

# **Kinder als Kommunikatoren für Ernährung und Gesundheit**

**Eine Fallstudie im Süden Madagaskars**

---



**Diplomarbeit von:**

**Johanna Mahr  
Cand. oec. troph.**

**Betreut von:**

**Prof. Dr. Michael Krawinkel  
Institut für Ernährungswissenschaften der  
Justus-Liebig-Universität Giessen**

**Giessen, Juni 2001**

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Tabellenverzeichnis.....</b>                                                               | <b>IV</b>  |
| <b>Abbildungsverzeichnis.....</b>                                                             | <b>V</b>   |
| <b>Abkürzungenverzeichnis .....</b>                                                           | <b>VI</b>  |
| <b>1 Einleitung und Zielsetzung.....</b>                                                      | <b>1</b>   |
| <b>2 Ernährungssicherungsprogramm im Süden Madagaskars .....</b>                              | <b>3</b>   |
| 2.1 Madagaskar und Charakteristika seines Südens .....                                        | 3          |
| 2.2 Integriertes Ernährungssicherungsprogramm Bekily.....                                     | 5          |
| <b>3 Child-to-Child Ansatz .....</b>                                                          | <b>10</b>  |
| 3.1 Grundaspekte des Child-to-Child Ansatz.....                                               | 10         |
| 3.2 Kinder als Gesundheitskommunikatoren .....                                                | 13         |
| 3.3. Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes .....                                              | 15         |
| <b>4 Methode.....</b>                                                                         | <b>19</b>  |
| 4.1 Darstellung und Anwendung von „Partizipation Learning and Action“-Methoden .....          | 19         |
| 4.2 Durchführung der Erhebung .....                                                           | 27         |
| <b>5 Ergebnisse .....</b>                                                                     | <b>33</b>  |
| 5.1 Sichtweise der Kinder zu Ernährung .....                                                  | 33         |
| 5.2 Sichtweise der Kinder zu Gesundheit.....                                                  | 36         |
| 5.3 Sichtweise der Kinder zu Hygiene .....                                                    | 39         |
| 5.4 Sichtweise der Kinder zu ihrer Rolle als Kommunikatoren im alltäglichen Leben .....       | 44         |
| 5.5 Sichtweise der Eltern .....                                                               | 49         |
| <b>6 Diskussion .....</b>                                                                     | <b>52</b>  |
| 6.1 Ernährungskommunikation mit Kindern im Rahmen des IESP Bekily.....                        | 52         |
| 6.2 Ernährungskommunikation nach dem Child-to-Child Ansatz in der Projektregion Bekily<br>67  |            |
| 6.3 Empfehlungen zur Umsetzung der Ernährungskommunikation mit Kindern im IESP<br>Bekily..... | 76         |
| <b>7 Zusammenfassung.....</b>                                                                 | <b>86</b>  |
| Summary.....                                                                                  | 88         |
| Résumé.....                                                                                   | 90         |
| <b>8 Literaturverzeichnis .....</b>                                                           | <b>93</b>  |
| <b>9 Anhang .....</b>                                                                         | <b>103</b> |

## Tabellenverzeichnis

|          |                                                                                                                   |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 1:  | Übersicht der durchgeführten PLA-Methoden.....                                                                    | 21  |
| Tab. 2:  | Auswahlkriterien der Erhebungsdörfer.....                                                                         | 29  |
| Tab. 3:  | Zusammenfassung des Studienplans.....                                                                             | 30  |
| Tab. 4:  | Nahrungsmittel, die von den Kindern mit Krankheiten assoziiert werden.....                                        | 35  |
| Tab. 5:  | Gesundheitsprobleme und Lösungsvorschläge der Jungen und Mädchen.....                                             | 36  |
| Tab. 6:  | Das Hygieneverständnis der Jungen und Mädchen.....                                                                | 41  |
| Tab. 7:  | Exemplarische Matrizenklassifizierung der Aufgaben nach der Häufigkeit der Ausführung.....                        | 45  |
| Tab. 8:  | Probleme der Jungen und Mädchen.....                                                                              | 45  |
| Tab. 9:  | Aufgaben der älteren gegenüber ihren jüngeren Geschwistern.....                                                   | 47  |
| Tab. 10: | Spiele der Kinder nach Vorlieben geordnet.....                                                                    | 48  |
| Tab. 11: | Prävalenz der Unterernährung, Diarrhoe u. Atemwegsinfektionen nach administrativen Zonen.....                     | 53  |
| Tab. 12: | Übersicht während der Studiendurchführung angewendeterer Kommunikationstechniken des Child-to-Child Ansatzes..... | 71  |
| Tab. 13: | Wirtschaftsdaten von Madagaskar.....                                                                              | 104 |
| Tab. 14: | Monographien der drei ausgewählten Dörfer der Studie.....                                                         | 107 |
| Tab. 15: | Übersicht des Studienverlaufes und Anmerkung zur Umsetzung.....                                                   | 110 |
| Tab. 16: | Matrizenklassifizierung der Aufgaben mit 6 Jungen.....                                                            | 113 |
| Tab. 17: | Matrizenklassifizierung der Aufgaben mit 9 Mädchen.....                                                           | 113 |

## Abbildungsverzeichnis

|           |                                                                                        |     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abb. 1:   | Kommunikationswege der Kinder im Child-to-Child Ansatz.....                            | 15  |
| Abb. 2:   | „Die Sechs-Schritte Methode“ des Child-to-Child Ansatzes.....                          | 16  |
| Abb. 3:   | Brainstorming mit Jungen und Mädchen zum Thema Ernährung.....                          | 33  |
| Abb. 4:   | Diagramm der Ursachen von Diarrhoe.....                                                | 38  |
| Abb. 5:   | Lageplan der Wasserstellen.....                                                        | 40  |
| Abb. 6:   | Liedertext zu hygienischen Verhaltensweisen: „Ein Kind das sich die Hände wäscht“..... | 43  |
| Abb. 7:   | Sonnenspiel zum Tagesablauf eines Mädchens.....                                        | 44  |
| Abb. 8:   | Zeichnungen zum Thema: Beziehung der Kinder untereinander.....                         | 46  |
| Abb. 9:   | Ursachen von Diarrhoe und Bauchschmerzen nach Frauen der Nachbarregion Bekily.....     | 60  |
| Abb. 10:  | Anlässe zum Händewaschen von Frauen der Nachbarregion Bekily.....                      | 63  |
| Abb. 11:  | Landkarte Madagaskars und die Provinzen des Landes.....                                | 103 |
| Abb. 12:  | Provinzen des Landes Madagaskar.....                                                   | 103 |
| Abb. 13:  | Projektregion des IESPs Bekily und die drei ausgewählten Dörfer der Studie .....       | 105 |
| Abb. 14 : | Kommunikationswege der Sechs-Schritte Methode des Child-to-Child Ansatzes.....         | 106 |
| Abb. 15:  | Textbeispiel und Foto des Rollenspiels „Tsikintrano“ der Mädchen...                    | 114 |
| Abb. 16:  | Gesten des Hygieneliedes.....                                                          | 115 |
| Abb. 17:  | Matrizenklassifizierung der Aufgaben.....                                              | 115 |

## Abkürzungsverzeichnis

|          |                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| AHRTAG   | Appropriate Health Resources & Technologies Action Group             |
| AEDES    | l'Association Européenne pour le Développement et la Santé           |
| BIP      | Bruttoinlandsprodukt                                                 |
| BMZ      | Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| BSP      | Bruttosozialprodukt                                                  |
| CAINN    | Children and AIDS International NGO Network                          |
| CHETNA   | Centre for Education, Training and Nutrition Awareness               |
| DEPA     | Direction de l'Education Populaire et de l'Alphabetisation           |
| DHS      | Demographic and Health Surveys                                       |
| EL       | Entwicklungsland                                                     |
| EZ       | Entwicklungszusammenarbeit                                           |
| FAO      | Food and Agriculture Organisation of the United Nations              |
| FED      | Fond Européen de Développement                                       |
| GTZ      | Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit                           |
| IDS      | Institute of Development Studies                                     |
| IESP     | Integriertes Ernährungssicherungsprogramm                            |
| IIED     | International Institute for Environment and Development              |
| INSTAT   | Institut National de la Statistique                                  |
| KAP      | Knowledge, Attitude, Practice-Studien                                |
| MINESEB  | Ministère de l'Enseignement Secondaire et de l'Éducation de Base     |
| PAM      | Le Programme Alimentaire Mondiale                                    |
| PLA      | Participation Learning and Action                                    |
| PRA      | Participatory Rural Appraisal                                        |
| SAP      | Le Système d'Alerte Précoce                                          |
| SCF      | Save the Children Fund                                               |
| SECALINE | Projet de Sécurité Alimentaire et de Nutrition Elargie               |
| UERP     | L'Unité d'Etude et de Recherche Pédagogiques                         |

---

|            |                                                                                        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| UN ACC/SCN | United Nations Administrative Committee on Coordination/<br>Sub-Committee on Nutrition |
| UNAIDS     | United Nations Programme on HIV/AIDS                                                   |
| UNCRC      | United Nations Convention on the Rights of the Child                                   |
| UNESCO     | United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization                       |
| UNICEF     | United Nations Children's Fund                                                         |
| USAID      | L'Agence des États-Unis pour le Développement International                            |

## 1 Einleitung und Zielsetzung

Die Wünsche der Kinder in Madagaskar, „Lehrer“, „Arzt“ oder „Erbauer einer Schule“ zu werden, zeigen ihr Bedürfnis, die momentane Lebenssituation zu verbessern. In der stark von Traditionen geprägten Gesellschaft des Südens Madagaskars haben Kinder ihre persönlichen Normen, Werte und Gewohnheiten häufig noch nicht festgelegt. Sie sind noch offen und interessiert für Veränderungen. Daher können Kinder als eine geeignete Zielgruppe angesehen werden, um langfristig das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitseinstellung der Bevölkerung zu verändern. „Kinder sind die Eltern von Morgen“ und sie werden ihr Gesundheitswissen und ihre Gewohnheiten an die nächste Generation weitergeben (Hawes und Scotchmer 1993).

Kinder und Jugendliche übernehmen in Entwicklungsländern viel Verantwortung und Fürsorge für jüngere Geschwister. Hierbei geben sie ihnen ihr Wissen und ihre Gewohnheiten weiter. Zudem haben Kinder die Fähigkeit, auf sensible und an die lokale Situation angepasste Art und Weise neu Gelerntes an ihre Eltern und die gesamte Gemeinde weiterzugeben.

Das Integrierte Ernährungssicherungsprogramm (IESP) im Süden Madagaskars möchte dieses wertvolle Potential der Kinder im Bereich der Ernährungs- und Gesundheitskommunikation nutzen. Möglichkeiten hierzu bietet der Child-to-Child Ansatz, der seit 20 Jahren weltweit in der Gesundheitsberatung angewendet wird. Sein Ziel ist es, Kindern Wissen und Handlungsfähigkeit zu vermitteln, so dass sie in der Lage sind, ihre Gesundheit und die ihrer Mitmenschen zu schützen. Die Kinder agieren als Gesundheitskommunikatoren und geben Gesundheitsbotschaften an andere Kinder, ihre Familie und ihre Mitmenschen weiter (Bailey et al. 1992a).

Die hier vorgestellte Studie ist der Beginn dieses neuen Projektbestandteiles des IESP. Ihr Ziel ist es Basisinformationen zu sammeln, um Empfehlungen für ein an die lokale Situation angepasstes Ernährungs- und Gesundheitsberatungsprogramm zu geben. Hauptzielgruppe sind hierbei Kinder im Schulalter. Für eine effektive Gesundheitsbildung ist es am vielversprechendsten, an dem Wissen und den Gewohnheiten der Kinder anzusetzen.

Daher wird in der vorliegende Studie mit partizipativen Methoden das Wissen, die Einstellung und das Verhalten der Kinder zu ernährungs- und gesundheitsrelevanten Themen untersucht. Aufgrund des offensichtlich mangelhaften Hygieneverhaltens der Bevölkerung wird hierbei ein Schwerpunkt auf das Thema Hygiene gelegt.

Weiterhin werden die Probleme und Interessen der Kinder im Zusammenhang zu ihrem lokalen Lebensumfeld betrachtet. Nur wenn das Ernährungs- und Gesundheitsprogramm auf den Bedürfnissen der Kinder aufbaut und an die gesellschaftliche Struktur und Rolle der Kinder angepasst ist, können diese langfristig als erfolgreiche Gesundheitskommunikatoren fungieren.

Weiterhin ist es Ziel dieser Untersuchung lokale Kommunikationstechniken der Kinder zu identifizieren, um diese in den aktionsorientierten Child-to-Child Ansatz zu integrieren.

Im 1. Teil der vorliegenden Arbeit wird näher auf das Integrierte Ernährungssicherungsprogramm im Süden Madagaskars eingegangen. Im Anschluss daran wird im 2. Teil der Child-to-Child Ansatz als eine Methode der Gesundheitsbildung mit Kindern vorgestellt. Neben den Zielen des Ansatzes werden Kommunikationstechniken und -wege umrissen, die es den Kindern ermöglichen, als Gesundheitskommunikatoren zu agieren.

Nach dem theoretischen Hintergrund wird im 3. Teil der Arbeit auf die praktische Durchführung der vorliegenden Studie eingegangen. Zunächst wird ein theoretischer Überblick der angewendeten partizipativen Forschungsmethoden gegeben. Im Anschluss wird ihre Anwendung während der Studie beschrieben. Die hierbei erlangten Ergebnisse werden im 4. Teil der Arbeit vorgestellt und im sich anschließenden 5. Teil diskutiert.



## **2 Ernährungssicherungsprogramm im Süden Madagaskars**

### **2.1 Madagaskar und Charakteristika seines Südens**

Die Bevölkerung des Landes Madagaskar<sup>1</sup> umfasst 1998 ca. 15,1 Millionen Einwohner. Dreiviertel der Bevölkerung lebt 1996 unter der Armutsgrenze, d.h. ihnen steht weniger als 1 US\$ pro Tag zur Verfügung (UNICEF/MINESEB 1998). Mit einem Pro-Kopf-Einkommen von 250 US\$ zählt die Inselrepublik Madagaskar heute zu den ärmsten Staaten der Welt (Munzinger 2001). Sein Wirtschaftseinkommen erzielt das Land hauptsächlich aus der Landwirtschaft (UN ACC/SCN 1994). Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Landes haben sich in den letzten Jahren allerdings verbessert. Das BIP wuchs 1997 mit 3,7% etwas mehr als die Bevölkerung (GTZ 1999a). In Tabelle 13 (S. 104) befindet sich eine Zusammenstellung der wichtigsten Wirtschaftsindikatoren des Landes.

#### **2.1.1 Gesundheitssituation**

Die Ernährungssituation in Madagaskar hat sich während der letzten Jahre nicht wesentlich verbessert (INSTAT/DHS 1998a). Die Kinder- und Säuglingssterblichkeit sank minimal, doch liegt sie noch immer mit 157 bzw. 95 pro 1000 Lebendgeburten deutlich über dem Durchschnittswert der Länder der Subsahara Zone (UNICEF 2000). Innerhalb dieser Ländergruppe zeigt Madagaskar eine der höchsten Rate an chronisch unterernährten Kindern (USAID 1998). Im Landesdurchschnitt sind fast 50% der Kinder unter 5 Jahren chronisch unterernährt, während 7% der Kinder von akuter Unterernährung betroffen sind (INSTAT/DHS 1998b). Die Rate der Unterernährung variierte von Provinz zu Provinz. In der Provinz Tulear, in der das Integrierte Ernährungssicherungsprogramm (IESP) interveniert, beträgt sie 35% (SECALINE 1998).

---

<sup>1</sup> Eine Landkarte Madagaskars befindet sich in Abbildung 11 (S. 103).

### **2.1.2 Bildungssituation**

In Madagaskar sind mehr als die Hälfte der Bevölkerung über 15 Jahren Analphabeten. Die Einschulungsrate der 6 bis 14 Jahre alten Kinder beträgt 61%, von denen nur die Hälfte regelmäßig die Schule besucht (MINESEB 1999).

Die Provinz<sup>2</sup> Tulear zeigt mit 25% den geringsten Anteil an Kindern, die regelmäßig die Schule besuchen. In der Projektregion Bekily<sup>3</sup> können 89,7% der über 10-Jährigen weder lesen noch schreiben (INSTAT 1997a). Aufgrund eines nationalen Förderprogramms zur Schulbildung von Mädchen besteht heute wenig Unterschied zwischen dem Bildungsstand der Männer und Frauen jüngerer Generationen (INSTAT 1997b).

### **2.1.3 Bevölkerung**

Zweidrittel der Bevölkerung der Projektregion Bekily gehören der ethnischen Gruppe der Antandroy an (Wüstefeld 1998). Diese lebt als Bauern, die sowohl Viehzucht als auch Feldanbau betreiben (Library of Congress 1994). Die Antandroy und die ebenfalls in der Region lebende ethnische Gruppe der Antanosy betreiben Subsistenzwirtschaft. Ein Teil ihrer Ernte vermarkten sie. Die Antanosy bauen überwiegend Reis an, die Antandroy hingegen Maniok, Mais und Erdnüsse (Wüstefeld 1998).

Beide Bevölkerungsgruppen zeichnen sich durch eine stark von Traditionen geprägte Lebensweise aus. Diese ist durch ihre religiöse Vorstellung des Ahnenkultes geprägt (Benelo 2000). Im Krankheitsfall werden, je nach Art der Erkrankung, Behandlungsweisen angewendet, bei denen die traditionellen Medizinmänner eine wichtige Rolle spielen (Wüstefeld 1998).

Die Ernährung der Bevölkerung ist von vielen Nahrungsmitteltabus gekennzeichnet, die u.a. das Verzehren von Katzen-, Ziegen- und Schweinefleisch untersagen (RUUD 1996).

---

<sup>2</sup> Das Land Madagaskar ist offiziell in 5 Provinzen aufgeteilt (s. Abb. 12, S. 103), dies gliedern sich in Distrikte. Die Projektregion des IESPs umfasst den gesamten Distrikt Bekily der Provinz Tulear.

<sup>3</sup> Eine Übersicht der Projektregion Bekily befindet sich in Abbildung 13 (S. 105).

**◆ Rolle der Kinder**

Kinder gelten in der untersuchten Gesellschaft der Projektregion als ein Reichtum. Sie tragen zur Nahrungsmittelversorgung der Familie bei, versorgen die Eltern im Alter und im Krankheitsfall. Vor allem die Jungen nehmen eine wichtige Rolle als „Erbe“ ein, d.h. sie sichern den Fortbestand des Familienklans sowie der Ahnen (Ottino 1998).

Nachdem die Projektregion im Süden Madagaskars vorgestellt wurde, wird im nachfolgenden Kapitel auf die Ernährungssicherung und die Programm Maßnahmen des IESPs eingegangen.

**2.2 Integriertes Ernährungssicherungsprogramm Bekily**

Die Projektregion umfasst den gesamten Distrikt Bekily (s. Abb. 13, S. 105). Dieser zeichnet sich durch eine geringe Ausstattung mit staatlicher Infrastruktur aus, da sich nach Beginn der 2. Republik im Jahre 1975 der Staat aus dem Süden Madagaskars zurück zog (Mahefa 1993). So gibt es in 5 der 18 Gemeinden des Distrikts keine Schule und auch ein landwirtschaftlicher Beratungsdienst ist nicht vorhanden. Die Distrikthauptstadt Bekily verfügt lediglich über ein sehr einfach ausgestattetes Krankenhaus, das nur von einem Arzt betreut wird. Die 13 Basisgesundheitsstationen, die im Distrikt stationiert sind, werden jeweils von einem Gesundheitsarbeiter geführt und sind nur wenig funktional. Zudem sind die Straßenverhältnisse der Region schlecht (Wüstefeld 1998).

Diese Situation hat zur Folge, dass die Projektregion Bekily, trotz ihres landwirtschaftlichen Potentials, eine der am geringsten entwickelten Regionen des Landes ist (GTZ 1999a). Gleichzeitig ist der Süden die am stärksten von Nahrungsmittelunsicherheiten gefährdete Region des Landes, was in den saisonal stark schwankenden Niederschlagsmengen und dem semiariden Klima begründet liegt. In periodischen Zeitabständen von 10 Jahren kommt es hier zu schweren Trockenperioden, die im Jahre 1992 die letzte schwere Hungersnot auslösten (Wüstefeld 1998).

### **2.2.1 Strategie des Programms**

Die Hungersnot 1992 war Anlass dafür, die Region Bekily 1996 in den Interventionsbereich des BMZ-Sektorkonzeptes der Ernährungssicherung und Nahrungsmittelhilfe aufzunehmen (BMZ 1997b, GTZ 2000).

Als zentrales Problem der Projektregion Bekily wird die mangelhafte Ernährungssituation der Bevölkerung definiert. Daher lautet das Ziel des Programms, die ernährungsgefährdeten Bevölkerungsgruppen der Region zukünftig zu befähigen, sich so weit zu organisieren, dass sie unter Nutzung ihrer Ressourcen selbstständig und eigenverantwortlich ihre Ernährungssituation verbessern können (GTZ 1999a).

Eine Realisierung dieses Ziels erfordert ernährungssichernde Maßnahmen verschiedener Sektoren. Aus diesem Grund orientiert sich das Programm mit seinen Maßnahmen an dem multisektoralen Konzept der Integrierten Ernährungssicherungsprogramme (IESP) (BMZ 1997a, BMZ 1997c).

Aufgrund der schwachen staatlichen Strukturen stehen dem IESP Bekily nur wenig Programmpartner auf Distriktebene zur Verfügung. Ausschließlich im Gesundheitsbereich kann mit der Übernahme von Dienstleistungen nach Ablauf der 12-jährigen Programmlaufzeit gerechnet werden. Nach Ansicht der Programmleitung kann daher ein nachhaltiger Erfolg nur durch einen selbsthilfeorientierten, partizipativen Projektansatz erreicht werden. Dabei plant und realisiert die Zielgruppe der Frauen und Männer die ernährungsrelevanten Kleinprojekte aus eigener Initiative und finanziert sie selbst. Hierbei leistet das Programm mit Organisationsberatung, technischem Fachwissen und Materialien die notwendige Unterstützung (GTZ 1999a).

### **2.2.2 Ernährungssicherung der Region und Programm Maßnahmen**

Die Ernährungssituation der Projektregion und die Programm Maßnahmen werden im Folgenden, in Anlehnung an die drei Interventionssäulen des IESP Modells beschrieben. Dieses setzt auf der Mikroebene der Haushalte an (BMZ 1997a).

### ♦ Verfügbarkeit und Produktion von Nahrungsmitteln

Die Verfügbarkeit und die Produktion von Nahrungsmitteln sind erste Bedingungen für eine gesicherte Ernährung der Haushalte. Die von der Bevölkerung der Region Bekily gehaltenen Rinder haben nun aber vor allem eine religiöse und soziale Bedeutung und nehmen in der Ernährungssicherung der Bevölkerung eher eine Funktion als Geldersparnis ein, die allerdings nur in Zeiten der Hungersnöte oder bei schweren Krankheiten zum tragen kommt. Für die Menschen nimmt daher der Anbau von landwirtschaftlicher Produktion die Hauptrolle für ihre Ernährungssicherung ein (GTZ 1999b).

In vielen Haushalten reicht die landwirtschaftliche Produktion jedoch nicht aus, um den Bedarf an Nahrungsmitteln das gesamte Jahr über decken zu können. So kommt es vor allem in den sog. Hungermonaten, November bis März, zu akuten Nahrungsmitteldefiziten (GTZ 1999b). Daher nimmt auch während der Durchführung dieser Studie, in den Monate August bis Dezember 1999, die Nahrungsmittelvielfalt vieler Familien stetig ab.

Besonders für die Haushalte im Süden der Projektregion stellt Maniok das einzige Grundnahrungsmittel dieser Jahreszeit dar. Die im Norden der Projektregion lebenden Familien verfügen dagegen zum großen Teil, zusätzlich zum Maniok, auch über Mais, Reis und Süßkartoffeln. Zubereitet werden diese mit verschiedenen Leguminosenarten, z.B. Bambara Erdnüsse, Augen- und Helmbohnen<sup>4</sup>, sowie dem grünen Blattgemüse der Maniok- und Süßkartoffelpflanze. Weiterhin nimmt das reifende Obst, z.B. Mangofrüchte, zu dieser Jahreszeit eine wichtige Rolle für die Nahrungsmittelsicherheit der Familien ein. Milch steht vielen Haushalten von November bis Juni in großen Mengen zur Verfügung (AEDES 1999).

Das IESP Bekily interveniert in diesem Bereich der Ernährungssicherung mit Beratung und strategischen Methoden, um die landwirtschaftliche Produktion der Bevölkerung zu fördern, z.B. durch die Verbreitung von verbessertem Pflanzensaatgut für die Maniokproduktion.

---

<sup>4</sup> Bambara-Erdnüsse (*Vigna subterranea*), Augenbohnen (*Vigna unguiculata*) und Helmbohnen (*Lablab purpureus*) gehören zu der Familie der Leguminosen (Rehm 1989a).

Zudem ist das Projekt in der Lage, gravierenden Nahrungsmitteldefiziten durch food-for-work Maßnahmen entgegenzuwirken (GTZ 1999b).

#### ♦ **Zugang und Vermarktung der Nahrungsmittel**

Der Zugang zu und die Vermarktung der Nahrungsmittel bilden die zweite Voraussetzung für eine gesicherte Ernährung. Von einkommensschaffenden Maßnahmen sind die sozioökonomisch armen Haushalte der Region, ca. 25% der Haushalte, stärker abhängig als die wohlhabenderen. Da den benachteiligten Haushalten die Möglichkeiten fehlen, ausreichend Nahrungsmittel für das gesamte Jahr anzubauen, müssen sie diese auf dem 5 bis 7 km entfernten Wochenmarkt erwerben. Die Vermarktung von Gemüse, Erdnüssen und Bohnen dient der Bevölkerung Bekilys vor allem als Einkommensquelle. Auch Rinder werden in Notsituationen verkauft (Wüstefeld 1998).

Um die Nahrungsmittelsicherheit der Bevölkerung zu gewährleisten, unterstützt das Programm die Bevölkerung bei der Vermarktung ihrer Produkte. Zudem werden zusätzliche Einkommensquellen für die Bevölkerung geschaffen, wie z.B. eine Handwerksausbildung (GTZ 1999b).

#### ♦ **Verwertung der vorhandenen Nahrungsmittel**

Das IESP Bekily legt den Schwerpunkt seiner Aktivitäten auf die dritte Säule des IESP Modells, der Verwertung der vorhandenen Nahrungsmittel. Der Grund hierfür ist, dass die Ursache der Unterernährung weniger in der Verfügbarkeit als in der ineffizienten Verwertung der Nahrungsmittel gesehen wird.

Die projektintern erhobenen Daten der Unterernährung zeigen wenig Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten der Bevölkerung. Diese Tatsache lässt auf den Faktor Krankheit als erste Ursache für die vorkommende Unterernährung schließen (Wüstefeld 1998).

Häufige Krankheiten der Region sind respiratorische und von Diarrhoe begleitete Infektionen sowie Hautkrankheiten, Malaria, Masern und Tuberkulose (Rakotonandrasana 2000). Von akuten Atemwegsinfektionen sind am Tag der Basiserhebung, während der Trockenzeit, 44% der Kinder erkrankt. Die Prävalenz der Durchfallerkrankungen hat ihren Höhepunkt während der Regenzeit, d.h. während der Monate November bis März.

Zu dieser bedenklichen Gesundheitssituation der Region führt neben dem mangelnden Zugang zu Basisgesundheitsdiensten und der starken Arbeitsbelastung der Frauen vor allem die Tatsache, dass nur 6% der Haushalte des Distriktes Zugang zu sauberem Trinkwasser haben und dass keine Sanitäranlagen existieren, was erhebliche Hygienrisiken zur Folge hat (GTZ 1999a). Untersuchungen des Projektes zeigen, dass die Rate chronisch unterernährter Kinder unter 5 Jahren durchschnittlich 32,8% beträgt. Sie liegt somit, trotz der in Kapitel 2.2 (S. 5) beschriebenen Situation der Region, als eine der geringsten entwickelten des Landes, unterhalb des Landesdurchschnitts von 48% (INSTAT/DHS 1998b). Die akute Unterernährung der Projektregion Bekily entspricht mit durchschnittlich 7% dem Landesdurchschnitt (Wüstefeld 1998). Weiterhin sind mehr als ein Viertel der Frauen in der Projektregion Bekily von Unterernährung betroffen (GTZ 1999b).

Ausgehend von dieser Situation, führt das Programm Aktivitäten zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsstationen und der Nahrungsmittel-verwertung durch. Neben der Unterstützung zur Verbesserung der Trinkwasserversorgung durch Brunnenbau werden vielfältige Aktivitäten im Bereich der Ernährungskommunikation durchgeführt. Hierbei werden Beratungsinhalte partizipativ mit den lokalen Frauen für die Bereiche Gesundheit, Hygiene und Nahrungsmittelverarbeitung erarbeitet (GTZ 1999a, GTZ 1999b). Um effektivere Beratungsarbeit leisten zu können, sollen in der Ernährungs-kommunikation zukünftig weitere Kommunikationsmethoden zum Einsatz kommen.

Werden im Ernährungs- und Gesundheitsbereich des IESPs, neben der herkömmlichen Zielgruppe der Frauen und Männer, auch Kinder und Jugendlichen angesprochen, kann die Breitenwirkung der Ernährungskommunikation erhöht werden (GTZ 1999b). Möglichkeiten hierfür bietet der im folgenden Kapitel beschriebene Child-to-Child Ansatz, der Kinder und Jugendliche als Zielgruppe der Gesundheits- und Ernährungskommunikation betrachtet.

## **3 Child-to-Child Ansatz**

### **3.1 Grundaspekte des Child-to-Child Ansatz**

Der Child-to-Child Ansatz wird 1979 im Rahmen des Internationalen Jahres für Kinder etabliert (Hanbury 1995a, L'Enfant pour L'Enfant 1995b). Ein Zusammenspiel von Gesundheit und Bildung wird als notwendig angesehen, um die Gesundheitssituation in den Entwicklungsländern zu verbessern. Die Grundschulausbildung der Kinder muss nach Hawes (1990) an ihr Alltagsleben und ihre Probleme angepasst sein. Daher sollten den Kindern neben Lesen, Schreiben und Rechnen, auch Wissen und Fähigkeiten vermittelt werden, um ihre Lebensqualität verbessern zu können.

Ausgehend von dieser Situation wird der Child-to-Child Ansatz als ein Weg definiert, der weltweit Schulkinder lehrt und ermutigt, für ihre eigene Gesundheit sowie die ihrer jüngeren Geschwister und anderer Kinder zu sorgen (Aarons et al. 1979). Während der folgenden Jahre zeigt sich ein unerwartetes Potential der Kinder, Gesundheitsbotschaften nicht nur an gleichaltrige oder jüngere Kinder, sondern auch an ihr gesellschaftliches Umfeld, z.B. Gemeinde und Familie, weiterzugeben (Hawes 1990). Daher wurde die Definition des Child-to-Child Ansatzes erweitert. Seitdem werden Kinder im Schulalter als Gesundheitsakteure und -kommunikatoren für andere Kinder und die gesamte Gemeinde betrachtet (Hawes 1990).

#### **3.1.1 Definition des Child-to-Child Ansatzes**

Der Child-to-Child Ansatz geht davon aus, dass Gesundheit die gesamte Bevölkerung betrifft, von der wiederum ein großer Teil Kinder sind (Hart 1997). Der Ansatz kombiniert alte, schon vorhandene Gewohnheiten mit neuen Praktiken und Ideen. Er baut auf der kulturellen Tradition auf, dass ältere Kinder eine zentrale Rolle in Fürsorge und Verantwortung ihrer jüngeren Geschwister spielen. Kinder geben ihre Ideen und Kenntnisse untereinander weiter, helfen sich gegenseitig und lernen somit voneinander (Hart 1997, UNICEF 1993).



So werden im Child-to-Child Ansatz herkömmliche Gewohnheiten um den Aspekt erweitert, dass Kindern im Schulalter eine aktive und verantwortungsvolle Rolle für die Gesundheit und die Entwicklung ihrer Mitmenschen zugesprochen wird (Hanbury 1995a, Hawes 1990). Die Kinder werden motiviert und geschult als Gesundheitsakteure und -kommunikatoren für die Familie, die Gemeinde und besonders für andere Kinder zu fungieren (Aarons 1993). Hierzu müssen sie elementare Grundkenntnisse in Gesundheit und Ernährung sowie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen erwerben (L'Enfant pour L'Enfant 1995a). Der Child-to-Child Ansatz integriert die Kinder nach Hart (1997) weltweit, im Vergleich zu anderen Gesundheitsbildungsprogrammen für Kinder, am stärksten in die Gesundheitsarbeit der Gemeinde.

### **3.1.2 Vielfältigkeit des Child-to-Child Ansatzes**

Der Child-to-Child Ansatz befasst sich mit primärer Gesundheitsvorsorge. Neben dem körperlichen Wohlergehen wird das psychologische und mentale sowie emotionale und intellektuelle Wohlbefinden betrachtet (Hart 1997, Hawes 1990).

Als eine Stärke des Child-to-Child Ansatzes beschreibt Hanbury (1995a) seine mögliche Kombination mit anderen Methoden und Programmen. Nach Bonati (1993a) können durch diesen Ansatz bereits bestehende Programme ergänzt und bereichert werden. Hawes (1990) hebt die gute Anpassungsfähigkeit des Ansatzes an die lokale Situation hervor. Kultur, Bildung und Bedürfnisse der Bevölkerung sowie Ziele der Initiatoren bestimmen die methodische und thematische Ausführung des Gesundheitsprojektes (Hanbury 1995a, Hart 1997). Vorschläge für die Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes geben die sog. „Activity sheets“ des Londoner Institutes „Child-to-Child Trust“. Diese stellen Aktivitäten und Gesundheitsbotschaften zu gesundheitsrelevanten Themengebieten, z.B. Hygiene, Ernährung, Durchfall und AIDS dar (Bailey et al. 1992b). Die „Activity sheets“ ermöglichen unterschiedliche Interpretations- und Anwendungsmöglichkeiten des Child-to-Child Ansatzes in Gesundheitsbildungsprogrammen, auf die nachfolgend eingegangen wird.

### 3.1.3 Anwendung des Child-to-Child Ansatzes

Aufgrund der vielfältigen Anwendungsbereiche findet der Child-to-Child Ansatz weltweit wachsendes Interesse (Hanbury 1995a). Vor allem in Grundschulen wird der aktionsorientierte Child-to-Child Ansatz zur Gesundheitsbildung angewendet. Weiterhin wird in Gesundheitszentren, Flüchtlingslagern sowie Projekten mit Straßen- und Waisenkindern im Gesundheitsbereich häufig mit diesem Ansatz gearbeitet (Wheeler 1996).

Vorerst fand der Child-to-Child Ansatz in den südlichen Ländern Anwendung, doch wird heute zunehmend auch in nördlichen Ländern mit dem Ansatz gearbeitet (Hanbury 1995b, Hart 1997). In über 80 Ländern wird der Ansatz zur Zeit, in Zusammenarbeit mit nationalen Ministerien, Organisationen oder Child-to-Child Büros, angewendet (Bailey et al. 1992a, Hanbury 1995a).

#### ◆ Child-to-Child Ansatz in Madagaskar

In Form eines Pilotprojektes wird der Child-to-Child Ansatz im Jahre 1997 an Grundschulen in zwei Provinzen des Landes eingeführt (Laurent 2000). Einige Schulen unterrichteten bereits zuvor naturwissenschaftliche Fächer mit der aktiven Lehrmethode „La Pédagogie de l'Èveil“ („Die Pädagogik des Entdeckens“) (MINESEB 1998). Hier beobachten und erforschen die Kinder, ähnlich wie im Child-to-Child Ansatz, in Gruppen ihre Umgebung und suchen Antworten für im Unterricht besprochene Themengebiete (Randrianasolo 1998). Der Child-to-Child Ansatz lässt Kinder zudem als Gesundheitskommunikatoren agieren.

In diesem Ansatz sieht das Gesundheitsministerium Madagaskars eine Möglichkeit, die immer noch hohe Kindersterblichkeit langfristig zu senken (Randriafamatanatsoa und Raveloson 1998). Aus diesem Grund wird der Child-to-Child Ansatz, nach der erfolgreich abgeschlossenen Pilotphase, heute in 230 Schulen des gesamten Landes angewendet. Voraussichtlich wird der Ansatz im Jahr 2002 in das nationale Lehrprogramm der Grundschulen aufgenommen werden (Noro 2000).

Im anschließenden Kapitel wird auf die Rolle der Kinder als Gesundheitskommunikatoren im Child-to-Child Ansatz eingegangen.

## **3.2 Kinder als Gesundheitskommunikatoren**

### **3.2.1 Teilnahme der Kinder an Gesundheitsprogrammen**

Die Teilnahme der Kinder an Gesundheitsprogrammen und ihr Beitrag zu einer Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation der Bevölkerung kann unterschiedlich verstanden und interpretiert werden. Hart (1992) beschreibt dies als eine „Teilnahmeleiter“. Diese beginnt mit Programmen, die Kinder manipulieren, und reicht bis zu Programmen, die Kinder selbstständig initiieren, wie der Child-to-Child Ansatz es vorsieht. Hier werden Kinder von Erwachsenen bei der Planung, Durchführung und Evaluierung eines Gesundheitsprogramms unterstützt und ermutigt (CAINN 1996).

Im Child-to-Child Ansatz wird davon ausgegangen, dass Kinder aufgrund einer aktiven Teilnahme an der Programmgestaltung und -durchführung eine verantwortungsbewusste Einstellung zu ihrer Gesundheit und der ihrer Mitmenschen entwickeln (Bailey et al. 1992a). Die Kinder können ein Bewusstsein für notwendige Verhaltensänderungen entwickeln und auf ihre Rolle, als Kommunikatoren im Gesundheits- und Ernährungsbereich zu agieren, vorbereitet werden (Pridmore 1998). Hierbei werden die Kinder aufgefordert, sich gemeinsam für ihr eigenes Wohlbefinden und das anderer zu engagieren (Bailey et al. 1992a, Hanbury 1995a).

### **3.2.2 Kinder als Gesundheitsakteure**

Mit dem Child-to-Child Ansatz wird bewusst der traditionell niedrigen Position der Kinder in vielen Gesellschaftsstrukturen entgegengewirkt. Nach Primore (1998) können sie als erfolgreiche Gesundheitsakteure nur agieren, wenn sie in ihrer Rolle als Eltern gegenüber ihren jüngeren Geschwistern akzeptiert und gefördert werden.

Hierdurch wird die Entwicklung der Kinder gefördert sowie ihre Würde und Gesundheit geschützt. Daher betrachtet Otaala (1998) den Child-to-Child Ansatz als eine praktische Umsetzung der international anerkannten UN-Kinderrechtskonvention (UNCRC).

Hanbury (1995b) betont, dass ältere Kinder von jüngeren häufig als Vorbilder betrachtet werden und von ihnen rascher lernen als von ihren Eltern.

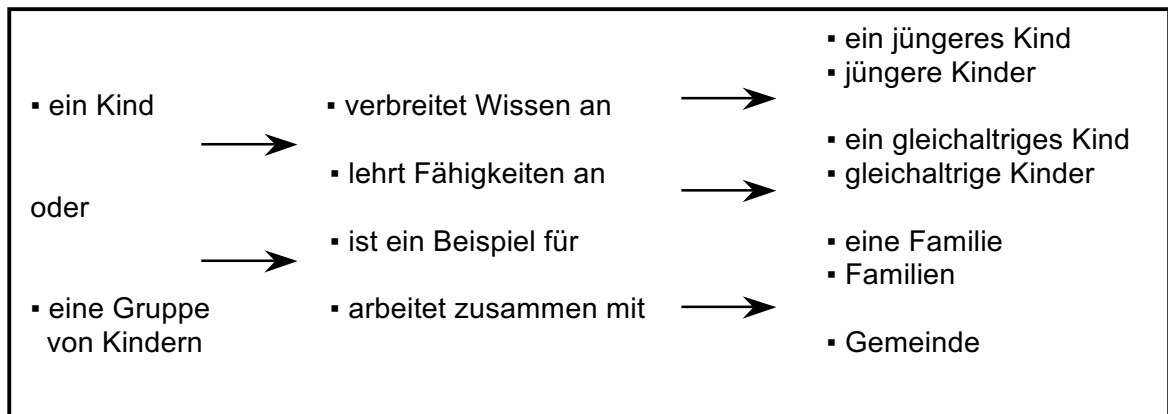
Pridmore (1998) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass der Child-to-Child Ansatz die Kinder in der Rolle als Eltern nicht mit weiterer Verantwortung belastet, sondern fördert, um verantwortungsvoller und gesundheitsbewusster für ihre jüngeren Geschwister sorgen zu können. Zudem lernen die Kinder ihre Verhaltensweisen und die der anderen kritisch zu hinterfragen (UNICEF 1993). Die erweiterten Kenntnisse und Fähigkeiten ermöglichen es den Kindern, ihre alltäglichen Aufgaben gesundheitsbewusster, einfacher und mit mehr Spaß auszuführen (Aarons et al. 1979). Darüber hinaus lernen die Kinder, eigenständig Entscheidungen zu treffen, und gewinnen dadurch an Selbstvertrauen. Ihre Einstellung und Fähigkeiten können sich durch ihre Aufgaben als Gesundheitsakteure verändern, somit sind sie der Rolle als „Eltern von morgen“ gewachsen (Bonati 1993b). Daher ermöglicht der Child-to-Child Ansatz nach CHETNA (1990) nachhaltige Gesundheitskommunikation.

Der Child-to-Child Ansatz bietet Kindern vielfältige Kommunikationswege, um als Gesundheitsakteure auf kulturell angepasste Art und Weise ihr Wissen an ihre Mitmenschen weiterzugeben (Hanbury 1995b). Diese werden im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt.

### **3.2.3 Kommunikationswege der Kinder**

Kinder kommunizieren, in Abhängigkeit von ihrem Alter, der Gesundheitsbotschaft und der Kultur, auf unterschiedlichen Wegen (Hanbury 1995b). Um im Child-to-Child Ansatz als Kommunikatoren zu einem gesundheitsbewussterem Verhalten der Umgebung beizutragen, können Kinder erstens durch ihr vorbildliches Gesundheitsverhalten agieren. Zweitens können sie ihr Wissen und ihre Fähigkeiten an andere weitergeben und drittens Krankheiten durch gesundheitsfördernde Handlungen vorbeugen. Viertens können sie gesundheitsgefährdende Situationen erkennen und fünftens ihre Umgebung durch Aktionen gesundheitsfreundlicher gestalten (Dumurgier und Hawes 1993). In der Familie oder Gemeinde können Kinder als Gesundheitskommunikatoren in Gruppen oder einzeln fungieren (Abb. 1).

**Abbildung 1: Kommunikationswege der Kinder im Child-to-Child Ansatz  
(nach: Bailey et al. 1992a)**



### 3.3. Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes

#### 3.3.1 Besonderheiten des Ansatzes

Von elementarer Bedeutung für ein Programm, das Kinder als seine Zielgruppe betrachtet, ist es, dass diese aus Spaß und Interesse freiwillig mitarbeiten. Daher verwendet der Child-to-Child Ansatz für Kinder interessante Kommunikationstechniken, die ihre Kreativität und Phantasie ansprechen (L'Enfant pour l'Enfant 1995b).

Lehrer oder Gesundheitsarbeiter nehmen im Child-to-Child Konzept weniger die Rolle eines Wissensvermittlers ein, sondern fördern die Kenntnisse und die Ideen der Kinder. Dennoch benötigen die Kinder Unterstützung und korrekte Gesundheitsbotschaften, um als glaubwürdige und überzeugende Gesundheitsakteure agieren zu können (Hanbury 1995b, UNICEF 1993).

Hart (1997) hebt hervor, dass von den Kindern weiterzugebende Gesundheitsbotschaften und -ideen an ihre momentanen Interessen und Bedürfnisse angepasst sein müssen. Nur hierdurch werden die Kinder aktiv und mit interessiert an dem Gesundheitsprogramm teilnehmen.

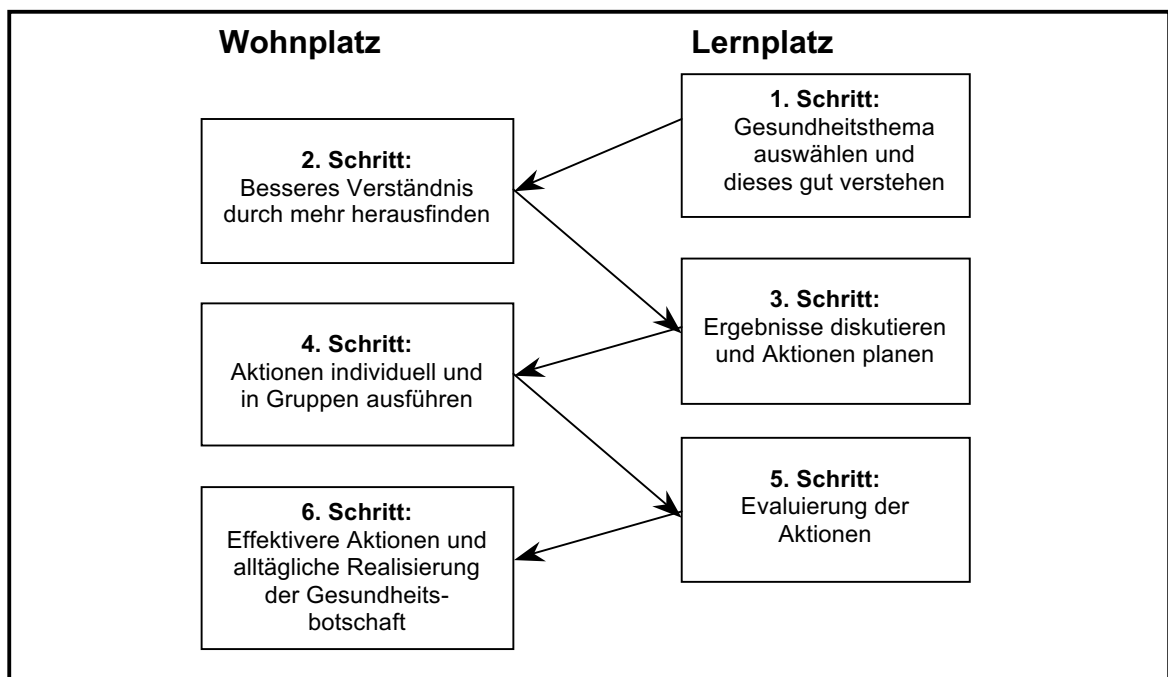
Dies kann nach der, in der Literatur beschriebenen *Sechs-Schritte Methode* des Child-to-Child Ansatzes umgesetzt werden. Diese Methode wird im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

### 3.3.2 Die Sechs-Schritte Methode („six-step approach“)

Mit der *Sechs-Schritte Methode* kann der Child-to-Child Ansatz in Gesundheits- und Ernährungsprogrammen umgesetzt werden. Hunbary (1993b) weist darauf hin, dass diese Methode eine Richtlinie ist und von Lehrern oder Gesundheitsarbeitern an die jeweilige Situation angepasst werden muss (Beaily et al.1992a). Die Grundmethodik des Ansatzes sollte jedoch erhalten bleiben.

In sechs aufeinander folgenden Schritten lernen und planen die Kinder am Lernplatz (d.h. Schule, Gesundheitsstation, Dorf) und führen die geplanten Gesundheitsaktionen am Wohnort (d.h. Dorf, Stadt, Straße) aus (Hanbury 1995b). In der Literatur wird beschrieben, dass die Kinder durch diese Methode die Möglichkeit haben, während eines Zeitraums von einigen Monaten das Gelernte umgehend in ihrer Umgebung anzuwenden (Lansdown 1995). Hierdurch können sie den Zusammenhang zu ihrem alltäglichen Leben erkennen und die Relevanz des Gesundheitsthemas bewusst erfahren (Abb. 2).

**Abbildung 2: „Die Sechs-Schritte Methode“ des Child-to-Child Ansatzes (nach: Beaily et al.1992a)**



Im Folgenden werden die sechs Schritte zur Umsetzung des aktionsorientierten Child-to-Child Ansatzes und die jeweiligen Kommunikationstechniken vorgestellt. Eine Übersicht der Kommunikationstechniken gibt Abbildung 14 (S. 106).

◆ **1. Schritt: Gesundheitsthema auswählen und dieses gut verstehen (Lernplatz)**

Im 1. Schritt wählen die Gesundheitsarbeiter, gemeinsam mit den Kindern, Gesundheitsthemen aus. Weiterhin unterstützen die Gesundheitsarbeiter die Kinder durch neue Informationen ein besseres Verständnis für das Gesundheitsthema zu entwickeln. Mit praktischen Übungen und Experimenten erarbeiten sich die Kinder neue Informationen oft selbstständig. Weiterhin werden in diesem Schritt Diskussionen, Rollenspiele, das Erzählen von Geschichten oder das Malen von Bildern angewendet (Beaily et al.1992a).

◆ **2. Schritt: Besseres Verständnis durch mehr herausfinden (Wohnort)**

Der 2. Schritt stellt eine Verbindung zwischen dem Gelernten und der alltäglichen Realität am Wohnort her. Durch Beobachtungen, Untersuchungen oder Interviews sammeln die Kinder in Familie und Gemeinde zu dem ausgewählten Gesundheitsthema Informationen. Auf diese Weise erkennen sie fehlerhafte Verhaltensweisen und Wissenslücken bei ihren Mitmenschen, dadurch wird ihnen die Relevanz des Themas bewusst. UNICEF (1993) betont, dass die Kinder durch diesen Schritt wichtige Kommunikationstechniken kennen lernen.

◆ **3. Schritt: Ergebnisse diskutieren und Aktionen planen (Lernplatz)**

Zurück am Lernplatz werden im 3. Schritt die gesammelten Informationen und Beobachtungen diskutiert. Die Kinder analysieren problematische Gewohnheiten und Wissenslücken ihrer Mitmenschen. In Zusammenarbeit mit den Gesundheitsarbeitern formulieren sie klare und korrekte Gesundheitsbotschaften und planen Gesundheitsaktionen, die sie in Schritt 4 ausführen (Hanbury 1995b).

◆ **4. Schritt: Aktionen individuell oder in Gruppen ausführen (Wohnort)**

In Schritt 4 agieren die Kinder individuell oder in Gruppen als Gesundheitsakteure. In Gruppen können sie Gesundheitsbotschaften beispielsweise mit Postern, Bildern, Liedern und lokalen Spielen an ihre Geschwister, die Familie und die Gemeinde weitergeben (Beaily et al. 1992a). Einzeln können sich die Kinder zu Hause vorbildlich verhalten oder das Gelernte weitervermitteln.

### ♦ 5. Schritt: Evaluierung der Aktionen (Lernplatz)

In Schritt 5 werden die seit einigen Wochen durchgeführten Aktionen der Kinder reflektierend diskutiert. Sie berichten von Auswirkungen und der Effektivität ihrer Gesundheitsaktionen sowie der Akzeptanz und den Erfahrungen, als Gesundheitsakteure zu agieren (Beaily et al. 1992b). Auftretende Schwierigkeiten der Kinder werden mit den Gesundheitsarbeitern diskutiert und alternative Kommunikationstechniken gesucht, die die Kinder in Schritt 6 ausführen (Hanbury 1995c).

### ♦ 6. Schritt: Effektivere Aktionen und alltägliche Realisierung der Gesundheitsbotschaft

Schritt 6 ermöglicht den Kindern, langfristig als effektive Gesundheitskommunikatoren zu agieren. Die in Schritt 5 erneut geplanten Gesundheitsaktionen können die Kinder nun im Alltagsleben durchführen und dabei Gesundheitsbotschaften weitergeben. Positive Verhaltensänderungen der Kinder und ihrer Mitmenschen können so zu alltäglichen Gewohnheiten werden (Bailey et al. 1992a).

Um den Child-to-Child Ansatz erfolgreich anwenden zu können, ist es von elementarer Bedeutung, Kommunikationstechniken und Gesundheitsbotschaften an die lokale Situation anzupassen (Hawes 1990).

### 3.3.3 Anpassung des Child-to-Child Ansatzes an die lokale Situation

In Abhängigkeit von der lokalen Situation, d.h. der Kultur, des Bildungsstands und der gesellschaftlichen Rolle der Kinder, stehen Kindern unterschiedliche Kommunikationstechniken zur Verfügung, um als Gesundheitsakteure zu fungieren (CAINN 1996). Sie werden nur mit Spaß an, nach dem Child-to-Child Ansatz arbeitenden Gesundheitsprogrammen teilnehmen, wenn ihre Interessen und alltäglichen Probleme im Mittelpunkt stehen (Bonati 1993a). Wissen und Gewohnheiten der Bevölkerung müssen bekannt sein, um relevante und angemessene thematische Schwerpunkte festlegen zu können (Child-to-Child 1992).

Hier setzt die vorliegende Studie an. Bevor jedoch die Ergebnisse vorgestellt werden, wird im anschließenden Kapitel auf die Durchführung der Studie und die hierbei angewendeten Methoden eingegangen.



## 4 Methode

Qualitative Forschungsmethoden ermöglichen den, für diese Studie notwendigen, tiefen Einblick in das Alltagsleben, die Gewohnheiten, das Bewusstsein und das Wissen der Kinder (Debus und Novelli 1993). Aufgrund des stark partizipativen Projektansatzes werden auch partizipative Forschungsmethoden in der vorgestellten Studie angewendet (GTZ 1999b).

### 4.1 Darstellung und Anwendung von „Partizipation Learning and Action“-Methoden

„Partizipation Learning and Action“ (PLA)<sup>5</sup> bezeichnet eine wachsende Bandbreite von Methoden, die der lokalen Bevölkerung ermöglichen, Kenntnisse über ihre Lebenssituation und -führung weiterzugeben, zu erweitern und zu analysieren (Chambers 1992). Dabei unterstützen Feldarbeiter<sup>6</sup> die lokale Bevölkerung, bestehende Probleme zu identifizieren, Lösungsmöglichkeiten zu finden und mögliche Projektaktivitäten zu planen (Humboldt 1993, Theis und Gray 1991).

PLA-Methoden zeichnen sich durch eine ganzheitliche Betrachtung der lokalen Situation aus. Um die komplexen Zusammenhänge eines Themas zu verstehen, werden Männer und Frauen sowie Kinder und Jugendliche in den Forschungsprozess mit einbezogen (Humboldt 1993). Charakteristisch für PLA-Methoden ist ihre nicht festgelegte Ausführung. Aufgrund dieser Flexibilität ist eine innovative Anpassung der Methoden an Kinder als ausgewählte Zielgruppe der vorliegenden Studie möglich.

Jedoch haben diese Methoden auch ihre Grenzen, da sie subjektive Sichtweisen der befragten Bevölkerung wiedergeben und auch ein Einfluss der Feldarbeiter auf die Ergebnisse nicht auszuschließen ist. Daher ist die Repräsentativität der mit PLA-Methoden erhobenen Daten begrenzt (Koning und Martin 1996).

Bevor im Folgenden die mit den Kindern durchgeführten Methoden detailliert dargestellt werden, wird auf Grundaspekte der Anwendung der PLA-Methoden eingegangen.

---

<sup>5</sup> Partizipation Learning and Action (PLA) ist ein seit 1996 verwendete Bezeichnung, die Partizipatory Rural Appraisal (PRA) Methoden angemessener, nach ihrer Vorgehensweise und ihrem Ziel, beschreibt (IDS 1999).

<sup>6</sup> Als Feldarbeiter werden Personen bezeichnet, die mit der lokalen Bevölkerung PLA-Methoden durchführen.

#### 4.1.1 Grundaspekte der Anwendung von PLA Methoden

##### ◆ „Triangulation“

Genauigkeit und Glaubwürdigkeit der mit PLA-Methoden erhobenen Daten können erhalten werden, wenn ein Thema mit verschiedenen Methoden und aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet wird (Schönhuth und Kievelitz 1994).

Die Untersuchung eines Themas mit drei bzw. verschiedenen Methoden bezeichnen Pretty et al. (1995) als „Triangulation“. Beispielsweise untersuchen Theis und Grady (1991) ein ausgewähltes Thema mit Beobachtungen, Diagrammen und Interviews. Aufgrund der verschiedenen Informationsquellen können Daten verglichen und ergänzt werden. So kann ein vertrauenswürdiges und vollständiges Bild der lokalen Realität erhalten werden.

##### ◆ Visuelle Erhebungsmethoden

PLA-Methoden kombinieren verbale und visuelle Erhebungsmethoden. Dabei ermöglicht die charakteristische Verwendung von Bildern und Symbolen auch analphabetischen Bevölkerungen, ihre Perspektiven und Sichtweisen darzustellen (Humboldt 1993). Nach lokalen Kriterien (z.B. Sonne als Indikator der Tageszeit) werden die betrachteten Situationen beurteilt und verglichen (Chambers 1992). Für hierbei analysierte Problembereiche stellen die Kinder Lösungsvorschläge dar. Im Anschluss werden, die in der vorliegenden Studie mit den Kindern angewendeten PLA-Methoden beschrieben. Tabelle 1 gibt vorerst eine Übersicht der durchgeführten Methoden.

Tabelle 1: Übersicht der durchgeführten PLA-Methoden

| Halb-strukturierte Interviews                                                                                                                                                    | Beobach-tungen                                                                                                | Diagramme                                                                                                                                                                                       | Klassifi-zierungen                                                                         | Spiele                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppen-interviews</li> <li>▪ Individuelle Interviews</li> <li>▪ Interviews mit Schlüssel-personen</li> <li>▪ Brain-storming</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direkte Beobachtung</li> <li>▪ Teilnehmen-de Beobach-tung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagramm der Ursachen von Durchfall</li> <li>▪ Sonnenspiel als Diagramm der Alltags-beschäfti-gungen</li> <li>▪ Lageplan der Wasser-stellen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matrizen-klassifi-zierung der Aufgaben</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spiele/ Rollenspiele</li> <li>▪ Lieder/ Mündliche Traditionen</li> <li>▪ Zeich-nungen/Be-schreiben von Fotos</li> <li>▪ Kinder unter-suchen</li> </ul> |

#### 4.1.2 Halbstrukturierte Interviews

Halbstrukturierte Interviews werden, im Gegensatz zu strukturierten Interviews, anhand eines offenen Fragebogens geführt. Dieser enthält Schlüsselfragen, die während des Interviews leitende Funktion haben (Humboldt 1993, Theis und Grady 1991). Hierbei bekommen die Befragten die Möglichkeit, das Interview in eine Richtung zu lenken, wodurch wichtige Informationen erhalten werden können (Kersten 1996). Da dem Befragten ein eigener Spielraum eingeräumt wird, kann er reflektierter, präziser und offener antworten (Mayring 1990).

##### ◆ Gruppeninterviews

Mit der Absicht, bestimmte Themengebiete mit den Kindern weitreichend und im Gesamtzusammenhang zu diskutieren, werden Gruppendiskussionen durchgeführt. Dabei lässt der alltägliche Stil einer Unterhaltungssituation einen angenehmen und vertrauensvollen Rahmen entstehen (Aubel 1994).

Diese Methode ist für die hier ausgewählte Zielgruppe der Kinder besonders geeignet, da sie in Gruppen und in Abwesenheit der Erwachsenen offen und ehrlich diskutieren und ihre Ideen und Wahrnehmungen ausdrücken (Gosling und Edwards 1995).

### ◆ Individuelle Interviews

Individuelle Interviews werden ergänzend zu Gruppendiskussionen eingesetzt, um einen persönlicheren und intensiveren Einblick in die Denkweisen, die Einstellungen und die Meinungen der Kinder zu bestimmten Themengebieten zu erhalten (Theis und Grady 1991).

### ◆ Interviews mit Schlüsselpersonen

Um tiefgehende Informationen herausarbeiten und Thesen untermauern zu können, werden gezielt Gespräche mit Personen durchgeführt, die in ihren Spezialbereichen besonders informiert sind (Chambers 1992, Schönhuth und Kievelitz 1994).

Personen, die für einen begrenzten Zeitraum im Dorf leben und dabei einen intensiven Eindruck in das alltägliche Dorfleben erhalten (z.B. Lehrer), können neutral und objektiv Aussagen über das Wissen, das Verhalten und die Gewohnheiten der Dorfbevölkerung geben (Theis und Grady 1991).

### ◆ Brainstorming

Mit dieser Methode können auf einfache Weise die Ideen und das Verständnis der Kinder zu einem Thema erfasst werden. Beispielsweise nennen sie zu dem Thema Ernährung spontan, rasch und ungezwungen ihre Assoziationen und Gedanken. Diese werden von den Feldarbeitern auf einem großen Papierbogen notiert (Hanbury 1995c).

## 4.1.3 Beobachtungstechniken

Gewohnheiten und Verhaltensweisen der Bevölkerung in ihrem natürlichen Umfeld können erst durch Beobachtungen präzise, objektiv und realitätsnah erfasst werden (Dawson et al. 1993). Dieses Instrument ermöglicht ein ständiges Vergleichen, Ergänzen und Kontrollieren der bereits erhaltenen Informationen (Schönhuth und Kievelitz 1994).

Durch direkte Beobachtung können bestimmte Verhaltensweisen der Bevölkerung systematisch, aufmerksam und selbstkritisch verfolgt werden (Andrien 1993). So werden selbstverständliche und von der Bevölkerung nicht erwähnte Verhaltensweisen sichtbar (Dawson et al. 1993, FAO 1994).

Bei der teilnehmenden Beobachtung wird am Alltagsleben und den damit verbundenen täglichen Aufgaben der Kinder teilgenommen und ihr Verhalten

sowie ihre Gewohnheiten beobachtet. Hierdurch kann die Sichtweise der lokalen Bevölkerung besser verstanden werden (Andrien 1993, Schönhuth und Kievelitz 1994).

#### 4.1.4 Diagramme als visuelle Erhebungsmethoden

Diagramme und visualisierende Erhebungstechniken geben umfangreiche und wertvolle Informationen in konzentrierter Form wieder. Sie werden mit Bildern und Symbolen dargestellt und sind daher für die lokale, analphabetische Bevölkerung leicht verständlich (FAO 1993). Die während des Erstellens der Diagramme von der lokalen Bevölkerung angesprochen Themengebiete führen nach Pretty et al. (1995) oftmals zu informativen Diskussionen.

##### ◆ **Diagramm der Ursachen von Durchfall („Causality Diagram“)**

Das *Diagramm der Ursachen von Durchfall* ist eine Kombination, der von Theis und Grady (1991) beschriebenen Flow und Venn Diagramme. Diese stellen Ursachen eines definierten Problems in ihren Beziehungen zueinander und den Grad ihrer gegenseitigen Beeinflussung dar.

Die Kinder nennen die für sie am häufigsten auftretenden Krankheiten und deren Ursachen. Die jeweilige Krankheit malen sie in einen Kreis in der Mitte eines großen Papierbogens. Ursachen dieser Krankheiten zeichnen die Kinder auf Papierkarten und ordnen diese, in unterschiedlichen Entfernungen von dem Kreis, entsprechend dem Einfluss auf das Entstehen der Krankheiten an (Gosling und Edwards 1995, Pretty et al. 1995, Schönhuth und Kievelitz 1994).

##### ◆ **Sonnenspiel als Diagramm der Alltagsbeschäftigungen („Daily Routine Diagram“)**

Um das von Theis und Grady (1991) beschriebene *Diagramm der Alltagsbeschäftigungen* zu erstellen wird, aufgrund der Sonne als Symbol der Kinder für Tageszeit, das von der Verfasserin und den Feldarbeitern entworfene „Sonnenspiel“ durchgeführt. Drei Gruppen von Kindern werden gebildet, die jeweils die Aktivitäten der Jungen und Mädchen nach Sonnenaufgang, vor Sonnenuntergang und zur Mittagszeit besprechen.

Anschließend stellen Jungen und Mädchen in einzelnen Gruppen diese Aktivitäten mit Hilfe der Feldarbeiter zu einem Tagesdiagramm zusammen. Somit kann der Tagesablauf von Jungen und Mädchen miteinander verglichen werden. Ebenso

können hiermit ihre gesellschaftlichen Rollen verstanden, eventuell bestehende Probleme identifiziert und die ihnen zur Verfügung stehende Freizeit erkannt werden.

◆ **Lageplan der Wasserstellen („Partizipatory Mapping“)**

Einen *Lageplan der Wasserstellen* erstellen die Kinder, indem sie als Gruppe auf einen großen Papierbogen die in der Region zur Verfügung stehenden Wasserstellen und ihre Verwendungsmöglichkeiten aufzeichnen. Durch diese Methode kann das Bewusstsein der Kinder über die Verwendung der Wasserstellen und damit verbundenen Schwierigkeiten ermittelt werden (Pretty et al. 1995, Theis und Grady 1991).

**4.1.5 Klassifizierungen als visuelle Erhebungsmethoden („Ranking“)**

Bei der Klassifizierungsmethode legen die Kinder zu ausgewählten Themen Schlüsselbereiche fest und ordnen diese in einer Reihenfolge an (Gosling und Edwards 1995). Hierdurch können Hauptprobleme oder Präferenzen identifiziert und verglichen werden (FAO 1994).

◆ **Matrizenklassifizierung der Aufgaben („Matrix Ranking“)**

Bei der *Matrizenklassifizierung der Aufgaben* nennen die Jungen und die Mädchen ihre täglichen Aktivitäten. In der oberen horizontalen Reihe einer auf dem Sandboden gezeichneten Matrice symbolisieren die Kinder diese Aktivitäten durch Gegenstände (z.B. Topf) oder Naturmaterialien (z.B. Reis). In den zwei darunter liegenden Reihen ordnen sie den Aktivitäten, je nach ausgeführter Häufigkeit und Präferenz, eine bestimmte Anzahl von Steinen zu. Dabei steht jedem Kind die gleiche Anzahl von Steinen zur Verfügung. Die am häufigsten durchgeführte und beliebteste Aktivität wird durch die höchste Anzahl von Steinen bestimmt.

Durch die Matrizenklassifizierung kann eine klare Vorstellung von den täglichen Aufgaben und Vorlieben der Jungen und Mädchen gewonnen werden. Zudem können ihre Gedankenstrukturen und Schwierigkeiten im Alltag deutlich werden, da die Kinder während der Klassifizierung nach ihren Entscheidungsgründen gefragt werden (Pretty et al. 1995, Schönhuth und Kievelitz 1994).

#### **4.1.6 Spielerische Erhebungsmethoden**

Um die Kinder zu einer konzentrierten und aktiven Mitarbeit zu motivieren, ist es nach Manyau (1998) wichtig, die Diskussionen durch spielerische Methoden zu ergänzen.

##### **♦ Spiele**

Das Ausführen lokaler Spiele ermöglicht auf einfache Weise, Vertrauen zu den Kindern aufzubauen (Gordon 1998). Die Kinder werden während jeder Erhebungsetappe aufgefordert ein Spiel zu nennen, das gemeinsam mit den Feldarbeitern und der Verfasserin ausgeführt wird. Hierdurch kann ein Überblick über die Spiele der Kinder gewonnen werden. Um die beliebtesten Spiele der Kinder zu erkennen, ordnen sie diese nach der Häufigkeit ihrer Ausführung an.

##### **♦ Rollenspiele („Role Play“)**

Die Kinder führen Rollenspiele zu ausgewählten Schlüsselthemen alltäglicher Situationen durch. Die Realität, also auch bestehende Probleme werden hierbei deutlich wiedergegeben (FAO 1994). Akteure und Zuschauer können fehlerhafte Gewohnheiten in den dargestellten Handlungen erkennen (IDS 1999). Diese werden im Anschluss aufgegriffen, um mit den Kindern über bessere Handlungsweisen zu diskutieren und diese in das Rollenspiel einzubauen.

##### **♦ Lieder**

Auch das Singen lokaler Lieder trägt zu einem raschen Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Kindern und den Feldarbeitern bei (Johnson et al. 1995). Die Texte der lokalen Lieder geben einen tiefen Einblick in die alltäglichen Sorgen und den Tagesablauf der Kinder (Gosling und Edwards 1995). Zudem können Kinder einfach und mit Spaß neue Liedertexte zu bestimmten Themengebieten entwickeln (Hanbury 1995b).

### ◆ Märchen und Fabeln

Geschichten, Fabeln und Märchen geben oftmals wichtige Informationen zu traditionellen und gesellschaftlichen Gesundheits- und Ernährungsgewohnheiten sowie zu der Bedeutung von Nahrungsmitteln und veränderten Ernährungspraktiken (FAO 1993).

### ◆ Zeichnungen

Zeichnungen von bestimmten Situationen oder Handlungsweisen ermöglichen den Kindern mit Spaß und entsprechend ihrer persönlichen Realitäts-wahrnehmung ihre Gedanken auszudrücken. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Art und Weise der Durchführung von Zeichnungen nach Gordon (1998) an die Bildung und die Kultur der Kinder angepasst werden sollte.

### ◆ Beschreibung von Fotos

Fotos, auf denen für das Thema relevante Situationen dargestellt sind, werden den Kindern vorgelegt und von ihnen beschrieben. Hierdurch kann ein Einblick in ihre Gedanken und Sichtweise gewonnen werden. Zudem werden Fotos von bereits besprochenen, fehlerhaften Verhaltensweisen am Ende einer Erhebungsetappe verwendet, um mit den Kindern gemeinsam mögliche Lösungsvorschläge zu erarbeiten (Schönhuth und Kievelitz 1994, Scrimshaw und Peltó 1979).

### ◆ Untersuchungen („They do it“)

Als Vorbereitung für jedes Treffen werden die Kinder beauftragt, die Dorfbevölkerung zu dem in der nächsten Woche zu diskutierenden Thema zu beobachten und zu befragen. Zu Beginn des Treffens werden die erhaltenen Ergebnisse gemeinsam besprochen (Chambers 1992). Diese Methode lässt die Kinder schon während der Studiendurchführung mit dem bedeutenden 2. Schritt der Child-to-Child Methode (s. Abb. 14, S. 106) vertraut werden.

Im nachfolgenden Abschnitt wird die Durchführung und der Aufbau der vorliegenden Studie beschreiben.



## **4.2 Durchführung der Erhebung**

Die Erhebung wird in dem Zeitraum von August bis Dezember 1999 durchgeführt. Hieran schließen sich zwei weitere Monate der Analyse und Aufarbeitung der erhobenen Daten an.

### **4.2.1 Themenauswahl**

Um Empfehlungen für das auf Kinder ausgerichtete Ernährungs- und Gesundheitsberatungsprogramm geben zu können, wird primär ihr Wissen, ihre Einstellungen und ihr Verhalten zu gesundheits- und ernährungsbezogen Themen erforscht.

Diese werden im ganzheitlichen Kontext diskutiert, d.h. Umwelt, Bildung und gesellschaftliche Aspekte werden in Bezug zu ihrem Lebensumfeld mitberücksichtigt. Die sozialen Beziehungen der Kinder werden untersucht um zu erkennen, welche Rolle sie als Kommunikatoren in der gesellschaftlichen Struktur spielen können. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Identifizierung lokaler Kommunikationswege der Kinder, wie z.B. Spiele.

### **4.2.2 Zielgruppenauswahl**

Als Zielgruppe dieser Studie werden Kinder im Schulalter, d.h. im Alter von 6 bis 14 Jahren, ausgewählt. Bei der Studiendurchführung wird darauf Wert gelegt, dass eine Gruppe von Kindern sich aus unterschiedlichen Altersgruppen zusammensetzt. Es werden drei Dörfer im ländlichen Raum ausgewählt. Eines dieser Dörfer verfügt über eine staatliche Schule.

Die Teilnahme der Kinder an den Gruppensitzungen erfolgt freiwillig, es sollten maximal 15 bis 20 Kinder pro Gruppe sein. Für die Erhebung ist es wichtig, mit einer konstanten Gruppe, d.h. jeweils mit der gleichen Gruppe von Kindern, zu arbeiten.

Mit den Kindern und Jugendlichen wird in gemischt geschlechtlichen Gruppen gearbeitet. Es wird darauf geachtet, dass Mädchen und Jungen gleichstark in einer Gruppe vertreten sind. Da sich die gesellschaftliche Rolle der Jungen und Mädchen stark unterscheidet, ist es während der Datenerhebung der vorliegenden Studie notwendig, die Ideen und Diskussionsresultate der Jungen und Mädchen zu trennen.

Um einen ganzheitlichen Eindruck zu gewinnen und die Gedanken und Antworten der Kinder reflektieren zu können, werden die Eltern als weitere Zielgruppe in die Studie mit einbezogen. In der Projektregion sind vorwiegend Männer die Entscheidungsträger in der Familie und Gesellschaft. Daher wird mit den Vätern und den Müttern in genderspezifischen Gruppen gearbeitet, die sich aus freiwilligen Teilnehmern zusammensetzten.

Mit den Vätern wird über die Akzeptanz und Möglichkeit der Kinder, als erfolgreiche Kommunikatoren zu fungieren, diskutiert. Die Mütter sind im Wesentlichen für die Fürsorge der Kinder verantwortlich und dienen den Kindern als Hauptansprechpartnerinnen. Als diese werden die Mütter in die Studie einbezogen, um von ihnen Informationen über ihr Alltagsleben mit den Kindern zu erhalten.

Die gewählten Zielgruppen sollen einen Vergleich der Sichtweisen von Kindern und Eltern sowie die der Jungen und Mädchen ermöglichen.

#### **4.2.3 Dorfauswahl**

Wie in Kapitel 2.2.2 (S. 9) dargestellt, findet die Studie im Rahmen des Ernährungs- und Gesundheitssektors des Projektes statt. Die Bevölkerung der Projektregion hat eine eher misstrauische Haltung gegenüber Fremden<sup>7</sup>. Um eine optimale Beteiligung der Zielgruppe an der geplanten Studie zu ermöglichen, werden die Untersuchungsdörfer nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Es werden Studiendörfer ausgewählt, in denen die Bevölkerung das IESP Bekily bereits kennt und motiviert an den Projektaktivitäten teilnimmt.

Um eventuelle Unterschiede des Wissens, der Einstellungen und der Verhaltensweisen der Kinder verschiedener Kulturen der Projektregion sowie den

---

<sup>7</sup> Gerüchte der Bevölkerung besagen, dass „Weiße“ die Kinder stehlen würden, um die Eingeweiden verkaufen zu können.

Einfluss der Schulbildung zu erkennen, werden drei Dörfer aufgrund der in Tabelle 2 dargestellten Kriterien ausgewählt. Eine Dorfmonographie der drei Dörfer ist in Tabelle 14 (S. 107) dargestellt.

**Tabelle 2: Auswahlkriterien der Erhebungsdörfer**

| <b>Auswahl-<br/>kriterien</b>     | <b>Dorf<br/>Gemeine</b> | <b>Ambararata Toby<br/>Tanandava</b> | <b>Bevala<br/>Antsakoamaro</b> | <b>Anaviavy<br/>Ambahita</b> |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Ethnie: Antandroy                 |                         | +                                    | +                              | +                            |
| Ethnie: Antanosy                  |                         | –                                    | +                              | +                            |
| Bildung: Grundschule              |                         | –                                    | +                              | –                            |
| Geographische Lage (in<br>Bekily) |                         | Süden                                | Westen                         | Norden                       |

+ vorhanden, - nicht vorhanden

Diese Dorfauswahl wird als notwendig angesehen, um bei den sich daraus ergebenden Ergebnissen mögliche Unterschiede zwischen der ethnischen Gruppenzugehörigkeit und der Präsenz einer Schule identifizieren zu können. Möglicherweise müssen die methodischen Ansätze und die inhaltlichen Themenschwerpunkte für das Gesundheitsprogramm der Kinder aufgrund dieser Kriterien verschieden gewählt werden.

#### **4.2.4 Personalrekrutierung und Ausbildung**

Die Studie wird von der Verfasserin in Zusammenarbeit mit vier Feldarbeiter/Innen durchgeführt. Diese gehören den zwei in der Region vorherrschenden ethnischen Bevölkerungsgruppen an. Weil sie mit den kulturellen Gegebenheiten der Dorfbevölkerung vertraut sind und ihre vorherrschenden Dialekte beherrschten, kann hierdurch das Vertrauen und die Offenheit der Zielgruppe schnell gewonnen werden. Zudem ermöglichen die kulturellen Hintergründe des Personals ein intensives und umfassendes Verstehen und Analysieren der erhobenen Daten.

Von August bis Dezember arbeiten zwei Frauen mittleren Alters mit den Kindern und den Müttern in den ausgewählten Dörfern. Die Erhebung mit den Vätern führen im November eine weitere Frau und ein Mann durch.

Die jeweiligen Paare arbeiteten bereits gemeinsam an Erhebungen des Projektes mit, weswegen sie an das Zusammenarbeiten gewöhnt sind. Von Vorteil sind zudem ihre Erfahrungen mit partizipativen Arbeitsmethoden und das zum großen Teil schon vorhandene Vertrauen der Dorfbevölkerung. Die Feldarbeiter/Innen weisen eine, der Fachhochschulreife entsprechende Ausbildung und ein anschließendes Studium auf. Sie beherrschen daher, neben der lokalen Sprache, auch die französische in Wort und Schrift.

Die für diese Studie angestellten vier Feldarbeiter/Innen werden von der Bericht-erstatte-rin in dem Child-to-Child Ansatz und in den zielgruppengerechten Unter-suchungsmethoden (PLA-Methoden) ausgebildet. Hierzu wird ein einwöchiger Trainingsworkshop in Bekily durchgeführt. Im Anschluss daran stellen die vier Feldarbeiter/Innen gemeinsam mit der Verfasserin einen Studienplan auf (s. Tab. 3, s. auch Tab. 15, S. 110) und erstellen zu den ausgewählten Themengebieten einen halbstrukturierten Fragenkatalog in französischer Sprache (s. S. 108).

**Tabelle 3: Zusammenfassung des Studienplans**

| Themen                                          | Methoden                                                                          | Zielgruppe |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Hygieneverhalten                             | Gruppendiskussion, lokale Spiele, Lageplan der Wasserstellen                      | Kinder     |
| 2. Soziales Leben                               | Gruppendiskussion, Sonnenspiel, Matrizenklassifizierung der Aufgaben, Zeichnungen | Kinder     |
| 3. Ernährung                                    | Gruppendiskussion, Brainstorming                                                  | Kinder     |
| 4. Gesundheit                                   | Gruppendiskussion, Diagramm der Ursachen von Diarrhoe                             | Kinder     |
| 5. Kommunikation                                | Gruppendiskussion, Präferenzen der lokalen Spiele                                 | Kinder     |
| 6. Ernährung/<br>Gesundheit/ soziale<br>Aspekte | Gruppendiskussion                                                                 | Mütter     |
| 7. Soziale Aspekte/<br>Bildung                  | Gruppendiskussion                                                                 | Väter      |

#### 4.2.5 Feldphase

An einem mit der Dorfbevölkerung festgelegten Wochentag wird jeweils im Wochenrhythmus in den drei Dörfern gearbeitet. Das für das jeweilige Dorf verantwortliche Projektpersonal kontaktiert, 1 bis 2 Tage vor dem vereinbarten Wochentag, den Dorfpräsidenten, um das Treffen zu bestätigen und die Anfangszeit zu vereinbaren. Der Dorfpräsident gibt diese Information an die Dorfbevölkerung weiter.

Die Feldarbeiter/Innen und die Verfasserin lebten für einen Erhebungstermin 2 bis 3 Tage in den jeweiligen Dörfern. Dies ermöglichte am Alltagsleben der Kinder teilzunehmen, was ein bedeutender Bestandteil der angewendeten partizipativen Erhebungsmethoden ist. Weiterhin konnte so ein besseres Vertrauen zu den Kindern und der Dorfbevölkerung aufgebaut werden.

Die Gruppengröße der teilnehmenden Kinder variiert in den drei ausgewählten Dörfern. In dem Dorf Ambararata Toby nehmen im Durchschnitt 9 Kinder teil. In dem Dorf Bevala hingegen durchschnittlich 32 Kinder. Hier wird mit der gesamten Schulklasse gearbeitet. Zu Beginn der Studie wird versucht, in Bevala zwei getrennte Gruppen zu bilden, doch führt dies zu Streitereien unter den Kindern, so dass mit einer Gruppe weitergearbeitet werden muss. Die Gruppe in dem Dorf Anaviavy besteht aus durchschnittlich 18 Kindern. Hieraus ergibt sich ein Studienumfang von durchschnittlich 55 Kindern.

Die Gruppengröße der Mütter beträgt jeweils durchschnittlich 7 Frauen pro Dorf. Die bereits mit den Kindern behandelten Themen werden zum Teil mit den Müttern diskutiert, und zwar entweder zuvor oder im Anschluss an die Arbeit mit den Kindern. Die Diskussionen mit den Vätern finden innerhalb von zwei Wochen statt, unabhängig von dem Studienteil der Kinder und der Mütter. Durchschnittlich nehmen an der Gruppensitzung pro Dorf 12 Väter teil. Die Eltern nehmen, wegen einer erhofften Bildungsmöglichkeit ihrer Kinder, gerne an der Erhebung teil.

Die Kinder zeigen großes Interesse und Spaß bei der Studienteilnahme und arbeiten daher motiviert mit. Das Ausführen der verschiedenen partizipativen Methoden sehen sie als neue Spiele an. Eine Erhebungsetappe mit den Kindern wird in der Regel an zwei aufeinander folgenden Tagen, für jeweils 2 bis 3 Stunden durchgeführt.

Das Singen und Tanzen lokaler Lieder während der Gruppensitzung ermöglicht eine konzentrierte und kontinuierliche Arbeit mit den Kinder. Um zu erkennen, an welchen Aktivitäten die Kinder Spaß haben, werden sie vor jeder Erhebungsetappe aufgefordert, Rückmeldungen zu der vorangehenden zu geben.

#### **4.2.6      Aufbereitung der Daten und Analyse**

Um Informationsverlust zu vermeiden, wird während jeder Erhebungsetappe auf der lokalen Sprache (Malagasy) Protokoll geführt. Ergebnisse der Interviews und Beobachtungen sowie der mit den Kindern durchgeführten Aktivitäten werden festgehalten. Durchgehend wird zwischen den Antworten der Jungen und der Mädchen unterschieden. Die Feldarbeiter/Innen übersetzten das Protokoll in den nachfolgenden Tagen ins Französische. Anschließend werden Eindrücke, Erfahrungen und Beobachtungen mit der Verfasserin ausgetauscht und die Ergebnisse diskutiert, um noch fehlende Informationen oder Unklarheiten im nächsten Dorfbesuch ergänzen zu können.

Nach der Erhebungszeit werden die Ergebnisse von den Feldarbeitern/Innen in einem Zeitraum von sechs Wochen analysiert und verglichen. Die erhaltenen Ergebnisse werden von der Verfasserin mit weiteren Personen besprochen, die mit Kultur und Bevölkerung vertraut sind oder langjährige Erfahrung mit der regionalen medizinischen Situation bzw. bestehenden Ernährungsproblemen haben. Zudem werden die Ergebnisse Mitarbeitern weiterer, in der Region arbeitenden Organisationen und lokalen Anwohnern vorgestellt und schließlich mit dem gesamten Projektpersonal diskutiert.

So werden die Ergebnisse aus verschiedenen Blickwinkeln und Perspektiven reflektiert. Hierdurch wird versucht, die sich aus dem Übersetzen der Ergebnisse vom Malagasy ins Französische und wiederum ins Deutsche ergebenden Probleme zu minimieren.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt.

## 5 Ergebnisse

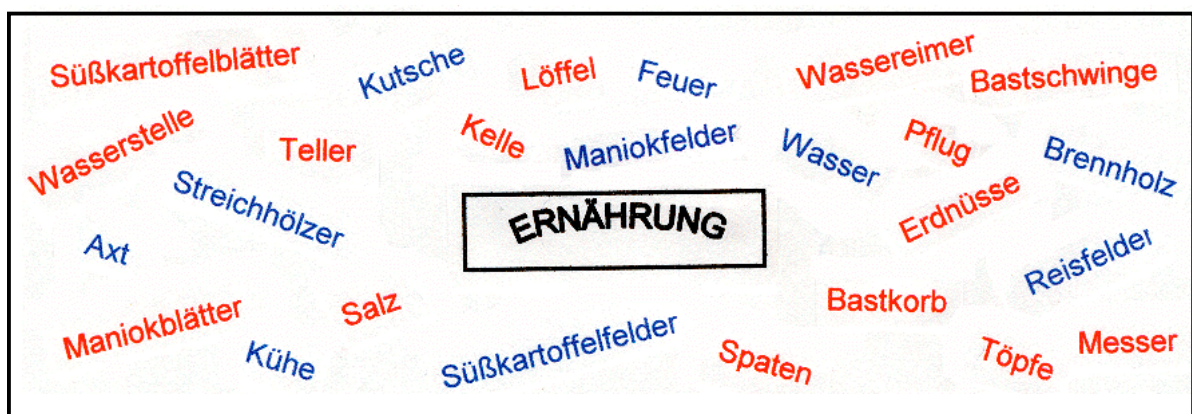
Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse geben die Meinungen, Sichtweisen und Gedanken der Kinder wieder. Sie beziehen sich auf den Erhebungszeitraum der Monate August bis Dezember 1999. Da sich bei der Analyse der Daten zeigt, dass die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe und die Präsenz einer Schule wenig Einfluss auf die Ergebnisse der Studie haben, werden im Folgenden die Ergebnisse der drei ausgewählten Dörfer zusammen dargestellt und nur im Fall von Unterschieden differenziert. Hingegen wird durchgehend zwischen den Antworten der Jungen und Mädchen unterschieden.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die Sichtweisen der Mütter und Väter dargestellt.

### 5.1 Sichtweise der Kinder zu Ernährung

Werden die Kinder nach ihren Assoziationen zum Thema Ernährung gefragt, denken sie vorerst an die Zubereitung und den Anbau von Nahrungsmitteln und nennen daraufhin einige Nahrungsmittel. Die Jungen nennen u.a. die Stichworte Feuer, Brennholz, Kühe, Maniok- und Reisfelder. Die Mädchen hingegen nennen u.a. Spaten, Pflug, Messer, Teller, Wassereimer, Salz und Erdnüsse (Abb. 3) (s. Kap. 4.1.2, S. 22)

**Abbildung 3: Brainstorming mit Jungen und Mädchen\* zum Thema Ernährung (Dorf: Anaviavy, Okt. 1999)**



\*Blau: Antworten der Jungen; Rot: Antworten der Mädchen

### 5.1.1 Einstellung zu einzelnen Nahrungsmitteln

Ernährung ist für die Kinder wichtig, um satt zu werden, leben zu können, groß und stark zu sein und die Felder bearbeiten zu können. Die Nahrungsmittel teilen die Kinder nach ihren Vorlieben in drei Kategorien ein:

1. Reis und Fleisch sind ihre bevorzugten Lebensmittel, die selten Krankheiten verursachen
2. Mais, Süßkartoffeln und Milch sind gute Nahrungsmittel, die manchmal Krankheiten verursachen
3. Maniok und Blattgemüse sind ihre unbeliebtesten Nahrungsmittel, die oft Krankheiten verursachen

#### ◆ Früchte

Früchte werden von den Kindern gerne und in großen Mengen gegessen, da sie, ihrer Meinung nach, während der Hungermonate gut sättigen. Aus diesem Grund verzehren sie unreife Mangofrüchte in großen Mengen. Allgemein haben Früchte, besonders Kaktus- und Orangenfrüchte, für die Kinder einen süßen und köstlichen Geschmack. Ein Kind isst gerne Bananen, da sie ihm „Kraft geben“.

Trotzdem sind viele Kinder der Meinung, dass Früchte, in großen Mengen aufgenommen, Krankheiten verursachen.

#### ◆ Gemüse

Das grüne Blattgemüse der Maniok- und Süßkartoffelpflanze gibt den Maniok- und Maismahlzeiten als Beilage einen abwechslungsreichen Geschmack. Doch nur wenige Kinder bezeichnen das Gemüse als köstlich. Die Mehrheit ist der Meinung, dass Blattgemüse Bauchschmerzen verursacht.

#### ◆ Milch

Milch ist für die Kinder ein gutes und beliebtes Nahrungsmittel, das sie viel konsumieren. Während der Trockenmonate ist die geringe Menge der vorhandenen Milch für Alte und Kleinkinder der Familie reserviert. Die Jungen sagen jedoch, dass sie während des Kühehütens das gesamte Jahr über viel Milch trinken.



### ◆ Fleisch

Das bevorzugte Lebensmittel der Kinder ist Rind- und Geflügelfleisch. Dieses essen sie 1 bis 2 Mal pro Monat. Auch altes, schon schlecht riechendes oder wenig gekochtes Fleisch essen die Kinder gerne, wenn es mit Zwiebeln und Tomaten zubereitet ist.

### 5.1.2 Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit

Die Kinder nennen viele Nahrungsmittel, die, in großen Mengen aufgenommen, zu Krankheiten führen. Zur momentanen Jahreszeit (September) sind es besonders die in großen Mengen verzehrten Mangofrüchte, die nach Meinung der Kindern zu Magen-Darm-Erkrankungen, Fieber und Malaria führen. Auch Orangen- und Zitronenfrüchte führen zu Fieber und Wassermelonen zu Bauchschmerzen. Obwohl die Kinder hiervon überzeugt sind und die Mütter das Verzehren großer Mengen Früchte verbieten, essen sie diese viel und gern, um satt zu werden. Grünes Blattgemüse und gesalzene Mahlzeiten nennen sie als Ursachen von Bauschmerzen, Diarrhoe, Dysenterie und intestinalen Parasiten (Tab. 4).

**Tabelle 4: Nahrungsmittel, die von den Kindern mit Krankheiten assoziiert werden (Dörfer: Ambararata Toby, Bevala, Anaviavy, Sept. 1999)**

| Nahrungsmittel*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Krankheiten                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erdnüsse, Blattgemüse, gesalzene Mahlzeiten, rohes Fleisch, Rinderblut</li> <li>▪ gesalzene Mahlzeiten, grüne Mangofrüchte</li> <li>▪ Wassermelonen, bitter Maniokmahlzeiten</li> <li>▪ Kakteen-, Guavenfrüchte</li> <li>▪ Grüne Mango-, Orangen-, Zitronenfrüchte</li> <li>▪ Mangofrüchte, saure Milch, Zuckerrohr</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bauchschmerzen, Diarrhoe,</li> <li>▪ Dysenterie, Bauchschmerzen, Intestinale Parasiten</li> <li>▪ Bauchschmerzen, Erbrechen</li> <li>▪ Obstipation</li> <li>▪ Fieber</li> <li>▪ Malaria</li> </ul> |

\*in großen Mengen aufgenommen

## 5.2 Sichtweise der Kinder zu Gesundheit

Gesund sein bedeutet für die Kinder in der Lage zu sein, gut und viel zu arbeiten und bis in die Nacht hinein zu spielen. Die Mädchen können nur, wenn sie gesund sind, Wasser holen und Reis schälen, während die Jungen nur dann Kühe hüten und Maniok anbauen können. Müdigkeit, Appetitlosigkeit, stetiger Stuhlgang und Temperaturschwankungen sind, nach Meinung der Kinder, Krankheitsanzeichen.

### 5.2.1 Gesundheitsprobleme

Die Jungen nennen Malaria und Asthma als die am häufigsten auftretenden Krankheiten. Um Malaria zu vermeiden, sollten sie weniger Mangofrüchte essen. Einer Asthmaerkrankung kann, nach ihrer Meinung, durch Vermeidung von Baden in kaltem Wasser entgegengewirkt werden. Das am häufigsten auftretende Krankheitsproblem der Mädchen sind Kopfschmerzen, weshalb sie Sonne meiden sollten, wie sie sagen. Die Mädchen nennen Bauchschmerzen als zweithäufigstes Krankheitsproblem, die Jungen dies als dritthäufigstes. Als Heilmittel hierfür sprechen die Mädchen von Kräutertee und Medikamenten und die Jungen von dem Essen geringerer Mengen Gemüse. Die Mädchen nennen Diarrhoe als eine weitere häufige Krankheit und geben hierfür als Gegenmittel an, weniger gesalzene Mahlzeiten zu essen (Tab. 5).

**Tabelle 5: Gesundheitsprobleme\* und Lösungsvorschläge der Jungen und Mädchen (Dörfer: Ambararata Toby, Bevala, Anaviavy, Nov. 1999)**

| Jungen            | Lösungen                     | Mädchen                     | Lösungen                           |
|-------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1. Malaria        | wenig Mangos essen           | 1. Kopfschmerzen            | nicht in Sonne spielen, Hut kaufen |
| 2. Asthma, Husten | nicht Baden in kaltem Wasser | 2. Bauchschmerzen           | Kräutertee, Medikamente            |
| 3. Bauchschmerzen | wenig Gemüse essen           | 3. Diarrhoe                 | wenig Salz essen                   |
| 4. Verwundungen   | nicht streiten               | 4. Augen- und Zahnschmerzen | bei starkem Wind nicht arbeiten    |
| 5. Obstipation    | wenig Kaktusfrüchte essen    | 5. Obstipation              | wenig Kaktusfrüchte essen          |

\*beginnend mit den am häufigsten genannten Krankheiten

### 5.2.2 Ursachen von Krankheiten

Die Kinder unterscheiden drei Ursachen von Krankheiten:

1. von Gott verursachte Krankheiten (z.B. Fieber, Durchfall, Cholera, Malaria)
2. vom „bösen Geist“ beim Verstoß gegen kulturelle Verhaltensregeln verursachte Krankheiten (z.B. Tuberkulose, ein aufgeblähter Bauch und das Erbrechen von Blut)
3. vom Menschen verursachte Krankheiten (z.B. Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Erkältung)

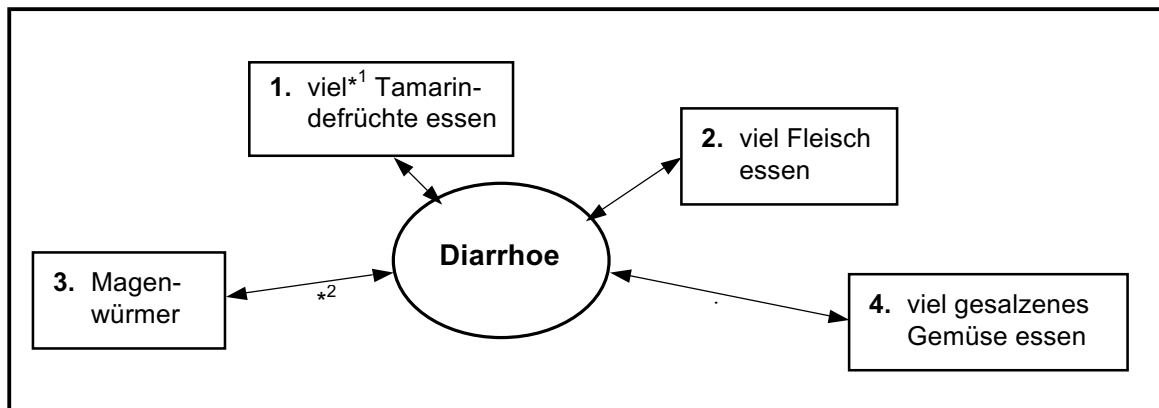
Als häufigste Krankheitsursache nennen die Jungen und die Mädchen in den Dörfern Ambararata Toby und Bevala das Verzehren von großen Mengen, der in Tabelle 4 (s. Kap. 5.1.2, S. 35) genannten Lebensmittel und das Nichtbeachten der Nahrungsmitteltabus. Die Kinder aller drei Dörfer nennen auch das Essen alter oder schmutziger Nahrungsmittel und das Trinken von kaltem Wasser<sup>8</sup> als Ursachen für Bauschmerzen. Zuletzt Genanntes wird von den Mädchen in dem Dorf Anaviavy als häufigste Krankheitsursache angegeben. Die Jungen Anaviavys nennen das Baden in schmutzigem Wasser als häufigste Ursache.

In dem Ursachendiagramm von Durchfall (s. Kap. 4.1.4, S. 23) stellen die Kinder das Verzehren großer Mengen Tamarindefrüchte<sup>9</sup> und Fleisch als häufigste Ursache für Diarrhoeerkrankung dar. Auch Magenwürmer und gesalzene Gemüseahlzeiten nennen sie als Ursachen (Abb. 4; s. auch Tab. 5, S. 36).

---

<sup>8</sup> Mit kaltem Wasser meinen die Kinder nicht abgekochtes Wasser eines natürlichen Brunnens oder Wassertümpels.

<sup>9</sup> Tamarindenfrüchte (*Tamarindus indica* L.) gehören der Gattung der Leguminosen an (Rehm 1989b).

**Abbildung 4: Diagramm der Ursachen von Diarrhoe (Dorf: Bevala, Aug. 1999)**

\*1 in großen Mengen aufgenommen

\*2 die Länge der Pfeile entspricht dem Einfluss auf das Entstehen der Krankheiten

Obwohl die Kinder denken, dass diese Nahrungsmittel zu Durchfallerkrankungen führen, essen sie diese, „weil sie Lust haben zu essen“, wie ein Junge deutlich ausdrückt.

### 5.2.3 Behandlung von Krankheiten

Die schwerwiegendsten Krankheiten sind die von „bösen Geistern“ verursachten. Sie führen nach Meinung der Kinder innerhalb weniger Tage zum Tod, wenn sie nicht von einem Mediziner behandelt werden. Krankheiten anderer Ursachen sind weniger bedenklich, da sie schnell wieder geheilt werden können.

Behandelt wird jede Krankheit durch das Trinken unterschiedlicher Kräutertees aus Heilpflanzen. Tritt durch diese Behandlungsform keine Besserung ein, wird der im Dorf wohnende Mediziner aufgesucht.

Mit Massagen, natürlichen Heilpflanzen und vor allem mit „Zaubermedizin“ und Tieropferzeremonien behandelt er die Krankheiten. Kommt es nach wochenlanger Behandlung durch den Mediziner nicht zur Heilung der Krankheit, wird eine Krankenstation aufgesucht. Die traditionelle Behandlungsmethode des Mediziners ist für den größten Teil der Kinder die effektivste. Einige Kinder in dem Dorf Bevala sehen die medikamentöse Behandlungsform als die am schnellsten wirkende an. Sie fügen sich jedoch dem Willen ihrer Eltern, sich im Krankheitsfall vom Mediziner behandeln zu lassen.

Sind die Kinder krank, kümmert sich primär die Mutter um die Kinder. Ihnen wird spezielles Essen, oftmals Reis oder Huhn, zubereitet, um ihren Appetit anzuregen und ihnen Kraft zu geben. Ihnen wird zudem heißes Wasser zum Trinken und Waschen zubereitet. Bei Abwesenheit der Mutter übernimmt die Großmutter oder die ältere Schwester diese Aufgabe. Sind Erwachsene krank, ist es die Aufgabe der älteren Geschwister, sie fürsorglich zu beaufsichtigen und ihnen Gesellschaft zu leisten. Die Mädchen suchen Pflanzen für den Kräutertee und bereiten diesen zu.

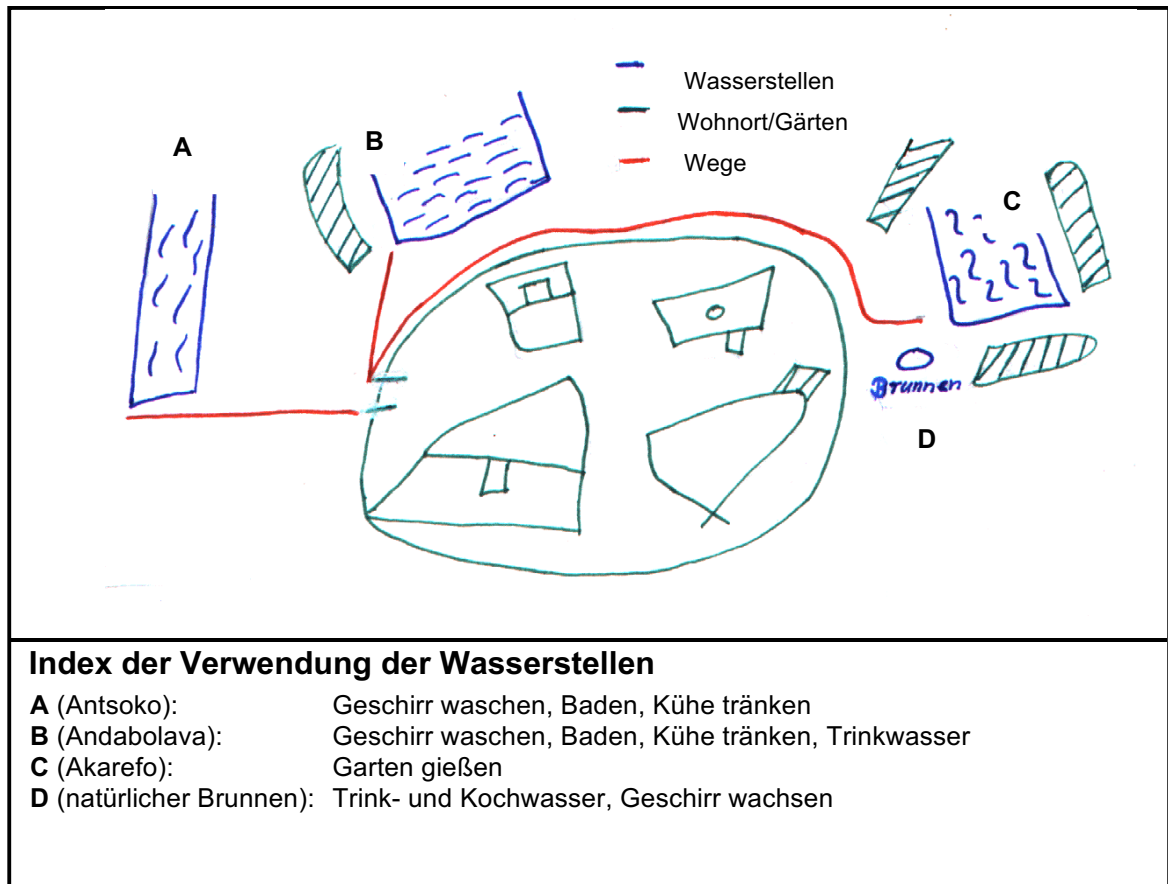
## **5.3 Sichtweise der Kinder zu Hygiene**

### **5.3.1 Wasserverwendung**

Die Kinder sprechen davon, dass sie für einen großen Teil ihrer täglichen Aufgaben Wasser benötigen: zum Kochen, Trinken, Waschen der Kleider und zum Baden, wie die Mädchen sagen. Nach Worten der Jungen zum Anbau von Nahrungsmitteln sowie zum Tränken und Waschen der Kühe.

Je nach Verwendung wird das Wasser während der Regenzeit in der Regel an unterschiedlichen Orten geholt. Während des Erstellens eines Lageplans der Wasserstellen (s. Kap. 4.1.4, S. 24) erklären die Kinder des Dorfes Ambararata Toby, dass eine der vorhandenen Wasserstellen für Koch- und Trinkwasser reserviert ist. Die anderen Wasserstellen dienen dem Baden, Waschen der Kleider und des Geschirrs sowie dem Tränken und Waschen der Kühe. Die Kinder sprechen davon, dass Wasser dieser Wasserstelle schmutzig ist und daher nicht getrunken werden kann. Doch liegen die verschiedenen Wasserquellen weit voneinander entfernt, so dass Kinder und Erwachsene, wenn sie Durst haben, das Wasser der naheliegendsten Wasserstelle trinken. Ein Junge sagt: „Das Wasser ist schmutzig, weil die Kühe hineinurinieren, aber der Schmutz unseres Reichtums wird nicht als Schmutz angesehen" (Abb. 5).

**Abbildung 5: Lageplan der Wasserstellen (Dorf: Ambararata Toby, Sept. 1999)**



Das für den Haushalt verwendete Wasser wird in Eimern geholt und in diesen zu Hause aufbewahrt. Gegen Insekten und Staub decken die Mädchen die Eimer mit einer Bastdecke ab, wie sie sagen. Verwendet wird dieses Wasser nur zum Kochen und Trinken. Getrunken wird Reiswasser<sup>10</sup> oder kaltes, nicht abgekochtes Wasser. Einigen Kindern ist bekannt, dass das Trinken großer Mengen kalten Wassers zu Durchfall führen kann. Doch haben sie häufig keine Lust, das Wasser abzukochen, wie sie sagen.

<sup>10</sup> Reiswasser ist das in einem Topf, in dem vorher Reis gekocht wurde, aufgekochte Wasser, das den Geschmack der noch im Topf zurückgeblieben angebrannten Reisreste annimmt.

### 5.3.2 Hygieneverständnis

Unter Hygiene verstehen die Kinder, sauber zu sein. Baden im Wassertümpel nach der Feldarbeit und Waschen der schmutzigen Kleider wird am häufigsten von den Jungen als Hygiene bezeichnet. Das Fegen von Haus und Hof, das Spülen der Kochutensilien, das Waschen von Nahrungsmitteln sowie das Waschen von Gesicht und Mund morgens nach dem Aufstehen verstehen die Mädchen unter Hygiene. Zudem nennen Jungen und Mädchen das Haarkämmen und Fingernägel schneiden (Tab. 6).

**Tabelle 6: Das Hygieneverständnis der Jungen und Mädchen (Dörfer: Ambararta Toby, Bevala, Anaviavy, Sept. 1999)**

| Jungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Mädchen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baden im Wassertümpel</li> <li>▪ Kleider waschen</li> <li>▪ Zähne mit der Hand putzen</li> <li>▪ Hände waschen nach dem Spielen</li> <li>▪ Gesicht, Füße, Mund waschen</li> <li>▪ Haare waschen, kämmen, schneiden</li> <li>▪ Fingernägel schneiden</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Boden im Haus fegen</li> <li>▪ Teller und Töpfe spülen</li> <li>▪ Baden im Wassertümpel</li> <li>▪ Wäsche waschen</li> <li>▪ Nahrungsmittel waschen</li> <li>▪ Gesicht, Füße, Mund waschen</li> <li>▪ Fingernägel schneiden</li> <li>▪ eine Latrine bauen oder in weiter Entfernung Fäkalien hinterlassen</li> </ul> |

Ein großer Teil der Kinder sieht die Hautkrankheit Krätze als eine Folgeerscheinung eines schlechten Hygieneverhaltens an. Auch Schmutz unter den Fingernägeln bewirkt Magenbeschwerden, da er in die Mahlzeit gelangt.

Neben der gesundheitlichen Bedeutung nimmt Hygiene eine wichtige gesellschaftliche Rolle für die Kinder ein. Sauber sein verbinden sie mit Reichtum, Respekt und Anerkennung.

### 5.3.3 Hygienegewohnheiten

Für die Kinder ist es besonders wichtig, an traditionellen Festen und dem Wochenmarkt sauber zu sein. Zu diesen Anlässen bitten sie ihre Mutter um Seife oder verwenden ihre selbstgekaufte Seife, um Kleider und Körper zu waschen.

Unter Waschen des Körpers verstehen die Kinder das Baden im Wassertümpel. Während der Regenzeit baden sie täglich, während der Trockenmonate seltener. Seife verwenden sie nur gelegentlich. Einige Kinder in Anaviavy sprechen davon, dass sie durch Waschen und Baden in dem schmutzigen Tümpelwasser nicht sauber werden.

Das Händewaschen vor dem Essen oder nach dem Kontakt mit Fäkalien betrachten die Kinder nicht als notwendig. Die Mädchen waschen sich manchmal nach den Mahlzeiten die Hände, da sie von Nahrungsmittelresten verklebt sind. Mindestens einmal am Tag waschen sich die Mädchen die Hände, wenn sie Wasser holen oder das Geschirr spülen. Die Jungen arbeiten auf dem Feld und hüten die Kühe und haben ihrer Meinung nach wenig Möglichkeiten zum Händewaschen.

Viele Kinder sprechen davon, sich jeden Morgen das Gesicht zu waschen. Das Geschirr wird in der Regel vor dem Gebrauch gespült, doch Nahrungsmittel werden vor der Zubereitung nicht gewaschen, wie die Kinder berichten.

#### **5.3.4 Umwelthygiene**

Die Kinder klagen über die, durch menschliche Fäkalien und Hühnerfäkalien bedingt, schlecht riechende Luft. Diese einzuatmen macht die Kinder, ihrer Meinung nach krank und verursacht Brechreiz. Daher ist es wichtig, in weiter Entfernung vom Haus zu urinieren und Fäkalien zu hinterlassen.

Die Kinder sind der Meinung, dass Hühner mit ihren Pfoten und Schnäbeln menschliche Fäkalien auf Nahrungsmittel und Töpfe übertragen und diese verschmutzen. Dies empfinden die Kinder als unangenehm. Fäkalien der Kühe, die im Hof verteilt sind, belästigen die Kinder dagegen wenig, sondern riechen gut. Weiterhin ist es, nach Ansicht der Kinder, wichtig, den Abfall in ausreichender Entfernung zu den Häusern aufzubewahren, um Fliegen im Haus zu vermeiden.

Diese von den Kindern genannten Beschreibungen eines wünschenswerten hygienischen Verhaltens, fassen sie in Form eines Liedertextes zusammen (Abb. 6 und Abb. 16, S. 115) (s. Kap. 4.1.6, S. 25).



**Abbildung 6: Liedertext zu hygienischen Verhaltensweisen: „Ein Kind das sich die Hände wäscht“ (Dorf: Ambararata Toby, Sept. 1999)**

**Ein Kind das sich die Hände wäscht**

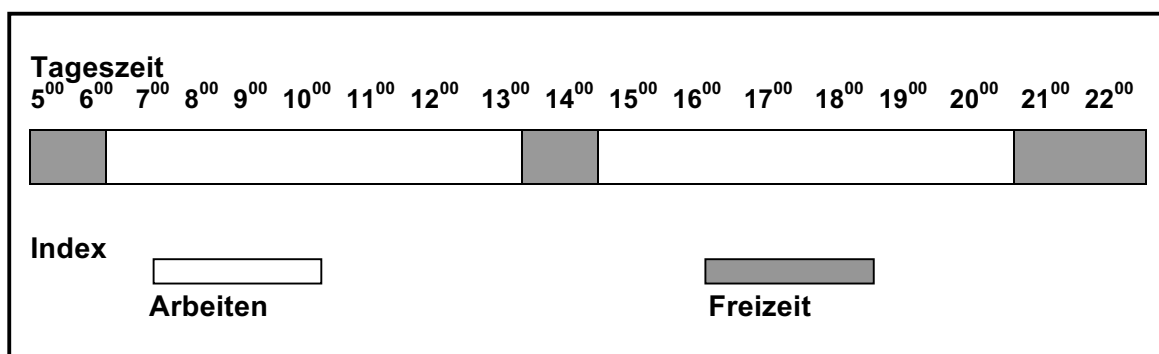
Ein Kind das sich die Hände wäscht, die Hände, die Hände,  
Ein Kind das sich die Hände wäscht, unsere Hände sind sauber.  
Ein Kind das sich das Gesicht wäscht, das Gesicht, das Gesicht.  
Ein Kind das sich das Gesicht wäscht, unser Gesicht ist sauber.  
Ein Kind das sich die Haare wäscht, die Haare, die Haare,  
Ein Kind das sich die Haare wäscht, unsere Haare sind sauber.  
Ein Kind das sich die Fingernägel putzt, die Fingernägel, die Fingernägel  
Ein Kind das sich die Fingernägel putzt, unsere Fingernägel sind sauber.  
Ein Kind das sich die Füße wäscht, die Füße, die Füße,  
Ein Kind das sich die Füße wäscht, unsere Füße sind sauber.  
Ein Kind das sein Kleider wäscht, Kleider wäscht, Kleider wäscht,  
Ein Kind das sine Kleider wäscht, unsere Kleider sind sauber.  
Ein Kind das das Haus fegt, das Haus fegt, das Haus fegt,  
Ein Kind das das Haus fegt, unser Haus ist sauber.  
Ein Kind das den Hof fegt, den Hof fegt, den Hof fegt,  
Ein Kind das den Hof fegt, unser Hof ist sauber.

## 5.4 Sichtweise der Kinder zu ihrer Rolle als Kommunikatoren im alltäglichen Leben

### 5.4.1 Tagesablauf und Probleme der Kinder

Der Tagesablauf der Kinder und die ihnen zur Verfügung stehende Freizeit wird durch das Sonnenspiel (s. Kap. 4.1.4, S. 23) ermittelt. Am Morgen um 6 Uhr beginnen die Jungen und die Mädchen jeweils mit ihren Aufgaben. Zur Mittagszeit und vor allem am Abend haben die Jungen und Mädchen freie Zeit zum Spielen und Ausruhen. Die Arbeits- und Freizeit der Jungen und der Mädchen unterscheiden sich wenig, daher wird hier nur der Tagesplan eines Mädchens dargestellt (Abb. 7).

**Abbildung 7: Sonnenspiel zum Tagesablauf eines Mädchens (Mona, 11 Jahre, Dorf: Ambararata Toby, Aug. 1999)**



Aus der Matrizenklassifizierung der täglichen Aufgaben der Kinder (s. Kap. 4.1.5, S. 24 und Abb.17, S. 115) geht hervor, dass die Jungen den Tag über die Kühe weiden lassen. Dies ist die von ihnen bevorzugte Aufgabe, da sie dabei spielen, Milch trinken und sich um den Reichtum der Familie kümmern können (s. Tab. 16, S. 113). An einigen Tagen arbeiten sie mit ihrem Vater auf dem Feld. Zu Haushaltsaufgaben tragen die Jungen bei, indem sie Holz zum Kochen suchen oder beim Reisschälen helfen.

Häufigste Aufgabe der Mädchen ist das Kochen. Sie führen dies gerne aus, da sie später davon satt werden. Oftmals am Tag holen die Mädchen Wasser. Hierbei können sie sich die Hände und Füße waschen, weswegen sie diese Aufgabe gerne erledigen (s. Tab 17, S. 113). Weitere tägliche Aufgaben der Mädchen sind Reisschälen und Gemüse aus dem Garten holen (Tab. 7).

**Tabelle 7: Exemplarische Matrizenklassifizierung der Aufgaben nach Häufigkeit der Ausführung, von Lambo 10 und Pauline 12 Jahre (Dorf: Ambararata Toby, Aug. 1999)**

|                   | Kühe hüten   | Wasser holen | Reis schälen | Kochen | Holz suchen | Feldarbeit | Gemüse holen |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------|-------------|------------|--------------|
| Junge (Lambo)     | • • •<br>• • |              |              |        |             | • •        |              |
| Mädchen (Pauline) |              | • •          | •            | • • •  |             |            | •            |

Die Kinder sind mit ihren alltäglichen Aufgaben zufrieden. Nur wenn sie regelmäßig mitarbeiten, kann die Familie ausreichend Nahrungsmittel und viele Kühe haben.

#### ♦ Probleme der Kinder

Werden die Kinder direkt auf ihre Probleme im alltäglichen Leben angesprochen, nennen sie die vielen Krankheiten als ihr größtes Problem. Weiterhin beklagen sie sich über die Insekten im Haus, die auch durch tägliches Fegen nicht beseitigt werden können. Auch die Flöhe in Kleidern und Haaren können durch Waschen nicht beseitigt werden. Als Lösung hierfür nennen die Kinder das Streuen von Pulver, das auf den Märkten verkauft wird und das Waschen des Körpers und der Kleider mit Seife (Tab. 8).

**Tabelle 8: Die Probleme\* der Jungen und Mädchen (Dörfer: Ambararata Toby, Bevala, Anaviavy, Okt. 1999)**

| Jungen                                                                                                                       | Mädchen                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Krankheiten<br>2. Insekten der Kühe<br>3. Analphabet sein<br>4. Streitereien<br>5. Armut (wenig Kleider u. Kühe besitzen) | 1. Krankheiten<br>2. Insekten in der Wohnung<br>3. Flöhe in Haar u Kleider<br>4. Analphabet sein<br>5. Geschlagen werden von den Eltern<br>6. Armut |

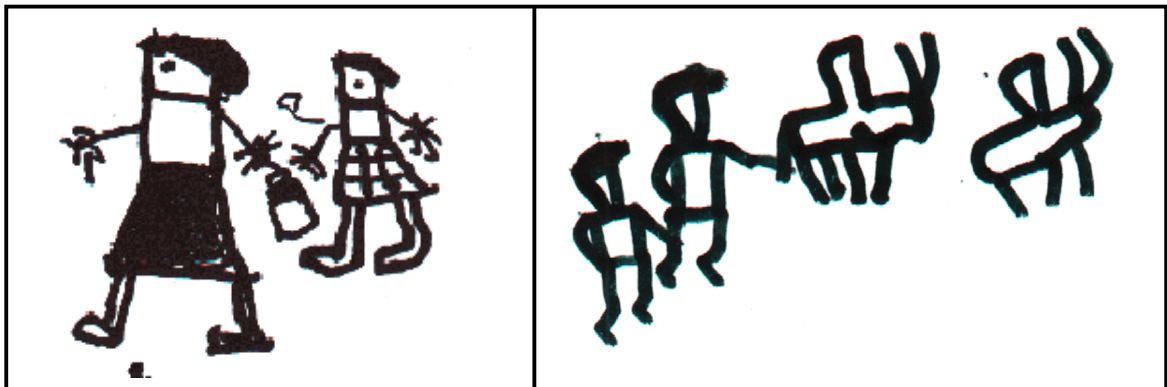
\*beginnend mit den meistgenannten Problemen

Oftmals nennen die Kinder das Problem, nicht lesen und schreiben zu können. Die Erziehung der Eltern reicht ihnen nicht aus, denn diese bezieht sich auf die alltäglichen Aufgaben sowie die moralische, gesellschaftliche und kulturelle Bildung. Jedoch sind die Eltern nicht in der Lage, ihnen Lesen und Schreiben zu vermitteln.

### 5.4.2 Die Kinder als Kommunikatoren untereinander und ihrer Eltern

Einige Kinder in dem Dorf Bevala geben in der Schule Gelerntes an die nicht zur Schule gehenden Freunde und Geschwister weiter. Die Mehrheit der Kinder bezieht das Weitergeben von Kenntnissen auf Arbeitstechniken zur Bewältigung alltäglicher Aufgaben (Abb. 8) (s. Kap. 4.1.6, S. 26).

**Abbildung 8: Zeichnungen zum Thema: Beziehung der Kinder untereinander (Dorf: Anaviavy, Dez. 1999)**



**Tsialia (12):** „Die große Schwester lehrt der kleineren, Wasser zu holen.“

**Maliotahy (10):** „Der große Bruder lehrt dem kleineren, Kühe zu beaufsichtigen.“

Einige Kinder sprechen davon, ihre Freunde aufzufordern, sich zu waschen oder die Anweisungen der Eltern zu respektieren. Während des Tages kümmern die Kinder sich häufig um ihre jüngeren Geschwister, da die Eltern auf dem Feld arbeiten. Sie beaufsichtigen ihre Geschwister und die Mädchen kochen ihnen Essen, die Jungen nehmen sie mit zum Kühehüten. Hierbei lehren sie ihren Geschwistern die Arbeitsmethoden zum Ausführen der täglichen Aufgaben. Die Mädchen zeigen ihren Schwestern, wie Wasser geholt oder Reis geschält wird. Die Jungen lehren ihre kleineren Brüder die Kühe zu hüten und zu melken oder einen Ochsenkarren zu lenken.

Um die Hygiene der jüngeren Geschwister kümmern sich vor allem die älteren Mädchen, wie die Kinder berichten. Sie nehmen ihre Geschwister mit zum Baden und waschen mit ihnen die Kleider (Tab. 9).

**Tabelle 9: Aufgaben\* der älteren gegenüber ihren jüngeren Geschwistern  
(Dörfer: Ambararata Toby, Bevala, Anaviavy, Nov. 1999)**

| Jungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Mädchen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. mit den Kindern spielen<br>2. sie auf dem Rücken tragen<br>3. sie mit zum Kühehüten nehmen<br>4. beruhigen, wenn sie weinen<br><br><b>sie lehren:</b><br>1. auf Kühe aufzupassen<br>2. Maniok anzubauen<br>3. Lehmkühe zu formen<br>4. Kühe zu melken<br>5. Ochsenkarren zu lenken<br>6. das Spiel „Tsikianombe“ zu spielen | 1. für die Kinder kochen<br>2. sie zum Schlafen legen<br>3. ihre Kleider waschen<br>4. mit ihnen baden gehen<br>5. beruhigen, wenn sie weinen<br><br><b>sie lehren:</b><br>1. Wäsche zu waschen, Wasser zu holen<br>2. Reis zu schälen, Essen zu kochen<br>3. Haus zu fegen, Haare zu kämmen<br>4. Bastmatten zu flechten<br>5. auf Babys aufzupassen<br>6. das Spiel „Tsikinrano“ zu spielen |

\*beginnend mit den am meistgenannten Aufgaben

Die älteren kümmern sich gerne um ihre jüngeren Geschwister, da diese zu der Familie gehören und das Spielen mit den Geschwistern nicht anstrengend ist.

#### ♦ Kinder als Kommunikatoren gegenüber ihren Eltern

Einerseits ist es für die Kinder schwierig, ihren Eltern Ratschläge zu geben oder sie zu kritisieren, da sie ihnen großen Respekt entgegenbringen. Andererseits nennen die Kinder Situationsbeispiele, in denen sie ihren Eltern Ratschläge geben. So weisen sie z.B. ihre Eltern darauf hin, wenn sie ihre Geschwister zu häufig schlagen. Erscheinen den Eltern die Ratschläge der Kinder hilfreich, nehmen sie diese an, wie die Kinder berichten. Wenige Kinder reden davon, dass die Eltern ihren Ratschlägen nicht zuhören.

#### 5.4.3 Alltägliche Kommunikationstechniken und Spiele der Kinder

Geschichten und Märchen, Fabeln und Sprichworte sind wichtige Kommunikationswege, mit denen die Väter und Großväter den Kindern jeden Abend Normen, Werte und Verhaltensregeln auf amüsante Weise lehren. Die Kinder hören und lernen diese gerne, um sie ihren Freunden weiterzuerzählen. Zudem schätzen viele Kinder Märchen sehr, da sie ihnen „das Gute und Böse des Lebens“ lehren und sie deren Ratschläge zu einer guten Lebensführung gerne befolgen.

Das Hören, Sehen und Berühren führen die Kinder als weitere Kommunikationsformen aus und um einem Freund etwas zu zeigen, stoßen sie ihn.

Mit Babys kommunizieren die Kinder durch Lachen und Spielen. Durch Erklären und Zeigen geben sie Geschwistern und Freunden Ratschläge oder lehren sie Aufgaben auszuführen. Die Kommunikation mit Erwachsenen ist von Respekt gekennzeichnet. Die Kinder verwenden ein spezielles Vokabular, um mit Erwachsenen zu sprechen und halten sich an bestimmte Verhaltensregeln, z.B. dürfen sie zu sitzenden Erwachsenen nur auch im Sitzen sprechen.

Ein Radio besitzen nur sehr wenige Familien. Die Kinder berichten aber, dass die während der letzten Monate im Radio genannten Gesundheitsbotschaften zur Vorbeugung der Cholera innerhalb weniger Tage an alle Dorfbewohner weitergegeben wurden.

#### ♦ Die Spiele der Kinder

Als beliebtestes Spiel nennen die Mädchen das Spiel „Tsikinrano“, bei dem sie ihre täglichen Haushaltsaufgaben imitieren (s. Abb. 15, S. 114) Ebenso spielen die Jungen das Spiel „Tsikianombe“, bei dem sie ihre täglichen Aufgaben, das Kühehüten und die Feldarbeit, imitieren. Das Tanzen und Singen sind weiterhin beliebte Spiele der Kinder (Tab. 10) (s. Kap. 4.1.6, S. 25).

**Tabelle 10: Spiele der Kinder nach Vorlieben\* geordnet (Dörfer: Ambararata Toby, Bevala, Anaviavy, Dez. 1999)**

| Jungen                                                                                                                                                                                                                                               | Mädchen                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <b>Tsikianombe:</b> Imitation der täglichen Aufgaben: Kühe hüten u. in Park führen, Kutsche fahren u. Feldarbeit<br><i>Methode:</i> Mit Lehmerde Kühe u. Kutschen bauen, mit Naturmaterialien Felder, Weiden u. Zäune auf Sandboden symbolisieren | 1. <b>Tsikinrano:</b> Imitation der täglichen Aufgaben: Holz suchen, Mahlzeiten zubereiten u. austeilen, abräumen u. fegen. <i>Methode:</i> Mit zwei Kreisen Haus auf Sandboden einzeichnen, mit Naturmaterialien Kochutensilien u. -stelle u. Geschirr symbolisieren |
| 2. <b>Samonina:</b> Mit lokalen Gitarren spielen und singen                                                                                                                                                                                          | 2. <b>Lamgoro:</b> Mit Trommeln tanzen und singen                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. <b>Mandrodo:</b> Mit den Mädchen tanzen und singen, wenn diese trommeln                                                                                                                                                                           | 3. <b>Tsinjake:</b> Traditioneller Tanz                                                                                                                                                                                                                               |
| 4. <b>Ringa:</b> Aus Spaß kämpfen                                                                                                                                                                                                                    | 4. <b>Iagorida:</b> Singen und Tanzen mit den Jungen gemeinsam                                                                                                                                                                                                        |
| 5. <b>Lehrer:</b> Einige Jungen oder Mädchen sind die Schüler u. ein Junge spielt den Lehrer                                                                                                                                                         | 5. <b>Pari:</b> Fangspiel mit den Jungen, innerhalb in den Sandboden eingezeichneter Quadrate mit zwei Gruppen                                                                                                                                                        |

\* beginnend mit den beliebtesten Spielen

## 5.5 Sichtweise der Eltern

Die im Folgenden dargestellten Aussagen geben die Meinung, Sichtweise und Gedanken der Mütter und Väter wieder.

### 5.5.1 Aussagen der Mütter zum Alltagsleben mit den Kindern

Die häufig auftretenden Krankheiten nennen die Mütter als ihr erstes Problem im Alltagsleben mit den Kindern. Die Ursachen der Krankheiten und effektive Behandlungsmethoden sind ihnen oft nicht bekannt, wie sie sagen.

Ursachen für Krankheiten sind nach ihrer Meinung vor allem die auch von den Kindern genannten Nahrungsmittel (s. Tab 4, S. 35). Die zur gegenwärtigen Jahreszeit häufig auftretenden Bauchschmerzen der Kinder führen sie ebenfalls auf den Verzehr großer Mengen unreifer Mangofrüchte zurück. Werden zu viel Nahrungsmittel aufgenommen, verursacht dies, nach Meinung der Mütter, intestinale Parasiten. Andere Krankheiten sind eine Folge der schweren Arbeit.

Diarrhoe kann aufgrund des Verzehrs des grünen Blattgemüses oder schmutziger Nahrungsmittel entstehen. Die Mehrheit der Mütter sagt jedoch, dass ihnen die Ursache der Durchfallerkrankung unbekannt ist. „Sie kommt und geht immer wieder“ wie eine Mutter beschreibt. Sicher sind sie sich darin, dass Diarrhoe eine von Gott gegebene Krankheit ist.

Während der gegenwärtigen Sommermonate sind häufige Krankheiten der Kinder Malaria, Masern und Magenbeschwerden. Behandelt werden die Krankheiten mit Kräutertee aus Heilpflanzen. Darmparasiten werden durch diese Behandlungsform ausgeschieden und Diarrhoe, nach Meinung der Mütter, in vielen Fällen geheilt. Während einer Diarrhoeepisode zwingen die Mütter ihre Kinder, die speziell für sie zubereiteten Fleisch- oder Geflügelmahlzeiten aufzunehmen. Salz wird keinesfalls verwendet, da dieses Durchfall verursacht. Kann die Durchfallerkrankung nach einigen Tagen nicht geheilt werden, wird der Mediziner aufgesucht.

Die Mütter sehen die gesellschaftliche Rolle der Kinder darin, ihre Eltern bei den alltäglichen Aufgaben zu unterstützen und sie im Alter zu versorgen. Je nach Alter und Geschlecht müssen die Kinder unterschiedliche Aufgaben erledigen und Verantwortung übernehmen. Ab dem Alter von 10 Jahren besitzen die Kinder, ihrer Meinung nach, ausreichend Bildung, um ihre alltäglichen Aufgaben gewissenhaft ausführen zu können. Jedoch kochen die Mädchen erst ab dem 13. Lebensjahr selbstständig Mahlzeiten.

Ab dem 6. Lebensjahr überlassen es die Mütter ihren Kindern, sich eigenverantwortlich um ihre Hygiene zu kümmern. Seife müssen sich die älteren Kinder oft von ihrem, durch kleine lukrative Arbeiten (z.B. Gemüseanbau) verdienten Geld kaufen. Mit dem Hygieneverhalten der Kinder sind die Mütter jedoch nicht zufrieden. Direkt nach dem Baden spielen die Kinder im Sand und werden wieder schmutzig. Wegen der schweren Arbeitstage sind die Mütter oft zu müde, um die Kinder zu einem besseren Hygieneverhalten zu motivieren. Im Alltag übernehmen die Mädchen, ab dem Alter von 7 Jahren, Verantwortung und Sorge für die jüngeren Geschwister und kümmern sich um deren Hygiene.

### **5.5.2 Väter zur gesellschaftlichen Rolle ihrer Kinder**

Die Väter sprechen von einem großen Einfluss der älteren auf die jüngeren Geschwister, da sie während des Tages häufig für ihre Geschwister sorgen müssen. Vor allem die Mädchen kochen, füttern und waschen ihre Geschwister. Die jüngeren Geschwister begegnen ihren älteren mit großem Respekt. Auf den Respekt der Kinder gegenüber älteren Personen legen die Väter großen Wert, wie sie sagen.

Mit der Situation, dass die älteren Kinder am Tag hauptsächlich die Verantwortung für die jüngeren übernehmen, sind die Väter nicht zufrieden. Sie argumentieren, die ältern können nicht erkennen, wenn ihre jüngeren Geschwister krank sind und schlagen sie zudem häufig. Dennoch sollten, nach Meinung der Väter, die älteren Geschwister eine wichtige Rolle in der Fürsorge und Bildung der jüngeren einnehmen.



Neben den Geschwistern tragen die Väter, Mütter und Großeltern zur Bildung der Kinder bei. Um sie auf ihre Zukunft vorzubereiten, ist es für die Väter wichtig, sie über Nahrungsmittelanbau, Viehhaltung, Haushaltsführung und kulturelle Normen sowie Tabus zu unterrichten. Märchen und Fabeln sind eine gute Methode zur moralischen Erziehung der Kinder, da sie hierbei Spaß haben und sie das Gelernte an ihre Freunde weitergeben. Ein Wunsch der Väter ist, dass ihrer Kinder im Lesen und Schreiben ausgebildet werden. Sie erhoffen sich somit, durch die Hilfe ihrer Kinder, beim Einkaufen auf dem Markt nicht mehr betrogen zu werden.

Zum Wohlbefinden der Familie tragen die Jungen und Mädchen auch bei, indem sie ihre alltäglichen Aufgaben ausführen. Die Kinder tragen zu einer Verbesserung der Lebenssituation der Dorfbevölkerung bei, da sie diese beim Brunnen- oder Straßenbau unterstützen. An Entscheidungen, die die Entwicklung der Gemeinde betreffen, lassen die Väter ihre Kinder nicht teilnehmen, da diese in ihren Vorschlägen oftmals ihre eigene Kultur und traditionelle Gewohnheiten missachten. Beispielsweise sehen die Kinder ein Radio und Fahrrad für die Entwicklung der Gemeinde als notwendig an und würden hierfür gerne eine Kuh verkaufen.

Im Alltag interessieren sich die Väter für die Ideen, Gedanken und Meinungen der Kinder. Sie haben Kontakt zu Nachbarn und berichten oftmals Neuigkeiten. Für die Väter ist es wichtig, die Wünsche und Ratschläge der Kinder oder das in der Schule Gelernte zu erfahren. Bei familiären Entscheidungen und Problemen fragen sie die Kinder manchmal nach ihrer Meinung. Die Kinder haben jedoch kein Recht an Gemeindesitzungen mitzureden.

Erscheinen den Eltern die Vorschläge der Kinder als sinnvoll, akzeptieren sie diese. Die Meinungen der Jungen und Mädchen beachten die Väter gleichermaßen. Erst im Erwachsenenalter gewinnt die Meinung des Mannes, als Entscheidungsträger der Familie, an Bedeutung.

## **6 Diskussion**

### **6.1 Ernährungskommunikation mit Kindern im Rahmen des IESP Bekily**

#### **6.1.1 Überblick der Ernährungssituation in der Region Bekily**

Das im Distrikt Bekily intervenierende Integrierte Ernährungssicherungsprogramm (IESP) setzt den Schwerpunkt seiner Aktivitäten im Gesundheitsbereich. Ernährungskommunikation nimmt hierbei eine wichtige Rolle ein, da die Bevölkerung der Projektregion eine mangelhafte Ernährungssituation aufzeigt. Diese unterliegt starken saisonalen Schwankungen und ist während der Hungermonate (November bis März) am bedenklichsten. Die vorgestellten Ernährungsdaten der Region Bekily beziehen sich nicht auf diesen Zeitraum, sondern wurden in den vorangegangenen Monaten d.h. September bis November erhoben. Die Ernährungsdaten der Provinz Tulear und die des gesamten Landes wurden hingegen im Dezember, zu Beginn der Regenzeit erhoben (s. Tab. 11, S. 53).

In der Provinz Tulear, in der das IESP tätig ist, sind mit 39% weniger Kinder chronisch unterernährt als in den benachbarten Provinzen des Landes (SECALINE 1998). Im Distrikt Bekily sind durchschnittlich 32,8% der Kinder chronisch unterernährt. Auffallend hoch ist hier die akute Unterernährung mit durchschnittlich 7,4%. Weiterhin konnte Wüstefeld (1998) zeigen, dass die Prävalenzen an Unterernährung zwischen den Dörfern der Region stark variieren. Dies spiegeln auch die von Wüstefeld (1998) erhobenen Ernährungsdaten der drei für die vorliegende Studie ausgewählten Dörfer deutlich wieder. Akute Unterernährung betrifft im Dorf Anaviavy bis zu 18,4% der Kinder, was auf schwerwiegende Krankheitsprobleme in der Region hinweist. Während der Trockenmonate ist die Prävalenz an Atemwegserkrankungen in der Region Bekily hoch, die Prävalenz an Diarrhoe steigt in der Regenzeit stark an. Die zu Beginn der Regenzeit in der Provinz Tulear erhobenen Daten zeigen mit 33,3% die hohe Rate an Diarrhoeerkrankungen (Tab. 11).

**Tabelle 11: Prävalenz (in %) der Unterernährung, Diarrhoe u. Atemwegsinfektionen nach administrativen Zonen (Kinder <5 J.)**  
(nach: Wüstefeld 1998\*<sup>1</sup> Sept.-Nov., SECALINE 1998\*<sup>2</sup> Dez., INSTAT/DHS 1998b\*<sup>3</sup> Dez.)

| Administrative Zone                                       | Chronisch unter-ernährt | Akut unter-ernährt | Unter-gewichtig | Atemwegs-infektionen | Diarrhoe |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|----------------------|----------|
| <b>Gemeinde:</b> Tanadava (Ambararata Toby)* <sup>1</sup> | 46,7                    | 16,7               | 40,0            | 25,0                 | 3,1      |
| Antsakoamaro (Bevala)* <sup>1</sup>                       | 37,3                    | 7,0                | 41,9            | 55,8                 | 16,3     |
| Ambahita (Anaviavy)* <sup>1</sup>                         | 15,8                    | 18,4               | 18,4            | 47,4                 | 5,3      |
| <b>Distrik:</b> Bekily* <sup>1</sup>                      | 32,8                    | 7,4                | 30,9            | 44,1                 | -        |
| <b>Provinz:</b> Tulear* <sup>2</sup>                      | 38,9                    | 8,0                | 34,2            | 27,0                 | 33,3     |
| <b>Land:</b> Madagaskar* <sup>3</sup>                     | 48,3                    | 7,4                | 40,0            | 23,9                 | 27,1     |

#### ◆ Hygieneverhalten als Ursachen der Unterernährung

Die Ursache der Unterernährung in der Region Bekily liegt u.a. in den häufigen Erkrankungen der Kinder (s. Kap. 2.2.2, S. 8). Anzeichen von Vitamin-A- oder Jodmangel konnten in der Region Bekily jedoch nicht nachgewiesen werden (Wüstefeld 1998). Am häufigsten auftretende Krankheiten sind Atemwegsinfektionen und Diarrhoe. Weiterhin leidet die Bevölkerung oft an intestinalen Parasiten, Krätze und Billharziose. Dies gibt Hinweis auf ein mangelhaftes Hygieneverhalten. Von Rakotonandrasana (2000) wird das unzureichenden Hygieneverhalten als eine Ursache der Unterernährung der Region betrachtet.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Provinz Tulear, die die höchste Prävalenz an Diarrhoeerkrankungen innerhalb des Landes aufzeigt. Dies wird auf die unzureichende Trinkwasserversorgung und Sanitärausstattung und die daraus folgende problematische Hygienesituation zurückgeführt (INSTAT/DHS 1998b). Als häufigste Diarrhoeursache können die parasitären Nematoden *Ascaris lumbricoides* und *Trichuris trichiura* nachgewiesen werden, die darauf hinweisen, dass kontaminierte Nahrungsmittel oder menschliche Fäkalien als Infektionsquelle für Durchfallerkrankungen dienen (Brutus und Cot 1999).

Die sich während der Erhebungszeit der vorliegenden Studie in Madagaskar verbreitende Choleraepidemie spiegelt die schlechte Sanitärausstattung und das unzureichende Hygieneverhalten der Bevölkerung wider.

Die beschriebene Hygienesituation und hohe Prävalenz der hierdurch verursachten Krankheiten zeigt deutlich die Notwendigkeit für das IESP in der Projektregion Bekily, durch eine Verbesserung der Wasser- und Sanitäranlagen sowie durch gezielte Interventionsmaßnahmen im Bereich der Ernährungskommunikation dieser Situation entgegenzuwirken. Daher sollte auch das geplante Ernährungs- und Gesundheitsprogramm für Kinder zu einer verbesserten Hygienesituation der Region beitragen.

Nach Landsheere (1983) kann erfolgversprechende Ernährungskommunikation in stark von Traditionen geprägten Kulturen Afrikas nur ausgeführt werden, wenn an Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen der lokalen Bevölkerung, die vermutlich für Ernährungsprobleme verantwortlich sind, angesetzt wird. Die Ermittlung des zur Ernährung im weitesten Sinne vorhandenen Wissens, die damit verbundenen Einstellungen und Verhaltensweisen der Kinder, war Ziel der vorliegenden Studie und wird im Folgenden diskutiert.

### **6.1.2 Wissen, Einstellungen und Verhalten der Kinder zu Ernährung und Gesundheit**

#### **◆ Glaubwürdigkeit der Daten**

Um das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Kinder zu untersuchen, wurden in der vorliegenden Studie partizipative Methoden (s. Kap. 4.1, S. 19) angewendet. Um hierbei vertrauenswürdige Daten zu erhalten, wurde nach Empfehlungen von Pretty et al. (1995) auf bestimmte Kriterien geachtet:

- aufmerksame Beobachtung der lokalen Realität
- Themenbehandlung unter Einsatz verschiedener Methoden (Triangulation)
- Diskussion der Themen mit verschiedenen Zielgruppen (z.B. Kindern, Müttern, Vätern)
- Diskussion der analysierten Daten mit Personen, denen Kultur und lokale Gegebenheiten vertraut sind

Die analysierten Daten der vorliegenden Studie wurden nicht nochmals mit den Kindern diskutiert, wie Chambers (1992) es zur Überprüfung der Daten empfiehlt. Aus Erfahrungen anderer Projekte ist bekannt, dass Kinder im Schulalter hierfür zu jung sind (IDS 1996, Khamis 1997).

Aus Diskussionen mit Erwachsenen ist das Problem bekannt, dass sie oft die erwarteten Antworten bereits aus der Zusammenarbeit mit vorherigen Gesundheitsprogrammen kennen. Daher müssen ihre Antworten nicht immer die wirklichen Einstellungen und Verhaltensweisen wiedergeben (Debus und Novelli 1993). Nach Johnson (1996) geben Kinder meist ehrlichere und spontanere Antworten als Erwachsene. Die Feldarbeiter/Innen der vorliegenden Studie berichten, dass unehrliche Antworten einzelner Kinder von ihren Altersgenossen umgehend berichtigt wurden.

Die Zielgruppenauswahl der Studie fand nicht zufällig statt. Deshalb ist zu hinterfragen, ob die erhobenen Daten durch die Tatsache beeinflusst sind, dass mit Kindern motivierter Eltern gearbeitet wurde, die möglicherweise ein breiteres Wissen haben und offener für Verhaltensänderungen sind. Doch zeigen andere Studien in der Region (Wüstefeld 2001, UNICEF 1999), dass die Einstellungen und Sichtweisen innerhalb der Bevölkerung aufgrund ähnlicher Lebensumstände eine weitgehende Homogenität aufweisen. Entsprechend den zur Verfügung stehenden Ressourcen, nahmen durchschnittlich 55 Kinder an der Studie, d.h. insgesamt an den Erhebungsterminen in den drei ausgewählten Dörfer teil. Auch wenn die Stichprobengröße als solche nicht statistisch abgesichert ist, unternimmt die Autorin dennoch den Versuch, Empfehlungen für ein Ernährungs- und Gesundheitsprogramm für Kinder im IESP Bekily zu geben.

#### ◆ **Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit**

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass den meisten Kindern der Projektregion ein positiver Einfluss von Obst und Gemüse auf ihre Gesundheit nicht bewusst ist. Nur ein Junge spricht von Bananen „die ihm Kraft geben“. Im Vordergrund steht für die Kinder der süße und köstliche Geschmack der Früchte. Grünes Blattgemüse der Maniok- und Süßkartoffelpflanze essen sie, als Mahlzeitenbeilage, gerne.

Früchte und Gemüse in großen Mengen aufgenommen, verursachen nach ihrer Meinung häufig Krankheiten (s. Tab. 4, S. 35). Obwohl die Kinder diese Einstellung haben, konnte während der Studiendurchführung beobachtet werden, dass sie häufig anders handeln. Sie essen große Mengen der noch grünen und unreifen Mangofrüchte, um satt zu werden.

Beschreibungen von Decary (1983) bestätigen diese Gewohnheit der Bevölkerung der Region Bekily. Dies zeigt die häufig auftretende Diskrepanz zwischen der Einstellung der Bevölkerung und ihrem Verhalten deutlich.

Diese Diskrepanz zeigt sich ebenfalls darin, dass große Mengen Fleisch nach Meinung der Kinder zu Bauchschmerzen und Diarrhoe führen. Dennoch verzehren sie Fleisch in großen Mengen. Den Kindern ist jedoch nicht bewusst, dass es nicht die Menge des Fleisches ist, die Bauchschmerzen und Durchfall verursacht, sondern dessen mangelhafte Zubereitungsart und schlechte Qualität (King und Burgess 1995).

#### ◆ **Nahrungsmittel als Krankheitsursachen**

Nach Meinung der Kinder verursacht der „böse Geist“, als Strafe für den Verstoß gegen kulturelle und gesellschaftliche Tabus, die schwerwiegendsten Krankheiten, z.B. Tuberkulose oder einen aufgeblähten Bauch, die schnell zum Tode führen, wenn sie nicht vom Mediziner behandelt werden.

Als häufigste Ursache von Krankheiten, wie Durchfall, Bauchschmerzen und Malaria, nennen die Kinder, wie auch ihre Mütter, das Verzehren großer Mengen bestimmter Nahrungsmittel (s. Tab. 4, S. 35). Diese Krankheiten sehen die Kinder ebenfalls als von Gott verursacht an. Als Behandlungsvorschläge nennen sie das Meiden von Mango- und Kakteenfrüchten sowie gesalzener Gemüseahlzeiten (s. Tab. 5, S. 36), was bestätigt, dass sie primär bestimmte Nahrungsmittel als Ursache einzelner Krankheiten betrachten.

Die von den Kindern genannten Ursachen von Diarrhoe (s. Abb. 4, S. 38) zeigen ebenso diese Einstellung, da sie in diesem Zusammenhang die Aufnahme großer Mengen Tamarinde Früchte, Fleisch und gesalzener Gemüseahlzeiten nennen.

Salz und grünes Blattgemüse betrachten die Kinder und die Mütter als häufigste Ursache für gastrointestinale Beschwerden. Interessant ist, dass Mütter im Sudan ebenfalls u.a. Salz (-wasser) als Ursache für Diarrhoe angeben (Ahmed et al. 1994).

In einer von UNICEF (1999) in der Nachbarregion Bekilys, durchgeführten KAP-Studie<sup>11</sup>, nennen ebenfalls fast 50% der Frauen den Verzehr bestimmter Nahrungsmittel als Ursache von Diarrhoe und Bauchschmerzen (s. Abb. 9, S. 60). Ähnliche Befunde zeigen sich auch in nichtafrikanischen Ländern. So sprechen Mütter in Guatemala nach Pebley et al. (1999) besonders von grünen Früchten als Ursache von Durchfallerkrankungen. Kinder in Pakistan betrachten Orangenfrüchte und Granatäpfel als Ursachen von Erkältung und Fieber (Khamis 1997).

#### ◆ **Behandlung von Krankheiten**

Die Mehrheit der Bevölkerung Bekilys behandelt Krankheiten nach traditionellen Methoden, d.h. in Form von kulturellen Praktiken, Massagen und Verwendung von Heilpflanzen. Dies entspricht zum einen ihren Vorstellungen von Krankheitsursachen und deren Behandlung, zum anderen ist es Ausdruck ihrer finanziellen Möglichkeiten (Wüstefeld 2001). Dies ist eine in afrikanischen Ländern weit verbreitete Einstellung, und konnte z.B. durch Ergebnisse einer KAP-Studie in Sansibar bestätigt werden. Die Mehrzahl der in Sansibar befragten Frauen und Schulkinder betrachten Malaria als eine Strafe des „bösen Geistes“ und behandeln diese dementsprechend überwiegend nach traditionellen Methoden (Alilio et al. 1998). Jedoch weisen Alilio et al. (1998) darauf hin, dass die Bevölkerung sich entsprechend dem Schweregrad der Krankheit, der Nähe der Gesundheitsstation und der Verfügbarkeit von Tabletten für jeweils eine Behandlungsmethode entscheidet. Es kann angenommen werden, dass diese Kriterien ebenfalls die Bevölkerung Bekilys bei der Entscheidung einer Behandlungsmethode beeinflussen.

Die effektivste Krankheitsbehandlung erfolgt, nach Aussagen der meisten Kinder in den drei ausgewählten Dörfern der vorliegenden Studie, mit traditionellen Methoden. Wie von Geisler et al. (2000) von Kindern in Kenia beschrieben, betrachten auch die Kinder Bekilys traditionelle Methoden als die „stärker wirkende“ und den Ursachen der Krankheit angemessenere Behandlungsform.

---

<sup>11</sup> KAP-Studien untersuchen Wissen (Knowledge), Einstellung (Attitude) und Verhalten (Practice) zu ausgewählten Themengebieten quantitativen Forschungsmethoden, d.h. einem vorstrukturiertem Fragebogen (Andrien 1993).

Die Symptome der Krankheit werden allerdings, nach Meinung der Kinder in Kenia, mit Medikamenten rascher beseitigt. Es kann angenommen werden, dass die Kinder Bekilys dies ebenfalls ausdrücken möchten, wenn sie von Medikamenten „als die am schnellsten wirkende Behandlungsmethode“ sprechen.

Weiterhin berichten die Kinder Bekilys, dass ihre Eltern die Behandlung mit modernen Medikamenten nicht zulassen. Dies kann als ein Zeichen, der von UNICEF (1999) und Wüstefeld (2001) beschriebenen Veränderung der Denkweisen zwischen den Generationen, nämlich weg von der traditionellen und hin zu einer modernen Denkweise, verstanden werden.

Reynolds (1996) und Thera et al. (2000) beschreiben es als eine Möglichkeit für Veränderungen, dass Kinder in afrikanischen Ländern selbstständig für ihre Gesundheit sorgen und dabei über traditionelle Gewohnheiten hinwegsehen und die „westlichen“ in die „traditionellen“ Behandlungsmethoden integrieren.

#### ◆ **Behandlung von Diarrhoe**

Aufgrund der zuvor beschriebenen Einstellungen der lokalen Bevölkerung zur Behandlung von Krankheiten, ist es kaum verwunderlich, dass Diarrhoeerkrankungen ebenso überwiegend nach traditioneller Form (z.B. mit Kräutertees aus Heilpflanzen) behandelt werden, wie die Mütter berichten. Auch dies ist in vielen afrikanischen Ländern der Fall, was Studien von Omotade et al. (2000) und Amed et al. (1994) in Nigeria bzw. dem Sudan bestätigen.

Als positive Angewohnheit der Mütter der Projektregion Bekily ist hervorzuheben, dass sie ihre Kinder während der Diarrhoeepisode zur Nahrungsaufnahme zwingen. Problematisch ist hierbei, dass sie Mahlzeiten auf keinen Fall mit Salz zubereiten, da dies den Durchfall ihrer Meinung nach verstärken würde. Die Verwendung von Rehydratationslösungen geben die Mütter nicht an. Auch in der von UNICEF (1999) in der Nachbarregion durchgeführten KAP-Studie spricht nur eine Frau von deren Anwendung.



Als ein Grund hierfür kann der, ebenfalls von Omotade et al. (2000) für Nigeria beschriebene, schlechte Zugang zu Gesundheitsstationen in ländlichen Regionen und deren mangelhaften Dienstleistungen angenommen werden. Ein weiterer Grund für die in vielen Bereichen bedenkliche Behandlungsform von Durchfallerkrankungen kann die Einstellung der Mütter in der Nachbarregion Bekilys angesehen werden, die Durchfall als eine banale Krankheit betrachten, die erst ab einem Krankheitszustand von 5 bis 6 Stühlen/Tag als gefährlich gilt (UNICEF 1999).

Dies zeigt die Notwendigkeit, in der Ernährungskommunikation eine frühzeitige und angemessene Anwendung von Rehydratationslösungen zu betonen. Ebenso sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, die angebotenen Dienstleistungen der bestehenden Gesundheitsstationen zu verbessern.

Zusammenfassend zeigt die ermittelte Sichtweise der Kinder der Projektregion die auch von Pebley et al. (1999) bei Erwachsenen beschriebene Diskrepanz zu der medizinischen Sichtweise der Krankheitsursachen und –behandlungsweisen. Das Meiden bestimmter Nahrungsmittel, was die Kinder beispielsweise als eine Lösungsmöglichkeit für Durchfall nennen (s. Tab. 5, S. 36), ist aus medizinischer Sicht lediglich eine mögliche Vorbeugung von Diarrhoe und Bauchschmerzen. Dagegen wird von medizinischer Sicht betont, dass ein mangelhaftes Hygieneverhalten und die dadurch mögliche Übertragung von Krankheitserregern Diarrhoe verursacht. Die Kinder und Mütter der Projektregion betrachten dies jedoch nicht als primäre Krankheitsursache. Im nachfolgenden Kapitel wird das Wissen und die Einstellungen der Bevölkerung Bekilys zum Thema Hygiene diskutiert.

### **6.1.3 Wissen, Einstellung und Verhalten der Kinder zu Hygiene**

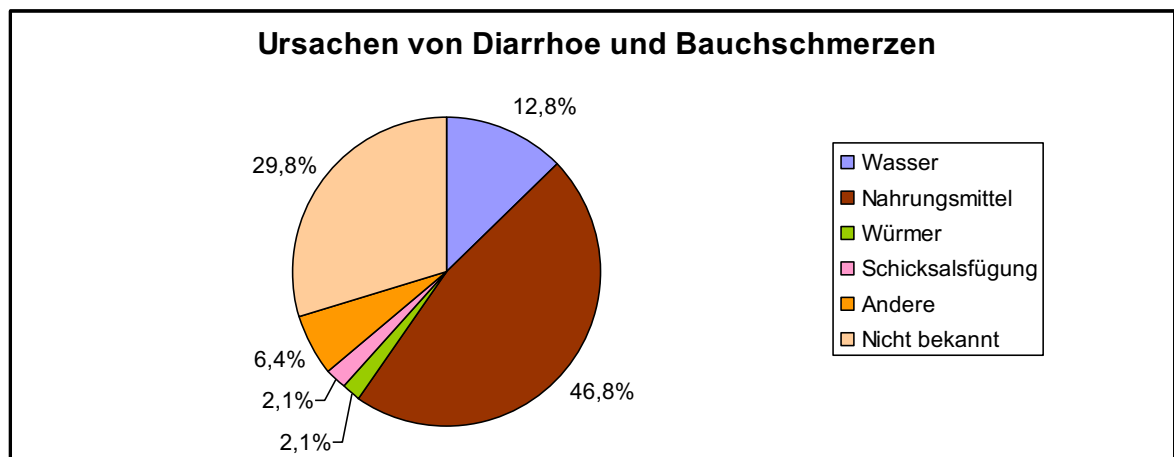
#### **♦ Hygieneverhalten als Krankheitsursache**

Ein mangelhaftes Hygieneverhalten nennen die Kinder als Ursache für Hautinfektionen. Weiterhin sehen sie Schmutz unter den Fingernägeln und die Aufnahme schmutziger Nahrungsmittel sowie große Mengen kalten Wassers als Ursache von Bauchschmerzen an. Letzteres wird von Kindern des Dorfes Anaviavy als häufigste Krankheitsursache genannt.

Nach Angaben der Feldarbeiter/Innen ist für die Kinder die kalte Temperatur des Wassers Auslöser von Krankheiten, jedoch nicht seine Kontamination. Studien von Pebley et al. (1999) und Goldman et al. (2001) in Guatemala bestätigen dies, denn hier wird ebenfalls die Aufnahme von kalten Nahrungsmitteln und von kaltem Wasser als Ursachen für Durchfall betrachtet. Dies ist nach Weiss (1988) eine in vielen Ländern der Erde bekannte Denkweise. Dabei ist zu bemerken, dass die Kinder Bekilys in diesem Zusammenhang von Bauchschmerzen und nicht von Diarrhoe reden, was für sie nach Ergebnissen der Studie zwei unterschiedliche Krankheiten darstellen (s. Tab. 4, S. 35 und Tab. 5, S. 36).

Der von Boruchovitch und Mednick (2000) in der ländlichen Region Brasiliens identifizierte Unterschied, dass Mädchen eher an ein mangelndes Hygieneverhalten als Krankheitsursache denken als gleichaltrige Jungen, konnte in der Region Bekily nicht nachgewiesen werden. Von ihrem Hygieneverhalten als Krankheitsursache sprechen die Jungen und Mädchen der Projektregion wenig. Es zeigt sich, dass die Kinder in Bekily nur über ein geringes Bewusstsein von dem Zusammenhang ihres Hygieneverhaltens und dem Auftreten von Diarrhoeerkrankungen verfügen. Dies bestätigen die Angaben der KAP-Studie in der Nachbarregion Bekilys, da auch hier die Frauen kaum von Hygieneverhalten als Ursache von Bauchschmerzen oder Diarrhoe sprechen (UNICEF 1999). Nur 13% der Frauen ist bewusst, dass Wasser eine Ursache dieser Erkrankungen sein kann (Abb. 9).

**Abbildung 9: Ursachen von Diarrhoe und Bauchschmerzen nach Frauen der Nachbarregion Bekilys (Region: Antanimora, nach: UNICEF 1999)**



### ◆ **Hygieneverständnis und Wasserverwendung**

Obwohl den Kindern viele der elementaren Hygieneverhaltensweisen bekannt sind, z.B. das Waschen der Hände und der Nahrungsmittel (s. Tab. 6, S. 41), geht aus Beobachtungen hervor, dass sie dies im alltäglichen Leben häufig nicht umsetzen. So kann auch beim Hygieneverhalten der Kinder die zuvor diskutierte Diskrepanz zwischen ihrem Wissen und Handeln beobachtet werden. Dies beschreiben Goldman et al. (2001) ebenso für Nigeria, wo nur 35% der Mütter, denen der Einfluss eines unzureichenden Hygieneverhaltens auf das Auftreten von Diarrhoeerkrankungen bewusst ist, eine hygienebewusste Haushaltsführung aufzeigen.

Den Kindern ist bewusst, dass zu verschiedenen Verwendungszwecken unterschiedliche Wasserquellen notwendig sind (s. Abb. 5, S. 40). Dennoch trinken sie das Wasser der nächstliegenden Wasserstelle, denn sie sind oft zu bequem, um an weiter entfernt liegende Trinkwasserbrunnen zu laufen. Diese Einstellung findet sich ebenfalls in den Ergebnisse der KAP-Studie von UNICEF (1999), wo Frauen der Nachbarregion Bekilys angeben, die Wasserquellen gleichermaßen zum Waschen, Baden und als Trinkwasser zu nutzen. Dieses Verhalten kann als ein bedeutender Grund für die häufige Diarrhoeprävalenz der Region betrachtet werden. Auch Untersuchungen von Sandiford et al. (1990) konnten einen engen Zusammenhang zwischen der Qualität des Trinkwassers und dem Auftreten von Diarrhoeerkrankungen bei Kindern nachweisen.

Aus diesem Verhalten kann geschlossen werden, dass Kindern und Eltern der Projektregion die gesundheitliche Bedeutung einer getrennten Nutzung der Wasserstellen nicht bewusst ist. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang aber, dass eine getrennte Nutzung der Wasserstellen durch die schlechte Wasserversorgung der Region erschwert ist. Die Wasserstellen weisen eine bedenkliche Qualität auf und während der Trockenzeit steht oft nur eine Wasserstelle zur Verfügung (Wüstefeld 2001).

### ◆ Händewaschen

Zahlreiche Studien weisen den Zusammenhang zwischen seltenem Händewaschen und dem Auftreten von Durchfallerkrankungen bei Kindern nach (Khan 1982, Han und Hlaing 1989). Auch in der Region Bekily kann die zu geringe Gewohnheit des Händewaschens als eine Ursache des häufigen Auftretens von Diarrhoeerkrankungen angesehen werden.

Das Händewaschen sehen die Kinder der drei untersuchten Dörfer nicht als wichtig an. Auch von einer Verwendung von Seife sprechen die Kinder Bekilys in diesem Zusammenhang nicht. Einige Mädchen sprechen davon, sich nach dem Essen die Hände zu waschen, während wenige Kinder das Händewaschen vor dem Essen nennen. Beobachtungen bestätigen dies, denn die meisten Kinder essen mit schmutzigen Händen. Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer KAP-Studie in Nigeria, die zeigen, dass sich erheblich mehr Frauen die Hände nach dem Füttern ihrer Kinder waschen als vor dem Füttern (Omotade et al. 1995).

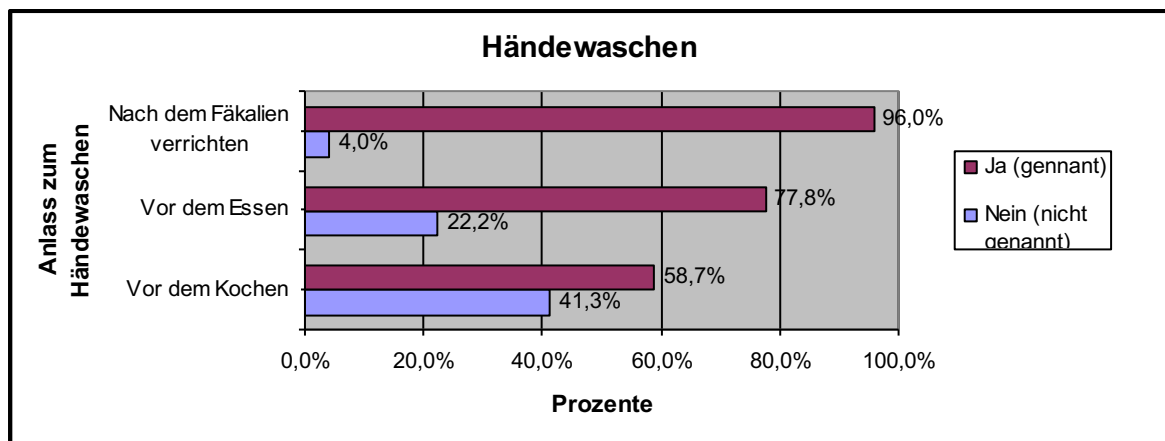
Hervorzuheben ist, dass die Kinder auch das Händewaschen nach dem Kontakt mit Fäkalien nicht als wichtig betrachten. Daher kann die Vermutung aufgestellt werden, dass ihnen das Bewusstsein für gesundheitliche Gefahren durch Fäkalien fehlt. Dieses geringe Bewusstsein zeigen Frauen in Ghana ebenso. So kommen Akuoko-Asibey und McPherson (1994) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass die Kontamination mit Fäkalien Hauptursache für die rasche Übertragung von Krankheiten in EL ist.

Verwunderlich ist, dass im Vergleich zu den Kindern der Region Bekily nahezu alle Frauen der Nachbarregion Bekilys angeben, sich nach der Fäkalienverrichtung die Hände zu waschen (UNICEF 1999). Hieraus könnte einerseits geschlossen werden, dass den Frauen die gesundheitliche Gefahr der Fäkalienkontamination bewusster ist als ihren Kindern. Andererseits ist zu hinterfragen, inwieweit die Mütter hier ehrliche Antworten geben und das Gesagte auch in ihrem Alltag ausführen. Denn die Tatsache, dass sich nur 20% der Frauen vor dem Essen und 40% vor dem Kochen die Hände waschen, zeigt ebenfalls ihr geringes Bewusstsein für die Notwendigkeit des Händewaschens (Abb. 10).

Die gesundheitliche Gefahr dieses Verhaltens geht auch aus einer Studie von Clemens und Stanton (1987) hervor, die eine höhere Diarrhoeprävalenz bei

Kindern von Müttern nachweist, die sich vor dem Kochen nicht die Hände waschen.

**Abbildung 10: Anlässe zum Händewaschen von Frauen der Nachbarregion Bekilys (Region: Antanimora, nach: UNICEF 1999)**



Bezüglich der Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, sind die Kinder der Meinung, dass Mädchen während der Hausarbeiten und des Wasserholens häufiger die Möglichkeiten haben sich die Hände zu waschen als Jungen während der landwirtschaftlichen Tätigkeiten. Dieser Einstellung kann nicht zugestimmt werden, denn die Jungen lassen ebenso die Kühe mehrmals täglich an Wasserstellen trinken und haben hierbei ebenso die Möglichkeit zum Händewaschen. Doch werden die unterschiedlichen Aufgaben der Jungen und Mädchen (s. Tab. 7, S. 45) als ein Grund für das ausgeprägtere Hygieneverhalten und -bewusstsein der Mädchen betrachtet, das Tabelle 6 (S. 41) wiedergibt. Weiterhin sprechen nur die Mädchen davon, dass Wassereimer im Haus gegen Insekten und Staub abgedeckt werden sollten. Auch Beobachtungen zeigen, dass Mädchen oft sauberer gekleidet und gewaschen sind als Jungen.

#### ◆ Körperhygiene

Allgemein ist zu beobachten, dass alle Jungen und Mädchen im Alltag zerlöcherte und schmutzige Kleidung tragen und selten gewaschen sind. Dieses äußere Erscheinungsbild spiegelt die Einstellungen der Bevölkerung zur Körperhygiene wider. Die Mütter geben an, sie wären nach den schweren Arbeitstagen zu müde, um ihre Kinder noch zur Sauberkeit anhalten zu können.

Sich zu waschen, heißt für die Kinder, im Wassertümpel zu baden. Lediglich einigen Kindern in Anaviavy ist bewusst, dass das Wasser des Wassertümpels zu schmutzig ist, um sich selbst damit ausreichend reinigen zu können. Dies zeigt das

auch beobachtete ausgeprägtere Hygienebewusstsein der Kinder Anaviavys im Vergleich zu den Kindern der zwei weiteren, in der vorliegenden Studie betrachteten Dörfer.

Öffentliche Bildung kann nicht als Grund hierfür angesehen werden, denn die Kinder Anaviavys besuchen, im Gegenteil zu denen Bevalas, keine Schule. Doch nach Worten der Feldarbeiter/Innen ist das ausgeprägtere Hygiene- und Gesundheitsbewusstsein für die im Dorf Anaviavy lebende Antanosy-Kultur charakteristisch im Vergleich zur der in den Dörfern Bevala und Ambararat Toby lebenden Antandroy-Kultur.

Die Verwendung von Seife zum Waschen sprechen die Kinder in Bezug auf den wöchentlichen Markt und die kulturellen Feste an. Zu diesen Anlässen benutzen sie, oft von selbst verdientem Geld gekaufte, Seife. Das notwendige Geld verdienen sie sich durch kleine, lukrative Arbeiten, wie z.B. den Verkauf von selbst angebautem Gemüse. Dies weist darauf hin, dass Kinder „Sauberes“, bzw. Hygiene als ein Attraktivitätssymbol betrachten. Auch in Nicaragua nimmt Hygiene, nach Gorter et al. (1998), eher eine kosmetische und soziale Rolle ein als die der gesundheitlichen Prävention.

Die Tatsache, dass Kinder ihre Seife hauptsächlich von selbst verdientem Geld kaufen müssen, lässt Rückschlüsse auf die Wertvorstellungen der Eltern zu. Für die lokale Bevölkerung Bekilys ist der Besitz vieler Kühe und das Vorhandensein ausreichender Mengen Nahrungsmittel von primär Bedeutung. Demgegenüber ist der Wille und die Motivation zu einem verbesserten Hygieneverhalten gering.

#### ◆ **Umwelthygiene**

Neben unzureichendem persönlichen Hygieneverhalten steht ein schlechter Zustand der Umgebung, z.B. eine Verschmutzung mit Tierfäkalien, in Zusammenhang mit einer Zunahme von Diarrhoeerkrankungen bei Kindern (Huttly et al. 1994).

Die Kinder der Projektregion nennen das Insektenvorkommen im Haus, das trotz Fegens nicht beseitigt werden kann, als ihr größtes Problem nach dem häufigen Auftreten von Krankheiten (s. Tab. 8, S. 45). Zudem beschweren sie sich über Flöhe in Kleidern und Haaren, die durch Waschen nur unzureichend entfernt werden können. Kuhfäkalien im Hof belästigen die Kinder, nach eigenen Aussagen, beim Spielen kaum. Als unangenehm empfinden sie hingegen, dass Hühner den Schmutz menschlicher Fäkalien an Töpfe und Nahrungsmittel übertragen. Dennoch zeigen sie, wie zu beobachten ist, keine Motivation, Hühner von der Kochstelle fern zu halten.

#### ◆ Zusammenfassende Betrachtung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen deutlich, die bereits aus anderen Studien der Region (Wüstefeld 2001, UNICEF 1999, INSTAT/DHS 1998a) bekannten, alarmierenden hygienebezogenen Verhaltensweisen der Mehrheit der Bevölkerung Bekilys. Das während der vorliegenden Studie betrachtete Hygieneverhalten bezüglich der Körper-, Wasser-, und Umwelthygiene hat nach Untersuchungen von Gorter et al. (1998) einen deutlichen Einfluss auf die Diarrhoeprävalenz von Kindern.

So erscheint es nach Ergebnissen der vorliegenden Studie als sinnvoll, den Schwerpunkt der geplanten Ernährungskommunikation mit den Kindern auf das mit Ernährungsfragen eng verknüpfte Thema der Hygiene zu legen.

Weiterhin zeigen die gewonnenen Ergebnisse nur geringe Einflüsse der Schulbildung und der ethnischen Bevölkerungszugehörigkeit auf das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Kinder in den drei ausgewählten Dörfern. Ein vergleichsweise ausgeprägteres Hygieneverhalten kann in Anaviavy festgestellt werden, was möglicherweise auf bestimmte, ethnisch bedingte Verhaltensweisen der dort lebenden Bevölkerung der Antanosy-Kultur zurückzuführen ist.

Den in Studien von Gorter et al. (1998) und Lindenbaum (1990) nachgewiesenen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Gesundheits- bzw. Ernährungswissen und -verhalten, lässt die vorliegende Studie nicht erkennen. So zeigen die zur Schule gehenden Kinder des Dorfes Bevala keine gesundheitsbewussteren Einstellungen und Verhaltensweisen.

Als Grund hierfür kommt die geringe Funktionalität der in isolierten Gebieten gelegenen Schulen in Frage, die auch aus anderen Dörfern der Region bekannt ist. Die Qualität des Schulunterrichts ist oft unzureichend. Auch in Bevala unterrichtet erst seit einem Monat vor Beginn der Studie ein neuer, qualifizierter und motivierter Lehrer, der nicht an Alkoholismus leidet wie der vorherige Lehrer. Auch dieser neue Lehrer spricht, während eines Interviews als sog. Schlüsselperson (s. Kap. 4.1.2, S. 22), von der Schwierigkeit, die Kinder zu einem besseren Hygieneverhalten zu motivieren.

Die Ergebnisse zeigen, bedingt durch die stark getrennte Rollenverteilung zwischen Jungen und Mädchen, Unterschiede in den Einstellungen und dem Verhalten zu gesundheits- und ernährungsrelevanten Themen. Diese festgestellten Differenzen zwischen den Geschlechtern sollten bei der Planung des Ernährungs- und Gesundheitsprogramms für Kinder berücksichtigt werden.

#### ♦ **Zusammenhang von Ernährungswissen und Ernährungsstatus**

Die Ergebnisse der Studie zeigen weiterhin, dass kein direkter Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen der Kinder der drei Dörfer und dem Ernährungsstatus dieser Dörfer besteht. Während bezüglich des Ernährungswissens keine Unterschiede messbar sind, unterscheidet sich der Ernährungsstatus der Kinder stark in den drei betrachteten Dörfern (s. Tab. 11, S. 53). Jedoch ist das Ernährungswissen der Kinder kein angemessener Indikator, um diesen Zusammenhang zu untersuchen. Einerseits sind es primär die Mütter, die Fürsorge für Kinder übernehmen. Andererseits sind neben dem Ernährungswissen noch weitere Faktoren relevant, welche die Rate an unterernährten Kindern eines Dorfes beeinflussen (z.B. der Zugang zu Gesundheitsstationen oder das Nahrungsmittelangebot der Region) (UNICEF 1990).

Die Einstellungen zu dem Einfluss des Hygieneverhaltens auf das Entstehen von Krankheiten sowie das Hygieneverhalten selbst, werden nach Goldman et al. (2001) von vertrauten Person stärker geprägt als von externen Kommunikationskanälen wie z.B. Medien oder Gesundheitsarbeiter. Dies zeigt die Notwendigkeit, in der Ernährungskommunikation des IESP Bekilyls die zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle der Gemeinde zu nutzen.



## **6.2 Ernährungskommunikation nach dem Child-to-Child Ansatz in der Projektregion Bekily**

### **6.2.1 Kinder als Kommunikatoren in der Gesellschaftsstruktur der Region Bekily**

Im Child-to-Child Ansatz nehmen Kinder im Schulalter eine aktive Rolle in der Gesundheitsarbeit der Gemeinde ein. Das Ziel ist, Kinder zu unterstützen, ein Bewusstsein für lokale Gesundheitsprobleme zu entwickeln und sie zu befähigen, als verantwortungsvolle Gesundheitskommunikatoren für Familie und Gemeinde zu wirken (Harrison 1998). Um Kinder langfristig als erfolgreiche Kommunikatoren agieren zu lassen, ist es nach Otaala et al. (1988) wichtig, ihre gesellschaftliche Rolle und ihre Aufgaben zu berücksichtigen.

#### **♦ Gesellschaftliche Rolle der Kinder**

In der Region Bekily wird die gesellschaftliche Rolle der Jungen und Mädchen durch ihre strikt getrennten Aufgaben bestimmt (Wüstefeld 2001). Klassifizieren die Kinder ihre alltäglichen Aufgaben nach der Durchführungshäufigkeit (s. Tab. 7, S. 45), bestätigen sich die streng festgelegten Rollenverteilungen. Diese Rollenverteilung ist nach Roubaud und Coury (1997) in Ländern ähnlicher wirtschaftlicher Situationen häufig zu beobachten. Mädchen unterstützen ihre Mütter bei der Hausarbeit und Jungen ihre Väter bei den landwirtschaftlichen Tätigkeiten. Die Aufgaben der Kinder prägen stark ihre Einstellungen und ihre Verhaltensweisen zu ernährungs- und gesundheitsrelevanten Themen sowie ihre Möglichkeiten, im Alltag als Kommunikatoren fungieren zu können, was die Ergebnisse der Studie zeigen.

#### **♦ Kinder als Kommunikatoren untereinander**

Ab dem Alter von 7 Jahren übernehmen die Kinder Verantwortung und Fürsorge für ihre jüngeren Geschwister. Nach Meinung der Mütter haben sie in diesem Alter bereits ausreichend Wissen, um selbstständig Aufgaben auszuführen. Dies beschreibt ebenfalls Ravaosolo (1996) von den Kindern der Region. Interessant ist, dass auch Mütter im Niger berichten, dass Kinder ab dem 7. Lebensjahr selbstständig Aufgaben erledigen können (Tay 1989).

Die Jungen und Mädchen Bekilys lehren ihren Geschwistern, entsprechend ihrer gesellschaftlichen Aufgaben, z.B. das Kühehüten oder die Essenzubereitung (s. Tab. 9, S. 47). Ravololomanga (1992) beschreibt, dass sich vor allem die Mädchen Madagaskars ab dem 8. Lebensjahr bemühen, ihre Aufgabe, für die jüngeren Geschwister zu sorgen, zufriedenstellend auszuführen. Daher verstehen die Kinder im Weitergeben von Wissen besonders das Lehren der alltäglichen Aufgaben (s. Abb. 8, S. 46). Die zur Schule gehenden Kinder des Dorfes Bevalas berichten, dass sie Gelerntes an andere Kinder zu Hause weitergeben.

Nach Cicirelli (1976) nehmen ältere Geschwister die Rolle des Fürsorgers für jüngere besonders gut ein, da sie den jüngeren, auf gut verständlichen Wegen und angemessen für ihr Alter Aufgaben lehren können. Auch die Väter der Projektregion sehen die Fürsorge und die Bildung der Älteren für die Jüngeren als wichtig an. Die Väter bestätigen deren Einfluss auf die Jüngeren. Dennoch sind sie mit der Fürsorge der älteren nicht zufrieden, da sie z.B. oftmals Krankheitsanzeichen bei den jüngeren Geschwistern nicht erkennen können.

#### ◆ **Kinder als Kommunikatoren gegenüber ihren Eltern**

Agieren die Kinder im Child-to-Child Ansatz als Gesundheitskommunikatoren unter Erwachsenen, weist Fafunwa (1974) darauf hin, hierbei die in afrikanischen Ländern von Respekt geprägte Beziehung zu beachten. Auch in der Projektregion verwenden Kinder eine spezielle, Respekt ausdrückende Sprache und Verhaltensformen, um mit Erwachsenen zu sprechen. Aus diesem Grund sprechen die Kinder einerseits davon, dass es schwierig ist, das Verhalten der Eltern zu kritisieren oder ihnen Ratschläge zu geben. Andererseits nennen sie Beispiele für Situationen, in denen sie das Verhalten der Eltern kritisieren. Sie betonen, sich dabei an die respektausdrückende Sprache und die entsprechenden Verhaltensregeln zu halten.

Hiermit bestätigen die Ergebnisse der Studie die oftmals in der Literatur erwähnte Fähigkeit der Kinder, Kommunikationstechniken an die jeweilige Empfängergruppe und die kulturellen Normen anzupassen. Erscheinen den Eltern die Ratschläge sinnvoll, können sie diese befolgen, wie sie sagen.

Im Gegenteil zu der von Johnson et al. (1995) in Asien beobachteten Gewohnheit, dass Ratschläge der Jungen eher akzeptiert werden als die der Mädchen, werden in der Untersuchungsregion beide gleichermaßen beachtet, wie die Väter berichten.

Um Kinder als Kommunikatoren für Erwachsene agieren zu lassen, ist nach Pridmore (1998) ein oft schwer umzusetzendes Gleichgewicht zwischen alten Traditionen und einer veränderten Einstellung der Eltern gegenüber ihren Kindern notwendig. Daher beschreiben Ivan-Smith und Johnson (1998) die Teilnahme der Kinder am Entwicklungsprozess der Gemeinde als einen dynamischen Prozess, an den sich Kinder und Erwachsene anpassen müssen.

#### ◆ Wünsche der Kinder

Die Ergebnisse der Studie zeigen deutlich das große Interesse der Kinder Lesen und Schreiben zu lernen. Neben den häufig auftretenden Krankheiten und den Insekten im Haus nennen sie das Analphabetsein als ihr größtes Problem (s. Tab. 8, S. 45). Sie können die Preise auf dem Markt nicht lesen und ihre Kühe nicht zählen. Auch in der von Wüstefeld (2001) durchgeführten Studie berichten die Kinder u.a. von ihrem Zukunftswunsch, eine Schule zu bauen. Wenn in der Gesundheitsarbeit an diesem Interesse der Kinder angesetzt wird, kann nach Duchscherer et al. (1996) von einer aktiven und motivierenden Mitarbeit der Kinder ausgegangen werden. Zudem betonen Gosling und Edwards (1995), die Vorstellungen und Erwartungen der Eltern zu beachten, um kontinuierlich mit Kindern arbeiten zu können. Hier zeigt die Studie, dass die Eltern ebenso den Wunsch haben, dass ihre Kinder Lesen und Schreiben lernen, denn hierauf sprechen die Eltern die Feldarbeiter/Innen während der Studiendurchführung mehrmals an.

Der Child-to-Child Ansatz ermöglicht, durch seine zielgruppenorientierte Umsetzung an diesem Bedürfnis der Bevölkerung anzusetzen. Da die Kinder im Child-to-Child Ansatz an der Planung der Gesundheitsaktivitäten teilnehmen, stehen ihre Interessen im Mittelpunkt. Die konsequente Partizipation der Kinder am Planungs-, Durchführungs- und Evaluierungsprozess des Gesundheitsprogramms zeichnet den Child-to-Child Ansatz nach Gordon (1998) als einen effektiven Ansatz zur Gesundheitsbildung aus.

### 6.2.2 PLA-Methoden im Child-to-Child Ansatz

Eine Reihe von PLA-Methoden finden im Child-to-Child Ansatz Anwendung und ermöglichen es, in der Gesundheitsarbeit an dem bereits vorhandenen Wissen der Kinder und ihren Ideen und Bedürfnissen anzusetzen (Pridmore und Stephens 2000). In Zusammenarbeit mit den Kindern werden im 1. Schritt der Sechs-Schritt Methode relevante und interessante Gesundheitsthemen ausgewählt. Dies erfolgte bereits mit Durchführung der vorliegenden Studie, wobei PLA-Methoden angewendet wurden. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen werden im Folgenden diskutiert.

Wie auch Duchscherer et al. (1996) berichten, könnten die Kinder der Region Bekily mit PLA-Methoden (s. Tab. 1, S. 21) die lokale Lebenssituation präzise beschreiben und ihre Probleme und Interessen klassifizieren.

Visuelle Erhebungsmethoden waren für die Kinder gut verständlich und ermöglichten eine vertraute und offene Diskussionsatmosphäre. Nur die Methode der *Matrizenklassifizierung der Aufgaben* (s. Kap. 4.1.5, S. 24) war für die jüngsten Teilnehmer der Studie schwierig zu verstehen und sie differenzierten daher wenig zwischen den unterschiedlichen Aufgaben, wie die Feldarbeiter/Innen berichten. Dennoch haben die Kinder an dieser Methode teilgenommen. An den durchgeführten PLA-Methoden zeigten die Kinder großes Interesse und betrachteten die Methoden als neue Spiele.

Während der Durchführung der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die PLA-Methoden als Kommunikationstechniken des Child-to-Child Ansatzes angewendet werden können. Im Nachfolgenden werden diese, in Anlehnung an die Sechs-Schritte Methode des Child-to-Child Ansatzes diskutiert.

Hierbei wird zuerst auf Kommunikationstechniken eingegangen, die verwendet werden können, damit die Kinder das Gesundheitsthema besser verstehen. Im anschließenden Kapitel werden Kommunikationstechniken beschrieben, um Gesundheitsbotschaften weitergeben zu können (Tab. 12).

**Tabelle 12: Übersicht während der Studiendurchführung angewendeter Kommunikationstechniken des Child-to-Child Ansatzes**

| <b>Kommunikationstechniken um Gesundheitsbotschaften zu verstehen</b>     |                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gruppendiskussionen</li> <li>▪ Beschreiben von Fotos</li> <li>▪ Zeichnungen</li> <li>▪ Untersuchungen</li> </ul> |
| <b>Kommunikationstechniken zum Weitergeben von Gesundheitsbotschaften</b> |                                                                                                                                                           |
|                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spiele</li> <li>▪ Rollenspiele</li> <li>▪ Lieder</li> <li>▪ Märchen und Fabel</li> </ul>                         |

### **6.2.3 Kommunikationstechniken um Gesundheitsbotschaften zu verstehen**

Neben dem Auswählen eines Gesundheitsthemas sollen Kinder im 1. Schritt des Child-to-Child Ansatzes das Gesundheitsthema besser verstehen. Die hierzu angewendeten Kommunikationstechniken müssen an die lokalen Gegebenheiten und die Bildungssituation angepasst werden.

#### **◆ Gruppendiskussionen**

Gruppendiskussionen werden als grundlegende Methode des Child-to-Child Ansatzes beschrieben, da Kinder hierbei Gesundheitsideen und –aktivitäten diskutieren und planen können (Hanbury 1995c). Während der Studiendurchführung wurden zurückhaltende Kinder durch Gruppendiskussionen zu einer aktiven Mitarbeit motiviert, was auch Kemigisa et al. (1996) berichten. Jedoch war dies während der Durchführung der vorliegenden Studie nur in den Dörfern Ambararata Toby und Anaviavy der Fall, denn hier konnte mit der festgelegten Gruppengröße von 15 bis 20 Kindern gearbeitet werden. Im Dorf Bevala musste hingegen, aufgrund sonst entstehender Konflikte, zwischen den Kindern mit der gesamten Schulklasse, d.h. durchschnittlich mit 32 Kindern gearbeitet werden und so konnten hier nicht alle Kinder aktiv an der Gruppendiskussion teilnehmen.

### ◆ Beschreiben von Fotos

Während der Studiendurchführung bestätigten sich die Erfahrungen von Scrimshaw und Peltó (1979), dass Kinder auf Fotos dargestellte, schwierig zu formulierende Situationen einfach erkennen und ihre Gedanken zu dem Gesundheitsthema ausdrücken können. Weiterhin ermöglichte das Beschreiben von Fotos zu Beginn einer Gruppendiskussion einen Alltagsbezug herzustellen.

### ◆ Zeichnungen

Die analphabetischen Kinder der Projektregion konnten ihre persönlichen Sichtweisen zu diskutierten Themengebieten durch themenbezogene Zeichnungen deutlich darstellen, was auch Gosling und Edwards (1995) als charakteristisch für diese Methode beschreiben. Der Umgang mit Stiften war für die Kinder zuerst ungewohnt, doch lernten sie rasch damit umzugehen, denn dies war für sie eine Vorbereitung für das Lesen- und Schreibenlernen. Daher wurde nicht, wie Gordon (1998) empfiehlt, nach lokaler Gewohnheit in den Sandboden gezeichnet.

### ◆ Untersuchungen

Nachdem Kinder im 1. Schritt der Sechs-Schritte Methode ein besseres Verständnis für das Gesundheitsthema entwickelt haben sollten, untersuchen sie, während des bedeutenden 2. Schrittes, das Thema in der lokalen Umgebung. Hierbei erhaltene Informationen können die analphabetischen Kinder Bekilys nicht in schriftlichen Diagrammen oder Fragebogen festhalten, wie dies in der Literatur beschrieben wird (Hanbury 1995b). Während der Durchführung der vorliegenden Studie zeigte sich, dass die Kinder diesen Schritt durch Beobachtungen und Befragungen ausführen können.

Im Anschluss an diesen Schritt sieht der 3. Schritt des Ansatzes vor, partizipativ mit den Kindern Gesundheitsaktionen zu planen. Hierbei werden Gesundheitskenntnisse der Kinder mit neuen Informationen verbunden. Da die Ergebnisse der Studie zeigen, dass den Kindern einige realisierbare Lösungsvorschläge für Gesundheitsprobleme bekannt sind (s. Tab. 5, S. 36), kann angenommen werden, dass sie aktiv an der Planung von Gesundheitsaktionen teilnehmen können.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass lokale Spiele als Kommunikationstechniken im 4. Schritt des Child-to-Child Ansatzes, zur Weitergabe von Gesundheitsbotschaften, angewendet werden können.

#### **6.2.4 Kommunikationstechniken zum Weitergeben von Gesundheitsbotschaften**

Um Kinder als Gesundheitskommunikatoren agieren zu lassen, betont Hart (1998), im Child-to-Child Ansatz möglichst solche Kommunikationstechniken anzuwenden, mit denen die Kinder bereits vertraut sind. Lokale Spiele haben nach Hart (1998) den Vorteil, dass sie an die lokale Situation und den Bildungsstand der Kinder angepasst sind. Daher werden im Folgenden Freizeitbeschäftigungen der Kinder auf ihre Anwendungsmöglichkeit im Child-to-Child Ansatz diskutiert.

##### **◆ Spiele**

Während der Ausführung der vorliegenden Studie bestätigten sich die Erfahrungen von Manyau (1998), dass sich Kinder lokale Spiele und Lieder einfach und für lange Zeit behalten können. An Gesundheitsbotschaften, die in die Rollenspiele der Jungen und Mädchen, „Tsikianombe“ und „Tsikinrano“ (s. Tab. 10, S. 48), d.h. der Imitation der alltäglichen Aufgaben der Väter und Mütter, eingebaut wurden, erinnerten sie sich lange Zeit. Ravololomanga (1992) beschreibt dies als beliebtes Spiel vieler Kinder Madagaskars. Weiterhin singen und tanzen die Kinder der Region gerne und häufig, was auch Decary (1983) beschreibt.

##### **◆ Rollenspiele**

Während der Rollenspiele „Tsikianombe“ und „Tsikinrano“ stellen die Kinder die lokale Situation und ihre Gewohnheiten realitätsnah dar, was die FAO (1994) als Vorteil von Rollenspielen beschreibt. Während der Studiendurchführung waren die Kinder in der Lage, hierbei fehlerhafte Verhaltensweisen zu erkennen und mit den Feldarbeitern/Innen diskutierte Gesundheitsbotschaften, z.B. das Händewaschen vor dem Essen, in ihre Rollenspiele einzubauen (s. Abb. 15, S. 114). Als weiteren Vorteil dieser Methode beschreiben Werner und Bower (1983), dass die Kinder alltagsnahe Fähigkeiten lernen und diese daher im Alltagsleben gesundheitsbewusster ausführen können.

### ◆ **Lieder**

Durch lokale Lieder ließen sich die Kinder während der Studiendurchführung zu einer konzentrierten Mitarbeit motivieren. Diese Methode ermöglichte, Vertrauen zu den Feldarbeitern/Innen aufzubauen, was Gordon (1998) ebenso berichtet. Die Kinder hatten Freude, zu den während der Studiendurchführung diskutierten Gesundheitsthemen Liedertexte und Tänze zu entwickeln (s. Abb. 6, S. 43).

### ◆ **Märchen und Fabeln**

Wie Tay (1989) beschreibt, nehmen Märchen und Fabeln in vielen afrikanischen Ländern eine bedeutende Rolle für die Bildung von Kindern ein. Auch die Kinder Bekilys berichten, dass sie hierdurch über Tabus und das „Gute und Böse des Lebens“ gelehrt werden. Ihre Väter bestätigen dies. Märchen und Fabeln sind spannend und geben gute Lebensratschläge, wie die Kinder sagen. Märchen erzählen sie gerne ihren Freunden weiter. Die vorliegende Studie konnte keine lokalen Märchen und Fabeln zu ernährungs- und gesundheitsrelevanten Themen identifizieren. Jedoch stellen die sog. „Activity sheets“ Märchen vor, die Gesundheitsortschaften enthalten und als Kommunikationstechniken im Child-to-Child Ansatz dienen können (L’Enfant pour L’Enfant 1995a).

Während der Durchführung der vorliegenden Studie zeigten sich keine Unterschiede in der möglichen Anwendung von Kommunikationstechniken in den drei ausgewählten Dörfern. Jedoch wurde deutlich, dass die Freizeitbeschäftigungen der Jungen und Mädchen ihre unterschiedlichen gesellschaftlichen Rollen widerspiegeln. Diese sollten bei der Verwendung von lokalen Spielen der Kinder als Kommunikationstechniken des Child-to-Child Ansatzes berücksichtigt werden.



### 6.2.5 Betrachtung des Child-to-Child Ansatzes zur Gesundheitsbildung

#### ◆ Sechs-Schritte Methode

Neben den im vorhergehend diskutierten aktionsorientierten Kommunikationstechniken beschreibt Hawes (2000) praktische Übungen zu gesundheitsrelevanten Themengebieten, z.B. das Zubereiten einer Rehydratationslösung als elementare Methode für eine erfolgreiche Gesundheitsbildung mit dem Child-to-Child Ansatz.

Der Child-to-Child Ansatz kann nicht ausschließlich durch die Sechs-Schritte Methode umgesetzt werden. Doch ermöglicht diese Methode, nach Khamis (2000b), die für eine erfolgreiche Gesundheitsbildung entscheidende Verbindung des neu Erlernten mit dem alltäglichen Leben. Weiterhin heben Lehrer eines Child-to-Child Projektes in Pakistan hervor, dass die Sechs-Schritte Methode das Gesundheitsthema für einige Monate bearbeitet und daher wünschenswerte Verhaltensänderungen zu alltäglichen Gewohnheit werden können (Khamis 2000a).

#### ◆ Langfristige Wirkung des Child-to-Child Ansatzes

Evaluierungsberichte von Child-to-Child Projekten zeigen, dass primär ältere Kinder, aufgrund der neuen Gesundheitskenntnisse, von dem Ansatz profitieren. Sie können verantwortungsvoller mit ihrer Gesundheit und der ihrer Mitmenschen umgehen. Jüngere Geschwister profitieren vor allem durch die gesundheitsbewusstere Fürsorge der älteren und Erwachsene durch die erhaltenen Gesundheitsbotschaften durch ihre Kinder (Lansdown 1995).

Eine Evaluierungsstudie eines Child-to-Child Grundschulprojektes in Indien zeigte, dass Kinder, die vor 5 Jahren hieran teilnahmen, eindeutig ein höheres Gesundheitswissen und –bewusstsein aufweisen als die Kinder der gleichaltrigen Kontrollgruppe, die nicht an den Child-to-Child Aktivitäten teilgenommen hatten. 92% der Kinder war die Behandlung von Diarrhoe bekannt, in der Kontrollgruppe nur 24%. Dies zeigt nach Patil et al. (1996), dass der Child-to-Child Ansatz mit seinen aktiven und partizipativ orientierten Kommunikationstechniken sein Ziel erfüllen kann. Kindern werden Wissen und Fähigkeiten zu gesundheitsrelevanten Themen vermittelt, von denen sie noch Jahre später profitieren.

### **6.3 Empfehlungen zur Umsetzung der Ernährungskommunikation mit Kindern im IESP Bekily**

#### **6.3.1 Thematische Schwerpunkte des Ernährungs- und Gesundheitsprogramms**

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Zugehörigkeit zur ethnischen Bevölkerungsgruppe sowie die Präsenz einer Dorfschule kaum Einfluss auf das Hygienewissen und -verhalten der Kinder haben. Die thematischen Empfehlungen des Ernährungs- und Gesundheitsprogramms für Kinder beziehen sich daher auf die gesamte Projektregion Bekily.

Die vorliegende Studie lässt eine klare Diskrepanz zwischen dem Ernährungswissen der Kinder und ihrem Verhalten erkennen. Um hier anzusetzen, sollte eine Bewusstseinsveränderung der Kinder primäre Aufgabe des Ernährungs- und Gesundheitsberatungsprogramms sein. Ermittelte Einstellungen und Sichtweisen der Kinder zu ernährungs- und gesundheitsrelevanten Themengebieten zeigen Ansatzpunkte für diesen neuen Programmbestandteil des IESPs.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen, zusammen mit den bereits vorhandenen Informationen über den schlechten Zugang zu sauberem Trinkwasser und der Abwesenheit von Sanitäranlagen sowie der saisonal hohen Prävalenz von Diarrhoeerkrankungen, dass der Schwerpunkt des Ernährungs- und Gesundheitsprogramms für Kinder auf den Themenkomplexen Hygiene und Diarrhoe liegen sollte. Im nationalen Child-to-Child Programm wird diesen Themen, aufgrund der im Land ausgebrochenen Choleraepidemie, ebenfalls hohe Priorität beigemessen (Laurent 2000).

### ◆ Diarrhoebehandlung

Da Kinder und Mütter Durchfall meist als einfache Krankheit ansehen, sollten sie über die Risiken dieser Erkrankung aufgeklärt werden. Gleiches gilt für die dabei notwendige Fürsorge und den Handlungsbedarf in verschiedenen Stadien der Krankheit. Wünschenswert wäre, dass Kinder ein Verständnis von Dehydratation entwickeln, damit ihnen die Notwendigkeit einer Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie einer Behandlung mit oraler Rehydrationslösung bewusst wird (Dumurgier und Hawes 1993).

### ◆ Hygieneverhalten

Ein Ziel der Ernährungs- und Gesundheitskommunikation sollte sein, dass die Kinder durch ihnen vermitteltes Wissen ein Bewusstsein entwickeln, wie sie von einem guten Haushalts-, Körper- und Wasserhygieneverhalten profitieren und Krankheiten vorbeugen können. Kinder können langfristig nur zu einem besseren Hygieneverhalten motiviert werden, wenn sie verstehen, wie durch ein ausreichendes Hygieneverhalten Krankheiten vermieden werden können (Hanbury 1995d). Dabei sollte ein Ziel der geplanten Ernährungskommunikation mit Kindern sein, dass sie ein Verständnis dafür entwickeln, dass nicht der Konsum von bestimmten Nahrungsmitteln, und insbesondere nicht die Aufnahme von Salz, Bauchschmerzen und Diarrhoe verursachen, sondern die Kontamination der Nahrungsmittel mit Krankheitserregern. Weiterhin sollte in den folgenden vier Schwerpunktbereichen interveniert werden:

1. Schwerpunkt sollte auf die Bewusstseinsbildung für das Händewaschen gelegt werden. Dabei sollte im Vordergrund stehen, dass Kinder ein Verständnis für unsichtbare Pathogene entwickeln und so die gesundheitliche Gefahr schmutziger Hände verstehen. Dem Erkennen der Notwendigkeit des Händewaschens nach dem Kontakt mit Fäkalien kommt hierbei besondere Bedeutung zu (Hawes und Scotchmer 1993).

2. Schwerpunkt sollte auf die Bewusstseinsentwicklung für die gesundheitliche Bedeutung der Verwendung von Seife liegen. Somit könnten die Kinder verstehen, dass Baden im Wassertümpel zur Körperpflege nicht ausreicht.
3. Schwerpunkt sollte auf die Bewusstseinsentwicklung über die gesundheitliche Gefahr von kontaminiertem Trinkwasser gelegt werden. Ziel sollte hier die Motivierung der Kinder zu einer getrennten Nutzung der Wasserstellen sein. Weiterhin sollten die Kinder verstehen, wie sie die Kontamination des Wassers beim Einfüllen in Eimer, beim Transport und der Verwendung im Haus vermeiden können.
4. Schwerpunkt sollte auf die Bewusstseinsentwicklung für die gesundheitliche Bedeutung einer sauberen Umgebung liegen. Kinder sollten erkennen, dass ihrem genannten Problem, der Belästigung durch Insekten und Flöhe, hierdurch entgegengewirkt werden kann. Allerdings wird die Realisierung einer sauberen Umgebung erschwert, durch die Tatsache, dass der Bau einer Latrine in der lokalen Kultur tabu ist (GTZ 1999b).

#### ◆ **Krankheitsursachen und -behandlung**

Ein weiteres Ziel der Programmaktivitäten sollte die Vermittlung von der Bedeutung Vitamin-A reicher Lebensmittel (Mango- und Zitrusfrüchte und grünem Blattgemüse) zur Aufrechterhaltung der Widerstandsfähigkeit des Organismus sein, auch wenn in der Projektregion kein Vitamin-A Mangel besteht. In diesem Zusammenhang sollten die Kinder verstehen, dass nicht bestimmte Nahrungsmittel zu Krankheiten wie Durchfall, Bauchschmerzen und Fieber führen, sondern die Kontamination dieser Nahrungsmittel.

Zudem sollte den Kindern Wissen über die Behandlung von Krankheiten mit modernen und traditionellen Methoden vermittelt werden, damit sie im Krankheitsfall in der Lage sind, eine angemessene Behandlungsmethode zu wählen. Hierbei ist es wichtig, eigene Normen, Werte und Vorstellungen selbstkritisch zu hinterfragen und kulturelle Gewohnheiten der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Damit die Kinder zu den empfohlenen Ernährungs- und Gesundheitsthemen als erfolgreiche Kommunikatoren agieren können, ist es in der stark von traditionellen und religiösen Denkweisen geprägten Gesellschaft der Projektregion besonders wichtig, bei der Formulierung der Ziele die Riten und Tabus der lokalen Bevölkerung zu beachten.

Zudem erweist es sich während der Studie als notwendig, die unterschiedlichen alltäglichen Aufgaben der Jungen und Mädchen möglichst genau zu kennen. Denn diese bestimmen ihre Interessensgebiete und ihre Freizeitbeschäftigungen, die bei der Programmgestaltung berücksichtigt werden sollten. Beispielsweise würden die Jungen wenig Interesse an den Programmaktivitäten zeigen, wenn ausschließlich auf Haushaltshygiene eingegangen wird, da dies eindeutig Aufgaben der Mädchen ist.

Wichtig ist es weiterhin, bei den empfohlenen Zielen für das Ernährungsberatungsprogramm für Kinder die lokalen Rahmenbedingungen zu beachten, da Wasser-, Geld- oder Nahrungsmittelmangel bestimmte Verhaltensänderungen nur schwer umsetzen lassen (Hawes 1990). Zudem ist es für Programme, die als Ziel haben, bestimmte Verhaltensweisen einer Bevölkerungsgruppe zu verändern, wichtig, längerfristige Entwicklungsphasen einzuplanen, denn Verhaltensänderungen sind ein langsamer und schrittweise ablaufender Prozess (Akuoko-Asibey und McPherson 1994).

### **6.3.2 Methodische Umsetzung und Anpassung des Child-to-Child Ansatzes**

Im Vergleich zu den empfohlenen Themenschwerpunkten kann der Child-to-Child Ansatzes in dem Dorf Bevala, in dem sich eine Schule befindet, nicht gleichermaßen umgesetzt werden wie in den anderen zwei Dörfern Ambararata Toby und Anaviaivy, in denen sich keine Schule befindet. Jedoch wird auf diesen Unterschied erst am Ende dieses Kapitels eingegangen, denn Empfehlungen zur Anwendung der Sechs-Schritte Methode dieses Ansatzes und den Kommunikationstechniken können für die drei Dörfer zusammen ausgesprochen werden.

### ◆ **Sechs-Schritte Methode**

Betreffend der methodischen Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes wird empfohlen, nach der Sechs-Schritte Methode vorzugehen. Diese kann es ermöglichen, dass Erlerntes umgehend im alltäglichen Leben der Kinder umgesetzt wird. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass nicht von Beginn der Programmdurchführung mit einer strikten Ausführung nach dieser Methode gerechnet werden kann. Die Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes nach der Sechs-Schritte Methode kann als ein Ziel betrachtet werden. Doch müssen sich die Kinder, die Feldarbeiter/Innen und die Dorfbewohner an diese Methode erst gewöhnen.

### ◆ **Kommunikationstechniken**

Die während der Studiendurchführung angewendeten PLA-Methoden eignen sich, nach hierbei gewonnenen Erfahrungen, als Kommunikationstechniken zur Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes in der Projektregion. Um das Gesundheitsthema besser zu verstehen, können Gruppendiskussionen, Zeichnungen, Beschreibungen von Fotos sowie Beobachtungen der lokalen Situation angewendet werden. Diese Kommunikationstechniken bieten im Child-to-Child Ansatz die Möglichkeit, Gesundheitsaktionen partizipativ mit den Kindern zu planen.

Lokale Spiele der Kinder können, nach den vorliegenden Ergebnissen, zur Weitergabe von Gesundheitsbotschaften verwendet werden. In lokale Lieder und in die Rollenspiele „Tsikianombe“ und „Tsikintrano“ der Jungen und Mädchen können Gesundheitsbotschaften gemeinsam mit den Kindern eingebaut werden (s. Abb. 15, S. 114). Zur Weitergabe von Gesundheitsbotschaften eignen sich diese besonders gut, da Beobachtungen zeigen, dass die Dorfbevölkerung Kindern beim Spielen und Singen oft zuschaut. Auch Märchen bieten eine geeignete Kommunikationstechnik um Gesundheitsbotschaften weiterzugeben, da Kinder sie gerne hören und an andere weitererzählen.

Lokale Spiele sollten möglichst häufig als Kommunikationstechniken in den Ansatz eingebaut werden, denn diese sind an die lokale Situation und die Zielgruppe angepasst. Zudem lassen sie auf einfache Weise ein Vertrauen zwischen den Feldarbeitern/Innen und den Kindern entstehen. Dies ist ein entscheidender Punkt, der auch von den Eltern der Kinder als wichtig angesprochen wird, da die Kinder sonst „Angst hätten zu sprechen“.

#### ◆ **Tagesablauf und Gruppenbildung**

Um mit den Kindern langfristig und kontinuierlich im Bereich der Ernährungskommunikation des IESPs arbeiten zu können, sollten die Aktivitäten an ihren Tagesablauf angepasst werden. So zeigen die Ergebnisse der Studie, dass die Kinder am Abend Freizeit haben. Dennoch wurde während der Studiendurchführung, vor allem nachmittags mit den Kindern gearbeitet, was mit den Eltern vereinbart worden war.

Aus Erfahrungen während der Untersuchungsphase kann gesagt werden, dass es für eine kontinuierliche Gesundheitsarbeit mit einer Gruppe von Kindern wichtig ist, auf Konflikte zwischen ethnischen Gruppen, Familien oder Kindern zu achten. Beispielsweise konnte nur schwer mit einer Gruppe von Kindern gearbeitet werden, die unterschiedlichen ethnischen Stämmen angehörten.

#### ◆ **Alphabetisierung**

Das große Interesse der Kinder, Lesen und Schreiben zu lernen, und die wiederholte Anfrage der Eltern an das IESP Bekily, nach einem Alphabetisierungsprogramm für Kinder, lassen es als sinnvoll erscheinen, den Child-to-Child Ansatz mit diesem Programmwunsch zu kombinieren. Somit könnte das Ernährungs- und Gesundheitsberatungsprogramm noch direkter an der Motivation und den Bedürfnissen der Bevölkerung ansetzen.

Zudem kann so die ursprüngliche Ideen des Child-to-Child Ansatzes, Schul- und Gesundheitsbildung zu kombinieren, umgesetzt werden. Zwar können auch analphabetische Kinder als Gesundheitskommunikatoren fungieren, doch die schlechte Bildungssituation der Region Bekily - 89,7% der über 10-Jährigen können weder lesen noch schreiben (INSTAT 1997a) - bestätigt die Notwendigkeit eines Alphabetisierungsprogramms.

Zu betonen ist zudem der positive Einfluss von Bildung auf das Gesundheits- und Ernährungsverhalten einer Bevölkerung, den andere Studien aufzeigen (Gorter et al. 1998, Lindenbaum 1990).

Aufgrund dieser Empfehlung zur Umsetzung des Ernährungs- und Gesundheitsprogramms in der Projektregion sollten als primäre Zielgruppe die nicht zur Schule gehenden Kinder angesehen werden. Nach Erfahrungen von Bradley (1995) kann empfohlen werden, den stark partizipativ ausgerichteten Child-to-Child Ansatz mit der, in den 70er Jahren, von Paulo Freire entwickelten Methodik der „Funktionelle Alphabetisierung“<sup>12</sup>, die ebenfalls auf partizipativen Methode aufbaut, zu kombinieren. Alphabetisierungsprogramme werden in ländlichen Regionen Madagaskars häufig nach dieser Methodik durchgeführt (Andriamora 1994).

Um den Child-to-Child Ansatz ebenso in die Schulen der Projektregion zu integrieren, wird dem IESP Bekily empfohlen, Fortbildungsseminare zu dem vorgestellten Ansatz für Lehrer anzubieten. Interessierten Lehrern wird so die Anwendung dieses Ansatzes im Schulunterricht ermöglicht.

### **6.3.3 Chancen der Kinder als Kommunikatoren im IESP Bekily**

#### **◆ Kinder als Kommunikatoren**

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Kinder der Region Bekily, ab dem Alter von 7 Jahren, häufig Fürsorge und Verantwortung für jüngere Geschwister übernehmen. Die älteren Geschwister lehren den jüngeren, alltägliche Aufgaben auszuführen und übernehmen gleichzeitig Verantwortung für deren Hygieneverhalten. Daher wird empfohlen, im Ernährungs- und Gesundheitsprogramm mit Kindern ab dem Alter von etwa 7 Jahren zu arbeiten.

So kann davon ausgegangen werden, dass die Jungen und Mädchen in der Projektregion ihr Gesundheitswissen und ihre Gewohnheiten an ihre jüngeren Geschwister weitergeben.

Weiterhin kann, aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie, angenommen werden, dass Kinder Gelerntes an Freunde und Eltern weitergeben. Auch die Eltern berichten, Ratschläge der Kinder oftmals zu akzeptieren.

---

<sup>12</sup> Bei der funktionellen Alphabetisierung wird, während der Gruppendiskussion, zu ausgewählten Themengebieten, z.B. Hygiene ein Schlüsselsatz herausgriffen und dieser gelernt zu schreiben (Andriamora 1994).



Daher soll, basierend auf den während der Studie gemachten Beobachtungen und der sorgfältigen Auswertung der erhobenen Daten, als ein Ergebnis der Untersuchung abgelegt werden, dass in der gesellschaftlichen Struktur der Projektregion Kinder nach dem Child-to-Child Ansatz als Gesundheitskommunikatoren unter Gleichaltrigen, Jüngeren sowie unter Erwachsenen fungieren können. Daher wird der gewählte Child-to-Child Ansatz, nach Ergebnissen der vorliegenden Studie, als eine erfolgsversprechende Möglichkeit angesehen, um Kinder in die Ernährungskommunikation des IESPs Bekily zu integrieren.

Jedoch ist hier zu betonen, dass dieser Rückschluss aufgrund von Antworten der Kinder und Eltern sowie Beobachtungen der lokalen Situation getroffen wird, dass jedoch keine sonstigen Erfahrungen aus anderen Studien herangezogen werden können, die darüber Aufschluss geben, inwieweit Kinder in der Region tatsächlich als Gesundheitskommunikatoren agieren. Allerdings deuten Berichte einiger Mütter, dass ihre Kinder sie, seit dem Beginn der Studiendurchführung, auffordern würden, die Teller vor dem Essen zu waschen, mögliche Chancen des Child-to-Child Ansatzes an.

#### ♦ **Unterstützende der Gesundheitsarbeit mit Kindern**

Aufgrund der partizipativen Orientierung des Child-to-Child Ansatzes ist dieser dem Partizipationskonzept der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) und somit auch dem im IESP Bekily verfolgten Programmansatz angepasst. Kinder und Jugendliche in den Interventionsbereich des Programms einzubeziehen, ist im Rahmen des 1997 in Kraft getretenen BMZ Sektorvorhabens, „Jugendliche als Zielgruppe in der EZ“ (BMZ 1997d) auch von entwicklungspolitischer Seite Deutschlands wünschenswert. Ziel dieses Vorhabens ist, ebenso wie das langfristige Ziel des Child-to-Child Ansatzes, Kinder und Jugendliche an der Verbesserung der momentanen Lebensbedingungen zu beteiligen.

Verantwortliche des Bildungssektors Madagaskars betrachten den Ansatz als einen Kommunikationskanal, der bestimmte Verhaltensweisen der stark von traditionellen Sichtweisen geprägten Mentalität der Eltern Stück für Stück verändern kann (Laurent 2000).

Die Kinder in die Programmarbeit des IESP zu integrieren, ist nicht nur Interesse des Programms, sondern auch die Eltern begrüßen, neben der erwünschten Alphabetisierung, eine Gesundheitsbildung ihrer Kinder. Vor allem die Väter beklagen sich über das geringe Gesundheitswissen der älteren Kinder und wären dankbar, wenn diese sich gesundheitsbewusster um ihre Geschwister kümmern könnten. Weiterhin befürworten die Väter es, die Kinder zu motivieren, ihre Ideen und Gedanken anzusprechen, was ein Ziel des Child-to-Child Ansatzes ist, denn im Alltag müssen sie die Meinung und die Ideen der Kinder oft nachfragen. Jedoch betonen die Väter, dass die Kinder nicht zu Entscheidungen, die die Gemeinde betreffen, beitragen können, da sie hierbei häufig kulturelle Normen vergessen würden, z.B. eine Kuh verkaufen, um sich ein Fahrrad zu leisten.

#### ◆ **Zusammenarbeit mit anderen Programmen**

Um Kinder als nachhaltige Gesundheitskommunikatoren in der mit wenig Infrastruktur ausgestatteten Projektregion Bekilys fungieren zu lassen, wird es als besonders notwendig angesehen, den Child-to-Child Ansatz in Zusammenarbeit mit dem nationalen Child-to-Child Programm umzusetzen.

Weiterhin wird empfohlen, im Interventionsbereich der Ernährungskommunikation des IESPs nicht ausschließlich mit den Kindern die in Kap. 6.3.1 (S. 76) genannten Themengebiete zu bearbeiten, sondern parallel hierzu diese ebenfalls mit den Eltern zu behandeln. Die Gesundheitsbotschaften der Kinder gelangen so auf verschiedenen Kommunikationskanälen, in die Gemeinde und werden von den Eltern voraussichtlich eher akzeptiert (Werner und Brown 1983).

### ◆ **Child-to-Child Ansatz als ein Pilotprojekt**

Nach Durchführung dieser Studie wird es als besonders wichtig betrachtet, die Kinder in Zukunft als eine weitere Zielgruppe in der Ernährungskommunikation des IESPs Bekily anzusprechen. Die Kinder sind motiviert an der Gesundheitsarbeit teilzunehmen und seit Beginn der Studie darauf gespannt, Lesen und Schreiben zu lernen.

Eine Umsetzung des Ernährungs- und Gesundheitsberatungsprogramms für Kinder, das nach dem Child-to-Child Ansatz arbeitet, sollte zunächst als ein Pilotprojekt durchgeführt werden. Es ist zu empfehlen, nach etwa einem Jahr der Durchführung eine Evaluierungsstudie anzuschließen.

Hierbei sollte die methodische Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes ausgewertet sowie die Relevanz der ausgewählten thematischen Schwerpunkte untersucht werden. Zudem sollten Veränderungen in dem Gesundheitswissen, den Gesundheitseinstellungen und dem Gesundheitsverhalten der Kinder und der Gemeinde evaluiert werden. Dabei gilt es auf die methodischen Schwierigkeiten hinzuweisen, die mit einer Evaluierung von Bewusstseins- und Verhaltensänderungen verknüpft sind. Die Daten der vorliegenden Studie können bei der Evaluierung als Vergleichspunkte dienen.

Zu empfehlen ist weiterhin, diesen Evaluierungsprozess in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe der Kinder sowie der gesamten Gemeinde durchzuführen. Im Sinne des „Partizipatory Impact Monitoring“<sup>13</sup> könnte so auch die Evaluierung zu der Gesundheitsbildung der Bevölkerung beitragen. Weiterhin sollte ein Schwerpunkt der Evaluierung auf der Frage liegen, inwieweit Kinder und Jugendliche, in der von Männern und Alten dominierten Gesellschaft der Projektregion, als Gesundheitskommunikatoren agieren und zu positiven Verhaltensänderungen der Dorfbevölkerung beitragen können.

---

<sup>13</sup> Unter „Partizipatory Impact Monitoring“ wird eine Methode verstanden zur Beobachtung von Veränderungen und Wirkungen, die auf Stärkung, Selbststeuerung und Veranlassen von Lernprozessen ausgerichtet ist (Gohl 2000).

## 7 Zusammenfassung

### ◆ Schlüsselworte

*Süden Madagaskar, Ernährungskommunikation, Child-to-Child Ansatz, PLA-Methoden, Ernährungswissen, Hygieneverhalten, Kinder als Gesundheitskommunikatoren*

Das *Integrierte Ernährungssicherungsprogramm* (IESP) im *Süden Madagaskars* (Bekily) interveniert in einer Region, die durch wenig staatliche Strukturen und somit schlechtem Zugang zu Trinkwasser und Abwesenheit von Sanitäranlagen gekennzeichnet ist. Das hieraus resultierende mangelhafte Hygieneverhalten der Bevölkerung spiegelt sich in der hohen Prävalenz an Diarrhoe- und Atemwegserkrankungen wieder. In der Region Bekily sind durchschnittlich 7% der Kinder akute unterernährt. Daher setzt das IESP Bekily, neben dem Unterstützen der Bevölkerung beim Brunnen- oder Sanitäranlagenbau, seinen Interventionsschwerpunkt auf die Ernährungs- und Gesundheitskommunikation.

Zielgruppe hierbei waren bisher Frauen und Männer, doch sollen zukünftig Kinder im Schulalter als eine weitere Zielgruppe angesprochen werden, um die Bereitenwirkung der Ernährungskommunikation zu erhöhen. Möglichkeiten hierzu bietet der vom Londoner „Institute of Education“ entwickelte Child-to-Child Ansatz. Sein Ziel ist es, Kindern Wissen und Handlungsfähigkeit zu vermitteln, so dass sie in der Lage sind, ihre Gesundheit und die ihrer Mitmenschen zu schützen. Weiterhin agieren Kinder als Gesundheitskommunikatoren für andere Kinder und ihr Umfeld.

Um Kinder als nachhaltige Gesundheitskommunikatoren in die Programmarbeit des IESPs zu integrieren, muss an ihrem Wissen und ihren Einstellungen zu ernährungs- und gesundheitsrelevanten Themen angesetzt werden. Aufgrund des offensichtlich mangelhaften Hygieneverhaltens der Bevölkerung wird hierbei ein Schwerpunkt auf das Thema Hygiene gelegt werden. Weiterhin werden die Probleme und Bedürfnisse der Kinder analysiert und angemessene Kommunikationstechniken (z.B. Spiele der Kinder) zur Umsetzung des Child-to-Child Ansatzes identifiziert. Hierdurch wird eine motivierende und interessierende Gesundheitsarbeit mit den Kindern möglich.

Mit „Participation Learning and Action (PLA)“ Methoden (z.B. Gruppendiskussion, Matrizenklassifizierung und Diagramme) wird in der vorliegenden Studie mit Kindern mit Alter von 6 bis 14 Jahren gearbeitet. Aufgrund der streng getrennten gesellschaftlichen Rollenverteilung wird während der Erhebung durchgehend, zwischen den Sichtweisen der Jungen und der Mädchen unterschieden. Weiterhin werden Väter und Mütter in die Studie mit einbezogen, um einen ganzheitlichen Eindruck zu gewinnen.

Um mögliche Unterschiede in Wissen und Einstellungen zwischen den zwei in der Region vorherrschenden Kulturen und dem Vorhandensein einer Schule zu identifizieren, wird die Studie in drei Dörfern durchgeführt.

Doch zeigen die Ergebnisse der Studie kaum Unterschiede zwischen den drei Dörfern, so dass gesagt werden kann, dass die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe und öffentliche Bildung wenig Einfluss auf das Ernährungswissen und -verhalten der Kinder haben. Jedoch zeigen die Ergebnisse, dass die gesellschaftlichen Rollen der Jungen und Mädchen stark ihre Einstellungen, ihre Verhaltensweisen und ihre Spiele prägen.

Die Ergebnisse der Studie belegen deutlich das bereits aus anderen Studien bekannte, alarmierende Hygieneverhalten der Bevölkerung. Zwar sind den Kindern elementare Hygieneverhaltensweisen, z.B. das Waschen der Hände und der Nahrungsmittel bekannt, doch setzen sie diese im Alltag nicht um. Das Händewaschen betrachten die Kinder nicht als wichtig. Hygiene ist für sie ein Attraktivitätssymbol, denn ausschließlich vor dem Wochenmarkt und den kulturellen Zeremonien verwenden sie Seife, um sich im Wassertümpel zu waschen. Hieraus lässt sich schließen, dass den Kindern die gesundheitliche Bedeutung von Hygiene nicht bewusst ist.

Krankheiten, wie z.B. Diarrhoe und Malaria, werden nach Meinung der Kinder und der Mütter durch das Verzehren großer Mengen bestimmter Nahrungsmittel, besonders durch Früchte, verursacht. Das aus medizinischer Sicht als Ursache vieler Krankheiten der Region verantwortliche, mangelhafte Hygieneverhalten und der dadurch möglichen Übertragung von Krankheitserregern, betrachten die Kinder sowie ihre Mütter nicht als primäre Krankheitsursache.

Nach den Ergebnissen der Studie wird als vorrangiges Ziel des Ernährungs- und Gesundheitsprogramms für Kinder empfohlen, ihnen Wissen zu vermitteln, so dass sie ein Bewusstsein dafür entwickeln, wie sie von einem verbessertem Hygieneverhalten profitieren und Krankheiten vorbeugen können. Als Kommunikationstechniken hierfür können die während der Studie angewendeten PLA-Methoden dienen. Mit lokalen Spielen (z.B. Lieder und Rollenspiele) können Gesundheitsbotschaften an andere weitergegeben werden.

Da die Ergebnisse zeigen, dass Kinder im Schulalter in der Projektregion Bekily viel Verantwortung und Fürsorge für jüngere Geschwister übernehmen und an Erwachsene Ratschläge weitergeben können, kann davon ausgegangen werden, dass die Kinder nach dem Child-to-Child Ansatz als erfolgreiche Gesundheitskommunikatoren fungieren können. Um die Kinder mit Spaß und Interesse als diese agieren zu lassen, sollte an ihrem Bedürfnis, Lesen und Schreiben zu lernen, angesetzt und der Child-to-Child Ansatz mit einem funktionellen Alphabetisierungsprogramm kombiniert werden.

## Summary

### ◆ Key terms

*Southern Madagascar, nutrition communication, Child-to-Child approach, PLA Methods, Nutritional knowledge, hygienecall behaviour, children as communicators for health*

The Integrated Food Security Program (IFSP) intervenes in Southern Madagascar in a region, which is characterised by few governmental structures and therefore a bad access to drinking water and the absence of sanitary facilities. The insufficient hygiene behaviour of the population is reflected in the high frequency of diarrhoea, and respiration infections. In the region of Bekily, 7% of the children are acutely undernourished. Therefore the IFSP Bekily puts its intervention focus on the nutrition and health communication, in addition to assisting the local population at constructing wells and sanitary facilities.

Until now, the target-groups have been adult women and men, but it is planned to further include children of school age to increase the broad-impact of the nutrition communication. A suitable way to integrate children into the nutritional realm of the IESP is the Child-to-Child approach, developed by the Institute of Education in London. Its aim is to impart children knowledge and capacity to protect their health and that of their siblings. Furthermore the children act as health communicators to other children and their community.

The starting point of a successful integration of children as health communicators in the activities of the IESP has to be their knowledge and their attitude about nutrition and health related themes. Due to the obviously insufficient hygiene behaviour of the population, one of the main focal points will be the topic of hygiene. In addition, the children's problems and needs will be analysed and appropriate communication techniques (i.e. children's games) will be identified for a realisation of the Child-to-Child approach. Hereby a motivating and interesting health education with children will be possible.

The following study consists of Participation Learning and Action (PLA) Methods (i.e. group discussions, matrix ranking and diagrams) which are used to work with 6-14 year old children. Because of the strict distribution of social roles, the different viewpoints of boys and girls are identified during the study. Mothers and fathers are also included in the study to gain an all-embracing impression. The study was implemented in three villages of which two differ in ethnic populations and the third has a school.

Though the results of the study show little differences between the three villages which allows to conclude, that the affiliation to an ethnic group and access to public education have little influence on the nutritional knowledge and behaviour of the children, the results do show that the social roles of boys and girls heavily influence their attitudes towards knowledge and games.

The results of the study confirm strongly the from other studies already known alarming hygiene behaviour of the population. Indeed the children know about elementary hygiene behaviours like washing hands and food, but they do not practice them in their every day live. The children consider washing the hands as unimportant. Hygiene is strictly a symbol of physical attractiveness for the children, since they only mention the use of soap to wash for washing themselves in the pond before going to the weekly market or cultural ceremonies. As a conclusion thereof, it can be said that the children are not conscious of the importance of hygiene for their good health.

In the opinion of children and mothers, diseases like diarrhoea and malaria are caused by the consumption of large amounts of certain foods, especially fruits. The insufficient hygiene behaviour and the transmission of pathogenic agents, which are, according to the medical point of view, the main cause of a lot of the regional diseases, are not considered to be primary causes of the diseases by the children and their mothers.

Due to the results of the study, the imparting of knowledge in order to develop a healthy awareness of how to profit from an improved hygienic behaviour and how to prevent diseases is recommended as the major goal of the nutrition and health program for children. Communication techniques herefore are PLA methods which were used during the study. Health messages can be transmitted to others through local games (i.e. songs and role plays). Since the results show children in school age taking a lot of responsibility for and care of younger siblings and giving advice to adults, it can be assumed that they could act as successful health communicators according to the Child-to-Child approach. In order to let the children act with fun and interest, it is recommended to combine the Child-to-Child approach with a functional illiteracy program to make their need of learning how to read and write one of the starting points.

## Résumé

### ◆ Mots clés

*Sud de Madagascar, la communication sociale en nutrition, l'approche l'Enfant-pour-l'Enfant, les méthodes PLA, les connaissances dans le domaine de la nutrition, comportement en matière d'hygiène. les enfants comme moyen de communication de santé*

Le Programme d'Intégré de Sécurité Alimentaire (PISA) dans la Région de Bekily intervient dans une région qui est caractérisée par un manque de structure étatique. Ceci à pour conséquence un mauvais accès à l'eau potable et un manque total d'installations sanitaires. Il en résulte de ce fait au sein de la population locale de mauvaises habitudes en matière d'hygiène. Cela se traduit par une, grande fréquence d'infections des voies respiratoires et par des diarrhées. Dans la région Bekily en moyenne 7% des enfants sont atteints d'une malnutrition aiguë. C'est pourquoi, le PISA à Bekily, en plus de son activité principale qui est la communication sociale en nutrition, assiste la population dans la construction de puits ou d'installations sanitaires.

Les groupes cibles étaient jusqu'à présent des femmes et des hommes adultes, mais dans un futur proche, des enfants en âge scolaire devraient aussi faire parti des groupes cibles, afin d'augmenter l'étendue la communication sociale dans le domaine de la nutrition. Pour cela, l'approche l'Enfant pour l'Enfant, qui est développée par « l'Institut of Education » de Londres, propose de solutions. Son objectif est d'apporter aux enfants des savoirs et des savoir-faire immédiatement utilisables pour préserver et améliorer leur santé, ainsi que celle des autres enfants de leur entourage. En outre les enfants agissent comme communicateurs de santé pour d'autres enfants, pour leurs familles et leur entourage.

Pour que les enfants soient intégrés de façon durable dans toutes les activités de PISA, comme communicateurs de santé, il faudrait que leurs connaissances et leurs points de vue par rapport aux différents thèmes sur la santé et la nutrition soient pris en compte dans l'élaboration de la communication en matière de nutrition. A cause des carences manifestes en matière d'hygiène constatées au sein de la population, un accent particulier doit être mis sur l'hygiène. De plus, les problèmes et les besoins des enfants doivent être étudiés, et des techniques de communication appropriées (des jeux d'enfants par exemple) pour la mise en pratique de l'approche l'Enfant pour l'Enfant doivent être élaborés. Un programme de travail sur la santé et la nutrition avec les enfants pourrait ainsi se faire avec beaucoup de motivation et d'intérêt de leur part.



Avec les méthodes «Participation Learning and Action (PLA)» (entre autres les discussions en groupe, la matrice, et les diagrammes) on travaille avec les enfants âgés de 6 à 14 ans. En raison de la séparation stricte des rôles sur le plan social, il est question tout au long de cette enquête de distinguer les points de vue des garçons et des filles. De plus, afin de gagner une impression globale, les parents ont eux aussi continué à être sollicités au cours de cette enquête. Afin de découvrir d'éventuelles différences parmi les enfants par rapport à leurs connaissances et habitudes vis à vis des deux cultures prédominantes dans cette région ainsi que de l'existence d'une école, l'enquête a été réalisée dans trois villages.

En définitive, les résultats de cette enquête montrent peu de différence entre les trois villages, si bien que l'on est amené à dire que l'appartenance à un groupe ethnique et le fait d'être scolarisé ont peu d'influence sur les connaissances et les habitudes alimentaires des enfants. Cependant les résultats montrent que le rôle social des garçons et des filles influencent beaucoup leurs attitudes, leurs comportements et leurs jeux.

De plus les résultats de cette enquête confirment clairement, ce que d'autres enquêtes ont montré, à savoir des carences alarmantes en matière d'hygiène au sein de cette population. Bien que les enfants connaissent les règles élémentaires d'hygiène, à savoir se laver les mains ou laver les aliments, au quotidien, ils ne les mettent pas en pratique. Les enfants ne considèrent pas nécessaire de se laver les mains. L'hygiène est pour eux un symbole de beauté, car ils utilisent seulement des savons pour se laver à la mare avant d'aller au marché hebdomadaire et aux cérémonies culturelles. A partir de ce fait, on peut conclure que les enfants n'ont aucune conscience sur la portée de l'hygiène sur leur santé.

Les maladies telles que la diarrhée et le paludisme sont considérées par les enfants et leurs mères, comme étant causées par la trop grande consommation de certains aliments, surtout de fruits. Les causes de plusieurs maladies dans cette région, qui sont selon le point de vue médical dues aux insuffisantes règles d'hygiène de la population, ne sont pas considérées par les enfants et leurs mères comme causes premières de ces maladies.

D'après ces résultats il serait recommandable d'avoir comme objectif principal dans les programmes de santé et de nutrition pour les enfants la transmission de la faculté à développer une conscience pouvant leur permettre d'acquérir une meilleure attitude d'hygiène et de se prévenir ainsi de maladies.

Pour se faire, les techniques de communication pouvant être utilisées sont les méthodes PLA qui ont été employées lors de cette enquête. Par des jeux locaux (des chansons et des jeux de rôles par exemple) des messages sur la santé peuvent être transmis aux autres.

Les résultats montrant que les enfants en âge scolaire dans la région Bekily ont beaucoup de responsabilités, c'est à dire prennent soins de leurs jeunes frères et sœurs et peuvent aussi transmettre des conseils aux adultes, on peut en déduire que les enfants peuvent agir avec succès, d'après l'approche l'Enfant pour l'Enfant comme communicateurs de santé. Afin que les enfants participent avec plaisir et intérêt dans la communication sociale en nutrition de PISA dans la région Bekily, il faudrait que l'approche l'Enfant pour l'Enfant soit combinée à un programme d'alphabétisation fonctionnelle pratique où leurs besoins d'apprendre à lire et écrire soient mis au premier plan.

## 8 Literaturverzeichnis

1. AARONS A: *Child-to-Child, approaches to learning and teaching*, UNICEF, Zambia 1993
2. AARONS A, HAWES H, GAYTON G: *Child-to-Child*, Macmillan, London 1979
3. AEDES (l'Association Européenne pour le Développement et la Santé): *Bulletin SAP (Système d'Alerte Précoce)*, No 34 Situation fin Octobre 1999, Zone Madagascar, SAP, Ambovombe 1999
4. AHMED IS, ELTOM AR, KARRAR ZA, GIBRIL AR: *Knowledge, attitudes and practices of mothers regarding diarrhoea among children in a sudanese rural-community*, East African Medical Journal, 71 (11), S. 716-719, 1994
5. AKUOKO-ASIBEY A, MCPHERSON HJ: *Assessing hygiene and health-related improvements of rural water-supply and sanitation program in northern Ghana*, Natural Resources Forum, 18 (1), S. 49-54, 1994
6. ALILIO MS, EVERSOLE H, BAMMEK J: *A KAP study on malaria in Zanzibar: implications for prevention and control – A study conducted for UNICEF Sub-Office Zanzibar*, Evaluation and Program Planning, 21 (4), S. 409-413, 1998
7. ANDRIAMORA PB: *Les expériences d'alphabétisation à Madagascar, Approche et méthodes pédagogiques*, DEPA (Direction de l'Education Populaire et de l'Alphabétisation), Antananarivo 1994
8. ANDRIEN M: *Guide méthodologique des interventions dans la communication sociale en nutrition*, (Food and Agriculture Organisation of the United Nations), Rome 1993
9. AUBEL J: *Guide pour des études utilisant les discussions de groupe*, Document No. 2 Bureau international du travail, Genève 1994
10. BAILEY D, HAWES H, BONATI G: *Child-to-Child: a resource book, part 1, implementing the Child-to-Child approach*, Child-to-Child Trust, London 1992a
11. BAILEY D, HAWES H, BONATI G: *Child-to-Child: a resource book, part 2, the Child-to-Child activity sheets*, Child-to-Child Trust, London 1992b
12. BENELO F: *Variétés des sacrifices traditionnels dans l'Androy*, In: Gueunier NJ, Raharinjanahary S (Ed.), Raki-pandinihana, études offertes au professeur Rajaona, S. 257-269, Le Ministère de l'Enseignement Supérieur, Fianarantsoa 2000
13. BMZ (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung): *Integrierte Ernährungssicherungsprogramme in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Eine Orientierung für die Projektarbeit, Entwicklungspolitik, Materialien Nr. 95, BMZ, Bonn 1997a

14. BMZ (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung): *Sektorkonzept, Ernährungssicherung und Nahrungsmittelhilfe als Instrument der Entwicklungszusammenarbeit*, Entwicklungspolitik, BMZ Aktuell Nr. 074, BMZ, Bonn 1997b
15. BMZ (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung): *Grundlagen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*, Materialien Nr. 97, BMZ, Bonn 1997c
16. BMZ (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung): *Jugendförderung und Überwindung von Kinderarbeit*, Strategiepapier, BMZ Aktuell Nr. 086, BMZ 1997d
17. BONATI G: *What is Child-to-Child*, In: News on Health Care in Developing Countries 3/93, Vol. 7, S. 4-15, 1993a
18. BONATI G: *Child-to-Child newsletter*, September 1993, Child-to-Child Trust, London 1993b
19. BORUCHOVITCH E, MEDNICK BR: *Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness*, Revista de Saude Publica, 34 (5), S. 484-490, 2000
20. BRADLEY S: *Visual aids: a range of uses*, In: Dialogue on diarrhoea, the international newsletter on the control of diarrhoea diseases, Issue No. 60 March-May 1995, S. 3, AHRTAG (Appropriate Health Resources & Technologies Action Group), London 1995
21. BRUTUS L, COT M: *La situation parasitaire des enfants à Madagascar, proposition d'un protocole de traitement des principaux nématodes intestinaux*, Janvier 1999, IRD (L'Institut de Recherche pour le Développement), Antananarivo 1999
22. CAINN (Children and AIDS International NGO Network): *Children living in a world with AIDS, guidelines for children's participation in HIV/AIDS programmes*, UNAIDS (United Nations Actions on HIV/AIDS Programme), Geneva 1996
23. CHAMBERS R: *Rural appraisal: rapid, relaxed and participatory*, IDS Discussion Paper No. 311, IDS (Institute of Development Studies), University of Sussex, London 1992
24. CHETNA (Centre for Education, Training and Nutrition Awareness): *Learning for life, health, education for and by children*, report of a workshop organised by CHETNA in New Delhi, 24-26 April 1990, CHETNA, Ahmedabad 1990
25. CHILD-TO-CHILD: *Education for health in schools and teachers' colleges, how children can benefit and contribute*, Child-to-Child Trust, London 1992
26. CICIRELLI V G: *Siblings teaching siblings*, In: Allen LV (Eds.), *Children as teachers, theory and research on tutoring*, S. 99-112, Academic Press, London 1976

27. CLEMENS JD, STANTON BF: *An educational intervention for altering water-sanitation behaviours to reduce childhood diarrhoea in urban Bangladesh*, 1. Application of the case-control method for development of an intervention, *American Journal of Epidemiology*, 125, S. 284-291, 1987
28. DAWSON S, MANDERSON L, TALLO V: *A manual for the use of focus groups, methods for social research in disease*, International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), Boston 1993
29. DECARY R: *L'Androy, Extrême sud de Madagascar*, Essai de monographie régionale, II Histoire, Société d'éducation, Paris 1983
30. DEBUS M, NOVELLI P: *Methodological review, a handbook for excellence in focus group research*, The Academy for Educational Development (AED), Washington 1993
31. DUCHSCHERER D, DUCHSCHERER C, NAMGYAL R, IQBAL M: *Child participation in practice: SCF (Save the Children Fund) experiences in programming*, In: IDS (Institute of Development Studies) PRA topic pack, PRA with children, IDS, London 1996
32. DUMURGIER E, HAWES H: *Les enfants pour la santé*, Child-to-Child Trust/UNICEF (United Nations Children's Fund), London 1993
33. ENCARTA: *Weltatlas 1999*, Microsoft Corporation, 1999
34. FAO (Food and Agriculture Organisation of the United Nations): *Guidelines for participatory nutrition projects*, FAO, Rom 1993
35. FAO (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture): *Guide pour les projets participatifs de nutrition*, FAO, Rome 1994
36. FAFUNWA AB: *The psychological development of children for 0-6 in developing countries with particular reference to cognitive development and learning styles*, In: UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation) (Ed.), paper presented at the UNESCO meeting of experts in 1974 on: the psychological development of children and its importance for the educational process, UNESCO, Paris 1974
37. GEISLER PW, NOKES K, PRINCE RJ, ODHIAMBO RA, AAGAARD-HANSEN J, OUMA JH: *Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya*, *Social Science and Medicine*, 50 (12), S. 1771-1783, 2000
38. GOHL E: *Prüfen und lernen, Praxisorientierte Handreichung zur Wirkungsbeobachtung und Evaluation*, Gruna und Langer, Bonn 2000
39. GOLDMAN N; PERBLEY AR; BECKETT M: *Diffusion of ideas about personal hygiene and contamination in poor countries: evidence from Guatemala*, *Social Science and Medicine*, 52 (1), S. 53-69, 2001
40. GORDON G: *Introduction: how to, the process*, In: Johnson V, Ivan-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), *Stepping forward, children and young people's participation in the development process*, S. 66-69, Intermediate Technology Publications, London 1998

41. GORTER AC, SANDIFORD P, PAUW J, MORALES P, PEREZ RM, ALBERTS H: *Hygiene behaviour in rural Nicaragua in relation to diarrhoea*, International Journal of Epidemiology, 27 (6), S. 1090-1100, 1998
42. GOSLING L, EDWARDS M: *Toolkits, a practical guide to assessment, monitoring, review and evaluation*, Save the Children Development Manual No. 5, Save the Children, London 1995
43. GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit): *Angebot zur Durchführung des Vorhabens: Integriertes Ernährungssicherungsprogramm in der Region Bekily (Madagaskar)*, GTZ, Eschborn 1999a
44. GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit): *Bericht über die Projektfortschrittskontrolle zum Projekt: Integriertes Ernährungssicherungsprogramm in der Region Bekily (Madagaskar)*, GTZ, Eschborn 1999b
45. GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit): *Programme de sécurité alimentaire dans la région de Bekily, rapport pour la 1. Phase*, GTZ, Bekily 2000
46. HANBURY C: *The Child-to-Child training pack, background information on Child-to-Child*, Unit 2, Child-to-Child Trust, London 1995a
47. HANBURY C: *The Child-to-Child training pack, the Child-to-Child approach*, Unit 3, Child-to-Child Trust, London 1995b
48. HANBURY C: *The Child-to-Child training pack, teaching methods*, Unit 5, Child-to-Child Trust, London 1995c
49. HANBURY C: *The Child-to-Child training pack, health topics*, Unit 6, Child-to-Child Trust, London 1995d
50. HANBURY C: *A steady climb on the six steps to health: a response*, In: Child-to-Child newsletter 2000, Child-to-Child Trust, London 2000b  
<http://www.child-to-child.org/newsletter/2000-8.html>, 20.3. 2001
51. HARRISON K: *Using participatory approaches in schools: the experience of Child-to-Child in Uganda*, In: Johnson V, Ivan-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), *Stepping forward, children and young people's participation in the development process*, S.129-132, Intermediate Technology Publications, London 1998
52. HART R: *Children's participation, from tokenism to citizenship*, Innocent essay 4, UNICEF (United Nations Children's Fund), International Child Development Centre, Florence 1992
53. HART R: *The developing capacities of children to participate*, In: Johnson V, Ivan-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), *Stepping forward, children and young people's participation in the development process*, S. 27-31, Intermediate Technology Publications, London 1998

54. HART R: *Children's participation: the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*, UNICEF/EARTHSCAN (United Nations Children's Fund/ EARTHSCAN Publications Limited), New York 1997
55. HAWES H: *L'Enfant pour L'Enfant: une autre voie pour la santé et l'éducation*, Monographies de l'ue 13, Institut de l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) pour l'éducation, traduit et adapté par Dumurgier et al., Hambourg 1990
56. HAWES H, SCOTCHMER C: *Children for health*, Child-to-Child Trust/UNICEF (United Nations Children's Fund), London 1993
57. HAWES H: *The six-step methodology in perspective*, In: Child-to-Child newsletter 2000, Child-to-Child Trust, London 2000  
<http://www.child-to-child.org/newsletter/2000-8.html>, 20.3. 2001
58. HUTTLY SRA, LANATA CF, GONZALES H, AGUILAR I, FUKUMOTO HV, BLACK RE: *Observation on handwashing and defecation practices in a shanty town of Lima, Peru*, Journal of Diarrhoea Diseases Research, 12, S. 8-14, 1994
59. HUMBOLDT- UNIVERSITÄT BERLIN: *Participatory methods for situation analysis and planning of project activities, experiences with women and youth in the communal areas of Namibia*, Schriftenreihe des Seminars für landwirtschaftliche Entwicklung, Nr. S 161, Margraf Verlag, Namibia 1993
60. IDS (Institute of Development Studies): *Workshop on participatory techniques with children*, 12. September 1995, In: PRA with children, PRA topic pack, IDS, London 1996
61. IDS (Institute of Development Studies): *Relaxed and participatory appraisal notes on practical approaches and methods*, notes for participants in PRA familiarisation workshops in the second half of 1999, IDS, London 1999  
<http://www.ids.ac.uk/ids/particip/research/pr.html#pdfs>, 17.5.01
62. INSTAT (Institut National de la Statistique): *Recensement général de la population et de l'habitat, éducation, rapport d'analyse*, Vol. 2, Tome II, INSTAT, Antananarivo 1997a
63. INSTAT (Institut National de la Statistique): *Recensement général de la population et de l'habitat, perspectives et projections démographiques de Madagascar, rapport d'analyse*, Vol. 2, Tome VIII, INSTAT, Antananarivo 1997b
64. INSTAT/DHS (Institut National de la Statistique/Demographic and Health Surveys): *Enquête démographique et de santé (EDS) 1997, Madagascar*, USAID (L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International), Marco International, Maryland 1998a
65. INSTAT/DHS (Institut National de la Statistique/Demographic and Health Surveys): *Enquête démographique et de santé (EDS) 1997, Madagascar, rapport de synthèse*, USAID (L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International), Marco International, Maryland 1998b

66. IVAN-SMITH E, JOHNSON V: *The way forward*, In: Johnson V, Ivab-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), *Stepping forward, children and young people's participation in the development process*, S. 291-299, Intermediate technology publications, London 1998
67. JOHNSON J, HILL J, IVAN-SMITH E: *Listening to smaller voices: children in an environment of change*, ActionAid, London 1995
68. JOHNSON V: *Starting a dialogue on children's participation*, In: IIED (International Institute for Environment and Development), PLA Note 25, Specials issue on children's participation, S. 30-35, London 1996
69. KHAMIS TK: *Health interests, knowledge and needs of Pakistani primary school children*, Age Khan University, Karachi 1997
70. KHAMIS TK: *A steady climb on the six steps to health: experiences from teachers in health action schools (HAS) in Pakistan*, In: Child-to-Child newsletter 2000, Child-to-Child Trust, London 2000a  
<http://www.child-to-child.org/newsletter/2000-2.html>, 20.3. 2001
71. KHAMIS TK: *The six-step approach: starting with and trusting in teachers*, In: Child-to-Child newsletter 2000, Child-to-Child Trust, London 2000b <http://www.child-to-child.org/newsletter/2000-8.html>, 20.3. 2001
72. KING FS, BURGESS A: *Nutrition for developing countries*, Oxford University Press, Oxford 1995
73. KEMIGISA M, MURIRUNKWERE A, MWESIGWA F, OKALEBO S: *Children's profile of Kyakatebe*, In: IDS (Institute of Development Studies) PRA topic pack, PRA with children, IDS, London 1996
74. KERSTEN S: *Matrix ranking: a means to discussion*, In: IIED (International Institute for Environment and Development), PLA Note 26, S. 21-25, London 1996
75. KHAN MU: *Interruption of shigellosis by hand washing*, Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 76, S. 164-168, 1982
76. KONING K, MARTIN M: *Participatory research in health, issues and experiences*, Zed books, London 1996
77. LANDSHEERE GD: *Assessment of nutrition-related knowledge, skills and attitudes*, In: Schürch (Eds.), *Evaluation of nutrition education in third world communities*, Nestle Foundation Publication Series, Wien 1983
78. LANSDOWN R: *Child-to-Child*, In: Dialogue on diarrhoea, the international newsletter on the control of diarrhoeal diseases, Issue No. 60 March-May 1995, S. 6, AHRTAG (Appropriate Health Resources & Technologies Action Group), London 1995
79. LAURENT G: *Face au choléra «aide et action» relance la méthode L'Enfant pour L'Enfant*, In: L'express de Madagascar 13.4.2000, Antananarivo 2000
80. L'ENFANT POUR L'ENFANT: *Feuille d'activité: L'Enfant pour L'Enfant 1/89*, Institut Santé et Développement/Bureau International Catholique de l'Enfant, Paris 1995a



81. L'ENFANT POUR L'ENFANT: *Une approche différente de l'éducation pour la santé des enfants d'âge scolaire*, Institut Santé et Développement/Bureau International Catholique de l'Enfant, Paris 1995b
82. LIBRARY OF CONGRESS: *Madagascar - a country study*, In: Country Studies/Area Handbook, Federal Research Division of the Library of Congress, 1994  
[http://memory.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field\(DOCID+mg0025](http://memory.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field(DOCID+mg0025), 24.5.2001
83. LINDENBAUM S: *Maternal education and health care processes in Bangladesh: The health and hygiene of the middle classes*, In: Caldwell JC et al., What we know about the health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health, Health Transition Series No. 2, Australian National University, Australian 1990
84. MAHEFA A: *Madagaskar*, In: Nohlen D, Nuscheler F (Hrsg.), Handbuch der Dritten Welt, Band 5, Ostafrika und Südafrika, S. 238-257, Bonn 1993
85. MANYAU C: *Situational analysis with children living in difficult circumstances in Zimbabwe using Participatory Rural Appraisal*, In: Johnson V, Ivab-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), Stepping forward, children and young people's participation in the development process, S. 69-75, Intermediate Technology Publications, London 1998
86. MAYRING P: *Einführung in die qualitative Sozialforschung, eine Anleitung zu qualitativem Denken*, Psychologie-Verlags-Union, München 1990
87. MINESEB (Ministère de l'Enseignement Secondaire et de l'Education de Base): *Guide du maître sur l'approche L'Enfant pour L'Enfant*, MINESEB, Antananarivo 1998
88. MINESEB (Ministère de l'Enseignement Secondaire et de l'Education de Base): *Statistiques sur le système éducative malgache, Comité permanent sur les statistiques et indicateurs de l'éducation*, Ministère de l'Education Nationale/UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), Antananarivo 1999
89. MUNZINGER ARCHIV: *Munzinger Länderheft, Politik, Wirtschaft, Soziales: Madagaskar*, Munzinger Archiv GmbH, Archiv für publizistische Arbeit, Ravensburg 2001
90. NORO R: Persönliches Gespräch mit Mme. Noro, der Verantwortlichen der Child-to-Child Programme in Madagaskar, Antananarivo 14.3.2000
91. OMOTADE OO, ADEYEMO AA, KAYODE CM, OLADEPO O: *Treatment of childhood diarrhoea in Nigeria: need for adaptation of health policy and programmes to cultural norms*, Journal of Health Population and Nutrition, 18 (3), S. 139-144, 2000
92. OMOTADE OO, KAYODE CM, ADEYEMO AA, OLADEPO O: *Observations on handwashing practices of mothers and environmental conditions in Ona-Ara Local Government Area of Oyo State, Nigeria*, Journal of Diarrhoea Diseases Research, 13 (4), S. 224-228, 1995

93. OTAALA B: *Children's participation for research and programming in education, health and community development: selected experiences in Africa*, In: Johnson V, Ivab-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), *Stepping forward, children and young people's participation in the development process*, S. 135-142, Intermediate Technology Publications, London 1998
94. OTAALA B, MYERS R, LANDERS C: *Child caring for children: new applications of an old idea*, UNICE (United Nations Children's Fund), New York 1988  
<http://www.ecdgroup.com/archive/caring.html>, 12. 5. 2001
95. OTTINO P: *Les champs de l'ancestralité à Madagascar, la conception de l'enfant et son rattachement à l'ancestralité paternelle*, S. 70- 72, Karthala-Ostrom, Paris 1998
96. PATIL V, SOLANKI M, KOWLI S. S, NAIK V. A, BHALERAO V. R, SUBRAMANIAN P: *Long-term follow-up of school health education programmes*, World Health Forum, Volume 17, S. 81-82, London 1996
97. PEBLEY A, HURTADO E, GOLDMAN N: *Beliefs about children's illness*, Journal of Biosocial Science, 31 (2), S. 195-219, 1999
98. PRETTY J. N, GUIJT I, SCOONES I, THOMPSON J: *A trainer's guide for participatory learning and action*, IIED (International Institute for Environment and Development), London 1995
99. PRIDMORE P: *Introduction: culture, attitudes and perspectives*, In: Johnson V, Ivab-Smith E, Gordon G, Pirdmore P, Scott P (Eds.), *Stepping forward, children and young people's participation in the development process*, Intermediate Technology Publications, London 1998
100. PRIDMORE P, STEPHENS D: *Children as partners for health, a critical review of the Child-to-Child approach*, Library of Congress, London 2000
101. RAKOTONANDRASANA M: Persönliches Gespräch mit Dr. Michel Rakotonandrasana, *Projektarzt des IESP Bekily*, Bekily 2000
102. RANDRIAFAMATANATSOA J, RAVELOSON M: *L'approche «Enfant à Enfant pour la santé»: une démarche originale en faveur du développement humain*, In: L'unité d'Etude et de Recherche Pédagogiques (UERP), Reflet No 5, Revue publiée par L'unité d'Etude et de Recherche Pédagogiques, S. 5-7, Antananarivo 1998
103. RANDRIANASOLO S: *Activités d'éveil; activités instrumentales*, In: L'unité d'Etude et de Recherche Pédagogiques (UERP), Reflet No 5, Revue publiée par l'unité d'Etude et de Recherche Pédagogiques, S. 8-9, Antananarivo 1998
104. RAVAOSOLO J: *Apprentissage et transmission culturelle, maître de conférence*, In: Talily, revue d'histoire, Faculté des lettres et des sciences humains, Département d'histoire, No.3, 4/96, S. 46-57, Tulear 1996
105. RAVOLOLOMANGA B: *Etre femme et mère à Madagascar, Tanala d'Infanadana*, l'Harmattan, Paris 1992
106. REHM S: *Gemüse und Körnerleguminosen*, In: Rehm S (Hrsg.), *Handbuch der Landwirtschaft und Ernährung in Entwicklungsländern*, S. 239-300, Ulmer, Ludwigsburg 1989a

107. REHM S: *Andere Rohstoffe*, In: Rehm S (Hrsg.), Handbuch der Landwirtschaft und Ernährung in Entwicklungsländern, S. 603-611, Ulmer, Ludwigsburg 1989b
108. REYNOLDS P: *Traditional healers and childhood in Zimbabwe*, Ohio University Press, Athens 1996
109. ROUBAUD F, COURY D: *Le travail des enfants à Madagascar*, Un Etat des Lieux, Genève 1997
110. RUUD J: *Taboo, a study of Malagasy customs and beliefs*, University Press, Oslo 1996
111. SANDIFORD P, GORTER AC, OROZCO JG, PAUW JP: *Determinants of domestic water use in rural Nicaragua*, Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 93, S. 383-89, 1990
112. SCHÖNHUTH M, KIEVELITZ U: *Participatory Learning Approaches, Rapid Rural Appraisal, Participatory Appraisal, an introductory guide*, GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), TZ-Verlag, Eschborn 1994
113. SCRIMSHAW SC, PELTO GH: *Family composition and structure in relation to nutrition and health programs*, In: Klein R, Read M, Riecken H, Brown J, Pradilla A, Daza C (Eds.), Evaluating the impact of nutrition and health programs, Plenum Press, New York 1979
114. SECALINE (Projet de Sécurité Alimentaire et de Nutrition Elargie): *Enquête mesures anthropométriques des enfants de mois de trois ans*, Ministère des Finances et de l'Economie, Direction Général de l'Institut Nationale de la Statistique, Antananarivo 1998
115. TAY AKB: *Child-to-Child in Africa: towards an open learning strategy*, Digest 29, UNESCO-UNICEF (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation-United Nations Children's Fund) Co-operative Programme, Paris 1989
116. THEIS J, GRADY H: *Participatory Rapid Appraisal for community development*, IIED/SCF (International Institute for Environment and Development/Save the Children Foundation), London 1991
117. THERA MA, D'ALESSANDRO U, THIERO M, OUEDRAOGO A, PACKOU J, SOULEYMANE OAD, FANE M, ADE G, ALVEZ F, DOUMBO O: *Children malaria treatment practices among mothers in the district of Yanfolila, Sikasso region Mali*, Tropical Medicine and International Health, 5 (12), S. 876-881, 2000
118. UN ACC/SCN (United Nations Administrative Committee on Co-ordination-Subcommittee on Nutrition): *Country trends: Madagascar*, In: UN ACC/SCN, Update on the nutrition situation 1994, S. 38-40, Geneva 1994
119. UNICEF (United Nations Children's Fund): *Strategy for improved nutrition of children and woman in developing countries*, a UNICEF policy review, UNICEF, New York 1990
120. UNICEF (United Nations Children's Fund): *Child-to-Child in Zambia, Orientation Manual*, UNICEF, Zambia 1993

121. UNICEF (United Nations Children's Fund): *Rapport d'enquête C.A.P. et F.G. D. Projet UNICEF: Points d'eau positifs dans le Sud de Madagascar*, UNICEF, Antanimora-Sud 1999
122. UNICEF (United Nations Children's Fund): *The state of the world's children 2000*, UNICEF (United Nations Children's Fund), New York 2000
123. UNICEF/MINESEB (United Nations Children's Fund/Ministère de l'Enseignement Secondaire et de l'Education de Base): *L'éducation des filles et des femmes à Madagascar*, Un Etat de Lieux, UNICEF, Antananarivo 1998
124. USAID (L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International): *Nutrition des jeunes enfants et de leur mère à Madagascar, résultats de l'EDS Madagascar 1997*, Nutrition en Afrique, Marco International, Maryland 1998
125. WEISS MG: *Cultural models of diarrhoeal illness: conceptual framework and review*, Social Sciences and Medicine 27(1), S. 5-16, 1988
126. WERNER D, BOWER B: *Helping health workers learn, a book of methods, aids, and ideas for instructors at the village level*, The Hesperian Foundation, Palo Alto 1983
127. WHEELER D: *Directory of Child-to-Child activities world-wide*, Child-to-Child Trust, London 1996
128. WÜSTEFELD W: *Enquête de base sur la situation de la sécurité alimentaire dans la région de Bekily, Sud de Madagascar*, GTZ (Coopération Allemande au Développement), Bekily 1998
129. WÜSTEFELD W: *Bekily, pays des tamariniers, Quelques aspects de sécurité alimentaire dans le Sud de Madagascar*, Tsigika, Antananarivo 2001

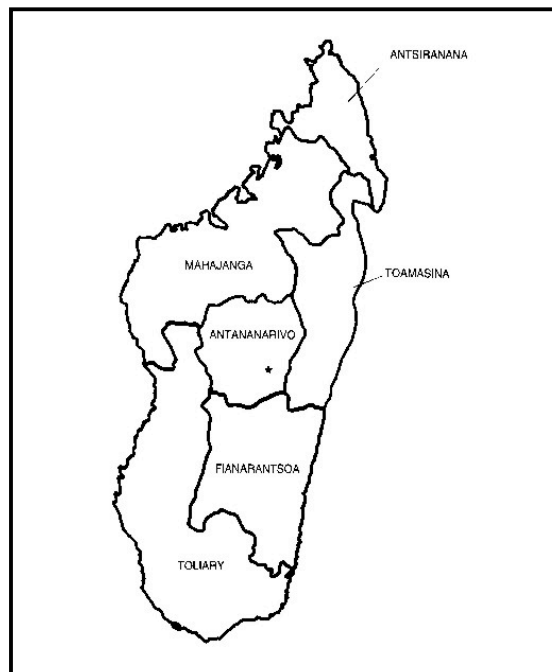
## 9 Anhang

### Anhang 1

Abbildung 11: Landkarte Madagaskars (nach: Encarta 1999)



Abbildung 12: Provinzen Madagaskars (nach: INSTAT/DHS 1998a)



**Anhang 2****Tabelle 13: Wirtschaftsdaten von Madagaskar (nach: Encarta 1999, Munzinger 2001)**

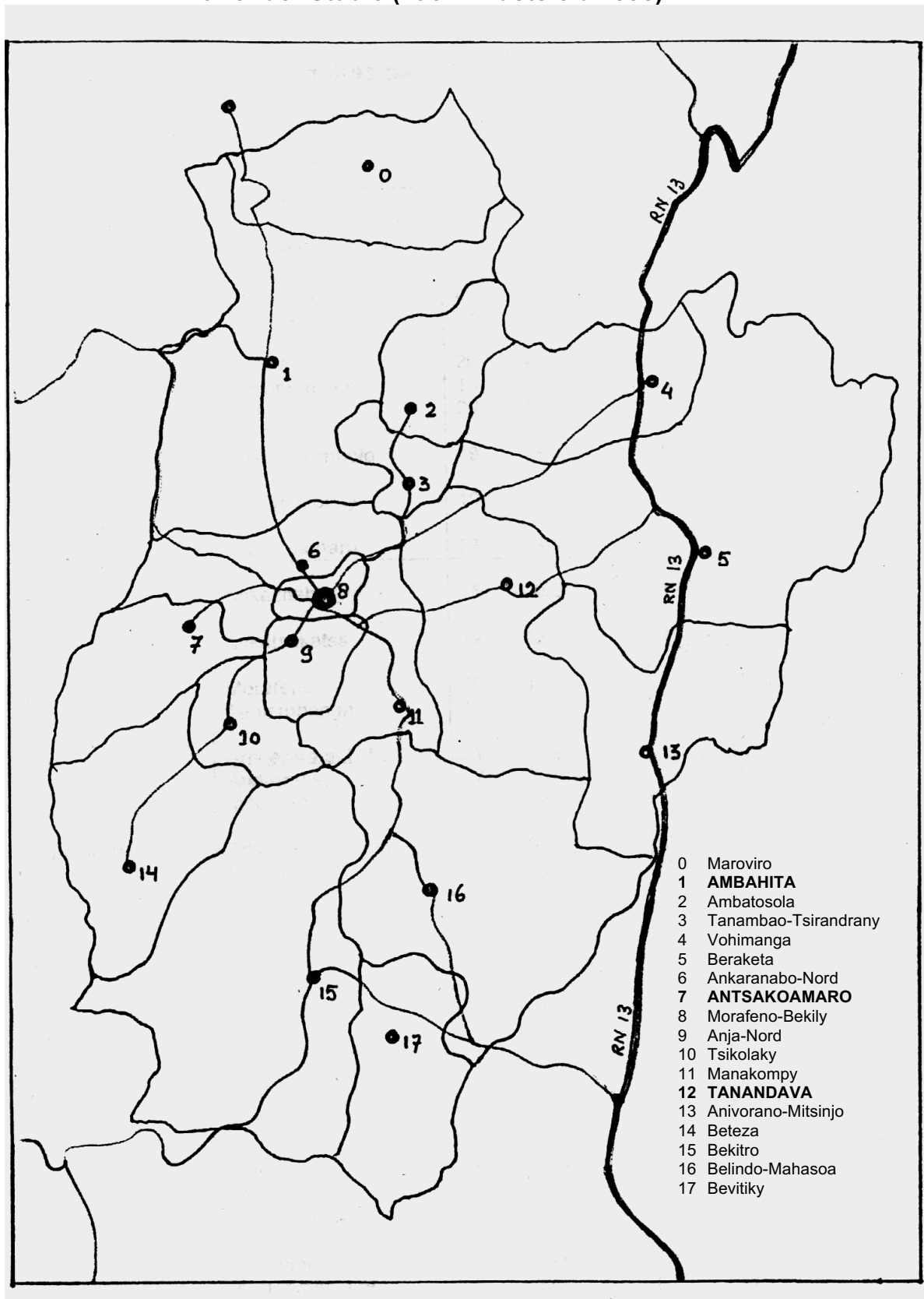
---

|                                                |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bruttosozialprodukt (BSP) (1996)               | 330 US\$/Kopf                                                                                                               |
| Reales Bruttosozialprodukt (BIP) (1996)        | 300 US\$/Kopf                                                                                                               |
| Entstehung des BSP (1999)                      | Agrarsektor 30,0%, Industrie 13,4%, Dienstleistungen 56,2%                                                                  |
| Verteilung des BSP (1999)                      | Privatkonsum 87,6%, Staatskonsum 7,9%, Bruttoinlandsinvestitionen 12,3%, Export/Import von Waren und Dienstleistungen –7,9% |
| Importgüter (1996)                             | Investitionsgüter, Rohstoffe, Energie, Konsumgüter, Nahrungsmittel                                                          |
| Exportgüter (1996)                             | Kaffee, Vanille, Schalentiere, Fisch, Zucker, Gewürznelken,                                                                 |
| Hauptimportländer (1996)                       | Frankreich, Deutschland, Japan, Großbritannien, Italien                                                                     |
| Hauptexportländer (1996)                       | Frankreich, USA; Deutschland, Japan, Russland                                                                               |
| Import (1999)                                  | 885 Mio. US\$                                                                                                               |
| Export (1999)                                  | 594 Mio. US\$                                                                                                               |
| Erhaltene öffentliche Entwicklungshilfe (1998) | 494,2 US\$                                                                                                                  |

---

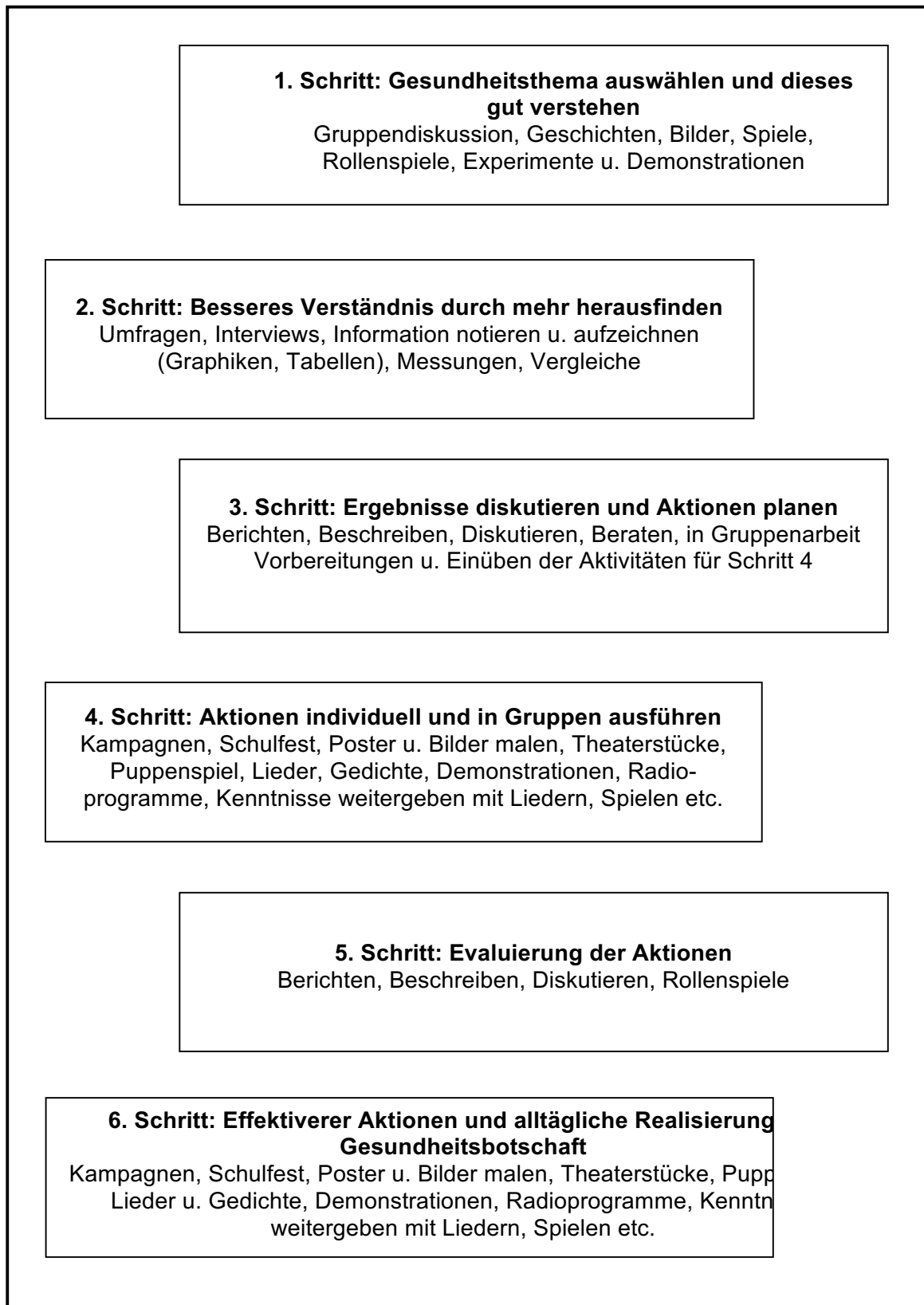
## Anhang 3

Abbildung 13: Projektregion des IESPs Bekily und die drei ausgewählten Dörfer der Studie (nach: Wüstefeld 1998)



## Anhang 4

**Abbildung 14: Kommunikationswege der Sechs-Schritte Methode des Child-to-Child Ansatzes (nach: Bailey 1992a)**





## Anhang 5

Tabelle 14: Monographien der drei ausgewählten Dörfer der Studie (Bekily, Feb. 2000)

| <b>Dorf</b>                        | <b>Ambararata Toby</b>                                                                               | <b>Bevala</b>                                       | <b>Anaviavy</b>                         |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Gemeinde</b>                    | <b>Tananadava</b>                                                                                    | <b>Antsakoamaro</b>                                 | <b>Ambahita</b>                         |
| <b>Ethnische Gruppen</b>           | 100% Antandroy                                                                                       | 50% Antandroy<br>50% Antanosy                       | 20% Antandroy<br>80% Antanosy           |
| <b>Anbauprodukte</b>               | Maniok, Mais, Erdnüsse, Reis                                                                         | Maniok, Reis, Mais, Süßkartoffeln, Bohnen, Erdnüsse | Reiz, Maniok, Mais, Erdnüsse, Bohnen    |
| <b>Wochenmark</b>                  | Tanandava => 1,5h zu Fuß (7km)                                                                       | Ansakomaro => 1h zu Fuß (5km)                       | Ambahita => 1h zu Fuß (5km)             |
| <b>Infrastruktur</b>               | befahrbare Piste                                                                                     | befahrbare Piste                                    | befahrbare Piste                        |
| <b>Wasserstellen (Trinkwasser)</b> | Wassertümpel<br>natürlicher Brunnen                                                                  | kleiner Fluss<br>gebauter Brunnen                   | Wassertümpel,<br>natürlicher Brunnen    |
| <b>Gesundheitsstation</b>          | Ambararata Toby => 45min zu Fuß (5km)                                                                | Antsakomaro => 30min zu Fuß (4km)                   | Ambahita => 1h zu Fuß (5km)             |
| <b>Schule</b>                      | 1. Tanadava (staatlich) => 2h zu Fuß (10km)<br>2. Ambararata Toby (privat, cath.) => 1h zu Fuß (5km) | Bevala (staatlich) => im Ort                        | Ambahita (staatlich) => 1h zu Fuß (5km) |

## Anhang 6

### Leitfragen der Gruppenarbeit mit den Kindern

**1. Thème: L'hygiène et l'utilisation de l'eau**

**Objective:**

- savoir les pratiques de l'hygiène
- savoir les pensées et connaissances sur l'hygiène et le rapport de l'hygiène avec la santé
- connaître leur habitude par rapport à l'utilisation de l'eau

**Question :**

1. Qu'est-ce que vous entendez par l'hygiène ?
2. Comment voyez-vous l'importance de l'hygiène ?
3. Comment voyez-vous le rapport entre l'hygiène et la santé ?
4. Chez vous, ce sont surtout les femmes qui s'occupent de l'hygiène, mais quelles contributions apportez vous à l'hygiène ?
5. Comment voyez vous l'importance sociale de l'hygiène ?

**Méthode :**

- jeux locaux
- discussion en groupe
- «carte des points d'eau et leur utilisation»

**2. Thème: La société et les problèmes généraux**

**Objective:**

- savoir le rôle de filles et garçons au niveau de la société
- savoir leurs points de vue sur leur rôle pour les enfants plus jeunes
- savoir leurs problèmes généraux dans la vie quotidienne

**Question :**

1. Comment voyez-vous votre rôle dans la société ? dans la famille ?
2. Comment voyez-vous votre rôle envers les enfants plus jeunes ?
3. Est-ce que vous pouvez donner des conseils aux parents ?
4. Vous avez dans votre vie quotidienne des problèmes, comme les maladies. Quelles problèmes avez-vous à parti ceux-là ? Quel est le plus grave pour vous ?

**Méthode :**

- discussion en groupe
- «jeu de soleil»
- «Identification des activités par matrice»
- dessin des activités quotidiennes

**3. Thème: La nourriture**

**Objective:**

- savoir point de vue des enfants sur certains aliments
- savoir leurs pensées sur le rapport entre la santé et la nourriture

**Question :**

1. Qu'est-ce que vous avez mangé hier ? aujourd'hui ?
2. Que pensez-vous de vos aliments ?
3. Pourquoi la nutrition est importante pour vous ?
4. Comment voyez-vous le rapport de la santé avec la nourriture ?

**Méthode :**

- jeux locaux
- discussion en groupe
- «brainstorming» de leurs réflexions de la nourriture

**4. Thème: La santé et l'environnement**

**Objective:**

- connaître le point de vue des enfants sur la santé
- savoir que pesent les enfants du traitement des maladies
- connaître le point de vue des enfants au sujet d'influence de l'environnement sur la santé

**Question :**

1. Quelle sont les maladies fréquentes dans les villages ?
2. Comment pouvez-vous éviter ces maladies ?
3. Qu'est-ce que vous faites pour guérir les malsdies ?
4. Comment voyez-vous l'importance d'un environnement propre ?
5. Comment voyez-vous le rapport entre l'environnement et la santé ?

**Méthode :**

- jeux locaux
- discussion en groupe
- «diagramme de Venn» sur les causes de la diarrhée

**5. Thème: La communication et l'éducation****Objective:**

- savoir leurs pensées sur la communication
- savoir leurs jeux locaux et leurs préférences
- savoir leur pensée sur l'éducation

**Question:**

1. Tout la journée vous communiquez avec quelqu'un de la famille, la communauté, de quelle façon faites-vous cela ?
2. Qu'est-ce que c'est la communication pour vous?
3. Vous jouez pendant la journée, quels sont les jeux que vous faites ?
4. Quels jeux vous jouez les plus souvent ?
5. Que pensez-vous de l'éducation?

**Méthode :**

- discussion en groupe
- inventaire des jeux locaux

**Leitfragen der Gruppendiskussion mit den Müttern****Thème: La vie quotidienne de la mère avec les enfants****Objective:**

- savoir leurs attitudes et pensées sur les causes des maladies des enfants et les traitements ?
- savoir les tâches des enfants dans la vie quotidienne

**Question :**

1. Vous vous plaignez de beaucoup maladies chez les enfants, mais pourquoi deviennent-ils malades ?
2. Comment traitez-vous les maladies ?
3. Quels sont les devoirs quotidiens des garçons et des filles ?
4. Quels sont les tâches des aînés par rapport à leurs cadets ?
5. Que pouvez-vous dire sur l'hygiène des vos enfants ?

**Méthode :**

- discussion en groupe

**Leitfragen der Gruppendiskussion mit den Vätern****Thème: Comment sont acceptez les enfants en tant qu'agents de santé et leur rôle****Objective:**

- savoir leurs attitudes et pensées au sujet de l'acceptation et rôle des enfants comme agents de santé dans la vie quotidienne
- connaître les tâches des enfants dans la vie quotidienne

**Question :**

1. Qu'est-ce que vous attendez de vos enfants de comportement et de connaissance ?
2. Comment acceptez-vous les conseils de vos enfants ?
3. Quel est l'importance des idées, opinions et pensées des enfants ?
4. Que pensez-vous du rôle des aînés envers leurs cadets ?
5. Comment eduquez-vous vos enfants ?

**Méthode :**

- discussion en groupe

## Anhang 7

Tabelle 15: Übersicht des Studienverlaufes und Anmerkung zur Umsetzung (August 1999-Februar 2000)

Méthode de base: La discussion en groupe

| DATE                | LIEU               | THEME ET ACTIVITES                                                                                                                                                                        | PAR*            | REMARQUES SUR LA REALISATION DES PROGRAMMES                                                                                                                                                    |
|---------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26.08.-<br>28.08.99 | Ambararata<br>Toby | <b>Emploi de journalier</b> ; Inventaire de <b>jeux</b> ; identification des activités par matrice ;                                                                                      | g.:4<br>f.: 9   | Le commencement de travail était difficile, car on n'a pas encore l'habitude, mais les enfants sont intéressés.                                                                                |
| 27.08.99.           | Ambar. Toby        | Adultes :Le <b>rôle</b> des enfants et leurs activités                                                                                                                                    | H: 1<br>F: 6    | Les parents sont tous là, mais ce sont seulement l'homme qui répond à notre question.                                                                                                          |
| 03.09.-<br>05.09.99 | Bevala             | <b>Employé de journalier</b> ; Inventaire de <b>jeux</b> ; identification des activités par <b>ranking matrice</b> ; Identification des maladies et les causes par diagramme de venn      | g.:12<br>f.: 18 | Les enfants s'intéressent à la danse et à la chanson et ils aiment les méthodes participatives, car ce sont des nouveaux jeux pour eux.                                                        |
| 04.09.99            | Bevala             | Adultes : Le <b>rôle</b> des enfants et leurs activités ; <b>maladies</b>                                                                                                                 | H:9<br>F:20     | Les parents s'intéressent à l'éducation de leurs enfants et beaucoup des adultes discutent avec nous.                                                                                          |
| 07.09.99            | Ambararata<br>Toby | Identification des <b>maladies</b> et les causes par diagramme de venn ; dessiner les places l'eau                                                                                        | g.: 4<br>f.: 9  | Les enfants aiment bien à faire le dessin avec les stylos et le papier, et ils profitent après à essayer d'écrire des lettre.                                                                  |
| 27.09.99            | Bevala             | L'attitude des enfants sur <b>l'eau</b> et <b>l'hygiène</b> ; Chanter et danser                                                                                                           | g.: 4<br>f.: 10 | Les enfants ont honte parce que c'est la première fois de notre enquête. Et l'organisation de travail n'est pas bonne.                                                                         |
| 27.09.99            | Bevala             | Femmes : L'utilisation de <b>l'eau</b> et de <b>l'hygiène</b>                                                                                                                             | H:3;<br>F:5     | Faute de l'organisation, on n'est pas séparé avec les femmes et ce sont surtout les hommes qui parlent.                                                                                        |
| 28.09.-<br>30.09.99 | Ambararata<br>Toby | L'attitude des enfants sur <b>l'eau</b> et <b>l'hygiène</b> . Dessiner une carte des places de l'eau, jouer le jeu de pari, le diagramme de venne                                         | g.: 5<br>f.: 10 | Il n'y a pas de problème aux enfants, ainsi qu'aux parents ; les enfants aiment très bien jouer et dessiner.                                                                                   |
| 29.09.99            | Ambar. Toby        | Femmes : L'utilisation de <b>l'eau</b> et de <b>l'hygiène</b>                                                                                                                             | F: 4            | La discussion marche bien, car on a beaucoup de temps.                                                                                                                                         |
| 04.10.99            | Ambararata<br>Toby | Problèmes des enfants <b>aux ménages</b> et leur relation avec la famille ; construire de chanson sur l'hygiène, d                                                                        | g.:12<br>f.: 8  | Tous les enfants sont assidus ; les enfants n'arrivent pas très bien de faire des chansons.                                                                                                    |
| 04.10.99            | Ambar. Toby        | Femmes ; Les comportements des enfants <b>au ménage</b>                                                                                                                                   | F: 7            | C'est difficile, car les femmes veulent faire leur travail                                                                                                                                     |
| 06.10.99            | Bevala             | Les problèmes des enfants <b>aux ménages</b> et leur relation avec la famille ; Construire une chanson sur l'hygiène, danser                                                              | g.: 5<br>f.: 10 | Nous sommes en retard et les enfants sont tous au champ pour garder les bœufs. On les ressemble, on travaille bien.                                                                            |
| 06.10.99            | Bevala             | Femmes : Les comportements des enfants <b>au ménage</b>                                                                                                                                   | F: 6<br>H:1     | Les femmes participent beaucoup à la discussion car c'est le thème préféré des femmes.                                                                                                         |
| 11.10.99            | Ambararata<br>Toby | Attitude des enfants sur l'importance et la préparation de <b>nourriture</b> ; danse, chanson sur l'hygiène, jeu de rôle sur l'eau et l'hygiène ; nourriture est le jeu de TSIKITRANO (f) | g.:4<br>f.: 8   | Tous les enfants sont assidus ; les enfants aiment bien le jeu Tsikitrano (f) et Tsikanome (g) ; mais c'est difficile pour eux de faire une pièce de théâtre de ce jeu pour montrer au parent. |
| 11.10.99            | Ambar. Toby        | Femmes : La <b>nourriture</b> et le mode de préparation                                                                                                                                   | F: 7            |                                                                                                                                                                                                |

|                     |                    |                                                                                                                                                                                  |                  |                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13.10.99            | Bevala             | Attitudes des enfants sur l'importance et la préparation de <b>nourriture</b> , Chanter, danser                                                                                  | g.: 31<br>f.: 19 | Les enfants sont actifs car on a travaillé en classe.<br>Les enfants font des bonnes chansons sur l'hygiène.                                                                                    |
| 13.10.99            | Bevala             | Femmes: La <b>nourriture</b> et le mode de préparation                                                                                                                           | F: 6             | Les femmes sont intéressées à discuter avec nous.                                                                                                                                               |
| 18.10.99            | Ambararata<br>Toby | La façon de se <b>communiquer</b> entre les enfants et enfants ;<br>enfants-parents ; et enfants-communautés,<br>Chanson de l'hygiène, danser                                    | g.:7<br>f.: 9    | A cause de problème de véhicule nous sommes en retard, les<br>enfants sont tous aux champs ou au forêt, nous les rassemblons<br>d'abord et pendant laquelle, nous travaillons avec les adultes. |
| 18.10.99            | Ambar. Toby        | Femmes : La façon de se <b>communiquer</b> avec les enfants                                                                                                                      | F: 7             |                                                                                                                                                                                                 |
| 20.10.99            | Anaviavy           | L'attitude des enfants sur l'eau et l'hygiène.<br>Dessin des places de l'eau ; chanter, danser                                                                                   | g.: 8<br>f.: 7   | La première contacte marche bien, les enfants sont actifs.                                                                                                                                      |
| 20.10.99            | Anaviavy           | Femmes: L'utilisation de l'eau et de l'hygiène                                                                                                                                   | F: 5             |                                                                                                                                                                                                 |
| 22.10.99            | Bevala             | La façon de se <b>communiquer</b> entre les enfants et enfants,<br>enfants-parents, et enfants-communautés,<br>Chanson de l'hygiène, danse de joule                              | g.:10<br>f.: 6   | Les enfants sont actifs, ils veulent tous répondre aux questions, ils<br>sont tout assidus. Ce sont surtout les hommes qui parlent.                                                             |
| 22.10.99            | Bevala             | Femmes : La façon de se <b>communiquer</b> avec les enfants                                                                                                                      | H:4<br>F:9       | Les parents aiment la discussion est ils sont pressés pour faire la<br>discussion avec nous.                                                                                                    |
| 26.10.99            | Anaviavy           | Problèmes des enfants <b>aux ménages</b> et leur relation avec la<br>famille ; Chanter, danser, jeu de rôle concernant l'hygiène ; le jeu<br>de TSIKINTRANO                      | g.:12<br>f.: 11  | Le travail marche bien. Tous les enfants sont déjà prêts au village<br>pour nous attendre.                                                                                                      |
| 26.10.99            | Anaviavy           | Femmes : les comportements des enfants <b>au ménage</b> .                                                                                                                        | F: 7             |                                                                                                                                                                                                 |
| 26.10.-<br>27.10.99 | Anaviavy           | Attitude des enfants sur l'importance et la préparation de la<br><b>nourriture</b> ;Chanson sur l'hygiène, danser                                                                | g.:10<br>f.: 8   | Le travail marche bien parce que nous avons fait un camping la<br>bas ; les enfants sont très intéressent d'éduquer avec nous.                                                                  |
| 27.10.99            | Anaviavy           | Femmes: la <b>nourriture</b> et le mode de préparation.                                                                                                                          | F : 6            |                                                                                                                                                                                                 |
| 10.11-<br>11.11.99  | Anaviavy           | Le rapport de santé et de l' <b>environnement</b> ; jouer tous les jeux :<br>akondrokondro, rafanenitsy, bibilava, chanter, danser, contes.                                      | g.:6<br>f.:7     | Les enfants ont fait tous les jeux. Ils participent bien a notre<br>activité.                                                                                                                   |
| 11.11.99            | Anaviavy           | Adultes : la rapport de santé et de l' <b>environnement</b>                                                                                                                      | F: 8             |                                                                                                                                                                                                 |
| 16.11.-<br>17.11.99 | Anaviavy           | La façon de se <b>communiquer</b> entre les enfants et enfants,<br>enfants-parents et enfants-communauté<br>Chanson de l'hygiène et de danse et le jeu de pari, le conte         | g.:7<br>f.: 8    | Le travail marche bien avec les enfants, tous sont contents en<br>écoutant le conte, on dort ensemble avec les enfants pendant la<br>nuit et parle des contes.                                  |
| 17.11.99            | Anaviavy           | Femmes: La façon de se <b>communiquer</b> avec les enfants.                                                                                                                      | H:2<br>F:4       | En attendant l'arrivé des enfants nous discutons d'abord avec les<br>parents. Tout le monde participe, femmes et hommes.                                                                        |
| 24.11.99            | Anaviavy           | Les attitudes des enfants sur la <b>santé</b> . ; les attitudes des enfants<br>sur la vie en <b>société</b> ; Chanter la chanson de l'hygiène, danser,<br>récitation MADIO ZAHAY | g.:9<br>f.:8     | On arrive trop tard, les enfants sont au forêt, on a discute avec les<br>femmes en entendant l'arrivé des enfants.                                                                              |
| 24.11.99            | Anaviavy           | Femmes: la <b>santé</b> et la <b>société</b>                                                                                                                                     | F: 9             |                                                                                                                                                                                                 |
| 24.11.99            | Anaviavy           | Hommes: les <b>enfants en général</b>                                                                                                                                            | H: 10            | Peu difficile car les hommes sont décourage de parler.                                                                                                                                          |
| 26.11.99            | Bevala             | Le rapport de la santé et l' <b>environnement</b> ; chanson de l'hygiène<br>et danse.                                                                                            | g.:18<br>f.:24   | Tous les enfants sont déjà a l'école et tous sont contents à nous<br>recevoir. Les réponses s'en sortent très bien.                                                                             |
| 26.11.99            | Bevala             | Femmes : le rapport de santé et l' <b>environnement</b>                                                                                                                          | F: 8             |                                                                                                                                                                                                 |
| 26.11.99            | Bevala             | Hommes : les <b>enfants en général</b>                                                                                                                                           | H: 13            | Les hommes sont intéressent, mais un peut presse.                                                                                                                                               |

|                     |                 |                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29.11.99            | Ambararata Toby | Le rapport de la santé et <i>l'environnement</i><br>Jouer le ballon chanter et danser.                                                                                                         | g.:5<br>f.:8   | Faute de véhicule les enfants sont tous aux champs et le lendemain nous avons travaillé dans la forêt avec les enfants. La discussion marche bien. On a fait le travail de dessin et ça marche          |
| 29.11.99            | Ambar. Toby     | Femmes : le rapport de santé et de <i>l'environnement</i>                                                                                                                                      | F: 11          |                                                                                                                                                                                                         |
| 29.11.99            | Ambar. Toby     | Hommes : les <i>enfants en général</i>                                                                                                                                                         | H: 20          | Les hommes sont dynamiques et parlent beaucoup.                                                                                                                                                         |
| 30.11.99            | Ambararata Toby | Les attitudes des enfants sur la <i>santé</i> . Les attitudes des enfants sur la vie en <i>société</i> ; Jeu de ballon, chanson, danse, dessin, récitation avec geste de MADIO ZAHAY.          | g.:4<br>f.:6   | Nous travaillons dans la forêt, les enfants n'arrivent pas à dessiner très bien mais lisible et comprendre facilement la récitation                                                                     |
| 30.11.99            | Ambar. Toby     | Femmes : la <i>santé</i> et la <i>société</i>                                                                                                                                                  | F: 11          | Les femmes aiment à parler.                                                                                                                                                                             |
| 01.12.99            | Anaviavy        | Les attitudes des enfants sur <i>l'éducation</i> , art, culture, <i>loisir</i> ; chanson de l'hygiène et de l'éducation, la récitation MADIO ZAHAY avec geste, dessin, commentaire de photo.   | g.:22<br>f.:25 | On arrive trop tard. les enfants arrivent de comprendre la photo et aussi la récitation et fait mal le dessin.                                                                                          |
| 01.12.99            | Anaviavy        | Femmes : <i>l'éducation</i> , l'art et la culture                                                                                                                                              | F: 6           | Les femmes discutent même la nuit                                                                                                                                                                       |
| 03.12.99            | Bevala          | Les attitudes des enfants sur la <i>santé</i> , les attitudes des enfants sur la vie en <i>société</i> ; chanter la chanson de l'hygiène, danser, Commentaire de photo.                        | g.:25<br>f.:25 | La discussion avec les enfants marche bien. Ils arrivent facilement à comprendre et à expliquer le dessin et la photo. les petits enfants ont faim vue l'horaire qui dépasse le temps normal a 14 h-15. |
| 03.12.              | Bevala          | Femmes : la <i>santé</i> et la <i>société</i>                                                                                                                                                  | F: 9           | Les femmes attendent longuement pour faire la discussion.                                                                                                                                               |
| 06.12.99            | Ambararata Toby | Les attitudes des enfants sur <i>l'éducation</i> , art, culture, <i>loisir</i> ; chanson de l'hygiène, danse le jeu, Récitation MADIO ZAHAY avec geste ; Chanson HANDEHA                       | g.:6<br>f.:4   | Les enfants aiment notre activité. Ils demandent la continuation de travail.                                                                                                                            |
| 06.12.99            | Ambar. Toby     | Femmes : <i>l'éducation</i> , l'art ; la culture                                                                                                                                               | F:6;H:1        | Toujours un peu difficile de travailler dans ce village                                                                                                                                                 |
| 10.12.99            | Bevala          | Les attitudes des enfants sur <i>l'éducation</i> , art, culture, <i>loisir</i> ; chanter la chanson de l'hygiène, danser, la récitation MADIO ZAHAY avec geste, chanson de l'éducation HANDEHA | g.:22<br>f.:25 | Les enfants ne veulent plus nous séparer lorsque nous disons la vacance et ils demandent la prochaine date de commencement.                                                                             |
| 10.12.99            | Bevala          | Femmes : <i>l'éducation</i> , l'art, la culture                                                                                                                                                | F: 7           |                                                                                                                                                                                                         |
| 10.12.-<br>17.12.99 | Bekily          | La rédaction et la traduction des discussions des enfants et femmes.                                                                                                                           |                | A chaque fois, après avoir fait la rédaction et la traduction on discute et on s'explique.                                                                                                              |
| 30.11-<br>18.12.99  | Bekily          | La rédaction et traduction des discussions des hommes.                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                         |
| 17.01.-<br>17.02.00 | Bekily          | L'analyse et comparaison des discussions avec les enfants.                                                                                                                                     |                | Avec l'analyse on fait des remarques et on discute les différences des villages et pensés des enfants et les causes.                                                                                    |

(g): garçon; (f): fille; (H): homme; (F): femme

\*Participant

## Anhang 8

**Tabelle 16: Matrizenklassifizierung der Aufgaben mit 6 Jungen**  
(Dorf: Ambararata Toby, Aug. 1999)

| Aktivität    | Häufigkeit<br>Klassifi-<br>zierung |   | Präferenz<br>Klassifi-<br>zierung |   | Gründe für Präferenz                                        |
|--------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------------------------------|
| Kühe hüten   | 16                                 | a | 28                                | a | Mögen dies. leichte Arbeit; können Milch trinken u. spielen |
| Wasser holen | -                                  | - | -                                 | - | Mögen dis nicht. Aufgabe der Mädchen                        |
| Reis schälen | 4                                  | d | 1                                 | d | Mögen dies nicht. Schwere Arbeit; bekommen Rückenschmerzen  |
| Kochen       | -                                  | - | -                                 | - | Mögen dies nicht. Aufgabe der Mädchen                       |
| Holz suchen  | 9                                  | c | 2                                 | c | Mögen dies nicht. Anstrengende Arbeit                       |
| Feldarbeit   | 13                                 | b | 11                                | b | Mögen dies. Viel Produktion                                 |
| Gemüse holen | -                                  | - | -                                 | - | Mögen dies nicht. Aufgabe der Mädchen                       |

**Tabelle 17: Matrizenklassifizierung der Aufgaben mit 9 Mädchen**  
(Dorf: Ambararata Toby, Aug. 1999)

| Aktivität    | Häufigkeit |                      | Präferenz |                      | Gründe für Präferenz                                  |
|--------------|------------|----------------------|-----------|----------------------|-------------------------------------------------------|
|              |            | Klassifi-<br>zierung |           | Klassifi-<br>zierung |                                                       |
| Kühe hüten   | 2          | f                    | 4         | f                    | Mögen dies. Leichte Arbeit, können trinken Milch      |
| Wasser holen | 14         | b                    | 14        | b                    | Mögen dies. Können trinken und sich waschen           |
| Reis schälen | 17         | a                    | 10        | d                    | Mögen dies. Werden satt sein                          |
| Kochen       | 9          | e                    | 15        | a                    | Mögen dies. Werden satt sein                          |
| Holz suchen  | 10         | d                    | 8         | e                    | Mögen dies nicht. Verursacht Kopfweh                  |
| Feldarbeit   | -          | -                    | -         | -                    | Mögen sie nicht. Ist Aufgabe der Männer               |
| Gemüse holen | 11         | c                    | 12        | c                    | Mögen dies. Schnelle Arbeit; ist Beilage zur Mahlzeit |

## Anhang 9

**Abbildung 15: Textbeispiel und Foto des Rollenspiels „Tsikintrano“ der Mädchen (Dorf: Anaviavy, Okt. 1999)**

Mutter: Geh schnell Maniok auf dem Feld holen.  
Mädchen: Ist noch Wasser zum Maniok waschen da?  
Mutter: Komm erst und wasche die Töpfe um Reis für die Kinder kochen zu können.  
Mädchen: Ja Mama.  
Mutter: Schäle jetzt den Maniok und schneide ihn in kleine Stücke und gebe ihn sofort in den großen Topf auf dem Feuer.  
Mädchen: Muss ich nicht den Topf davor waschen?  
Mutter: Ja, eine gute Idee. Aber waschen zuerst die Maniokblätter mit Wasser.  
Mädchen: Ja, und der Reis ist schon gekocht Mama?  
Mutter: Setze schnell den Maniok aufs Feuer. Sind die Teller schon sauber?  
Mädchen: Ja, die habe ich schon mit dem Topf gewaschen.  
Mutter: Trage das Essen ins Haus und hole deine Geschwister zum Essen und rufe deinen Vater.  
Mädchen: Ist das Wasser schon warm?  
Mutter: Ja und nehme Wasser zum Händewaschen mit.  
Mädchen: Kommt ins Haus das Essen ist fertig.  
Vater: Reiche mir das Wasser zum Händewaschen.  
Mädchen: Hier nimm, und ihr Kinder wascht euch auch die Hände.  
Mutter: Hier dein Essen Papa, und hier für euch Kinder.  
(Das Essen ist beendet)  
Mutter: Räume die Teller zusammen und gebe deinem Vater Wasser zum Trinken und fege ordentlich das Haus.





## Anhang 10

**Abbildung 16: Gesten des Hygieneliedes (Dorf: Ambararata Toby, Sept. 1999)**



**Abbildung 17: Matrizenklassifizierung der Aufgaben (Dorf: Ambararata Toby, Aug. 1999)**

