

Vrouwen en primary health care in Zambia

Mildred Theunisz

Aan de hand van een voorbeeld uit de Western Province van Zambia wordt getoond wat community participation voor vrouwen betekent. Hoewel men in de programmavoorstellen veel aandacht besteedt aan de deelname van vrouwen in primary health care, blijkt in de praktijk dat vrouwen nagenoeg afzijdig blijven in de planning en uitvoering ervan.

Inleiding

Participatie van de gemeenschap is één van de pijlers waarop 'primary health care' (PHC) steunt. Door een gemeenschap te laten deelnemen aan gezondheidsprogramma's kan er gebruik gemaakt worden van lokale middelen waardoor men minder afhankelijk wordt van hulp van buiten af. Door bovendien de gemeenschap van begin af aan te betrekken bij de planning en de uitvoering, zal het programma meer aangepast zijn aan de lokale situatie en zullen meer mensen er gebruik van maken. In het programmavoorstel van de Western Province in Zambia wordt deze doelstelling als volgt geformuleerd:

To make health care accessible to *all* people the nation must make effective use of all its resources. The most important resource is the population itself. The people must be actively involved in all the aspects of PHC: planning, implementation and evaluation (DGIS 1988a: 26).

Op het eerste gezicht lijkt men in PHC vrouwen niet te vergeten. Het verband tussen vrouwen en gezondheidszorg ligt immers voor de hand: Vrouwen produceren voedsel, houden het huis schoon, koken het eten en verzorgen de kinderen. Deelname van vrouwen wordt daarom een belangrijk aspect van primary health care genoemd.

Maar hoe verloopt de deelname van vrouwen aan primary health care nu in de *praktijk*? Er zijn verschillende manieren waarop een gemeenschap kan participeren in primary health care. In de Western Province van Zambia wordt dit gestimuleerd door het houden van een 'community diagnosis', het geven van gezondheidsvoorlichting en het installeren van een 'Village Health Committee' (VHC) en een 'Community Health Worker' (CHW). In het gezondheidscentrum van Nangweshi

volgde ik gedurende een half jaar de uitvoering van deze activiteiten en de deelname van vrouwen hieraan.

Om inzicht te krijgen in de mate van participatie van vrouwen aan de PHC-activiteiten was het allereerst van belang om meer te weten te komen over het dagelijks leven van de vrouwen. De eerste periode van het onderzoek richtte zich dan ook geheel op dit aspect. In de gesprekken die toen plaatsvonden leerden we elkaar beter kennen en kreeg ik een beeld van hun leven, de werkdruk en de problemen die vrouwen daarmee hadden. De periode daarna richtte het onderzoek zich op de uitvoering van de PHC-activiteiten en de participatie van de vrouwen daarin.¹

Community participation in de Western Province, Zambia

De Western Province van Zambia wordt gekenmerkt door een geringe bevolkingsdichtheid, een onvruchtbare bodem (onder invloed van de Kalahari woestijn) en een slechte infrastructuur. Het merendeel van de wegen bestaat uit mulle zandpaden. De Zambezi rivier deelt de provincie in tweeën en met name tijdens het regenseizoen is het westelijk deel van de provincie moeilijk bereikbaar. Nangweshi, het dorp waar het onderzoek plaatsvond, ligt in dit westelijk deel.

De grootste bevolkingsgroep bestaat uit de Lozi; zij wonen sinds de 18e eeuw in dit gebied.² De Zambezi-rivier had met haar overstromingen een grote invloed op de traditionele economische en sociale structuur van de Lozi. Het leven speelde zich af op de terpen in de Zambezi-vlakte tijdens het droge seizoen en aan de oevers van de Zambezi in het natte seizoen. Door bevolkingsdruk, de komst van de Engelsen eind vorige eeuw en de moderne economie was deze traditionele manier van leven niet langer vol te houden. Tegenwoordig woont het merendeel van de Lozi op één plek en leven ze van de landbouw en/of veehouderij. Dit levert vaak niet genoeg op en veel mannen zoeken daarom een betaalde baan. De werkgelegenheid in de Western Province is echter slecht en sommigen proberen een tijdelijke baan te vinden op de suikerplantages in de Southern Province.

Er bestaat een strikte arbeidsverdeling tussen mannen en vrouwen. Mannen maken de velden gereed voor de landbouw en ploegen deze vervolgens. De mannen die op de suikerplantages werken, keren meestal aan het begin van het regenseizoen terug naar hun dorpen om dit werk te doen. Vrouwen doen het merendeel van het werk in de landbouw: het zaaien, wieden en oogsten. Daarnaast doen ze het huishouden, halen water, koken de maaltijden en verzorgen de kinderen. Vrouwen en mannen werken zelden samen en ook na het werk gaan mannen en vrouwen niet veel met elkaar om.

Community diagnosis

Eén van de manieren om de bevolking te betrekken bij het PHC Programma is het houden van een 'community diagnosis'. Door middel van discussies tussen gezondheidswerkers en de lokale bevolking tracht men er achter te komen wat de (gezondheids)problemen zijn in de gemeenschap en op welke manier deze problemen opgelost zouden kunnen worden. Een tweede doelstelling is de bevolking actief te

betrekken bij de uitvoering van de plannen die zo tot stand gekomen zijn. Tenslotte tracht men nog te komen tot een evaluatie van de community diagnosis zelf. Samen met de bevolking evalueren de gezondheidswerkers de uitvoering van de plannen en de resultaten daarvan.

Van 20 tot en met 23 februari 1989 werd met behulp van een vragenlijst de eerste fase van de community diagnosis uitgevoerd in Mbume Branch, één van de dorpen die onder het gezondheidscentrum van Nangweshi vallen. Deze vragenlijst was opgesteld door het District Medical Health Team van Senanga District Hospital.

In deze eerste fase was het de bedoeling vast te stellen welke problemen er waren op het gebied van gezondheidszorg, landbouw en watervoorziening. Daarnaast werd er zoveel mogelijk informatie over het gebied verzameld, zoals het aantal inwoners, het percentage kinderen en volwassenen, het aantal scholen en kerken, de toestand van de wegen, en de aanwezigheid van water.

Een paar weken vóór de community diagnosis was, op het spreekuur van het gezondheidscentrum Nangweshi in Mbume Branch, de bevolking verteld wat een community diagnosis is en wanneer deze uitgevoerd zou worden. De aanwezige leden van het VHC hadden daarna nog nadere uitleg gekregen over de inhoud van het programma en hun taak daarin. Bovendien was hun gevraagd er zoveel mogelijk publiciteit aan te geven.

Eerste dag van de community diagnosis

Community diagnosis wordt voorgesteld als een proces dat gepland en uitgevoerd wordt door de dorpsbewoners in samenwerking met het gezondheidscentrum. Het VHC, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de verschillende dorpen die samen Mbume Branch vormen, zou een heel belangrijke rol moeten spelen in het gebeuren. Het vormde als het ware de schakel tussen de staf van het gezondheidscentrum en de dorpsbewoners.

Enkele weken tevoren waren het VHC en de bewoners van Mbume Branch al geïnformeerd over de community diagnosis en op deze eerste dag zouden de vragen (die overigens al van te voren waren vastgesteld) doorgesproken worden met de VHC en de taken zouden verdeeld worden.

Het personeel van het gezondheidscentrum wachtte de hele dag, maar er kwam niemand opdagen waarna men besloot om dan maar zonder het VHC een plan op stellen. Het District Medical Health Team had gevraagd om een community diagnosis, dus moest die worden uitgevoerd, desnoods dan maar zonder VHC. Tijdens het wachten trachtte men de tijd nog nuttig te besteden door een plattegrond van de omgeving te maken.

Tweede dag

Op de tweede dag vond er een bevolkingsonderzoek plaats. Van ongeveer vijftig huishoudens werd het aantal leden geteld, de mate van ondervoeding van de kinderen vastgesteld en gekeken of de kinderen volledig ingeënt waren. Verder werden de latrines en afvalkuilen geteld en geïnspecteerd.

In ieder huishouden vertelde de staf van het gezondheidscentrum eerst waarvoor men gekomen was en begon daarna met het afwerken van de vragenlijst. De participatie van de bevolking in dit deel van de community diagnosis bestond uit het beantwoorden van die vragen.

In elk dorp deelde men mee dat er de volgende dag een vergadering zou zijn, waar de problemen van dit gebied besproken zouden worden. Het was daarom belangrijk dat iedereen naar deze vergadering toekwam. Het hoofd van Mbume Branch zou bovendien een aantal boeren bij elkaar roepen om de landbouwsituatie door te spreken. Ook de tweede dag liet niemand van het VHC zich zien en werd de community diagnosis alleen door twee leden van het gezondheidscentrum uitgevoerd.

Derde dag

Volgens de planning was dit de belangrijkste dag van de community diagnosis. Er zou een discussie plaatsvinden met alle inwoners over de (gezondheids)problemen in het gebied, waarna er gezamenlijk, met hulp van het gezondheidscentrum, plannen zouden worden gemaakt om die problemen op te lossen.

Uiteindelijk kwamen er elf mensen op de bijeenkomst: acht mannen, waaronder de voorzitter van het VHC, de *Induna* (hoofdman) en drie vrouwen. Twee van deze vrouwen waren gekomen met een ziek kind. Ze wisten niets van de vergadering en waren eigenlijk ook niet van plan om daarvoor te blijven. Nadat de Senior Clinical Officer de kinderen had behandeld, wist hij de vrouwen over te halen om toch bij de bijeenkomst te blijven. De derde vrouw was gestuurd door de vrouwen van haar dorp. "Als zij nu naar de bijeenkomst gaat en ons daarna vertelt wat er besproken is dan kunnen wij op het land blijven werken." De voorzitter van het VHC vertelde mij dat hij het heel erg druk had gehad en dat hij daarom de afgelopen dagen niet mee had kunnen helpen aan de community diagnosis. Hij had geen idee waarom er niet meer mensen van het VHC waren; hij had ze al een hele tijd niet meer gesproken.

Met behulp van een vragenlijst probeerde de staf van het gezondheidscentrum een beeld te krijgen van de landbouw- en gezondheidssituatie in het gebied. Er was geen sprake van een echte discussie; de staf stelde de vragen en de aanwezigen gaven antwoord. Vragen over de landbouw werden door mannen beantwoord en die over gezondheidszorg door zowel mannen als vrouwen. De mannen waren in deze 'discussie' het meest aan het woord.

Uit de antwoorden die de mannen gaven op de vragen over de landbouwsituatie bleek dat er in dit gebied nogal wat problemen waren. Volgens de aanwezigen zouden deze problemen opgelost moeten worden door meer hulp van de overheid in de vorm van het geven van kunstmest, insecticiden, geld en het sturen van landbouwvoorlichters en wildopzichters.

De meest voorkomende ziektes in dit gebied waren malaria, luchtweginfecties, diarree, oog- en huidziektes. Het bleek dat bijna iedereen op de hoogte was van de oorzaken van deze ziektes en de manier waarop ze voorkomen kunnen worden. De reden dat deze ziektes in praktijk nog vaak voorkomen in Mbume Branch was, volgens de Senior Clinical Officer: "People know the causes of diseases but they

don't work in a team to solve their health problems". Het was daarom, volgens hem, belangrijk om dit soort bijeenkomsten te houden opdat de mensen meer zouden gaan samenwerken.

Vierde dag

De laatste dag van de community diagnosis stonden gesprekken met traditionele vroedvrouwen en genezers op het programma. Men wilde graag meer weten over hun behandelmethoden en de mogelijkheid van samenwerking met de moderne gezondheidszorg onderzoeken. De staf van het gezondheidscentrum kende zelf geen traditionele vroedvrouwen in Mbume Branch en had de aanwezigen op de bijeenkomst van de derde dag gevraagd enkele namen te noemen. De mannen hadden het woord genomen en overlegd welke vrouwen er in Mbume Branch vroedvrouw waren. Toen deze vrouwen de volgende dag geïnterviewd werden, bleken zij helemaal geen traditionele vroedvrouwen te zijn. Het waren oudere vrouwen die door hun ervaring vaak gevraagd werden om te helpen bij bevallingen, maar ze hadden geen kennis over het behandelen van complicaties bij de bevalling en zuigelingenverzorging.

Bij de Lozi kan niet iedere vrouw zich vroedvrouw noemen, daar moet men of voor opgeleid zijn door andere vroedvrouwen of het wordt doorgegeven van moeder op dochter. Volgens de geïnterviewde vrouwen waren er geen vroedvrouwen in Mbume Branch. Bij bevallingen hielpen zij vaak en als er complicaties optraden, riepen zij de hulp in van een vroedvrouw uit een ander dorp.

Het is duidelijk dat in deze eerste fase van de community diagnosis de participatie van zowel mannen als vrouwen uiterst gering was.³ De inbreng van de vrouwen had alleen bestaan uit het beantwoorden van vragen tijdens de huis-aan-huis enquête. Dat wil niet zeggen dat deze vrouwen niet geïnteresseerd waren in gezondheidszorg. Integendeel, veel vrouwen en ook mannen wilden daar meer over weten: "We want to learn how our families can stay healthy". Het probleem was dat de manier waarop men de gemeenschap wilde laten participeren niet aansloot bij de mogelijkheden van deze vrouwen.

Problemen worden bij de Lozi opgelost in dorpsbijeenkomsten. Op deze bijeenkomsten worden de discussies door mannen gevoerd en ook de besluiten worden door hen genomen. Vrouwen mogen alleen spreken als hun iets gevraagd wordt. Men vindt het goed dat vrouwen aanwezig zijn bij vergaderingen – zij moeten toch weten wat er besloten wordt – maar het is niet belangrijk dat een vrouw haar mening geeft. Alleen de opinie van een man is belangrijk. Het is daarom begrijpelijk dat de drie vrouwen die bij de community diagnosis aanwezig waren, ook na aanmoediging van de gezondheidswerkers, nauwelijks aan het gesprek deelnamen. Eén van de vrouwen zei tegen mij: "We don't have things to talk. We are shy to talk among men."

In het huishouden heeft de vrouw bij de Lozi een ondergeschikte rol. Eén van de mannen waar ik mee sprak, formuleerde het als volgt:

I make the plans for the household and I do not want my wife to disturb my plans.
After planning I will tell her everything.

Als een vrouw geld heeft verdiend, moet ze dat aan haar man geven en hij beslist waar het aan uitgegeven zal worden. Als een man echter geld verdient, kan hij zelf beslissen wat hij er mee doet. Over de vraag hoeveel kinderen er moeten komen en over het gebruik van voorbehoedsmiddelen beslist de man. Een vrouw kan alleen voorbehoedsmiddelen krijgen in het ziekenhuis als ze toestemming van haar man heeft. Mundia, 32 jaar en moeder van zes kinderen:

I would like to stop with six children, but my husband wants more. I should follow him, because he is the head of the household.

Publikaties van Gluckman over de Lozi in de jaren vijftig en daarvoor wezen eveneens op de ondergeschikte positie van vrouwen.

Wives come under the control of the husband and his ancestral spirits. Wives should follow the domicile of their husbands (Gluckman 1955: 216).

...the marriage payment gives a right to exclude other men from his wife and the right to control her (Gluckman 1948: 186).

Vrouwen en mannen werken zelden samen en ook na het werk gaan mannen en vrouwen niet veel met elkaar om.

They sleep together and produce children together and their union founds an economic unit. But in general and public life contacts are limited (Gluckman 1951: 79).

Vrouwen zijn niet gewend om in gezelschap van mannen hun mening te geven. Aan een community diagnosis, waar het de bedoeling is dat mannen en vrouwen gezamenlijk de problemen van hun dorp bespreken, zullen vrouwen dus niet of nauwelijks deelnemen. Daarbij komt, dat het niet alleen voor vrouwen zelf onwennig is om hun mening te geven, ook mannen vinden dat vreemd. Zij zijn gewend dat vrouwen alleen luisteren en niet mee beslissen. Een andere, niet onbelangrijke, factor die meetelde in de geringe participatie van vrouwen was dat deze plaatsvond in het regenseizoen. De vrouwen doen het meeste werk in de landbouw. Met name in het regenseizoen is het erg druk voor hen; de velden moeten gewied en de rijpende gewassen bewaakt worden tegen vogels en apen. Tijd om naar bijeenkomsten te gaan, heeft men nauwelijks. In een gesprek dat ik een aantal dagen ná de community diagnosis had met een aantal vrouwen in Mbume Branch vertelden ze dat:

Meetings take a lot of time, because men are always talking a lot. We are very busy at the moment chasing away the monkeys out of our fields.

Daarnaast besteden veel vrouwen in Mbume Branch liever hun tijd aan de landbouw dan aan bijeenkomsten. De ervaringen die men heeft met vergaderingen over gezondheidszorg zijn slecht:

All the meetings about health that have been organized – installation of the VHC and the CHW – did not solve our problems.

De weinige tijd die vrouwen over hebben, besteden zij liever aan zaken waarvan ze zeker weten dat ze wat opleveren, bijvoorbeeld aan het brouwen van bier of het uitbreiden van hun landbouwgrond.

Het gevolg van deze, onbedoelde, uitsluiting van vrouwen is dat de informatie die uit een community diagnosis naar voren komt niet compleet is. Of er zijn geen vrouwen bij aanwezig, waardoor hun problemen en ideeën niet aan bod komen. En ook als er wel vrouwen aanwezig zijn, dan is de kans klein dat hun problemen aan de orde komen.

De plannen die men op basis van de informatie uit de community diagnosis maakt en uitvoert, zullen dan waarschijnlijk niet afgestemd zijn op de problemen van vrouwen. Het onderzoek van Paape (1987) in de Western Province laat hier een goed voorbeeld van zien.

Op een dorpsvergadering hadden de mannen besloten dat er behoefte was aan een schuilhut voor de mensen die van ver naar het gezondheidscentrum kwamen. Iedereen moest meebetalen aan de bouwmaterialen en meehelpen aan de bouw ervan. De vrouwen vertelden Paape dat zij veel liever een huis hadden gebouwd voor een verpleegster. Er kwamen in dit dorp veel sterfgevallen voor bij de geboorte van zowel moeder als kind. Een verpleegster zou kunnen helpen dit probleem op te lossen. Eén van de voorwaarden voor stationering van gezondheidspersoneel is dat er goede behuizing is. En aangezien die er niet was, kwam er geen verpleegster.⁴

Hoe de participatie van de vrouwen in Mbume Branch was bij de uitvoering van de plannen en wat de resultaten daarvan waren, heb ik niet kunnen onderzoeken aangezien ik niet de mogelijkheid had om langer in Zambia te blijven. Het verloop van de eerste fase van de community diagnosis in Mbume Branch geeft echter weinig reden tot optimisme.

Gezondheidsvoorlichting

Het is de bedoeling dat in een community diagnosis ook gezondheidsvoorlichting aan bod komt: hoe ziektes veroorzaakt worden, wat men kan doen in geval van ziekte en hoe men de ziekte kan voorkomen.⁵ Niet alleen tijdens de community diagnosis, maar ook op het gezondheidscentrum zelf wordt gezondheidsvoorlichting gegeven.

Voorlichting kan op verschillende manieren aangeboden worden: door middel van lezingen, discussies, demonstraties of toneelstukjes. Op het gezondheidscentrum van Nangweshi werd het meest gebruik gemaakt van lezingen. Belangrijk bij het geven van voorlichting is dat het publiek erbij betrokken wordt zodat men te weten komt hoe men over bepaalde ziektes denkt en er mee omgaat. Met name de participatie van vrouwen zou een grote rol moeten spelen, want zoals de Senior Clinical Officer opmerkte:

They play an important role in health, sanitation, water supply and (mal)nutrition. They are the teachers in the house. If they know, they teach the whole family.

Bovendien gaven vrouwen zelf aan dat ze meer wilden weten over gezondheidszorg.

I want to know how we should protect ourselves and our children from diseases
(Mulia, 35 jaar, moeder van 7 kinderen).

It is important, these health talks, because if you have a problem, you should know
what to do (Inonge, 20 jaar, moeder van een dochter van 3 jaar).

Evenals in de community diagnosis was ook in de gezondheidsvoorlichting de deelname van vrouwen miniem. Als er mannen en vrouwen aanwezig waren bij een voorlichting, zag men hetzelfde gebeuren als bij de community diagnosis in Mbume Branch: de mannen waren het meest aan het woord. Zij gaven de antwoorden, stelden zelf vragen en namen deel aan de discussie. En als een man aan het woord is, houdt een vrouw zich op de achtergrond.

Tweemaal per week was er *Children's Clinic* op het gezondheidscentrum Nangweshi. Kinderen tot 5 jaar werden dan gewogen en kregen de nodige vaccinaties. Verder werd er voorlichting gegeven over het gezond opgroeien van kinderen. Ondanks het feit dat er dan alleen vrouwen in het publiek aanwezig waren, participeerden zij nauwelijks in de voorlichting. Deze voorlichting werd gegeven door één van de mannelijke stafleden (Health Educator) van het gezondheidscentrum. Vrouwen hielden zich afzijdig als hij aan het woord was, omdat ze niet gewend waren om in discussie te gaan met een man die een hoge functie heeft (hij werkt immers in een kliniek). Vragen werden er door de vrouwen zelf nauwelijks gesteld. Alleen als de Health Educator iemand aanwees om een vraag te beantwoorden werd er door de vrouwen 'geparticipeerd'.

Er zijn enkele onderwerpen waarvan vrouwen liever hebben dat een vrouw hun daarover voorlicht, zoals bijvoorbeeld zaken die te maken hebben met zwangerschap en bevalling:

It is a subject which belongs to women. She is a woman like us, so she knows how we are. A woman can tell you everything and you won't be shy to ask questions.

Tweemaal per week organiseerde de Family Health Nurse een spreekuur, *Ante-natal Care*, waar naast de controle van zwangere vrouwen deze onderwerpen aan bod komen. Op deze spreekuren participeerden de vrouwen iets gemakkelijker, "want zij is een vrouw net als wij". Toch kwam er nooit een discussie op gang; door de autoritaire opstelling van de verpleegster bleef de afstand tussen haar en de vrouwen groot.

Niet alleen de aanwezigheid van mannen – als publiek of als voorlichter – beïnvloedde de deelname van vrouwen negatief, maar ook de manier *waarop* de voorlichting werd gegeven. Op het gezondheidscentrum van Nangweshi werd deze vaak in de vorm van een lezing gegoten, waarna er vragen gesteld konden worden. Deze manier van informeren en discussiëren doet sterk denken aan de dorpsbijeenkomsten die men bij de Lozi houdt. Zoals ik reeds heb opgemerkt is de inbreng van vrouwen in dit soort bijeenkomsten miniem en gebeurt zeker niet op eigen initiatief.

Mannen participeren over het algemeen wel als de voorlichting in de vorm van een lezing of discussie gegeven wordt. Voor hen is het iets vertrouwds; in de dorpsbijeenkomsten voeren zij immers altijd het woord.

Een enkele keer werd er op het gezondheidscentrum voorlichting gegeven in de vorm van een toneelstukje of demonstratie. Op humoristische wijze werd er een situatie nagespeeld waarin iemand ziek wordt. De deelname van vrouwen was bij deze vorm van voorlichten groter; de sfeer was informeel en de situatie duidelijk herkenbaar.

You understand better about the diseases; how you can get it and what to do when you get it. You can learn more by seeing than only by talking about it.

De Village Health Committee en de Community Health Worker

Het is de bedoeling dat een VHC een schakel vormt tussen het gezondheidscentrum en de bevolking. Een VHC bestaat uit eigen gekozen vertegenwoordigers, die met hulp van het centrum een plan opstellen om de gezondheid in hun omgeving te verbeteren.

Theoretisch kunnen vrouwen ook zitting nemen in een VHC, mits zij zich daarvoor verkiesbaar stellen en gekozen worden. Hierin school ook direct het probleem; de vrouwen waren niet gewend zichzelf aan te melden bij een organisatie waar ook mannen een plaats in hadden en dus was de kans klein dat zij zich kandidaat stelden. Bovendien vonden veel echtgenoten het niet goed dat hun vrouw zitting nam in de VHC; daar zou te veel tijd in gaan zitten wat ten koste zou gaan van het werk dat thuis gedaan moet worden.

In het VHC van Mbume Branch waren drie van de dertig leden vrouwen. Zij hadden zichzelf niet verkiesbaar gesteld, maar waren aangewezen na een dorpsvergadering. Men was in Mbume Branch van mening dat er vrouwen in het VHC zitting moesten nemen en aangezien zij zich niet aangemeld hadden, werden zij aangewezen.

Dat er vrouwen in de VHC zaten wil echter nog niet zeggen dat zij ook actief participeerden. In Mbume Branch namen mannen ook in het VHC het heft in handen en was de rol van de drie vrouwen beperkt tot het aanhoren van de discussies en het meehelpen in de uitvoering van de plannen.

Eén van de taken die de VHC van Mbume Branch zich gesteld had, was het bezoeken van huishoudens om voorlichting te geven over hygiëne. Volgens de vrouwelijke leden van de VHC was het belangrijk dat ook vrouwen daar bij waren:

It is better for females to join, because some works in the household are for women. So if a woman talks to a woman she will understand better.

Dit geeft echter problemen als er maar weinig vrouwen lid zijn van het VHC. In Mbume Branch gebeurde het vaak dat twee van de drie vrouwen niet konden komen vanwege andere werkzaamheden. De derde vrouw kwam dan ook niet, omdat zij zich niet op haar gemak voelde als enige vrouw tussen al die mannen. Bij de Lozi kan een vrouw gemakkelijk van overspel beschuldigd worden, bijvoorbeeld als zij

alleen op stap gaat met een andere man. Dit is een legitieme reden voor haar echtgenoot om van haar te scheiden zonder de bruidsprijs terug te hoeven betalen.

Kortom, het is niet gemakkelijk voor vrouwen om in het VHC te komen en als ze erin zitten wil het niet zeggen dat zij de belangen van vrouwen kunnen behartigen. Daarnaast is het werk van de VHC moeilijk te combineren met de andere werkzaamheden van vrouwen en moesten in Mbume Branch de vrouwelijke leden vaak verstek laten gaan.

Eén van de andere taken van het VHC is het begeleiden van de Community Health Worker. Zijn of haar werk is het geven van voorlichting over gezondheidszorg en het verstrekken van eenvoudige medische hulp. Er zijn weinig vrouwelijke CHW's in de Western Province, omdat de meeste vrouwen niet voldoen aan de selectie-criteria. Om CHW te worden moet men kunnen lezen en schrijven. Van de 1,1 miljoen mensen die niet kunnen lezen of schrijven in Zambia bestaat 75% uit vrouwen.

Maar ook als een vrouw wel aan deze criteria voldoet, wordt het zelden in overweging genomen om haar op te leiden tot CHW. Men beschouwt deze baan meer als een 'mannenbaan'. Daarbij komt dat als een vrouw CHW is, dit een groot verlies van arbeidskracht voor het huishouden betekent. Als een vrouw CHW is, houdt ze weinig tijd over om het huishoudelijk werk en haar werk in de landbouw te doen. In theorie moet dit verlies van arbeidskracht voor het huishouden vanuit de gemeenschap gecompenseerd worden in geld, goederen of arbeid, maar in de praktijk komt daar weinig van terecht. Voor mannen levert het werk als CHW minder problemen op. Hun werk in de landbouw beperkt zich vaak tot het ploegen. Dit werk bestrijkt maar een zeer korte periode van het jaar en is gemakkelijk te combineren met het werk als CHW.

Conclusie

Het aandeel van vrouwen in het PHC Programma van de Western Province is uiterst gering. Om gemeenschappen te stimuleren mee te werken aan de verbetering van hun gezondheid maakt het PHC-programma vooral gebruik van dorpsbijeenkomsten en groepsdiscussies. Deze vorm vindt men terug in de community diagnosis, in gezondheidsvoorlichting en in de activiteiten van het VHC. Dergelijke groepsdiscussies in PHC hadden in Nangweshi tot gevolg dat mannen wel participeerden maar vrouwen niet. Mannen zijn immers gewend om op die manier over hun problemen te praten en oplossingen te zoeken.

Bij de Lozi gaan mannen en vrouwen in het dagelijks leven weinig met elkaar om. Zij hebben gescheiden taken en ook na het werk zoeken vrouwen het gezelschap van vrouwen en mannen dat van mannen. In het huishouden geeft de mening van de man de doorslag bij het nemen van beslissingen. Ook op dorpsniveau worden de besluiten door mannen genomen. Vrouwen mogen wel aanwezig zijn op dorpsvergaderingen, maar kunnen alleen iets zeggen als een man hun het woord geeft. Het is dan ook niet verwonderlijk dat op PHC-bijeenkomsten, waar zowel mannen als vrouwen aanwezig zijn, de discussie door mannen wordt gedomineerd en vrouwen er alleen bij zitten.

Ardner (1975) stelt dat het vaak moeilijk is erachter te komen wat vrouwen bezighoudt als de gangbare kanalen in een samenleving door mannen beheerst worden.

...the arena of public discourse tends to be characteristically male-dominated and the appropriate language registers often seems 'encoded' by males, women may be at a disadvantage when wishing to express matters of peculiar concern to them (Ardner 1975: viii-ix).

Ook in Nangweshi is dat het geval. Na de community diagnosis in Mbume was er niets bekend over de problemen die vrouwen hebben met hun gezondheid of werk. En ook na de gezondheidsvoorlichting of bijeenkomsten van de VHC wist men niet welke zaken vrouwen bezighouden. De kans dat oplossingen die daar aangedragen werden ook de situatie voor vrouwen zouden verbeteren, was daarom klein.

Niet alleen heeft de positie van vrouwen een negatieve invloed op hun participatie in het PHC-programma; de hoeveelheid werk die Lozi vrouwen hebben, speelt ook een belangrijke rol. Vrouwen doen, naast het huishouden, het merendeel van het werk in de landbouw. Er blijft dan vaak weinig tijd over voor andere activiteiten. En als deze dan georganiseerd worden in de drukste periode van het jaar (voor vrouwen), dan spreekt het bijna vanzelf dat er geen vrouwen komen.

Mijn onderzoek laat de schrijnende tegenstelling zien tussen 'wet en werkelijkheid' in PHC. Iedereen is het er over eens dat vrouwen een belangrijke rol moeten spelen in PHC en in de programmavoorstellen besteedt men dan ook ruime aandacht aan hun bijdrage. In de praktijk blijkt echter dat men niet eens weet of de vrouwen zelf het daar ook mee eens zijn en wat vrouwen vinden van de wijze van participatie die men voor hen bedacht heeft. Eén van mijn aanbevelingen was dan ook te beginnen met te luisteren naar wat vrouwen willen.⁶

Stone's opmerking over PHC in Nepal gaat ook op voor de situatie in de Western Province van Zambia en waarschijnlijk voor meer PHC-programma's.

...the problem arises in the beginning of the participatory process when a community is to define its own needs. Yet before this definition ever takes place, the scope and content of the program will have already been established. Budgets will have been set, jobs created and plans for what the program will and will not do have been determined (Stone 1986: 299).

De gezondheidswerkers krijgen een uitgewerkt plan voorgeschoteld dat zij zo op de gemeenschap los laten, of het nu reëel is of niet. In het plan staat dat vrouwen moeten participeren in alle activiteiten, dus moet dat gebeuren. Typerend voor deze opstelling is wat er in Mbume Branch gebeurde waar twee vrouwen kwamen om hun kinderen te laten behandelen en door de Senior Clinical Officer 'overgehaald' werden om bij de community diagnosis te blijven. Op de vragenlijst kon de Clinical Officer dus invullen dat er vrouwen aanwezig waren en dat zij geparticipeerd hadden. Een ander voorbeeld is het 'vrijwillig' aanwijzen van vrouwelijke VHC-leden, want de staf van het gezondheidscentrum had gezegd dat er vrouwen in moesten. De community diagnosis was een voorgeschreven ritueel dat uitgevoerd diende te worden en als de deelname van de 'gelovigen' uitbleef, dan moest het

maar zonder hen gebeuren. Opvallend was dat de gezondheidswerkers niet tot de conclusie kwamen dat de hele exercitie op die manier geen zin had. Het – ondanks alles – ontwikkelen van alle onderdelen van de community diagnosis en de gezondheidsvoorlichting leek voor hen de hoogste prioriteit te hebben.

Of vrouwen wel kunnen en willen participeren op de wijze die door de planners voor hen bedacht is, is een vraag die men zich nog nauwelijks gesteld heeft. De meeste vrouwen in Mbume Branch leken echter belangrijker dingen aan het hoofd te hebben dan wat de planners wilden. De komst van de twee vrouwen met een ziek kind liet treffend zien wat voor hen prioriteit had.

Noten

Mildred Theunisz heeft culturele antropologie gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam en heeft onderzoek gedaan naar PHC in Zambia.

1. Het onderzoek waar dit artikel op gebaseerd is, vond plaats tussen november 1988 en mei 1989. De bevindingen van het onderzoek zijn verwerkt in mijn doctoraal scriptie (Theunisz 1990). In de tussentijd is het PHC Programma enigszins aangepast. De community diagnosis en gezondheidsvoorlichting zoals hier beschreven, zijn echter nauwelijks veranderd.
2. Meer over de geschiedenis van de Lozi is te lezen in o.a. Gluckman (1941, 1948, 1951, 1955), Van Horn (1974), Mainga (1965), Muuka (1965), en Prins (1980).
3. In dit artikel zal ik alleen uiteenzetten waarom de participatie van vrouwen aan de community diagnosis zo mager was. In mijn scriptie *Participatie van vrouwen in Primary Health Care. Een onderzoek in de Western Province van Zambia*, wordt ook uitgelegd waarom in Mbume Branch ook mannen weinig participeren in PHC activiteiten.
4. In het onderzoek van Paape (1987) is onderzocht welke moeilijkheden er bestaan voor de bevolking van de Western Province om deel te nemen aan primary health care activiteiten. Zij ging niet in op de specifieke moeilijkheden voor vrouwen. Het voorbeeld dat in dit artikel is gebruikt komt uit een gesprek van Paape met enkele vrouwen over de bijdragen die zij geleverd hadden aan het PHC Programma.
5. Zie DGIS (1988a) blz. 28-33, 90-91 en DGIS (1988b) blz. 16.
6. In mijn rapport "Participation of Women in Community Diagnosis" zijn de volgende aanbevelingen gedaan om vrouwen meer te betrekken bij PHC-activiteiten:
 - a. Vrouwengroepen vormen of de bestaande groepen stimuleren te praten over wat zij willen en kunnen doen in PHC.
 - b. Gezondheidsvoorlichting apart aan mannen en vrouwen geven.
 - c. Community diagnosis alleen uitvoeren als een dorp daarin geïnteresseerd is en dan in kleine groepen; ook hier weer met mannen en vrouwen gescheiden praten. Vrouwelijke gezondheidswerkers dienen aanwezig te zijn bij de community diagnosis. De community diagnosis moet uitgevoerd worden op een tijdstip dat mannen en vrouwen gelegen komt.

Literatuur

- Ardener, S.
1975 *Perceiving women*. London: Malaby Press.
- DGIS
1988a *Programme on Primary Health Care, Western Province, Zambia*. Four Year Plan 1988-1991.
1988b *First Quarterly Report of the PHC Programme (Oct/Nov/Dec), Western Province, Zambia*.
- Gluckman, M.
1941 *Economy of the Central Barotse Plain*. Manchester: Manchester University Press.
1948 Kinship and marriage among the Lozi of Northwestern Rhodesia and the Zulu of Natal. In: Radcliff-Brown, A.R. & D. Forde (eds) *African systems of kinship and marriage*. Oxford: Oxford University Press, pp.166-206.
1955 *The judicial process among the Barotse of Northern Rhodesia*. Illinois: The Free Press.
- Gluckman, M. & E. Colson
1951 *Seven tribes of British Central Africa*. Oxford: Oxford University Press.
- Kasonde, J.M. & J.D. Martin
1983 Moving towards Primary Health Care: the Zambian experience. *World Health Forum* 4 (1): 25-30.
- Martin, P.A.
1983 Community Participation. *Primary Health Care Issues Series* No. 5.
- Musowe, V., A. Schreuder & J.D. Vervoorn
1987 Evaluation of the Dutch/Zambian cooperation in the development of the health care delivery system in the Western Province of the Republic of Zambia. (Ongepubliceerd).
- Paape, M.
1987 *It's expensive to be poor. A study on the potentials and constraints for participatory activities in PHC, Western Province, Zambia*. Report of a support identification mission for the Ministry of Foreign Affairs/DGIS, The Hague, The Netherlands.
- Rifkin, S.B.
1983 Primary health care in Southeast Asia: attitudes about community participation. *Social Science & Medicine* 17 (19): 1489-96.
- Stone, L.
1986 Primary health care for whom? Village perspectives from Nepal. *Social Science & Medicine* 22 (3): 293-302.
1989 Cultural crossroads of community participation in development: a case from Nepal. *Human Organization* 48 (3): 206-13.
- Theunisz, M.H.L.
1989 *Participation of women in community diagnosis*. A PHC researchproject in the Western Province of Zambia, November 1988-May 1989 (niet gepubliceerd).
1990 *Participatie van vrouwen in primary health care: een onderzoek in de Western Province van Zambia*. Doctoraal scriptie Culturele Antropologie, Universiteit van Amsterdam.
- UNICEF, Community Participation and Family Life Section
1982 Popular participation in basic services-lessons learned through UNICEF's experience. *Assignment Children* 59/60 (2): 121-32.