

## Ten geleide: Reproductieve gezondheid en cultuur

Anita Hardon

Er zijn minstens twee redenen om een themanummer over reproductieve gezondheid en cultuur uit te brengen. Ten eerste staat reproductieve gezondheid volop in de belangstelling in de medische antropologie. De ene na de andere verzamelbundel van artikelen verschijnt (zie o.a. Davis Floyd & Sargent 1997; Ginsbury & Rapp 1995; Lock & Kaufert 1998), wat niet betekent dat het thema nieuw is. Onderzoek in andere culturen heeft al in de jaren tachtig bijgedragen tot een problematisering van de wijze waarop in het Westen deze 'natuurlijke' processen gemedicaliseerd worden (Hardon 1997). Wel nieuw is het perspectief waarmee naar deze processen wordt gekeken. Niet langer gaat het om de bestudering van reproductieve processen in afgebakende culturele settings, maar om lokale visies en praktijken gesitueerd in een transnationale samenleving, waarbij vrouwen als actoren centraal staan en reproductieve technologie meer aandacht krijgt dan voorheen.

Een tweede reden om reproductieve gezondheid als thema te nemen is de verschuiving die is opgetreden in internationaal gezondheidsbeleid. Waar in de jaren tachtig *Primary Health Care* (PHC) centraal stond in de medische ontwikkelingssamenwerking, is in de jaren negentig *reproductieve gezondheid* het centrale thema. 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 (Hardon 1995). De meest recente internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD), nam in 1994 te Kairo 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 infertiliteit (UN 1994).

In dit themanummer is een aantal bijdragen opgenomen die gepresenteerd werden tijdens het symposium 'Reproductieve Gezondheid en Cultuur' dat eerder in dit tijdschrift is aangekondigd (Hardon 1997). De bijdragen zijn divers wat betreft thematiek, perspectief en onderzoekslocatie.

Het eerste artikel gaat over bevalling. Het perspectief van dit artikel is verfrissend. Niet de bevallende vrouwen staan centraal (zoals meestal het geval is in antropologische studies naar reproductieve processen), maar de verloskundigen en gynaecologen

en de wijze waarop deze twee partijen veiligheid construeren. Op grond van een bestudering van verloskundige handboeken en wetenschappelijke literatuur over de bevalling komen Struhkamp en Krumeich tot de conclusie dat gynaecologen en verloskundigen veiligheid verschillend definiëren. Veiligheid betekent voor gynaecologen bewaking, controle, nauwkeurigheid en betrouwbaarheid. Zij beroepen zich op metingen van bloedgaswaarden en statistieken over perinatale sterfte. Verloskundigen zoeken de veiligheid in de vraag of tijdens de bevalling adequaat gereageerd wordt op problemen die zich voordoen. Zij hechten waarde aan gevoelens en belevingen van moeder. Het is in hun visie van groot belang dat moeders in spe zelf bepalen hoe de geboorte plaatsvindt. Het verschil in constructie van veiligheid, maakt het volgens de auteurs moeilijk voor verloskundigen en gynaecologen om te komen tot consensus over de veiligheid van de thuisbevalling.

Deze bijdrage aan het themanummer is belangrijk omdat de auteurs duidelijk maken dat uitspraken over veiligheid en effectiviteit, zoals gehanteerd in de geneeskunde, niet neutrale feiten weergeven maar constructen zijn die mede bepaald worden door de technologie die beschikbaar is om lichaamsprocessen meetbaar te maken.

Het tweede artikel in dit themanummer is een verslag van een exploratief onderzoek naar het gebruik van de pil door Nederlandse 'meiden' tussen de 13 en 21 jaar. Uit het onderzoek van Hardon en Van Zorge blijkt dat meiden de pil vaak gebruiken om hun menstruatie te regelen en niet voor anticonceptie. Door te verwijzen naar een 'andere' reden om aan de pil te gaan hoeven de meiden niet te praten over seksualiteit. Controle is verder een terugkerend thema in de interviews. De noodzaak tot controleren van de menstruatie lijkt voort te komen uit het belang te kunnen presteren naar de verwachte maatstaven van de maatschappij met betrekking tot werk, school en sociale contacten. Daarbij komt dat een 'natuurlijk' verlopende menstruatie vaak niet voorspelbaar is (vooral bij meiden die net beginnen te menstrueren). De pil verschaft hun een middel om een einde te maken aan deze onvoorspelbaarheid. De menstruatie kan gepland worden en hoeft belangrijke sociale gebeurtenissen, zoals vakanties, niet langer in de weg te staan. Het reguleren van de menstruatie lijkt voor de meiden een uiting van zelfvertrouwen en macht. Zij beheersen hun leven.

Hardon en Van Zorge verwijzen naar Crawford (1984), die betoogt dat controle een centraal cultureel thema is in het hedendaagse gezondheidsvertoog. Door het lichaam te beheersen, laat men zien dat men voldoet aan centrale waarden in de hedendaagse maatschappij, die van individualiteit en zelf-beheersing. De drang naar controle van het lichaam uit zich volgens van Dongen (1997) ook in de wijze waarop meiden aan de lijn doen om te voldoen aan het heersende schoonheidsideaal. Van Dongen beschrijft hoe haar dochter plezier beleeft aan de wijze waarop zij door het reguleren van haar voeding erin slaagt haar babyvet en pukkeltjes te doen verdwijnen. Ze triomfeerde over het normale verlangen te eten, maar bleef erdoor geobsedeerd.

Hoezeer anticonceptiepraktijken context-specifiek zijn, wordt duidelijk wanneer we het perspectief op de anticonceptiepil van jonge meiden in Nederland vergelijken met de visie op de pil van zwarte vrouwen in Kaapstad zoals beschreven in de bijdrage van Harries. Vrouwen daar associëren de pil niet met controle, maar juist met vergeetachtigheid en ongewenste zwangerschap. Zij zeggen dat ze zich niet kunnen houden

aan het één-pil-per-dag regime. Één van hen: "I just have to look at the pill, and the next day I am pregnant". Deze vrouwen geven de voorkeur aan Depo Provera, de hormonale prikpil, die drie maanden werkzaam is. Deze vrouwen gebruiken de prikpil even vanzelfsprekend als de meiden in Nederland *de pil*. Het verschil is te relateren aan de relatieve onmacht die de Zuid-Afrikaanse vrouwen ervaren in hun seksuele relaties met mannen (die meer kinderen willen). De vrouwen zouden de pil moeten verstoppert voor hun mannen. De prikpil kunnen ze nemen zonder dat hun mannen het weten. Hij wordt toegediend in de kliniek waar vrouwen ook heen gaan voor prenatale controles. De gezondheidskliniek ervaren zij als een vrouwen-domein.

De bevindingen van Harries problematiseren de kritiek op de prikpil zoals die door de internationale gezondheidsbeweging is geuit (cf. Hardon 1992). Vanuit feministisch perspectief betoogt deze beweging dat de prikpil medicaliserend werkt. Medici moeten de prik toedienen en vrouwen kunnen het effect van de prik niet zelf stop zetten als ze bijwerkingen ervaren. Deze bezwaren tegen de prikpil vinden we niet terug in het vertoog van de Zuid-Afrikaanse vrouwen. Zij zien de verpleegkundigen in de lokale kliniek als bondgenoten en ervaren de vruchtbaarheidswensen van hun mannen als bedreigend. Zij spreken niet over de bijwerkingen, maar over voordelen van de prikpil.

Een vergelijking tussen de bevindingen van Hardon/Van Zorge en Harries maakt duidelijk dat een gender-perspectief onontbeerlijk is om lokale anticonceptiepraktijken te begrijpen. De als vanzelfsprekend ervaren anticonceptiepraktijken zijn echter niet *alleen afhankelijk van de machtsverhoudingen tussen de seksen. De activiteiten van de medische instituties nu en in het verleden zijn net zo zeer van belang.* In een situatie waar lange tijd de blanke Zuid-Afrikaanse overheid de prikpil verspreidde als middel om de hoge vruchtbaarheid van zwarte vrouwen in te perken, is de prikpil een onderdeel geworden van de reproductieve *habitus* van diezelfde vrouwen. Zij weten niet beter dan dat je *fertiliteit reguleert met de prikpil. Daar wordt niet meer over nagedacht.* Keuzen worden niet meer gemaakt. Je gaat gewoon naar de kliniek en haalt een prik.

Het bestaan van dergelijke vastliggende fertilitetsregulerende regimes maakt duidelijk dat de rationale-keuze modellen die micro-demografen hanteren ongeschikt zijn om fertilitetsgedrag te begrijpen. Individuele vrouwen maken doorgaans niet keuzen uit het beschikbare aanbod van anticonceptiemiddelen op grond van een expliciete afweging van voor- en nadelen van verschillende vormen van anticonceptie. Hun gedrag reflecteert een *habitus*, een vanzelfsprekende praktijk die historisch geconstitueerd is en context specifiek.

Koster, de auteur van de vierde bijdrage, was aanvankelijk ook van plan om fertilitetsregulerende praktijken te beschrijven in Nigeria. Gedurende voorbereidend veldwerk bleek echter dat de Yoruba vrouwen die zij interviewde zich veel drukker maakten over infertiliteit. Onvruchtbaarheid zien zij als een grote bedreiging. Een vrouw zonder kinderen heeft een ongelukkig en 'zinloos' leven. Zij voelt zich als een uitgestotene en wordt van hekserij verdacht. Angst voor onvruchtbaarheid bepaalt mede hoe vrouwen omgaan met anticonceptiemiddelen.

Sommige vrouwen vertelden haar dat ze liever abortus toepassen dan dat ze anticonceptiemiddelen gebruiken, omdat ze eerst willen bewijzen dat ze vruchtbaar zijn. Abortus komt veel voor. De helft van Koster's informanten heeft een abortus ondergaan.

De ambivalentie van vrouwen jegens abortus blijkt uit de bevinding dat vrouwen de gevolgen van abortus ook zien als oorzaak van onvruchtbaarheid. Yoruba vrouwen denken onder meer dat als na de abortus, de vrouw blijft bloeden, het bloed een vleesboom kan vormen die vruchtbaarheid in het vervolg verhindert. Alhoewel Koster zich niet primair ten doel stelt het fertiliteitsregulerend gedrag van de vrouwen in kaart te brengen, blijkt uit haar bevindingen dat abortus een belangrijke rol speelt. Een factor van belang is wellicht de gebrekkige distributie van anticonceptiemiddelen in Nigeria zoals beschreven door Kisekka & Okeshola (1997) in een studie naar kwaliteit van de zorg.

Abortus is een omstreden onderdeel van het reproductieve gezondheidsconcept dat aanvaard is door internationale beleidsmakers in 1994. Religieuze groeperingen keuren abortus af en de Amerikaanse overheid wil geen steun geven aan ontwikkelingsprogramma's die abortus uitvoeren. In de formulering en implementatie van reproductieve gezondheidsprogramma's besteden gezondheidswerkers en beleidsmakers meestal geen aandacht aan abortus. Het gebrek aan abortus dienstverlening is problematisch, omdat uit onderzoeken zoals die van Koster in Nigeria blijkt dat abortus een veel landen een belangrijke vorm van vruchtbaarheidsregulering is, vooral in pro-natalistische culturen waar abortus officieel illegaal is en waar het gebruik van anticonceptiemiddelen niet aanvaardbaar is voordat het eerste kind is geboren (en fertiliteit nog niet is bewezen). In deze landen komt abortus veel voor bij jonge ongetrouwde vrouwen, die al helemaal geen toegang hebben tot diensten die anticonceptiemiddelen verschaffen en wel seksueel actief zijn.

Het laatste artikel het thema-gedeelte van dit nummer vraagt aandacht voor economische invloeden op reproductieve gezondheid. Engelkes zet zich in dit artikel af tegen de nadruk die medisch antropologen leggen op de invloed van cultuur. Zij analyseert verschillen in de beleving van gezondheid vanuit politiek-economisch perspectief. In arme landen wensen vrouwen vaak veel kinderen vanwege de noodzaak om kinderen te hebben als zij oud zijn. Andere factoren die de fertiliteit bevorderen zijn de hoge zuigelingen- en kindersterfte, het gebrek aan betaalde arbeid voor vrouwen en de lage toegankelijkheid tot anticonceptie. Hoge fertiliteit heeft grote gevolgen voor de beleving van de reproductieve gezondheid volgens Engelkes. Zij rekent voor dat een vrouw in Nigeria, die negen voldragen zwangerschappen heeft, gemiddeld negen jaar borstvoeding geeft en onregelmatig menstrueert. Haar kinderen werken mee op het land. Ze verheugt zich op het ophouden van haar menstruatie. Haar beleving van zwangerschap en menstruatie verschilt sterk van die van een Nederlandse vrouw die drie kinderen heeft, in totaal slechts vijftien maanden borstvoeding heeft gegeven en last heeft van opvliegers. Vernieuwend in het betoog van Engelkes is de relatie die zij legt tussen verschillen in rijkdom en de beleving van gezondheid. Met hun nadruk op lokale context, dreigen medisch antropologen de invloeden van macro-economische processen over het hoofd te zien. De hedendaagse interesse in processen van globalisering zou ons moeten uitdagen de politieke economie weer in ons interpretatiekader op te nemen.

Een primeur in dit nummer van *Medische Antropologie* zijn de methodologische notities. Drie studenten die deelnemen aan de internationale Masters opleiding in de Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam reflecteren op veldwerk dat zij in het verleden hebben uitgevoerd met collega's. Shahaduzzaman en Chowdury

bespreken het gebruik van de 'body-mapping' tijdens onderzoek in Bangladesh. Zij plaatsen kanttekeningen bij deze populaire onderzoekstechniek. Naast het resultaat, is het proces het bestuderen waard. Ramanathan en haar collega's reflecteren op de rol die gender speelt in veldwerk. Zij waren verbaasd dat mannelijke interviewers een schat van onderzoeksgegevens verkregen van vrouwelijke respondenten. De respondenten leken echter de interviewers vooral te zien als mogelijke informatiebronnen. De behoefte aan informatie over anticonceptie bleek voor de respondenten belangrijker dan het voorgeschreven rolpatroon. Kirbat beschrijft een zeer interessante studie naar de ontwikkeling van een nieuw anticonceptiemiddel, het antifertiliteitsvaccin. Zij reflecteert op het proces van 'informed consent' dat voorafgaat aan het klinisch onderzoek naar de veiligheid en effectiviteit van de nieuwe reproductieve technologie. Ook reflecteert zij op haar eigen rol als onderzoekster en de wijze waarop onderzoekssubjecten met haar in gesprek traden.

Dit nummer bevat nog vier bijdragen die buiten het thema 'reproductieve gezondheid' vallen. Guus Huizing schrijft over dopinggebruik door vijf Nederlandse power lifters, Rineke van Daalen en Piet Verbeek-Heida onderzoeken de ontwikkelingen in medische consumptie in Nederland na de Tweede Wereldoorlog en de onlangs overleden Stefan Bekaert schetst de hoofdlijnen van zijn proefschrift over medische denken en handelen bij de Sakata in de Democratische Republiek Congo. In de laatste bijdrage kondigt Sjaak van der Geest het thema aan van het volgende symposium: poep en welbevinden. Zoals gebruikelijk besluit dit nummer met Berichten, Boekbesprekingen en Signalen en Abstracts.

## Literatuur

- Bourdieu, P.  
1990 *The logic of practice*. Stanford: Stanford University Press.
- Crawford, R.  
1984 A cultural account of 'health': Control, release and the social body. In: J.B. Kinlay (ed.), *Issues in the political economy of health care*. New York: Tavistock, pp. 60-103.
- Davis-Floyd, R.E. & C.F. Sargent (eds)  
1997 *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Dongen, E. van  
1997 Eten, controleren, kicken en verzet: Een zoektocht naar een betekenis van anorexia. *Medische Antropologie* 9(2): 322-41.
- Ginsburg, F.D. & R. Rapp (eds)  
1995 *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. Berkeley: University of California 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: *Advancing women's status: Women and men together*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.
  - 1997 Reproductieve gezondheid in cultureel perspectief: Thema's voor een symposium. *Medische Antropologie* 9(1): 168-76.
- Kisekka, M.N. & F.B. Okeshola
- 1997 Who wants family planning? Three areas of Kaduna State. In: A. Hardon & L. Hayes (eds), *Reproductive rights in practice: A feminist report on the quality of care*. London: Zed Books, pp. 33-59.
- Lock, M. & P.A. Kaufert (eds)
- 1998 *Pragmatic women and body politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- United Nations
- 1994 ICPD Program of Action: UN International Conference on Population and Development. New York: ICPD secretariat.