sehr häufig eingesetzt (15% der Jugendlichen in Bonassama und 12% in Soboum) und somit in dieser Altersgruppe mehr als doppelt so häufig angewendet. Als dritte Methode wird die Pille gewählt. 3% der befragten Jugendlichen in Bonassama und 5% in Soboum greifen auf sie zurück. Dieser Prozentsatz liegt unter dem der Frauen aller Altersgruppen (7% bzw. 5% in Bonassama und Soboum).

Abb. 29: Derzeitige Nutzung von Kontrazeptiva unter Jugendlichen (≤20 Jahren, n=80)



## 12.5 Diskussion

Das **Wissen über die verschiedenen Verhütungsmethoden** ist in beiden Stadtteilen Doualas sehr hoch. Schon der DHS hatte gezeigt, daß 95,7% der Frauen in den Städten Douala und Yaounde zumindest ein moderneres Verhütungsmittel kennen (BALEPA et al. 1992). Die Studie in den beiden Stadtvierteln bestätigte den hohen Wissensstand und zeigte, daß über 90% der Frauen die Pille, die natürlichen Methoden und das Kondom kennen. Der Wissensstand über Methoden der Kontrazeption liegt im städtischen Bereich in Afrika in 7 von 10 Ländern über 90% (RUTENBERG et al. 1991).

In bezug auf die verschiedenen Methoden zeigte der DHS 1991, daß die Pille, die natürlichen Methoden und das Kondom die bekanntesten Methoden sind. Für Kamerun insgesamt zeigten sich hier 1991 Werte von 49%, 45% und 44% (BALEPA et al. 1992). Die in der Studie in den beiden Stadtvierteln erhobenen Werte bestätigen, daß diese die bekanntesten Methoden sind, der Kenntnisstand liegt jedoch erheblich über dem 1991 festgestellten. Auch für die Injizierbaren und die Spirale zeigen sich höhere Werte. Trotz der offiziellen Propagierung des Stillens als Verhütungsmethode ist diese nahezu unbekannt und wird in der Zuverlässigkeit stark angezweifelt.

Wie aus vielen anderen Studien bekannt ist, sind Gerüchte und Ängste vor Nebenwirkungen über die verschiedenen modernen Verhütungsmethoden weit verbreitet (DECLERQUE et al. 1986, LIPTON et al. 1987, SIMMONS et al. 1988, FERGUSON 1992 WARWICK 1988, PEREA et al. 1991, AKTER und AHMED 1991, OUCHO und AYIEMBA 1991, LETTENMAIER und GALLEN 1987 GERMAIN 1989, FOLCH-LYON et al. 1981, AINSWORTH 1985).

Das Problem der Verbreitung von Gerüchten über FP ist seit Anfang der neunziger Jahre in Kamerun bekannt. YANG MANGE (1991) bestätigte in seiner Studie unter Studenten und Studentinnen in Yaounde, daß die Angst vor negativen gesundheitlichen Auswirkungen der Verhütungsmittel groß ist, und auch BASHIN und JATO (1990) fanden, daß Gerüchte und Fehlinformationen in Kamerun weit verbreitet sind.

Von vielen Frauen werden starke Regelblutungen und Zyklusstörungen bei der Anwendung der **Pille** beklagt. Blutungsstörungen sind eine bekannte Nebenwirkung der oralen Kontrazeptiva, aber insbesondere auch durch eine unregelmäßige Einnahme verursacht. Es ist anzunehmen, daß dies häufig Ursache der Blutungsstörungen ist, was wiederum die Bedeutung der exakten Information über Einnahmemodus und Instruktionen über das Verhalten beim Vergessen der Pille unterstreicht. Eine auch aus dem westlichen Kulturkreis bekannte Angst ist die vor Mehrlingen nach Absetzen der Pille<sup>163</sup>.

Ängste vor der **Spirale** betrafen von allem die Tatsache, einen fremden Gegenstand im Körper zu haben.

---

<sup>163</sup>Eine geringfügige Erhöhung innerhalb weniger Monate nach Absetzen läßt sich nach TAUBERT und KUHL (1996) auch tatsächlich feststellen. Jedoch liegen auch Studien vor, die keinen Zusammenhang aufzeigen konnten. Vergleiche Seite 16

Besonders drastisch zeigen die Gerüchte über die Spirale, daß eine Information, die sich auf die verschiedenen Verhütungsmittel beschränkt, nicht ausreicht. Die Vorstellung, daß die Spirale im Bauchraum verloren gehen kann, erklärt sich durch das mangelnde Wissen über den weiblichen Körper. Auch dieses Gerücht ist aus anderen Ländern bekannt (AINSWORTH 1985). Auch über das Kondom werden ähnliche Befürchtungen geäußert, daß es nämlich nach Abrutschen im Bauchraum der Frau verschwinden kann und so zu negativen gesundheitlichen Folgen führt. Ein ähnliches Gerücht wurde auch in Mexiko erwähnt (FOLCH-LYON et al. 1981).

Letztendlich macht die Vielzahl an spontanen Äußerungen über Nebenwirkungen der Verhütungsmittel, seien sie nun begründet oder nur Gerüchte, die große Angst vor den fremden Methoden und vor der westlichen Technologie deutlich. Bekannt ist auch, daß diese Ängste die Akzeptanz von Methoden der Kontrazeption beeinträchtigen können (DECLERQUE et al. 1986). Somit ist es von vordringlicher Bedeutung, den Frauen die Ängste zu nehmen. Information und Bildung sind die wichtigsten Mittel. (LIPTON et al. 1987, SIMMONS et al. 1988, WARWICK 1988, PEREA et al. 1991, AKTER und AHMED 1991, OUCHO und AYIEMBA 1991, LETTENMAIER und GALLEN 1987). Sowohl die Massenmedien als auch die persönliche Beratung bieten sich an (LIPTON et al. 1978).

Auffallend war, daß trotz der hohen Akzeptanz der natürlichen Methoden nur sehr wenige befragte Frauen die fruchtbaren Tage bestimmen konnten. Dies läßt große Defizite in der Informationsübermittlung auch in den Schulen zutage treten. Selbst unter Studentinnen in Kamerun fand YANG MANGE (1991), daß nur 6,5% der Befragten die fertilen Tage korrekt bestimmen konnten. Man muß davon ausgehen, daß bei dem derzeitigen mangelnden Wissen über die Bestimmung der fertilen Tage die natürlichen Methoden wirkungslos sind.

Die **Einstellung zur FP** ist bei den befragten Frauen beider Stadtviertel sehr positiv. Nur 3% der Frauen äußern sich explizit negativ über die Empfängnisverhütung.

Die Verlängerung der Geburtenabstände durch Abstinenz ist in der afrikanischen Kultur tief verankert (ACSADI 1990, FRANK 1987, LESTHAEGHE 1989, MBACKE 1994, CALDWELL 1988). Sie wird von den Frauen in Douala als elementarer Teil einer 'Verantwortlichen Elternschaft' gesehen. Demgegenüber argumentierten bis in die letzten Jahre Demographen und Ethnologen, daß eine Begrenzung der Kinderzahl in Afrika von der Bevölkerung nicht erwünscht sei (VAN DE WALLE 1985, AKELLO 1983). Die Studie zeigt, daß sich die Einstellung zu Kindern auch im subsaharanischen Afrika zu ändern beginnt. Ein Drittel der Frauen nennt nun auch die Begrenzung der Kinderzahl als Teil der 'Verantwortlichen Elternschaft'. Sich gut um die Kinder kümmern zu können und ihnen Bildung und Erziehung zukommen zu lassen, wird am häufigsten als Grund für FP von den Frauen in Douala genannt. Ähnlich fand auch FOLCH-LYON et al. (1981), daß mexikanische Frauen verhüten wollten, um ihren Kindern ein besseres Leben ermöglichen zu können.

Anders als bisherige Studien gezeigt haben, ist auch die ökonomische Situation für die Frauen in Douala entscheidend, wenn sie über die Größe ihrer Familien nachdenken. Die ökonomische Krise der letzten Jahre verstärkte die Belastung der Frauen, ihre Kinder großzuziehen. Während in einer Studie im städtischen Burkina Faso, Mitte der achtziger Jahre, ökonomische Gründe für eine Begrenzung der Kinderzahl noch keine Rolle

spielten, zeigt diese Studie, daß die ökonomische Situation bei der Entscheidung für Kinder heute vor allem in den Städten an Bedeutung gewinnt (VAN DE WALLE 1985).

Ähnlich aber wie in anderen Studien wird auch von den Frauen in Douala das Bedürfnis nach eigenem physischen Wohlergehen zum Ausdruck gebracht (VAN DE WALLE 1985). Die starken körperlichen Belastungen durch Schwangerschaft und Geburt verstärken, wie auch diese Studie zeigen konnte, bei den Frauen den Wunsch, die nächste Geburt eines Kindes hinauszuzögern.

Insgesamt haben zwischen 60% und 80% der befragten Frauen Erfahrungen mit der **Anwendung von Verhütungsmethoden**. Die Werte zeigen gegenüber dem DHS eine beachtliche Steigerung in bezug auf die modernen Methoden. 1991 hatten 6,3% der befragten Frauen Erfahrungen mit der Pille, 8,8% mit dem Kondom und 25,2% mit den natürlichen Methoden<sup>164</sup>. Für 1995 zeigen sich hier Werte zwischen 16% und 30% für die Pille, 17% und 21% für das Kondom und 28% und 43% für die natürlichen Methoden (BALEPA et al. 1992). Die soziokulturellen Charakteristika stimmen mit den allgemeinen, in der Literatur zu findenden, überein. Die Barrieremethoden und die Pille werden von jungen Frauen genutzt und die Injizierbaren und die Spirale stärker von älteren Frauen mit höherer Kinderzahl (AINSWORTH 1985)<sup>165</sup>.

Die aktuellen Anwendungsraten sind gegenüber den Erfahrungsraten mit modernen Verhütungsmethoden wesentlich niedriger. Sie liegen zwischen 7% und 9% für die Pille und das Kondom, 3% für die Injizierbaren, zwischen 1% und 2% für die Spirale und um 1% jeweils für Sterilisation und Spermizide. Demgegenüber lagen 1991 während des DHS die Werte teilweise noch wesentlich niedriger (Pille: 4,6%, Kondom: 2,2%, Spirale: 1,4%, Injizierbare: 1%, Spermizide: 1,3%, Sterilisation: 1,5% (BALEPA et al. 1992)). Somit konnte vor allem eine Steigerung bei der Anwendung des Kondoms erzielt werden. Auch die Anwendungsraten für die Pille und die Injizierbaren liegen mehr als doppelt so hoch. Keine oder nur eine geringe Steigerung fand sich demgegenüber bei der Spirale, der Sterilisation und den Spermiziden. Die geringe Akzeptanz der Spermizide und der Sterilisation stimmt mit den Erfahrungen aus der Kontrazeptivasprechstunde überein; die Sterilisation und Spermizide werden den Frauen selten angeboten und vom Personal abgelehnt<sup>166</sup>. Über die Spirale kursieren viele Gerüchte, so daß hier ein Einfluß auf die Akzeptanz der Methode vermutet werden kann.

Nur insgesamt 15,5% der Jugendlichen wenden moderne Verhütungsmittel an. Die bevorzugte Methode ist das Kondom in beiden Stadtvierteln, wobei dieses von mehr als doppelt so vielen jungen Frauen genutzt wird wie in der Altersgruppe über 20 Jahren. Daneben wird auch die Pille häufig angewendet. Auch YANG MANGE (1991) zeigte, daß das bevorzugte Verhütungsmittel unter Studenten in Yaounde das Kondom war. Ähnliche Tendenzen in der Nutzung von Methoden der Kontrazeption waren auch in der DHS-Studie (BALEPA 1991) gefunden worden, wenn auch mit insgesamt sehr viel niedrigeren Nutzungsraten.

---

<sup>164</sup>Werte für Gesamtkamerun, keine Angaben speziell für die Städte erhältlich.

<sup>165</sup>Dies entspricht den Empfehlungen der FP-Dienste

<sup>166</sup>Vergleiche die Ergebnisse Seite 93

## 13 Zusammenfassung und Ausblick

### 13.1 Bewertung der Qualität der FP-Dienste

Insgesamt konnte die Qualität der beiden untersuchten FP-Dienste in Douala als gut bewertet werden. Die FP-Anbieter waren ausreichend geschult und besaßen adäquate interaktive Fähigkeiten für das Beratungsgespräch. So wurde in der Regel eine ausreichende Beziehung zwischen Klient und Anbietern hergestellt und der Klient mit seinen Wünschen und Bedürfnissen ernst genommen. Die Auswahl der während der Konsultationen vorgestellten Verhütungsmethoden war gut, und sie wurden jeweils mit ihren Vorzügen, Nachteilen und Nebenwirkungen beschrieben. Die Methoden wurden in einer verständlichen Form unter Verwendung von didaktischen Materialien erklärt. Der größte Teil der Klientinnen erhielt das gewünschte Kontrazeptivum. Besonders positiv, auch in der Bewertung durch die Klientinnen, zeigten sich Informationsveranstaltungen, die regelmäßig in dem einen, der untersuchten Zentren durchgeführt wurden. Auf diese Weise konnten viele Klientinnen sensibilisiert werden.

Trotz der allgemein guten Qualität der Dienste deckte die Studie jedoch auch Mängel auf. In beiden Zentren fehlte der Rat an die Klientinnen, bei Problemen mit der Methode zum FP-Zentrum zurückzukehren. Dieser Hinweis ist insbesondere wichtig, da ein sehr hoher Prozentsatz an Klientinnen die Anwendung von Methoden der Kontrazeption bei der Erfahrung von Nebenwirkungen aufgibt ohne zu einer erneuten Beratung zum FP-Dienst zurückzukehren.

Weiterhin zeigte sich als Defizit, daß während der Vorstellung der Verhütungsmethoden einige von ihnen nur sehr selten genannt wurden. Dies betraf vor allem die natürlichen Methoden und die Sterilisation. Hier bestand eine ablehnende Haltung der FP-Anbieter gegenüber diesen Methoden.

Insgesamt bereitet das nationale Ausbildungsprogramm, nach den Ergebnissen der Studie, die FP-Anbieter angemessen auf ihre Tätigkeit vor. Die interaktiven Fähigkeiten werden in ausreichender Weise geschult, so daß den Bedürfnissen der Klienten in den meisten Fällen Rechnung getragen werden konnte. Die Beratungstätigkeit ist weitestgehend an den Qualitätsgrundsätzen, wie sie in der Literatur beschrieben werden, orientiert.

Zwischen den beiden Zentren ließen sich die folgenden Unterschiede feststellen:

(1) In dem in bezug auf die Kontinuität der Anwendung erfolgreicheren Zentrum wurde regelmäßiger ein Folgetermin vereinbart. Hierdurch konnte in einem höheren Maße gewährleistet werden, daß Klientinnen, wenn sie unentschlossen waren, ob sie bei der gewählten Methode bleiben sollten, zu einer Beratung zum FP-Dienst zurückkehrten.

(2) Die Durchführung der Wiederholungskonsultationen hatte einen Einfluß auf die Abbrecherquote. Es zeigte sich, daß hier für die interaktiven Qualitätskriterien in dem Zentrum mit der niedrigeren Abbrecherquote höhe-

re Werte erreicht wurden. Der FP-Anbieter nahm sich während dieser Folgetermine wesentlich mehr Zeit, erkundigte sich vor allem nach Problemen mit der Methode und versuchte für den Klienten akzeptable Lösungen zu finden.

(3) Als sehr hervorstechender Unterschied zwischen den beiden Zentren zeigte sich auch die Wahrung der Intimität. Hier fließt der vorgenannte Aspekt mit ein, da nur durch die Herstellung einer räumlich ruhigen und vertrauensvollen Atmosphäre den Klientinnen die Möglichkeit gegeben wird, über Schwierigkeiten oder Nebenwirkungen zu berichten.

(4) Nicht wie erwartet wirkte sich der Umfang der gegebenen Informationen und die Zahl der vorgestellten Methoden auf die Kontinuität aus. Das Zentrum mit der höheren Abbrecherquote stellte mehr Methoden vor und informierte wesentlich ausführlicher über Nebenwirkungen und Nachteile. Demgegenüber konzentrierte sich der FP-Agent des anderen Zentrums auf die wichtigsten Methoden und versuchte, die Klientinnen vor allem von der Harmlosigkeit einiger Nebenwirkungen zu überzeugen. Zu diesem Aspekt gaben auch die Interviews mit den Klientinnen wichtige Hintergrundinformationen. Die Frauen erleben z.T. eine Informationsüberfrachtung. Die erwähnten möglichen Nebenwirkungen werden am besten erinnert und diese lösen Ängste und Gerüchte aus.

Es erwies sich als sinnvoll, die Methoden in großen Informationsveranstaltungen vorzustellen. So bot sich die Möglichkeit, über im Stadtteil kursierende Ängste und Gerüchte in der Gruppe zu diskutieren. Das persönliche Gespräch mit den FP-Anbietern konnte dann stärker für die konkrete Anleitung zur Anwendung der Methode und zum Gespräch über persönliche Ängste genutzt werden.

(5) Regelmäßig wurden Informationsveranstaltungen zur FP in dem Zentrum mit der niedrigeren Abbruchquote durchgeführt. Hierdurch konnten viele Frauen, die das Zentrum für andere gesundheitliche Dienste in Anspruch nahmen, sensibilisiert werden. Neben der Sensibilisierung neuer Klienten scheinen diese Informationsveranstaltungen jedoch auch einen Einfluß auf die Kontinuität der Anwendung von Methoden zu haben.

(6) Die unterschiedliche Konstellation der beiden Zentren war nicht ohne Wirkung auf die Kontinuität der Anwendung der Verhütungsmethoden. Das integrierte Gesundheitszentrum führte Informationsveranstaltungen zu FP durch und der Arzt des Zentrums informierte die Wöchnerinnen bei der morgendlichen Visite über Verhütungsmethoden. Hierdurch konnten viele Frauen sensibilisiert werden

(7) Die beiden Zentren unterschieden sich auch hinsichtlich der konsequenten Durchführung einer körperlichen Untersuchung vor Verschreibung der Verhütungsmethoden. Wider besseren Wissens und technische Fähigkeiten wurde in dem Zentrum mit der höheren Abbruchrate die körperliche Untersuchung nicht regelmäßig durchgeführt. Auch die Dokumentation zeigte Mängel. Die Interviews mit den Klientinnen unterstützen die Bedeutung dieses Aspektes für die Vertrauensbildung.

**Tab. 19: Die bedeutsamsten und statistisch signifikanten Unterschiede in der Qualität**

Zentrum	Bonassama	Soboum
Festlegung eines Folgetermins*	Erstkonsultation 43% Folgekonsultation 58%	Erstkonsultation 100% Folgekonsultation 97%
Qualität der Wiederholungskonsultation*	niedrigere Gesamtbewertung	höhere Gesamtbewertung
Wahrung der Intimität*	Konsultationen werden nicht im geschlossenen Raum durchgeführt	immer geschlossener Raum
Informationen zu den Verhütungsmethoden*	es werden insgesamt zwar (nicht statistisch signifikant) mehr Methoden vorgestellt, aber deutlich mehr über Nebenwirkungen und Nachteile informiert.	Relevante Methoden werden vorgestellt und statistisch signifikant weniger Nachteile und Nebenwirkungen genannt
Informationsveranstaltungen	1 mal in 5 Wochen	regelmäßig 2 mal wöchentlich
Konstellation	Krankenhaus	Gesundheitszentrum
Technische Kompetenz*	unregelmäßige Durchführung der körperlichen Untersuchung/ Anamnese	regelmäßige Wahrung der Standard (Anamnese u. körperliche Untersuchung zu 97%

\*Unterschied ist statistisch signifikant

Anhand der Studie läßt sich zeigen, daß die Qualität der FP-Dienste das Kontrazeptionsverhalten beeinflusst. Die oben genannten sieben Aspekte wirken sich auf die Kontinuität aus. Doch in welchem Ausmaß sie die Kontinuität der Anwendung beeinflussen, konnte durch diesen Vergleich zweier FP-Dienste nicht eindeutig festgestellt werden. Durch Untersuchungen einer höheren Anzahl von FP-Diensten könnte die Bedeutung der verschiedenen Aspekte auf die Akzeptanz und die Kontinuität der Anwendung von FP-Methoden geklärt werden.

### 13.2 Bewertung der Qualität der Dienste durch die Klientinnen

Die Interviews mit den Klientinnen untermauerten die Bedeutung einzelner Aspekte.

(1) An erster Stelle der für die Zufriedenheit der Klientinnen bedeutsamen Kriterien steht die Art des Empfangs durch das Personal der FP-Diensten.

(2) Fast ebenso wichtig sind den Frauen die erhaltenen Erklärungen und Information.

(3) Aber auch technische Aspekte haben eine Bedeutung für die Frauen, hier die Durchführung einer körperlichen Untersuchung und die regelmäßige Bereitstellung aller angebotenen Methoden. Kritisiert wird vor allem eine zu lange Wartezeit.

Die bloße Frage nach der Zufriedenheit mit den FP-Zentren (erfaßt als Grad der Zufriedenheit: sehr zufrieden bis unzufrieden) zeigt keinen Zusammenhang mit der Kontinuität der Anwendung der Verhütungsmethoden. In Bonassama, dem Zentrum mit der höheren Abbruchquote, gab es die meisten sehr zufriedenen Klientinnen. Zudem äußerten sich in Bonassama auch mehr Frauen lobend über die reichhaltige Information. Dennoch brauchen mehr Frauen wegen Nebenwirkungen der Verhütungsmittel die Anwendung ab. Der Informationsbedarf

ist groß, jedoch fühlen sich die Frauen von zu detaillierten Darstellungen möglicher Nebenwirkungen überfordert. Angesichts der vielen im Stadtviertel kursierenden Gerüchte über die verschiedenen Methoden, scheint es wichtiger, sie zu entkräften und den Frauen zu versichern, daß einige Nebenwirkungen unbedenklich sind (Vergleiche unter (4)).

Somit zeigt sich, daß, zur Verbesserung der Kontinuität der Anwendung, mehr Betonung auf die Nachbetreuung bzw. Förderung der Kontinuität gelegt werden muß. Eine Beratung von Abbrecherinnen bzw. Frauen, die mit Problemen zum FP-Dienst zurückkommen, sollte stärkere Beachtung finden.

Die Studie in den Stadtvierteln erweist die Bedeutung der oben genannten Qualitätskriterien für die Kontinuität der Anwendung von Verhütungsmethoden. Soziokulturelle Charakteristika der Frauen der beiden Stadtviertel konnten als einflußreicher Grund für die höhere Abbruchrate des einen Zentrums ausgeschlossen werden. Beide Zentren sind der Zielbevölkerung bekannt und genießen einen guten Ruf. Eine Vielzahl von Frauen berichtet über positive Erfahrungen mit den Diensten, nur einige wenige auch über negative. Bei ihnen kommen insbesondere Probleme mit den Methoden zum Tragen. Diese Tatsache untermauert die Bedeutung der richtigen Auswahl an Informationen und die Konzentrierung des Beratungsgespräches auf die kursierenden Ängste und Gerüchte.

In beiden Zentren brachen etwa 30% der Frauen, die den FP-Dienst bereits einmal besucht hatten, die Anwendung wegen Kinderwunsch ab. Eine Kontinuitätsrate von über 70% in den Zentren ist somit kaum zu erreichen und kann nicht durch die Qualität der Dienste beeinflußt werden. Es zeigte sich, daß darüber hinaus Probleme mit der Methode für weitere 25% der Abbruchrate verantwortlich sind. Hier wäre eine Verbesserung über die Qualität der FP-Dienste zu erreichen, und über die Beachtung der oben ausführlich dargestellten Qualitätskriterien, in denen sich die Zentren unterscheiden.

Die KAP-Studie bestätigte den hohen Beratungsbedarf der Frauen. Obwohl den Frauen die meisten Verhütungsmethoden namentlich bekannt waren, brachten die Interviews mit den Frauen in den Stadtvierteln eine Vielzahl von Falschinformationen, Ängsten und Gerüchten über die modernen Methoden der Kontrazeption zutage. Dies unterstreicht nochmals die Bedeutung der Beratung der Frauen im Hinblick auf deren Ängste.

Bei der Analyse, wie Frauen für die FP-Dienste sensibilisiert werden konnten, zeigte sich, daß nicht die räumliche Integration der FP-Dienste in die anderen Angebote der Mutter-Kind-Fürsorge entscheidend ist, sondern der Umfang der Nutzung zur Sensibilisierung der Frauen. Eine vollständige Integration der FP-Komponente in die Gesundheitsdienste sollte diesen Aspekt stärker beachten.

Die Integration der FP-Dienste in die Gesundheitseinrichtungen und insbesondere in die Mutter-Kind-Fürsorge hat aber zur Folge, daß Jugendliche, junge Frauen ohne Kinder und Männer nicht erreicht werden. Diese Tatsache muß bei der Planung von Diensten und Informationstätigkeiten beachtet werden.

Das Ausmaß der Bedeutung des freundlichen Empfanges auf die Kontinuität konnte durch diese Studie nicht geklärt werden, da sich die Zentren hier nur wenig unterschieden. Zum einen zeigte die teilnehmende Beobachtung, daß sich die FP-Anbieter in beiden Zentren viel Mühe gaben. Und auch in der Bewertung der Zentren durch die Klientinnen zeigte sich kein Unterschied. Angesichts der häufigen Nennung während der Interviews mit den Frauen, sind die zwischenmenschlichen Kontakte jedoch sehr hoch einzuschätzen.

### **13.3 Die Abbrecherquote als Ergebnis-Indikator**

Die durchgeführte Studie diente dazu, die Qualität zweier FP-Dienste in Douala zu erfassen und mit der Abbrecherquote als Qualitätsindikator zu vergleichen. Es wurde eine umfassende Qualitätsbestimmung auf der Ebene des Prozesses und des Ergebnisses durchgeführt, wobei Ergebnis-Indikatoren wie die Abbrecherquote mit Prozeßindikatoren nach BRUCE, wie die Qualität der Beratung, Anzahl der vorgestellten Methoden und Informationsgehalt, korreliert werden konnten. Zudem wurde die subjektive Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen erfaßt.

Der gewählte Ergebnis-Indikator 'Abbruchquote' hat sich als sensibel gezeigt, Unterschiede im Prozeß der FP-Beratungen anzuzeigen. Während BROWN et al. (1995) in ihrer Studie keinen Zusammenhang zwischen verschiedenen bestimmten Prozeßindikatoren und ihrer gewählten Ergebnis-Variablen, der Zahl neuer Klienten, aufzeigen konnten, sind in dieser Studie eindeutige Zusammenhänge erkennbar. Wichtigste Merkmale der Qualität sind nach dieser Studie: Informationsveranstaltungen zu FP, die Wahrung der Intimität, die vertrauensvolle, ruhige Atmosphäre der FP-Beratung, die körperliche Untersuchung sowie das Festlegen eines konkreten Folgetermins (Vergleiche oben).

Die Anzahl neu gewonnener Klienten, die ebenfalls von Studien als Indikator genutzt wurde, unterschied sich in diesen beiden Zentren nicht. Dieser Qualitätsindikator erwies sich für Douala nicht als sinnvoll, da vor allem die neu eingerichteten Zentren einen prozentual höheren Anteil an neuen Klientinnen bei einer niedrigen Gesamtzahl an Konsultationen aufwiesen.

Durch diese Studie ließ sich zeigen, daß die Qualität der beiden FP-Dienste in Douala gut ist, sie mit viel Engagement der Verantwortlichen durchgeführt werden und die FP-Agenten in adäquater Weise auf ihre Arbeit vorbereitet werden.

Eine Abbruchrate der Klientinnen der FP-Dienste von 25% - 30% hängt mit dem nach wie vor starken Kinderwunsch zusammen, eine höhere Abbruchquote jedoch mit der Qualität der Dienste. Die durchgeführte Studie liefert Hinweise, durch welche Maßnahmen mehr Kontinuität herzustellen ist und sollte bei bereits bestehenden sowie bei neuen FP-Dienste Berücksichtigung finden.

## 14 Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der FP-Dienste

Zur Verbesserung der Qualität sollten zunächst einmal die Wünsche der Klientinnen berücksichtigt werden, nämlich die Sensibilisierungsaktivitäten in den medizinischen Einrichtungen und vor allem in den Stadtvierteln.

Eine **breite Auswahl verschiedener Methoden** sollte den Klienten angeboten werden. Diese Verhütungsmethoden müssen **kontinuierlich** bereitgestellt werden. Es ist zu gewährleisten, daß **die Verhütungsmittel von den Klienten gewählt werden** und nicht die FP-Anbieter eine Vorauswahl treffen.

Der Bereich der **Informationsvermittlung** über die verschiedenen Methoden der Kontrazeption sollte überarbeitet werden. Alle Anbieter sollten eine Liste erhalten über die wichtigsten Informationen zu den einzelnen Verhütungsmethoden. Eine **Überfrachtung** des Beratungsgesprächs mit zu vielen Informationen, die von den Klientinnen nicht mehr verarbeitet werden können, **sollte vermieden** werden. Nicht nur Nachteile und Nebenwirkungen sollten genannt werden, sondern auch die **Vorteile der verschiedenen Methoden**.

**Informationsveranstaltungen in den medizinischen Einrichtungen** sollten vermehrt eingerichtet werden. Diese sind besonders geeignet, Informationen über FP zu vermitteln und Frauen zu sensibilisieren. Insbesondere können so Frauen aus Risikogruppen, über 35 Jahre und mit mehr als vier Kinder angesprochen werden.

Ergänzend sollten Informationskampagnen im **unmittelbaren Lebensraum** der Klienten, im Stadtviertel, in der Schule u.a. durchgeführt werden.

Während dieser **Informationsveranstaltungen sollten alle Methoden angesprochen werden**, inklusive der Sterilisation, des Stillens als Methode der Kontrazeption und der natürlichen Methoden. In groben Zügen sollten Vor- und Nachteile der Methoden genannt werden.

Die Entkräftung der Gerüchte über Nebenwirkungen sollte eine wichtige Aufgabe im Bereich der FP-Sensibilisierung sein. Auch Radio und Fernsehen sollten genutzt werden, um **Gerüchten und Vorurteilen** zu begegnen.

Die FP-Konsultationen sollten immer in einem **geschlossenen Raum** stattfinden. **Genügend Zeit** muß auch für die **Wiederholungskonsultationen** zur Verfügung stehen. Die Klientinnen sollten direkter auf Probleme mit der Methode oder Ängste angesprochen werden. Wichtig ist auch, weitere Fragen der Klientinnen anzuregen.

**Supervision und Überweisungssysteme** sollten zur Stärkung der **technischen Kompetenz** der Anbieter etabliert werden. Hier müssen auch Qualitätskriterien, wie freundliche Begrüßung und die Standards der körperlichen Untersuchung und Anamneseerhebung, beachtet werden. Zudem sollten Problemfälle besprochen und so technische Supervision etabliert werden. Ein Überweisungssystem zur Behandlung von schwereren Nebenwir-

kungen und Komplikationen bei Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption sollte strukturiert werden.

Die **Ausbildung der Anbieter** sollte um Kenntnisse über umlaufende Gerüchte zu den verschiedenen Methoden erweitert werden. Zudem müssen während der Ausbildung **Ressentiments der Anbieter gegenüber bestimmten Methoden**, wie der Sterilisation oder den natürlichen Methoden, angesprochen werden.

Darüber hinaus sollte ein Konzept zur Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen auf der Basis der essentiellen Medikamente in den Ausbildungsplan, wie auch in das Protokoll der FP-Dienste, aufgenommen werden.

Zur Verbesserung der Kontinuität sollte **grundsätzlich ein Folgetermin** vereinbart werden. Zudem sollten die Klientinnen aufgefordert werden, sich bei Schwierigkeiten mit der Methode wieder an den FP-Dienst zu wenden. Das Wechseln von Methoden sollte unterstützt werden.

Zudem könnte über eine **Karte, auf der alle FP-Dienste markiert** sind, die Inanspruchnahme auswärtiger Dienste im Falle von Reisen erleichtert werden. Auch dies kann die Kontinuität erhöhen.

Zudem könnte die Zusammenarbeit mit Nicht-Regierungsorganisationen und Jugendgruppen eine wichtige Maßnahme sein, um spezielle Gruppen, wie Jugendliche, anzusprechen und mit Informationen zu versorgen.

## **Zusammenfassung**

Die Qualität der Familienplanungs (FP) -Dienste wie auch die Qualitätssicherung in der Medizin erfahren in den letzten Jahren steigendes Interesse. Insbesondere wurde die Bedeutung der Ebene der Interaktion zwischen Klient und Anbieter der FP-Dienste, in bezug auf Akzeptanz und Kontinuität der Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption, hervorgehoben.

**Ziel der Studie** zur „Qualität der FP-Dienste in Douala, Kamerun“ war die Qualitätseinschätzung zweier öffentlicher FP-Zentren sowohl durch die Autorin selbst und als auch durch die Klientinnen. Es wurden 2 FP-Dienste ausgewählt, die sich hinsichtlich der Kontinuität der Inanspruchnahme durch die Klientinnen unterschieden. Es wurden ein FP-Dienst des Krankenhauses im Stadtteil Bonassama und ein Gesundheitszentrum in Soboum gewählt. Zudem wurde der Bekanntheitsgrad der beiden Zentren unter der Zielbevölkerung und schließlich das Wissen über moderne Methoden, Einstellung zu und Anwendung von modernen Methoden der Kontrazeption (KAP-Studie) der Frauen im fruchtbaren Alter ermittelt.

**Methodik:** Die Ermittlung der Qualität der FP-Dienste erfolgte durch eine teilnehmende Beobachtung. Die Qualitätskriterien wurden auf der Basis der Elemente von BRUCE (1990) erarbeitet: Wahl der Methode, Informationen, die den Klienten gegeben werden, technische Kompetenz, Interaktion zwischen Klient und Anbieter, Nachsorge / Kontinuitätsmechanismen und adäquate Konstellation der Dienste.

Zudem wurde mittels eines offenen Fragebogens die Qualitätseinschätzung von seiten der Klientinnen bestimmt. Die Ermittlung des Bekanntheitsgrades der FP-Dienste und die KAP-Studie wurden ebenso mit einem Fragebogen durchgeführt, der offene und geschlossene Fragen enthielt. Der qualitative Teil der Studie eröffnete die Möglichkeit, Qualitätsindikatoren und Barrieren in bezug auf die Nutzung zu ermitteln, die nicht erwartet wurden.

Es sollte zur Bearbeitung der Hypothese „die Qualität der Leistungen der Familienplanungseinrichtungen beeinflusst die Qualitätseinschätzung der Klientinnen und übt darüber einen wesentlichen Einfluß auf deren Kontrazeptionsverhalten aus“ ein Vergleich zweier Zentren durchgeführt werden, die unterschiedlich in der Qualität beurteilt wurden. Als Qualitätskriterium wurde die Rate an Abbrecherinnen der Inanspruchnahme der FP-Dienste genommen, die in dem einen Zentrum 25% (Soboum) und in dem anderen (Bonassama) 50% betrug.

**Ergebnisse:** Die **Auswahl unter verschiedenen Methoden** der Kontrazeption ist in Kamerun bzw. in den beiden Zentren sehr gut. Die Palette der angebotenen Verhütungsmethoden umfaßt die Pille, Injizierbare, die Spirale, Kondome, Spermizide, das Norplant, natürliche Methoden, Stillen und die Sterilisation. Die Klienten werden jedoch nicht über alle Methoden aufgeklärt. Dadurch wird die Auswahlmöglichkeit stark eingeschränkt und infolgedessen wurden nur die Pille, die Injizierbaren und die Spirale von den Klientinnen angewendet. Wegen der ablehnenden Einstellung des FP-Personals der Zentren gegenüber der Sterilisation, den natürlichen Methoden und dem Stillen als Methoden der Kontrazeption werden diese Möglichkeiten während der FP-Konsultation kaum angesprochen.

Hinsichtlich der **Informationen, die den Klienten** gegeben wurden, zeigten sich erhebliche Mängel in der Übermittlung wichtiger Details, wie Instruktionen darüber, was beim Vergessen der Pille zu tun ist. Vorteile, Nachteile und Nebenwirkungen der vier wichtigsten Verhütungsmittel Pille, Injizierbare, Spirale und Kondom wurden zwar genannt, es wurde aber nicht genügend Sorge getragen zu überprüfen, ob die Klientin die übermittelte Information auch verstanden und behalten hatte. Die Techniken des Rückfragens und der Repetition wurden nicht genügend angewandt. Zudem besteht oft ein Informationsüberangebot, welches die Klientinnen bei ihrem geringen Vorwissen nicht verarbeiten konnten. Eine klientenzentrierte Reduzierung der Informationen auf das Wichtigste wäre wünschenswert.

Die **technische Kompetenz** der Anbieter erwies sich als gut, es fehlten jedoch Supervisions- und Überweisungssysteme.

Die **Interaktion zwischen Klient und Anbieter**, wie z. B. die Begrüßung, war adäquat. Unterschiede zwischen den beiden Zentren zeigten sich in der Wahrung der Intimität.

**Mechanismen zur Herstellung der Kontinuität** wurden nicht genügend ausgeschöpft. Insbesondere wurde vergessen, den Klienten anzuraten, bei Problemen mit der Methode den FP-Dienst wieder aufzusuchen. In einem Zentrum wurde es zudem häufiger versäumt, einen Folgetermin zu vereinbaren.

In der **Konstellation der FP-Dienste** zeigte sich das Gesundheitszentrum in Soboum erfolgreicher in bezug auf die Kontinuität der Inanspruchnahme des Dienstes als der andere Dienst in Bonassama, der einem Krankenhaus angegliedert war. In Soboum wurden zudem regelmäßig Informationsveranstaltungen zu den Themen 'verantwortliche Elternschaft' und 'FP' durchgeführt. Die Ausstattung beider Zentren war gut.

Die Interviews mit den Klientinnen zeigten, daß diese zufrieden mit den FP-Diensten waren. Kritik wurde selten geäußert. Für die Klientinnen war die freundliche Begrüßung ein wichtiges Qualitätskriterium. Daneben stand vor allem der Wunsch nach Information im Vordergrund. Mehr Informationsveranstaltungen, möglichst in den Stadtvierteln und nicht nur in den gesundheitlichen Einrichtungen, wurden von den Frauen gewünscht. Außerdem zeigte sich, daß die Klientinnen eine körperliche Untersuchung vor Verschreibung der Verhütungsmittel als wichtig und vertrauensfördernd empfanden. Die Wartezeit, ebenfalls ein Qualitätskriterium, wurde teilweise als adäquat, teilweise als zu lang beschrieben.

Die Möglichkeit der Sensibilisierung für FP bei den Frauen, die zur Schwangerenvorsorge und Nachsorge oder zum Impfen der Kinder in gesundheitliche Einrichtungen gelangen, wird nur unzureichend wahrgenommen. Hauptinformationsquellen sind das Fernsehen und das Radio, erst dann folgen die gesundheitlichen Dienste.

Bei der Studie in den Stadtvierteln im Einzugsgebiet der beiden FP-Dienste zeigte sich, daß die beiden FP-Zentren der Bevölkerung zu 78% bekannt sind. Es wird jedoch sehr wenig über den Dienst geredet. Zu große Scham, über FP zu reden, bestimmt häufig die Handlungsweise der Frauen. 16% der interviewten Frauen behaupten, zufriedene Klientinnen zu kennen.

Die verschiedenen Verhütungsmethoden sind den Frauen gut bekannt. Über 90% kennen die Pille und das Kondom, über 70% die Injizierbaren und 62% die Spirale. Es existiert eine Vielzahl von Gerüchten und Äng-

sten vor Nebenwirkungen über die modernen Methoden. Insbesondere die Spirale wird als gefährliche Methode empfunden, aus der Angst heraus, daß die Spirale im Bauchraum verschwinden könnte. Andere Gerüchte zeigen mangelnde Kenntnisse über die weiblichen Fortpflanzungsorgane. 25% der Frauen zweifeln die Sicherheit des Kondoms an, weil es oft zerreiße.

Die Einstellung zur FP ist sehr positiv. Verantwortliche Elternschaft bedeutet für 61% der Frauen, den Abstand zwischen den Geburten zu vergrößern und für 35%, die Kinderzahl zu limitieren. Die Erziehung der Kinder, ökonomische und gesundheitliche Gründe werden von den Frauen genannt.

Obwohl bereits zwischen 16% und 30% der Frauen Erfahrung mit der Pille oder dem Kondom gemacht haben, liegt die aktuelle Anwendungsrate der modernen Methoden niedrig. Zwischen 5% und 7% der Frauen nutzen die Pille, zwischen 5% und 7% das Kondom, ungefähr 1,5% die Spirale und 3% die injizierbaren Kontrazeptiva. Hauptsächlich wegen der befürchteten Nebenwirkungen wird auf die Anwendung von modernen Verhütungsmethoden verzichtet. Die niedrigsten Kontinuitätsraten zeigen sich für die Pille.

Die beiden Zentren unterschieden sich in bezug auf die Qualität der FP-Dienste in verschiedenen Punkten. In dem Zentrum mit der niedrigeren Abbrecherquote wurde grundsätzlich ein Folgetermin mit den Klienten vereinbart. Zudem wurden die Konsultationen immer in einem geschlossenen Raum durchgeführt, um die Intimität zu wahren. Es wurde eine ruhige und vertrauensvolle Atmosphäre hergestellt. Die Wiederholungskonsultationen wiesen einen höheren Standard auf. Zudem wurden in dem erfolgreicheren Zentrum regelmäßig Informationsveranstaltungen zu FP für alle Besucherinnen, Mütter mit Kindern und Schwangere durchgeführt. Diese zeigten sich erfolgreich, Frauen für FP zu interessieren und Gespräche über Vorurteile und Gerüchte zu ermöglichen. Außerdem wurden in dem Zentrum mit der niedrigeren Abbrecherquote konsequenter Anamnesen erhoben und körperliche Untersuchungen vor Verschreibung von Verhütungsmethoden durchgeführt.

Nicht wie erwartet, wirkte sich der Umfang der gegebenen Informationen und die Zahl der vorgestellten Methoden auf die Kontinuität aus. Das Zentrum mit der höheren Abbrecherquote stellte mehr Methoden vor und informierte wesentlich ausführlicher über Nebenwirkungen. Demgegenüber konzentrierte sich der FP-Agent des anderen Zentrums auf die wichtigsten Methoden und versuchte, die Klientinnen vor allem von der Harmlosigkeit einiger Nebenwirkungen zu überzeugen.

## **Quality of Family Planning Services in Douala, Cameroun**

### **Summary**

As did the quality securing measures in medicine generally, the quality of family planning (FP) services experienced a substantial rise in interest. Especially the importance of client-provider interaction of FP services for acceptance and continuity of application of modern contraceptive methods was underlined.

### **Objective**

The study on "Quality of Family Planning Services in Douala, Cameroon" was aimed at estimating the level of quality of two public FP centres, a hospital in Bonassama and a health centre in Soboum, two districts of Douala. Evaluation of the publicity of the two centres among the target population and of knowledge of modern contraceptive methods, their application and practice (KAP-study) among women in contraceptive age were further objectives of this study.

### **Methods**

The evaluation of quality of FP services were realised as participating observation. Criteria of measurement of quality were based on the standards given by BRUCE 1991: Choice of Methods, Information Given to Clients, Technical Competence, Interpersonal Relations, Follow up / Continuity Mechanism and Appropriate Constellation of Services. Judgement of quality by the clients were determined by use of a questionnaire consisting of open questions.

Publicity of the FP services was also determined employing a questionnaire containing both open and closed questions, as it was for the KAP-study, too.

The study's qualitative part allowed to identify unexpected indicators of quality as well as barriers against the usage of contraceptives. The hypothesis "quality of service of family planning facilities influences the clients' judgement of quality and has thereby a substantial influence on their contraceptive behaviour" should be examined in comparison of two centres showing markable differences in their quality outcome. As criterion for quality the extent of interruptions of FP-services was determined, which showed a rate of 25% in one centre, Soboum, and 50% in the other one, Bonassama.

### **Outcome**

Choice of methods of contraception in Cameroon generally and especially in both centres chosen for this study can be described as of high standard. The range of available contraceptive methods encompass oral and injectable contraceptives as well as the IUD, condoms, spermicides, Norplant®, natural methods, the suppression of ovulation during lactation and sterilisation. Sterilisation, natural methods and prolonged lactation are barely mentioned in FP-consultations, due to a rejecting attitude of the FP personnel to these methods. As for information given to clients, markable insufficiencies concerning the transmission of important information, like instructions what is to be done in case of accidental omission of an oral contraceptive.

While properties and side effects of the four most important contraceptives - oral and injectable contraceptives, the IUD and condoms - were named, no measures were taken to ensure the client's understanding and remembering of these information.

The techniques of assurance of understanding and repetition are not sufficiently used, while often the amount of information given to clients was overwhelming, thus overstressing their capabilities. A client-centered reduction of information would be desirable.

The technical competence of the FP-providers was proven to be good, but there was a lack of systems of supervision and referral. Client-provider interaction, like greeting of clients, was adequate.

Differences between the two centres showed in respecting of intimacy. There was no sufficient use of mechanisms to assure continuity and clients were not advised to refer to FP-facility in case of problems. In one services, follow-up consultations were often not guaranteed. Regarding constellation of services, the health centre in Soboum proved to be more successful concerning continuity of use of FP-services than the FP-centre in Bonassama, which was part of a hospital. In Soboum, there were regular information-meetings with the themes of "Responsible Parenthood" and FP. The equipment of both services was adequate.

Interviews showed, that the clients were content with the FP-services. Critical comments are rare. A valuable marker of quality on the clients' part was a friendly greeting, furthermore the wish to get information was of importance. Women wished to have more possibilities of information in the districts and not only in health facilities. A physical examination before prescribing a contraceptive was seen as important and augmented trust. Another criterion of quality, the duration of waiting, was described partly as adequate, partly as too long.

The possibility to gain access to women coming for pregnancy examinations or vaccination of their children for making them susceptible for FP is rarely used. The main sources of information concerning FP are TV and radio followed by health services in the third place.

While the study in the districts of the two FP-services showed a rate of knowledge about the FP-centres of 78%, it is not much spoken about the service; without being stipulated to speak about this theme, reluctance is determining the behaviour of women. 16% of the interviewed women give the answer to know content clients; the different methods of contraception are well known. More than 90% of the women know of both oral contraceptives and the condom, more than 70% injectable contraceptives, 62% the IUD.

A great variety of rumours and fears are existing concerning side effects of modern contraceptives. Especially the IUD is described frequently as a dangerous contraceptive because of fear of intra-abdominal displacement; as other rumours show, there is a lack of knowledge about the female reproductive organs and their anatomy. 25% of the interviewed women question the security of the condom, because it would tear often.

The general attitude towards FP, though, is very positive. Responsible Parenthood means to 61% to space the time between births, 35% see limitation of the number of children as their objective. Education of children as well as economical reasons and health are named by the women.

The actual numbers of usage of modern contraceptive methods are low, in spite of between 16 and 30 per cent of the interviewed women reporting experiences with oral contraceptives or condoms. Between 5 and 7 per cent of the women use oral contraceptives, also between 5 and 7 per cent use condoms, about 1.5% are making use of the IUD and 3% injectable contraceptives. As main reason for abandoning usage of contraceptive methods side effects are named. Oral contraceptives have the lowest rates of continuity in usage.

The following differences has been analysed in the quality of care of the 2 FP-services: In the service with the lower drop-out rate the provider fixed invariably a follow-up visit. Besides each client has been served alone in a room so the service recognised privacy. The atmosphere has been quite and full of trust.

During the follow-up consultation the quality of care obtained a higher standard. Moreover in the service with lower drop-out rates, the FP-provider offered regular information meetings for all the visitors of the medical centre, mothers with children, pregnant women and FP-clients. The information meetings have been seen very successful in sensibilisation and to discuss rumours and prejudice.

Above all, the service with the lower drop-out rate accepted the technical standard. Taking previous history of the client and clinical examinations has been done regularly before the prescription of contraceptives.

The different absolute number of methods offered to the client has had no impact on the continuation rate. The service with the higher drop-out rate presented more methods to the client and informed more in detail about possible side-effects. Compared with this., the FP-provider of the other service concentrated to the most famous contraception methods and tried to convinced the client about the safety of contraceptive methods.

**Literaturliste**

1. AbouZahr C. Anaemia during Pregnancy - a Major Public Health Problem. *Safe Motherhood* 1993, 11:1-2
2. AbouZahr C, Royston E. *Maternal Mortality: A Global Factbook*. Genève WHO 1991
3. Abu-Zeid HAH, Dann WM. Health Services Utilization and Cost in Ismailia, Egypt. *Social Science and Medicine* 1985; 21,4: 451-461
4. Acsadi GFT, Johnson-Acsadi G. Demand for Children and for Childspacing in: Acsadi GFT, Johnson-Acsadi G, Bularao R A (ed.). *Population Growth and Reproduction in sub-Saharan Africa* Washington DC 1990
5. Adamchak DJ, Mbizvo MT. The Relationship Between Fertility and Contraceptive Prevalence in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 1990;16,3: 103-116
6. Adepoju A. The Population Situation in Africa since Arusha. *Populi* 1986; 30-38
7. Adjei, S. Family Planning Priorities in Low Prevalence Countries in: Seidman M, Horn M C (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*; New York 1991:193-198
8. African Population Advisory Committee. *The African Agenda for Action*. Washington DC, 1990
9. Ainsworth M. *Family Planning Programs. The Clients' Perspective*. World Bank Staff Working Papers, No.676, Washington D.C., 1985
10. Akakpo B. The Myth of Over-Population. *New African* 1991;2: 31
11. Akbar J, Phillips JF, Koenig MA. Trends in Contraceptive Method Mix, Continuation Rates and Failure Rates in Matlab, Bangladesh: 1978-1987 in: United Nations. *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*. Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Measuring the Dynamics of Contraceptive Use, New York, 1988. New York 1991
12. Akello G. Voices of Africa. Children that prove a women's value. *People* 1983; 10,4:3-5
13. Akhter HH, Ahmed S. Bangladesh: Modern Methods are well Known but not Widely Used in: Khanna J. (ed.). *Progress in Human Reproduction Research*. WHO 1991; 19: 1,6
14. Alcalá MJ. *Action for the 21st Century. Reproductive Health & Rights for All*. Preface. Family Care International. New York, 1994
15. Altwater E. et al. *Die Armut der Nationen. Handbuch zur Schuldenkrise von Argentinien bis Zaire*. Rotbuch Verlag Berlin 1987
16. Amonoo-Lartson R and DE Vries JA. Patient Care Evaluation in a Primary Health Care Programme: The Use of Tracer Conditions as a Simple and Appropriate Technology in Health Care Delivery. *Soc. Sci. Med.*1981; 15A: 735-741
17. Ampofo DA. et al. The Danfa Family Planning Program in Rural Ghana. *Studies in Family Planning* 1976; 7,10: 266-274
18. Amstey MS. Oral Contraception and Human Immunodeficiency Virus Infection. *Journal of Infectious Diseases* 1990; 162,1: 274
19. Anonymous. Bien nourrir et prendre soin des petites filles, c'est promouvoir la santé maternelle. *Maternité sans risques*. 1991; 6: 5-6
20. Anonymous. Exponate schildern die Geschichte der Kontrazeption. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 5, 1996: XII
21. Anonymous. *Materialien gegen Bevölkerungspolitik*. Frauengruppe gegen Bevölkerungspolitik, Hamburg 1989
22. Aral SO et al. Contraceptive Use, Pelvic Inflammatory Disease, and Fertility Problems among American Women: 1982. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1987; 157:59-64
23. Arnold F, Blanc AK. *Demographic and Health Surveys, Comparative Studies No.2 Fertility Levels and Trends*. Columbia, Md 1990

24. Asbell B. Die Pille und wie sie die Welt veränderte. Kunstmann Verlag. München 1996
25. Ashworth A et al. Breastfeeding as a Family Planning Method. *The Lancet* 1988; 19: 1204
26. Askew I, Mensch B, Adewuyi A. Indicators for Measuring the Quality of Family Planning Services in Nigeria. *Studies in Family Planning* 1994;25,5:268-283
27. Aznar-Ramos et al. Incidence of Side Effects with Contraceptive Placebo. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1969; 105:1144-1149
28. Back DJ et al. Pharmacokinetics of Oral Contraceptive Steroids Following the Administration of Antimalarial Drugs Primaquine and Chloroquine. *Contraception* 1980;30:289-295
29. Backett EM et al. The risk approach in health care. With special reference to maternal and child health, including family Planning. WHO, Public Health Papers 1984,76
30. Bailey H, Jimenez RA, Warren CW. Effect of Supply Source on Oral Contraceptive Use in Mexico. *Studies in Family Planning* 1982; 13,11: 343-349
31. Bailey J, Keller A. Post Family Planning Acceptance Experience in the Caribbean: St. Kitts-Nevis and St. Vincent. *Studies in Family Planning* 1992; 13,2: 44-58
32. Bailey P et al. Consumers of Oral Contraceptives in a Social Marketing Program in Honduras. *Studies in Family Planning* 1989; 20,1: 53-61
33. Balépa M, Fotso M, Barrère B. Enquête Démographique et de Santé: Cameroun 1991. Columbia, Md 1992
34. Banque Mondiale. Division des Ressources Humaines de la Pauvreté. Département Technique. Cameroun: Diversité, Croissance, et Réduction de la Pauvreté. Dokument de Travail. 1994
35. Barbone F et al. A Follow-Up Study of Methods of Contraception, Sexual Activity, and Rates of Trichomoniasis, Candidiasis, and Bacterial Vaginosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecologie* 1990; 163:510-514
36. Barker GK, Rich S. Influences on Adolescent Sexuality in Nigeria and Kenya: Findings from Recent Focus-Group Discussions. *Studies in Family Planning* 1992; 23,3: 199-210
37. Barnes D F. Population Growth, Wood Fuels, and Resource Problems in: Acsadi GTF, Johnson-Acsadi G, Bularao R A (ed.). *Population Growth and Reproduction in sub-Saharan Africa* Washington DC 1990
38. Bashin J, Jato M. Charting a Course for Family Planning Programs in Cameroun. Using Focus Group Discussion Research. The Ministry of Public Health, Yaounde 1990
39. Basinski et al. Health research Group. Quality of Care: 1. What is Quality and how can it be measured? *Canadian Medical Association Journal* 1992; 146,12: 2153-2158
40. Beasley WBR. The Nurse-Midwife as a Mediator of Contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1967; 98,2: 201-207
41. Becker I. Analyse en Coupe sur la Planification Familiale en Afrique Francophone. Rapport Cameroun. Eschborn 1991
42. Beeson D al. Client-Provider Transactions in Community-Based Family Planning Programs and the Outreach Component of Clinic-Based Programs in: Lapham RJ, Simmons GB (eds.) *Organising for Effective Family Planning Programs*. Washington DC, 1987a: 457-483
43. Beeson D al. Client-Provider Transactions in Family Planning Clinics in: Lapham RJ, Simmons GB (eds.). *Organising for Effective Family Planning Programs*. Washington DC, 1987b: 435-456
44. Belsey MA, Royston E. A Global Overview of the Health of Women and Children in: Wallace H, Kanti Giri MBBS. *Health Care of Women and Children in Developing Countries*. Oakland, Ca, 1990
45. Berenson AB, Wiemann CM. Use of Levonorgestrel Implants versus Oral Contraceptives in Adolescence: A Case-Control Study. *American Journal of Obstertrics and Gynecology* 1995; 172,1: 1128-1135
46. Bertrand JT. Recent Lessons from Operations Research on Service Delivery Mechanisms in: Seidman M, Horn M C (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*. New York, 1991:19-44

47. Bertrand JT et al. Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs. *International Family Planning Perspectives* 1995; 21: 64-69
48. Bertrand JT, Magnani RJ, Knowles JC. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. The Evaluation Project. Chapel Hill 1994
49. Berwick DM. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *The New England Journal of Medicine*. 1989; 320:53-56 p54
50. Bhatia S et al. The Matlab Family Planning-Health Service Project. *Studies in Family Planning* 1980; 11,6: 202-212
51. Birg H. Die Eigendynamik des Weltbevölkerungswachstum in: *Spektrum der Wissenschaft*. Dossier: Dritte Welt. Dossier 3, 1996
52. BMZ Bunderministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit. Förderkonzept Bevölkerungspolitik und Familienplanung. Bonn 1991
53. Bonavita D et Brun B. Earthwatch. Francophone Africa. Man against Nature. Woman against Man. *People* 1986; 25: 1-8
54. Bongaart J. Genug Nahrung für zehn Milliarden Menschen? *Spektrum der Wissenschaft*. Dossier: Dritte Welt. Dossier 3, 1996
55. Bongaarts J et Bruce J. The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services. *Studies in Family Planning* 1995;26,2: 57-75
56. Bongaarts J. The Measurement of Wanted Fertility. *Population and Development Review* 1990;16,3: 487-506
57. Bonnar J. Coagulation Effects of Oral Contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1987;157:1042-1048
58. Bonnet D. La Procréation, la Femme et le Génie. *Cah. ORSTOM Ser. Sci. Hum.* 1981-1982; 18,4: 423-431
59. Bouzidi M, Eilbert K, Hodgson M, Görden H, Turkson R. *Planification familiale en Afrique: Bilan et Perspective '92* in: Bouzidi M, Goergen H, Turkson R. *Approches de Planification Familiale en Afrique*; London 1992
60. Bouzidi M, Fischer C. *Community-Based Family Planning Services in Africa. The Programme Managers's Perspective*. IPPF-GTZ, London, 1992
61. Bouzidi M. Introduction. *Family Planning Programmes: Inheritance of the 1980s, Challenges of the 1990s*. in: Bouzidi M, Korte R. *Family planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s*. London 1990
62. Bouzidi M. Legal Requirements Relating to Extension of services. In: Bouzidi M and Korte R. *Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s*. London 1990
63. Bowen OR. Shattuck Lecture - What is Quality Care? *The New England Journal of Medicine* 1987; 316,25: 1578-80
64. Bracken M. Oral Contraception and Twinning: An Epidemiologic Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1979; 133: 432-434
65. Bracken MB. Spermicidal Contraceptives and Poor Reproductive Outcomes: The Epidemiologic Evidence against an Association. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1985; 151:552-556
66. Brandrup-Lukanow A et al. Adolescent sexual and reproductive health. Report of the workshop CIE, Paris, 8-11 July 1991
67. Bray F. Modelle für die Landwirtschaft: Misch- kontra Monokultur in: *Spektrum der Wissenschaft*. Dossier: Dritte Welt. Dossier 3, 1996
68. Brown L et al. Quality of Care in Family Planning Services in Morocco. *Studies in Family Planning* 1995;26,3:154-168
69. Brown LD et al. Quality Assurance of Health Care in Developing Countries. *Quality Assurance Methodology Refinement Series*. Bethesda, Year unknown
70. Brown RC, Brown JE. *La Consultation de Contraception en Afrique*. London 1988

71. Bruce J Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework; *Studies in Family Planning* 1990; 21,2:61-91 p85/p86
72. Bruce J, Jain A. Improving the Quality of Care Through Operation Research in: Seidman M, Horn M C (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*. New York 1991:259-282
73. Buchan et al. Epidemiology of Pelvic Inflammatory disease in parous women with special reference to intrauterin device use. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990;97: 780-788
74. Buekens P et al. Is Blood Testing Necessary before OC Prescription in Africa? *Studies in Family Planning* 1990; 21,3:178-180
75. Bulatao RA. *Effective Family Planning Programs*. Population, Health, and Nutrition Division Population and Human Resources Department. The World Bank. 1991
76. Bullough CHW, Msuku RS, Karonde L. Early Suckling and Postpartum Haemorrhage: Controlled Trial in Deliveries by Traditional Birth Attendants. *The Lancet* 1989;2:522-525
77. Burkman RT. Intrauterin Device Use and the Risk of Inflammatory Disease. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1980;138: 861-867
78. Buxbaum A Vernon R, Murray N. Using CQI to Strengthen Family Planning Programs. *The Family Planning Manager* 1993;2,1
79. Caffrey KT. Maternal Mortality - A Continuing Challenge in Tropical Practice. A Report from Kaduna, Northern Nigeria. *The East African Medical Journal*. 1979;56: 274-277
80. Caldwell CF, Caldwell P. Is the Asian Family Planning Program Model Suited to Africa? *Studies in Family Planning* 1988; 19, 1:19-28
81. Caldwell JC, Caldwell P. Cultural Forces Tending to Sustain High Fertility in: Acsadi GTF, Johnson-Acsadi G, Bularao R A (ed.). *Population Growth and Reproduction in sub-Saharan Africa* Washington DC 1990
82. Caldwell JC, Orubuloye IO, Caldwell P. Fertility Decline in Africa: A new Type of Transition. *Population and Development Review* 1992; 18,2: 211-241
83. Caldwell JC. Fertility in sub-Saharan Africa: Status and Prospects. *Population and Development Review* 1994;20,1:179-187
84. Caldwell JC. Introduction in: Caldwell JC. (ed.) *Population Growth and Socioeconomic Change in West Africa*. Population Council New York and London 1975
85. Calot G. La relève des génération. *Population et Sociétés* 1992; 265
86. Castadot R et al. The International Postpartum Family Planning Program: Eight Years of Experience. *Reports on Population. Family Planning* 1975; 18: 1-53
87. Castle SE. Child Forstering and Children's Nutritional Outcomes in Rural Mali: The Role of Female Status in Directing Child Transfers. *Social Science and Medicine* 1995; 40,5: 679-693
88. Chen L et al. Maternal Mortality in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1974; 5,11: 334-341
89. Chieh-Johnson et al. *Liberia Demographic and Health Survey 1986*. Monrovia and Columbia, Maryland 1988
90. Chintowa P. Tanzania. UMATI: National Family Planning Trainer in: *Meeting the needs for Training*. IPPF Africa Link 1988; 2,2
91. Chowdhury S, Chowdhury Z. Tubectomy by Paraprofessional Surgeons in rural Bangladesh. *The Lancet* 1975: 567-569
92. Church CA, Rinehart W. Counseling Clients about the Pill. *Population Reports. Series A. Oral Contraceptives* 1990; 8: 1-20
93. Cleland J. A Critique of KAP Studies and Some Suggestions for Their Improvement. *Studies in Family Planning* 1973; 4,2: 42-47

94. Cleland JG, Hardy EE, Taucher E. Introduction of New Contraceptives Into Family Planning Programmes. Guidelines for Social Science Research. WHO, Geneva 1990
95. Commission Nationale de Population. Ministère du plan et de l'aménagement du territoire. MINPAT/DP/UPP Yaounde 1993
96. Conference Report. International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning: Recommendations for Action. Studies in Family Planning 1988;19,1: 58-60
97. Connell EB. Barrier Methods of Contraception: A Reappraisal. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1979;16:479-481
98. Croft P, Hannaford PC. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Women: Evidence for the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. BMJ 1989; 21: 265-168
99. Dackam Ngatchou R, Sala-Diakanda M. L'aspect Santé de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest. Séminaire Sous-Regional sur l'Argument Santé Pour la Planification Familiale. Lome, 1988
100. Dasgupta PS. Bevölkerungswachstum, Armut und Umwelt In: Spektrum der Wissenschaft. Dossier: Dritte Welt. Dossier 3, 1996
101. Datey S, Gaur LN, Saxena BN. Vaginal Bleeding Patterns of Women Using Different Contraceptive Methods (Implants, Injectables, IUDs, Oral Pills)-An Indian Experience. Contraception 1995; 51: 155-165
102. DaVanzo J et al. Contraceptive Method Switching over Women's Reproductive Careers: Evidence from Malaysian Life History Data, 1940s-70s in: Amy Ong Tsui et Herbertson MA (eds.) Dynamics of Contraceptive Use. Journal of Biosocial Science Supplement No.11 Cambridge 1989
103. Davies J, Mitra SN et Schellstede WP. Oral Contraception in Bangladesh: Social Marking and the Importance of Husbands. Studies in Family Planning 18, 3 1987: 157-168
104. DeClerque J et al. Rumor, Misinformation and Oral Contraceptive Use in Egypt. Social Science and Medicine 1986; 23,1: 83-92
105. DeGraff DS. et al. Integrating Health Services into an MCH-FP Program in Matlab, Bangladesh: An Analytical Update. Studies in Family Planning 1986, 17,5: 228-234
106. Deutscher Bundestag. 11. Wahlperiode. Antwort der der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Frau Schmidt (Hamburg), Volmer und der Fraktion DIE GRÜNEN. Bonn, 1990
107. DHS. Kenyan Demographic and Health Survey. DHS Kenya 1993
108. Diaz S. Women's Perspectives in Reproductive Health in: Senanayake P, Kleinmann R (ed.). Family Planning: Meeting Challenges, Promoting Choices. New York, 1993
109. Die Bibel; nach der Übersetzung Luthers, Deutsche Bibelstiftung Stuttgart 1978
110. Diesfeld HJ. Gesundheitsproblematik der Dritten Welt. Darmstadt, 1989
111. Dietz G, Brandrup-Lukanow A. Maternal Health and Family Planning. Macmillian Press LTD, London 1993
112. Dingle JT et Tietze C. Comparative Study of Three Contraceptive Methods: Vaginal Foam Tablets, Jelly Alone; and Diaphragm with Jelly or Cream. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1963;15:1012-1022
113. Diop W. Senegal. Filling the Gap in: Meeting the needs for Training. IPPF Africa Link 1988; 2,2
114. Dixon-Mueller R et Germain A. Staring the Elusive "Unmet Need" for Family Planning. Studies in Family Planning 1992;23,5 230-335
115. Dobbie W. An Attempt to Estimate The True Rate of Maternal Mortality, Sixteenth to Eighteenth Centuries. Medical History 1982; 26: 79-90
116. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed. JAMA 1988;260:1743-1748
117. Donner E. Family Planning and Rural Development in Thailand. Eschborn, 1986

- 118.Döring GK. Ein Beitrag zur Frage der periodischen Fruchtbarkeit der Frau auf Grund von Erfahrungen bei der Zyklusanalyse mit Hilfe der Temperaturmessung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1950;10:515-521
- 119.Döring GK. Über die Zuverlässigkeit der Temperaturmethode zur Empfängnisverhütung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1967;92:1055-1061
- 120.Drife J. Complications of Combined Oral Contraception. In Filishie M. and Guillebaud J. *Contraception: Science and Practice*. Butherworth, London 1989
- 121.Droegemueller W et al. Triphasic Randomized Clinical Trial: Comparative Frequency of Intermenstrual Bleeding. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;161: 1407-1411
- 122.DSFM/MSP. *Protocoles des Services de Planification Familiale*. MSP, Direction de la Santé, Yaounde 1993
- 123.Dubois RW et al. Hospital Inpatient Mortality. Is It a Predictor of Quality? *The New England Journal of Medicine* 1987; 317: 1674-1680
- 124.Dwyer J et al. COPE: A Self-Assessment Technique for Improving Family Planning Services. AVSC.New York 1991
- 125.Dwyer J. Reducing Clients Waiting Time. *The Family Planning Manager* 1992; 1,1
- 126.Dwyer JC, Haws JM. Is Permanent Contraception Acceptable in sub-Saharan Africa? *Studies in Family Planning* 1990,21,6:322-326
- 127.Ebie JC. Psychiatric Illness in the Puerperium among Nigerians. *Trop. Geogr. Med.* 1972;24: 253-256
- 128.Eckholm E, Newland K. *Health: the family planning factor*. Worldwatch Institute, Washington, DC, 1977
- 129.Edelman DA. The Use of Intrauterin Contraceptive Devices, Pelvic Inflammatory Disease, and Chlamydia Trachomatis Infection. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1988; 158: 956-959
- 130.Edgren et al. Bleeding Patterns with Low-Dose, Monophasic Oral Contraception. *Contraception* 1989; 40: 285-297
- 131.Elias CJ, Heise L. The Development of Microbicides: A New Method of HIV Prevention for Women. Working Papers No.6. The Population Council, New York1993
- 132.El Tom AR et al. Family Planning in the Sudan: A Pilot Project Success Story. *World Health Forum* 1989; 10: 333-343
- 133.Ellwood PM. Shattuck Lecture - Outcomes Management. *The New England Journal of Medicine* 1988; 318,23: 1549-1556
- 134.Erben R et al. Assessment of the Outcomes of Health Intervention. *Soc. Sci. Med.*1992; 35,4: 359-365
- 135.Eren N, Ramos R, Gray RH. Physicians vs. Auxiliary Nurce-Midwives as Providers of IUD Services: A Study in Turkey and the Philippines. *Studies in Family Planning* 1983; 14,2: 43-47
- 136.Etreby et al. Suitability of the Beagle Dog as a Test Model for the Tumorigenic Potential of Contraceptive Steroids "A Short Review". *Contraception* 1979;20:237-256
- 137.Fajobi A. Community-based Distribution Projects in Nigeria. In: Bouzidi M and Korte R. *Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s*. London 1990
- 138.Fathalla M. Impact of Family Planning on Health in: Senanayake P, Kleinmann R (ed.). *Family Planning: Meeting Challenges, Promoting Choices*. New York 1993
- 139.Fathalla MF et al. Preface. Women's Health in the Third World. The Impact of Unwanted Pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1989; Suppl. 3: ix-x
- 140.Fathalla MF. The Challenges of Safe Mothehood in: Wallace H, Kanti Giri MBBS. *Health Care of Women and Children in Developing Countries* Oakland, Ca, 1990
- 141.Faulkner W, Ory HW. Intrauterin Devices and Acute Pelvic Inflammatory Disease. *JAMA* 1976; 235: 1851-1853
- 142.Fauveau V et al. Maternal Tetanus: Magnitude, Epidemiology and Potential Control Measures. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1993; 40:3-12

143. Ferguson A. Family Planning Adoption, Change and Discontinuation: A Retrospective Study from two Rural Areas of Kenya. GTZ, Nairobi 1991
144. Ferguson AG. Fertility and Contraceptive Adoption and Discontinuation in Rural Kenya. *Studies in Family Planning* 1992;23,4; 257-267
145. Fisher et al. Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study. The Population Council. New York, 1992
146. Flick U. Annäherung an das Fremde. Perspektiven und Probleme quantitativer Methoden in der ethnomedizinischen Forschung. *Curare* 1986;9:195-204
147. Folch-Lyon E and Trost JF. Conducting Focus Group Sessions. *Studies in Family Planning*. 1981; 12,12: 443-448
148. Folch-Lyon E, de la Macorra L and Schearer SB. Focus Group and Survey Research on Family Planning in Mexico. *Studies in Family Planning* 1981; 12: 409-432
149. Foly A Meeting the Needs of Rural Women. *People* 1986; 13,3: 11-13
150. Foreit JR. Reaching More Users: More Methods, More Outlets, More Promotion in: Seidman M, Horn MC (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*. New York 1991:215-232
151. Fortney J A. The Importance of Family Planning in Reducing Maternal Mortality. *Stud. in Family Planning* 1987; 18,2:109-114
152. Fortney JA et al. Reproductive Mortality in Two Developing Countries. *American Journal of Public Health*. 1986; 76: 134-138
153. Fotherby K. The Progesteron-only-pill. In Filshie M, Guillebaud J (eds): *Contraception-Science and Practice*. Butterworths, London 1989
154. Frank O. The Demand for Fertility Control in sub-Saharan Africa; *Studies in Family Planning* 1987;18,4:181-201
155. Fraser IS. Systemic hormonal contraception by non-oral routes. In Filshie M, Guillebaud J (eds): *Contraception-Science and Practice*. Butterworths, London 1989
156. Free MJ et al. An Assessment of Burst Strength Distribution Data for Monitoring Quality of Condom Stocks in Developing Countries. *Contraception* 1986;33:285-299
157. Freedman L, Maine D. Women's Mortality: A Legacy of Neglect in: Koblinsky M, Timyan J, Gay J. *The Health of Women. A global Perspective*. Westview Press, Boulder, San Francisco, & Oxford 1993
158. Freedman R and Berelson B. The Record of Family Planning Programs. *Studies in Family Planning* 1976; 7,1: 1-40
159. Friedman H. *Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health*. WHO, Geneva 1993
160. Friedrichs J. *Methoden empirischer Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen 1980 p288
161. Gallen MA, Lettenmaier C. Counseling Makes a Difference. *Population Reports* 1987; J, 35
162. Gambanga J. Evangelista's work brings 'a sense of belonging'. *People* 1991;18,2 16-18
163. Gasharankwanzi W et al. Aspects Socio-Culturels des Grossesses Non-Désirées. Des Jeunes Filles Rwandaises dans la Préfecture de Butare. ONAPO/GTZ, Rwanda 1989
164. Germain A. The Christopher Tietze International Symposium: An Overview. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1989; Suppl. 3: 1-8
165. Gerstman B et al. Oral Contraceptive Estrogen Dose and the Risk of Deep Venous Thrombembolic Disease. *American Journal of Epidemiologie* 1991;133:32-36
166. Gille H. The World Fertility Survey: Policy Implications for Developing Countries. *International Family Planning Perspectives* 1985; 11,1:9-17

167. Gilson L et al. Community Satisfaction with Primary Health Care Services: An Evaluation Undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. *Soc. Sci. Med.* 1994; 39: 767-780
168. Gilson L. Management and Health Care Reform in Sub-Saharan Africa. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40: 695-710
169. Giridhar G. Strategic Interventions to Enhance Quality of Services in: Jain AK. *Managing Quality of Care in Population Programs.* Kumarian Press 1992
170. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago 1967
171. Goldman L. Changing Physicians' Behavior. The Pot and the Kettle. *The New England Journal of Medicine* 1990; 322,21:1524-1525
172. Goldzieher JW et al. Nervousness and Depression Attributed to Oral Contraceptives: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1971;111: 1013-1020
173. Goldzieher JW. Are Low-Dose Oral Contraceptives Safer and Better? *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994; 171:587-590
174. Görgen H et al. *The District Health System. Experiences and Prospects for Africa.* GTZ, Health, Nutrition, Nutrition Division. Eschborn 1994
175. Görgen R, Diesfeld HJ. Working Paper on Adolescents, Sexuality and Family Planning for the Submission to the 2<sup>nd</sup> International Conference on Population and Development 1994 in Cairo in: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.): *Entwicklungspolitik Materialien Nr. 90. Bevölkerungspolitik und Entwicklung.* Bonn 1994
176. Görgen R. Approche IEC à L'Intention de Groupe-Cibles (Jeunes, Hommes, Femmes). Recherches sur les groupes focalisés. In: Bouzidi M, Görgen H, Turkson R. *Approches de Planification Familiale en Afrique. Bilan et Perspectives.* IPPF, GTZ. Londres 1992
177. Görgen R. *Förderung des nationalen Familienplanungsprogramms in Ruanda.* Frankfurt 1985
178. Gray RH et al. Risk of Ovulation during Lactation. *The Lancet* 1990; 335:15-29
179. Green E. A Consumer Intercept Study of Oral Contraceptive Users in the Dominican Republic. *Studies in Family Planning* 1988;19,2: 109-117
180. Greenwood AM et al. A Prospective Survey of the Outcome of Pregnancy in a Rural Area of The Gambia. *Bulletin of the World Health Organization* 1987; 65,5: 635-643
181. GTZ - Cameroun: PFK Nr 23: Verbesserung der Primären Gesundheitsversorgung, 1991
182. GTZ - Cameroun: PFK Nr 28: Verbesserung der Primären Gesundheitsversorgung, 1995a
183. GTZ / ITHÖG, Indicators for District Health-Systems. Joint working group of GTZ and ITHÖG. Eschborn 1989
184. GTZ, Responding to AIDS in the developing world: The GTZ contribution. Cameroon. Frankfurt 1995b
185. GTZ/MSP *Projet santé sexuelle des jeunes et des adolescents.* Dschang 1995
186. Hammerslough CR. Characteristics of Women who Stop Using Contraceptives. *Family Planning Perspectives* 1984; 16,1: 14-18
187. Hammerstein J. Gegenwärtiger Stand des Tumorrisikos bei der hormonalen Kontrazeption. *Deutsche Medizinische Wochenschau* 1987;112:897-899
188. Hammerstein J. Grundsätzliche Betrachtungen zur Wahl der Methode bei Mann und Frau. *Gynäkologie* 1984;17:156-174
189. Hankinson et al. A Qualitative Assessment of Oral Contraceptive Use and Risk of Ovarian Cancer. *Obstetrics and Gynecology* 1992; 80:708-714
190. Hansen S. Absorbing a Rapidly Growing Labor Force. in: Acsadi GTF, Johnson-Acsadi G, Bularao R A (ed.). *Population Growth and Reproduction in sub-Saharan Africa* Washington DC 1990

191. Hardee K, Gould BJ. A Process for Quality Improvement in Family Planning Services. *International Family Planning Perspectives* 1993; 19,4: 147-152
192. Harrington JA. *Nutritional Stress and Economic Responsibility: A Study of Nigerian Women in: Buvinic et al. Women and Poverty in the Third World.* London 1983
193. Harrison KA. Child-bearing, Health and Social Priorities: A Survey of 22774 Consecutive Hospital Births in Zaria, Northern Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1985;92: 1-119
194. Hart RH et al. Integrating maternal and child health services with primary health care. Practical consideration WHO 1990
195. Harvey PD. The Impact of Condom Prices on Sales in Sozial Marketing Programs. *Studies in Family Planning* 1994; 25,1: 52-58
196. Hassan EO et al. The Acceptability of Norplant in Egypt. *Advances in Contraception* 1992,8:330-347
197. Hassan EO. The Role of Standards and Guidelines in Quality of Care in: Senanayake P, Kleinmann R (ed.). *Family Planning: Meeting Challenges, Promoting Choices.* New York 1993
198. Hauser JA. *Bevölkerungs- und Umweltprobleme der Dritten Welt. Band I und II,* Bern, Stuttgart, 1990
199. Heidegger M. *Demographische und soziale Wirkungen von Familienplanung.* Frankfurt am Main, 1980
200. Heinrichs J. *Familienplanung international.* Braunschweig 1991
201. Hermalin A. The Relation of Fertility Desires to Contraceptive use: Interpretation of Changes over Time and Place. *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes.* Population Studies, No.87, United Nations, New York, 1985
202. Hill A. Population Conditions in Mainland Sub-Saharan Africa in: Acsadi GTF, Johnson-Acsadi G, Bularao R A (ed.). *Population Growth and Reproduction in sub-Saharan Africa* Washington DC 1990
203. Hillard. PJA. The Patient's Reaction to Side Effects of Oral Contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;161:1412-1415
204. Hillebrand E, Mehler A. Kamerun. in: Nohlen D, Nuschler F. *Handbuch der Dritten Welt.* Bonn 1993, 444-460
205. Himes NE. *Medical History of Contraception* Gamut Press, Inc. New York 1963
206. Ho T J. Population Growth and Agricultural Productivity in: Acsadi GTF, Johnson-Acsadi G, Bularao R A (ed.). *Population Growth and Reproduction in sub-Saharan Africa* Washington DC 1990
207. Hopf C Weingarten E (ed.). *Qualitative Sozialforschung.* Stuttgart 1979
208. Huevo C Diaz S. Quality of Care in Family Planning: Clients' rights and Providers' needs in: Senanayake P, Kleinmann R (ed.). *Family Planning: Meeting Challenges, Promoting Choices.* New York 1993a
209. Huevo C, Diaz S. Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs in: *Advances in Contraception* 1993; 9:129-139b
210. Huevo CM, Briggs C. *Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning.* International Planned Parenthood Federation. London 1992
211. Huggins GR, Zucker PK. Oral Contraceptives and Neoplasia: 1987 Update. *Fertility and Sterility* 1987; 47,5: 733-761
212. Hull VJ. Women, doctors, and family health care: Some lessons from rural Java. *Studies in Family Planning* 1975; 6,5:134-140
213. Huntington D and Schuler SR. The Simulated Client Method: Evaluating Client-Provider Interactions in Family Planning Clinics. *Studies in Family Planning* 1993; 24,3: 187-193
214. Huntington D, Lettenmaier C, Obeng-Quaidoo I. User's Perspective of Counseling Training in Ghana: The "Mystery Client" Trial. *Studies in Family Planning* 1990; 21,3: 171-177

215. Ickis JC. Quality of Family Planning Services in Latin America: Regional Overview in: Jain AK. Managing Quality of Care in Population Programs. Kumarian Press 1992
216. Inter-African Committee. Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children. Newsletter No. 8, Geneva 1989
217. INTRAH. L'abolition der barrières médicales dans des services de planification familiale. INTRAH, Chapel Hill 1994
218. IPPF. Reproductive Rights. People 1990; 17,4
219. IPPF: IPPF in Africa. Grassroots Network for Family Planning Services. London
220. Isaacs SL et al. Population Policy. A Manual for Policymakers and Planners. Washington DC, 1991
221. Isenalumbe AE. Integration of Traditional Birth Attendants into Primary Health Care. World Health Forum 1990;11:192-197
222. Jain A. Implementing the ICPD's Message. Studies in Family Planning 1995; 26,5: 296-298
223. Jain A, Bruce J, Mensch B. Setting Standards of Quality in Family Planning Programs. Studies in Family Planning 1992; 23,6:392-395
224. Jain AK. Conclusion: Recommended Next Steps in: Jain AK. Managing Quality of Care in Population Programs. Kumarian Press 1992
225. Jain AK. Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services. Studies in Family Planning 1989;20,1: 1-16
226. Janowitz B. et al. Impact of Social Marketing on Contraceptive Prevalence and Cost in Honduras. Studies in Family Planning 1992;23,2: 110-117
227. Jejeebhoy S. Measuring Contraceptive Use-Failure and Continuation: An Overview of New Approaches in: United Nations. Measuring the Dynamics of Contraceptive Use. Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Measuring the Dynamics of Contraceptive Use, New York, 1988. New York 1991
228. Jenkins CD. Assessment of Outcomes of Health Intervention. Soc. Sci. Med. 1992;35,4:367-375
229. Jensen ER. Cost-Effectiveness and Financial Sustainability in Family Planning Operations Research in: Seidman M, Horn M C (ed.). Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better. New York 1991:297-313
230. Jick H. et al. Risk of Idiopathic Cardiovascular Death and Nonfatal venous Thromboembolism in Women Using Oral Contraceptives with Different Progestagen Components. Lancet 1995;345: 1589-1593
231. Joshi et al. A Study of Interaction of Low-Dose Combination Oral Contraceptive with Anti-Tubercular Drugs. Contraception 1980a; 21: 617-629
232. Joshi et al. A Study of Interaction of Low-Dose Combination Oral Contraceptive with Ampicillin and Metronidazole Contraception 1980b; 22:643-650
233. Jütte R. Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart. Beck'sche Reihe München 1993
234. Kannel WB. Oral Contraceptive Hypertension and Thromboembolism. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1979;16:466-472
235. Kassirer JP. The Quality of Care and the Quality of Measurement. The New England Journal of Medicine 1993; 329,17: 1263-65
236. Kasule J et al. Norplant in Zimbabwe: Preliminary Report. Central African Journal of Medicine 1992;38,8: 321-324
237. Kaufmann DW et al. The Effect of Different Types of Intrauterin Devices on the Risk of Pelvic Inflammatory Disease. JAMA 1983; 250: 759-762
238. Kaunitz AM et al. Perinatal and Maternal Mortality in a Religious Group Avoiding Obstetric Care. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1984; 150: 826-830
239. Keller et al. The Impact of Organization of Family Planning Clinics on Waiting Time. Studies in Family Planning 1975, 6,5:134-140

240. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method. *Contraception* 1989; 39: 477-496
241. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive Efficacy of Lactational Amenorrhoea. *The Lancet* 1992; 339:227-229
242. Kenya Demographic and Health Survey 1989. National Council for Population and Development Ministry of Home Affairs and National Heritage. Nairobi, Kenya and Institute for Resource Development, Macro Systems, Inc. Columbia, Md. 1989
243. Kenya PR. Oral Contraceptives Use and Liver Tumours: A Review. *East African Medical Journal* 1990; 67,3 146-153
244. Ketting E et al. (ed.). *Caring for Quality, Dialogue, Challenges, Overview, Responses*. IPPF London, 1994
245. Khan AR et al. Induced Abortion in a Rural Area of Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1986;17,2: 95-99
246. Kifle B. Training Health Workers. Ethiopia in: *Meeting the needs for Training*. IPPF Africa Link 1988; 2,2
247. Kim Y-M. et al. Improving the Quality of Service Delivery in Nigeria. *Studies in Family Planning* 1992; 23, 2: 118-127
248. King M. Health is a Sustainable State. *The Lancet* 1990; 9,15:664-667
249. Kirk ME. Tumorigenic Aspects. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1979;16:473-478
250. Kirkwood BR. Sampling Methods in: Kirkwood BR. *Essentials of Medical Statistics*. Blackwell Scientific Public 1989
251. Kleinman RL Condom Use and Aids Prevention in a Family Planning Project in Rwanda. *IPPF Medical Bulletin*. Vol 26, 3, Juni 1992
252. Knaus H. Die periodische Frucht- und Unfruchtbarkeit des Weibes. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1933;57:1393-1408
253. Knaus H. Eine neue Methode zur Bestimmung des Ovulationstermines. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1929;53: 2193-2202
254. Koenig MA et al. Trends in Family Size Preferences and Contraceptive Use in Matlab, Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1987; 18,3: 117-127
255. Kols AJ et al. Community-Based Health and Family Planning. *Population Reports, Series L, No.3, 1982*
256. Konaté DL, Sinaré T, Seroussi M. *Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 1993*. Institut National de la Statistique et de la Démographie Ouagadougou, Burkina Faso 1994
257. Korte R, Keim R, Osinski P. *Family Planning Strategies in the 1980s*. Eschborn, 1983
258. Kpade EC. From Plastic Pelvis to Television in: *Meeting the needs for Training*. IPPF Africa Link 1988; 2,2
259. Krueger, RA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage Publications, Inc. London, 1994
260. Kruse K. Wer ist zuviel auf der Erde? in: *Zeit-Schriften*. Ein Gipfel für die Erde. Nach Rio: Die Zukunft des Planeten *Zeit Magazin*. 1992;1:23-28
261. Külker R. *Rapport du Contrôle d'avancement du Projet, "Germano - Camerounais d'appui au planning familiale" au Cameroun*. Heidelberg 1995.
262. Künzel W. The Birth Survey in Germany - Education and Quality Control in Perinatology. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 1994; 54,1: 13-20
263. Künzel W. Nationale und internationale Organisationen für Entwicklungszusammenarbeit. *Der Gynäkologe* 1997; 30: 911-917
264. Kushwaha SS. Kommunikationsaspekte der Familienplanung im ländlichen Indien. Eine Fallstudie in Nordindien. Saarbrücken, Fort Lauderdale 1979
265. Kwansa E. Reaching men: The Ghanaian Experience. In: Bouzidi M and Korte R. *Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s*. London 1990

- 266.Kwast BE et al. Epidemiology of Maternal Mortality in Addis Ababa: A Community Based Study. *Ethiopian Medical Journal* 1985;23,7:7-16
- 267.Lacoh T. La Fécondité en Afrique Noire. *Population et Société* 1985;188:
- 268.Ladipo OA et al. Family Planning in Traditional Markets in Nigeria. *Studies in Family Planning* 1990;21,6:311-321
- 269.Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung Bd. 1 Methodologie*. München u. Weinheim 1981
- 270.Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung Bd. 2 Methoden und Techniken*. München u. Weinheim 1981
- 271.Lapham RJ and Mauldin WP. Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs. *Studies in Family Planning* 1985; 16,3: 117-137
- 272.Lapham RJ, Mauldin WP. Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs. *Studies in Family Planning* 1985; 16,3: 117-137
- 273.Lapham RJ, Simmons GB (eds). *Organising for effective family planning programs*. National Academy Press, Washington, 1987
- 274.Lauro D et al. Demonstrating Demand for Family Planning: Creating a supportive Environment through Operations Research in: Seidman M, Horn M C (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*. New York 1991:199-214
- 275.Leke RJI. Commentary on Unwanted Pregnancy and Abortion Complications in Cameroun. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1989, Suppl. 3:33-35
- 276.León FR et al. The Reliability of Simulated Clients' Quality-of Care Ratings. *Studies in Family Planning* 1994;25,3:185-190
- 277.Lerberghe et al. Quality of Health Care Provision in Africa Through the Bamako Initiative: Problems and Strategies. UNICEF, New York 1993
- 278.Lesetedi et al. Botswana Family Health Survey II 1988, Gaborone, Botswana, Columbia, Maryland 1989
- 279.Lesthaeghe R. Production and Reproduction in Sub-Saharan Africa: An Overview of Organizing Principles in: Lesthaeghe R. *Production and Reproduction in Sub-Saharan Africa*. London, 1989
- 280.Lettenmaier C and Gallen ME. Why Counseling Counts! *Population Reports*. Series J No. 36 1987
- 281.Liberi D. The Challenge of the Nineties: Family Planning Directions and the Role of Operations Research in: Seidman M, Horn M C (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*. New York 1991:183-192
- 282.Lienou P. Evolution du planning Familial à Yaounde. *Service de gynécologie*. CUSS 1975-1985. These de doctorat. Yaounde 1987
- 283.Lightbourne RE, MacDonald AL. Family Size Preferences. *Comparative Studies*. Cross National Summaries. Voorburg 1983
- 284.Lipton H et al. Transaction with Clients: Suggestions for Research, Training, and Action. In: Lapham RJ, Simmons GB (ed.) *Organising for Effective Family Planning Programs*. Washington DC, 1987 p499-520 p499/p517
- 285.Lipton HL et al. Client-Provider Transactions: An Introduction and Conceptual Overview in: Lapham RJ, Simmons GB (ed.) *Organising for Effective Family Planning Programs*. Washington DC, 1987:415-433
- 286.Lloyd CB. Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 1994; 201: 194-199
- 287.Loffler FD et Pent D. Pregnancy after Laparoscopic Sterilization *Obstetrics and Gynecology* 1980; 5:643-648
- 288.Lucas D. Fertility and Family Planning in Southern and Central Africa. *Studies in Family Planning* 1992; 23,3: 145-158
- 289.Lynam P et al. Using Self-assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services. *Studies in Family Planning* 1993, 24, 4:252-260

290. Maguire ES et al. The Delivery and Use of Contraceptive Services in Rural Tunisia. *International Family Planning Perspectives* 1982; 8,3 96-115
291. Maguire P. *Doing Participatory Research: A Feminist approach*. USA 1987
292. Mahler H. La planification familiale au service du développement. *Chronique OMS* 1984; 38,6: 247-250
293. Mahler H. The safe motherhood initiative: A call to action. *Lancet* 1987,1: 668-670
294. Maier et al. *Assessment of the District Health System Using Qualitative Methods*. GTZ, ITHÖG, Macmillian Press, London 1994
295. Mainet G. Le rôle de la femme dans L'économie urbaine à Douala. Exemples du quartier Akwa et de la «Zone Nylon». Barbier J-C. *Femmes du Cameroun. Mères pacifiques, femmes rebelles*. Orstom, Karthala, Paris 1985
296. Malthus, TR. *Eine Abhandlung über das Bevölkerungsgesetz*. Aus dem englischen Original, und zwar nach der Ausgabe letzter Hand (6. Auflage 1826). Verlag von Gustav Fischer, Jena 1924
297. Mandara NA. Overview of Experiences in African FPAs in the Field of Community-Based Distribution (CBS). in: Bouzidi M, Fischer C (eds.) *Community-Based Family Planning Services in Africa. The Programme Managers Perspective IPPF*, GTZ, Eschborn 1991
298. Martey JO et al. Clinical Evaluation of Norplant in Kumasi, Ghana. *East African Medical Journal* 1995; 72,6: 381-385
299. Martinez-Manautou et al. Daily Progesteron for Contraception: A Clinical Study. *British Medical Journal* 1967; 2: 730-732
300. Mashalaba NN. Commentary on the Causes and Consequences of Unwanted Pregnancy from an African Perspective. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1989; Suppl. 3:15-19
301. Mauldin WP, Berelson B. Condition of Fertility Decline in Developing Countries, 1965-75. *Studies in Family Planning* 1978; 9,5: 89-147
302. Mauldin WP, Choucri N, Notestein FW, Teitelbaum M. A Report on Bucharest. *Studies in Family Planning* 1974; 5,12: 357-395
303. Mauldin WP, Ross JA. Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-89. *Studies in Family Planning*; 1991; 22,6: 350-367
304. Mauldin WP. et al. Direct and Judgmental Measures of Family Planning Program Inputs. *Studies in Family Planning* 1995; 26,5:287-295
305. May J. A new wave of population policies. *People* 1991;18, 1:7-8
306. Mbacké C. Family Planning Programs and Fertility Transition in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 1994;20,1:188-193
307. McGinn T et al. Family Planning in Burkina Faso: Results of a Survey. *Studies in Family Planning* 1989; 20,6: 325-331
308. McLean et al. *Femal Circumcision, Excision amd Infibulation: The Fact and Proposals for Change Minority Rights Group Report No. 47*. London 1985
309. McPake B. User Charges for Health Services in Developing Countries: A Review of the Economic Literature. *Social Science and Medicine* 1993; 36,11: 1397-1405
310. Meade TW. Effects of Progestogens on the Cardiovascular System. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1982; 142: 776-780
311. Meadows D et al. *Die neuen Grenzen der Wachstums*. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart, 1992
312. Meadows D. *Die Grenzen des Wachstums*. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit. Stuttgart 1972
313. Mernissi F. Obstacles to Family Planning Practice in Urban Marocco. *Studies in Familiy Planning* 1975; 6,12:418-425

314. Mensah K. Premiere Cours de Gestion des Programmes de Distribution a Base Communautaire. Rapport Final. CEFA, CAFS, IPPF, Cotonou 1994
315. Mensch B et al. Using Situation Analysis Data to Assess the Functioning of Family Planning Clinics in Nigeria, Tanzania, and Zimbabwe. *Studies in Family Planning* 1994; 25,1:18-31
316. Mensch B. Quality of Care: A neglected Dimension in: Koblinsky M, Timyan J, Gay J. *The Health of Women. A global Perspective*. Westview Press, Boulder, San Francisco, & Oxford 1993
317. Mertens H. Das Bevölkerungsproblem als Indikator ungleicher Entwicklung in: Nohlen D, Nuschler F. *Handbuch der Dritten Welt*. Verlag J.H.W. Dietz Nachf. Bonn 1992
318. Mernissi F. Obstacles to Family Planning Practice in Urban Morocco. *Studies in Family Planning* 1975; 6,12: 418-425
319. Mesarovic M, Prestel E. *Menschheit am Wendepunkt. 2. Bericht an den Club of Rome zur Weltlage*. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart 1974
320. Meyns P. Hunger und Ernährung in: Nohlen D, Nuschler F. *Handbuch der Dritten Welt*. Verlag J.H.W. Dietz Nachf. Bonn 1992
321. Michler W. *Weißbuch Afrika*. Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH Bonn 1991
322. Miller RA et al. Situation Analysis Study of Kenya's Family Planning Program in: Jain AK. *Managing Quality of Care in Population Programs*. Kumarian Press 1992
323. Miller RA, Ndhlovu L, Gachara MM. *A Situation Analysis of the Family Planning Program of Kenya: The Availability, Functioning, and Quality of MOH Services*. Nairobi, Kenya, Ministry of Health, Division of Family Health, 1989
324. Mishell AR. Intrauterin Devices: Medicated and Nonmedicated. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1979; 16: 482-487
325. Mitchell et al. Client-Provider Transactions in Commercial Distribution Systems. In: Lapham RJ, Simmons GB (eds). *Organising for effective family planning programs*. National Academy Press, Washington, 1987 p499
326. Moerman ML. Growth of the Birth Canal in Adolescent Girls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1982;143,5: 528-532
327. Molnos A. *Cultural Source Materials for Population Planning in East Africa*. East African Publishing House. Nairobi 1972
328. MOPH. *Cameroon Baseline Audience Survey 1991*. Child Spacing Promotion Project. MOPH/DFMH JHU/PCS Yaounde 1991
329. Moukoko P. *Cameroon. La Transition dans l'impasse L'Harmattan* 1994
330. Moreno L, Goldman N. Contraceptive Failure Rates in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. *International Family Planning Perspectives*, 1991; 17,2: 44-49
331. MSP. *Protocoles des Services de Planification Familiale*. Ministère de la Santé Publique, Direction de la Santé. République du Cameroun 1993
332. MSP/DSFM USAID/INTRAH. *Curriculum national de Formation en PF clinique de Base Cameroun* 1994
333. Muindi FN. *The Safety of Community Based Distribution of Oral Contraceptives in Rural Kenya*. Dissertation Nairobi 1991/1992
334. Mundigo AI et al. Determinants of Contraceptive Use Dynamics: Research Needs on Decision and Choice in: Amy Ong Tsui et Herbertson MA (eds.) *Dynamics of Contraceptive Use*. Journal of Biosocial Science Supplement No.11 Cambridge 1989
335. Münz R, Ulrich R. *Bevölkerungswachstum und Familienplanung in Entwicklungsländern*. Demographie aktuell. Vorträge - Aufsätze - Forschungsberichte Nr. 4. Berlin, 1994
336. Nachtigal G. *Community-based Approach in Tanzania*. In: Bouzidi M and Korte R. *Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s*. London 1990

337. Nasah BT et al. The Risk Approach for Reducing Maternal Mortality. The Yaounde Experience. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1991; 36: 195-201
338. Nazzar et al. Developing a Culturally Appropriate Family Planning Program for the Navrongo Experiment. *Studies in Family Planning* 1995;26,6:307-324
339. Ndiaye S, Sarr I et Ayad M. Enquête Démographique et de Santé au Sénégal. Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie et Institute for Resource Development, Westinghouse 1988
340. Netter A, Rozenbaum H. Histoire Illustrée de la Contraception de l'Antiquité à nos Jours. Les éditions Roger Dacosta. Paris 1995
341. Niebuhr B. Community-Based Family Planning Services (CBS) in: Working papers for submission to the "International Conference on Population and Development 1994 in Cairo". BMZ, Bonn 1994
342. Niebuhr B: Family Planning and AIDS Prevention. In: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.): Entwicklungspolitik Materialien Nr. 90. Bevölkerungspolitik und Entwicklung. Bonn 1994
343. Nissack FM. Programme Planning Familial. Projet Germano-Camerounais pour le Renforcement des Soins de Santé Primaires. GTZ/ République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique. Yaounde 1993
344. Njifakue I, Ngaleu P. Programme Planning Familial. Projet Germano-Camerounais pour Renforcement des Soins de Santé Primaires. GTZ/MSP Yaounde 1993
345. Nkwate C, Samaniego C, Sonkwa JP. Notion Generales sur la Reorientation des Soins de Santé Primaires au Cameroun. Ministère de la Santé Publique. Délégation Provinciale du Littoral. Douala 1995
346. Noerpramana NP. A Cohort Study of Norplant: Side-effects and Acceptance. *Advances in Contraception* 1995; 11:97-114
347. Nsofor BI et al. Mycoplasmas among clients attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1990; 33:65-67
348. Ntoke ME. The Knowledge, Attitude and Practice of Contraception in a semi-urban Community of Cameroon. The Case of Tiko-Subdivision. Thesis of Doktorat. Yaounde 1992
349. Ntone-Netone F. Le livre de Base du Personnel de l'Hôpital de District de Bonassama. Ministère de la Santé Publique 1995
350. Nuscheler F. Wie viele Menschen sind zuviel? in: Nuscheler F, Furlinger E. Weniger Menschen durch weniger Armut? Bevölkerungswachstum-globale Krise und ethische Herausforderung. Salzburg-München, 1994
351. Ogino K. Über den Kontrazeptionstermin des Weibes und seine Anwendung in der Praxis. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1932;32:721-732
352. Omran AR. Family Formation Patterns and Health: A Review of the African Evidence in: Omran AR. *Family Planning for Health in Africa*. Carolina Population Centre. Chapel Hill 1984
353. Omu AE et al. Adolescent Induced Abortion in Benin City, Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1981;19:495-499
354. ONAPO/GTZ Abandon de la Planification Familiale a Butare. Kigali 1990
355. Oucho JO, Ayiemba EHO. Kenya: Many Women Know about Contraception, but Only Few Use Them in: Khanna J. (ed.). *Progress in Human Reproduction Research*. WHO 1991; 18 1,7
356. Oyediran MA. The Importance of Training and Supervision in Quality Care in: Senanayake P, Kleinmann R (ed.). *Family Planning: Meeting Challenges, Promoting Choices*. New York 1993
357. Pariani S et al. Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use? Evidence from East Java. *Studies in Family Planning* 22,6 1991: 384-390
358. Paxmann J M. Law and Planned Parenthood. IPPF, London 1980
359. People wallchart, People 1990;17,4

- 360.Perea JGF et al. Mexico: Better Services and Information mean Higher Contraceptive Use in: Khanna J. (ed.). Progress in Human Reproduction Research. WHO 1991; 19:3
- 361.Perquis P. Fistules vésico-vaginales obstétricales en Afriques noire. *Medecine Tropicale* 1971; 31: 1-9
- 362.Peterson HB et al. Death Attributable to Tubal Sterilisation in the United States, 1977 to 1981. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1983; 146:131-136
- 363.Phillips et al. Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1988;19,6:313-334
- 364.Phillips JF. et al. Transferring Health and Family Planning Services Innovations to the Public Sector: An Experiment in Organisation Development in Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1984; 15,2: 63-73
- 365.Picouet N, Jones N. A new wave of understanding. *People* 1986; 13,3:3-6
- 366.Pizurki H et al. Women as providers of Health Care WHO 1987
- 367.Population Reports 1987; Ser. J, No. 35, Nov.
- 368.Potts M, Anderson R, Boily M-C. Slowing the Spread of Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries. *The Lancet* 1991; 338,7: 608-613
- 369.Potts M. Perspectives on Fertility Control. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1979;16:449-445
- 370.Preston SN. A Report of a Collaborative Dose-Response Clinical Study Using Decreasing Doses of Combination Oral Contraceptives. *Contraception* 1972;6:17-35
- 371.Primary health care, International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata,6-12 September 1978. New York, WHO,1978,49p
- 372.Program of Action of the 1994 International Conference on Population and Development (Chapters I-VIII). *Population and Development Review* 1995; 21,1: 187-213
- 373.Program of Action of the 1994 International Conference on Population and Development (Chapters I-VIII). *Population and Development Review* 1995;21,1:187-213
- 374.Rabe T. Gynäkologie und Geburtshilfe. VCH Weinheim 1990
- 375.Rahman M et al. Contraceptive Distribution in Bangladesh: Some Lessons Learned. *Studies in Family Planning* 1980;11: 191-200
- 376.Razum O. Improving Service Quality Through Action Research, as applied in the Expanded Programme on Immunization. *Medizin in Entwicklungsländern*; Bd. 38. Peter Lang GmbH. Frankfurt am Main 1994
- 377.Repetto R. Correlates of Field-worker Performance in the Indonesian Family Planning Program: A Test of the Homophily-Heterophily Hypothesis. *Studies in Family Planning* 1977; 8: 19-21
- 378.Riddle J M. Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance. London 1992
- 379.Riedlberger I. The Role of Man in Family Planning. Working Paper for the Submission to the „International Conference on Population and Development 1994 in Cairo“ Bonn 1994
- 380.Rifkin SB. Community Participation in Maternal and Child Health. Family Planning Programmes. WHO. Geneva, 1990
- 381.Riley J. Getting The Most From Your Data. Technical and Educational Services Ltd. Bristol, Worcester1990
- 382.Rioux JE. Sterilisation of Women: Benefits vs Risks. *International Journal of Gynaecology* 1979; 16:488-492
- 383.Robertson W H. An illustrated History of Contraception. The Panthenon Publishing Group. New Jersey 1990
- 384.Robey B, Piotrow PT, Salter C. Family Planning Lessons and Challenges. Making Programs work. *Population Reports, Series J, No. 40*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, August 1994

- 385.Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care. WHO Offset Publication No. 105. Geneva, 1988 p5
- 386.Romo I. Reaching Young People: The Mexico Experience. In: Bouzidi M and Korte R. Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s. London 1990
- 387.Rooney C. Soins prénatal et Santé maternelle: Etude d'efficacité. WHO, Geneva, 1992
- 388.Rosenfield A, Maine D, Gorosh ME. Nonclinical Distribution of the Pill in the Developing World. International Family Planning Perspectives, 1980; 6,4: 130-136
- 389.Rosenfield A, Maine D. Maternal Mortality - A Neglected Tragedy. Where is the M in MCH? Lancet, 1985; 13: 83-85
- 390.Rosenfield A, Maine D. Maternal Mortality in Third World. The Lancet 1987; 21:691
- 391.Rosenfield A. Medical Supervision for Contraception. Too Little or Too Much? International Journal of Gynecology and Obstetrics 1977; 15: 105-110
- 392.Rosny de E. Heilkunst in Afrika. Peter Hammer Verlag GmbH, Wuppertal 1994
- 393.Ross J, Lauro DJ, Wray JD, Rosenfield AG. Community-based distribution. In: Lapham RJ, Simmons GB (eds). Organising for effective family planning programs. National Academy Press, Washington, 1987
- 394.Ross JA, Frankenberg E. Findings from Two Decades of Family Planning Research. The Population Council, New York 1993
- 395.Rothman KJ. Fetal Loss, Twinning and Birth Weight After Oral-Contraceptive Use. New England Journal of Medicine 1977; 297: 468-471
- 396.Rötzer J. Erweiterte Basaltemperaturmessungen und Empfängnisregelung. Archiv für Gynäkologie 1968; 206:195-214
- 397.Roudi N. Population policies for Africa: a 1991 scorecard. People 1991; 18,1
- 398.Royston E, Armstrong S La prévention des décès maternels; Genève, 1990
- 399.Rutenberg N et al. Demographic and Health Surveys. Comparative Studies No.6 Knowledge and Use Of Contraception. Columbia, Maryland, 1991
- 400.Rutstein SO. Infant and Child Mortality: Levels, Trends and Demographic Differentials. Voorburg, 1983
- 401.Sadik N. Family Planning: Impact on the Individual and the Family in: Senanayake P, Kleinmann R (ed.). Family Planning: Meeting Challenges, Promoting Choices. New York, 1993
- 402.Sadik N. National Perspectives on Population and Development. Synthesis of 168 National Reports Prepared for the International Conference on Population and Development, 1994. UNFPA 1995
- 403.Sai FT. Africa 2000: Looking at Development Afresh. People 1992;19,2:32-34
- 404.Sai FT. Defining Family Health Needs, Standards of Care and Priorities. IPPF, Hertford, 1977
- 405.Sai FT. Planification Familiale et Soins de Santé Maternelle: un Objectif commun. Forum Mondiale de la Santé 1987;7,4:335-345
- 406.Samba D. Situation actuelle et perspectives en matière de planification familiale en Afrique noire in: Bouzidi M, Goergen H, Turkson R. Approches de Planification Familiale en Afrique; London 1992
- 407.Schmidt-Ehry G. Maternity Hospital at BÈ, Lomé. In: Bouzidi M and Korte R. Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s. London 1990
- 408.Schmidt-Ehry. How many Roles can a Primary Health Worker Serve. In Integration of Family Planning and other Special Services into Primary Health Care. GTZ, Tagaytay City 1984
- 409.Schuler SR. et al. Barriers to Effective Family Planning in Nepal. Studies in Family Planning 1985; 16: 260-270
- 410.Scrimshaw SCM, Hurtado E. Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care. University of California, Los Angeles Ca, 1987

411. Seidman M, Horn M C (ed.). Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better. New York 1991:215-232
412. Sheon A et al. Contraceptive Social Marketing in: Lapham RJ, Simmons GB (eds.) Organising for Effective Family Planning Programs. Washington DC, 1987:367-390
413. Sherris JD. et al. Contraceptive Social Marketing: Lessons from Experience. Population Reports. Series J: Family Planning Programs. 1985, 30: 773-812
414. Sihvo S, Ollola E, Hemminki E. Perceptions and Satisfaction Among Norplant Users in Finland. Acta Obstetrics and Gynecologica Scandinavica 1995; 74:441-445
415. Simmons R and Phillips JE. The Integration of Family Planning With Health and Development in: Lapham RJ, Simmons GB (eds.) Organising for Effective Family Planning Programs. Washington DC, 1987:185-210 p204
416. Simmons R et al. Beyond Supply: The Importance of Female Family Planning Workers in Rural Bangladesh. Studies in Family Planning 1988;19,1: 29-38
417. Simmons R et al. Clients Relations in South Asia: Programmatic and Societal Determinants. Studies in Family Planning 1986; 16,6: 257-268
418. Simmons R et al. Maternal-Child Health and Family Planning: User Perspectives and Constraints in Rural Bangladesh. Studies in Family Planning 1990; 21,4: 187-196
419. Simmons R, Elias C. Study of Client-Provider Interactions: Review of Methodological Issues. Studies in Family Planning 1994; 25,1: 1-17 p5/p6
420. Simmons RS, Simmons GB. Moving Towards a Higher Quality of Care: Challenges for Management in: Jain AK. Managing Quality of Care in Population Programs. Kumarian Press 1992
421. Simmons R, Simmons GB. The Task Environment of Family Planning in: Lapham RJ, Simmons GB (eds.) Organising for Effective Family Planning Programs. Washington DC, 1987:59-77
422. Singh K et al. Balance in Family Planning. World Health Forum 1989, 10:344-349
423. Sivin I. Measuring Contraceptive Efficacy and Side Effects. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1979;16:460-465
424. Skriver A. Zu viele Menschen? Die Bevölkerungskatastrophe ist vermeidbar. München, Zürich, 1986
425. Smil V. How many people can the Earth feed? Population and Development Review. Vol. 20, No.2 1994:255-291
426. Smith JB. et al. Hospital Deaths in a High Risk Obstetric Population: Karawa, Zaire. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1986; 24:225-234
427. Sombo N. et al. Enquête Démographique et de Santé Côte d'Ivoire 1994. Institut National de la Statistique. Ministère Délégué Auprès du Ministre, Chargé de l'Economie, des Finances et du Plan, Abidjan, Côte d'Ivoire 1995
428. Soulanoudjingar GM. Complication de la Contraception: Observations Cliniques et Biologiques a la Consultation D'Espacement des Naissances au C.H.U. de Yaoundé. Yaoundé 1982
429. Sozi M. Return to Africa in: Meeting the needs for Training. IPPF Africa Link 1988; 2,2
430. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Annual Technical Report WHO, Geneva, 1991
431. Standing H, Nisekka M. Sexual Behaviour in Sub-Saharan Africa - A Review and Annotated Bibliography. London, 1989
432. Starrs A. Preventing the Tragedy of Maternal Deaths. A Report on the International Safe Motherhood Conference. Nairobi, Kenya 1987
433. Statistisches Bundesamt. Länderbericht Kamerun 1992. Verlag Metzler /Poeschel 1993

434. Stewart AL. et al. Functional Status and Well-being of Patients with Chronic Conditions. Results of a Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989, 262,7: 907-913
435. Stycos JM. A Critique of Focus Group and Survey Research: The Machismo Case. *Studies in Family Planning* 1981;12,12: 450-446
436. Sujuan G et al. Effectiveness of Norplant® Implants Through Seven Years: A Large-Scale Study in China. *Contraception* 1995; 52: 99-103
437. Sung K-T. Patients' Evaluation of Family Planning Services: The Case of Inner-City Clinics. *Studies in Family Planning* 1977; 5: 130-137
438. Taubert H-D, Kuhl H. *Kontrazeption mit Hormonen*. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1995
439. Tahzib F. Vesicovaginal Fistula in Nigerian Children. *The Lancet* 1985: 1291-1293
440. Tarlov A et al. The Medical Outcome Study. An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care. *JAMA* 1989; 262,7: 925-930
441. Tatum HJ et al. Management and Outcome of Pregnancies Associated with the Copper T Intrauterin Contraceptive Device. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1976; 126:869-874
442. Taylor HC, Berelson B. Maternity Care and Family Planning as a World Program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1968; 100,7:885-893
443. Teichmann AT. *Empfängnisverhütung* Georg Thieme Verlag Stuttgart 1996
444. *The African Agenda for Action*. Washington 1990
445. Tietze C et Lewit S. Life Risks Associated with Reversible Methods of Fertility Regulation *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1979;16: 456-459
446. Tinker A, Koblinsky MA. *Vers une maternité sans risque*. Document de synthèse de la bank mondiale; 202. Banque mondiale, Washington, DC 1993
447. Townsend JW. Effective Family Planning Services Components: Global Lessons From Operations Research in: Seidman M, Horn M C (ed.). *Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better*. New York 1991:97-142
448. Traoré B et al. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987*. Bamako, Mali, Columbia USA 1989
449. Trussel J, Pebley AR. The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child and Maternal Mortality. *Studies in Family Planning* 1984; 15,6:267-279
450. UNFPA 1992 Report
451. UNFPA. *Population Issues*. Briefing Kit. 1995
452. UNFPA: *Weltbevölkerungsbericht*. Bonn, 1991
453. UNFPA: *Weltbevölkerungsbericht*. Bonn, 1992
454. UNFPA: *Weltbevölkerungsbericht*. Bonn, 1993
455. UNFPA: *Weltbevölkerungsbericht*. Bonn, 1994
456. UNICEF *Survie et Développement des Enfants au Cameroun*. Une Étude du Bureau UNICEF-Yaounde 1986
457. UNICEF. *The Bamako Initiative: Rebuilding Health Systems*. New York, 1995a
458. UNICEF. *Zur Lage der Kinder in der Welt 1995*. Frankfurt a. M. 1995b
459. Van de Walle E, Pison G, Sala-Diakanda M. Introduction in: Van de Walle E, Pison G, Sala-Diakanda M (eds). *Mortality and Society in Sub-Saharan Africa*. Clarendon Press. Oxford 1992

460. Van de Walle F, Ouaidou N. Status and Fertility Among Urban Women in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 1985;11, 2:60-64
461. Vera H. The Client's View of High-Quality Care in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning* 1993; 24,1: 40-49
462. Vernon R et al. Contraceptive Social Marketing and Community-Based Distribution Systems in Columbia. *Studies in Family Planning* 1988;19,6: 354-360
463. Vessey M et al. Efficacy of Different Contraceptive Methods. *The Lancet* 1982;2:841-842
464. Vessey MP et McPherson K. Mortality among Women Participating in the Oxford/Family Planning Association Contraceptive Study. *The Lancet* 1977; 2:731-733
465. Vuori HV. Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. *Public Health in Europe*. WHO 1982
466. Wacker et al. Geburtshilfliche Probleme in den Ländern der Dritten Welt. *Der Gynäkologe* 1997; 30: 947-954
467. Waddell AL. Achieving Reproductive Health for All. The Role of WHO., Geneva 1995
468. Walker GJA et al. Maternal Mortality in Jamaica. *The Lancet* 1986; 1:486-488
469. Warwick DP. Culture and the Management of Family Planning Programs. *Studies in Family Planning* 1988;19,1: 1-18
470. Weis P. Familienplanung in Rwanda. *Dt. Ärzteblatt* 1987; 40,1:1620-1623
471. Weis P. The Contraceptive Potential of Breastfeeding in Bangladesh. *Studies in Family Planning* 1993; 24,2: 100-108
472. Wells KB et al. The Functioning and Well-being of Depressed Patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 914-919
473. Westhoff CF, Ochoa LH. Unmet Need and the Demand for Family Planning. *Demographic and Health Surveys. Comparative Studies No. 5. Columbia* 1991
474. Westhoff CF. Reproductive Preferences: A Comparative View. *Comparative Studies No. 3. Columbia* 1991
475. Westhoff CF. Is the KAP-Gap Real. *Population and Development Review* 1988a;14,2: 225-232
476. Westhoff CF. The Potential Demand for Family Planning: A new Measure of Unmet Need and Estimates for Five Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives* 1988b; 14,2: 45-53
477. White SM et al. Emergency Obstetric Surgery Performed by Nurses in Zaire. *The Lancet* 1987; 12: 612-613
478. WHO , Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods. WHO, Geneva 1996
479. WHO Injectable Contraceptives. Their role in Family Planning care. WHO Geneva, 1990
480. WHO Safe Motherhood. Care of Mother and Baby at the Health Centre: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group WHO, Geneva, 1994 b
481. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. The First Fifteen Years: A Review. *Contraception* 1986; 34:3-33
482. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. A Cross-Cultural Study of Menstruation: Implication for contraceptive Development and Use. *Studies in Family Planning* 1981; 12,1: 3-16
483. WHO Technical Report Series. Evaluation of Family Planning in Health Services. WHO 1975
484. WHO Technical Reports Series 753. Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterin devices. WHO, Geneva 1987
485. WHO Working Group of Principles of Quality Assurance: The Principles of Quality Assurance, WHO, Copenhagen 1985
486. WHO, Safe Motherhood. Care of Mother and Baby at the Health Centre: A Practical Guide. WHO, 1994b

487. WHO, Safe Motherhood. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO, Geneva, 1994a
488. WHO. Female Sterilization: A Guide to Provision of Services. WHO, Genève, 1992b
489. WHO. Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods. WHO, Geneva 1996
490. WHO. La Vasectomie: Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire WHO, Genève, 1989
491. WHO. Les méthodes naturelles de Planification Familiale. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1989
492. Vaughan JJ, Morrow RH. Manual of Epidemiology for the District Health management. WHO, Geneva 1991
493. WHO. Our Planet, Our Health. Report of the WHO Commission on Health and Environment. WHO, Geneva 1992a
494. WHO. Venous Thromboembolic Disease and Combined Oral Contraceptives: Result of International Multicentre Case-Control Study. Lancet 1995; 346:1575-1582
495. WHO/UNICEF Maternal Care for the Reduction of Perinatal and Neonatal Mortality. A Joint WHO/UNICEF Statement. WHO, Geneva, 1986
496. Wichterich C. Der lange Weg an den Nil. in: Zeit-Punkte Weltbevölkerung Nr. 4, Zeitverlag, Hamburg 1994
497. Williamson JW. Evaluating Quality of Patient Care. JAMA 1971; 218,4: 564-569
498. Williamson JW. Formulation Priorities for Quality Assurance Activity. JAMA 1978; 239,7: 631-638
499. Williamson NE et al. Introducing New Methods, Popularizing Available Methods, and Encouraging correct Use and Continuation in: Seidman M, Horn M C (ed.). Operations Research - Helping Family Planning Programs Work Better. New York 1991:233-258
500. Winikoff B, Mensch B. Rethinking Postpartum Family Planning. Studies in family Planning. 1991; 22, 5: 294-307
501. Wolff JA, Suttentfield LJ Binzen S. (ed) The Family Planning Manager's Handbook: Basic Skills and Tools for Managing Family Planning Programs. Kumarian Press, Inc. West Hartford, 1991
502. World Health Organization Task Force on Psychosocial Research in Family Planning and Task Force on Service Research in Family Planning. User Preferences for Contraceptive Methods in India, Korea, the Philippines, and Turkey. Studies in Family Planning 1980;11,9/10:267-73
503. World Population Data Sheet 1994. Population Reference Bureau, Washington
504. Wulf K.-H., Zur geburtshilflichen Situation in Deutschland in: W. Künzel, Wulf K.-H. Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 6, p 3-21 Monheim 1996
505. Wynter H. Integration of Family Planning Services in Health Programmes in Jamaica and Trinidad. In: Bouzidi M and Korte R. Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s. London 1990
506. Yang Mange KM. The Knowledge, Attitude and Practice of Contraception among University Students in Cameroon. Thesis of Doctor of Medicine. Yaouné 1991
507. Yitamben GM. Evaluation participative de la pauvreté en zone urbaine. Le cas de Douala (Cameroun) Banque Mondiale, ASAFE, Douala, 1994
508. Zahr CA, Royston E. Maternal Mortality A Global Factbook. WHO Geneva, 1991, 59-62
509. Zeidenstein G. The User Perspective: An Evolutionary Step in Contraceptive Service Programs. Studies in Family Planning 1980;11,1:24-29
510. Zeighami E et al. Effectiveness of the Iranian Auxiliary Midwife in IUD Insertion. Studies in Family Planning 1976; 7,9: 261-263
511. Zeit-Punkte. Weltbevölkerung. Wird der Mensch zur Plage? Zeit Magazin 1994;4

512. Zinanga A. Community-based Distribution Programme in Zimbabwe. In: Bouzidi M and Korte R. Family Planning for Life: Experiences and Challenges for the 1990s. London 1990

## Anhang

### Testverfahren:

#### **Interaktive Kriterien der Erstkonsultationen (zu Tab. 4)**

Im Durchschnitt werden gute und schlechte Noten in beiden Zentren gleichermaßen vergeben, so daß keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Gesamtbewertungen zu erwarten sind. Gleichwohl sind bei einzelnen Variablen Unterschiede festzustellen. Verfahrensmäßig wurde für jede Variable eine durchschnittliche Punktzahl berechnet. Da Soboum bezüglich der Abbrecherquote das „erfolgreichere“ Zentrum ist, können diejenigen Qualitätskriterien, die hier besser bewertet wurden, als Erfolgsfaktoren interpretiert werden, also hauptsächlich (1) die Wahrung der Intimität, (2) die freundliche Begrüßung, (3) die Zeit, Probleme zu erläutern und (4) die Nutzung von visuellen Mitteln.

#### **Durchschnittsnoten und ihre Differenzen**

Kriterium	Bonassama	Soboum	Differenz
Intimität wird respektiert (1P) / mit leiser Stimme gesprochen (1P)	1,18	2,00	0,82
Klientin wird freundlich begrüßt	1,48	1,89	0,41
man gibt der Klientin Zeit, Probleme zu erläutern	1,61	1,90	0,29
Nutzung von visuellen Mitteln (1P) / Proben von Kontrazeptiva (1P)	1,50	1,77	0,27
es wird nach dem Grund des Kommens gefragt	1,89	2,00	0,11
Erklärungen unter Vermeidung technischer Ausdrücke (man nutzt lokale Bezeichnungen)	1,71	1,77	0,06
ein Stuhl zum Sitzen wird angeboten	2,00	2,00	0,0
Sicherung von Verständnis (durch Wiederholungen und Fragen)	1,29	1,20	-0,09
persönliche Begrüßung (1P) / Handschlag (1P)	1,10	1,00	-0,10
man fragt nach ihren Wünschen	1,75	1,51	-0,24
man fragt die Klientin, ob sie noch Fragen habe	0,99	0,62	-0,37
Präsentation mit Namen (1P) / und Funktion (1P)	1,39	0,16	-1,23

Im folgenden wurde getestet, ob die in der Punktedifferenz sichtbare Unterschiede zufälliger Natur seien. Angewendetes Verfahren ist der Mittelwertdifferenztest. Die bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% signifikant von 0 nach oben abweichenden Differenzen sind in der nachfolgenden Tabelle markiert:

Qualitätskriterium	Punkte- differenz	Standard- abweichungen Bonassama	Standard- abweichungen Soboum	gepoolte Standard- abweichung <sup>o</sup>	Überschreitungs- wahrscheinlich- keit
<b>Intimität wird respektiert (1P) / mit leiser Stimme gesprochen (1P)</b>	<b>0,82</b>	<b>0,7220</b>	<b>0,000</b>	<b>0,1364</b>	<b>0,0000</b>
<b>Klientin wird freundlich begrüßt</b>	<b>0,41</b>	<b>0,7857</b>	<b>0,3195</b>	<b>0,1616</b>	<b>0,0056</b>
<b>man gibt der Klientin Zeit, Probleme zu erläutern</b>	<b>0,29</b>	<b>0,6242</b>	<b>0,3195</b>	<b>0,1342</b>	<b>0,0153</b>
Nutzung von visuellen Mitteln (1P) / Proben von Kontrazeptiva (1P)	0,27	0,7874	0,5044	0,1798	0,0666
es wird nach dem Grund des Kommens gefragt	0,11	0,3143	0,0000	0,594	0,0320
Erklärungen unter Vermeidung technischer Ausdrücke (man nutzt lokale Bezeichnungen)	0,06	0,5316	0,4213	0,1311	0,3236
ein Stuhl zum Sitzen wird angeboten	0	0,0000	0,0000	0,0000	
Sicherung von Verständnis (durch Wiederholungen und Fragen)	-0,09	0,9267	0,6805	0,2218	0,3424
persönliche Begrüßung (1P) / Handschlag (1P)	-0,1	0,7163	0,0000	0,1354	0,2300
man fragt nach ihren Wünschen	-0,24	0,4382	0,5507	0,1378	0,0408
man fragt die Klientin, ob sie noch Fragen habe	-0,37	0,9615	0,8804	0,2530	0,0718
Präsentation mit Namen (1P) /und Funktion(1P)	-1,23	0,7822	0,0000	0,1478	0,0000

<sup>o</sup> die aus den einzelnen Standardabweichungen berechnete gepoolte Standardabweichung ist Parameter der Prüfverteilung

#### **Qualitätskriterium Wahl der Methode und Informationen, die den Klientinnen gegeben werden (zu Tab. 7)**

Im insgesamt erfolgreicherem Zentrum Soboum wird deutlich weniger über Nachteile und Nebenwirkungen informiert als in Bonassama. Für die statistische Überprüfung wird der Anteilswertdifferenztest durchgeführt:

	$\pi 1$	$\pi 2$	Anteilsdifferenz	$\sigma$	Überschreitungs- wahrscheinlichkeit
Nebenwirkungen	0,29	0,08	0,20	0,0103	0,0000
Nachteile	0,46	0,28	0,18	0,0169	0,0000
Präsentation	0,54	0,52	0,02	0,0189	0,1193
Kontraindikation	0,04	0,05	-0,01	0,0032	0,0074
Vorteile	0,37	0,38	-0,01	0,0178	0,3086

Die Nullhypothese  $H_0 (\pi 1 - \pi 2 = 0)$  kann für die Variablen Nebenwirkungen und Nachteile nicht bestätigt werden. In bezug auf die Weitergabe von Informationen, insbesondere der negativen Seiten von Verhütungsmethoden gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Grundgesamtheiten.

**Interaktive Kriterien der Wiederholungskonsultationen (zu Tab. 8)**

Es ist zu testen, ob sich die Bewertungen zwischen Bonassama und Soboum signifikant unterscheiden. Geprüft wird die Homogenitätshypothese, beide Stichproben würden aus einer Grundgesamtheit entstammen. Angewendetes Verfahren ist der  $\chi^2$ -Homogenitätstest.

## Absolute Werte

Bewertung Zentrum	0	1	2	$\Sigma$
Bonassama	392	265	408	1065
Soboum	349	205	571	1125
$\Sigma$	741	471	979	2190

## erwartete Werte, Gültigkeit der Nullhypothese vorausgesetzt

Bewertung Zentrum	0	1	2	$\Sigma$
Bonassama	360	229	476	1065
Soboum	381	242	503	1125
$\Sigma$	741	471	979	2190

## Berechnung der Pearsonschen Prüfvariable U:

Bewertung Zentrum	0	1	2	$\Sigma$
Bonassama	3	6	10	18,29
Soboum	3	6	9	17,31
$\Sigma$	5	11	19	36

$$\chi^2 = 0,000$$

$$U = 36 \text{ (Pearsonsche Prüfvariable)}$$

$$v = 2 \text{ (Anzahl der Freiheitsgrade)}$$

Das übliche Signifikanzniveau von 5% führt zu einer Rückweisung der Nullhypothese. Beide Stichproben stammen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht aus einer Grundgesamtheit - beide Zentren unterscheiden sich bezüglich der Gesamtbewertung der Interaktiven Kriterien der Wiederholungskonsultationen.

**Tab.20: Kritische Kommentare**

Frage: "Was hat Ihnen nicht gefallen?"

	ERST-KONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n=200
	Bonass. n=28	Sob. N=25	Bonass. n=71	Sob. n=75	
Wartezeit ist zu lang	11	12	10	7	9
nicht zufrieden, weil die Vertrauensperson nicht da ist	0	0	0	4	2
Konsultation ohne Untersuchung	4	0			1
andere Antworten	0	0	3	1	2
keine Antworten	43	92	65	87	74

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 21: Übermitteltes Wissen über die injizierbaren Kontrazeptiva**

Frage: „Was haben Sie über das Mittel, das sie gewählt haben, erfahren“, bzw. „Was hat man Ihnen über die anderen Mittel erklärt?“

	ERST-KONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n = 200
	Bonass. n=28	Soboum n=25	Bonass. n=72	Soboum n=75	
spontane Antworten					
man injiziert alle 2 oder 3 Monate	46	64	50	45	50
Amenorrhoe oder unregelmäßiger Zyklus	46	52	42	38	42
kann starke Blutungen verursachen	54	28	24	28	30
man soll sich wegen der Amenorrhoe nicht beunruhigen	21	20	21	12	18
man muß die Termine einhalten	7	4	14	8	10
langsame Wiederkehr der Fertilität	18	8	3	0	5
bei Problemen zum FP-Dienst zurückkommen	0	4	6	3	4
macht Gewichtszunahme	21	0	3	1	5
andere Antworten	4	8	23	4	11
keine Antworten	32	8	15	24	20

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 22: Vermitteltes Wissen über die Spirale**

Frage: „Was haben Sie über das Mittel, das sie gewählt haben, erfahren?“ bzw. „was hat man Ihnen über die anderen Mittel erklärt?“

	ERST-KONSULTATION		WIEDERHOLUNGS-KONSULTATION		total n=200
	Bonass. n=28	Soboum. N=25	Bonass. n=72	Soboum. n=75	
spontane Antworten					
wird in die Gebärmutter plaziert	21	56	20	23	26
wird in die Vagina plaziert	7	8	23	3	11
wird für 6 - 8 Jahre plaziert	7	52	8	15	16
weis die Anwendungsdauer nicht	4	8	14	3	8
man muß seinem Mann treu sein	21	12	11	1	9
man muß sauber sein	7	0	14	0	6
man muß den Faden kontrollieren	0	0	7	0	3
andere Antworten	11	0	13	3	7
keine Antworten	50	36	39	71	52

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab.23: Vorschläge, um die FP-Dienste zu verbessern**

Frage: „Was sollte Ihrer Meinung nach getan werden, damit die FP-Dienste für Sie besser werden?“

spontane Antworten	Bonassama n = 207	Soboum n = 206	total n = 413
Sensibilisierung in den Stadtvierteln	27%	16%	21%
Sensibilisierung der Jugendlichen	6%	2%	4%
zur Verfügung-Stellen von billigen oder kostenlosen Verhütungsmitteln	4%	3%	4%
Sensibilisierung im Krankenhaus	1%	3%	2%
einen guten Dienst anbieten	1%	2%	2%
andere Antworten	15%	17%	11%
keine Antworten	52%	65%	58%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab.24: Kenntnisse im Stadtviertel über die Pille**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
macht dick	42%	26%	34%
Verhütungsmethode	17%	15%	16%
starke Regelblutung, Zyklusstörungen	18%	14%	16%
muß man regelmäßig nehmen, wenn man die Pille vergißt, wird man schwanger	9%	12%	10%
macht Zwillinge und Drillinge	9%	6%	8%
führt zu Gewichtsabnahme	9%	5%	7%
macht krank, macht den Körper kaputt, ist gefährlich	8%	6%	6%
medizinische Kontrolle bei Einnahme ist wichtig	4%	7%	6%
die Pille ist eine gute Methode	5%	4%	5%
die Pille macht unfruchtbar	7%	2%	5%
verursacht Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen und Müdigkeit	6%	2%	4%
man wird schwanger mit der Pille	2%	4%	3%
die Pille ist eine schlechte Methode	1%	2%	2%
nicht für Jugendliche	1%	0,5%	1%
andere Antworten	5%	10%	8%
keine Antworten	14%	28%	21%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 25: Kenntnisse im Stadtviertel über die injizierbaren hormonellen Kontrazeptiva**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

Spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
verursacht sehr starke Regelblutungen und Zyklusstörungen	22%	18%	20%
man nimmt sie alle 2-3 Monate	10%	8%	9%
sie bewirkt Gewichtszu- und Abnahme	10%	7%	8%
sichere, gute Methode	13%	13%	13%
macht steril oder Schwierigkeiten, schwanger zu werden	5%	6%	6%
macht krank und Gesundheitsprobleme	4%	4%	4%
andere Antworten	9%	11%	10%
keine Antworten	37%	49%	43%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 26: Kenntnisse im Stadtviertel über die Spirale**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Kommentare	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
die Spirale kann sich deplazieren und im Bauch verloren gehen	15%	9%	12%
macht Bauchschmerzen	9%	5%	7%
riskante Methode, macht krank	5%	6%	6%
gute Methode	6%	4%	5%
proviziert Gebärmutterkrebs	3%	4%	4%
ist keine sichere Methode	3%	3%	3%
macht starke Regelblutungen	4%	2%	3%
macht Schwierigkeiten, wenn sie schlecht eingesetzt wurde	2%	4%	3%
muß regelmäßig kontrolliert werden	4%	1%	3%
macht steril	3%	1%	2%
wird in die Scheide oder den Bauch eingesetzt	2%	2%	2%
Verhütungsmittel	2%	2%	2%
habe sie schon mal gesehen	1%	2%	2%
Infektionen	2%	1%	1%
andere Antworten	14%	13%	14%
keine Antworten	45%	58%	51%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 27: Kenntnisse im Stadtviertel über das Kondom**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Kommentare	Bona. n=207	Soboum n=206	total n=413
schützt vor Geschlechtskrankheiten und AIDS	38%	24%	31%
geht häufig kaputt während des Verkehrs	26%	25%	25%
schützt vor ungewollter Schwangerschaft	22%	20%	21%
gute Methode	6%	15%	11%
nicht natürlich, kein direktes Gefühl, keine Befriedigung	13%	6%	10%
bleibt in der Vagina oder im Bauchraum der Frau, man muß sie operieren, um das Kondom wieder zu entfernen	5%	10%	8%
der Mann trägt es während des Verkehrs	5%	8%	7%
die Leute mögen es nicht	5%	1%	3%
es existieren Kondome minderer Qualität	2%	3%	3%
das Kondom macht krank, ist gefährlich	2%	1%	2%
macht Unterleibsschmerzen während des Verkehrs	1%	2%	2%
andere Antworten	10%	9%	9%
keine Antworten	11%	29%	17%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 28: Kenntnisse im Stadtviertel über Norplant**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
wird in den Oberarm eingesetzt	4%	1%	3%
habe ich im Fernsehen gesehen, habe davon gehört	6%	1%	4%
andere Antworten	4%	0,5%	2%
keine Antworten	86%	97%	92%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 29: Kenntnisse im Stadtviertel über die natürlichen Methoden**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
unsichere Methode	44%	40%	42%
beste Methode	15%	18%	17%
gute Methode, wenn man seinen Zyklus kennt	13%	6%	9%
sichere Methode	11%	5%	8%
man braucht einen regelmäßigen Zyklus	6%	4%	5%
falsche Kalkulation der fruchtbaren Tage	4%	3%	3%
ungefähr richtige Kalkulation	3%	2%	3%
ich kenne die Methode nicht gut	3%	1%	2%
man braucht ein gutes Einvernehmen mit dem Ehemann	4%	0	2%
andere Antworten	6%	21%	8%
keine Antworten	13%	33%	23%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 30: Kenntnisse im Stadtviertel über das Stillen als Verhütungsmethode**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
keine sichere Methode, man kann schwanger werden, selbst wenn man keine Regelblutung hat	15%	7%	11%
Stillen als Verhütungsmethode bekannt	4%	3%	3%
Verhütungsmethode: Abstinenz während des Stillens	0,5%	5%	3%
andere Antworten	4%	6%	5%
keine Antworten	77%	80%	78%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 31: Kenntnisse im Stadtviertel über die Sterilisation**

Frage: „Welche Verhütungsmethoden kennen Sie, und was haben Sie über diese Methoden gehört?“

spontane Antworten	Bonassama n=207	Soboum n=206	total n=413
das ist eine gute Methode für die Frauen, die schon viele Kinder haben	14%	14%	14%
es ist eine gute Methode, wenn man schwierige Geburten hatte oder krank ist	10%	7%	9%
man operiert (man durchtrennt die Eileiter, man dreht die Gebärmutter, man entfernt die Plazenta)	9%	6%	8%
es ist eine gute Methode ohne Gesundheitsprobleme	6%	4%	5%
sie ist nicht gut, weil sie endgültig ist	4%	3%	4%
andere Antworten	12%	11%	11%
keine Antworten	45%	55%	50%

\*Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

**Tab. 32: Vorteile der Familienplanung**

Frage: „Denken Sie, daß es Vorteile gibt, einen FP-Dienst aufzusuchen?“

spontane Antworten	Bonassama n = 207	Soboum n = 206	total n = 413
Informationen und Ratschläge zum Wohlergehen der Familie und zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften	72%	55%	64%
wichtig, da die Zeiten schwierig sind und die finanziellen Mittel fehlen	22%	17%	19%
gut für die Gesundheit der Mütter, wichtig für Frauen, die schon viele Kinder geboren haben	14%	15%	14%
um Krankheiten zu verhüten, STD und AIDS	6%	8%	7%
für die Gesundheit der Kinder	2%	2%	2%
das hängt von den Frauen ab	1%	2%	2%
andere Antworten	13%	23%	18%
Summe der Antworten	11%	14%	12%

**Checkliste der Erstkonsultationen****Liste de Contrôle de l'observation participative**

Interview No. \_\_\_

nom d'agent : \_\_\_\_\_

date: \_\_, \_\_, \_\_

Initiales \_\_ / \_\_

l'hôpital \_\_\_\_\_

Première Consultation femme  homme  couple 

on souhaite la bienvenue amicale à le client / \_\_ /

salutation personnelle / poignée de main / \_\_ /

se présente en citant son nom, ses fonctions .. / \_\_ /

présente une chaise ou un banc pour s'asseoir / \_\_ /

respecte l'intimité / parle à voix basse / \_\_ /

on demande l'objet de sa visite

laisse le client exposer ses problèmes / \_\_ /

demande les désires / \_\_ /

communique en évitant les termes techniques  
(utilise les expressions locale ..) / \_\_ /

utilise les aides visuelles/les échantillons des contraceptifs: / \_\_ /

s'assure de la compréhension(en faisant répéter ou en  
posant des questions) / \_\_ /

présente des différentes méthodes:		explique avantages:	inconvénients:
pilule	/ __ /	/ __ /	/ __ /
inject.	/ __ /	/ __ /	/ __ /
Norplant	/ __ /	/ __ /	/ __ /
DIU	/ __ /	/ __ /	/ __ /
condom	/ __ /	/ __ /	/ __ /
barrière	/ __ /	/ __ /	/ __ /
MAMA	/ __ /	/ __ /	/ __ /
naturelle	/ __ /	/ __ /	/ __ /
discute des contreindications:		des effets secondaires:	
pilule	/ __ /	/ __ /	
inject.	/ __ /	/ __ /	
Norplant	/ __ /	/ __ /	
DIU	/ __ /	/ __ /	
condom	/ __ /	/ __ /	
barrière	/ __ /	/ __ /	
MAMA	/ __ /	/ __ /	
naturelle	/ __ /	/ __ /	

---

### L'interrogatoire (processus)

pose clairement des questions(en utilisant le langage, l'expression et les gestes appropriés)	<input type="checkbox"/>
note les informations dans le carnet (identité, âge, gestation, parité, adresse)	<input type="checkbox"/>
note les informations sur les antécédents personnels:	<input type="checkbox"/>
physiologiques	<input type="checkbox"/>
gynécologiques	<input type="checkbox"/>
obstétricaux	<input type="checkbox"/>
médicaux	<input type="checkbox"/>
chirurgicaux	<input type="checkbox"/>
allergiques	<input type="checkbox"/>

---

### *L'examen physique générale*

prépare la salle en arrangeant le matériel	/ __ /
demande à la cliente de se préparer pour l'examen (se déshabiller, uriner..)	/ __ /
explique le processus de l'examen	/ __ /
prend le poids	/ __ /
prend la T.A.	/ __ /
invite la cliente à s'installer sur la table d'examen	/ __ /
fait l'inspection	/ __ /

fait la palpation / \_\_ /  
 note les résultats dans le carnet / \_\_ /

### ***Examen gynécologique***

explique à la cliente la procédure de l'examen / \_\_ /  
 met des gants propres / \_\_ /  
 inspecte la vulve / \_\_ /  
 introduit un spéculum adapté dans le vagin / \_\_ /  
 inspecte le col et la paroi vaginale / \_\_ /  
 pratique le toucher vaginal combiné au palper / \_\_ /  
 (col, utérus, annexes)  
 note les résultats dans le carnet / \_\_ /

---

### ***Décision***

Analyse des données / vérifie les contreindications / \_\_ /  
 discute avec la cliente des méthodes adéquates / \_\_ /  
 on demande/accepte la décision de la cliente / \_\_ /  
 décision appropriée en accord avec la cliente / \_\_ /

---

### ***Décision: pilule***

#### contreindications prisés en consideration

periode d'allaitement  
 âge plus de 45  
 grossesse actuelle excluee  
 âgée plus de 35 fumatrice  
 TA plus que 150/100  
 ictère  
 varices ou phlebite  
 respiration court ou d'autres symptomes cardiaque  
 hyperthyroidie

explique bien des avantages

securité de 99%  
 independant de coitus ...

explique des inconvenients

grossir parfois  
 absorption regulière quotidienne ...

explique bien l'utilisation de la plaquette

le moment de la prise, sa régularité

explique que faire en cas d'un oubli

fixer reconsultation en cas de mal de tête,

saignements anormaux, jambes gonflées, jaunice  
 autres

---

**décision: injectables**

<u>contreindications prisés en consideration</u>	<input type="checkbox"/>
nullipare	
grossesse actuelle	
des règles irrégulière	
TA > de 150/100	
desire exprimé des règles régulière	
<u>explique bien des avantages</u>	<input type="checkbox"/>
securité de 99%	
alaitement possible	
<u>explique bien des inconvénients</u>	<input type="checkbox"/>
alteration der règles	
normalité des saignement irrégulières ou absens de règle	
augmentation de poids	
efficacité possible pour 18 mois	
<u>fixe reconsultation en cas de</u>	<input type="checkbox"/>
écoulement de sang prolongé et excessifs	
prochaine injection après 2 ou 3 mois	
<u>fait une injection selon la technique appropriée</u>	<input type="checkbox"/>

**decision: DIU**

<u>contreindications prisés en consideration</u>	<input type="checkbox"/>
nullipare	
grossesse actuelle	
règles extrêmement abondantes	
anémie gravement	
infection pelviennes plus de 2 fois	
grossesse extra-utérine	
<u>explique bien les avantages</u>	<input type="checkbox"/>
sécurité de 98%	
lait ne sera pas alterée	
<u>explique bien les inconvénients</u>	<input type="checkbox"/>
règles plus abondants, risque d'anémie	
infection pelvienne	
<u>rassure la cliente sur les rumeur</u>	<input type="checkbox"/>
<u>précise bien des signes d'alarme</u>	<input type="checkbox"/>
douleurs vives	
saignement abondants	
infection	
<u>donner des conseils adéquats (hygiène, vérification des fils)</u>	<input type="checkbox"/>
<u>reconsultation dans 1 mois</u>	<input type="checkbox"/>

---

***decision: condome***

- explique bien les avantages   
 appropriés pour couples n'importe quel age, quel maladies  
 plusieurs partenaires  
 protection contre les maladies veneriennes  
 pas d'alteration de lait ou des règles
- explique bien les inconvenients   
 moindre efficacité  
 d'utiliser chaque condom une fois  
 pendant chaque relation sexuelle
- precise que son efficacite est augmentee   
 en association avec des spermicides
- explique bien comment placer   
 donner le bon sens pour le derouler
- explique la necessite de l'espace pour   
 recueillir le sperme
- donne le bon technique pour le retrait   
 apres l'ejaculation
- precise qu'il faut un condom pour chaque   
 rapport

---

***Decesion: Allaitement Maternelle***

- explique bien les avantages   
 une methode naturelle traditionnelle  
 lait ne sera pas altere
- explique bien les inconvenients   
 bonne efficacite seulement en cas d'allaitement  
 exclusif au sein les premiers mois apres la naissance  
 moindre efficacite  
 problemes lies a allaitement maternel (mastite, fissures)
- explique le mecanisme general par lequel   
 l'allaitement maternel empêche la survenue de la grossesse
- rassure la cliente sur les "rumeurs" (relachement des   
 seins-allaitement au biberon plus nourrissant)
- donne les informations correctes pour une bonne   
 efficacite de la methode (allaitement exclusif au sein  
 pendant les premiers mois apres la naissance, avant  
 retour des regles)
- precise bien le moment ou il faut utiliser d'autres   
 methodes de contraception
-

***Decision: méthodes naturelles***

explique bien des avantages

les couples de n'importe quel âge

femmes très motivée pour faire l'autoobservation

explique bien des inconvénients

moins efficace

nécessité s'abstenir de relations sexuelles pendant 1-2

semaines chaque mois

impossible pour les femmes ayant des règles irrégulières

décrit quand et comment reconnaître la période de

fécondité/infécondité

explique bien comment faire l'auto-observation

(glaires cervicales)

explique correctement la méthode de la température

explique correctement la méthode du calendrier

**Checkliste der Wiederholungskonsultationen****Liste de Contrôle de l'observation participative**

Interview No. \_\_\_\_

nom d'agent : \_\_\_\_\_

date: \_\_, \_\_, \_\_

Initiales \_\_ / \_\_

l'hôpital \_\_\_\_\_

Reconsultation  combien? \_\_\_\_femme  homme  couple 

méthode contraceptive: \_\_\_\_\_

on souhaite la bienvenue amicale à le client / \_\_ /

salutation personnelle / poignée de main / \_\_ /

se présente en citant son nom, ses fonctions... / \_\_ /

présente une chaise ou un banc pour s'asseoir / \_\_ /

respecte l'intimité / parle à voix basse / \_\_ /

on demande l'objet de sa visite / \_\_ /

laisse le client exposer ses problèmes / \_\_ /

demande les désires / \_\_ /

communique en évitant les termes techniques  
(utilise les expressions locale ..) / \_\_ /s'assure de la compréhension(en faisant répéter ou en  
posant des questions) / \_\_ /on profite de la rendez-vous pour  
le counselling sur des autres méthodes / \_\_ /

laisse la cliente poser des questions / \_\_ /

fixer le date de prochaine consultation / \_\_ /

en cas de pilule: on demande à la cliente combien  
de cycles elle veut / \_\_ /  
combien des cycles \_\_\_\_\_

en cas de problèmes: on communique en trouvant des  
solution acceptables pour la femme / \_\_ /

en cas de DIU:

### ***Examen gynécologique***

explique à la cliente la procédure de l'examen / \_\_ /

met des gants propres / \_\_ /

inspecte la vulve / \_\_ /

introduit un spéculum adapté dans le vagin / \_\_ /

inspecte le col et la paroi vaginale, les fil  
sur place / \_\_ /

pratique le toucher vaginal combiné au palper / \_\_ /

(col, utérus, annexes)

note les résultats dans le carnet / \_\_ /

en cas injection

injection fait approprie / \_\_ /

notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fragebogen für das Interview mit den Klienten der FP-Dienste**

Interview No. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Initiales \_\_ / \_\_

l'hôpital \_\_\_\_\_

Nous voudrions nous présenter. Notre nom est .... Nous sommes en train de faire une étude sur la qualité de consultation de contraception. Si vous seriez d'accord et si vous auriez du temps nous voudrions vous poser quelques questions. L'interview durera à peu près 20 minutes. Nous sommes intéressé que vous pensez de ce clinic et de la consultation de contraception. Avec vos réponses, propositions ou recommandations et critiques on peut améliorer la qualité de la consultation de contraception.

Les questions seront utilisées absolument confidentielles.

1) *Est-ce la première fois que vous venez à cette consultation de planification familiale?*

 oui non

2) *Etes-vous déjà venue dans cette formation hospitalière pour quelques services?*

 oui non

- peut-on savoir dans quels services?

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1.) service de vaccination | <input type="radio"/> |
| 2.) soins prénatals        | <input type="radio"/> |
| 3.) soins postnatals       | <input type="radio"/> |
| 4.) accouchement           | <input type="radio"/> |
| 5.) soins curatif          | <input type="radio"/> |
| 6.) F.P.                   | <input type="radio"/> |
| 7.) autre, lequel: _____   |                       |

**3)** *Où savez-vous du planning familial?***4)** *Où est-ce que vous avez entendues parler du P.F.?*

- |                              |                       |        |
|------------------------------|-----------------------|--------|
| 1.) soins curatif            | <input type="radio"/> | notes: |
| 2.) soins prénatal           | <input type="radio"/> |        |
| 3.) soins postnatal          | <input type="radio"/> |        |
| 4.) vaccinations des enfants | <input type="radio"/> |        |
| 5.) radio                    | <input type="radio"/> |        |
| 6.) télévision               | <input type="radio"/> |        |
| 7.) amies                    | <input type="radio"/> |        |
| 8.) famille                  | <input type="radio"/> |        |
| 9.) autres _____             |                       |        |

**5)** *Quelle méthode est-ce que vous avez préféré?*

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 1.) pilule              | <input type="radio"/> |
| 2.) injectables         | <input type="radio"/> |
| 3.) DIU                 | <input type="radio"/> |
| 4.) condom              | <input type="radio"/> |
| 5.) spermicide          | <input type="radio"/> |
| 6.) aucune              | <input type="radio"/> |
| 7.) autre, lequel _____ |                       |

**6)** *Pourquoi? Qu'est-ce que vous avez entendu de cette méthode?*

7) *Quelle était la méthode contraceptifs, que vous avez reçu?*

- 1.) pilule
- 2.) injectables
- 3.) DIU
- 4.) condom
- 5.) spermicides
- 6.) autre, lequel \_\_\_\_\_

8) *Qu'avez vous retenu sur la méthode choisie?*

9) *Si deux méthodes différentes:  
Savez-vous pourquoi vous n'avez pas reçu la méthode préférée?*

10) *Etes-vous satisfaite ?*

- a) de l'explication

- b) méthode

- 1.) très satisfaite
- 2.) satisfaite
- 3.) un peu satisfaite
- 4.) pas du tout satisfaite

- 5.) très satisfaite
- 6.) satisfaite
- 7.) un peu satisfaite
- 8.) pas du tout satisfaite

11) *Est-ce qu'on a parlé des autres méthodes de P. F.?*

oui

non

- Lesquelles?

- 1.) pilule
- 2.) injectables
- 3.) DIU
- 4.) condom
- 5.) spermicides
- 6.) Norplant
- 7.) Methodes naturelles
- 8.) CCV
- 9.) MAMA

**12)** *Qu'avez-vous retenu sur les méthodes contraceptives expliquées?*

**13)** *Est-ce que vous avez des questions sur la méthode que vous avez reçu? ou des autres méthodes?*

oui

non

*- Lesquelles?*

**14)** *Racontez, s.v.p., ce que vous a plu dans cette consultation de P.F. .*

**15)** *Que-ce que vous n'avez pas aimé?*

*Si la cliente dit rien, demande - attente - reception - explication - examen ?*

16) *D'après-vous, est-ce que vous avez des idées pour améliorer ce service?*

17) *Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter dans cette matière?*

Age \_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Profession de la femme \_\_\_\_\_

Profession du Conjoint \_\_\_\_\_

*Status familiale?*

1) célibataire O 2) divorcée O 3) mariée O 4) mariage polygamique O 5) veuve O

*Niveau d'instruction*

1) aucun O

2) primaire 1-4 classe O

3) secondaire > 5 classe O

4) 1er Cycle/2ème Cycle O

5) supérieur O

*Quelle religion est-ce que vous pratiquez en ce moment*

1) traditionnel \_\_\_\_\_

2) protestant \_\_\_\_\_

3) catholique \_\_\_\_\_

4) musulman \_\_\_\_\_

5) autres \_\_\_\_\_

*Vous-avez eu combien de*

Gravida \_\_\_\_\_

Accouchement \_\_\_\_\_

nouveau-nés vivants \_\_\_\_\_

mort-né \_\_\_\_\_

enfants vivants \_\_\_\_\_

nombre d'enfants désirés \_\_\_\_\_

**Fragebogen für das Interview mit den Frauen im Stadtviertel**

Interview No. \_\_\_\_\_

Enquêteur: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Quartier \_\_\_\_\_ Bloc \_\_\_\_ Âge de femme \_\_\_\_

Je voudrais me présenter. Mon nom est .... Nous sommes en train de faire une étude sur la parenté responsable. Nous sommes intéressés de savoir ce que vous pensez du service d'espacement de naissances de l'hôpital et pour savoir si c'est utile pour vous. Avec vos réponses et propositions on peut améliorer la qualité de la consultation de planification de l'hôpital.

Si vous seriez d'accord et si vous auriez du temps nous voudrions vous poser quelques questions. L'interview ne durera pas longtemps. On ne prend pas votre nom et pour cela les réponses seront gardées absolument confidentielles.

1) *Est-ce que vous connaissez l'hôpital de Bonassama?  
le centre de santé de Soboum?*

 oui non

si non: voir No.4

2) *Etes-vous déjà venue dans cet hôpital / centre de santé pour un service?*

 oui non

- peut-on savoir dans quel service?

citez les services:

1.) service de vaccination 2.) soins prénatals 3.) soins postnatals 4.) accouchement 5.) soins curatif / malade 6.) planification familiale 

7.) autre, lequel: \_\_\_\_\_

3) *Est-ce que vous êtes content des services rendus dans cet hôpital / centre de santé?*

 oui non*Pourquoi?**Donnez un exemple ou racontez un fait vécu*

4) *Pour vous qu'est-ce que le parenté responsable?*

5) *Pensez vous qu'il y a des avantages d'aller au service de planning familial?*

6) *Est-ce que vous connaissez un endroit où on peut s'informer sur le P.F. et où on peut acheter des contraceptifs?*

oui

non

*- peut on savoir lesquels?*

*Information*

*achat*

1. pharmacie		
2. maison de la femme		
3. PMI/hôpital, lequel?		
4. PMI/Centre de Santé, lequel?		
5. CAMNAFAW		
6. médecin privé		
7. autres		

7) *Quel est le service de votre préférence?*

1. pharmacie
2. maison de la femme
3. hôpital, lequel? .....
4. Centre de Santé, lequel?.....
5. CAMNAFAW
6. médecin privé
7. autre, lequel? .....

*Pourquoi?*

**Questions sur le service de Planification familiale à Soboum et Bonassama**

- 8) *Que dit-on du service de P.F. de l'hôpital de Bonassama/  
du centre de santé de Soboum au quartier?*
- 9) *A votre avis, que-ce qu'il faut faire pour que le service de PF soit plus utile pour  
vous?*
- 10) *Vous connaissez quelqu'un qui a vécu un bon ou mauvais fait avec le service de PF?*
- 11) *Avez-vous vécu une expérience personnelle au service de P.F.?*
- 12) *Quelles sont les méthode contraceptifs que vous connaissez et qu'avez-vous entendue  
sur les méthodes contraceptives? Montrez les contraceptives:*
- 1) pilule:
  - 2) injectables:
  - 3) DIU / stérilet:
  - 4) condom:
  - 5) spermicides:

6) Norplant:

7) méthodes naturelles:

8) stérilisation / arrête totale des accouchement:

9) allaitement maternelle:

10) autres méthodes:

**12)** *Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode moderne? Oui / NON*

si non: voir No: 16

- Laquelle?

- |                 |                       |                            |                       |
|-----------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1.) pilule      | <input type="radio"/> | 6.) Norplant               | <input type="radio"/> |
| 2.) injectables | <input type="radio"/> | 7.) méthodes naturelles    | <input type="radio"/> |
| 3.) DIU         | <input type="radio"/> | 8.) stérilisation          | <input type="radio"/> |
| 4.) condom      | <input type="radio"/> | 9.) allaitement maternelle | <input type="radio"/> |
| 5.) spermicides | <input type="radio"/> |                            |                       |

**13)** *Vous l'utilisez toujours?*

oui

non

Lequel?

*si non, pourquoi?*

**14)** *Quelles difficultés ou inconvénients avez vous eu?*

15) *Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter dans cette matière?*

*Profession de la femme* \_\_\_\_\_

*Statues familiale?*

- 1) célibataire
- 2) divorcée
- 3) mariée
- 4) mariage poligamique
- 5) veuve

*Religion pratiqué*

- 1) traditionnel
- 2) protestant
- 3) catholique
- 4) musulman
- 5) autres

*Niveau d'instruction*

- 1) aucun
- 2) primaire 1-4 classe
- 3) secondaire > 5 classe
- 4) 1er Cycle/2ème Cycle
- 5) supérieur

*Vous-avez eu combien de*

- accouchement \_\_\_\_\_
- avortement \_\_\_\_\_
- enfants vivants \_\_\_\_\_

### Liste der Abbruchquoten der FP-Dienste in Douala

FP-Dienst	Abbruchquote	Zahl der neuen Klienten	Zahl der Konsultationen im Monat Juli /August 1995
Mutter-Kind-Dienst des Zentralkrankenhauses	25%	10%	367
Krankenhaus Laquintinie	23%	40%	208
Krankenhaus Douala I	68%	8%	334
Krankenhaus Douala II	45%	15%	129
Krankenhaus Douala III	60%	26%	60
Krankenhaus Douala IV	43%	20%	167
Krankenhaus Bonamoussadi	20%	57%	28
Haus der Frau (Einrichtung der IPPF)	42%	12%	159
Gesundheitszentrum Soboum	19%	23%	92
Krankenhaus des Palmier*			5
Gesundheitszentrum Diboum *			11
Gesundheitszentrum Tegral*			11

\*diese Dienste haben Anfang 1995 begonnen

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix - Travail - Paix  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace - Work - Fatherland  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

FICHE DE CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE / FAMILY PLANNING CONSULTATION FORM

PROVINCE: \_\_\_\_\_ CENTRE SM: PP DE / MCH - FP Centre of \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ FICHE / Form No: \_\_\_\_\_  
 NOM/Name: Mme/Mrs/Mlle/Miss \_\_\_\_\_ RENOM / First Name: \_\_\_\_\_ AGE/ Age: \_\_\_\_\_ ADRESSE/ QUARTIER/Address/Quarter: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 RELIGION/ Religion: \_\_\_\_\_ PROFESSION/Profession DE LA FEMME/ of woman: \_\_\_\_\_ du Conjoint/ of man: \_\_\_\_\_  
 STATUT MATRIMONIAL/ Marital status: CELIBATAIRE/Unmarried  DIVORCEE/Divorced  VEUVE /Widowed  MARIEE /Married  MARIAGE POLYGAMIQUE/ Polygamous marriage \_\_\_\_\_  
 NIVEAU D' INSTRUCTION/ Level of education: NUL/ None  PRIMAIRE/Primary  SECONDAIRE/Secondary  1er Cycle/1eme Cycle/HIGH SCHOOL  SUPERIEUR/University   
 ANTECEDANTS OBS/Obs: History: MENARCHE/At \_\_\_\_\_ ANS/Years DDRL/MP: / / \_\_\_\_\_ CYCLE/Cycle  REGULIER/Regular  IRRÉGULIER /Irregular DUREE/Duration of menses \_\_\_\_\_ jours/jour  
 GRAVIDA/Gravida: \_\_\_\_\_ PARTIE/Parity: \_\_\_\_\_ Nbre D'ENFANTS VIVANTS/N° children alive: \_\_\_\_\_ Nbre D'ENFANTS DECEDES/N° of dead children: \_\_\_\_\_ MORT-NESS/Stillbirth: \_\_\_\_\_  
 Nbre D'AVORTEMENTS/N° of abortions: \_\_\_\_\_ Nbre TOTAL D'ENFANTS DESIRES /N° of children desired: \_\_\_\_\_  
 AGE DU 1er ENFANT /Age of 1st child: \_\_\_\_\_ AGE DU DERNIER ENFANT/Age of last child: \_\_\_\_\_ ALLAITEMENT MATERNEL/Currently Breast feeding? \_\_\_\_\_ DATE: / / \_\_\_\_\_  
 METHODE CONTRACEPTIVE ANTERIEURE/Previous contraceptive method \_\_\_\_\_ RAISON D'ARRET/Reason for discontinuation \_\_\_\_\_  
 REFEREE OU CONSEILLEE PAR/Referred or advised by: Une Amie/a friend  UN PERSONNEL MEDICAL/Medical personnel  AUTRE/Other (Other specify) \_\_\_\_\_  
 ANTECEDANTS MEDICO CHIRURGICAUX/Medical/Surgical History: JAUNISSE/Jaundice: \_\_\_\_\_ DIABETE/Diabetes \_\_\_\_\_ DREPANOCYTOSE/Sickle-cell disease \_\_\_\_\_ TUBERCULOSE/Tuberculosis \_\_\_\_\_  
 GEU/EP: \_\_\_\_\_ CESARIENNE/Cesarian:  EPILEPSIE/Epilepsy   
 EXAMEN PHYSIQUE/Physical examination: POIDS/P/Weight: \_\_\_\_\_ TAILLE/H/Height: \_\_\_\_\_ TAB/P: \_\_\_\_\_ ANEMIE/Anaemia \_\_\_\_\_ ICTERE/Icterus \_\_\_\_\_ GOITRE/Goitre \_\_\_\_\_ YMERIE DU SENG/Scar Tissue \_\_\_\_\_  
 HEPATOMEGALIE/Liver enlargement \_\_\_\_\_ MEMBRES INFERIEURS /Lower limbs: OEDEME/Oedema \_\_\_\_\_ VARICES/Venitose veins \_\_\_\_\_  
 EXAMEN PELVIEN/Vaginal Exam: \_\_\_\_\_ DOULEURS PELVIENNES/Pelvic pain \_\_\_\_\_ EROSION CERVICALE/Cervical erosion: \_\_\_\_\_ CERVICITE/Cervicitis: \_\_\_\_\_  
 LEUCORES/Vaginal discharge:  BLANCHES ET LEGERES/White and thin (Normal):  BULLEUSES ET MALDORANTES/Foamy and unpleasant odour (Trichomonous vaginalis)  
 EN LAIT CAILLE/Curdled milk-like (Monilia)  PATEUSES ET D'ODEUR DE POISSON/Paste-like and unpleasant fishy odour (Gardnerella vaginalis)   
 PETIDES ET PURULENTES/Unpleasant odour and purulent (Gonorrhoe ou Chlamydia)   
 EXAMEN DE LABO/Lab Exam: TEST DE PAPANICOLAU/PAP's smear \_\_\_\_\_ COLORATION de GRAM/Gram's stain \_\_\_\_\_ TEST DE GROSSESSE/Pregnancy test \_\_\_\_\_  
 PRESTATION/Service provided: METHODE CHOISIE/Method chosen \_\_\_\_\_ METHODE PRESCRITE/Method prescribed \_\_\_\_\_  
 NOM ET SIGNATURE DU PRESTATAIRE \_\_\_\_\_  
 Name and signature of Service Provider \_\_\_\_\_

## TABELLARISCHER LEBENS LAUF

**Persönliche Daten**

Name Hunger, Claudia  
Geburtsdatum und -ort 25.09.64 in Iserlohn  
Familienstand ledig, 1 Sohn, geb. 8.5.83

**Studium**

Oktober 1983 - April 1985 Studium der Technischen Chemie an der Universität Dortmund

April 1985 Beginn des Studiums der Humanmedizin an der JLU Giessen

Oktober 1990 Beginn des Studiums der Romanistik an der JLU Giessen

Oktober 1993 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

**Berufstätigkeit**

Dezember 1993 bis Juni 1994 Tätigkeit als Ärztin im Praktikum in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Falkeneck in Braunfels

Juli 1994 bis Juni 1995 Tätigkeit als Ärztin im Praktikum und Assistenzärztin in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses Ziegenhain

Juli 1996 - April 1997 Assistenzärztin in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses in Lütgendortmund

Mai 1997 -April 1999 Assistenzärztin in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Viersen

seit Mai 1999 Assistenzärztin der Maternité Regional der Universitätsklinik Nancy, Frankreich

**Feldstudie**

September 1995 bis Mitte März 1996 Feldstudie zur Qualität zweier Familienplanungsdienste in Douala, Kamerun, gefördert durch das Hospitantenprogramm der GTZ

### **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Rolf Korte für seine fachliche Unterstützung und wissenschaftliche Betreuung.

Allen Mitarbeitern des Gesundheitsdienstes in Kamerun, aber auch den GTZ Inlands- und Auslandsmitarbeitern sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Besonderer Dank gilt Frau Agnes Essiben für die Hilfe bei den Interviews mit den Frauen in Douala als auch Fr. Dr. C. Perez-Samaniego und Herrn Dr. B. Schmidt-Ehry für ihre Anregungen, Mut und Unterstützung bei der Durchführung der Studie.

Mein ganz persönlicher Dank gilt meiner Familie, die durch ihre Unterstützung die Durchführung der Arbeit überhaupt möglich machten. An dieser Stelle möchte ich ganz besonders meinem Vater danken, der meinen Sohn in Kamerun betreute und unterrichtete als auch bei der Verfassung der Arbeit mir unermüdlich zur Seite stand.