

Aids in Afrika

Rampspoed en aanzet tot sociale verandering

Frieda Bos, Mirjam Leutscher & Anke Niehof

Dit artikel over de thuiszorg van AIDS-patiënten in ruraal Zimbabwe is gebaseerd op onderzoek in het veld. Er is gekeken naar de gevolgen van HIV-besmetting voor de patiënten zelf, hun verzorgers, de huishoudens waarin zij worden verzorgd en de gemeenschap waarin zich de tragedies afspelen. In het artikel wordt aangegeven op welke wijze men zich tegen de ziekte te weer stelt en hoe daarbij de sociale verhoudingen, met inbegrip van het gender aspect, onder druk komen te staan.

In hun boek *AIDS in Africa: Its present and future impact* bespreken Tony Barnett en Piers Blaikie achtergronden en gevolgen van de verspreiding van AIDS in ruraal Afrika. Hierbij beperken ze zich niet tot algemene lijnen. Ze verzamelden onder meer gegevens over de directe en indirecte gevolgen van AIDS-besmetting voor huishoudens en families op het platteland van het Rakai district in Uganda. In een casus wordt duidelijk gemaakt hoe, als gevolg van AIDS, een relatief welvarend huishouden met verschillende economisch-productieve volwassenen in negen jaar verandert in een behoeftig huishouden waarin de volwassenen zijn overleden en de kinderen zelf in hun levensonderhoud moeten voorzien. De schematische weergave van deze mini-tragedie (Barnett & Blaikie 1992:89) is onthutsend in zijn eenvoud en onverbiddelijkheid. Het feit dat deze casus eerder als exemplarisch dan als uitzonderlijk moet worden gezien, niet alleen voor Uganda maar ook voor andere landen in Afrika, maakt het beeld dat erdoor wordt opgeroepen alleen maar zorgwekkender.

AIDS is een ramp voor grote delen van Afrika. In een andere publikatie van Barnett wordt het rampzalige karakter van de AIDS epidemie in Afrika verder gespecificeerd. AIDS onderscheidt zich van andere rampen omdat de ramp al aanwezig is alvorens zich geleidelijk te manifesteren. De gevolgen worden pas op termijn voelbaar. "The AIDS pandemic differs from other disaster events in two ways. It is slow acting and almost surreptitious with no clear trigger mechanisms. Thus the incremental rate of increased mortality associated with AIDS may mean that communities are not aware of the extent and novelty of the crisis until well into the pandemic. Therefore experimentation in coping with the causes and the results of the disease will be delayed" (Barnett 1992: 9).

In dit artikel wordt ingegaan op de wijze waarop AIDS zich sociaal manifesteert en hoe erop wordt gereageerd. Plaats van handeling is het Umzingwane district in Zimbabwe. Centraal staan de vragen hoe de lokale bevolking zich tegenover de sluipende ramp die AIDS is opstelt, welke actie men onderneemt en of er, en zo ja hoe, als gevolg van de confrontatie met AIDS sociale verandering optreedt. Inzicht in de sociale context van AIDS in Afrika is cruciaal voor zowel begrip van de achtergronden en oorzaken van de verspreiding van AIDS, als voor het vinden van oplossingen voor de problematische situaties waarvoor getroffen gemeenschappen zich geplaagd zien. Ten aanzien van het eerste zou men kunnen spreken van de sociale epidemiologie van AIDS. Hierover is reeds enige literatuur beschikbaar. In de volgende paragraaf zal hierop nader worden ingegaan.

Een ander aspect van de sociale context van AIDS betreft de wisselwerking tussen oplossingen en lokale sociaal-culturele structuren. Hierbij moet aangetekend worden dat het woord oplossingen een te veel belovende klank heeft. De Engelse term *coping* geeft beter weer wat er gebeurt. Men probeert de situatie het hoofd te bieden, zich te redden. Van echte oplossingen die aan de problemen een einde maken is echter geen sprake. Dit heeft te maken met de boven beschreven aard van de ramp AIDS. In het onderzoek dat in Zimbabwe werd uitgevoerd (zie onder) werden de sociaal-culturele aspecten van *coping* toegespitst op de vraag hoe er wordt voorzien in de zorgvraag die AIDS oproept. De zorg voor AIDS-patiënten vindt grotendeels plaats binnen bestaande sociaal-culturele verbanden, zoals huishoudens en familieverbanden. Die traditionele verbanden worden echter zelf door AIDS verzwakt en zijn niet toereikend om in de zorgbehoefte te voorzien. Het blijkt dat culturele principes die aan de formering van deze verbanden ten grondslag liggen, zoals het patrilineale verwantschapstelsel en de institutie van bruidsprijs (*lobola*), op verschillende punten de verzorging van AIDS-patiënten bemoeilijken en oplossingen in de weg kunnen staan. Dit roept de vraag op of, als reactie hierop, AIDS sociale verandering genereert.

De opbouw van het artikel is als volgt. Na een schets van de sociaal-epidemiologische context van AIDS op basis van literatuur, zal in het kort de opzet van het onderzoek in het district Umzingwane uiteen worden gezet. Vervolgens zal een casus worden gepresenteerd, waarin verschillende aspecten van het zorgvraagstuk naar voren komen. Die aspecten zullen vervolgens worden geanalyseerd tegen de achtergrond van de lokale sociaal-culturele context. Tenslotte zal worden getracht een antwoord te geven op de boven geformuleerde vraag over AIDS als aanzet tot sociale verandering.

De sociale epidemiologie van AIDS in Afrika

AIDS is in Afrika wijd verspreid en treft voornamelijk heteroseksuele mannen en vrouwen in de bloei van hun leven. Volgens schattingen uit 1992 bevindt 68 procent van de wereldwijde populatie van met HIV besmette personen zich in Afrika beneden de Sahara. Het aantal besmette personen, inclusief kinderen, werd hier in 1992 geschat op bijna negen miljoen. Terwijl in Noord-Amerika het aantal besmette mannen ongeveer 8,5 zo groot is als het aantal besmette vrouwen, is er in Afrika beneden de Sahara geen sprake van zo'n sekse ratio. Aantallen besmette mannen en vrouwen zijn ongeveer even

groot (Mann et al. 1992: 27-30). Hoewel AIDS niet de belangrijkste doodsoorzaak is in Afrika, is de invloed ervan op gezins- en familiestructuren groter dan die van andere endemische ziekten, zoals malaria, die meer dodelijke slachtoffers eisen. AIDS-slachtoffers zijn in meerderheid volwassen, getrouwde mannen en vrouwen en daardoor heeft AIDS een ontwrichtende werking op gezinnen en families (Goody 1990: 135).

De redenen waarom in Sub-Sahara Afrika AIDS juist mannen en vrouwen in de bloei van hun leven treft, moeten gezocht worden in de sociaal-culturele context. Zonder ze allemaal over een kam te scheren, kan gesteld worden dat er enkele meer algemene kenmerken zijn van Afrikaanse culturen en samenlevingen die van invloed zijn op de wijze waarop AIDS zich in Sub-Sahara Afrika verspreidt. Deze kenmerken zijn in drie groepen te ordenen: seksualiteit en vruchtbaarheid; migratie en mobiliteit; gender verhoudingen. Het laatste onderwerp wordt niet apart besproken, maar in relatie tot de twee andere.

Seksualiteit is in Afrikaanse culturen nooit sterk verbonden geweest met moraliteit. De relatie tussen seksualiteit en huwelijk wordt niet geproblematiseerd op een wijze zoals dat in Europese maatschappijen het geval was – en tot op zekere hoogte nog is – onder invloed van religie en burgerlijke moraal. Seks voor en buiten het huwelijk is geen moreel vraagstuk in Afrika. De huwelijksband is per definitie geen exclusieve seksuele band, zeker niet voor mannen. Dit Afrikaanse patroon heeft te maken met andere culturele gebruiken en sociale instituties, zoals post-partum abstinentie, polygynie en het overheersen van het belang van lineale verwantschapsbanden boven dat van de huwelijksband. Andere relevante culturele noties zijn de afwezigheid van een vrouwelijk kuisheidsideaal, hoewel seks buiten het huwelijk voor mannen aanvaardbaarder wordt geacht dan voor vrouwen. Mannen worden geacht een grotere intrinsieke behoefte aan seks te hebben dan vrouwen. Als vrouwen seksuele contacten buiten of voor het huwelijk aangaan worden ze geacht dat om materieel gewin te doen en niet zozeer vanuit een intrinsieke behoefte die binnen het huwelijk niet bevredigd wordt (Mhloyi 1990: 64-9). In Matabeleland, maar ook in andere delen van Zimbabwe en andere landen in Afrika, bestaat een patroon waarin oudere, getrouwde mannen seksuele relaties aangaan met schoolmeisjes. De term *sugar daddies* (Vos 1993: 12-3) waarmee deze mannen in Matabeleland worden aangeduid, geeft aan dat de meisjes hiervoor worden beloond.

De boven geschetste sociaal-culturele positionering van seksualiteit heeft geleid tot gedragspatronen die in de literatuur worden aangeduid met de term *sexual networking*. De auteurs van een artikel over dit onderwerp merken op dat het nodig is de rol van *sexual networking* in relatie tot de verspreiding van AIDS zichtbaar en bespreekbaar te maken (Caldwell et al. 1989). Het grootste deel van deze seksuele activiteit vindt onbeschermd plaats. Er bestaat een zeer negatieve attitude ten opzichte van het gebruik van condooms, met name bij mannen. Zij wijzen het gebruik van condooms binnen het huwelijk in het algemeen volstrekt af en daarbuiten is het gebruik van condooms ook al niet populair. Vrouwen verkeren meestal niet in een positie om dit te kunnen afdwingen.

Vruchtbaarheid vertegenwoordigt een centrale waarde in Afrikaanse culturen. Op verschillende manieren wordt vruchtbaarheid gesanctioneerd en gereguleerd. In de literatuur worden de hoge vruchtbaarheid in Afrika en de langzame daling van de fertiliteit in vergelijking met Aziatische landen in verband gebracht met patrilineale

verwantschapssystemen, lineage exogamie in combinatie met de institutie van bruidsprijs, en met de waarde van de arbeidskracht van kinderen in agrarische gemeenschappen (Caldwell & Caldwell 1987; Folbre 1988). De keerzijde van de positieve waardering van vruchtbaarheid is de angst voor onvruchtbaarheid. Deze angst is niet ongegrond, gegeven de negatieve sociale sanctionering van onvruchtbaarheid en het veelvuldig voorkomen ervan. Goody (1990: 135) spreekt van een "*belt of very high sterility*" die loopt over Centraal-Afrika van Kenya tot Kameroen. Het veelvuldig voorkomen van onbehandelde geslachtsziekten, waar Caldwell e.a. melding van maken, bevordert zowel infertiliteit als AIDS (Caldwell et al. 1988: 225).

Het is moeilijk te zeggen hoe precies de samenhang is tussen de verschillende variabelen die hierboven aan de orde zijn geweest: het onproblematische karakter van seksualiteit, patronen van *sexual networking*, opvattingen over verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke seksualiteit, hoge waardering van vruchtbaarheid en stigmatisering van onvruchtbaarheid. In combinatie of apart zijn deze variabelen van invloed op de wijze waarop AIDS en andere seksueel overdraagbare ziekten zich verspreiden. Bij de bestrijding van deze ziekten moeten deze variabelen verdisconteerd worden.

Sinds de koloniale tijd en daarna is de groei van steden een van de opmerkelijkste veranderingen die in Afrika heeft plaatsgevonden (Goody 1990: 123). Er ontstonden bevolkingsconcentraties rond administratieve en industriële centra en in de mijnbouw, waarvan mannelijke arbeidsmigranten een groot deel uitmaken. Hun gezinnen bleven veelal achter op het platteland. Dit patroon is een belangrijk onderdeel van de sociale kaart van Afrika geworden. Voor het platteland zijn de geldbedragen die de mannen naar hun gezinnen sturen of het geld dat ze meenemen als ze thuiskomen buitengewoon belangrijk. Voor de bevrediging van hun seksuele behoefte in de stad gaan deze mannen meer of minder duurzame seksuele relaties aan met andere partners of ze bezoeken prostituees. De grens stad-platteland moet in dit verband niet te absoluut getrokken worden. Prostitutie bestaat niet alleen in de stad. Vos (1993: 3) maakt melding van de opkomst van commerciële seks in rurale groeikernen en rond legerstandplaatsen in ruraal Zimbabwe. Als gevolg van urbanisatie, arbeidsmigratie en ontsluiting van het platteland ontstaan er seksuele relaties die platteland en stad verbinden. Via deze verbindingen worden AIDS en andere seksueel overdraagbare ziekten doorgegeven. Ook mensen die mobiele beroepen hebben, zoals vrachtwagenchauffeurs en handelaar(ster)s, vormen een risicofactor, voor zichzelf en voor anderen. In een onderzoek onder 248 chauffeurs en 467 rondtrekkende markthandelaars in Nigeria (Ibadan) bleek dat de beroepsgebonden mobiele levensstijl resulteert in een netwerk van seksuele relaties, waardoor AIDS zich over heel Nigeria kan verspreiden. Van de chauffeurs was 44 procent al eens behandeld voor seksueel overdraagbare aandoeningen. Van de handelaars rapporteerde meer dan 20 procent een venerische ziekte te hebben (Orubuloye et al. 1993: 45-7).

De in dit hoofdstuk geschetste sociale epidemiologie van AIDS geeft de achtergrond waartegen de verspreiding van AIDS in Afrika moet worden gezien. In het volgende gedeelte van het artikel zal worden ingegaan op het onderzoek dat in het district Umzingwane werd verricht. De hierboven besproken variabelen komen op het micro-niveau van lokale gemeenschap en rurale huishoudens in de onderzoeksresultaten terug.

Het onderzoek¹

Het Umzingwane district is gesitueerd in een van de droogste gebieden van Zimbabwe, onder de rook van Bulawayo, de op één na grootste stad. Bulawayo heeft een grote aantrekkingskracht op mannen die werk zoeken. Een grote migratiestroom is tevens waar te nemen naar de landen ten zuiden van Zimbabwe: Botswana en Zuid-Afrika. De populatie in het district leeft voornamelijk van de landbouw, veeteelt en de gelden die binnenkomen via de arbeid van mannen in de stad. Vele vrouwen ondernemen inkomensgenererende activiteiten op het platteland, waaronder: haken, breien en het maken van matten.

Doel van het onderzoek was het uitvoeren van een studie naar de organisatie, de effecten en mogelijkheden voor verbetering van thuiszorg voor AIDS-patiënten in het Umzingwane district. De onderzoeksvraagstelling werd toegespitst op de niveaus van het huishouden en de lokale gemeenschap. Op het niveau van het huishouden hadden de onderzoeksvragen betrekking op de behoefte aan zorg en de wijze waarop daarin door de leden van het huishouden werd voorzien. Tevens werd meer specifiek gekeken naar de positie en rol van vrouwelijke zorgverleners binnen het huishouden. Op het niveau van de gemeenschap stonden de zorgactiviteiten van de vrijwilligers centraal, hun ondersteunende rol ten aanzien van getroffen huishoudens en hun eigen behoefte aan ondersteuning.

Het onderzoek dat vijf maanden duurde, werd uitgevoerd in verschillende dorpen. Daar verbleven de onderzoeksters – apart van elkaar – en woonden zij bij een lid van de vrijwilligersgroepen, die actief zijn in de thuiszorg. Door mee te gaan met de huisbezoeken van de vrijwilligers, konden de onderzoekers met de AIDS-patiënten en hun familie in contact komen. Uiteindelijk werden negen patiënten geselecteerd voor verder onderzoek (case-study methode). De selectie werd gemaakt op basis van geslacht, leeftijd, het stadium waarin AIDS zich had ontwikkeld en de karakteristieken van het huishouden waar de patiënten verbleven. Daarnaast werden sleutelinformanten geïnterviewd en werden thuiszorgprogramma's elders in het land bezocht. Aan het eind van het verblijf werd een workshop voor de vrijwilligers georganiseerd, waarbij de onderzoeksresultaten werden gepresenteerd en bediscussieerd met de deelnemers.

Een AIDS-patiënt

De onderzoeksresultaten worden besproken aan de hand van één centrale casus. Elk geval is uniek, maar deze casus bevat de grootste gemene deler en is daarmee ook illustratief voor de situaties van vele andere patiënten.

Sam is een man van 42 jaar oud. Hij is getrouwd met Liza, 38 jaar oud. Sam en Liza hebben samen zes kinderen, vier zonen en twee dochters. Het oudste kind is 15 jaar en zit in Bulawayo op school. De jongste, Pinkie, is een baby van drie maanden oud. Het erf bestaat uit twee hutten: een ruime keuken en één die als slaapkamer in gebruik is. Liza verbouwt maïs en bonen en ze bezitten tien koeien, wat tezamen een redelijke economische buffer voor het huishouden vormt.

Sam heeft jaren in Bulawayo in een fabriek gewerkt waar kluizen worden gemaakt.

In oktober 1994 begon hij zich ziek te voelen. In december 1994 werd hij genooddaakt te stoppen met werken, omdat hij het werk fysiek niet meer aankon. Hij kreeg voor drie maanden salaris mee, wat relatief een zeer gunstige regeling is. Liza ging in het beginstadium van zijn ziekte vaak naar de stad om haar man te verzorgen, zodat hij zo lang mogelijk zou kunnen doorwerken. Later keerde hij permanent naar zijn geboortedorp terug, waar z'n gezin en familie woont.

Als we Sam voor het eerst ontmoeten is hij al een aantal weken thuis en brengt hij de dag voornamelijk op zijn bed door. Hij wordt intensief verzorgd door Liza. Hij ziet er sterk vermagerd uit, zijn wangen zijn ingevallen en hij moet zijn broek, die hem vroeger prima paste, vastbinden met een touwtje. Aan oude foto's van hem te zien, is hij een schim van wat hij ooit geweest is. Hij heeft last van voortdurende diarree, tuberculose en zweren in zijn mond en slokdarm. Het laatste brengt met zich mee dat eten een pijnlijke aangelegenheid is geworden. Zijn enige afleiding gedurende de dag zijn wat korte bezoeken van burens en de moeizame wandelingen met een stok naar het toilet bij de burens. Zelf heeft de familie geen toilet op het erf.

Sam had zich nooit gerealiseerd dat hij zo ziek zou kunnen worden. Hij praat niet over zijn ziekte. Toch moet hij zich bewust zijn wat er met hem aan de hand is, omdat op zijn ziekenhuiskaart met een code is aangegeven dat hij sero-positief is. Op de kaart staat NS+ geschreven, dat New Serology (nieuwe ziekte) betekent. Vele artsen hebben zich hiertoe gedwongen gevoeld, doordat de kaart voor iedereen toegankelijk is, om met een code de resultaten van een HIV-test aan te geven. Zo ook in het geval van Sam.

Uit gesprekken met Sams tante blijkt, dat ze weet wat er met Sam aan de hand is. Ze zegt: "Hij heeft de ziekte AIDS, waar mijn dochter Maggie ook aan gestorven is. Veel mensen hebben hem gewaarschuwd, want ze wisten best wat hij daar deed in de stad. Als Sam er voor uit zou komen zou iedereen zeggen: "We hebben je het toch gezegd?"

Sams vrouw Liza bleef, toen hij in de stad werkte, bij haar schoonouders op het platteland en bewerkte daar het land, hield het huishouden draaiend en verzorgde hun vijf kinderen. Sam beweert dat Liza hem behekst heeft en zij verantwoordelijk is voor zijn ziekte. Zijn ouders, waar Liza altijd bij gewoond heeft beweren dit ook. Sams vader gelooft niet in een ziekte als AIDS, maar draagt wel een t-shirt met als opschrift: "Community commitment towards condom promotion to prevent the spread of STD/HIV/AIDS". De ouders hebben Sam ervan overtuigd dat hij het spaargeld van hem en zijn vrouw bij hen in beheer moet geven. Liza kan nu niet meer bij het geld, terwijl zij het nodig heeft om de N'anga (traditionele genezer) te betalen, evenals voedsel, schoolgeld en andere middelen. Liza is erg verdrietig onder deze beschuldigingen, wat vaak leidt tot ruzie tussen Sam en haar. Temeer omdat zij er zeker van is dat hij AIDS heeft en dat Sam haar destijds besmet heeft.

Een stille ziekte

In het gebied van het onderzoek werd vrijwel niet over AIDS gesproken, nog in het minst door de patiënten zelf. Er hangt een stilzwijgen rond de ziekte. De wijze waarop

Sam met zijn ziekte omgaat is typisch voor bijna alle patiënten. Het past in een keten van reacties van patiënten en hun omgeving, die opgeroepen worden naar aanleiding van de ziekte. AIDS wordt maar al te vaak geassocieerd met vreemdgaan en prostitutie en dit heeft geleid tot stigmatisering van de patiënten.

Ontkenning van het bestaan van de ziekte AIDS is een 'natuurlijke' wijze van omgaan met iets wat het leven op zo'n dramatische wijze kan verstoren. Helaas is een ontkenning van de ziekte een factor die de verdere verspreiding van HIV bevordert, aangezien het virus zich zo heimelijk verspreidt. Ontkenning van AIDS vindt op allerlei niveaus plaats, bijvoorbeeld door overheden, lokale gemeenschappen, patiënten en hun gezinnen.

Hekserij en vervloeking

Een belangrijk mechanisme om betekenis te geven aan het ziekteproces zonder de ziekte te benoemen, is het geloof in hekserij. Dit geloof is wijd verspreid en lijkt onder het Christendom niet aan kracht ingeboet te hebben. Met betrekking tot AIDS werd geconstateerd dat patiënten en hun familie de ziekteverschijnselen toeschrijven aan een negatieve kracht van buitenaf die via een persoon invloed uitoefent. De werking van hekserij ligt in het feit dat men gelooft dat een ander persoon kwaad in de zin heeft en kwaad kan uitrusten. Dit kan leiden tot gevallen waarin mensen beschuldigd worden van het veroorzaken van de ziekte van de patiënt. In veel gevallen moeten vrouwen het ontgelden. In het geval van Sam zien we dat zijn vrouw Liza zowel door Sam zelf als door zijn ouders ervan wordt beschuldigd Sam behekst te hebben.

De beschuldiging van hekserij speelt zich in het geval van Sam in de familiesfeer af en wordt op een persoon gericht. In Sams dorp speelt een andere kwestie, waarbij de hele gemeenschap betrokken is en er geen schuldige wordt aangewezen. Een bekende van Sam, mevrouw Moyo, heeft vier zonen verloren aan AIDS. De gemeenschap beweert dat er een vloek op de familie ligt. Deze zou veroorzaakt zijn door een moord die de eerste zoon had gepleegd tijdens een beroving. Daarna zijn in korte tijd de schoonvader, echtgenoot en de zonen van mevrouw Moyo overleden. Bij de begrafenis van haar vierde zoon waren de onderzoeksters aanwezig. Omdat men in het dorp gelooft dat er sprake is van een vloek wil een groot deel van de dorpingen niet op de begrafenis komen.

Zoeken naar genezing

Veel van de patiënten vertonen een zoekgedrag naar genezing. Ze proberen allerlei mogelijkheden uit, een verschijnsel dat in de literatuur wel wordt aangeduid als *shopping*. Er wordt veel gebruik van de moderne medische voorzieningen gemaakt, zoals het ziekenhuis, klinieken en privé-artsen. Ook de traditionele genezers worden vaak bezocht. De ziekenhuizen zijn allang niet meer in staat elke AIDS-patiënt op te nemen. Zij hebben vaak een tekort aan gediplomeerd personeel. Er is een niet officieel beleid dat

AIDS-patiënten doorgaans niet meer worden opgenomen, omdat de ziekenhuizen weinig voor de patiënten kunnen betekenen. Zo ook in het geval van Sam.

Sam is getest in een ziekenhuis in Bulawayo. Hij werd niet opgenomen, ook al was hij behoorlijk ziek. Gelukkig voelt zijn werkgever zich erg bij zijn situatie betrokken. Hij heeft Sam bij een privé-arts gebracht, die hem allerlei middelen ter symptoombestrijding heeft voorgeschreven, zoals: diarree-remmende middelen, vitamines en pijnstillers. Daarna heeft de werkgever hem naar het dorp, bij Liza gebracht. Eenmaal thuis blijven z'n medicijnen onaangeroerd liggen. Niemand weet er echt raad mee. Hij heeft hoge rekeningen te betalen en de middelen zullen hooguit voor een week voldoende zijn. Met de staatskliniek wil Sam niets te maken hebben, omdat hij meent dat deze hem niets te bieden heeft. Hij is wel bij een privé-kliniek van de plaatselijke mijn geweest. Bij de staatskliniek, die het meest dichtbij is, weten ze niet dat Sam weer in het dorp terug is. Voor behandelingen gaat hij naar het ziekenhuis in Bulawayo, zolang hij dat fysiek aankan.

Ook speelt de traditionele genezer een belangrijke rol in medische behandelingen. Onze schatting was dat meer dan drie-kwart van de patiënten van het platteland een *N'anga* bezoekt. Omdat de *N'anga's* zoveel mensen op bezoek krijgen, worden zij ook wel gezien als belangrijke intermediären voor voorlichting over AIDS. Tegelijkertijd lijken de *N'anga's* grootscheeps te profiteren van de AIDS-epidemie. We kwamen geregeld AIDS-patiënten tegen die twee(!) maandsalarissen aan de *N'anga* hadden betaald.

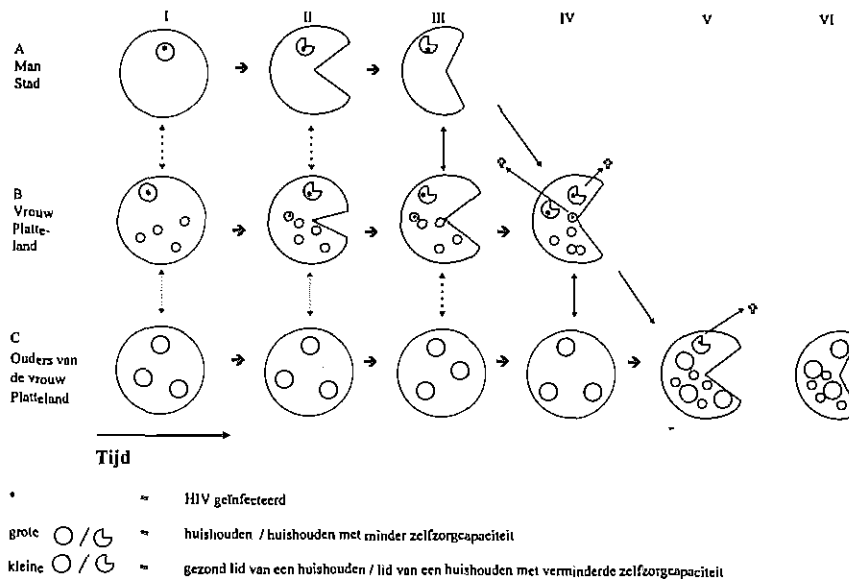
Sam schroomt om het toe te geven, maar hij heeft herhaaldelijk een *N'anga* bezocht. Daarvoor is hij helemaal naar Filabusi geweest, dat een flink eind uit de buurt ligt. Dit bezoek heeft niet het gewenste resultaat gehad. Toch is hij van plan er weer naar toe te gaan als hij de uitstaande rekeningen betaald heeft.

De afloop

Dikwijls ontstaat langzaam het besef van de naderende dood van de patiënt. Er bestaat echter een groot taboe op het benoemen van de naderende dood. Het niet willen erkennen van een dodelijke afloop van de ziekte, staat een goede planning van de toekomst voor het verdelen van de bezittingen in de weg. Hierdoor kunnen vrouw en kinderen een onzekere toekomst tegemoet gaan. Dit wordt als volgt verwoord door Sams vrouw: "Mijn man is stervende, maar ik kan mijn man niet vertellen een testament te maken. Hij zal dat tegen zijn ouders vertellen en zij zullen denken dat ik hem wil vermoorden. Ze zullen denken dat ik hoop dat hij snel dood zal gaan. Mijn kinderen zijn mijn voorname zorg. Het land en het vee, daar geef ik niets om. Ik zal na zijn dood wel kijken wat zijn familieleden met me gaan doen. Waarschijnlijk ga ik naar mijn ouders." Toen we na enige tijd terugkwamen, was Sam overleden en was Liza teruggegaan naar haar eigen familie.

Meer mobiliteit als gevolg van AIDS

Zoals in de inleiding werd beschreven, vorm mobiliteit (migratie) een belangrijke factor in de verspreiding van AIDS. Maar AIDS heeft ook mobiliteit tot gevolg. Als gevolg van AIDS vindt veel mobiliteit plaats van de stad naar het platteland: een zieke echtgenoot komt weer thuis wonen of een alleenstaande vrouw komt weer bij haar moeder wonen. Deze bewegingen zijn het gevolg van de toenemende hulpbehoevendheid van de patiënt. Trek van het platteland naar de stad ontstaat omdat men probeert het stedelijk inkomen zo lang mogelijk te behouden. Doorgaans gaat dan de vrouw haar man verzorgen in de stad. Daarnaast vinden verhuizingen plaats als gevolg van familieleden die zijn overleden aan AIDS. Bijvoorbeeld, verhuizingen van een weduwe naar haar ouders (soms met kinderen), al mogen deze weduwen hun kinderen vaak niet meenemen. In patrilineale samenlevingen behoren de kinderen immers tot de familie van de man.



Figuur 1. Bewegingen tussen huishoudens als gevolg van AIDS

Uit het onderzoek bleek dat verplaatsingen van patiënten en zorgverleners gerelateerd zijn aan de verschillende fasen van de ziekte. Er lijkt een min of meer vast patroon te bestaan. De figuur hierboven geeft schematisch de mobiliteit weer, tussen verschillende huishoudens, naarmate de ziekte manifester wordt. Het heen en weer pendelen tussen twee huishoudens is zwaar voor de verzorgster die verantwoordelijk is voor de zorg op verschillende plaatsen. Dit komt ook tot uiting in de casus van Sam en Liza.

Fase I: Sam was werkzaam in Bulawayo (huishouden A) en komt slechts één keer per maand (of minder) thuis. Liza woont met vijf kinderen bij de familie van Sam in Ntola, op het platteland en is afhankelijk van zijn inkomsten. Sam is

- besmet geraakt door zijn buitenechtelijke relaties. Liza, die zwanger is, is ook besmet.
- Fase II: Sam wordt af en toe ziek en kan soms niet naar zijn werk gaan. Liza (huishouden B) is redelijk gezond, maar na de geboorte van haar dochter Pinkie, voelt ze zich vaak moe en heeft af en toe problemen met haar gezondheid.
- Fase III: Liza gaat regelmatig naar Bulawayo om Sam te verzorgen. Hij begint steeds zieker te worden. Hoewel Liza ook vanwege haar besmetting verzwakt, gaat zij toch naar de stad om Sam te verzorgen. Dit arrangement dient om de baan van Sam, de enige inkomstenbron, zo lang mogelijk te behouden. De één na oudste dochter zorgt samen met haar tante, voor haar zusjes en broertjes (in huishouden B).
- Fase IV: Na enige tijd kan Sam zijn baan echt niet meer aanhouden, door het bereiken van het volgende stadium van de ziekte. Hij gaat weer bij zijn familie op het platteland wonen. Na een periode van intensieve zorg overlijdt Sam. De pasgeboren baby, Pinkie, wordt ernstig ziek en overlijdt kort daarna ook. Liza neemt contact op met haar ouders (huishouden C) en vervolgens komt haar moeder haar helpen (dit wordt getoond door de verticale pijl).
- Fase V: Liza gaat naar haar eigen familie terug, die 60 kilometer verderop wonen en mag alleen de kleinste kinderen tijdelijk meenemen. De oudere kinderen moeten bij de familie van hun vader blijven, waartoe ze volgens het patrilineale verwantschapstelsel behoren. Deze kinderen zullen verder opgevoed worden door hun grootouders. Grootouders van beide kanten worden geconfronteerd met een extra zorgbelasting terwijl ze zelf steeds hulpbehoevender worden. Liza wordt steeds ernstiger ziek en overlijdt tenslotte.
- Fase VI: De kinderen (huishouden C) blijven bij hun grootouders. De oudste dochter, Nomalanga, verlaat school om de grootmoeder te helpen in de huishouding.

De verzorging in de thuissituatie

De zorgverlening van de patiënt komt doorgaans op de schouders van de vrouwelijke familieleden terecht, die vaak al een overvol dagprogramma hebben. De relatie tussen de patiënt en verzorgster kunnen divers van aard zijn, maar er bestaan min of meer vaste patronen. Voor een mannelijke patiënt, afhankelijk van zijn leeftijd, kunnen de verzorgsters zijn: echtgenote, schoondochter, zus of moeder. Voor een vrouwelijke patiënt kunnen dat zijn: moeder, schoondochter, of zus. Een man vindt dus vaak de zorg binnen een huwelijksband, terwijl dit vaak niet het geval is voor een vrouwelijke patiënt. Welke vrouw de patiënt verzorgt hangt af van: sekse, leeftijd, status en relatie van de verzorger ten opzichte van de patiënt. Wie zorg verleent, wordt vooral bepaald door het patrilineale verwantschapstelsel.

Vrouwen, als verzorgsters, kunnen niet beschouwd worden als een homogene groep. Binnen deze groep bepalen status en leeftijdsverschillen de toegang tot hulp van anderen. Een schoondochter verkeert in een slechte positie, omdat zij als *outsider* de familie binnenkomt. In het voorbeeld van Sam en Liza komt dit tot uitdrukking in het feit dat

zij voor zowel haar man, haar gezin en haar schoonouders moet zorgen. Indien meerdere schoonzussen in de familie aanwezig zijn, vinden zij steun bij elkaar en helpen zij elkaar.

Jonge kinderen worden in principe zo min mogelijk aan leed blootgesteld. De deelname van de jonge kinderen in de zorg is daarom meer indirect van aard. Doordat kinderen de huishoudelijke taken van hun moeder overnemen kan de moeder zorg verlenen aan de patiënt. De meisjes helpen met koken, schoonmaken, water halen, hout sprokelen, afwassen, kleren wassen, *helpen met het verzorgen van jongere broertjes en zusjes* en helpen ook nog op de velden. Meisjes worden als ze ongeveer de leeftijd van dertien jaar bereikt hebben als volwassen beschouwd. Vanaf die leeftijd worden ze in principe in staat geacht de persoonlijke zorg voor een (vrouwelijke) patiënt op zich te nemen. Deze situatie is alleen gebruikelijk als er geen andere mogelijkheid is. De jongens doen minder in het huishouden dan de meisjes, maar ook zij doen veel. Zij gaan er op uit met het vee, halen water (met behulp van een kruiwagen), helpen op de velden en koken tot een bepaalde leeftijd. De verantwoordelijkheid van de kinderen neemt toe, naarmate ze ouder worden.

Mannen zijn bijna nooit betrokken in persoonlijke zorg voor AIDS-patiënten. Zij hebben wel een actieve rol in organiserende taken, zoals: regelen van transport voor de patiënt, verzorgen van de begrafenis, graven van het graf en in sommige gevallen het aanpassen van het huis van minder valide geworden patiënten. Als mannen wel betrokken raken in de persoonlijke zorgverlening, worden zij daarin doorgaans sneller bijgestaan dan vrouwen.

In het geval waar de echtgenote voor de echtgenoot zorgt, is de relatie niet zonder complicaties. Vaak zijn beide partners besmet, wat kan leiden tot situaties waarin de ene bijna-zieke de andere zieke moet verzorgen. Het verzorgen van een AIDS-patiënt kan een zeer uitputtende bezigheid zijn. Daarbij komt dat patiënten niet altijd even geduldig en vriendelijk zijn tegenover de verzorgster. In de fase dat een patiënt bedlegerig wordt kan de verzorgster *burnt-out* verschijnselen vertonen. Zo zegt Liza: "Vannacht heb ik geen oog dicht gedaan. Ik heb mijn man vannacht vier keer naar het toilet bij de burens moeten brengen. Ik voel me erg zwak. Ik heb behoorlijke pijn in m'n botten en heb last van diarree."

De situatie waarbij de echtgenoot de echtgenote heeft besmet en op haar aangewezen is voor zorg, kan tot veel frictie leiden tussen beide partners. Beschuldigingen van hekserij van de kant de patiënt en wraakgevoelens en kwaadheid van de verzorgster komen daarbij voor. Wat Liza hierover zegt is typerend: "Ik weet dat hij die ziekte AIDS heeft. Hij heeft me besmet. Hij vertelde me niet dat hij dáár (ze kijkt naar beneden) zweren had. Waar was hij toen ik hem nodig had? Hij is soms maanden niet thuis gekomen. Dit kan vrouwen erg wreed maken tegenover hun echtgenoten. Hij klaagt dat ik alles zo langzaam doe."

De zorg vanuit de gemeenschap

De afgelopen paar jaar zijn in het district vrijwilligersgroepen ontstaan door de toenemende zorgvraag van de steeds grotere groep patiënten op het platteland. Deze groepen

verlenen zorg aan patiënten in de thuissituatie, waaronder veel ouderen, die lijden aan symptomen, zoals: zwakte, pijn, blindheid en soms kanker. Andere patiënten lijden doorgaans aan ziektes zoals: kanker, geestelijke ziekten, HIV/AIDS, tuberculose. De groepen bezoeken allerlei type patiënten, om op deze wijze het stigmatiseren van AIDS-patiënten te voorkomen.

In de gezondheidssector werd op districtsniveau gesignaleerd dat binnen deze sector de zorg voor AIDS-patiënten ontoereikend is. Vanaf dat niveau werden de lokale autoriteiten ingeschakeld om hun gemeenschappen te mobiliseren, om huishoudens met een patiënt in hun midden te steunen. De gemeenschap heeft hierop gereageerd door in elk dorp een vrijwilligersgroep te formeren. De leden van de groepen zijn door de gemeenschap gekozen op basis van vertrouwen, huwelijkse status, leeftijd en vriendelijkheid. Deze groepen bestaan doorgaans uit vijf tot tien personen. De vrijwilligersgroepen hebben zeer korte training gehad van één dag en gaan meestal één keer per week bij de patiënten langs. De groepen weten niets af van de diagnose van de patiënt en zullen hier ook niet naar vragen. De vrijwilligers in de vrijwilligersgroepen spraken over het algemeen niet over AIDS, terwijl zij met diverse AIDS-patiënten met dezelfde symptomen te maken hadden. Als er al over wordt gesproken, dan gebeurt dat in termen als '*that disease*'.

De vrijwilligersgroepen leveren een bijdrage aan de zorgverlening voor de patiënten, tevens zorgen zij voor een zeer welkome ondersteuning in het huishouden voor de patiënt en hun familie. Voor patiënten die niet bekend zijn bij de klinieken hebben de vrijwilligersgroepen doorgaans ook een signalerende functie. Verder geven de vrijwilligersgroepen adviezen over de verzorging van de patiënt. De vrijwilligers verlenen geestelijke steun onder andere door veel te bidden en te zeggen dat de patiënt wel beter wordt. Van elk huisbezoek wordt een kort verslag gemaakt. Deze verslagen vormen een bron van informatie, zowel voor de groepen zelf als voor de formele gezondheidssector, met name de plattelandsklinieken. Deze krijgen via de verslagen epidemiologische gegevens en overzicht van de patiënten in de thuissituatie. De verslagen zouden aan belang winnen als ze volgens een bepaalde standaard zouden worden opgesteld.

Bijna alle groepen geven wel eens een kleine gift bij een huisbezoek. Vaak is de gift een stukje zeep, een doosje lucifers of iets anders wat in het huishouden noodzakelijk is om de zorg te kunnen verlenen. Elders in het land zijn er ook vrijwilligersgroepen met een prioriteitstellende functie, om te zorgen dat materialen van een hulpverlenende instantie bij de juiste persoon terecht komen.

De vrijwilligers hebben te kampen met een verre van ideale werksituatie. In de huishoudens met een patiënt in hun midden ontbreken veel essentiële levensmiddelen en middelen voor de verzorging van de patiënt, zoals: *mealie meal* (maïsmeel), zeep, lucifers, beschermende handschoenen (ter vervanging worden plastic zakken gebruikt), dekens enzovoort. De noodzakelijke giften voor de patiënten zijn uit nood geboren en kunnen zeer moeilijk bekostigd worden uit de minimale huishoudbudgetten van de vrijwilligers. Wat tevens belemmerend werkt, zijn de lange afstanden, die de vrijwilligers moeten afleggen om bij de patiënten te komen. Alle afstanden worden te voet afgelegd en dit wordt met de hele groep gedaan. Hierdoor kunnen slechts een beperkt aantal patiënten bezocht worden.

Een andere beperkende factor is geringe beschikbare tijd van de vrijwilligers voor het geven van voldoende zorg. Dit komt vooral, doordat de meeste vrijwilligers nog andere gemeenschapsfuncties hebben. Veel vrijwilligers zijn namelijk gevraagd voor de vrijwilligersgroep, omdat zij al een zichtbare functie in de gemeenschap hadden. Familieleden van de vrijwilligers zijn niet altijd zo blij met het werk dat kosteloos wordt verricht voor de gemeenschap. Tijdens groepsdiscussies is naar voren gekomen dat er minder tegenwerking zou zijn als een kleine bijdrage zou worden verkregen voor het vrijwilligerswerk, zodat de noodzakelijke giften voor de patiënten hiervan gekocht kunnen worden. Veel groepen denken aan het opzetten van kleine projecten om een budget te creëren voor de thuiszorg. De mogelijkheid bestaat echter dat dit tot een taakverzwaring van de reeds belaste leden van de vrijwilligersgroepen kan leiden.

De vrijwilligers worden vaak geconfronteerd met depressieve en eenzame AIDS-patiënten en moeten zelf improviseren hoe daar mee om te gaan. Op de training hebben ze nauwelijks *counseling* vaardigheden geleerd. Deze training werd als te kort ervaren. Zoals gezegd, proberen ze de patiënt op te vrolijken door extra veel te zingen en te bidden en steeds tegen de patiënt zeggen dat hij/zij beter wordt. De patiënten die weten dat ze zullen overlijden, hebben grote zorgen voor de toekomst van hun (vaak jonge) kinderen. De toekomst van de AIDS-wezen zien de vrijwilligers ook als een groot probleem. Het zorgverlenen houdt meestal op bij het overlijden van de patiënt, terwijl de achtergebleven wezen niet in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Eigenlijk zou de zorg in dat huishouden dus verder moeten gaan. De wezen zijn door familie en burens gewild om als ze als hulp te laten werken in de huishouding in ruil voor onderdak en eten. Deze kinderen krijgen op deze manier geen verdere scholing, maar ze hebben geen andere keuze.

Vrijwilligers hebben een grotere angst om geïnfecteerd te worden met HIV dan andere personen uit de gemeenschap. Dit zal ook als oorzaak hebben dat zij meer weten van de ziekte en zich er meer bewust van zijn. Toch zijn ook de vrijwilligsters nog het meest bang om geïnfecteerd te worden door hun eigen echtgenoot, omdat ze niet van hem durven eisen een condoom te gebruiken. Hieruit blijkt dat zelfs zij niet in staat zijn bestaande patronen te doorbreken.

Tot slot

We hebben AIDS gedefinieerd als een ramp. In het gebied is AIDS niet de enige vorm van tegenspoed waarmee de bevolking te kampen heeft. Het gebied werd getroffen door een aanhoudende droogte en veel huishoudens staan onder druk als gevolg van structurele aanpassingsprogramma's. De invloed van de epidemie kan niet geïsoleerd worden van deze gebeurtenissen. Het rampzalige karakter van AIDS uit zich in het feit dat door de ziekte de toch al kwetsbare huishoudens worden getroffen en ook in de sluipende wijze waarop de epidemie voortschrijdt. Dit maakt het voor de mensen moeilijk om er mee om te gaan en *coping strategies* te ontwikkelen.

Langzaam dringt het echter tot de meeste mensen door dat AIDS een reëel probleem is geworden, zowel voor de betrokken individuen als voor de samenleving als geheel.

Niet iedereen die risico of direct of indirect met de ziekte te maken krijgt is in gelijke mate in staat om zich te weren. Voor vrouwen, met name getrouwde vrouwen, is gebrek aan controle over hun eigen situatie en hun eigen lichaam hierbij een probleem. Zoals we hebben laten zien, hangt dit samen met de economische, sociale en culturele context waarin vrouwen leven. De *lobola*, het patrilineale verwantschapstelsel en het virilokale vestigingspatroon vormen belemmeringen voor het bewerkstelligen van evenwichtige machtsrelaties tussen mannen en vrouwen. Deze zijn zo met de cultuur verweven dat het niet reëel is hier op korte termijn verandering in te verwachten. Toch staat het geheel onder druk als gevolg van AIDS.

De vanzelfsprekendheid waarmee vrouwen de zorgtaak toebedeeld wordt, kan bij uitbreiding van de epidemie tot een conflict leiden tussen de zorgtaak als gevolg van AIDS en andere (zorg)taken. Zeker in de context van een algehele verarming van huishoudens, zullen zij genooddaakt zijn inkomensgenererende activiteiten te ondernemen en meer verantwoordelijkheden aan hun kinderen over te laten. Dit leidt tot een algehele verslechtering van de zorgsituatie. Het is de vraag hoe lang deze vanzelfsprekendheid ten aanzien van vrouwen als verzorgsters stand houdt. Een grotere verantwoordelijkheid en participatie van mannen in de zorg van patiënten is een voor de hand liggende oplossing. Dit zal grotendeels afhangen van de bereidheid van mannen, welke weer bepaald zal worden door hun prioriteiten, activiteiten en de mate waarin zij in willen gaan tegen een omgeving die deze verzorgende rol van mannen vooralsnog niet accepteert. Deze verandering in de verhouding tussen mannen en vrouwen zal een langzaam maar noodzakelijk proces zijn, in het streven naar lijfsbehoud.

De richting van het proces van sociale verandering die door het bovenstaande wordt geïmpliceerd, is niet eenvoudig te voorspellen. De veranderingen zullen zich op verschillende niveaus afspelen: het individuele niveau, het niveau van de relaties tussen individuen en het niveau van culturele instituties. Als gevolg van AIDS is er sprake van een toenemende asymmetrie bij vrouwen tussen plichten en belasting aan de ene en rechten en controle aan de andere kant, hetgeen uiteindelijk kan leiden tot een beweging in de gemeenschap en de cultuur.

Een andere als gevolg van AIDS geprofileerde onevenwichtigheid is de discrepantie tussen het veroordelen van promiscue seksueel gedrag en de dagelijkse realiteit ervan, zeker in een gebied met zoveel arbeidsmigratie. Deze discrepantie leidt mede tot het niet willen onderkennen van de ziekte en het stigmatiseren van patiënten. Afwijzing door de omgeving, schaamte van de patiënt en beschuldigingen van prostitutie en hekserij, werken niet positief uit voor de intermenselijke verhoudingen. De geslotenheid die daardoor ontstaat, maakt AIDS onbespreekbaar, waardoor de HIV-besmetting in stilte om zich heen kan grijpen. Ook op dit punt lijkt sociale verandering onvermijdelijk.

De vrijwilligersgroepen die gemobiliseerd worden, vertegenwoordigen een nieuwe reactie op de AIDS-epidemie. De groepen kunnen op tweeërlei wijze bijdragen aan de sociale verandering die nodig is om de ramp AIDS het hoofd te kunnen bieden. In de eerste plaats kunnen zij, door over AIDS te praten, zorgen voor bewustwording en het bespreekbaar maken van de ziekte in de gemeenschap. In de tweede plaats vormen zij zowel een kader voor de versterking van de positie van vrouwelijke verzorgers als voor het actiever betrekken van mannen bij de zorg. Een belangrijke voorwaarde voor het

duurzaam functioneren van deze groepen in de toekomst, is steun van de rest van de gemeenschap en van andere structuren, inclusief die op het terrein van de formele zorg-sector.

In een artikel over AIDS en familiestructuren wordt het belang van zowel particuliere hulporganisaties (ngo's) als traditionale verwantschapsstructuren beklemtoond (Ankrah 1993). De auteur toont zich optimistisch over de kracht van familie- en verwantschapsstructuren in Afrika en de over betekenis ervan voor het verschaffen van sociale zekerheid in een crisissituatie als die van de AIDS-epidemie. Uit het in dit artikel beschreven onderzoek blijkt echter hoe, althans in het onderzoeksgebied, AIDS leidt tot het uiteenvallen van families en huishoudens. Dit bleek ook uit het onderzoek van Barnett en Blaikie (1992). Tevens blijkt uit het hier beschreven onderzoek hoe vrouwen, ook door Ankrah aangeduid als "primary health care givers" binnen de familie (Ankrah 1993: 13), in de zorg voor hun zieke man niet veel steun ontvangen van diens verwanten en zelfs tegenwerking van hen kunnen ondervinden. Of Ankrahs optimisme ten aanzien van met name de belangrijke rol van de clan in het nemen van verantwoordelijkheid voor de sociale gevolgen van AIDS in rurale gebieden gerechtvaardigd is, zal moeten blijken.

Noot

Frieda Bos (1971) studeerde onlangs af in de huishoud- en consumentenwetenschappen aan de Landbouwwuniversiteit Wageningen met als specialisatie huishoudens als sociaal-economische systemen in nietwesterse samenlevingen. Zij deed veldwerk in Zambia en Zimbabwe.

Mirjam Leutscher (1968) studeerde onlangs af in de huishoud- en consumentenwetenschappen aan de Landbouwwuniversiteit Wageningen met als specialisatie huishoudens als sociaal-economische systemen in nietwesterse samenlevingen. Zij deed veldwerk in Indonesië en Zimbabwe.

Anke Niehof (1948) is antropoloog. Sinds augustus 1993 is zij verbonden aan de Landbouwwuniversiteit Wageningen als hoogleraar in de sociologie van het huishouden. Zij is betrokken bij onderzoek op het gebied van rurale transformatie processen en zorgverlening, zowel in westerse als in nietwesterse samenlevingen.

1. Over het onderzoek is gerapporteerd in Bos & Leutscher 1995.

Literatuur

Ankrah, M.E.

1993 The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships: The African clan revisited. *AIDS CARE* 5(1): 5-23.

Barnett, T.

1992 *On ignoring the wider picture: AIDS research and the jobbing social scientist*. The Hague: Institute of Social Studies.

Barnett, T. & P. Blaikie

1992 *AIDS in Africa: Its present and future impact*. London: Belhaven Press.

- Bos, F. & M. Leutscher
 1995 *AIDS in the family? Show you care! / AIDS nge khaya? Bana lo mlandu!*. Wageningen: Vakgroep Huishoudstudies, Landbouwniversiteit Wageningen.
- Caldwell, J. & P. Caldwell
 1987 The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 13(3): 409-47.
- Caldwell, J., P. Caldwell & P. Quiggin
 1989 The social context of AIDS in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 15(2): 185-235.
- Folbre, N.
 1988 Patriarchal social formations in Zimbabwe. In: S.B. Stichter & J.L. Parpart (eds.), *Patriarchy and class. African women in the home and the work force*. Boulder: Westview Press, pp. 61-78.
- Goody, J.
 1990 Futures of the family in rural Africa. In: G. McNicoll & M. Cain (eds.), *Rural development and population. Institutions and policy*. New York: The Population Council. Oxford: Oxford University Press, pp. 119-47.
- Mann, J., D.J.M. Tarantola & Th.W. Netter (eds.)
 1992 *AIDS in the World. A global report*. Harvard: Harvard University Press.
- Mhloyi, M.M.
 1990 Perceptions on communication and sexuality in marriage in Zimbabwe. In: E.B. Rothblum & E. Cole (eds.), *Women's mental health in Africa*. Harare: The Haworth Press, pp. 61-78.
- Orubuloye, I.O., P. Caldwell & J. Caldwell
 1993 The role of high-risk occupations in the spread of AIDS: Truck drivers and itinerant market women in Nigeria. *International Family Planning Perspectives* 19(2): 43-9.
- Vos, Theo
 1993 *Attitudes to sex and sexual behaviour in rural Matabeleland*. Bulawayo, Zimbabwe: Provincial Medical Directorate Matabeleland North Province.