

# Behinderung und Dritte Welt

Zeitschrift des Netzwerks Menschen mit Behinderung in der Einen Welt



# Inhaltsverzeichnis

**EDITORIAL.....3**

## SCHWERPUNKTTHEMA

**SOZIALE FOLGEN VON INFEKTIONSKRANKHEITEN, TEIL 1**

- Social Factors Affecting Infectious and Communicable Diseases in Ghana  
*Richard L. Douglass.....4*  
 Trachoma: a prescription for social and environmental change  
*Dr. John Buchan.....9*  
 Causes of Deafness in a Tropical Environment  
*Boko E., Gnansa P., Naba M., Kélem Y., Kpémissi E.....13*

## ARTIKEL

- Formal and Informal Disability Resources for Afghan Reconstruction  
*M. Miles.....16*  
 Frauen mit psychischen Störungen in Indien - Eine Analyse politischer, sozio-ökonomischer und geschlechtsspezifischer Faktoren  
*Franziska Bohn.....27*

## BERICHTE

- Tödliches Versteckspiel - Der Minenkrieg gegen die Kinder.....33  
 A new Module Resource Centre: Source International Information Support Centre.....34

## NETZWERK MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IN DER EINEN WELT

- Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt.....36

## NEWS

- Tuberkulose - durch HIV/Aids wächst die Bedrohung...36  
 Tuberculosis.....37  
 African Decade of Disabled Persons.....37  
 The African Decade Needs Your Support.....37  
 Promoting Awareness and Rights in South Africa.....37  
 Ecuador's President Receives International Roosevelt Award.....37  
 Uganda: Disabled Woman Wins Seat on District Council.....38  
 Optima Braille Slates.....38  
 Entwicklungspolitik im 15. Deutschen Bundestag.....38  
 Wasser - bald unbezahlbar?.....38  
 Mit Gentechnik gegen Malaria?.....39  
 Kritik am IWF: Kredite verschärfen Armut.....39

## SYMPOSIUM

- Migration, Flucht und Behinderung.....40

**VERANSTALTUNGEN.....41**

### **Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt**

Wintgenstr. 63, 45239 Essen

Tel.: 0201/ 40 87 745

Fax: 0201/ 40 87 748

E-mail: [Gabi.Weigt@t-online.de](mailto:Gabi.Weigt@t-online.de)

**Internet:** <http://www.uni-kassel.de/ZBeh3Welt>

Für blinde und sehbehinderte Menschen ist die Zeitschrift als Diskette im Word-Format erhältlich.

### **Redaktionsgruppe**

- Prof. Dr. Friedrich Albrecht, Görlitz [mail@f-albrecht.de](mailto:mail@f-albrecht.de)  
 Simon Bridger, Thalwil/Schweiz [bridger@bluewin.ch](mailto:bridger@bluewin.ch)  
 Francois de Keersmaeker, München  
[fdekeersmaeker@handicap](mailto:fdekeersmaeker@handicap)  
 Prof. Dr. Adrian Kniel, Winneba/Ghana [akniel@yahoo.de](mailto:akniel@yahoo.de)  
 Harald Kolmar, Marburg [Harald.Kolmar@Lebenshilfe.de](mailto:Harald.Kolmar@Lebenshilfe.de)  
 Mirella Schwinge, Berlin [mirella\\_schwinge@yahoo.de](mailto:mirella_schwinge@yahoo.de)  
 Gabriele Weigt, Essen [Gabi.Weigt@t-online.de](mailto:Gabi.Weigt@t-online.de)

### **Fachbeirat**

- Niels-Jens Albrecht, Hamburg || Musa Al Munaizel, Würzburg || Geert Freyhoff, Brüssel/Belgien || Beate Böhnke, Belem/Brasilien || Ernst Hisch, Würzburg || Dr. Andreas König, Genf/Schweiz

### **Schriftleitung**

Gabriele Weigt

### **Redaktionsassistentz**

Katja Poppek

### **Gestaltung**

Stefan Lorenzkowski

### **Druck und Versand**

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

### **Bankverbindung**

Konto-Nr. 80 40 702, BLZ: 370 205 00

Bank für Sozialwirtschaft

Die Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* ist eine Publikation des Netzwerks *Menschen mit Behinderung in der Einen Welt*.

Hinweis: Für den Inhalt der Artikel sind die AutorInnen verantwortlich. Veröffentlichte Artikel stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

Die Veröffentlichung von Beiträgen aus der Zeitschrift in anderen Publikationen ist möglich, wenn dies unter vollständiger Quellenangabe geschieht und ein Belegexemplar übersandt wird.

Die Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* wird unterstützt durch:

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
- Kindernothilfe e.V.
- Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.

ISSN 1430-5895

## Liebe Leserinnen und Leser,

Zur Zeit der Schlussredaktion dieses Heftes wird ein Krieg im Nahen Osten immer wahrscheinlicher. Wenn die Vernunft nicht siegt und Sie demnächst dieses Heft in Händen halten, werden wir wissen, wie viele Tote, Verstümmelte und Verletzte es auf beiden Seiten des Irakkriegs gegeben hat und welche weiteren Folgen wie Mangelernährung, unzureichende hygienische und medizinische Versorgung der Zivilbevölkerung, Zerstörung der Infrastruktur des Landes und wirtschaftliche Not irakischer Familien sich abzeichnen werden. Wir wissen aus der Geschichte, dass eine Hauptursache von Behinderungen die unmittelbaren Wirkungen und Spätfolgen von Kriegen sind. Es ist wohl zu spät, auf eine Rückkehr zur Vernunft zu hoffen, so dass es nur noch darum gehen kann, die Folgen dieser unsinnigen Auseinandersetzung zu mildern.

Durchaus aktuell ist in diesem Zusammenhang das Leitthema dieses Hefts *Soziale Folgen von Infektionskrankheiten*, die ja durchaus vermeidbar und im Anfangsstadium überwindbar sind, wenn die entsprechenden gesundheitspolitischen Maßnahmen ernsthaft angegangen werden.

Am Beispiel der öffentlichen Gesundheitsversorgung (*public health*-Situation) eines Landes beschreibt Richard Douglass die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren, welche die Häufigkeit von Krankheit und Behinderungen der Bevölkerung bestimmen. Der Ophthalmologe John Buchan erläutert knapp und klar, welche Folgen Trachoma für das Auge hat und welche Maßnahmen erforderlich sind, um Schäden zu vermeiden. In dem Artikel des togoiischen HNO-Arzt Dr. Boko geht es um Ursachen von Hörschädigungen in tropischen Ländern und

Maßnahmen, durch welche die negativen Folgen vermindert, wenn nicht sogar großteils vermieden werden können.

Durch den scheinbar unvermeidbaren Krieg im Nahen Osten erhält der Artikel von M. Miles zu formellen und informellen Ressourcen für behinderte Menschen beim Wiederaufbau in Afghanistan beklemmende Aktualität. Es wird darin sichtbar, welche historischen Wurzeln zu dem Umgang mit Behinderungen und behinderten Menschen führen und wie Selbsthilfepotentiale genutzt und gefördert werden können. Eine der möglichen Kriegsfolgen werden psychische Traumata sein, unter denen Frauen und Kinder in den zerstörten Gebieten besonders zu leiden haben. Franziska Bohn legt in dem Artikel *Frauen mit psychischen Störungen in Indien* eine Analyse politischer, sozio-ökonomischer und geschlechtsspezifischer Einflussfaktoren vor, welche die Zusammenhänge verdeutlichen und durchaus auf andere Länder übertragbar sind.

Zu guter Letzt noch einige Anmerkungen in eigener Sache: den neueren Entwicklungen folgend hat sich das Netzwerk *Behinderung und Dritte Welt* in das

### **Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt**

umbenannt, und wird weiterhin für die Herausgabe dieser Zeitschrift verantwortlich sein. Weitere Informationen dazu finden Sie auf Seite 36 in dieser Ausgabe.

Ihre Redaktionsgruppe

Wir möchten unsere Leserinnen und Leser erneut auf die Kosten dieser Zeitschrift aufmerksam machen und bitten Sie um einen Beitrag auf das Konto 8040702 bei der Bank für Sozialwirtschaft Essen (BLZ 37020500). Dafür können nun abzugsfähige Spendenbescheinigungen ausgestellt werden. AutorInnen und Redaktionsgruppe arbeiten unentgeltlich, um diese Übersicht über neuere Entwicklungen im Zusammenhang Behinderung und Dritte Welt zu erstellen und ohne Zuschüsse der Bundesvereinigung Lebenshilfe, der Kindernothilfe e.V. und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung wäre deren Erscheinen nicht möglich. Wir bitten Sie als Leserinnen und Leser ebenfalls darum, die regelmäßige Erstellung und den Versand der Zeitschrift durch einen Beitrag zu unterstützen.

# Social Factors Affecting Infectious and Communicable Diseases in Ghana

Richard L. Douglass

Infectious diseases have historically been the leading causes of morbidity and mortality in Ghana. A wide variety of infectious diseases have traditionally afflicted both children and adults in Ghana despite the introduction of modern economic and social institutions and independent political status. This historical public health pattern has not changed as Ghana has entered into the new century. Social factors at the individual, kinship, community, and national levels contribute to the limited success of public health and economic initiatives to reduce levels of risk. Economic limitations cause essential Ghanaian health professionals to leave the nation in large numbers for better economic opportunities because Ghanaian institutions cannot provide competitive compensation. Health care delivery systems are under-resourced, generally dependent upon patients' ability to pay, and lack uniform availability. All of these social factors contribute to unnecessary prevalence and mortality from communicable and infectious diseases, especially among children, and disabling conditions among adults.

## Social Factors Affecting Infectious and Communicable Disease in Ghana

Professor S. Ofosu-Amaah, the first Director of the School of Public Health at the University of Ghana, Legon, when addressing a class of Public Health graduate students in August 1999, pointed out that while West Africa was historically referenced as the *White Man's Grave Yard* in the 19th Century, the region was, and remains, a grave yard for children. The predominant causes of death of children in Ghana include communicable and infectious diseases. Infant mortality in Ghana, as recently as 2001 is an astonishing 10.2% of all live births. Neonatal, infant and pediatric morbidity and mortality in Ghana remain among the highest in the world, despite Ghana's relative political and economic stability. For adults who survive childhood, the risk of vector-borne diseases, infections associated with poor sanitation and occupational risks are high and retard Ghana's economic development. In fact, however, for both children and adults, most of this excessive morbidity and mortality is preventable with fundamental public health and health education measures that have time-tested efficacy. The following discussion will present some of the social factors that reduce the availability or effectiveness of existing disease prevention efforts in Ghana. In addition, the discussion will include reference to some of Ghana's social complications of infrastructure, culturally-specific social issues and macro-social problems that act against the effectiveness of well-intentioned efforts to reduce infectious and communicable disease.

In 1963 65.7% various infectious diseases were directly responsible for the deaths of children who died at the Korle-bu Teaching Hospital. (Younn

1963). In 1991 Commey reported analysis of 56,387 children who were seen in a 24-month period, from 1986-1987, at Korle-bu. Of them, there were 2,567 deaths (4.55% of the outpatients and 12.3% of the inpatients). Of these deaths, in the context of the most elite health care complex in Ghana, 39.11% were due to infectious diseases and that many of the infection deaths were preventable. (Commey 1991) It has not changed substantially in recent years during which there has been little or no improvement in the infant mortality rate, the maternal mortality rate, or in the rate of communicable diseases among children. The relative distribution of infectious diseases and preventable communicable diseases has not dramatically changed over the last 30 years (Hyder and Morrow 2001). Based on analyses of records in 2002, 30% of live admissions to Korle-bu are infected by one of several diseases that plague the facility, its staff, patients and supportive community. Among children under 5 years of age infectious diseases are responsible for nearly 30% of all mortality in Ghana. Infectious diseases remain the most common causes of disability, too, among both children and adults in Ghana, today (Douglass and Edusei 2003).

Similarly, the World Bank's 1993 disease group analyses demonstrate that sub-Saharan Africa, in general, and Ghana, in particular, has had little change in Group I (Communicable, infectious, maternal and perinatal diseases) since the Ghana Health Assessment Team's (1981) baseline measure of the Group I contribution to Ghana's Burden of Disease. The continuing challenges to Ghana of high incidence of many infectious diseases, and vector-borne infectious processes, such as malaria, retard the nation's ability to develop socially or economically (Hyder and Morrow 2001).

To put the situation in Ghana into an international perspective, worldwide, according to the World Health Organization's 1998 analysis of 53.9 million deaths, 13.3 million were attributed to infectious diseases, or 25% (WHO 2003). In low-income countries, including most of Southeast Asia and Africa, the infectious disease proportion was 45% for all deaths and 63% for children 0 - 4 years of age. In Ghana the leading killers of children include measles, pneumonia, diarrhea, and tuberculosis, all of which are preventable with basic public health practices and adequate neonatal, antenatal, and pediatric medical care and routine community-based public health nursing and community health education (ISSER 1999; Kyereme 1998).

Reingold and Phares (2001) reported that in disadvantaged nations a spectrum of specific conditions are largely responsible for high infectious disease rates. These conditions included many manifestations of poverty, including: lack of access to clean drinking water; exposure to raw sewerage; exposure to insect and other disease vectors, sewerage contamination of water used for activities of daily living; household crowding; lack of access to preventative or curative medical care.

But education can be a better predictor of adequate health status, or poor health, than economic poverty. In field studies, for instance, investigating factors associated with survival from kwashiorkor, McGadney and co-workers found in three different, substantially impoverished sections of Greater Accra that cases of severe malnutrition would not necessarily be in either the poorest, nor the most deficient in other manifestations of poverty that Reingold and Phares describe. Educational attainment and knowledge that is specific to nutrition, human growth and development, and arguably, disease or infection prevention, is at least as important for the reduction of disease as poverty, per se (McGadney-Douglass, Douglass, Garrison, Antwi and Owusu 1999, Douglass and Edusei 2003, Lavy, Strauss, Duncan and DeVreyer 1995).

Migration from rural regions to the principal cities of Kumasi and Accra, by impoverished rural people without means or preparation for the demands of urban living, increases the risk of exposure and infection both to the migrants and to the residents of these metropolitan areas. Migration of children for participation in alternative forms of child labor in the urban settings increases these children's risk of exposure to sexually transmitted diseases, infections from untreated wounds, and

immune systems that are compromised by poor nutrition and excessive exposure to heat and poor sanitation. Poverty in combination with migration and lack of familial support is also associated with depression and despair, which can lead to participation in the sex trade or organized child labor which further exposes highly vulnerable young people to infectious diseases or injuries that become infected (Agyapong 2000, Appiah 2000).

Septic and crowded housing are well recognized as contributors to a variety of infectious communicable disease challenges. Communicable respiratory diseases are most prevalent in crowded housing situations and exacerbated by cooking pots and charcoal burners in, or near, sleeping quarters. Skin infections and diseases that are spread by proximity over long periods of time, such as leprosy, are most likely to be spread in crowded and unsanitary conditions. Mosquitoes and other vectors are more difficult to abate in crowded and impoverished residential neighborhoods. These neighborhoods, also, are most likely to lack access to clean drinking water and are, therefore, commonly plagued by endemic diarrhea, especially among infants and young children.

Poor sanitation, however, is not relegated to residential areas of urban Ghana. Health care facilities, themselves, frequently having been in service for nearly half a century, harbor bacteria and sources of infection that put patients, visitors and staff members at highly increased risk, simply by spending time in these facilities. The Korle-bu Teaching Hospital is reported to have a post-admission infection rate of almost 30% which contributes to unnecessary mortality from infection. Medical equipment and facilities that must be kept at high levels of sanitation that are inadequately cleaned prior to reuse is another major determinant in the spread of disease (World Health Organization 2000). In February of 2003 the surgical suite in the Maternity Block of the Korle-bu Teaching Hospital was closed due to lack of sanitation and contamination that put surgical patients at risk. This, then, led to the need to transport mothers-in-labor to a different building in the complex if they required a surgical procedure; such transportation increases exposure to infection, delays in the procedure, and increased maternal risk. (TV3, Accra Evening News, 11 February 2003).

Another major social issue facing Ghana, as well as other developing nations, is the *brain drain* of physicians and nurses who are critical to the improvement of health in the population. The nation's ina-

bility to produce sufficient revenues to offer competitive wages and salaries to physicians and nurses gives rise to aggressive and successful recruitment of medical staff to more affluent nations where wages and salaries are substantially more attractive. This leaves Ghana with insufficient staffing for hospitals, clinics, district health centers, or for public health efforts (Bundred and Levitt 2000, Public Agenda 2002).

These infrastructure issues are not alone in contributing to the problem of infectious diseases in Ghana. Endemic levels of communicable diseases and various sources of infection, combined with belief systems that challenge scientific models of disease, plus widespread ignorance of the etiologies of common infectious processes, can derail public health efforts at containment, immunization, and monitoring. Two types of belief systems or information barriers will be discussed here, witchcraft and basic ignorance about communicable disease processes. Beliefs in witchcraft can delay or deny reporting of sick children for fear of stigmatizing the family within the community. Witchcraft beliefs are widely held in traditional Ghanaian populations. Even within villages or kinship groupings that profess a belief in Christianity in any of its various manifestations, or Islam, the root dependence upon beliefs in the supernatural is often fundamental. When other religious beliefs fail to explain the death of a child, an epidemic, or the unfairness of communicable diseases, then without the advantage of a scientific understanding of disease the people seek answers in conceptual formats that seem to make sense. Proximity of disease or death to an individual, a change in a person's status, an environmental event such as excess or insufficient rain, or the misunderstanding of the aging process, menopause, mental illness, or widowhood and grieving can lead to the branding of a person or group of people as a witch. To address the threat, witches can be killed, driven from a community, or abused in other ways; the belief is that this will reverse the community's vulnerability to the disease that caused the unexplained death (Bannerman-Richter 1982, Scrimshaw 2001). In many ways beliefs in witchcraft's ability to cause harm or disease among other people is comparable to similar belief systems in the pre-scientific cultures of Europe or North America over two hundred years ago. These belief systems are durable when diseases that are controllable remain endemic and commonly encountered, often in the face of new information, public education, and mass media dismissals. Deep-seated beliefs do not disappear with new information unless the underlying problems that drive people to

such beliefs are reduced. Therefore, as long as infectious diseases, and the mysteries of communicable diseases continue to afflict innocent children, and cause able-bodied adults to spend months each year in bed due to disabling malaria or diarrhea, it is unlikely that such beliefs will be abandoned.

It has been said, "a little information can be a dangerous thing." This is certainly true in Ghana. Failure to fully understand how viral or bacterial diseases are spread, including HIV/AIDS, other STDs, leprosy, polio, and measles, can increase the risk of infection among people who could be completely protected from risk. For instance exchanging fish for sex by women in the Volta region in 2002 was not considered to be prostitution, which was recognized by these HIV positive women as the cause of risk as taught to them by the Ministry of Health in a variety of public health education campaigns since 1990. These women defined prostitution as exchanging sex for money. They had no understanding that the exchange currency was irrelevant to their exposure to a virus; they lacked the most fundamental understanding of infectious disease and put themselves, naively, at risk (Douglass and Edusei 2003).

Gender and age distinctions commonly place the youngest and most vulnerable at greatest risk. In many traditional Ghanaian families, when meals are prepared the men, beginning with the senior males of the household, are entitled to their fill of meat, fish or other proteins before other, lower-status household members. The youngest children are generally last to eat; often after the meat, sources of fat, and other proteins are largely gone. Therefore, the youngest children, with the greatest nutritional need for amino acids and fats for their growing bodies are commonly undernourished. At best the ongoing lack of proteins and fats can stunt the growth and development of these children. Highly compromised immune systems, kwashiorkor and less severe malnutrition are common and represent over 6% of childhood mortality between ages 0 - 5 (ISSER 1999, 2001, Douglass and Edeusi 2003, Kyereme and Thorbecke 1991, McGadney-Douglass, Douglass, Garrison, and Owusu 1999).

Gender-specific customs, including polygamy and female genital mutilation can have substantial effects on the levels of risk for infectious diseases. For instance, married women who experienced a genital mutilation in childhood, frequently endure, but do not enjoy sexual activity. Intercourse, menstruation and childbirth are commonly reported to be

painful and can have medical complications that are serious. These women, however, faced with social realities such as the *social security* of children, might deny the use of a condom during sexual intercourse with their husband because their purpose is to become pregnant and they understand that the condom will prevent their pregnancy. Here, again, the women may fully understand the effectiveness of the condom, but value their pregnancy more than they fear the possibility of a sexually transmitted disease. Meanwhile, their husbands, who may seek more frequent sexual activity than their wives' desire, because of their genital mutilation, may have multiple wives or other sexual partners and therefore an increased risk of exposure to a number of infectious diseases. In this way the risk of sexually transmitted diseases increases for these women. These cases were brought to the author's attention during field placement debriefing with pre-dissertation, graduate students at the School of Public Health, University of Ghana in March 2002).

If it were straightforward to reduce the incidence and prevalence of infections, communicable diseases, and the morbidity and mortality associated with them in Ghana, then it surely would have been accomplished by now. It clearly is a continuing and daunting challenge. The familial or kinship, community, and macro-level social issues and problems that have been discussed could be expanded into a more comprehensive and detailed list of individual challenges to Ghana. It is also true that the interaction of these factors increase geometrically the production of challenged immune systems and exacerbated levels of risk among vulnerable populations. Programs and efforts to improve health education, sanitation, housing, health care facilities and retention of medical staff are confronted by economic problems that seem to fix the Ghanaian economy in place. Lack of basic nutritional or disease etiology information causes thousands of children and adults to suffer from diseases that can, and should, be avoided. Without recognition of the social factors that threaten program and project success, however, the effectiveness of educational and public health measures will be modest and then the communicable diseases and infections that have killed too many Ghanaians for too long, will just continue into the future.

#### References

- Achiadeke, Clement et al. (1997) Promoting urban food and nutrition security for the vulnerable in the Greater Accra Metropolitan region-Report on survey data collection methods. Legon, Accra, Ghana: Noguchi Memorial Institute for Medical Research. University of Ghana, International Food Policy Research Institute, and World Health Organization.
- Adansi, A.A. and A.A. Amankwa (1996) Prior and proximate causes of infant survival in Ghana with special attention to polygyny. *Journal of Biosocial Sciences*. Vol. 28: 281-295.
- Adjei, S. (1989) Assessing the effect of primary health care on mortality in Ghana. *Journal of Biosocial Sciences [Supplement]* Vol. 10: 115-125.
- Agyapong, E. (2000) The Effects of Current Mining Practices on the Welfare of Women and Children. *Social Policy*. Vol. 1(2): 45-52.
- Agyei-Mensah, S. (1999) Infant nutritional patterns and trends in Sub-Saharan Africa: Evidence from demographic and health surveys 1986-1998. Legon, Accra, Ghana: Institute of African Studies, University of Ghana. *Research Review: New Series*. Vol. 15(2):1-11.
- Appiah, E.N. (2000) Female Migration and Child Health and Development: Survey Report on Selected Communities in Amanasie-East District, Ghana. *Social Policy*. Vol. 1(1): 39-68.
- Ashitey, G.A. (1994) Ghana Health: Twelve Selected Published Papers of G.A. Ashitey. Accra, Ghana: Belteam Publications.
- Bannerman-Richter (1982) *The Practice of Witchcraft in Ghana*. Elk Grove, California USA: Gabari Publishing Co.
- Bundred, P. and Levitt, C. (2000) Editorial in *The Lancet* 2000 p. 245. "Medical Migration and Inequity of Health Care". [www.fhs.mcmaster.ca/pubre/migration](http://www.fhs.mcmaster.ca/pubre/migration).
- Commey, J.O.O. (1991) Childhood mortality at Korle-bu Teaching Hospital, Accra, 1986-1987. *Ghana Medical Journal*. Vol. 25 (3,4): 334-341.
- Douglass, R.L. (2003) Social and Economic Implications of Roadway Casualties in Ghana: Perspectives of a Social Epidemiologist. February 2003 Parliamentarian Seminar Paper. Legon, Accra: Center for Social Policy Analysis, University of Ghana. (In press)
- Douglass, R.L. and L. Edusei (2003) Revisiting Public Health Priorities in Modern Ghana: Confronting Traditions in Tropical Medical and Public Health education with Epidemiological Realities. Michigan Academy of Science, Arts & Letters. Annual Meeting, Holland, Michigan USA
- Ghana Demographic and Health Survey (GDHS), 1998. (1999). Ghana Statistical Service and Macro International: Accra.
- Institute of Statistical, Social and Economic Research - ISSER (2001) Ghana Human Development Report 2000. Science, Technology & Human Development. Accra, Ghana: UN Development Programme (UNDP) Institute of Statistical, Social and Economic Research (ISSER), University of Ghana, Legon.
- Ghana Government and UNICEF (1990). *Children and Women in Ghana: A situational analysis*. Accra, Ghana: UNICEF.
- Ghana Review International. (2003). "Exodus: 200 nurses leave Ghana in 2 weeks". General News of 29 January 2003. [www.ghanaweb.com](http://www.ghanaweb.com).

- Green, E. (1994) AIDS and STDs in Africa: Bridging the gap between traditional healing and modern medicine. Boulder, CO USA: Westview Press.
- Hyder, A.A. and R.H. Morrow. (2001) "Disease Burden Measurement and Trends" in Merson, M.H., Black, R.E., and Mills, A.J. (Eds.) International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Gaithersburg, MD, USA: Aspen Publications.
- Institute for Social Statistical and Economic Research (ISSER). (1999). Situation analysis in children in Ghana. Accra, Ghana: University of Ghana.
- Kyereme, S.S. (1998). Ghana's Development Problems: Some Reflections/Solutions. (Revised/ Second Edition). Kyereme: Kumasi, Ghana: Catholic Press.
- Kyereme, S.S. and E. Thorbecke. (1991). Factors affecting food poverty in Ghana. Journal of Development Studies, Vol. 28(1): 39-52.
- Lavy, V., J. Strauss, T. Duncan, and P. DeVreyer. (1995). The Impact of the Quality of Health Care on Children's Nutrition and Survival in Ghana. LSMS (Living Standards Measurement Study) Working Paper No. 106. Washington, DC USA: The World Bank.
- McGadney-Douglass, B.F., R.L. Douglass, E.R. Garrison, P. Antwi and B. Owusu. (1999) Social and Behavioral Characteristics of Long-term Survivors of Kwashiorkor in Ghana. 42nd Annual Meeting of the African Studies Association. Philadelphia, Philadelphia.
- Ofori-Amaah, S. (1981) The maternal and child health services in Ghana (Their origins and future). Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Vol. 84 (6): 265-269.
- Public Agenda (Accra) (2002) "Arresting the Brain Drain". Quotation of Dr. Jacob Plange-Rhule, President, Ghana Medical Association. <http://allAfrica.com/stories/200211230738>.
- Reingold, A.L. and Phares, C.R. (2001) "Infectious Diseases" in Merson, M.H., Black, R.E., and Mills, A.J. (Eds.) International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Gaithersburg, MD, USA: Aspen Publications.
- Scrimshaw, S. (2001) "Culture, Behavior and Health" in Merson, M.H., Black, R.E., and Mills, A.J. (Eds.) International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Gaithersburg, MD, USA: Aspen Publications.
- Sen, A.K. (1984). Resources, Values and Development. Cambridge, MA USA: Harvard University.
- Senah, K.A. (1997). Infant and child mortality in Ghana. In Kalipeni, E. and Thiuri, P. (Ed's) Issues and Perspectives on HealthCare in Contemporary Sub-Saharan Africa. : Lewiston, NY USA: Edwin Mellen Press.
- TV3, Accra. (2003) Evening News, 11 February 2003.
- World Health Organization (2000) "Overcoming Antimicrobial Resistance." [www.who.int/infectious-disease-report2000/ch3](http://www.who.int/infectious-disease-report2000/ch3).
- World Health Organization (2000) "The Poverty Paradigm: Drug Access and Resistance." [www.who.int/infectious-disease-report2000/ch3](http://www.who.int/infectious-disease-report2000/ch3).
- Younn, S. (1963). Post-mortem findings in infants and children dying in the Korle-bu Hospital, Accra. Ghana Medical Journal. Vol. 2 (1): 108-111.

**Zusammenfassung:** *Infektionskrankheiten stellen historisch die hauptsächlichsten Ursachen für Krankheit und Sterblichkeit in Ghana dar. Eine große Bandbreite von Infektionskrankheiten betrifft traditionell Kinder und Erwachsene in Ghana trotz der Einführung moderner ökonomischer und sozialer Institutionen und einem unabhängigen politischen System. Diese historischen Bedingungen der öffentlichen Gesundheit haben sich auch mit Eintritt in das neue Jahrtausend nicht geändert. Soziale Faktoren auf individueller, familiärer, kommunaler und nationaler Ebene tragen zu dem beschränkten Erfolg der öffentlichen Gesundheit und ökonomischer Initiativen zur Risikoreduzierung bei. Geringe Verdienstmöglichkeiten führen dazu, dass viele ghanaische medizinische Fachkräfte das Land verlassen, da ghanaische Institutionen keine attraktiven Gehälter bieten können. Gesundheitseinrichtungen sind schlecht ausgestattet, hängen generell von der Zahlungsfähigkeit der PatientInnen ab und sind nicht einheitlich verfügbar. Alle diese Faktoren tragen zu einer unnötigen Prävalenz und Sterblichkeit durch übertragbare Infektionskrankheiten bei, besonders bei Kindern und zu Behinderungen bei Erwachsenen.*

**Resumée:** *Les maladies infectieuses ont longtemps été la cause principale de mortalité et morbidité au Ghana. Une large variété de maladies infectieuses ont affecté traditionnellement autant les enfants que les adultes malgré l'introduction d'une économie et d'institutions modernes et d'un statut politique indépendant. Ce schéma historique de la santé publique n'a pas changé avec l'entrée du Ghana dans le nouveau siècle. Les facteurs sociaux aux niveaux individuel, familial, communautaire et national contribuent au succès limité de la santé publique et des initiatives économiques tentant de limiter le niveau de risque. Les erreurs dans les programmes d'éducation et les infrastructures, et l'incapacité de l'Etat de générer des revenus publics suffisants sont largement responsables pour son inaptitude à implanter des structures de santé septiques, à améliorer le logement des populations urbaines en augmentation, à améliorer et augmenter la participation dans les systèmes d'éducation publics. Les limitations économiques poussent les professionnels ghanéens à quitter le pays en grand nombre. Les systèmes de soins de santé sont sous-financés, dépendant généralement de la capacité financière des patients, et ne sont pas uniformément accessibles. Tous ces facteurs sociaux contribuent à une prévalence et à une mortalité suite à des maladies contagieuses et infectieuses disproportionnées, en particulier parmi les enfants, et favorisent les facteurs de handicaps chez les adultes.*



**Resumen:** Enfermedades infecciosas son las causas principales de morbilidad y mortalidad en Ghana, y a pesar de la introducción de instituciones sociales y económicas modernas y el estatus político independiente, la situación de la salud pública no ha cambiado. Factores sociales a todo nivel se combinan con los efectos limitados de la salud pública y con iniciativas económicas para reducir el riesgo. Fallas en la educación, en la infraestructura, y la deshabilidad de las naciones de generar ingresos públicos suficientes es responsable para la incapacidad de reemplazar los instrumentos septicos de salud, de mejorar e incrementar la participación en sistemas públicos de educación. Las limitaciones económicas causan la migración de muchos profesionales del área de salud, a los sistemas de salud les faltan recursos, faltan uniformes y generalmente dependen de la posibilidad de los pacientes para pagar. Todos estos factores sociales causan la prevalencia innecesaria y la mortalidad por enfermedades transmisibles e infecciosas, especialmente entre los niños, y empeorando las condiciones de los adultos.

**Autor:** Richard L. Douglass, M.P.H., Ph.D., arbeitet als Professor of Health Administration an der Eastern Michigan University, College of Health and Human Services. Er hat seit 1972 zahlreiche Publikationen und Berichte veröffentlicht. Zu seinen Forschungsbereichen gehören u.a. Prävention von AIDS und anderen übertragbaren Krankheiten, das Überleben von Kwashiorkor in Ghana, Gesundheitsversorgung für bedürftige, arme und unterversorgte Bevölkerungsgruppen.

**Anschrift:** Richard L. Douglass, M.P.H., Ph.D., Professor of Health Administration, Eastern Michigan University, Ypsilanti, Michigan 48197 USA

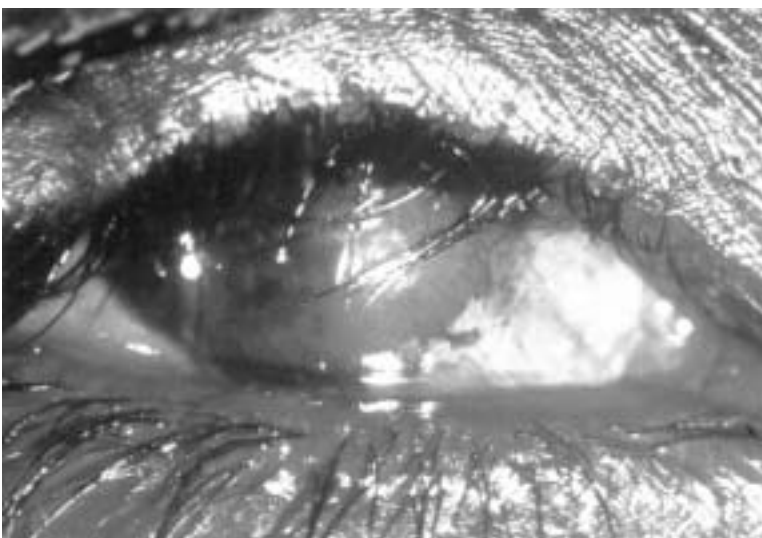
## Trachoma: a prescription for social and environmental change

Dr. John Buchan

This article will explore issues surrounding the social determinants of trachoma and the societal implications of this common eye disease. Trachoma is the leading infectious cause of loss of vision worldwide, accounting for 15% of the global burden of blindness. It is essentially a disease of poverty, and although much effort is being expended to control trachoma in existing settings, elimination could be achieved by poverty alleviation and as a means to poverty alleviation.

### Introduction

Trachoma is the commonest cause of preventable blindness worldwide (Bailey, 2001), being presently endemic in approximately 50 countries. It is caused by repeated ocular infection with the bacterium *Chlamydia trachomatis*, often starting in infancy.



**Figure 1.** The end stage of trachoma is an in-turning of the eye lashes and blindness from scarring of the cornea ([www.who.int/pbd/trachoma/gradcard/grading.htm](http://www.who.int/pbd/trachoma/gradcard/grading.htm))

The chronic ocular inflammation stimulates a scarring reaction in the conjunctival lining of the eye and eyelids. Scarring of the tissues of the upper eyelid can eventually lead to an in-turning of the eyelashes (trichiasis) which, if left uncorrected causes the clear cornea of the eye to become scarred and opaque. The end stage of the disease is a practically incurable blindness, accompanied by pain from the constant rubbing of the eyelashes on the front of the eye (Figure 1). Sufferers often try to pull out the eyelashes with forceps, but the lashes quickly re-grow.

### Trachoma epidemiology

Trachoma is an historic disease with reports dating back three millennia; forceps for the removal of in-turned eyelashes were even discovered in an Egyptian pyramid. Today, trachoma is found from Australia, through Asia, Africa and across into south and Central America (Figure 2). Trachoma was enough of a problem in Northern Europe to provoke the building of hospitals to deal with it as recently as the end of the 18th century, and

in the United States of America trachoma control programmes have been active even in the last 30 years.

Recent World Health Organisation (WHO) estimates hold trachoma accountable for some 5.9 million blind, 15% of the world's blindness (Thylefors, 1995). A further 10 million are estimated to have trichomatous trichiasis, and are therefore considered to be in immediate danger of going blind from resultant



**Figure 2. The global distribution of blinding trachoma** ([www.who.int/pbd/trachoma/MAPS.htm](http://www.who.int/pbd/trachoma/MAPS.htm))

corneal scarring without urgent surgery. Active infection is estimated to be present in 146 million children at any point in time, with around 500 million people at risk of exposure (WHO, 1998). As the leading cause of infective blindness, it forms one of the five priority diseases targeted by the Vision 2020 campaign which has been established jointly by the WHO and International Agency for the Prevention of Blindness. The Global Elimination of Trachoma (GET) 2020 Alliance was convened by the WHO in 1996, and the SAFE strategy was developed. The strategy consists of *Surgery* for trichiasis, and *Antibiotics*, *Facial cleanliness/hygiene promotion* along with *Environmental* improvements to reduce the continued transmission of infection.

### Intra-familial spread of disease

Although the distribution of disease is displayed by country (Figure 2), this is slightly misleading as trachoma clusters in regions within countries, and even within regions it will vary in prevalence considerably from village to village. Active infection is particularly common in children who will develop red sticky eyes, often for several weeks before the immune system has dealt with the bacteria. Unfortunately, following an episode of chlamy-

dial conjunctivitis, the child quickly becomes susceptible to re-infection; often from members of their own family or other children living in the same house or compound (Bailey, 1994). Women blind from trachoma outnumber men by around three to one; probably a finding related to the proximity of the adult female population to children who constitute the major source of active infection. Continued exposure to disease into adult life is usually required for blinding consequences to evolve. Transmission

can be mediated by flies feeding on the discharge from the eyes and noses of infected children, then alighting on the eyes of their uninfected siblings. Consequently measures to reduce fly numbers have been shown to be effective in reducing prevalence of active trachoma (Emerson, 1991). Alternative routes may involve hand to eye contact, cloths or garments.

### Hygiene promotion

Facial cleanliness and general hygiene promotion are aimed at eliminating these routes of infection. A large hygiene promotion study succeeded in producing an increase in the percentage of children

having clean faces, and therefore a reduction in prevalence of active trachoma (West 1995), but the effect was modest for the amount of effort spent on the educational interventions.

The eye seeking flies most heavily implicated in the spread of trachoma breed preferentially on human faces lying on the ground (Emerson, 2001). Hence the use of latrines, which reduce the numbers of this species of fly, can reduce the prevalence of active trachoma. Properly constructed latrines are not however cheap or easy to build. The cost of construction of a latrine may easily total half of the annual per capita gross domestic product in poorer countries; this prohibitive expense is compounded by the social taboos that may surround defecation, and the problem children may have in using latrines without making a mess.

### Social factors as risk factors

Overcrowded housing (Ballard, 1983), domestic rubbish management (Sahlu 1992) and proximity of animals to the houses (West 1996) have also been implicated as issues in spread of infection; all factors that vary with socio-economic status. Using surrogates for poverty, such as the presence of tradi-

tional roofing instead of tin roofing, it has been demonstrated that children from poorer homes are more likely to have active trachomatous infection (West 1991). As well as being more likely to suffer from infections, the children of poorer families are less able to afford treatment, and there may not be anyone with time and patients to apply the prescribed tetracycline eye ointment twice daily for 6 weeks.

### Water availability and use

Distance to water, the amount of water used and the way that water is used in a household have been linked to levels of trachoma. It is observed that water use within a household will decrease the further that house is from water source if the source is more than 30 minutes away (Cairncross 1993), so where long dry seasons lead to drying up of the locally available shallow wells, long distances often have to be travelled to deeper wells or surface water sources (Figure 3).

### Cost implications of trachoma control activities

Cost benefit analysis of surgical intervention to prevent blindness from trachoma has shown that



**Figure 3. Water availability impacts directly on levels of trachoma**

the loss of income due to blindness outweighs the total cost of surgery by a factor of ten (Frick 2001). Non-surgical strategies have also undergone cost-benefit analysis, with similarly encouraging results. So from a governmental health service planning perspective, the income generation facilitated by prevention of trachoma blindness makes such activity desirable, even without considering arguments from a moral basis.

### Conclusions

Becoming blind is clearly associated with a decrease in income. For a disease like trachoma which attacks the poorer people in the poorer nations, such a decrease in income can be devastating. Moreover, the prevention of blindness is possible at such a small cost relative to the benefits gained that the arguments for funding prevention of blindness programmes are compelling for governments and non-governmental development organisations alike. The SAFE strategy targets environmental improvement as a method of reducing blindness from trachoma, but perhaps the single most important environmental change required a change in the global economic structures that perpetuate the imbalance in wealth and consequently health care provision. Prevention of blindness can be achieved by poverty alleviation, and will in itself effect the alleviation of poverty; a good deal all round.

### References

- AILEY, RL./ HAYES, L./PICKETT, M./ WHITTLE, HC./ WARD, ME./MABEY, DC.: Molecular epidemiology of trachoma in a Gambian village. *Br J Ophthalmol*, 78(11):813-7, 1994
- BAILEY, R./LIETMAN, T.: The SAFE strategy for the elimination of trachoma by 2020: will it work?. *Bull World Health Organ*, 79(3): 233-6, 2001
- BALLARD, RC./FEHLER, HG./FOTHERINGHAM, P./ SUTTER, EE./TREHARNE, JD.: Trachoma in South Africa. *Soc Sci Med*, 17(22):1755-65, 1983
- CAIRNCROSS, S./FEACHEM, R.: *Environmental health engineering in the tropics* (2nd ed). John Wiley & Sons, London, 1993
- EMERSON, PM./LINDSAY, SW./WALRAVEN, GE. et al.: Effect of fly control on trachoma and diarrhoea [see comments]. *Lancet*, 353(9162):1401-3, 1999
- EMERSON, PM./BAILEY, RL./WALRAVEN, GE./ LINDSAY, SW.: Human and other faeces as breeding media of the trachoma vector *Musca sorbens*. *Med Vet Entomol*, 15(3):314-20, 2001
- FRICK, KD./KEUFFEL, EL./BOWMAN, RJ.: Epidemiological, demographic, and economic analyses: meas-

- urement of the value of trichiasis surgery in The Gambia. *Ophthalmic Epidemiol*, 8(2-3):191-201, 2001
- SAHLU, T./LARSON, C.: The prevalence and environmental risk factors for moderate and severe trachoma in southern Ethiopia. *J Trop Med Hyg*, 95(1):36-41, 1992
- THYLEFORS, B./NEGREL, AD./PARARAJASEGARAM, R./ DADIE, KY.: Global data on blindness. *Bull World Health Organ*, 73(1):115-21, 1995
- WEST, SK./RAPOZA, P./MUNOZ, B./KATALA, S./TAYLOR, HR.: Epidemiology of ocular chlamydial infection in a trachoma-hyperendemic area. *J Infect Dis*, 163(4):752-6, 1991
- WEST, S./MUNZO, B./LYNCH, M. et al.: Impact of face-washing on trachoma in Kongwa, Tanzania [see comments]. *Lancet*. 345(8943):155-8, 1995
- WEST, SK./MUNOZ, B./LYNCH, M./KAYONGOYA, A./MMBAGA, BB./TAYLOR, HR.: Risk factors for constant, severe trachoma among preschool children in Kongwa, Tanzania [see comments]. *Am J Epidemiol*, 143(1):73-8, 1996
- WHO: Global elimination of blinding trachoma. 51st World Health Assembly, Resolution 51.11., Geneva. Text at <http://who.int/pbd/trachoma/wha51-e.htm>: World Health Organization, 1998

**Zusammenfassung:** Dieser Artikel untersucht Fragen im Zusammenhang mit den sozialen Determinanten von Trachoma sowie den gesellschaftlichen Implikationen dieser verbreiteten Augenkrankheit. Trachoma ist die weltweit häufigste infektiöse Ursache für den Verlust der Sehkraft und verantwortlich für 15% aller Fälle von Erblindungen. Im Kern ist diese eine Armutskrankheit, und obwohl es zahlreiche Bemühungen gibt, Trachoma lokal zu begrenzen, könnte eine Reduzierung auf breiter Front nur durch eine Reduzierung der Armut und als Mittel zur Reduzierung der Armut erfolgen.

**Resumée:** Cet article explore les questions concernant les déterminants sociaux du trachome et les implications sociales de cette maladie courante des yeux. Le trachome est la principale cause de cécité infectieuse dans le monde, et représente 15% du fardeau global de la cécité. C'est essentiellement une maladie de la pauvreté, et quoique de nombreux efforts aient été faits pour contrôler le trachome là où il est présent, l'éradication ne pourra se faire que par une réduction de la pauvreté ainsi qu'elle sera un moyen de réduction de la pauvreté.

**Resumen:** El artículo explora asuntos alrededor de la determinación social de tracoma y las implicaciones sociales de esta enfermedad común en el ojo. Tracoma es la causa principal de la pérdida de visión en el mundo, responsable para 15% de la carga global de ceguera. Es una enfermedad esencialmente de pobreza, y, aunque mucho esfuerzo se ha invertido para controlar el tracoma en estas situaciones existentes, su eliminación puede ser llevada a cabo a través de la disminución de pobreza y la firmeza de erradicarla.

**Autor:** Dr. John Cameron Buchan, MB BS, MRCPHth. arbeitet als Ophthalmologe am *International Centre for Eye Health* in London im Projekt *Trachoma Initiative in Monitoring and Evaluation*. Dieses Projekt wird von der *International Trachoma Initiative* finanziert und von Dr. Allen Foster, dem Medizinischen Direktor der Christoffel-Blindenmission, geleitet. Dieses Projekt beinhaltet eine Evaluation von nationalen Trachoma-Kontrollprogrammen in den acht am stärksten betroffenen Ländern.

**Anschrift:** Dr. John Cameron Buchan, London School of Hygiene & Tropical Medicine, ICEH, LSHTM, Keppel Street, London, WC1E 7HAT, UK, Email: [john.buchan@lshtm.ac.uk](mailto:john.buchan@lshtm.ac.uk)

# Causes of Deafness in a Tropical Environment

Boko E., Gnansa P., Naba M., Kélem Y., Kpémissi E.

Deafness due to infection or other causes today constitutes, according to the authors, disability with varied psychosocial consequences. *Objectives:* Determine the importance of deafness among Ear-Nose-Throat (ENT) consultation and record the main causes of the disease. *Results:* During the study period, 78,987 patients were examined at the ENT Department. 2,265 of them had problems of deafness; that is 2.86 % of those examined. The cause of deafness was only established with 1,284 patients, that is 56.68 %. With adults the main causes were: otitis media, traumas especially sonorous, rhinitis, hypertension, presbycusis. With children the causes are: congenital deafness, otitis media, purulent meningitis, pernicious malaria. *Conclusion:* The fact is that majority of the etiologies are not only predictable but also curable. A good sensibilization campaign and the correct treatment of these pathologies will help to avoid a great number of deafness. *Key words:* deafness, etiologies, tropics, Africa.

## Introduction

Deafness due to infection or other causes today constitutes, according to the authors, a disability. It is discreet in some people to such an extent that they are not aware of it. The failing in hearing becomes a big embarrassment to others when it becomes profound and total thus leading to psychological problems. Pialoux (1981) affirmed that: "deafness is one of the most serious afflictions a child suffers from because hearing is at the root of human relations and allows the intellectual development of the child." The child's exclusion from the social environment and the psychointellectual perturbations caused by hearing difficulties indisputably constitute a real handicap with varied psychosocial consequences. The objectives pursued in our work are to bring out the importance of deafness observed at ENT consultation at the *Centre Hospitalier Universitaire (CHU)* of Lomé and to find the etiologies in order to make suggestions to all the parties concerned with this handicap.

## Patients and method

This study was conducted at the ENT Department of CHU-Lomé over a period of 9 years. It is a retrospective study carried out on 1,284 patients who were examined for a problem of hearing and where the aetiology was established. The age and the etiological diagnosis made at the consultation or after complementary tests were the parameters which were studied.

## Results

*Frequency:* During the study period, 78,987 patients were examined at the ENT Department; 2,265 of them had indications of deafness, that is 2.86 % of the patients examined. Due to lack of sufficient clinical information and sophisticated means of examination, the cause of deafness was only established with 1,284 patients, that is 56.68 %. Our study was only based on the 1,284 recognized causes.

*Aetiologies:* Table I summarizes the main etiologies

Congenital deafness (14.33 %) is by far the main aetiologies with children. It is worsened by the notion of marriage between blood relations, the taking of medicines or the appearance of certain diseases during pregnancy.

Aetiologies	Children	Adults	Total	Percentages
Congenital deafness	184	00	184	14.33
Otitis media	31	120	151	11.76
Cerumen plug	64	77	141	10.98
Sonorous traumas	00	121	121	09.42
Other traumas	00	109	109	08.49
Rhinitis	14	90	104	08.10
Presbycusis	00	98	98	07.63
Other neurological affections	00	72	72	05.61
Purulent meningities	36	19	55	04.28
Hypertension	00	52	52	04.05
Drugs	00	50	50	03.89
Pernicious malaria	36	07	43	03.35
Diabetes	00	23	23	01.79
Ménière's disease	00	15	15	01.17
Epilepsy	00	14	14	01.09
Mumps	05	05	10	00.78
Leukemia	00	10	10	00.78
Neonatal deafness	10	00	10	00.78
HIV infections	00	09	09	00.70
Measles	04	01	05	00.39
Sickle cell anemia	02	00	02	00.15
Chickenpox	01	00	01	00.08
Shingles	00	01	01	00.08
Toxoplasmosis	01	00	01	00.08
Otospongiosis	01	00	01	00.08
Thyroiditis	01	00	01	00.08
Hypothyreosis	01	00	01	00.08
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>893</b>	<b>1284</b>	<b>100</b>

Table I: Aetiologies of deafness

Otitis media appears in 11.76 % cases. This concerns children as well as adults. Hypacusia, which is normally part of the symptoms of otitis. Hypacusia disappears with the recovery. However, there are times when it persists. That is when the otitis is treated badly. The high rate is due to the negligence of patients. The cerumen plug and other obstructive causes of the external auditory canal are not really a disease. But they can be considered as a cause because many patients either through negligence or because of the difficulty they have to get access to specialized treatment keep the hearing problem with all the consequences until the plug is accidentally found or there is a painful manifestation associated with it. The traumas represent 17.91 % out of which 9.42 % is for sonorous traumas. This is particularly found with adults. The other traumas are represented by the physical traumas (barotraumas, slap on the ear, fracture of the petrous bone, etc...)

Rhinitis is responsible for 8.10 % cases. This transitory hypacusia may be due to some kind of dysfunction of the auditory tube.

Presbycusis is a symmetrical and bilateral hypacusis due to the physiological ageing of the ear. It is rare before 50 years except if there is a family predisposition or an earlier auditory weakness. The proportion is 7.63 % in our study.

Purulent meningitis, pernicious malaria, Ménière's disease, epilepsy and other neurological affections are responsible for deafness in 15.50 % cases.

Hypertension, drugs and diabetes are responsible for 4.05 %, 3.89 % and 1.79 % cases respectively and this concerns mainly adults. With hypertension, deafness is said to be vascular and occurs by haemorrhage, thrombosis, spasm or ischemia at the level of the inner ear. Can result in sudden deafness. The medicinal toxins very often reported are chloroquine, amodaquine, gentamycine and stretomycine. Their toxicity depends on the duration of exposure and dosage. The recrudescence of savage self medication in our country is also partly responsible. It can happen to children but in our study we did not observe any case with children. Other cases, though fewer, were observed with children and adults. These are mumps, measles, chickenpox, shingles, toxoplasmosis, leukemia, HIV infection, otospongiosis, thyroiditis and hypothyreosis.

## Discussions

**D**eafness is a social problem of considerable importance that deserves particular attention. The frequency of deafness at ENT consultation is high (2.86 %). Loss of language communication,

particularly grave in a country with a high oral tradition such as Togo, will have as consequences the rupture of relations with others.

The aetiological diagnosis of deafness raises a serious problem especially when it is perceptive deafness. This is even more difficult because of the poor and insufficient equipment in our hospitals. The aetiology was not found with 43,32 % of patients. Haaby (1982) estimates this proportion at 29.41 % and Tre Kouko (1980) at 20.66 %. Noise is truly a daily problem in the house and at work. Glorig (1960) has demonstrated that noise is more important in big towns where the noisy environment causes premature ageing of hearing with people thus exposed. For Buffe (1992) it is the principal etiological factor. Presbycusis has taken an increasing social importance because of the present prolongation of the average life of people. The vascular sclerosis lesions and the nervous atrophy lesions interest the auditory apparatus and the central nervous system (Tre Kouko). Lang and coll. (1986) in their study noted that noise is not the only source of deafness or occupational deafness. There may be a high risk of deafness when hypertension is associated with noise. Haaby (1982) found out in his study that the toxic drugs are responsible for deafness in 9.55 % cases. The drugs concerned are the same as those found in our study. The frequency of congenital deafness in our study is high. In Tunisia, Ben Arab (1994) found 49.7 % of congenital deafness in his research. We observed a high rate of deafness due to otitis with children as well as with adults. Haaby (1982) found 8.82 % of deafness due to this factor. Meningitis and pernicious malaria, predominantly tropical diseases, leave important auditory after-effects of the following types: total or partial, bilateral or unilateral perceptive deafness. This fact has been established by other authors notably Haaby (1982) who found 9.55 % of post meningitis deafness and Tre Kouko (1980) who found 10.66 % cases of meningitis and 6.66 % cases of pernicious malaria.

Rhinitis has been reported as following hypacusia. In fact, this is a transitory transmission hypacusia which disappears with the rhinitis according to Portmann (1994). Certain viral, parasitic and infectious diseases can be responsible for deafness. Bacterial infections by the inflammation of the auditory canal often lead to profound perceptive deafness. Viral infections, measles, chickenpox, shingles can also lead to profound or average deafness associated, or not, with vestibular affliction. Malaria, typhus, poliomyelitis, brucellosis also cause deafness [9].

## Conclusion

At the end of our study the following facts have been established: The problems related to deafness are now subjected to frequent consultation at the ENT unit; that is 2.86 % of the consultation. With adults the main causes are: otitis media, traumas especially sonorous ones, rhinitis, hypertension and presbycusis. With children the causes are particularly the following: congenital deafness, otitis media, purulent meningitis, pernicious malaria. From these results, the established fact is that the majority of aetiologies are predictable and curable. A good sensibilization campaign and the correct treatment of these pathologies will help to avoid a great number of deafness.

## References

- BEN ARAB, S./PETIT C./BELKAHIA, A.: Etude épidémiologique, génétique et moléculaire de la surdit  de perception r cessive avec localisation d'un g ne. Les cahiers d'ORL; No. 29: 237-242, 1994
- BUFFE, P.: Bruit et audition. Bulletin de l'académie nationale de médecine. No. 37: 363-371, 1992
- GLORIG A./NIXON, J.: Distribution of hearing loss in various populations. Ann Otol, 69: 497, 1960
- HAABY, ES.: Les surdités en milieu tropical. A propos de 136 observations de la clinique ORL du CHU de Dakar. Thèse de médecine, No. 5, 1982
- LANG T./FOURIAND C./DEGOULET, P.: Exposition professionnelle au bruit et hypertension artérielle. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Masson (Paris), 318-323, 1986
- PIALOUX, P.: La psychologie du sourd. Soins, Tome 26, No.5: 31-32, 1981
- PORTMANN/M.: La surdité brutale: une urgence. Gazette médicale, Paris, No. 15: 18-20, 1994
- STERKERS, O.: Surdité: orientation diagnostique. Revue du praticien; No 7: 915-919, 1992
- TRE KOUKO, J.: Contribution à l'étude de la surdit  mutit  en Côte d'Ivoire. Thèse de Médecine; N 240, 1980

**Zusammenfassung:** Hörschädigung manifestiert sich nach Auffassung der Autoren als Behinderung mit unterschiedlichen psychosozialen Konsequenzen. Ziel der Erhebung war die Ermittlung von Ursachen der Hörschädigung bei Patienten der HNO-Abteilung. Von den 78987 Patienten im Untersuchungszeitraum waren 2265 (2,86%) hörgeschädigt. Bei Erwachsenen waren die Hauptursachen Otitis, Traumen, Rhinitis, Bluthochdruck und Altersschwerhörigkeit. Bei Kindern sind als Ursachen zu nennen congenitale Hörschädigung, Otitis, eiternde Meningitis und Malaria. Die Mehrzahl dieser Ätiologien ist nicht nur voraussagbar, sondern auch gut behandelbar. Aufklärungskampagnen und angemessene Behandlung dieser Pathologien können dazu beitragen,

den Groteil der H rschdigungen zu vermeiden. (Stichworte: H rschdigung, tiologie, Tropen, Afrika)

**Resumée:** Déterminer l'importance de la surdité parmi les consultations ORL et voir les causes principales de la maladie. Résultats: Pendant la période étudiée, 78897 patients ont été examinés au département ORL. 2265 avaient des problèmes de surdité, ce qui représente 2,86% des personnes examinées. La cause de la surdité n'a pu être établie que sur 1284 patients, ce qui représente 56,68%. Chez les adultes les causes principales étaient: les otites, les traumatismes mais essentiellement des traumatismes sonores, les rhinites, l'hypertension, le presbycusis. Chez les enfants les causes étaient: la surdité congénitale, les otites, les méningites purulentes, la malaria perniciose. Conclusion: La majorité des  thiologies sont non seulement prévisibles, mais aussi curables. Une bonne campagne de sensibilisation et le traitement correct de ces pathologies pourrait éviter un grand nombre de cas de surdité. Mot clefs: surdité,  thiologies, tropiques, Afrique.

**Resumen:** Seg n el autor, sordera por infecciones es una discapacidad ordinaria con varias concecuencias psicosociales. Objetivos: Determinar la importancia de sordera a través de consultas ENT y destacar las causas principales de la enfermedad. Resultados: En el periodo de investigación, 78.987 pacientes fueron examinados en el departamento ENT, 2.265 de ellos tuvieron problemas de sordera, eso es 2.86% de los examinados. La causa de sordera fue encontrada con 1.284 pacientes, eso es 56.68%. Las causas principales en los adultos fueron: otitis, traumas sonoras, rinitis, hipertensión, presbycusis. Las causas principales en los niños fueron: sordera congénital, otitis, meningitis purulenta, malaria dañino. Conclusión: La mayoría de los etiologías no solamente son predecibles sino también curables. Una buena campaña de sensibilización y un tratamiento correcto de estas patologías va a ayudar a prevenir un gran número de sordera. Palabras Claves: sordera, etiolog a, tr picos, Africa.

**Autoren:** E. Boko ist Chirurg und Leiter der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung des Universitätskrankenhauses Lome Campus, Vorsitzender des Vereins Hörgeschädigte Kinder der Welt, Togo und medizinischer Berater der H rgeschdigtenschule in Togo. P. Gnansa und M. Naba sind Medizinstudenten in der Facharztausbildung an der HNO-Abteilung des Universitätskrankenhauses Lome (Togo). E. Kpémissi ist Leiter der HNO-Abteilung des Universitätskrankenhauses Lome Tokoin

### Adresse:

Dr. Essohanam Boko, B.P. 30006 Lomé Togo, Tel. Bur. 00 (228) 2503000, Fax: Bur. 00 (228) 2251768, Email: [essoboko@tg.refer.org](mailto:essoboko@tg.refer.org), [essoboko@hotmail.com](mailto:essoboko@hotmail.com)

# Formal and Informal Disability Resources for Afghan Reconstruction<sup>1</sup>

M. Miles

After 23 years of turbulence the number of disabled Afghans is unknown and formal services are minimal. The great majority live with whatever resources they find in themselves and their families, the normal pattern throughout history. Informal help and some cultural resources of Afghan history and Muslim teaching are noted in this paper together with some common negative views. UN agencies and NGOs made efforts to promote an adapted Community Based Rehabilitation in Afghanistan from the 1980s to the present and to transfer rehabilitation knowledge and skills to families with disabled members. Some local resource centres and community disability organisations have developed and can be a useful basis for disability planning in the anticipated national reconstruction. Emphasis should be given to the participation of disabled people as beneficiaries and employees in all reconstruction programmes, which should proceed in consultation with families and disabled individuals.

*“International intervention, if it is to stand any chance of success, needs to pay far more attention to harnessing the strengths of local cultures, not simply to behave as though they are dealing with a tabula rasa in which nothing has happened prior to their arrival.”*  
(S. Barakat, personal communication, 2002)

## Disabled - Not Junk

An Afghan brought his disabled son into the Mental Health Centre, Peshawar, in Pakistan. Glaring at the school principal, he began by stating in Pushto: “I carried this boy on my back from Kabul. It took me two weeks. So just don’t tell me that he’s rubbish to be thrown away.” (C. Miles, personal communication) The Afghan father’s perseverance, truculence, and anticipation of negative responses from the world of professionals, are normal enough in families with disabled members during the past two decades of turbulence in the region. That man trekked the road from Kabul down to Peshawar during the 1980s, among two to three million refugees. Since October 2001 disability service professionals in Peshawar have engaged in new rescue missions to collect Afghans who have reached the border after being injured or disabled in the supposedly *friendly* bombing of their country by foreign forces trying to dislodge Taliban and al-Qaeda fighters. Those who reached the comparative safety of Pakistan have found local services severely stretched by the latest wave of refugees, but have at least been within reach of food and water, shelter and some skilled help. The great majority of disabled people

inside Afghanistan are once more reliant on their own and their families’ meagre resources. How they fare remains largely unrecorded, yet some information can be pieced together from a variety of sources to guide the guesswork and assist in planning. [1]

## Numbers Crunched

The population of Afghanistan and the number of disabled people within the country are both unknown, with estimates varying widely according to political spin. Current population guesses vary from 18 to 26 million in-country and some 3-4 million refugees in Pakistan and Iran, all figures being confounded by factors such as the indeterminate number of nomadic peoples, the cultural under-reporting of women and girls, and the lack of any controlled large census since 1972. [2] Some disability estimates still use the “10%” notion popular in 1980s, yet for Afghanistan this has weak credibility, being based on criteria from Western Europe and North America where large elderly populations and over 90% school attendance boost the perceived disability rate. The Afghan population appears to have a pyramidal structure, roughly half being under 18 years, an under-5 mortality rate above 25%, and a schooling rate (again largely guesswork) below 30% (State of the World’s Children 2001: 78, 94). Compared with Western European populations, Afghanistan has a much higher proportion of people with physical disabilities from polio and from blast injuries, visual disabilities from untreated eye diseases and blasts, and mental disabilities associated with malnutrition, iodine deficiency disorders, trauma and probably epilepsy linked with trauma or with untreated malaria; also an unusually high level of birth defects, possibly linked with consanguinity. (Centres for Disease Control 1989; François, Lambert, Salort et al 1998; Kakar & Verster 1996; Muzaffar, Khan, Akbar et al 2000; Nasafi 1990;

1) This paper was first published in Third World Quarterly Vol. 23 (5) pp. 945-959, and is reprinted here with slight updating, with permission of Carfax Publishing, Taylor & Francis Group.



Singh 1983). Based on local surveys, a former advisor to the *Comprehensive Disabled Afghans Programme* (CDAP) suggested that 3-4% of an assumed population of 20 million were disabled to the point of needing some kind of service (Coleridge 2000). War, mine blast injuries and polio were believed to account for half of the toll (Coleridge 2000; Lambert, François, Salort et al 1997). More focused surveys for UNICEF in 2000 reported disabilities in 15 per 1000 children aged under 15, "two-thirds of whom had received some sort of treatment", and less than a quarter of the disabilities were due to landmines or polio (Global Movement for Children 2001: 78).

Worldwide monitoring of damage from mines and unexploded ordnance suggests that they "kill or maim more civilians in Afghanistan than in any other country" (ICBL 2001). The actual numbers dead or disabled are probably much higher than is known, because of under-reporting and the low survival rate of people with severe injuries in the harsh conditions of rural Afghanistan. One WHO assessment suggested that 2% of the Afghan population were blind, giving a figure of 400.000 people suffering from blindness, many of them from operable cataracts and other preventable conditions. A continuing hazard to life, limb, sight and hearing is that some 300 square kilometres of land containing minefields and unexploded ordnance needs clearing in high priority areas alone (Maley 1998; Andersson, da Sousa & Paredes 1995). The commonness of acute and chronic otitis media in earlier village clinics (Blumhagen & Blumhagen 1974: 36) also suggests a high level of unnoticed hearing impairment, which will take its toll on children's performance if they enter school. In the disastrous conditions prevailing in many rural areas there are further risks of crippling diseases such as lathyrism which surfaces periodically as people are forced to rely on 'famine foods' (De la Vigne & Ahmad, 1953; Arya, Qureshi et al 1988).

### Formal Services

Certainly the number of disabled Afghans who could benefit from formal rehabilitation services has vastly exceeded the resources available at any time within living memory. In the early 1990s several field surveys were conducted by an experienced paediatrician and development agent, of resources in the capital Kabul and the provinces of Takhar and Wardak, before commencing the Disabled Afghans Project (1993-1995) with Swedish aid (Kristiansson 1990, 1991). For a population of between 1 and 2

million, Kabul had a small number of institutional resources for physical disability, such as the Wazir Akbar Khan Hospital physiotherapy and orthopaedic departments, the ICRC Rehabilitation Centre, the Physiotherapy School, Indira Gandhi Pediatric Institute, the Afghan Red Crescent Society, and some manufacturers of wheelchairs, crutches etc. For a modest number of blind people the International Assistance Mission ran a blind school and sheltered workshops, while the NOOR Institute provided eye surgery. This level of services, inadequate though it was for the population, was many times higher than existed elsewhere in Afghanistan. Takhar and Wardak had a few general hospitals but there seem to have been no specialised disability services. Kristiansson (1991: 15) noted that the concept of disability was always linked to war injury, especially amputation. Enquiry about which disabilities were common was understood to mean 'how many amputees are there?', and other disability categories were considered uncommon. Similar thinking seems to have persisted during formation of the *Interim Government* (2002), in which the earlier *Ministry of Martyrs* became the *Ministry of Martyrs and Disabled*.

Disability among women and children has been largely invisible - adult male informants have mostly reported that there were very few cases. Whatever may have been available in 1991, and whatever its accessibility to women and children, by the close of the Taliban rule many of the formal services had ceased functioning. Reports late in 2001 stated that surgical services in Afghanistan were weak or non-existent. Former specialist medical units such as eye and hearing hospitals and plastic surgery had closed as a result of war, and services to blind people also closed temporarily. Mental health services have been extremely weak throughout Afghanistan, regardless of the political developments (WHO EMRO 2001). Community rehabilitation centres established by CDAP are believed to have continued working in various parts of the country, though access for women and girls has been restricted. Once again, the great majority of disabled people have been thrown back on their own resources and those of their immediate neighbourhood. That will have to be the baseline for realistic forecasts on the lives of disabled Afghans to 2010 - the baseline of existing, informal, socio-cultural resources within families and communities.

### Cultural-Historical Resources

The situation of disabled Afghans is extremely difficult and the country's health and education

services are severely constrained, especially for girls and women, yet there is nothing intrinsic to the Afghan people and their cultures that makes such difficulties inevitable. During the 1970s some progress was made in developing basic health care services across the country, an initiative that was broadly welcomed and participated in by many people, as documented in detail by the Management Sciences for Health team that advised and monitored the process, and earlier primary health care innovators (O'Connor 1980; Blumhagen & Blumhagen 1974). The cultural histories of Afghanistan also show that there are positive resources for enabling disabled people to play their part in community and society. A commentator in Pakistan described one feature of the Islamic culture:

“Ehsan is the next higher stage after Adl in the Quranic social order. Ehsan means a condition where an individual lagging behind in spite of his best efforts gets his deficiency made good by others to restore the disturbed balance of society. This is not by way of charity but as a matter of right.” (Wadud 1986)

Such notions of society, duty, and “rights, not charity” approximate to the ambitions of western disability campaigners who believe that the problems they experience should not be attributed to any deficiency within themselves but to an imbalance within society, the correction of which is in the interests of society rather than being a handout to an individual. Among the mechanisms for restoring balance in Islamic societies has been the institution of *Zakat*, a wealth tax payable by Muslim property owners, and the *bait-ul-mal* or community chest for local distribution to people in need. *Waqf foundations*, a form of charitable trust, have also played some part in maintaining a balance between richer and poorer sections of Afghan communities. Such institutions have of course sometimes been abused; but their existence has supported some equalising within societies (Stillman 1975), and they are still saving some Afghan “female-, elderly-, child- and disabled-headed households ... managing through begging, charity (*zakat*), child work, external assistance” (Global Movement for Children 2001: 53).

Only the briefest sketch can be given of indigenous cultural resources on which Afghans may draw when it comes to reconstructing their country in ways that provide more equitably for disabled people. Afghanistan was an East-West crossroads of the classical world. Long before the arrival of Islam, some knowledge of the scientific and therapeutic discoveries of the great civilisations of China, Buddhist India and Greece was carried across the

present Afghan territory by merchants, itinerant healers, diplomats, armies and camp followers. The Gandhara civilisation, extending across half of present-day Afghanistan and Pakistan, had the thriving university at Taxila as its centre for medical and surgical training. Detailed orthopaedic knowledge was taught there, as in the Sanskrit *Susrutasamhita* (Duraiswami & Tuli 1971). Medical knowledge also spread northward and eastward from Greece, to which Afghan hakims still trace their ancestry (Penkala 1980). This knowledge, much of which was formulated in the immensely influential *Kitab al Qanun* of Ibn Sina (c.980-1037) would have included the Hippocratic view that epilepsy was neither *sacred* nor a matter of possession, but a disease to be treated by careful observation, adjustment of diet and environment, and certain drugs. The first part of the *Qanun* contains some remarks about causes of deformity (Gruner 1930: 213-214, 242-243).

Later, when Muslim rulers acted as patrons for the preservation and development of medical and legal knowledge throughout the Middle East and Central Asia, the enlightened measures for treating mental illness were also known in Western Afghanistan. Civil rights of mentally disabled people and the legal capacity for deaf people to give evidence using sign language were familiar from the widely used *Hedaya*, a 12th century commentary on Islamic law (Marghinani, transl. Hamilton 1975: 526-529). Medical therapies of the 16th century appear in the diary of the dynasty-founding Babur (1483-1530), who launched the invasion of North India from Kabul, his favourite city. From personal experience and observation Babur mentions various ailments, disabling conditions and remedies, e.g. arthritic joints, weakness and stooped posture, blindness of one eye; drip-feeding for loss of voice; his own youthful crisis of sexual orientation and his mother's tiresome exhortations; a smashed bone and (supposedly) orthopaedic surgery; trepanning for head injuries; opium for his persistent ear pain; no treatment for his dislocated thumb, but '*Qur'anic* therapy and various medicines for his fever (probably malarial); and the attempted 'exchange' of illness from his son to himself (Babur, transl. Beveridge 1989: 88-89, 106-107, 109, 120-21, 169-170, 258, 261-62, 409, 413, 585, 588, 608, 615, 618-20, 701-702).

Some useful disability-related information has thus been known and put into practice at various points in Afghan history. However, the knowledge and therapeutic skills have seldom been institutionalised in the best sense - very little has been recorded

in permanent form, and there seems to have been little or no transmission of knowledge by formal training of practitioners. Local healers, bone setters, midwives and shrine-keepers have passed on their skills to their sons and daughters (Hunte 1981; Hunte & Sultana 1984: 9-16); but the transfer has seldom been monitored for quality, and there have been no mechanisms for expanding and testing knowledge and skills. Widely practised therapies such as massage of the back, legs and feet, are of course subject to immediate feedback from the client (T. Molenaar, personal comm. reported in: Singer, 1982: 83-84). Studies of traditional medical and healing practitioners in 20th century Afghanistan indicate a continuing enthusiasm in the populace at large for their range of concepts, knowledge and skills, with some blending of western allopathic practice (Penkala 1980). There has also been widespread resort to shrines such as the *Ziarat* at Mazar-i-Sharif, "famous for its power to cure blind and crippled people" (Sidky 1990: 288; Harlan 1939: 68), and the Pir Baba *Ziarat* of similar repute (Caroe 1958: 199).

Some blind Afghans achieved good standing in their communities. In an authoritative history of Afghanistan, Louis Dupree shows a photograph of a blind singer of epic poetic history accompanied by a blind musician; he also mentions a blind storyteller and records the lengthy rule of Khurasan by Shah Rukh, blinded at an early age by a rival (Dupree 1973/1980: 73, 116, 118, 335-36). Another traditional occupation for the blind man has been to memorise and recite the Qur'an, taught by the local mullah; and more curiously, to act as watchman, presumably using vigilant ears (Harlan 1939: 86). There was a well-established view that the blind person can be a *community bank* of poetry, knowledge and skill, and may become a distinguished teacher. Certainly, there have also been less positive traditions. The Pakhtun view of the blind man's helplessness appears in the cynical proverb, "The blind man entrusted his wife to God". Other proverbs give disabled people a more troublesome than passive role: "The blind, the deaf, the scald-head, the paralyzed, wherever they sit, cause quarrels" (Thorburn 1876/1978: 280, 398, 411). Some of these views persist among disabled people. At a meeting in the late 1980s to discuss the start of an association of disabled Afghans, two physically disabled men were dismissive of an elderly blind man who was present. "He's a blind! He can do nothing!" They were unaware that he had been a senior academic at Kabul. A Pakhtun story tells of a crippled man who was asked if he would prefer that "his own hip became straight, or that other people's hips became crippled". His

choice was that their hips should be crippled, so that he could laugh at them the way they had scorned him (Enevoldsen 1968: 78).

People with physical disabilities may traditionally have been perceived in a different way. Serious physical trauma, loss of a limb or paraplegia, must often have led to death from shock, bleeding or infection. Milder physical disability was understood in its own terms - a man might use only one arm or walk with a crutch, and so find it difficult to fight, yet could take part in the power games of social life with little or no communication problem. One militant role model was Timur the Lame (1336-1404). Lacking any vocational rehabilitation at Samarkand in the 14th century, he invented *riding for the disabled* and supported himself by conquering half of Asia on horseback, sometimes being hoisted in a large wicker basket down snowbound mountains that his troops were negotiating (Elliot & Dowson, reprint 1979: III: 402-403). The Qur'anic Surah 48, verses 16-17, gives sick or disabled people exemption from military service; yet it is clear that from the earliest days of Islam there have been some who chose to fight. A well-attested saying of the prophet Muhammad is quoted by al-Jibaly (1998: 125), in which 'Amr bin al-Jamuh wished to take part in the battle of Uhud, though he was lame. He said he would fight in the cause of Allah until he died, and then he would limp about in Paradise. Afterwards, when 'Amr had indeed died in the battle, Muhammad passed his body and proclaimed that he could see 'Amr walking about in Paradise, with his leg well and healthy. No doubt this vision continues to encourage disabled veterans across the Islamic world.

Almost a century ago, the British missionary surgeon Pennell praised Afghan women's skill in suturing their wounded men using ordinary needles and hairs of their own head. Pennell was cooler about the quality of bone-setters' work, but he may have seen a disproportionate number of *failed* cases that had to be sent for Western hospital treatment, while the bone-setters' successes went unnoticed (Pennell 1909: 40-43). Latterly, childhood physical disability in Afghanistan has been much increased by poliomyelitis, but apparently only in the past 40 years (Fischer 1968: 121). As recently as the 1970s, primary health practitioners could recommend that, "Poliomyelitis vaccination should be given relatively low priority" in Afghanistan (Blumhagen & Blumhagen 1974: 39), because of its apparently low incidence at that time. (Late in 2001 UNICEF reported that large-scale child immunisation against polio

had continued across much of the country despite the difficult operating circumstances).

While blindness and physical disability are comparatively familiar, people with deafness or mental retardation are seldom visibly identifiable. They come to attention through problems of communication and of understanding *what is wrong* and what can be done about it. Traditionally, mentally retarded children have been taken to saints' shrines for religious healing, and have been concealed at home in cities or put to simple tasks in rural areas. Such practices do not necessarily conflict with modern approaches. Shrine counsellors, as well as some traditional healers and *wise women*, sometimes serve as *barefoot psychologists*, giving practical advice to clients where they think it beneficial (Christensen 1990: 79). If *modern* resource centres are willing to acknowledge the practice and potential of such counsellors and healers, and to share relevant information, they may become effective channels. They may, for example, still tell families to attach an amulet (*tawiz*) to the child, but also to engage in a simple developmental program and to trust in divine mercy (Miles 1997; Saikal 1995). Muslims have a duty to seek knowledge from any quarter, since all true knowledge comes from Allah. If Allah has provided knowledge by which families can teach their mentally disabled child, it cannot be rejected.

Documented knowledge about the effects on Afghan children of growing up amid long lasting guerrilla warfare, sometimes witnessing brutalities or torture of close relatives, is still lacking or equivocal. Some psychiatric notes have been published on refugee children and young people (Dadfar 1987; Mghir & Raskin 1999), but specialised child psychiatry has been unavailable inside the country. Kabuli children's responses in 1997 to a long series of questions about personal bereavement, violence they had witnessed, bombardment they had experienced, and resulting symptoms of stress or trauma, suggested that a large majority had indeed undergone distressing experiences and were living with a raised level of anxieties, depression and other disturbance (Gupta 1997). This kind of study focusing on individual *victims* aged between 8 and 18 years (average 12.5) and focusing attention on their *symptoms* may also be questionable on ethical and cultural grounds (Global Movement for Children 2001: 74; Pupavac 2002). If such matters were discussed, it would normally be in an extended family setting where the child or young person could expect some comfort, or at least know that their suffering was shared by those close to them. For comparison, the

results of extensive studies on child psychopathology in Lebanon after 10 years of conflict also remained rather inconclusive (Bryce & Armenian 1986). Certainly ill effects were seen in many children; but differential causality and long-term sequelae have been hard to show convincingly.

### Recent Community-Centred Resources

During the Soviet occupation a protocol impasse made it hard for UN agencies to act inside Afghanistan because their work in any country is normally limited to advising the government. Without a legitimate government, UN agencies have no national counterpart and their legal standing becomes doubtful. During much of the 1980s, the only formal involvement of the UN Development Programme in Afghanistan was in two humanitarian fields of non-controversial need, i.e. disability, and de-mining activities (Harpviken 2002). UN disability policies during the 1980s had tilted strongly toward a *Community Based Rehabilitation* approach, with a strong impetus from the World Health Organisation (WHO) in a kind of extension of *Primary Health Care* ideology (Helander Mendis & Nelson, 1983). The *International Labour Organisation* (ILO) also experimented with CBR focusing on vocational rehabilitation, but experienced practical difficulties (Momm & König 1989), while UNESCO made some efforts to advocate for increased integration of disabled children in ordinary schools.

With regard to serving disabled Afghans, it was noted in 1990 that CBR during the 1980s had "shown serious shortcomings in developing countries that are far stronger economically and less troubled by war", so it could hardly be the strategy of choice for Afghanistan in the 1990s (Miles 1990). The full-blown WHO-style CBR scheme required extensive local and national planning and deployment of resources, often in unfamiliar ways and backed by a strong political will, none of which seemed very realistic in Afghanistan. The UN agencies would therefore do better to support a realistic compromise plan for increasing the dissemination of appropriate knowledge and skills among new and existing health and education staff at various levels, among disabled people and their families, and key members of the community using various media. These suggestions were later reinforced with extensive documentation of existing studies on health and disability among Afghans, and of materials already available in the national languages of Dari and Pushto, and of ways in which mass media and local

contacts could be used in generating and disseminating appropriate public education and awareness messages, with local *resource centres* as an operating base (Kristiansson 1990: 13; Miles 1992).

The outcome of the various trends and suggestions was that the Disabled Afghans Project piloted a modified form of CBR with resource centres and an information approach, and these were extended by the CDAP from the mid-1990s (Coleridge 2000). The CDAP umbrella covers a range of implementing agencies, most of them NGOs that normally operate with considerable differences of philosophy. Some CDAP documents exhibit a curious diversity of jargon and terminology, claiming e.g. that disabled Afghans will be *rehabilitated and integrated in the mainstream of their community* by means of the *transfer of knowledge to disabled people and their families and society*, even where the visible transaction might be as prosaic as fitting a leg prosthesis to a middle-aged man who never saw himself as being displaced from his normal role in the community. For fund-raising purposes it was sometimes necessary to demonstrate that the transfer of knowledge or the fitting of a prosthesis could have a significant impact in reducing poppy cultivation in areas where narcotics trading was strong. An appropriate jargon was developed, in terms of the CDAP *reducing despair* among disabled people and their families, and enabling them to have *legitimate sustainable livelihoods*.

Nordic countries were major contributors to CDAP funding and activity, and for them it was important that the programme should support their aim of *protecting and advancing the rights of disabled and marginalised people of Afghanistan*. Here the cultural imperatives of powerful foreign donors may have conflicted with historical cultures of Afghanistan. One of the cultural strengths of Afghanistan is the sense of community derived from membership by birth in a locality and an ethnic group, carrying with it strong obligations of mutual support. These *Gemeinschaft* obligations seem very distant from the Euro-American notion of the individual claiming *legal rights* against a faceless *society*. The poorly schooled Afghan villager may hardly be aware of the reported saying of the prophet Muhammad, that "The son of Adam has a right only to the following: a house in which he lives, a garment with which he conceals his private parts, dry bread and water" (Mishkat al Masabih, 1970, II, 1076); yet the situation described by the prophet is easily recognised by the villager, whereas the Nordic life-style is not. Traditionally, for the poorer and

rural masses, the lot of each person comes from the hand of Allah. There are no mistakes, no rights and no reasons for complaint. Wisdom consists in accepting one's lot, and making the best of life with very modest means. A failed attempt to impose external views was reported in 2000 by Save the Children Sweden, which complained that, "In practically all CDAP documents children are invisible or considered on an ad hoc basis", and that "the child perspective is missing". Though Sweden had paid a lot of money, the CDAP thinking had not perceptibly changed (Brolin 2000: 11-12).

During two decades Afghan mid-level managers became adept at handling the endless delegations of westerners touring the country or the refugee camps and conducting *evaluations* according to foreign perceptions of value. Entering the (western) 21st century, the CDAP was able to extend some resources of knowledge and skill via nearly 400 community resource bases and trained workers in 45 of Afghanistan's 350 districts, with up to 6000 people working in voluntary capacities supporting the effort. The accumulated total of disabled beneficiaries amounted to some 30.000, and for the eyes of potential donors this figure was immediately multiplied by ten on the grounds that for each disabled person assisted there were ten family members indirectly benefiting by seeing their disabled member make progress or by being relieved of the *opportunity cost* of providing in-home care.

### Afghan Women and Disability

A major issue between European expectations and traditional Afghan cultures has been that of women's access to and participation in public services (Barakat & Wardell 2002). A recent book devotes a chapter to examining how the British NGO Oxfam got itself into a ridiculous position in the 1990s by trying to dictate to Taliban rulers on what Afghan women must be free to do, apparently in the belief that British principles were obviously superior to those of the Taliban (Vaux, 2001: 115-136). Others have seen the anticipated reconstruction period as an opportunity to offer financial inducements to steer Afghan families toward a different gender balance of work, space and time (Christensen, 1990). Yet Afghans have not demanded guidance on how to conduct their family life and personal business, least of all from countries like Sweden, Britain and the USA, noted respectively for high rates of suicide among young people, pregnancy among unmarried schoolgirls, and drug addiction, child sexual abuse, and urban slum violence.

In any Muslim country, the question of making sure that help is available to disabled women may be influenced by the well-known story of the black woman with epilepsy who approached the prophet Muhammad for help. She was given a choice of options - either to endure her problem and be rewarded with paradise, or the prophet would pray for her cure. She chose to endure, but asked for Muhammad's prayers that she might not suffer exposure of her body when she had fit. The prophet acted on her request (Mishkat al-Masabih, 1970, II, 329). This does not of course solve the question of women's participation in public life during their youth and childbearing years. On that topic, the same or similar arguments advanced during 2000 years of Christendom have appeared in the Islamic world through 1400 years, for much the same reasons: the roles and duties of son, husband, father and grandfather have nowhere been seen as entirely interchangeable with those of daughter, wife, mother and grandmother. Experiments with different social roles and opportunities can be seen at various stages across the world; but since a gender balance approved by all parties has yet to be found in any society, it seems best for Afghans to arrange among themselves how they are going to conduct their lives.

Restrictions on women's mobility in Afghanistan in recent years have resulted in far fewer women being killed or disabled by fighting, land mines and live ordnance (Lambert, François, Salort et al, 1997; Andersson, da Sousa & Paredes 1995). However, it is arguable that women may have suffered disproportionately from chronic untreated ailments, stress disorders and depression, through being confined lengthily in very tense situations that they could not act directly upon, especially if displaced from their normal residence (Gessner, 1994; Rasekh, Bauer, Manos & Iacopino, 1998). Such conditions are *disabilities* in some classifications, but it is doubtful whether they are counted as such by many Afghan women. Cultural requirements seem to have a significant effect on access to community disability services, such as those provided by CDAP's operating agencies. "The presence of female rehabilitation workers has been found to profoundly affect the use of services by girls. In data from the Eastern region, girls under 18 years with cerebral palsy or polio comprised only a quarter of the children seen at clinics with no female staff, in contrast with close to 50% where female staff were present" (Global Movement for Children 2001: 78).

Afghan women and girls have had a hugely disproportionate participation in providing the infor-

mal home care and assistance that has always been the major service resource in the country. Their socialisation directs them to this role, which consequently is taken for granted. It hardly figures in any official planning, and seldom if ever attracts any official recognition or reward. Yet these *barefoot altruists* and their sisters across the world should be primary targets and participants for developing appropriate, conceptually adapted, confidence-building information about disability care and management in the home and neighbourhood. Where their contribution has officially been noticed, they have proved to be keen learners, innovative with the scrap materials available to them, persevering through great difficulties.

### Planning for Reconstruction

It is no coincidence that the terms *rehabilitation* and *reconstruction* are sometimes used as synonyms, whether for people with disabilities or a country that has been severely damaged. In either case, the target can be *independent living*, self-support in everyday life, autonomy within community (with a little help from friends), and growth towards realistic, self-chosen goals. In either case there may be ambivalence as the *patient* sees that the future will be long and hard and may prefer a reversion to apathetic inertia in receipt of *relief*. This is particularly likely at the country level when turbulence has continued over decades, where communities have been seriously fragmented with large population displacement and traumatisation, where cultural norms have been severely disrupted and their custodians repeatedly humiliated, and where economic and political infrastructures have practically disappeared.

In the case of formal and informal disability service in Afghanistan, while these external hazards have all existed, there has nevertheless been a continued effort through the 1990s and practically to the present, to develop sustainable community resources and to build from the ground upward in 13% of the districts. The final period of conflict in 2001-2002 has had some scattering effect, but the people with basic training and experience will not have lost their knowledge and skills. The majority will still be available for work, and they are a precious resource that can be the nucleus for training and extension. Gathering the threads and providing finance and opportunities for training new workers and mobilising new community disability organisations should have high priority, along with support and strengthening for preventive health measures that will in the longer term impact on the overall requirement

for disability service. These activities, being a kind of default position requiring nothing new, should be obvious and uncontroversial.

A major aim of this paper is to underline the need for building on Afghan cultural foundations and in close consultation with disabled people and carers - so it would be inappropriate for a foreigner to propose any detailed plans without such consultation. However, two broad suggestions will be made with a view to developing a greater *consciousness of disability* in reconstruction. The first is to *share the message*, in order to enlist resources across the entire reconstruction effort. Disability elements would thereby need to be included across the board, i.e. not only in the obvious *health, education and welfare programmes*, but also in water and agriculture reconstruction and extension, in women's uplift programmes, in civil administration and law enforcement, and in all employment generation measures. Targets of 5% to 10% participation of disabled people, separately enumerated as women, men, girls, boys, could well be written in and monitored in both relief and development programmes, both in the capacity of beneficiaries and as employees or active participants. Of course, to obtain an appropriate spread of participation bringing in people with less visible disabilities and with low social status will not be easy. It will conflict with some social norms, so it is better targeted by negotiation rather than by the imposition of inflexible *quotas*. Physically disabled young and middle-aged urban male veterans will expect to secure the lion's share of whatever benefits are available - but they too have their sense of justice to which appeal can be made for the inclusion even of unlikely beneficiaries such as elderly deaf women or young girls growing up with epilepsy.

To add disability elements across the board will require a second suggested priority, an extensive rolling programme of short orientation training and refresher courses. The temptation will be to follow the typical (and widely discredited) pattern of herding people together and dumping large amounts of indigestible text onto them, even where they have little experience of extracting practical knowledge from booklets or even videos. This problem is not going to be solved quickly, but it should be recognised that practical training, with ongoing involvement of disabled people who have demonstrated good communication skills, is likely to have much greater impact and more appropriate outcomes. Specific disability programmes and the dissemination of disability elements will require continued listening to communities and participants - and not only to the

ones who agree with the official plans. Some respect is needed for the great variety of perceptions present across the many Afghan cultural groups, as well as between men and women and various age bands.

### Some Planning Cautions

The reconstruction and new development of some specialised referral services will also be needed, both for direct service provision and for more advanced training and quality monitoring in the community. This should be done with close attention to the ongoing running expenses, if Afghanistan is to avoid the familiar pattern of a few *disability palaces* swallowing the country's entire recurrent budget for disability services. Developing referral centres even with modest expenditure will involve some risk of disheartening the poorly paid or volunteer community resources, especially when they are too distant to get any benefit from the centre. Within a few years some private donor, whether western or from the oil-rich countries, may offer to *build a disability hospital* or *fund a special school*, to provide Afghanistan with a fully equipped model of *the most recent methods and technology*, flying in specialists and paying large salaries to obtain *excellence* for a small number of urban clients. It will be hard for an Afghan government to resist such an offer. Sometimes it is possible to persuade such donors to build-in development opportunities that will facilitate an appropriate, functional level of training for people who will work as community-based facilitators in rural areas and small towns.

Another familiar planning error to avoid would be the *national survey of disability*. This corresponds with a certain attitudinal stage, where planners have commendably taken on board the idea that disability is a significant feature in the lives of up to 20% of the population (whether as disabled persons or as family carers, friends, service workers), but feel frustrated because nobody will say *how many there are*. Disability data across the world are "compiled under different conceptual frameworks, data collection schemes, and sampling frames. Surveillance systems are fragmented, rudimentary, or non-existent, particularly in developing countries" (Fujiura & Rutkowski-Kmitta, 2001: 78). A further complication: the more 'development' that takes place, the more disabled people it will reveal. At the simplest level, education and health services, especially for girls and women, will in due course lower infant mortality (with the spin-off that some weaker children will survive who would earlier have died), while also lengthening the lives that elderly people

spend with failing faculties, both trends increasing the need for in-family care and disability services. Putting children in schools will reveal (if anyone has the time to notice) that up to 50% of them have a range of chronic nutritional deficiencies and mild to moderate impairments, which would not prevent them from herding goats but will hinder them from learning to read or making any contribution to local development. Certainly, every form of local or national survey or census could usefully integrate a few carefully framed questions concerned with perceived disability and the participation of disabled people; but “how many are there?” and “what do they need?” are questions that have already been asked around the world with no beneficial outcome or comparability. A more sensible planning question is: “can we, with some forethought and modest adjustments, have a greater participation of disabled children and adults in our national, economic and social life?” The answer is “very probably”, though to do so is seldom very easy.

### Respectful Assistance

Afghanistan's government is now obliged to plan for reconstruction with an assumption that some political stability is achievable, but several years before there is any assurance that reconstruction can be implemented fast enough to promote that stability. This card game requires bids to be made for the confidence of the people and of donor countries and financial INGOs, often without even seeing the cards in one's own hand. Some players will bid for a miracle *transformation* rather than a feasible reconstruction. In such a game, mature disabled people have something useful to offer since they have had experience of constructing or *reconstructing* a meaningful life in an often hostile, humiliating or indifferent environment where the numbers on the cards change while one is holding them. In these circumstances, the useful assistance begins by recognising and valuing the strengths of the disabled person or disabled community or country, and by responding to perceived needs and priorities rather than to preconceived plans. For people to have the confidence for self-reconstruction, there must be some feasible steps that they are interested in taking, towards some goals that look worthwhile, in a time frame that recognises the operating difficulties. The necessary confidence cannot be shipped in, nor supplied by aerosol spray. It can be fostered by respect and friendship, both between people and between nations and civilisations.

### Acknowledgement

*Early sections of this paper have been revised and developed from a short piece that first appeared in DisabilityWorld e-zine, September-October 2001, 'Disabled Afghans in the Cross-Fire of Cultures', at: www.disabilityworld.org/09-10\_01/news/afghan/shtml (accessed Feb. 2003).*

### NOTES

- [1] The web-accessible library catalogue of ARIC (Acbar Resource and Information Centre) currently (June 2002) at Peshawar shows over 50 items directly concerned with Afghan disability, and some other relevant materials, via search terms Blind, Disability, Handicapped, Goiter / Goitre etc.
- [2] Data (or guesses) derive from web searches in June 2002 on Afghanistan + population. A few sources display caution and show data accumulating since 1972.

### References

- ANDERSSON, N./DA SOUSA, CP./PAREDES, S.: Social cost of land mines in four countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia, and Mozambique, *British Medical Journal* 311, pp 718-721, 1995
- ARYA, LS./QURESHI, MA./JABOR, A./SINGH, M.: Lathyrism in Afghanistan, *Indian Journal of Pediatrics*, 55, 440-442, 1988
- BABUR: BABUR-NAMA: (Memoirs of Babur), transl. AS Beveridge, reprint 1989 (Delhi, Low Price Publications), 1989
- BARAKAT, S./WARDELL, G.: Exploited by whom? An alternative perspective on humanitarian assistance to Afghan women. *Third World Quarterly*, 23: 909-930, 2002
- BLUMHAGEN, RV./BLUMHAGEN, J.: Family Health Care. A rural health care delivery scheme. Wheaton, Ill., Medical Assistance Programs, 1974
- BROLIN, LA.: How Can Boys and Girls with Disabilities Best be Reached?. Save the Children Sweden, 2000
- BRYCE, JW./ARMENIAN, HK. (ed): In Wartime: The State of Children in Lebanon. American University of Beirut, 1986
- CAROE, O.: The Pathans, reprint 1986 (Karachi, Oxford University Press), 1958
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION: Progress towards poliomyelitis eradication - Afghanistan, 1994-1999, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, pp 825-828, 1999
- CHRISTENSEN, H.: The Reconstruction of Afghanistan: a chance for rural Afghan women (Geneva, UN Research Institute for Social Development), 1990
- COLERIDGE, P.: Disability and Culture. In: *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, Selected Readings in Community Based Rehabilitation, Series 1*, pp 21-38 (Bangalore), 2000
- DADFAR, MA.: Refugee camp syndrome, An analytical review of the general causes of psychological problems among Afghan refugee children. In: *The Children of Afghanistan in War and Refugee Camps*.



- Swedish Committee for Afghanistan, pp 65-70, 1987
- DE LA VIGNE, R./AHMAD, A.: Lathyrisme en Afghanistan. *Revue Médicale du Moyen-Orient*, 10, pp 325-336, 1953
- DUPREE, L.: Afghanistan. Princeton NJ, Princeton University Press) 1973/1980
- DURAIWAMI, PK./TULI, SM.: 5000 years of orthopaedics in India. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 75, 269-280, 1971
- ELLIOT, HM./DOWSON, J. (Hrsg.): *The History of India as told by its own historians*, 8 vols, Islamic Book Service, Lahore, 1979
- ENEVOLDSEN, J.: *An Introduction to Pakhto*. Dansk Pathan Mission, Copenhagen, 1968
- FISCHER, L.: *Afghanistan... A Geo-medical Monograph*. Springer-Verlag, Berlin, 1968
- FRANCOIS, I./LAMBERT ML./SALORT, C./SLYPEN, V./BERTRAND, F./TONGET, R.: Causes of locomotor disability and need for orthopaedic devices in a heavily mined Taliban-controlled province of Afghanistan, *Tropical Medicine & International Health*, 3, pp 391-396, 1998
- FUJIURA, GT./RUTKOWSKI-KMITTA, V.: Counting disability. In: G. Albrecht, K. Seelman & M Bury (eds). *Handbook of Disability Studies*, pp 69-96 (Thousand Oaks, Ca., Sage), 2001
- GESSNER, BD.: Mortality rates, causes of death, and health status among displaced and resident populations of Kabul, Afghanistan, *JAMA*, 272 (5), 382-385, 1994
- GLOBAL MOVEMENT FOR CHILDREN - AFGHANISTAN WORKING GROUP: *Lost Chances: the changing situation of children in Afghanistan 1999-2000*. At: [www.reliefweb.int/library/](http://www.reliefweb.int/library/), and search "Lost Chances" (accessed Feb. 2002), 2001
- GRUNER, OC.: *A Treatise on the Canon of Medicine of Avicenna*, reprint 1970 (New York, Kelley), 1930
- GUPTA, L.: Psychosocial assessment of children exposed to war-related violence in Kabul (Kabul, UNICEF), 1997
- HARLAN, J. (edited by ROSS, FE.): *Central Asia. Personal narrative of General Josiah Harlan 1823-1841* (London, Luzac), 1939
- HARPVIKEN, KB.: *Breaking new ground: Afghanistan's response to landmines and unexploded ordnance*. *Third World Quarterly*, 23: 931-943, 2002
- HELANDER, E./MENDIS, P./NELSON, G.: *Training Disabled People in the Community* (Geneva, WHO), 1983
- HUNTE, P.: *The role of Dai (Traditional Birth Attendant) in urban Afghanistan: some traditional and adaptational aspects*, *Medical Anthropology*, 5 (1), pp 17-26, 1981
- HUNTE, P./SULTANA, F.: *The Dai (Traditional Midwife) in Rural Baluchistan: tradition and change* (Quetta, UNICEF), 1984
- ICBL (International Campaign to Ban Landmines): *Landmine Monitor Report 2001*, pp 497-518, 2001. at: [www.icbl.org/lm/2001](http://www.icbl.org/lm/2001) (accessed Feb. 2003)
- IRIN (INTEGRATED REGIONAL INFORMATION NETWORKS) Afghanistan closing aid organisations deals blow to blind. At: [cbshealthwatch.medscape.com/cx/viewarticle/404620](http://cbshealthwatch.medscape.com/cx/viewarticle/404620) (accessed and printed out September 2001; no longer web accessible June 2002), 2001a
- IRIN: Afghanistan : community-driven efforts help disabled Afghans, UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. At: [www.reliefweb.int/IRIN/asia/countrystories/Afghanistan/20010523.phtml](http://www.reliefweb.int/IRIN/asia/countrystories/Afghanistan/20010523.phtml)(accessed and printed out September 2001; no longer web accessible June 2002), 2001b
- AL-JIBALY, M.: *The Inevitable Journey, Part 1: Sickness: Regulations & Exhortations* (Arlington TX: Al-Kitaab & as-Sunaah Publishing), 1998
- KAKAR, F./VERSTER, A.: Iodine deficiency in Afghanistan, *World Health Forum*, 17, p 209, 1996
- KRISTIANSSON, B.: *Report on Rehabilitation Services in Kabul*, (Peshawar, UNOCA), 1990
- KRISTIANSSON, B.: *Report on Takhar Mission*, (Peshawar, Disabled Afghans Project), 1991
- LAMBERT, M.-L./FRANCOIS, I./SALORT, C./SLYPEN, V./ BERTRAND, F./TONGLET, R.: Household survey of locomotor disability caused by poliomyelitis and landmines in Afghanistan, *British Medical Journal*, 315, pp 1424-1425, 1997
- MALEY, W.: Mine action in Afghanistan. *Refuge* 17 (4), pp 12-16, 1998
- MARGHINANI: *The Hedaya: A Commentary on the Mussulman Laws*. Transl.: HAMILTON, C. (Ed.) GRADY, SG. 2nd edn, reprint 1975 (Lahore, Premier Book House), 1975
- MGHIR, R./RASKIN, A.: The psychological effects of the war in Afghanistan on young Afghan refugees from different ethnic backgrounds, *International Journal of Social Psychiatry*, 45, pp 29-40, 1999
- MILES, M.: Disability and Afghan reconstruction: some policy issues, *Disability, Handicap & Society*, 5, pp 257-267, 1999
- MILES, M.: *Information & Awareness on Disability. Consultancy Report for the Disabled Afghans Project*, Peshawar, UNDP/OPS, available: ED361919, ERIC Document Reproduction Service, Springfield Va., 1992
- MILES, M.: Afghan children and mental retardation: information, advocacy and prospects, *Disability & Rehabilitation*, 19, pp 496-500, 1997
- MISHKAT AL MASABIH, transl. ROBSON, J. reprint 1970 (Lahore: Ashraf).
- MOLENAAR, T. in: SINGER, A.: *Guardians of the Frontier. The Pathans* (Amsterdam, Time-Life), 1982
- MOMM, W./KÖNIG, A.: *From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes* (Geneva, ILO), 1989
- MUZAFFAR, W./KHAN, MD./AKBAR, MK./MALIK, AM./DURRANI, OM.: Mine blast injuries: ocular and social aspects. *British Journal of Ophthalmology*, 84, pp 626-630, 2000
- NASAFI, S.: Epilepsy of war time among Afghans, in:

- The Impaired Mind, pp 21-28 (Peshawar, Psychiatry Center for Afghan Refugees), 1990
- O'CONNOR, RW.(ed): Managing Health Systems in Developing Areas. Experiences from Afghanistan (Lexington, Mass., Lexington Books), 1980
- PENKALA, D.: "Hot" and "cold" in the traditional medicine of Afghanistan, *Ethnomedizin*, 6, 201-228, 1980
- PENNELL, TL. Among the Wild Tribes of the Afghan Frontier (London, Seeley), 1909
- PUPAVAC, V.: Afghanistan: the risks of international psychosocial risk management, *Health in Emergencies*, No.12, March 2002, pp 1-2., 2002. At: [www.who.int/disasters/repo/7735.pdf](http://www.who.int/disasters/repo/7735.pdf) (accessed Feb. 2003)
- RASEKH, Z./BAUER, HM./MANOS, MM./IACOPINO, V.: Women's health and human rights in Afghanistan, *JAMA*, 280 (5), 449-455, 1998
- SAIKAL, N.: Intellectual disability in Afghanistan (Australian Capital Territory, Social Volunteers' Association of Afghanistan in Australia), 1995
- SIDKY, MH.: Malang, sufis, and mystics: an ethnographic and historical study of shamanism in Afghanistan. *Asian Folklore Studies*, 49, 275-301, 1990
- SINGH, M.: Health status of children in Afghanistan. *Indian Pediatrics*, 20, pp 317-323, 1983
- STILLMAN, NA.: Charity and social services in Medieval Islam, *Societas: a review of social history*, 5/2, pp 105-115, 1975
- THORBURN, S.: Bannu or our Afghan Frontier (Lahore, Sang-e-Meel), 1876/1978
- UNICEF: State of the World's Children (New York, UNICEF), 2001
- VAUX, T.: The Selfish Altruist: relief work in famine and war (London, Earthscan), 2001
- WADUD, SA.: Why Islamic Order could not be introduced. *The Pakistan Times* (Lahore), 28 March 1986.
- WHO EMRO (Eastern Mediterranean Regional Office): World Health Day 2001. Stop Exclusions - Dare to Care. Country profiles - Afghanistan., 2002 At: [www.emro.who.int/MNH/WHD/CountryProfile-AFG.htm](http://www.emro.who.int/MNH/WHD/CountryProfile-AFG.htm) (accessed Feb. 2002)

**Zusammenfassung:** Nach 23 turbulenten Jahren ist die Zahl behinderter Afghani unbekannt und soziale Dienste für die Betroffenen minimal. Die Mehrzahl der Betroffenen lebt mit den eigenen Ressourcen und der der Familie, wie dies auch in der Vergangenheit üblich war. Informelle Hilfsformen und kulturelle Muster aus der afghanischen Vergangenheit und den Lehren des Islam sowie einige verbreitete negative Sichtweisen werden dargestellt. Agenturen der UNO sowie NROs haben sich seit 1980 bis in die Gegenwart bemüht, CBR in Afghanistan zu adaptieren, zu fördern sowie Rehabilitationskenntnisse und -fertigkeiten an Familien mit behinderten Angehörigen zu vermitteln. Einige sich entwickelnde Fachzentren und örtliche Selbstvertretungsgruppen können beim geplanten nationalen Wiederaufbau eine wichtige Rolle spielen. Dabei sollte die Beteiligung von Menschen mit einer Behinderung als Begünstigte und Beschäftigte in Abstimmung mit den Familien und den Betroffenen selbst in allen

Wiederaufbauprogrammen im Vordergrund stehen.

**Resumée:** Après 23 ans de violences, le nombre d'afghans handicapés est inconnu et les services officiels sont réduits au minimum. La grande majorité est livrée à son propre sort ou dépend de sa famille, modèle normal au travers de l'histoire. L'aide informelle, les ressources culturelles de l'histoire afghane et l'enseignement musulman sont évoqués dans cette contribution ainsi que quelque opinion négatives habituelles. Les agences de l'ONU ainsi que les ONG se sont efforcées de favoriser la réhabilitation à base communautaire en Afghanistan à partir des années 80 jusqu'à maintenant, ainsi que le transfert des connaissances et qualifications dans les familles ayant des membres handicapés. Des centres locaux ainsi que des organisations communautaires se sont développés et peuvent être une bonne base pour la gestion du handicap dans la reconstruction nationale en marche. Il faudrait mettre l'accent sur la participation des personnes handicapées en tant que bénéficiaires et employées dans tous les programmes de reconstruction, qui devraient être entrepris en consultation des familles et des personnes handicapées.

**Resumen:** Después de 23 años de turbulencias, el número de Afganos discapacitados no es conocido y los servicios formales son mínimos. La gran mayoría vive con lo que encuentra de recursos individuales y los de sus familias, un modelo de vida por toda la historia afgana. En este artículo se encuentra anotada la ayuda informal y algunos recursos culturales de la historia afgana y enseñanzas musulmanas junto con algunos puntos de vistas comunes negativas existentes. Agencias de las NU y ONGs trataron de promover la Rehabilitación en Base a la Comunidad adaptada de los años 1.980 al presente, y de transferir conocimientos y habilidades rehabilitativas a familias con miembros discapacitados. Algunos centros de recursos locales y organizaciones comunitarias se han desarrollado y pueden ser una base útil para planificaciones rehabilitativas dentro de la reconstrucción nacional anticipada. El énfasis debe ser dado a la participación de personas discapacitadas como beneficiarios y empleados en todos los programas de reconstrucción. Eso debe proceder en consultaciones con familias e individuos discapacitados.

**Autor:** M. Miles hat im Bereich der Entwicklung von Ressourcen für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung in asiatischen und afrikanischen Ländern gearbeitet. Er erforscht soziale Reaktionen bezüglich Behinderung und Menschen mit Behinderung in verschiedenen kulturellen Systemen und historischen Perioden.

**Anschrift:** M. Miles, Birmingham,  
Email: [m99miles@hotmail.com](mailto:m99miles@hotmail.com)

# Frauen mit psychischen Störungen in Indien

## Eine Analyse politischer, sozio-ökonomischer und geschlechtsspezifischer Faktoren

Franziska Bohn

Die Autorin setzt sich hier mit den politischen, sozio-ökonomischen und geschlechtsspezifisch relevanten Lebenswelten indischer Frauen mit psychischen Störungen auseinander. Sie gelangt zu dem Schluss, dass Benachteiligung auf allen diesen Ebenen erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit indischer Frauen und die Rehabilitation gestörter Frauen hat. Aus diesem Grund plädiert die Autorin für eine Einbeziehung ebendieser Faktoren in das Modell von *Behinderung*.

Psychische Störung wird bis heute von den meisten Menschen weltweit als mysteriös und unheimlich angesehen. Im jeweiligen kulturellen Rahmen sonderbares Verhalten und Erleben kann weder *gesehen* noch *erfühlt* werden, diagnostische Abgrenzungen zu *normalem Verhalten* scheinen fließend. Dennoch, wer Menschen mit psychischen Störungen in ihrem individuellen und sozialen Leid erlebt und begleitet hat, kann die Dimension der Erkrankung ermessen, kann erahnen, dass für die Betroffenen selbst, wie auch für ihre Umgebung das psychische Leid oft weit über das einer körperlichen Krankheit hinausgeht.

Im globalen Kontext betrachtet wird das Ausmaß von psychischen Störungen in den nächsten Jahren steigen. Die WHO geht davon aus, dass psychische Störungen mit Herzkrankheiten, AIDS und Krebs weltweit zu den vier meist verbreiteten Krankheiten gehören wird (WHO-Report 1999). Ungeachtet dessen rücken Aspekte von psychischer Gesundheit in der Dritten Welt, speziell der Gesundheit von Frauen, erst in jüngster Zeit in den Blickwinkel internationaler Organisationen. Der spezielle Fokus auf psychische Gesundheit im ersten Jahr dieses anbrechenden Jahrtausends verdeutlicht dies.

Psychische Störung verursacht schwere Beeinträchtigungen sowohl in reichen Staaten als auch in den armen. Weltweit gibt es keine fundamentalen Unterschiede in der Zahl oder Schwere der Störungen. 0,22 – 0,59 % der indischen Bevölkerung sind von Psychosen betroffen, bei 16,1 % der Frauen und 6,4 % der Männer wurden neurotische Störungen diagnostiziert. Psychische Gesundheit von Frauen ist in Indien ein recht neues Thema, welches bisher lediglich auf der Ebene involvierter NGO's diskutiert wird. Inhaltlich ähneln die Diskurse sehr den deutschen feministischen und sozialpsychiatrischen Bewegungen der 70er Jahre. Es geht dabei um das Risiko von Frauen, aufgrund gesellschaftlicher Diskriminierung vermehrt Depressionen und neurotische Störungen zu entwickeln, wie auch um die

geschlechtsspezifische Benachteiligung von gestörten Frauen innerhalb des psychiatrischen Systems und in der Gemeinde.

Gesundheit ist im Sinne der WHO ein ganzheitliches Konzept, das vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden umfasst. Gesundheit von Menschen resultiert aus ihrer sozialen, psychologischen und physiologischen Umwelt. Das Konzept gesunder Lebenswelten und Lebensweisen zeigt Zusammenhänge zwischen individuellem Verhalten, Gesundheit und deren sozialen, politischen und kulturellen Bedingungen auf:

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (Charta von Ottawa, 1986). Im Folgenden werden einige konstituierende Bedingungen für psychische Gesundheit und speziell für psychisch gestörte Frauen untersucht.

### Indische Lebenswelten und ihre gesundheitlichen Folgen

In Indien, wie in anderen Ländern der so genannten Dritten Welt, können Lebenswelten nur eingebettet in internationale Entwicklungen betrachtet werden. In einer Welt von schnell zunehmenden globalen Zusammenhängen sind im derzeitigen Stadium internationale und nationale Eliten die wirtschaftlichen GewinnerInnen. Länder der Dritten Welt werden infolge postkolonialer Ungleichheiten konfrontiert mit zunehmender Staatsverschuldung, wirtschaftlichen und strukturellen Abhängigkeiten, sich verschlechternden Handelsbeziehungen und Eingriffen in die nationale Politik durch Kreditinstitute im Interesse von Industrienationen und transnationa-

len Konzernen. Darauf basiert die Behinderung von gleichberechtigter Partizipation der indischen Bevölkerung nicht nur am internationalen Handel, sondern auch am Zugang zu Ressourcen und angemessenen Lebensbedingungen.

Die daraus entstehenden gesundheitlichen Risikofaktoren sind vielfältig: Schnell wachsende Städte mit riesigen Slums, dagegen nur langsam wachsende Infrastruktur (Müllbeseitigung, Straßen, öffentlicher Verkehr, Wohnmöglichkeiten, Versorgung mit Elektrizität und Wasser); ungesunde Arbeitsbedingungen (hohe Belastung, viele Unfälle); finanzielle und soziale Unsicherheit für große Bevölkerungsteile; wachsende Armut; Mangelernährung; Wasserknappheit auf dem Land; Naturkatastrophen und industrielle Desaster mit verheerenden Ausmaßen; Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen; schneller sozialer Wandel und Veränderung von Rollenerwartungen.

Das soziale System ist aufgrund internationaler Restriktionen und nationaler Prioritätensetzung nicht in der Lage, diese sozio-ökonomischen Gesundheitsgefährdungen auszuschalten. Eine kurativ-technologisch ausgerichtete internationale und nationale Gesundheitspolitik, wie sie derzeit betrieben wird, kann dem daraus entstehenden Ausmaß an Krankheiten in Indien nicht gerecht werden, zumal auch hier mangelnde finanzielle Mittel die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung stark begrenzen. Dies ist ein Verstoß gegen die Menschenrechte großer Bevölkerungsteile Indiens. "Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of themselves and their family, including food, clothing, housing, and medical care, and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond their control" (Universal Declaration of Human Rights, Artikel 25).

Die Ausrichtung der internationalen Diskussion auf Sozialfonds zur *Armutsbekämpfung* und kurative Gesundheitstechnologien erscheint dabei als oberflächliche Symptombekämpfung - ohne grundlegende politische und weltwirtschaftliche Veränderungen wird sich die gesundheitliche Lage der Weltbevölkerung in nächster Zeit nicht verbessern.

"World Mental Health is first and foremost a question of economic and political welfare. Although the links between social forces and ill-health are complex and varied, close inspection suggests that mental health concerns almost always relate to more

general concerns that have to do with the economic welfare of a family or community, the environment in which a person lives, and the kinds of resources that he or she can draw upon." (Desjarlais et al. 1995: 15)

## Das psychiatrische System in Indien

Aufgrund der sozio-ökonomischen Situation Indiens ist der Gesundheitssektor extrem unterfinanziert und schlecht ausgestattet. Dazu kommt, dass der Bereich der psychischen Störungen den meisten anderen Krankheiten und Behinderung weit nachgeordnet ist. Obwohl ca. ein Viertel aller Krankheiten psychisch ist, ist nur 1% der gesundheitlichen Einrichtungen darauf ausgerichtet. Der traditionell ganzheitliche Blick auf Gesundheit ging in Indien während der Kolonialzeit weitestgehend verloren, das allopathische, körperzentrierte System wurde etabliert. Die Briten brachten Mitte des 18. Jahrhunderts Psychiatrie als medizinische Fachrichtung nach Indien und gründeten die ersten Anstalten.

Heute dienen die Regierungskrankenhäuser der Großstädte - neben schlecht ausgestatteten *Primary Health Care Zentren* und den traditionellen Heilern der ländlichen Regionen - der psychiatrischen Hauptversorgung großer Bevölkerungsteile. Jahrelange Unterbringung, Überfüllung, keinerlei sozial-psychologische Rehabilitation sowie Unterversorgung mit Medikamenten und Lebensmitteln in diesen Einrichtungen sind menschenfeindlich und werden von Menschenrechtsorganisationen seit langem beobachtet und kritisiert. Ein ambulantes System der Versorgung als Alternative zu Krankenhausaufenthalten existiert nicht bis auf einige niedergelassene Ärzte und Institutsambulanzen. Nur wenige NGO's betreiben Übergangswohnhäuser oder Tagesstätten. Psychiatrisch ausgebildetes Personal ist in Indien gänzlich unzureichend. Dieses umfasst PsychiaterInnen sowie spezialisierte PflegerInnen, SozialpädagogenInnen, PsychologInnen<sup>1</sup>.

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für gesellschaftlich benachteiligte Gruppen, insbesondere für ärmere soziale Klassen und Frauen, äußerst beschränkt. Dazu kommt, dass bei Ressourcenknappheit der Status der einzelnen Familienmitglieder ausschlaggebend für die Priorität ihrer Behandlung ist. Frauen werden nur zu 45,1% an Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit beteiligt. So erreichen viele Frauen das Gesundheitssystem gar nicht oder erst sehr spät und zu kurz. Eine Untersuchung von PatientInnen in drei Krankenhäusern im Bundesstaat Uttar Pradesh zeigte, das eine über-

proportional hohe Zahl von PatientInnen aus hohen Kasten kommt bzw. ein hohes Familieneinkommen hat, darüber hinaus gebildet und männlich ist, und in der Stadt lebt. Die wichtigste Hauptressource für den Großteil psychisch gestörter Menschen ist und bleibt die Familie.

### **Persönliche Ressourcen und soziale Belastungen von Frauen**

Gesundheitsförderliche persönliche Ressourcen umfassen verschiedene *Lebenskompetenzen*, z.B. Zuversicht, positives Selbstwertgefühl, interne Kontrollüberzeugungen (Autonomie, Entscheidungsspielräume) sowie bestimmte Bewältigungskompetenzen (Problemlösung, Gefühlsregulierung). Die Ausprägung dieser Kompetenzen hat Einfluss auf das Risiko eines Menschen, eine (psychische) Störung zu entwickeln und auch auf den Verlauf einer bestehenden Störung.

Frauen werden in Indien oft nicht gefördert, sich persönliche Ressourcen anzueignen und diese aktiv zur Verbesserung ihrer Lebensbedingungen anzuwenden. Dies schließt die Bildung und Durchsetzung individueller Ziele ebenfalls aus. Sie haben durch ihren geringen Status wenig Kontrolle in interpersonellen Situationen, und werden eher dazu erzogen, sich an Meinung und Entscheidungen anderer zu orientieren sowie die Erfüllung ihrer Bedürfnisse anderen zu überantworten (wenig individuelle Bewältigungskompetenz). In diesem Sinne kann das Modell der *erlernten Hilflosigkeit* auf viele indische Frauen angewendet werden. Selbstbewusstsein, Selbständigkeit und Selbstwert sind bei Frauen keine geförderten Kompetenzen.

“Many of these mental health problems are rooted in oppressive social relationships and socio-economic factors. These are expressed in depression, suicides, anxiety, neurosis, hysteria etc. Unfortunately there isn't enough recognition of mental stress problems of women because of which these problems remain undiagnosed and unaddressed” (Gopalan/Shiva, 2002: 304). Im indischen Kontext wie auch weltweit entwickeln Frauen mehr Depressionen und neurotische Störungen als Männer. Eine wahrscheinliche Erklärung für die erhöhte Inzidenzrate bei Frauen ist ein sehr starker Einfluss sozial ungünstiger Bedingungen auf den Ursprung und den Verlauf psychischer Störungen, sowie ungenügend ausgebildete persönliche Ressourcen. Indische Frauen sind aufgrund der ihnen zugeschriebenen sozialen Rolle vielen zusätzlichen sozialen Stressoren ausgesetzt: mangelnde Bildung, frühe und

arrangierte Heirat, Benachteiligung und Marginalisierung, hohe physische und psychische Belastungen, Abhängigkeit bzw. mangelnde Autonomie, Ablehnung, (sexuelle) Gewalt. Für Frauen in besonderen Lebenslagen, wie z.B. alleinstehende oder psychisch gestörte Frauen, potenziert sich der Stress.

Die geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung wirkt sich nicht nur auf die Lebensbedingungen aus und erhöht das Risiko für eine psychische Störung, sondern formt auch persönliche Lebensentwürfe von Frauen, ihre Einstellungen zur Behinderung sowie Motivation und Mitwirkungsmöglichkeiten an der Rehabilitation.

### **Psychisch gestörte Menschen in Familie und Gemeinde**

Da in Indien die Familienzusammenhänge sehr stark sind, ist Krankheit ein Familienereignis. Das Familiensystem ist die einzige Möglichkeit für instrumentelle, emotionale und finanzielle Unterstützung der Erkrankten. Das macht die Familie zu einem wichtigen Faktor in der Rehabilitation. Sozialer Rückhalt, familiärer Zusammenhalt und ein Netzwerk positiver sozialer Beziehungen werden in der Rehabilitation psychisch gestörter Menschen als gesundheitsförderliche Faktoren betrachtet. Sie steigern das Selbstwertgefühl, die emotionale Ausgeglichenheit und fördern gesunde Problemlösungsstrategien im Umgang mit der Störung. Sowohl in Indien als auch (und vor allem) im westlichen Blick auf Indien wurde die unterstützende Rolle der Familie in den vergangenen Jahren jedoch auch stark idealisiert.

Die Betreuung der Betroffenen ist eine hohe finanzielle Belastung der Familie, nicht nur durch die zu bezahlende Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen, sondern auch durch die entstehenden indirekten Kosten: den Ausfall der Produktivität und des Einkommens einer zum Familienhaushalt beitragenden Person. Diese Kosten können die direkten Kosten noch übertreffen. Andere schwerwiegende Belastungen sind Störung der Familienroutine und der psychischen Gesundheit der anderen Familienmitglieder, insbesondere der betreuenden Mütter bzw. Ehefrauen. Hinzu kommt, dass viele psychisch gestörte Menschen in akuten Schüben gegen soziale Regeln verstoßen. Besonders bei Frauen, die Normen für angebrachte weibliche Verhaltensweisen missachten, wird das als Devianz angesehen. Zu vielen Störungsbildern gehört Vernachlässigung von Aussehen, Haaren und Kleidung, das Aussprechen von sexuellen Assoziationen, die

Neigung zu Aggressivität oder Gewalt, sich schnell verändernde Launen. Bei Frauen wird insbesondere der offene Ausdruck von Widerstand, wenn nicht sogar von Macht- oder Überlegenheitsgefühlen, sowie Nichterledigung von Hausarbeit und das Aufschieben von öffentlicher Aufmerksamkeit als äußerst unangemessen betrachtet.

Vielen Menschen im Umfeld psychisch gestörter Personen fällt es sehr schwer, dies tatsächlich als eine Krankheit zu verstehen und die Abweichung zu tolerieren, um den Heilungsprozess zu unterstützen. Schließlich waren doch diese Menschen früher ganz normal, sehen immer noch genauso aus und es gibt kein sichtbares Kennzeichen dafür, dass das seltsame Verhalten nicht absichtlich ausgeübt wird. Psychisch gestörte Menschen und ihre Familien werden in der Gemeinde oft gesellschaftlich isoliert. Sie werden verhöhnt, angefeindet und gemieden. Frauen trifft das Stigma härter als Männer.

Chronische Krankheit und chronische psychische Störung erfordern Langzeitunterstützung, d.h. die Familienunterstützung ist ein Langzeitbedarf. Während viele Familien diese Unterstützung kurzzeitig leisten können, so hält doch ein großer Teil psychischer Störungen länger an bzw. kehrt wieder. Das Verhalten der Gemeinde, verschiedene Ängste und die Belastungen für die Familie führen dann in vielen Fällen zur Ablehnung psychisch gestörter Menschen.

Überdies gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Grad der Unterstützung. Während Ehefrauen oder Mütter die Sorge um psychisch gestörte Männer oft wahrnehmen, damit aber allein gelassen werden und überlastet sind, werden Männer von Verwandten eher zu einer Scheidung von gestörten Ehefrauen und erneuter Heirat gedrängt, damit sie jemanden hätten, der ordentlich für Haushalt und Kinder sorgt. Aufgrund des geringen gesellschaftlichen Status von Frauen sowie des ihnen zugemessenen Wertes liegt die Priorität der Familie oft nicht bei ihrer Versorgung. Die Ehen psychisch gestörter Frauen werden deutlich öfter geschieden als die betroffener Männer. Familienunterstützung stellt für Frauen viel weniger eine Ressource dar als für Männer.

### Dreifachbehinderung

Bei der intensiveren Beschäftigung mit diesem Thema stellte sich die Frage, inwiefern die sozialen Beeinträchtigungen, mit denen psychisch gestörte Frauen in Indien konfrontiert sind, nicht als

dreifaches Handicap zu betrachten sind. Der Begriff der Behinderung umfasst drei verschiedene Ebenen: den Schaden, die funktionelle Beeinträchtigung und die soziale Beeinträchtigung. Behindert ist "jede Person, die körperlich oder geistig zeitweise oder dauernd benachteiligt ist seit ihrer Geburt, wegen ihres Alters, als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls, so dass ihr selbstständiges Handeln, ihre Eignung, zur Schule zu gehen oder einen Beruf auszuüben, beeinträchtigt ist." Soziale Beeinträchtigung ist nach Definition der WHO: "A disadvantage resulting from an impairment or disability, that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal (depending on age, sex, and social and cultural factors) for a particular individual." Soziale Barrieren wie gesellschaftliche Wertvorstellungen, kulturelle Normen und andere Faktoren sind dabei ausschlaggebend für die Beeinträchtigung und Marginalisierung behinderter Personen.

Diskriminierung bzw. soziale Beeinträchtigung betrifft psychisch gestörte Frauen in Indien aber aufgrund verschiedener *Nachteile*: politisch und sozio-ökonomisch als Einwohnerinnen eines Dritte-Welt-Landes, geschlechtsspezifisch als Frauen, und zusätzlich erfahren sie Marginalisierung als Menschen mit psychischen Störungen. Sie erfahren verschiedene Verletzungen ihrer Menschenrechte auf Chancengleichheit, gleichberechtigte Partizipation am gesellschaftlichen Leben und angemessenen Lebensstandard, sie werden sozial *behindert*.

Das Plädoyer der Autorin geht dahin, zu untersuchen, inwiefern in das Modell von *Behinderung* nicht auch politische, sozio-ökonomische und geschlechtsspezifische Faktoren einzubeziehen sind. Sie haben erheblichen Einfluss auf Gesundheit und Rehabilitation, wie in verschiedenen Publikationen der Gesundheitswissenschaften nachgewiesen.

### Folgen für die Rehabilitation und soziale Arbeit

Dennoch soll die hier ausgeführte Beeinträchtigung von indischen Frauen mit psychischer Störung nicht ein dreifaches Opferetikett verleihen. Die Beeinträchtigung wird von den betroffenen Frauen unterschiedlich erfahren, abhängig von ihren jeweiligen Lebensbedingungen, ihren persönlichen Kompetenzen und ihrem Bewusstsein und Umgang mit ihrer Situation. Diskriminierung kann nicht einseitig betrachtet werden. Die komplexe Lebenssituation einzelner Frauen muss miteinbezogen werden, um das Stabilisieren und Festschreiben von Stereotypen sowie Viktimisierung zu vermeiden.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten wehren Menschen sich gegen Diskriminierung und Unterdrückung, sie verinnerlichen nicht passiv soziale Rollenzuschreibungen und gesellschaftliche Positionen, sie sind als handelnde Subjekte in ihrer Umwelt zu verstehen. So kritisieren InderInnen die negativen Folgen von Globalisierung, Sozialstruktur und kulturellen Normen und Werten. Indische Frauen kämpfen gesellschaftlich und im privaten Umfeld gegen Unterdrückung, und auch psychisch gestörte Frauen suchen sich ihre Lebenswege und Alternativen innerhalb ihrer subjektiven Möglichkeiten. Dennoch ist als wesentlicher Punkt festzuhalten, dass die aufgeführten politischen, sozio-ökonomischen und kulturellen Faktoren die Lebenswelten von psychisch gestörten Frauen in Indien bedeutend prägen. Das hat erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Frauen und auf den Verlauf der Störung bzw. ihre Chancen in der Rehabilitation. Empfinden psychisch gestörte Menschen starken Stress, der ihre Bewältigungskompetenzen übersteigt, oder fühlen sie in ihrer Umwelt überwiegend Ablehnung und Verachtung, so kann dies rückfallauslösend wirken und die Störung chronifizieren.

Das Ziel sozialer Arbeit in der Rehabilitation psychisch gestörter Frauen muss deshalb sein, die Gesundheit durch Unterstützung persönlicher und sozialer Ressourcen sowie gesunder Lebenswelten zu fördern. Dies muss auf drei verschiedenen Ebenen ansetzen:

a) Strukturelle Interventionen

Strukturzentrierte Maßnahmen dienen dazu, gesunde Lebenswelten in der Umwelt bzw. gesundheitsfördernde Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen zu gestalten. Sie lassen sich unterteilen in Maßnahmen in Bezug auf größere soziale Organisationen (Schulen, Arbeitswelt, Kommunen, Institutionen des Gesundheitswesens, Freizeitbereich, Verkehrs-, Rechts- und Bildungswesen) sowie Maßnahmen in Bezug auf die ökologische Umwelt. Eine wichtige Ebene der strukturellen Interventionen ist die Beratung von Gesundheits- und Sozialpolitik.

“Ausschlaggebend für Gesundheitsverbesserungen ist demnach, ob die Ressourcen unter allen Menschen relativ gleich verteilt, öffentliche Dienste für alle zugänglich und Entscheidungen demokratisch legitimiert sind. Mit anderen Worten, der Kampf um die Gesundheit ist in seiner Essenz ein Kampf um gleiche Rechte, gleiche Chancen und gleiche Partizipationsmöglichkeiten – also ein Kampf um Demokratie” (Werner, 1992: 42).

Diese Veränderung gilt es nicht nur national, sondern aufgrund der internationalen Verflechtungen auch international voranzutreiben. Für tatsächlich gleichberechtigte und flächendeckende Gesundheitsversorgung müssen die Ursachen der Ungleichheit bekämpft werden.

“Der Kampf um Gesundheit der Dritten Welt erfordert aber auch und vor allem eines: eine grundlegende Veränderung der Struktur der internationalen Wirtschafts- und Machtbeziehungen” (Locher, 1990: 11).

Darüber hinaus müssen für eine nachhaltige Veränderung der Benachteiligung von Frauen auch Strukturen geschaffen werden, die Frauen in allen Bereichen aktiv mit einbeziehen – das reicht von der Partizipation im Arbeitsleben bis zu politischer Beteiligung.

b) Gruppenbezogene Interventionen (Familie & Gemeinde)

Das indische Familiensystem und die Gemeinde sind eine wichtige Ressource in der Rehabilitation. Auf diese sollte zurückgegriffen werden, dabei muss allerdings auch Unterstützung gewährleistet werden. Großen Erfolg hatten dabei CBR<sup>2</sup>-Programme, welche Psychoedukation, Familientherapie und soziales Kompetenztraining zur Rückfallprävention einschließen. Durch diese Betreuung in der Gemeinde kann menschenunwürdige und kostenintensive Hospitalisierung psychisch gestörter Menschen größtenteils vermieden werden. Darüber hinaus werden auch entlegene ländliche Regionen erreicht. Der CBR-Ansatz bezieht wichtige Personen wie Lehrer und Dorfvorsteher, traditionelle Heiler und darüber die ganze Gemeinde in die Rehabilitation mit ein, nicht nur die Familie ist für die Rehabilitation verantwortlich. So kann ein Umdenken angeregt werden.

Familienarbeit muss auch gender-sensibel gestaltet werden, d.h. dass soziale Beeinträchtigungen und Belastungen von SozialarbeiterInnen hervorgehoben werden und versucht wird, die Beteiligten zu einer Veränderung zugunsten der betroffenen Frau zu motivieren. Gleichberechtigung und Chancengleichheit müssen im sozialen Umfeld der Frauen erreicht werden, ansonsten ist die Stärkung persönlicher Ressourcen aussichtslos und psychische Belastungen bleiben bestehen.

c) Individuumszentrierte Interventionen

Personenzentrierte Maßnahmen in der Gesundheitsförderung dienen dazu, Menschen im Rahmen ihrer alltäglichen sozialen Beziehungen zu gesunden Lebensweisen zu befähigen bzw. um-

fassende Fähigkeiten zu konstruktiver Lebensgestaltung zu fördern. Für psychisch gestörte Frauen sind dabei vor allem wichtig: Förderung allgemeiner sozialer Kompetenzen, kommunikationsorientierte Maßnahmen, Maßnahmen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse und Maßnahmen zur konstruktiven Bewältigung chronischer Erkrankungen, Vermitteln von Informationen, Unterstützung der Selbstachtung, Unterstützung in Krisensituationen, Empowerment und Enabling.

“Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen” (Charta von Ottawa, 1986).

### Anmerkungen

- 1 1991 gab es 2.500 qualifizierte PsychiaterInnen, 600-700 klinische PsychologInnen, 500-600 psychiatrisch ausgebildete SozialarbeiterInnen und 600 psychiatrische Krankenschwestern. Seitdem wurden nur unwesentlich mehr ausgebildet, gemessen am Bedarf.
- 2 CBR - Community Based Rehabilitation. Ein gemeindezentrierter Ansatz für Rehabilitation, der von der WHO v.a. für Entwicklungsländer empfohlen wird.

### Literatur:

- BOHN, F.: „Indische Frauen mit psychischen Störungen – Eine Dreifachbehinderung?“, Diplomarbeit 2002
- DAVAR, BHARGAVI V.: „Mental Health of Indian Women - a feminist Agenda“, Sage Publications New Delhi, 1999
- DAVAR, BHARGAVI V. (Hg.): „Mental Health from a Gender Perspective“, Sage Publications New Delhi, 2001
- DESJARLAIS, R./EISENBERG, L./GOOD, B./KLEINMANN, A.: „World Mental Health – Problems and Priorities in low-income countries“, Oxford University Press New York & Oxford, 1995
- FRANZKOWIAK, P.: „Protektivfaktoren“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Reihe Blickpunkt Gesundheit 3, Verlag Peter Sabo Schwabenheim, S. 89-91, 1996
- GOPALAN, S./SHIVA, M.: „National Profile on Women, Health and Development - Country Profile India“.

Voluntary Health Organisation of India & WHO, New Delhi, 2000

LOCHER, L.: „Gesundheit für alle im Jahr 2000?“. In: BUKO Pharma-Kampagne / Medico International (Hg.): Pillen heilen keine Armut – Gesundheit und Arzneimittel in der Dritten Welt, Bielefeld, S. 6-16, 1990

SETHI, B.B./CHATURVEDI, P.K.: „Family and social support systems in the care of the mentally ill“. In: MURTHY, R. SRINAVASA/BURNS, B. (Hg.): Indo-US Symposium on Community Mental Health. NIMHANS-Publications Bangalore, S. 278-288, 1992

WERNER, DAVID: „Gesundheit für niemand im Jahr 2000“, Referat auf dem internationalen Kongress zu Primärer Gesundheitspflege und Medikamenten. In: Blätter des iz3w (Informationszentrum 3. Welt), Nr. 182, S. 40-42, 1992

**Summary:** *The author evaluates the political, social economic, and gender specific environment of women in India with psychological problems. She comes to the conclusion that discrimination in all these aspects have significant influence on the psychological health of Indian women and the availability of treatment and rehabilitation for them. For this reason she recommends the consideration of these factors in the model for “Disability”.*

**Resumée:** *L'auteur se penche sur l'environnement politique, socioéconomique et propre à leur sexe des femmes indiennes ayant des problèmes psychiques. Elle en arrive à la conclusion que des désavantages à tous ces niveaux peuvent avoir de graves conséquences sur la santé psychique des femmes indiennes et la réhabilitation des femmes ayant des problèmes psychiques. Pour ces raisons l'auteur plaide pour une prise en compte de ces facteurs dans le modèle du Handicap.*

**Resumen:** *La autora discute la situación política, económica y social de la mujer hindú con trastornos psicológicos en su medio ambiente. La desventaja en todos estos niveles produce efectos negativos para la salud de las mujeres hindú en general y la rehabilitación de ellas con trastornos. Por estas razones, la autora aboga por la integración de estos factores en el modelo de ‘minusvalía’.*

**Autorin:** Franziska Bohn ist Berliner Sozialpädagogin und arbeitete im Rahmen des ASA-Programms drei Monate im psychiatrischen Rehabilitationszentrum Antaragram in Kalkutta. Im Anschluss daran schrieb sie ihre Diplomarbeit zum Thema: “Indische Frauen mit psychischen Störungen - Eine Dreifachbehinderung?”

**Anschrift:** Franziska Bohn, Kottbuser Damm 79, 10967 Berlin



## Tödliches Versteckspiel - Der Minenkrieg gegen die Kinder<sup>1</sup>

Das Ding sah aus, wie der Plastikdeckel einer Thermoskanne. Es lag am Straßenrand unweit eines Dorfes im Norden Somalias. Auch der von kindlicher Neugier erfüllte Griff nach dem interessanten Objekt war nichts besonderes. Dann der grelle Blitz, der ohrenbetäubende Knall. Erst im Krankenhaus von Hargiesa kam der 6-jährige Junge wieder zu sich. Die Explosion der Mine hatte er überlebt - auf beiden Augen erblindet, das Gesicht entstellt, die rechte Hand amputiert und beide Knie durch Schrapnell derart zerstört, dass er seitdem nicht mehr gehen kann.

Minen bedrohen das Leben von Kindern und deren Familien in großen Teilen der Welt. In Ländern wie Angola, Somalia, Mozambique, Ägypten, Kurdistan, Bosnien, Afghanistan, Kambodscha bedeuten schon die Arbeit auf dem Feld, die Suche nach Feuerholz, der Gang zur Schule, das Spielen im Dorf ein todbringendes Risiko. Über 100 Millionen Minen sollen es sein, die weltweit vergraben liegen. Waffen, die nicht zwischen Soldat oder Zivilist unterscheiden und noch in 50 Jahren töten und verstümmeln. In Kambodscha gibt es noch immer mehr Minen als Kinder - zwei für jedes Kind. Weltweit kommt eine Mine auf 20 Kinder - die Saat von Kriegen, die - auch wenn sie offiziell längst als beendet gelten - doch niemals zu Ende gehen.

### Kinder haben eine geringere Chance, einen Minenunfall zu überleben

Seit 1975 sind eine Million Menschen Minen zum Opfer gefallen, 1/3 davon Kinder unter 15 Jahren. Seltener als Erwachsene überleben Kinder Minenunfälle. Aufgrund der geringeren Körpergröße sind sie dem Zentrum der Explosion viel näher. Eine Mine, deren Sprengkraft gerade so bemessen ist, einem Soldaten ein Bein wegzureißen, kann bei Kindern bereits zu tödlichen Verletzungen lebenswichtiger innerer Organe führen. Auch ist die Fähigkeit von Kindern, einen größeren Blutverlust zu überleben, deutlich kleiner. Etwa die Hälfte aller Minenopfer sterben noch am Ort der Explosion, bevor überhaupt medizinische Hilfe geleistet werden kann. Viele verbluten. Diejenigen, die es schaffen, bis in ein Hospital gebracht zu werden, müssen sich in aller Regel gleich mehreren größeren Operationen unterziehen, einschließlich der Amputation eines oder mehrerer Gliedmaßen. Anfang der 90er Jahre

lag der Anteil der Kinder an den Minenopfern im Krankenhaus von Hargiesa in Somalia bei 75 Prozent.

### Manche Minen sehen aus wie Jojos

Kinder sind aber auch deshalb besonders gefährdet, weil ihnen eine neugierige Unruhe eigen ist und sie einen nahezu unbändigen Drang zum Spielen haben. Etwa 300 diverse Typen von Anti-Personen-Minen soll es geben: eine verwirrende Vielfalt an Formen und Farben, die Kinder ebenso anzieht, wie sie von ihnen kaum überblickt werden kann. Manche Minen ähneln Jo-Jos, andere beispielsweise Früchten wie Ananas.

In Kurdistan, wo Minen wie *Konfetti* über ganze Landstriche ausgebracht worden sind, beobachteten medico-Mitarbeiter Kinder, die aus allerlei Minen eindrucksvolle Seifenkisten bauten. In Angola integrieren Kinder gar die Minensuche in ihr Spiel - und imitierten mit aus Draht zusammen gebogenen kleinen *Detektoren* die Arbeit der professionellen Minenräumer.

Manche Minen sehen aus, als ob sie gezielt Kinder treffen sollen. In über 60 Ländern der Welt müssen heute Kinder über die Gefahren, die von Minen ausgehen, aufgeklärt werden. Sie sollen unbekannte Gegenstände nicht anfassen, eingetretene Wege nicht verlassen und ihrer unmittelbaren Umwelt mit ständiger Vorsicht begegnen. Neugierverhalten muss eingeschränkt, Unbefangenheit gegenüber der Umgebung kontrolliert werden. Jedes Versteckspielen kann tödlich enden, und ein Ast, als Machete phantasiert, deshalb nicht kinderleicht ins Spiel integriert werden, weil er abseits in der *no-go-area* liegt. Schon das Begreifen von Objekten des Alltags ist angstbesetzt, weshalb diese Kinder von immer mehr Dingen keinen Begriff mehr bekommen. Derart tragen Minen dazu bei, dass die Entwicklung der Kreativität sowie der anderen intelligiblen Fähigkeiten behindert wird. Mit unabsehbaren Langzeitfolgen für die betroffenen Gesellschaft.

### Kinder in Afghanistan sammeln Minen als Altmetall

Ohne rasche Hilfen von außen wird sich für die Millionen von Menschen, die weltweit von Minen bedroht werden, nichts ändern. Auch und gerade für die Kinder Afghanistans nicht, das zu den am dichtesten verminten Ländern der Welt zählt. Wöch-

1) Der Bericht ist bereits im Rundschreiben von medico international 2/2002, S. 13-14 erschienen.

entlich 40 Minenunfälle werden heute aus von Krieg und *Warlord-Herrschaft* zerstörten Land berichtet, Unfälle, die auch viele Kinder und Jugendliche treffen, die in der allgemeinen Not zum Lebensunterhalt der Familien beitragen müssen. Viele sammeln Holz, andere suchen die Felder sogar gezielt nach Munitionsresten ab, die sich für ein bisschen Geld an die Altmetallhändler verkaufen lassen. Die Händler wissen um die Gefahren, die von Blindgängern ausgehen können, und verlangen von den Kindern, gefährlich aussehende Gegenstände in der Mitte durchzusägen.

Für die Aufklärung der Kinder über die Minengefahren und schließlich die Beseitigung der Sprengkörper ist viel Geld notwendig. Rechnet man die Mittel hinzu, die für die physische und psychische Rehabilitation minenversehrter Menschen notwendig sind, für deren soziale und wirtschaftliche Reintegration, für die Förderung kulturell und sozial intakter Gemeinschaften, denn nur in vitale soziale Gefüge können Menschen wirklich re-integriert werden, - würde man all das zusammenrechnen können, dürfte schnell klar werden, dass all die Mittel, die zur Beseitigung von Kriegsschäden bereitgestellt werden, letztlich Almosen bleiben. In den zurückliegenden 20 Jahren haben die USA, die Sowjetunion (später Russland), der Iran, Saudi-Arabien, Pakistan, China und einige andere Länder still und heimlich Waffen für 30 Mrd. US-Dollar nach Afghanistan geschafft. Ein viele geringere Summe steht heute für den Wiederaufbau des Landes zur Verfügung: 4,5 Mrd. Dollar, verteilt auf die nächsten fünf Jahre, die

Anfang Januar auf der Internationalen Geberkonferenz in Tokio mit großer öffentlichen Begleitung gesprochen wurden.

Die Beseitigung von Kriegsschäden und den der Folgen des Minenkrieges ist teuer, aber nur dann zu teuer, wenn sie einzig aus Mitteln der Not- und Entwicklungshilfe finanziert werden müsste. Das weltweite Minenproblem, das ohne Zweifel militärisch verursacht wurde, darf nicht zu Lasten der schon unter Geldmangel leidenden Programme für Gesundheit, Ausbildung, Ernährung und Kultur gehen. Es entspricht dem Verursacher-Prinzip, dass jene, die für die Minen verantwortlich sind, die den wirtschaftlichen, militärischen und politischen Profit aus dem Minen-Krieg gehabt haben, nun auch für die Kosten der Schadensbeseitigung aufzukommen haben. Deshalb fordert der Deutsche Initiativkreis zum Verbot von Landminen die Umwidmung der im Bundeshaushalt noch immer für die Entwicklung und Anschaffung neuer Minen-Technologie zur Verfügung stehenden Mittel auf integrierten Minen-Aktionsprogrammen. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass die Beseitigung von Minen nur vordergründig eine technische Frage ist. Allein die Abschaffung des sozialen Unrechts wird das Recht der Kinder erstreiten, (wieder) unbekümmert und spielerisch ihre Umwelt erforschen zu können, wie es Artikel 31 der *UN-Kinderrechtskonvention* festlegt.

Thomas Gebauer

## A New Module Resource Centre: Source International Information Support Centre

### Background

*Source*, an International Information Support Centre, is a collaborative venture of three organisations: the *Centre for the International Child Health* (CICH), which is a department of an academic institution; *Healthlink Worldwide* and *Handicap International*. The *Teaching Aids at Low Cost* (TALC) bookshop is located at *Source*. One key strength identified was the unique combination of academic expertise and NGO experience in the same package.

*Centre for the International Child Health* is a postgraduate academic institution specialised in child health in developing countries, especially in

maternal and child health and disability. The Centre runs a variety of teaching modules either separately or in combinations to offer an MSc qualification in Mother and Child Health and in Disability and Child Development.

*Healthlink Worldwide* is an UK-based health and disability NGO that works in partnership with over 30 partner organisations worldwide. Its mission is to improve the health of poor and vulnerable communities by strengthening the provision and impact of information. *Handicap International* is an NGO working in 55 Countries. As a co-founder of the International Campaign to Ban Anti-personnel Landmines, Handicap International was co-winner of the 1997 *Nobel Peace Prize*.

*Teaching Aids at Low Cost (TALC)* provides low cost information for health workers, libraries, government and non-governmental organisations.

### Who is *Source* for?

The combined information support centre is designed to meet the information needs of individuals and organisations working in health, disability and development worldwide. These include health workers, researchers, students, non-governmental and governmental organisations, and disabled peoples' organisations.

### What *Source* can offer

*Source* has a physical collection of over 20,000 health and disability information resources relating to the management, practice and communication of health and disability. These include books, manuals, reports, posters, videos and CD-ROM's. *Source* subscribes to over 400 international journals and practical newsletters, many of which are produced in developing countries. Subject areas include adolescent and child health, disability and disease control, evaluation, health communication, HIV/AIDS, information management, poverty and health, primary health care, reproductive and sexual health, and training. The *Source* collection obtains materials mainly in English. The *Source* collection is fully referenced on the online database, which can be searched easily at *Source* or from the Web site at: [www.asksource.info](http://www.asksource.info).

The *Source* Website enables users to access the bibliographic database, which holds details of the 20,000 resources held in the *Source* collection; the contacts database, which allows you to search for organisations (including publishers, distributors, information providers and training organisations) working in health and disability world-wide. And the newsletters and journals database which holds details of over 150 international newsletters, magazines and journals available free or at low cost.

A range of user-friendly databases are accessible over the Internet, available on CD-ROM for settings where Internet is unreliable. Printed directories of key resources will be also disseminated. The information system emphasises practical and relevant information appropriate to developing country settings. *Source* concern is to make the information more and more accessible for people with disabilities. A quarterly update on what is new at *Source* to update people in the field with the latest information

on health and disability issues is available on line. *Source* is in the process of compiling a *Directory of Essential International Disability Resources*, which would guide programmes in the field to relevant information. *Source* and its collaborating organisations have experience of support and training in the setting up and management of resource centres, databases and information services. A *Resource Centre Manual: How to set up and manage resource centre* is available online. (<http://www.healthlink.org.uk>)

### Location

*Source* is located in the Friends of the *Children of Great Ormond Street Library*, within the Institute of Child Health, London. It is open to the public organisations, on Monday to Friday from 9.00 am. to 6.00 pm. *Source* is also located online at [www.asksource.info](http://www.asksource.info) the electronic services and printed resource lists are accessed by users internationally.

### Information Management is a two way process

Organisations working in health and disability will be able to contribute to *Source* through interchange of ideas, resources and information. Documents such as handbooks, manuals, workshop reports, policy papers and evaluation reports can be added to *Source*. Hence making them accessible to a wider audience.

### Conclusion

*Source* materials and databases can be accessed by users to the Internet. Users will be alerted to new resources by means of regular e-mail bulletins. Where Internet connectivity is unreliable, these databases will be disseminated using CD-ROMS. For those without electronic capacity, printed directories of key resources will be produced and disseminated via a rich network of collaborating organisations, international partners and in particular disabled peoples organisations. Document elaborated in collaboration with the *Source* Team

Kontakt:  
Kerstin Schäfer  
Source International Support Centre  
2nd Floor, Institute of Child  
30 Guilford Street,  
London WC 1N 1EH  
Email: [source@ich.ucl.ac.uk](mailto:source@ich.ucl.ac.uk)

## NETZWERK MENSCHEN MIT BEHINDERUNG IN DER EINEN WELT

### Netzwerk Behinderung und Dritte Welt wird zum Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt

Nun ist es wirklich geschehen: Schon seit einigen Jahren stand der Begriff *Dritte Welt* im Kreuzfeuer der Kritik, der nicht mehr als zeitgemäß und diskriminierend empfunden wurde. Nach der Umwandlung der Bundesarbeitsgemeinschaft in ein Netzwerk erlebt dieses nun eine weitere Veränderung in der Namensgebung. Nach der gemeinsamen Erarbeitung eines Vorschlags und einer ausführlichen Diskussion wurde auf dem letzten Treffen des Netzwerks beschlossen, dass das Netzwerk in

*Netzwerk Menschen mit Behinderung  
in der Einen Welt*

umbenannt werden soll.

Eine wichtige Veranstaltung in diesem Jahr stellt das Symposium *Migration, Flucht und Behinderung* dar, das als ein Beitrag zum *Europäischen Jahr der*

*Menschen mit Behinderung* vom 23.-25. Mai 2003 im Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter stattfinden wird (s. Veranstaltungshinweis).

Außerdem hat das Netzwerk zum *Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung* einen Veranstaltungskalender für das Jahr 2003 erstellt, in dem die vielfältigen Aktivitäten der Netzwerk-Mitglieder aufgeführt sind. Der Kalender ist über die Koordinationsstelle zu beziehen.

Kontakt:

Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt

c/o Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V. Wintgenstr. 63, 45239 Essen, Email: bezev@t-online.de

*Gabriele Weigt*

## NEWS

### Tuberkulose – durch HIV/Aids wächst die Bedrohung

Weltweit tragen fast zwei Milliarden Menschen den Tuberkulose-Erreger in sich. Zwischen fünf und zehn Prozent dieser Infizierten werden schließlich irgendwann in ihrem Leben tatsächlich an Tuberkulose erkranken. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Tuberkulose ausbricht, ist bei Menschen, die mit Tuberkulose als auch mit HIV infiziert sind, 30 Mal höher. Die Neuerkrankungen pro Jahr werden inzwischen von der Weltgesundheitsorganisation auf acht Millionen geschätzt. Die Zahl der Tuberkulose-Toten steigt jährlich. Begünstigend hierfür sind eine schlechte medizinische Versorgung, Armut, Krieg, Migration und vor allem HIV/Aids.

Eine HIV-Infektion erhöht das Risiko, an Tuberkulose zu erkranken, beträchtlich, weil das Immunsystem HIV-Infizierter gestört ist. Tuberkulose ist in Afrika die häufigste Todesursache bei HIV-Infizierten. In manchen Ländern sind fast zwei Drittel aller Tuberkulosepatienten HIV-positiv.

Tuberkulose ist sehr viel ansteckender als HIV: Menschen, die an einer aktiven, offenen Lungentuberkulose erkranken, sind sehr infektiös: Wenn sie husten, niesen oder auch nur sprechen, können sie die Krankheit durch Tröpfcheninfektion übertragen. Eine Person mit einer

unbehandelten offenen Lungentuberkulose kann im Durchschnitt pro Jahr 10-15 weitere Personen anstecken. Die Tuberkulosefälle werden sich wahrscheinlich innerhalb des nächsten Jahrzehnts in Afrika verdoppeln. Gründe dafür sind die erhöhte Ausbreitung von HIV und das fehlende Geld für die effektive Strategie der Tuberkulose-Bekämpfung. Nur durch Kontrollprogramme, die Tuberkulose und HIV gemeinsam bekämpfen, besteht eine Chance auf Eindämmung.

Tuberkulose ist – im Gegensatz zu HIV – heilbar. Die WHO empfiehlt die Behandlung von Tuberkulose nach einem festen Schema. Dazu gehört eine mindestens sechsmonatige Einnahme einer Kombination von Medikamenten, die unter Aufsicht eines Gesundheitsarbeiters oder eines Mitglieds der Gemeinde oder Familie eingenommen werden. Die Überwachung der Therapie ist nötig, um ein Weglassen der Medikamente seitens der Patienten nach der meist anfänglichen Besserung der Symptome während der Behandlung zu vermeiden. HIV-Infizierte entwickeln eher medikamentenresistente Formen der Tuberkulose. Daher ist die Einhaltung der Therapie und die ausreichende Versorgung mit Medikamenten hier besonders dringlich. Aufgrund der mangelnden Infrastruktur mancher Länder ist die Bereitstellung der Medikamente jedoch häufig problematisch. Der politische Wille ist daher häufig ein wichtiger Bestandteil des

möglichen Erfolgs. Für Menschen, die sowohl mit HIV als auch mit Tuberkulose infiziert sind, besteht in einer medikamentösen Tuberkulose-Prophylaxe eine zusätzliche Behandlungsoption.

Quelle:  
DIFÄM Brennpunkt, Lepra- und Tuberkulosearbeit 2002, S. 3

## Tuberculosis

In Nepal, there is a lot of fear and stigma associated with tuberculosis (TB). This can result in social rejection, poor marriage prospects and job loss, so many people prefer to keep their diagnosis secret. Coping with TB is especially difficult for those without support, e.g. migrant workers or young married women living with their in-laws. Health workers need to be aware of how TB affects every aspect of a person's life and to recognise the important role that family, traditional and religious practitioners play in providing support and alleviating the adverse mental health effects of disease.

Quelle:  
The international newsletter on community action in disability and development, Disability Dialogue  
Ausgabe: Mai-August 2000, S. 5

## ***African Decade of Disabled Persons*** **The African Decade Needs Your Support**

DAA has mentioned the *African Decade of Disabled Persons* 2000 – 2009 in previous issues of Disability Tribune but we are now asking that organisations of disabled people around the world get behind the Decade.

The idea of a Decade for Africa came from disabled people themselves and was born out of the 5th DPI World Assembly in 1998. DPI members agreed to support the *Pan African Federation of the Disabled* (PAFOD) in the implementation of the Decade.

The Decade was declared by the Organisation for African Unity which then gave over the running of Decade to PAFOD. Support for the Decade has been received from different international organisations as well as the United Nations. The *UN Economic and Social Council* recommended that the *African Decade* should promote the equalisation of opportunities for disabled people and the promotion and protection of disabled people's human rights. [...] DAA supports calls from the *South African Federation of the Disabled* (SAFOD) to disabled peoples' organisations in Africa and around the world to lobby their governments and to continue advocating for the rights of disabled people.

You can get a copy of the PAFOD Business Plan on the *African Decade* on the SAFOD Activity Plan on the Decade from: SAFOD, PO Box 2247, Bulawayo, Zimbabwe, Tel: +236 969356; Fax: +236 974398; E-mail: safod@telconet.co.zw

PAFOD, PO Box 2213, Bulawayo, Zimbabwe, Tel: +263 966764; Fax: +263 9883899;  
E-mail: pafod@telconet.co.zw

Quelle:  
Disability Tribune Dezember 2002/Januar 2003, S. 4-5

## **Promoting Awareness and Rights in South Africa**

The *South African Federation for Mental Health* is currently focusing on increasing awareness of the employment rights of people with mental illness. Few people know that these rights are included in *South African Employment Equity Act* introduced in 1998. The Federation chose equal employment for people with mental illness and intellectual disability as the theme of its most recent national campaign and has been working with the *Department of Labour and the South African Federal Council on Disability* to help develop guidelines and a code of good practice for employers.

Quelle:  
The international newsletter on community action in disability and development  
Disability Dialogue, Ausgabe: Mai-August 2000, S.6

## **Ecuador's President receives International Roosevelt Award**

President Gustavo Noboa of the Republic of Ecuador received the sixth annual *Franklin Delano Roosevelt International Disability Award* on behalf of his country at a United Nations ceremony in September. The Award is sponsored by the *World Committee on Disability* and the *Franklin and Eleanor Roosevelt Institute* and is presented annually to a nation that makes noteworthy national progress toward the goal of the *United Nations World Programme of Action Concerning Disabled Persons*: the full and equal participation of the world's 600 million disabled people in the life of their societies. Previous winners of the Award are Thailand, Hungary, Ireland, Canada, and South Korea. The UN ceremony recognised Ecuador for placing equal opportunities for people with disabilities (sic) at the forefront of its national agenda. The Constitution of Ecuador was revised in 1994 to include guarantees of access for disabled people to healthcare, education, training and work.

Quelle:  
Disability Tribune Dezember 2002/Januar 2003, S. 3

## Uganda: Disabled Woman Wins Seat on District Council

Margaret Ongodia won a surprise victory during recent elections by securing an *ordinary* seat on the Katakwi District Council. Uganda's Constitution requires that a certain number of law makers be elected to represent particular groups such as women and disabled people. At the National level, Uganda reserves five parliamentary seats for disabled people and at local and district levels two seats must be made available.

Ongodia chose to run for an *ordinary* seat because, she says, disabled people can represent all citizens not just disabled people. Ongodia's election answers claims by opponents that *special* seats will further segregate those groups the seats are supposed to present. During Ongodia's acceptance speech she successfully fielded questions about whether as a disabled person she would be able to respond to peace threats in the local area. She replied that as an elected member of the District Council she, along with other Council members, would not be personally expected to fight anybody, that was why they had well-trained soldiers.

Ongodia attributed her victory to the experience she had gained serving on the *National Board of Directors of the National Union of Disabled Persons of Uganda*.

Quelle:

Disability Tribune Dezember 2002/Januar 2003, S. 5

## Optima Braille Slates

The *South African National Association of the Blind* (SANCB) has recently launched a campaign to produce high-quality Braille slates and styluses that will be more affordable to blind people living in developing countries. In partnership with the *Rotary Club Hatfield* and the *Government of Flanders*, the new SANCB slates and styluses are up to 70% cheaper than alternative products currently available.

The 8-line, 23 cell. Double-sided plates are available by contacting:

The Co-ordinator, Braille Slate Campaign, Po Box 11149, Hatfield 0028 Pretoria, south Africa.

Telephone + 27 (12) 346 1171

E-mail: [estelle@sancb.org.za](mailto:estelle@sancb.org.za)

Web: [www.sancb.org.za](http://www.sancb.org.za)

SANCB are also seeking people and organisations to provide financial support for the project, which will also provide Braille slates for all South African school leavers. Please contact the address above and mention that you are interested in joining the Goodwill Club.

Quelle:

Disability Tribune November 2002, S. 6

## Entwicklungspolitik im 15. Deutschen Bundestag

Unter dem Titel „Für eine starke Entwicklungspolitik im Zeitalter der Globalisierung!“ hat VENRO Anfang Oktober zehn Forderungen an die neue Bundesregierung vorgelegt und Mitgliedern der Verhandlungsgruppe der rot-grünen Koalitionsregierung in Berlin überreicht. In dem Katalog fordert der Verband die künftige Bundesregierung auf,

- Die Entwicklungspolitik als ein eigenständiges Politikfeld zu bewahren und deutlich zu stärken,
- Die weltweite Armutsbekämpfung zu einer Aufgabe der gesamten Politik zu machen,
- Die Entwicklungsfinanzierung zu steigern und Nachhaltige Entwicklung- im Sinne einer kohärenten Politik – zum Leitbild aller Bundesressorts zu erklären. (kostenloser Bezug: [sekretariat@venro.org](mailto:sekretariat@venro.org))

Zum Stellenwert der Entwicklungspolitik in der Koalitionsvereinbarung meint der VENRO-Vorsitzende Reinhard Hermle: „Insgesamt bleibt der Eindruck eines zwar ehrgeizigen, aber wenig zupackenden Programms. Es signalisiert mehr Kontinuität als Aufbruch. Das ist nicht grundsätzlich falsch, zumal in den vergangenen vier Jahren bereits einige Reformen angestoßen wurden und es allemal besser ist, bestehende Baustellen zu Ende zu bringen, ehe neue aufgemacht werden. Letztendlich ist nicht entscheidend, was auf dem Papier steht, sondern was die Regierung tut. Die NRO's werden darauf drängen, dass die Bundesregierung auch in entwicklungspolitischer Hinsicht ihrem Motto „Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit“ gerecht wird.“

Quelle:

VENRO-Rundbrief, S. 3

## Wasser – bald unbezahlbar?

Rund ein Sechstel der Weltbevölkerung muss ohne sauberes Wasser leben. Hunderte Millionen Menschen versorgen sich aus Flüssen, Seen oder verschmutzten Wasserstellen. Die Folge: viele Menschen sterben an Infektionskrankheiten und Parasiten, die durch Wasser übertragen werden.

Der Wasserverbrauch steigt kontinuierlich. Fast drei Viertel des weltweiten Verbrauchs beansprucht die Landwirtschaft, rund 50 Prozent allein die Bewässerung der Getreidefelder in Asien. Gut die Hälfte des Getreides stammt heute schon von bewässerten Feldern. Für ein Kilo Brot werden so unter optimalen Bedingungen 1.000 Liter Wasser verbraucht.

### Dörfer werden vernachlässigt

Berücksichtigt man Ernteschäden und Wasserverluste durch ineffektive Bewässerung, sind für die ausreichende

vegetarische Ernährung eines Menschen mindestens 1.500 Liter pro Tag nötig. Enthält die Nahrung 20 Prozent Fleisch, verdoppelt sich der Wasserbedarf.

Wo Wasser knapp ist, können sich die Menschen nicht selbst ernähren. Die UN-Umweltorganisation UNEP schätzt, dass etwa ein Drittel aller Menschen in Ländern lebt, deren Wasserversorgung gefährdet ist. Die UN will die Zahl der Menschen ohne Wasserversorgung zwischen 1990 und 2015 halbieren. Dazu müssten jährlich über 100 Millionen Menschen neu mit Wasser versorgt werden. Der derzeitige Zwischenstand zeigt: das Ziel könnte in Lateinamerika und in Südasien erreicht werden, in Afrika und in Ostasien jedoch bleibt die Entwicklung weit zurück.

Weltweit werden jährlich etwa 80 Milliarden Dollar in die Wasserversorgung investiert. Nötig wären künftig rund 180 Milliarden Dollar, um ausreichend neue Versorgungssysteme zu schaffen und die bestehenden zu erhalten. Ein riesiger Markt, auf den zunehmend auch private Unternehmen drängen. Große internationale Wasserkonzerne wie die französischen Firmen *Ondeo* oder *Vivendi* haben bereits die Wasserversorgung zahlreicher Groß- und Millionenstädte in Entwicklungsländern übernommen. Die deutsche RWE ist binnen weniger Jahre zum drittgrößten internationalen Wasserkonzern der Welt aufgestiegen. Andere Konzerne wie etwa Nestlé verkaufen Trinkwasser in Flaschen – bis zu vierzig mal teurer als Leitungswasser. Kritiker befürchten, dass die Privatisierung des Wassermarktes für viele Menschen Wasser unbezahlbar macht. Zudem konzentrieren sich die Firmen vor allem auf profitable Ballungsgebiete – die Versorgung der ländlichen Bevölkerung wird vernachlässigt.

Quelle:  
Welternährung 4/2002, S. 2

## Mit Gentechnik gegen Malaria?

Alle 30 Sekunden stirbt ein Mensch in Afrika südlich der Sahara an Malaria. Wissenschaftler haben nun den genetischen Code des Krankheitserregers und seines Überträgers, der Anopheles-Mücke, entziffert. Ein erster Schritt zur Entwicklung neuer Medikamente. Andere Forscher haben eine genmanipulierte Mücke entwickelt, die die Krankheit nicht überträgt. Die gentechnische Malariabekämpfung ist allerdings frühestens in zehn Jahren einsatzbereit.

Nach Ansicht des renommierten Ökonomen Jeffrey Sachs sind all diese Ankündigungen wertlos, solange nicht mehr Mittel in die Kontrolle der Malaria fließen. Sachs ist Berater des UN-Generalsekretärs Kofi Annan. High Tech ist laut Sachs kein Ersatz für den internationalen Willen, die Seuche zu bekämpfen und dafür ausreichend Mittel bereitzustellen. Das Interesse an der Malariabekämpfung

gehe seit zehn Jahren zurück, seit klar ist, dass sich die Krankheit nicht ausrotten lässt. Kontrolle und bessere Behandlung könnten jedoch schon jetzt die Malaria in Afrika spürbar zurückdrängen. Doch derzeit fließen laut Sachs jährlich statt der benötigten zwei Milliarden nur 100 bis 200 Millionen Dollar in die Malariabekämpfung.

Quelle:  
Welternährung 4/2002, S. 2

## Kritik am IWF: Kredite verschärfen Armut

Dem *Internationalen Währungsfonds* (IWF) wird vorgeworfen, mit seinen Programmen weltweit Armut, Ungleichheit und Finanzkrisen zu verursachen. Im Oktober 2002 hat er nun neue Leitlinien für die Kreditvergabe vorgelegt. Im Zentrum stehen vereinfachte Bedingungen, engere Kooperation mit anderen Organisationen wie der Weltbank und mehr *Ownership* der Nehmerländer an den Reformprogrammen, also mehr Einfluss der Länder auf ihre ökonomische Zukunft. Kritiker bemängeln, dass es immer noch versteckte Vorbedingungen für Kredite gebe. Unterstützt würden bevorzugt Länder, die auf der neoliberalen Linie des IWF liegen. Eine echte Änderung wäre erst erreicht, wenn der Fonds den Ländern zum Beispiel völlig offen ließe, ob sie die Privatisierung vorantreiben oder nicht. Der IWF ist dagegen der Ansicht, dass es normal sei, Bedingungen an die Vergabe von Krediten zu knüpfen.

Quelle: Welternährung 4/2002, S. 2

## **SYMPOSIUM: Migration, Flucht und Behinderung** **Ein Beitrag zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung 2003**

**23.-25. Mai 2003 im Arbeitnehmerzentrum Königswinter (AZK)  
Königswinter bei Bonn**

veranstaltet von: *Netzwerk Migration und Behinderung*  
*Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.*  
*Arbeitnehmerzentrum Königswinter*  
*Arbeitskreis Frauen und Kinder mit Behinderung in den Ländern der sog.  
Dritten Welt an der Universität Würzburg*  
*Arbeitsgruppe REZAG an der Humboldt-Universität Berlin*  
*Kindernothilfe*  
*Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt*

Inhaltlich spannt das Symposium den Bogen von den Ursachen und Zusammenhängen von Migration, Flucht und Behinderung, den interkulturell höchst unterschiedlichen Konzepten von und Umgangsweisen mit Behinderung über die rechtlichen Rahmenbedingungen in den aufnehmenden Gesellschaften Europas bis hin zu den Herausforderungen und Anforderungen an die soziale Arbeit in Deutschland. Der Kontakt zwischen KollegInnen der sozialen Arbeit und Flüchtlingen/MigrantInnen mit Behinderung ist häufig von mangelndem interkulturellem Verständnis, Frustration und Hilflosigkeit geprägt. In diversen Workshops erhalten die TeilnehmerInnen Gelegenheit zum Austausch von Erfahrungen und Know-how und zur Erarbeitung von adäquaten kultursensiblen Angeboten für Menschen mit Behinderungen aus anderen Kulturkreisen. Auch ein Blick über den eigenen Tellerrand in unsere Nachbarländer soll dabei behilflich sein. Nachhaltigkeit soll durch die Publikation eines Tagungsreaders und weiterführende Vernetzung aller Interessierten gewährleistet werden.

Anmeldeschluss: 9. Mai, Teilnahmebeitrag: 125 Euro, ermäßigt 85 Euro.

Info: **BEZ e.V.**, Wintgenstr. 63, 45239 Essen,  
Tel.: 0201/408 77 45  
Email: [bezev@t-online.de](mailto:bezev@t-online.de)  
**Netzwerk Migration und Behinderung**, Simsonstr. 47, 45147 Essen,  
Tel.: 0201/646 11 36,  
Email: [info@handicap-net.de](mailto:info@handicap-net.de),  
Internet: [www.handicap-net.de](http://www.handicap-net.de)



## VERANSTALTUNGEN

- 8.5.-10.5.2003 Internationaler Kongress: *Europa in Aktion 2003 – Menschenrechte für Menschen mit geistiger Behinderung* in Tallinn, Estland  
**Information:** Inclusion Europe, <http://www.europeinaction.org>, E-Mail: [enlargement@inclusion-europe.org](mailto:enlargement@inclusion-europe.org)
- Mai 2003 *Reviewing CBR – International Consultation*  
**Information:** World Health Organization – <http://www.who.int>
- 23.5.-25.5.2003 Symposium *Migration, Flucht und Behinderung* im Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter  
**Information:** Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt, c/o Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V. Wintgenstr. 63, 45239 Essen, Tel.: 0201/40 87 745; Fax: 40 87 748, Netzwerk Migration und Behinderung, Simsonstr. 47, 45147 Essen, Tel.: 0201/646 11 36, E-Mail: [info@handicap-net.de](mailto:info@handicap-net.de), [www.handicap-nat.de](http://www.handicap-nat.de)
- 4.7.-6.7.2003 *Leben unter einem Regenbogen – Wie leben Menschen mit Behinderung in anderen Kulturen?*  
 in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg  
**Information:** Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
- 10.10.-12.10.2003 Entwicklungszusammenarbeit als soziale Aufgabe und praktische Erfahrung – Teil II  
 in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg  
**Information:** Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
- 14.11.2003 *Entwicklung braucht Beteiligung – Nichts über uns ohne uns – Menschen mit Behinderung als PartnerInnen in der Entwicklungszusammenarbeit*, in Kooperation mit der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., Disabled Peoples International Germany  
**Information:** Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.,
- 21.11.-23.11.2003 Seminar für RückkehrerInnen: Entwicklungszusammenarbeit als soziale Aufgabe und praktische Erfahrung – Teil III  
 in Kooperation mit der Akademie Frankenwarte in Würzburg  
**Information:** Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.
- 3.12.2003 Workshop: *Menschen mit Behinderung im globalen, europäischen und regionalen Kontext* in Kooperation mit der Gesellschaft für politische Bildung, Akademie Frankenwarte in Würzburg  
**Information:** Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V., Regionalbüro Süd, Mittlerer Wiesenweg 21, 97080 Würzburg, Tel.: 0931/40 44 249, E-Mail: [almunaizel@bezev.de](mailto:almunaizel@bezev.de)

Für weitere Veranstaltungen auf dem Gebiet der Entwicklungszusammenarbeit weisen wir auf den Rundbrief Bildungsauftrag Nord-Süd des World University Service hin. Bezug: World University Service, Koordinationsstelle Nord-Süd im Bildungsbereich, Goebenstraße 35, 65195 Wiesbaden, <http://www.tu-darmstadt.de/wusgermany>

**Willkommen in Rudis Welt**



**Die Lebenshilfe-Kollektion im  
*Rudi-Design***

Fröhlich, bunt und froh zieren sie Uhren, Brillenetuis, Krawatten, Seidentücher und vieles mehr. Die unverwechselbaren Strichmännchen von Rudi Diezner. Die Lebenshilfe-Kollektion des Designers mit Down-Syndrom ist heute schon weit über den Kreis der Lebenshilfe hinaus bekannt und damit idealer Sympathieträger für Menschen mit geistiger Behinderung.

Mehr über das "Rudi-Design" erfahren Sie bei der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.  
Rathausstr. 18, 35043 Marburg  
Tel.: 06421/491-0, Fax: 06421/491-167  
[www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de)




Paten gesucht: Sagen Sie mir, wie ich eine Partnerschaft übernehmen und so einem Kind in den ärmsten Ländern der Welt mit einer Ausbildung langfristig helfen kann.

Bitte senden Sie mir Info-Material zu.

Name \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Coupon bitte zurückschicken an:**

Kindernothilfe e.V. • Düsseldorfer Landstraße 180 • 47249 Duisburg  
**Spendenkonto:** Bank für Kirche und Diakonie eG • BLZ 350 601 90 Konto-Nr. 454540



Info-Telefon (0180) 33 33 300

## Die Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* wird sich in den kommenden Ausgaben mit folgenden Schwerpunktthemen beschäftigen:

- |               |  |
|---------------|--|
| <b>2/2003</b> | Soziale Folgen von Infektionserkrankungen in Entwicklungsländern II (HIV/AIDS) (verantwortlich: Mirella Schwinge und Gabriele Weigt) |
| <b>3/2003</b> | Internationale Strategien der Behindertenarbeit in Entwicklungsländern im Vergleich (verantwortlich: Friedrich Albrecht)             |
| <b>1/2004</b> | Regionale Perspektiven der Behindertenarbeit (Afrika)  |
| <b>2/2004</b> | Regionale Perspektiven der Behindertenarbeit (Lateinamerika und Karibik) - (verantwortlich: Friedrich Albrecht/Harald Kolmar)        |

Interessierte Autorinnen und Autoren werden aufgefordert, nach vorheriger Rücksprache mit der Redaktion hierzu Beiträge einzureichen. Darüber hinaus sind Vorschläge für weitere Schwerpunktthemen willkommen.

### Einsendeschluss für Beiträge:

	Ausgabe <b>2/2003</b>	Ausgabe: <b>3/2003</b>	Ausgabe: <b>1/2004</b>
Hauptbeiträge:	15. November 2002	14. März 2003	18. Juli 2003
Kurzmeldungen:	28. März 2003	1. August 2003	21. November 2003

### Hinweise für Autorinnen und Autoren

Senden Sie bitte Ihre Beiträge für die nächsten Ausgaben der Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt* an die folgende Adresse:

*Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt*  
 Wintgenstr. 63, 45239 Essen  
 Tel.: 0201/ 40 87 745  
 Fax: 0201/ 40 87 748  
 oder per E-mail an:  
 E-mail: [Gabi.Weigt@t-online.de](mailto:Gabi.Weigt@t-online.de)

Die Redaktionsgruppe hat folgende Begrenzungen für die Textmenge von Beiträgen vereinbart:

Grundsatz- oder Übersichtsartikel	10	DIN A4-Seiten
Artikel	6-7	DIN A4-Seiten
Berichte	2-3	DIN A4-Seiten
News	0,5	DIN A4-Seite
Arbeitskreise	0,5	DIN A4-Seite
Organisationen	1	DIN A4-Seite

Bitte senden Sie uns Ihre Beiträge möglichst auf Papier und Diskette in einem WORD-Format (bis Word 97). Bitte verzichten Sie weitestgehend auf Formatierungen wie z.B. Silbentrennung, Seitenumbruch, verschiedene Schriften, usw.

Die Autorinnen und Autoren werden gebeten, dem Artikel ein Abstract von etwa vier Zeilen in der Originalsprache sowie eine kurze Information zu ihrer beruflichen Tätigkeit beizufügen.

Liebe Leserinnen und Leser,  
 bitte informieren Sie uns über eine eventuelle Adressenänderung oder wenn Sie die Zeitschrift nicht mehr beziehen möchten. Geben Sie uns bitte ebenso Bescheid, falls Ihnen die Zeitschrift nicht zugestellt worden ist.

## Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt

*Menschen mit Behinderung in der Einen Welt* ist ein Netzwerk von Organisationen und Einzelpersonen, die sich wissenschaftlich und/oder praktisch mit dem Thema Behinderung in der so genannten Dritten Welt auseinandersetzen. Mitglieder des Netzwerks können sein: Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit, Institutionen, Arbeitsstellen an Studienstätten, Arbeitskreise und Arbeitsgruppen, Fachkräfte aus dem entwicklungspolitischen sowie behinderungsspezifischen Kontext sowie an der Thematik interessierte Einzelpersonen.

Das Netzwerk ist ein Kommunikationsforum, das die wissenschaftliche und praxisorientierte Auseinandersetzung zur Thematik fördern und unterstützen will. Dies wird umgesetzt durch die ihm angehörenden Mitglieder.

### Das Netzwerk übernimmt die folgenden Aufgaben

- Herausgabe der Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt*
- Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen (z.B. Symposia)
- Koordinationsstelle für an der Thematik Interessierte
- Vermittlung von Kontakten
- Diskussionsforum zu relevanten Fragestellungen
- Zweimal im Jahr Netzwerktreffen in unterschiedlichen Regionen Deutschlands
- Vernetzung

**Anschrift:** Netzwerk Menschen mit Behinderung in der Einen Welt  
c/o Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V. Wintgenstr. 63, 45239 Essen  
Tel.: 0201/40 87 745, Fax: 0201/40 87 748,  
E-mail: bezev@t-online.de

Dem Netzwerk gehören an:

Arche Deutschland Solidarität

*Anschrift:* c/o Alex von Fintel, Farmsener  
Landstr. 198, 22359 Hamburg  
E-mail: solidarität@arche-deutschland.de

Ghana Aktion Deutschland

*Anschrift:* c/o Walter J. Zielniok, Brieystr. 25,  
50129 Bergheim  
E-mail: ghana\_action@t-online.de

Redaktion Zeitschrift *Behinderung und Dritte Welt*

*Anschrift:* c/o Gabriele Weigt, Wintgenstr. 63,  
45239 Essen  
E-mail: Gabi.Weigt@t-online.de

Projektgruppe Köln

*Anschrift:* c/o Anke Dieball/Kriemhild Schulte,  
Niehlerstr. 10, 50670 Köln  
E-mail: AnkeDieball@gmx.de;  
kriemhilds@yahoo.de

Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit e.V.

*Anschrift:* Wintgenstr. 63, 45239 Essen  
E-mail: bezev@t-online.de

Arbeitsgruppe *Rehabilitation in der Entwicklungszusammenarbeit* an der Humboldt-Universität zu Berlin

*Anschrift:* c/o Fachschaft Institut für  
Rehabilitationswissenschaften, Sitz:  
Georgenstraße 36, Unter den Linden  
6, 10099 Berlin  
E-mail: kontakt@rezag.de

Christoffel Blindenmission

*Anschrift:* c/o Andreas Pruisken, Nibelungenstr.  
124, 64625 Bensheim  
E-mail: andreas.pruisken@CBM-i.org

Arbeitskreis *Frauen und Kinder mit Behinderung in Ländern der sog. Dritten Welt* an der Universität Würzburg

*Anschrift:* c/o Magdalena Kraft/M.A.I Munaizel,  
Universität Würzburg, Lehrstuhl für  
Sonderpädagogik I Wittelsbacher  
Platz 1, 97074 Würzburg  
E-mail: ak-uni-wuerzburg@gmx.de

Vivat-Institut für angewandte Konflikt- und Koperationsforschung

*Anschrift:* c/o Dr. Karl-Heinz Schäfer,  
Raiffeisenstr. 13, 64404 Bickenbach  
E-mail: Carlinho@t-online.de