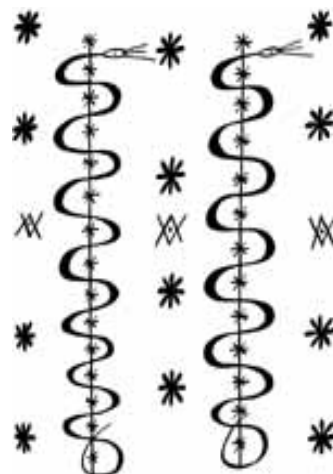


---

# De toekomst van moeder- en kindzorg in Afrika: traditioneel, moderniteit of een combinatie?

Een literatuurstudie naar de voorwaarden waaronder inheemse en moderne moeder- en kindzorg in Afrika kunnen samenwerken

---



---

Bachelor thesis RDS-80912  
Jorien van Lambalgen - WUR: 860401-497-020  
Begeleider: Prof. Dr. L. E. Visser

Wageningen, Februari 2008

---

## Woord vooraf

In de media is altijd veel aandacht voor rampen zoals vloedgolven en aardbevingen of uitbraken van ziektes zoals HIV/AIDS. Over basale gezondheidszorg is in de kranten weinig te vinden, terwijl er door verbetering van de algemene gezondheidszorg (die in het 'Westen'

heel vanzelfsprekend is) veel doden voorkomen kunnen worden. Toch werd aan het onderwerp van mijn scriptie een paar weken geleden ook aandacht besteed toen ik toevallig een documentaire op Netwerk zag. Het ging over inheemse en moderne genezers in Zuid-Afrika en hoe deze naast elkaar werkten. Ook werd gesproken over de redenen wanneer mensen voor de moderne dan wel de inheemse genezer kozen en welke problemen bij beide gezondheidssystemen optraden. Het was leuk om de documentaire te zien, ik was toen al een eind met mijn scriptie en het is voor mij een bewijs dat de dingen waar ik over schrijf ook inderdaad gebeuren en zeer actueel zijn.

De afbeeldingen op de voorpagina geven in het kort weer waar mijn scriptie over gaat: de eerste afbeelding stelt een plantendokter voor, hij heeft de macht over alle vegetatie in het bos. De twee slangen op de tweede afbeelding verbeelden 'wijsheid', hun kracht ligt in het hebben van kennis. Zij stellen genezers voor en zijn het Egyptische en Westerse symbool voor geneeskunde voor de geneeskunde, vergelijkbaar met de esculaap (University of Winsconsin). De twee afbeeldingen staan hier nu nog naast elkaar als zijnde twee verschillende systemen... Hoe zal dat in de toekomst zijn?

# Inhoudsopgave

Woord vooraf .....	1
Inhoudsopgave .....	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding.....	5
2. Theoretisch kader .....	7
3. Wat zijn de kenmerken en verschillen van en tussen moderne en inheemse moeder- en kindzorg? .....	10
4. Welke inheemse en moderne ideeën bestaan er over zwangerschap en geboorte? ..	14
5. Twee case studies .....	15
6. Wat beïnvloedt de beslissing van vrouwen om te kiezen voor inheemse of moderne gezondheidszorg of een combinatie van beiden? .....	20
7. Conclusie .....	23
Gebruikte literatuur .....	27

## Samenvatting

Deze literatuurstudie richt zich op inheemse en moderne moeder- en kindzorg van de afgelopen twintig jaar. Er wordt gekeken onder welke voorwaarden inheemse en moderne vroedvrouwen samen kunnen werken. Samenwerking wordt noodzakelijk geacht door de World Health Organisation en de Millennium Development Goals om de moedersterfte omlaag te brengen. Inheemse en moderne moeder- en kindzorg zijn echter gebaseerd op verschillende ideeën over ziekte, zwangerschap en geboorte. Deze ideeën zijn in de afgelopen dertig jaar ook weer veranderd. Bepaalde aspecten blijven echter kenmerkend: bij inheemse moeder- en kindzorg is er veel aandacht voor het hele proces van zwangerschap en geboorte en er is veel persoonlijke aandacht voor moeder en kind. Ook contact met de voorouders is belangrijk om de geboorte goed te laten verlopen. De moderne moeder- en kindzorg daarentegen is afstandelijker en richt zich vooral op het uiteindelijke product: de baby. Verschillen in opvoeding en opleiding zijn de voornaamste oorzaak van deze verschillende ideeën. Met behulp van de theorieën van Bourdieu en Appadurai kan worden uitgelegd dat de verschillen worden veroorzaakt door de habitus (levenservaringen) van mensen. Door processen van globalisering (homogenisering en heterogenisering) komen inheemse en moderne moeder- en kindzorg in aanraking met elkaar en ontstaat er interactie die kan leiden tot situaties waarin inheemse en moderne moeder- en kindzorg met elkaar worden geconfronteerd. Zwangere vrouwen spelen hierop in door op basis van een aantal factoren naar een inheemse of moderne vroedvrouw te gaan of ze als aanvullende alternatieven te gebruiken. Inheemse en moderne moeder- en kindzorg zijn dus niet twee totaal gescheiden systemen.

Met behulp van twee casestudies wordt bekeken onder welke voorwaarden er samenwerking kan zijn tussen inheemse en moderne moeder- en kindzorg. Uit de eerste casestudy blijkt dat er veel vijandigheid en wantrouwen bestaat tussen inheemse en moderne vroedvrouwen. Hierdoor beïnvloeden zij de zwangere vrouwen die op basis van veelal onterechte beschuldigen voor inheemse dan wel moderne moeder- en kindzorg kiezen. Door wederzijds wantrouwen verwijst een inheemse vroedvrouw een zwangere vrouw met complicaties niet of te laat door naar een moderne kliniek. Moderne vroedvrouwen verspreiden op hun beurt geruchten over de gebrekkige kennis en onhygiënische werkwijze van inheemse vroedvrouwen. Ook andere factoren zijn van invloed op de keuze voor moeder- en kindzorg, zoals slechte bereikbaarheid van de klinieken en ervaringen van andere vrouwen. Onderwijs speelt ook een rol: inheemse vroedvrouwen weten te weinig af van complicaties en hygiëne. In de tweede casestudy wordt zowel een bevalling bij een moderne als een inheemse vroedvrouw geobserveerd. Hieruit komt sterk naar voren dat er een groot verschil is in persoonlijke benadering en vertrouwen, in het voordeel van de inheemse vroedvrouw. Andere factoren die de keuze voor een vroedvrouw beïnvloeden zijn kosten, wat de patiënt wil horen, opleidingsniveau en beschikbare middelen. Om een succesvolle samenwerking tot stand te brengen dient het onderwijs voor kinderen, vrouwen en vroedvrouwen beter te worden, de bereikbaarheid van klinieken moet worden verbeterd en meer (hygiënische) middelen moeten beschikbaar zijn voor inheemse en moderne vroedvrouwen. Tot slot is een betere communicatie en minder vijandigheid tussen inheemse en moderne vroedvrouwen (en zwangere vrouwen) van belang. Voor concrete oplossingen om de samenwerking daadwerkelijk tot stand te brengen zal nog verder onderzoek (in de praktijk) gedaan moeten worden.

# 1. Inleiding

Elke minuut sterft er minstens één vrouw aan complicaties van zwangerschap of geboorte. Dat zijn 529 000 vrouwen per jaar (WHO 2007). Dat gebeurt over de hele wereld, net zoals dat gezondheidszorg en dus moeder- en kindzorg over de hele wereld plaatsvindt. Het belang van een goede moeder- en kindzorg wordt de laatste paar jaren nog eens extra onder de aandacht gebracht, want het is één van de Millennium Development Goals. Het doel dat bereikt dient te worden voor het einde van 2015 is het omlaag brengen van de moedersterfte met driekwart procent ten opzichte van het jaar 1990:

*Goal 5: improve maternal health. Target: reduce maternal mortality by three quarters between 1990 and 2015. (UN 2006)*

Ik ben echter niet via de millenniumdoelen op mijn onderwerp gekomen. Ik heb me een aantal jaren geleden al afgevraagd hoe ontwikkelingsorganisaties zouden omgaan met inheemse gezondheidszorg. Want aangezien hun werkgebieden vaak vlakbij kleine dorpjes zijn en ze veelal burgerslachtoffers hulp bieden, komen ze ongetwijfeld in aanraking met inheemse genezers. Hulporganisaties schrijven hier echter weinig literatuur over. Ze zijn per slot van rekening een hulporganisatie, onderzoek doen en artikelen schrijven hebben zij niet als doel. Deze bachelorscriptie moest puur gebaseerd worden op literatuur en daarom viel deze specifieke vraag af. Over een deel van het onderwerp, de interactie tussen inheemse en moderne gezondheidszorg, is wel heel veel te vinden. Dit is ook weer een onderwerp dat hoog op de agenda staat bij de WHO (World Health Organisation). Met het opstellen van de Alma-Ata declaration (WHO 1978) werd namelijk een belangrijke omslag bereikt in het erkennen van de inheemse gezondheidszorg door de ‘westerse wereld’ en inheemse genezers spelen een belangrijke rol in de gezondheid van gemeenschappen. Dat werd als volgt omschreven:

*“Traditional medical practitioners and birth attendants are found in most societies. They are often part of the local community and traditions, and continue to have high social standing in many places, exerting considerable influence on local health practices. With the support of the formal health system, these indigenous practitioners can become important allies in organizing efforts to improve the health of the community. Some communities may select them as community health workers. It is therefore well worth while exploring the possibilities of engaging them in primary health care and of training them accordingly.” (WHO 1978: 63)*

Ongeveer tachtig procent van de totale bevolking in ontwikkelingslanden is afhankelijk van de inheemse geneeskunde voor hun basisgezondheidszorg. De WHO vindt dus dat de samenwerking tussen deze twee systemen bevorderd moet worden om op die manier iedereen optimale gezondheidszorg te kunnen bieden. (Tikhoi Jonathan in Nindi 1998: 16).

Het leek me daarom boeiend om te gaan kijken of er wel mogelijkheden bestaan voor een samenwerking tussen gezondheidswerkers met een inheemse en moderne achtergrond. De algemene gezondheidszorg bleek veel te breed en er was teveel literatuur over te vinden. Vandaar dat ik een afbakening zocht waardoor ik me op een land of specifieke sector van de gezondheidszorg kon richten. Ik heb ervoor gekozen om de situatie van moeder- en kindzorg te gaan bestuderen binnen Afrika. Moeder- en kindzorg staat door de Millenniumdoelen erg in de belangstelling, maar voordat deze doelen opgesteld werden, had deze sector ook al een belangrijke rol in het dorpsleven in Afrika. De sector is relatief goed af te bakenen: de opleiding tot vroedvrouw is vrij specifiek, zowel in Afrika als in ‘westerse’ landen. De keuze

voor Afrika ligt in het feit dat ik daarover al was begonnen met lezen. Bovendien is er redelijk veel informatie over moeder- en kindzorg beschikbaar. Ook had ik het idee dat de situaties in verschillende landen vrij goed overeen zouden komen. Maar tijdens het lezen en schrijven voor deze scriptie kwam ik erachter dat er grote verschillen bestaan tussen landen, ook binnen een land kunnen er verschillende opvattingen bestaan over zowel behandeling van ziekte als over wat ziekte en gezondheid en moeder- en kindzorg specifiek inhoudt.

**Probleemstelling:**

*Onder welke voorwaarden kunnen inheemse en moderne moeder- en kindzorg in Afrika samenwerken?*

Ik heb ervoor gekozen om naast een algemeen gedeelte over kenmerken en ideeën over moeder- en kindzorg twee case studies wat specifiek te bekijken en op basis daarvan tot een conclusie te komen. Als ik een conclusie zou moeten trekken aan de hand van alle gebruikte literatuur zou hier teveel in worden gegeneraliseerd. Alle informatie die verwerkt is buiten de case studies om is echter ook waardevol. In het theoretisch hoofdstuk wordt duidelijk hoe alle verschillende informatie bij elkaar komt wanneer het bekeken wordt vanuit de theorieën van Bourdieu en Appadurai. Daarna bekijk ik welke verschillen en overeenkomsten er bestaan tussen moderne en inheemse moeder- en kindzorg en hoe de kijk op deze twee systemen in de loop van de jaren veranderd is. Vervolgens worden de verschillende ideeën over zwangerschap en geboorte behandeld. Na de bespreking van de case studies bekijk ik welke factoren van invloed kunnen zijn op de beslissing van vrouwen om voor een inheemse, dan wel een moderne vroedvrouw te kiezen en of ze überhaupt wel een keuze hierin hebben. Dit wordt gevolgd door een conclusie en reflectie. Een aantal van de deelvragen overlapt voor een gedeelte. Hierdoor wordt sommige informatie soms meerdere keren genoemd. Als ik bepaalde dubbele informatie echter weg zou laten uit één van de deelvragen zou deze mijns inziens geen compleet en consistent beeld meer geven.

## 2. Theoretisch kader

Bij het bestuderen van de literatuur valt het op dat de wat oudere literatuur (tot de jaren tachtig ongeveer) de vergelijking tussen inheemse en moderne gezondheidszorg op een andere manier benadert dan auteurs van de jaren negentig tot nu dat doen. In de oudere literatuur wordt op een institutionele manier gekeken naar hoe inheemse en moderne gezondheidszorg verschillen van elkaar, terwijl tegenwoordig de nadruk meer ligt op de personen zelf, en dat is ook te merken aan de manier waarop wordt geschreven: in plaats van bovenaf, wordt de laatste jaren meer van ‘onderaf’ geschreven. Bij de laatste genoemde manier spelen individuen een grote rol en wordt erkend dat iedere persoon invloed kan hebben op een bepaald proces of besluit. Om dit beter te kunnen begrijpen, zijn een aantal theorieën van Pierre Bourdieu goed te gebruiken (habitus), ook met toepassing op moeder- en kindzorg. Ten tweede kunnen artikelen van Appadurai meer inzicht bieden in het proces van globalisering en hoe dit invloed heeft op de samenwerking en integratie tussen inheemse en moderne moeder- en kindzorg.

### **Pierre Bourdieu (1990) :**

Het begrip ‘habitus’ en de uitwerking ervan geeft inzicht in hoe een persoon tot een bepaald gedrag komt. Allereerst de definitie van ‘habitus’, zoals gegeven door Bourdieu, zij het enigszins ingekort:

*“...systems of durable dispositions, generating and organising practices and representations without presupposing conscious aiming at the end.” (Bourdieu 1990: 53)*

Habitus bepaalt hoe iemand zich gedraagt: zijn acties worden gevormd door ervaringen en invloeden van mensen en gebeurtenissen uit het verleden: het vormt zijn visie en kijk op bepaalde dingen. Onbewust telt het verleden en alles wat je daarin hebt meegemaakt nog in belangrijke mate mee in je beslissingen van het nu. Bourdieu maakt verschil tussen ‘class habitus’ en ‘individual habitus’ (Bourdieu 1990: 60). Bij class habitus ligt de nadruk op de geschiedenis en gezamenlijke ervaringen van een bepaalde sociale groep. De individuele habitus wordt gevormd door persoonlijke ervaringen. Over het belang van habitus in het gedrag van een mens of groep zegt Bourdieu het volgende:

*“The habitus which, at every moment, structures new experiences in accordance with the structures produced by past experiences, which are modified by the new experiences within the limits defined by their power of selection, brings about a unique integration, dominated by the earliest experiences, of the experiences statistically common to members of the same class.” (Bourdieu 1990: 60).*

De habitus bepaalt mede het gedrag van mensen. Ervaringen en de omgeving waarin je opgroeit zijn erg belangrijk. Als ik dit toepas op zwangere vrouwen die bijna gaan bevallen, kan hiermee een reden gevonden worden waarom ze voor een inheemse dan wel moderne vroedvrouw kiezen (ervan uitgaande dat ze een keuze hebben). Als een vrouw is opgegroeid in een dorp waarin de inheemse geneeskunst erg belangrijk is en haar voorouders hebben allen ook gebruik gemaakt van de diensten van inheemse genezers en vroedvrouwen, is het volgens Bourdieu aannemelijk dat een vrouw ook naar de inheemse vroedvrouw zal gaan. Ook zal er een soort groepsdruk bestaan, in dit geval de class habitus te noemen: het geeft een band gezamenlijke geschiedenis te hebben en om daar als individu van af te gaan wijken, heeft een zeker risico. Zwangere vrouwen in een bepaalde sociale omgeving, bijvoorbeeld het dorp waar ze zijn opgegroeid vormen dan een class en hun gedrag wordt dan bepaald door de geschiedenis van het dorp en de tradities betreffende zwangerschap en bevalling. Daarnaast

telt het advies van oudere vrouwen mee, zij adviseren de zwangere vrouw om voor een bepaalde vroedvrouw te kiezen, bijvoorbeeld de vroedvrouw die haar moeder ook geholpen heeft (of het wordt vanzelfsprekend geacht). (Zwangere) vrouwen die opgegroeid zijn in de stad en/of bij een modern ziekenhuis vormen weer een andere sociale class en zullen hun beslissingen dan ook baseren op andere ervaringen en tradities. Zij hebben een andere habitus. De genoemde overwegingen kunnen onbewust genomen worden, bepaald door de habitus (Bourdieu 1990).

**Arjun Appadurai (1990):**

Een belangrijke factor voor samenwerking tussen moderne en inheemse gezondheidszorg is 'globalisering': doordat mensen reizen en daarbij ideeën uitwisselen, zowel in westerse als Afrikaanse landen komen daarbij verschillende visies op ziekte en gezondheid elkaar tegen. Over gezondheid en gezondheidszorg bestaan verschillen alsook overeenkomsten met andere landen en sociale groepen. Verschillende ideeën over ziekte, gezondheid en behandeling kunnen botsen met elkaar, of kunnen elkaar aanvullen.

Appadurai benadert globalisering met behulp van verschillende 'scapes': vijf verschillende manieren van globalisering waardoor mensen, technologieën, geldstromen en ideeën in aanraking komen met elkaar en zich vermengen dan wel op elkaar aanpassen. Eén ervan betreft mensen en hun verplaatsing. Door immigranten, toeristen, vluchtelingen en andere mensen en bevolkingsgroepen die de wereld over reizen, worden de landen en gemeenschappen waarmee zij in aanraking komen beïnvloed. Dit hoeft niet altijd te leiden tot grote veranderingen en bovendien is het niet meteen gezegd dat zij daadwerkelijk voor lange tijd op dezelfde plek zullen blijven. Toch brengen reizende mensen ideeën, voorwerpen en technieken met zich mee. Die kunnen worden overgenomen door een gemeenschap. Dat hoeft niet per se op de manier te gebeuren zoals iets misschien bedoeld is door de mensen die het idee of voorwerp meebrachten. Ze kunnen er ook geïnspireerd door raken of iets net op een andere manier gebruiken. Dit kan gekoppeld worden aan de theorieën van Bourdieu: mensen hebben een bepaalde habitus: ervaringen, geschiedenis, omgeving en daarmee kunnen zij zich een idee vormen van wat andere mensen meebrengen en dus kunnen ze het, aan de hand van hun ervaringen op hun eigen manier een plek geven in hun gemeenschap.

Appadurai benadrukt dat de verplaatsing van mensen en hele bevolkingsgroepen altijd al heeft plaatsgevonden, en daarmee vermenging van culturen en ideeën. Nu echter is de snelheid, schaal en volume waarmee dit gebeurt veel groter. Ook gebeurt het op verschillende plaatsen in een verschillend tempo en dat veroorzaakt 'disjuncture': processen verlopen op verschillende snelheid en vinden toch bij elkaar plaats. Deze disjuncture wordt veroorzaakt doordat er tegelijkertijd homogenisering en heterogenisering plaatsvindt. Bepaalde ideeën of gebruiken kunnen worden overgenomen en dat betekent homogenisering. Er gaan echter ook elementen van die gebruiken verloren of ze worden vervormd wanneer het overgenomen wordt en dit leidt tot heterogenisering. Dit kan toegepast worden op het onderwerp moeder- en kindzorg in Afrikaanse én westerse landen. Hier volgen een aantal voorbeelden die ook in het vervolg van deze scriptie nog terug zullen komen.

Inheemse genezers gingen net als moderne artsen in een nabijgelegen kliniek een witte doktersjas dragen en hadden een koffertje bij zich als ze naar een patiënt gingen. Eveneens kwamen daar flesjes uit, en ook al bevatten de flesjes inheemse planten en kruiden, het zag er wel heel modern en professioneel uit, precies zoals bij de moderne artsen in de kliniek. Door een aantal van deze statussymbolen over te nemen: uiterlijk vertoon, lijkt het alsof ze de status van een moderne arts hebben. Blijkbaar voelen de inheemse genezers de concurrentie met de moderne ziekenhuizen en proberen ze door middel van uiterlijk vertoon patiënten te lokken.



Maar de inheemse genezer kan wel een witte jas aanhebben, hij heeft niet de moderne kennis die daarbij zou horen (ten minste vanuit een 'modern' gezichtspunt). Een vrouw zal deze arts raadplegen, nog steeds vanwege zijn inheemse kennis, werkwijze en behandeling, niet om de statussymbolen die zouden moeten aangeven dat hij een moderne arts is. Hierbij wordt ook duidelijk dat moderne en inheemse geneeskunst geen gescheiden systemen zijn: ze kunnen samenkomen en elkaar beïnvloeden, functioneel of niet.

Maar het samenkomen van verschillende ideeën en technieken hoeft niet altijd tot adaptatie of aanpassing te leiden. Het kan ook leiden tot een confrontatie. Molapo en Makatjane (Nindi 1993: 27), beschrijven bijvoorbeeld een situatie waarin inheemse vroedvrouwen in Lesotho de navelstreng van de pasgeboren baby doorbijten of snijden met behulp van scherven of ander scherp materiaal en vervolgens de stompjes besmeren met een mengsel van verschillende natuurlijke materialen zoals spinrag, palmolie, klei, zout etc. Dit vergroot echter de kans op een tetanus infectie en het wordt sterk afgeraden door moderne artsen en vroedvrouwen. Het is alleen zeer moeilijk te verbieden wanneer vanwege traditionele redenen iets anders voorgeschreven wordt (niet letterlijk, mondeling wordt doorgegeven in dit geval). Andersom worden ook westerse landen beïnvloed door Afrikaanse landen.

In Nederland en ook andere westerse landen is er de New Age cultuur. Specifiek op moeder- en kindzorg gericht bestaan er ook alternatieve zwangerschapsbehandelingen, vaak geïnspireerd door ideeën over zwangerschap en geboorte van culturen in Afrika of Azië.

In westerse landen worden dus gebruiken op het gebied van moeder- en kindzorg uit Afrikaanse landen overgenomen. Bijvoorbeeld: hurkend bevallen wordt tegenwoordig ook in Nederland geaccepteerd en er zijn moderne artsen die deze positie tijdens het bevallen zelfs aanraden. Doordat hierbij de zwaartekracht meewerkt, zou de bevalling soepeler verlopen en het kind zou eerder ter wereld komen. Sommige artsen nemen bepaalde, al lang vergeten of nog niet eerder gebruikte gewoontes over van de inheemse geneeswijzen. Staugard (1989) geeft in zijn boek het voorbeeld van een manier van borstvoeding geven die inheemse genezers allang aanraden, maar die nu ook overgenomen wordt door de moderne geneeskunde. Weer is dus te zien dat niet alleen tegenwoordig de inheemse en moderne geneeskunst bij elkaar komen, maar dat dit al langer het geval is en dat we dus niet kunnen spreken over twee strikt gescheiden systemen.

Ook de patiënt zelf kan worden beïnvloed door nieuwe kennis die beschikbaar komt en waarop zij hun keuze kunnen baseren om naar een inheemse dan wel een moderne genezer te gaan.

Met behulp van de theorie van Appadurai is nu duidelijk geworden dat ideeën en gebruiken van moeder- en kindzorg heel verschillend kunnen zijn, maar door verplaatsing van mensen en dus hun ideeën komen deze bij elkaar en blijken het geen gescheiden systemen te zijn die niet met elkaar te combineren zijn. De ontmoeting van gezondheidssystemen kan leiden tot confrontatie of aanpassing. In deze scriptie kijk ik naar de voorwaarden en mogelijkheden voor samenwerking. Volgens Appadurai gaat zo iets vanzelf, maar is dit ook het geval voor moeder- en kindzorg in Afrika en op welke manier dan? Deze vragen zullen behandeld worden in de volgende hoofdstukken.

### 3. Wat zijn de kenmerken en verschillen van en tussen moderne en inheemse moeder- en kindzorg?

Dit hoofdstuk start met een aantal definities die essentieel zijn om een goed begrip van de rest van de scriptie te krijgen. In de vele literatuur wordt met veel verschillende woorden over ongeveer hetzelfde gesproken. Ik gebruik niet al die begrippen door elkaar, hieronder wordt aangegeven voor welke begrippen ik heb gekozen en wat ik er in deze scriptie onder versta.

Als eerste het begrip *moeder- en kindzorg*, hieronder versta ik: 'de zorg voor vrouwen tijdens de zwangerschap, bij de bevalling en vlak na de geboorte'. Deze zorg kan gegeven worden door een *inheemse vroedvrouw*: 'een vroedvrouw die haar inheemse kennis over behandeling van bevallingen en zwangerschap mondeling verkregen heeft van een andere vroedvrouw en meestal werkzaam is in haar eigen dorp'. Een *moderne vroedvrouw* is 'een officieel op school getrainde vroedvrouw, meestal werkzaam in een kliniek of ziekenhuis'.

Bij het definiëren van *inheemse kennis* gebruik ik de kenmerken van 'indigenous knowledge' zoals geven door Ellen en Harris (2000: 4). Zij omschrijven inheemse kennis als 'lokale, vaak holistische kennis, door ervaringen en experimenten verkregen en mondeling doorgegeven waardoor de inhoud in de loop van de tijd verandert'. *Moderne kennis* is 'universeel geachte kennis, ook wel kosmopolitische kennis genoemd door het empirisch wetenschappelijk onderzoek wat eraan ten grondslag ligt en door vormen van professionalisering' (Slikkerveer in Kraaijenbrink 1994).

In de loop van de jaren zijn de visies op inheemse en moderne moeder- en kindzorg erg veranderd. Bij het zoeken naar de verschillen en overeenkomsten tussen modern en inheems bestaan er grote verschillen in literatuur. Zowel in de benadering van zorg en ziekte als de concrete verschillen zoals wat er wordt gedaan met de nageboorte. De benadering verandert in de loop van de tijd: van institutioneel (Lourdon 1976), (Kars 1974) tot benaderingen die meer op de personen gericht zijn en waarbij aandacht besteed wordt aan de individuele keuzes die mensen en in dit geval vrouwen maken, de habitustheorie van Bourdieu past hier goed in. Dit hoofdstuk is in chronologische volgorde opgebouwd: beginnend met literatuur van de jaren twintig tot zeventig, gevolgd door de nieuwere literatuur van de jaren tachtig tot eind jaren negentig.

#### **Jaren twintig:**

Heather Bell (1998) beschrijft de situatie van vroedvrouwen in het Soedan van de jaren twintig. De koloniale regering (Groot-Brittannië) heeft veel invloed op de bevolking en ook op het gezondheidssysteem, vroedvrouwen hebben vanuit de regering gezien een lage status, net als in Groot-Brittannië zelf. Inheemse kennis van gezondheidszorg en moeder- en kindzorg werd mondeling doorgegeven en om inheemse vroedvrouw te worden moest je dan ook zelf al kinderen gebaard hebben en aanzien hebben in de gemeenschap. Met de komst van Britse verpleegsters en vroedvrouwen werd hun beeld verstoord en de inheemse vroedvrouwen konden niet begrijpen waarom een jonge vrouw zonder kinderen hun iets zou kunnen vertellen over geboortes in Soedan. Er was een heel verschillend beeld over geschikte kandidaten en de opleiding tot vroedvrouw.

**Jaren zeventig:**

Inheemse gewoontes wat betreft zwangerschap en geboorte zijn aan het veranderen, zoals dat al jaren gebeurt. In bepaalde gemeenschappen in Kenia wordt bijvoorbeeld de placenta niet meer begraven onder het huis, maar gelijk weggegooid. Wel wordt de inheemse moeder- en kindzorg nog steeds gekenmerkt door de persoonlijk benadering van vrouwen en de vertrouwelijke omgeving die daarbij van belang is. In het onderzoek van Kars (1974) hebben de moderne gezondheidsklinieken invloed op de inheemse vroedvrouwen. De verschillen tussen inheemse en moderne moeder- en kindzorg zijn groot, volgens het onderzoek. Voor inheemse vroedvrouwen is er op het gebied van hygiëne, behandeling van complicaties en kennis van anatomie nog veel verbetering mogelijk om moedersterfte tegen te gaan. Ziekteverschijnselen tijdens de zwangerschap worden veroorzaakt door onder andere voorouders, God, eetgewoontes of eigenschappen van de baby zelf. In het onderzoek wordt een eenzijdig beeld gegeven van welke acties vrouwen ondernemen en waar dat vanaf hangt. Bij een bepaald soort pijn zouden ze bijvoorbeeld naar een inheemse genezer gaan, maar er wordt verder geen rekening mee gehouden dat er nog andere factoren van invloed zouden kunnen zijn.

**Jaren tachtig/negentig:**

Staugard (1989: 20) geeft een lijst van vier basiselementen in de gezondheidszorg die van toepassing zijn op zowel inheemse, moderne of alternatieve gezondheidszorg:

*1. Theorieën over de oorzaak van een ziekte*

Het behoren tot een bepaalde gemeenschap is nodig om minder kans te hebben ziek te worden. Als het lidmaatschap van een bepaalde gemeenschap verstoord dreigt te worden, kan dit leiden tot ziekte van het individu. Om iemand vervolgens te kunnen genezen, zal de inheemse genezer de gehele situatie van de patiënt bekijken om het evenwicht weer te herstellen. Van Wolfputte (1997) stelt dat veel Afrikaanse culturen onderscheid maken tussen natuurlijke en onnatuurlijke oorzaken van ziekte en tegenslag: natuurlijke ziekte wordt gezien als de 'ziekte van de mens' en wordt behandeld met inheemse en moderne geneesmiddelen. Als duidelijk is dat er meer aan de hand is, bijvoorbeeld dat er bovennatuurlijke krachten meespelen tovenarij of hekserij als oorzaak aangewezen en deze onnatuurlijke ziekte wordt dan behandeld door inheemse genezers.

*2. Theorieën over het ziekteproces*

Van Wolfputte (1997: 13) maakt het onderscheid tussen biomedische geneeskunde en inheemse geneeskunde. De biomedische geneeskunde ziet ziekte als iets puur organisch, de mens als defecte machine (l'homme machine). De definitie van gezondheid is 'afwezigheid van ziekte'.

De inheemse geneeskunde legt de nadruk op de verbondenheid van het lichaam, wereld en kosmos (holisme). Generaties en cyclussen zijn hierbij van belang. De definitie van gezondheid is het welzijn van het lichaam in relatie tot zijn omgeving en de leefwereld, de verbondenheid hiertussen. Als deze verbondenheid verstoord wordt, is er sprake van ziekte (Van Wolfputte 1997: 12)

*3. De behandeling van de ziekte*

Staugard (1989: 129) maakt naast het onderscheid tussen inheems en modern ook nog een onderscheid in het benoemen van het 'genezen' zelf. Bij inheemse geneeskunde noemt hij dit 'healing' en bij moderne geneeskunde noemt hij het 'curing'. Dat brengt het verschil in behandeling naar voren: er is verschil in wat mensen verwachten van de genezer: gaat iemand naar een moderne kliniek, dan verwacht hij dat hij meteen beter wordt gemaakt met tastbare

producten zoals medicijnen of een operatie. Als dezelfde persoon naar een inheemse genezer gaat, is dit meestal om andere redenen: hij verwacht dan een verklaring te krijgen voor zijn ziekte, die bijvoorbeeld wordt veroorzaakt door voorouders of slecht gedrag van de persoon zelf. De behandeling is daarbij dus meer gericht op het herstellen van de relaties met familieleden en voorouders.

Bij moeder- en kindzorg zijn de behandelingen van inheemse dan wel moderne vroedvrouwen ook heel verschillend. Inheemse vroedvrouwen hechten veel waarde aan bidden en de aanwezigheid van familieleden tijdens de bevalling. Concrete dingen zoals massage van de buik en zittend bevallen verschillen ook van wat de moderne vroedvrouw geleerd heeft: een vrouw moet liggen tijdens de bevalling (Staugard 1989: 73). Bij sommige gemeenschappen wordt de placenta begraven, terwijl die bij moderne vroedvrouwen meteen wordt weggegooid. Maar de gebruiken verschillen ook per gemeenschap.

#### *4. De middelen die beschikbaar zijn voor het behandelen van de ziekte*

De middelen die een inheemse voedvrouw bij de hand heeft zijn vaak heel beperkt: water, een geïmproviseerd bed en verder is de aanwezigheid van familieleden van belang. De inheemse voedvrouw is dan ook niet in staat om complicaties bij zwangerschap of geboorte te kunnen behandelen. In een moderne kliniek zijn er wat meer middelen beschikbaar, onder andere meer medicijnen en steriele instrumenten. Maar ook in klinieken is vaak gebrek aan medicijnen en in sommige gevallen wordt er van de vrouw zelf verwacht dat ze benodigdheden voor een bevalling meeneemt (Okafor en Rizutto 1994).

Wat betreft de verschillen tussen (opleiding van) moderne en inheemse vroedvrouwen: in landen waar moderne gezondheidszorg bestaat, zijn er vanzelfsprekend ook opleidingen te vinden die aansluiten op de manier van genezen. Zo worden in Nederland bijvoorbeeld artsen opgeleid in een academisch ziekenhuis. Ook vroedvrouwen doen meteen ervaring op in de moderne ziekenhuizen in Nederland. Bij de inheemse geneeskunde is er geen centraal gecoördineerd systeem. De meeste mensen zijn ongeletterd en de kennis over zwangerschap, geboorte en behandeling wordt mondeling doorgegeven. Vaak gebeurt dit van moeder op dochter. De voedvrouw moet wel toestemming hebben van de gemeenschap, dat geeft haar aanzien en vertrouwen (Nindi 1993: 22). De meeste inheemse 'vroedvrouwen' zijn vrouw en hebben zelf ook al kinderen gebaard. Vaak doen ze daarnaast ook nog ander werk (Staugard 1989). De werkzaamheden die zij als voedvrouw verrichten zijn meestal in de gemeenschap waartoe zij ook behoren. Dat zorgt ook voor een vertrouwensband met de zwangere vrouwen. In een moderne kliniek is die vertrouwensband er niet en zijn de vrouwen ook nog eens in een omgeving die niet vertrouwd voor ze is.

De hierboven genoemde verschillen komen voort uit een onderscheid tussen inheemse en moderne vroedvrouwen welke is benoemd door wetenschappers. Vrouwen zelf maken dit onderscheid ook. Ze hebben verschillende verwachtingen van moderne dan wel inheemse vroedvrouwen en spelen daarop in door, afhankelijk van de situatie, voor de één dan wel de ander te kiezen. Zij zien de twee verschillende soorten zorg dus als aanvullende alternatieven. Waar hun beslissing op gebaseerd is zal verder besproken worden in hoofdstuk 6.

## **Conclusies**

De verschillende literatuur geeft aan dat er inderdaad verschillen bestaan tussen inheemse en moderne geneeskunst en moeder- en kindzorg specifiek. Inheemse en moderne gebruiken veranderen beide in de loop van de tijd. En ook de beschrijving van de kenmerken en behandelingen veranderen van benaderingswijze. Waar eerst alleen van institutioneel oogpunt werd geobserveerd, is er nu een trend te zien in het kijken naar de personen zelf en hun gedrag ten aanzien van zwangerschap (Staugard 1989), (Okafor en Rizutto 1994). Deze benaderingswijze kan behulpzaam zijn bij het kijken naar de voorwaarden voor een goede samenwerking. In hoofdstuk 5 ga ik daar verder op in bij de bespreking van twee case studies uit artikelen van de twee laatstgenoemde schrijvers.

#### 4. Welke inheemse en moderne ideeën bestaan er over zwangerschap en geboorte?

In het voorgaande hoofdstuk is ingegaan op definities en kenmerken van inheemse en moderne geneeskunst door de jaren heen. In dit hoofdstuk ga ik verder in op welke verschillende ideeën er bestaan over zwangerschap en geboorte specifiek om meer inzicht te krijgen in de mogelijkheden of beperkingen voor samenwerking.

De moderne gezondheidszorg die uitgaat van de mens als een biomedisch wezen heeft heel andere ideeën over zwangerschap en geboorte dan de inheemse geneeskunst. Drews (van der Geest en Reis 2002: 119) maakt het onderscheid als volgt:

- Inheemse idee: bevallen als een creatief proces, de 'allowers'. De nadruk ligt hierbij op het sociale proces.
- Biomedische, moderne idee: bevallen als een productief proces, de 'doers'. De nadruk ligt hierbij op het uiteindelijke 'product'.

Een ander belangrijk verschil is dat bij een bevalling bij een inheemse vroedvrouw vaak veel familieleden aanwezig zijn en er is veel aandacht de moeder en het kind. De vroedvrouw, familieleden, voorouders en natuurlijk de zwangere vrouw en haar ongeboren kind zijn allen actoren in het proces van de bevalling en ze kunnen allemaal een rol spelen om de bevalling zo goed mogelijk te laten verlopen. Er zijn ook verschillende ideeën over het geven van moedermelk. Soms wordt aanbevolen om de eerste dag na de geboorte nog geen moedermelk te geven (Molapo en Makatjane in Nindi 1993: 29), terwijl de moderne geneeskunde juist aanbeveelt meteen moedermelk te geven aan de pasgeborene.

De placenta wordt vaak begraven bij een thuisbevalling, in de moderne geneeskunde wordt hier geen waarde aan gehecht. Andere dingen die een bevalling zouden kunnen tegengaan moeten worden uitgeschakeld. Bijvoorbeeld alle knopen die er in de omgeving te vinden zijn (Staugard 1989: 77), dus dan wordt het wasgoed van de lijn gehaald, knopen uit zakdoeken worden verwijderd.

De inheemse vroedvrouw knipt de navelstreng vaak door met een scheermesje of een ander scherp voorwerp (zoals bamboe, glas, schelpen). Daarna wordt de navelstreng besmeerd met een mengsel van onder andere spinrag, palmolie, klei, zout etc. (Nindi 1993: 27). Vervolgens mogen de moeder en het kind niet gewassen worden voor de daaropvolgende dagen totdat de navelstreng eraf valt. De moderne geneeskunde is hier heel erg op tegen, omdat het risico van een tetanus infectie dan heel groot is. Moderne vroedvrouwen en artsen gebruiken een klemmetje en knippen dan de navelstreng door met een steriel schaartje. Ook wordt het kind vrijwel vlak na de geboorte al gewassen.

## 5. Twee case studies

### CASE STUDY 1

Okafor en Rizutto 1994; *Women's and Health-Care Providers' Views of Maternal Practices and Services in Rural Nigeria*

#### **Beschrijving van de casestudy**

Het artikel betreft een project in Nigeria: The Safe Motherhood Project. Het project richt zich op inheemse en moderne vroedvrouwen. Van oudsher zijn zwangere Nigeriaanse vrouwen afhankelijk van inheemse vroedvrouwen. Maar door een nieuw beleid van de Nigeriaanse regering zijn er moderne gezondheidsfaciliteiten (moderne klinieken) opgezet. Het beeld van zwangerschap en geboorte in de moderne kliniek verschilt echter van het inheemse beeld dat veel vrouwen op het platteland nog hebben. Het hele proces van zwangerschap en het betrekken van familie en gemeenschap tijdens de bevalling waar inheemse vroedvrouwen hun behandeling op baseren, botst met de puur medisch georiënteerde behandeling in een moderne kliniek. De regering wil graag dat inheemse vroedvrouwen getraind worden zodat ze geïntegreerd kunnen worden in het moderne gezondheidssysteem. Inheemse vroedvrouwen negeren of verwaarlozen dit beleid. Toch wordt door het project benadrukt dat deze integratie van belang is om de hoge moedersterfte terug te dringen. Uit het onderzoek bleek dat de onhygiënische omstandigheden niet de enige oorzaak waren van moedersterfte. Andere oorzaken kwamen voort uit onvoldoende wetenschap over (omgang met) zwangerschap van zowel de (aanstaande) moeders als de inheemse vroedvrouwen. Voorbeelden hiervan zijn: zwaar werk verrichten tijdens de zwangerschap, bepaalde tradities die een schadelijke werking kunnen hebben op de vrouw en haar kind en verkeerde eetgewoontes. In het onderzoek probeerden ze de obstakels te identificeren die ervoor zorgden dat vrouwen niet (op tijd) naar een gezondheidskliniek gingen. In Nigeria verschilden de resultaten per 'zone', dit was onder andere afhankelijk van verschillen in ideeën over zwangerschap en de verschillende rollen die een inheemse vroedvrouw kon hebben. In deze case ligt de nadruk op de, in het artikel zo genoemde, zone A (waarin verschillende gemeenschappen leven).

Kenmerken van Zone A:

- Religie: meest Christelijk, een klein gedeelte inheemse geloven
- Gebiedssituatie: rurale gebieden
- Transport: moeilijk, vooral in het regenseizoen is geen transport met de auto mogelijk
- Gezondheidsklinieken: meestal in stedelijk gebied, er zijn te weinig artsen en verpleegkundigen om alle mensen in de stedelijke en rurale gebieden van dienst te kunnen zijn.

Na het onderzoek in Zone A, waarbij (jonge) vrouwen, mannen en inheemse vroedvrouwen werden ondervraagd, bleek dat er vijandigheid bestaat tussen inheemse vroedvrouwen en vroedvrouwen in moderne klinieken. In dit onderzoek werd ook ontdekt dat inheemse vroedvrouwen niet alleen te weinig kennis hadden en daardoor vaak verkeerde informatie of behandeling gaven, maar dat zij ook vrouwen ontmoedigden om naar een moderne kliniek te gaan. Wat betreft de kennis van zowel inheemse vroedvrouwen als de zwangere vrouwen zelf: ze herkennen symptomen van ernstige complicaties te laat, dan is het vaak al te laat om nog op tijd te zijn bij een moderne gezondheidskliniek. De oorzaak van een complicatie wordt eerst vaak in een andere hoek gezocht, bijvoorbeeld dat het komt doordat de baby zo groot is, of omdat een vrouw 'bad blood' heeft. Inheemse vroedvrouwen proberen eerst zelf de complicatie te behandelen. Als de symptomen na behandeling nog niet over zijn, verwijzen ze pas door naar een kliniek.

In het hele gebied maakten mannen het uiteindelijke besluit over zwangerschap en welke behandeling hun vrouw zou moeten krijgen, daarnaast kregen vrouwen ook nog advies van

vriendinnen en hun schoonmoeder, bijvoorbeeld over welke vroedvrouw aan te raden was. Tijdens de zwangerschap gebruikten de vrouwen verschillende hulpverleners, afhankelijk van wat en wie ze dachten nodig te hebben (inheemse vroedvrouw werd het meest geraadpleegd, dan de moderne kliniek, de kerk en inheemse genezers). Daarbij nam de man dus de uiteindelijke beslissing, maar - afhankelijk van de hoeveelheid geld - was er wel een zekere vrijheid.

*Voordelen van behandeling en bevalling bij een inheemse vroedvrouw:*

- Dichtbij (vaak in hetzelfde dorp)
- Goedkoop, betaling in natura
- Vriendelijk, vertrouwde mensen en omgeving
- Altijd bereikbaar
- Ervaren
- Het idee dat een vrouw die thuis bevalt beter en sterker is dan een vrouw die in een ziekenhuis bevalt.

Als een vrouw echter een serieuze complicatie kreeg, gaf ze wel voorkeur aan behandeling in een kliniek of ziekenhuis. Toch stellen ze dit moment zo lang mogelijk uit, met het idee dat het veroorzaakt wordt doordat ze er aan denken en dat het zo voorbestemd zal zijn.

*Nadelen van behandeling en bevalling bij een inheemse vroedvrouw:*

- Onhygiënisch, slechte locatie om te bevallen
- Te weinig kennis, dit leidt tot het geven van teveel medicijnen, het niet (of te laat) doorverwijzen naar een kliniek, schadelijke behandeling tijdens de bevalling

*Voordelen van behandeling en bevalling in een kliniek en ziekenhuis:*

- Goede, effectieve behandeling
- Getraind personeel

*Nadelen van behandeling en bevalling in een kliniek en ziekenhuis:*

- Onpersoonlijke en niet vertrouwde omgeving
- Onvoldoende bevoorrading van instrumenten en medicijnen
- Behandeling is duur en moet van tevoren betaald worden, mag niet in natura
- Transport is niet beschikbaar, of heel duur
- Operatie mogelijk, schrikt vrouwen af

Het wel of niet doorverwijzen van vrouwen werkt beide kanten op: inheemse vroedvrouwen vertrouwen de moderne vroedvrouwen in de kliniek niet, de moderne vroedvrouwen zouden op hun beurt ook slecht oordelen over het kunnen van de inheemse vroedvrouwen. De inheemse vroedvrouwen wijten dit gedrag aan jaloezie van de moderne vroedvrouwen. Zij zouden jaloers zijn op het vertrouwen dat zwangere vrouwen in de inheemse vroedvrouwen hebben. Vanwege onhygiënische praktijken en te weinig training zouden moderne vroedvrouwen niet aanraden naar een inheemse vroedvrouw te luisteren of er naartoe te gaan. Ook zouden zij weigeren de vrouwen te behandelen die doorverwezen waren naar de kliniek. Volgens de inheemse vroedvrouwen zouden ze elke vrouw gaan opereren en een keizersnede geven om op die manier de kosten op te drijven. Deze beschuldigen zijn naar voren gekomen in groeps gesprekken. Het geeft weer hoe de vroedvrouwen over elkaar denken, maar ik hecht niet teveel waarde aan beschuldigen op zich. Het lijkt me namelijk erg onwaarschijnlijk dat een vrouw in nood niet geholpen wordt. Onderdeel van het project en de groepsdiscussies was om de deelnemers advies te vragen over hoe de situatie verbeterd zou kunnen worden. Daarbij werd duidelijk dat inheemse en moderne vroedvrouwen niet enthousiast waren om samen te werken (maar wel onder bepaalde voorwaarden), er werd wel erkend dat training in behandelingen, hygiëne en persoonlijke communicatie belangrijk was.



## CASE STUDY 2

Staugard 1989; *Traditional medicine in a transitional society: Botswana moving towards the year 2000*, p. 64-85

### **Beschrijving van de casestudy**

Staugard beschrijft in zijn onderzoek de situatie van de inheemse en moderne gezondheidszorg in Botswana rond 1989. Meer dan de helft van de bevolking heeft nog het traditionele Tswana geloof, eenderde is aanhanger van de African Independent Churches. In 1966 is er landelijk een modern gezondheidssysteem opgezet, maar de meerderheid van de bevolking raadpleegt nog inheemse genezers. Dit geldt ook voor het raadplegen van inheemse vroedvrouwen. Wel gaan steeds meer vrouwen ook naar een moderne kliniek. De verschillen in behandeling en hulp bij de bevalling zijn echter groot. Er worden drie cases beschreven (allen in Botswana), waarvan twee plaatsvinden in een moderne kliniek en één is een thuisbevalling in een dorp. In de casestudies is precies beschreven wat er gebeurt zonder verdere commentaren of meningen van de schrijver. Zo worden de verschillen tussen een bevalling bij een moderne vroedvrouw en een inheemse vroedvrouw duidelijk.

#### *Bevalling in de moderne kliniek:*

De zwangere vrouw wordt ontvangen in de gang van de kliniek, haar broer en moeder zijn erbij, maar na het invullen van een aantal formulieren gaan zij weg. Er is één vroedvrouw aanwezig en zonder iets uit te leggen brengt ze de vrouw naar een bed waar ze met moeite op kan klimmen. Vervolgens voert de vroedvrouw handelingen uit om te kijken hoe ver de ontsluiting al is. De zwangere vrouw moet op een ander bed gaan liggen en ademt heel moeilijk. De vroedvrouw legt haar niet uit hoe ze wél moet adem halen. De vroedvrouw loopt ook steeds weg, omdat er nog een andere zwangere vrouw in een andere kamer ligt. Dan wordt het kind bijna geboren, maar de zwangere vrouw weet nog steeds niet wanneer ze moet persen. Een andere verpleegster komt binnen en stelt haar op haar gemak en begeleidt haar tijdens het baren. Het kind wordt geboren. De baby wordt meteen naar een andere kamer gebracht en als de nageboorte komt wordt die meteen verwijderd. Zonder verder commentaar wordt ze gewassen en krijgt schone kleren. Dan wordt ook de baby gewassen en vervolgens naast de moeder gelegd. Daarna worden ze alleen gelaten.

Bij de andere case (die plaatsvindt in dezelfde kliniek) wordt een bevalling op ongeveer dezelfde manier geleid. De vroedvrouw is zo nu en dan weg en als de zwangere vrouw op het punt staat te bevallen, is de vroedvrouw er niet. De zwangere vrouw probeert zittend te bevallen en wanneer de vroedvrouw binnenkomt en dat ziet, wordt ze boos. Ze wil weten waarom ze zittend aan het bevallen is en de vroedvrouw niet heeft geroepen. Het is het derde kind van de vrouw en de vroedvrouw is verbaasd dat ze dan nog steeds niet kan weten hoe je moet bevallen. De baby wordt geboren en ook meteen weggebracht naar een andere kamer. De moeder blijft de hele tijd heel stil.

#### *Thuisbevalling:*

Hierbij gaat het om een zwangere vrouw die op het punt staat haar achtste kind thuis te baren (alle bevallingen waren thuis). De vrouw ligt op een geïmproviseerd bed met alleen vrouwen om haar heen. De oude inheemse vroedvrouw komt binnen en begint te bidden. De zwangere vrouw moet afwisselend zitten en liggen. Alle vrouwen legen hun zakken en knopen in zakdoeken worden eruit gehaald. De vroedvrouw masseert de buik van de vrouw en de andere vrouwen rondom het bed moedigen haar aan en leven zo erg met haar mee dat het lijkt alsof zij zelf aan het bevallen zijn. Maar het kind wil nog niet komen en weer wordt op alle mogelijke manieren (bidden, namen noemen van voorouders, schreeuwen, masseren, water sprenkelen, op haar kop staan) geprobeerd het kind te laten komen. Nadat de zwangere vrouw

nog een keer ondersteboven heeft gestaan, wordt het kind plotseling geboren. De navelstreng wordt doorgesneden, maar de nageboorte moet nog komen. Inmiddels is ook de verpleegster van een nabijgelegen kliniek gearriveerd. Zij uit meteen kritiek, omdat het pasgeboren kind met koud water wordt gewassen. Ze onderzoekt de vrouw en het duurt te lang voordat de nageboorte komt, dus de vrouw wordt met de ziekenwagen van de kliniek (die ondertussen door de verpleegster was gehaald) naar de kliniek gebracht en daar aangekomen is de nageboorte er ineens. De inheemse vroedvrouw neemt de placenta mee om thuis onder het huis te begraven.

### **Conclusies**

Uit deze twee case studies komt duidelijk naar voren dat er verschillende ideeën bestaan over de behandeling van zwangerschap en de bevalling. Deze worden voor het grootste deel veroorzaakt door verschil in opleiding (kennis die mondeling is doorgegeven van moeder op dochter of een opleiding door onbekenden in een ‘moderne’ omgeving zoals een kliniek of ziekenhuis) en omgeving en opvoeding (habitus). Vooral uit de eerste casestudy blijkt dat de aanwezigheid van vrouwelijke familieleden heel belangrijk is, alle actoren die op dat moment invloed kunnen uitoefenen (moeder, kind, familie, voorouders, vroedvrouw) maken deel uit van het bevallingsproces. Daarnaast worden andere mogelijke belemmeringen uitgesloten (zoals de knopen in de zakdoeken). Al deze tradities komen voort uit de habitus van vrouwen in die specifieke omgeving. Bij de bevalling in de kliniek blijkt onpersoonlijkheid en alleen aandacht voor het uiteindelijke product (de baby) de overhand te hebben.

Waar in de tweede casestudy de nadruk vooral ligt op de twee gescheiden systemen, de inheemse en moderne bevalling (dit artikel dateert dan ook uit een vroegere periode dan het tweede artikel), ligt in de eerste casestudy de nadruk op hoe inheemse en moderne vroedvrouwen over elkaar denken. Beiden hebben een verschillende habitus en dit resulteert in verschillen van mening. Daarnaast hebben ze een verkeerd beeld van elkaars praktijken: in een moderne kliniek wordt altijd geopereerd en inheemse vroedvrouwen zouden heel onhygiënisch zijn en niks weten over zwangerschappen. Er zit een kern van waarheid in, maar over het algemeen zijn deze beschuldigingen te generaliserend. In feite hebben ze geen kennis over elkaars methoden (zittend/liggend bevallen) en waarom sommige praktijken juist wel of niet goed zouden zijn. Als er een complicatie optreedt tijdens een bevalling onder leiding van een inheemse vroedvrouw en ze weet niet hoe ze dat op moet lossen, zou het bevorderlijk zijn als er geen negatief beeld bestond van moderne vroedvrouwen en moderne klinieken, want daar zou de vrouw geholpen kunnen worden. Dit zijn twee voorbeelden waaruit blijkt dat disjuncture zoals beschreven door Appadurai negatief uitpakt. In de tweede casestudy wordt echter een positief voorbeeld van disjuncture gegeven: aan het einde van de beschrijving van de thuisbevalling grijpt de moderne verpleegster van een nabij gelegen kliniek in en zorgt ervoor dat de zojuist bevallen vrouw in de kliniek terecht komt. Deze ingreep past niet in het proces van een thuisbevalling met een inheemse vroedvrouw, maar het gebeurt wel en daarmee is de moeder wel geholpen. Waar Appadurai dus niet aangeeft of zijn begrip positief of negatief is (hij beschrijft het alleen), kan ik dat hier wel met behulp van de case studies.

Om terug te komen op het uiteindelijke doel van deze scriptie: het kijken naar voorwaarden voor samenwerking tussen moderne en inheemse vroedvrouwen, komen er bij deze case studies al een aantal aspecten naar voren die belangrijk zijn, moet er sprake zijn van een succesvolle samenwerking. Dat zijn:

*Kennisoverdracht, onderwijs, voorlichting, communicatie:*

Vroedvrouwen staan heel argwanend tegenover elkaar: ze hebben onvoldoende kennis over elkaar praktijken en inheemse vroedvrouwen hebben onvoldoende kennis over complicaties die kunnen optreden. De vijandigheid tussen inheemse en moderne vroedvrouwen moet

worden tegengegaan om samenwerking te bevorderen: van elkaar leren en een goede communicatie is belangrijk.

*Schaamte voor eigen praktijken en onmacht dat ze het zelf niet kunnen genezen:*

Dit komt niet meteen naar voren uit deze case studies aangezien ze beschrijvend zijn en niet ingaan op wat vrouwen er zelf bij voelen. Maar schaamte zou best eens mee kunnen spelen, niet durven toegeven dat ze niet weten hoe een bepaalde complicatie te moeten behandelen. En dus wordt een zwangere vrouw niet doorgestuurd. De oplossing hiervoor sluit aan bij wat hiervoor is genoemd: kennisoverdracht over complicaties en behandeling, de communicatie verbeteren tussen inheemse en moderne vroedvrouwen en vertrouwen of in ieder geval respect in elkaar bevorderen.

## **6. Wat beïnvloedt de beslissing van vrouwen om te kiezen voor inheemse of moderne gezondheidszorg of een combinatie van beiden?**

In de case studies zijn al een aantal factoren naar voren gekomen die bepalend zijn voor de 'keuze' van behandeling door een inheemse dan wel moderne vroedvrouw. In dit hoofdstuk komen nog andere factoren aan bod die eveneens invloed kunnen hebben op de keuze. Het echter belangrijk te beseffen dat deze factoren afhankelijk zijn van de situatie en dus niet allemaal per se tegelijkertijd aanwezig hoeven te zijn. Daarnaast wordt er hier vanuit gegaan dat vrouwen alleen de keuze hebben tussen moderne en inheemse gezondheidszorg wanneer ze gaan bevallen, dit is echter kort door de bocht: er zijn ook nog alternatieven. Inheemse en moderne vroedvrouwen worden wel veel geraadpleegd. Andere mogelijkheden voor hulp tijdens de zwangerschap en bevalling zijn bijvoorbeeld de familie zelf of een inheemse genezer. Combinaties komen ook vaak voor, zoals een inheemse vroedvrouw die wordt geholpen door familieleden van de zwangere vrouw (Staugard 1989: 118).

### **Mobiliteit en afstand**

Een hoogzwangere vrouw is niet erg mobiel. Als ze naar een kliniek zou willen gaan een eind verderop, is lopen vaak geen optie. Maar voertuigen zijn vaak niet aanwezig (of arriveren te laat) of de wegen zijn slecht (vooral in het regenseizoen) en maken het gebruik van een auto erg lastig (Okafor en Rizutto 1994).

### **Kosten/economische redenen**

Als vervoer naar een kliniek wel mogelijk zou zijn, is er nog een hoge drempel om het te gebruiken aangezien de kosten vaak hoog zijn (Staugard 1989: 75). En als er in het dorp een inheemse vroedvrouw aanwezig is, is een thuisbevalling goedkoper. Bovendien is de afstand en reistijd dan veel kleiner. In het onderzoek van Okafor en Rizutto blijkt dat een vrouw soms niet doorverwezen wordt naar een moderne kliniek om de reden dat het vervoer waarschijnlijk toch niet of moeilijk te regelen is.

### **Ervaringen**

Als een vrouw slechte ervaringen heeft met een bepaalde vroedvrouw of met de moderne kliniek, dan kan dat haar keus beïnvloeden in de toekomst. Vaak als een vrouw niet tevreden is over de behandeling bij een moderne gezondheidsinstelling (en het is gekozen bijvoorbeeld omdat het goedkoper is dan een inheemse genezer) dan wordt alsnog naar een inheemse genezer gegaan in hoop dat hij/zij wel kan helpen. Dit kan ook andersom voorkomen waarbij de vrouw eerst een inheemse genezer raadpleegt en daarna naar een moderne kliniek gaat. Ook kunnen ervaringen van andere vrouwen invloed hebben, zij kunnen een bepaalde vroedvrouw aan- of afraden. Kars (1974) heeft bij haar onderzoek in Kenia gezien dat vrouwengroepen ook een belangrijke rol spelen in de keuze voor een bepaalde vroedvrouw of genezer. In alle ondervraagde regio's in Nigeria (Okafor en Rizutto 1994) en ook in bijvoorbeeld Kenia (Kars 1974) bleek dat de mannen in de gemeenschap veel te zeggen hadden over geboorte en zwangerschap in de zin van welke gezondheidszorg ze moeten krijgen en bij wie dat dan zou moeten zijn. De man neemt vaak de uiteindelijke beslissing. De keus voor een bepaalde inheemse vroedvrouw wordt vaak gemaakt door de schoonmoeder van de zwangere vrouw.

### **Wat wil de patiënt horen**

Of de vrouwen naar een inheemse of moderne vroedvrouw gaan, hangt ook af van wat ze verwachten te horen. (Frankenberg en Loudon in Loudon 1976), (Sciortino 1992), (Rizutto

en Okafor 1994). Ze maken gebruik van verschillende gezondheidsservices, naargelang wat ze ervan verwachten: ze raadplegen een inheemse vroedvrouw voor klachten tijdens de bevalling en de bevalling zelf, de moderne kliniek wordt bezocht voor controle en als er ernstige complicaties optreden (Kars 1974). De inheemse vroedvrouw of genezer zal worden geraadpleegd wanneer de vrouw een verklaring wil hebben voor haar klachten en verwacht dat het veroorzaakt wordt door sociale en relationele factoren of een disbalans in haar lichaam.

### **De manier waarop vrouwen, inheemse vroedvrouwen en vroedvrouwen in moderne klinieken elkaar zien en over elkaar praten**

In het onderzoek van Okafor and Rizutto (1994) blijkt dat dit ook veel invloed heeft op de keuze van de vrouw. Inheemse vroedvrouwen ontmoedigen vrouwen die moderne klinieken zouden willen bezoeken. Ze geven verkeerde informatie over wat er in ziekenhuis voor de zwangere vrouw wordt gedaan. Ze vertellen bijvoorbeeld dat als je naar het ziekenhuis gaat om te bevallen, je altijd een keizersnede krijgt (1994: 357). Daarnaast blijkt dat ze niet altijd voldoende kennis hebben van complicaties die kunnen optreden tijdens de zwangerschap en bevalling (zie opleiding) waardoor een zwangere vrouw niet op tijd naar een ziekenhuis of kliniek wordt verwezen. Pas als er echt een noodgeval is waarbij de inheemse vroedvrouw zelf ook niet meer weet wat er moet gebeuren, wordt een vrouw doorverwezen, maar het kan dan al te laat zijn. Andersom worden inheemse vroedvrouwen ook afgeraden door vroedvrouwen in een moderne kliniek vanwege onhygiënische omstandigheden bij een thuisbevalling en onvoldoende kennis van de inheemse vroedvrouw.

### **Opleiding**

In zowel het onderzoek van Staugard (1989) als van Okafor en Rizutto (1994) wordt duidelijk dat de mate van onderwijs een belangrijke rol speelt. Vrouwen die geen formeel onderwijs hebben gehad zullen eerder kiezen voor een thuisbevalling dan vrouwen die basisonderwijs en eventueel ook hoger onderwijs hebben gevolgd. De laatstgenoemde zullen eerder kiezen voor de moderne kliniek. Volgens Staugard zal, zolang het opleidingsniveau van de vrouwen niet omhoog gaat, het aantal thuisbevallingen ook gelijk blijven en er zullen dus niet meer vrouwen naar een kliniek gaan. De moedersterfte zal dan ook niet minder worden, tenzij de inheemse vroedvrouwen meer kennis krijgen over hygiëne en complicaties. Als er dan bijvoorbeeld een moderne kliniek in een afgelegen ruraal gebied komt, zal ook de kennis van de vroedvrouwen en de vrouwen zelf moeten worden verbeterd, anders zouden er volgens deze theorie nog niet veel vrouwen kiezen om naar de moderne kliniek te gaan. Een voordeel zou dan wel zijn dat bij eventuele complicaties de kliniek beter bereikbaar is.

### **Middelen**

Ook al hebben de moderne kliniek en ziekenhuizen wat meer middelen (medicijnen, instrumenten) tot hun beschikking dan inheemse vroedvrouwen, er is vaak niet voldoende van en in sommige gevallen wordt er van de vrouwen verwacht dat ze zelf de benodigdheden voor een bevalling meenemen naar het ziekenhuis (lakens etc). Dit kost geld en moeite en kan dus ook van invloed zijn op de beslissing om toch maar thuis te bevallen.

### **Conclusies**

In dit hoofdstuk zijn ook weer voorbeelden te vinden van de betekenis van habitus en disjuncture. Doordat vrouwen in rurale (afgelegen) dorpen weinig of geen opleiding hebben gehad, handelen ze grotendeels op basis van tradities en eerdere ervaringen, de habitus van henzelf, dan wel van de gemeenschap of andere zwangere vrouwen. Het belang van goed onderwijs komt duidelijk naar voren, maar zoals Staugard in zijn onderzoek van 1989

ontdekt: onderwijs hoeft nog niet te leiden tot ander gedrag ten opzichte van gezondheidszorg. Ook al heeft een vrouw onderwijs gehad, wanneer een moderne kliniek te ver weg is en het teveel geld kost om er te komen, gaat een vrouw toch naar een inheemse vroedvrouw in het dorp. Er spelen dus ook andere factoren mee die zorgen dat er een disjuncture ontstaat: wel een goede opleiding en toch geen toegang tot moderne gezondheidszorg.

Ten slotte nog een opmerking: bij onderzoeken die gedaan zijn over de keuze voor inheemse of moderne gezondheidszorg, lopen onderzoekers aan tegen het feit dat vrouwen uiteindelijk anders handelen dan ze van tevoren hadden aangegeven. Ze geven bijvoorbeeld eerst aan te willen bevallen in een kliniek, maar uiteindelijk zijn ze toch voor thuisbevalling. Vrouwen geven dan een sociaal wenselijk antwoord naar de interviewer toe. Desondanks komen de onderzoekers toch meer te weten over de praktijk als ze langer in een bepaalde gemeenschap zijn en het vertrouwen van de bevolking kunnen winnen.

## 7. Conclusie

*“there is an unbridgeable, but largely unappreciated gap between the neat rationality of development agencies’ representations, which imagine the world as ordered and manageable, and the actualities of situated social practices” (Hobart in Ellen en Harris 2000: 14)*

Zowel de inheemse als de moderne geneeskunde hebben een eeuwenlange ontwikkeling doorgemaakt en maken nog steeds een ontwikkeling door. Ze zijn constant onderhevig aan veranderingen passen zich aan aan veranderingen in tijd en plaats. Zoals hierboven door Ellen en Harris wordt aangegeven, is de wereld niet overal door westerse organisaties te regelen en te overzien. Zo is dat ook met de inheemse en moderne gezondheidszorg. De gezondheidszorg is een flexibel systeem. Dit zou betekenen dat de inheemse en moderne gezondheidszorg zich ook aan elkaar moeten kunnen aanpassen. Door mijn literatuurstudie heb ik nu een beeld gekregen in hoeverre dit mogelijk zou kunnen zijn en wat de voorwaarden voor samenwerking dan zouden zijn. De vraag of deze samenwerking wel wenselijk is, neem ik hierin niet mee. Ik neem aan dat de moedersterfte dusdanig hoog is gezien de verschillende onderzoeken die tonen dat dit cijfer teruggedrongen kan worden door verbetering van zowel de inheemse als moderne gezondheidssystemen (WHO 1978), (UN 2006). En zoals ook al aangegeven in het tweede hoofdstuk: inheemse en moderne gezondheidszorg zijn geen twee aparte systemen. In de verschillende literatuur wordt gesuggereerd: we moeten af van het strikte onderscheid dat we maken tussen inheems en modern/westers. De case studies en andere gebruikte onderzoeken tonen aan dat er helemaal geen sprake is van zo’n strikte scheiding tussen twee systemen. Onder andere door globalisering, maar ook veel verder terug in de tijd, nemen mensen gewoontes en kennis van elkaar over.

De Botswana case van Staugard geeft aan dat zowel het inheemse als het moderne gezondheidssysteem een functie hebben in de verschillende gemeenschappen, maar ze hebben ook allebei hun tekortkomingen. Bij de inheemse geneeskunde betreft dit het gebrek aan een werkende, effectieve behandeling, bij de moderne geneeskunde wordt de menselijke aandacht bij een behandeling gemist. Dit is dan ook een reden waarom patiënten de twee systemen als aanvulling op elkaar gebruiken. Volgens de auteur zou het antwoord op deze tekortkomingen en daarop volgende frustraties van patiënten zijn dat de twee systemen nauw zouden moeten gaan samenwerken en daarbij hun kennis, zienswijze en aannames moeten uitwisselen (Staugard 1989: 123). Volgens Staugard zou professionalisering van de inheemse gezondheidssector niet goed zijn: het zou de ondergang betekenen voor de inheemse genezers, want zij kunnen dan niet meer hun huidige functie in de samenleving vervullen zodra ze de ideeën van de biomedische geneeskunde moeten overnemen.

Molapo en Makatjane (Nindi 1993: 20) hebben gezien dat er problemen ontstaan bij pogingen tot samenwerking tussen inheemse en moderne gezondheidszorg: ze willen niet van elkaar leren, vooral de moderne artsen staan niet open voor inheemse gezondheidspraktijken.

Nindi: *“...it is modern medicine which must widen its analytical views and ideas and learn from the synthesising and holistic views of traditional medicine – and not the other way around. Modern Western medicine in its present form and content does not represent the answer to the critical question of health for all people in poor African countries.”* (Nindi 1993: 4). De Westerse wereld ziet de moderne geneeskunde als een open systeem en de inheemse geneeskunde als een gesloten systeem, dat niet openstaat voor eventuele aanpassingen en veranderingen. Maar verschillende auteurs hebben toegegeven dat dit beeld niet klopt en dat het eigenlijk het moderne gezondheidssysteem is dat niet openstaat voor alternatieven.

Dit staat in tegenstelling tot wat Offiong (1999) beweert over Nigeria waarbij hij ook iemand citeert die onderzoek heeft gedaan in Ethiopië. Daaruit blijkt dat juist de traditionele genezers niet willen samenwerken met moderne artsen (ook al wordt dat geprobeerd), bang om hun traditionele manier van genezen kwijt te raken. Wel wordt daarna gezegd dat moderne artsen ook niet echt voorstander zijn van integratie, ze zien nog niet voor zich dat de traditionele genezers trainbaar zijn vanwege de geheel andere ideeën. De conclusie van Offiong luidt dat integratie in de vorm van het helemaal samenvoegen van de twee systemen niet zal gaan werken. Wel denkt hij dat om een optimale moeder- en kindzorg te hebben, samenwerking tussen traditionele vroedvrouwen en moderne vroedvrouwen nodig is. Traditionele vroedvrouwen hebben een bepaalde status en die status zorgt ervoor dat zwangere vrouwen hen vertrouwen en zich op hun gemak voelen. De meer klinische benaderingswijze in moderne klinieken schrikt vrouwen af, het voelt niet vertrouwd aan (Offiong 1999: 127). Wat dan een goede mogelijkheid voor verbetering is, is om de twee systemen elkaar te laten aanvullen en daarnaast wel contact te onderhouden met elkaar. Wat de Nigeriaanse regering ook zal proberen te veranderen, hij denkt dat de Nigeriaanse bevolking de twee systemen naast elkaar zal gebruiken, naargelang wat voor behandeling ze wensen, zoals dat al heel lang gaat.

### **Antwoord op hoofdvraag**

De hoofdvraag luidde: “*Onder welke voorwaarden kunnen inheemse en moderne moeder- en kindzorg in Afrika samenwerken?*”

Door het bestuderen van de kenmerken van zowel de inheemse als moderne gezondheidszorg en daarna specifiek moeder- en kindzorg, werden de verschillen en overeenkomsten duidelijk. Vervolgens heb ik door middel van het lezen en analyseren van praktijkvoorbeelden (de case studies) een beeld gekregen van hoe deze kenmerken daadwerkelijk naar voren komen. De factoren die de keuze voor een inheemse dan wel moderne vroedvrouw beïnvloeden hielpen me verder met het definiëren van een aantal voorwaarden waaraan samenwerking tussen inheemse en moderne moeder- en kindzorg zou moeten voldoen. De volgende voorwaarden zijn gebaseerd op alle deelvragen, er kwam namelijk ook overlap voor. Deze overlap geeft aan dat er dus wel overeenstemming is op een aantal punten.

Voorwaarden:

*Onderwijs:*

- Algemeen: basisonderwijs in afgelegen, rurale gebieden waarbij kinderen ook voorlichting krijgen van vrouwen uit het dorp over gezondheid.
- Voor inheemse vroedvrouwen: voldoende kennis van het menselijk lichaam zodat ze op tijd complicaties kunnen herkennen en misschien zelfs behandelen voor zover dat mogelijk is. Hiermee wordt ook het zelfvertrouwen van de inheemse vroedvrouwen vergroot. Daarnaast het vergroten van kennis over hygiëne worden zodat er minder kans is op infecties bij moeder en kind.
- Voor moeders: voorlichting over hygiëne en basisgezondheidszorg

*Bereikbaarheid:*

- Beter transport van en naar de kliniek door meer of beter vervoer beschikbaar te stellen (bijvoorbeeld voor de kliniek zoals in de tweede casestudy) en/of het goedkoper te maken.
- Kliniek: meer klinieken in afgelegen rurale gebieden, dan ontstaat er meer en snellere interactie tussen inheemse en moderne vroedvrouwen en kunnen vrouwen met complicaties tijdens de bevalling snel terecht in een kliniek.



### *Middelen:*

- Voldoende medicijnen en steriele middelen voor zowel inheemse als moderne vroedvrouwen.

### *Communicatie:*

- Tussen vroedvrouwen: minder vijandigheid tussen inheemse en moderne vroedvrouwen zodat ze openstaan voor elkaars praktijken en beter kunnen communiceren en van elkaar kunnen leren.
- Tussen vrouwen, hun mannen en vroedvrouwen: meer vertrouwen in het kunnen van moderne vroedvrouwen.
- Tussen moderne vroedvrouwen en zwangere vrouwen: een betere, persoonlijke behandeling door moderne vroedvrouwen.

Bovenstaande voorwaarden zijn voor een groot deel wel aan elkaar gekoppeld. Dat betekent dat aan eigenlijk bijna alle voorwaarden voldaan moet worden om tot een succesvolle samenwerking te komen. Het onderwijzen van inheemse vroedvrouwen over hygiëne helpt bijvoorbeeld niet als ze vervolgens niet de beschikbaarheid hebben over voldoende steriele middelen. En zoals met Staugard eerder is aangegeven: beter onderwijs zorgt er nog niet voor de bereikbaarheid van klinieken beter wordt. Ook blijkt uit verschillende case studies dat de ideeën en tradities van zowel moderne als inheemse vroedvrouwen diep geworteld zitten en ze nog niet altijd openstaan voor elkaar. Desondanks zijn er ook succesverhalen en om de moedersterfte terug te dringen is het van belang dat de gezondheidszorg wordt verbeterd. Dit ligt zowel bij de inheemse vroedvrouwen en genezers als bij de moderne vroedvrouwen en artsen. Onafhankelijk van elkaar kunnen ze al veel verbeteren, maar gezamenlijk zou het nog meer effect hebben.

### **Discussie/reflectie**

Uit mijn literatuuronderzoek is gebleken dat de voorwaarden voor een succesvolle samenwerking afhangen van de situatie. Verschillende landen, religies en tradities vragen allen om een andere aanpak. Ook is het per land verschillend wanneer een moderne gezondheidssysteem werd geïntroduceerd. Het is daarom onmogelijk één antwoord op de hoofdvraag te geven. Door het werken met casestudies heb ik toch een beeld kunnen krijgen welke voorwaarden er nodig zijn.

Daarnaast heb ik als Westerling bepaalde denkbeelden, die bepaald worden door mijn eigen habitus. Dat maakt het moeilijk om de situatie van inheemse moeder- en kindzorg in rurale gebieden helemaal te begrijpen, simpelweg omdat ik er niet mee opgegroeid ben. Ook hiervoor zijn de casestudies weer van waarde geweest: de denkwijze van zowel inheemse als moderne vroedvrouwen en van de bevolking in rurale gebieden werd beschreven.

### **Mogelijkheden voor verder onderzoek**

Het literatuuronderzoek is zeer informatief gebleken, maar om echt te weten te komen wat vrouwen in een bepaald gebied willen wat betreft moeder- en kindzorg, is onderzoek ter plaatse nodig. Ik denk dat het van belang is om gebieden te bezoeken waar samenwerking tussen inheemse en moderne vroedvrouwen een succes is. Door het bestuderen van successen kan vervolgens bekeken worden waardoor deze successen zijn bereikt, aan welke voorwaarden is voldaan. Dan kan in andere gebieden gekeken worden of daar een soortgelijke situatie is en of de randvoorwaarden voor een succes kunnen worden gecreëerd.

Verder is het van belang om te kijken hoe de genoemde voorwaarden in de praktijk kunnen worden gecreëerd. Op welke manier kan het onderwijs, transport en de bereikbaarheid van klinieken verbeterd worden? Hoe kan de vijandigheid tussen inheemse en moderne

vroedvrouwen weggenomen worden en de communicatie worden bevorderd? Daarnaast is het de vraag wie verantwoordelijk zou moeten zijn voor de zojuist genoemde veranderingen. En ook van belang is te bepalen wie het vervolgens gaat uitvoeren. Verschillende instanties kunnen hiervoor in aanmerking komen. Is het de taak van de overheid, hulporganisaties, de World Health Organisation, lokale overheden, klinieken of ziekenhuizen? Of misschien zijn voor de verschillende voorwaarden verschillende instanties nodig en dienen deze ook weer samen te werken. Ook hierbij is een goede communicatie weer van belang. Bovendien is het nog steeds een kwestie van vertrouwen: als inheemse en moderne vroedvrouwen meer vertrouwen in elkaar hebben en er vertrouwen is in de manier van aanpak, kan daarmee de moedersterfte al teruggedrongen worden.

Aangezien dit een literatuurstudie was, heb ik me niet gericht op het bedenken van oplossingen. Daarom zijn bovengenoemde vragen en de antwoorden daarop nog van belang om de vijfde Millennium Development Goal te bereiken.

## **Gebruikte literatuur**

- Appadurai, A.** 1990 Disjuncture and difference in the global cultural economy *Theory, Culture & Society*, Vol. 7, p. 295-310
- Bell, H.** 1998 Midwifery training and female circumcision in the inter-war Anglo-Egyptian Sudan *The Journal of African History*, Vol. 39, No 2, p. 293-312
- Bourdieu, P.** 1990 *The logic of practice* Stanford, Stanford University Press, p. 52-65
- Ellen, R. and Harris, H.** 2000 *Indigenous environmental knowledge and its transformations* p. 1-33 Harwood Academic Publishers
- Geest, S. van der en Reis, R.** 2002 *Ethnocentrism; Reflections on medical anthropology* Amsterdam, Aksant Academic Publishers
- Kars, C.** 1974 *The use of modern and traditional forms of maternity care among the Akamba in Kenya: a medical sociological study* Leiden, Leiden University
- Kraaijenbrink, M.** 1994 *Working hand in hand; een scriptie en verslag van het buitenlands leeronderzoek met betrekking tot de samenwerking tussen verpleegkundigen en traditionele vroedvrouwen in Gambia* Leiden
- Loudon, J. B.** 1976 *Social Anthropology and Medicine* London
- Nindi, B. C.** 1993 Ethnomedicine in Southern Africa Lesotho, *NUL journal of research*
- Offiong, D. A.** 1999 Traditional Healers in the Nigerian Health Care Delivery System and the debate over integrating traditional and scientific medicine *Anthropological Quarterly*, Vol72, No3, p. 118-130
- Okafor, C. B. en Rizzuto, R. R.** 1994 Women's and Health-Care Providers' Views of Maternal Practices and Services in Rural Nigeria *Studies in Family Planning*, Vol. 25, No. 6, p. 353-361
- Sciortino, R.** 1992 *Care-takers of Cure; a study of health centre nurses in rural Central Java* Amsterdam, JOLLY
- Staugard, F.** 1989 *Traditional medicine in a transitional society: Botswana moving towards the year 2000* Stockholm, Gabarone
- United Nations** 2006 The Millennium Development Goals Report, New York
- University of Winconsin** Africology [www.uwm.edu/Dept/Africology/symbols.html](http://www.uwm.edu/Dept/Africology/symbols.html), gezien op 28 september 2007
- WHO** 1978 Alma-Ata Declaration, USSR ([www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), gezien op 10 december 2007)
- WHO** 2007 <http://www.who.int/features/qa/12/en/index.html>, gezien op 31 oktober 2007
- Wolfputte, S. van** 1997 *Gezondheid en genezen in Afrika* Amsterdam, Het Spinhuis