HIV & AIDS Preventie in Durgapur





Projectgroep 42
Donny Drummen
Emma Nagtegaal
Daphne Roest
Ylse Voll

Opdrachtgeefster: Karin Kaashoek
Projectbegeleidster: Siv Goluke
Meelezeres: Hélène van den Nieuwenhoff

Voorwoord

Projectgroep 42 heeft gekozen voor een opdracht die is ingediend door mw. Kaashoek, werkzaam bij Sari Fair Fashion, bij de Fontys Hogescholen te Eindhoven. De opdracht houdt in: het opstellen van een HIV en AIDS preventieprogramma voor een gebied in Bangladesh, genaamd Durgapur. Naar aanleiding van de opdracht is er een theoretische onderbouwing opgesteld die heeft geleid tot het opstellen van de twee trainingsmodulen.
Dit was één van de opdrachten waaruit gekozen kon worden en de projectroep was het erover eens dat zij deze opdracht graag wilden gaan doen.

Aan de start van dit project is Emma gekozen als projectleider. Daarnaast was er ruimte voor iedere groepslid om te oefenen in verschillende rollen, zoals notulist en voorzitter bij diverse gesprekken. De overige groepsleden hebben de taak van projectleider op zich genomen in de tijd dat Emma afwezig was. Tevens was er flexibiliteit en afwisseling wat betreft de taakverdeling. Aan de hand van de Belbin test heeft de projectgroep gekeken wat ieders plek is in de groep. Daaruit bleek dat de groepsleden elkaar aanvulden.
Één van de samenwerkingsafspraken was dat ieder groepslid zich aan de afspraken moest houden. Indien niet er van een afspraak afgeweken werd, werd iedereen hiervan op de hoogte opgesteld.

Donny had zijn knieschijf gebroken waardoor hij een aantal weken vanuit thuis moest werken. Hierdoor moest de communicatie via internet en telefoon onderhouden worden. De communicatie werd op deze manier bemoeilijkt om vol te houden bij diverse overlegmomenten. Dit heeft echter niet de samenwerking en afspraken in het geding gebracht. Daarnaast kreeg Emma een acute blindedarmontsteking, waardoor ook zij een tijd niet op school aanwezig kon zijn en wederom gecommuniceerd moest worden via internet en de telefoon.

Voordat dit project van start ging, werd al duidelijk dat de communicatie met Bangladesh moeilijk zou worden vanwege de afstand. Door de afstand is er alleen e-mail contact mogelijk, waardoor er niet direct reactie terug verwacht kon worden. Later heeft de projectgroep aan dhr. Chisim toestemming gevraagd om te communiceren via Facebook, omdat hij hier sneller op kon reageren.

Ook werd aan het begin van de ontwerpfase duidelijk dat er nog geen geld beschikbaar is voor het project en dat daar erg moeilijk aan te komen is vanwege bezuinigingen.

Tot slot wil de projectgroep graag een aantal mensen bedanken die bijgedragen hebben aan de totstandkoming van dit project. Karin Kaashoek voor het leveren van de opdracht en de feedback die zij tussentijds heeft gegeven en bovenal de tijd die zij in de projectgroep heeft gestoken zodat deze meer inzicht kreeg in de inwoners van Durgapur. Siv Goluke en Hélène van den Nieuwenhoff voor de beoordeling en het geven van tussentijdse feedback op het project. Tonmoy Chisim, Pankaj Marak en Maxim Mridha voor de communicatie en werkzaamheden vanuit Bangladesh. Tot slot Bernadette van de Ven en Peter van der Schee voor de mogelijkheid tot het afnemen van een interview.

Eindhoven, 21 juni 2011

Donny Drummen
Emma Nagtegaal
Daphne Roest
Ylse Voll

Samenvatting

De organisatie Sari Fair Fashion heeft de Fontys Hogescholen in Eindhoven gevraagd om de HIV en AIDS epidemie in Bangladesh, in het district Durgapur, aan te pakken. Projectgroep 42 heeft dit gedaan door twee trainingsmodulen op te zetten met als doel voorlichting te geven aan de bevolking. Het blijkt namelijk na bestudering van de literatuur en het afnemen van interviews dat de bevolking weinig tot geen kennis heeft over deze ziekten en de overdracht hiervan. Dit heeft tot gevolg dat mensen worden buitengesloten wanneer ze verdacht worden van, of besmet zijn met HIV of AIDS.

De projectgroep is uitgegaan van de volgende probleemstelling:
"Hoe kan de projectgroep de community workers adviezen geven om kennisvermeerdering bij de bevolking van Durgapur te bewerkstelligen, met als resultaat preventie van HIV en AIDS en als bijzaak het aanpakken van stigmatisering?"

Om het project een systematisch verloop te geven is er gebruik gemaakt van de kwaliteitscyclus Grol. Om een brede analyse te maken van het probleem zijn vijftien mensen geïnterviewd, een HIV verpleegkundige die een HIV preventieproject heeft opgestart in een ontwikkelingsland, een docent met als vakgebied cultuur, tien inwoners van het district Durgapur en drie doktoren die werkzaam zijn bij drie verschillende organisaties in het district.

In de inleiding is omschreven hoe de diverse voorlichtingsmodellen zoals Intervention Mapping en het Sunrise Model, samengevoegd kunnen worden tot één werkbaar model. Het Sunrise Model is vergeleken met het PRECEED-PROCEDE model en ASE Model. Hieruit is geconcludeerd dat deze laatste twee niet bruikbaar zijn voor dit project en kiest de projectgroep dus voor het Sunrise Model en Intervention Mapping.

Aan de hand van de probleemstelling zijn er deelvragen opgesteld. Deze deelvragen bevatten onderwerpen als; de ziekten HIV en AIDS, de oorzaken van deze ziekten en welke effecten deze ziekten hebben op de samenleving in Bangladesh. Tevens is er literatuur bestudeerd over de invloed van de overheid en de projecten van diverse organisaties met betrekking tot de HIV en AIDS preventie.
Echter heeft de projectgroep weinig projecten gevonden die zijn uitgevoerd in Bangladesh en/of Durgapur.
Voor het project is het erg belangrijk om te weten hoe de gezondheidsnetwerken en de bereikbaarheid van de gezondheidsposten eruit zien, zodat hierop ingespeeld kan worden. Om op deze aspecten in te spelen worden ze uitgewerkt met behulp van het Sunrise Model.
Bij het geven van voorlichting is het belangrijk dat er rekening gehouden worden met de cultuur, godsdiensten en onderlinge verhoudingen van de bevolking zodat iedereen bereikt worden.
Verder zijn diverse theorieën uitgewerkt over gedragsverandering, voorlichting en implementatie. Deze zijn niet allemaal gebruikt voor de totstandkoming van de trainingsmodulen. De projectgroep maakt gebruik van de volgende theorieën en informatie: het opstellen van een GVO-activiteit, peereducatie en het implementatiemodel van Lewin.

Na het uitwerken van de deelvragen zijn de hoofdpunten, ook wel de oorzaken, in vier hoofdcategorieën in een visgraatdiagram verwerkt. Deze vier hoofdcategorieën in Durgapur zijn: overheid & organisatie, omgeving, kennis & kunde en gedrag. Per categorie zijn verschillende oorzaken samengevoegd. Vervolgens is per oorzaak uitgelegd waarom dit een oorzaak is.
In de conclusie van de probleemanalyse zijn niet voor alle categorieën adviezen geschreven. Voor de categorie overheid & organisatie en voor de meeste oorzaken van de categorie omgeving zijn de mogelijk te geven adviezen voor de projectgroep niet haalbaar. Op deze categorieën gaat de projectgroep niet verder in. Er zal vooral gericht worden op het gedrag en de kennis & kunde van de bevolking.

In de wenselijke situatie zijn standaarden en criteria voor de overgebleven categorieën opgesteld, met uitzondering van de categorie omgeving. De factoren die wel zijn bekeken zijn sociale veroordeling en de verhouding tussen man en vrouw.
Hierna heeft de projectgroep de conclusie getrokken dat niet alle overgebleven oorzaken van het probleem aangepakt kunnen worden. Dit komt omdat deze oorzaken ook buiten het bereik liggen van de projectgroep.

Nadat de opzet voor het voorlichtingsmodel is gemaakt, is het de taak deze in te vullen. Allereerst zijn de wenselijke en werkelijke situatie hierin verwerkt, waarbij de belangrijkste en bruikbare criteria zijn vormgegeven. Ook het Sunrise Model is ingevuld, waardoor een goed beeld ontstond van alle factoren die meespelen bij de HIV problematiek in Durgapur.
Uiteindelijk is een gedragsdeterminanten matrix opgesteld. Deze is gemaakt aan de hand van de factoren uit het Sunrise Model en de criteria uit de wenselijke situatie. Hierdoor ontstaat een overzichtelijke lijst met doelgroep, doelen, strategieën en methoden waarmee de projectgroep als doel heeft dat het preventieprogramma van start kan gaan in Durgapur.

In de wenselijke situatie is er tot slot een risicoanalyse opgesteld aan de hand van de SWOT analyse. Hierbij is een confrontatiematrix ontwikkeld, waaruit blijkt dat er één grote bedreiging is voor het project, namelijk “Er is weinig tot geen geld beschikbaar” wat wordt versterkt door de zwakte “Er heerst een groot taboe op seks”. Dit kan worden aangepakt door strategisch voorlichting te geven met behulp van weinig mensen, aan veel mensen. De projectgroep geeft hiervoor een suggestie om bijvoorbeeld een toneelstukje op te voeren vóór een sportwedstrijd waarbij een groot aantal mannen bereikt kan worden. Bij vrouwen kan dit gedaan worden bij bijeenkomsten.

Met behulp van de trainingsmodule ‘Health Managers in Bangladesh’ voor HIV preventie is er een opzet gemaakt voor de trainingsmodulen die uiteindelijk overgedragen zullen worden. Deze zijn ingevuld met de gevonden informatie over HIV en AIDS in de wenselijke en werkelijke situatie. Tevens is aan de hand van de vooraf opgestelde doelstelling gekeken of geen belangrijke informatie ontbrak om deze te kunnen realiseren.
Naast de trainingsmodulen heeft de projectgroep een schriftelijke verantwoording gemaakt, waarin uitgebreid beschreven wordt welke stappen er genomen zijn om tot de trainingsmodulen te komen. De trainingsmodulen zijn te vinden in een aparte bijlage.

.

Inhoud

Voorwoord 2
Samenvatting 3
Inleiding 6
1 Probleem 8
1.1 Probleemstelling 8
1.2 Doelstelling 8
2 Werkelijke situatie 10
2.1 Probleemanalyse 10
2.2 Het Sunrise Model 15
3 Wenselijke situatie 18
3.1 Gedragsdeterminanten matrix 18
3.2 Risicoanalyse 25
4 Ontwerp trainingsmodulen 28
4.1 Verantwoording trainingsmodulen 28
5 Uitvoering trainingsmodulen 30
5.1 Overdracht van het programma 30
6 Evaluatiefase 33
6.1 Evaluatie 33
Conclusie 40
Nawoord 41
Bronnenlijst 42
Bijlage 1: De beginsituatie 46
1.1 Bangladesh en het district Durgapur 46
1.2 Gezondheidsnetwerk 51
1.3 Invloed van de overheid op HIV en AIDS preventie in Bangladesh 52
1.4 De standaarden en criteria 58
Bijlage 2: Voorlichtingsinformatie 62
2.1 HIV en AIDS 62
2.2 Prevalentie HIV en AIDS 65
Bijlage 3: Gebruikte materialen voor de totstandkoming van het project en de trainingsmodulen 66
3.1 Gebruikte modellen voor de totstandkoming van het project en trainingsmodulen 66
3.2 Informatie voor het tot stand komen van het project en de trainingsmodulen 74
Bijlage 4: Overige informatie 76
4.1 Wetenschappelijk artikel 76
4.2 Uitwerking interviews 78
4.3 Uitwerking interview citizens: 84
4.4 Uitwerking interview doktoren 89
4.5 Correspondentie 90
4.6 Notulen 94

Inleiding

De organisaties FOLK en Sari Fair Fashion, die beiden actief zijn in Bangladesh, wilden een preventieprogramma laten ontwikkelen gericht op het bestrijden van HIV en AIDS in het district Durgapur om de kennis over deze ziekten onder de bevolking te vermeerderen. Om deze reden is dit project tot stand gekomen.

De opdracht die vanuit school is opgesteld luidt: “Het opzetten van een HIV en AIDS preventieprogramma onder minderheden in Bangladesh”. Het doel van deze opdracht is het analyseren van reeds uitgevoerde preventieprogramma’s in de regio en wereldwijd en daarnaast het opzetten van op maat gemaakte trainingsmodulen voor het district Durgapur.

Voor deze opdracht heeft de projectgroep contact gehad opdrachtgever Karin Kaashoek, die een aantal weken verbleef in Birisiri, een klein dorp in Durgapur. Daarnaast is er contact geweest met contactpersonen in Bangladesh; Tonmoy Chisim, een werknemer bij FOLK, Maxim Mridha, de directeur van FOLK, en Pankaj Marak, een vrijwilliger van FOLK. Door deze opdracht heeft de projectgroep veel te maken gehad met de Engelse taal. Er is veel in het Engels gelezen en de trainingmodulen en de overdracht zijn in het Engels geschreven. Bovendien is het contact met Bangladesh volledig in het Engels verlopen.

Voor dit onderzoek is de structuur van de kwaliteitscyclus Grol gebruikt. Grol richt zich op het selecteren van problemen en doelen, waarbij een probleemstelling, doelstellingen en richtlijnen worden opgesteld. De definitieve probleemstelling luidt als volgt: *“Hoe kan de projectgroep de community workers adviezen geven om kennisvermeerdering bij de bevolking van Durgapur te bewerkstelligen, met als resultaat preventie van HIV en AIDS en als bijzaak het aanpakken van stigmatisering?”*
De problemen zijn geanalyseerd aan de hand van een visgraatdiagram. Hierna wordt er gekeken naar hoe het uitgevoerd kan worden, waarna er wordt bekeken in hoeverre de feitelijke uitvoering aan de vooropgestelde doelen en richtlijnen voldoen. Vervolgens wordt er een plan gemaakt hoe de uitvoering aan te passen zodat deze wel voldoet aan de vooropgestelde doelen en richtlijnen.

Aan de hand van de probleemstelling zijn deelvragen opgesteld en is informatie opgezocht om deze te kunnen beantwoorden. Deze informatie is te vinden in de bijlagen. Om meer informatie te verzamelen hebben interviews met experts, inwoners, contactpersonen en gesprekken met de opdrachtgeefster plaatsgevonden.
Alle gevonden informatie is verwerkt in verschillende modellen zoals Intervention Mapping, die gebruikt is om te komen tot de trainingsmodulen. In stap 3 van Intervention Mapping is het Sunrise Model verwerkt (p. 15) gevolgd door een gedragsdeterminanten matrix. Daarna is een risicoanalyse uitgevoerd.
Bovenstaand betreft de werkelijke en wenselijke situatie.

Na de analysefase is de projectgroep verdergegaan met de ontwerpfase (p. 28) en uitvoeringsfase (p. 30). In de ontwerpfase is beschreven op welke manier de trainingsmodulen tot stand zijn gekomen. Tevens is een overdracht van project bijgevoegd voor de overdracht naar de projectleider in Bangladesh (p. 30).
De trainingsmodulen zijn zo opgesteld dat ze het micro-, meso-, en macronievau omvatten. Op microniveau is een trainingsmodule geschreven voor de trainer in Bangladesh die het programma gaat overbrengen op de acht community workers. Vervolgens gaan deze acht community workers 5400 participanten lesgeven (mesoniveau) die daarop de rest van de bevolking voorlichting gaan geven waardoor er op macroniveau gewerkt wordt.

Onderbouwing theoretische modellen
Voor de trainingsmodulen en de theoretische onderbouwing is het wenselijk om hierbij een aantal modellen te gebruiken. Er is daarom gekeken naar verschillende theorieën over voorlichtingsmodellen. De modellen die gebruikt worden zijn te vinden in de bijlagen. In veel stappen overlappen de verschillende theorieën elkaar. De projectgroep heeft daarom niet voor één model gekozen, maar om diverse modellen te gebruiken.
Het hoofdmodel dat de projectgroep gebruikt voor het opstellen van de trainingsmodulen is het Intervention Mapping. Dit model wordt aangevuld door het Sunrise Model en de SWOT analyse.

De eerste drie stappen van het Sunrise Model zijn voor het project van belang aangezien er eerst een goede analyse moet komen van de werkelijke situatie. In deze stappen worden factoren onderzocht die van invloed kunnen zijn op de interventies. Stap 4 van het Sunrise Model wordt uitgediept in stappen 2 en 3 van het Intervention Mapping model. Er is gekozen voor het Sunrise Model in plaats van het PRECEED-PROCEDE model omdat dit model meerdere aspecten bevat die belangrijk zijn voor het project.

De verantwoording van dit project is ingedeeld in verschillende fasen, namelijk de oriëntatiefase, analysefase, ontwerpfase, uitvoeringsfase en evaluatiefase.
Vervolgens is onder deze verschillende fasen het model van Intervention Mapping ingedeeld. Het voordeel van het gebruik van Intervention Mapping is dat het voorlichtingsprogramma tot in detail is uitgewerkt, waardoor de gedragsdeterminanten gekoppeld kunnen worden aan de mogelijke interventies. Bovendien wordt er, binnen dit model, gebruik gemaakt van verschillende andere modellen en is het goed te combineren met de andere modellen waarvan gebruik gemaakt wordt, bijvoorbeeld het sunrise model. Er is gekozen voor Intervention Mapping omdat deze het beste aansloot bij de wens van de projectgroepgroep, in tegenstelling tot het PRECEED-PROCEDE model. De projectgroep is zich ervan bewust dat beide modellen op zichzelf staan en gebruikt zijn voor verschillende delen van het project. Grol wordt gebruikt voor de structuur van het project en de kwaliteitstoetsing.
De verschillende modellen zijn volgens de visie van de projectgroep ingevuld.

1 Probleem

De oriëntatiefase is de eerste fase van het project. Deze fase bestaat uit stap 1 'selectie van kwaliteitsproblemen' en stap 2 'richtlijnen en doelen opstellen' van de kwaliteitscyclus Grol. Hierin wordt gekeken hoe de projectgroep de opdracht ofwel het probleem kan uitwerken. Na de analyse van de probleembeschrijving heeft de projectgroep de probleemstelling en doelstelling geformuleerd. De probleemstelling is opgesteld aan de hand van de vragen: wie, wat, waar, wanneer en waarom. De doelstelling is geformuleerd aan de hand van de SMART eisen. Dit houdt in dat de doelstelling specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden is.

In het kort is de probleembeschrijving: "In het afgelegen grensgebied met India in noord Bangladesh leven verschillende minderheden onder moeilijke sociale en economische omstandigheden. HIV besmetting en andere STD's (SOA's) komen steeds meer voor, maar de bevolking is slecht op de hoogte van de risico's, preventie, omgang met geïnfecteerden etc.".

1.1 Probleemstelling

De voorlopige probleemstelling aan het begin van het proces was:
Welke adviezen kan afstudeergroep 42 geven ten aanzien van preventie van HIV/AIDS/SOA's en het voorkomen dat mensen met deze ziekte verstoten worden in Bangladesh in Durgapur?

Om een goede definitieve probleemstelling te formuleren, worden de volgende vragen beantwoord:

Wat:	Het vermeerderen van kennis over HIV en AIDS van de bevolking in Durgapur met als gevolg de preventie hiervan en tevens als bijzaak het aanpakken van stigmatisering.
Wie:	De inwoners van Durgapur krijgen voorgelicht over HIV en AIDS. Hiervoor worden 5400 participanten opgeleid door acht community workers. Deze acht worden opgeleid door één instructeur.
Waar:	Het district Durgapur, met als beginpunt Birisiri.
Wanneer:	Start zomer 2011.
Waarom:	De aanleiding van dit project is dat AIDS een wereldwijd maatschappelijk probleem is, maar in afgelegen gebieden van Bangladesh wordt hier weinig mee gedaan. Er is door de organisatie World Vision informatiematerialen uitgedeeld, zoals folders die geen effect bleken te hebben. De folders waren door de bevolking niet of nauwelijks gelezen en begrepen, waardoor zij het effect misten. Bij de ingang van het dorp staat een billboard met de volgende tekst, die vertaald is van het Bangli naar het Engles door dhr. Chisim: "AIDS is a dangerous disease if you have this you'll die, so be carefull. Don't use the injection second time, don't sleep with others without the condooms, never use other blades." De billboards zijn te oppervlakkig gezien het kennisniveau en het analfabetisme van de bevolking, waardoor de waarschuwingen niet begrepen worden.

Naar aanleiding van deze vragen heeft de projectgroep de probleemstelling bijgesteld en gekozen voor een adviserende probleemstelling. In dit project worden maatregelen geschreven die onderstaande probleemstelling moet oplossen.

Definitieve probleemstelling
"Hoe kan de projectgroep de community workers adviezen geven om kennisvermeerdering bij de bevolking van Durgapur te bewerkstelligen, met als resultaat preventie van HIV en AIDS en als bijzaak het aanpakken van stigmatisering?"

1.2 Doelstelling

De voorlopige doelstelling aan het begin van het project was:
Het opzetten van een HIV/AIDS preventieprogramma voor de Garo stam in Bangladesh. Hierbij kan gekozen worden tussen het opstellen van een trainingsmodule voor begeleiders daar en/of het opstellen van informatiemateriaal.

Een goede doelstelling moet voldoen aan de volgende criteria (SMART).

Specifiek =	Het vermeerderen van kennis van de bevolking in Durgapur door middel van een preventieprogramma met bijbehorende trainingsmodulen. Één trainingsmodulen is bestemd voor een instructeur die acht community workers gaat opleiden. De andere

trainingsmodule is bestemd voort de acht community workers die vervolgens 5400 participanten van het district Durgapur opleiden, die uiteindelijk voorlichting geven aan alle inwoners in het district.

Meetbaar = Na het project stelt de projectgroep de opdrachtgeefster verantwoordelijk voor het vervolg van het proces. Van haar wordt verwacht dat ze, in overleg met de projectleider in Bangladesh, een conclusie trekt uit de antwoorden op de evaluatievragen over de modulen en het proces. Aan de hand hiervan kan gekeken worden of er een nieuwe projectgroep opgestart moet worden vanuit Nederland.

Acceptabel = De organisaties FOLK, Sari Fair Fashion en de community workers staan achter het project. De organisatie FOLK is druk bezig met het verzamelen van mensen en zorgt uiteindelijk voor een budget. Hieruit kan opgemaakt worden dat het project straks opgestart wordt in Durgapur.

Realistisch = De trainingsmodulen worden afgestemd op de kennis en vaardigheden van de bevolking van het district Durgapur.

Tijdgebonden = De planning is dat het project in de zomer van 2011 van start gaat in Durgapur.

Door het SMART formuleren van de doelstelling brengt dit de projectgroep tot de onderstaande doelstelling.

De definitieve doelstelling

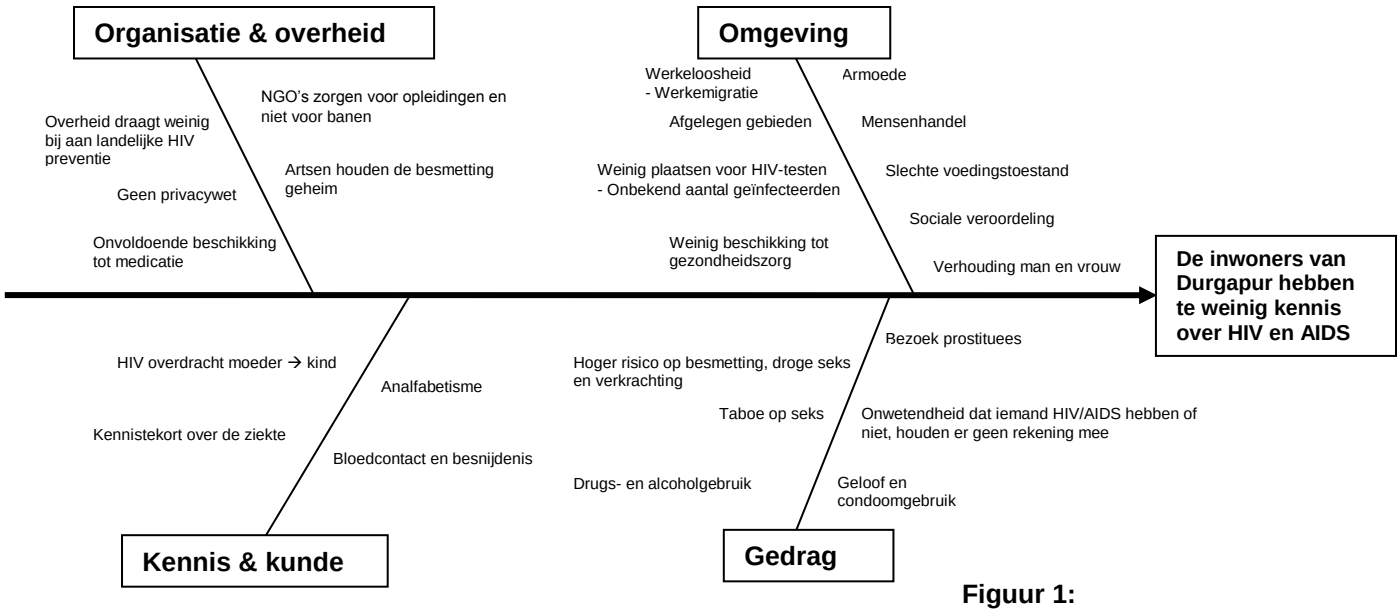
Het vermeerderen van de kennis van de bevolking in Durgapur over HIV en AIDS door middel van een preventieprogramma met de daarbij behorende trainingsmodulen, welke zijn afgestemd op het kennisniveau van de bevolking.
De steun die de projectgroep krijgt vanuit FOLK of Sari Fair Fashion zorgt ervoor dat dit project vanaf juli 2011 wordt overgenomen en voortgezet.

2 Werkelijke situatie

De tweede fase van het project bestaat uit stap 3 'gegevensverzameling en kwaliteitstoetsing' van Grol. Deze fase wordt in twee delen verdeeld, namelijk de werkelijke situatie en de wenselijke situatie. In dit hoofdstuk wordt de werkelijke situatie beschreven aan de hand van de eerste stap van het IM model. De werkelijke situatie wordt geanalyseerd en beschreven aan de hand van een visgraatdiagram en het Sunrise Model. Het visgraatdiagram is als model gebruikt ter ondersteuning om de analyse van de organisatie compleet te maken. Dit zijn tevens de eerste twee stappen voor het ontwikkelen van de gedragsdeterminanten matrix. Hierop wordt verder ingegaan in de wenselijke situatie (hoofdstuk 3).

2.1 Probleemanalyse

In deze paragraaf wordt de werkelijke situatie van Durgapur beschreven aan de hand van het hieronder opgestelde visgraatdiagram.
Het visgraatdiagram is ingevuld door middel van de informatie die verzameld is door de vooropgestelde deelvragen uit te werken. Hierbij is gebruik gemaakt van diverse bronnen, zoals de opdrachtgeefster en de contacten met Bangladesh. Na de uitwerking van de problemen wordt er een selectie gemaakt van de problemen die de projectgroep kan aanpakken.
De projectgroep heeft gekozen voor het visgraatdiagram in plaats van het Pareto model, omdat in de visgraatdiagram alle oorzaken van het probleem overzichtelijk gerangschikt worden. Met name de subcategorieën die hierin aangebracht kunnen worden zijn belangrijk bij dit project om het overzicht te bewaren. Deze mogelijkheid heeft het Pareto model niet.
Bij het Pareto model wordt elk probleem gewaardeerd in percentages, dit is bij het visgraatdiagram niet het geval.



Figuur 1: Visgraatdiagram

Probleemuitwerking
In de probleemuitwerking wordt elke categorie van het visgraatmodel uitgewerkt met subkopjes. In de conclusie wordt een selectie gemaakt van problemen die aangepakt gaan worden in dit project.

<u>Organisatie & overheid</u>

- *Overheid draagt weinig bij aan landelijke HIV preventie*

De overheden in de meeste arme landen sloten hun ogen voor de waarschuwingssignalen van HIV en gaven niet graag geld uit aan de risicogroepen. 'Aardig zijn voor een drugsverslaafde levert geen stemmen op'. Zo vonden Afrikaanse politici het makkelijker om vele jongvolwassenen te zien overlijden, dan te benoemen wat iedereen eigenlijk al wist: HIV wordt verspreid door seks.
Mannen dachten soms zelfs dat condooms niet werkten en juist AIDS veroorzaakten, waardoor ze niet gebruikt werden. Verder leefden veel leiders in ontkenning wat betreft de HIV epidemie, maar vaak had een koning van een land meerdere vrouwen. Bovendien speelde bij de overheid vaak de angst om racistisch over te komen (Pisani, 2008).

- *Geen privacywet*

In Bangladesh bestaat er geen privacywet. Als iemand in Bangladesh weet dat iemand een ziekte heeft, mag hij dit aan ieder ander vertellen zonder dat dit consequenties heeft (Chisim, correspondentie 3, 2011).

- *Onvoldoende beschikking tot medicatie*

HIV wordt het snelst overgedragen wanneer de viral load het hoogst is. Dit is de hoeveelheid virus in het bloed. Medicatie kan ervoor zorgen dat de viral load laag blijft, zodat de kans dat het virus overgedragen wordt daalt. Er zijn echter te weinig betaalbare medicijnen in ontwikkelingslanden, zo ook in Bangladesh. Deze moeten eerst goedgekeurd worden door de Amerikaanse Food en Drug Administration, waardoor goedkope en praktische medicijnen uit ontwikkelingslanden verboden werden en mensen de dure medicijnen moesten kopen die in de koelkast bewaard moesten worden (Pisani, 2008).
Doordat de mensen in Birisiri zo arm zijn kunnen zij deze medicatie vaak niet betalen naast de voeding en eventueel schoolgeld (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *NonGovernmental Organizations (NGO's) zorgen voor opleidingen en niet voor banen*

Deze NGO's geven beroepsopleidingen aan laag getrainde mensen, maar helpen deze mensen niet aan een baan.
Wanneer mensen hun producten alleen in eigen dorp/eigen streek kunnen verkopen is de markt snel verzadigd.
Voor heel veel mensen is een eigen bedrijf opzetten te hoog gegrepen. Dit is zowel qua capaciteiten als qua financiële middelen niet mogelijk (SAKS, 2010).

- *Artsen houden de besmetting geheim*

In Durgapur zijn er naar schatting in een aantal jaar 5 á 6 mensen doodgegaan, waarvan de dokter dacht dat het AIDS was. De dokter vertelt echter niet wie dat waren, omdat de bevolking anders de familie gaat vermijden wat tot sociaal isolement kan leiden (Chisim correspondentie 3, 2011). Een dokter van een NGO schat dat circa 20.000 tot 30.000 mensen besmet zijn met HIV in Bangladesh (Interview dokter 1, 2011).

<u>Omgeving</u>

- *Weinig werkgelegenheid*
  - Werkemigratie

Grote werkloosheid zorgt voornamelijk in Birisiri en andere grensgebieden voor werkemigratie. De mannen, vooral vrachtwagenchauffeurs, in Birisiri gaan voor bijvoorbeeld een half jaar in India werken waarna ze terugkomen bij hun gezin (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Afgelegen gebieden*

Birisiri is moeilijk te bereiken door de slechte wegen en het is minimaal 2 uur rijden in een volle bus voordat de inwoners bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis zijn (Kaashoek notulen 2, 2011).

- *Weinig plaatsen voor HIV testen*

Birisiri heeft één kleine gezondheidspost. Voor HIV testen moeten de mensen naar Dhaka, wat erg veel geld en tijd kost, dat de bevolking niet heeft. De bevolking heeft ook de mogelijkheid om bloed op te sturen naar Dhaka (Kaashoek, notulen 2, 2011 & Chisim, correspondentie 1, 2011).

  - Onbekend aantal geïnfecteerden

Inwoners van Birisiri beschikken over weinig geld, bovendien zijn er geen HIV testen beschikbaar in de gezondheidsposten. Hierdoor zijn weinig tot geen cijfers bekend over hoeveel mensen besmet zijn. Deze mensen weten hierdoor niet dat ze besmet zijn en houden hier geen rekening mee (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Weinig beschikking tot gezondheidszorg*

In de gezondheidspost zitten huisartsen die spreekuren houden, maar deze hebben over het algemeen weinig kennis volgens mw. Kaashoek. Een simpele verkoudheid kan behandeld worden, maar wanneer het ingewikkelder wordt, wordt de patiënt doorverwezen naar het ziekenhuis. In de gezondheidsposten zijn antibiotica en vaccins beschikbaar. Hoe vaker inwoners ziek worden, hoe sneller het geld op is. Wanneer iemand meer specialisme nodig heeft, moet diegene ver reizen en die behandelingen zijn vaak erg duur (Kaashoek notulen 2, 2011).

- *Armoede*

Er heerst in Bangladesh veel armoede, voornamelijk op het platteland, wat door de hoge werkloosheid komt. Dit is een vicieuze cirkel, de hoge werkloosheid vergroot de armoede en door de armoede is er meer werkloosheid. Echter zorgt de hoge werkloosheid ervoor dat voornamelijk jongeren het criminele pad op gaan. Omdat jongeren niet over voldoende kennis beschikken over het gevaar van een

drugsverslaving, blijven ze hier mee door gaan. Ze gebruiken hiervoor vaak geen schone naalden (SAKS, 2010).

- *Mensenhandel*

Mensenhandel vergroot de kans op besmetting van vrouwen en jonge meisjes. Dit komt doordat ontvoerde vrouwen en jonge meisjes naar het buitenland gebracht worden om in de seksindustrie te gaan werken. Vooral India en Pakistan zijn de aangewezen landen waar de jonge meisjes uit Bangladesh heen worden gebracht. Deze meisjes komen vaak alleen terug als ze kunnen ontsnappen uit de seksindustrie (Saks, 2010 & Beurden 2004). Ook worden veel vrouwen/meisjes door hun familie naar het buitenland of naar elders in hun land gestuurd om in de prostitutie te werken en te zorgen voor inkomen voor hun familie (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Slechte voedingstoestand*

Door een slechte voedingstoestand en/of ondervoeding hebben de inwoners een grotere kans op andere ziekten. Verder geeft een slechte voedingstoestand ook klachten als misselijkheid en braken. HIV zelf kan er echter omgekeerd ook voor zorgen dat mensen minder eetlust hebben (Rhoon-Bruynzeel e.a., 2010).

- *Sociale veroordeling*

Vanwege sociale veroordeling vertellen doktoren niet tegen de bevolking dat iemand wellicht aan AIDS is overleden. Dit om te voorkomen dat hele families worden buitengesloten (Brands, 2010). Mensen ervaren angst om hun problemen bekend te maken. Dit belemmert hun status, hun sociaal-economische positie, persoonlijke- en sociale ontwikkeling (Verdult, 2010).
Onder de bevolking heerst angst om buitengesloten en veroordeeld te worden. Het kennistekort en de angst leiden vaak tot isolatie van geïnfecteerden. Daarnaast bestaat de angst om familie te kwetsen. Als ouders horen dat hun kinderen eerder zullen sterven doet dat erg veel pijn, waardoor de ouders vaak zelf ervoor zorgen dat ze eerder sterven. Deze angst zorgt er voor dat velen geen medische hulp vragen (Ven, interview 1, 2011).

- *Verhouding man en vrouw (vrouw onderdanig)*

Het geloof heeft veel invloed op de verhouding tussen man en vrouw. Veel vrouwen bevinden zich in een ondergeschikte relatie en zijn vaak afhankelijk van hun partner voor woonruimte. Seks is een manier om een mannelijke partner aan een vrouw te binden voor economische en/of financiële zekerheid. Hierdoor zijn vrouwen kwetsbaar en durven zij moeilijk tegen hun man in te gaan (Shiripinda en Eerdewijk, 2008 & SAKS, 2010 & Pisani, 2008). Dit heeft tot gevolg dat partners vaak zonder condoom vrijen, omdat de vrouw de man hier niet op durft aan te spreken uit angst voor agressiviteit en verlating. Wanneer er in Bangladesh een vrouw wordt verlaten, kan zij nergens meer naartoe (SAKS, 2010 & VSO, 2005).
Vrouwen worden vaak geestelijk en/of lichamelijk misbruikt. Vrouwen die al geïnfecteerd zijn durven dit vaak niet bekend te maken aan hun partner uit angst om verlaten of mishandeld te worden. Op deze manier bestaat het risico dat zij hun partner ook besmetten.
Wanneer partners een condoom gebruiken in een relatie, zullen ze hier uiteindelijk mee stoppen wanneer ze langer een relatie hebben. Dit doen ze vaak zonder zich te laten testen op HIV en AIDS. Wanneer iemand zijn status verborgen wil houden en een condoom wil gebruiken kan dat vermoedens veroorzaken dat hij vreemdgaat en diegene zijn/haar partner niet vertrouwt (Shiripinda en Eerdewijk, 2008 & Pisani, 2008).
Er vinden al vroeg huwelijken plaats waarbij jonge vrouwen vaak een oudere partner hebben. Deze man heeft vaak al meerdere sekspartners gehad. De besmetting kan in eerdere relaties opgelopen zijn, maar zal voornamelijk ontstaan door prostitueebezoeken, waar de mannen vaak geen condooms gebruiken (SAKS, 2010). Vaak verkiezen mannen de dood boven de gêne (Pisani, 2008).

<u>Gedrag</u>

- *Bezoek prostituees*

De kans dat mannen in India naar prostituees gaan is groot. Wanneer een man daar HIV of een andere SOA oploopt neemt hij deze mee terug naar het dorp of zijn gezin (Kaashoek notulen 2, 2011). Seks met een prostituee is in veel culturen een eeuwenoude oplossing voor het probleem van jonge mannelijke lust, waardoor een toekomstige echtgenote dus niet zwanger wordt gemaakt en de familie niet ten schande wordt gebracht. Meisjes moesten kuis en trouw zijn. Voor de jonge vrouwelijke lust werd een vroeg huwelijk als oplossing gezien (Pisani, 2008).
Een reden dat mannen prostituees bezoeken en hierbij vaak geen condooms gebruiken zou kunnen zijn omdat ze te lui zijn om condooms te kopen en/of voor te stellen er een te gebruiken.
Vaak verdienen prostituees meer wanneer ze seks hebben zonder condoom en waarnaast een prostituee kan denken: ‘hij lijkt me een nette jongen’ (Pisani, 2008).

- *Taboe op seks*

In Birisiri rust een taboe op alles wat met seks te maken heeft. Tevens bestaat daar een 'ons kent ons' cultuur, waardoor het als beschamend wordt ervaren om condooms te kopen. Mensen die in Birisiri wonen, vinden condooms kopen een teken van vreemdgaan. De kennis die ze hebben over het gebruik en de functie van een condoom is minimaal. Zo dacht een man dat condooms om zijn tuingereedschap ervoor zou zorgen dat zijn vrouw niet nog een keer zwanger zou worden. Deze gedachte werd veroorzaakt doordat de uitleg van het omdoen van een condoom was voorgedaan op handvaten van tuingereedschap (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Geloof en condoomgebruik*

Volgens de Islam mogen de man en vrouw om verschillende redenen een condoom gebruiken, mits dit in overeenstemming is met beide partijen (Bogaert, 2009). Volgens het Christendom mogen de man en vrouw een condoom gebruiken om besmettelijke ziekten te voorkomen (Pope, 2010). Volgens mw. Kaashoek zijn deze Christenen echter niet strenggelovig.
Veel mannen willen geen condoom gebruiken omdat ze 'ook geen snoepje zouden eten met het papier er nog om'. Daarnaast vinden de meeste mensen seks zonder condoom simpelweg lekkerder (Pisani, 2008).

- *Onwetendheid dat iemand HIV of AIDS heeft of niet, houden er geen rekening mee*

In de theorie staat dat wanneer iemand zichzelf positief test, diegene voortaan condooms zal gebruiken, zodat hij het virus niet overdraagt. Wanneer iemand zichzelf negatief test, zal diegene voortaan condooms gebruiken om te zorgen dat diegene negatief blijft. In de praktijk nemen mensen, die negatief getest zijn, vaak dezelfde risico's als daarvoor. Besmette mensen denken vaak: 'ik ben toch al besmet, wat heeft het voor zin om een condoom te gebruiken?' en niet-besmette mensen denken vaak: 'tot nu toe ben ik ermee weggekomen, kennelijk doe ik iets goed' (Pisani, 2008).

- *Drugsgebruik en alcoholgebruik*

Een veelvoorkomende oorzaak van HIV besmetting is het gebruik van alcohol en drugs. Bij intraveneus drugsgebruik komt het voor dat naalden vaker dan één keer gebruikt worden door diverse mensen, met als gevolg kans op besmetting. In heel Bangladesh vindt 90% van de besmettingen via deze wijze plaats. Volgens mw. Kaashoek is de risicogroep drugsgebruikers in Birisiri echter klein (Kaashoek, notulen 2, 2011).
Alcohol zorgt voor ongeremd en onverantwoordelijk gedrag (Leahy, 2010).

- *Hoger risico op besmetting, droge seks en verkrachting*

In sommige delen van de wereld wordt gedacht dat 'droge' seks aangenamer is voor de man. Om dat te stimuleren doen veel vrouwen kruiden en andere substanties in hun vagina, maar hierdoor wordt de kans op wrijving met als gevolg wondjes groter. Door de ontstane wondjes kan het HIV virus direct in de bloedbaan terecht komen, met als gevolg besmetting. Natuurlijke vochtigheid van de vagina wordt in sommige landen als een teken van ontrouw gezien. Velen zorgen daarom voor een droge vagina om te vermijden dat ze mishandeld of verstoten worden. Ook bij verkrachtingen wordt vaak veel fysiek geweld gebruikt, waardoor de kans groter is dat geïnfecteerd sperma direct terechtkomt in de bloedbaan van degene die verkracht wordt (Usdin, 2008 & Pisani, 2008). Ook SOA's, die wondjes en zweren veroorzaken, verzwakken de natuurlijke barrières waardoor de kans op besmetting groter wordt.
Daarnaast bevinden zich Langerhanscellen aan de binnenkant van de voorhuid. Dit zijn cellen waardoor een virus gemakkelijker het lichaam binnen kan dringen (Pisani, 2008).

<u>Kennis & kunde</u>

- *Analfabetisme*

Analfabetisme heerst bij het gros van de bevolking in Bangladesh. 34% in het district Durgapur is analfabeet, met als gevolg dat er vrijwel geen hoog opgeleiden zijn. Door het analfabetisme is schriftelijke voorlichting moeilijker (SAKS, 2010).

- *HIV overdracht moeder → kind*

Een met HIV besmette moeder kan haar baby besmetten tijdens de zwangerschap, geboorte en bij het geven van borstvoeding. Tijdens de zwangerschap en geboorte vindt dit plaats door bloedcontact tussen de moeder en kind. In de westerse wereld wordt vaak voor een keizersnee gekozen om de kans op overdracht tijdens de bevalling te verkleinen (Harstad, 2008). Naar schatting vindt wereldwijd 15% van alle HIV besmettingen plaats door borstvoeding. Besmetting kan worden voorkomen door flesvoeding, zoals in veel rijke landen gedaan wordt. In arme landen is schoon water echter schaars, dus is dat vaak geen optie. Bovendien is er vaak niet genoeg geld om flesvoeding te kunnen kopen (Usdin, 2008).

- *Kennistekort over de ziekte*

Er wordt onvoldoende seksuele voorlichting gegeven, waardoor de essentie van het condoomgebruik niet bij iedereen bekend is en er een tekort is over kennis over HIV en AIDS. Veel jongeren tussen de 15 en 25 jaar weten dan ook vrijwel niets over veilig vrijen.
Daarnaast wordt er geen kennis verspreid over menselijke rechten, respect en cultuur. Hierdoor is niet iedereen op de hoogte van hun recht op weigeren van seks zonder condoom.
Verder is de bevolking niet voorzichtig wanneer zij een seksuele aandoening hebben. Zij blijven onbeschermde seks hebben met anderen (SAKS, 2010).
De bevolking heeft kennistekort betreft de aandoening HIV zelf, de mogelijke preventie hiervan, de overdracht en de behandeling. Zo denken sommige inwoners dat HIV overdraagbaar is door bijvoorbeeld drinken uit dezelfde beker (Shiripinda en Eerdewijk, 2008 & Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Bloedcontact en besnijdenis*

Besnijdenis maakt de mens vatbaarder voor HIV. Tijdens de besnijdenis van een vrouw worden operatief veranderingen aangebracht aan de uitwendige geslachtsdelen van de vrouw, soms wordt dit gedaan met een gewoon mes. Als dit mes niet goed is gesteriliseerd, kan een besmetting plaatsvinden. Ook kan besmetting plaatsvinden wanneer mensen elkaars scheermesje of tandenborstel gebruiken. Bij het tandenpoetsen kan overdracht plaatsvinden via wondjes in de mond (Usdin, 2008).

Conclusie
In de beschrijving van het probleem heeft de projectgroep bij de analyse van het probleem gebruik gemaakt van het visgraatdiagram om de werkelijke situatie in Durgapur in kaart te brengen. Vanuit het visgraatdiagram zijn de verschillende oorzaken naar voren gekomen. Deze oorzaken zijn onderverdeeld in vier categorieën.
Deze vier hoofdcategorieën zijn: overheid & organisatie, omgeving, kennis & kunde en gedrag. Per categorie zijn verschillende oorzaken samengevoegd. Vervolgens zijn de oorzaken onderbouwd met theorie.
Voor een aantal categorieën is het duidelijk dat de projectgroep geen adviezen kan geven. Dit is het geval bij de categorie overheid & organisatie en tevens bij de meeste oorzaken van de categorie omgeving. De projectgroep zal zich vooral richten op de categorieën gedrag en kennis & kunde. In het volgend hoofdstuk worden de oorzaken die worden aangepakt beschreven in de gedragsdeterminanten matrix, dit aan de hand van de literatuur om de wenselijke situatie te creëren.

Gelet op de uitwerking van de probleemanalyse, concludeert de projectgroep dat de probleemstelling juist is geformuleerd.

2.2 Het Sunrise Model

Om de gedragsdeterminanten te beschrijven heeft de projectgroep gekozen voor het Sunrise Model. Dit model sloot beter aan dan het PRECEDE-PROCEED model omdat het zich meer concentreert op de gedragsdeterminanten over cultuur. Het PRECEDE-PROCEED model is wel gebruikt ter ondersteuning van de analyse hiervan. In het PRECEDE-PROCEED model zijn sommige punten uitgebreider beschreven, waardoor de projectgroep meer handvaten kreeg in het Sunrise Model.
In het Sunrise model komen naast de extra stap 4, verpleegkundige zorgverlening met de; culturele zorgbehoud, zorgaanpassing en zorgreconstructie, de volgende stappen voor.
Stap 1 is de sociale structuur en wereldvisie met daarin zeven diverse factoren.
Stap 2 is individuen, families en culturele groepen in diverse gezondheidssystemen waarin gericht wordt op de beleving.
Stap 3 richt zich op het folk-systeem en het professionele systeem.
Stap 4 wordt verwerkt in de gedragsdeterminanten matrix.

Stap 1. De sociale structuur en wereldvisie

- *Technologische factoren: Het gebruik en ontwikkeling van techniek in de maatschappij*

Bangladesh heeft slechte wegen, met name op het platteland. De woongebieden liggen afgelegen (SAKS, 2010).
Er zijn geen computers, televisies en entertainment aanwezig op het platteland. 's Avonds is er vaak geen stroom, waardoor veel mensen vroeg gaan slapen.
De meeste inwoners zijn in het bezit van een mobiele telefoon. In Durgapur is er maar enkele uren per dag elektriciteit aanwezig, echter is niet bekend wanneer (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Religieuze en filosofische factoren: Geloven in het bestaan van andere wezens of een wereld.*

De twee voornaamste godsdiensten in Durgapur zijn het christendom en de islam. Volgens de Islam mogen man en vrouw om verschillende redenen een condoom gebruiken, mits dit in overeenstemming is met beide partijen (Bogaert, 2009). Christenen mogen sinds 2010 volgens de paus alleen een condoom gebruiken om besmettelijke ziekten te voorkomen (Pope, 2010).
In Durgapur leven de verschillende geloven vredig naast elkaar. Karin vermoedt dat dit komt omdat ze in dezelfde situatie zitten, ze zijn arm en hebben hetzelfde leed te verteren. In Dhaka bestaat veel strijd tussen de religies en worden minderheden gepest en nagewezen (Kaashoek Notulen 2, 2011).

- *Familiale en sociale factoren: De verhoudingen tussen de verschillende mensen*

Het geloof heeft veel invloed op de verhouding tussen man en vrouw. Veel vrouwen bevinden zich in een ondergeschikte relatie en zijn vaak afhankelijk van hun partner voor woonruimte.
Een vrouw kan een man door middel van seks aan zich binden voor economische en/of financiële zekerheid. Hierdoor zijn ze kwetsbaar en durven moeilijk tegen hun man in te gaan (Shiripinda en Eerdewijk, 2008 & SAKS, 2010 & Pisani, 2008). Er vinden huwelijken plaats waarbij jonge vrouwen vaak een oudere partner hebben. (SAKS, 2010). Binnen de islam mag een man met vier vrouwen trouwen (Redactie; Ontdek islam. 2010). Eén van de regels is dat mensen geen seks voor het huwelijk mag hebben, dit gebeurt echter wel om de mannelijke lust te bedwingen.
Een vrouw daarentegen mag maar met één man getrouwd zijn. De mogelijkheid om te scheiden bestaat, echter wordt een echtscheiding gezien als de meest verafschuwde toegestane zaak. Het aantal echtscheidingen is klein binnen de islam en het christendom. Een scheiding wordt gezien als het uit elkaar drijven van een gezin wat schadelijk kan zijn voor de kinderen. Een huwelijk dient voor het stichten van een familie en om kinderen in een gezonde omgeving te laten opgroeien (Redactie; Ontdek islam. 2010).
Bij de Islam is condoomgebruik toegestaan wanneer men voor bejaarde ouders moet zorgen en deze zorg een te grote emotionele of financiële belasting inhoudt om voor kinderen te zorgen. Dit zegt iets over respect en de onderlinge verhoudingen (Bogaert, 2009).
Oudere mensen worden over het algemeen meer gerespecteerd en hebben een grotere sociale invloed (Kaashoek notulen 3, 2011).

Onder de bevolking heerst grote angst om buitengesloten, veroordeeld en gekwetst te worden zodra iemand geïnfecteerd is. Hierdoor houden patiënten vaak geheim dat ze besmet zijn met HIV of AIDS (Kaashoek, notulen 2, 2011). Doktoren vertellen vaak niet aan de patiënt en zijn/haar familie dat iemand besmet is om te voorkomen dat de gehele familie buitengesloten wordt (Brands, 2010).

- *Culturele waarden en opvattingen: De emotionele betekenis die mensen toekennen aan dingen*

In Durgapur zijn er verschillende stammen. Sommige stammen vormen een religieuze en etnische minderheid en worden als minderwaardig en achtergebleven beschouwd door de Bengalen.
Een van die stammen is de Garo die allemaal christenen (baptisten) zijn. Zij spreken een eigen taal en hebben een eigen cultuur. De cultuur wordt levend gehouden in het lokale museum waar ook zang-, dans- en dramalessen worden gegeven in de Garo taal. De Garo stam is bang om uit te sterven door AIDS (Kaashoek Notulen 3, 2011).

In de cultuur van Bangladesh is het vreemd wanneer mannen en vrouwen buitenshuis iets samen doen. Hierdoor moeten voorlichtingsbijeenkomsten gescheiden plaatsvinden, waarbij mannen voorlichting krijgen van mannen en vrouwen van vrouwen.
Opvallend is dat mannen in het openbaar wel lichamelijk contact hebben zonder dat zij homo zijn. Zij lopen bijvoorbeeld hand in hand of kussen elkaar op de wang (Kaashoek notulen 2, 2011).

Verder rust er in Durgapur een taboe op alles wat met seks te maken heeft, de bevolking praat niet over seks. Er is daar tevens een 'ons kent ons' cultuur waardoor het als beschamend wordt ervaren om bijvoorbeeld condooms te kopen. Volgens mw. Kaashoek vinden de inwoners van Birisiri het kopen van condooms een teken van vreemdgaan. De inwoners beschikken over weinig kennis wat betreft het gebruik en de functie van een condoom. Een voorbeeld hiervan is dat een man dacht dat een condoom om zijn tuingereedschap zou voorkomen dat zijn vrouw nog een keer zwanger zou worden. Deze gedachte ontstond doordat het aanbrengen van een condoom was voorgedaan op een handvat van tuingereedschap (Kaashoek, notulen 2, 2011).

- *Politieke en wettelijke factoren: Formele organisatie van de rechten en plichten binnen een gemeenschap*

Volgens vele mensenrechtenorganisaties zijn de mensenrechten in Bangladesh onvoldoende. De politie is omkoopbaar, wat tot gevolg heeft dat een onderzoek naar een moord of verdachte strandt. Veel wetten die het gedrag van politie en leger regelen zijn nadelig voor arme mensen. Zij kunnen zelden de gevraagde borgtocht betalen. De door hen meegebrachte getuigen worden geïntimideerd. Het leger en de politie martelen de bevolking, wat tientallen doden en gewonden veroorzaakt. De politie doet huiszoekingen vaak zonder bevelschrift. Sloppenwijken worden zonder aankondiging gesloopt (Beurden, 2004). Volgens mw. Kaashoek lijden de minderheden meer onder de wijd verspreidde corruptie dan de doorsnee Bengalen.

In Bangladesh zijn er geen wetten met betrekking tot privacy. De bevolking mag een medisch geheim doorvertellen aan derden zonder toestemming van de patiënt (Chisim, correspondentie 3, 2011).

- *Economische factoren: De manier waarop consumptie en productie samenvallen in een samenleving*

In Durgapur is er weinig werkgelegenheid, met name laag opgeleide vrouwen zijn werkeloos. Hoger opgeleide mensen kunnen een baan krijgen bij een van de vele NGO's. Deze NGO's geven beroepsopleidingen aan laag opgeleide mensen, echter zorgt de NGO er niet voor dat zij een baan krijgen.
Wanneer mensen hun producten alleen in eigen dorp/eigen streek kunnen verkopen is de markt snel verzadigd. Voor heel veel mensen is een eigen bedrijf opzetten te hoog gegrepen. Dit is zowel qua capaciteiten als qua financiële mogelijkheden niet mogelijk (SAKS, 2010).
Bangladesh is als agrarische samenleving vooral afhankelijk van de akkerbouw en in mindere mate van de vis- en vleessector. Ook de bosbouw is nog van belang, met name in het noord- en zuidoosten van het land. Meer dan 60% van de werkende bevolking is werkzaam in de landbouw en ca. 30% van het nationale inkomen is uit deze sector afkomstig (Verrijp, 2010 & Beurden, 2004).

Jaarlijks trekken veel, redelijk tot goed, opgeleide Bengalen naar het buitenland, met name naar Noord-Amerika, Groot-Brittannië en het Midden-Oosten.
In Durgapur vertrekken veel werkemigranten naar buurlanden zoals India om geld te verdienen voor hun families. De meesten komen één of twee dagen terug naar huis wanneer zij loon hebben ontvangen. De werkemigranten brengen op verschillende momenten hun loon mee naar huis, de ene neemt elke week zijn/haar loon mee naar huis en de andere elke maand (Chisim, correspondentie 3, 2011).

De textielsector biedt werk aan meer dan één miljoen vrouwen en enkele honderdduizenden mannen. De positie van vrouwen op de arbeidsmarkt is verre van optimaal. Velen worden ondergewaardeerd, uitgebuit en zelfs misbruikt.
Ook belandt een groot aantal vrouwen zonder papieren in de seksindustrie van landen als India en Pakistan (Verrijp, 2010).
In Bangladesh is veel kinderarbeid aanwezig, miljoenen kinderen werken de hele dag en gaan niet naar school (Verrijp, 2010 & Beurden 2004).
Het inkomen per hoofd van de bevolking schommelt rond een kleine 375 dollar per jaar (Verrijp, 2010).

- *Scholingsfactoren: Manier waarop kennis wordt gegeven aan een gemeenschap (Jong, 2003).*

Bangladesh telt tienduizenden verschillende soorten scholen met verschillende kwaliteitsniveaus. Doordat ouders niet op de hoogte zijn van de noodzaak van scholing gaan veel kinderen niet naar school. Armoede draagt hier ook aan bij. Hierdoor leven veel kinderen op straat of werken zij. Dit heeft tot gevolg dat zij niet beschikken over de benodigde informatie van bijvoorbeeld seks. (SAKS, 2010)
Daarnaast is 34% van de bevolking in Bangladesh analfabeet (SAKS, 2010). Dit heeft als gevolg dat zij te weinig kennis hebben over HIV en AIDS en de overdracht hiervan (Shiripinda en Eerdewijk, 2008 & SAKS, 2010 & Kaashoek, notulen 2, 2011).

<u>Stap 2: De individuen, families en culturele groepen in diverse gezondheidszorgsystemen</u>
Uit interviews met tien inwoners uit het district blijkt dat de meeste inwoners denken dat AIDS een sluipende aandoening is die met de dag erger wordt. Voor de meeste inwoners van Durgapur is AIDS een dodelijke ziekte waar geen geneesmiddel voor bestaat.
Echter weten maar enkelen dat het niet overgedragen kan worden door aanraking. Slechts enkelen kunnen een aantal manieren benoemen waardoor de ziekte wel overdraagbaar is. Daarnaast zijn zij op de hoogte van de belangrijkste symptomen die bij HIV horen.
In hun beleving worden geïnfecteerden niet geaccepteerd in de samenleving en sommigen geven ook duidelijk aan dat ze geïnfecteerden en familie vermijden en er niet mee omgaan. Een enkeling geeft aan niet bang te zijn om besmet te raken, maar het gros is juist wel bang om besmet te raken (Interview citizens, 2011).

<u>3: Folk-systeem en professioneel systeem.</u>
Birisiri is moeilijk te bereiken door de slechte wegen en is het minimaal 2 uur rijden in een volle bus voordat ze bij een ziekenhuis zijn. Birisiri heeft één gezondheidspost, waarin huisartsen spreekuren houden. Volgens mw. Kaashoek hebben zij weinig kennis. Een simpele verkoudheid kan behandeld worden, echter wanneer de ziekte ingewikkelder wordt, wordt de patiënt doorverwezen naar het ziekenhuis. In de gezondheidspost zijn diverse antibiotica en vaccins aanwezig. Hoe vaker inwoners ziek worden, hoe sneller hun geld op is. Wanneer iemand meer specialisme nodig heeft, moet diegene ver reizen en de behandelingen zijn vaak erg duur. Voor HIV testen moeten de mensen naar Dhaka reizen. Dit kost veel geld en tijd die de bevolking niet heeft. Daarnaast kan bloed opgestuurd worden naar Dhaka voor een HIV test, dit kost ook veel geld (Kaashoek, notulen 2, 2011 & Chisim, correspondentie 1, 2011).

Volgens dhr. Chisim en dhr. Mridha (2011) gaat de bevolking voor allerlei ziekten eerst naar een traditionele genezer dan naar een professionele dokter omdat dit goedkoper is. Echter weten ze dat er geen traditioneel medicijn beschikbaar is tegen HIV en AIDS. De traditionele genezers hebben een goedkope kruidenmix die lang niet altijd de symptomen onderdrukt. Deze kruidenmix heet Kobiraj en is de enige “geneeswijze” die zeer arme mensen kunnen betalen.

Conclusie
Na het uitwerken van het Sunrise Model werd het vermoeden van de projectgroep bevestigd dat dit model meerwaarde heeft voor het project. In dit model worden alle problemen onderverdeeld in factoren wat een beter overzicht geeft. Op deze manier kan de informatie beter gebruikt worden voor de invulling van de gedragsdeterminanten matrix.
Door middel van het Sunrise Model is er ook aandacht besteed aan de gezondheidzorg in Bangladesh waardoor er inzicht wordt gegeven in de begin situatie op medisch gebied.

3 Wenselijke situatie

De tweede fase van het project bestaat uit stap 3 'gegevensverzameling en kwaliteitstoetsing' van Grol. Dit hoofdstuk bevat het tweede deel van deze fase, namelijk de wenselijke situatie. De wenselijke situatie wordt beschreven aan de hand van stap 2 en 3 van het IM model. Dit zijn tevens de eerste twee stappen voor het ontwikkelen van de gedragsdeterminanten matrix.
De wenselijke situatie is tevens in de gedragsdeterminanten matrix verwerkt door middel van proces-, structuur- en resultaatcriteria. De proces- en structuurcriteria zijn in deze matrix de kopjes strategieën en methoden. De resultaatcriteria zijn de beoogde doelen.
De derde stap van het IM model is de laatste stap in de analysefase. Hierin wordt onderzocht welke methoden (structuurcriteria) en strategieën (procescriteria) bruikbaar zijn per gedragsdeterminant, welke ook in de matrix verwerkt worden.

3.1 Gedragsdeterminanten matrix

Vanuit de werkelijke situatie heeft de projectgroep standaarden (bijlage 1.4) opgesteld waaruit gedragsdeterminanten zijn gekomen die de basis vormen van de gedragsdeterminanten matrix. Deze gedragsdeterminanten bestaan uit twee groepen, de actieve gedragsdeterminanten en de passieve gedragsdeterminanten. De projectgroep gaat aan de actieve determinanten werken, echter heeft de projectgroep geen invloed op de passieve determinanten. De selectie tussen actief en passief is gemaakt in overleg met mw. Kaashoek omdat zij de inwoners van Durgapur beter kent dan de projectgroep.
Aan de hand van de opgestelde gedragsdeterminanten heeft de projectgroep bij elke determinant beschreven welke doelgroep hierbij hoort. In de kolom doelgroep worden vijf categorieën benoemd, namelijk de gehele bevolking, mannen, vrouwen, jongeren en artsen. De projectgroep heeft besloten welke doelgroep bij een determinant hoort, door in overleg met mw. Kaashoek te kijken welke het beste hierbij aansluit. Hierdoor sluit de projectgroep aan bij de behoefte van de doelgroep. Een voorbeeld hiervan is dat het geen tot weinig zin heeft om uitleg te geven over condoomgebruik aan vrouwen, gezien het feit dat zij dit niet kunnen/willen bespreken met hun man. Hierbij moet de voorlichting juist gericht worden op de mannen.

Na het opstellen van de standaarden heeft de projectgroep beschreven hoe deze gerealiseerd kunnen worden door middel van proces-, structuur- en resultaatcriteria. Deze drie soorten criteria zijn naderhand gebruikt om de matrix verder in te vullen.
De resultaatcriteria, dus de einddoelen van een standaard die volgens de SMART eisen zijn opgesteld, zijn verwerkt in de kolom doel na voorlichting.
Als laatste stap in de matrix is gekeken hoe het doel na voorlichting per gedragsdeterminant behaald kan worden. Hiervoor zijn de proces- en structuurcriteria gebruikt. De procescriteria is vergelijkbaar met de mogelijke methoden hoe het doel behaald moet worden. De structuurcriteria is vergelijkbaar met de mogelijke strategieën, welke ervoor zorgen dat de methoden toegepast kunnen worden om de doelen te behalen. De projectgroep heeft niet alle methoden en strategieën gebruikt bij het opstellen van de trainingsmodulen, omdat niet allen toepasbaar zijn op de bevolking van Durgapur.

<u>Niveau doelgroep</u>
Het project krijgt te maken met diverse groepen die voorlichting gaan geven, waarbij ingespeeld moet worden op de verschillende opleidingsniveaus. Zo worden eerst de acht community workers opgeleid. Deze mensen hebben een onbeschreven levenspad. Zij kunnen lezen en schrijven en staan open voor het onderwerp. Over de tweede groep, de 5400 participanten, die opgeleid gaat worden is niets bekend. Zij moeten nog gezocht worden door de contactpersonen in Bangladesh. De gehele bevolking krijgt voorlichting van de 5400 participanten. Uit de gesprekken met mw. Kaashoek, het mailcontact met dhr. Chisim en de interviews die zijn afgenomen onder tien inwoners van Durgapur, blijkt dat de inwoners niet op de hoogte zijn van de ziekten HIV en AIDS en ook niet weten hoe deze overgedragen kan worden.

Na bovenstaande uitleg is de matrix ontstaan die op de volgende pagina te vinden is.

In de matrix wordt er gesproken van de testgroep, dit is een groep die meedoet aan de 0 meting en eindmeting. Dit wordt verder uitgelegd bij de overdracht van het project.

Gedragsdeterminanten matrix

Mogelijk te veranderen determinanten				
Gedragsdeterminanten	**Doelgroepen**	**Mogelijke methoden (Structuurcriteria)**	**Mogelijke strategieën (Procescriteria)**	**Mogelijke doelen na voorlichting (Resultaatcriteria)**
De kennis over de ziekten HIV en AIDS en over condooms en het gebruik hiervan.	De gehele bevolking Bij condoomgebruik wordt vooral gericht op mannen	• Informatieoverdracht • Tweevoudig procesverwerking • Risico informatie • Demonstratie • Lobbyen • Modelleren • Vaardigheidstraining	• Ervaringsverhalen • Groepsdiscussie • Herhaling • Meerdere kanten van verhaal benadrukken • Beeldmateriaal • Bewijs (getallen) • Beroep op angst • Arts, mits mogelijk • Overtuigen • Structuur in verhaal / begrip • Toneelstukjes • Interactieve lessen • Creatieve opdrachten om actief te leren	• De eventuele aanwezige artsen uit de gezondheidsposten kunnen uitleg geven over de ziekten HIV en AIDS met de daarbij horende oorzaken, symptomen en behandeling (Kaashoek notulen 2, 2011). • De testgroep laat met de evaluatie zien dat hun kennis is vergroot ten opzichte van de 0 meting (Kaashoek notulen 2, 2011). • Jongeren hebben meer kennis over veilig vrijen (SAKS, 2010). • De testgroep kan vier manieren van de overdracht van HIV en AIDS benoemen (Pisani, 2008). • De testgroep kan drie symptomen benoemen als ze HIV of AIDS zouden hebben (Pisani, 2008). • De testgroep geeft bij de evaluatie aan geen

				onveilige seks meer te hebben wanneer ze zichzelf van HIV of AIDS verdenken (Pisani, 2008). • Vrouwen hebben meer kennis over de ziekten HIV en AIDS, de toepassing van mensenrechten en de sociaal-culturele posities (Usdin, 2004).
Taboe op alles wat met seks te maken heeft	De gehele bevolking	• Tweevoudige procesverwerking • Nieuwe argumenten over overdracht • Sociale beoordelingstheorie • Confrontatie • Sociale vergelijking • Lobbyen	• Beroep doen op angst • Groepsdiscussie • Toneelstukjes	• De testgroep geeft bij de evaluatie aan dat zij openlijker over seks communiceren dan bij de 0 meting (SAKS, 2010).
Angst om buitengesloten, veroordeeld en gekwetst te worden bij diagnose HIV	De gehele bevolking	• Belonen en straffen • Confrontatie • Sociale vergelijking • Community building	• Vergelijking maken • Argumenten geven • Kennis vergroten • Overtuigen • Meerdere kanten benoemen • Ervaringsverhalen • Toneelstukjes over overdracht	• De geïnfecteerde en zijn/haar omgeving kunnen vier manieren van de overdracht van HIV benoemen (Verdult, 2007). • De testgroep geeft tijdens de evaluatie aan minder angst te hebben voor het krijgen van HIV ten opzichte van de 0 meting (Interview citizens, 2011). • De testgroep kan tijdens de evaluatie benoemen dat de HIV- en AIDS geïnfecteerden niet altijd

				slecht zijn, niet altijd ziek zijn of dat ze geen seks en/of alleen onveilige seks hebben (Shiripinda en Eerdewijk, 2008).
Condooms kopen is een teken van vreemdgaan (draai geven naar geboortebeperking)	Mannen	• Tweevoudige procesverwerking • Consistentietheorie • Sociale beoordelingstheorie • Confrontatie • Sociale vergelijking • Nieuwe argumenten	• Kennis vergroten over functie condoom gebruik • Vergelijking • Attributentheorie • Commitment/consistentie • groepsdiscussie • Ervaringsverhalen / rolmodellen?	• Het mannelijk deel van de testgroep geeft bij de evaluatie aan dat zij door een condoom te gebruiken niet meer de dood boven gêne verkiezen (Pisani, 2008). • De testgroep geeft bij de evaluatie aan dat zij condoomgebruik niet meer gezien als een teken van vreemdgaan omdat ze de functie van een condoom weten (Kaashoek notulen 2, 2011).
Het gebruik van alcohol en drugs	Jongeren	• Model leren • Consistentietheorie • Informatieoverdracht • Risico informatie • Scenario informatie	• Argumenten geven • Bewijs • Beroep op angst • Herhalen • Meerdere kanten van het verhaal laten zien • Groepsdiscussies	• De testgroep geeft bij de evaluatie aan naalden niet meer vaker dan één keer gebruiken (SAKS, 2010). • De testgroep kan bij de evaluatie tenminste één reden aangeven waarom alcohol een nadelige invloed heeft op een besmetting met HIV (SAKS, 2010).

Niet te veranderen determinanten				
Woongebieden stammen afgelegen	--	--	--	--

Slechte wegen, met name op het platteland	--	--	--	--
Het christendom met eigen normen en waarden	Hier zou de predikant van dienst kunnen zijn	• Tweevoudige procesverwerking • Versterken van sociale netwerken • Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag	• Argumenten • Vergelijking geven • Attributentheorie • Beroep doen op angst • Bewijs • Autoriteit • Retorische vragen	• De predikant helpt mee met een voorbeeldfunctie voor zijn volgelingen.
De islam met eigen normen en waarden	Hier zou de imaam van dienst kunnen zijn.	• Tweevoudige procesverwerking • Versterken van sociale netwerken • Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag	• Argumenten geven • Vergelijking geven • Attributentheorie • Beroep doen op angst • Bewijs • Autoriteit • Retorische vragen	• De imaam helpt mee met een voorbeeldfunctie voor zijn volgelingen.
Condoomgebruik vanwege verschillende regels per geloof (Vooral bij de mannen zijn hiervoor)	Mannen	• Creatieve opdrachten • Tweevoudige procesverwerking • Sociale vergelijking	• Argumenten geven • Vergelijking van de argumenten • Bewijs • Attributentheorie	• Mannen en vrouwen gebruiken condooms volgens de regels van hun religie. • De testgroep maakt gebruik van de gratis of goedkope condooms en weten hoe ze deze moeten gebruiken (Brug, 2007
Inwoners zitten in dezelfde situatie (arm)	--	--	--	--
Vrouwen bevinden zich in een ondergeschikte positie	Vrouwen	• Versterken assertiviteit en zelfvertrouwen • Zelfevaluatie • Versterken sociale netwerken • Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag.	• Vergelijking maken man en vrouw • Sympathie • Beroep op angst • Retorische vragen • Rollenspel	• Vrouwen hebben vaardigheden ontwikkeld waarmee zij eerder voor zichzelf op kunnen komen in de verhouding tussen man en vrouw.
Vrouwen afhankelijk van	Vrouwen	--	--	--

partner voor woonruimte en financiële zekerheid				
Seks is een manier om een man te binden aan een vrouw	De gehele bevolking	--	--	--
Vrouwen durven niet tegen een man in te gaan	Vrouwen	--	--	--
Seks voor het huwelijk niet toegestaan, maar wordt wel gedaan (prostitutiebezoek)	De gehele bevolking	• Systematisch denken	• Benoemen	• De testgroep geeft in de evaluatie aan dat zij zich er van bewust zijn dat er seks voor het huwelijk plaatsvindt.
Inwoners worden besmet door het hebben van droge seks.	De gehele bevolking	• Informatieoverdracht	• Argumenten	• Het mannelijke deel van de testgroep geeft aan bij de evaluatie dat zij weten dat een natuurlijke vochtige vagina geen teken is van ontrouw maar van lust (Usdin, 2008 & Pisani, 2008). • Er vinden geen nieuwe besmetting plaats door het hebben van droge seks door het gebruik van kruiden en/of substanties.
Emigratie naar buitenland voor werk	Mannen	• Informatieoverdracht	• Argumenten	• Mannen zijn bewust van de risico's die zij lopen bij bezoek aan prostituees en gebruik daarom condooms.
Niet veel werkgelegenheid	De gehele bevolking	--	--	--
Analfabetisme	De gehele bevolking	• Informatieoverdracht	• Gebruik van plaatjes met mondelinge uitleg	• Mensen begrijpen de plaatjes.
Artsen maken gebruik van onsteriele materialen	Artsen	• Informatieoverdracht	• Mondelinge toelichting • Creatieve opdrachten	• Artsen werken steriel conform protocol

Conclusie
Uit de matrix blijkt dat veel determinanten aangepakt kunnen worden. Zoals in de inleiding is beschreven zijn er in de werkelijke situatie meerdere oorzaken naar voren gekomen. De ideale situatie zou zijn dat al deze oorzaken worden aangepakt. Echter is dit niet haalbaar voor de projectgroep. De categorie overheid & organisatie bevat veel oorzaken die verbeteringen kunnen teweegbrengen. Deze liggen echter buiten het bereik van de projectgroep. Hier zijn dus geen standaarden en criteria voor opgesteld en verwerkt in de matrix. In de categorie omgeving zijn niet van alle oorzaken standaarden en criteria opgesteld. De oorzaken die wel meegenomen zijn, zijn sociale veroordeling en de verhouding tussen man en vrouw.
Na het opstellen van de standaarden en criteria, blijkt dat niet alle beschreven standaarden behaald konden worden door middel van dit project. Dit komt doordat deze buiten het bereik van de projectgroep liggen. Het is bijvoorbeeld niet haalbaar om ervoor te zorgen dat een strenggelovige christen een condoom gebruikt wanneer hij/zij een besmettelijke ziekte heeft.
In de volgende fase, hoofdstuk 4, komt naar voren welke methoden en strategieën de projectgroep heeft gekozen bij het ontwerpen van de trainingsmodulen.

3.2 Risicoanalyse

In dit hoofdstuk is een risicoanalyse opgesteld. Uit de informatie, die is verzameld in de werkelijke en de wenselijke situatie, heeft de projectgroep de sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen van het project en de bevolking beschreven. Deze zijn tegenover elkaar gezet en vervolgens is er gekeken naar hoe deze elkaar versterken of verzwakken.
Al deze punten hebben cijfers gekregen naarmate van belangrijkheid. 0 is niet belangrijk, 1 is belangrijk, 3 is belangrijker en 5 is het meest belangrijkst.
Deze analyse is uitgevoerd zodat de projectgroep van te voren een duidelijk beeld kreeg van de eventuele zwakke punten en bedreigingen. Dit zodat de projectgroep hier tijdig op kan inspelen. De projectleider in Bangladesh krijgt hierdoor met minder onverwachte risico's te maken, met als gevolg dat het project meer kans van slagen heeft.

S = Strenght (Sterkte) Intern en controleerbaar (Engelaer, 2010 & KvK, 2011).

- Cultuur en omstandigheden sluiten op elkaar aan
- De bevolking staat open voor gedragsverandering
- Humor en een gezellige sfeer zijn belangrijk voor kennisoverdracht
- De voorlichting bevat een positieve insteek/bericht
- De inwoners gaan met elkaar het gesprek aan over het onderwerp
- Family planning is erg geaccepteerd

W = Weaknesses (Zwakte) Intern en controleerbaar (Engelaer, 2010 & KvK, 2011).

- De bevolking vergeet snel dingen, daarom is herhaling belangrijk!
- Weinig kennis over de ziekten en het gebruik van een condoom
- Er heerst een taboe op seks

O= Oppurtunities (Kansen) Extern en niet-controleerbaar (Engelaer, 2010 & KvK, 2011).

- Artsen gaan meewerken aan voorlichting
- De bevolking wordt betrokken bij het geven van voorlichting, waardoor zij de kennis gaan verspreiden onder andere mensen

T = Threaths (bedreigingen) Extern en niet-controleerbaar (Engelaer, 2010 & KvK, 2011).

- Er is weinig tot geen geld beschikbaar
- Niet iedereen kan op tijd bereikt worden vanwege grote afstand tussen dorpen
- Niet iedereen op tijd bereiken om aanwezig te kunnen zijn bij de voorlichting
- Interne problemen binnen de organisatie

<u>Confrontatiematrix</u>
Nadat de SWOT is ingevuld zijn de componenten tegenover elkaar gezet.
Kansen - Sterkten
Kansen - Zwakten
Bedreigingen - Sterkten
Bedreigingen - Zwakten
Hierbij is aangegeven of de sterkten/zwakten de kansen/bedreigingen juist vergroot, verkleind of er geen effect op hebben (gelijk).

Op de volgende pagina is de confrontatiematrix te zien waarin alle bovengenoemde punten terugkomen.

Confrontatiematrix

	VS	Sterkten						Zwakten		
		Cultuur en omstandigheden sluiten op elkaar aan	De bevolking staat open voor gedragsveranderingen	Humor en een gezellige sfeer zijn belangrijk voor kennisoverdracht	De voorlichting bevat een positieve insteek/bericht	De inwoners gaan met elkaar het gesprek aan over het onderwerp	Family planning erg geaccepteerd	De bevolking vergeet snel dingen, daarom is herhaling belangrijk!	Weinig kennis over de ziekten en over het gebruik van een condoom	Er heerst een taboe op seks
Kansen	Artsen gaan meewerken aan voorlichting	1= Vergroot sterkte	1= Vergroot sterkte	0= Gelijk	0= Vergroot sterkte	0= Vergroot sterkte	1= Vergroot sterkte	3= Verkleind zwakte	1= Verkleind zwakte	0= Verkleind zwakte
	De bevolking wordt betrokken bij het geven van voorlichting, waardoor zij de kennis gaan verspreiden onder andere mensen	5= Vergroot sterkte	5= Vergroot sterkte	5= Vergroot sterkte	3= Vergroot sterkte	5= Vergroot sterkte	0= Vergroot sterkte	5= Verkleind zwakte	3= Verkleind zwakte	1= Verkleind zwakte
Bedreigingen	Er is weinig tot geen geld beschikbaar	3= Verkleind bedreiging	0= Verkleind bedreiging	0= Gelijk	0= Gelijk	1= Verkleind bedreiging	0= Verkleind bedreiging	3= Vergroot bedreiging	0= Vergroot bedreiging	5= Vergroot bedreiging
	Niet iedereen kunnen bereiken	0= Verkleind bedreiging	0= Verkleind bedreiging	0= Gelijk	0= Gelijk	3= Verkleind bedreiging	0= Verkleind bedreiging	0= Vergroot bedreiging	1= Vergroot bedreiging	3= Vergroot bedreiging
	Niet iedereen kan op tijd bereikt worden om aanwezig te kunnen zijn bij de voorlichting	0= Verkleind bedreiging	0= Gelijk	0= Gelijk	0= Gelijk	3= Verkleind bedreiging	0= Gelijk	3= Vergroot bedreiging	0= Vergroot bedreiging	3= Vergroot bedreiging
	Saks heeft interne problemen	3= Vergroot bedreiging	0= Verkleind bedreiging	0= Verkleind bedreiging	0= Gelijk	0= Verkleind bedreiging	0= Verkleind bedreiging	0= Gelijk	3= Vergroot bedreiging	0= Gelijk

Conclusie
Onderstaand heeft de projectgroep een tabel gemaakt om de zwakte punten van het project overzichtelijk te maken. In deze tabel geldt het volgende: leeg betekent niet belangrijk, 1 is belangrijk, 3 is belangrijker en 5 is het meest belangrijkst.

VS	**Sterkte** Cultuur en omstandigheden sluiten op elkaar aan	**Zwakte** De bevolking vergeet snel dingen, daarom is herhaling belangrijk!	**Zwakte** Weinig kennis over de ziekten en het gebruik van een condoom	**Zwakte** Er heerst een taboe op seks
Bedreiging Er is weinig tot geen geld beschikbaar		3= Vergroot bedreiging		5= Vergroot bedreiging
Bedreiging Niet iedereen kunnen bereiken			1= Vergroot bedreiging	3= Vergroot bedreiging
Bedreiging Niet iedereen kan op tijd bereikt worden om aanwezig te kunnen zijn bij de voorlichting		3= Vergroot bedreiging		
Bedreiging Saks heeft interne problemen	3= Vergroot bedreiging			

De bedreigingen worden vaak versterkt door de zwakten, echter kan een bedreiging versterkt worden door een sterkte. Er is maar één bedreiging die wordt versterkt door een zwakte die het meest belangrijkst is. Die bedreiging is: “Er is weinig tot geen geld beschikbaar” en de zwakte is: “Er heerst een taboe op seks”. Dit is een belangrijke combinatie om op voorbereid te zijn, omdat dit taboe zonder voorlichting niet doorbroken kan worden. Bovendien kan voorlichting niet gefinancierd worden zonder geld. Een oplossing hiervoor is met zo weinig mogelijk geld mensen op te leiden en hierna vrijwilligers te zoeken die de voorlichting willen gaan geven.
De plek waar de voorlichting gegeven moet worden moet strategisch gekozen worden. Er moeten veel mensen bereikt worden uit verschillende dorpen die ook in staat zijn hier met anderen verder over te praten. Dit kan bereikt worden door o.a. een toneelstuk of door een informatieve voordracht te houden voor een sportwedstrijd. Bij een sportwedstrijd zitten veel mannen uit de omgeving. Zo kan de groep mannen in ieder geval bereikt worden, zodat zij verder over de informatie kunnen praten, waardoor tussen inwoners kennisoverdracht plaatsvindt. Tijdens het toneelstuk moeten de mannen wel aangespoord worden om verder te praten over het onderwerp, met het resultaat dat mannen sneller geneigd zijn om erover te praten.

4 Ontwerp trainingsmodulen

In de derde fase van het project maakt de projectgroep gebruik van stap 4 'planning en invoering van verbeteringen' van de kwaliteitscyclus Grol, maar ook van stap 4 van het IM model. Deze fase bestaat alleen uit het plannen en het ontwerpen van de trainingsmodulen, de eindproducten van dit project. In dit hoofdstuk staat centraal hoe de projectgroep tot de trainingsmodulen is gekomen. De trainingsmodulen zijn allebei in één losse document te vinden.

4.1 Verantwoording trainingsmodulen

Tijdens het project is er gebruik gemaakt van meerdere modellen, criteria en is veel informatie opgezocht en verwerkt. *'De trainingsmodule voor 8 community workers; HIV en AIDS preventie'* is hier een van de eindproducten van. Deze trainingsmodule is gemaakt voor de instructeur die de acht community workers op gaat leiden.
Daarna is een versimpelde trainingsmodule opgesteld die de acht community workers kunnen gaan gebruiken om les te geven aan de 5400 participanten. Hieronder is te lezen welke afwegingen de projectgroep heeft gemaakt en hoe de trainingsmodulen tot stand zijn gekomen.

Voor de opzet van de trainingsmodulen is kritisch gekeken naar een trainingsmodule die opgesteld is voor Health Managers in Bangladesh (NASP, 2010). In deze module zijn 23 lessen uitgewerkt, met hun bijbehorende doelstellingen, tijdstippen, materialen en inhouden. Deze exacte opzet is niet letterlijk overgenomen, maar aangepast naar eigen ideeën van de projectgroep. Tevens is er gebruik gemaakt van 'het voorbereiden van een GVO-activiteit' uit een werkcahier van Burgt uit 2000. Hierin staan diverse opzetfactoren waar een voorlichtingsactiviteit aan kan/moet voldoen. In deze trainingsmodule is hier ook gebruik van gemaakt. Het schema van de GVO-activiteit is terug te vinden in bijlage 3.1.
Bij het opstellen van de trainingsmodulen is er ook gekeken naar het Treat-Train-Retain project van WHO in 2006. Per punt is er gekeken hoe deze in de trainingsmodulen geïntegreerd konden worden.
De trainingsmodulen zijn versimpeld, omdat de informatie aan de community workers en de participanten, die geen medische achtergrond hebben, overgebracht gaat worden.
In de trainingsmodulen zijn er uiteindelijk zes lessen opgesteld met elk hun eigen inhoud.
De lesinhouden hebben hun inhoud gekregen door de gevonden informatie die is weergegeven in de werkelijke en de wenselijke situatie.
In les 1 komen diverse criteria terug die de instructeur met de community workers kan bespreken, deze zijn gebaseerd op een wetenschappelijk onderzoek over peereducatie in Zuid-Afrika (bijlage 4.1). Wanneer de community workers aan de criteria voldoen, komen zij professioneler over op de bevolking. Dit heeft tot gevolg dat de bevolking sneller en meer informatie aan zal nemen met een grotere kans op gedragsverandering.

Zowel les 1 als les 2 gaan over de ziektebeelden HIV en AIDS, met bijbehorende standaardinformatie als symptomen, prevalentie, manieren van overdracht en medicatie. Over het onderwerp medicatie is de afweging gemaakt om deze in de trainingsmodule te vermelden, ondanks het feit dat de projectgroep weet dat medicatie te duur is voor de meeste inwoners van Durgapur. De projectgroep is echter van mening dat het belangrijk is dat de instructeur op de hoogte is van alle belangrijke informatie over HIV, waaronder het bestaan van medicatie een van is. Stel dat een van de community workers bijvoorbeeld vraagt of er medicatie op de markt is voor HIV, dan heeft de instructeur hier een antwoord op. Er is rekening gehouden met het feit dat een instructeur meer moet weten dan zijn studenten, zodat er antwoord gegeven kan worden op de vragen van de student.
De informatie over HIV en AIDS is bewust verdeeld over twee lessen, zodat de community workers de grote hoeveelheid informatie eerst kan laten bezinken voordat er verder gestudeerd kan worden.
De kop 'preventie' hoort net als symptomen en prevalentie bij de ziekten HIV en AIDS, maar is in een aparte les geplaatst. De reden hiervoor is dat preventie het hoofddoel van het project is. Deze les heeft als belangrijkste doel het leren van het correct gebruiken van een condoom.
Les 4 is een interactieve les waarin het spel Family Matters gespeeld wordt met een bijbehorend toneelstuk. De reden hiervoor is dat het op deze manier interessanter wordt voor de community workers en zij beter de aandacht erbij kunnen houden. Er wordt aanspraak gemaakt op de creativiteit van de community workers, zodat zij kunnen oefenen met het verzinnen van manieren om voorlichting te geven aan de 5400 participanten en de inwoners. De trainingsmodule die gebruikt gaat worden voor het lesgeven aan de participanten bevatten hiervan voorbeelden. Het is echter belangrijk om het eigen vermogen van de acht community workers aan te spreken.

De trainingsmodulen komen met de inhoud voort uit de vooraf opgestelde gedragsdeterminanten matrix. Onderstaand wordt beschreven welke methode (structuurcriteria) of strategie (procescriteria) bij een les hoort.

Onderdeel in les	**Bijbehorende methode of strategie**
Totale trainingsmodule met indeling lessen	*Structuur* in het overbrengen van een verhaal
Les 1: Wat zijn de ziekten HIV en AIDS	*Groepsdiscussie* met de community workers *Kennisvergroting*
Les 1: Informatie over het doodgaan door het ontbreken van medicatie in Bangladesh	*Beroep op angst*
Les 1: Prevalentie van HIV en AIDS	*Bewijs* dat de ziektes een probleem zijn
Les 2: Samenvatting van informatie uit les 1	*Herhaling*, zodat informatie beter opgenomen wordt
Les 2: Manier van overdracht	*Gebruik van beeldmateriaal* met de plaatjes 'manieren van overdracht *Overtuigen* door mensen te laten inzien dat bepaalde dingen geen HIV veroorzaken *Groepsdiscussie* door te praten over manieren van overdracht
Les 2: Stigmatisering	*Meerdere kanten van het verhaal* met als gevolg meer *Begrip*
Les 3: Preventie van HIV	*Creatieve opdrachten* door te oefenen met juist condoomgebruik
Les 4: Family Matters	*Toneelstukjes* *Ervaringsverhalen*

De verschillende doelstellingen van de actieve determinanten die in de matrix te vinden zijn, zijn allen naast de trainingsmodulen gelegd en komen allen terug op één na. Er is namelijk een doel opgesteld dat de artsen in de gezondheidsposten uitleg kunnen geven over HIV en AIDS. De projectgroep denkt echter dat deze niet haalbaar is, omdat er verwacht wordt dat de artsen niet aanwezig kunnen zijn bij de zes lessen over HIV en AIDS aan de community workers. Deze verwachting is gebaseerd op de antwoorden van artsen op de interviews die afgenomen zijn. In de interviews met de doktoren zijn veel korte antwoorden gegeven. Bij navraag bleek dat de artsen geen tijd hadden om antwoorden te geven omdat zij het druk hadden met de vele patiënten.

Na iedere les is een korte evaluatie toegevoegd, aangezien dit een belangrijk onderdeel is in een lesopzet. De evaluatie kan ingevuld worden met zowel cijfers (1 t/m 5) als met woorden (zeer slecht t/m zeer goed). Op deze manier wordt verwarring en interpretatie van cijfers en/of woorden deels voorkomen.
Tevens is aan het eind van de twee trainingsmodulen gekozen voor een toets met open vragen. Het is de bedoeling dat de acht community workers goed op de hoogte zijn van de ziekten HIV en AIDS. De projectgroep is van mening dat dit het best beoordeeld kan worden met een toets. Deze toets is puur observerend. Aan de hand van de uitslag van deze toets zal de instructeur hier op aansluiten. Stel dat de community workers nog weinig weten van de symptomen van HIV, dan behoeft dit herhaling waarvoor plaats is in de les. De toets is opgebouwd volgens een aantal open vragen, aangezien dit het beste weergeeft in hoeverre de kennis vermeerderd is van de community workers.
Met behulp van de evaluatie en de toets bepaald worden of de uiteindelijke doelen zijn behaald en of dat er iets verbetert kan worden.

Tot slot moet hier vermeld worden dat in de gedragsdeterminanten matrix meerdere oorzaken van HIV benoemd zijn. De projectgroep heeft deze echter als 'passief' bestempeld, wat betekent dat het niet uitvoerbaar is in onze trainingsmodule. Sommige passieve gedragsdeterminanten zijn oplosbaar, maar niet voor de projectgroep.

5 Uitvoering trainingsmodulen

De vierde fase van het project is de uitvoeringsfase, dit valt ook onder stap 4 'planning en uitvoering van verbeteringen' van de kwaliteitscyclus Grol. Tevens behoort in de uitvoeringsfase ook stap 5 van het IM model.
In de vorige fase is er een planning gemaakt om het project uit te voeren, in deze fase wordt het gerealiseerd. De projectgroep voert deze fase echter niet uit, maar schrijft een overdracht voor de nieuwe projectleider in Bangladesh. Hierin is beknopt te vinden hoe de trainingsmodule tot stand is gekomen, maar ook welke tijdspad de projectgroep adviseert. Daarbij heeft de projectgroep rekening gehouden met de uitvoertijd.

5.1 Overdracht van het programma

Dit hoofdstuk bevat een overdracht van het project HIV preventie in Bangladesh. Deze overdracht is bestemd voor één contactpersoon in Bangladesh die het project vanaf daar verder gaat besturen, hierna projectleider genoemd.
In deze overdracht is te vinden hoe de trainingsmodulen tot stand zijn gekomen en waar de projectleider op moet letten bij het implementeren van de modulen volgens Lewin en het uitvoeren van de evaluatieplannen die zijn opgesteld in hoofdstuk 6.

Voordat de projectgroep is begonnen met het opstellen van de trainingsmodule, is veel informatie opgezocht en geanalyseerd. Tevens is gekeken naar andere trainingsmodulen en het 'Treat-Train-Retain' program (WHO, 2006 & NASP, 2010). Onder de bovengenoemde informatie vallen zowel de correspondentie met dhr. Chisim en mw. Kaashoek als de interviews die zijn afgenomen van tien burgers en drie artsen in het district Durgapur (bijlage 4).
De interviews hebben de vermoedens van de projectgroep en de informatie uit de theorie bevestigd. Uit de interviews kwam naar voren dat de kennis over de ziekten HIV en AIDS niet voldoende is. Zo antwoordden velen dat AIDS een dodelijke ziekte is, maar niet wat het inhoudt en hoe het overgedragen kan worden.
De projectgroep is echter van mening dat de groep geïnterviewden niet representatief is voor de bevolking in Durgapur. Dit komt doordat alle geïnterviewden werkend waren, negen van de tien geïnterviewden boven de 40 jaar waren en dat er maar één vrouw is geïnterviewd. Hierdoor is er bijvoorbeeld niets bekend over niet- of laaggeschoolde inwoners, die eerder werkeloos zijn dan een hoger opgeleide inwoner. Juist deze groep is van groot belang bij het geven van de voorlichting. Dit komt omdat zij meer tijd hebben en hierdoor meer in aanraking kunnen komen met de risico's die besmetting kunnen veroorzaken.
Tevens zijn tien interviews niet voldoende om een 0 meting te houden wat betreft de kennis over HIV en AIDS. Een 0 meting houdt in dat de beginsituatie in kaart wordt gebracht. De projectgroep geeft daarom het advies om de 0 meting uit te voeren door middel van 50 interviews af te nemen bij diverse mensen. Hieronder vallen werkelozen, werkende -, laag opgeleide -, hoog opgeleide –, jonge – en oude mensen. Dit wordt aangestuurd door de projectleider.
Na een periode van één jaar wordt er aangeraden de interviews nogmaals af te nemen bij dezelfde personen, mits er in hun omgeving voorlichtingsbijeenkomsten hebben plaatsgevonden. Deze evaluatie is bedoeld om de kennis vóór de voorlichting (0 meting) en de kennis na de voorlichting over de ziekten HIV en AIDS, te vergelijken.
50 interviews afnemen lijkt veel, maar doordat de voorlichting niet tegelijk in het gehele district gegeven kan worden, is de afnametijd relatief groot. Tevens is extra tijd beschikbaar doordat zowel de community workers als de eerste groep participanten opgeleid moeten worden voordat zij voorlichting aan de bevolking kunnen geven.

Er is tevens ook een risicoanalyse uitgewerkt aan de hand van de verwachte sterkten, zwakten, bedreigingen en kansen.
Uit deze analyse komt naar voren dat er een bedreiging wordt versterkt door een zwakte, namelijk de bedreiging: "Er is weinig tot geen geld beschikbaar" door de zwakte: "Er heerst een taboe op seks". Dit is een belangrijke combinatie om op voorbereid te zijn, omdat de taboe zonder voorlichting niet doorbroken kan worden. Bovendien kan voorlichting niet gefinancierd worden zonder geld. Een oplossing hiervoor is met zo weinig mogelijk geld mensen op te leiden en hierna vrijwilligers te zoeken die de voorlichting willen gaan geven.

Hieronder is een voorstel voor een tijdschema opgesteld voor de opleiding van de community workers. Hierin worden ook de voorbereidingen die de instructeur moet treffen voordat hij of zij de community workers gaat opleiden benoemd. De opleiding van de community workers neemt vijf weken in beslag wanneer er in elke week één les gegeven wordt.

Wat	**Wanneer**	**Tijdsduur**
Uitnodigingen sturen naar 8 community workers	4 weken vóór aanvang van de eerste trainingsles	
Trainingslokaal reserveren	4 weken vóór aanvang van de eerste trainingsles	
Voorbereiding op de lessen	***Advies: Minimaal één week vóór aanvang van de eerste trainingsles***	+/- 5 à 10 uur
Les 1: Informatieverstrekking HIV en AIDS	Week 1	60 – 90 min
Les 2: Informatieverstrekking HIV en AIDS vervolg	Week 2	60 – 90 min
Les 3: Preventie van HIV	Week 3	60 – 90 min
Les 4: Lesmateriaal en toepassing hiervan	Week 4	60 – 90 min
Les 5: Trainingsmodule participanten	Week 5	60 – 90 min
Les 6: Toets	Week 6	60 – 90 min

Wanneer echter blijkt dat de lessen van de trainingsmodulen te snel of valt juist te langzaam gaat, kan deze naar eigen inzicht van de instructeur, aangepast worden.
Tijdens de opleiding van de community workers wordt aan hen gevraagd wat hun motivatie is, om erachter te komen of ze openstaan om gedragsverandering bij de bevolking te weeg te kunnen brengen. Dit valt onder de stap openstaan – unfreeze van het Lewin model.
Na het opleiden van de community workers kunnen zij de participanten opleiden. De projectgroep wil voorstellen dit in groepen te doen, waarbij bijvoorbeeld eerst in het zuiden begonnen wordt met het opleiden van de participanten, waarna naar het noorden toe gewerkt wordt. Hieruit kan dan worden opgemaakt hoever de community workers zijn met het opleiden van alle participanten.
Wanneer de eerste groep participanten opgeleid zijn kunnen zij voorlichting gaan geven aan de plaatselijke bevolking. Dit betreft de stap verandering – change van het Lewin model. De participanten hebben als doel het gedrag van de bevolking te veranderen. Door middel van onderstaande manieren, die ook in de trainingsmodulen beschreven staan, kunnen zij de bevolking voorlichting geven.
De uitvoering van deze manieren wordt door de community workers, participanten en projectleider onderling beslist.

- Billboards, waar de plaats de effectiviteit bepaald;
- Folders, wat niet effectief is gebleken in vorige onderzoeken;
- Bijeenkomsten en/of trainingen;
- Toneelstukjes;
- Advertenties, wat niet van toepassing lijkt, gezien het weinige folders en tijdschriften die er zijn;
- Spelletjes, zoals het spel family matters;
- Groepsdiscussies.

Er zijn wel eisen waaraan de inhoud moet voldoen; de projectgroep is van mening dat in de voorlichting zeker de uitleg moet komen over de ziekten HIV en AIDS, de symptomen van de ziekten en de overdracht hiervan.
Afhankelijk van de doelgroep, en op welke manier het gegeven wordt, komen er onderwerpen bij. Zo moet er bij voorlichting aan de mannen meer gericht worden op condoomgebruik dan bij de voorlichting aan de vrouwen. Dit moet meer gericht zijn op de mannen, omdat deze in de cultuur besluiten of er wel of geen condoom gebruikt wordt. De vrouwen durven over het algemeen het condoomgebruik niet aan te halen.
Bij voorlichting aan de vrouwen moet er meer gelet worden op de sociale veroordeling/stigmatisering van geïnfecteerden. De vrouwen zijn, volgens diverse bronnen, meer thuis en hebben meer sociale contacten in de buurt dan de mannen.

De projectleider overlegt met de meest betrokken personen hoe vaak en waar de voorlichting herhaald moet worden. De projectgroep denkt dat het goed is om twee keer per jaar een herhaling te laten plaatsvinden. Deze schatting kan aangescherpt worden wanneer na een jaar de evaluatie heeft plaatsgevonden.
Er zijn diverse evaluatieplannen volgens de literatuur opgesteld. Door gebruik te maken van de evaluatieplannen worden alle factoren van het project bekeken. Dit wordt ook de verantwoordelijkheid van de projectleider.
Bij de evaluatie wordt bekeken of ook de stap vastzetten- refreeze van het Lewin model is uitgevoerd. Dit is mogelijk door te na te gaan hoeveel kennis de bevolking heeft onthouden en ook werkelijk toepast in de praktijk.
Er zijn een aantal vaardigheden opgesteld door de projectgroep die de projectleider moet hebben om het project in goede banen te leiden. Deze vaardigheden zijn:

- De kundigheden ofwel de taakgerichte, inhoudelijke vaardigheden;
    - Inzicht in het probleem en de betrokkenen;
    - Het project tastbaar maken;
- De werkstijl en de formele, organisatorische vaardigheden;
    - Het overzicht bewaren;
    - Verschillende talen spreken;
    - Omgaan met de ongewone positie van het project in de organisatie;
- De persoonlijke eigenschappen ofwel de psychologische vaardigheden;
    - Goed omgaan met de projectmedewerkers;
    - Zorgen voor zichzelf (Kok, 2005).

Wanneer er nog vragen zijn over het project kan er op korte termijn(tot eind augustus) nog contact opgenomen worden met de projectgroep. Daarna kan contact opgenomen worden met mw. Kaashoek. De projectgroep licht de opdrachtgeefster mw. Kaashoek mondeling in over het project, waarbij uitleg wordt gegeven over de planning, de trainingsmodulen en evaluatie.

6 Evaluatiefase

De laatste fase van het project is de evaluatiefase. Deze fase is opgesteld door middel van stap 5 'evaluatie van het resultaat' van Grol en stap 6 van het IM model. Net zoals de uitvoeringsfase, voert de projectgroep deze fase ook niet uit. Ter ondersteuning voor het evalueren van het project heeft de projectgroep diverse evaluatieplannen opgesteld voor de projectleider in Bangladesh en zijn projectgroep. Deze evaluatieplannen zijn opgesteld aan de hand van theorie over proces- en effectevaluatie. In paragraaf 6.1 worden deze termen verder uitgelegd.

6.1 Evaluatie

De projectleider moet nagaan of de beoogde veranderingen werkelijk tot stand zijn gekomen door middel van het opnieuw verzamelen van gegevens en het evalueren van de gedragsdoelen.
Op deze manier wordt duidelijk wat effectief is geweest en wat niet, maar ook waarom dit is geweest en welke neveneffecten zijn opgetreden. Hierna kunnen doelen zo nodig worden bijgesteld en kan het programma hierop worden aangepast. Verder is het belangrijk dat de projectleider vermeldt welke verstorende factoren hebben meegespeeld.
Het meest effectief is dat een vast persoon, bij voorkeur de projectleider, het evaluatieproces gaat leiden.

Er zijn twee vormen van evaluatie namelijk procesevaluatie en effectevaluatie.
Een procesevaluatie kan nagaan of de activiteiten op de juiste wijze en naar tevredenheid zijn uitgevoerd. Wat ging goed, wat is niet gelukt, wat viel tegen, waarom blijven sommige activiteiten achter, zijn de standaard vragen bij deze evaluatie. De procesevaluatie moet tijdens de uitvoeringsfase van start gaan. Met een procesevaluatie kunnen de volgende aspecten duidelijk worden:

- Het proces van de totstandkoming van het beleid;
- Het verloop van de activiteiten uit het uitvoeringsprogramma;
- De samenwerking met andere partijen en sectoren;
- Het aantal mensen dat bereikt is met de interventies;
- De specifieke groepen die bereikt zijn;
- De ervaringen van samenwerkingspartners en doelgroepen;
- De succes- en faalfactoren;
- De kosten van het pakket van interventies;
- De voorwaarden voor een volgend beleidsproces (Het loket gezond leven, 2011).

Een effectevaluatie laat zien of een interventie het gewenste effect heeft gehad en welke neveneffecten er zijn opgetreden. Dit kan worden bekeken door de situaties voor en na de interventies met elkaar te vergelijken. Welke effecten worden onderzocht hangt af van de doelen aan het begin van het project zijn geformuleerd. Hierbij is het makkelijker om evaluatiedoelen, in de evaluatieplannen benoemt als standaard die geëvalueerd wordt, op te stellen met indicatoren. De evaluatiedoelen hoeven niet hetzelfde te zijn als de projectdoelen (Het loket gezond leven, 2011). Het belangrijk te melden hoe vaak en wat er geëvalueerd moet worden. Een evaluatieplan kan hierbij gebruikt worden.

<u>Procesevaluatie</u>
Om het proces van dit project te evalueren is de bovengenoemde opsomming omgezet in vragen. Deze vragen kunnen door een groep met een vragenlijst afgenomen worden bij de community workers en participanten. Daarnaast zijn de procescriteria van het project hieraan toegevoegd.

Procesevaluatie vragen:

1. Was de planning adequaat?
    a. Zo ja, waarom?
    b. Zo nee, waarom?
    c. Wat kan hierbij verbeterd worden?
2. Zijn alle taken uitgevoerd?
    a. Zo ja, hoe is dat gegaan?
        - Welke storingsfactoren kwamen erbij kijken?
    b. Zo nee, hoe komt dat?
        - Wat kan hierbij verbeterd worden?

3. Hoe verliep de samenwerking tussen de community workers en participanten onderling?
    a. Zo ja, hoe komt dat? Welke factoren hebben daaraan bijgedragen?
    b. Zo niet, hoe komt dat? Welke factoren hebben daaraan bijgedragen?
    c. Wat kan verbeterd worden wat ten goede komt van de samenwerking?
4. Hoeveel inwoners zijn bereikt met de interventie?
    a. Is dit aantal voldoende om een positief verschil te maken?
    b. Hoe zijn deze mensen bereikt?
    c. Hoe kunnen meer mensen bereikt worden?
5. Welke groepen zijn benaderd?
    a. Hoe zijn de groepen benaderd?
    b. Zijn genoeg verschillende groepen benaderd?
    c. Hoe kunnen meer verschillende groepen benaderd worden?
6. Wat zijn de ervaringen van de samenwerking tussen de community workers die het project organiseerden?
7. Wat zijn de ervaringen van de samenwerking tussen de community workers die andere community workers opleiden?
8. Wat zijn de ervaringen van de community workers en participanten bij het geven van voorlichting aan de inwoners?
9. Welke factoren hebben bijgedragen aan het succes van het project? (Voorbeeld: medewerking van de inwoners, participanten en community workers en de locatie)
10. Welke factoren hebben bijgedragen aan het falen van het project? (Voorbeeld: geld en tijd)
11. Wat zijn de kosten van de interventies?
    a. Is het budget voldoende of onvoldoende geweest om de interventies te verwezenlijken?
    b. Hoe kan het budget efficiënter en effectiever besteedt worden?
    c. Wat moet er bijgedragen worden om de interventies optimaal te verwezenlijken?
12. Wat zijn de voorwaarden voor een volgend project?
    a. Wat moet er veranderd/verbeterd worden voor een volgend project?
13. Welke voorlichting is gegeven aan de inwoners:
    - De ziekten HIV en AIDS;
    - De overdracht van de ziekten, hoe wel en hoe niet?
    - Het gebruik en de functie van een condoom;
    - Stigmatisering;
    - Alcoholgebruik wat tot gevolg ongeremd gedrag heeft in relatie tot HIV en AIDS;
    - De functie van een natuurlijk vochtige vagina.
14. Vonden interactieve discussies plaats tijdens de bijeenkomsten met de inwoners?

<u>Effectevaluatie</u>
Een project kan op verschillende manieren geëvalueerd worden, namelijk door:

- Vragenlijsten;
- Interviews;
- Telefonisch of direct contact;
- Groepsgesprek;
- Turven;
- Observeren;
- Toetsen;
- Logboek laten bijhouden.

De projectgroep heeft vanuit de doelstelling van het project standaarden opgesteld. Wanneer deze standaarden behaald zijn, is de doelstelling van het project ook behaald. Bij deze standaarden heeft de projectgroep onderscheid gemaakt tussen belangrijke en aanpakbare standaarden en standaarden waar de projectgroep niks aan kan veranderen. De onderstaande evaluatieplannen zijn vanuit de belangrijke en aanpakbare standaarden opgesteld, waarin de evaluatievragen zijn gebaseerd op de resultaatcriteria.

In de evaluatieplannen wordt de testgroep genoemd. Deze testgroep bevat minimaal 50 inwoners die geïnterviewd worden. Zij worden zowel voor de voorlichting (0 meting) als na de voorlichting (eindevaluatie) getest op hun kennis, dit is de effectevaluatie.

Evaluatieplan 1: Kennis over de ziekten HIV en AIDS:

Korte beschrijving van de standaard die geëvalueerd wordt	Bevolking staat open voor kennis en krijgt meer kennis over de ziekten HIV en AIDS. *Resultaatcriteria* • De artsen in de gezondheidsposten kunnen uitleg geven over de ziekten HIV en AIDS met de daarbij horende oorzaken, symptomen en behandeling. • De testgroep laat met de evaluatie zien dat de kennis is vermeerderd ten opzichte van de 0 meting.
Evaluatie vragen 0 meting	1. In hoeverre sluit de testgroep, voordat zij voorlichting krijgen, de vragenlijst (te vinden in de trainingsmodulen) over de ziekten af met een voldoende?
Evaluatie vragen eindevaluatie	1. Kunnen de artsen in de gezondheidsposten uitleg geven over de ziekten HIV en AIDS? 2. Kan de testgroep de vragenlijst over de ziekten met een voldoende afsluiten? 3. Staat de testgroep open voor meer kennis? 4. Heeft de testgroep meer kennis opgedaan nadat zij voorlichting hebben gekregen?
Methode	Observatie Interviews
Activiteiten	Voor de start van het preventieprogramma aan de inwoners van Durgapur wordt een 0 meting uitgevoerd, door middel van individuele interviews. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft gekregen worden zij weer getest op hun kennis. Dit wordt gedaan door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. Als deze kennis is toegenomen stond de testgroep dus open voor meer kennis. De ideale situatie zou zijn dat de artsen deelnemen aan de voorlichting, echter betwijfelt de projectgroep of zij dit zouden doen in verband met tijdsdruk die de artsen hebben.
Respondenten	De testgroep die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis.
Begroting	Onbekend

Evaluatieplan 2: Praten over seks

Korte beschrijving van de standaard die geëvalueerd wordt	De testgroep praat meer over seks zodat het taboe op seks wordt verminderd (Usdin, 2004). *Resultaatcriteria* • De testgroep communiceert openlijk over seks. • De jongeren in de testgroep hebben meer kennis over veilig vrijen (SAKS, 2010).
Evaluatie vragen 0 meting	1. In hoeverre communiceert de testgroep openlijk over seks? 2. Wat weten de jongeren in de testgroep over veilig vrijen? 3. In hoeverre heerst er een taboe op seks onder de testgroep?
Evaluatie vragen eindevaluatie	1. Communiceert de testgroep openlijk over seks? 2. Beschikken jongeren in de testgroep over meer kennis met betrekking tot veilig vrijen? 3. Is het taboe op seks verminderd onder de testgroep?
Methode	Observatie Groepsdiscussie Interviews
Activiteiten	Tijdens de voorlichting organiseren de participanten groepsdiscussies over seks. Hieruit blijkt dan of de mensen openlijk communiceren over seks, waardoor het taboe op seks verminderd wordt. Voor de start van het preventieprogramma aan de bevolking wordt een 0 meting

	uitgevoerd, door middel van individuele interviews. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft gekregen, worden zij weer getest op hun kennis. Dit wordt gedaan door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. In dit tweede interview kan de testgroep ook gevraagd worden of zij meer praten over seks met hun omgeving ten opzichte van de 0 meting. Degenen die de interviews afnemen moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de geïnterviewden sociaal gewenste antwoorden kunnen geven. Wanneer hier twijfel over bestaat is het belangrijk om door te vragen zodat er zeker gesteld kan worden dat deze antwoorden naar waarheid zijn.
Respondenten	De inwoners die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis.
Begroting	Onbekend

Evaluatieplan 3: Acceptatie

Korte beschrijving van de standaard die geëvalueerd wordt	HIV- en AIDS geïnfecteerden worden geaccepteerd met hun ziekte, waardoor zij niet sociaal veroordeeld en buitengesloten worden. *Resultaatcriteria* • De testgroep kan minimaal vier manieren van de overdracht van HIV en AIDS benoemen (Verdult, 2007). • De testgroep geeft tijdens de evaluatie aan minder angst te hebben voor besmetting met HIV. • De testgroep kan tijdens de evaluatie benoemen dat HIV- en AIDS geïnfecteerden niet altijd slecht en ziek zijn en dat zij geen seks en/of alleen onveilige seks hebben (Shiripinda en Eerdewijk, 2008).
Evaluatie vragen 0 meting	1. De testgroep benoemt zoveel mogelijk manieren van overdracht van HIV en AIDS. 2. In hoeverre geeft de testgroep aan bang te zijn voor het krijgen van HIV? 3. Kan de testgroep benoemen dat de HIV- en AIDS geïnfecteerden niet altijd slecht en ziek zijn en dat zij geen seks en/of alleen onveilige seks hebben? 4. In hoeverre accepteert de testgroep HIV- en AIDS geïnfecteerden met hun ziekte? 5. In hoeverre is er bij de testgroep sprake van sociale veroordeling en buitensluiting van de geïnfecteerden en hun omgeving?
Evaluatie vragen eindevaluatie	1. Kan de testgroep vier manieren opnoemen van de overdracht van HIV en AIDS? 2. Geeft de testgroep aan minder angst te hebben voor het krijgen van HIV? 3. Kan de testgroep benoemen dat de HIV- en AIDS geïnfecteerden niet altijd slecht en ziek zijn of dat ze geen seks en/of alleen onveilige seks hebben? 4. In hoeverre accepteert de testgroep HIV- en AIDS geïnfecteerden met hun ziekte? 5. In hoeverre is er bij de testgroep sprake van sociale veroordeling en buitensluiting van de geïnfecteerden en hun omgeving?
Methode	Observatie Interviews
Activiteiten	Voor de start van het preventieprogramma aan de bevolking wordt een 0 meting uitgevoerd, door middel van individuele interviews. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft gekregen, worden zij weer getest op hun kennis. Dit wordt gedaan door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. In het tweede interview kan ook gevraagd worden naar de angst om besmet te raken met HIV, hoe de testgroep denkt over geïnfecteerden en of zij geïnfecteerden en hun omgeving sociaal veroordelen en/of buitensluiten. Op deze manier kan bekeken worden of de mening van de testgroep positief is veranderd ten

	opzichte van de 0 meting. Degenen die de interviews afnemen moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de geïnterviewden sociaal gewenste antwoorden kunnen geven. Wanneer hier twijfel over bestaat is het belangrijk om door te vragen zodat er zeker gesteld kan worden dat deze antwoorden naar waarheid zijn.
Respondenten	De testgroep die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis.
Begroting	Onbekend

Evaluatieplan 4: Nieuwe besmettingen

Korte beschrijving van de standaard die geëvalueerd wordt	Er vinden geen nieuwe besmettingen meer plaats bij prostitueebezoeken door mannen (SAKS, 2010). *Resultaatcriteria* 1. Het mannelijk deel van de testgroep geeft bij de evaluatie aan dat zij door een condoom te gebruiken niet meer de dood boven gêne verkiezen (Pisani, 2008). 2. De testgroep geeft bij de evaluatie aan dat zij condoomgebruik niet meer gezien als een teken van vreemdgaan omdat ze de functie van een condoom weten (Kaashoek notulen 2, 2011).
Evaluatie vragen 0 meting	1. Gebruikt de testgroep een condoom bij seksuele handelingen om ongewenste zwangerschappen te voorkomen? 2. Weet het mannelijk deel van de testgroep de functie van een condoom, waardoor het condoom niet meer gezien wordt als teken van vreemdgaan?
Evaluatie vragen	1. Gebruikt de testgroep een condoom bij seksuele handelingen om ongewenste zwangerschappen te voorkomen? 2. Weet het mannelijk deel van de testgroep de functie van een condoom, waardoor het condoom niet meer gezien wordt als teken van vreemdgaan?
Methode	Interview
Activiteiten	Voor de start van het preventieprogramma aan de bevolking wordt een 0 meting uitgevoerd, door middel van individuele interviews met de testgroep. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft gekregen, worden zij weer getest op hun kennis, door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. In dit tweede interview kan de testgroep ook gevraagd worden of mannen bij seksuele handelingen een condoom gebruiken om ongewenste zwangerschappen te voorkomen en of zij de functie van een condoom kunnen aangeven. Wanneer de mannen beide vragen positief beantwoorden, wordt het condoom niet meer gezien als teken van vreemdgaan en zullen zij waarschijnlijk een condoom gebruiken bij bezoeken aan een prostituee. Op deze manier kan bekeken worden of de mening van de testgroep positief is veranderd ten opzichte van de 0 meting. Degenen die de interviews afnemen moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de geïnterviewden sociaal gewenste antwoorden kunnen geven. Wanneer hier twijfel over bestaat is het belangrijk om door te vragen zodat er zeker gesteld kan worden dat deze antwoorden naar waarheid zijn.
Respondenten	De testgroep die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis.
Begroting	Onbekend

Evaluatieplan 5: Rekening houden met de ziekte

Korte beschrijving	Wanneer mensen denken dat ze HIV of AIDS hebben, houden zij hier rekening mee.

van de standaard die geëvalueerd wordt	*Resultaatcriteria* • De testgroep kan minimaal vier manieren van de overdracht van HIV en AIDS benoemen (Pisani, 2008). • De testgroep kan minimaal drie symptomen benoemen wanneer ze HIV of AIDS zouden hebben (Pisani, 2008). • De testgroep geeft bij de evaluatie aan geen onveilige seks meer te hebben wanneer ze zichzelf van HIV of AIDS verdenken (Pisani, 2008).
Evaluatie vragen 0 meting	1. Hoeveel manieren van overdracht van HIV en AIDS kan de testgroep benoemen? 2. Hoeveel symptomen van HIV en AIDS kan de testgroep benoemen? 3. In hoeverre geeft de testgroep aan geen onveilige seks te hebben, mochten ze zich verdenken van HIV of AIDS en houden hier rekening mee?
Evaluatie vragen eindevaluatie	1. Kan de testgroep minimaal vier manieren van de overdracht van HIV en AIDS benoemen? 2. Kan de testgroep minimaal drie symptomen benoemen wanneer ze HIV of AIDS zouden hebben? 3. Geeft de testgroep aan geen onveilige seks meer te hebben, wanneer ze zichzelf van HIV of AIDS verdenken? Houden zij hier rekening mee?
Methode	Interview
Activiteiten	Voor de start van het preventieprogramma aan de bevolking wordt een 0 meting uitgevoerd, door middel van individuele interviews met de testgroep. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft gekregen, worden zij weer getest op hun kennis, door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. In dit tweede interview kan de testgroep ook gevraagd worden of zij geen onveilige seks meer hebben wanneer zij zichzelf van HIV of AIDS verdenken. Op deze manier kan bekeken worden of de mening van de testgroep positief is veranderd ten opzichte van de 0 meting. Degenen die de interviews afnemen moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de geïnterviewden sociaal gewenste antwoorden kunnen geven. Wanneer hier twijfel over bestaat is het belangrijk om door te vragen zodat er zeker gesteld kan worden dat deze antwoorden naar waarheid zijn.
Respondenten	De testgroep die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis.
Begroting	Onbekend

Evaluatieplan 6: Nieuwe besmettingen

Korte beschrijving van de standaard die geëvalueerd wordt	Er vinden geen nieuwe besmettingen plaats door drugs- en alcoholgebruik. *Resultaatcriteria* • Naalden worden niet vaker dan één keer gebruikt. • De testgroep kan aangeven waarom alcohol nadelige invloed heeft op een besmetting met HIV
Evaluatie vragen 0 meting	1. Worden naalden vaker dan één keer gebruikt door de testgroep? 2. Kan de testgroep aangeven waarom alcohol nadelige invloed heeft op een besmetting met HIV?
Evaluatie vragen eindevaluatie	3. Worden naalden vaker dan één keer gebruikt door de testgroep? 4. Kan de testgroep aangeven waarom alcohol nadelige invloed heeft op een besmetting met HIV?
Methode	Interview
Activiteiten	Voor de start van het preventieprogramma aan de bevolking wordt een 0 meting uitgevoerd, door middel van individuele interviews met de testgroep. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft

	gekregen, worden zij weer getest op hun kennis, door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. In dit tweede interview kan de testgroep ook gevraagd worden of naalden vaker dan één keer gebruikt worden en of zij aan kunnen geven waarom alcohol een nadelige invloed heeft op een besmetting van HIV. Op deze manier kan bekeken worden of de mening van de testgroep is veranderd ten opzichte van de 0 meting. Degenen die de interviews afnemen moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de geïnterviewden sociaal gewenste antwoorden kunnen geven. Wanneer hier twijfel over bestaat is het belangrijk om door te vragen zodat er zeker gesteld kan worden dat deze antwoorden naar waarheid zijn.
Respondenten	De testgroep die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis.
Begroting	Onbekend

Evaluatieplan 7: Nieuwe besmettingen

Korte beschrijving van de standaard die geëvalueerd wordt	Er vinden geen nieuwe besmettingen plaats door middel van droge seks. *Resultaatcriteria* • De testgroep kan benoemen dat een natuurlijke vochtige vagina geen teken is van ontrouw maar van lust (Usdin, 2008 & Pisani, 2008). • De testgroep kan benoemen dat er geen nieuwe besmetting plaatsvindt door het hebben van droge seks wat wordt veroorzaakt door het gebruik van kruiden.
Evaluatie vragen 0 meting	1. Gebruikt de testgroep kruiden om een droge vagina te krijgen? 2. Kan de testgroep benoemen dat een natuurlijke vochtige vagina geen teken is van ontrouw maar van lust? 3. Kan de testgroep Vinden er geen nieuwe besmetting plaats door het hebben van droge seks door het gebruik van kruiden?
Evaluatie vragen eindevaluatie	4. Gebruikt de testgroep kruiden om een droge vagina te krijgen? 5. Kan de testgroep benoemen dat een natuurlijke vochtige vagina geen teken is van ontrouw maar van lust? 6. Kan de testgroep Vinden er geen nieuwe besmetting plaats door het hebben van droge seks door het gebruik van kruiden?
Methode	Interview
Activiteiten	Voor de start van het preventieprogramma aan de bevolking wordt een 0 meting uitgevoerd, door middel van individuele interviews met de testgroep. Hierin wordt de testgroep getest op hun kennis over HIV en AIDS. Deze testgroep moet divers zijn (werkzaam, werkeloos, oud, jong e.d.) Een jaar nadat deze groep voorlichting heeft gekregen, worden zij weer getest op hun kennis, door middel van individuele interviews om te bekijken of de hoeveelheid kennis is toegenomen door de voorlichting. In dit tweede interview kan de testgroep ook gevraagd worden of kruiden worden gebruikt om een droge vagina te krijgen, of dat zij kunnen benoemen dat een natuurlijke vochtige vagina geen teken is van ontrouw maar van lust. Wanneer deze vragen positief beantwoord worden, vinden er geen nieuwe besmettingen plaats door het hebben van droge seks door het hebben van droge seks Degenen die de interviews afnemen moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de geïnterviewden sociaal gewenste antwoorden kunnen geven. Wanneer hier twijfel over bestaat is het belangrijk om door te vragen zodat er zeker gesteld kan worden dat deze antwoorden naar waarheid zijn.
Respondenten	De testgroep die de bijeenkomsten bijwonen.
Instrumenten	De bijeenkomsten en de interviews.
Planning	De 0 meting vindt plaats voor de start van het preventieprogramma, een jaar nadat de voorlichting heeft plaatsgevonden worden dezelfde geïnterviewden weer getest op hun kennis..
Begroting	Onbekend

Conclusie

Vanuit de opdrachtbeschrijving is het probleem beschreven. Vanuit deze probleembeschrijving is de volgende probleemstelling ontstaan: "Hoe kan de projectgroep community workers adviezen geven ten aanzien van de preventie van HIV en AIDS, waarbij er gestreefd wordt naar kennisvergroting van de inwoners van het district Durgapur, liggend in Bangladesh (beginnend met Birisiri), waarbij we als bijzaak stigmatisering aanpakken?"

Het project is aan de hand van de kwaliteitscyclus Grol opgebouwd. In deze kwaliteitscyclus heeft de projectgroep gebruik gemaakt van Intervention Mapping, met toevoeging van het Sunrise Model, om te komen tot de uiteindelijke interventie, de trainingsmodulen.

De bovengenoemde probleemstelling stond het gehele project centraal. Belangrijk was dat deelvragen werden opgesteld die de probleemstelling konden onderbouwen en beantwoorden. Deze deelvragen zijn continue geëvalueerd en aangepast. Een beknopte uitwerking van deze deelvragen is in de bijlagen te vinden. De projectgroep heeft zich verdiept in verschillende Evidence Based Practice bronnen. Zo is er gebruik gemaakt van vele boeken, internetbronnen en een wetenschappelijk artikel. Na het verdiepen in de literatuur heeft de projectgroep een totaalbeeld ontwikkeld, waardoor de probleemstelling beantwoord kon worden. Zo bevat het totaalbeeld inzichten over;

- Het gebied Durgapur;
- De aandoeningen HIV en AIDS en de omgang hiermee;
- De oorzaken van de ziekten in Durgapur;
- De cultuur;
- De twee belangrijkste geloven in Durgapur;
- Het gezondheidsnetwerk in Bangladesh en Birisiri;
- De invloed van de overheid en organisaties op de preventie van HIV en AIDS.

Om de interviews op een goede manier af te nemen, heeft de projectgroep theorie opgezocht over interviewtechnieken. De projectgroep heeft ook diverse modellen over cultuur, voorlichting en implementatie bestudeert. Verder is er theorie opgezocht over risicoanalyse omschreven staat in de wenselijke situatie.

Om een beeld te krijgen van de werkelijke situatie in Durgapur heeft de projectgroep het probleem geanalyseerd aan de hand van het visgraatdiagram. Alle mogelijke oorzaken van de HIV problematiek in Durgapur zijn opgedeeld in vier hoofdcategorieën; overheid & organisatie, omgeving, kennis & kunde en gedrag. De categorie overheid & organisatie bevat veel oorzaken die veel verbeteringen teweeg kunnen brengen. Deze liggen echter buiten het bereik van de projectgroep. Hier zijn geen standaarden en criteria voor opgesteld. Wel heeft de projectgroep oorzaken gebruikt uit de categorieën omgeving, gedrag en de kennis & kunde van de bevolking. De punten die hier aan bod kwamen zijn;

- Bezoek prostituees;
- Taboe op seks;
- Geloof en condoomgebruik;
- Onwetendheid dat ze HIV of AIDS hebben of niet, houden er geen rekening mee;
- Drugsgebruik en alcoholgebruik;
- Hoger risico op besmetting, droge seks en verkrachting;
- Kennistekort over de ziekte;
- Bloedcontact en besnijdenis;
- Sociale veroordeling;
- Verhouding mannen en vrouwen.

Bovenstaande oorzaken, aangevuld met informatie uit de werkelijke situatie, zijn verwerkt in de gedragsdeterminanten matrix. In deze matrix zijn ook alle standaarden en criteria verwerkt evenals de doelgroep die aangesproken dient te worden. Deze standaarden en criteria zijn onderbouwd met literatuur om zo een ideale situatie te kunnen creëren. De ideale situatie voor het project zou zijn dat alle oorzaken van alle categorieën worden aangepakt, wat echter niet haalbaar is voor de projectgroep. Na het opstellen van de standaarden en criteria bleek dat niet alle beschreven standaarden behaald konden worden door het uitvoeren van dit project. De standaarden en criteria die niet uitgevoerd kunnen worden met die project zijn verwerkt onder het kopje 'passief'.

Nawoord

Afstudeergroep 42 is de afgelopen periode geslaagd in het opstellen van een HIV en AIDS preventieprogramma. Dit is gelukt door de samenwerking tussen de groepsgenoten maar ook dankzij de samenwerking met alle betrokkenen die benoemd zijn in het voorwoord en alle informatie afkomstig uit Durgapur. Wij zijn erg trots op hetgeen wat wij tot nu toe voor elkaar hebben gekregen en wij hopen dat dit preventieprogramma effect en succes gaat hebben.

Het was een uitdaging om een kort maar krachtig verslag te schrijven en daarom hebben wij veel energie gestoken in het leesbaar maken van het verslag. Hier hebben we veel hulp gehad van onze projectbegeleiders.

Nogmaals willen wij iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan ons project.

Bronnenlijst

Boeken

- Banning A. van e.a. Patiëntenvoorlichting en persoonsgebonden factoren. Afstudeerscript Fysiotherapie. Eindhoven: Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven; 2005.
- Bartholomew L.K, Parcel S.G, Kok G, Gottlieb H.N. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. 2e druk. 2006.
- Brands R, Brokx G, Swenne M. Positief leert. Amsterdam: HIV Vereniging Nederland; 2010. Amsterdam.
- Brug J, Assema P van, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering; een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV; 2007.
- Burgt M. van der, Mechelen-Gevers E. van. Doen wat werkt! Effectieve gezondheidsvoorlichting aan groepen door verpleegkundigen. 1e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.
- Burgt M. van der. Preventie en GVO Werkcahier niveau 5. 1e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001
- Chisim T. Correspondentie 1, 2011.
- Chisim T. Correspondentie 3, 2011.
- Coogan M. Wereld Religies. Kerkdriel: Librero; 2007.
- Cox K, Louw D. de, Verhoef J. Evidence based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en toepassing. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2008.
- De Jong J. e.a. Handboek verpleegkunde. 1e druk, Bohn Stafleu van Loghum: Houten; 2003.
- Green L.W, Kreuter M.W. Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach. 2de editie. Toronto: Mayfield Publishing Company; 2000.
- Gunsteren van H. Bouwen op burgers. Uitgeverij Van Gennep. Oktober 2008
- Harstad H, Mutubuki E. Effects of progressive training in HIV/AIDS infected adults with muscle wasting. Professional assignment project. Amsterdam: European School of Physiotherapy; 2008.
- Kaashoek K. Notulen 2. 2011.
- Kok H, Molleman G, Saan H, Ploeg M. Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie. Woerden: NIGZ; 2005.
- Lewis R. Cultural Imperative: Global Trends In The 21st Century. Intercultural Press; 2002.
- Mooij A. Geen paniek, AIDS in Nederland 1982-2004. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker; 2004.
- Nutbeam D, Harris E. Theory in a Nutshell. Sydney: McGraw-Hill Book Company; 2006.
- Pisani, E. Sex, drugs… % aids: onthullingen uit de hypocriete wereld van de hiv-preventie. Amsterdam: Nieuw Amsterdam; 2008.
- Pope benedict XVI, Seewald P. Light of the World: The Pope, the Church and the Signs of the Times. London: Catholic Truth Society; 2010.
- Shiripinda I, Eerdewijk A. Leven met HIV in Nederland: De dagelijkse ervaringen van migranten met HIV. Utrecht: Pharos; 2008.
- Sumeshwary Adivasi Kalyan Sangstha (SAKS). HIV/AIDS growing-alarming in Durgapur Upzilza. A community-based awareness-raising Response in reducing Effrontery (CARE). Netrokona: SAKS; 2010.
- Terra B, Mechelen-Gevers E. van, Burgt M. van der. Doen wat kan. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen. 2e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004.
- Usdin S. De feiten over HIV/AIDS. Rotterdam: Lemniscaat; 2004.
- Ven B. Interview 1.
- Verdult F. Positief leven. Amsterdam: HIV vereniging Nederland en Volle maan; 2010.
- Verdult F. Plus min. Amsterdam: Volle maan en Abbott; 2007.
- Verhage, B. Grondslagen van de marketing. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.; 2009
- Verhoeven M. Culturele Antropologie.1e druk, Bohn Stafleu van Loghum: Houten; 1998.

Internetsites

- Artsen zonder Grenzen. [Online]. 2010 [Bezocht op: 2011 maart 22]. Beschikbaar op: URL: http://www.artsenzondergrenzen.nl/over-ons/dossiers/medische-dossiers/dossier-aids.aspx
- Besten van L. Open of gesloten geloofsgemeenschap [Online]. 1993 [bezocht op 2011 maart 29]. Beschikbaar op: URL: http://www.protestantsegemeentezevenaar.nl/data_pdf/publicaties/Open%20of%20gesloten%20geloofsgemeenschap.pdfBeurden J van. Bangladesh. Amsterdam: KIT publishers; 2004.
- Bijbel. [online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 8]. Beschikbaar op: URL: http://www.stichting-promise.nl/

- Bogaert L. Islam, condooms en de preventie van HIV/AIDS. [online]. 2009 [bezocht op 2011 februari 4].
  Beschikbaar op: URL: http://www.flw.ugent.be/cie/bogaert/bogaert41.htm.
- Carrièretijger. Interview. [Online]. 2004-2008 [bezocht op 2011 februari 23].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.carrieretijger.nl/functioneren/communiceren/mondeling/modellen/interview
- Centrum voor Mondiaal Onderwijs (CMO). Waarom het 'Recht op Gezondheidszorg'. [Online]. 2005 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.cmo.nl/sw/index.php?option=com_content&task=view&id=60&Itemid=83
- CIA World factbook. Bevolking onder de armoedegrens. [Online]. 2008 [bezocht op 2011 februari 16].
  Beschikbaar op: URL: http://www.indexmundi.com/map/?v=69&l=nl
- Coul ELM, Valkengoed IGM, Sighem AI, Wolf F, Laar MJW. Stichting HIV Monitoring. RIVM rapport 2003. HIV en AIDS in Nederland. [Online]. 2003 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/8932/1/441100018.pdf
- Cultuur Netwerk. Begrippen en definities [Online]. 2011 [bezocht op 2011 maart 29].
  Beschikbaar op: URL: http://www.cultuurnetwerk.nl/cultuureducatie/begrippen_en_definities.html
- Devos R. m.; Lewin change mangement model [Online] 2006 [Bezocht op: 26-11-09]
  Beschikbaar op: URL:
  http://translate.google.nl/translate?hl=nl&langpair=en|nl&u=http://www.consultpivotal.com/lewin%27s.htm&prev=/translate_s%3Fhl%3Dnl%26q%3Dfasenmodel%2Blewin%26tq%3Dphase%2Bmodel%2Blewin%26sl%3Dnl%26tl%3Den
- Duerinck N. Peereducatie en HIV/Aids-preventie bij jongeren in Zuid-Amerika. [online]. 2008 [bezocht op 2011 maart 28].
  Beschikbaar op: URL: https://biblio.ugent.be/input?func=downloadFile&fileOId=492616
- Encyclo Online Enceclopedie. Opzoeken: Cultuur. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 maart 29].
  Beschikbaar op: URL: http://www.encyclo.nl/begrip/cultuur
- Engelaer Training & Advies, De SWOT analyse en de confrontatiematrix. [Online] 2010. [Bezocht op: 2011 april 12]
  Beschikbaar op: URL: http://www.engelaer.com/SWOT%20en%20Confrontatiematrix.pdf
- Expliciet. Het Goddelijke oordeel over drugs (Al-moeghaddiraat). Expliciet, voor een islamitisch bewustzijn. [online]. 2004 [bezocht op 2011 februari 8].
  Beschikbaar op: URL: http://www.expliciet.nl/content/view/69/52/
- Fontys Lerarenopleiding Biologie. Interviewen. [Online]. 2009 [bezocht op 2011 februari 23].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.fontys.nl/lerarenopleiding/tilburg/biologie/vaardigheden/links/interviewen.htm
- Global Fund. Who are we/fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria. [Online]. 2010 [bezocht op 2011 maart 3].
  Beschikbaar op: URL: http://www.theglobalfund.org/en/fighting/?lang=en
- Gras L, Sighem A, Smit C, Zaheri, S, Prins M, Wolf F. Stichting HIV Monitoring. Repport 2010 Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands. [Online]. 2010 [bezocht op 2011 maart 16].
  Beschikbaar op: URL: http://www.hiv-monitoring.nl/_site1134/images/101736_1-HIVM-RPRT10-WEB.pdf
- Het loket gezond leven. Het verschil tussen proces- en effectevaluaties. [online]. 2011 [bezocht op 2011 mei 10]. Beschikbaar op: URL:
  (http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezondegemeente/beleidscyclus/beleidsevaluatie/proces-en-effect/).
- HIV Vereniging Nederland. HIV en Stigma. [online]. 2007 [bezocht op 2011 maart 24].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.hivnet.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3875&Itemid=331
- HIV vereniging Nederland. [online]. 2010 [Bezocht op 2011 februari 2]. Beschikbaar op: URL:
  http://www.hivnet.org/ HIV vereniging Nederland
- Horizons. Peer Education and HIV/AIDS: Past experience, Future directions. Population Council. [online]. 1999 [bezocht 2011 februari 8].
  Beschikbaar op: URL: http://www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf
- Human Dimensions. CultureActive: LMR model Richard Lewis [Online]. 2011 [bezocht op 2011 maart 29].
  Beschikbaar op: URL:

http://www.humandimensions.nl/nl/tools/interculturele_communicatie_lewis_model
- ICCO, Partner van ondernemende mensen. Wat doet ICCO in Bangladesh. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.icco.nl/nl/projecten/per-land/36/bangladesh
- Kamer van Koophandel (KvK), Sterkte-Zwakte analyse [Online], 2011 [Bezocht op: 29-03-2011]
  Beschikbaar op: URL: http://www.kvk.nl/ondernemen/marketing/sterkte-zwakte-analyse/
- Kerkredactie. Christenen Bangladesh bedreigd bij kerstviering. Reformatorisch Dagblad. [online]. 2010 [bezocht op 2011 februari 3].
  Beschikbaar: op URL:
  http://www.refdag.nl/nieuws/christenen_bangladesh_bedreigd_bij_kerstviering_1_524555.
- Khosla N. HIV/AIDS Interventions in Bangladesh: What Can Application of a Social Exclusion Framework Tell Us? [Online]. 2009 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928101/?tool=pmcentrez
- Lovelife. [online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 8].
  Beschikbaar op: URL: http://www.lovelife.org.za/index.php
- Mamtaz A. HIV/AIDS: Response to the pandemic in Bangladesh. [Online]. 1999 [bezocht 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12179659
- Ministry Health and Family Welfare. Objectives of Ministry of Health And Family Welfare. [Online]. 2008-2010 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op URL:
  http://nasmis.dghs.gov.bd/newMohfw/index.php?option=com_content&view=article&id=73%3Aobjectives-of-ministry-of-health-and-family-welfare&catid=54%3Abasic-link-page&Itemid=81&lang=en
- Ministry Health and Family Welfare NASP. Mission en Vision. [Online]. 2008-2010 [Bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.bdnasp.net/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=60
  Doorgeklikt op search programme; Beschikbaar op: URL:
  http://www.bdnasp.net/index.php?option=com_advancedsearch&view=advancedsearch
- NASP. National AIDS/STD Programme. [online]. 2010 [bezocht op 2011 maart 22].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.bdnasp.net/index.php?option=com_content&view=article&id=1:national-aidsstd-programme-nasp&catid=1:latest-news
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. Preventie. [online]. 2009 [bezocht op 2011 maart 24].
  Beschikbaar op: URL: http://www.nationaalkompas.nl/preventie/
- National AIDS Committee Bangladesh. National policy on HIV/AIDS and STD related issues. [Online]. 1996 [bezocht op 2011 februari 23]. Beschikbaar op: URL:
  http://www.bdnasp.net/images/stories/National_Policy_on_HIV_and_AIDS_and_STD_related_issues.pdf
- Redactie CIP. Moslims mishandelen christenen Bangladesh. Christelijk Informatie Platform. [online]. 2010 [bezocht op 2011 februari 3].
  Beschikbaar op: URL: http://www.cip.nl/nieuwsbericht_detail.asp?id=18906.
- Redactie. Ontdek islam. Het Huwelijk in de Islam. [online]. 2010 [bezocht op 2011 februari 7].
  Beschikbaar op: URL: http://www.ontdekislam.nl/trouwen_huwelijk_islam.php
- Rhoon-Bruynzeel van P, Jonkers-Schuitema C.F. e.a. Informatorium voor Voeding en Diëtetiek [Online]. 2010 [bezocht op 2011 februari 16].
  Beschikbaar op: URL:
  http://bsl.iport.fontys.nl/frontend/redir.asp?product=9065020187&page=9065020187/09014f3c8004c9ce%2Ehtml&highlight=preventie+hiv+aids&phrase=
- Rutgers Nisso Groep 1. Dutch Expert Centre on Sexuality; Rutger WPF and its mission. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 28].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.rutgersnissogroep.org/news/improving-youth-friendly-sexual-reproductive-health-services-through-young-people-in-bangladesh
- Rutgers Nisso Groep 2. Dutch Expert Centre on Sexuality. Improving Youth Friendly Sexual Reproductive Health Services through Young People in Bangladesh. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 28].Beschikbaar op: URL:
  http://www.rutgersnissogroep.org/aboutrutgersnissogroep/rutgers-wpf-and-its-mission
  Sensoa. [online]. 2011 [Bezocht op 2011 februari 2]. Beschikbaar op: URL:
  http://www.sensoa.be/1_6_1_2. php

- Soa aids Nederland, Expertisecentrum voor HIV/AIDS en andere SOA. [online]. 2011 [Bezocht 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.soaaids.nl/
- Stichting Erfocentrum. HIV-infectie en aids bij kinderwens en zwangerschap. [Online]. 2010 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.zwangernu.nl/hiv.php
- Stichting Land Ontwikkelings Projecten Bangladesh. Gezondheidsprojecten, visie en missie. [Online]. 2006 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.slopb.org/ → Projecten → Gezondheidsproject
- Stichting Woord en Daad. Gezondheidszorg Bangladesh. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 2]. Beschikbaar op: URL:
  Http://www.woordendaad.nl/Page/sp1819/ml1/from_sp_id=1822/nctrue/system_id=3593/so_id=2768/Index.html
- ToornendPartners, Risicoanalyse [Online] 2011. [Bezocht op: 2011 maart 22]
  Beschikbaar op: URL: http://www.risicoanalyse.nl/
- UNAIDS. Peer education and HIV/AIDS. Concepts, uses and challenges. Joint United Nations Programme. [online]. 1999 [bezocht op 2011 februari 8].
  Beschikbaar op: URL: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc291-peereduc_en.pdf
- Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC). Bijweringen HIV-remmers. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://www.umcutrecht.nl/subsite/hiv/Hiv/Behandeling/Hiv-remmers/Bijwerkingen.htm
- VAD Bibliotheek Determinantenanalyse. [Online]. 1994 [bezocht 2011 februari 14].
  Beschikbaar op URL: http://www.vad.be/media/65994/tips&toolsdeterminantenanalyse.pdf
  Referentie: Newcomb, M.D.(1994) Predictors of drug use and implications for the workplace. In: Macdonald, S & Roman, P.M. (ed.). Research advances in alcohol and drug problems, Volume 11: Drugtesting in the workplace. New York: Plenum Press.
- Verrijp A, Willems G. Geschiedenis Bangladesh. [Online]. 2010 [bezocht op 2011 februari 16].
  Beschikbaar op: URL: http://www.landenweb.net/bangladesh
- VSO. PRINCIPLES [Online]. 2005 [bezocht op 2011 februari 14].
  Beschikbaar op: URL: http://www.vso.nl/Images/1-principles_tcm80-21017.pdf
- WHO, het Health and Population Sector Program (HPSP). [Online]. 2007 [bezocht op 2011 maart 10].
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.searo.who.int/LinkFiles/Country_Annual_Health_Reports_hpsp.pdf
- WHO, Treat-Train-Retain Program. [Online]. 2006 [bezocht op 2011 februari 23].
  Beschikbaar op: URL: http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/TTRmeetingreport2.pdf
- Wikipedia. Hindoeïsme. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 3].
  Beschikbaar op: URL: http://nl.wikipedia.org/wiki/Hindoe%C3%AFsme
- Wikipedia. Islam. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 2].
  Beschikbaar op: URL: http://nl.wikipedia.org/wiki/Islam
- World Health Organisation, UNAIDS en Unicef. Towards Universal Access; Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector 2010. Progress Report. [Online]. 2010 [bezocht op 2011 febuari 22].
  Beschikbaar op: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf
- World health Organization (WHO). About WHO. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 16].
  Beschikbaar op: URL: http://www.who.int/about/en/
- World Vision. Bangladesh Bandarban. [Online]. 2011 [bezocht op 2011 februari 28].
  Beschikbaar op: URL: http://www.worldvision.nl/page.php?cId=126
- Zielstra, J., et al, !ACTIE!-model van veranderen, Sturingsinstrumenten voor de manager (12), 2001
  Beschikbaar op: URL:
  http://www.gertjanschop.com/modellen/lewin_s_model_van_organisatieverandering.html
- ZonMw, begrippen [Online] 2011 [Bezocht op 23-03-2011]
  Beschikbaar op: URL: http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/begrippen/
- ZonMw. fasen [Online]. 2011 [Bezocht op 20-03-2011]
  Beschikbaar op: URL: http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/fasen/
- ZonMw. Strategieën [Online]. 2011 [Bezocht op 20-03-2011]
  Beschikbaar op: URL: http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/strategieen/

Bijlage 1: De beginsituatie

Allereerst is het voor het project belangrijk om te weten hoe Bangladesh en het district Durgapur eruit zien. De informatie die bijlage 1.1 toelicht zijn de feiten, de economie, de handel en de emigratie, het onderwijs, de natuur, de mensenrechten en de voorkomende godsdiensten. Daarna wordt dieper ingegaan op Durgapur. Bijlage 1.2 brengt het gezondheidsnetwerk in kaart, waarna bijlage 1.3 ingaat op de invloed van de overheid.

1.1 Bangladesh en het district Durgapur

Bangladesh

Feiten

In 2009 registreert Bangladesh 162.220.762 inwoners, dit aantal stijgt nog steeds. Hoewel Bangladesh een van de kleinste landen is in Zuid-Azië, is het qua inwoneraantal het achtste grootste land van de wereld.
De grens van Bangladesh ligt bijna helemaal aan India en is 4083 km lang. Bangladesh grenst echter in het uiterste zuidoosten ook aan Myanmar, deze grens is 193 km lang. In het zuiden grenst Bangladesh aan de Golf van Bengalen, deze grens is 580 km lang.
De oppervlakte van Bangladesh is ca. 145.000 km2. Het land is daarmee ruim vier keer zo groot als Nederland (Beurden, 2004 & Rhoon-Bruynzeel, 2010).
In 2008 leefde 45% van de bevolking onder de armoedegrens. De algemene armoedegrens ligt op 1.25 dollar per dag (CIA, 2008).

Economie

Bangladesh is, volgens de officiële cijfers, nog steeds een van de minst ontwikkelde landen ter wereld, ondanks een vrij stabiele economische groei van ongeveer 5% die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Zo schommelt het inkomen per hoofd van de bevolking nog steeds rond een magere 375 dollar per jaar (Verrijp, 2010).
De officiële cijfers beschrijven niet de gehele economie. Verrijp vermoedt dat de informele economie naar schatting tweederde van de totale economie omvat. Met informele economie wordt bedoeld, de economie die ontstaat door het zwart werken en geld van familieleden die in het buitenland wonen.
In combinatie met de afnemende bevolkingsgroei is het inkomen per hoofd van de bevolking licht gestegen, van 210 dollar per jaar in 1990 tot 375 dollar per jaar in 2002 (Verrijp, 2010).
De positie van vrouwen op de arbeidsmarkt is verre van optimaal. Velen worden ondergewaardeerd, uitgebuit en zelfs misbruikt. Ook kinderarbeid komt nog op grote schaal voor. Miljoenen kinderen werken de hele dag en gaan niet naar school (Verrijp, 2010).

Handel

Bangladesh is als agrarische samenleving vooral afhankelijk van de akkerbouw en in mindere mate van de vis- en vleessector. Ook de bosbouw is van belang, met name in het noord- en zuidoosten van het land. Meer dan 60% van de werkende bevolking is werkzaam in de landbouw en ongeveer 30% van het nationale inkomen is uit deze sector afkomstig. Als de oogst mislukt, vallen slachtoffers. Velen eten alleen rijst met een saus. Geld voor vlees en vis hebben inwoners bijna niet en zij eten zelden bladgroenten.
Toerisme levert nog niet veel geld op in Bangladesh, echter neemt het aantal toeristen jaarlijks wel toe. De meeste toeristen komen uit landen als India, Pakistan, Japan, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten (Verrijp, 2010 & Beurden 2004). Het grootste deel van het toerisme betreft het binnenlands toerisme, met name het kustgebied bij Cox's Bazar en de Sunderbans zijn erg geliefd voor inwoners van Bangladesh.
De kleding is het belangrijkste exportproduct. De textielsector biedt werk aan meer dan één miljoen vrouwen en enkele honderdduizenden mannen. Echter bestaat er nog veel kinderarbeid in deze sector. Het aantal kinderen die in deze sector werkt wordt geschat tussen ongeveer 25.000 tot 300.000 kinderen (Verrijp, 2010 & Beurden 2004).

Emigratie

Jaarlijks trekken veel redelijk tot goed opgeleide Bengalezen naar het buitenland, met name naar Noord-Amerika, Groot-Brittannië en het Midden-Oosten. In 2010 vertrokken ongeveer 200.000 Bengalezen naar het Midden-Oosten, waar 95% ongeschoold werk doet.

Veel immigranten vertrekken zonder geldige papieren en worden in ruil voor veel geld geholpen door mensensmokkelaars. Een groot aantal vrouwen zonder papieren belandt in de seksindustrie in landen als India en Pakistan.
In 2010 stuurden migranten meer dan drie miljard dollar per jaar naar hun familieleden (Verrijp, 2010). Veel werkimmigranten uit Durgapur gaan in buurlanden zoals India werken. De meesten komen één of twee dagen terug naar huis wanneer zij loon hebben ontvangen. De werkemigranten brengen op verschillende momenten hun loon mee naar huis, de ene neemt elke week zijn/haar loon mee naar huis en de andere elke maand (Chisim, correspondentie 3, 2011).

Onderwijs
Bangladesh telt ongeveer 80.000 basisscholen, 13.000 scholen voor middelbaar onderwijs, bijna 3.000 'colleges' en tientallen universiteiten en technische, landbouwkundige en medische hogescholen.
Het privé onderwijs is beter georganiseerd dan het overheidsonderwijs, hieronder vallen ook een aantal klein Engelse onderwijsinstellingen. Alleen kinderen van zeer rijke ouders maken hier echter gebruik van.
De overheidsscholen zijn kwalitatief vaak niet goed. Leerkrachten kunnen de overvolle klassen niet aan en hebben onvoldoende materiaal om mee te werken (lees: schrijfgerei, boeken en schriften).
De islamitische scholen (de zogenoemde 'madrassas') zijn van grotere betekenis in Bangladesh. 10% van alle leerlingen volgen daar hun onderwijs. De leerlingen zijn vaak dakloos of arm. De islamitische scholen zijn vaak financieel afhankelijk van de regeringssubsidies en donaties uit Arabische landen (Verrijp, 2010).
Verder zijn er ongeveer 4000 Koranscholen. Hier ligt de nadruk op het Arabisch en religieuze teksten en gewoontes. Echter krijgen de leerlingen ook moderne vakken zoals wiskunde, natuurkunde, Bengaals, Engels, aardrijkskunde en biologie (Beurden 2004).
Ondanks deze indrukwekkende cijfers volgens maar weinig kinderen onderwijs. Van de twintig miljoen kinderen van basisschoolleeftijd, werken zes miljoen kinderen de hele dag. Bovendien maakt tweederde van de basisschoolleerlingen op het platteland de basisschool niet af (Beurden, 2004 & Verrijp 2010).

Natuur
Bangladesh heeft een tropisch klimaat met zeer zachte winters (oktober tot maart), hete en vochtige zomers (maart tot juni) en een vochtige warme moessonperiode (juni tot oktober).
In het moessonseizoen komen frequent natuurrampen voor in de vorm van overstromingen en cyclonen. De ligging aan de Golf van Bengalen en de ontbossing van het Himalaya-gebergte hebben hier o.a. aan bijgedragen. Door de verwachte stijging van de zeespiegel zal het laaggelegen Bangladesh nog meer problemen gaan krijgen door overstromingen (Verrijp, 2010).
In het droge seizoen (november tot april) kan zo weinig neerslag vallen dat de oogst er ernstig onder lijdt. Verder komt het voor dat zelf in de regenmaanden (mei tot oktober) te weinig neerslag valt. Driekwart van de regen valt tussen juni en september. Door de luchtvochtigheid van ongeveer 90% is het voor de mens haast ondragelijk om te leven.
De koudste maand is januari met temperaturen onder de 20°C en de heetste maand betreft april waarbij temperaturen tot 40°C kunnen voorkomen (Verrijp, 2010).
Bangladesh wordt ook wel het land der rivieren genoemd. Het telt namelijk ongeveer 250 rivieren, waarvan de Ganges, de Brahmaputra en de Meghna de belangrijkste zijn. Kenmerkend zijn de 'dansende' rivieren, die elk jaar tientallen meters per jaar in oostelijke van richting veranderen. De mensen die aan zo'n rivier wonen, wonen dan aan een droge rivier op zogenaamde 'char-grond' (Verrijp, 2010).

Mensenrechten
In Bangladesh bestaan geen wetten met betrekking tot privacy. De doorsnee bevolking mag daar een medisch geheim delen met derden zonder toestemming (Chisim, correspondentie 3, 2011).
Volgens vele mensenrechtenorganisaties zijn de mensenrechten in Bangladesh onvoldoende. De politie is omkoopbaar, wat tot gevolg heeft dat veel onderzoeken naar een moord of verdachte stranden. De door hen meegebrachte getuigen worden geïntimideerd. Veel wetten die het gedrag van politie en leger regelen zijn nadelig voor arme mensen. Zij kunnen zelden de gevraagde borgtocht betalen. Daarnaast martelt het leger en de politie en vallen tientallen doden en gewonden. Huiszoekingen worden uitgevoerd zonder bevelschrift en sloppenwijken worden zonder aankondiging verwoest (Beurden, 2004).

Volgens mw. Kaashoek lijden de minderheden meer onder de wijd verspreidde corruptie dan de doorsnee Bengalen (Kaashoek, notulen 2 2011).

Godsdiensten
De meest voorkomende godsdienst in Bangladesh is de islam (+/-85%). In 1988 is de islam uitgeroepen tot staatsgodsdienst. Toch laat de grondwet godsdienstvrijheid toe en is de islam niet verplicht. De Bengalen volgen met name het islamitische geloof.
De tweede meest voorkomende godsdienst is het hindoeïsme (+/- 12 %). Verder zijn er nog een aantal kleine godsdienstgroeperingen zoals het boeddhisme, het christendom en de antimisten (Verrijp, 2010). De islam en het christendom worden verder toegelicht. Het christendom wordt hieronder toegelicht, omdat de stam Garo hiervan volgelingen zijn.

De islam
De term islam wordt vaak vertaald als 'onderwerping'. Dit verwijst dan naar de beslissing van de moslim (iemand die zich onderwerpt of overgeeft) om zich zowel naar lichaam als naar geest te voegen naar de wil van God (Allah). De Koran, wordt door moslims beschouwd als Gods directe en onfeilbare woord en is de belangrijkste bron van het islamitische geloof. De koran is zowel het symbool als het tastbare voorwerp van de nauwe relatie tussen mens en god en mag alleen in rituele reinheid benaderd worden (Coogan, 2007).

De twee voornaamste stromingen binnen de Islam zijn de soennieten en de sjiieten. In Bangladesh is meer dan 90% van de moslims soennitisch. Zij zijn aanhangers van de profeet Mohammed zonder dat hij een opvolger heeft aangewezen (Coogan, 2007).

Seks en drugs
Binnen de islam is het huwelijk de enige toegestane vorm van een relatie. Het doel van het huwelijk is het stichten van een familie. Binnen de Islam wordt liefde zonder verantwoordelijkheid (dus seks zonder of vóór het huwelijk) als een ziekte gezien. De islam is tegen vrije liefde omdat de mens oefent om zich te onderwerpen aan Allah en niet aan de lusten. Het vasten is het beheersen van de lust voor voedsel, drinken en seks. Volgens de islam moeten gelovigen heerser zijn over eigen lusten en niet de slaaf zijn van lusten. Door dit tijdens de vastenmaand voedsel, drinken en seks te beheersen zal men geoefend zijn om andere lusten te weerstaan zoals lust naar geld en verboden middelen (Bogaert, 2009).

Binnen de islam mag een man met vier vrouwen trouwen. Deze vrouwen moeten allemaal op de hoogte zijn van de andere vrouwen en moeten ook toestemming geven voor een eventueel volgende huwelijk. Een vrouw daarentegen mag maar met één man getrouwd zijn. De mogelijkheid bestaat om te scheiden, maar hier komt vaak veel bij kijken. Er zijn vele regels waaraan voldaan moet worden voordat een scheiding rond is. Wanneer deze rond is, heeft de vrouw het recht om opnieuw te trouwen. Een echtscheiding wordt gezien als de meest verafschuwde toegestane zaak. Het aantal echtscheidingen binnen de islam is dan ook klein. . Een scheiding wordt gezien als het uit elkaar drijven van een gezin wat schadelijk kan zijn voor de kinderen. Een huwelijk dient voor het stichten van een familie en om kinderen in een gezonde omgeving te laten opgroeien (Redactie; Ontdek islam. 2010).

Drugs zijn binnen de islam niet toegestaan. Er wordt zelfs letterlijk gezegd in de Koran: "*Alles wat bedwelmend is, is gamr en alle (soorten van) gamr is haram (verboden)".* De handel, het gebruik en de productie van drugs zijn allen verboden (Expliciet, 2004).

Condoomgebruik bij de islam is alleen toegestaan als man en vrouw daar beiden toestemming voor geven en daar een duidelijke aanleiding voor is. Een aantal redenen kunnen zijn:

- Zodat een vrouw tot rust kan komen en kan herstellen tussen twee zwangerschappen;
- Ten behoeve van het welzijn en de kwaliteit van de opvoeding van de kinderen die men reeds heeft;
- Wanneer één van beide partners een seksueel overdraagbare aandoening heeft;
- In het belang van de gezondheid van de vrouw, wanneer haar gezondheid in het gedrang zou komen door een zwangerschap of een bevalling;
- Gedurende de periode dat de vrouw borstvoeding geeft, in het belang van het welzijn van haar kind;

- Wanneer de man niet in staat is nog meer kinderen financieel te onderhouden of wanneer de familiale omstandigheden dusdanig zijn dat een nieuwe zwangerschap voor problemen zou zorgen en de draagkracht van het gezin zou overstijgen;
- Wanneer men voor bejaarde ouders zorgt en deze zorg een te grote emotionele of financiële belasting inhoudt om kinderen te hebben;
- Wanneer men zich nog te jong voelt om de verantwoordelijkheid van het opvoeden van kinderen op zich te nemen;
- Wanneer men pas gehuwd is, zodat men elkaar eerst beter kan leren kennen alvorens er kinderen komen;
- Wanneer men nog studeert en een zwangerschap een nadelig gevolg zouden hebben op de academische prestaties;
- Wanneer één van beide partners te zwak of te ziek is om de verantwoordelijkheid van het ouderschap te dragen (Bogaert, 2009).

Bij de Islam heeft zowel de man als de vrouw het recht op kinderen en mogen zij dit elkaar niet verbieden. Het is daarom niet toegestaan dat één van de partners eenzijdig beslist over het gebruik van voorbehoedsmiddelen en mag dit dus niet verborgen houden. Deze beslissing moet in gezamenlijk overleg gebeuren (Bogaert, 2009).
In het kader van de HIV en de AIDS problematiek zorgt het toestaan van condooms binnen een huwelijk ervoor dat de partner van een met HIV besmet persoon zich kan beschermen tegen het overdragen van HIV. Het zorgt er ook voor dat een HIV positief persoon kan huwen mits de partner beschermd kan worden tegen het overdragen van het virus (Bogaert, 2009).
Wanneer mensen met elkaar gaan trouwen worden zij aangemoedigd om zich eerst te laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen zoals HIV/AIDS. Wanneer iemand een positieve uitslag krijgt, kunnen de huwelijkspartners de nodige beschermingsmaatregelen treffen. Zeker in gemeenschappen waar polygamie voorkomt, zoals in arme gemeenschappen waar vrouwen in een polygaam huwelijk treden omdat zij anders geen bestaansmiddelen hebben, is het toestaan van condoomgebruik in huwelijken van wezenlijk belang om besmetting en verspreiding van AIDS te voorkomen (Bogaert, 2009).

Christendom
De essentie van het christendom is een monotheïstische godsdienst. Dit wil zeggen dat deze is gebaseerd op het geloof in één God die wordt gezien als de eeuwige schepper, die de schepping te boven gaat maar toch aanwezig is in deze wereld en in Jezus christus als de redder en verlosser van de mensheid (Coogan, 2007).

De christenen die in Bangladesh wonen worden regelmatig bedreigd. Moslims die zich hebben bekeerd tot het christendom worden zelfs door de imam bedreigd om zich terug te bekeren tot de islam. Ook voormalig boeddhisten worden bedreigd om zich weer terug te bekeren. Christelijke vieringen worden vaak verstoord door mishandelingen (Kerkredactie 2010 & Redactie CIP, 2010).

Vergeleken met andere godsdiensten die in Bangladesh wonen, is het aantal christenen klein. De Garo's, wonend in Birisiri, zijn voornamelijk Baptisten. Zij hebben een eigen cultuur en taal. Deze cultuur wordt levend gehouden in het lokale museum. Deze stam vormt een religieuze en etnische minderheid en de Bengalen beschouwen deze stam als minderwaardig en achtergebleven (SAKS, 2010).

Seks en drugs
Net als andere vormen van seksuele immoraliteit wordt seks voor het huwelijk herhaaldelijk in de geschriften van de Bijbel veroordeeld. De Bijbel is voorstander van seksuele onthouding voor het huwelijk. Seks voor het huwelijk is net zo verkeerd als overspel of andere vormen van seks. Dit wordt ook gezien als seks voor het huwelijk. Seks tussen een echtgenoot en echtgenote is de enige vorm van seksuele relaties die God goedkeurt (Bijbel, 2011).

God beschouwt seks als iets wat niet alleen voor plezier is (binnen de grenzen van het huwelijk) maar wat voornamelijk bedoeld is voor het "reproduceren". God verbant seks voor het huwelijk niet om het genot weg te nemen maar ongewenste zwangerschappen te voorkomen en dat ouders die nog geen kinderen willen of er nog niet klaar voor zijn, ook geen kinderen krijgen.
Volgens het christendom zal de wereld er dan een stuk beter uitzien; minder SOA's, minder ongehuwde moeders, minder ongewenste zwangerschappen en minder abortussen (Bijbel, 2011).

Drugs zijn binnen het christendom niet toegestaan. Het volgende wordt geschreven in de Bijbel 2Korinthiërs 7:1: ”Daar wij dan deze beloften hebben, geliefden, laten wij ons reinigen van elke verontreiniging van vlees en geest, en in de vrees voor God heiligheid vervolmaken” (Bijbel, 2011).

Het gebruiken van een condoom beschouwen de Christenen als nogal controversieel. De Bijbel beschrijft dat de mens zich moet voortplanten om de aarde te bevolken. Vanuit dit oogpunt zijn voorbehoedsmiddelen dus niet toegestaan. Ook de paus heeft aangegeven dat het gebruik van condooms onder de christenen niet is toegestaan, waardoor grote groepen mensen (vooral in arme landen) geen condooms willen gebruiken (CIP, 2010).

Bij het gebruik van bepaalde anticonceptie wordt er zelfs van moord gesproken. Een bevruchte eicel wordt namelijk als levend wezen gezien en innesteling wordt voorkomen door de anticonceptie (CIP, 2010).

In het laatste boek wat is uitgekomen over de paus ('Light of the World: The Pope, the Church and the Signs of the Times, 2010) beschrijft de paus echter dat het in sommige gevallen wel geoorloofd is om condooms te gebruiken. Dit voornamelijk ter preventie van verspreiding van HIV/AIDS. Steeds meer christenen gebruiken dan ook vaker een condoom (Pope, 2010). De christenen in Durgapur erkennen het gezag van de paus echter niet. Alleen de Rooms-katholieken erkennen het gezag van de paus. De christenen in Durgapur hebben wat betreft hun geloof veel minder moeite met de geboortebeperkende middelen dan de Rooms-katholieken (Kaashoek, notulen 2, 2011)

Durgapur
Birisiri is een klein dorp in het district Durgapur ten noorden van Mymensingh vlakbij de Indiase grens. Het district telt 201.000 inwoners. 34% van de inwoners uit Durgapur is analfabeet, met als gevolg dat hogere beroepen (vrijwel) niet mogelijk zijn.
In het district leven 4 stammen waaronder de Garo stam. Birisiri wordt voornamelijk bewoond door de Garo stam en de Bengalen. Deze Bengalen zijn islamieten en de Garo stam volgt het christendom en zijn voornamelijk baptisten. De Garo heeft een eigen taal en cultuur. Deze cultuur wordt levend gehouden in het lokale museum waar ook zang-, dans- en dramalessen worden gegeven in de Garo-taal. De overige stammen worden gescheiden door de diverse christelijke kerken (baptisten, adventisten, rooms katholieken).
De Garo stam vormt een religieuze en etnische minderheid en wordt als minderwaardig en achtergebleven beschouwd door de Bengalen. De woongebieden van deze stammen liggen afgelegen (SAKS, 2010).

<u>Werkgelegenheid</u>
In Durgapur is weinig werkgelegenheid, met name voor laag opgeleide vrouwen. Hoger opgeleide mensen kunnen vaak werk krijgen bij een van de vele NGO’s. Deze NGO’s bieden beroepsopleidingen aan laag getrainde mensen, maar zorgen echter niet voor baangelegenheid. Wanneer mensen hun producten alleen in eigen dorp/eigen streek kunnen verkopen is de markt gauw verzadigd.
Voor heel veel mensen is een eigen bedrijf opzetten te hoog gegrepen. Dit is vaak zowel wat betreft capaciteiten als qua financiële niet mogelijk (SAKS, 2010).

Sari Fair Fashion
Sari Fair Fashion is een groep van acht Nederlandse winkels die fair trade en eko kleding, stoffen en accessoires verkopen. De producten worden ingekocht via erkende en gecertificeerde fair trade en EKO importeurs en fabrikanten. Sari zelf is ook een fair trade importeur en wordt als zodanig erkend door de Landelijke Vereniging van Wereldwinkels en de World Fair Trade Organisation. Sari importeert kleding, stoffen en accessoires uit India, Bangladesh en Nepal. Intensieve contacten worden onderhouden met de organisaties ter plaatse. Meestal zijn dit fair trade exporteurs, omdat de producenten vaak afgelegen wonen, zij slecht tot geen Engels spreken en daarnaast niet bereikbaar zijn via de e-mail.
In Bangladesh is Folk Bangladesh de exporteur waarmee wordt samengewerkt. Mw. Kaashoek (de opdrachtgeefster van dit project) is een vennoot van Sari, zij bezoekt de producentengroepen eenmaal per jaar (SAKS, 2010).

AIDS
In Durgapur zijn er in een aantal jaar vijf of zes mensen overleden, waarvan de dokter vermoedde dat zij AIDS hadden. De dokter maakt dit echter niet bekend omdat wanneer hij dit doet, de inwoners de families gaan vermijden wat bij een familie tot een sociale isolement kan leiden.
Één van de geïnterviewde doktoren schatte dat er in Durgapur ongeveer 20.000 mensen met AIDS wonen.

1.2 Gezondheidsnetwerk

Naast de beginsituatie is het voor het project ook van belangrijk te weten hoe het gezondheidsnetwerk er in Bangladesh uitziet. Vanuit hier kan de projectgroep verder bekijken waar op ingespeeld moet worden en waarop niet. In het eerste deel wordt voornamelijk ingegaan op het algemene gezondheidsnetwerk in Bangladesh en daarna wordt specifiek ingegaan op de gezondheidszorg in Birisiri.

Bangladesh
Bangladesh behoort tot een van de 25 armste landen van de wereld er bestaat grote ongelijkheid tussen de man en de vrouw, ook in de gezondheidszorg. Het sterfteaantal onder de vrouwen is groter dan onder de mannen, ook sterven er meer meisjes dan jongens. Jongens worden in arme gezinnen voorgetrokken wat betreft beschikbaar voedsel, verzorging en medicijnen (CMO, 2005). Vrouwen eten pas nadat de mannen en kinderen hebben gegeten. Vrouwen en meisjes hebben een zeer achtergestelde positie (Stichting Woord en Daad, 2011). De levensverwachting is in Bangladesh voor de mannen 61,5 jaar en voor de vrouwen 64,9 jaar (Rhoon-Bruynzeel, 2010).

80% van alle mensen in Bangladesh werkt voor een landheer en heeft zelf een klein stukje grond, waar net of niet genoeg op verbouwd kan worden om het gezin te voeden. Meer dan de helft van alle dorpskinderen lijdt aan ondervoeding (CMO, 2005).
In Bangladesh heerst een slechte gezondheidssituatie (Stichting Woord en Daad, 2011). De meest arme gezinnen beschikken niet over schoon drinkwater. Veel water is vervuild met arsenicum (zeer giftig) en veel water dat wordt gebruikt als drinkwater, wordt ook gebruikt om kleding te wassen en het vee in te laten baden. De meest voorkomende aandoeningen hierdoor zijn longontstekingen, tuberculose en malaria (CMO, 2005).
Er is een tekort aan ziekenhuizen, doktoren, verplegend personeel en medicijnen. Een kliniek is onbetaalbaar (Stichting Woord en Daad, 2011).
Bangladesh heeft 1 dokter voor zo'n 6.000 mensen en 1 ziekenhuisbed voor zo'n 3.000 mensen. Er zijn minder verpleegkundigen dan artsen en veel kinderen worden niet ingeënt. Naar schatting sterven ieder jaar 66 per 1.000 zuigelingen en daarnaast sterven er elk jaar 20.000 vrouwen tijdens de zwangerschap of de geboorte.
De meeste artsen zijn man waardoor veel vrouwen geen arts inschakelen bij problemen. 67% van alle zwangere vrouwen krijgt geen medische hulp en 95% van alle geboortes vindt thuis plaats (CMO, 2005).

Birisiri
Volgens mw. Kaashoek is het gezondheidsnetwerk in Birisiri minimaal en moeten de inwoners vaak zelf voor hun zorg betalen, tenzij de werkgever dit betaalt. Er heerst een gesloten cultuur en de meeste inwoners gebruiken periodieke onthouding als anticonceptie.
Het dorp beschikt over voldoende condooms, maar deze worden weinig verkocht om op het kopen een taboe heerst. Dit wordt namelijk gezien als teken van vreemdgaan. Condooms zijn duur, maar betaalbaar voor de inwoners. Volgens dhr. Chisim kost een dozijn condooms 31 eurocent (27 taka). Dit wordt door de arme Bengalen als goedkoop gezien (Chisim, correspondentie 3, 2011).
Volgens mw. Kaashoek worden condooms gesubsidieerd, maar door wie is onbekend (Kaashoek, notulen 2, 2011).

In Birisiri zijn geen testen en medicatie aanwezig. Ze zijn vrijwel alleen in de grote steden verkrijgbaar. Naast de afstand hebben veel mensen hier ook geen geld voor. Er is een mogelijkheid om eigen bloed op te laten sturen naar Dhaka, maar dit is erg duur. Inwoners van Birisiri worden dus niet op HIV/AIDS getest en weten vaak niet dat ze geïnfecteerd zijn.

Birisirí heeft één gezondheidspost, waar huisartsen spreekuren houden. Zij hebben volgens mw. Kaashoek echter weinig kennis. Een simpele verkoudheid kan behandeld worden, maar wanneer het

ingewikkelder wordt, wordt de patiënt al snel doorverwezen naar een ziekenhuis, die ver weg gelegen is en waar de behandelingen erg duur zijn. De gezondheidspost heeft antibiotica en vaccins beschikbaar, maar hoe vaker inwoners ziek worden, hoe sneller hun geld op is.
Birisiri is moeilijk te bereiken door de slechte wegen en is het minimaal twee uur rijden in een volle bus voordat ze bij een ziekenhuis zijn. Wanneer iemand in Birisiri AIDS krijgt, gaat deze persoon dood.

Durgapur heeft NGO's maar zij werken projectmatig en weinig met elkaar samen. World Vision is één van die NGO's. World Vision heeft een aantal jaar actief gewerkt in Birisiri en heeft o.a. het HIV/AIDS project opgezet. Op dit moment wordt hier weinig mee gedaan. In een klein gebiedje wordt soms een groepsbijeenkomst gegeven, evenals particuliere en individuele counseling.
World Vision en SAKS zijn samen tot de conclusie gekomen dat folders niet werken. Ze zijn te prijzig en worden slecht gelezen. Billboards zijn wel effectief. Er staat één billboard bij de ingang van het dorp. Folk wil billboards plaatsen op plekken waar mensen langer zijn, bijvoorbeeld in een winkelcentrum of in een bushalte. Groepsbijeenkomsten en toneelstukken zijn volgens hen ook effectief (Kaashoek, notulen 2, 2011).

Volgens dhr. Chisim en dhr. Mridha gaat de bevolking voor allerlei ziekten eerst naar een traditionele genezer en daarna naar een professionele dokter. Echter weet de bevolking dat er geen traditioneel medicijn bestaat tegen de ziekten HIV en AIDS. Er bestaat een kruidenmix die erg goedkoop is, maar die lang niet altijd werkt en de ziekten ook niet geneest. Deze kruidenmix heet "Kobiraj" en is het middel die zeer arme mensen kunnen betalen.

1.3 Invloed van de overheid op HIV en AIDS preventie in Bangladesh

Deze paragraaf bestaat uit 2 delen, namelijk wat de overheid bijdraagt aan de HIV preventie en welke hulporganisaties actief zijn in Bangladesh en specifiek in Birisiri. Door dit te bestuderen, wordt een beeld geschetst van wat al gedaan wordt in Bangladesh.

Binnen de NGO's worden verschillende sociale projecten uitgevoerd. Inwoners van Bangladesh kunnen hier werk krijgen. Bangladesh claimt dat ze een democratie is, echter wordt dit niet zo ervaren door de bevolking. De politiek gebruikt veel geweld en martelingen en er vinden veel arrestaties plaats en de rechteloosheid van de bevolking neemt toe. Wanneer er een rechtszaak plaatsvindt wordt de politie omgekocht en getuigen geïntimideerd waardoor de rechtszaak vaak vervalt (Beurden, 2004). Daarnaast worden veel inwoners monddood gemaakt. In Bangladesh zijn talloze NGO's, waarvan de meeste alleen actief zijn in grote steden. Ondanks de betekenis van de naam, zijn niet alle organisaties oprecht. Zo zijn sommige organisaties onderdeel van een politieke partij. Daarnaast groeit de groep extreme organisaties die geweld niet schuwt om van Bangladesh een fundamentalistische islamitische staat te maken.
Door dit alles is de positie van arme vrouwen de afgelopen jaren eerder verslechterd dan verbeterd. De overheid speelt bij dit alles een rol door te pas en te onpas organisaties te verbieden, waaronder ook organisaties die juist opkomen voor de rechten van arme inwoners (ICCO, 2011 & SAKS, 2010 & Beurden 2004).

Organisaties
Er zijn veel organisaties in Bangladesh. Hieronder is een schema weergegeven die onderscheid maakt in organisaties die in Bangladesh actief zijn en organisaties die in Birisiri actief zijn.

Bangladesh

Organisatie	*Wat is de organisatie?*	*Wat is het doel?*	*Welke activiteiten voert het uit?*	*Welke resultaten zijn er al?*
National AIDS/STD Pro-gramme (NASP) (Mamtaz A., 1999 & Khosla, 2009 & NAC, 1996)	Deze organisatie is opgericht vanuit het Nationaal AIDS Committee (NAC) door het Ministerie van Volksgezondheid. De visie van NASP betreft een HIV/AIDS vrije samenleving, mensenrechten voor iedereen en tolerantie en respect voor mensen met HIV/AIDS.	De kwaliteit van het leven van de risicogroepen verbeteren door het verminderen van de verspreiding van HIV.	• Het geven van adviezen aan de bevolking over veilig vrijen met condoomgebruik • Het bieden van zorg en ondersteuning aan mensen die al gediagnosticeerd zijn met HIV/AIDS; • Het testen op HIV/AIDS/SOA in de grote steden; • Het geven van onderwijs om veranderingen in het seksueel gedrag te bewerkstelligen (trainingsmodulen); • Het geven van adviezen over het beperken van het aantal seksuele partners en het motiveren van het gebruik van condooms; • Het geven van adviezen over steriele materialen voor injecties of andere huidpiercings; • Het invoeren van het niet-discriminatie beleid wat betreft vrouwen/homo's.	• In 2002 haalden 35,6% van de vrouwelijke prostituees het gebruik van een condoom aan. In 2006 was dit 70,2%; • In totaal hebben 72.325 leraren, 159.115 commissies en bestuursleden van 14.465 instellingen een opleiding gekregen m.b.t. HIV/AIDS. NASP verwacht dat hierdoor 11 miljoen studenten op de hoogte worden gesteld in de klas met betrekking tot deze ziekten.
Stichting Land Ont-wikkelings Project Bangla-desh (SLOPB) (SLOPB, 2006)	SLOPB heeft als visie "het verbeteren van de levensstandaard en het promoten van de gezondheid en de veiligheid van de allerarmsten in Bangladesh in de breedste zin van het woord." Onder de allerarmsten worden met name de vrouwen, de kinderen en de gehandicapten verstaan. SLOPB heeft een gezondheids-project opgezet die ze samen met het SIMAVI uitvoeren.	• Het verbeteren van de gezondheid van de gemeenschap en het verminderen van water-gerelateerde ziekten door het verschaffen van pompen en hygiënische wc's. • Het verminderen van het sterfte-aantal en het aantal ziekten door water-gerelateerde ziekten. • Het motiveren en het aanzetten tot goede gezondheids-gewoonten door het geven van voorlichting aan de bevolking.	Om de gewoontepatronen aan te pakken worden er drama- en dansvoorstellingen ingezet, waarin gezondheidsboodschappen verwerkt zijn. Dit is erg succesvol en bij elke opvoering zijn honderden inwoners aanwezig	• Tot december 2005 waren er in totaal 480 pompen geslagen, 3.500 hygiënische wc's opgezet en was er voorlichting gegeven aan 10.000 inwoners van Bauphal wat ligt in het Zuidwesten van Bangladesh. • In 2006 zijn er 65 pompen geplaatst waarmee ruim 5.000 mensen zullen worden voorzien van schoon drinkwater.

Organisatie	*Wat is de organisatie?*	*Wat is het doel?*	*Welke activiteiten voert het uit?*	*Welke resultaten zijn er al?*
World Health Orga-nization (WHO) (WHO, 2011 & WHO TTR, 2006)	WHO is een organisatie die de regie en coördinatie voor gezondheid binnen de Verenigde Naties uitvoerd. In de 21e eeuw is gezondheid een gedeelde ver-antwoordelijkheid van de organisaties en de overheid, waarbij gelijke toegang tot essentiële zorg en collectieve verdediging tegen internationale bedreigingen worden gerealiseerd.	WHO is verantwoordelijk voor het verstrekken van leiderschap op de mondiale gezondheid, het vormgeven van de gezondheidszorg onderzoeksagenda, het vastleggen van normen en standaarden, opties geven voor een evidence-based beleid, het bieden van technische ondersteuning aan landen en het vastleggen/ controleren en het evalueren van de gezondheidtrends.	Het uitvoeren van het moeder-kind pakket, waarbij moeders voorlichting krijgen over hoe zij veilig kunnen bevallen en hoe zij de baby op kunnen voeden. Het uitvoeren van het Train-Treat-Retain project die is gestart in 2006. (Onder deze tabel is informatie weergegeven over dit project).	In 2009 heeft WHO in heel Bangladesh 26.369 mensen op HIV getest en advies gegeven. De manier waarop is niet duidelijk. Er zijn ongeveer 1,71 instellingen per 1.000 inwoners opgezet waar prostituees terecht kunnen voor informatie over HIV. Ze willen het TTR project in het 'public health service' opnemen. Dit houdt in dat de voorlichtingsprogramma's bij de gezondheidcentra uitgevoerd worden.
The Global Fund (Ministeries Bangla-desh, 2 010 & Global Fund, 2010)	De Global Fund heeft in totaal 265 miljoen Amerikaanse dollars gedoneerd aan Bangladesh voor het bestrijden van de drie grootste ziekten, namelijk AIDS, tuberculose en malaria.	Het verkleinen van de verspreiding van HIV onder de kwetsbare jongeren en de hoge risicogroepen.	Om dit doel te realiseren kreeg Bangladesh 59,7 miljoen Amerikaanse dollars van het Global Fund. Met dit geld zijn twee projecten opgestart: Round-2 en Round-6. Round-6 is de grootste en richt zich in eerste instantie op schadebeperkende voorzieningen voor de injecterende drugsgebruikers, diensten voor de commerciële vrouwelijke sekswerkers, voorlichting in levensvaardigheden, steun aan medewerkers van de kledingindustrie en de capaciteitsopbouw van de uitvoerende partners en overheidsinstellingen. De preventie van HIV wordt gerealiseerd door het verstrekken van informatie door middel van massa gedrukte media en opleidingen voor de leraren wat betreft HIV.	Resultaten die in december 2010 bekend waren van de projecten: • Drie miljoen mensen kregen de antiretroviral behandeling. Deze werkte HIV remmend; • 150 miljoen HIV adviezen en testen werden gedaan; • Vijf miljoen wezen en kwetsbare kinderen kregen basiszorg en ondersteunende diensten; één miljoen HIV positieve zwangere vrouwen hebben de 'PMTCT' behandeling ontvangen (Prevention from Mother-to-Child Transmission).
Youth Friendly Health Service (Rutgers Nisso Groep NL) (Rutger Nisso Groep 1 &	Deze organisatie is een bekend expertisecentrum wat betreft seksuele gezondheid en voortplanting.	Het verbeteren van de seksuele gezondheid, het gezond voorplanten en de rechten in de hele wereld. Zij richten zich specifiek op jongeren, vrouwen en kwetsbare	Het onderzoek wat deze organisatie uitvoert kijkt naar wat er op het spel staat voor jongeren met betrekking tot seks en seksualiteit en wat de beschikbare diensten zijn van de Family Planning Association. Dit onderzoek wordt vooral gedaan door de lokale jongeren. Het onderzoek maakt ook gebruik van de gemeenschap van belanghebbenden,	Dit onderzoek heeft een sterk gevoel bij de jongere onderzoekers gecreëerd en is er ook in geslaagd om volwassenen en jongeren samen in gesprek te laten gaan over seksualiteit en wat de consequenties hiervan zijn voor de

2)			stakeholders panel, religieuze leiders, leiders van de	
Organisatie	*Wat is de organisatie?*	*Wat is het doel?*	*Welke activiteiten voert het uit?*	*Welke resultaten zijn er al?*
	Haar activiteiten vinden voornamelijk plaats in Nederland, Afrika en Azië.	groepen zoals gehandicapten of chronisch zieken. De stichting steunt tevens partnerorganisaties en professionals in hun werk met betrekking tot vergroten van de deskundigheid over seksualiteit.	gemeenschap, de lokale autoriteiten en de ouders uit de omgeving om een dialoog te voeren tussen de jongeren en de volwassenen over de aanbevelingen voor het verbeteren van de beschikbare diensten.	dienstverlening. Veel volwassenen van de stakeholder panel hebben geuit dat het de eerste keer was dat ze in een groep hebben gepraat over de kwesties met betrekking tot de seksuele welzijn, laat staan met jongeren. In Bangladesh is het praten over seksualiteit onder de jongeren taboe. Het creëren van een formeel, maar toch aangename en interactieve omgeving waarin volwassenen daadwerkelijk luisteren naar elkaars zorgen, angsten en misopvattingen, is een grote aanwinst voor elk programma dat op zoek is naar een manier om het seksuele welzijn van jongeren te verbeteren.

WHO: Treat-Train-Retain project 2006

'Treat'

Gezondheidsmedewerkers in de frontlinie van de nationale HIV en AIDS programma's hebben vaak geen adequate toegang tot HIV/AIDS diensten. Het 'treat' onderdeel van het plan is een volledig pakket over HIV/AIDS preventie, behandeling en zorgdiensten die beschikbaar zijn voor de gezondheidsmedewerkers op basis van prioriteit en zijn specifiek afgestemd op hun behoeften. Deze omvatten de volgende onderdelen:

- Speciaal ontworpen campagnes voor de bewustwording en het tegengaan van discriminatie en het in hokjes plaatsen;
- Het testen van inwoners en het aanbieden van begeleidingsdiensten;
- Speciale toegang tot antiretrovirale behandeling voor de werknemers in de gezondheidszorg en hun gezinnen;
- Bescherming tegen HIV-overdracht in de gezondheidszorg (WHO TTR, 2006).

'Train'

Het onderdeel 'Train' bevat strategieën voor landen om meer nieuwe medewerkers in de gezondheidszorg te laten werken en de efficiëntie van de bestaande beroepsbevolking te maximaliseren.

Deze omvatten de volgende onderdelen:

- Het verzamelen en trainen van de nieuwe gezondheidsmedewerkers;
- Het verschuiven van de taken van meer naar minder gespecialiseerde gezondheidsmedewerkers, bijvoorbeeld specialisten aan artsen, artsen aan verpleegkundigen, verpleegkundigen aan community health workers en communicty health workers aan leken, zoals mensen met HIV;
- Het verhogen van het aantal afgestudeerden door het verbeteren en uitbreiden van de opleiding in de medische – en verpleegkundige scholen en de integratie van AIDS-specifieke opleidingen.

- Het verstrekken van een in-service training voor de gezondheidsmedewerkers om hen beter uit te rusten met vaardigheden die ze nodig hebben om meer zorg te leveren aan patiënten die leven met HIV en AIDS (WHO TTR, 2006).

'Retain'
Het onderdeel 'Retain' is een pakket van maatregelen om ervoor te zorgen dat landen in staat zijn om de bestaande werknemers in de gezondheidszorg te waarborgen. Deze omvatten de volgende onderdelen:

- Het aanbrengen van veranderingen in het beleid, gedragscodes en ethische richtlijnen zodat de migratie van de gezondheidsmedewerkers uit landen met een laag inkomen naar ontwikkelde landen te voorkomen;
- Het verbeteren van de kwaliteit van de werkomgeving, waaronder ook het vaststellen van de veiligheid, waardoor het risico op besmetting met HIV en andere via bloed overdraagbare ziekten wordt verkleind. Dit punt betreft ook het aanpakken van de problemen op de werkplek, zoals stress en burn-outs;
- Het ondersteunen van medewerkers met HIV en hun families door het waarborgen van de werkzekerheid, het verbod op discriminatie, het verstrekken van sociale uitkeringen en de aanpassing die het werk vraagt;
- Het verstrekken van financiële stimulansen, alsmede niet-financiële prikkels zoals carrière – en opleidingsmogelijkheden, het vervoer en behandeling van HIV voor familieleden.
- Het ondersteunen van medewerkers en families met HIV door het waarborgen van de werkzekerheid, het verbod op discriminatie, het verstrekken van sociale uitkeringen en de aanpassing werk vraagt (WHO TTR, 2006).

Birisiri/Durgapur

Organisatie	*Wat is de organisatie?*	*Wat is het doel?*	*Welke activiteiten voert het uit?*	*Welke resultaten zijn er al?*
World Vision (World Vision, 2011)	World Vision is een internationale christelijke hulporganisatie World Vision is in het bezit van het CBF Keurmerk voor verantwoorde fondsenwerving en -besteding.	Zij willen het leven structureel verbeteren en werken aan een veilige en rechtvaardige omgeving. Zij helpen iedereen; het geloof, het ras of iemands overtuiging maakt daarbij niet uit.	Deze voert trainingsprogramma's uit voor het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen, HIV en AIDS. Zij geven voorlichting in het programmagebied (Bandarban)	Er zijn tot nu toe nog geen resultaten bekend. De projectgroep heeft een e-mail naar World Vision gestuurd om meer informatie te krijgen over de trainingsprogramma's die ze hebben opgezet. Hier is echter niet op gereageerd.
Folk Bangladesh die samenwerkt met Sari Fair Fashion (SAKS, 2010)	Folk Bangladesh is een fair trade exporteur en bestaat sinds 1999. De ILO conventies zijn o.a. het recht op een organisatie, collectieve onderhandeling en het recht op bescherming tegen kinderarbeid, dwangarbeid en discriminatie. Normen met betrekking tot de werktijden, beloning en het arbeidscontract behoren ook tot de	De doelstelling van Folk is het tegengaan van armoede door het creëren van inkomens voor mensen in arme gemeenschappen, met name in religieuze en etnische minderheidsgroepen.	• Het zoeken van afzet voor producenten; • Het creëren van banen voor arme mensen in minderheidsgroepen; • Het betalen van eerlijke lonen; • Het geven van training aan producenten; • Het stimuleren van de export door middel van kwaliteitsverbetering en tijdige levering; • Het werken volgens de ILO conventies en fair trade standaards.	Folk werkt met 180 eigen producenten in drie groepen, namelijk de borduursters, de kleermakers en de zijdeschilders. Daarnaast werken zij ook met een aantal onafhankelijke producenten die meer groothandelsklanten hebben.

	conventies van deze organisatie.			
Organisatie	*Wat is de organisatie?*	*Wat is het doel?*	*Welke activiteiten voert het uit?*	*Welke resultaten zijn er al?*
SAKS	SAKS is een NGO en is een onderdeel van Folk.	Saks heeft diverse doelen, namelijk; • Het verbeteren van de zelfredzaamheid en het herstel van de kwetsbare groep van vrouwen, daklozen tieners, inheemse en de arme mensen; • Het ontwikkelen van vaardigheden en opleiding voor zelfstandigen; • Het opleiden van arme kinderen en het verhogen van kennis en vaardigheden; • Het voorkomen en uitbannen van kinderarbeid in formele en niet-formele sectoren; • Het organiseren van kleine inkomstmakende activiteiten voor arme mensen; • Het beschermen van de mensenrechten, rechten van de kwetsbare groep • Het bewerkstelligen van primaire gezondheidszorg en AIDS/HIV/SOA preventie	• Het eerste plan waar SAKS mee bezig is, is een taalproject welke de Garo taal levend moet houden. Dit project start in Birisiri en wordt later uitgebreid naar andere stammen in Bangladesh; • Het tweede project dat men wil aanpakken is het HIV-AIDS-preventie-project onder de Bengaalse minderheden. Daar wordt op dit moment nog weinig mee gedaan. Andere NGO's waarschuwen de bevolking voor AIDS door te zeggen dat ze voorzichtig moeten zijn. Dit heeft weinig effect gehad, omdat inwoners niet begrijpen wat hiermee bedoeld wordt en weten niet wat AIDS inhoudt; • In de toekomst wil SAKS nog een derde project opzetten, namelijk over het laten controleren van het drinkwater op aanwezigheid van arsenicum wat in hoge concentraties giftig is.	Er zijn nog geen resultaten bekend van deze organisatie.

1.4 De standaarden en criteria

In deze paragraaf zijn de standaarden en criteria beschreven die zijn gebruikt voor het invullen van de gedragsdeterminanten matrix. De standaarden laten zien hoe de wenselijke situatie met betrekking tot HIV- en AIDS preventie eruit ziet. De criteria zorgen ervoor dat de standaarden getoetst kunnen worden. De criteria dienen meetbaar en haalbaar te zijn. Criteria worden onderverdeeld in twee groepen; structuurcriteria en procescriteria. Structuurcriteria geven aan, aan welke voorwaarden moet worden voldaan om de zorg uit te voeren. Dit zijn zowel middelen als organisatorische onderdelen. Procescriteria beschrijven de processen en methodes die nodig zijn om de gewenste zorg te kunnen verlenen. Na het opstellen van deze twee soorten criteria, wordt de resultaatcriteria opgesteld. Dit is de beschrijving van de te verwachten resultaten die samen het aanvaarbare niveau van de standaard vormen (LVDT, 1997).
In de probleemanalyse zijn meerdere problemen naar voren gekomen. Het zou ideaal zijn als al deze punten worden aangepakt. Echter is dit niet haalbaar. Er is daarom een selectie gemaakt van de categorieën. De categorie overheid en organisatie bevat veel goede factoren, maar deze liggen buiten bereik van de projectgroep. Ook in de categorie omgeving zijn meerdere factoren niet aan te pakken. Bijvoorbeeld: het verstrekken van medicatie is volgens meerdere bronnen wenselijk (Pisani, 2008 & Usdin 2004), maar is in dit project niet haalbaar. Hetzelfde geldt voor het testen op HIV en AIDS. Volgens de theorie zal iemand die zich positief test, zichzelf en anderen beter beschermen om zo andere besmettingen te voorkomen. Ook helpt behandeling het stigma te reduceren wat de preventie ten goede komt (Usdin, 2004).
In de standaarden en criteria uit deze paragraaf wordt voornamelijk gericht op de categorieën kennis & kunde en gedrag. De standaarden en criteria zijn in de loop van het proces veranderd zodat zij beter aansloten bij de probleem- en doelstelling

Standaarden omgeving
Standaard 1
De HIV- en AIDS geïnfecteerden worden geaccepteerd met hun ziekte (door zichzelf en anderen), waardoor zij niet sociaal veroordeeld en buitengesloten worden.

Structuurcriteria
- HIV- en AIDS geïnfecteerden ontvangen medicatie om de ziekte te behandelen (Usdin, 2004).
- Er wordt voorlichting gegeven over de ziekten HIV en AIDS, met name over de manier van overdracht (Verdult, 2007 & Usdin, 2007).

Procescriteria
- De 5400 participanten geven voorlichting aan de bevolking over de ziekten HIV en AIDS (SAKS, 2010).

Resultaatcriteria
- De geïnfecteerde en zijn/haar omgeving beschikken over kennis over de manier van overdracht van HIV en AIDS (Verdult, 2007).
- De bevolking is niet meer bang om de ziekte te krijgen en doordat ze de juiste kennis hebben over de manier van overdracht.
- De bevolking denkt niet meer van de HIV- en AIDS geïnfecteerden dat zij zielig zijn, altijd ziek zijn, dat ze geen seks en/of alleen onveilige seks hebben (Shiripinda en Eerdewijk, 2008).

Standaard 2
Vrouwen hebben meer zelfrespect en zelfvertrouwen, waarbij ze zich meer bewust zijn van de mensenrechten en de sociaal-culturele posities van mannen en vrouwen (Usdin, 2004).

Structuurcriteria
- Er is voorlichting beschikbaar over de aandoening, de toepassing van mensenrechten en de sociaal-culturele posities (Usdin, 2004).
- Er is voorlichting beschikbaar over hoe ouders kinderen kunnen leren dat relaties gelijkwaardig zijn (Usdin, 2004).

Procescriteria

- Er wordt voorlichting gegeven over de ziekten HIV en AIDS, de toepassing van mensenrechten en de sociaal-culturele posities (Usdin, 2004).
- Er wordt voorlichting gegeven over hoe ouders kinderen kunnen leren dat relaties gelijkwaardig zijn (Usdin, 2004).
- Ouders leren hun kinderen dat relaties gelijkwaardig en wederzijds respectvol moeten zijn (Udsin, 2004).

Resultaatcriteria

- Vrouwen hebben meer kennis over de ziekten HIV en AIDS, de toepassing van mensenrechten en de sociaal-culturele posities (Usdin, 2004).
- Vrouwen hebben vaardigheden ontwikkeld waarmee zij voor zichzelf op kunnen komen in de verhouding tussen mannen en vrouwen.
- Kinderen hebben meer respect voor het ander geslacht.

Standaarden gedrag

Standaard 3

Er vinden geen nieuwe besmettingen meer plaats bij prostitueebezoeken door mannen (SAKS, 2010).

Structuurcriteria

- Er zijn condooms beschikbaar bij een bezoek aan een prostituee (SAKS, 2010).
- Er is voorlichting beschikbaar over het gebruik en functie van een condoom.

Procescriteria

- Prostituees verdienen niet meer geld wanneer ze seks hebben zonder condoom dan wanneer ze seks hebben met condoom (Pisani, 2008).
- Er wordt voorlichting gegeven over het gebruik en functie van een condoom.
- Er worden condooms gebruikt bij een bezoek aan een prostituee (SAKS, 2010).

Resultaatcriteria

- Door een condoom te gebruiken verkiezen mannen niet meer de dood boven gêne (Pisani, 2008).
- Condoomgebruik wordt niet gezien als een teken van vreemdgaan omdat ze de functie van een condoom weten.

Standaard 4

Er wordt meer over seks gepraat zodat het taboe op seks wordt verminderd (Usdin, 2004).

Structuurcriteria

- Er is een vorm van voorlichting gecreëerd, waardoor de drempel verlaagt wordt om over seks te discussiëren (Usdin, 2004).
- Er is materiaal over seksuele voorlichting beschikbaar over veilig vrijen (SAKS, 2010).

Procescriteria

- Er wordt seksuele voorlichting gegeven, waar met name meer jongeren iets weten over veilig vrijen (SAKS, 2010).
- Er worden interactieve discussies gevoerd over het thema seks op scholen en andere verzamelplaatsen.
- Er worden interactieve lessen gegeven over condoomgebruik op scholen en andere verzamelplaatsen.

Resultaatcriteria

- Er wordt openlijk gecommuniceerd over seks, zonder dat daar een taboe op heerst.
- Jongeren hebben meer kennis over veilig vrijen (SAKS, 2010).

Standaard 5
Mensen zijn bekend met het recht op condoomgebruik binnen hun geloof.

Structuurcriteria
- Er is duidelijk wat de rechtvaardige manier van condoomgebruik is binnen de verschillende geloofsovertuigingen.
- Er zijn gratis of betaalbare condooms beschikbaar voor de bevolking (Brug, 2007).

Procescriteria
- Er worden gratis of betaalbare condooms verstrekt aan de bevolking (Burg, 2007).
- In de voorlichting wordt aangehaald wanneer iemand volgens zijn/haar geloof wel of geen condoom mag gebruiken (Usdin, 2004).
- Religieuze leiders moedigen condoomgebruik in hun religie aan onder bepaalde voorwaarden (Usdin, 2004).

Resultaatcriteria
- Mannen en vrouwen gebruiken condooms volgens de regels in hun religie.
- De bevolking maakt gebruik van de gratis of goedkope condooms en weten hoe ze deze moeten gebruiken (Burg, 2007).

Standaard 6
Wanneer mensen denken dat ze HIV of AIDS hebben, houden zij hier rekening mee.

Structuurcriteria
- Er is informatie beschikbaar over de overdraagbaarheid en de gevolgen van HIV en AIDS.

Procescriteria
- Informatie over de overdraagbaarheid en de gevolgen van HIV en AIDS worden verstrekt.
- Zodra mensen weten dat ze risico hebben gelopen op besmetting of besmet zijn, nemen ze voorzorgsmaatregelen (Pisani, 2008).

Resultaatcriteria
- Mensen weten op welke manier HIV overdraagbaar is (Pisani, 2008).
- Mensen weten wat het gevolg is wanneer ze HIV of AIDS hebben (Pisani, 2008).
- Mensen hebben geen onveilige seks meer wanneer ze zichzelf van HIV of AIDS verdenken (Pisani, 2008).

Standaard 7
Er vinden geen nieuwe besmettingen plaats door drugs- en alcoholgebruik.

Structuurcriteria
- Er zijn spuitomruilprogramma's beschikbaar voor het voorkomen van nieuwe besmettingen (Brug, 2007).
- Er is voorlichting beschikbaar over alcoholgebruik en de gevolgen hiervan (Leahy, 2010).

Procescriteria
- Drugsgebruikers ruilen hun gebruikte spuiten om in het programma.
- Drugsgebruikers delen hun naalden niet met anderen.
- Er wordt voorlichting gegeven over alcoholgebruik en het ongeremd gedrag wat het veroorzaakt in relatie tot HIV en AIDS (Leahy, 2010).

Resultaatcriteria
- Naalden worden niet vaker dan één keer gebruikt.
- Er wordt met mate gedronken.

Standaard 8
Er vinden geen besmettingen plaats door middel van droge seks.

Structuurcriteria
- Er is informatie beschikbaar over de relatie tussen droge seks en besmetting van HIV.
- Er is informatie beschikbaar over de functie van een natuurlijke vochtige vagina.

Procescriteria
- Er wordt informatie verstrekt over de functie van een natuurlijke vochtige vagina.
- Er worden geen kruiden meer gebruikt om een droge vagina te krijgen, met als gevolg wondjes (Shereen Usdin, 2008 & Pisani, 2008).

Resultaatcriteria
- Mannen weten dat een natuurlijk vochtige vagina geen teken is van ontrouw maar van lust (Shereen Usdin, 2008 & Pisani, 2008).
- Er vinden geen nieuwe besmetting plaats door het hebben van droge seks door het gebruik van kruiden.

Standaarden kennis & kunde

Standaard 9
Bevolking staat open voor kennis en krijgt meer kennis over de ziekten HIV en AIDS.

Structuurcriteria
- Er is informatie beschikbaar over de ziekten HIV en AIDS, met name over de manier van overdracht.
- Op scholen is informatie beschikbaar over HIV en AIDS.
- Voor artsen is er voorlichting beschikbaar over HIV en AIDS.
- Tijdens de voorlichting wordt aangesloten bij de behoeften van de bevolking (Terra, 2004).

Procescriteria
- Er wordt voorlichting gegeven over de ziekten HIV en AIDS, met name over de manier van overdracht (Verdult, 2007 & Usdin, 2007).
- Er wordt voorlichting gegeven aan kinderen over HIV en AIDS.
- Er wordt voorlichting gegeven aan artsen in de gezondheidsposten.
- Tijdens de voorlichting vinden er interactieve discussies plaats (Terra, 2004).

Resultaatcriteria
- De artsen in de gezondheidsposten hebben voldoende kennis over de ziekten HIV en AIDS, met name over de behandeling.
- Bevolking zijn op de hoogte van de ziekten HIV en AIDS.

Standaard 10
Er is geen overdracht middels bloedcontact van de ziekte HIV.

Structuurcriteria
- Er is een protocol beschikbaar over het steriel werken met instrumenten.

Procescriteria
- Artsen worden op de hoogte gesteld van het protocol over steriel werken en handelen hiernaar.
- Bloedcontact wordt vermeden (Usdin, 2007).

Resultaatcriteria
- Artsen werken steriel (Usdin, 2007).
- Er vindt geen bloedcontact meer plaats.

Bijlage 2: Voorlichtingsinformatie

Deze bijlage betreft de theorie achter de aandoeningen SOA, HIV en AIDS. Hierin komt de essentiële basiskennis naar voren, namelijk wat deze aandoeningen eigenlijk inhouden. Hoe wordt HIV overgedragen, wat zijn de symptomen van HIV en AIDS, wie zijn de risicogroepen en wat is de prevalentie?

2.1 HIV en AIDS

HIV staat voor Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV vereniging Nederland, 2010). Het is een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) die op verschillende manieren het lichaam binnen kan dringen en de ziekte AIDS kan veroorzaken doordat het virus de witte bloedcellen aanvalt. Het virus bevindt zich in (menstruatie)bloed, speeksel, sperma, voorvocht, vaginaal vocht en moedermelk en kan via deze weg overgedragen worden. Echter, in speeksel is de viral load te laag om iemand te besmetten. HIV wordt namelijk overgedragen als de virale lading hoog is (Pisani, 2008). De virale lading is het aantal HIV-kopiën per ml bloed (Sensoa, 2007). Deze is hoog direct nadat iemand besmet is geraakt of als iemand opnieuw ziek wordt. Het kan dus voorkomen dat iemand al besmet is en dat dit nog niet zichtbaar is in het bloed. Dit is namelijk pas na een paar maanden zichtbaar (Pisani, 2008).
Wanneer iemand een tandenborstel of scheermes van iemand anders gebruikt, bestaat er al de kans op besmetting door mogelijk bloedend tandvlees of wondjes (Shereen Usdin, 2004 & Pisani, 2008). Het virus kan buiten het lichaam en buiten lichaamsvloeistoffen niet lang overleven. Als iemand een SOA heeft, is de kans op besmetting met HIV groter omdat de SOA zweertjes of breuken in het slijmvlies veroorzaakt en gepaard gaat met ontstekingen. Door een ontsteking wordt de concentratie witte bloedlichaampjes dicht bij het oppervlak van bijvoorbeeld de vagina, anus of penis, groter wat het risico op besmetting verhoogd. Iedere vorm van seks die kans op scheurtjes heeft, bv. anale seks, maakt de kans op besmetting groter (Shereen Usdin, 2004 & Pisani, 2008).
Ook SOA's prikken gaten in de natuurlijke barrières, die wondjes en zweren veroorzaken, waardoor de kans op besmetting groter wordt. Daarnaast bevinden zich Langerhanscellen aan de binnenkant van de voorhuid, waar het virus gemakkelijker binnen kan dringen.
Het duurt maximaal 3 maanden voordat het lichaam antistoffen tegen het HIV-virus heeft aangemaakt. Hierdoor geeft een test, bij volwassene, pas na 3 maanden zekerheid (Brands, 2010).
HIV kan zich uiten door kortdurende griepklachten (acute HIV), dan wordt iemand HIV-positief genoemd (Soa aids Nederland, 2011). Na deze fase heeft het lichaam geleerd om HIV te bestrijden en heeft zelf antistoffen aangemaakt om het virus te onderdrukken. Deze stoffen kunnen het virus echter niet uitschakelen, maar wel het proces vertragen. Dit proces verschilt per persoon (HIV vereniging Nederland, 2010). Klachten kunnen dan weer verdwijnen. Dit kan zo 10 jaar doorgaan.
De eerste klachten van een verminderde weerstand zijn:

- Een (extreem) gevoel van moeheid;
- Aanhoudend gewichtsverlies;
- Aanhoudende koorts (hoger dan 38 graden celsius);
- Hevig nachtzweten;
- Aanhoudende diarree;
- Opgezette lymfeklieren in de hals, oksels en liezen;
- Candida: ontstekingen door een soort schimmel, meestal in de mond, keel of vagina (te herkennen aan een witte uitslag);
- Huidproblemen: droge, schilverende huid, eczeem enzovoort;
- (terugkerende) anale en vagina wratten;
- Ernstige tandvleesontstekingen;
- Gordelroos: blaasjes gevuld met vocht, wat gepaard gaat met zenuwpijnen (Soa aids Nederland, 2011 & Verdult, 2010 Positief leven & HIV vereniging Nederland, 2010).

Het afweersysteem wordt verzwakt, maar de ziekteverschijnselen kunnen langdurig uitgesteld worden, of zelfs helemaal voorkomen worden door een combinatie van HIV-remmers (Soa aids Nederland, 2011). Het geven van meerdere soorten medicijnen, een combinatietherapie, wordt ook wel HAART genoemd, Highly Active Antiretroviral Therapy (Shiripinda en Eerdewijk, 2008).

Wanneer het afweersysteem dusdanig wordt verzwakt en het lichaam zichzelf niet meer kan beschermen tegen schadelijke bacteriën en virussen, wordt er gesproken van AIDS (Soa aids Nederland). AIDS staat voor Acquired Immuno Deficiency Syndrome. Het virus dringt cellen binnen en

maakt ze kapot, waardoor de witte bloedlichaampjes geen antistoffen kunnen maken tegen indringers. De hoeveelheid witte bloedlichaampjes wordt steeds kleiner en het lichaam kan dit verlies niet meer compenseren. In dat geval kunnen er aandoeningen ontstaan zoals een longontsteking, darminfecties of kanker. In ontwikkelingslanden komt vaak tuberculose voor. Deze aandoeningen kunnen levensbedreigend zijn en de tijd tussen infecties wordt steeds korter (HIV vereniging Nederland, 2010). Het HIV virus kan geremd worden, maar blijft altijd in het lichaam aanwezig (Soa aids Nederland, 2011). Door goede medicatie krijgen veel HIV geïnfecteerde tegenwoordig geen AIDS meer (HIV vereniging Nederland, 2010). Voor een goed effect van de combinatietherapie (HAART) is het belangrijk dat de patiënt therapietrouw is en de aanwijzingen goed opvolgt. Dit is essentieel om de hoeveelheid virus in het bloed voldoende laag te houden, zodat het virus zich niet langer ontwikkelt en het risico op resistentie zoveel mogelijk verkleind wordt (Shiripinda en Eerdewijk, 2008).

Ziekteverloop
Het ziekteverloop kan ingedeeld worden in 4 fasen:
Fase 1: er zijn geen symptomen die wijzen op een infectie, de lymfeklieren kunnen opgezet zijn, maar de persoon lijkt gezond. Deze fase kan jaren duren.
Fase 2: het lichaam wordt vatbaarder voor ziekte, door een gematigde immuundeficiëntie. Hierbij kunnen lichte vormen van huidaandoeningen voorkomen, verkoudheden, vermagering en vaak komt ook gordelroos voor.
Fase 3: het immuunsysteem raakt ernstiger aangetast en de lichamelijke problemen worden groter. Symptomen als ernstig gewichtsverlies, chronische diarree, koorts, schimmelinfectie in de mond of vagina, longontsteking of tuberculose komen in deze fase het meest voor.
Fase 4: hierbij komen er zeer ernstige ziekten voor, zoals een bepaalde vorm van longontsteking (PCP), een schimmelinfectie in de slokdarm, bepaalde vormen van hersenontstekingen, ernstige diarree, voortdurend ernstig gewichtsverlies en bepaalde vormen van kanker (Shereen Usdin, 2004).
Tevens heeft de patiënt met HIV een verhoogde risico op het krijgen van de volgende aandoeningen:

- Hart- en vaatziekten; dit wordt onder andere veroorzaakt door een verhoogd cholesterol. De cholesterolwaarde wordt bij elk bloedonderzoek voor HIV gemeten.
- Leverziekten;
- Nierziekten;
- Botontkalking (osteoporose); waardoor kans op botbreuken groter wordt;
- Enkele specifieke vormen van kanker; zoals anuskanker, bloedcelkanker, leverkanker en baarmoederhalskanker. Vrouwen met HIV worden aangeraden om jaarlijks een uitstrijkje te laten maken. Als je er op tijd bij bent, kun je voorkomen dat je baarmoederhalskanker krijgt;
- Lichte vergeetachtigheid (Verdult, 2010 Positief leven).

Medicatie
Zoals hierboven beschreven staat kan het lichaam het HIV-virus niet uitschakelen en blijft het virus in het lichaam. Wanneer er geen medicatie voorgeschreven wordt, is het afweersysteem het virus op een gegeven moment niet meer de baas. Hoelang dit duurt, verschilt per persoon.
Als de patiënt HIV-remmers gaat gebruiken, voordat het virus het wint van de afweer, wordt er voorkomen dat de patiënt (ernstig) ziek wordt.

In de Westerse wereld wordt voornamelijk combinatietherapieën (3 soorten pillen tegelijk) gegeven. Dit wordt gedaan omdat het virus zich slordig vermenigvuldigt. Wanneer de patiënt maar één HIV-remmer zou gebruiken, zou er tussen de vele slordige kopieën soms een virusvariant tussen kunnen zitten die de remmer te slim af is. Het virus vermenigvuldigt zich daarna alsof er geen HIV-remmer is gebruikt. Deze eigenschap heet resistentievorming. Wanneer er drie verschillende pillen geslikt worden is deze kans erg klein. Echter is het wel de voorwaarde dat elke dag de medicatie wordt ingenomen. Wanneer er eenmaal gestart is met HIV-remmers, worden deze nooit meer gestopt (Verdult, 2010 positief leven).

De meest voorkomende bijwerkingen die in de eerste dagen of weken kunnen voorkomen zijn: misselijkheid, braken, diarree, hoofdpijn, vermoeidheid en een afwijking bij het bloedonderzoek, zoals nierfunctiestoornis, afwijkende leverwaarden en bloedarmoede (UMC Utrecht, 2011).
De meest voorkomende bijwerkingen die kunnen optreden na een paar weken of maanden zijn: vermoeidheid, verminderde eetlust, afwijkingen bij het bloedonderzoek (zoals een verhoogd cholesterol, een nierfunctiestoornis, afwijkende leverwaarden, bloedarmoede en afwijkende

vetwaarden), suikerziekte, veranderde vetverdeling en zenuwpijnen aan handen of voeten (UMC Utrecht, 2011).
Factoren die invloed hebben op de mate van therapietrouw zijn: het eten, de tijden, het koel bewaren, de stress, instabiliteit en het gebrek aan structuur (Shiripinda en Eerdewijk, 2008).

Prijzen medicatie
De onderstaande prijzen komen uit een project van Artsen Zonder Grenzen van 2010. Vergeleken met de schamele 275 dollar per jaar per hoofd, zijn deze prijzen voor de meeste inwoners te duur.
AIDS medicijnen voor volwassenen

- Een eerstelijns aidsremmende behandeling (eerste fase): € 70 per volwassene per jaar (minder dan $ 100). Deze prijzen gelden voor de meest gebruikte standaardmedicatie die wij in onze projecten gebruiken. De verwachting is echter dat de prijs kan toenemen naarmate er nieuwere medicijnen op de markt verschijnen.
- Een tweedelijns aidsremmende behandeling (tweede fase, wanneer de eerste fase medicatie niet meer werkt.): meer dan 6 keer de prijs van een eerstelijnsbehandeling. Dit komt neer op zo'n € 420 per volwassene per jaar.

AIDS medicijnen voor kinderen

- Een eerstelijns aidsremmende behandeling voor kinderen**:** € 40 of € 110 per kind per jaar (meer dan $ 60 of $ 160, voor een kind met een gewicht van 10 kg). Het verschil in prijs is afhankelijk van welke voor kinderen geschikte combinatiemedicijnen er beschikbaar zijn.
- Een tweedelijns aidsremmende behandeling voor kinderen: € 300 of € 435 per kind per jaar ($440 of $ 640, voor een kind met een gewicht van 10 kg). Als een kind nog geen medicijnen in tabletvorm kan slikken (de eerstgenoemde prijs), dan is een behandeling met - duurdere - medicijnen in siroopvorm nodig. Er zijn nog geen combinatiepillen ontwikkeld voor een tweedelijnsbehandeling.

Besmetting
Hieronder volgt een aantal manieren hoe HIV niet overgedragen kan worden:

- Zoenen of tongzoenen; speeksel bevat te weinig virus om iemand te infecteren
- Niet door te niezen, hoesten, snotteren; slijm en snot bevatten veel te weinig virus om iemand te besmetten
- Niet door iemand een hand te geven, te masseren of gemasseerd te worden; HIV kan niet door een onbeschadigde huid binnendringen. Als iemand een schaafwond of een wond heeft waar een korstje op zit, is er helemaal niets aan de hand. Als jullie allebei een open wond zouden hebben is er nog steeds maar een heel klein risico. Door een wond stroomt bloed naar buiten, dat is juist om infecties te voorkomen. Besmetting via een wond is bijna onmogelijk.
- Niet door een toilet, theekopjes, ander servies, bestek of beddengoed te delen; het virus kan niet in de lucht blijven leven
- Niet door een tandartsbehandeling, eerste hulp; de normale hygiënemaatregelen die een tandarts of EHBO'er neemt zijn voldoende.
- Niet door insecten
- Niet door eten te delen of samen met uit een glas te drinken;
- Niet door zwemwater
- Niet door samen in bad te gaan
- Niet door een sauna of stoombad (Verdult, 2010 Positief leven).

Voeding
Het lijkt erop dat levensomstandigheden invloed hebben op hoe snel iemand met HIV ziek wordt. Wanneer mensen van verschillende afkomst, die geïnfecteerd zijn, even goede zorg krijgen en ook dezelfde levensomstandigheden hebben, is het verloop hetzelfde. Het verloop begint te verschillen wanneer er een verschil is in inkomsten en toegang tot zorg. Mensen die niet in het 'rijke Westen' wonen, hebben een grotere kans om ziek te worden (HIV vereniging Nederland, 2010).
Er zijn verschillende meningen over gezonde levensstijl. De een zegt dat het hoort bij HIV en de ander zegt van niet. Veel onderzoeken laten echter zien dat gezonde voeding en voldoende beweging wel verschil maken. Dit komt omdat HIV een hele zware belasting is voor het lichaam en wanneer iemand ongezond eet, is dit een nog zwaardere belasting.
Bij een onregelmatig leven of wanneer iemand zwaar alcoholistisch is en amper eet, is een gezonder leven van belang. Bovendien is stoppen met roken heel belangrijk voor een goede gezondheid.

Als iemand enorm gestrest wordt van zijn voeding of andere aspecten van zijn levensstijl aan te passen, zijn sommige HIV behandelaars van mening dat diegene deze manier van leven niet moet aannemen (Verdult, 2010).

HIV/AIDS en zwangerschap
HIV of AIDS kan door middel van zwangerschap overgedragen worden. Dit kan zowel bij de geboorte als bij borstvoeding overgedragen worden. Er zijn methodes om de overdracht van HIV en AIDS te beperken door middel van medicatie. Echter kunnen veel inwoners van Durgapur dit niet betalen.

2.2 Prevalentie HIV en AIDS

In 2003 waren er in de gehele wereld naar schatting 42 miljoen HIV geïnfecteerden, waarvan 1.4% uit West-Europa. De meesten kwamen voor in Afrikaanse landen, maar ook in Azië, het Caribische gebied, Zuid-Amerika en Oost-Europa (Coul e.a, 2003).

In Bangladesh waren er eind 2002 naar schatting tussen de 13.000 en 17.000 HIV geïnfecteerden en zo'n 650 sterftegevallen aan AIDS. Van 100.000 mannen en vrouwen in de seksindustrie zou slechts 0,2% geïnfecteerd zijn en van de 800.000 drugsverslaafden zou 4% besmet zijn met het AIDS-virus. Uit cijfers uit buurlanden (die meer openheid toonden) kon worden afgeleid dat deze cijfers niet de ware situatie beschrijven. Ook reizen veel Bangladezen naar hun buurlanden (werkemigratie). Bloed voor transfusie wordt nog steeds niet getest op HIV, drugsverslaafden gebruiken vuile naalden en er worden nauwelijks condooms gebruikt in de seksindustrie. Sekswerkers lopen extra gevaar om slachtoffer te zijn van (groeps)verkrachtingen door de politie of knokploegen (Beurden, 2004).

In Bangladesh zijn er 105 plaatsen waar iemand zich kan laten testen op HIV. Dit komt neer op 0.1 plek per 100.000 inwoners. Er zijn verschillende geschatte cijfers bekend over het aantal geïnfecteerden met HIV/AIDS in Bangladesh (UNAIDS/WHO, 2008). Volgens NASP zijn er in Bangladesh in 2010 343 nieuwe geïdentificeerde HIV-patiënten bijgekomen. Vanaf 1989 komt dit neer op een totaal van 2088 geïdentificeerde HIV-patiënten. In 2010 zijn er 231 nieuwe geïdentificeerde AIDS-gevallen bijgekomen. In dat jaar zijn er 37 patiënten aan AIDS gestorven (NASP, 2010). De geschatte cijfers lopen erg uiteen, waardoor er geen concrete cijfers beschikbaar zijn. Daarnaast worden volgens mw. Kaashoek vele mensen in afgelegen gebieden niet getest, waardoor hiervan ook geen concrete cijfers bekend zijn (Kaashoek, notulen 2, 2011).

Bijlage 3: Gebruikte materialen voor de totstandkoming van het project en de trainingsmodulen

3.1 Gebruikte modellen voor de totstandkoming van het project en trainingsmodulen

In deze paragraaf zijn de modellen te vinden die de projectgroep heeft gebruikt voor het onderbouwen van het project en het opstellen van de trainingsmodulen. De projectgroep heeft gebruik gemaakt van Grol, het Intervention Mapping model, het Sunrise Model en het implementatiemodel van Lewin.

Grol
De projectgroep heeft gebruik gemaakt van het kwaliteitsmodel Grol, om op deze manier te voorkomen dat er problemen ontstaan tijdens het ontwikkelen van een trainingsmodule en om continue de kwaliteit van het project en product te bewaken.

a. Selectie van kwaliteitsproblemen
Omdat een groot aantal aspecten uit de zorg in aanmerking komt voor kwaliteitsbewaking en eventueel – verbetering, is het verstandig een selectie te maken. Door middel van een analyse van mogelijke kwaliteitsproblemen kunnen prioriteiten gesteld worden.

b. Richtlijnen en doelen opstellen
Het formuleren van wat men verstaat onder goede of gewenste zorg, vormt een volgende stap van de kwaliteitscyclus. Deze activiteit wordt onder andere met de volgende termen aangeduid; standaardenontwikkeling, protocollering, werkafspraken maken, indicatoren opstellen.

c. Gegevensverzameling en kwaliteitstoetsing
Een volgende stap houdt in het nagaan wat voor zorg er werkelijk wordt verleend en of deze overeenkomt met de opgestelde richtlijnen voor goede zorg. Op een eenvoudige en praktische wijze moeten valide en betrouwbare gegevens verzameld worden over bepaalde geselecteerde aspecten van de zorg, die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken (indicatoren). De verzamelde gegevens worden geanalyseerd en vergeleken met de richtlijnen.

d. Planning en invoering van verbeteringen.
In deze stap worden concrete aangrijpingspunten voor verbetering vastgesteld. Mogelijke knelpunten en belemmeringen bij het realiseren van de verbetering moeten worden nagegaan.

e. Evaluatie van het resultaat
Om na te kunnen gaan of de beoogde veranderingen werkelijk tot stand zijn gebracht, worden opnieuw gegevens verzameld. Aan de hand van deze bevindingen kunnen doelen worden bijgesteld, nieuwe acties ondernomen worden of een nieuw onderwerp geselecteerd worden. (De Jong ea, 2003)

Het Intervention Mapping Model
Bij gezondheidsvoorlichting zijn drie soorten preventie mogelijk om bevordering van gezond gedrag te creëren, namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventie.
Bij dit project richt de projectgroep zich voornamelijk op primaire preventie**.** Bij primaire preventie wordt gericht gekeken naar het voorkomen van een specifiek gezondheidsprobleem of categorie van aandoeningen. Primaire preventie richt zich op het wegnemen van oorzaken of risicofactoren van aandoeningen. Voorbeelden van primaire preventie zijn de preventie van HIV-infectie door het stimuleren van veilig vrijen, van hart- en vaatziekten door het stoppen met roken, van ongevallen door verkeersveiligheidsmaatregelen, of van voedselvergiftiging door bevordering van hygiëne in de keuken. Een medische vorm van primaire ziektepreventie is vaccinatie, bijvoorbeeld de griepprik. Primaire preventie is alleen mogelijk als de oorzaken van het probleem voldoende bekend zijn en deze beïnvloedbaar zijn (Brug, 2007).

Om een preventieprogramma op te stellen, heeft de projectgroep gebruikt gemaakt van het Intervention Mapping model (IM). Dit is een protocol dat mensen kan helpen bij het ontwikkelen van gezondheidsbevorderende interventies. Intervention Mapping is vanuit de wetenschap ontwikkeld en gaat meer de diepte in bij het ontwikkelen van interventies dan bijvoorbeeld het model van Preffi, waar

de projectgroep IM mee heeft vergeleken. Intervention Mapping kan omschreven worden als een protocol voor het gebruik van empirische gegevens en theoretische inzichten bij de ontwikkeling van programma's om gezond gedrag te bevorderen. Het belangrijkste voordeel van Intervention Mapping is dat het voorlichtingsprogramma tot in detail wordt uitgewerkt en er veel gebruik wordt gemaakt van verschillende methodes. Op deze manier ontstaat er een goede onderbouwing voor het project. Intervention mapping is al in diverse projecten gebruikt, zoals in Gay Cruise, april 2006. Als evaluatie over deze manier van opzetten van interventieprogramma's voor homoseksuele hebben ze in het magazine SOAIDS, Jaargang 3, nummer 1 – April 2006 het volgende geschreven:

> "IM bleek intensief maar zeer verhelderend om mee te werken. Deelnemers waardeerden de interventie."

Het protocol wordt beschreven aan de hand van zes stappen (Bartholomew, 2006). Onderstaand figuur is een Nederlandse vertaling van het samengevatte Engelse stappenplan, gemaakt door de projectgroep. Het Engelse stappenplan is te vinden in het boek "Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach" geschreven door L.K Bartholomew, S.G. Parcel en anderen.

Stap 1 Needs assessment	• Maak een probleemanalyse van gezondheid, kwaliteit van leven en omgeving en eventuele oplossingen hiervoor • Cultuur en community leren begrijpen • Opsomming van alle mogelijke gedragsdeterminanten • Sterktes van de groep • Potentieel programma opstellen met potentieel doel
Stap 2 Matrices	• Basis leggen van interventie • Maak een opsomming van de te verwachten veranderingen van zowel gedrag als omgeving. • Welk niveau zitten de participanten? Wordt er begonnen met HIV/AIDS-uitleg of start van condoomgebruik training • Gedrag en leefomstandigheden > maken van veranderdoelen • Gedragsdeterminanten onderscheiden. Welke zijn belangrijk en zijn dus aan te pakken? • Matrix maken van te veranderen gedragsdeterminanten gekoppeld aan bepaalde doelgroep en het doel na voorlichting
Stap 3 Theoretical methods and strategies	• Kies theoretische methoden en strategieën. • Koppelen van methoden en strategieën aan determinanten • Koppelen van doelen aan technieken
Stap 4 Program	• Spreken met participanten • Programmathema kiezen met volgorde en gebruikte materialen (rode draad) • Test materialen eventueel uit. • Wie geeft programma en wie voert wat uit? • Rekening houden met gedragsverandering > gebruik maken van Stappenreeks • Programma interessant maken voor participanten
Stap 5 Implementation	• Wie/wat is de bron, bericht, kanaal en ontvanger. Maak eventueel gebruik van Persuasion Communication Model • Maak gedragsdoelen voor adoptie, implementatie en continuering • Maak een interventie om het gebruik van het programma te bevorderen
Stap 6 Evaluation	• Korte beschrijving van programma • Uitkomsten van programma beschrijven • Procesevaluatie • Effectevaluatie • Bepaal eventueel de onderzoeksdesign

Figuur 8: Het Intervention Mapping model

Hieronder worden de stappen een voor een uitgelegd.

Stap 1
Voordat een interventie gemaakt kan worden, is het belangrijk om het gezondheidsprobleem grondig te analyseren. Daarin zijn twee componenten van groot belang. Enerzijds een gedrags-, wetenschappelijke-, epidemiologische- en sociale analyse van de risicogroep en zijn verdere problemen. Anderzijds een onderzoek om het 'karakter' van de community en zijn inwoners te leren begrijpen. Daarnaast is het essentieel te kijken naar de sterktes van deze groep. Uiteindelijk komt men dan tot een beschrijving van het gezondheidsprobleem, met de invloed op het dagelijks leven, met hun gedragingen en de verschillende gedragsdeterminanten die hierbij horen.
De projectgroep moet een aantal taken voltooien in deze stap. Als eerste moet er een potentieel programma worden opgesteld. Tevens kan het team van Chisim ter plaatse kijken naar een indicatiestelling, mensen die dus in aanmerking komen voor het preventieprogramma. Bij deze indicatiestelling kan er bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van het PRECEDE model, om zo de gezondheid en kwaliteit van leven vast te stellen. Daarnaast wordt gekeken naar mogelijke problemen en de prioriteiten van het oplossen hiervan (Bartholomew, 2006).

Stap 2
In deze stap wordt de basis gelegd voor de interventie. Door te melden voor wie de interventie is en wat er uiteindelijk door zal gaan veranderen. Het is belangrijk te weten op welk niveau de participanten zitten. Wordt er begonnen met uit te leggen wat HIV/AIDS is? Of kan meteen gestart worden met trainingen voor het gebruik van bv. condooms.
Uiteindelijk zullen er in deze stap een aantal dingen naar voren komen. Als eerste de verwachte uitkomst of verandering die plaats zal vinden. Het gedrag en de (leef)omstandigheden worden gebruikt voor het maken van zogenaamde 'performance objectives'(veranderingsdoelen). Er moeten belangrijke gedragsdeterminanten worden gevonden in de risicogroepen en in de omgeving die voor verandering mogelijk zijn. Als er doelen worden gesteld, is het handig deze meetbaar te maken. Met voorlichting over HIV zou je kunnen stellen 'scholieren weten (gedragsdeterminant) waar ze condooms kunnen kopen '(gedragsdoel). Maar beter is; 'scholieren kunnen drie plaatsen noemen waar zij condooms kunnen kopen.' Op het laatst zal er een matrix gemaakt worden waarin een aantal dingen naar voren komen op ieder niveau van interventieplanning (individueel, interpersoonlijk, organisatorisch, de gemeenschap en de complete samenleving.) en deze worden gekruist met relevante determinanten. Als je bijvoorbeeld de doelgroep 'jongeren' neemt, dan zou een volgend schema gemaakt kunnen worden (Bartholomew, 2006).

Determinant	*Doel na de voorlichting*
Kennis	Scholieren kunnen uitleggen wat het verschil is tussen het hebben van aids en het seropositief zijn. Ook kunnen zij drie plaatsen noemen waar zij condooms kunnen kopen
Risicoperceptie	Jongeren erkennen dat hiv-infectie gerelateerd is aan risicogedrag en niet aan risicogroepen. Ook erkennen zij dat ze in situaties kunnen belanden waarin het overbrengen van HIV of een andere situatie niet kan worden uitgesloten (zoals een gescheurd condoom of per ongeluk eenzelfde naald gebruiken)
Attitudes	Jongeren kunnen de voordelen noemen van condoomgebruik die niet gerelateerd zijn aan gezondheid. Ook hebben zij een reëel beeld van de mogelijke nadelen van het gebruik.
Sociale invoed	Jongeren kunnen een adequete beschrijving geven van hoe andere jongeren over het algemeen denken over aidspreventie. Ook kunnen zij argumenten aanvoeren tegen onveilige seks
Eigen-effectiviteit	Jongeren uiten zelfvertrouwen bij het kopen van condooms.

Figuur 9: Intervention Mapping stap 2

Deze matrix is ook voor allerlei andere subgroepen te maken. Als bijvoorbeeld een omgevingsdeterminant van jongeren is dat condooms makkelijk bereikbaar moeten zijn, dan zou een doel voor de schooldirectie kunnen zijn; schooldirecties onderschrijven de noodzaak van condoomautomaten in toiletten. Deze variabele is dan een gedragsdoel die een determinant zou kunnen veranderen.
Er moet nagedacht worden of de uiteindelijke voorlichting voor verschillende groepen wordt gemaakt. Hierbij kan rekening worden gehouden met de verschillende beoogde doelen, maar tevens met andere zaken zoals bijvoorbeeld het geslachtsverschil of de geloofsovertuiging (Bartholomew, 2006).

Stap 3
Nadat de specifieke doelen voor het programma zijn gemaakt, is het belangrijk om een overzicht te creëren van methodieken en technieken die kunnen bijdragen tot het verwezenlijken van de gestelde doelen. Intervention Mapping spreekt hierbij van Theory-Based Methods and Practical Strategies. Er zijn een aantal methodieken die hierin kunnen bijdragen zoals modelling (model-leren), vaardigheidstraining, bekrachtiging, beloning, sociale steun. Daarnaast kan er gebruikt gemaakt worden van verschillende technieken zoals creatieve opdrachten om actief te leren, groepsbijeenkomsten voor communicatie, een dagboek als zelfcontrole, rolmodelverhaaltjes om te model-leren en rollenspellen als vaardighedentraining (Brug, 2007 & Bartholomew, 2006).
Deze stappen worden vervolgens gebruikt voor het formuleren van programma-activiteiten om veranderingen te behalen. Als dan gekeken wordt naar bovenstaande tabel met doelen, dan zijn de nevenstaande determinanten te koppelen aan de volgende methodes en technieken; (Bartholomew, 2006).

Determinant	*Voorbeeld methodiek*
Kennis	Informatieoverdracht; stimuleren van actieve informatieverwerking
Risicoperceptie	Risico-informatie (hoeveelheid HIV-gevallen per 1000 inwoners en risicogroepen). Angstaanjagende voorlichting, evaluatie van individueel en groepsgedrag, confrontatie.
Attitude	Nieuwe argumenten, zelfevaluatie, spijt tonen
Sociale invloed	Versterken assertiviteit en zelfvertrouwen, model-leren, vermijden, sociale vergelijking
Eigen-effectiviteit	Model-leren en demonstratie, feedback krijgen, begeleid leren
Behoud van gedragsverandering	Doelsetting en feedback, terugvalpreventie, implementatie-intenties
Sociale normen	Versterken sociale netwerken, model-leren in massa media
Barrieres	Communitybuilding en empowerment, lobbyen

Figuur 10: Intervention Mapping stap 3.1

Hierna moet bekeken worden hoe de voorlichting precies wordt vormgegeven. Bij bijvoorbeeld model-leren is het belangrijk dat de groep zich met het model kan identificeren. Het is ook handig te weten dat de methodes dus via verschillende technieken te bereiken zijn. Bij het geven van voorlichting over het gebruik van een condoom kan gekozen worden voor het oefenen op een komkommer, maar er kan ook een dvd getoond worden. Uiteindelijk zullen (bijna) alle beoogde doelen gekoppeld moeten worden aan verschillende technieken, zodat we onderstaande tabel krijgen.

Theorie	*Methodiek*	*Techniek*
Risicoperceptie	Scenario-informatie	Ervaringsverhalen, rolmodellen op beeldmateriaal
Sociale vergelijking	Zichtbaar maken van opvattingen, waarden, normen en gedrag	Groepsdiscussie, ervaringsverhalen in schriftelijk materiaal.

Figuur 11: Intervention Mapping stap 3.2

Stap 4
Deze stap bevat een beschrijving van het kader en de volgorde van de interventie-onderdelen. Het is nu van belang om alle losse technieken samen te voegen tot één geheel. Er moet uiteindelijk een ‘verhaal’ in het voorlichtingsprogramma komen, de rode draad. Ook wordt duidelijk hoe het programma wordt uitgevoerd en wie dit zal doen. Om rekening te houden met gedragsverandering kan er gebruik worden gemaakt van een model waarin een bepaalde volgorde wordt aangehouden, zoals het stages of change model (Bartholomew, 2006).
Naast het formuleren van het programma is het van belang te kijken naar de begrijpbaarheid en attractiefheid. Vooral mensen uit een ander land met veel analfabetisme en waar andere hobby’s prioriteit hebben is het van belang hier rekening mee te houden. Een perfect opgezet voorlichtingsprogramma kan op deze manier alsnog in de soep lopen. Het beste is dan ook alles zoveel mogelijk uit te testen met mensen op de plaats van bestemming (Bartholomew, 2006).

Stap 5
In deze stap wordt nagedacht over het implementatietraject. Hoe kan het programma op grote schaal verspreid en ingevoerd worden?
Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het Persuasion Communication Model. Dit model komt overeen met de Stages of Change en omvat de volgende stappen:
1. Succesvolle communicatie
- Aandacht voor het bericht
- Begrijpen van het bericht

2. Verandering van determinanten van gedrag
- Attitudeverandering
- Sociale steun
- Verhoging eigen effectiviteit
- Gedragsverandering

3. Behoud van gedragsverandering

Het is belangrijk rekening te houden met de verschillende voorlichtingsvariabelen; wie (bron), wat (bericht), hoe(kanaal) en tegen wie (ontvanger).
Wanneer duidelijkheid bestaat over de inhoud en structuur van het programma kunnen er materialen worden ontwikkeld. Dit kan zijn in de vorm van een flyer, een dvd met videoboodschap of een programmaboekje (Bartholomew, 2006).
De potentiële kandidaten voor het veranderingsproces doorlopen een aantal stappen tijdens de implementatie. Deze zijn te omschrijven als Adoption (adoptie), Implementation (implementatie) en Sustainability (continuering)
- Adoptie: Hierin wegen de kandidaten de voor en nadelen af op basis van de informatie die zij krijgen. Vanuit hier zal er eventueel een intentie komen om de eventuele vernieuwing te gaan invoeren.
- Implementatie: De bovengenoemde intentie wordt hierbij gebruikt en er wordt een verandering ingezet.
- Continuering: Op basis van ervaring in de implementatie wordt besloten of er door wordt gegaan of niet (Bartholomew, 2006).

Om mensen een bepaalde intentie te laten krijgen om deel te nemen, zijn er een aantal factoren die mee kunnen spelen hierbij;
- Het voordeel dat de mensen kunnen halen hieruit, in vergelijking met hoe er nu in de praktijk gehandeld wordt
- De moeilijkheidsgraad van de innovatie. Als de verandering zeer complex is stoot dit mensen af.
- In hoeverre de innovatie kan worden ingepast in de dagelijkse omstandigheden.
- De mate waarin mensen verplicht zijn deel te nemen aan het proces.

Verder wilt ook model-leren nog wel eens helpen bij het adoptieproces. Mensen die succeservarinen hebben met de verandering kunnen hun verhalen vertellen tegen anderen (Bartholomew, 2006).

Tijdens de implementatie zijn programmamakers vaak waakzaam voor een aantal dingen. Allereerst moeten de kandidaten vertrouwd worden en is het tevens belangrijk dat zij trouw zijn aan het programma. Daarnaast moet het gemaakte programma volledig zijn, zodat er geen belangrijke stappen worden overgeslagen. Tot slot moet er rekening worden gehouden met de dosis van programma-onderdelen. Bij te weinig wordt er te min geleerd, bij te veel worden de mensen overvraagd en bestaat de kans dat zij afhaken (Bartholomew, 2006).

Stap 6
In deze stap wordt een plan gemaakt voor de evaluatie van het proces en het uiteindelijke resultaat. Het is bijvoorbeeld belangrijk om te weten of een gemaakte interventie is uitgevoerd zoals de planning was en of het gewenste effect is behaald. Een belangrijke reden om goed te evalueren is om er fouten uit te halen die meegenomen kunnen worden in een volgend project. Er kan geleerd worden wat uiteindelijk effectief is gebleken, wat niet en waarom. Verder is het belangrijk neveneffecten te vermelden. Soms kan het bijvoorbeeld zo zijn dat bepaalde participanten overbelast zijn met informatie of er op een andere manier last van hebben gehad (Bartholomew, 2006).
Verder is het mogelijk om via een evaluatie verantwoording af te leggen voor wat er gedaan is. Soms

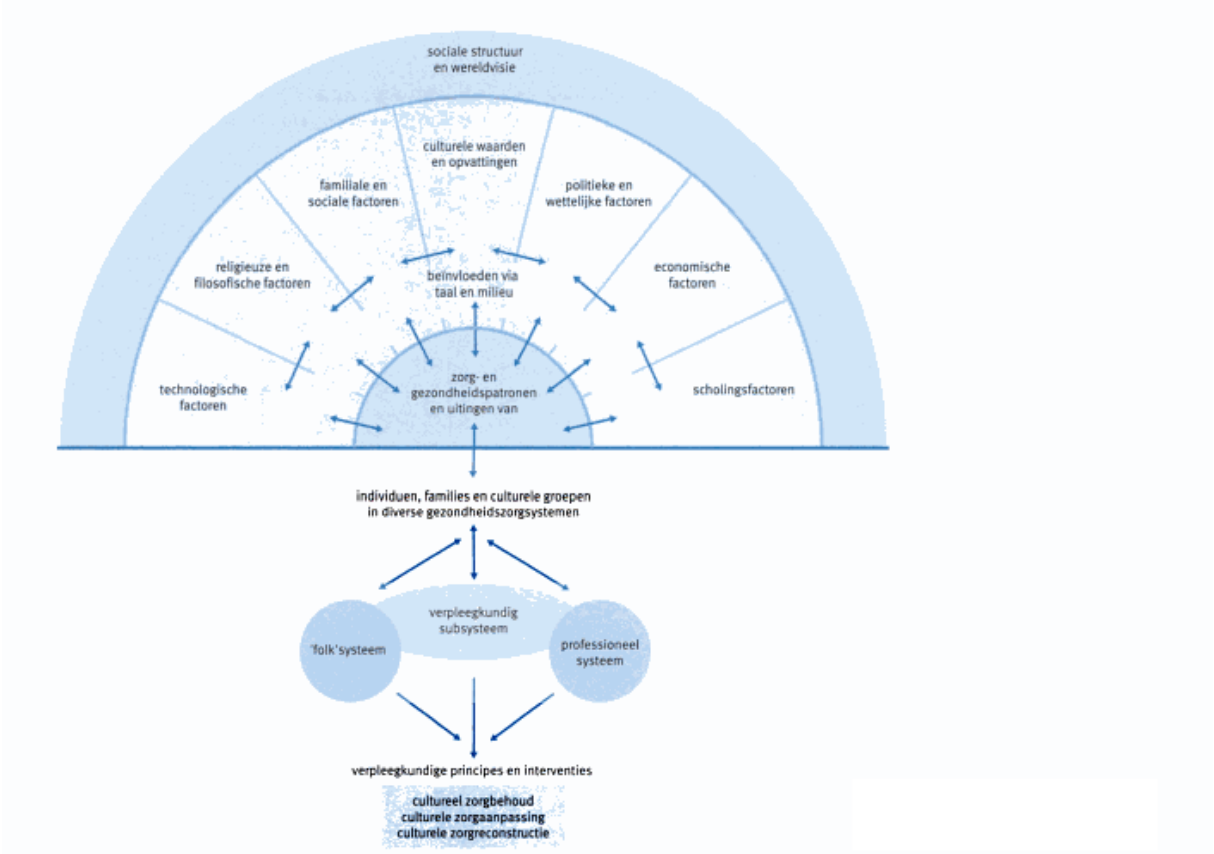
kan het bijvoorbeeld zo zijn dat het project gefinancierd is. Er kan achteraf worden bekeken of dit geld dan goed is besteed (Bartholomew, 2006).
Bij het evalueren van de interventies is het belangrijk te weten wáárom een interventie geslaagd is. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de gemaakte gedragsdoelen. Zijn deze voldoende meetbaar en haalbaar geweest?
Het evalueren hoort te gebeuren na het project, maar in het begin kan er al geëvalueerd worden, bijvoorbeeld om te checken of alles volgens plan van aanpak verloopt. Ook dient gemeld te worden welke verstorende factoren hebben meegespeeld. Uiteindelijk kun je dus spreken van een proces- en effectevaluatie (Bartholomew, 2006).

Het Sunrise Model
Madeleine Leininger ziet veel verbanden tussen de begrippen Cultuur en Zorg. Zij is verplegingswetenschapper en heeft de 'cultural care theory' ontwikkeld. Deze werd als eerste uitgebracht in 1985, maar is later verder ontwikkeld.
Leininger probeert met haar theorie te voorspellen door welke factoren gezondheidsgedrag en beleving binnen culturen kunnen worden beïnvloed. Een korte samenvatting van deze theorie is het Sunrise model. In dit model zijn vier verschillende niveaus te onderscheiden (Jong, 2003).

1. Sociale Structuur en Wereldvisie
Op dit niveau komen zeven factoren naar voren die samen een cultureel geheel vormen. Door grondig een bepaalde populatie te bestuderen kunnen deze factoren naar voren komen. Leininger vertelt dat deze zeven factoren elkaar kunnen beïnvloeden door middel van taal en het milieu.

- Technologische factoren: Het gebruik en de ontwikkeling van techniek in de maatschappij
- Religieuze en filosofische factoren: Geloven in het bestaan van andere wezens of een wereld.
- Familiale en sociale factoren: De verhoudingen tussen de verschillende mensen
- Culturele waarden en opvattingen: De emotionele betekenis die mensen toekennen aan dingen
- Politieke en wettelijke factoren: De formele organisatie van de rechten en plichten binnen een gemeenschap
- Economische factoren: De manier waarop consumptie en productie samenvallen in een samenleving
- Scholingsfactoren: Manier waarop kennis wordt gegeven aan een gemeenschap (Jong, 2003).

Bij al deze factoren worden drie verschillende perspectieven bekeken; het individuele, de complexe en overstijgende verschijnselen binnen een bepaalde cultuur.



Figuur 5: Het Sunrise model van Leininger

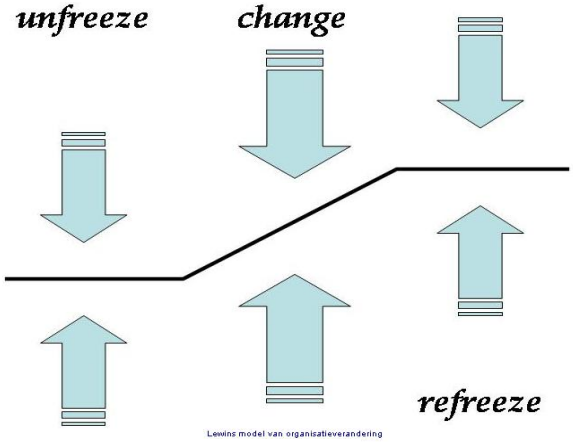
2. Individuen, families en culturele groepen in diverse gezondheidszorgsystemen
Hierbij gaat het vooral om het in kaart brengen van de gezondheid- en ziektebeleving van de mensen en op welke manier zij daaraan binnen hun cultuur uitdrukking geven (Jong, 2003).

3: Folk-systeem en professioneel systeem.
Deze twee systemen vormen samen één verpleegsysteem, het cultureel subsysteem. Het Folk-systeem wijst naar zorgpraktijken van bepaalde mensen (folk) die een bepaalde betekenis hebben in hun cultuur. De zorgpraktijken worden gebruikt om mensen te helpen of te genezen en worden eventueel aangevuld met professionele gezondheidszorg. Er valt te denken aan bijvoorbeeld alle kruiden en andere manieren die veel stammen hebben binnen hun cultuur (Jong, 2003).

4: Verpleegkundige zorgverlening
Op dit niveau wordt de zorg uitgevoerd. Er volgen bepaalde verpleegkundige interventies die gericht zijn op gewenste gezondheid en omstandigheden voor de zorgvragen. Hierbij zijn een aantal zaken van belang;

- Cultureel zorgbehoud: Cultureel onderbouwde activiteiten van ondersteuning die gericht zijn op het behoud van de gewenste zorg.
- Culturele zorgaanpassing: Cultureel specifieke activiteiten die gekenmerkt worden door aanpassing van de gewenste zorg.
- Culturele zorgreconstructie: Activiteiten die tot doel hebben zorgvragers te helpen om de bestaande gezondheid te veranderen op een voor hen zinvolle manier (Jong, 2003).

Implementatiemodel Lewin
Belangrijke stappen binnen het implementatieproces volgens Lewin zijn de activiteiten 'losmaken', veranderen en stabiliseren (unfreezing, change, refreezing). Als de krachten voor verandering groter zijn dan de krachten die verandering tegenhouden, zal de participant sneller geneigd zijn om te veranderen. Dit model heeft raakvlakken met de stappenreeks.



Figuur 12: Model van Lewin

- Unfreeze

Bij geplande verandering kan beweging in gang worden gezet door het oude evenwicht (oude situatie) te 'ontdooien' (unfreeze). De participant moet inzien dat de verandering noodzakelijk is. Dit wordt gedaan door de voor- en nadelen naast elkaar te leggen. Zodra dit gedaan is wordt de participant overtuigt om te veranderen en wordt gekeken in hoeverre hij hiertoe bereid is. Om overtuiging aan te brengen, kan de steun gewonnen worden van de belangrijkste mensen binnen de organisatie. De noodzaak kan worden weergegeven. Afhankelijk van wie het is, kan er gebruik gemaakt worden van een 'dwingende' boodschap, met ervaring en theorie als ondersteunend bewijs. De twijfels moeten worden begrepen en kan over gepraat worden. In de unfreeze-fase beginnen mensen zich te realiseren dat er iets gaat veranderen. De emotionele gevoelsreacties die in deze fase thuishoren zijn: twijfel, onzekerheid, ontkenning, irritatie en ongeduld (Zielstra, 2001 & Devos, 2006).

- Change

In de change-fase vindt de daadwerkelijke verandering plaats doordat duidelijk wordt wat er moet gebeuren. Dit is de fase waarin men vaak goed voor ogen krijgt hoe het probleem moet worden aangepakt. Hier heersen gevoelens als perspectief, opluchting en optimisme.
Er wordt gewerkt aan onzekerheid en het zoeken naar manieren op bepaalde dingen op te lossen. Er begint geloof te komen in de manier die de verandering teweeg zal gaan brengen. Er moet voldoende tijd genomen worden om deze verandering op gang te brengen, zodat mensen het kunnen accepteren en succesvol laten verlopen.
Het is belangrijk voldoende te communiceren met de participanten. Bereid iedereen voor op wat gaat komen. Vragen die gesteld worden kunnen open en eerlijk beantwoord worden, zodat geruchten uitblijven.
Het is van belang dat de medewerkers voldoende betrokken zijn met het project en dit ook uitstralen. Deze voorbeeldfunctie zorgt er voor dat mensen eerder geneigd zijn actief deel te nemen (Zielstra,2001 & Devos, 2006).

- Refreeze

De refreezing-fase is ten slotte de fase van waaruit de verandering wordt 'vastgezet'. Er moeten duidelijke beschrijvingen aanwezig zijn van de verandering om er gebruik van te blijven maken.

Vertrouwen met de medewerkers zorgt voor een goede samenwerking. Door de participanten vertrouwen te geven kan men hen laten geloven dat de toekomst succesvol kan zijn (Zielstra,2001 & Devos, 2006).

3.2 Informatie voor het tot stand komen van het project en de trainingsmodulen

In deze paragraaf is informatie te vinden die de projectgroep heeft gebruikt voor het onderbouwen van het project en het opstellen van de trainingsmodulen. Allereerst is er een stappenplan te vinden van het voorbereiden en het uitvoeren van een GezondheidsVoorlichting- en Opvoedingsactiviteit (GVO). Daarna wordt informatie weergegeven over peereducatie, welke voornamelijk is gebruikt bij de trainingsmodulen.

Het voorbereiden en uitvoeren van een GVO-activiteit
Hierboven staan veel soorten modellen uitgewerkt. Het is echter ook belangrijk om de voorlichting door te nemen met participanten. Dit kan onder andere via onderstaande stappen.

1. Voorlichtingsplan doornemen.
2. *Het doel en de inhoud bepalen.* Er wordt rekening gehouden met de doelgroep en het voorlichtingsplan.
3. *Werkvorm kiezen*. Hierbij moet een onderscheid gemaakt worden in het doel. Dit doel kan zijn kennis en inzicht te vergroten, de vaardigheden te ontwikkelen of een bepaalde houding aan te nemen om met dingen om te gaan.
4. *Grondige inhoudelijke en praktische voorbereiding* van de voorlichting. Ook moet er een helder programma gemaakt worden. Voorbereiding is belangrijk, aangezien de presentatoren hierdoor zelfverzekerder zijn en er meer geluisterd wordt door de betrokkenen. Daarnaast is het belangrijk dat de gewenste hulpmiddelen aanwezig zijn en dat er een geschikte ruimte is.
5. *Deelnemers ontvangen*. Een aangenaam ontvangst is belangrijk, je kunt deelnemers geruststellen.
6. *Het programma inleiden*. Bespreek onderlinge verwachtingen van de voorlichting. Herhaal het onderwerp en het doel. Een duidelijke opbouw is erg belangrijk (inclusief tijdsplanning), omdat aandacht anders kan vervliegen. Verder kan er op non-verbale signalen gelet worden en kan hier reactie op worden gegeven.
7. *Start de voorlichting* aan de hand van de gekozen werkvorm. Schep verwachtingen van de deelnemers. Er moet helder gepraat worden, zodat mensen niet in verwarring komen of overspoeld raken.
8. *Geeft aandacht aan bewustwording* van de deelnemers, door inzicht te bieden in de relatie tussen het bestaande gedrag en de problematiek. Door dit inzicht kunnen de deelnemers gemotiveerd worden tot gedragsverandering. Het is verder belangrijk dat deelnemers actief worden betrokken, door bijvoorbeeld te vragen naar de voorkennis. Stel verder heldere en open vragen. Luister goed naar de betrokkenen en kijk ze aan.
9. *Sta stil bij de afweging en besluitvorming*. De voor- en nadelen van gedragsverandering worden besproken evenals de verwachte problemen. Hierbij kunnen dan ook oplossingen hiervoor genoemd worden.
10. *Geef praktische instructies over de gewenste gedragsverandering*. Er moet duidelijk worden wat van iedereen verwacht wordt. Eventueel kan er oefentijd worden gebruikt.
11. *Evaluatie van de gedragsverandering* kan in een andere bijeenkomst plaatsvinden. Ervaringen worden besproken evenals risicosituaties (Burgt, 2001).

Peereducatie
Een methode die vaak gebruikt wordt voor preventie van HIV/AIDS is peereducatie. Dit is een proces waarbij zogenaamde peereducators activiteiten organiseren voor hun peers. Deze peers kunnen de HIV-patiënten zijn en komen vaak overeen in leeftijd, geslacht, interesse en taal (UNAIDS, 1999, Duerinck, 2008).
Deze activiteiten kunnen de kennis van de bevolking over AIDS ontwikkelen, de houding tegenover deze ziekte veranderen en vaardigheden aanleren. Een van de belangrijke taken van een peereducator is motivatie. Als de peereducatie plaats gaat vinden met jongeren, dan zijn het vaak andere jongeren die werken met deze groep. Peereducators hoeven niet perse professionele docenten te zijn. Een goede opleiding hiervoor is al voldoende (Duerinck, 2008).
Peereducatie bestaat uit verschillende vormen. Het kan plaatsvinden in bijvoorbeeld een school of met groepen in een jeugdcentrum. Ook kan de peereducatie informeel zijn en op toegankelijke plekken, zoals een café of een andere ontmoetingsplaats. (Duerinck, 2008).

De peereducators zelf hebben ook een aantal karakteristieken nodig om de kans op HIV-preventie zo groot mogelijk te maken.
De volgende criteria zijn wenselijk om de kans van slagen te vergroten:

- Ze zijn een verantwoordelijk persoon waar op gerekend kan worden;
- Ze hebben een open geest en staan open voor verschillende visies en waarden, ze gaan vooroordelen uit de weg;
- Ze houding zich aan gezond gedrag, risicovrij seksuele gedrag, om zo als rolmodel te fungeren;
- Ze zijn probleemoplossend;
- Ze hebben een minimum kennis aan HIV/AIDS en een goede gezondheid;
- Ze hebben een duidelijk inzicht in doelen voor toekomst;
- Ze tonen zorg, medelijden en respect voor anderen, ook voor mensen met HIV/AIDS;
- Zij hebben zelfvertrouwen, zelfrespect en een positief zelfbeeld;
- Ze hebben dezelfde sociaal-culturele achtergrond als de peers;
- Er is acceptatie en respect vanuit de groep voor hen;
- Ze kunnen overtuigend en duidelijk communiceren met peers en kunnen spreken voor een groep;
- Ze hebben goede interpersoonlijke vaardigheden, inclusief luistervaardigheden;
- Ze zijn gepassioneerd door het helpen van de gemeenschap, vooral jongeren. Dit gaat gepaard met een hulpvaardige houding en deelname aan vrijwilligerswerk; (UNAIDS,1999 & Duerinck, 2008).
- Ze uiten een interesse in en participeren aan HIV/SOA-preventie inspanningen;
- Ze zijn gemotiveerd, energiek en creatief;
- Ze hebben een volwassen houding en potentieel aan leiderschapskwaliteiten (Duerinck, 2008).

De peereducators hoeven niet perse HIV vrij te zijn. Dit kan juist eerder een positief effect geven doordat zij ervaring met de ziekte hebben en op deze manier het publiek gemotiveerder kunnen krijgen (UNAIDS,1999).
Het is belangrijk dat de peereducators weten wat van hun verwacht wordt. Ook moeten er voldoende mogelijkheden zijn om over onderwerpen als HIV/AIDS, seksualiteit en verzorging te discussiëren. Verder kunnen er trainingen aan bod komen van vaardigheden als goed condoomgebruik. Eventueel zou er aan het einde een soort van ‘toets’ kunnen komen.
Het is belangrijk dat de peereducators supervisie krijgen van iemand. In de gaten houden is niet nodig, het gaat vooral om ondersteuning en motivering (UNAIDS,1999).

Bijlage 4: Overige informatie

4.1 Wetenschappelijk artikel

Hieronder wordt een artikel weergegeven die is beoordeeld volgens de empirische cyclus uit de cursus Cxx23 EPB. Het artikel gaat over jongeren in Zuid-Afrika. De keuze voor het gebruik van dit artikel en niet de overige gevonden artikelen is vanwege de peereducatie waarvan verwacht wordt dat deze van toepassing kan zijn bij de trainingsmodulen. Bij dit artikel is niet gekeken naar het land (Zuid-Afrika), omdat de peereducatie eisen bijna altijd hetzelfde zijn en dus ook in Azië van toepassing kan zijn.

Artikel: Peereducatie en HIV en AIDS preventie bij jongeren in Zuid-Afrika

1. Aanleiding

- Wat is de aanleiding van het onderzoek?

De aanleiding van het onderzoek is het behalen van de graad van licentiaat in de pedagogische wetenschappen. (Licentiaat is een academische graad) Er wordt onderzoek gedaan naar peereducatie in Zuid-Afrika.

2. Vraagstelling

- Wat is de probleemstelling/vraagstelling/doelstelling/hypothese?

Er is geen duidelijke probleemstelling geformuleerd in dit artikel. Echter wordt verteld dat het noodzakelijk is om de verschillende voordelen en valkuilen van peereducatie in Zuid-Afrika op een rijtje te zetten.
Gedurende het onderzoek zijn ze op zoek gegaan naar empirische ondersteuning in de praktijk voor de resultaten uit de literatuur. Hiervoor wordt aan de jongeren (peereducators) zelf gevraagd waarom ze kiezen voor een peereducatieproject en welke invloed dit heeft gehad op hun gedrag en hun leven. Dit project gaat antwoord geven op de volgende vragen;

- Welke voordelen hebben de peereducators en peers bij deze projecten?
- In hoeverre hebben de peereducatieprojecten een effect op de houding en het gedrag van jongeren?
- Is het zo dat de positieve effecten zich vooral voordoen bij peereducators?

3. Methode

3a Soort onderzoek

- *Wat is het type onderzoek: beschrijvend / exploratief / toetsend of diagnostisch, en waarom?*

Het onderzoek betreft een beschrijvend onderzoek. Het heeft eerst alle voor– en nadelen op een rij gezet vanuit de analyse. Door middel van survey is deze literatuur getoetst onder de betaalde peereducators, vrijwillige peereducators en participanten in Zuid-Afrika in diverse provincies.

- *Indien er sprake is van toetsend onderzoek, wat is het design: zuiver experiment (RCT),nexperiment (CCT), pre-experiment of survey en waarom?*

Er is sprake van een beperkt survey onderzoek, er is een vragenlijst opgesteld waarin gevraagd wordt naar meningen, motieven voor deelname en gedragsveranderingen. Deze vragenlijst is in diverse provincies door verschillende verantwoordelijken afgenomen.

- *Betreft het kwalitatief of kwantitatief onderzoek, en waarom?*

Het betreft een kwalitatief onderzoek, omdat de literatuur vergeleken wordt met de praktijk in Zuid-Afrika. Ze willen erachter komen wat de kwaliteit is van peereducatie.

- *Hoe wordt er geoperationaliseerd?*
  - Wat zijn de variabelen (afhankelijk en onafhankelijk)?

  Onafhankelijke variabelen;
  1. Degene die de 15 vragenlijsten bij de personen moeten afnemen.
  2. Afname tijd van 14 dagen.

  Afhankelijke variabelen;
  1. De hoeveelheid personen die zich op de site aanmelden
     - Hoe zijn de data verzameld, welk meetinstrument of meetmethode is gebruikt?

  Er is gebruik gemaakt van een beperkt survey onderzoek. Dit houdt hier in dat er een vragenlijst was opgesteld waarbij de jongeren dit zonder hulp konden invullen. Echter was er wel een begeleider in de buurt om eventuele vragen te verduidelijken. Vanwege praktische problemen, tijdsgebrek en taal werd de optie van het persoonlijke interviewen van de jongeren uitgesloten.

De vragenlijsten zijn verdeeld onder verschillende provincieverantwoordelijken. Ieder kreeg 15 vragenlijsten mee. In de provincie KwaZulu Natal nemen twee verschillende mensen, onafhankelijk van elkaar, vragenlijsten af. Hierdoor is deze provincie meer vertegenwoordigd dan anderen. De vragenlijsten worden per provincie verdeeld over verschillende sites. Op elke site vullen enkele jongeren de vragenlijst in. De jongeren werken individueel, maar kunnen vragen stellen aan de verantwoordelijken als ze een vraag niet goed begrijpen. De verantwoordelijken stuurden de ingevulde vragenlijsten terug. Dit alles werd in een periode van 14 dagen gedaan.
De uitkomsten van de survey zijn per vraag gesorteerd en gecodeerd. Wanneer er meerdere antwoorden op de vraag werden gegeven, werd er gekeken waar de klemtoon lag. Als één van de gegeven antwoorden nog niet in het lijstje staat, werd dat antwoord gekozen. Wanneer er geen specifieke klemtoon lag in de antwoorden en ze stonden in de lijst, werd het eerste antwoord gekozen. De optie om alle antwoorden op te nemen in de analyse werd in samenspraak met de organisatie verworpen. Er was ook een categorie 'nonsens antwoorden' welke voor antwoorden die volledig naast de kwestie waren. Een aantal vragen leek te moeilijk of te onduidelijk voor een aantal jongeren.
De data wordt ingevoerd in en verwerkt met het programma SPSS.

3b Bias/vertekening (interne validiteit)

- *Hoe is de betrouwbaarheid van het meetinstrument vastgesteld: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie, test-hertest?*

Bij het onderzoek is er sprake van een eerste test en een tweede test, hierdoor is er dus sprake van een test-hertest. De survey dient een bepaald stappenplan te volgen die in het boek 'Kwantitatieve en kwalitatieve methoden en technieken van onderzoek' van G. Schuyten, gemaakt in 2004, beschreven staan. Er moeten voornamelijk open vragen gesteld worden, zodat de invuller niet gestuurd wordt in zijn antwoorden en op het taalgebruik van de respondent wordt gelet. Er mag dus geen vakjargon en lange vragen gebruikt worden.

- *Hoe is de validiteit van het meetinstrument vastgesteld: inhoudsvaliditeit, criteriumvaliditeit?*

Het meetinstrument, de survey, is gevalideerd door middel van inhoudsvaliditeit. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de vooraf gevonden literatuur, waardoor de antwoorden op de survey naast de literatuur gelegd kunnen worden. Zo worden alle aspecten omvat.

- *Is de steekproef select of a-select? Wat is de grootte van de onderzoekspopulatie?*

De steekproef was a-select. Er zijn vragenlijsten uitgedeeld in diverse provincies. Echter konden de willekeurige jongeren die zich aanmelden op de site deelnemen aan de vragenlijst. Deze jongeren zijn zowel peereducators als participanten. Hierdoor is er geen selectie gemaakt onder de ondervraagden, maar werden ze per toeval ondervraagd d.m.v. de survey.

- *Is er een duidelijke beschrijving van het onderzoeksproces?*

Er is een beschrijving gemaakt van het onderzoeksproces. Ze hebben zowel de opzet van de vragenlijst, als het uitdelen en criteria van het afnemen van de vragenlijst beschreven en op welke plaats het moest gebeuren. Tevens hebben ze het aantal opgeschreven wat er is uitgedeeld en wat er uiteindelijk teruggekomen is. Deze uitkomsten hebben ze overzichtelijk neergezet, maar omdat er sprake was van open antwoorden, hebben ze tevens opgeschreven hoe ze de antwoorden hebben geselecteerd.

- *Is er uitval? Zo ja, is hiervoor gecorrigeerd?*

Ja, er is sprake geweest van uitval. Er zijn in totaal 150 vragenlijsten uitgedeeld, waarbij rekening is gehouden dat er een grote uitval zou zijn. Uiteindelijk zijn er 81 vragenlijsten meegenomen in de uiteindelijke analyse van de vragenlijsten. Hoe er rekening gehouden is met de verwachte grote uitval is niet duidelijk beschreven.

- *Is er blindering toegepast?*

Nee, de respondenten wisten waarmee ze akkoord gingen bij het onderzoek, want ze moesten de vragenlijst invullen. In deze vragenlijst werd er ook gesproken van 3 verschillende groepen, de peers, peereducators en de participanten. Hierdoor werd ook een extra deel van de groep onderzocht.

Bij kwalitatief onderzoek:

- *Welke methoden zijn gebruikt om bias te voorkomen? (Triangulatie, peer review, member checking, reflectie)?(2)*

Bij het onderzoek is er gebruik gemaakt van member checking reflectie. Ze hebben gekeken naar wat de mening is van de praktijk over de literatuur. Zo hebben ze de literatuur vergeleken met de praktijk.

4. Resultaten

- Hoe groot is het effect van het resultaat?

Het effect is niet groot, ze wilden alleen zien wat het verschil was tussen literatuur en praktijk. Ze zijn erachter gekomen dat er in de praktijk meer voordeel in peereducatie zat voor de betaalde peereducators (Groundbreakers) en onbetaalde peereducators (Mphintshi's) dan voor de participanten. In de literatuur zou peereducatie voor iedereen voordelig zijn.

- Indien er sprake is van een verschil of samenhang, is deze significant? (Is de p-waarde kleiner of gelijk aan 0,05?)

Er is geen significant betrouwbaarheidsinterval. Dus is er mogelijk geen verband tussen de redenen en invloeden van deelname aan de peereducatieprojecten en geslacht, leeftijd en participatiegraad, of er zijn te weinig resultaten om een valide conclusie te trekken.

- Hoe breed is het betrouwbaarheidsinterval?

Er wordt vermeld dat de onderzochte vragen niet significant in een 0,05 betrouwbaarheidsinterval zijn.

- Is de juiste test gebruikt om het betrouwbaarheidsinterval te testen?

De test is niet omschreven in het artikel, hierdoor is het niet duidelijk of er wel of geen juiste test is gebruikt om de betrouwbaarheidsinterval te testen.

5. Conclusie en discussie

- Is de steekproef representatief?

De steekproef is representatief, ze vermelden dan ook dat ze geen andere uitkomsten verwachten wanneer ze meer jongeren gaan ondervragen. Het uiteindelijke doel van de vragenlijst is het niet meten van de frequentie van het voorkomen van antwoorden, maar het krijgen van een zo breed mogelijk beeld van de verschillende gezichtspunten. Hierdoor maakt het niet uit of ze meer mensen gaan ondervragen of niet, omdat ze al een zo breed mogelijk antwoorden selectie hebben.

- Is het statistische verschil ook klinisch relevant?

Nee, het statistisch verschil is niet klinisch relevant omdat er wordt gezegd dat de hoeveelheid deelnemers aan de survey zo divers is, met als gevolg dat ze verwachten geen andere antwoorden te krijgen wanneer ze meer mensen gaan ondervragen.

- Wat kun je met deze resultaten in de praktijk?

Deze resultaten leert dat de peereducators meer leren van de peereducatie dan de participanten. Het werkelijke handelen naar het geleerde schort er nog aan bij de participanten. Maar weinig geven aan er ook werkelijk bewust mee bezig te zijn. Echter de peereducators veranderen wel hun leven n.a.v. de peereducatie. Zij krijgen speciale cursussen die vele voordelen voor hun hebben.

Een gedeelte van de inhoud van dit artikel wordt gebruikt bij het opstellen van de trainingsmodulen voor de community workers en de participanten. Hierin is er gebruik gemaakt van de eisen die gesteld worden aan de peereducators, welke zijn toegepast op de community workers.

4.2 Uitwerking interviews

Interview: HIV Verpleegkundige Bernadette van de Ven
Tijdens de analysefase van dit project heeft de projectgroep een HIV verpleegkundige van het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, geïnterviewd op donderdag 24 februari 2011. De uitwerking van dit interview is volgens een stappenplan uitgewerkt.

Voorbereiding
Als voorbereiding zijn de eerste 5 stappen van een interview afnemen doorlopen.

Stap 1; Stel het doel vast
Het interview wordt op een directief manier afgenomen. Dit houdt in dat wij de richting bepalen aan de hand van het vooraf gestelde doel. We hebben vragen op gesteld wat we als richtlijn gaan gebruiken gedurende het interview.

Stap 2; Stel het onderwerp vast
Het doel van dit interview is om meer informatie te verkrijgen over HIV zowel in Nederland als in het buitenland. We hebben gehoord van een praktijkopleider dat mw. van de Ven ook actief is met HIV

preventie in Afrika. Hier willen we wat meer over weten voor eventuele onderbouwing van ons eindproduct.

Stap 3; Zorg dat de interviewer de verschillende soorten vragen kent
We gaan proberen zoveel mogelijk open vragen te stellen, zodat we zoveel mogelijk informatie krijgen. Echter kunnen we op deze informatie doorvragen waarbij soms nodig is om gesloten vragen te stellen.
Als voorbereiding op het interview hebben we een aantal vragen opgesteld die we zeker aan bod wilden laten komen. Dit worden onze hoofdvragen.
Tijdens het interview gaan we samenvatten, zodat we kunnen verifiëren of we het wel goed begrepen hebben.

Stap 4; Kies iemand en nodig hem/haar uit.
Iemand kiezen
We hebben van een praktijkopleider van het Elisabeth Ziekenhuis een naam gekregen van een HIV verpleegkundige die waarschijnlijk ook in Afrika bezig is met de HIV preventie.
Op deze manier krijgen we een inzicht op hoe een expert iets ervaart en hoe hij vind dat iets aangepakt moet worden.

Iemand uitnodigen
Als eerste contact hebben we mw. van de Ven een email gestuurd waarin we onszelf voorstelden en haar vroegen of we gebruik mochten maken van haar kennis. In deze mail hebben we aangegeven dat we eerst onze kennis wilden vergroten voordat we met haar in gesprek gaan. Dit vond zij prima. Na een week hebben we haar gemaild met de vraag wanneer zij beschikbaar was en welke locatie haar het beste uit komt. Het interview zou plaatsvinden op 24-2-2011 om 14.00u in het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.
We hebben als voorbereiding van het interview de hoofdvragen aan haar voorgelegd met als reden dat zij zich goed kon voorbereiden op het interview.

Stap 5; Stel de vragen op en bereid het gesprek voor
We hebben een aantal vragen opgesteld voor mw. van de Ven.

1. Hoeveel jaar bent u al een HIV-verpleegkundige?
2. Hoe bent u tot de specialisatie HIV gekomen?
3. Welk verhaal/casus heeft indruk op u gemaakt?
4. Wat zijn in uw ogen de meest voorkomende oorzaken van HIV in uw ziekenhuis?
5. Welke invloed heeft de maatschappij volgens u op de interactie tussen HIV geïnfecteerden onderling en de niet geïnfecteerden?
6. In hoeverre bent u actief met de behandeling en sociale begeleiding van HIV(en AIDS?) patiënten of ook met preventie van HIV/AIDS?
7. Bent u alleen in Nederland actief met HIV of ook in de rest van Europa of ook buiten Europa?
8. Zo ja, hoe bent u in het buitenland terecht gekomen?
9. Wat voor projecten lopen er waarbij u betrokken bent (in welke landen)?
10. Wat is hierin uw bijdrage?
11. Wat zijn de effecten van de projecten op de HIV/AIDS preventie?
12. Wat is de invloed van de overheid bij die projecten?
13. Merkt u verschillen tussen de diverse risicogroepen?
14. Zo ja, wat zijn die verschillen?

Ten slotte hebben we in onze mail aan haar voorgesteld om het gesprek op te nemen als bewijslast. De bandrecorder is gemakkelijker dan het maken van aantekeningen. Dit komt omdat je bij het maken van aantekeningen direct moet bepalen wat je wilt verwerken en wat niet. Tevens is het verhelderend om het gesprek nog een keer helemaal terug te horen. Hierbij is een bandrecorder handig.
Wanneer je weinig tijd meer hebt na het interview om het uit te werken is een bandrecorder ook beter, omdat wanneer er alleen aantekeningen gemaakt worden moet binnen enkele dagen het gesprek uitgewerkt zijn wil je zorgen dat niet veel informatie verloren gaat.

Uitwerking interview
Gesprek 24 februari Bernadette van de Ven
Op 24 februari 2011 hebben Daphne Roest, Emma Nagtegaal en Ylse Voll een interview afgenomen met een HIV-verpleegkundige, namelijk Bernadette van de Ven.

Hieronder staan de belangrijkste dingen uit het interview vermeld. De tekst in aangepast zodat het makkelijker leesbaar is. De tekst met de donkere achtergrondkleur is de projectgroep en de tekst met de lichte achtergrondkleur is Bernadette van de Ven.

Kunt u ons misschien iets vertellen over wat u nu als verpleegkundige hier doet?en hebt gedaan?

Ik ben verpleegkundige HIV consulente en je moet niet schrikken maar ik ben zo'n beetje begonnen met HIV, toen jullie geboren werden. Ik ben in '91 fulltime begonnen met HIV. Toen werden wij aangewezen als centrumziekenhuis in Brabant om mensen met HIV te gaan behandelen. HIV was toen natuurlijk een ziekte die zich met name in de Randstad afspeelde en langzamerhand kwam het over Nederland. Toen heeft de voormalig minister van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) gezegd dat er meer ziekenhuizen moesten komen dan alleen in de Randstad, dus toen werd ons ziekenhuis een centrumziekenhuis voor HIV. Er moest een internist zijn en een verpleegkundige, en die verpleegkundige werd ik uiteindelijk. Ik heb de beginjaren meegemaakt waarin mensen AIDS hadden. Toen gingen mensen er dood aan. Jonge jongens die dood gingen en dat was wel een hele nare periode. We konden niets betekenen voor de patiënten, we konden ze even medicatie geven en dan zagen we ze een beetje opbloeien. Daarna werd het virus binnen de kortste keren hartstikke resistent en overleden de mensen. Toen waren het met name slechtnieuws gesprekken, uitleg over medicatie maar veel minder dan dat we nu doen. Huisbezoeken deed ik als mensen slecht lagen thuis. Ik kwam veel op de afdelingen waar mensen slecht lagen. Dat was een beetje die begin tijd. Dan heb ik het over tot aan '95. Vanaf '96 kwam er andere medicatie, eerst was er alleen maar monotherapie (dus maar 1 medicijn om dat virus aan te pakken), en toen zijn er meerdere medicijnen op de markt gekomen. Vooral meer groepen medicijnen. Toen bleek ineens dat als je mensen niet 2 middelen uit 2 verschillende groepen maar 3 verschillende middelen gaf dat het veel beter met die mensen ging en na een paar jaar bleek dat die mensen ook eigenlijk niet meer dood gingen.
Mijn taak is om mensen die geïnfecteerd zijn met HIV te informeren over het ziektebeeld HIV, wat heeft het dan voor consequenties, over veilig vrijen en over therapietrouw. Er speelt natuurlijk ook veel sociale problematiek bij de patiëntengroepen. We hebben vanaf met name vanaf '97, '98 veel vluchtelingen binnen het bestand. Bijna 40/45 % van onze patiënten is van niet-Nederlandse afkomst. Dat zijn mensen uit Somalië, Boeroendie, Kongo, maar ook mensen uit de Antillen, Suriname en zuidoost Azië. Maar de meesten komen uit Afrika, de Antillen en Suriname. Dat is weer een hele aparte groep mensen omdat je te maken hebt met een andere cultuur, met een hele andere beleving van ziekte, met enorme taboes en met niemand praten over je HIV.

Wat is het verschil tussen vrouwen en mannen?

Behalve dat zijn er ook problemen met de taalbarrières, met totale andere beleving van seksualiteit, noem het maar op.

Zijn die mensen er, over het algemeen, hier pas achtergekomen dat ze geïnfecteerd waren?

Ja die zijn er vaak hier pas achter gekomen. Meestal komen de mensen, die uit het buitenland komen, er hier pas achter. Dat zijn vaak politieke vluchtelingen, die wonen hier dan en worden op een gegeven moment ziek. Dan worden ze geprikt en blijken ze HIV te hebben.

Zijn er ook veel mensen die hiernaartoe komen voor werk, want dat lezen we ook vaak? Bv. Uit Polen?

Nou we hebben de laatste jaren wel een aantal Polen. Homoseksuele Poolse jongens die geïnfecteerd zijn. Of Ex-drugusers. Maar dat zijn wel allemaal mensen die hier werken. Ik heb over het algemeen niet de ervaring dat wij mensen hebben die vanwege hun HIV hier naartoe komen.
Ik zou het me wel kunnen voorstellen, want als ik in Afrika zou wonen en ik zou HIV hebben, zou ik ook weggaan. Er overigens wel medicatie beschikbaar in Afrika als je maar in een grote stad woont. Want zodra je er 50 KM erbuiten woont, dan wordt het al lastiger.
Ik kom vaak in Tanzania en dan heb je als je 50 KM buiten de stad woont al geen geld om in die stad te komen.

Daar lopen wij nu ook tegenaan met ons project, wij zitten met een dorpje wat inderdaad 4 uur rijden is met een auto over een hobbeltjes weg. Er is daar niet het geld om naar de stad te gaan. En de

mensen die daar dood gaan zijn vaak ook niet gediagnosticeerd. Ze hebben wel vermoedens maar ze hebben geen testen.

Nee precies, maar hoe komen jullie aan dat project?

We hebben een opdrachtgeefster die daar werkgelegenheid maakt voor mensen die daar wonen. En vanuit daar is er toen de vraag gekomen, is het iets om er naar te kijken omdat het steeds meer voorkomt dat daar mensen HIV/AIDS beginnen te krijgen. Het begint nu pas bekend te worden dat daar de mensen ook aan dood gaan. De opdrachtgeefster is van SARI en die organisatie daar heet FOLK. Zij heeft die opdracht vanuit daar dan gekregen en zij heeft dat dan weer doorgespeeld naar hier naar de Fontys en wij hebben die dan weer aangenomen.

In Bangladesh, wat wil mevrouw (Karin) daar dan doen?

De bedoeling is dat wij een trainingsmodule gaan opstellen voor 8 mensen daar, die de bevolking gaan leren over de preventie van HIV & AIDS. Die 8 gaan dan in eerste instantie 5400 mensen, in het hele district waar wij dit voor doen, opleiden en die kunnen dan weer verder de rest van de bevolking benaderen met voorlichting.

Maar die mevrouw (Karin) woont in Nederland? En wat is SARI dan?

De mensen daar maken kleren, of naaien allemaal dingen voor SARI, en zij betalen die mensen en dat wordt hier in Nederland verkocht. Fair-trade kleding. En Karin is daar nu ook een aantal weken geweest. Dit doet zij elk jaar.

En zij is betrokken vanuit haar Fair-trade project om daar iets op te gaan zetten om die mensen beter te informeren?

Ja

En het ligt dus 4 uur uit de stad?

Ja, (voorbeeld van als hier Dhaka ligt dan ligt het helemaal daar) het grensgebied. Het ligt ook aan de Indiase grens. Maar ze hebben daar al wel wat gedaan (aan projecten). Maar het is allemaal nog niet zo ver van de grond af dat het ook al echt effect heeft gehad.

Maar er wordt vanuit landelijke of regeringswegen niks gedaan?

Bijna niks, je kunt er (volgens Karin) niet te veel van verwachten. Er zijn heel veel niet regeringsafhankelijke partijen die allemaal losstaande projecten opstellen en niet samenwerken tot één groot effectief iets.

Over hoeveel mensen hebben we het?

In totaal woont er in dat district ongeveer 200.000 mensen. Maar op dit moment is ook nog helemaal niet bekend hoeveel mensen besmet zijn. Er zijn ook nog geen testen daar, daarom zijn ze heel erg op de preventie bezig omdat ze natuurlijk wel merken dat er steeds meer jongen mensen daar sterven.

Er is daar niet zoiets als Artsen Zonder grenzen of het Rode Kruis?

Er zijn in Bangladesh wel Artsen Zonder Grenzen actief maar niet specifiek op HIV & AIDS en zeker niet in dat District. Die zijn meer bezig met tuberculose.

Dat is natuurlijk wel heel interessant, want tuberculose en HIV zijn aan elkaar gerelateerd. Dus je zou zeggen, in Afrika (in Tanzania heb ik toevallig een project) is het zelfs zo dat als je daar tuberculose hebt je meteen op HIV wordt getest. Want tuberculose zie je juist vaak bij mensen met een verminderde weerstand en wordt die relatie gelegd. Wij zien hier ook geregeld tuberculose, voornamelijk bij afrikanen. En dan kun je ook voorstellen dat je dan in India zegt, degene met tuberculose testen we sowieso op HIV. En die testen stellen helemaal niks meer voor.

Zover zijn wij nog niet, we hebben nog geen idee wat een test kost, en wat de mogelijkheden zijn. Verder hebben we ook nog helemaal geen budget of zo. We kunnen ook heel moeilijk dat meenemen in ons project op dit moment.

Maar die kosten niks, die kosten volgens mij maar een paar dollar per test. Ik heb toevallig in Tanzania in november nog 2 uur met die testen geprikt. In een vissersdorpje 50 KM buiten de stad. Je moet mijn stichting maar eens bekijken want daar komt binnenkort ons reisverhaal op te staan. www.tafadhali.nl
Daar is een stichting opgericht dus ik ken de ontwikkelingskant wel een beetje. Maar het is wel heel erg dat mensen dood gaan aan AIDS terwijl je het goed kan behandelen met medicijnen.

Dat is ook vanuit daar naar ons gezegd als tip, de bedoeling is ook dat wij posters gaan maken die daar op belangrijke plekken opgehangen gaan worden. De posters daar zeggen nu: AIDS is dodelijk, daar ga je aan dood, want dat is daar ook zo. Het is daardoor ook moeilijk voor ons omdat we weten dat het anders kan maar we moeten dadelijk dus ook posters maken waarmee zij tevreden zijn. Dus waar waarschijnlijk gewoon op staat AIDS is dodelijk. En dat maakt het natuurlijk wel heel dubbel omdat we vanuit hier kunnen zien dat het helemaal niet meer zo hoeft. Maar dat het daar nog wel is omdat het zo ver buiten de bewoonde wereld is.
Maar dat moeten we nog helemaal uitzoeken, hoe we het beste die bevolking kunnen bereiken. Dat ze niet meteen een gesloten houding aannemen.

Jullie gaan er niet naartoe?

Nee, maar we gaan wel eerst checken of dat wat wij maken wel goed genoeg is zodat de bevolking er ook voor openstaat. Het is niet dat we zo maar iets sturen, we hebben wel contacten daar. We maken het project ook in het Engels zodat het daar omgezet kan worden in hun eigen taal. En er wordt ook nog iemand bij betrokken die zowel goed Engels als Bangla kent en een gezondheidszorg achtergrond heeft. Maar we moeten er vanuit gaan dat de mensen die getraind worden een kennis van 0 hebben, ze kunnen lezen en schrijven en dat is het. Het woord immuunsysteem hoeven we daar niet te gebruiken. Maar ook over hun religies en ideeën over seks zit een enorm taboe.

Ik denk dat je dan de literatuur in moet? Ik weet ook niet hoe er daar over gedacht worden maar het is natuurlijk allemaal seks in het donker.

De opdrachtgeefster maakte een opmerking tegen een vrouw die overduidelijk zwanger was, maar daar werd niet over gesproken, al niet over het feit dat ze zwanger was.
Bovendien, als je daar van iemand vermoedt wordt dat die HIV geïnfecteerd is dan wordt diegene uitgestoten. We zijn wel zoekende naar wat is er al gedaan op andere plekken en wat er al wel werkt.

Afrika is wat dat betreft toch al een stuk verder. Met medicatie en mensen praten daar wel meer over HIV & AIDS. Er hangt bijvoorbeeld ook, vlak bij de universiteit, een gigantisch grote Billboard met: Graduate with an A, not with AIDS.
Maar dat is natuurlijk bij de universiteit en niet bij de hutjes, maar die hutjes staan ook daar 10 KM verderop. Ik heb wel het idee dat het daar al verder is. Het blijft een doffe ellende, het is niet zo dat het allemaal fantastisch is. Als je in de stad woont, moet je los van het al aan de pillen komen en behandeling in het ziekenhuis, ook nog geld hebben om aan eten te komen. Dat klinkt heel raar maar mensen moet daar leven van een dollar per dag met een heel gezin. Die kinderen moeten naar school, dus vaak schiet het er dan bij de voeding bij in. Vaak zijn ze eigenlijk al ondervoed. Naast de pillen hebben ze dan geen fatsoenlijk eten om hun pillen mee in te nemen.

Hoe reageert de maatschappij op geïnfecteerden daar? Of hoe gaan ze met elkaar om?

Wat wij in het care house daar doen, is lotgenotencontact voor mensen met HIV. Mensen met HIV kunnen daar binnen lopen en verpleegkundigen geven daar adviezen. Op de een of andere manier lijkt het daar geaccepteerd. Maar misschien is dat omdat het een groep is de geen gêne heeft, die je daar ziet. En de groep die wel gêne heeft zie je daar misschien niet eens?
Maar wat mij bijvoorbeeld ook opviel, toen wij in het vissersdorpje gingen prikken, is dat we eigenlijk ook maar weinig gêne zien. Mensen die gewoon in de rij gaan staan om geprikt te worden naast de buurman. Dat vond ik wel opvallend. Maar het kan ook goed zijn dan we er maar 140 hebben geprikt

en dat er 6000 niet zijn geweest omdat ze niet durven. Het kan dan ook een beetje een vertekend beeld geven. HIV is en blijft nog wel steeds, als ik het hier zie bij onze patiëntengroep, een enorm taboe onder de Afrikaanse patiënten. Onder de gewone patiëntengroep, bijvoorbeeld de homoseksuele, is dat wisselend. Soms zeggen ze: “nah, dat hoeft eigenlijk niemand te weten.” Dat kan nu ook veel makkelijker want mensen worden niet perse meer ziek. Je kan als je hier onder behandeling bent en je doet het goed, zeggen dat je het niet verder verteld. Waarom zou je het de hele wereld moeten vertellen? En er zijn natuurlijk ook van die doorgewinterde homoseksuele die het wel in hun familie/vrienden groep vertellen en zich daar niet voor schamen.

Zie je ook homoseksuele bij die groep afrikanen?

Niet dat ik weet, maar dat is altijd lastig natuurlijk. Want in bv. Urganda wordt je opgehangen of ga je de gevangenis in als je homoseksueel bent.

We waren ook benieuwd naar wat u ervaart als de meest voorkomende oorzaak?

Bij ons? Homoseksualiteit. Hier is gewoon 50% van de mensen die patiënt is homoseksueel. En wat ik al zei 35% is van niet Nederlandse afkomst. Grofweg 15% is heteroseksueel, mannen en of vrouwen. Mannen die bv in Thailand van allerlei rare jonge meisjes bezoeken. En het zijn ook vrouwen die pech hebben omdat ze een man hebben die biseksueel is en die bv. op de parkeerplaats seks heeft met mannen.

En drugsgebruikers?

Die hebben wij niet zo veel, Eindhoven heeft dat wel al meer maar veel meer is er dat in Amsterdam en of Maastricht/ Heerlen. Dat zit namelijk tegen de Duitse grens aan en dan met name vanuit het verleden zitten daar dan drugsgebruikers. Die hebben wij ook wel gehad hoor, intraveneuze drugsgebruikers die elkaars naalden hebben gebruikt en daardoor geïnfecteerd zijn geraakt. Maar Tilburg is blijkbaar ook niet zo’n geweldige “gebruikersstad”. Bovendien wordt ook steeds minder gespoten, maar steeds meer gerookt. Heroïne wordt gerookt, en cocaïne gesnoven. En van het spuiten is men wel een beetje teruggekomen.

In Nederland lijkt het ons dat je, als je drugs spuit, je eventueel naar plekken kunt waar je aan schone naalden kunt komen.

Nederland is al heel vroeg begonnen met spuitomruil programma’s. maar in het conservatieve Spanje, Frankrijk, Italie en Portugal deden ze dat niet want die drugsgebruikers ga je niet ook nog eens schone naalden geven. Dat was natuurlijk stom want dat kon je beter wel doen, want dan werd voorkomen dat ze HIV geïnfecteerd raakten. Als ze dan toch spuiten, geef ze dan in ieder geval een schone naald.
Je ziet nu, dat waar wij maar weinig intraveneuze drugsgebruikers als patiënt hebben je in die andere landen veel meer ‘drugsusers’ ziet die geïnfecteerd zijn. Dat is het katholieke conservatieve zuiden.

Wat denkt u dat de beste manier is om zo’n arme groep te bereiken?

Dat is moeilijk, wij doen het heel veel door op bijvoorbeeld Wereld Aids dag eropuit te gaan, toneelstukjes op te voeren, dus echt dat drama zoals ze dat noemen. Door middel van eigen mensen, die het volk kunnen bereiken, uit te laten beelden wat er gebeurd als je onveilige vrijt, je wordt ziek. Dit gebeurd veel in Afrika. Veel naar buiten maar ook extra aandacht hiervoor met Wereld Aids dag en in Afrika is er ook een African Child day. En dat gebruiken ze dan ook om aandacht te hebben voor de wezen.

Dat is wat er nu bij serious request veel aan bod is geweest?

Ja de aids-wezen. Maar je zou voor het dorp of stad bijvoorbeeld een ‘event’ kunnen organiseren. En daar standjes neerzetten, zorgen dat ze materiaal hebben, (al weet niet ik niet hoe je daar aan kan komen in het Bangla?) mensen kunnen niet eens lezen, dus waarschijnlijk veel plaatjes gebruiken.

We hebben al wel plaatjes gezien van Billboards die daar worden gebruikt.

Familly matters is een belangrijk spel dat gebruikt wordt bij de voorlichting. Het is een spelletje wat je kunt doen met mensen die niet goed kunnen lezen en of schrijven.

Wat is de meest indrukwekkende casus die u in uw loopbaan bent tegengekomen?

Verhaal van 2 ouders met een jong dochtertje die allebei (eigenlijk onnodig) gestorven zijn.
Een man die zijn vriendin infecteerde, uiteindelijk komen ze opnieuw bij elkaar. Ze hadden beiden een laag IQ, kwam zo niet over. Op het moment dat ze weer samen kwamen, ging zij veel slechter haar medicatie slikken, hij vervolgens ook. Zij werd ondertussen zwanger en opgenomen in het ziekenhuis omdat er anders hiv-positief kind kon komen. Daar heeft ze veel pillen gekregen om het kind te beschermen. Er is alles op alles gezet om die mensen een huis te geven maar ze bleven slecht de medicatie slikken. Alles voor die mensen gedaan. Op laag niveau zorgen uitgesproken. Allebei zijn ze overleden, kind zit nu in pleeggezin. Beiden overleden eigenlijk onnodig door het niet slikken van medicatie. Zij eerst, en hij heeft nog een half jaar daarna geleefd.

Conclusie
In het interview is besproken wat de functie is van een HIV verpleegkundige. Mw. van de Ven vertelde wat haar ervaringen waren met HIV in Nederland, maar ook in het buitenland en dan met name Afrika. Ook kwam naar voren hoe het in Nederland vroeger (jaren 90) gesteld was met HIV en hoe zij het op dit moment ervaart. Mw. van de Ven heeft ons handige informatie gegeven om te gebruiken als voorlichtingsmateriaal, zoals het spel Family Matters. Verder is er besproken hoe de situatie in het zuiden van Europa is met betrekking tot HIV en AIDS en hoe dit in tegenstelling tot Nederland nog steeds met bepaalde problemen worstelt die in Nederland veel minder aan de orde zijn. Tot slot heeft mw. van de Ven nog een indrukwekkend verhaal verteld over een stel dat onnodig gestorven is aan AIDS, terwijl AIDS tegenwoordig geen dodelijke ziekte meer hoeft te zijn.

4.3 Uitwerking interview citizens:

Hieronder zijn de letterlijke antwoorden uit de tien geïnterviewde burgers weergegeven.
De I voor het nummer betekent interview, I1 is dus interview 1.

1. Are you a male or female?
9 men en 1 woman
2. What is your age? 10-20 years, 20-30 years, 30-40 years, 40 years and older
9 persons older than 40 years
3. What do you do for a living? Job or school or something else?
I1/3. high school teacher
I2. Accountant
I 4. student
I5/7. Business man
I6. Manager Eventful
I8. Marriage Registered (Kaji)
I9. Headmaster (Primary)
I10. Social worker

a. Do you go abroad for your job?
Allen: No
b. What is your education?
I1. B.A.A.Ed
I2. B.com
I3/5/10. S.S.C. (P.T.I)
I4. Studying B.A.
I6. B.com Hons M.A
I7. Class eight
I8/9 H.S.C (PTI)

4. What is your religion?
I1/3/5. Christen
I2. Onbekend
I4/7/8/9. Islam
I6/10 Hindu

5. Do you know what AIDS is?

a. If so, can you explain this?

I1. HIV/Aids is fetal diseases. It is caused by sexual relation between infected man and woman. Though it does not kill a man and woman instantly. It kills a man gradually day by day. Bangladesh is high risk in HIV/Aids. So, I appreciate this kind of a great program that will be run by the SAKS.

I2. It is killing diseases.

I3. I know what Aids is.

I4. a) Intercross with the man and woman
b) Through the blood
c) Through syringe

I5. Yes

I6. HIV/Aids is a dangerous disease. This virus danger for human being. It boosts to kill him. Sure he will die. Durgapur is the boarder belt of the India. So it is danger point for HIV/Aids. It is badly needed to initiate this HIV/Aids program as soon as possible.

I7. HIV/Aids is a danger disease. These diseases kill the man

I8. Yes, I know what Aids is. HIV/Aids is not touchable disease

I9. Aids are killing diseases. Symptoms are -
a) He does not sleep well
b) He cannot eat like before
c) He is getting weak day by day.

I10. Aids is killing diseases. If you get Aids he/she will die. There is no treatment still now. It is spread out if you sex with the HIV/Aids patient. It is spread out through the blood. Aids are called diseases. HIV is called virus. The virus can live three months in the blood (dry). If you test the HIV/Aids you cannot found the diseases the period in the three months. After three months if you test your blood, you will get HIV/Aids. This disease reduces the power of prevention day by day.
HIV/Aids does not infected.
Like-
a) Handshakes each other
b) Embraces each other
c) Eating same plate
d) Share the same bathroom
e) Wear the same dress.
Prevention of HIV/Aids:
a) Use new syringe
b) Test blood before taking blood.
c) Obey according to religious rules and regulations.
d) Use condom during the sex.

6. How do you think someone gets AIDS?

I1. Sexual relation with Aids infected people. Through injecting by syringe. Through Shaving

I2. If anybody gets HIV/Aids, It is not accepted by the society

I3. If you intercross with the Aids patient it will endanger you. But you can live with him, no problem. Do not take blood from the HIV/Aids patient.

I4. I want to live safely

I5. a) Through the syringe
b) Do not go to prosquiter
c) Live according to the religious roles and regulations.
d) Do not use blood bag without the testing.

I6. There is no problem with him to playing sleeping and footing etc.

I7. Personally, I hate this disease. Anybody gets Aids in our society or neighbors. I will not be accompanying with him.

I8. This disease gets through the blood and sex.

I9. Someone gets Aids I will give him my sympathy and love. And I suggest him to take proper treatment.

I10. Someone gets Aids from our society.
a) We should not hate him.
b) We have to co-operate with the HIV/Aids patient.
c) We have to safe him as if he does not spread out the diseases among the society.
d) We have to take care of him.

7. How do you react to someone with AIDS? Or to someone who you believe has AIDS?

I1. a) Get fright from HIV/Aids Patient.
b) Not to accompany with the HIV/Aids infected people.
c) Not to sit with HIV/Aids patient.
d) We don't find interest to talk to them.
e) We also avoid them both family and society neglect.
I2. If my friends get diseases. I will avoid him.
I3. I want to live safely from the Aids diseases, on the other hand I do not neglect the Aids patient.
I4. I suggest my friends not to mix with Aids patient.
I5. I live safely from my HIV/Aids infected my friends.
I6. This is not touchable disease. Do not hate him. But we should love him. We suggest him to take proper treatment.
I7. I will give him my sympathy and love also I will suggest him to go to doctor for proper treatment as if to cure from this diseases.
I8. If I know someone gets Aids. I am not neglecting him. But love him. My suggestion will be that he will be living with joyful and happiness.
I9. This is not a touchable disease. So I treat him as friend and I can live with him as usual.
I10. I will give him my sympathy and love, and also I suggest him to take proper treatment.

8. Do people talk about AIDS? Yes, The people talk about Aids.

a. If so, what do they talk about?

I1. a) What is HIV/Aids?
b) How does it spread among the people?
c) Is there any remedy for it?
d) Those who are conscious people discuss about the diseases. But they do not want to share their fillings. Because of their negligence and unwillingness
I2. a) It is a killing disease.
b) They have no idea about this disease.
I3. a) Talking the family about these diseases.
b) Discuss among the friend.
c) Those who know the diseases, they discuss about this diseases.
I4. We discuss among the friends about the Aids.
a) They discuss among them about the Aids.
b) They get shame.
I5. a) Do not use syringe
b) Blood should be tested before talking blood.
c) Because they fill a shame.
I6, a) To abide the religious rules and regulations.
b) To believe husband and wife
c) Gave up the addiction
d) Test the blood and syringe.
I7. We talk about this disease among our friends circle. This disease is very bad disease. If anybody gets Aids, sure he will die.
I8. They talk how to Sprite Aids diseases among the people. And how we can live safely.
I9. The people talk about the HIV/Aids. This disease is killing disease. There is no medicine of HIV/Aids disease for treatment. This disease is a sensitive and shameful disease.
I10. Yes, They talk about the HIV/Aids, HIV/Aids is killing diseases.

b. If not, why not?

No one answered this question.

9. Are you afraid of getting AIDS?

I1. I am afraid of getting Aids.
I2/10. Yes,
I3. No
I4. I am afraid of HIV/Aids
I5. I am afraid from HIV/Aids
I7. Yes, I am afraid of getting Aids.
I8. I am not afraid from this disease. Because of I am a conscious person. And also I know that how, this disease is spared out among the human body.
I9. Yes, I am afraid of getting Aids.

a. If so, why?

I1. a) It is a fetal disease.

b) It is a killing disease.
c) It isolates from society
d) It destroys resistance power of human body day by day.

I2. Yes, There is no treatment of this disease. The people hide this disease.
I3. I am not afraid of this disease, because I do not intercross with him. And also I will not take his blood.
I4. It is a killing disease.
I5. It is dangerous diseases.
I6. I know that this is not a touchable diseases so that I am not afraid from this diseases. This diseases treatment is not discovered yet, so that I am afraid from this diseases.
I7. It is a danger disease
I9. It is a killing disease.
I10. This diseases medicine is not discovered yet. If I get these diseases I will die.

10. Have you ever noticed if there has been done something with the prevention of AIDS in your village? Allen: Yes

a. If so, what has already been done?

I1. a) I have seen so many billboards setting up on the road side.
b) Some organizations held rallies with banners and festoons.
c) Some young people came our village to make us aware of these diseases.
d) Young people take orientation program on HIV/Aids.
e) I learnt from above the programs.

I2. Billboards, Procession, Leaflets and magazine.
I3. So money Billboard set up on the roadside. Some NGOs take initiatives programs.
I4. So many Billboards are set up the roadside.
I5. A few organizations have taken programs like orientation awareness building etc
I6. A few organizations have taken initiative but this is not enough.
I7. I have seen many billboards on the roadside.
I8. I have come to know that through the training, through the billboards which the set up the roadsides. And also advertise in the television
I9. I have seen many billboards set up on the roadside.
I10. I have seen many Billboards on the roadside.

b. Did you learn something from it? Did it change your behavior? In which way?

I1. Yes, Now I am not afraid of this disease. Because this is not a contagious.
I2. After I know this matter now, I am afraid
I3. I have learned many things above-mentioned programs.
I6. Awareness building up day by day. I am aware above see the program. My behavior has been changed. As for example to boil the syringe, blood testing etc.
I7. I discuss among the village people about HIV/Aids. I have learned about the HIV/Aids, as for example how to crate HIV/Aids, How to prevent it. Now I live according to religious roles and regulations.
I8. I give advertise among the village people. I have learned about the Aids as for example. How to spread out HIV/Aids among the man and woman. How to prevent it. Now I am living according to religion roles and regulations

11. What do you think of the use of a condom?

I1. It is safe to use the condom.
I2. I think it is safe, but sometimes it is not safe because condom may be leakage.
I3. I Never use condom
I6. I use condom
I7. Condom use is good. I use condom.
I8. Condom use is a good habit. And also safe for me. I use condom.
I9. It is safe for human body
I10. Condom use is a good habit, personally I am not suggest my husband to use condom. But I know some people use the condom.

12. What do people in your village think about sex outside of a marriage?

I1. Personally I do not allow it even the village people hate it. We do not like free mixing.
I2. I do not like this, it is a bad habit.
I3. I do not like sex outside. It is not accepted by the society.
I6. Our society does not allow free sex of outside.
I7. Village people do not like sex outside
I8. The village people hate like these activities.

I9. Sex outside of marriage is not accepted by our society.
I10. The village people do not like outside sex. This kind of activities is not acceptable by the society.

Samenvatting interviews inwoners

De interviews zijn afgenomen bij diverse inwoners, namelijk bij negen mannen en één vrouw. Negen geïnterviewden zijn ouder dan 40 jaar. Niemand gaat voor zijn/haar werk naar het buitenland.
Drie geïnterviewden zijn christenen, vier zijn islamitisch, twee zijn aanhangers van het hindoeïsme en bij één geïnterviewde is het geloof onbekend.
Over het algemeen weten de geïnterviewden dat HIV/AIDS een dodelijke ziekte is die de weerstand beschadigt. Ook denken velen dat er geen behandeling mogelijk is. Sommigen weten echter wel dat het niet via aanraking overgedragen kan worden Een aantal zijn op de hoogte van de overdracht van HIV en ook hoe niet overgedragen kan worden. Onderstaand een aantal door de inwoners genoemde voorbeelden van manieren van overdracht:

- Seksuele handelingen;
- Vieze naalden;
- Scheren;
- Bloedcontact;
- Een prostituee bezoeken;
- Niet leven volgens religie en regelgeving;
- Bloed dat niet getest is gebruiken.

Vijf geïnterviewden geven aan dat zij niet omgaan met geïnfecteerden. Vier daarvan geven aan dat zij geïnfecteerden ontwijken omdat zij bang zijn besmet te raken. Vier geïnterviewden geven aan zowel familie als geïnfecteerden buiten te sluiten.
Echter vijf van de tien personen geven aan geïnfecteerden niet buitensluiten, maar een instelling hebben dat ze de geïnfecteerden moeten ondersteunen en van moeten houden.

Opvallend is dat iedereen aangeeft dat zij over HIV en AIDS praten met elkaar. Dit gaat voornamelijk over:

- Wat HIV en AIDS zijn;
- Hoe het overdraagbaar is;
- Of er behandeling mogelijk is en zo ja, welke behandeling dit is;
- Hoe dodelijk AIDS is.

Op één persoon na speelt de laatste vraag een grote rol. Deze ene persoon geeft als enige aan niet bang te zijn om besmet te raken. De overigen geven aan bang te zijn, omdat het een dodelijke ziekte is.

Allen geven aan dat er al wat is gedaan aan kennisvergroting over HIV en AIDS. Dit is gedaan door middel van:

- Billboards langs de weg;
- Bijeenkomsten/training;
- Bladen/tijdschriften;
- Advertenties/folders.

Dit had voor de één het resultaat zijn/haar angst te verminderen, voor de ander werd de angst juist vergroot. Tevens heeft deze informatie bij één persoon een discussie met zijn omgeving veroorzaakt.

Twee van de tien geïnterviewden hebben de vragen over het condoomgebruik en seks buiten het huwelijk niet beantwoord. Zes geïnterviewden denken positief over het gebruik van een condoom, echter zijn er maar drie die duidelijk aangeven een condoom te gebruiken. Twee geven aan geen condooms te gebruiken, waarvan één vrouw. Deze vrouw geeft aan dit niet bij haar man aan te halen. Één van de acht geïnterviewden geeft aan dat een condoom niet altijd veilig is, in verband met lekken en/of scheuren.
Op de vraag over seks buiten het huwelijk hebben drie persoonlijk afkeurend gereageerd en zeven geïnterviewden geven aan dat dit in het district niet geaccepteerd wordt.

Uit deze tien interviews blijkt dat de kennis van de geïnterviewden niet toereikend genoeg is om preventief te handelen wat betreft HIV-preventie. Aan de hand hiervan heeft de projectgroep informatie geselecteerd voor de trainingsmodule.
Een aantal geïnterviewden gaven aan dat dit programma echt nodig is en dat ze dit waarderen.

4.4 Uitwerking interview doktoren

Hieronder zijn de letterlijke antwoorden uit de drie geïnterviewde doktoren weergegeven.
De I voor het nummer betekent interview, I1 is dus interview 1.

1. Are you a male or female?
All men
2. What is your age? 10-20 years, 20-30 years, 30-40 years, 40 years and older
I1: 30-40
I2: 35
I3: 35
3. Which organization are you working for?
I1: GBC broad Banks Nursing
I2/3: Bangladesh Govt.

a. Do you go abroad for your job?
I1: No
I2: No

b. What is your education?
I1/2/3: MBB

4. What is your religion?
I1: Christian
I2: Hindu
I3: Muslim
5. Do you know what HIV and AIDS is?

a. If so, can you explain this?
I1: HIV – It is a virus which responsible for AIDS.
It means – HIV
H – HUMAN
I – Immuno deficiency
V – Virus
AIDS means
A - Acquired
I – Immuno
D – Deficiency
S – Syndrome
It is a summation of many signs and symptoms. It causes human body immunity gradually decrease and goes to death.
I2: It's a syndrome of disease which is occur by HIV.
I3: Its a killing disease.

6. Did you have to deal with HIV or AIDS-infected persons within your profession?
I1: Yes
I2: No
I3: No

a. If so, how many times did you have to deal with HIV or AIDS-infected persons over the last five years?
I1: Several times

b. How did you know it was HIV or AIDS?
I1: By clinically and screening text.

7. Do you use a test to diagnose HIV or AIDS?
I1: Not possible
I2: No
I3: No

a. If so, how many people have you tested the last 5 years?
I1: No
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

b. If not, why don't you test people for HIV or AIDS?
I1: Because they are shy to face with doctor.
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

8. If a patient has AIDS, do you tell them this?
I1: Yes
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

a. If it involves a child, do you tell it to their family?
I1: Total the family members it may transfer and to child (mother to child)
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

9. What is your estimated amount of people in the community you are working in that has HIV or AIDS?
I1: Around 20,000 people
I2: No
I3: No

10. What are the possible treatments for HIV or AIDS that you can give?
I1: It is better preventive measures than treatment.
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

a. Which treatments do you use?
I1: Not possible due to expensive.
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

b. If you don't use any treatments, what is the reason?
I1: Because of their shyness.
I2: Niet bekend
I3: Niet bekend

11. Can you give us advice about the best way to give information about HIV or AIDS prevention to the community you are working in?
I1: Awareness program: Orientation/Training/Seminar/Workshop/Day observation/Voluntary/ Counseling and testing.
I2: By awareness building to the people.
I3: By awareness building to the people.

Samenvatting interviews doktoren
De interviews zijn afgenomen bij drie mannen van verschillende religies. Wat betreft religie zijn er geen verschillen tussen de antwoorden ontdekt. Opvallend is dat veel vragen niet of erg kort zijn ingevuld. Wat uit de interviews blijkt is dat deze dokters de patiënten niet testen op HIV of AIDS en dat maar één van de dokters ervaring heeft met patiënten met AIDS. Op de vraag wat hun kennis is over de ziekten HIV en AIDS wordt de afkorting uitgelegd, maar één dokter heeft uitgelegd wat de ziekten inhoudt. Ook wordt er vermeldt dat het een opstapeling van ziekten is veroorzaakt door HIV en tevens wordt er vermeld dat AIDS een dodelijke ziekte is. Één van de dokters geeft een schatting van de hoeveelheid geïnfecteerden in Bangladesh en meldt dat preventie beter is dan behandeling. Diezelfde dokter geeft aan het aan de patiënt en familie te melden wanneer hij of zij besmet is.
Allen geven aan dat het bewust maken de beste manier van preventie is in Bangladesh.

4.5 Correspondentie

Correspondentie met Karin Kaashoek
Correspondentiemail 1
Datum: 7 februari 2011
Van: Karin Kaashoek
Aan: Afstudeergroep 42
Onderwerp: Re: Extra vraag afstudeerproject

Dag Daphne, Donny, Emma, Ilse

Juist vandaag hebben we het eerste gesprek gehad over het HIV/Aids project.
Jullie vraag kan ik meteen beantwoorden: we gaan ons richten op de hele bevolking, dus moslims, christenen en hindoes. Het onderscheid is hier niet zo heftig als bij ons: in de groepen van Folk werken ook overal alle religies broederlijk/zusterlijk naast elkaar.

We hebben vanmiddag al vastgesteld dat de 8 community motivators 4, mannen en 4 vrouwen moeten zijn. Dat er moslims en christenen (misschien ook hindoes, die zijn hier wat minder) bij moeten zijn en dat het jonge en oudere mensen moeten zijn die goed kunnen lezen en schrijven en "van onbesproken levenswandel"zijn. Als jullie die uitdrukking wat zegt.
Morgen proberen we nog een afspraak te maken met een organisatie die hier al wat doet op het gebied van HIV/Aids.
Mijn plan is om Tonmoy daarna een mail te laten schrijven aan jullie. Ik moet hem nog erg pushen, hij is bang dat ie 't niet kan, maar dat valt vlgs mij reuze mee. Hij lag trouwens helemaal in een deuk toen ik Donny's postuur beschreef.
Zelf is hij 1.65 lang (schat ik) en stevig gebouwd, moet oppassen dat hij over 10 jaar geen buikje heeft. Ik heb een paar foto's gemaakt, zal proberen om er daar morgen ook 1 van te sturen.
Hoe vergaat het jullie met het zoeken naar informatie?
We zijn hier ook benieuwd. Als het kan, schrijf dan jullie volgende mail in het Engels, dan kan ik Tonmoy laten antwoorden onder mijn supervisie, dat is een goede oefening voor hem.

Veel groetjes,
Karin

Correspondentiemail 2
Datum: 8 februari
Van: Karin Kaashoek <karin@kaashoek.com>
Aan: Afstudeergroep 42 <afstudeergroep42@gmail.com>
Onderwerp: Re: Extra vraag afstudeerproject

Hallo Daphne, Donny, Emma en Ilse,

Chisim is op dit moment een document aan het in elkaar knutselen met een heleboel gegevens erin. Ikzal jullie vast informeren over "onbesproken levenswandel", dat betekent gewoon dat er niets (kwaads) over iemand valt te zeggen in de zin van alcohol- of drugsmisbruik, overspel, criminaliteit etc. Dus gewoon iemand met een gangbare set van normen en waarden.
Over inter-religieus gekissebis: dat is inderdaad zo in de steden, maar hier op het platteland leven alle religies vreedzaam samen.
Tot straks!
Hartelijke groet,
Karin

Correspondentiemail 3
Datum: 21 maart 2011 09:03
Van: Karin Kaashoek <karin@kaashoek.com>
Aan: Afstudeergroep 42 <afstudeergroep42@gmail.com>
Onderwerp: Re: Bedankt!

Hallo DEDY,

Aan het begin van al weer een nieuwe werkweek eerst deze mail eens beantwoorden: hij staat al even te wachten. Ik gebruik de websites van de Bengaalse overheid, van het CBI, de ILO etc. Dat zijn websites die meer over economische dingen gaan. Jullie zijn natuurlijk meer geïnteresseerd in de gezondheidszorg en zullen daarom meer aan andere websites hebben.

Baptisten is een vorm van protestant: als je rooms katholiek bent dan ben je rooms katholiek, punt. Maar als je protestant bent dan zijn er heel veel kerken waar je je bij aan kunt sluiten: anglicanen, baptisten, remonstranten, lutheranen, noem maar op. In Bangladesh is een deel van de christenen Rooms Katholiek, (ook van de Garo) voor hen betekent de paus zeker wel wat. Hoeveel dat is dat kan ik niet goed inschatten. Waarschijnlijk meer dan voor de modale RK hier. Ik vermoed dat bij die groep een flink taboe heerst op seks voor en buiten het huwelijk en condoomgebruik. Mogelijk nog meer dan bij de mensen die andere religies aanhangen.
Van de Garo is het hoogste percentage baptist, maar ook andere christelijke religies zijn dus vertegenwoordigd. Heb ik jullie het grappige verhaal niet verteld over al die kerken in het toch vrij kleine Birisiri die elkaar beconcurreren?

Werk ze!
Krijgen jullie voldoende antwoord van Tonmoy? Je mag hem gerust achter z'n vodden zitten om uitgebreidere/diepgaandere antwoorden hoor.

Hartelijke groet,
Karin

Correspondentie met Tonmoy Chisim
Correspondentiemail 1
Datum: 8 februari 2011 12:01
Van: Tonmoy <folk.Chisim@gmail.com>
Aan: Afstudeergroep 42 <afstudeergroep42@gmail.com>
CC: Karin Kaashoek <karin@kaashoek.com>,
maximswfolkca <maximswfolkca@rogers.com>
Onderwerp: HIV projects

Hello Donny Dephne Emma Ysle,

Greetings from me.

There is an NGO in Birisiri, which was doing the HIV projects, that was 2 years ago. We have done a short meeting with them and we got some information about what they have done n HIV projects. They have done seminars with community people with a limited number of persons.
They are doing this seminar every 3 months in a year. They have got billboard for the awareness which is written that “AIDS is a dangerous disease if you have this you’ll die, so be careful. And there is also written about the awareness that don’t use the syringe (injection)
second time, don’t sleep with others without the condoms, never use others blades”. There is no diagnosic test for HIV over here in the Durgapur area, actually no other district have the diagnosic test, if you want to check the HIV test then you have to go to DHAKA (capital
city in Bangladesh). The doctors in Durgapur area don’t have much experience with the diagnosis and treatment of HIV/Aids. The World Vision (WV) Ngo was doing the seminar and in the seminar they are teaching the symptoms of HIV and telling everyone if anybody have this problem please contact with us. If you wants to test someone whether they have got HIV + or not then they have to go to Dhaka or they have to take blood for test in Dhaka. After we discuss we have found that over here another problem regarding HIV+, is that some
people in border side going to work in India and they are staying over there too and they can be sleeping with someone, so by this way also they can be infected. That’s why WV Ngo was doing seminar with them too but there is limited capacity because WV Ngo has 100 persons
capacity but they told us that many people’s wants to join there. They are also playing drama for showing how this HIV+ happens by drama.
They are also using projector in seminar And in seminar they are also mentioning how to use the condom on flip card. They are separating men and women, and they doing individually. Condom is available in our country, they are available in pharmacy, but our people are very shy to take condom in front of someone. By that meeting with WV (World Vision) we are able to find that seminar and billboard is very effective to reach the people, and they also use drama, poster, leaflet, stickers.
After that we discuss ourselves, and we think that it’ll be best way if we do the seminar and have the billboard, and we need training module for community motivators and leaflet for local people. We are thinking that after the seminar we will do a short quiz whether they
are understood or not. In the training we will separate men and women and our 8 motivator will be 2 young man and 2 young woman, and others 2 elder men and 2 elder women from different religion, so that we can discuss very fluently with them. We are thinking that we will also arranging a play sports (football, cricket,volleyball), and before the game we will do a short drama about the HIV. We will show them how it’s happen and aware them, and we are thinking to arrange this kind of play game with the drama 2 or 3 times in a year. We are thinking about the billboard that if we are place the billboard in public place like bus stand, shop, then they can see every time and they will know the thing.

If you have any question please inform me.

regards,

--
Tonmoy

Correspondentiemail 2
Datum: 13 februari 2011 06:17
Van: Tonmoy <folk.Chisim@gmail.com>
Aan: Afstudeergroep 42 <afstudeergroep42@gmail.com>
Onderwerp: Re: HIV projects

Dear Donny, Ylse, Emma & Daphne,

Greetings.

Sorry for late. I am not so well these days.

Our 8 community workers knows only that HIV is a dangerous disease thats all. so we have to trained them at first.

Yes I am from Bangladesh, My hometown is in Birisiri, and I am also Garo. I am Christian.

Maxim is our Folk Bangladesh Director also SAKS Director, if you wants to know about him more please ask Karin also, she will tell you.

thanks,

Tonmoy

Correspondentiemail 3
Datum: 15 maart 2011 13:53
Van: Tonmoy <folk.Chisim@gmail.com>
Aan: Afstudeergroep 42 <afstudeergroep42@gmail.com>
CC: Karin Kaashoek <karin@kaashoek.com>,
maximswfolkca <maximswfolkca@rogers.com>
Onderwerp: Re: Update: project and some questions

Dear DEDY,

Greetings.

Hope you all are fine.

Sorry for late, because i went for vacation this week.

- Do you know how many people died with symptoms of HIV/AIDS in Birisiri? We want to know about the people who died, where the doctor thinks it was HIV/AIDS.

There are 5/6 people died of HIV/AIDS in Birisiri. but Doctor don't wants to tell which people are died by HIV/AIDS, because here people are very afraid of HIV/AIDS, if they know which people died of HIV/AIDS then they will not go in front of their house. that family will be isolated from the society, that's the reason doctor don't wants to tell.

- What costs a condom in Birisiri? And is that cheap, expensive or a normal price? Karin told us that there someone made the condoms cheaper, do you know about this?

In Birisiri, the condom price is cheap. per dozen = 27 taka (euro 0.31).

- What does the law in Bangladesh say about privacy? In Holland you can choose if you want to tell that you’re HIV positive. If someone tells you that he is and he told it as a secret, you can’t tell it to anyone else. If you do tell it, you can be send to the courtroom.

There is no law in Bangladesh about privacy. you can tell anyone's secrets if you want.

- We have found information about that 1/3 of the income of Bangladesh is coming from people who work in another country (like India). Do you know how they send their money back home, to their familiy?

In our border side there are so many labor went for work in India. they all are paying daily basis or weekly basis or monthly basis. in a week they got one or two days off. so they are coming back to home with their money from India.

- Do you know if its the intention that the community workers will also go to the health centre to educate?

I think it would be better.

See you in next mail.

--
Tonmoy

Correspondentiemail 4
Datum: 20 maart 2011 09:40
Van: Tonmoy <folk.Chisim@gmail.com>
Aan: Afstudeergroep 42 <afstudeergroep42@gmail.com>
CC: Karin Kaashoek <karin@kaashoek.com>,
maximswfolkca <maximswfolkca@rogers.com>
Onderwerp: Re: Update: project and some questions

Dear DEDY,

Hope you all are fine.
Over there Doctors know the symptom of HIV/AIDS, so when they went to doctor, doctor checked up. they done some treatment and checked up all of them, and finally Doctor got sure that they have affected by HIV/AIDS.

No, this is not in one day, one week, one month or one year, this is for few years.

The community avoid the person who has HIV/AIDS, but not for other diseases.

If the community knows someone has HIV/AIDS, then the affected people are not welcome on a school or job or any program, no one wants to go the infected peoples' home.
--
Tonmoy

4.6 Notulen

Notulen 1: Gesprek met Karin Kaashoek op 20 januari 2011
Aanwezig: Donny Drummen, Daphne Roest, Karin Kaashoek, Hélène van den Nieuwenhoff.

Voordat wij de startbijeenkomst hadden gehad, vond er een gesprek plaats tussen onze afstudeergroep en onze opdrachtgever; Karin Kaashoek. Dit vond voortijdig plaats, aangezien Karin op dinsdag 25 januari al naar Bangladesh vertrok. Eventuele vragen konden wij dan nog bespreken. Het gesprek begon met een kennismaking. Karin stelde zichzelf voor, evenals de groep. Hierna liet Karin ons foto's zien van de bevolking, het woongebied en enkele andere dingen.
Na deze kennismaking werden er formele zaken besproken. Allereerst de afspraak om Karin vóór 24 januari nog te laten weten of wij nog vragen hadden. 12 Februari zou zij weer terug zijn uit Bangladesh. Karin zou ons daar voorstellen aan de hand van de gemaakte foto's. Tevens vertelde ze dat ze een contactpersoon voor ons had geregeld in Bangladesh, genaamd Chisim.

Uiteindelijk zijn er drie vragen besproken die Karin meeneemt naar Bangladesh;

- Het in kaart brengen van de netwerken daar.

- Hoe de mensen daar het best benaderbaar zijn?
- Hoe zit gezondheidszorg in elkaar?

In het gesprek kwam uiteraard het onderwerp HIV aan bod. Er zijn enkele getallen genoemd als hoe vaak dit voorkomt. Ook oorzaken zijn besproken. Volgens Karin zouden de oorzaken onder andere bij het mannelijk geslacht liggen, die regelmatig naar de stad gaan om prostituees te bezoeken. Er is in de regio Durgapur geen sprake van polygamie.
Verder vind er veel arbeidsmigratie plaats, de mensen verhuizen van de dorpen naar de stad waar tevens werkloosheid heerst. Vooral onder de jongeren is er veel werkloosheid, dit resulteert in veel drugs en alcohol misbruik. Aangezien er geen geld is voor schone naalden worden deze vaker gebruikt, met als gevolg HIV-verspreiding.

Een klein weetje is dat Bangla de Nationale taal is, maar er ook Garo wordt gesproken in het besproken gebied. Ons verslag zal echter gewoon in het Nederlands worden geschreven. De trainingsmodule en/of informatiemateriaal wordt in het Engels afgeleverd, waarna Chisim er voor zorgt dat dit in de taal van Bangladesh wordt omgezet.

Het project heeft twee doelen. Allereerst de preventie van HIV/AIDS/SOA'S onder de bevolking in Durgapur. Het volgende doel is mensen te leren omgaan met mensen die HIV hebben, zodat deze niet verstoten worden.

Er zijn twee mogelijke opdrachten. De eerste is een Trainingsmodule voor 'community workers', dit zijn 5400 mensen. Deze zullen op verschillende plekken informatie gaan verstrekken.
Ook kan er een flyer of iets anders worden ontworpen om informatie over te brengen. Het is belangrijk om niet te moeilijke taal te gebruiken. Een woord als immuunsysteem zal de bevolking niet begrijpen. Ook moet er worden nagedacht over wie welke mensen moet benaderen. Het is daar bijvoorbeeld minder geaccepteerd dat vrouwen voorlichting aan een groep mannen geven.

Het is belangrijk om eerst te kijken wat er al is, hoe dit is aangepakt en vooral waar het mis ging.

Notulen 2: Gesprek met Karin Kaashoek op 22 februari 2011
Aanwezig: Donny Drummen, Daphne Roest, Emma Nagtegaal, Siv Goluke, Karin Kaashoek.

Volgens Karin is het wanneer iets goeds gebeurd in dorp, gebeurd dit in heel Bangladesh. Veel gegevens die wij hebben gevonden kunnen we met een korrel zout nemen.

Vrachtwagenchauffeurs en ook buschauffeurs worden in Birisiri genoemd als de grootste risicogroep. De risicogroep drugsgebruikers is minder in Karin's ogen. (Er zijn geen officiële cijfers beschikbaar, deze zijn niet te achterhalen) Birisiri is erg afgelegen en ligt dicht bij de Indiase grens. Er zijn heel veel arbeidsmigranten die voor werk naar het buitenland gaan en gaan in het buitenland vaak naar prostituees. Vrouwen worden ook wel eens naar het buitenland of ergens anders in Bangladesh gestuurd om te werken in de prostitutie. Meisjes worden vaak uitgehuwelijkt als ze 14 jaar oud zijn en als familie niet voor een meisje kunnen zorgen.

Er is geen goede gezondheidszorg in Bangladesh. Het gezondheidsnetwerk is minimaal. Inwoners moeten vaak zelf voor zorg betalen of de werkgever moet het betalen.
Er zijn voldoende condooms beschikbaar in Birisiri, maar het kopen van condooms is erg taboe. Het kan een teken zijn van vreemdgaan. Condooms zijn duur, maar wel betaalbaar. Deze worden ergens misschien wel gesubsidieerd, maar het is niet bekend waar. Er heerst een gesloten cultuur.
Er zijn geen AIDS-remmers beschikbaar in Birisiri. Er zijn er weinig in heel Bangladesh, vrijwel alleen in de hoofdstad Dhaka. Mensen hebben daarnaast hiervoor vaak geen geld.
Er is een gezondheidspost in birisiri waar huisartsen zitten. De artsen hebben echter weinig kennis. (Dit zou misschien een nevenproject kunnen zijn, het bijscholen van artsen). Je kunt bloed op laten sturen met de post naar Dhaka, maar dit is heel erg duur. Mensen weten dus vaak niet dat ze geïnfecteerd zijn.
In de gezondheidsposten houden huisartsen spreekuren, waar gewone dingen behandelt worden, zoals een verkoudheid. Ze hebben wel antibiotica en vaccins. Mensen kunnen zich dus wel laten behandelen, maar op een gegeven moment is het geld op. Als je een specialist nodig hebt, moet je naar een ziekenhuis in Durgapur en als je meer specialisme nodig heb (wat al vrij gauw gebeurd), moet je naar Mynensingh, een grote stad). Dat is duur en het is 2 uur rijden met vervoer over rotwegen. Deze reis gebeurt zelden.
Karin vertelde dat er in het dorp het laatste jaar een paar mensen overleden waren, waarbij achteraf de artsen vermoedden dat het AIDS was geweest. Mensen worden niet gediagnosticeerd. Als iemand in Birisiri HIV/AIDS heeft, gaat deze persoon gewoon dood. Wanneer vermoed wordt dat iemand geïnfecteerd is, is er sprake van grote angst om ook besmet te worden en wordt die persoon vermeden en uitgestoten.
HIV/AIDS speelt erg bij de Garo stam, omdat zij bang zijn om uit te sterven.
Er zijn vaccinaties, die veel worden georganiseerd door de NGO's (Non-Gouverments Organisation) en er is bijvoorbeeld moederkindzorg (begeleiding, kindjes wegen).

Veel mensen in Birisiri verbouwen zelf voedsel, waaronder rijst en groente. Er is echt ook veel import, wat veel geld kost. De wegen zijn rot en van de overheid kan je niets verwachten, want die doet bijna niets. Er zijn geen computers, geen televisie, er is geen entertainment, er is vaak 's avonds geen stroom, veel gaan vroeg slapen. Iedereen heeft wel een mobiel.
Er is geen anticonceptie, men doet aan periodieke onthouding, er zijn geen spuitomruilprogramma's. De gemiddelde vrouw heeft daar 3 kinderen. Er waren weinig kinderen op straat te zien. Veel vrouwen doen borduurwerk en zijn goed te verzamelen om iets mee te ondernemen. Sommige inwoners van Birisiri hebben bankrekeningen en veel inwoners sparen. Er is veel armoede en weinig werkgelegenheid. Ze hebben vaak kleine handeltjes in de landbouw en migratie is daar een belangrijke inkomstenbron en is ook heel normaal daar.

Aan de kleding kun je zien welk geloof ze hebben en welke taal ze spreken. Christenen spreken Garo en de islamieten spreekt Bangli, de taal die in bijna heel Bangladesh gesproken wordt. Ze kunnen Engels spreken, dit leren ze ook op school. Op sommige grote universiteiten wordt in het Engels onderwijs gegeven, maar op andere scholen wordt het in het Bangli gedaan. In Dhake is er veel strijd tussen de religies en worden mensen gepest en nagewezen. In Birisiri leven de verschillende geloven vredig naast elkaar. Karin vermoedt dat dit komt omdat ze in hetzelfde schuitje zitten, ze zijn arm, hebben hetzelfde te verteren.
De Islam en het christendom promoten allebei om alleen seks binnen het huwelijk te hebben en voorhuwelijke seks is niet toegestaan. De Islam staat meerdere huwelijken toe, maar deze mannen

worden in de praktijk, in Birisiri, niet gewaardeerd en als asociaal gezien. Je moet maagd zijn om te mogen trouwen. Hoe Christenen met condooms omgaan, is onduidelijk. Mensen denken vaak als iemand overlijdt: 'als god het wil'. Er zijn geen cijfers hoeveel homoseksuele mannen rondlopen in Birisiri omdat hierop taboe heerst. Alcohol is een groot probleem, omdat er in Birisiri niets te doen is, wordt er menig alcohol gedronken. Soms maken ze zelf alcohol van de rijst. Vrouwen drinken ook wel alcohol. Gemengde groepen zijn er bijna niet. Vaak doen mannen dingen samen en vrouwen dingen samen. Dit is meer bij de islam en minder bij de christenen.

Er zijn veel NGO's, maar die werken maar weinig samen en werken heel projectmatig. World Vision is een NGO, die een aantal jaar actief gewerkt heeft in Birisiri. Een van hun projecten was het HIV/AIDS project. Op dit moment wordt hier weinig meer mee gedaan. In een klein gebiedje wordt er soms nog een groepsbijeenkomst gegeven en particuliere en individuele counseling gehouden.
Karin had niets gehoord over de WHO, maar vroeg zich af of deze niet werken via NGO's?

World Vision en SAKS zijn samen tot de conclusie gekomen dat folders niet werken, te prijzig zijn en slecht worden gelezen. Voorlichting wordt slecht gelezen. Er wordt ervaren dat billboards effectief zijn. Er staan/stonden billboard aan de ingang van het drop, maar Folk wil de borden plaatsen op plekken waar mensen langer zijn, bijvoorbeeld in een winkelcentrum of in treinstations. Ook vragen we ons af wat mensen aankunnen qua informatie op billboards. Of ze snel boos worden en een gesloten houding aannemen. Dingen die met seks te maken hebben, kan bijvoorbeeld niet. Oksels, blote benen, contouren van borsten mogen niet gezien worden. Ook worden groepsbijeenkomsten waar voorlichting wordt gegeven en toneelstukken ervaren als effectief. Deze worden gekoppeld aan sportwedstrijden waardoor ze grote groepen mannen bereiken. We moeten onze ideeën terugkoppelen naar Bangladesh om te achterhalen hoe we dingen kunnen verwoorden, bijvoorbeeld over prostitutie, zonder dat inwoners een gesloten houding aannemen.
Mensen gaan zelden naar een toneelstuk toe want dat wordt niet leuk genoeg gevonden. Wat volgens Karin goed werkt, zijn toneelstukken die luchtig zijn en waarin humor zit. Het is belangrijk voorlichting te herhalen, want deze zijn vreemd en moeilijk. Volgens Saks zou deze voorlichting minstens 2 á 3 keer in het jaar gegeven moeten worden.
Het is belangrijk theorie te vertellen over HIV/AIDS. Het niveau van de mensen in Birisiri is beperkt, ze hebben het basisniveau. De community workers kunnen lezen, schrijven en logisch nadenken, maar weten bijna niets. De community workers kunnen wel samenwerken, man en vrouw. We kunnen ervan uitgaan dat deze mensen 10 jaar onderwijs genoten hebben.
Mannen en vrouwen samen is raar volgens hun cultuur. Bijeenkomsten moeten gescheiden plaatsvinden, waarbij mannen mannen voorlichten en vrouwen de vrouwen van informatie voorzien. We hoeven er in de communicatie geen rekening te houden dat iemand meerdere vrouwen zou hebben.

Voor ons project (wat de Garo's initiëren) willen ze een Bengaals iemand zoeken die ervaring heeft met mensen die AIDS trainingen geven. Onder de 5400 mensen die opgeleid gaan worden, zijn er ook onderwijzers. De 5400 mensen zijn bedoeld om Durgapur, wat bestaat uit 8 districten, voorlichting te geven. We beginnen eerst bij Birisiri. We hoeven de bevolking niet per geloof te benaderen. Dit onderscheid wordt daar, in het platteland, niet gemaakt en dit is niet nuttig.
Het is belangrijk dat er sterke vrouwen in zitten die niet onderdrukt worden door de mannen.
Folk is de exporteur waar Karin mee samenwerkt. Folk heeft een NGO opgezet: SAKS. Die richt zich vooral op de stammen. Er is een trainingscentrum in Birisiri waarvoor ze geld hebben gekregen van Folk. Hierin is een naaiatelier en ze zijn er een schoollokaal op aan het bouwen om straks voorlichting in te geven.

Mogelijke maatregelen die Karin benoemde:

- Goedkope testen. Zo krijgen mensen meer inzicht, waardoor ze wellicht meer openstaan voor gedragsverandering.
- Anonieme condoomautomaten in donkere plaatsen
- Kennis overdragen. Symptomen, hoe wordt de infectie overgedragen? Het is belangrijk dat mensen weten dat de kans op infectie kleiner wordt als je niet vreemdgaat. Ook is het belangrijk om te laten weten waar iemand meer informatie kan halen. Als we bijvoorbeeld voorlichting gaan geven over condooms, is het belangrijk dit alleen bij mannen te doen, met simpele plaatjes, waarbij er geen misopvattingen gemaakt kunnen worden.
- Trainingsmodule voor 8 community workers en een trainingsmodule voor 5400 mensen. Wie weet kunnen we deze in elkaar schrijven. De stukken hieruit markeren die belangrijk zijn voor

de 5400 mensen, soort van samenvatting. Ook is het belangrijk om hier plaatjes en casussen bij doen voor de herkenning. Zo zorgen we ervoor dat het herkenbaar wordt en laten we ook zien dat geïnfecteerden helemaal geen slechte mensen zijn.

We kunnen het voorlichtingsmateriaal van organisaties bekijken, ook kunnen we vragen of er beeldmateriaal beschikbaar is. We gaan ons stuk opsturen naar Karin, zodat zij op de hoogte is van ons proces. 'Keep it short, simpel and light'.
Onze volgende afspraak met Karin is: maandag 28 maart om 10.15u op de Fontys in Eindhoven.
Het is de vraag of Siv hierbij aanwezig kan zijn, omdat ze dan eigenlijk een college heeft.

Notulen 3: Gesprek met Karin Kaashoek op 28 maart 2011
Aanwezig: Donny Drummen, Daphne Roest, Emma Nagtegaal, Karin Kaashoek

We hebben Karin op de hoogte gesteld hoever we nu zijn. We hebben a.s. woensdag 6 april een gesprek met Siv. Hierin wordt besproken of we een GO of een NO GO krijgen. Dit wordt erg spannend dus.
Verder hebben we het gehad over Tonmoy, die niet snel terugreageert. Karin is van mening dat we hem gewoon nog een keer moeten mailen. Echter moeten we er wel rekening mee houden dat wanneer hij naar Birisiri moet voor antwoord, dat het even duurt.

Tevens hebben we de boekjes die we van de HIV-verpleegkundige hebben gekregen doorbesproken. Ook ons plan om de plaatjes te gebruiken. Het plaatje van wc-brillen zullen we geen gebruik van maken, omdat daar hurk-wc's zijn. Hier moeten we rekening mee houden.
De plaatjes zijn wel belangrijk voor de beeldvorming van leven met AIDS voor de bevolking.
Tevens is het spel family matters besproken. Dit is een erg leuk spel, zeker omdat het herkenbaar is voor de inwoners van Durgapur, omdat er gekleurde mensen op staan. Echter kan het wel verwarrend zijn omdat er veel kenmerken van een Europese stad op staan. In Bangladesh is het voornamelijk bush bush. Een eventuele optie is om zelf wat extra foto's te maken met een neutrale achtergrond. Het spel zou wel kunnen werken volgens Karin, want de bevolking zou de plaatjes kunnen snappen omdat er geen taal bij gebruikt wordt.

Het voorlichtingsmodel Intervention Mapping is ook ter sprake gekomen, we hebben verteld hoe het eruit zag en hoe we het in gaan vullen. Wel zaten we nog te denken over hoe we de gedragsdeterminanten in moesten vullen, hiervoor hebben we hulp gevraagd.
Karin vond dat er twee verschillende vragen waren: 'Wat zijn de belangrijkste determinanten?' en 'Welke determinanten kan je veranderen?' Vooral de laatste vraag is het belangrijkste.

Karin kwam met de optie om eventueel de bevolking daar te laten interviewen door Pankaj. Pankaj is een oudere gerespecteerde man in Birisiri en zijn sociale invloed kan erg belangrijk zijn voor ons project.
Pankaj is een vrijwilliger in Birisiri, welke bang is voor AIDS, met name voor het uitsterven van de Garo door AIDS. Wanneer we vermelden dat er dingen duidelijk gemaakt moeten worden en deze AIDS kunnen voorkomen, zou hij veel meer doen dan wanneer dit niet bekend is.
Met de interviews kunnen we de cultuur bij de bevolking duidelijk krijgen. Hier willen we proberen om discreet mensen te interviewen die verdacht worden van AIDS.
We moeten niet alleen de bevolking interviewen, maar ook de dokters. Het interviewen van de dokters is vooral bedoeld om duidelijk te krijgen wat hun kennis is over HIV en AIDS. Wat doen ze ermee? Wordt de uitslag verteld aan de patiënt? Voorkeur is om drie verschillende dokters te interviewen, bijvoorbeeld een dorpdokter, een ziekenhuis dokter en een dokter van een van de NGO's.

De interviewvragen moeten kort en bondig, maar vooral eenvoudig zijn. Deze vragen moeten we als eerste optie naar Karin sturen, wanneer zij dit goed keurt kunnen we het aan Tonmoy en Maxim voorleggen, zodat we weten welke vragen gesteld mogen worden of welke aangepast moeten worden.
Karin gaat Maxim mailen of hij mee wil kijken en of hij al aan Pankaj wil vragen of hij mee wilt werken.

In Birisiri hebben ze hele andere normen en waarden. Er heerst daar een groot taboe op seksualiteit. Echter lopen de mannen daar, volgens Westerse normen, 'klef' over straat. Veel arm in arm, hand in hand etc. Je ziet daar een man en vrouw zo niet lopen.

We hebben het ook gehad over hoe we het project het beste kunnen evalueren, of het überhaupt effect heeft gehad.
We kunnen het beste kijken naar de kennis van de bevolking, of deze meer geworden is? Hierbij moeten we wel rekening houden dat we beginwaarden nodig hebben, wellicht via de interviews? De beginwaarden (de kennis) lijken nu 0 te zijn.
Verder moeten we kijken naar de procesevaluatie, dit lijkt Karin slimmer en beter meetbaar.
Karin heeft het in Bangladesh al gehad over hoeveel keer per jaar de voorlichting gegeven moet worden. Tonmoy en Maxim wilde dit twee keer per jaar doen, maar dat lijkt nogal veel. Volgens Karin is het haalbaar om het 1 keer per jaar te doen, omdat de voorlichting door heel Durgapur gegeven moet worden.

Als laatste hebben we het over het geldpotje gehad, want de community workers moeten ook betaald worden. Er is nog geen geldpotje voor dit project, maar Karin neemt dit op zich. Het is een rotkarwei volgens Karin, tevens is het lastig om geld te vinden voor een project.

Notulen 4: Gesprek met Peter van der Schee op 30 maart 2011
Aanwezig: Donny Drummen, Daphne Roest, Emma Nagtegaal, Peter van der Schee.

Vooraf gestelde vragen:

1. Wat is uw functie in Bangladesh en wat houdt deze in?
2. In welke plaats bent u actief in Bangladesh?
3. Wat is uw achtergrond gerelateerd aan cultuur?
4. Welke verschillende culturen ziet u in Bangladesh?
5. Wat is de houding van de inwoners volgens u? (A)
6. Wat voor een sociale invloed heerst er daar? Denk hierbij aan wie beïnvloed wie en welke leiders kunnen de omgeving het beste beïnvloeden? (S)
7. Heeft u ervaring met preventie van HIV/AIDS of andere ziekten die overdraagbaar zijn?
8. Op welke factoren moeten we, gezien de cultuur, letten bij preventie en voorlichting?
9. Wat merkt u qua scholing wat betreft HIV en AIDS in Bangladesh?
10. Heeft u tips voor ons waarop wij moeten letten?

Peter vroeg ons wat de opdracht inhield en hoe wij hieraan kwamen, waar we antwoord op gaven. Verder werd aangegeven dat wij bezig zijn met het stuk cultuur en dat wij begrepen hadden dat Peter hier (vooral over Bangladesh) meer over kon vertellen.
Volgens hem viel dit wel mee. Vooral op het gebied van netwerken kan Peter iets voor ons betekenen. betekenen. De vragen die vooraf zijn opgesteld kwamen om deze reden ook niet aan bod. Peter heeft contact met een paramedische, verpleegkundige Universiteit in Dhaka.
Het directe contact van Peter heeft weer overal in Bangladesh contacten. Het verzoek is ook vanuit deze Universiteit gekomen om contact te leggen met het Nederlandse Verpleegkunde. Peter ging vervolgens kijken wat hij voor hen kon betekenen.
Volgens Peter is het voor ons als verpleegkundige inderdaad belangrijk om veel van cultuur te weten, aangezien wij wel in Nederland werken, maar met veel verschillende culturen te maken krijgen. Niet alleen met patiënten, maar ook collega's en families. Contact met niet-Europeanen zou daarom ook erg verrijkend zijn.

U zegt dat deze school ons veel kan vertellen over de cultuur, maar kunt u er ook iets over vertellen?
Peter vertelt dat zijn vrouw Aziatisch is, Vietnamees. Hij heeft verder veel contacten gehad met Aziaten. Er moet rekening gehouden worden met diverse religies in Bangladesh, maar het is met name islamitisch gericht. Het is erg belangrijk voor hen om respect te tonen. Vooral in de verpleegkunde ben je erg intiem bezig en daar moet je je bewust van zijn. Je komt in een bepaalde comfort zone.

Wat zijn dan de grootste verschillen die u merkt tussen daar en hier?
De seksuele moraal is totaal anders, de manier waarop ze daar mee omgaan. Naakt is daar iets anders dan hier. Peter merkt bij zijn vrouw dat zij moeite had om met een mannelijke huisarts om te gaan. Hier in Nederland is dat anders, net als dat het qua docenten ook niet zoveel uitmaakt of het een man of vrouw is.
Peter geeft aan dat er ook bepaalde bronnen zijn die veel belangrijks kunnen vertellen over cultuur. Een van de belangrijke schrijvers is Lewis. Peter laat een schema zien in een driehoek met daarin alle landen ingedeeld en hoe zij betrekking hebben op elkaar qua cultuur (dit schema is ook te vinden in het hoofdstuk Cultuur en komt overeen met de uitleg die Peter ons gaf). Peter benadrukt hierna nog

eens dat respect erg belangrijk is.
Naast het belangrijke wat je bereikt met het project (HIV-preventie) is het volgens Peter ook leerzaam wat je verder allemaal meepikt. Als je eens in Bangladesh bent geweest kijk je weer anders naar Nederland en zie je dat hier het vuilnis op wordt gehaald, iets wat daar heel anders gaat.
Peter geeft aan dat het belangrijk is dat wij hem wat informatie sturen over welk gebied het gaat en wat voor opdracht het precies is. Deze gegevens gaat Peter dan doorspelen naar Bangladesh en dan wordt er gekeken wat er mogelijk is. De universiteit heeft ook een website, die wij alvast kunnen doornemen (www.iubat.edu). Het is belangrijk dat eerst het netwerk een beetje op poten komt en er wat vertrouwen gewonnen wordt. Peter verwacht dat er wel iets uit zal komen, ook omdat de contacten er al zo'n 15 jaar zijn. Peter weet ook niet of zij al iets met HIV-preventie doen.
Op de website zijn veel dingen te vinden volgens Peter, ook over cultuur en het land zelf.

Na dit gesprek is er direct een mail gestuurd naar Peter zoals afgesproken.