

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	11
Danksagung	18
Inhaltsverzeichnis	19
Kartenverzeichnis	26
Abbildungsverzeichnis	26
Tabellenverzeichnis	28
Abkürzungsverzeichnis	30
1 Einleitung	31
1.1 Erkenntnisinteresse	34
1.2 Konzeptioneller Ansatz	37
1.3 Aufbau der Arbeit	38
1.4 Zentrale Elemente der Forschungskonzeption	40
2 Handeln im Kontext von AIDS und gesellschaftlicher Transformation	41
2.1 Gesundheit, HIV/AIDS und Risiko als Gegenstand der Untersuchung	42
2.1.1 Konzepte und Definitionen von Gesundheit und Krankheit	42
2.1.1.1 Sozialwiss. Verständnis von Gesundheit und Krankheit	43
2.1.1.2 Gesundheit und Krankheit in der Gesundheitspsychologie	45
2.1.1.3 Die Krankheit HIV/AIDS	48
2.1.3 Theoretische Ansätze zu Risiko	52
2.1.3.1 Der formal-normative Ansatz	53
2.1.3.2 Der soziologisch-kulturelle Ansatz	54
2.1.3.3 Der psychologisch-kognitive Ansatz	56
2.1.3.4 Der Risikodiskurs in der geographischen Risikoforschung	57
2.2 Handeln aus strukturationstheoretischer Sicht	61
2.2.1 Grundbegriffe Handeln vs. Verhalten	64
2.2.2 Handeln nach strukturationstheoretischer Interpretation	68
2.2.3 Strukturen in strukturationstheoretischer Interpretation	71
2.2.4 Beeinflussbarkeit von Strukturen	73

2.2.5 Die Bedeutung von GIDDENS für die Humangeographie	77
2.3 Handlungsorientierte geographische Entwicklungsforschung	79
2.3.1 Das Vulnerabilitätskonzept	81
2.3.2 Der Livelihood-Ansatz.....	84
2.3.2.1 Lebenssicherungsstrategien: Coping oder Adaptation?	89
2.3.2.2 Haushaltsebene als Bezugspunkt	92
2.3.2.3 Stärken und Schwächen des Livelihood-Ansatzes.....	93
2.3.3 Sozialkapital	94
2.3.3.1 „Bonding“, „bridging“ und „linking social capital“	97
2.3.3.2 Soziales Kapital und Gesundheit	100
2.4 Gesundheitspsychologische Ansätze zur Erklärung von HIV/AIDS-Gesundheitsverhalten.....	101
2.4.1 Der Health Action Process Approach (HAPA-Modell)	104
2.4.1.1 Die motivationale Phase.....	106
2.4.1.2 Die volitionale Phase.....	107
2.4.1.3 Erweiterung des HAPA-Modells an den Untersuchungskontext...	110
2.4.2 Gesundheitspsych. Faktoren der AIDS-Risikowahrnehmung	113
2.4.2.1 Allgemeine Gefährlichkeit versus persönliche Vulnerabilität	115
2.4.2.2 Optimismus	115
2.4.2.3 Psychometrischer Ansatz	117
2.4.2.4 Emotionale Faktoren	118
2.4.2.5 Laiensystem und subjektive Gesundheitstheorien	122
2.4.3 Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartung	123
2.4.4 Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen.....	127
2.4.5 Furchtappelle	129
2.4.6 Kritik der Theorien des Gesundheitsverhaltens	130
2.5 Möglichkeiten der Kombination von akteursorientierten Ansätzen der geographischen Entwicklungsforschung mit gesundheitspsych. Theorien..	134
2.5.1 Handeln vs. Verhalten	135
2.5.2 Raumverständnis	136
2.5.3 Vergleich der zentralen Begrifflichkeiten	138

2.6 Zusammenföhrung: Das theoretische Modell zur Erklärung des HIV-Gesundheitshandelns	141
2.7 Konsequenzen des theoretischen Kapitels für die Empirie	145
3 HIV/AIDS und gesellschaftliche Transformation in Äthiopien	147
3.1 Gesellschaftliche Transformation in Äthiopien	150
3.1.1 Der Faktor Demokratisierung	152
3.1.1.1 Die politische Entwicklung in Äthiopien	153
3.1.1.2 Die Rolle der Geberländer	155
3.1.2 Der Faktor Globalisierung	156
3.1.2.1 Geberkonditionalitäten und PRSP	157
3.1.2.2 Die Folgen der Weltwirtschaftskrise	158
3.1.2.3 Auswirkungen der Globalisierung auf lokale Akteure	159
3.1.2.4 Die Verbreitung „imaginierter Welten“ durch die Globalisierung	161
3.1.3 Der Faktor Urbanisierung	162
3.1.3.1 Stadtentwicklung in Addis Abeba	163
3.1.3.2 Städtische Armut	164
3.1.3.3 Exkurs: Lebensbedingungen junger ruraler Zuwanderer	166
3.2 Die Dualität von AIDS und gesellschaftliche Transformation	169
3.3 Gesundheit in Äthiopien	170
3.3.1 Die gesundheitliche Situation in Äthiopien	171
3.3.2 Kulturspezifisches Konzept von Gesundheit	173
3.3.2.1 Holistisches Gesundheitskonzept	173
3.3.2.2 Die Rolle übernatürlicher Kräfte – Debtera und Kalicha	174
3.3.2.3 Die Frequentierung trad. und moderner Gesundheitsangebote	177
3.3.3 Die soziale Konstruktion von AIDS	179
3.4 HIV/AIDS in Äthiopien	181
3.4.1 Risikowahrnehmung von HIV/AIDS	182
3.4.2 Qualität des Wissens zu HIV/AIDS	185
3.4.3 Auswirkungen von AIDS auf den Haushalt	186
3.4.4 Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-Positiver	188

3.4.4.1 Stigmatisierung als Differenzierung zwischen „them“ und „us“ ...	189
3.4.4.2 Stigmatisierung aus der Perspektive der Stigmatisierten	190
3.4.4.3 Formen der Stigmatisierung in Äthiopien.....	192
3.4.5 Gender und HIV	193
3.4.6 Präventionsstrategien gegen AIDS.....	195
3.4.6.1 Der globale Kampf gegen AIDS – eine historische Einordnung ...	196
3.4.6.2 Das ABC der Präventionsstrategien in Afrika.....	199
3.4.6.3 Bilanz und Ausblick zu AIDS-Präventionsmaßnahmen in Afrika	201
3.4.6.4 Äthiopische HIV/AIDS-Präventionsstrategien	202
3.5 Formen sozialer Sicherungssysteme in Äthiopien	205
4 Forschungsmethoden	209
4.1 Konzeptioneller Ansatz: qualitative Forschungskonzeption mit quantitativer Ergänzung	211
4.2 Akteurszentrierung und Auswahl der Interviewpartner.....	213
4.3 Auswahl der Untersuchungsstandorte.....	214
4.4 Untersuchungsverfahren	219
4.4.1 Sekundärquellenanalyse	223
4.4.2 Qualitative Erhebungsmethoden	224
4.4.2.1 Semistrukturierte Interviews	224
4.4.2.2 Participatory Research Appraisal (PRA)-Methoden	226
4.4.2.3 Teilnehmende Beobachtung	231
4.4.3 Quantitative Erhebungsmethoden	232
4.4.4 Protokollierung, Aufbereitungs- und Auswertungsverfahren	236
4.5 Grenzen der Untersuchung	238
5 Empirie	243
5.1 Konkretisierung der Fragestellung	244
5.2 Charakterisierung der Untersuchungsstandorte.....	247
5.2.1 Teklehimanot	251
5.2.2 Mekanisa	254

5.2.2.1 Condominium-Anlagen.....	257
5.2.2.2 Das ehemalige Flüchtlingscamp	259
5.2.3 Zenebwork.....	262
5.3 AIDS – Wahrnehmung und Interpretation im Kontext gesellschaftlicher Transformation.....	268
5.3.1 Die lokale Wahrnehmung der gesellschaftlichen Transformation	271
5.3.1.1 Der zugeschriebene Einfluss westlicher Medien	273
5.3.1.2 Die Kehrseite der Medaille: Pornographie.....	275
5.3.2 Alters- und geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen.....	277
5.3.2.1 Altersklassen.....	277
5.3.2.2 Rollenvorstellungen urbaner Bewohner.....	278
5.3.2.3 Rollenvorstellungen ruraler Zugezogener.....	282
5.3.2.4 Ursachen für die Veränderungen der Rollenvorstellungen	283
5.3.3 Gesundheit und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen	285
5.3.3.1 Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen.....	286
5.3.3.2 Die Wahrnehmung der Einflussmöglichkeiten bei Krankheiten....	289
5.3.3.3 Die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen	294
5.3.4 Risikowahrnehmung von HIV/AIDS	297
5.3.4.1 Allgemeine Gefährlichkeit	298
5.3.4.2 Persönliche Vulnerabilität	301
5.3.4.3 Geschätzte Prävalenzquote im Stadtviertel	303
5.3.5 Die soziale Konstruktion von AIDS.....	305
5.3.5.1 Das biomedizinische Verständnis von HIV und AIDS	306
5.3.5.2 Der religiöse Diskurs.....	306
5.3.5.3 Der magisch-spirituelle Diskursstrang.....	317
5.3.5.4 Subjektive Gesundheitstheorien.....	321
5.3.5.5 Zusammenfassung der sozialen Konstruktion von AIDS	328
5.3.6 Kommunikationsnormen	331
5.3.7 Zugangsmöglichkeiten zu Informationen über HIV/AIDS.....	339
5.3.8 Qualität des biomedizinischen Wissens zu HIV/AIDS.....	348

5.3.9	Synopse: Wahrnehmung und Interpretation von AIDS im lokalen Kontext	356
5.4	Handlungsintention zur Vermeidung einer HIV-Infektion	359
5.4.1	Handlungsergebniserwartungen biomedizinischer Schutzstrategien..	362
5.4.2	Selbstwirksamkeitserwartung biomedizinischer Schutzstrategien am Beispiel von Kondomen	362
5.4.2.1	Der Akzeptanz von Kondomen in der äthiopischen Gesellschaft..	363
5.4.2.2	Handlungskosten der Kondomverwendung	367
5.4.2.3	Die Bedeutung situativer Bedingungen	371
5.4.2.4	Ausprägung zielgruppenspez. Selbstwirksamkeitserwartung	376
5.4.3	Schutzmotivation biomedizinischer HIV-Schutzstrategien	381
5.4.4	Die Konstruktion der Handlungsausführung biomedizinischer HIV-Schutzstrategien	388
5.4.4.1	Das Sexualhandeln der Bevölkerung – statistische Erkenntnisse..	389
5.4.4.2	Das Sexualhandeln aus Perspektive Dritter	392
5.4.4.3	Durchführung von VCT als Indikator für die Internalisierung des biomedizinischen Diskurses.....	395
5.4.4.4	Der Umgang mit HIV-Positiven als Indikator für die Internalisierung des biomedizinischen Diskurses	399
5.4.5	Zusammenfassung: Ausprägung der akteursspezifischen modernen Schutzmotivation.....	412
5.5	AIDS, Armut und Urbanität – strukturelle Adaptionen am Beispiel der sozialen Sicherheit	419
5.5.1	Stadtexpansion und Armut – neue Anforderungen	422
5.5.2	Die Ausprägung sozialer Netzwerke im Vergleich	425
5.5.2.1	Die sozialen Netzwerke der Untersuchungsgruppen	425
5.5.2.2	Organisationen sozialer Sicherung auf lokaler Ebene: Iddir	432
5.5.3	Adaptionen soz. Sicherungsstrukturen: Home-based-Care (HBC)....	435
5.5.3.1	Die Konzeptionierung des HBC-Programms.....	436
5.5.3.2	Erfahrungen mit der Umsetzung von HBC.....	437
5.5.4	Adaptionen sozialer Sicherungsstrukturen: Iddir.....	442

5.5.4.1 Das Beispiel des Rasberas Iddir	442
5.5.4.2 Das Beispiel des Addis Hiwot Iddir	444
5.5.4.3 Reaktionen der Bewohner auf diese Modelle	446
5.5.5 Adaptionen sozialer Sicherungsstrukturen: Die Selbstorganisation HIV-Positiver.....	447
5.5.6 Zusammenfassung: Die Modifikation sozialer Sicherungsnetzwerke als Adaption zu HIV/AIDS, Armut und Urbanität.....	449
5.6 Ergebnisse der Untersuchung in räumlicher Differenzierung	455
5.6.1 Zur Erklärung räumlicher Disparitäten: Grad der Marktintegration ..	456
5.6.2 Zur Erklärung räumlicher Disparitäten: Wanderungsbewegungen, Selbstorganisation und Handlungsspielräume	459
5.6.3 Quintessenz: Wanderungsbewegungen ermöglichen Handlungsfreiraume	471
6 Fazit – Die Entwicklung eines modernen Gesundheitshandelns.....	473
Literaturverzeichnis.....	495
Anhang 1	525
Anhang 2	526