

## “Ze kent onze problemen niet”: zwangerschap en bevalling in Cusco, Peru

Symone Detmar<sup>1</sup>

*In dit artikel wordt ingegaan op de zorg rond zwangerschap en bevalling in Peru. De opvattingen van vrouwen hierover worden vergeleken met die van gezondheidswerkers. Beide groepen vinden de verleende zorg niet optimaal. De gezondheidswerkers, geschoold in de westerse geneeskunde, zijn van mening dat de vrouwen onvoldoende op de hoogte zijn van de fysiologie van hun lichaam, en daarom slecht meewerken tijdens de bevalling. Volgens de vrouwen, die vanuit het warmte/koude-principe redeneren, biedt de verleende zorg niet de vereiste voorwaarden voor een goed verloop van de bevalling. Beide partijen verwoorden hun onvrede over de gang van zaken in de terminologie van het medische systeem dat hun bekend is. Wederzijdse vooroordelen worden op die manier versterkt en de werkelijke oorzaken van de bestaande onvrede en slechte communicatie blijven onderbelicht.*

In het kader van de studie culturele antropologie heb ik van mei tot en met oktober 1988 onderzoek<sup>2</sup> verricht in Cusco, Peru. Daaraan voorafgaand heb ik twee maanden als verpleegkundige in een gezondheidscentrum in Cusco gewerkt. Het doel van dit onderzoek was inzicht te verkrijgen in de opvattingen en het gedrag van vrouwen ten aanzien van zwangerschap, bevalling en geboortenbeperking en de daarbij geboden zorg in één van de volkswijken (*pueblos jóvenes*) aan de rand van de stad. In de eerste fase van het onderzoek is aan 107 vrouwen tussen de 15 en 50 jaar een grotendeels gestructureerde vragenlijst voorgelegd door zeven vrouwen uit de wijk zelf. De vragen waren vooral gericht op hun gedrag tijdens zwangerschap en bevalling en ten aanzien van geboortenbeperking. Vervolgens heb ik samen met een studente verpleegkunde uit Cusco met tien vrouwen meerdere gesprekken gevoerd. Deze gingen vooral over hun opvattingen rond zwangerschap, bevalling en geboortenbeperking en de zorg hieromtrent. De studente en ik waren bovendien aanwezig tijdens een aantal prenatale controles. Tevens werden gedurende de hele onderzoeksperiode interviews gehouden met de gezondheidswerkers die zich binnen de Primary Health Care en in de twee staatsziekenhuizen van Cusco bezighouden met de zorg rondom zwangerschap en bevalling.

In dit artikel zal ik ingaan op de relatie van de vrouwen met de modern-westerse gezondheidszorg tijdens zwangerschap en bevalling. In Cusco maakt men hiervoor veel gebruik van ziekenhuizen en moderne gezondheidscentra. Toch vinden de gebruiksters van deze voorzieningen de verleende zorg niet optimaal. Er doen zich

vele problemen, teleurstellingen en onbegrip voor tijdens de consulten en behandelingen. Die problemen zijn deels economisch van aard, en deels het gevolg van verschillen in denk- en leefwijze tussen de vrouwen en de gezondheidswerkers. Juist door het specifieke karakter van zwangerschap en geboorte spelen culturele waarden en normen een belangrijke rol tijdens deze gebeurtenissen. Kinderen krijgen betekent voor vrouwen uit Cusco (zoals voor de meeste vrouwen) veel meer dan een fysiologisch proces. In de modern-westerse samenleving probeert men hier een 'medische' aangelegenheid van te maken, die gedeeltelijk niet meer tot het domein van vrouwen behoort. Ook de gezondheidswerkers in Cusco zijn door hun medisch geschoolde visie geneigd zwangerschap en bevalling als lichamelijke aangelegenheden te beschouwen, terwijl voor vrouwen emotionele en sociale aspecten veel belangrijker zijn (Jordan 1984). Tegenwoordig komt vanuit het Westen zelf steeds meer kritiek op de eenzijdige medische visie. Van deze kritiek is echter vaak weinig te merken in de officiële gezondheidszorg van ontwikkelingslanden. Waarschijnlijk is de daar functionerende Westerse gezondheidszorg nog te recent om voor dergelijke kritiek open te staan.

Alvorens over te gaan tot de zorg rondom zwangerschap en bevalling zal ik eerst in het kort de leefsituatie van de vrouwen uit de wijk en de betrokken gezondheidswerkers schetsen, om de diverse opvattingen en de daaruit voortkomende conflicten te kunnen plaatsen.

## De vrouwen

Latijnsamerikaanse samenlevingen staan bekend om hun cultuur van *machismo*. Dit houdt een complex van zeer specifieke man- en vrouwbeelden in, dat vrij algemeen erkend wordt. De man kenmerkt zich door seksuele potentie, amoraliteit, agressiviteit en superieur en autoritair gedrag ten opzichte van vrouwen. De vrouw dient zich te gedragen als de maagd Maria, kuis, zelfopofferend, moederlijk, berustend en ondergeschikt en gehoorzaamend aan mannen. Deze ideologie zorgt voor een ons bekende rolverdeling binnen de maatschappij: mannen zijn de kostwinners, vrouwen hebben hun taken in de reproductieve sfeer<sup>3</sup>. Het katholieke geloof, dat in heel Latijns Amerika zeer sterk is, bevestigt dit beeld van de vrouw. Het moederschap wordt daarin zeer hoog gewaardeerd. Dit idee valt samen met de *machismo*-gedachte dat een man zichzelf moet bewijzen door zijn vrouw veel kinderen te geven. Anderzijds kan de vrouw juist door het kunnen krijgen van kinderen macht over haar man uitoefenen. Dit is voor vrouwen zo belangrijk, dat enkele kanttekeningen bij de *machismo*-ideologie geplaatst moeten worden. Ik sluit mij in deze aan bij Stevens (1973), die wel de bij het *machismo* behorende man-vrouwbeelden als een realiteit accepteert, maar de onderdrukking veroorzakende werking van het *machismo* ter discussie stelt. Stevens introduceert het begrip *marianismo* dat de vrouw in haar rol van maagd Maria als moreel superieur ten opzichte van mannen neerzet. Vrouwen bezitten de macht binnen de familie en mannen in het openbaar. Ieder heeft zijn eigen gebied waarop het geoorloofd is macht uit te oefenen. Het *machismo-marianismo* vormt zo een complex van ideaalbeelden die elkaar in evenwicht en in stand houden (Stevens 1973: 94-5).

In veel volksbuurten kan de vrouw niet helemaal voldoen aan het beeld dat hierboven geschetst is, want door de armoede hebben de vrouwen vaak een belangrijke functie als kostwinner. Veel vrouwen wonen alleen met hun kinderen, anderen wonen samen met hun echtgenoot of andere familieleden, maar zijn door het niet-toereikende inkomen genoodzaakt betaalde arbeid te verrichten. Omdat de man beschouwd wordt als hoofd van het gezin en als voornaamste geldverdiener, worden economische activiteiten van vrouwen slechts als aanvullend gezien en dienovereenkomstig lager gewaardeerd en gehonoreerd. De meeste vrouwen beschouwen hun werk ook niet als zodanig, ze 'helpen hun man', gaan soms 'naar de markt', of noemen hun activiteiten buitenshuis helemaal niet. De vrouwen zijn door de slechte financiële omstandigheden en door de vaak dubbele werktaak, zowel het huishoudelijke werk als een baan buitenshuis, nauwelijks in staat een groot gezin te onderhouden. De cultuur-ideologische factor waarin de vrouw haar hoogste waardering als moeder van een groot gezin krijgt, en de sociale realiteit voor vele vrouwen, waarin de vrouw verplicht is te werken terwijl zij daar weinig waardering voor krijgt, zorgt voor een vrij negatief beeld dat de vrouwen van zichzelf hebben.

De vrouwen die bij het onderzoek betrokken waren, wonen allemaal in Construcción Civil, een invasiewijk<sup>4</sup> die in 1963 gesticht is. Er zijn in Cusco veel van deze volkswijken, de helft van de inwoners van de stad woont er (Isis 1987). De meeste inwoners komen van het omringende platteland. Officieel wonen er in Construcción Civil 184 families, meestal bestaande uit vader, moeder en kinderen, maar er verblijft ook een onbekend aantal onderhuurders. Er zijn weinig voorzieningen in de wijk; in geen van de huizen is drinkwater en de meeste beschikken niet over elektriciteit. In de wijk zelf is geen gezondheidspost, het dichtstbijzijnde staatsgezondheidscentrum ligt op ongeveer een half uur loopafstand, het staatsziekenhuis op twintig minuten. Bijna alle families in Construcción Civil zijn van Indiaanse afkomst, hetgeen bij de vrouwen nog duidelijk te zien is aan de kleding en de haardracht. De bevolking is jong. De meeste vrouwen krijgen voor het achttiende jaar hun eerste kind. Het onderwijspeil is over het algemeen laag, de economische situatie slecht. Slechts twintig procent van de vrouwen heeft de beschikking over een vast inkomen, de anderen hebben de dagelijkse zorg om de eindjes aan elkaar te knopen. Ze zijn afhankelijk van familie en vrienden en vaak proberen ze zelf iets te verdienen door onder andere spullen op de markt te verkopen, truien voor toeristen te breien. De meeste vrouwen beheersen wel het Spaans, maar spreken onderling Quechua.

### **De moderne gezondheidswerkers**

De westerse geneeskunde in Peru kenmerkt zich door het hanteren van een beperkte definitie van ziekte. Ziekte wordt vooral gezien als het slecht functioneren van een orgaan en wordt buiten de sociale, culturele en psychische omgeving van een individu geplaatst. Dit geldt ook voor zwangerschap en bevalling, die als een verstoring van het normale fysiologische proces gezien worden, hetgeen gevaar op kan leveren voor de moeder en de baby. Het ziekenhuis wordt de plaats bij uitstek gevonden waar deze gevaren onder controle gehouden kunnen worden. De moderne gezondheidswerkers

in Cusco krijgen zo'n zes jaar onderricht in deze visie. Zowel verloskunde als verpleging zijn in Peru universitaire studies, waar niets geleerd wordt over de traditionele vormen van geneeskunst.

Alle verpleeg- en verloskundigen zijn vrouwen, maar dat is de enige overeenkomst die ze met hun patiënten hebben. Zij zijn allen mestiezen en komen overwegend uit een hoger maatschappelijk milieu. De meesten zijn afkomstig uit Cusco zelf of uit een andere stad. Sommigen komen uit de hoofdstad Lima. Ze wonen in de betere wijken van de stad, en zijn vaak nog nooit in een volkswijk geweest. Geen van de door mij geïnterviewde gezondheidswerkers sprak Quechua.

### **Moderne en traditionele zorg rondom zwangerschap en bevalling**

De moderne prenatale zorg die door de staat verleend wordt, vindt in de gezondheidscentra en in de ziekenhuizen plaats. De controles worden gedaan door een verloskundige die een moderne opleiding heeft gehad. Vanaf de derde maand van de zwangerschap kunnen de vrouwen maandelijks voor controle komen. Deze controle bestaat uit lichamelijk onderzoek, zoals het meten van de stand van de baarmoeder, het meten van de bloeddruk en het wegen van de vrouwen, en uit voorlichting over voeding, lichaamsverzorging en de naderende bevalling. De bevalling vindt in het ziekenhuis plaats. Thuisbevallingen worden door moderne verloskundigen niet gedaan. Een vrouw mag niet vergezeld worden door haar echtgenoot of andere familieleden. Bij een bevalling van een eerste kind wordt altijd ingeknipt om inscheuren te voorkomen. Na twee dagen gaat de vrouw met haar kind naar huis. De bevalling zelf is gratis. Voor alle andere dingen moet de vrouw echter betalen, zoals voor de verdoving voor het hechten, het hechtmateriaal en de medicijnen tegen naweeën.

Van oudsher worden in het Andes-gebied de bevallingen geleid door *parteras*. Dit zijn meestal vrouwen, maar ook een man kan verloskundige worden. In Construcción Civil, de wijk waar ik het onderzoek verricht heb, heeft jaren een mannelijke *partero* gewoond en gewerkt. Hij is echter een paar jaar geleden overleden. *Parteras* hebben geen 'professionele' opleiding genoten. Zij leren het vak van een andere verloskundige (vaak familie) en doen door de jaren heen ervaring op. Het belangrijkste concept dat zij hanteren is het in heel Latijns Amerika voorkomende warmte/koude-principe. Het principe gaat ervan uit dat in het lichaam een evenwicht zou moeten bestaan tussen warme en koude elementen. Bij verstoring van dit evenwicht kan ziekte optreden. De remedie bestaat uit het herstellen van het evenwicht (zie Bastien 1982 en Foster & Anderson 1978).

Het evenwicht tussen warme en koude elementen in het lichaam kan tijdens de zwangerschap gemakkelijk verstoord worden. Het lichaam heeft in deze periode extra warmte nodig en een zwangere vrouw moet meer 'warmtedragend' voedsel eten dan gewoonlijk. Dit advies geven de *parteras* aan de aanstaande moeders, wanneer zij tijdens de zwangerschap contact met haar hebben. Het is echter niet gebruikelijk dat een vrouw, die een zwangerschap zonder complicaties heeft, voor prenatale controle komt. Pas bij de eerste tekenen die erop wijzen dat de bevalling op komst is wordt de *partera* geroepen. Tijdens de bevalling, die thuis plaatsvindt,

zijn meestal ook de echtgenoot en de moeder van de vrouw aanwezig. De kamer wordt zo warm mogelijk gemaakt en de vrouw krijgt veel *mates* (een soort thee) te drinken van kruiden die voor extra warmte in het lichaam zorgen, zoals rozemarijn of marjolein. Het belangrijkste voor een goed verloop van de bevalling is immers dat het lichaam warm blijft. Kou zorgt voor veel pijn en vertraging. Tijdens de uitdrijving zit de vrouw meestal gehurkt, terwijl ze van achteren gesteund wordt door haar man. De *partera* vangt het kind op, dat daarna in lappen gewikkeld wordt en neergelegd wordt tot de placenta geboren is. De geboorte van de placenta is van evenveel belang als de geboorte van de baby, aangezien de placenta een belangrijke rol speelt bij de verdere gezondheid van de baby en de moeder. Wanneer de placenta geboren is, wordt deze verbrand of begraven. Na de bevalling blijft de vrouw meestal vijftien dagen in bed. De betaling van de vroedvrouwen is heel verschillend. Vroeger vond betaling plaats in natura, bijvoorbeeld met voedingsmiddelen. Tegenwoordig wordt steeds meer in geld betaald. Er is echter geen vast bedrag dat gevraagd wordt.

### **Ideeën van de vrouwen ten aanzien van zwangerschap en bevalling**

Bijna alle vrouwen vinden de zwangerschap een vermoeiende en zware tijd, waarin een vrouw veel hoort te rusten en extra hulp van haar partner dient te krijgen. In de realiteit werken de vrouwen echter meestal even hard als daarvoor, en soms zelfs nog harder om voor de geboorte van het kind wat extra geld te hebben. Tijdens de zwangerschap wordt er weinig aandacht aan het warmte/koude-principe gegeven, want geen van de vrouwen vindt dat ze speciaal voedsel wel of niet mag eten<sup>5</sup>. Waar veel over gesproken wordt en een groot belang aan wordt gehecht zijn de *antojos* (zwangerschapslusten). Dit zijn onbeheersbare driften die zich tijdens de zwangerschap kunnen voordoen. Zij komen plotseling opwellen en er zijn verschillende vormen van. Het meest gebruikelijk is de onbedwingbare trek naar een speciaal soort voedsel, maar het kan ook voorkomen dat de vrouw beslist bepaalde cosmetica wil hebben. De vrouwen zijn ervan overtuigd dat deze lusten niet afkomstig zijn vanuit henzelf, maar dat het wensen van de ongeboren baby zijn die zich via deze weg uiten. Zij moeten dan ook, in het belang van de baby, vervuld worden. Wanneer dit niet gebeurt, is de kans op een afwijking, zoals een hazelip, groot. Het negeren van *antojos* kan zelfs een miskraam tot gevolg hebben. De echtgenoten moeten in het belang van het kind instemmen met deze verlangens. Opvallend is dat van de vrouwen die zonder echtgenoot leven, er zeer weinig zwangerschapslusten hadden, terwijl bijna alle vrouwen die met hun man samenwoonden vertelden *antojos* gehad te hebben tijdens hun zwangerschap. Het kan zijn dat het belang dat men hecht aan het moederschap de vrouw een machtsmiddel geeft, dat zij anders in de relatie met haar man niet heeft. Omdat de nadruk sterk gelegd wordt op de gezondheid van het kind, kan de vrouw erop staan dat haar wensen vervuld worden, zonder dat zijzelf als veeleisend of moeilijk gezien wordt. De zwangerschapslusten zijn als het ware een strategie om een zekere invloed uit te oefenen op de echtgenoot<sup>6</sup>. Ik wil hiermee niet beweren dat de vrouwen altijd bewust zo handelden. Zij verklaarden allemaal dat de gezondheid van de baby de reden is om de *antojos* te vervullen. Het is echter wel zo dat, doordat de vrouwen vinden dat ze tijdens de zwangerschap meer rust

nodig hebben en meer verzorgd horen te worden door hun man, het hebben van *antojos* de vrouw extra aandacht kan opleveren.

Speelt tijdens de zwangerschap het warmte/koude-principe geen rol, ten aanzien van de bevalling hebben de vrouwen daar uitgesproken ideeën over. Drievierde van de vrouwen zei dat een warm lichaam het meest essentiële is voor een goed verloop van de bevalling. Een lichaam dat niet warm is, zorgt voor veel pijn en vertraagt de bevalling. De algemene opvatting is dan ook dat het het beste is om in een warme omgeving te bevallen en om het lichaam op temperatuur te houden door het drinken van veel *mates*. De vrouwen menen dat de kans op complicaties groot is wanneer dit niet gebeurt. Zij vinden het ook erg belangrijk dat hun man bij de bevalling aanwezig is. Niet zozeer om steun te krijgen, maar om respect van de man te ontvangen. Dan kan hij met eigen ogen zien hoe een vrouw in staat is om te lijden.

#### **Ideeën van vrouwen ten aanzien van de moderne zorg**

De meeste vrouwen zijn niet tevreden over de moderne prenatale zorg. De tijd dat ze moeten wachten is gemiddeld twee uur. Bovendien is het gezondheidscentrum alleen 's morgens open, wat voor veel vrouwen slecht uitkomt. Dat is de tijd dat ze naar de markt gaan, wassen en het eten moeten koken. Een belangrijker reden voor de onvrede is het consult zelf. Het meten van de bloeddruk en de stand van de baarmoeder beschouwen de meesten als nutteloos. Ook vinden ze dat er weinig aan hun klachten wordt gedaan. Moeheid komt het meeste voor. Voor die klacht schrijft de verloskundige een ijzerpreparaat voor. Dit is in het gezondheidscentrum bijna nooit voorradig en in de apotheek te duur voor de meeste vrouwen. Teleurgesteld gaan de vrouwen dan naar huis terug, enerzijds toch met respect voor zo'n knappe gestudeerde vrouw, maar anderzijds in de overtuiging dat het weinig zin heeft, want "*ella no conoce nuestros problemas*" (ze kent onze problemen niet).

Over de bevalling in het ziekenhuis was de meest gehoorde klacht dat het daar zo vreselijk koud is. Geen verwarming, een cementen vloer, het verbod om iets (warms) te eten of te drinken (de vrouw moet nuchter blijven), en alleen een ziekenhuishemd om aan te trekken. Volgens de hierboven genoemde opvattingen van de vrouwen is dit zeer slecht voor een goed verloop van de bevalling en vergroot het de kans op complicaties voor moeder en kind. Over de verdere gang van zaken tijdens de bevalling of over de zorg van het personeel in het ziekenhuis werd niets gezegd. Pas wanneer er expliciet naar gevraagd werd, kwam naar voren dat ze het personeel verre van vriendelijk vonden en de afwezigheid van de echtgenoot en de liggende positie tijdens de bevalling als zeer problematisch ervoeren.

#### **Gedrag van de vrouwen bij zwangerschap en bevalling**

Op grond van deze vrij negatieve opvattingen van de vrouwen omtrent de moderne zorg zou men verwachten dat de meeste vrouwen daar geen gebruik van maken. Maar dit is niet het geval; meer dan de helft van de vrouwen doet een beroep op de prenatale zorg en zo'n zestig procent heeft bij de laatste bevalling gebruik gemaakt

van het ziekenhuis. De belangrijkste reden die de vrouwen gaven om naar het ziekenhuis te gaan was angst voor complicaties thuis. Ruim tachtig procent van diegenen die in het ziekenhuis bevallen waren, zei een vlotte bevalling te hebben gehad, en geen van de vrouwen of baby's had na de bevalling enige complicatie ondervonden. Ook van de thuisbevalsters was ruim tachtig procent tevreden over het verloop van de bevalling. Onder hen waren wel enkele vrouwen die naderhand voor complicaties naar het ziekenhuis moesten. Het is opvallend dat houding en gedrag ten aanzien van een ziekenhuisbevalling zo ver uit elkaar liggen. In de opvattingen van vrouwen is de belangrijkste oorzaak van complicaties tijdens de bevalling een koud lichaam en een koude omgeving. In de kritiek op het ziekenhuis wordt dit als belangrijkste punt genoemd. Toch gaan vrouwen, juist om complicaties te voorkomen, voor de geboorte van hun kind naar het ziekenhuis. Zij zijn bang voor complicaties thuis, ook al zijn de kamer en het lichaam daar warm, en verkiezen veelal het ziekenhuis.

Het warmte/koude-principe wordt mijns inziens aangewend om een algehele onvrede over de gang van zaken in het ziekenhuis aan te geven, zoals de vaak zeer onvriendelijke houding van het personeel, de onpersoonlijke sfeer, de ongemakkelijke positie, het feit dat de echtgenoot niet mee mag en de angst voor de bevalling. Maar omdat vrouwen niet gewend zijn te klagen over mensen die hoger geplaatst zijn en omdat ze door hun vrouw-zijn het 'normaal' moeten vinden om te lijden, verplaatsen ze hun kritiek naar een meer neutraal terrein. Ze proberen de onvrede te rationaliseren door de nadruk te leggen op eventuele complicaties tijdens de bevalling en de negatieve gevolgen daarvan voor het kind. Voor elke vrouw staat de gezondheid van het kind immers op de eerste plaats. Door hier de aandacht op te richten wordt de onvrede geuit op een manier die geoorloofd is. Er gebeurt hetzelfde als bij zwangerschapslusten. Nu wordt het warmte/koude-principe gebruikt om de slechte ervaring binnen toelaatbare grenzen te uiten. Niet dat het dit principe totaal onbelangrijk is, maar ik denk dat de invloed ervan beperkt is en dat de factoren die zijdelings genoemd worden minstens zo'n belangrijke rol spelen.<sup>7</sup>

### **Ideeën van de gezondheidswerkers in relatie tot die van hun cliënten**

De gezondheidswerkers zijn allen van mening dat zij een goede zorg rondom zwangerschap en bevalling verlenen en dat veel complicaties voorkomen kunnen worden wanneer iedere vrouw naar de prenatale controle gaat en de bevalling in het ziekenhuis plaatsvindt. Hun grootste probleem is de enorme werkdruk. Dege-nen die verantwoordelijk zijn voor de prenatale zorg, één verloskundige en één verpleegster, kijken elke morgen tegen een volle wachtkamer aan en het gezondheidscentrum gaat al om twaalf uur dicht. Zij vinden dat ze in de korte tijd die er voor iedere patiënt is al het mogelijke doen. Ze zeggen dat er informatie aan alle vrouwen wordt gegeven en dat iedere vrouw de medische zorg krijgt waar zij recht op heeft. Ook de verloskundigen en verpleegsters die tijdens de bevalling assisteren zien de werkdruk als het grootste probleem. Er vinden gemiddeld tien bevallingen per dag plaats en er is geen tijd om "naast iedere vrouw te gaan zitten en haar hand vast te houden".

De reden dat niet alle vrouwen voor de bevalling naar het ziekenhuis gaan, is volgens het personeel een gevolg van hun gebrek aan juiste kennis omtrent een bevalling. Ook bij de vrouwen die wel in het ziekenhuis bevallen, ontbreekt het aan deze kennis. Daardoor willen de vrouwen vaak niet meewerken en zijn de hulpverleners genoodzaakt hen streng te behandelen. Dit niet mee willen werken van de vrouwen zien zij tevens als een reden om familieleden niet toe te laten in het ziekenhuis. De familie zou misschien niet begrijpen waarom een harde aanpak noodzakelijk is. Daar komt nog bij dat de aanwezigheid van familie als onhygiënisch beschouwd wordt. "Er komt dan allemaal stof en vuil binnen."

Over het algemeen vindt het ziekenhuispersoneel dat de vrouwen er zeer traditionele ideeën op na houden, die ervoor zorgen dat ze angst hebben om naar het ziekenhuis te gaan, of dat ze toch gaan, maar niet meewerken tijdens de bevalling. Het opvallende is dat de gezondheidswerkers echter weinig weten (of willen weten) van deze 'traditionele' ideeën, nooit een thuisbevalling meegemaakt hebben en nauwelijks op de hoogte zijn van de manier van werken van de *partera*. Onder 'traditionele ideeën' verstaan zij onder meer: de ideeën omtrent voedselrestricties tijdens de zwangerschap, zoals een verbod op het eten van eieren of het drinken van melk, angst en schaamte voor lichamelijk onderzoek, het veelvuldig gebruiken van (schadelijke) kruiden en het vertrouwen in de *partera*.

Geen van de vrouwen bleek echter voedseltaboes na te leven en ook de angst voor lichamelijk onderzoek werd door henzelf niet genoemd. Wel maakten ze veel gebruik van kruiden, maar dit was zelden de reden waarom de voorgeschreven medicijnen niet gekocht werden. De belangrijkste reden was dat de medicijnen voor de meeste vrouwen te duur waren. De gezondheidswerkers zelf bleken zeer slecht op de hoogte te zijn van de toepassing en werking van kruiden. Zij hebben hier ook weinig interesse voor. "Wanneer mensen daar nog in geloven, moeten ze het zelf maar weten, wij willen daar niets mee te maken hebben" en "op de markt kun je van alles kopen, vraag het daar maar", waren antwoorden die gegeven werden op de vraag naar het gebruik van kruiden. Ook over het werken van de *partera* in de stad was de gezondheidswerkers weinig bekend.

Door de gezondheidswerkers werd de onvrede van de vrouwen verklaard vanuit hun medisch concept. Juist door het ontbreken van moderne medische kennis bij de vrouwen kon de geboden zorg niet optimaal zijn. Meer vrouwen zouden naar het ziekenhuis komen om te bevallen, wanneer ze meer onderwijs zouden hebben genoten en beter wisten hoe hun lichaam werkt en hoe een bevalling precies gaat. Klachten van vrouwen die in het ziekenhuis bevallen zijn, zouden ook op deze onkunde terug te voeren zijn.

Zoals de vrouwen de klachten via het warmte/koude-principe rationaliseren, doen de gezondheidswerkers dit vanuit *hun* medische achtergrond. Ik meen dat deze negatieve houding van de moderne gezondheidswerkers ten opzichte van de lokale medische tradities belangrijk is in de relatie die zij met de vrouwen hebben. Door er bij voorbaat van uit te gaan dat traditionele opvattingen de oorzaak zijn van eventuele onvrede en door hun resolute afwijzing van deze ideeën, is er nauwelijks mogelijkheid tot communicatie. Een voor de vrouwen toelaatbare mogelijkheid binnen de samenleving om hun klachten te uiten blijkt niet effectief te zijn. Hierbij komt nog de sterk fysiologische gerichtheid van de moderne gezondheidszorg



waarin het emotionele gebeuren van een zwangerschap en bevalling grotendeels genegeerd wordt. Doordat de vrouwen zich uiten in een voor hen sociaal aanvaardbaar concept (het warmte/koude-principe) wordt de starre houding van het personeel versterkt.

### Conclusie

In Cusco wordt veel gebruik gemaakt van de beschikbare moderne medische zorg rondom zwangerschap en bevalling. De vrouwen zijn echter niet zo tevreden over de geboden zorg. Oppervlakkig beschouwd lijkt dit te komen doordat ze een ander medisch systeem hanteren: het warmte/koude-principe. Het blijkt echter dat dit principe niet vaak, en in ieder geval niet consequent, in de praktijk van het dagelijkse leven en tijdens zwangerschap en bevalling toegepast wordt. Het is veeleer een sociaal aanvaardbare manier om onvrede te uiten. Het is voor de vrouwen moeilijk om de slechte zorg of de weinige aandacht die ze krijgen expliciet ter sprake te brengen, aangezien zij sociaal niet in de positie verkeren om daar over te klagen. De moderne gezondheidswerkers worden door deze rationalisatie van de vrouwen bevestigd in hun idee dat de vrouwen een traditioneel medisch systeem hanteren en beschouwen dit als oorzaak van een niet-optimale zorgverlening.

De moderne gezondheidszorg zal mijns inziens beter kunnen inspelen op de behoeften van de vrouwen wanneer zij meer begrip en kennis heeft van hun leef- en ideeënwereld.

### Noten

Symone Detmar is verpleegkundige en medisch antropoloog. Momenteel werkt zij op de psycho-sociale onderzoeksafdeling van het Nederlands Kanker Instituut.

1. Ik dank Annemiek Richters, Anke van der Kwaak en in het bijzonder Sjaak van der Geest voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.
2. Met dank aan het Centro Medicina Andina voor de begeleiding tijdens het onderzoek.
3. Zie voor onderzoek hiernaar in Peru: Vargas 1983, Van Wesemael-Smit 1985, Portugal & Claro 1988.
4. In 1950 is Cusco getroffen door een aardbeving, waardoor een groot deel van de oude binnenstad werd verwoest en de mensen gedwongen waren nieuwe huisvesting te zoeken. Vele stadsbewoners, maar ook migranten van het platteland, verplaatsten zich naar de buitenwijken van de stad, waar men op braakliggende grond overging tot het bouwen van een eigen huis. De meeste van deze wijken die op deze wijze ontstonden zijn gesticht tussen 1950 en 1968 en liggen tegen de heuvels rondom de stad.
5. Dit ligt anders bij de Quechua Indianen in Ecuador bij wie volgens Finerman (1987) juist wel sprake is van vele voedseltaboes.
6. Het aannemen van een bepaalde ziekte als een strategie om een bepaald doel te bereiken wordt ook beschreven door Uzzell (1974). Hij heeft onderzoek gedaan naar *susto* en in tegenstelling tot vele studies die *susto* als reactie zien op bepaalde sociale omstandigheden, beschouwt hij het als een mogelijkheid om (tijdelijk) te ontsnappen aan persoonlijke moeilijkheden.

7. Tedlock, die uitgebreid onderzoek gedaan heeft naar het warmte/koude-principe in Guatemala, meent dat dit principe minder belangrijk is dan veelal wordt gedacht. Het zou niet een algemeen, min of meer vaststaand cognitief systeem zijn, maar gebaseerd zijn op persoonlijke ervaringen met bepaalde kruiden of medicijnen. De indeling in warme en koude ziektes en therapieën is per individu verschillend en kan veranderen bij nieuwe ervaringen. Ook wordt er pas gebruik van gemaakt bij onzekerheid betreffende diagnose of behandeling. Tedlock meent dat het niet gerechtvaardigd is het warmte/koude-principe als de oorzaak te zien voor het niet-accepteren van de moderne gezondheidszorg.

## Literatuur

- Bastien, J.W.  
1982 Exchange between Andean and Western medicine. *Social Science & Medicine* 16: 795-803.
- Finerman, R.  
1987 Inside out: women's world view and family health in an Ecuadorian Indian community. *Social Science & Medicine* 25: 1157-62.
- Foster, G.M. & G. Anderson  
1978 *Medical anthropology*. New York: John Wiley & Sons.
- Isis  
1987 *Rural women in Latin America. Experiences from Ecuador, Peru and Chile*. Rome: Isis International.
- Jordan, B.  
1978 *Birth in four cultures*. Montréal: Eden Press.
- Portugal, A.M. & A. Claro.  
1988 *Virgen y Martir. La Red Mundial de mujeres sobre derechos reproductivos (enero-marzo)*. Chile: Isis International.
- Stevens, A.  
1973 Marianismo: the other face of machismo in Latin America. In: A. Pescatello (ed) *Female and male in Latin America* University of Pittsburg Press: Pittsburg. pp. 83-96.
- Tedlock, B.  
1987 An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America. *Social Science & Medicine* 24 (12): 1069-83.
- Uzzell, D.  
1974 Susto revisited: illness as strategic role. *American Ethnologist* 1 (2): 369-78.
- Vargas, V.  
1983 Movimiento feminista en el Peru: balance y perspectivas. In: A. de Velasco (ed) *Congreso de Investigacion acerca de la Mujer en la Region Andina*. Lima.
- Wesemael-Smit, van L.  
1985 *Vrouwengroepen: naaikransjes of vrouwenfronten? Een analyse van vrouwengroepen in volksbuurten van Peru*. Geografische en Planologische Notities, nr. 50.