

# Economische invloeden op reproductieve gezondheid

## Een vergelijking tussen Noord en Zuid, rijk en arm

Elly Engelkes

*In dit artikel worden de economische aspecten van de context van reproductieve gezondheid van vrouwen benadrukt. Eerst wordt aan de hand van cijfers een relatie gelegd tussen het BNP van rijke en arme landen, en de getallen die betrekking hebben op moedersterfte, zuigelingensterfte en vruchtbaarheid. Daarna worden uit twee verschillende landen, een arm en een rijk, casussen gepresenteerd, die de beleving van vrouwen gedurende hun reproductieve leven, en de invloed van economische factoren daarop, illustreren. Daarna volgt een analyse van de wijze waarop deze beïnvloeding plaatsvindt.*

*[reproductieve gezondheid, vrouwen, economie, armoede, Nigeria, Nederland]*

### Inleiding

In antropologisch onderzoek wordt 'cultuur' als context gezien en medisch antropologen bestuderen de 'culturele' aspecten van ziekte en gezondheid. Opvattingen over oorzaak en behandeling van ziekte zijn inderdaad voor een groot deel cultuurgebonden. Ook in de reproductieve gezondheid (szorg) bestaan gebruiken, ideeën en taboes, die per cultuur verschillen. Cultuur is echter niet statisch. De beleving van reproductieve gezondheid en seksualiteit in onze eigen cultuur is, bijvoorbeeld, de laatste decennia enorm veranderd. Zo'n dertig jaar geleden was zwemmen, zelfs 'pootje baden', en gedeeltelijk persoonlijke hygiëne tijdens de menstruatie nog taboe. De seksuele revolutie vond slechts dertig jaar geleden plaats. Daarvóór werd over seksualiteit nauwelijks gesproken. Veel factoren hebben aan deze veranderingen bijgedragen. Economische factoren liggen hieraan vaak ten grondslag. In veel landen in de 'derde wereld' zijn de economische factoren voor grote delen van de bevolking ongunstig, en is de westerse reproductieve technologie niet doorgedrongen tot de 'massa' – wel vaak tot een rijke bovenlaag. In dit paper wil ik de verschillen in reproductieve gezondheid, en de beleving daarvan belichten vanuit de invalshoek van politiek-economische verschillen. De processen, die ik analyseer zijn: menstruatie, zwangerschap en bevalling, infertiliteit en seksueel overdraagbare ziekten. De politiek-economische factoren zijn inkomen,

sociale zekerheid, toegankelijkheid tot gezondheidszorg en sanitaire voorzieningen. Het belang van de politiek-economische invalshoek is, dat hiermee aangetoond wordt welke invloed ongelijkheid heeft op reproductieve gezondheid en de beleving daarvan bij vrouwen.

Deze ongelijkheid wordt getalsmatig al vrij duidelijk, als we landen met een hoog BNP vergelijken met die met een laag BNP. (Wereld Bevolkingsrapport 1997). Zo heeft Noorwegen, met een BNP van US\$ 33.520 en een (daarmee gepaard gaande) 100% toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, een totaal vruchtbaarheidscijfer van 1,88, een zuigelingensterfte van 5/1000, een maternale sterfte van 6 per 100.000 levendgeborenen, en een gebruik van anticonceptie van 75% van de vrouwen. Ethiopië daarentegen, met een BNP van US\$ 90 en een 40% toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, heeft een vruchtbaarheidscijfer van 7, een zuigelingensterfte van 107/1000, een maternale sterfte van 1400 per 100.000 levendgeborenen, en een 4% gebruik van anticonceptie.

Dat economie niet de enige factor is, blijkt uit een vergelijking tussen Ierland en Koeweit – landen met een praktisch even hoog BNP (US\$ 16.950 en 16.020 respectievelijk). In beide landen is de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg 100%. Het vruchtbaarheidscijfer van Ierland is 1,8, dat van Koeweit 2,77. De zuigelingensterfte in Ierland is 6/1000, in Koeweit 14/1000. Nog grotere verschillen worden gevonden voor de maternale sterfte: 6 respectievelijk 14/100.000. In Koeweit gebruikt 35% van de vrouwen anticonceptie, van het (Katholieke) Ierland is geen getal bekend. Verschillen in cultuur, religie, status van de vrouw maken dat ook landen van gelijke economische orde verschillen vertonen. Ook de vaak ongelijke verdeling van economische middelen over de bevolking binnen een land heeft invloed op de gemiddelden.

Het is ongebruikelijk, de vergelijking arm en rijk in de beleving van deze processen te gebruiken. Het klinkt zelfs on-ethisch. Immers, ieder kind is waardevol, en het verlies van een kind is een groot verdriet, of men nu rijk is of arm. Ziekte en dood komen in iedere sociaal-economische klasse voor, en wijzen ons op de menselijkheid die ondanks verschil in leefstijl bestaat. Met name reproductieve processen lijken zo basaal, dat de beleving ervan overal gelijk moet zijn. Toch waag ik het, verschillen te beschrijven vanuit het oogpunt van arm en rijk. Het gaat dan niet alleen om de invloed van rijkdom of armoede van de individuele vrouw, maar om die van haarzelf en haar omgeving.

Om deze invalshoek te illustreren en de betekenis van bovenstaande getallen te beschrijven, wil ik een aantal casussen presenteren die de invloed van armoede en rijkdom op reproductieve gezondheid en ziekte weergeven. Deze casussen spelen zich af in twee landen waar ik als arts gewerkt en geleefd heb met vrouwen:

Nigeria – een ontwikkelingsland met een BNP van \$240. Per 11.000 inwoners is er één arts. Van de bevolking heeft 57% binnen een uur toegang tot de gezondheidszorg, 31% van de geboorten wordt begeleid door getraind personeel. De zuigelingensterfte is 77/1000, de maternale sterfte 1000/100.000 levendgeborenen, en de levensverwachting voor vrouwen is 54 jaar. Van de duizend geboren jongens sterven er 165, van duizend meisjes 151 vóór het vijfde levensjaar. Zes procent van de vrouwen gebruikt anticonceptie.

Nederland – een industrieland, met een BNP van \$ 25.610. Per 400 inwoners is er een arts, 100% van de bevolking heeft toegang tot de gezondheidszorg en 100% van de geboorten wordt door een getraind persoon begeleid. De zuigelingensterfte is 6/1000, de maternale sterfte 12/100.000. Van de duizend geboren jongens sterven er 10 voor het vijfde levensjaar, van de duizend meisjes 8. De levensverwachting voor vrouwen is 80,6 jaar en 78% van de vrouwen gebruikt anticonceptie.

Wat deze getallen voor vrouwen betekenen, hoop ik aan de hand van de casussen duidelijk te maken.

### Menstruatie, zwangerschap en (vroeg)geboorte

Ojebeta uit Nigeria, nu 45 jaar. Woont in een klein dorp, waar haar echtgenoot een paar hectare grond heeft. Ze heeft haar hele leven meegeholpen, deze grond te bebouwen, en een deel van de producten op de markt te verkopen. Op deze manier slaagden zij erin het hoofd boven water te houden, al moesten ze zich soms in de schulden steken om de kinderen naar de (lagere) school te kunnen laten gaan. Eerste zwangerschap op 18-jarige leeftijd. Totaal negen zwangerschappen, zes levende kinderen. Ze heeft al haar zes kinderen anderhalf jaar borstvoeding gegeven. Negen voldragen zwangerschappen betekent een amenorrhoe van  $9 \times 9$  maanden = bijna 7 jaar, en gedurende de  $6 \times 1,5 = 9$  jaar borstvoeding heeft zij weinig, en onregelmatig gemenstrueerd. Zestien van de 25 jaar van haar vruchtbare leven is haar menstruatie dus niet of onregelmatig opgetreden. Van haar zes levende kinderen nemen de oudsten haar al veel werk uit handen, en de oudste dochter komt haar vaak om raad vragen, als het om eigen zwangerschap en kinderverzorging gaat. Ze hoopt, dat haar menstruatie spoedig voorgoed ophoudt, zodat ze de laatste jaren van haar leven niet meer bang hoeft te zijn voor een zwangerschap. Haar zwangerschappen en bevallingen zijn zonder veel problemen verlopen, in tegenstelling tot bij veel van haar vriendinnen, die door bloedarmoede verzwakt waren, en waarvan enkele te kleine en doodgeboren kinderen hebben gehad.

De twee overleden kinderen werden slechts enkele weken oud; ze zijn aan tetanus en sepsis gestorven. Ze hebben geen naam gekregen, dat is in haar cultuur niet gebruikelijk voordat een kind twee maanden oud is. *Vóór die tijd wordt het kind niet als persoon gezien.* Dit is pas het geval als het een jaar oud is, en een ceremonie heeft doorgeemaakt.

Ellen uit Nederland, eveneens 45 jaar oud, heeft drie levende kinderen. Anticonceptie heeft ze gebruikt van 18-26 jaar, tijdens haar studie en haar werk als verpleegkundige. Getrouwd met een onderwijzer, na de geboorte van het eerste kind opgehouden met werken. Op haar 35e is ze gesteriliseerd. De kinderen kregen gemiddeld 5 maanden borstvoeding. Ellen heeft in haar vruchtbare leven dus  $3 \times 14 = 42$  maanden = 3,5 jaar niet gemenstrueerd. Toen de kinderen naar school gingen is ze weer enkele uren per week gaan werken, maar een full-time baan was niet te krijgen. Momenteel heeft ze last van opvliegers, de menstruatie is onregelmatig. Ze gebruikt daarvoor hormonen. De kinderen zijn

de deur uit, twee zijn getrouwd, ze hebben allen een beroepsopleiding gevolgd. Ze wonen ver weg. Ellen heeft buien van depressie, slaapt slecht en is snel geïrriteerd.

Marijke, eveneens uit Nederland, 34 jaar oud, serveerster in een restaurant, getrouwd met een winkelbediende. Heeft tien jaar anticonceptie gebruikt. Werd een half jaar nadat ze gestopt was zwanger. Toen ze voor het eerst naar de verloskundige geweest was, ging ze zich voorbereiden op de komst van de baby, en kwamen de folders binnen met reclame voor baby-uitzet en -kamer. In de vierde maand begon ze rond te kijken, en na vijf maanden werden wieg, kast en commode aangeschaft. Ook werd een echografie gedaan om het geslacht van het kind te weten te komen. Het 'fotootje' kreeg ze mee naar huis en werd aan vrienden en kennissen getoond. Toen – nog in de vijfde maand – echter begon ze bloed te verliezen en kreeg ze weeën. Na twee weken ziekenhuisopname had ze een vroeggeboorte. Het kind overleed na een dag. De babykamer moest ontruimd worden. Het fotootje werd ver weggestopt. Het duurde twee maanden, voordat ze zich psychisch weer sterk genoeg voelde, om part-time te werken.

Fatima uit Nigeria, echtgenote van een handelaar en boer, zag ook haar eerste zwangerschap vroegtijdig eindigen. Bij haar geen ziekenhuisopname vooraf; het ziekenhuis was daarvoor te ver en te duur. Ze werkte door, ook toen ze bloed verloor. Tijdens het werk op het land kreeg ze hevige buikpijn en toen ze een paar uur was gaan liggen, werd de vrucht geboren. In haar cultuur wordt een geboorte vóór de achtste maand van de zwangerschap niet als bevalling, maar als miskraam beschouwd. Wat geboren wordt is geen baby, maar een dat uit onderdelen bestaat die nog niet aan elkaar zitten (Sargent 1989: 39). Het blijft niet leven en krijgt geen begrafenis. Fatima heeft een kuil gegraven om het 'schepsel' in te leggen. Ze is naar huis gegaan en stond de volgende dag weer op het land.

Deze vier voorbeelden illustreren een aantal manieren, waarop de economische situatie invloed heeft op het beleven van reproductieve processen als menstruatie, zwangerschap en miskraam. Er zijn goede redenen voor het krijgen van veel kinderen in slechte sociaal-economische situaties:

- kinderen zijn nodig voor de oude dag (gebrek aan sociale zekerheid), voor het werk op het land, voor de zorg voor broertjes en zusjes;
- je weet nooit hoeveel er in leven blijven (hoge zuigelings- en kindersterfte),
- door weinig of geen onderwijs is er geen andere mogelijkheid tot het verkrijgen van inkomsten, invulling van het leven, en het verwerven van status;
- geringe toegankelijkheid tot anticonceptie.

Waar de economische situatie slecht is, zijn kinderen nodig om te overleven. Combineren van werk en kinderen is in armoede geen recht, maar noodzaak. In een 'rijke situatie' (die ook in de bovenlaag van veel ontwikkelingslanden voorkomt) wordt het krijgen van kinderen vaak uitgesteld om andere geneugten van het leven te verkrijgen, of om eerst een carrière op te bouwen. Er zijn minder kinderen nodig, ook doordat de overlevingskansen groter is. Men geeft met beschikbare middelen kinderen graag een goede jeugd, en denkt in dit verband minder aan eigen toekomst.

Minder zwangerschappen betekent minder aanslag op het lichaam van een vrouw, en daardoor vaak ook een betere gezondheid. Het betekent ook aanzienlijk meer 'menstruaties gedurende de reproductieve leeftijd'. De drie levende kinderen hebben in het leven van Ellen een amenorrhoe van 3,5 jaar veroorzaakt, terwijl Ojebeta 16 jaar niet gemenstrueerd heeft. Daarentegen zal Ojebeta's post-menopausale leven waarschijnlijk nog geen tien jaar bedragen, terwijl Ellen nog een niet-vruchtbaar leven van 35 jaar te wachten staat. Deze factoren moeten bijdragen aan een andere beleving van die menstruatie. Waar kinderen nodig zijn, zal het uitblijven van de menstruatie anders beleefd worden dan daar waar men zich de luxe kan permitteren eerst andere dingen in het leven te willen doen, waardoor er voor kinderen nog geen plaats is. De beleving van het uitblijven van de menstruatie in de menopauze hangt vooral af van psycho-sociale factoren die slechts indirect met de economie samenhangen (Smith 1996: 313).

Er is nog een factor, die op de houding ten aanzien van menstruatie invloed heeft en met economische omstandigheden te maken heeft. Waar mensen slecht behuist zijn, geen waterleiding hebben, met velen in een vertrek slapen, en waar oude lappen gebruikt worden als maandverband (die in de rivier gewassen worden voor hergebruik), zal menstruatie sneller met geheimzinnigheid en taboes omgeven worden dan in een maatschappij met wasmachines, maandverband en inlegkruisjes (die aan de vrouw gebracht moeten worden). Het comfort en de openheid rond menstruatie in onze tijd kan door de commercie echter op een vrouw-onvriendelijke wijze gebracht worden. Men denke aan de reclames voor maandverband en wasmiddelen.

Waar door betere gezondheidstoestand van vrouwen, betere gezondheidszorg en de toegang tot technologie (hetgeen te maken heeft met inkomen en sociale zekerheid), de overlevingskansen van kinderen groter worden, wordt een doodgeboorte of miskraam anders beleefd. In de ons omringende wereld wordt door zwangeren veel minder rekening gehouden met de mogelijkheid van miskraam of doodgeboorte en is de schok des te groter, als het toch gebeurt. Onlangs (Van der Eerden 1997) werd aangedrongen op rouwbegeleiding bij doodgeboren kinderen bij een zwangerschapsduur van onder de 24 weken. Deze rouwverwerking wordt bemoeilijkt, omdat de 'kinderen' niet in het bevolkingsregister kunnen worden ingeschreven, dus geen naam hebben, en niet begraven kunnen worden. De overlevingskans bij een zwangerschapsduur van onder de 28 weken (vroeger levensvatbare leeftijd genoemd) wordt steeds groter door intensive care na de geboorte (Tin et al. 1997: 148-52). Overigens gaat die zorg wel gepaard met vele spanningen voor de ouders en ook met soms ernstige handicaps van de kinderen. Hierdoor, en door het maken van echo's en video's – deels vanuit de gezondheidszorg, deels door de commercie – wordt steeds vroeger in de zwangerschap een ongeboren kind als kind beschouwd. Ook wordt het rouwproces bemoeilijkt door de commercie die steeds meer de 'roze wolk' propageert, en mensen aanspoort al vroeg in de zwangerschap duizenden guldens uit te geven voor babykamer en -uitzet. Na een miskraam moet de babykamer ontruimd worden en het fotootje of de video moet weer een plaats krijgen. Wel heel iets anders dan een situatie waar één van de honderd kinderen tijdens de geboorte en vijftien procent in het eerste levensjaar sterft. Daar durft men nauwelijks te hopen, dat het goed zal gaan. In slechtere economische omstandigheden wordt zelfs het voldragen kind vaak pas maanden na de geboorte als mens erkend. Dit andere verwachtingspatroon brengt

een andere beleving van de zwangerschap met zich mee en verklaart de in veel culturen voorkomende taboe om kinderen snel na de geboorte een naam te geven.

Verder is het de moeder of schoonmoeder, die in culturen met minder mobiliteit dichtbij woont en van wier wijsheid gebruik gemaakt wordt. De oudere vrouw verwerft daarmee tevens meer status. In onze rijke maatschappij met al zijn technische mogelijkheden wordt de moeder vervangen door brochures en tijdschriften. Het scala aan soorten zwangerschapsgymnastiek, van yoga tot haptonomie, Mensendieck en Lamaze methode is een arme vrouw, die op het land moet werken, en kilometers moet lopen voor water, niet beschoren. Waarschijnlijk krijgt ze ook zonder deze methoden voldoende spieroefening. Zwangerschapsverlof is de meeste arme vrouwen vreemd.

Tenslotte nog een casus over zwangerschap die tot de dood leidt. Het is een casus uit Nigeria, zonder parallel uit Nederland. Weliswaar komt moedersterfte ook in gunstige sociaal-economische omstandigheden voor maar zo zelden en vanwege zo verschillende oorzaken, dat iedere vergelijking mank zou gaan.

Het betreft Ogugua, woonachtig op het platteland, twintig jaar oud en zwanger. Als kind is ze een tijdlang ondervoed geweest, al noemde haar familie dat 'mager'. Aangezien haar moeder, een ongeletterde vrouw, niet met haar naar een consultatiebureau voor moeder- en kindzorg ging (ze had met haar zes kinderen geen tijd om naar het gezondheidscentrum te lopen), werd haar situatie niet als groeiachterstand onderkend. Wat ook niet onderkend werd, was een waarschijnlijk daardoor ontstane bekkenvernauwing. Toen haar menstruatie een paar maanden uitbleef, bezocht ze de traditionele vroedvrouw – een dorpsgenoot-, die zwangerschap vaststelde. Ze bezocht haar nog wel eens als ze klachten had. Na een normale zwangerschapsduur begonnen de weeën, en enkele uren later braken de vliezen. De vroedvrouw bleef daarna bij haar. Ondanks uren persen vorderde de baring niet. Het was nacht en het was niet mogelijk transport te vinden naar het ziekenhuis. Dit lukte pas de volgende dag, toen Ogugua af 36 uur in partu was. Ze had koorts. Een uur voor vertrek had ze bovendien plotseling hevige pijn. Daarna was ze nauwelijks meer aanspreekbaar. Aangekomen in het ziekenhuis bleek ze in shock. Wegens buikvliesontsteking, veroorzaakt door de langdurig gebroken vliezen, en verspreid door een seheur in de baarmoeder, kreeg ze een infuus met antibiotica. Haar inmiddels dode kind werd verwijderd. De buik werd geopend, om de scheur in de baarmoeder te overhechten. Die scheur was veroorzaakt door de langdurige druk van het kinderhoofd, dat wegens de bekkenvernauwing niet kon indalen. Na deze ingreep is ze nog even bij kennis geweest, maar na twee dagen overleed ze. De shock en de niet op antibiotica reagerende infectie waren te ernstig.

Dit soort situaties komt in arme streken frequent voor. Als vrouwen als Ogugua het overleven, is het waarschijnlijk, dat ze een blaasfistel oplopen, waardoor ze incontinent worden. De kans op het krijgen van kinderen is praktisch verkeken. Ook bloedverlies, slecht uitgevoerde abortus en buitenbaarmoederlijke zwangerschap veroorzaken perinatale sterfte. En tenslotte zijn er nog: gebrekkige voeding tijdens de jeugd, slechte wegen, gebrek aan transport, en tekort aan geld voor goede prenatale controle (Royston & Armstrong 1989: 100-4). Uiteraard geldt ook hier weer dat rijke vrouwen in steden van ontwikkelingslanden minder te lijden hebben van dit soort problemen.

De kans dat een vrouw in Afrika sterft aan oorzaken, die te maken hebben met zwangerschap of bevalling, is gemiddeld één op 21. In Azië is dit één op 50. In Europa één op 2000 (WHO 1998). De wolk om een arme zwangere is niet rose, maar zwart, een wolk, die vaak onweer voorspelt.

Er zijn echter nog meer zaken binnen de reproductieve gezondheid – of ongezondheid – die door economische omstandigheden bepaald worden.

### **Seksueel overdraagbare ziekten en infertiliteit**

Okechukwu werd geboren in een klein dorp in Nigeria als kind van een relatief redelijk gesitueerde boer met drie vrouwen. Ze wilde geen leven zoals dat van haar moeder, die haar hele leven zwaar werk op het land moest verrichten en geen enkele vorm van luxe kende. Op haar twintigste trok ze daarom naar de stad op zoek naar werk. Toen dit niet lukte, was de enige mogelijkheid, geld te verdienen door seksuele diensten aan te bieden. Na een jaar liep ze daarbij een geslachtsziekte op. Deze behandelde ze met enkele antibiotica capsules, die ze op de markt had gekocht. Enkele maanden later kreeg ze echter koorts en onderbuikklaften. Ze werd in het ziekenhuis opgenomen en behandeld voor 'pelvic inflammatory disease' (opstijgende infectie van de onderbuik, uitgaande van de baarmoeder). Een jaar later keerde ze terug naar haar dorp met wat geld en luxe artikelen. Ze trouwde met een plaatselijke zakenman. Toen ze na vier jaar nog geen kinderen had en het lokale ziekenhuis haar niet kon helpen, nam de man een tweede vrouw.

Marjolein uit Nederland werd seksueel actief tijdens haar studie sociologie. Ze had vele losse en vaste contacten, die af en toe resulteerden in een infectie die door de huisarts werd behandeld. Ze bleef na haar studie zes jaar werken voordat ze besloot kinderen te 'nemen'. Toen dit na een jaar nog niet gelukt was, liet ze zich onderzoeken en uiteindelijk slaagde zij erin om via IVF zwanger te worden en twee gezonde kinderen te krijgen.

Vrouwen in zwakke economische posities zullen vaker gedwongen zijn, met seks een inkomen te verwerven, daarbij het risico lopend op een SOA (seksueel overdraagbare aandoening) of HIV-infectie. Een SOA kan gemakkelijk leiden tot infertiliteit, vooral waar geen vroege behandeling plaatsvindt vanwege een gebrekkige toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten. Waar bij economisch goed gesitueerden een scala aan infertiliteitsbehandelingen geboden (waaronder IVF) kan worden, is dit juist niet het geval voor arme vrouwen. Ook de oorzaak van de onvruchtbaarheid is verschillend: in luxe omstandigheden vooral door een late kinderwens, in slechtere economische situaties meestal een niet of slecht behandelde geslachtsziekte. Die geslachtsziekte wordt dan ook nog vaak opgelopen bij een uit economische noodzaak verrichte activiteit, terwijl diezelfde seksuele activiteit in de rijke omgeving minder risico heeft en geen economische noodzaak is.

Ook ten aanzien van AIDS tijdens de zwangerschap zijn er contrasten: in Afrika, waar in veel streken de ziekte endemisch is, is de mogelijkheid tot behandelen praktisch

uitgesloten. Gevolg: veel wezen, en kinderen die tijdens de zwangerschap en bevalling besmet zijn met HIV. Een zwangere in gunstige economische omstandigheden en met een goede gezondheidszorg kan door allerlei behandelingen en ingrepen de kans op verticale transmissie van HIV naar haar kind verminderen.

## Conclusies

Sociaal-economische factoren bepalen mede de reproductieve gezondheid en het beleven ervan. Bovengenoemde casussen geven aan hoe voeding, mogelijkheden tot ontplooiing, beschikbaarheid van gezondheidszorg, anticonceptiva en reproductieve technologie de beleving van reproductie beïnvloeden. Veranderende economische omstandigheden beïnvloeden niet alleen de reproductieve gezondheid van individuele vrouwen, zij hebben ook effect op de culturele aspecten, al zal dat niet altijd onmiddellijk gebeuren. Er zijn, naast economische, ook culturele barrières tegen gebruikmaking van westerse medische technologie. Zo kan in een cultuur het doormaken van een keizersnede een sterke stigmatisering ten gevolge hebben. Dit kan vrouwen ervan weerhouden, in een ziekenhuis te bevallen (Engelkes 1991). Hebben vrouwen echter zelf mogelijkheden om zich sociaal en financieel staande te houden, dan zal het nadeel van de stigmatisering afgewogen worden tegen dood en ziekte ten gevolge van onvoldoende begeleiding van een gecompliceerde bevalling. Deze keuze hangt ook weer samen met de kwaliteit van de geboden diensten en de status van vrouwen en hun echtgenoten in een verwestersende maatschappij (Sargent 1989: 48-110). Als de moderne gezondheidszorg van goede kwaliteit is en als het benodigde geld ervoor beschikbaar is, wordt er gebruik van gemaakt. Hoe door betere prognoses culturele gebruiken veranderen, laat ook de naamgeving van on- en pasgeborenen in verschillende economische situaties zien.

Ook in de rijke Arabische wereld wordt gebruik gemaakt van IVF, evenals in de hoogste kringen in India. Keizersnedes worden over de gehele wereld uitgevoerd. Er zijn vele technologische successen, die vrouwen- en kinderlevens redden en ziekte en handicap voorkomen, overal ter wereld, onafhankelijk van cultuur. Zij kosten echter geld.

Medische technologie heeft ook schaduwzijden. Er wordt afhankelijkheid mee gecreëerd. Het gevaar bestaat, dat vrouwen, om alle risico's te vermijden, zich onderwerpen aan een technologie die hun volkomen vreemd is. Een commercialisering van de technologie bevordert die afhankelijkheid. Tijdens de gehele geslachtsrijpe periode en daarna moeten vrouwen in de rijke wereld keuzes maken, om niet een object te worden van techniek en commercie. Met de export van de technologie geldt dit ook voor vrouwen in de 'derde wereld' (Gupta 1987).

In de economische situatie waarin veel vrouwen in de 'derde wereld' leven, zijn weinig keuzes. Slechte voeding in de jeugd kan al een eerste risicofactor zijn. Weinig mogelijkheden, de noodzaak van een groot kindertal voor overleven, het moeten accepteren van ziekte en sterfte door gebrekkige gezondheidszorg – het is het tegenovergestelde van wat de vrouwen uit hoge sociaal economische lagen van de bevolking of



rijke landen meemaken. De uitdaging is de onnodige mortaliteit en morbiditeit bij arme vrouwen te doen verminderen, zonder dat zij hun identiteit verliezen. Het is duidelijk dat daarvoor programma's voor moeder- en kindzorg en family planning alleen niet voldoende zijn.

Sociaal-economische ongelijkheid veroorzaakt ook in rijke landen verschillen in levensverwachting en gezondheidstoestand (Payne 1991: 117-54), al zijn die (nog) niet zo extreem als in vele ontwikkelingslanden. Zo is de zuigelingensterfte in Harlem (USA), even hoog als in Bangladesh. Verschillen in moedersterfte en kindersterfte tussen allochtone en autochtone Nederlanders zijn aangetoond (Schulpen 1996). Bij allochtonen speelt ook hun lagere sociaal-economische situatie mee, al is de invloed van het moederland en de lagere toegankelijkheid van het Nederlandse gezondheidssysteem voor hen mede oorzaak. Verschillen in zuigelingensterfte tussen hogere en lagere sociale klassen bestaan in Nederland nog steeds (Van de Mheen et al. 1996).

Deze sociaal-economische verschillen maken mede, dat een vrouw uit Harlem haar reproductieve gezondheid anders beleeft dan een vrouw uit de hoogste kaste in India. Misschien zal, ondanks of naast culturele, religieuze, etnische en politieke verschillen, de beleving van de eerste meer lijken op die van een arme vrouw uit Bangladesh, terwijl de laatste meer gemeen kunnen hebben met een vrouw uit Noorwegen. Een veronderstelling die de moeite waard is, om te onderzoeken.

## Noot

Elly Engelkes is sociaal geneeskundige en epidemioloog. Zij heeft als algemeen arts in Nederland en Nigeria gewerkt en als public health consultant heeft zij een Primary Health Care project in Colombia gecoördineerd. Na enkele jaren als consultant gezondheidszorgprojecten in Afrika en Latijns Amerika te hebben begeleid, werd zij stafmedewerker van de Medische Opvang van het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers, een functie die zij nog steeds bekleedt. Daarnaast is zij betrokken bij activiteiten op het gebied van vrouwen en gezondheid, waarover zij ook heeft gepubliceerd. Correspondentie-adres: Interhealth, Postbus 17, 7980 AA Diever.

Met dank aan Jannes en Helma Mulder, die mij, met een kritische blik op de roze wolk, weer up to date maakten met de veranderingen met betrekking tot zwanger zijn en bevallen in Nederland.

## Literatuur

- Eerden, B.E.W.M. van der, G.M.J.H. Goltstein & F.J.M.E. Roumen  
1997 Problematiek rond de lijkbezorging van doodgeboren kinderen bij een zwangerschapsduur onder de 24 weken *Medisch Contact* 42/52: 1322-23.
- Gupta, J.A.  
1987 Arm, rijk, zwart, wit. Aspecten van bevolkingspolitiek. In: A. Onstenk & L. Wilkens (red.), *Voortplanting als bio-industrie*. Amsterdam: Sara, pp. 116-31.

- Mheen, H. van de  
 1996 Socioeconomic inequalities in perinatal and infant mortality from 1854 to 1990 in Amsterdam, the Netherlands. *European Journal of Public Health* 6: 166-74.
- Payne, S.  
 1991 *Women, health and poverty*. Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Royston, E. & S. Armstrong (eds)  
 1989 *Preventing maternal deaths*. Geneva: World Health Organization.
- Sargent, C.F.  
 1989 *Maternity, medicine and power: Reproductive decisions in urban Benin*. Berkeley: University of California Press.
- Schulpen, T.W.J. (red.)  
 1996 *Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland*. Utrecht: Centre for Migration and Child Health.
- Smith, N.I.  
 1996 Causality, menopause and depression: A critical review of the literature. *British Medical Journal* 313: 1129-32.
- Tin, W., U. Wariyar & E. Hey  
 1997 Changing prognoses for babies of less than 28 weeks' gestation in the north of England between 1983 and 1994. *British Medical Journal* 314: 107-11.
- United Nations Population Fund  
 1997 *Wereld bevolkingsrapport*. New York: World Population Foundation.