

## Reproductieve gezondheid in cultureel perspectief: thema's voor een symposium

Anita Hardon

*Dit essay introduceert de thema's die centraal zullen staan tijdens het symposium 'Reproductieve gezondheid en cultuur' dat op 12 december 1997 gehouden zal worden. Elders in dit nummer staat een uitgebreide aankondiging en een oproep voor papers.*

*[gezondheid, voortplanting, gender, vrouwen, cultuur]*

Waar in de jaren tachtig *Primary Health Care* (PHC) centraal stond in de medische ontwikkelingssamenwerking, lijkt in de jaren negentig *reproductieve gezondheid* het centrale thema te worden (Hardon 1995). Deze verschuiving in aandacht heeft te maken met een radicale verandering in de doelstelling van internationale bevolkingsprogramma's. Zij zijn niet langer alleen gericht op het reduceren van de fertiliteit, en daarmee het beperken van de bevolkingsgroei. Gezondheidsdoelen staan nu voorop (Sen et al. 1994). De meest recente internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD), nam in 1994 te Cairo een internationaal actieprogramma aan dat alle regeringen oproept om reproductieve gezondheidszorg voor 2015 universeel beschikbaar te maken. Reproductieve gezondheid betreft, volgens het genoemde actieprogramma: family planning, veilig moederschap, de bestrijding en behandeling van infecties van het reproductieve systeem en seksueel overdraagbare aandoeningen, en de bestrijding van infertilititeit (UNFPA 1995). Dit zijn deels bestaande onderdelen van PHC en deels nieuwe.

### Veranderingen in internationaal gezondheidsbeleid

Een belangrijk thema voor medisch-antropologisch onderzoek is de verschuiving in internationaal gezondheidsbeleid. Hoe kan een zo radicale ombuiging in doelen van internationale bevolkingsprogramma's tot stand komen en wat is het effect op de uitvoering van reeds bestaande PHC programma's? Welke actoren dragen bij tot de verandering? In hoeverre wordt het nieuwe beleid ook geïmplementeerd op nationaal en lokaal niveau in ontwikkelingslanden? Wat merkt de bevolking van het gewijzigde beleid? En, wat vindt zij ervan? Zijn er mogelijkheden voor de bevolking om mee te praten en te beslissen over de implementatie van reproductieve gezondheidszorg op

lokaal niveau? Onderzoek dat zich op deze vragen richt, kan geïnspireerd worden door het meer-niveau perspectief (Van der Geest 1993), een onderzoekstrategie waarin gezocht wordt naar de 'schakelingen' tussen verschillende niveaus van sociale organisatie. Een schakeling kan de vorm hebben van informatie die door mensen of via materiële middelen (medische technologieën, informatiematerialen) van het ene niveau naar het andere wordt gebracht. Dergelijk onderzoek kan wijzen op discontinuïteiten in informatie overdracht, en tegenstellingen in belangen tussen niveaus. Niet alleen de schakels tussen de verschillende niveaus zijn relevant. Ook historische verbindingen zouden onderzocht moeten worden. Kennis van de voorgeschiedenis van het nieuwe beleid kan diepgang geven aan het onderzoek.

Drie ontwikkelingen voorafgaand aan de Cairo conferentie, lijken van belang te zijn. Ten eerste, de kritiek geuit door een in toenemende mate internationaal georganiseerde en opererende vrouwengezondheidsbeweging. De kritiek van de beweging richtte zich op de demografische doelen en de methoden die werden gebruikt om de doelen te halen in familyplanning programma's. Kritische rapportages, en documentaires meldden het gebruik van sancties en beloningen om vrouwen te stimuleren over te gaan op het gebruik van anticonceptiemiddelen. Het geven van sari's en voedsel aan vrouwen in Bangladesh die zich lieten steriliseren, is een bekend voorbeeld van een op demografische doelen gericht beleid. Dergelijke berichten plaatsten de programma's in een slecht daglicht. Zij zouden reproductieve rechten van vrouwen niet respecteren (Garcia-Morena & Claro 1994). Niet alleen de family planning programma's kwamen onder vuur, maar ook de anticonceptiemiddelen die de programma's verspreidden. Deze zouden zo ontworpen zijn dat zij de demografische doelen dienden: langwerkend, en niet door gebruikers zelf 'stop te zetten'. Norplant, en later de antifertiliteitsvaccins, zijn voorbeelden van dergelijke middelen (Hardon 1992).

Een deel van de vrouwengezondheidsactivisten liet het niet bij kritiek zitten. De International Women's Health Coalition formuleerde alternatieven. Zij pleitten voor het eerst voor programma's gericht op de reproductieve gezondheid (Germain & Ordway 1989). Deze programma's zouden meer moeten bieden dan de traditionele moeder en kindzorg en family planning. Meer aandacht werd gevraagd voor andere gezondheidswensen van vrouwen, zoals infecties van het reproductieve systeem, abortus en infertilititeit.

De verschuiving in internationaal gezondheidsbeleid is niet alleen terug te voeren op de acties van vrouwengezondheidsactivisten. Binnen de family planning programma's groeide in de jaren tachtig het besef, dat de programma's niet effectief genoeg waren in het beperken van de bevolkingsgroei. Teveel hadden de programma's zich gericht op het verspreiden van de middelen; te weinig op het begeleiden van de gebruikers (Ainsworth 1985). Eind jaren tachtig ontstond kwaliteit van de zorg als aandachtspunt (Bruce 1990). De programma's zouden veel meer dan voorheen gebruikers moeten informeren over de effecten van anticonceptiemiddelen en hun een keuze moeten geven uit verschillende middelen. Ook zouden de diensten meer tegemoet moeten komen aan andere gezondheidswensen van vrouwen.

Een laatste ontwikkeling, die zelden wordt erkend als oorzaak van de verschuiving in beleid, is de AIDS epidemie. Zonder curatieve oplossing voor de ziekte, moesten

internationale gezondheidsprogramma's zich richten op preventie – het gebruik van condooms. Meer samenwerking met family planningsprogramma's waarin condooms voor anticonceptiedoeleiden werden verspreid, was wenselijk. Integratie van geboortebeperving en AIDS-bestrijding in één programma voor reproductieve gezondheid lag voor de hand.

### **Globale definities en lokale percepties en praktijken**

De definitie van reproductieve gezondheid zoals geformuleerd in Cairo is gebaseerd op een internationale consensus. Nationale en internationale beleidmakers, en vrouwen en gezondheidsactivisten onderhandelden intensief over de invulling van het begrip voorafgaand aan en tijdens de conferentie (Appelman & Reysoo 1994). Voor medisch antropologen is het interessant, om in het licht van de universeel aanvaarde definitie van reproductieve gezondheid onderzoek te doen naar gezondheidsproblemen die mensen in verschillende sociaal-culturele contexten zelf in verband brengen met de voortplanting en seksualiteit.

### **Natuurlijke reproductieve processen in antropologisch perspectief**

Er is een rijke traditie aan onderzoek binnen de antropologie die zich richt op reproductieve processen – zwangerschap, bevalling, menstruatie en menopauze. De studies maken duidelijk hoe deze ogenschijnlijk natuurlijke processen in diverse sociaal-culturele settings verschillend ervaren worden, en ook hoe divers de lokale praktijken ter preventie en behandeling van aan de voortplantingsprocessen gerelateerde gezondheidsproblemen zijn.

Antropologen hebben veel geschreven over zwangerschap en geboorte (zie bijvoorbeeld Krumeich 1995; Drews 1995; Martin 1992; Jeffrey et al. 1989; Laderman 1983; MacCormack 1982a). MacCormack in haar belangrijke vergelijkende analyse laat zien hoe de geboortepraktijken in niet-Westerse culturen sterk verschillen van de praktijken in Europa en Amerika. In 'andere' culturen bevallen vrouwen, zo schrijft zij, vaak zittend. Na de geboorte ondergaan zij een periode van rust, waarin zij zich dienen te houden aan bepaalde voedingstaboes (MacCormack 1982b). Antropologisch onderzoek in Westerse settings richt zich doorgaans op de medicalisering van de geboorte. Zo beschrijft Martin (1992) hoe vrouwen zich wapenen tegen de extreme neiging van Amerikaanse artsen om in te grijpen in het natuurlijke proces van bevallen.

Veel minder antropologen hebben onderzoek gedaan naar ervaringen en praktijken omtrent de menstruatie. In een van de schaarse werken over dit onderwerp benadrukken Buckley en Gottlieb (1988) de diversiteit en dubbelzinnigheid van menstruatiesymbolen. Isolatie van menstruerende vrouwen, bijvoorbeeld, kan enerzijds geïnterpreteerd worden als onderdrukking van vrouwen, maar kan anderzijds ook gezien worden als een periode van meditatie en rust.

Antropologen hebben ook relatief weinig aandacht besteed aan de menopauze. Lock (1993), verrichtte een zeer interessante comparatieve studie naar de *mythologies of menopause in Japan and North America*. Japanse vrouwen blijken geen last te hebben van opvliegers, een symptoom dat centraal staat in de Amerikaanse beleving van de menopauze.

### **Reproductieve gezondheidsproblemen en cultuur**

Zwangerschap, bevalling, menstruatie en menopauze zijn reproductieve processen, die niet noodzakelijk leiden tot gezondheidsproblemen. De mate waarin vrouwen en artsen de processen als ziekmakend beschouwen verschilt wel van cultuur tot cultuur. Cultuur-specifieke ziekten die in verband worden gebracht met deze reproductieve processen, zijn een belangrijk thema voor antropologisch onderzoek. Interessant werk is verricht door de Bangladeshi medisch antropologen Mahbub en Ahmed (1996). Zij beschrijven een heel scala aan lokale ziekte termen voor gynaecologische aandoeningen van vrouwen, waaronder *shutika*, een aandoening waarbij vrouwen last hebben van diarree, moeheid, duizeligheid, gebrek aan eetlust en koorts. Vrouwen zijn bang voor deze aandoening. De aandoening kan volgens hen alleen door traditionele genezers worden behandeld. De oorzaak van de aandoening ligt in het niet volgen van voedsel-taboes tijdens de zwangerschap en het geven van borstvoeding vlak na geslachts-gemeenschap. Gottlieb onderzocht het pre-menstruele syndroom in Amerika en interpreteerde de irritaties die vrouwen ervaren, als een 'ritual of reversal': vrouwen gedragen zich tegenovergesteld aan het ideale gedrag dat van vrouwen in de Amerikaanse samenleving verwacht wordt (Gottlieb 1988). De antropologen Martin (1992) en Lock (1993) hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop biomedici zwangerschap en menopauze als ziekmakend definiëren in Amerika.

### **Infecties van het reproductieve systeem**

Naast de genoemde complicaties van in zich natuurlijke processen, vallen infecties van het reproductieve systeem ook binnen het domein van de reproductieve gezondheidszorg. In reactie op de AIDS epidemie doen veel antropologen onderzoek naar seksualiteit en AIDS (Ten Brummelhuis en Herdt 1996), deels in dienst van de internationale AIDS-bestrijdingsprogramma's. Nationale en internationale beleidsmakers trachten zicht te krijgen op de transmissiepatronen van het HIV virus. Antropologisch onderzoek naar seksuele patronen en netwerken is van belang. In een boeiende etnografie, neemt Farmer (1992) een zekere mate van afstand van de internationale AIDS-programma's en beschrijft niet alleen hoe AIDS in een dorp in Haïti ervaren wordt, maar ook hoe het Caraïbische eiland door Amerikaanse beleidsmakers werd aangewezen als mogelijke bron van het AIDS virus.

De grote mate van belangstelling voor AIDS staat in schril contrast met het gebrek aan antropologische studies naar minder dodelijke, maar wel veel voorkomende vaginale infecties en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (Green 1992).

### **Reproductieve technologie en cultuur**

Reproductieve gezondheid is niet los te zien van reproductieve technologie. Enerzijds kunnen reproductieve gezondheidsproblemen met technologieën worden verholpen, en anderzijds veroorzaken die technologieën weer nieuwe gezondheidsproblemen (Strathern 1992). Reproductieve technologieën zijn ook niet los te zien van cultuur. Zo heeft de pil in Nederland geleid tot de seksuele revolutie. Reproductieve technologieën produceren cultuur, maar ze zijn ook product van cultuur. Waarom wordt in Amerika en Europa de menopauze behandeld met hormonen? Omdat de klachten die ouderwordende vrouwen ervaren, in de Westerse geneeskunde gedefinieerd worden als hormoondeficiëntiesyndroom. Waarom worden vrouwen in de derde wereld geconfronteerd met lang-werkende hormonale anticonceptiemiddelen die door gezondheidswerkers toegediend moeten worden? Omdat internationale beleidmakers ervan uitgaan dat ongeletterde vrouwen niet in staat zijn dagelijks de pil te nemen. Middelen als Norplant (zes hormonale staafjes, die onder de huid van de bovenarm moeten worden aangebracht) zijn een product van een op demografische doeleinden (en niet op reproductieve autonomie) gericht beleid van internationale organisaties die onderzoek naar nieuwe medische technologieën financieren.

Veel is geschreven over ervaringen van vrouwen met fertiliteitsregulerende technologieën. Meestal gaat het om 'Knowledge Attitudes and Practices (KAP) studies, die kwantitatief van aard zijn. Weinig studies benaderen fertiliteitsregulering vanuit een antropologische perspectief. Een uitzondering is het werk van Nichter en Nichter (1989), die laten zien hoe anticonceptiemiddelen in Sri-Lanka cultureel geherinterpreteerd worden. De anticonceptiepil, bijvoorbeeld, heeft volgens de Sri-Lankese respondenten een verhittend effect, zozeer dat dhatu, een substantie die vitaliteit en kracht bepaalt, 'verbrand' wordt. Schrijvend over het spiraaltje in Vietnam, beschrijft Gammeltopf hoe vrouwen geloven dat het middel bijeffecten heeft. Ze voelen zich zwak en hebben vaak pijn in de rug. Gammeltopf interpreteert deze effecten als expressies van de conflicterende eisen die aan vrouwen worden gesteld: de staat benadrukt het belang van geboortebeperving, terwijl pressie vanuit de familie gericht is op meer kinderen, met name zonen.

### **De complexe interactie tussen natuur en cultuur**

Een terugkerend thema in het werk van medisch antropologen die zich bezighouden met reproductieve gezondheidskwesties is de vraag of de ervaringen van vrouwen bepaald zijn door cultuur en/of door natuur. Is er een biomedische verklaring voor het voorkomen van *shutika* in Bangladesh? Zou een Westers medicijn, de aandoeningen

die vrouwen als gevaarlijke ervaren, kunnen verhelpen? Hoe moeten we de rugpijn bij vrouwen die het spiraaltje gebruiken in Vietnam interpreteren? In hoeverre hebben de gerapporteerde bijeffecten te maken met spanningen in het sociale leven van vrouwen, dan wel met de fysiologische gevolgen van het spiraaltje? En het premenstrueel syndroom. Gaat het hier misschien om een hormonale stoornis in plaats van een 'ritual of reversal'? En hoe komt het dat ouder-wordende vrouwen in Japan klagen over stijve schouders, en niet van opvliegers, terwijl dit laatste symptoom zoveel voorkomt in Europa en de VS? Hoe komt het dat vrouwen in Nederland meestal klagen over hoofdpijn als gevolg van de pil, terwijl vrouwen in Egypte zeggen hartkloppingen er van te krijgen. Sommige van de geciteerde antropologen kiezen ervoor de ervaringen zuiver cultureel te verklaren. Alle ervaringen worden gezien als culturele constructies. Anderen, zoeken de verklaring in een dialectiek tussen biologie en cultuur. Cultuur geeft betekenis aan biologische processen en kan ook biologische processen beïnvloeden. Lock (1993), in haar eerder geciteerde boek over de menopauze suggereert dat het niet voorkomen van opvliegers in Japan, zou kunnen komen door de pseudo-oestrogenen in het voedsel, en doordat vrouwen in Japan de opvliegers niet herkennen als symptoom van het ouderworden, en dus geen woorden hebben om over de klacht te klagen; en doordat vrouwen in Japan als ze ouder worden een actieve rol blijven vervullen in de zorg voor anderen. Voor medisch antropologen die zich richten op reproductieve processen die ogenschijnlijk natuurlijk zijn, ligt een taak weggelegd om meer diepgaand de interacties tussen natuur en cultuur te onderzoeken.

### **Reproductieve gezondheid en gender**

Rondom het thema reproductieve gezondheid is een toenadering te signaleren tussen medische antropologen en onderzoekers op het terrein van gender-studies. De relatie tussen gender, macht en reproductieve gezondheid is een belangrijk thema voor medisch antropologische studies. Veel gender-geïnspireerde studies beschrijven vrouwen als slachtoffers van patriarchale culturen, en benadrukken de negatieve gevolgen van de machtsongelijkheid voor gezondheid van vrouwen. Inhorn (1994) laat bijvoorbeeld zien welke ernstige gevolgen het niet hebben van kinderen heeft in een pro-natalistische cultuur in Egypte. Vrouwen krijgen de schuld en dreigen verstoten te worden. Gender-relaties bepalen ook of vrouwen zich kunnen beschermen tegen seksueel overdraagbare aandoeningen en AIDS (De Bruyn 1992) en ongewenste zwangerschappen.

Er is een toenemende interesse binnen de gender-studies, en daarmee ook in de medisch-antropologische studies die zich door een gender-perspectief laten inspireren, voor 'agency' (Ginsburg & Rapp 1995; Greenhalgh 1995). Waar voorheen uit werd gegaan van een universele onderdrukking van vrouwen, is er nu meer aandacht voor vrouwen als handelende individuen. Vrouwen worden beschreven als actoren die hun eigen reproductieve lot bepalen.

## Noot

Anita Hardon is medisch bioloog en antropoloog, verbonden aan de Sectie Medische Antropologie van het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Zij heeft onderzoek gedaan in de Filipijnen naar zelf-medicatie in twee arme wijken van Manila en houdt zich nu bezig met culturele aspecten van 'de pil'. Adres: Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam.

## Literatuur

Ainsworth, M.

- 1985 Family Planning programs: The clients' perspective. World Bank Staff Working Papers 676, Population and Development Series 1.

Appelman, S. & F. Reysoo

- 1994 Everything you always wanted to know... Lexicon and comments on the new population concepts from a gender perspective. Vrouwenberaad Ontwikkelingssamenwerking, Oegstgeest.

Bruce, J.

- 1990 Fundamental elements of the Quality of Care: A simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.

Brummelhuis, H. ten & G. Herdt (eds.)

- 1995 *Culture and sexual risk: Anthropological perspectives on AIDS*. New York: Gordon & Breach.

Bruyn, M. de

- 1992 Women and AIDS in developing countries. *Social Science and Medicine*. 34(3): 249-62.

Buckley, T. & A.A. Gotlieb (eds.)

- 1988 *Blood magic: The anthropology of menstruation*. Berkeley: University of California Press.

Drews, A.

- 1995 *Words and silence. Communication about pregnancy and birth among the Kunda of Zambia*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Farmer, P.

- 1992 *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press.

Gammeltopf, T.M.

- 1997 Women's bodies, women's worries. Health and Family Planning in a Vietnamese Rural commune. Academisch Proefschrift, Universiteit van Copenhagen.

Garcia-Moreno, C. & A. Claro

- 1994 Challenges from the Women's Health Movement: Women's rights versus population control. In: Sen, G., A Germain & L.C. Chen (eds.) *Population policies reconsidered: Health empowerment and rights*. Harvard Series on Population and International Health. Harvard School of Public Health, Boston.

- Geest, S. van der  
 1993 Inleiding: Het meer-niveau perspectief als onderzoekstrategie. *Medische Antropologie* 5(1): 2-9.
- Germain, A. & J. Ordway  
 1989 Population control and women's health: Balancing the scales. International Women's Health Coalition, New York.
- Ginsburg, F.D. & R. Rapp  
 1993 *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Gottlieb, A.  
 1988 American premenstrual syndrome. *Anthropology Today*, 4(6): 10-13.
- Green, E.C.  
 1992 The anthropology of sexually transmitted diseases in Liberia. *Social Science & Medicine* 35(12), 1457-68.
- Greenhalgh, S.  
 1995 *Situating fertility: Anthropology and demographic enquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardon, A.P.  
 1992 The needs of women versus the interests of family planning personnel, policy-makers and researchers: Conflicting views on safety and acceptability of contraceptives. *Social Science & Medicine* 35(6):753-66.  
 1995 A critical review of sexual and reproductive health. In: *Gender, society and development. Advancing women's status: Women and men together?* Amsterdam: Royal Tropical Institute, pp. 120-36.
- Inhorn, M.  
 1994 *Quest for conception: Gender, infertility and Egyptian medical traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Jeffrey, P., R. Jeffrey & A. Lyon  
 1989 *Labour pains and labour power: Women and childbearing in India*. London: Zed Books.
- Krumeich, A.  
 1995 *The blessings of motherhood. Health pregnancy and childcare in Dominica*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Laderman, C.  
 1983 *Wives and midwives: Childbirth and nutrition in rural Malaysia*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, M.  
 1993 *Encounters with aging. Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- MacCormack, C.P. (ed.)  
 1982a *Ethnography of fertility and birth*. London: Academic Press.
- MacCormack, C.P.  
 1982b Biological, cultural and social adaptation in human fertility and birth: a synthesis. In: MacCormack 1982a.



- Mahbub, A. & S. Masud Ahmed  
1996 Perspective of women about their own health. Research and Evaluation Division, BRAC, Bangladesh.
- Martin, E.  
1992 *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Nichter, M. & M. Nichter  
1989 Modern methods of fertility regulation: When and for whom are they appropriate?  
*In: M. Nichter, Anthropology in international health: South Asian case studies*.  
Dordrecht: Kluwer, pp. 30-57.
- Sen, G., A. Germain & L.C. Chen (eds.)  
1994 *Population policies reconsidered: Health empowerment and rights*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Strathern, M.  
1992 *Reproducing the future: Essays on anthropology, kinship, and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press.