

De risico's en gevolgen van AIDS voor vrouwen in ontwikkelingslanden¹

Maria de Bruyn

Vrouwen in ontwikkelingslanden worden zwaar getroffen door de verspreiding van het humaan immunodeficiëntie virus (HIV) dat AIDS veroorzaakt. De factoren die in het geding zijn liggen op drie terreinen: risico's om met HIV geïnfecteerd te worden; psychische en sociale lasten ten gevolge van de epidemie; en problemen bij zelfbescherming tegen infectie.

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) schatte eind 1990 dat zo'n 8-10 miljoen mensen wereldwijd geïnfecteerd zijn met het humaan immunodeficiëntie virus (HIV) dat AIDS veroorzaakt. Minstens 3 miljoen daarvan zijn vrouwen en hun aandeel neemt jaarlijks toe. Wat de situatie voor vrouwen in ontwikkelingslanden zo ernstig maakt is het feit dat zij extra getroffen worden door de HIV-epidemie, juist vanwege factoren die te maken hebben met hun vrouw-zijn.² In dit artikel wordt een aantal van die factoren in het kort besproken:

- risico's om met HIV geïnfecteerd te worden;
- psychische en sociale lasten ten gevolge van de epidemie;
- problemen bij zelfbescherming tegen infectie.

De gegevens zijn verzameld door literatuuronderzoek en gesprekken met medewerkers van AIDS-projecten in ontwikkelingslanden. Doel van het onderzoek was een inventarisatie te maken van de gevolgen van de HIV-epidemie voor vrouwen alsmede van de mate waarin preventie-programma's aandacht aan hen besteden. Een bevinding is dat er nog weinig onderzoek op dit gebied is uitgevoerd waarover is gepubliceerd. Desondanks geeft de literatuur duidelijke indicaties van de problemen waar vrouwen in relatie tot AIDS mee kampen met daaruit voortvloeiend aanwijzingen voor toekomstige interventies.

Risico's

Vrouwen lopen vaak een hoog risico door HIV geïnfecteerd te worden, zowel door seksuele transmissie als door overdracht via contacten met besmet bloed.

Seksuele transmissie

In sommige regio's (bijv. delen van Noord India, Thailand, Argentinië) speelt het delen van besmette naalden een grote rol bij HIV-overdracht, maar in de meeste ontwikkelingslanden wordt HIV voornamelijk seksueel overgedragen. Verschillende praktijken gerelateerd aan seksuele gemeenschap en verband houdend met de genitalia en reproductieve organen kunnen een 'co-factor' vormen.³

Ten eerste vormen onbeschermde seksuele contacten (dat wil zeggen contacten zonder condoomgebruik) met meerdere partners een co-factor. De sociaal-economische positie waarin veel vrouwen zich bevinden leidt er toe dat het hebben van meerdere partners tegen betaling noodzakelijk is om in de dagelijkse basis-behoefte te voorzien. Veel vrouwen hebben geen of slechts een minimale opleiding, waardoor hun arbeidsmogelijkheden voornamelijk beperkt zijn tot de informele sector. Daarnaast hebben velen weinig beschikking over eigen middelen (land, bezittingen, kapitaal), onder andere ten gevolge van de invloed van wetgeving en plaatselijke gewoontes, waardoor hun mogelijkheden voor werk in de informele sector nog verder beperkt worden. Het aanbieden van seksuele diensten biedt dan uitkomst, vooral voor vrouwen wonend in gebieden waar veel mannen alleen of ver van hun echtgenotes leven (in steden en bij mijnbouw en constructie-projecten). Een Mozambiquaanse gezondheidswerkster bijvoorbeeld wijst erop dat armoede zo wijdverspreid is dat "Now many women must regularly prostitute themselves, even my own family members" (Van Beurden 1989: 34).

Een groot aantal wisselende partners betekent dat de kans om een HIV-geïnfecteerde partner tegen te komen groter wordt. Bovendien schijnt overdracht van man op vrouw gemakkelijker te gaan dan omgekeerd. De consequenties zijn te zien onder vrouwen die sekswerker zijn.⁴ Enkele studies onder geselecteerde groepen geven de volgende seropositiviteitscijfers:⁵ 4,9% in Madras en 23% in Bombay, India; 16% in Sudan; 41,4% in Djibouti, 44% in Thailand, 44;7% in Burkina Faso, 70% in Haïti en 80% in Nairobi, Kenya (Jayapaul et al. 1990; Bhawe Geeta et al. 1990; McCarthy & El Haq 1990; Rodier et al. 1991; Ungchusak et al. 1990; Didier et al. 1990; Kimball et al. 1991; Moses et al. 1991: 408).

Omdat sommige mannen intussen denken dat zij hogere risico's lopen door sekswerkers te bezoeken, begint het vaker voor te komen dat zij jonge meisjes uitzoeken voor seksuele contacten; deze 'sugar daddies' bieden hun geld aan waarmee ze bijvoorbeeld schoolboeken en -uniformen kunnen kopen of hun schoolgeld kunnen betalen. Deze oudere mannen zijn echter al langer seksueel actief, wat de kans op seropositiviteit verhoogt. Daardoor lopen juist deze meisjes extra risico's. In sommige plaatsen proberen de autoriteiten hier maatregelen tegen te nemen. In Uganda is een wet aangenomen die seksuele contacten met kinderen onder 18 jaar verbiedt. In hoeverre toezicht op de naleving van deze wet in de praktijk uitvoerbaar is en of ze effect zal hebben moet de toekomst leren.

In sommige gebieden zijn vooral mannen die seksuele contacten met mannen onderhouden in de beginfase van de epidemie met HIV besmet. Voor vrouwen die met hen vrijen is de kans op HIV-infectie hoog. Van 5040 ondervraagde mannen in deze categorie in stedelijk Mexico waren 51-67% biseksueel; 35% van hen had stabiele heteroseksuele relaties (Garcia et al. 1990). In Asunción, Paraguay, is

gebleken dat meer dan 60% van de cliënten van mannelijke sekswerkers (die een seropositiviteits-prevalentie van 31,4% hadden) getrouwd waren (Cabello et al. 1991).

De mate waarin deze mannen beschermingsmaatregelen tegen HIV nemen kan verschillen bij hun mannelijke en vrouwelijke partners, in het nadeel van de laatsten. Biseksuele mannen in Lima, Peru, rapporteerden veel lagere niveaus van condoomgebruik met hun vrouwelijke dan mannelijke partners (Bossio et al. 1990). Ook biseksuele mannen, geïnterviewd in Trinidad en Tobago, gaven aan dat ze minder geneigd waren condooms te gebruiken bij vrouwen dan bij mannen (McCombie et al. 1990).

HIV kan gemakkelijker toegang krijgen tot de bloedbaan als er tijdens seksuele gemeenschap bloedingen of vaginale lesies ontstaan. Om deze reden vormt vooral onbeschermd anale seks een risico. Deze seksuele praktijk wordt voornamelijk met homoseksualiteit geassocieerd. Zij komt echter tevens voor bij heteroseksuele contacten, onder andere om de maagdelijkheid te bewaren, als betrouwbaar anti-conceptie-middel, om gemeenschap mogelijk te maken waar vaginale penetratie moeilijk is vanwege infibulatie of omdat het plezierig wordt gevonden. Enkele studies beginnen nu indicaties te geven van de prevalentie van deze praktijk. In Calabar, Nigeria, rapporteerde 2% van de cliënten van sekswerkers dat ze zowel anale als vaginale gemeenschap hebben terwijl eenzelfde percentage werd gevonden onder Mexicaanse vrouwen (Anoniem 1990a: 13; Magis et al. 1990). Andere studies noemen de volgende percentages: 19% onder universiteits-studenten in Kinshasa, Zaïre; 8,6% onder sekswerkers in de Dominicaanse Republiek en 22,5% onder vrouwelijke partners van intraveneuze drugsgebruikers in Puerto Rico, waarbij slechts 3% van de laatsten ook condooms gebruikte (Bomboko et al. 1990; Guerrero et al. 1990; Colón et al. 1990). Een survey van 5000 mensen in Brazilië toonde aan dat meer dan 50% in Rio de Janeiro en 40% in andere regio's anale gemeenschap een normale seksuele praktijk vindt (Parker 1988). Volwassenen, gevraagd tijdens een groepsdiscussie in Malawi hoe men seks zou kunnen hebben met een seropositieve partner, noemden anale seks "as a stronger possibility than condoms" (Dupree et al. 1990). Voorlichting gericht op preventief gedrag zou rekening moeten houden met anale seks als risicofactor. In een studie onder vrouwelijke partners van seropositieve mannen in Buenos Aires, Argentinië, is gevonden dat 82% van de vrouwen die op den duur zelf seropositief werden anale gemeenschap meer dan eens per maand prakticeerde, terwijl dit alleen bij 16,6% van de vrouwen gebeurde die seronegatief bleven. Condoomgebruik was ook hoger bij de vrouwen die niet geïnfecteerd waren (Benetucci et al. 1990).

Hoewel tot op heden geen correlatie is aangetoond tussen vrouwenbesnijdenis en HIV-overdracht, kan de mogelijkheid dat deze er is niet uitgesloten worden. Onderzoek hiernaar zou wenselijk zijn omdat complicaties na de besnijdenis (theoretisch) een co-factor kunnen vormen (abscessen, menstruatieproblemen en bloedingen tijdens gemeenschap). Een correlatie is al wél gevonden met seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's), vooral als deze ulcera veroorzaken. Vaak zijn de eerste symptomen bij vrouwen inwendig waardoor ze pas in een latere stadium opgemerkt worden. Daardoor lopen de vrouwen langer door met onbehandelde SOA's.

Het schijnt dat enige zelfzorgpraktijken mogelijk risico's kunnen opleveren. Dallabetta et al. (1990) vonden in Malawi een associatie tussen HIV-infectie en het gebruik van verschillende substanties om vaginale aandoeningen te behandelen. Zij vermoeden dat de gebruikte middelen – zoals kruiden, aluminium hydroxide poeder, silica gel, potassium permanganaat – een erosief effect hebben op de vaginale mucosa waardoor het virus gemakkelijker toegang krijgt. Brown & Brown hebben gevonden dat intravaginale substanties gebruikt door sekswerkers in Zaïre om de vagina uit te drogen (om het seksuele plezier van hun cliënten te verhogen) inderdaad een irritant effect hebben. Meer onderzoek naar dit soort praktijken is nodig, zodat geschikte voorlichting gegeven kan worden. Samen met de vrouwen zou dan bekeken moeten worden of dergelijke praktijken niet achterwege kunnen blijven of hoe de vrouwen alternatieve zelfzorgpraktijken kunnen ontwikkelen.

Tenslotte moet nog opgemerkt worden dat in veel ontwikkelingslanden een situatie van oorlog heerst wat indirecte gevolgen kan hebben voor HIV-overdracht. In deze gebieden slaan veel mensen op de vlucht en komen in situaties terecht waarin de normale sociale regels op allerlei gebied minder van kracht zijn. Het hebben van meerdere seksuele partners kan hiervan een consequentie zijn. Ook gewelddadige seksuele contacten kunnen hieruit voortvloeien; verkrachting vindt veel plaats en in sommige gebieden zijn vrij hoge percentages militairen al met HIV besmet. Patronen van HIV-infectie zijn gecorreleerd met de bewegingen van militairen in delen van Centraal en Oostelijk Afrika (Reid 1990: 17). In Uganda is tevens ontdekt dat bij 184 basisschoolkinderen die seksueel contact hadden gehad, er 27 waren die daartoe gedwongen waren geweest (Bagarukayo 1991). De verwondingen die veroorzaakt kunnen worden tijdens dergelijke contacten vergemakkelijken de overdracht van HIV.

Overdracht via besmet bloed

In de meeste ontwikkelingslanden wordt veel ondernomen om het bloed voor transfusies te beveiligen zodat HIV-transmissie daardoor niet kan plaatsvinden. Er zijn hieraan echter nog enorme logistieke problemen verbonden. Ten eerste hebben veel landen nog geen goedwerkende bloedbanken en moet een systeem van vrijwillige, regelmatige donoren nog opgezet worden. Ten tweede zijn de prijzen van de tests die gebruikt worden om het bloed te controleren vrij hoog, waardoor sommige regio's over onvoldoende tests kunnen beschikken. Lange levertijden, transportmoeilijkheden en onvoldoende laboratorium-faciliteiten kunnen ook problemen opleveren. Ten derde kan er een tekort aan bloeddonoren zijn. In HIV-endemisch gebieden moeten veel potentiële donoren – mensen met duidelijke risicofactoren in het verleden – uitgesloten worden want de veel gebruikte tests kunnen de infectie niet aantonen tijdens de 'window period' (een periode waarin iemand wél geïnfecteerd is maar nog geen antilichamen in het bloed heeft). Bovendien zijn in sommige plaatsen mensen bang geworden om bloed af te staan omdat ze denken dat bloed geven, in plaats van bloed ontvangen, een risico vormt.

Het resultaat is dat de kans op HIV-overdracht via bloedtransfusies nog zeer reëel is in ontwikkelingslanden, waar juist kinderen en vrouwen de meeste transfusies ontvangen. De vrouwen ontvangen bloed vanwege complicaties bij gynaecologische en

obstetrische problemen. De omvang van deze risicofactor blijkt uit het feit dat de kans dat een vrouw overlijdt ten gevolge van zwangerschapscomplicaties daar ongeveer 200 maal groter is dan in de geïndustrialiseerde landen. Dit verklaart waarom in Afrika bijna 40% van alle bloedtransfusies aan vrouwen gegeven wordt.

Tijdens bevallingen kunnen vooral traditionele vroedvrouwen gevaar lopen. In Latijns Amerika wordt ongeveer 35% van de geboorten begeleid door medisch niet-getrainde personen; in Azië en Afrika zijn de percentages respectievelijk circa 50 en 35. De vrouwen die actief bij de bevalling helpen door gebruik te maken van instrumenten om de navelstreng door te snijden en hun handen om de placenta te behandelen, kunnen in aanraking komen met grote hoeveelheden besmet bloed en lichaamsvochten als de moeder seropositief is. De traditionele vroedvrouwen kunnen vaak eczeem, wondjes en schaafwonden op de handen hebben (omdat ze naast dit werk ook manuele arbeid uitvoeren). In veel gevallen hebben ze niet de beschikking over beschermende materialen zoals handschoenen. Aan de andere kant is het voorstelbaar dat moeders risico's lopen als de vroedvrouw seropositief is en zichzelf per ongeluk snijdt tijdens de bevalling.

Dit soort beroepsrisico's ten aanzien van HIV-overdracht komt overal voor maar vormt een grotere bron van zorg in de ontwikkelingslanden. Meestal werken vrouwen als verpleegkundige, laboratorium-medewerkster en schoonmaakster, waardoor ze in aanraking kunnen komen met besmet bloed (via de verzorging van wonden, het behandelen van bloedmonsters en het opruimen van met bloed besmette voorwerpen). Als in een kliniek of ziekenhuis onvoldoende beschermingsmaterialen aanwezig zijn, kunnen die voorbestemd worden voor de chirurgische afdeling. De traditionele genezers die bij hun praktijken incisies maken en met de vinger kruidmengels insmeren lopen ook gevaar. Dit insmeren is gebruikelijk in Mozambique waar veel genezers vrouwen zijn.⁶

Psychische en sociale lasten

Omdat vrouwen de kinderen baren en voornamelijk voor de opvoeding verantwoordelijk zijn vormt de kans op HIV-transmissie van moeder-op-kind een zwaardere psychische last voor hen dan voor mannen. De kans dat een seropositieve vrouw een HIV-geïnfecteerd kind ter wereld brengt wordt geschat op 20-50%. Dit betekent dat zij tijdens de zwangerschap (als ze haar serostatus kent) met een voortdurende onzekerheid hieromtrent te maken heeft.

Als het kind eenmaal geboren is, moet zij voor een nieuwgeborene zorgen terwijl ze zelf misschien ziek is. Wanneer het kind geïnfecteerd en ziek is, is deze zorg extra zwaar. Schuldgevoelens kunnen haar ook nog eens parten spelen als ze zichzelf verantwoordelijk houdt. Bijkomende problemen zijn minder tijd om te werken (en extra inkomsten te verwerven) en hogere uitgaven voor de nodige gezondheidszorg.⁷ Als het kind gezond is, moet zij maatregelen treffen om er zeker van te zijn dat het kind opgevangen zal worden als ze zelf eenmaal ziek wordt en overlijdt.

Een alternatief voor het bovenstaande is natuurlijk zwangerschap voorkomen. Dit is voor veel vrouwen niet gemakkelijke realiseerbaar. Als de vrouw al zwanger is, kan onderbreking van de zwangerschap moeilijk of onmogelijk zijn. In veel

landen is abortus verboden, waardoor een beslissing genomen moet worden om eventueel een illegale abortus te laten uitvoeren, met alle risico's van dien. Morele en religieuze bezwaren kunnen deze optie voor de vrouw ook onmogelijk maken.

De vrouw zou er ook voor kunnen kiezen om anticonceptie te gebruiken teneinde zwangerschap te vermijden. In veel gemeenschappen is de status van de vrouw echter sterk verbonden met haar rol als moeder en zal zij die status niet in gevaar willen brengen. De druk van echtgenoot en familie om kinderen te baren kan zeer sterk zijn. De wens om kinderen te hebben kan ook heel persoonlijk zijn: de vrouw gelooft dat zij tenminste door haar kinderen 'voort blijft leven' en dat ze zo iets waardevols achterlaat. Fleischer haalt in dit verband een Hausa gezegde aan: "The birth of a child is medicine against death" (1990: 5). Onderzoek in het Rakai District, een zwaar door AIDS getroffen gebied in Uganda, leverde ook bewijzen van dit soort overwegingen. Een patiënte met AIDS verwoordde het als volgt: "I don't mind dying, but to die without a child means that I will have perished without trace. God will have cheated me" (Barnett et al. 1990: 32).

Enkele studies hebben vastgesteld dat sommige seropositieve vrouwen er niet voor kiezen om van zwangerschap af te zien, ook al zijn ze geïnformeerd over de nadelen. In Nairobi werd 16,7% van seropositieve vrouwen toch zwanger na counselling te hebben ontvangen (Kiragu et al. 1990), terwijl in Kinshasa 68% van seropositieve vrouwen tijdens counselling aangaf hun toekomstige plannen met betrekking tot kinderen niet te willen wijzigen (Malulu et al. 1991).

Psychische en sociale lasten kunnen vrouwen treffen door de gevolgen van een stereotype dat in alle regio's van de wereld heerst: AIDS zou vooral een ziekte van prostituées zijn. In Thailand wordt AIDS letterlijk 'prostituée-ziekte' genoemd. Dat beeld wordt in het Westen versterkt, zoals blijkt uit het volgende berichtje dat zonder commentaar verscheen in het *Algemeen Dagblad* van 17 november 1990:

Ten minste 4000 prostituées in Thailand zijn seropositief. Dit betekent dat zij, met een gemiddelde van vier klanten per dag en een kansberekening van een op tien, dagelijks 1600 mannen kunnen besmetten.

Het beschuldigen van prostituées van verspreiding van de ziekte komt overal voor, van India tot Peru. Soms wordt dit beeld tot vrouwen in het algemeen gegeneraliseerd. Wat opvalt bij deze beschuldigingen is het negeren van de rol van de cliënten (mannen) bij overdracht van HIV. In Chili bijvoorbeeld ontvangen mensen op straat folders die waarschuwen dat sekswerkers vermeden moeten worden omdat zij de 'meest promiscue' mensen zouden zijn (De Bruyn 1990: 32).

Deze stereotypen kunnen zowel psychisch, sociaal als economisch voor vrouwen nadelig uitwerken. Vrouwen kunnen zichzelf gaan beschouwen als schuldigen. In een verhaal, geschreven voor het Rode Kruis, liet een schrijfster een vrouw zeggen: "Sister, I have infected a lot of people. I have caused death. I fear I'll face their condemnation forever. If only I could ask their forgiveness". Ze repte echter niet over de omstandigheden die de vrouw tot prostitutie hadden gedreven (Wallace 1990a: 7).

Een van de sociale gevolgen is de schending van mensenrechten. In India zijn vrouwen die wegens de 'immoral traffic act' (prostitutie) gearresteerd werden, in

de gevangenis op HIV getest en illegaal vastgehouden toen ze seropositief bleken te zijn (Nataraj 1990: 1, 16). Een economische consequentie is dat vrouwen die prostitutie bedrijven hun cliënten gemakkelijk verliezen. Dat weduwen van aan AIDS overleden mannen moeilijk een nieuwe partner vinden (zelfs al is niet aangetoond dat ze zelf seropositief zijn) is eveneens als een economische consequentie te beschouwen. Ook voordat partners overlijden kunnen moeilijkheden optreden; in Kigali, Rwanda, hebben vrouwen gezegd dat ze geen steun van hun partner of familie verwachten als zij onverhoopt ziek zouden worden met AIDS (Anoniem 1990b: 16). Uit Uganda komen berichten dat vrouwen door hun mannen verlaten worden:

Often relatives will encourage a man who appears fit and well to leave his wife with AIDS and find another one, with no understanding that he may pass the infection on to another woman (Kaleeba 1989: 5).

Maatregelen die de mensen zelf nemen om de verspreiding van HIV tegen te gaan hebben soms onbedoelde nadelige effecten voor vrouwen. In Uganda hebben lokale leiders gepleit voor de verlaging van bruidsprijzen zodat mannen jonger kunnen trouwen en daardoor sekswerkers minder zullen bezoeken (Ankrah et al. 1990). Maar dit betekent dat jonge bruiden vermoedelijk hun opleiding niet kunnen afmaken.

De sociale lasten verbonden aan de opvang en zorg van familieleden die ziek worden ten gevolge van HIV-infectie komen voor een groot deel op de schouders van de vrouwen neer. Vrouwen leven langer dan mannen in de meeste landen en oudere mannen spelen maar een beperkte rol in de thuissfeer. Vooral jonge volwassenen worden ziek met AIDS en als zij niet meer voor het inkomen en de opvang van de kleinkinderen kunnen zorgen is de kans groot dat de grootmoeders dit moeten doen (Beer et al. 1988: 2). Zij – en de overige leden van de grootfamilie – moeten veel extra kosten dragen in verband met behandeling/medicijnen voor de zieken, begrafenissen en schoolgeld voor de kinderen die wees worden. Wat het laatste betreft, wordt vermoed dat, als er onvoldoende geld is om alle kinderen naar school te laten gaan, het vooral de meisjes zullen zijn die van school worden gehaald (Hunter 1990).

Beperkte mogelijkheden voor preventie

Veel vrouwen worden niet bereikt met informatie ten aanzien van AIDS en de overdracht van HIV en beschikken dus niet over de basiskennis die nodig is om preventie-maatregelen te kunnen nemen. Over het algemeen zijn vrouwen vaker analfabeet dan mannen, terwijl veel informatie wordt verspreid via media zoals pamfletten, brochures, affiches en boekjes. De informatie verspreid via de tv en radio bereikt hen ook minder. De meeste vrouwen ontvangen daarom alleen informatie door mondelinge, persoonlijke overdracht. Een onderzoek onder moeders in ruraal Zaïre toonde recent aan dat 77% van hen kennis over AIDS had ontvangen via conversaties (Luboya et al. 1990). Inadequate kennis met betrekking

tot HIV-overdracht betekent dat percepties van persoonlijk risico en informatie over preventie-maatregelen ontbreken.

Op het gebied van preventie ten aanzien van overdracht via besmet bloed staan vrouwen op gelijke voet met mannen: ze moeten grotendeels vertrouwen op het nemen van beschermingsmaatregelen door de gezondheidswerkers. Buiten het officiële circuit kunnen ze zorgen voor bescherming door bijvoorbeeld zelf nieuwe scheermesjes en injectienaalden mee te nemen naar de genezers. Maar dan moeten ze zich wel bewust zijn van de noodzaak van het gebruik van steriele instrumenten en over geld beschikken om de nieuwe voorwerpen te betalen.

Verschillende omstandigheden maken het voor vrouwen moeilijk de maatregelen te nemen die hen aangeraden worden om seksuele transmissie te voorkomen: het onderhouden van een stabiele, trouwe relatie met één partner (of partners in het geval van polygamie) en het gebruik van condooms.

Ten aanzien van de eerste hebben vrouwen vaak geen keus. Als ze zelf wisselende seksuele partners hebben is dit, zoals eerder uitgelegd, vaak pure noodzaak. In Mexico heeft onderzoek onder 3612 sekswerkers in 20 steden aangetoond dat 85% alleenstaand of gescheiden was; 72% had kinderen jonger dan 10 jaar, 14% was analfabeet, 43% had de basisschool niet afgemaakt en voor 56% vormde prostitutie de enige bron van inkomsten (Loo et al. 1990). Als de vrouw zelf trouw is, kan haar vaste partner dat niet zijn – veel echtgenotes zeggen dat dit het geval is, maar voelen zich machteloos hier iets aan te doen. In een Ugandees onderzoek was 30% van de vrouwen van mening dat ze zelf risico liepen op HIV-infectie omdat ze hun partners niet konden weerhouden van seksuele contacten met anderen (Mariasy & Radlett 1990: 3). In Belize geloofde 68% van de geïnterviewde vrouwen hetzelfde (Wallace 1990b: 15).

Soms vinden vrouwen het moeilijk iets te zeggen van de buitenechtelijke relaties van hun mannen, omdat ze er begrip voor kunnen opbrengen (bijvoorbeeld als de echtgenoot negen maanden van het jaar in een verafgelegen gebied in de mijnen moet werken). Deze factoren laten duidelijk zien dat preventie-boodschappen realistisch moeten zijn willen ze enige kans hebben opgevolgd te worden. Het is twijfelachtig of een aanbeveling tot levenslange monogamie wel realistisch is.

Het hebben van verschillende seksuele contacten zou natuurlijk veel minder risico's opleveren als condooms altijd gebruikt werden. Voor veel vrouwen is dit echter moeilijk te realiseren. Religieuze en morele overwegingen kunnen hierbij een rol spelen. Voor vrouwen die sterk gelovig zijn en lid van een kerk die anticonceptie verbiedt, zou condoomgebruik een zonde betekenen, zelfs als het om zelfbescherming gaat. Toen ik een Chileense priester bijvoorbeeld vroeg wat hij een seronegatieve vrouw getrouwd met een seropositieve man zou aanraden, antwoordde hij: "Als ze echt gelovig is, zal ze abtinent moeten blijven". Aangezien de echtgenoot in veel gevallen deze optie zal weigeren, wordt het de vrouw in dergelijke omstandigheden dubbel moeilijk gemaakt.

Het bespreken van condoomgebruik op zich kan al moeilijkheden opleveren. Hoewel 'seks' misschien alom aanwezig is als onderwerp in de massamedia, films, grappen en verhalen, worden persoonlijke discussies over het onderwerp vaak vermeden omdat men ze ongepast en gênant vindt. In veel gemeenschappen wordt seks niet gezien als een geschikt gespreksonderwerp tussen mannen en vrouwen of

ouders en kinderen. Vrouwen hebben de norm verinnerlijkt dat zij aan mannen ondergeschikt zijn en aan hun wensen tegemoet moeten komen zonder erover te discussiëren. Dit maakt het veranderen van normen, die uiteindelijk permanente veranderingen in gedrag moeten dragen, nog moeilijker.

Als ze het idee van condoomgebruik wel ter sprake brengen, kunnen de vrouwen zelf beschuldigd worden van ontrouw (waarom zouden ze het anders voorstellen?). Schoepf et al. (1988) vonden in Zaïre dat vrouwen condoomgebruik met hun partners niet wilden bespreken omdat dit zou impliceren dat ze hun man niet vertrouwen of geen kinderen meer zouden willen. Sommige echtgenoten zagen anticonceptie ook als een aanmoediging aan hun vrouwen tot buitenechtelijke contacten.

Als condoomgebruik wel bespreekbaar is kunnen andere factoren het toch tegenwerken. In veel landen zijn condooms onbekend en weet men niet hoe ze gebruikt moeten worden. Waar mensen iets over condooms weten, kunnen allerlei ideeën erover het gebruik ongewenst maken. Aan de ene kant heersen veel ideeën ten aanzien van hun 'negatieve' invloed op seksuele gemeenschap: ze zouden onnatuurlijk zijn en het plezier verminderen door de geslachtsdaad te onderbreken of door de gevoeligheid van de man te verminderen. Dan zijn er ideeën verbonden aan de gezondheid die gebruik in de weg staan: in Zaïre geloven sommige mensen dat sperma bijdraagt aan de gezondheid van de vrouw terwijl condooms hen steriel kunnen maken (Schoepf et al. 1988). Jonge vrouwen in Peru vrezen dat hun 'intieme onderdelen' erdoor beschadigd kunnen worden (Goicochea 1990: 3) terwijl cliënten van sekswerkers in de Dominicaanse Republiek condooms weigeren omdat ze hun potentie, fertiliteit en viriliteit zouden verminderen (Pareja et al. 1990).

In veel gebieden komt men problemen van toegankelijkheid en beschikbaarheid van condooms tegen. Vaak zijn er gewoon onvoldoende condooms beschikbaar voor iedereen. Als ze er zijn, kan niet iedereen er gemakkelijk aan komen. In Tanzania zouden ongetrouwde en kinderloze vrouwen bij de family-planning-klinieken bijvoorbeeld onwelkom zijn (Justesen et al. 1990). In andere gevallen kan een kostenfactor van belang zijn. In Botswana zijn spiralen en orale contraceptiva gratis verkrijgbaar bij klinieken terwijl condooms gekocht moeten worden. Vooral voor sekswerkers is de kostenfactor uiterst belangrijk. Als ze bijna net zoveel voor een condoom moet betalen als ze aan een cliënt verdienen, zal condoomgebruik geen reële optie zijn. Tenslotte kunnen kwaliteitsproblemen opdoemen. In Chili zijn de gratis condooms beschikbaar via de family-planning-klinieken goedkope importproducten waarvan algemeen bekend is dat ze breken en scheuren. Daardoor vermindert het animo om ze te gebruiken natuurlijk. In Afrika heeft onderzoek ook aangetoond dat beschikbare condooms vaak oud en geperforeerd zijn.

Wat valt er nu te doen?

Bovenstaande overzicht schetst zeker een somber beeld van de situatie van vrouwen ten aanzien van de HIV/AIDS-epidemie. Het toont ook nogmaals aan dat gezondheid niet alleen een kwestie is van medische (voor)zorgmaatregelen maar een sterk aan de sociaal-culturele en economische positie van mensen gebonden goed. Erkenning van

dit feit en daarop gebaseerde maatregelen kunnen bijdragen aan pogingen om die situatie gunstig te beïnvloeden.

Op het nationale en internationale niveau moeten stappen ondernomen worden om te zorgen dat vrouwen voldoende aandacht ontvangen in relatie tot HIV/AIDS. Dit betekent dat meer onderzoek op vrouwen gericht moet worden, zowel ten aanzien van de risico-(co)factoren voor HIV-overdracht en de ontwikkeling van AIDS als ten aanzien van mogelijkheden voor preventie. Het betekent ook dat de intersectorale aanpak – die langzaam op gang komt bij de AIDS-bestrijding – sneller bevorderd moet worden. Als men onderkent dat de noodzaak voor vrouwen om prostitutie te bedrijven hen in een risicovolle situatie plaatst, moet men bijvoorbeeld meer ondernemen om alternatieve werkgelegenheids-mogelijkheden te creëren.

Structurele maatregelen op overheidsniveau zijn hiervoor noodzakelijk, maar lokale initiatieven dienen tevens ondersteuning. Zo heeft een groep ex-sekswerkers in Zimbabwe – verenigd in de 'Those that give bread'-coöperatie – hun levensstijl kunnen veranderen met steun van een aantal buitenlandse ambassades. In 1983 zijn ze begonnen met naai- en confectiewerk, *sadza*, koken en het runnen van een crèche om inkomsten te verwerven – nu zijn ze ook actief geworden in de AIDS-bestrijding (Willmore & Ray 1990: 3). Voorbeelden van dergelijke initiatieven zijn ook te vinden in Brazilië, Chili, de Dominicaanse Republiek, India en Uganda.

Daarnaast moeten vrouwen intensiever ondersteund worden bij preventie-maatregelen. Benaderingen waarbij gebruik wordt gemaakt van persoonlijke voorlichting met de gelegenheid om vaardigheden te oefenen moeten navolging in alle regio's krijgen. Workshops uitgevoerd door Schoepf et al. (1988, 1991) in Zaïre met sekswerkers en leden van een kerkelijke Moeders' Club vormen een voorbeeld hiervan. De vrouwen hebben tijdens discussies informatie over HIV/AIDS gekregen, zelf vastgesteld wat hun moeilijkheden en mogelijke oplossingen daarvoor waren, en de gelegenheid gekregen om te leren hoe condooms gebruikt moeten worden en hoe ze met partners (cliënten en mannen) erover kunnen praten. Verder dient meer aandacht uit te gaan naar de ontwikkeling van preventie-methoden waarover vrouwen meer macht hebben. Het 'vrouwen-condoom' is hier een voorbeeld van. Onderzoek in Thailand heeft uitgewezen dat sekswerkers in bordelen die er vertrouwd mee raakten na twee weken dit condoom al met ca. 15% van hun cliënten gebruikten (Sakondhavat et al. 1991).

Ten derde moeten de doelgroepen voor voorlichting uitgebreid worden zodat de omgeving van de vrouwen meer ondersteuning biedt. Vrouwen van vruchtbare leeftijd zijn de laatste jaren vooral als doelgroep uitgekozen omdat men vreesde dat vooral zij AIDS konden verspreiden (via hun wisselende partners) en omdat ze een vaak gemakkelijk te lokaliseren groep vormen (bijvoorbeeld omdat ze in een bepaalde wijk als sekswerker werken, lid zijn van een club of associatie, enzovoort). De voorlichting aan deze vrouwen moet zeker doorgaan maar daarnaast moeten anderen betrokken worden bij de AIDS-bestrijding op het lokale, persoonlijke niveau – algemeen gedeelde normen ten aanzien van relaties en condoomgebruik moeten gedragsverandering bevorderen.

Voorbeelden van dergelijke doelgroepen zijn: mannen (om hen te overtuigen van hun verantwoordelijkheden ten aanzien van het voorkomen van HIV-verspreiding),

oudere vrouwen (die in veel gemeenschappen degenen zijn die met jongeren wel over seksualiteit kunnen spreken) en traditionele genezers (vaak vertrouwenspersonen voor vrouwen en degenen die in eerste instantie bij ziekte geraadpleegd worden). Tenslotte moeten de seropositieve vrouwen zelf niet over het hoofd gezien worden. Als 'ervarings-deskundigen' hebben ze veel kennis te bieden en moeten ze als gelijken in voorlichtings- en zorgprogramma's betrokken worden.

Noten

Drs. M. de Bruyn, medewerker op het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam, is afgestudeerd in de antropologie/niet-westerse sociologie met een specialisatie in medische antropologie.

1. Dit stuk is gebaseerd op een overzichtsartikel dat gepubliceerd zal worden in *Social Science and Medicine*. In dit artikel zijn de literatuurverwijzingen beperkt; geïnteresseerden kunnen de uitgebreide referenties in het overzichtsartikel raadplegen.
2. Een deel van de genoemde factoren geldt ook ten aanzien van vrouwen in ontwikkelde landen (vooral degenen uit arme milieus en minderheden). Factoren die gelijk zijn voor mannen en vrouwen worden hier grotendeels buiten beschouwing gelaten.
3. Op het gebied van AIDS wordt een 'co-factor' vaak gedefinieerd als een factor die de transmissie van HIV vergemakkelijkt.
4. De term 'sekswerker' wordt gehanteerd in plaats van prostituee omdat de tweede term stigmatiserende connotaties heeft en omdat sekswerker duidelijk de economische achtergrond weergeeft die vaak aan dit soort werk ten grondslag ligt.
5. 'Seropositiviteit' betekent dat antilichamen tegen HIV zijn ontdekt in het bloed; de gangbare tests tonen het virus zelf niet aan.
6. Er kan ook gemeld worden dat, naast het verhoogd risico op HIV-overdracht, vrouwen misschien ook sneller AIDS ontwikkelen dan mannen. Een studie in Brazilië ten aanzien van de overlevingsduur na de diagnose van AIDS tussen 1980-1989 toonde aan dat dit gemiddeld 16,9 maanden was voor mannen tegenover slechts 5,9 maanden voor vrouwen (Chequer et al. 1990). Dit kan te maken hebben met de volgende factoren: gebrek aan diagnostische richtlijnen voor vrouwen omdat de huidige richtlijnen gebaseerd zijn op onderzoek onder mannen; de veronderstelling in sommige gebieden dat AIDS een 'homoziekte' is, waarbij aan HIV-infectie bij vrouwen niet gedacht wordt; minder toegang tot de gezondheidszorg door vrouwen waardoor ze zich pas in een latere stadium van infectie presenteren en minder zorg/behandeling van opportunistische infecties ontvangen (cf. Black 1990: 14; Danziger 1990: 11; Araneta et al. 1991; Royce et al. 1991).
7. Verschillende studies tonen aan dat zowel de geïnfecteerde als niet-geïnfecteerde kinderen van seropositieve vrouwen vaker ziek kunnen zijn (Datta et al. 1991; Guay et al. 1991; Ombette et al. 1991).

Literatuur

NB: 'San Francisco' refereert aan de abstract-boeken van de Sixth International Conference on AIDS gehouden in juni 1990; 'Kinshasa' aan de abstract-boeken van de Fifth International Conference on AIDS in Africa gehouden in oktober 1990; 'Florence' aan de abstract boeken van de Seventh International Conference on AIDS gehouden in juni 1991.

Anoniem

1990a Aural sex. *AIDS Newsletter* 5 (1): 13.

1990b Conference Report: Fourth International Conference on AIDS and Associated Cancers in Africa, 18-20 October 1989. *AIDS Newsletter* 5 (1): 13-18.

Ankrah, E.M. et al.

1990 Ugandan male sexual behaviour. Abstract (WPA3), Kinshasa.

Bagarukayo, H.

1991 KAP study on AIDS among school pupils in Kabale district, Uganda. Abstract (WD4222), Florence.

Barnett, T. et al.

1990 *Community coping mechanisms in the face of exceptional demographic change. Final report to the Overseas Development Administration.*

Beer, C. et al.

1988 AIDS – the grandmother's burden. HelpAge International, Londen, ongepubliceerd manuscript.

Benetucci, J. et al.

1990 Risk of HIV heterosexual transmission in women from Buenos Aires City. Abstract (ThC566), San Francisco.

Beurden, J. van

1989 AIDS: de 'zachte atoombom'. *Internationale Samenwerking* 4 (9): 32-4.

Bhave Geeta, G. et al.

1990 HIV sero surveillance in promiscuous females of Bombay, India. Abstract (FC612), San Francisco.

Bomboko, B. et al.

1990 Distribution and determinants for risk behaviors of HIV infection among young adults in Zaire. A KAP study. Abstract (TRTD3), Kinshasa.

Bossio, L. et al.

1990 Bisexuality and risk behavior in Lima, Peru. Abstract (3005), San Francisco.

Brown, R.C. & J.E. Brown

1991 The use of intra-vaginal irritants as a risk factor for the transmission of HIV infection in Zairian prostitutes. Abstract (MC3006), Florence.

Bruyn, M. de

1990 Si, da SIDA en Chile! (Yes, there's AIDS in Chile!). Field report. AIDS Coordination Bureau, Royal Tropical Institute, Amsterdam.

Cabello, A. et al.

1991 The risk of sexually-acquired HIV infection in Paraguay. Abstract (MC3225), Florence.

Chequer, P. et al.

1990 Survival in adult AIDS cases, Brazil, 1980-1989. Abstract (ThC40), San Francisco.

- Colón, H. et al.
 1990 HIV status and risk behaviors among women sexual partners of IVDUs in Puerto Rico. Abstract (3008), San Francisco.
- Dallabetta, G. et al.
 1990 Vaginal tightening agents as risk factors for acquisition of HIV. Abstract (FOA2), Kinshasa.
- Didier, B. et al.
 1990 KAP-study and HIV-seroprevalence among prostitutes in rural Burkina Faso. Abstract (ThD52), San Francisco.
- Dupree, J.D. et al.
 1990 'A generation free of AIDS': developing AIDS education materials for public and private schools of Malawi. Poster, San Francisco.
- Fleischer, L.
 1990 Women, children and AIDS. Paper gepresenteerd op een vergadering van Caritas Internationalis, Cologne.
- Garcia, M. de Lourdes et al.
 1990 HIV-1 tendencies and risk factors in 5040 homo and bisexual men in Mexico (1985-1989). Abstract (FC714), San Francisco.
- Goicochea, P.
 1990 Peru: reaching boys who sell sex. *AIDS Watch* 11: 2-3.
- Guerrero, E. et al.
 1990 Sexual practices and STD's in female Dominican sex workers. Abstract (FC736), San Francisco.
- Hunter, S.
 1990 Orphans as a window on the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa: initial results and implications of a study in Uganda. *Social Science and Medicine* 31 (6): 681-90.
- Jayapaul, K. et al.
 1990 Sero-epidemiological study of HIV infection in and around Madras. Abstract (FC613), San Francisco.
- Justesen, A. et al.
 1990 Unwanted pregnancy: a survey of abortions in Dar es Salaam, Tanzania. Paper gepresenteerd op de 'International Conference on Gender, Health and Development', Amsterdam.
- Kaleeba, N.
 1989 A family commitment. *AIDS Action* June 7: 4-5.
- Kimball, A.M. et al.
 1991 The AIDS pandemic in the Americas: using surveillance information to reinforce national control programs. Abstract (MD4294), Florence.
- Kiragu, D. et al.
 1990 Counselling of women with HIV infection: effect on contraceptive practice and pregnancy. Abstract (TPA16), Kinshasa.
- Loo, E. et al.
 1990 Profile of female prostitution in Mexico and HIV risk factors. Abstract (ThD51), San Francisco.
- Luboya, N. et al.
 1990 La perception du SIDA par les mères dans un milieu rural de Kapolowe. Abstract (WOA6), Kinshasa.

- Magis, C.L. et al.
1990 Sexuality in women and AIDS in a Latin American country. Abstract (FC592), San Francisco.
- Malulu, M. et al.
1991 HIV seronotification and counselling of childbearing women in Kinshasa, Zaire. Abstract (MD4013), Florence.
- Mariasy, J. and M. Radlett
1990 Women: the vulnerable sex. *AIDS Watch* 10: 2-3.
- McCarthy, M.C. and A.T. El Haq
1990 HIV-1 infection in Juba, Southern Sudan. Abstract (FC605), San Francisco.
- McCombie, S. et al.
1990 The relationship between partner status, sexual practices and reported condom use among men in Trinidad and Tobago. Abstract (3028), San Francisco.
- Moses, S. et al.
1991 Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group. *AIDS* 5 (4): 407-411.
- Nataraj, S.
1990 Indian prostitutes highlight AIDS dilemma. *Development Forum* 18 (6): 1, 16.
- Pareja, R. et al.
1990 Clients refuse condoms, sex workers win. Abstract (3076), San Francisco.
- Parker, R.G.
1988 Sexual culture and AIDS education in urban Brazil. In: R. Kulstad (ed) *AIDS 1988: AAAS Symposia Papers*. Compact Library AIDS CD-ROM.
- Reid, E.
1990 Young women and the HIV epidemic. *Development; Journal of SID* 1: 16-9.
- Rodier G. et al.
1991 A dramatic increase in the prevalence of HIV infection in Djibouti. Abstract (MC3031), Florence.
- Sakondhavat, C. et al.
1991 Acceptability trial of Femidom, the female condom, among sexually active Thai women at high risk of contracting HIV. Abstract (MC3086), Florence.
- Schoepf, B.G.
1991 Political economy, sex and cultural logics: a view from Zaire. *African Urban Quarterly* (special issue on AIDS), in press.
- Schoepf, B.G. et al.
1988 AIDS, women, and society in Central Africa. In: R. Kulstad (ed) *AIDS 1988: AAAS Symposia Papers*. Compact Library AIDS CD-ROM.
- Ungchusak, K. et al.
1990 First national sentinel seroprevalence survey for HIV-1 infection in Thailand, June 1989. Abstract (FC99), San Francisco.
- Wallace, B.
1990a Reaching out through songs and stories. *AIDS Watch* 10: 7.
1990b Integration – finding the way in Belize. *WGNRR Newsletter* 32: 15.
- Willmore, B. and S. Ray
1990 AIDS: an issue for every woman. Women and AIDS Support Network, Harare.