

---

Externer Evaluierungsbericht zum BMZ-geförderten Projekt

**„Förderung der Mutter-Kind-Gesundheit in abgelegenen Dörfern im Distrikt Mansehra, Pakistan (MAMTAA)“**

- Übersetzung von wichtigen Auszügen aus dem Englischen -

**Projektlaufzeit:** 01.11.2012 - 31.07.2015

**Privater Träger:** Oxfam Deutschland e.V.

**Projekträger:** Saibaan

**Evaluierung:** DevCon Development Consultant (Pvt) Limited, 2015

**Übersetzung:** Deman Übersetzungen

---

## ZUSAMMENFASSUNG

---

In diesem Bericht sollen die Ergebnisse der vom 6. bis zum 17. Juni 2015 im Distrikt Mansehra durchgeführten externen Schlussevaluierung des Projekts „*Förderung der Mutter-Kind-Gesundheit in abgelegenen Dörfern im Distrikt Mansehra*“ (MAMTAA) aufgezeigt werden.

Das Projekt wurde von November 2012 bis Mai 2015 von der Saibaan Development Organisation (Saibaan) in den Samtgemeinden Hillkot, Chattarplain, Sum, Bhogarmang und Hangrai mit der finanziellen Unterstützung von Oxfam Deutschland e.V. (Oxfam) und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) umgesetzt.

Die Evaluierung wurde nach einem methodisch gemischten Rechercheansatz und unter Beachtung der OECD/DAC-Kriterien durchgeführt. Aus den 13 Projektdörfern wurde eine Stichprobe von 202 Haushalten gezogen.<sup>1</sup> Neben einer statistischen Datenauswertung fand auch eine qualitative Analyse der Ergebnisse statt. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen stellt sich die Situation wie nachfolgend zusammengefasst dar:

### Relevanz

Das Projekt war relevant für die Bedürfnisse und Prioritäten dieser ärmsten unter den armen Gemeinden, die schwer unter dem fehlenden Zugang zu Informationen und Dienstleistungen litten. Noch schlimmer stellten sich die medizinischen und hygienischen Bedingungen für die Zielgruppe dar, es bestand dringender Handlungsbedarf in den Bereichen Mutter-Kind-Gesundheit, reproduktive Gesundheit, qualifizierte Geburtshilfe, Wasser-, Sanitäts- und Hygieneversorgung sowie Ausbau von Straßen und Zufahrtswegen. Das Projekt richtete sich an diesen Bedürfnissen aus und leitete Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Lebensstandards dieser Menschen ein.

### Effektivität

Die Betrachtung des Parameters Effektivität zeigt die Erreichung der Ziele im Einklang mit den gesetzten Vorgaben. Alle geplanten Leistungen wurden erbracht und erzielten die vorge-sehene Wirkung. Durch Mechanismen für das Monitoring und die Rechenschaftslegung konnten die Ergebnisse maximiert werden.

Mit den beiden Bereichen Bildung eines Projektgremiums und Impfungen blieben die Ergebnisse hinter den Erwartungen zurück. Als Ursachen dafür wurden die häufigen Neuernennungen/Versetzen von Mitgliedern des Projektgremiums beziehungsweise die nicht rechtzeitig erfolgten Impfungen identifiziert.

---

<sup>1</sup> Kommentar von Oxfam Deutschland e.V.: Die Stichprobe von 202 Haushalte wurde aus der Gesamtbevölkerung gezogen. Die jeweiligen prozentualen Ergebnisse beziehen sich daher nicht auf diejenigen Haushalte, die am Projekt teilgenommen haben, sondern auf die Gesamtbevölkerung. Aus den Ergebnissen lässt sich daher ableiten, inwiefern das Projekt auch über die direkt teilnehmenden Haushalte Wirkungen erzielt hat.

**Projektziel 1: Die Kapazitäten der Bevölkerung, auf Dorfebene eine Grundversorgung im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit zu gewährleisten, sind gestärkt**

Die Datenanalyse zeigt eine angemessene Ausführung der Aktivitäten und die Erzielung der gewünschten Resultate in diesem Projektziel. Die Ausbildung von Frauen zu ausgebildeten Geburtshelferinnen (TBAs) war eine wirkungsvolle Initiative, mit der die Mitglieder der Gemeinden sehr zufrieden waren, da ausgebildete Geburtshelferinnen ihnen entweder kostenlos oder zu sehr erschwinglichen Kosten zur Verfügung standen. 73% der befragten Mütter haben die Dienste von TBAs für normale Geburten in Anspruch genommen und waren mit diesen Diensten auch zufrieden. 84 % der Befragten waren der Ansicht, dass für die Ausbildung als TBAs geeignete Kandidatinnen ausgewählt worden waren.

Ebenso erwarben die Gemeinden, denen eine konservative und in gewissem Maße fundamentalistische Grundeinstellung gemein ist, durch die Trainings nicht nur Bewusstsein für Themen wie Familienplanung (78 %) und gesunde Ernährung (88 %), sondern begannen auch damit, im Rahmen ihrer begrenzten Ressourcen ihr Verhalten zu ändern.

Das MAMTAA-Projekt hatte bei diesen Gemeinden mit niedrigem Bildungsstandard und traditioneller Grundeinstellung an Akzeptanz gewonnen; dementsprechend blieb die Teilnahmequote der befragten Personen an den Schulungen zur reproduktiven Gesundheit (60 %) und zur Mutter-Kind-Gesundheit (53 %) zufriedenstellend. Es zeigte sich, dass auf der Gemeindeebene nunmehr ein geeignetes Wissen zur Mutter-Kind-Gesundheit sowie ein zufriedenstellendes Bewusstsein der männlichen und weiblichen Jugendlichen zur reproduktiven Gesundheit vorhanden waren.

Wie unsere Befragung ergab, wurden das durch die Mitarbeiter des MAMTAA-Projekts vermittelte Wissen zur persönlichen, häuslichen und Umwelthygiene durch die Mehrzahl der Befragten angewandt. 79 % der Befragten entsorgten oder verbrannten die festen Abfälle. 89 % der Befragten stellten als Ergebnis des Hygienebewusstseins und der Latrinennutzung in ihren jeweiligen Dörfern den Rückgang von wasserbedingten Krankheiten fest.

Fast drei Viertel (74 %) der Befragten hatten Schulungen zum Thema Kinderehen besucht. Laut 81 % der Befragten konnten diese Schulungen das Bewusstsein über die Auswirkungen von Kinderehen auf die Gesundheit und das Leben von Jungen, Mädchen, Familien und der Gesellschaft nachhaltig schärfen.

Gesundheits- und Hygieneklubs für Kinder wurden in staatlichen sowie religiösen Schulen (Madrassas) gebildet und stärkten das Bewusstsein der Schüler und der Gemeinden für die Bedeutung persönlicher Hygiene; zugleich unternahmen sie auch Maßnahmen zur Sicherstellung der Umwelthygiene.

63 % der Befragten hatten die Theatervorführungen besucht und konnten sich ausnahmslos an die dort vermittelten Botschaften erinnern. 43 % der Befragten hatten IEC-Materialien (Information, Education, Communication) erhalten, in denen die Botschaften durch Bilder vermittelt wurden. Den Inhalt und die Botschaften der IEC-Materialien hatten jedoch nur wenige behalten. Offensichtlich hatten nicht alle Haushalte die IEC-Materialien erhalten, was durch die Verteilung der Materialien durch Mitglieder der Gemeinden und Dorfentwicklungskomitees (VDO) bedingt sein könnte.

44 % der Befragten hatten die Dorfgesundheitstage besucht, die in produktiver Weise Botschaften zu Gesundheit und Hygiene vermitteln konnten.

Ebenso hatten 29 % der Befragten die vom MAMTAA-Projekt ausgestrahlten Radiosendungen verfolgt. Von diesen konnten alle Befragten ausführen, dass in den Sendungen Botschaften zu Mutter-Kind-Gesundheit, Familienplanung, Gesundheit und Hygiene und Kinderehen vermittelt wurden.

***Projektziel 2: Die Bevölkerung verfügt über einen besseren Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen und fordert eine verbesserte staatliche Gesundheitsversorgung ein***

Die Mehrheit (84 %) der befragten Haushalte hatten ihre Kinder im Alter von unter 23 Monaten impfen lassen. 75 % unter diesen waren durch das MAMTAA-Projekt zum Impfen motiviert worden.

70 % der Befragten hatten die im Rahmen des MAMTAA-Projekts organisierten Gesundheitskampagnen besucht. Alle Befragten berichteten darüber, dass in diesen Camps Gesundheitsdienste für Mütter und Kinder bereitgestellt wurden.

Die Traditionellen Geburtshelferinnen (TBAs) und die Dorfentwicklungskomitees (VDOs) wurden mit den zuständigen Ländlichen Gesundheitszentren (RHC) vernetzt. In allen Projektdörfern wurden getrennte VDOs für Männer und Frauen eingerichtet. Diese VDOs arbeiteten daran, in den Zielgemeinden das Bewusstsein für die relevanten Themen zu schärfen und Probleme auf Dorfebene durch gemeinsame Gespräche und gegenseitiges Verständnis zu lösen. Über all ihre Aktivitäten führten die Dorfentwicklungskomitees in ihren Akten Protokoll. Zudem gab es schriftliche Leistungsbeschreibungen (Terms of Reference) für die Dorfentwicklungskomitees. Alle Mitglieder der Dorfentwicklungskomitees waren zu den Themen Gesundheit, Hygiene und Ernährung geschult worden. Bauarbeiten wurden im Einverständnis aller Dorfentwicklungskomitees durchgeführt, wobei diese auch bei der Auswahl der ärmsten unter den armen Familien für den Bau von Modelllatrinen beteiligt waren. Die Dorfentwicklungskomitees hatten sich auch im Rahmen des „Cash for Work“-Programms oder auf freiwilliger Basis an Bauarbeiten beteiligt.

Zuweilen fungierten diese Dorfentwicklungskomitees auch als Bindeglied zwischen MAMTAA-Projektmitarbeiter/innen und den Gemeinden, auch wenn die Projektmitarbeiter/innen eine direkte Vernetzung mit den Menschen in der Gemeinde erarbeitet hatten. Alle Befragten hatten ihre Zufriedenheit mit der Arbeit der Dorfentwicklungskomitees zum Ausdruck gebracht. Alle Dorfentwicklungskomitees zeigten sich entschlossen, ihre Arbeit nach dem Ende des MAMTAA-Projekts fortzusetzen.

Ebenso wurden Zufahrtswege zu den nächstgelegenen geteerten Straßen in allen Projektdörfern Straßen gebaut oder ausgebessert und, wo erforderlich, Stützmauern errichtet. Mitglieder der Gemeinden und der Dorfentwicklungskomitees gaben bei jedem dieser Pläne vor Beginn der Bauarbeiten ihre Zustimmung, und während der Umsetzung des Projekts wurden die gesetzten Vorgaben jeweils sowohl dem Wortlaut als auch dem Sinn nach befolgt.

Der Ausbau der Zufahrtswege und der Bau von Stützmauern erleichterte den Gemeinden den Zugang zu den ländlichen Gesundheitszentren (RHCs) und anderen Diensten.

Um die Gemeinden zu stärken, wurden in allen Projektdörfern getrennte Dorfentwicklungskomitees für Männer und Frauen eingerichtet und ausgebildet.

Die Fortschrittsrate bei der Bildung eines Projektgremiums blieb mit 31 % relativ niedrig, was auf die häufigen Neuernennungen und Versetzungen von Mitgliedern und Vorsitzenden zurückzuführen ist. Die Mitglieder waren sich der Rolle ihres Gremiums bewusst und hatten auch an den Sitzungen teilgenommen. Auf der Ebene der Gemeinden war jedoch nur ein geringes Wissen über das Projektgremium vorhanden, hauptsächlich aufgrund der sich häufig ändernden Besetzungen.

### **Projektziel 3: Die Bevölkerung verfügt über eine verbesserte dörfliche Infrastruktur im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung**

Auch im Hinblick auf dieses Ergebnis konnten wir die Erreichung der Zielvorgaben festgestellt. Die Errichtung von Trinkwasserversorgungssystemen (DWSS) und Modelllatrinen erfolgte in 11 der 13 Dörfer.<sup>2</sup>

Mit der Installation der Trinkwasserversorgungssystemen waren die Probleme von 75 % der Befragten hinsichtlich einer sicheren Versorgung mit sauberem Trinkwasser gelöst, während mit dem Bau der Modelllatrinen eine sichere und hygienische Möglichkeit zur Verrichtung der Notdurft und zur Fäkalienentsorgung für 100 % der Bewohner/innen bereitgestellt worden war. Etwa 95 % der Befragten hatten die Absicht, Modelllatrinen nachzubauen; für die Mehrzahl war dies aber aufgrund der damit verbundenen Baukosten nicht erschwinglich.

Hinsichtlich des Gesamtergebnisses des Projekts berichteten uns 81 % der Befragten, dass die Aktivitäten des MAMTAA-Projekts positive Veränderungen für sie bewirkt hätten.

### **Effizienz**

Eine Analyse der Einteilung der Projektmittel sowie der kosteneffizienten Mittelnutzung zeigt, dass alle Projektmittel einschließlich Personal, Finanzen und Logistik effizient genutzt wurden, um die gesetzten Ziele und Vorgaben auf produktive Weise zu erreichen. Alle in das Projekt eingebrachten Mittel wurden im veranschlagten Umfang und Zeitrahmen genutzt.

Ein ausführlicher Finanzanalysebericht ist unter *Effizienz* beigefügt.

### **Nachhaltigkeit**

Im Gesamtblick lassen die gewonnenen Daten auf die fortwährende Effektivität des Projekts schließen. Eine hinlängliche Bewusstseinsbildung, die entsprechende Anpassung des eigenen Verhaltens sowie die Erkenntnis, dass die Gemeinden die vermittelten Praktiken in den Bereichen Gesundheit, Hygiene, Mutter-Kind-Gesundheit, qualifizierte Geburtshilfe, Stillen und Impfen beibehalten haben, weisen auf langfristige Veränderungen durch verinnerlichte Verhaltensweisen hin.

Durch die Verfügbarkeit von vor Ort ausgebildeten Geburtshelferinnen, deren Vernetzung mit den ländlichen Gesundheitszentren, den Bau von Zufahrtswegen für leichteren Zugang sowie die Registrierung von Dorfentwicklungskomitees und deren Vernetzung mit Regierungsbehörden und insbesondere mit den ländlichen Gesundheitszentren wurde der Weg für nachhaltige Veränderungen bereitet. Jedoch wurde unter den Männern eine geringere Verhaltensänderung hinsichtlich größerer Zeitabstände zwischen den Geburten beobachtet, obgleich diesbezüglich ein hinreichendes Bewusstsein festgestellt werden konnte.

---

<sup>2</sup> Da in den beiden Dörfern Basala und Chapri keine saubere Wasserquelle zur Verfügung stand, wurden mit dem Einverständnis der Gemeinde in diesen Dörfern stattdessen Zufahrtsstraßen gebaut.

## Wirkung

Alle zuvor dargestellten Initiativen, einschließlich der Verhaltensänderung in den Gemeinden, der Bildung von Dorfentwicklungskomitees, der Ausbildung von Geburtshelferinnen, des Ausbaus der Zufahrtswege und der Vernetzung, werden einen direkten Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in den Zielgemeinden leisten und werden weitere Verbesserungen der sozio-ökonomischen, politischen und ökologischen Bedingungen in diesen Gemeinden nach sich ziehen.

Da die Projektaktivitäten vornehmlich im Einklang mit den Prioritäten der Gemeinden standen, stehen die erzielten Ergebnisse ebenfalls im Einklang mit diesen. All dies lässt auf eine aus den Gemeinden heraus angetriebene Entwicklung hin zu langfristigen Verbesserungen schließen.

Die Indikatorentabelle der Projektabschlussevaluation belegt eine deutliche Verbesserung gegenüber der Ausgangssituation, was die Verfügbarkeit von sauberem Trinkwasser (75 %), die Verfügbarkeit von vor Ort ausgebildeten Geburtshelferinnen (100 %) und die Betreuung von Geburten durch Geburtshelferinnen (73 %) anbelangt. Ebenso hatte sich die Nutzbarkeit der Zufahrtswege zum Zeitpunkt der Projektabschlussbewertung um 46 % gegenüber der Ausgangssituation verbessert.

## **ERKENNTNISSE**

Im Gesamtblick war das MAMTAA-Projekt, das in den harten Bedingungen der unzugänglichen Berggemeinden Hillkot, Chattarplain, Sum, Bhogarmang und Hungrai des Distrikts Mansehra mit ihrer konservativ-traditioneller Grundeinstellung umgesetzt wurde, ein Erfolg. Das Projekt erarbeitete sich in den Gemeinden hohe Akzeptanz, obwohl sich diese aufgrund des Einflusses fundamentalistischer religiöser Gruppen in der Regel weniger offen gegenüber Veränderungen zeigten.

***Projektziel 1: Die Kapazitäten der Bevölkerung, auf Dorfebene eine Grundversorgung im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit zu gewährleisten, sind gestärkt***

- Die Geburtshelferinnen erhielten eine 22-tägige Ausbildung. Während dieser Ausbildung wurden alle Themen umfassend behandelt; es hätte jedoch noch Raum für Verbesserung dahingehend gegeben, dass praktische Demonstrationen für die Geburtshelferinnen in den Basisgesundheitszentren (BHUs)/Ländlichen Gesundheitszentren (RHCs) oder den Kreiskrankenhäusern (THQs)/Distriktkrankenhäusern (DHQs) hätten ermöglicht werden können.
- Die umfassende Akzeptanz der Dienste jüngerer Geburtshelferinnen bei allen Gemeindegliedern wird noch etwas Zeit in Anspruch nehmen.
- Familienplanung war hauptsächlich Sache der Frauen; diese verwendeten eher injizierbare Verhütungsmittel, für die sie die RHCs aufsuchen mussten.
- Einige der Befragten hatten sich die Radiosendungen nicht angehört, hauptsächlich weil sie keine Radiogeräte zur Verfügung hatten. Doch das Sendegebiet, in dem diese Sendungen ausgestrahlt wurden, war sehr groß.

**Projektziel 2:** *Die Bevölkerung verfügt über einen besseren Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen und fordert eine verbesserte staatliche Gesundheitsversorgung ein*

- Die Koordination des MAMTAA-Projekts mit allen Fachbehörden der Regierung einschließlich des ehemaligen Distriktverwaltungschefs (EDO) für Gesundheit war gut. Zum Zeitpunkt der Projektabschlussbewertung war jedoch ein neuer EDO im Amt, der noch nicht in das MAMTAA-Projekt eingeführt worden war.
- Anstatt die Funktionsfähigkeit der Basisgesundheitszentren (BHUs) sicherzustellen, wurde eine Vernetzung zwischen den Gemeinden und den ländlichen Gesundheitszentren (RHC) umgesetzt. Dies geschah auf Verlangen der Zielgemeinden, da diese die Meinung vertraten, die RHCs seien besser ausgestattet als die BHUs.
- Obwohl Saibaan ein personell sehr gut aufgestelltes Projektgremium eingerichtet hatte, gab es in diesem Gremium häufig Neuernennungen und Versetzungen sowohl von Mitgliedern als auch des Vorsitzenden, weswegen weniger Fortschritte erzielt wurden als erwartet.
- Etwa 25 % der Befragten waren im Voraus nicht ausreichend darüber informiert, dass Gesundheitskampagnen organisiert worden waren.
- Nur 59 % der befragten Gemeindemitglieder waren sich bewusst, dass sie während der Bildung der VDOs und der Auswahl der Kandidaten ihr Einverständnis gegeben hatten.
- Bei der Durchführung von Interviews mit Schlüsselinformanten (KIIs) des Sozialministeriums stellte sich heraus, dass der Registrierungsprozess der VDOs noch nicht begonnen hatte, hauptsächlich da Regierung und Landessbank die Registrierungsverfahren verschleppt hatten.

**Projektziel 3:** *Die Bevölkerung verfügt über eine verbesserte dörfliche Infrastruktur im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung*

- In 11 Dörfern wurden Trinkwasserversorgungssysteme (DWSS) installiert. Da sich in den beiden Dörfern Basala und Chappri keine leicht erschließbaren Wasserquellen befanden, wurden auf Verlangen der Gemeinden stattdessen Straßen und Zufahrtswege gebaut. Dem Projektpersonal zufolge wurde diese Änderung auch Oxfam mitgeteilt.
- In allen Projektdörfern wurden Modelllatrinen gebaut. Die Nachbaurate war niedrig, da die entsprechenden Kosten für die Gemeinen nicht erschwinglich waren.

## **EMPFEHLUNGEN**

Das vorliegende Projekt hat eine gute Grundlage für die Umsetzung eines zielgerichteten Folgeprojekts in den Gemeinden von Mansehra und Umgebung geschaffen. Bei zukünftigen ähnlichen Vorhaben sollten die folgenden Empfehlungen berücksichtigt werden:

- Der Wissensstand und die Kompetenzen der Geburtshelferinnen müssen durch Auffrischkurse und praktische Übungen basierend auf der Vernetzung mit dem nächstgelegenen Basisgesundheitszentrum (BHUs), Ländlichem Gesundheitszentrum (RHCs) oder den Kreiskrankenhäusern (THQs) und Distriktkrankenhäusern (DHQs) noch weiter ergänzt werden, um ihre Fertigkeiten bei der Begleitung von spontanen natürlichen Entbindungen noch weiter zu vertiefen.

- Den neu ausgebildeten Geburtshelferinnen sollten Anreize geboten werden, damit sie auch gegen Widerstände in der Gemeinde weiter in dieser Funktion arbeiten. Darüber hinaus sollte Saibaan sie auch in der Folge bei ähnlichen Aktivitäten begleiten, um sie zu ermutigen und eventuell auftretende Probleme zu lösen. Die Gemeinden sollten auch dafür sensibilisiert werden, jüngere Geburtshelferinnen zu akzeptieren und deren Dienste in Anspruch zu nehmen.
- Um Verhütungsmittel in den entsprechenden Gesundheitseinrichtungen injiziert zu bekommen, müssen die Frauen in einem beschwerlichen mehrstündigen Fußmarsch den Berg heruntersteigen und auf dem Heimweg wieder erklimmen. Die nächsten Projekte zu Familienplanung sollten verstärkt Männer einbinden, um die Benutzung von Kondomen anzuregen. Darüber hinaus sollte es auch Aktivitäten zur lokalen Bereitstellung von Verhütungsmitteln geben.
- Bevor Gesundheitskampagnen organisiert, Radiosendungen ausgestrahlt werden usw., sollten die Gemeinden rechtzeitig informiert werden, um sicherzustellen, dass noch mehr Gemeindemitgliedern davon profitieren können.
- Es sollten Strategien zur Verhaltensänderung (BCC - Behavior Change Communication) unter Einsatz von IEC-Materialien erarbeitet werden, sodass die Gemeinden die Botschaften dem Wortlaut und dem Sinn nach besser verstehen und langfristig befolgen, statt in hergebrachte Verhaltensweisen zurückzufallen.
- Die Koordination mit allen neu ernannten sowie den ehemaligen Distriktverwaltungschefs (EDOs) muss verstärkt werden.
- Es sollten Advocacy-Kampagnen auf Provinzebene (höherer Ebene) erfolgen, um die Verfügbarkeit von geeignetem, geschultem Personal in den RHCs/BHUs, die regelmäßige Lieferung von Arzneimitteln, ausreichende Labordienste und die rechtzeitige Bereitstellung von medizinischem Personal einschließlich Impfpersonal sicherzustellen.
- Im Rahmen der Advocacy-Kampagnen sollten auch höhere Regierungsbeamte adressiert werden, um der politischen Einmischung entgegenzuwirken, ein höheres politisches Engagement zur Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) 4, 5 und 7 zu erreichen, das Problem der häufigen Neuernennungen und Versetzungen von Regierungsbeamten zu lösen und darauf hinzuwirken, dass freie Stellen in den Gesundheitseinrichtungen möglichst schnell besetzt werden.
- In zukünftigen Projekten müssen Aktivitäten zur Sensibilisierung für sanitäre Anlagen angemessen einbezogen werden, um den Gemeinden über entsprechend ausgestattete lokale Geschäfte und spezialisierte Unternehmer den Zugang zu Sanitärprodukten zu erleichtern.
- Um die Botschaften der Radiosendungen so breit wie möglich zu kommunizieren, sollte Saibaan darüber nachdenken, den Dorfwirtschaftskomitees Radiogeräte zur Verfügung zu stellen oder diese an öffentlichen Orten wie Lebensmittelgeschäften oder Friseursalons usw. aufzustellen.
- Im Dorf Basala und wo immer sonst erforderlich müssen Filteranlagen sowie Wasserleitungen installiert werden, um die Versorgung mit sauberem Trinkwasser zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang sollte nach der Installation jeder Leitung das Wasser untersucht werden, um zu prüfen, ob Filteranlagen notwendig sind.



- In den nächsten Projekten müssen Trinkwasserversorgungen und Modelllatrinen in Schulen gebaut werden, um Schulkindern und Lehrern den Zugang zu sanitären Einrichtungen zu erleichtern.
- Alle Aktivitäten müssen den Schwerpunkt auf die Bereitstellung sowohl von „Hardware“- als auch von „Software“-Komponenten legen und durchführbare, an die kulturellen Gegebenheiten angepasste Ansätze zur Unterstützung der ärmsten unter den armen Gemeinden anbieten, die zwar über das notwendige Wissen, nicht aber über die finanziellen Mittel zur Änderung ihrer Praktiken verfügen.
- In künftigen Projekten sollten die Vorschläge und Bedürfnisse der Gemeinden hinsichtlich mehr Straßen, besserer Trinkwasserversorgung und mehr Modelllatrinen ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden. Zudem sollten auch Advocacy-Kampagnen für die Einrichtung lokaler Arzneiausgabestellen sowie von Jungen- und Mädchenschulen in jedem Dorf stattfinden.

## HINTERGRUND

---

### Die Lage in Pakistan

Basierend auf acht MDGs (Millennium-Entwicklungsziele der UN) hat Pakistan 16 Ziele mit 41 Indikatoren zu erreichen<sup>3</sup>. Von diesen verlaufen die Fortschritte bei 10 Indikatoren nach Plan, während bei 24 Indikatoren die Fortschritte weiter hinter den Erwartungen zurückbleiben und die Erzielung eines entsprechenden Fortschritts innerhalb des gesetzten Zeitrahmens wenig wahrscheinlich ist.

Die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren ging von 94 (auf 1.000 Lebendgeburten) in den Jahren 2006/2007 auf 89 (auf 1.000 Lebendgeburten) in den Jahren 2012/2013 zurück, die Säuglingssterblichkeitsrate ging von 77 (auf 1.000 Lebendgeburten) in den Jahren 2001/2002 auf 74 in den Jahren 2012/2013 zurück. Der Anteil der vollständig geimpften Kinder im Alter von unter zwei Jahren ist von 53 % auf 80 % gestiegen, und der Anteil für die Kinder von unter einem Jahr ist in den Jahren 2011/2012 im Vergleich zu 2001/2002 auf 81 % gestiegen<sup>4</sup>.

Die Müttersterblichkeitsrate (MMR – Maternal Mortality Rate) ging von 350 (Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten) in den Jahren 2001/2002 auf 276 (Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten) in den Jahren 2010/2011 zurück. Die Zahl der von geschultem Personal begleiteten Entbindungen ist von 24 % in den Jahren 2001/2002 auf 52 % in den Jahren 2012/2013 gestiegen. Während des gleichen Zeitraums ist der Anteil der verheirateten Frauen, die Verhütungsmittel verwenden (CPR – Contraceptive Prevalence Rate), von 28 % auf 35 % gestiegen<sup>5</sup>.

Dieses Lagebild zeigt, dass mit verstärkten Bemühungen und in einem angepassten Zeitrahmen noch vieles erreicht werden muss. Das Zurückbleiben hinter den angestrebten Fortschritten insbesondere bei den MGD-Zielen 4 und 5 in den Provinzen Punjab, Sindh und Belutschistan sowie Khyber Pakhtunkhwa (KPK) ist kein Einzelfall. Im Rahmen des MDG 4 „Senkung der Kindersterblichkeit“ hinkt KPK bei den Indikatoren der Säuglingssterblichkeit, der Impfung von Kindern, insbesondere gegen Masern, und der Bereitstellung von weiblichem Gesundheitspersonal hinterher. Ebenso liegt KPK auch im Rahmen von MDG 7 „Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit“ hinter den anderen Provinzen zurück, was den Anteil der Bevölkerung mit nachhaltigem Zugang zu einer verbesserten, gesicherten Wasserversorgung angeht. Bei diesen beiden Zielen zeigen sich große Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten.

Den hinter den Erwartungen zurückbleibenden Fortschritten liegen Herausforderungen zugrunde wie *„Naturkatastrophen, Konflikte, institutionelle, administrative und politische Veränderungen, geringes Engagement bei wirtschaftlichen Reformen, mangelndes Problembewusstsein, ein Rückgang des Engagements bei den Entwicklungspartnern aufgrund der globalen Rezession von 2007 sowie die verspätete Übernahme der MDG-Pläne auf subnationaler Ebene“*<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> <http://www.pk.undp.org/content/pakistan/en/home/mdgoverview.html>

<sup>4</sup> <http://www.pk.undp.org/content/pakistan/en/home/mdgoverview.html>

<sup>5</sup> <http://www.dailytimes.com.pk/business/19-Jan-2014/mdgs-deadline-2015-approaching-pakistan-on-track-of-10-behind-in-24-indicators>

<sup>6</sup> Daily Times-Business-26. Juni 2015

## Die Lage im Distrikt Mansehra

Mansehra liegt im Norden von Pakistan. Der Distrikt grenzt im Norden an die Distrikte Batagram und Kohistan, im Osten an den Distrikt Muzafarabad von Azad Jamu und Kaschmir, im Süden an die Distrikte Abbottabad und Haripur und im Westen an den Distrikt Swat.

Die Bevölkerung des Distrikts Mansehra umfasst 1.378.210 Menschen mit einer Wachstumsrate von 2,82 %. Nur 6 % der Bevölkerung des Distrikts lebt in städtischen Gebieten. Die Bevölkerungsdichte beträgt 301 Personen pro Quadratkilometer. 41,97 % der Bevölkerung sind unter 15 Jahren alt.<sup>7</sup> 50,6 % der Bevölkerung sind zwischen 15 und 64 Jahren alt, während 3,9 % 65 Jahre und älter sind<sup>8</sup>. 22 % der Frauen und 16 % der verheirateten Frauen sind im gebärfähigen Alter. Das Geschlechterverhältnis (Anzahl der männlichen auf 100 weibliche Personen bei der Geburt) beträgt 99. Die Alphabetisierungsrate beläuft sich auf 57 %<sup>9</sup>. Die Säuglingssterblichkeitsrate beträgt 63 auf 1.000 Lebendgeburten und die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter 5 Jahren beträgt 75 auf 1.000 Lebendgeburten. Die Müttersterblichkeit im Distrikt beläuft sich auf 275 von 100.000 Lebendgeburten.

Der Distrikt besteht aus den drei Landkreisen Balakot, Mansehra und Oghi, die administrativ weiter in 59 Samtgemeinden (UCs) untergliedert sind. Mansehra ist bekannt für seine Gebirgsketten, Ebenen, Täler und Seen. Gujars, Tanaolis, Swatis, Awans und Syeds sind wichtige und bekannte Stämme in diesem Distrikt. Die Hauptsprache von Mansehra ist Hindko; zu den weiteren Sprachen gehören Paschtu, Kohistani, Pahari, Majhi und Urdu als die vorherrschenden Sprachen in den Städten. Die Menschen von Mansehra leben hauptsächlich von Ackerbau, Geflügelzucht, Bergbau und Tourismus. Aufgrund des bergigen Geländes und der harschen Klimabedingungen erhöht der fehlende Zugang zu diversen Unterhaltsquellen jedoch die interne Verwundbarkeit (Schutzlosigkeit, Unsicherheit) sowie externe Risiken und Stressfaktoren (extreme negative Einkommensschwankungen, Krankheiten und Naturgefahren) für die Menschen.

Zwar gibt es im Distrikt Mansehra 71 Gesundheitseinrichtungen<sup>10</sup>, einschließlich eines Distriktkrankenhauses (DHQ), 10 Kreiskrankenhäusern (THQs)/Landkrankenhäusern, 8 ländliche Gesundheitszentren (RHCs) und 52 Basisgesundheitszentren (BHUs); diese sind jedoch unzureichend ausgestattet. Ein Mangel an medizinischem Personal, Geräten, Verbrauchsgütern, Anlagen und Investitionen in die Infektionsprävention und -kontrolle, verbunden mit zu wenigen und verzögerten Lieferungen, unzureichender Finanzierung, einem fehlenden Rechenschaftsmechanismus, der Einmischung durch einflussreiche Politiker, häufigen Ernennungen, Versetzungen und lange vakanten Stellen führt zu einer quantitativ und qualitativ unzureichenden medizinischen Versorgung.

Das bergige, schwer zugängliche Gelände ohne geeignete Verkehrsinfrastruktur erschwert den schnellen Zugang der Gemeinden zu Gesundheitseinrichtungen und stellt, neben einem mangelnden Problembewusstsein, eine der Hauptursachen für die ‚Drei Verzögerungen‘ während der Entbindung<sup>11</sup> und die daraus resultierende Müttersterblichkeit dar. Auch für die

<sup>7</sup> Bewertung bezüglich der Gesundheitseinrichtungen - Mansehra - TRF 2012

<sup>8</sup> [greenenv-blog.com/files/2009/06/mansehra-profile.doc](http://greenenv-blog.com/files/2009/06/mansehra-profile.doc)

<sup>9</sup> Bewertung bezüglich der Gesundheitseinrichtungen - Mansehra - TRF 2012

<sup>10</sup> Bewertung bezüglich der Gesundheitseinrichtungen - Mansehra - TRF 2012

<sup>11</sup> Der Begriff der Drei Verzögerungen („Three Delays“) bezieht sich auf die drei Hauptfaktoren, welche die professionelle Betreuung der Entbindung verzögern können: (1) Die verzögerte Entscheidung, eine Gesundheitseinrichtung für die Entbindung aufzusuchen, (2) Verzögerungen auf dem Weg zur Gesundheitseinrichtung aufgrund schlechter Erreichbarkeit, sowie (3) Verzögerungen in der Gesundheitseinrichtung bis zur professionellen Begleitung der Entbindung aufgrund dortigen Mangels an Personal, Räumlichkeiten und medizinischen Gütern.

Säuglings- und Kindersterblichkeit innerhalb des Distrikts zeichnet die schlechte Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtungen wesentlich verantwortlich. Die Dörfer liegen auf Bergspitzen oder -ausläufern, sodass man für den Auf- und Abstieg mehrere Stunden braucht. Die Frauen werden für den Weg zur Entbindung auf Pritschen oder selbstgebastelten Tragbahnen festgebunden und dann ins Tal und zum Krankenhaus getragen, was drei bis vier Stunden in Anspruch nimmt. Einige sterben auf dem Weg ins Krankenhaus und einige in den Gesundheitseinrichtungen selbst, wo es entweder an Personal oder der notwendigen Infrastruktur fehlt.

Die weitverbreitete Armut verschlechtert die Situation zusätzlich, da es in armen Gemeinden gehäuft zu Mangelernährung durch fehlende Nahrungsmittel kommt. Schwangere und stillende Frauen sowie Kinder können ihre Ernährung nicht nur aufgrund des häufig fehlenden Bewusstseins für ausgewogene Ernährung, sondern auch aufgrund der fehlenden Mittel nicht optimieren.

Auch in den Bereichen Wasser- und Sanitärversorgung, Hygiene sowie Kanalisations- und Entwässerungsanlagen sind die Bedingungen in den Dörfern und in den Randgebieten des Distrikts schlecht. Zumeist wird die Notdurft im Freien verrichtet, da die meisten Haushalte finanziell nicht in der Lage sind, sich Latrinen zu bauen. Darüber hinaus existiert in den Dörfern des Distrikts Mansehra kein angemessenes Entsorgungssystem für feste und flüssige Abfälle. Das Fehlen einer sauberen Trinkwasserversorgung begünstigt darüber hinaus die Entstehung von durch Wasser übertragener Krankheiten wie Cholera, Ruhr, Durchfall, Krätze/Hautinfektionen, Malaria und Hepatitis A. Weiterhin herrschen in diesen Gebieten auch Nierenerkrankungen vor.

Um Gesundheit, Hygiene und Wohlbefinden in diesen Gemeinden zu verbessern und durch möglichst uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten zu einer Verbesserung ihrer Lebensumstände beizutragen, hat die Saibaan Development Organisation im November 2012 mit finanzieller Unterstützung von Oxfam Deutschland e.V. und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das Entwicklungsprojekt *Förderung der Mutter-Kind-Gesundheit in abgelegenen Dörfern im Distrikt Mansehra* (MAMTAA) im Distrikt Mansehra ins Leben gerufen.

### **Die Ziele des MAMTAA-Projekts**

Für die Umsetzung des MAMTAA-Projekts wurden folgende spezifische Ziele definiert:

- i. **Die Kapazitäten der Bevölkerung, auf Dorfebene eine Grundversorgung im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit zu gewährleisten, sind gestärkt** (durch die Ausbildung von ausgewählten Frauen in der Gemeinde zu Geburtshelferinnen, Veranstaltungen zur Bewusstseinsstärkung; Theater- und Rollenspiele, IEC-Materialien und Radio-sendungen zu Themen wie Mutter-Kind-Gesundheit, Familienplanung, reproduktive Gesundheit, Ernährung, Gesundheit und Hygiene).
- ii. **Die Bevölkerung verfügt über einen besseren Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen und fordert eine verbesserte staatliche Gesundheitsversorgung ein** (durch Advocacy-Kampagnen für funktionierende Basisgesundheitszentren, Seminare auf Distriktebene, Gesundheitskampagnen auf Dorfebene, Impfkurse, Vernetzung der Geburtshelferinnen mit den nächstgelegenen Gesundheitseinrichtungen, Einrichtung eines effektiven Überweisungssystems und Ausbau der Zufahrtswege von den Dörfern zu den Hauptverkehrsstraßen).

- iii. **Die Bevölkerung verfügt über einen verbesserte dörfliche Infrastruktur im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung** (durch den Aufbau eines Trinkwassersystems und den Bau von Modelllatrinen).

#### 1.4 Projektabschluss-Evaluation

Nach Ende des MAMTAA-Projekts am 31. Mai 2015 wurde vom 5. bis 17. Juni 2015 eine externe Projektabschluss-Evaluation durchgeführt.

Im Rahmen der Evaluation setzten wir auf die partizipative Einbindung der Zielgemeinden und stellten eine Beteiligung von Frauen, Männern, Jungen, Mädchen sowie weiterer benachteiligter Gruppen auf gleichberechtigter Basis sicher. Darüber hinaus wurde eine breite Beteiligung aller direkt beteiligten Stakeholder, also der direkten Zielgruppen, des Projektteams sowie der Mitarbeiter/innen von Regierung und Nichtregierungsorganisationen, sichergestellt.

#### Schlüsselfragen bei der Evaluierung

Folgende Schlüsselfragen wurden für die Projektabschluss-Evaluierung identifiziert:

Hauptfrage: „*Inwieweit hat dieses Projekt zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in den 13 Gemeinden beigetragen?*“

Darüber hinaus wurden die folgenden Unterfragen identifiziert:

- A. *Die Kapazitäten der Bevölkerung, auf Dorfebene eine Grundversorgung im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit zu gewährleisten, sind gestärkt*
  - i. Sind die Frauen in der Gemeinde der Ansicht, dass die Auswahl der Teilnehmerinnen an der Ausbildung für ausgebildete Geburtshelferinnen (TBAs) nach einem transparenten und gerechten Verfahren abgelaufen ist?
  - ii. Sind die TBAs der Ansicht, dass sie gut genug ausgebildet und ausgerüstet sind, um komplikationsfreie Schwangerschaften und Entbindungen auf Dorfebene zu begleiten?
  - iii. Sehen die Frauen der Gemeinde die Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt als verbessert an?
  - iv. Kam es während des Projekts zu einem Rückgang der Müttersterblichkeit während der Entbindung? Falls ja, was waren die Hauptgründe dafür?
  - v. Kam es während des Projekts zu einem Rückgang der Kindersterblichkeit? Falls ja, was waren die Hauptgründe dafür?
  - vi. War bei den Zielgruppen des Projekts eine Änderung ihres Wissensstandes, ihrer Haltung und Praktiken in Bezug auf Themen wie Mutter-Kind-Gesundheit, reproduktive Gesundheit, Bedürfnisse von schwangeren und stillenden Frauen und gesunde Ernährung zu beobachten? Was waren die Hauptgründe, wenn die Sensibilisierung nicht zu einer Verhaltensänderung führte?

**B. Die Bevölkerung verfügt über einen besseren Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen und fordert eine verbesserte staatliche Gesundheitsversorgung ein**

- i. Haben die TBAs Risikoschwangerschaften rechtzeitig erkannt und wurden diese Fälle rechtzeitig an die staatlichen Gesundheitszentren verwiesen?
- ii. Wurde eine effektive Vernetzung der TBAs mit den staatlichen Gesundheitszentren erreicht?

**C. Die Bevölkerung verfügt über eine verbesserte dörfliche Infrastruktur im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung**

- i. Wurden die Begünstigten für die Trinkwasserversorgung in partizipatorischer Absprache mit den Dorfentwicklungskomitees sowie bedarfsorientiert (mit einem besonderen Schwerpunkt auf Frauen) ausgewählt? Sind die Mitglieder der Gemeinde mit der Auswahl einverstanden?
- ii. Haben die Gemeinden die Kapazitäten und den Willen, selbst zusätzliche Latrinen zu bauen?

## ERKENNTNISSE

---

Der Bericht über die Projektabschluss-Evaluation kommt zu dem Schluss, dass das MAMTAA-Projekt im Gesamtblick ein Erfolg gewesen ist, auch wenn die Ergebnisse in einigen Bereichen hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind. Letzteres ist aber im Licht des Kontextes und der unvermeidlichen Gegebenheiten der Realität zu sehen.

### Kontextanalyse

Das MAMTAA-Projekt war das erste Großprojekt seiner Art, das in den harten Bedingungen der bergigen und schwer zugänglichen Dörfer der Samtgemeinden Hillkot, Chattarplain, Sum, Bhogarmang und Hungrai im Distrikt Mansehra durchgeführt wurde. Die traditionelle Grundeinstellung der Gemeinden aller Projektdörfer ist stark von konservativen religiösen Gruppen beeinflusst. Die dörflich-bäuerliche, selten alphabetisierte Bevölkerung dieser Dörfer hält weitgehend veränderungsresistent an tradierten gesellschaftlichen und religiösen Normen fest. Das Leben sowohl von Männern als auch von Frauen läuft in streng geregelten sozialen Bahnen ab. Die Frauen genießen keine oder nur wenig Mobilität; sie bleiben zu Hause und halten die Parda (Verschleierung) ein. Moderne Menschenrechte werden in diesen Gemeinden nicht anerkannt, respektiert oder geltend gemacht. Der Gesundheit förderliche Verhaltensweisen bilden sich nicht heraus, und Praktiken der Familienplanung werden zumeist als Mord an einem menschlichen Wesen begriffen.

Unter diesen Vorbedingungen Akzeptanz zu gewinnen und Veränderungen in Bereichen wie qualifizierter Geburtshilfe, Stillen, Familienplanung, reproduktiver Gesundheit, Impfen und Hygiene anzustoßen, war eine große Herausforderung. Von Vorteil für das MAMTAA-Projekt war jedoch, dass Saibaan bereits in anderen Projektvorhaben in diesem Gebiet gearbeitet und großes Vertrauen in den Gemeinden gewonnen hatte.

Es ist ein Erfolg für das Projekt, Männer, Frauen, männliche und weibliche Jugendliche sowie Kinder so weit sensibilisiert zu haben, dass sie nicht nur frei über Themen wie Mutter-Kind-Gesundheit, Familienplanung, Stillen, qualifizierte Geburtshilfe, Hygiene und reproduktive Gesundheit sprechen, sondern auch ihr Verhalten in diesen Bereichen überdenken und anpassen. Es ist dem Projekt dadurch gelungen, eine Brücke zwischen theoretischer und praktischer Arbeit zu schlagen.

Ein weiteres wichtiges Querschnittsergebnis des Projekts ist die Stärkung der Position der Frauen. Durch die Schärfung des Bewusstseins sowohl von Männern als auch von Frauen haben Frauen begonnen, sich in Entscheidungsprozesse in ihrem Haushalt einzubringen, insbesondere, wenn es um Entscheidungen geht, die ihre eigene Gesundheit oder die ihrer Familie betreffen. Die ausgebildeten Geburtshelferinnen haben begonnen, ihr eigenes Geld zu verdienen, was ihnen einerseits zu Selbstvertrauen und andererseits zu finanzieller Unabhängigkeit verholfen hat.

Die politische Ermächtigung der Frauen ist eine weitere indirekte Wirkung des Projekts. In allen Zielgemeinden hatten die Frauen zuvor nicht an Wahlen teilgenommen, entweder aus mangelndem Interesse oder weil ihre Männer es ihnen nicht erlaubt hatten. Nun, nach entsprechender Sensibilisierung, haben sie bei den Kommunalwahlen das erste Mal ihre Stim-

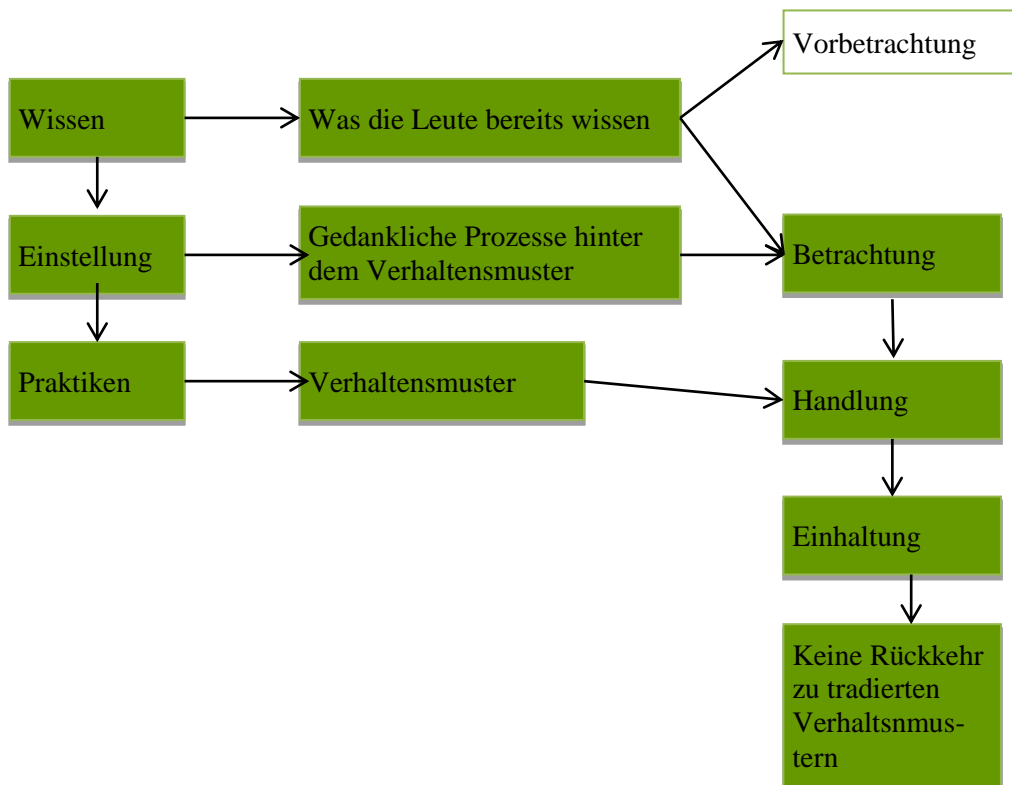
men abgegeben. Ihre Männer erlaubten ihnen das nicht nur, sondern begleiteten sie auch zum Wahllokal. All dies ist ein guter Anfang hin zu einem erfolgreichen, gemäßigteren Lebensstil.

Dorfgemeinschaftshäuser für Frauen:

Für die Mehrzahl der Aktivitäten im Rahmen des MAMTAA-Projekts wurden die Dorfgemeinschaftshäuser für Frauen umfänglich genutzt, die Saibaan im Rahmen der Vorgängerprojekte für Dorfgemeinschaftshäuser in acht Projektdörfern errichtet hatte. Diese wurden nicht nur als Ort zum Lernen, sondern in allen acht Dörfern auch als Schulen und Veranstaltungsorte für Versammlungen genutzt. Darüber hinaus luden diese schattigen, kühlen und geschützten Bereiche mehr Leute zur Teilnahme an Projektaktivitäten ein.

Kommunikationsmodell zur Verhaltensänderung

Im Rahmen des Projekts wurde eine Kampagne zur Verhaltensänderung (BCC - Behavior Change Communication) initiiert, die bei den Gemeindemitgliedern Änderungen hinsichtlich des Wissensstandes, der Einstellung und des Verhaltens entsprechend dem folgenden Modell herbeiführen konnte:





## **Erkenntnisse nach Projektzielen geordnet**

*Projektziel 1: Die Kapazitäten der Bevölkerung, auf Dorfebene eine Grundversorgung im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit zu gewährleisten, sind gestärkt*

### **Leistung der ausgebildeten Geburtshelferinnen:**

Im Rahmen des MAMTAA-Projekts wurden Geburtshelferinnen verschiedener Altersgruppen ausgewählt, wobei jüngere TBAs angemessen berücksichtigt wurden, um eine längerfristige Bereitstellung einer qualifizierten Geburtshilfe zu gewährleisten. Jedoch wird es Zeit brauchen, bis jüngere Geburtshelferinnen vollständige Akzeptanz in den Gemeinden gefunden haben werden.

Während der 22 Tage dauernden Ausbildung sollten zwei Tage für einen Praxiseinblick in Basisgesundheitszentren (BHUs), ländliche Gesundheitszentren (RHCs) o.ä. integriert werden, sodass die Geburtshelferinnen Entbindungen unter der Aufsicht von Gynäkologen, Lady Health Visitors (LHVs) und ausgebildeten Hebammen beiwohnen und diese auch begleiten können.

Die Geburtshelferinnen sind gut ausgebildet, obgleich es noch Bedarf an Auffrischkursen sowie Praxiseinblick in Gesundheitszentren und Krankenhäuser gibt, um ihre Fertigkeiten bei der Begleitung von spontanen natürlichen Entbindungen noch weiter zu vertiefen.

### **Familienplanung:**

Bei der Familienplanung wurde vorwiegend auf injizierbare Verhütungsmittel zurückgegriffen. Das bedeutete, dass die Frauen Berge herab- und hinaufsteigen und oft stundenlange Wege auf sich nehmen mussten.

### **Schulungen zur reproduktiven Gesundheit:**

In allen 13 Dörfern wurden, der konservativen Grundeinstellung der Gemeinden zum Trotz, Schulungen zur reproduktiven Gesundheit abgehalten.

### **Radiosendungen:**

Einige der befragten Gemeindemitglieder hatten sich die Radiosendungen nicht angehört, da ihnen keine Radioempfänger zur Verfügung standen.

*Projektziel 2: Die Bevölkerung verfügt über einen besseren Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen und fordert eine verbesserte staatliche Gesundheitsversorgung ein*

### **Bildung und Registrierung von Entwicklungskomitees auf Dorfebene:**

Ein Großteil der Befragten (59 %) war sich bewusst, dass sie um ihr Einverständnis für die Wahl von Mitgliedern für die Dorfentwicklungskomitees (VDOs) gebeten wurden.

Das Verfahren zur Registrierung der Dorfentwicklungskomitees lief zum Zeitpunkt der Evaluation immer noch, da Regierung und Staatsbank die Registrierung verschleppt hatten.

### **Projektgremium:**

Die Mehrheit der Mitglieder der Gemeinden war sich nicht bewusst, dass im Distrikt Mansehra im Rahmen des MAMTAA-Projekts ein Projektgremium eingerichtet worden war und wie dieses funktionierte. Die Mitglieder der Dorftwicklungskomitees, die auch zum Projektgremium gehörten, hatten jedoch diesbezügliche Informationen.

Nur 4 der 13 Projektgremiumssitzungen konnten überhaupt stattfinden. Hauptgrund hierfür war die häufige Neuernennung und Versetzung von Gremiumsmitgliedern. Die neuen Gremiumsmitglieder wurden zwar auch entsprechend eingewiesen, jedoch nahm dies durch die schiere Anzahl von mehr als 10 ausgetauschten Mitgliedern während der Projektlaufzeit viel Zeit in Anspruch und sorgte für entsprechende Verzögerungen im Ablauf.

### **Koordination mit dem Gesundheitsamt:**

Die Koordination zwischen dem MAMTAA-Projektteam und dem ehemaligen Distriktverwaltungschef (EDO) für Gesundheit war gut; der neu ernannte Distriktverwaltungschef allerdings war nicht sehr gut über das Projekt informiert.

### **Advocacy Kampagne für funktionierende Basisgesundheitszentren (BHUs):**

Diese Projektkomponente wurde formal geändert. Die BHUs lagen in extrem schwer zugänglichen Gegenden, weswegen auf schriftliche Anfrage der betroffenen Gemeinden eine Vernetzung zwischen den Gemeinden und den ländlichen Gesundheitszentren (RHCs) hergesetelt wurde, die sich in vergleichsweise leicht zugänglichen Gebieten befanden und auch besser ausgestattet waren als die BHUs.

### **Gesundheitskampagnen:**

Die deutliche Mehrzahl der Befragten (75 %) hatte die Gesundheitskampagnen besucht und dort medizinische Dienste in Anspruch genommen. Jedoch waren 25 % der Befragten nicht im Voraus über die Organisation der Gesundheitskampagnen in ihren Dörfern informiert, sodass sie dementsprechend nicht daran teilnehmen konnten.

*Projektziel 3: Die Bevölkerung verfügt über eine verbesserte dörfliche Infrastruktur im Bereich Wasser- und Sanitärversorgung*

### **Trinkwassersysteme:**

In 11 der 13 Zieldörfer wurde der Bau von Trinkwassersystemen abgeschlossen. Da in den Dörfern Basala und Chapri keine saubere Wasserquelle zur Verfügung stand, wurden mit dem Einverständnis der Gemeinde in diesen Dörfern stattdessen zusätzliche Zufahrtsstraßen gebaut.

### **Modelllatrinen:**

Die fertiggestellten Modelllatrinen wurden zwar nachgebaut, jedoch nur in geringem Umfang, da für einen Nachbau oft die finanziellen Mittel fehlten und entsprechende Sanitärgeschäfte für viele Gemeinden weit entfernt und nur schwer erreichbar waren.

## EMPFEHLUNGEN

---

Mit dem vorliegenden Projekt wurde eine gute Grundlage für die Umsetzung eines zielgerichteten zukünftigen Projekts in den Gemeinden von Mansehra und Umgebung geschaffen.

Die in der Projektabschluss-Evaluation formulierten Empfehlungen wurden nach sorgfältiger und eingehender Auswertung des Projektkonzepts, der Umsetzung, der Strategien, der Methoden, der Reaktionen der Gemeinden und des Feedbacks aller Stakeholder ausgearbeitet. Alle empfohlenen Aktivitäten und Strategien sollten vor Beginn zukünftiger Projektvorhaben unbedingt berücksichtigt werden, sodass die Ziele und Vorgaben dem Wortlaut und dem Sinn nach mit noch mehr Engagement erreicht werden können.

Für künftige Projektvorhaben werden die folgenden Empfehlungen formuliert:

1. Der Wissensstand und die Kompetenzen der Geburtshelferinnen müssen durch Auffrischkurse und Vernetzung mit den nächstgelegenen Basisgesundheitszentren (BHUs)/Ländlichen Gesundheitszentren (RHCs) oder den Kreiskrankenhäusern (THQs)/Distriktkrankenhäusern (DHQs) erweitert werden, in denen sie auch Praxiseinblick erhalten. In folgenden, thematisch ähnlichen Projektvorhaben sollten die TBAs mit einbezogen werden, um ihnen praktische Erfahrungen im Zusammenhang mit spontanen natürlichen Entbindungen zu vermitteln.
2. Da die Gemeinden finanziell nicht zu hoher Entlohnung der Geburtshelferinnen für ihre Betreuung von Entbindungen in der Lage sind, sollten den neu ausgebildeten Geburtshelferinnen anderweitige Anreizstrukturen geboten werden, damit sie ihre wertvolle Arbeit fortsetzen. Darüber hinaus sollte Saibaan sie bei weiteren ähnlichen Aktivitäten begleiten, um sie zu ermutigen und eventuell auftretende Probleme zu lösen. Die Gemeinden sollten auch dafür sensibilisiert werden, jüngere Geburtshelferinnen zu akzeptieren und deren Dienste in Anspruch zu nehmen.
3. Um ein injizierbares Verhütungsmittel verabreicht zu bekommen, müssen Frauen einen anstrengenden mehrstündigen Fußweg auf sich nehmen, um den Berg hinaufzusteigen, die Gesundheitseinrichtung zu besuchen und auf dem Heimweg wieder den Berg hinaufsteigen. Künftige Aktivitäten sollten sich im Bereich der Familienplanung stärker auf die Männer konzentrieren, damit diese mehr Kondome benutzen. Ebenso sollten Aktivitäten geplant werden, um Verhütungsmittel auf lokaler Ebene verfügbar zu machen.
4. Vor der Veranstaltung von Gesundheitskampagnen, der Ausstrahlung von Radiosendungen und ähnlichen Aktivitäten für die Gemeindemitglieder sollten diese rechtzeitig informiert werden, um eine noch breitere Teilnahme sicherzustellen.
5. Für die Verwendung von IEC-Materialien durch die Gemeinden sollten Strategien zur Verhaltensänderung (BCC - Behavior Change Communication) formuliert werden, die sowohl dem Wortlaut als auch dem Sinn nach eingehalten werden. Die IEC-Materialien sollten nach einer angemessenen Einführung der Zielgemeinden in die zentralen Botschaften an die Gemeindemitglieder verteilt werden;

zudem sollte in einer Ex-post-Prüfung sichergestellt werden, dass die Gemeinden die Botschaften verinnerlicht haben und nicht wieder in alte Verhaltensmuster zurückkehren.

6. Die Koordination mit allen neu ernannten Distriktverwaltungschefs (EDOs) sowie mit den ehemaligen EDOs muss verstärkt werden.
7. Über Advocacy-Kampagnen auf Provinzebene (auf höherer Ebene) sollte sichergestellt werden, dass in den RHCs/BHUs ausreichend geschultes medizinisches Personal, Impf- und Hilfspersonal verfügbar sind, dass Arzneimittel regelmäßig geliefert werden und zureichende Labordienste genutzt werden können.
8. Auch bei den Regierungsbehörden auf Provinzebene muss für die folgenden Punkte eingetreten werden:
  - a) Mehr politisches Engagement bei der Erreichung der MDG-Ziele 4, 5 und 7.
  - b) Beendigung der politischen Einmischung in Gesundheitseinrichtungen und Fachbehörden.
  - c) Vermeidung häufiger Neuernennungen/Versetzungen von Regierungsbeamten in den Fachbehörden.
  - d) Besetzung aller freien Posten in den Gesundheitseinrichtungen.
  - e) Bereitstellung von Baumaterialien für die Gemeinden, um Latrinen kostenfrei oder –günstig nachbauen zu können.
  - f) Angebot zusätzlicher Anreize für die TBAs, um die qualifizierte Begleitung von Entbindungen langfristig zu gewährleisten.
9. In kommenden Projekten müssen Aktivitäten zur Sensibilisierung für sanitäre Anlagen angemessen berücksichtigt werden, um einen leichten und erschwinglichen Zugang der Gemeinden zu Sanitärprodukten zu gewährleisten. Für diesen Zweck sollten lokale Geschäfte subventioniert sowie die Unternehmer geschult und mit den Hauptmärkten vernetzt werden.
10. Im Dorf Basala, und wo immer sonst erforderlich, sollten zusammen mit dem Wasserleitungen auch Filteranlagen installiert werden, um eine Versorgung mit sauberem Trinkwasser zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang sollte nach der Installation jeder Leitung das Wasser untersucht werden, um zu prüfen, ob Filteranlagen notwendig sind.
11. In den nächsten Projekten müssen zur sanitären Versorgung der Schulkinder und Lehrer Trinkwassersysteme und Modelllatrinen auch in Schulen gebaut werden.
12. Alle künftigen Interventionen sollten durchführbare, den kulturellen Gegebenheiten angepasste Ansätze zur Unterstützung der ärmsten unter den armen Gemeinden bereitstellen.
13. Um die Gemeinden noch mehr von den Radiosendungen profitieren zu lassen, sollte Saibaan darüber nachdenken, den Dorfwirtschaftskomitees Radiogeräte

zur Verfügung zu stellen oder solche Geräte an öffentlichen Orten wie Lebensmittelgeschäften, Friseursalons usw. aufzustellen.

14. Die Gemeinden sollten schon länger im Voraus über die Sendezeit der Radiosendungen informiert und ermutigt werden, diese zu verfolgen.
15. Alle folgenden Aktivitäten sollten den Schwerpunkt auf die Bereitstellung sowohl von „Hardware“- als auch von „Software“-Komponenten legen, um die ärmsten der armen Gemeinden zu unterstützen. So könnten etwa im Rahmen von Gesundheits- und Hygieneprojekten auch Maßnahmen zur Berufsausbildung bereitgestellt werden.
16. In Folgeprojekten mit ähnlichem thematischem Schwerpunkt sollten die Vorschläge und Bedürfnisse der Gemeinden, etwa für mehr Straßenbau, Trinkwassersysteme und Modelllatrinen, angemessen berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten die Projekte auch, wie von den Zielgemeinden während der Abschlussevaluation gefordert, für die Einrichtung lokaler Medikamentenausgabestellen sowie von Jungen- und Mädchenschulen in allen Dörfern eintreten.
17. Um häufige Wechsel des Projektpersonals vor Ort zu vermeiden, müssen die Vergütungspakete angepasst werden, um das Personal und insbesondere das Personal vor Ort beständig zu motivieren und die gesetzten Ziele bestmöglich zu erreichen.



# Eine mutige Frau

## Erfolgsgeschichte

Bilqees Fatima, 30 Jahre alt und Ehefrau von Abdul Razaq, lebt im Dorf Garang in der Samtgemeinde (Union Council) Sum im Distrikt Mansehra. Sie hat drei Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren.

Etwa acht Jahre zuvor hatte sie die Schule nur mit der mittleren Reife abgeschlossen. Sie war Hausfrau und kümmerte sich gleichzeitig um den Haushalt, die Kinder, den Schwiegervater, die Schwiegermutter und die Tiere.

Als die Saibaan Development Organisation mit Kursen in praktischen und Einkommen generierenden Fertigkeiten in ihrem Dorf begann, schloss sie sich an, und mit ihrer redgewandten Art und natürlichen Führungskompetenz wurde sie zu einer Frauen-Aktivistin. Als sich ihr im Rahmen von Saibaan-Treffen und -Schulungen die Möglichkeit bot, Orte außerhalb ihres Dorfes im Distrikt Mansehra zu besuchen, traf sie bei verschiedenen Gelegenheiten auf gut ausgebildete Leute



Deren Wissen und Verhalten beeindruckte sie so stark, dass nach und nach ihr Interesse an Bildung wuchs. Sie überlegte, wie sie ihre Fähigkeiten verbessern könnte, um Saibaan genauso vertreten zu können wie diese Leute. Schließlich kam sie zu dem Schluss, dass dies ohne eine Ausbildung unmöglich sein würde.

Daraufhin beschloss sie, einen höheren Bildungsabschluss anzustreben.

Sie informierte ihre Familie über ihre Entscheidung und wurde von ihren Verwandten ermutigt, sich weiterzubilden. Da ihr Ehemann im Ausland arbeitete, sagte ihr Schwiegervater ihr seine volle Unterstützung zu und übernahm die Betreuung der Kinder und die Aufgaben außerhalb des Haushalts.

Sie begann, im Selbststudium und ohne Unterstützung eines Lehrers zu lernen.

In meinem abgelegenen Dorf gab es keine Schule, kein College oder eine andere Bildungseinrichtung.

Trotz vieler Schwierigkeiten hat sie ihren Mut nicht verloren. Sie studierte und erledigte gleichzeitig die im Haushalt anfallenden Arbeiten. Sie arbeitete jeden Tag hart und wurde stets von Mitgliedern des Saibaan-Teams ermutigt, wenn diese ihr Dorf besuchten. Schließlich konnte die nach zwei Jahren mit Erfolg ihre Prüfung für die allgemeine Hochschulreife ablegen. Als sie ihr Abschlusszeugnis überreicht bekam, waren sie und ihre Schwiegereltern unendlich glücklich.

Ohne die Unterstützung meiner Schwiegereltern und des Saibaan-Teams hätte ich meine Ziele nicht weiter verfolgt.

Aber damit war ihr Ziel noch nicht erreicht.



Sie nahm ein akademisches Studium auf, und mit dem gleichen Elan und Engagement meldete sie sich zwei Jahre später zur Bachelor-Prüfung. Sie hat die Prüfung in allen Fächern außer einem bestanden und bereitet sich in diesem Fach derzeit auf die Nachprüfung vor. Neben diesem Studium hat sie zudem einen einjährigen Kurs zum Erwerb des Lehrerdiplooms belegt.

Nach dem Bachelor werde ich weiter studieren und meinen Master machen.

Seit acht Jahren arbeitet sie nun bei Saibaan. Im Moment ist sie Vorsitzende des weiblichen Dorfentwicklungskomitees, das im Rahmen des Projektes „Förderung der Mutter-Kind-Gesundheit in abgelegenen Dörfern“ gegründet wurde. Sie ist eine engagierte und hart arbeitende Frau, die Frauen für Gesundheit und Hygiene sensibilisiert und an allen MAMTAA-Aktivitäten, -Schulungen und -Rollenspielen aktiv teilnimmt.



## ERFOLGSGESCHICHTE

SEITE 2

Hier ist ihre Geschichte aber noch lange nicht zu Ende. Sie musste sich im Leben einer schweren Prüfung stellen. Ihr Ehemann, der im Ausland als Hilfsarbeiter arbeitete, stürzte während Bauarbeiten von einem zweistöckigen Gebäude. Er brach sich mehrere Knochen und zog sich schwere Verletzungen am Rückenmark zu, so dass er sich auf Jahre nicht bewegen oder gehen konnte.

Als er in diesem Zustand nach Hause kam, war Bilqees äußert erschüttert und angespannt. Sie entschloss sich jedoch, sich dieser Herausforderung tapfer zu stellen.

**Ich habe erneut all meinen Mut zusammengenommen, um mich der Situation zu stellen und sie erfolgreich zu meistern.**

Jetzt musste sie mehrere Rollen übernehmen, die einer Krankenschwester, einer Hausfrau, einer Mutter, einer Schwiegertochter und der Vorsitzenden des Dorfentwicklungskomitees, um ihrer Gemeinde zu dienen.

Ihre tägliche Routine besteht darin, dass sie jeden Morgen um 6 Uhr aufsteht, ihren Ehemann weckt, ihm hilft, sich auf einen Stuhl zu setzen, seinen Katheter leert und ihn dazu bringt, sich Mund und Hände zu waschen. Nachdem sie ihm Frühstück gemacht hat, bringt sie ihn zum Waschraum. Danach hilft sie ihm etwa 15 Minuten, verschiedene Übungen zu machen, die er danach alleine ausführt. Dann leert sie erneut den Katheter und wäscht seine Verbrennungen und wundgelegenen Stellen mit Jodlösung. Danach hilft sie ihm, ein Bad zu nehmen und sich für die Werkstatt fertig zu machen.

Danach hilft sie ihm in den Rollstuhl und bringt ihn zum Behindertenauto. Wenn er im Auto sitzt, schnallt sie seine Beine fest. Wenn ihr Ehemann dann in seiner Werkstatt ist, erledigt Bilqees alle im Haushalt anfallenden Arbeiten und kümmert sich zudem um ihre Kinder und Schwiegermutter. Am Mittag besucht sie ihre Gemeinde und sensibilisiert die Frauen für Mutter-Kind-Gesundheit, die Notwendigkeit von Geburtshilfe, Stillen, Familienplanung sowie abwechslungs- und nährstoffreiche Ernährung vor allem für schwangere und stillende Frauen und Kinder. Außerdem leitet sie als Vorsitzende des Dorfentwicklungskomitees Besprechungen und ruft die Frauen zusammen, wenn das MAMTAA-Projektteam ein Treffen einberuft.

Falls erforderlich führt Bilqees auch Gespräche mit den Männern. Sie beteiligt sich an der Entwicklungsarbeit und sammelt dazu Geld von den Haushalten. Während des Straßenbaus im Rahmen des MAMTAA-Projekts sammelte sie 500 Rupien von jedem Haushalt und spendete 30.000 Rupien als Gemeinschaftsbeitrag an das Straßenbauprojekt.

Zudem unterrichtete Bilqees 40 Frauen ihres Dorfes im Rahmen des Erwachsenenbildungsprogramms. Sie erhielt das Zertifikat „Beste Lehrerin“, da ihre Schülerinnen alle Prüfungen mit guten Noten bestanden haben.

**Vor meiner Ausbildung arbeitete ich auf den Feldern. Aber Saibaan machte mir nicht nur bewusst, wie wichtig eine gute Ausbildung ist, sondern ermutigte mich zudem, einen höheren Bildungsabschluss zu erwerben. Je mehr ich lerne, desto besser kann ich meiner Gemeinde helfen.**

**Bilqees kümmert sich gut um uns alle. Ich bin glücklich, dass sie nie aufgegeben hat. Sie ist mutig und ich ziehe meinen Hut vor ihr.**

**Bilqees' Schwiegermutter**

**Bilqees ist außerdem Mitglied des Projektausschusses. Sie hat auch an drei Sitzungen des Projektausschusses teilgenommen. Sie kommt stets zu den Treffen und beklagt sich nie darüber, dass sie zu beschäftigt wäre. Sie erscheint immer als eine der ersten zu diesen Treffen. Javeria Javed SO MAMTAA Saibaan.**

**Bilqees ist zu einem geschätzten Mitglied ihrer Gemeinde geworden, obwohl dort eigentlich die Männer das Sagen haben und die Mobilität von Frauen eingeschränkt ist. Nachdem das MAMTAA-Projekt und Saibaan das Bewusstsein dafür geschärft haben, ändert sich dieser Trend nun und die Menschen konnten ihren Lebensstandard wesentlich verbessern.**

**Bilqees hofft, dass ihre Geduld und harte Arbeit sich auszahlen werden und sich ihre Situation eines Tages verbessern wird.**



## Der Menschheit zu dienen bedeutet, Gott zu dienen

### Erfolgsgeschichte

Naseem Akhtar, Witwe von Muhammad Maskeen, lebt im Dorf Garang in der Samtgemeinde Sum im Distrikt Mansehra. Sie ist 45 Jahre alt, Analphabetin und hat fünf Söhne und drei Töchter.

Vor Beginn des MAMTAA-Projektes arbeitete sie als Hebamme, aber führte wenig Entbindungen durch. Nach den Interventionen im Rahmen des MAMTAA-Projektes wurde sie zusammen mit acht weiteren Frauen für eine Ausbildung zur Geburtshelferin ausgewählt. Sie erhielt eine 22-tägige Schulung, um als ausgebildete Geburtshelferin (TBA) normale Geburten zu begleiten.

Nach der Ausbildung nahm sie ihre Arbeit mit mehr Elan und Engagement auf. Innerhalb von zwei Jahren hat sie 45 reguläre



„Vor der Ausbildung haben uns die Leute als selbstverständlich angesehen und uns nicht bezahlt. Nach der Ausbildung nehmen sie uns als ausgebildete Geburtshelferinnen wahr und zahlen uns eine Gebühr von 500 Rupien oder etwas mehr pro Geburt. Die Ausbildung hat uns Selbstvertrauen geschenkt und unsere Anerkennung und Akzeptanz in der Gemeinde verbessert.“

Entbindungen durchgeführt; das sind mehr Entbindungen als bei den anderen ausgebildeten Geburtshelferinnen in ihren jeweiligen Dörfern.

Sie achtet besonders auf die Prävention von Infektionen während der Entbindungen. Vor jeder Entbindung wäscht sie sich die Hände und Arme mit Seife, entfernt ihre Armreifen und zieht sich saubere Kleidung an. Zudem sorgt sie für die Hygiene der Mutter und des Kindes sowie des Entbindungsortes.

„Obwohl ich hauptsächlich gearbeitet habe, habe ich durch die Ausbildung, bei der eine Bildbrochure zur Vermittlung des Wissens für Analphabetinnen wie mich verwendet wurde, viel dazu gelernt.“

Darüber hinaus kennt sie sich mit den Gefahrenzeichen während der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Stillen und Familienplanung aus. Sie führt nicht nur Entbindungen durch, sondern sensibilisiert die Frauen für Geburtsvorbereitung, Gefahrenzeichen während der Schwangerschaft, die Notwendigkeit von Impfungen während der Schwangerschaft und für Kinder, die Notwendigkeit von Geburtshilfe, die Notwendigkeit von prä- und postnataler Versorgung, einen frühen Beginn der Stillzeit, die Verlängerung der Stillzeit auf zwei Jahre und die Notwendigkeit von größeren Abständen zwischen den Geburten für die Gesundheit.



Die Mütter in ihrem Dorf sind sich nun immer mehr der Notwendigkeit von Geburtshilfe, Stillen, Familienplanung und gesunder Ernährung von schwangeren und stillenden Frauen und Impfungen bewusst.

„Durch die Ausbildung ist mir bewusst geworden, wie wichtig es ist, dass sowohl die Mutter als auch die Kinder geimpft sind, und wie wichtig die Hygiene während der Entbindung - sowohl der Mutter als auch des Kindes - ist.“

Zudem hat sie zwei komplizierte Fälle an das nahe gelegene ländliche Gesundheitszentrum (RHC) Shinkhari verwiesen, mit dessen medizinischem Personal sie dank des MAMTAA-Projektes vernetzt ist. Nach dem Bau von Straßen und dem Ausbau der Zufahrtswege im Rahmen des MAMTAA-Projektes begleitet sie ihre Patientinnen nun auch selbst. Sie behandelt ihre Patientinnen mit viel Liebe und wird ihnen gegenüber nie unfreundlich.





## ERFOLGSGESCHICHTE

SEITE 2

Als ihr Ehemann noch lebte, unterstützte er seine Frau, wo immer es notwendig war. Und auch wenn sie zu ungewöhnlichen Zeiten in ihrer Gemeinde unterwegs war, um Frauen in nahe- oder ferngelegenen Haushalten bei der Geburt zu betreuen, hielt ihr Ehemann sie niemals von ihrer Arbeit ab.

Vielmehr erlaubte er ihr zu arbeiten. Für ihn war dies ein großer Dienst am Menschen.

Dieses Umdenken wurde durch das MAMTAA-Projekt angestoßen, bei dem sowohl Männer als auch Frauen beraten wurden.

**„Die Gemeinden profitieren enorm von den ausgebildeten Geburtshelferinnen, da diese nun zu erschwinglichen Kosten in den Wohngebieten zur Verfügung stehen.“**

Die Ausbildung von Geburtshelferinnen ist von großem Nutzen für die Zielgemeinden. Vor dieser Initiative wurden Frauen mit Komplikationen bei der Entbindung auf Pritschen oder handgefertigten Krankentragen festgebunden, die von vier Männern getragen wurden. Der Abstieg vom Berg und die Fahrt zum RHC dauerte auf Grund der schlechten Straßenverhältnisse viele Stunden. Wenn das RHC geschlossen war, wurden die Frauen sogar in die weit entfernten Krankenhäuser gebracht, wodurch noch mehr Zeit verloren ging. In der Vergangenheit sind viele Frauen durch die sog. drei Verzögerungen gestorben (1. Verzögerung durch zu späte Entscheidung, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen; 2. Verzögerung beim Erreichen des Gesundheitszentrums; 3. Verzögerung während der Behandlung durch Mangel an Infrastruktur, Personal und Medikamente)

Naseem Akhtar verlangt keine Gebühren für die Durchführung der Entbindung. Sie überlässt es eher ihren Patientinnen, wie viel sie ihr zahlen wollen und können. Sie behandelt ihre Patientinnen liebevoll und aufmerksam. Für sie ist ihre Arbeit keine Pflicht, sondern ein Dienst an der Menschheit. Sie glaubt, der Menschheit zu dienen bedeutet, Gott zu dienen.

Sie hat sich entschlossen, weiterhin reguläre Entbindungen durchzuführen und Patientinnen mit Komplikationen an das RHC zu verweisen, mit dem sie seit dem Abschluss des MAMTAA-Projektes vernetzt ist.

**„Vor der Ausbildung, als ich noch als Hebamme gearbeitet habe, habe ich keine Entbindungen in der Nacht durchgeführt, da mir mein Ehemann dies nicht erlaubt hatte. Jetzt nach der Ausbildung, nachdem auch er vom MAMTAA-Team über die Notwendigkeit von Geburtshilfe für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen aufgeklärt wurde, hat er mir erlaubt, auch nachts die Gebärenden bei der Geburt zu unterstützen. Er sagt, es ist eine Tugend, das Leben eines Menschen zu retten.“**

**„Die Intention hinter der Ausbildung von Geburtshelferinnen war, die „drei Verzögerungen“ in „drei Beschleunigungen“ zu verwandeln, was das MAMTAA-Projekt weitgehend erreicht hat.“**

**„Den armen, ausgegrenzten und verwundbarsten Menschen durch die Ausbildung einheimischer Frauen zu TBAs zu helfen, ist der wichtigste Teil des MAMTAA-Projekts und steht im Einklang mit den Erfordernissen und Prioritäten dieser Gemeinden.“**