Leyla Çinibulak

Diversiteit

in medicalisering

Beter bevallen onder Turks-Nederlandse vrouwen

Binnen de Nederlandse verloskunde is de algemene opvatting dat zwangerschap en bevalling natuurlijke processen zijn. Daarom bevallen de meeste vrouwen thuis of poliklinisch onder toezicht van een vroedvrouw of huisarts. Pas bij hoge risico's op medische complicaties bevalt de vrouw in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog. Deze arbeidsverdeling tussen vroedvrouwen en gynaecologen is uniek en wordt als voorbeeld gezien in landen waar onvrede over toenemende medicalisering bestaat (Abraham, 1994). In vergelijking met andere westerse landen is de Nederlandse situatie eveneens uniek door het hoge percentage thuisbevallingen, dat sinds 1978 stabiel is gebleven tussen 30 en 38 procent (Smeenk & Ten Have, 2003).

Toch bestaan er ook in Nederland zorgen over het aantal thuisbevallingen. Een landelijk onderzoek van Offerhaus et al (2002) laat een lichte daling van 31,6 naar 30.3 procent zien. Hoewel valide landelijke cijfers over de plaats van bevalling en etniciteit vooralsnog ontbreken, schrijven studies deze daling onder meer toe aan nieuwe bevolkingsgroepen. Men noemt de voorkeur van deze groep voor het ziekenhuis en verwijst eveneens naar grootstedelijk gerelateerde leefomstandigheden waarin thuisbevallingen moeilijk te realiseren zijn. Gezien de veranderende etnische samenstelling van de Nederlandse bevolking en de hogere vruchtbaarheidscijfers bij migrantenvrouwen verwacht men dat het aantal bevallingen onder hen zal toenemen. Tegelijkertijd voorspelt men een voortzetting van de dalende trend in het aantal thuisbevallingen.

Uit door mij verricht onderzoek onder Turks-Nederlandse vrouwen[1] in Amsterdam (Çinibulak, 2002) blijkt dat vrouwen om diverse redenen voor een ziekenhuisbevalling kiezen. Deze redenen zal ik in dit artikel uiteenzetten en aanwenden ter beantwoording van mijn twee hoofdvragen: a) Vanuit wiens optiek is een ziekenhuisbevalling ongewenst? b) Is het feit dat vrouwen van Turkse afkomst in het ziekenhuis willen bevallen een gevolg van ongewenste medicalisering?

Medicalisering en autonomie

In de vrouwengezondheidszorg zijn vanaf het begin autonomie en medicalisering sleutelbegrippen geweest. Medicalisering verwijst naar de dominantie van de biomedische geneeskunde waarin natuurlijke levensprocessen zoals zwangerschap en bevalling in medische termen worden gedefinieerd. De consequentie hiervan is dat zij vaak een medische oplossing behoeven. In dit proces van medicalisering zouden vrouwen steeds afhankelijker worden van medische specialisten, technologie en interventies. Deze afhankelijkheid zou de autonomie van vrouwen ondermijnen. Bij autonomie gaan we ervan uit dat vrouwen over hun eigen leven, lichaam en reproductieve gezondheid heersen. In het medicaliseringsdenken is het ziekenhuis een terrein van medische technologie, onnodige medische ingrepen en ongewenste medicalisering (Kleiverda, 1995). Ook al kiezen vrouwen

zelf voor medicaliserende zorg, dan nog wordt deze keuze vanuit de vrouwengezondheidszorg soms geïnterpreteerd als afgedwongen. Deze schijnkeuze zou volgens Kleiverda een gevolg van de beschikbare medische zorg en technologie kunnen zijn die behoefte of toenemend gebruik creëert.

Migratie, diversiteit en empowerment

In de jaren tachtig verbreedde de vrouwengezondheidszorg haar aandacht naar diversiteit onder vrouwen en hun verschillende behoeften aan zorg. Zodoende kreeg etniciteit naast sekse ook de aandacht in de gezondheidsverbetering van vrouwen. Een registratiestudie op de afdeling gynaecologie/verloskunde van een Haags ziekenhuis legt vast dat meer dan 60 procent van de patiëntenpopulatie uit migrantenvrouwen bestaat (Richters et al, 2003).

De aandacht voor diversiteit ontstond samen met de opkomst van de zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwenbeweging (zmv-beweging) die verschillen tussen vrouwen op de agenda heeft gezet, zowel tussen als binnen etnische groepen. De brede definitie van diversiteit behelst een verzameling van verschillen op grond van gender, etniciteit, klasse, seksuele voorkeur, leeftijd en gezondheid (Wekker, 2001). In het diversiteitsdenken bestudeert men verschillen én overeenkomsten, de relevantie ervan en ten slotte de positieve aandacht voor diversiteit. Bij de bestudering van migrantenvrouwen is de aandacht voor de factor migratie naast etniciteit en gender noodzakelijk (Halsema & Jacobs, 2002). Migrantenvrouwen kunnen door migratie geconfronteerd worden met ingrijpende verliezen en een nieuw bestaan. Vertrouwde of uitgebreide sociale netwerken zoals familie, vrienden en buren gaan veelal verloren. Hierdoor hebben migrantenvrouwen in Nederland slechts hun gezin, en moeten ze nieuwe netwerken aanboren. Vrouwen kunnen hierdoor in een isolement terechtkomen. Naast dit alles brengt het migrantenbestaan zelf vaak verlies met zich mee door een lage maatschappelijke positie, discriminatie en uitsluiting op diverse gebieden. Naast verlies betekent migratie soms ook verrijking door het ontwikkelen van overlevingsstrategieën en het verkrijgen van meer autonomie en vrijheid in het nieuwe bestaan.

Sinds de jaren negentig is empowerment dankzij de zmv-beweging naast diversiteit een centraal begrip in de vrouwengezondheidszorg geworden. De empowerment-benadering behelst in het algemeen maatschappelijke zelfversterking. Doorgaans kijkt men naar de kennis, kracht en overlevingstrategieën van vrouwen (Halsema & Jacobs, 2002). Ook is een relationeel mensbeeld kenmerkend voor deze benadering, dat wil zeggen dat vrouwen geen losstaande individuen zijn maar altijd in relatie tot anderen staan. De zmv-benadering betrekt de sociale omgeving van vrouwen erbij en beschouwt de identiteit van vrouwen altijd in relatie tot anderen; hun gezin, *extended family*, informele netwerken, eigen gemeenschap en de Nederlandse samenleving.

Halsema en Jacobs borduren op deze empowerment-benadering voort en pleiten voor een benadering waarin de beleving van vrouwen, hun betekenisgeving aan en hun omgang met hun leven centraal staat. Identiteit vatten Halsema en Jacobs op als een veranderlijke constructie die uitgedrukt wordt in *verhalen* over het zelf. In de verhalen over zichzelf legt men verbindingen tussen zichzelf, anderen, tradities, heden en verleden en het eigen lichaam. Relevant is dus de rol die vrouwen zelf geven aan hun migrant- of vrouwzijn of migrantenbestaan.

De empowerment-benadering onderstreept hoe sterk de vrouwengezondheidszorg gericht was op termen als autonomie en ongewenste medicalisering. Termen die ingevuld zijn vanuit de individualistische en westerse cultuur en die vooral de nadruk op afhankelijkheid van de medische wereld benadrukken. Halsema en Jabobs concluderen dat autonomie een relatief begrip is. Het krijgt namelijk een andere betekenis afhankelijk van de context waarin men leeft. In navolging van de zmv-beweging suggereren zij dat in de term autonomie de focus moet liggen op verbondenheid en minder op afhankelijkheid. Zij

benadrukken dat autonomie en identiteit zich altijd ontwikkelen in relatie tot anderen. Daarom heeft autonomie ook betrekking tot verantwoordelijk handelen en keuzes maken in relatie tot anderen.

Autonomie in termen van geheel zeggenschap over je eigen leven, onafhankelijk van anderen, is volgens hen één van de vele mogelijkheden. Beschouwing van meerdere factoren onderstreept niet alleen de verschillen in autonomie op diverse gebieden, maar ook uiteenlopende reacties en behoeftes omtrent medicaliserende voorzieningen (Richters, 2001; 2003). Aansluitend op de bovenstaande empowermentbenadering moet de focus bij autonomie mijns inziens meer op verbondenheid, keuzemogelijkheden en beslissingsrecht liggen dan alleen op afhankelijkheid. Dit om recht te doen aan de verhalen, keuzes en overlevingsstrategieën van vrouwen. Tevens is in deze benadering ruimte voor de sociale omgeving van vrouwen, de sociaal-culturele en sociaal-economische context waarin zij leven. Dat vrouwen vanuit hun wensen, mogelijkheden en beperkingen voor een specifieke zorg kiezen, zal nu geïllustreerd worden met empirisch onderzoek.

Ervaringen van Turks-Nederlandse vrouwen

Voor dit artikel maak ik gebruik van door mij verricht antropologisch onderzoek in 1999[2]. Het ging om een kwalitatieve studie met zestien vrouwen van Turkse afkomst over hun ervaringen met zwangerschap, bevalling en de verloskundige zorg. Vrouwen werden in het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) en een nabijgelegen vroedvrouwenpraktijk voor deelname aan het onderzoek benaderd. Deze werving maakte het mogelijk zwangere vrouwen met zowel verhoogde als verlaagde kans op complicaties te interviewen.

Teneinde meer inzicht te verkrijgen in hun opvattingen en ervaringen omtrent zwangerschap en bevalling is er gekozen voor diepte-interviews. In totaal zijn er dertig interviews gehouden met zestien vrouwen. De interviews waren meervoudig en vonden plaats bij de vrouwen thuis. Zo bouwde ik een goede vertrouwensband op en verkreeg ik een zo volledig mogelijke beeld van hun leef- en woonomstandigheden. Vrouwen vertelden openlijk over hun zwangerschap, bevalling(en), ervaring met de gezondheidszorg en hun dagelijks leven. Mijn *advocacy role*, tweetalige achtergrond en mijn bekendheid met het leven van de onderzoeksgroep heeft bijgedragen tot een snelle werving en een goede vertrouwensband. Door een persoonlijke benadering in de werving heb ik ook met 'voor onderzoek moeilijk bereikbare' vrouwen gesproken. Voorts heb ik op verzoek van verschillende partijen getolkt. Door gesprekken met artsen, vroedvrouwen, familie en kennissen kon ik de verkregen informatie in een context plaatsen.

Het centrale uitgangspunt in dit onderzoek was diversiteit. Mijn veronderstelling was dat de groep Turkse vrouwen in Nederland divers is en dat deze diversiteit zich zou weerspiegelen in hun beleving van zwangerschap, bevalling en verloskundige zorg. Dit uitgangspunt is een reactie op het verschijnsel dat migrantenvrouwen of Turks-Nederlandse vrouwen vaak in beleid en media als een homogene groep of stigmatiserend worden afgeschilderd. Ook in de gezondheidszorg blijken (negatieve) opvattingen ten aanzien van migrantenvrouwen te bestaan (Hof & Richters, 2003). Om een diverse groep van vrouwen samen te stellen zijn intake-gesprekken gehouden. Diversiteit is gezocht op het gebied van aantal zwangerschappen en kinderen, mate van beheersing van de Nederlandse taal en behoefte aan een tolk, migratiegeschiedenis en verblijfsduur in Nederland, opleidingsniveau en mate van islamitische geloofsovertuiging. Hoewel dit artikel vooral een duidelijke overeenkomst tussen vrouwen beschrijft, toont het onderzoek *Zwanger worden en bevallen op Nederlandse bodem* (Çinibulak, 2002) ook duidelijke verschillen. Vrouwen verschillen in hun beleving van de taalbarrière, biomedische of lekenkennis, behoefte aan verloskundige zorg, en ten slotte oriëntatie op de beschikbare – Turkse of Nederlandse reguliere of alternatieve – gezondheidszorg.

Doel van dit onderzoek is bijdragen aan een meer genuanceerde beeldvorming over Turks-Nederlandse vrouwen als basis voor een kwalitatief goede zorg. Gezondheidsonderzoeken naar het perspectief van migrantenvrouwen zijn nog steeds schaars. Dit omdat men deze groep vaak als ontoegankelijk en onderzoek met hen als inspannend en kostbaar beschouwt (Richters, 2002). Van Mens-Verhulst (2001) constateert terecht dat men vaak over hen spreekt als 'de ander, allochtonen, migrantenvrouwen of moslimvrouwen', terwijl er zelden een dialoog is. Daarom wil dit onderzoek een stem geven aan vrouwen die misschien anders niet gehoord zouden worden.

Het perspectief van Turks-Nederlandse vrouwen

Deze paragraaf staat in het teken van de argumentaties van de geïnterviewde vrouwen over hun keuze voor de plaats van de bevalling. Zij hebben een duidelijke voorkeur voor een ziekenhuisbevalling en geven hiervoor verschillende redenen die zowel van doen hebben met de veiligheid als het dagelijkse leven. Het onderstaande is een treffend voorbeeld:

> 'Ik wilde iedere keer in het ziekenhuis bevallen. Daar is het schoon. Ons huis is ook erg klein. Het is ook om de verzorging. Ik vind het veiliger. Het heeft met veiligheid te maken. Ik ben bij mijn andere kinderen ook in het ziekenhuis bevallen. Als je thuis bevalt, zijn de andere kinderen ook thuis en dat is niet fijn.'
> (Sevim, 33 jaar en 22 jaar in Nederland)

Voor de meeste vrouwen geldt veiligheid als het belangrijkste motief. Mocht er iets gebeuren, vertellen zij, dan zijn zij al in het ziekenhuis, zijn daar artsen en medische apparatuur binnen handbereik, en is het medisch ingrijpen direct mogelijk. Vrouwen hebben dus in het ziekenhuis meer vertrouwen in een goed verloop van hun bevalling.

Voor een zwangere doktersassistente is thuis bevallen geen optie:

> 'Ik vind het niets om thuis te bevallen. Stel dat er iets gebeurt, dan ben je al in het ziekenhuis en is alles binnen handbereik.'
> *'Heeft het met een gevoel van veiligheid te maken?'*
> 'Ja.'
> (Hava, 22 jaar, 22 jaar in Nederland)

Ook een andere vrouw, moeder van twee dochters, noemt expliciet de mogelijkheid tot medisch ingrijpen. Hoewel haar bevallingen zonder complicaties zijn verlopen, kiest zij weer voor het ziekenhuis:

> *'Je vindt bevallen in het ziekenhuis schoner. Zijn er ook andere redenen?'*
> 'Ja, als er iets gebeurt, God bescherm ons, dan kun je er gelijk geopereerd worden.'
> (Özgül, 22 jaar, 18 jaar in Nederland)

De moeite die het heeft gekost om zwanger te worden, de angst voor complicaties tijdens de bevalling of het bevallen van een eerste kind maakt deze behoefte aan veiligheid dringend. De helft van de vrouwen beargumenteert deze behoefte met de geboorte van hun eerste kind.

> 'Je denkt in je achterhoofd dat er in het ziekenhuis niets mis kan gaan. Je weet het maar nooit... het is mijn eerste kind.'
> (Hava, 22 jaar, 22 jaar in Nederland)

Ook al zijn de meeste vrouwen bekend met de voordelen van een thuisbevalling, zoals gepromoot in Nederland, toch wegen deze voordelen nauwelijks op tegen de veiligheid van het ziekenhuis.

> 'Als ik een normale zwangerschap zou hebben, dan zou ik thuis bevallen. Je blijft thuis, er gaat zoals in het ziekenhuis niet iedereen in en uit. Het lijkt me thuis fijner. Maar voor de vrouwen... als er toch dokters zijn, apparaten, waarom zou ik thuis willen bevallen? Ik zou het liefst thuis willen bevallen, maar door de apparaten en andere voorzieningen

lijkt mij het ziekenhuis veel beter. Omdat ik zo moeilijk zwanger ben geworden, ben ik bang en wil dat alles goed verloopt. Het heeft met veiligheid te maken.'
(Sevda, 22 jaar, 22 jaar in Nederland)

Bevallen in Nederland en Turkije

Hoewel niemand zelf in Turkije is bevallen, bezit de onderzoeksgroep levendige verhalen over bevallingen in het herkomstland. Het betreft eigen observaties voordat zij naar Nederland migreerden en ervaringen van moeders of tantes of uit hun Turkse kennissenkring. Interessant is het gegeven dat de vrouwen een bevalling in een Turks ziekenhuis afwijzen. Daar denken ze niet veilig te zijn in de handen van Turkse artsen of vroedvrouwen. Bij een ziekenhuisbevalling in Turkije, vertellen zij, handelt de arts haastig, dwingt hij een snelle bevalling af door onnodige medische interventies. Het idee dat bevallingen in Nederland beter zijn, hebben de vrouwen met elkaar gemeen.

'Ik ben in Turkije nooit naar een ziekenhuis geweest. Ik kan niet zeggen dat alle ziekenhuizen daar slecht zijn. Maar iedereen zegt dat het hier beter is.'
(Hülya, 27 jaar en 7 jaar in Nederland)

Over de slechte zorg en onheuse bejegening bij een Turkse ziekenhuisbevalling vertelt een vrouw:

'Zoals ik heb gehoord zijn de bevallingen in Turkije meestal niet zo goed. Hier masseren zij het kind naar buiten. In Turkije doet de arts zijn hand erin en trekt hij het kind eruit, omdat ze geen tijd hebben. Mijn tante is daar bevallen. De dokter vertelde haar dat hij niet alle tijd had. Hij drukte op haar buik en het kind kwam... wroett... eruit. Ik heb ook van andere vrouwen gehoord dat artsen in Turkije tegen je schreeuwen, je afsnauwen of in je been knijpen als je de pijn uitschreeuwt. Hier heb je een telefoon naast je bed, er zijn dokters bij je, je hebt een douche en toilet op je kamer. Ze behandelen je hier als een koningin.'
(Sevda, 22 jaar en 22 jaar in Nederland)

De observaties en verhalen over thuis bevallen in Turkije gaan vaak over de situatie in Turkse dorpen, waar de wortels van vrouwen of hun ouders liggen. Daarin zijn complicaties, veel pijn en bloedverlies, traditionele vroedvrouwen en moeilijk bereikbare ziekenhuizen kenmerkend. Een thuisbevalling associëren vrouwen vooral met iets onveiligs, moeilijke leefomstandigheden en gebrekkige medische zorg.

Een vrouw, opgegroeid in een Turks dorp, heeft daar bevallingen van anderen meegemaakt. Zij vertelt over risicovolle bevallingen, het leed van vrouwen, moedersterfte en de afwezigheid van artsen of ziekenhuizen:

'In Turkije zijn de bevallingen moeilijker door de omstandigheden waarin mensen leven. In dorpen heb je geen dokter of ziekenhuis. Vaak heb je er slechts traditionele vroedvrouwen. Ik herinner me de bevallingen van mijn moeder. Zij had het erg moeilijk en viel flauw. (...) Ik heb vrouwen enorme pijn zien hebben. Mijn tante is tijdens de bevalling overleden aan bloedverlies. Als er dokters waren geweest, hadden ze haar bloedverlies tegen gehouden.'
(Damla, 23 jaar, 3 jaar in Nederland)

Vrouwen vertellen dat in hun Turkse geboortestreek vrouwen thuis bevallen met een traditionele vroedvrouw, *ebe*, erbij. Een vrouw merkt op dat Turkse dorpsvrouwen zich vroeger niet aanstelden, niet naar het ziekenhuis gingen, maar gewoon thuis bevielen zonder professionele zorg. Maar in Nederland, vertellen zij, bevallen hun (schoon)moeder, tantes of buurvrouwen standaard in het ziekenhuis. Van een thuisbevalling in Nederland schijnt de voorgaande generatie niets af te weten. Een vrouw over het generatieverschil:

'Mijn moeder heeft zes kinderen gekregen. Er is eigenlijk een groot verschil hoe zij en wij bevallen.'
'Welk verschil bedoelt u?'
'Zij leefden in Turkije, in een dorp en werkten op het land. Daar hadden ze geen controles bij een dokter. Zij weten meer dan wij. Zij waren hun eigen dokter. Mijn zus is in ons dorp bevallen. Haar schoonmoeder was een traditionele vroedvrouw, *köy ebe*, in ons dorp.'
(Sevim, 33 jaar, 13 jaar in Nederland)

Enkele vrouwen zijn uitgesproken over een bevalling thuis en zien het als iets ouderwets en ruraals.

'Mijn zus en ik zijn op de ouderwetse manier met behulp van een vroedvrouw geboren. Dat was in Urgut in Centraal Anatolië, in de buurt van Nevşehir. Wij zijn thuis geboren met hulp van een traditionele vroedvrouw... zonder medische voorzieningen. De andere vier zijn in het ziekenhuis, het OLVG, geboren.'
(Sibel, 30 jaar, 24 jaar in Nederland)

Bij een thuisbevalling denkt men dus vooral aan het Turkse dorpsleven, traditionele vroedvrouwen en vroeger. Het is aannemelijk dat vrouwen thuis bevallen niet als eigentijds, iets stedelijks of wellicht 'modern' beschouwen.

Ook de Turkse gezondheidszorg kan de opvattingen over veilig bevallen bij de onderzoeksgroep in de hand spelen. Door de hoge moeder- en kindersterfte[3] wordt de bevalling in de Turkse verloskunde als het terrein van de gynaecoloog gezien en worden vrouwen aangemoedigd hun bevalling medisch te laten begeleiden (Celik & Hitchkoss, 2000). Opvallend is het hoge aantal keizersneden in Turkije onder hoogopgeleide en welvarende vrouwen die deze als een prestigieuze optie zien (Tatar et al, 2000). Dit geldt vooral voor vrouwen uit stedelijke gebieden en West-Turkije, omdat de medische voorzieningen vooral daar geconcentreerd zijn.[4]

Thuissituatie

Zes vrouwen kiezen ook om praktische redenen voor het ziekenhuis. Thuis bevallen lijkt geen optie te zijn wanneer vrouwen krap wonen. Vooral door het geringe aantal kamers voelen vrouwen zich beperkt. Naast eigen verwijzingen naar hun woning of thuissituatie, maken de interviews bij de vrouwen thuis het mogelijk hun woonomstandigheden te beschrijven. Eén vrouw bezit een benedenwoning. De overige vijftien vrouwen bewonen een flatappartement waarvan drie vrouwen op de begane grond wonen. De meeste bewonen echter een verdieping. Vrijwel geen van de flatwoningen zijn voorzien van een lift. Een vrouw vertelt tijdens haar zwangerschap zich hierdoor beperkt te voelen.

'Ik wil niet zo vaak naar buiten. Door de trappen is het ook moeilijk om mijn kind naar beneden en weer boven te brengen. We wonen vijf hoog. Nu ik zwanger ben, kan ik zelf met moeite de trappen aan. Als ik niet zwanger was geweest, dan zou ik vaker met het kind gaan wandelen.'
(Güneş, 20 jaar en 4 jaar in Nederland)

Eén vrouw noemt haar te kleine huis als de enige reden om niet thuis te bevallen.

'Mijn probleem is het huis. We hebben maar twee kamers. Het is nogal krap hier. We zijn al een tijd op zoek naar een grotere woning.'
(Hülya, 27 jaar en 7 jaar in Nederland)

Naast een krappe woning vormt de gezinssituatie ook een belemmering voor vrouwen om thuis te bevallen. Een vrouw vindt het jammer dat ze na haar bevalling niet langer in het ziekenhuis mocht blijven. Thuis zaten haar twee kleine kinderen, verzorgingstaken en huishoudelijke plichten op haar te wachten. Deze vrouw is voor de derde keer zwanger. Zowel haar familie als die van haar man wonen in Turkije. Voor hulp is zij aangewezen op haar man en de buurvrouw.

Volgens een andere vrouw, een 'importbruid', zouden Turkse vrouwen in Nederland meer behoefte hebben aan verloskundige zorg naarmate zij geïsoleerder leven en geen steun van hun schoonfamilie hebben.

'Veel Turkse vrouwen zijn alleen. Ook al hebben zij familie hier, dan nog zijn zij aangewezen op een buurvrouw. Er zijn genoeg Turkse vrouwen die geen goede band met hun familie hebben. Rondom hun bevalling zijn ze vaak alleen, zonder hulp. Ik trouwde en kwam naar Nederland zonder mijn familie. Als ik geen goede band met mijn schoonfamilie zou hebben, dan stond ik er alleen voor.'
(Sevim, 33 jaar, 22 jaar in Nederland)

Ook rondom zwangerschap en bevalling blijken vrouwen moeilijk aan hun verplichtingen als moeder, dochter of schoondochter te ontkomen. Enkele vrouwen verwijzen naar hun plicht rekening te houden met ouderen in de familie. Zij vertellen zich moeilijk te kunnen onttrekken aan hun verzorgingstaken of huishoudelijke plichten. Een vrouw vertelt over het bezoek van haar schoonmoeder uit Turkije tijdens haar zwangerschap:

'Mijn schoonmoeder is een maand bij ons gebleven. Ik vond dat de eerste weken niet fijn. Ik voelde me verplicht om voor haar te zorgen, terwijl je zelf zorg nodig hebt. We hebben slechts een woonkamer en een slaapkamer. Zij sliep in de woonkamer en ik ruimde alsmaar haar bed op. Je kan je schoonmoeder niet ontwijken, je weet hoe de ouderen bij ons zijn.'
(Asiye, 30 jaar, 23 jaar in Nederland)

Een vrouw verbleef na haar huwelijk een tijdje in Turkije en raakte daar zwanger. In de zomermaanden kwamen haar echtgenoot en schoonouders uit Nederland naar hun geboortedorp. Met verdriet vertelt ze dat ze toen waarschijnlijk door hard werken en gebrek aan rust een miskraam heeft gehad.

'Je hebt te maken met ouderen. Mijn schoonmoeder gedroeg zich onverschillig ten opzichte van mijn zwangerschap. Omdat mijn zwager zou trouwen kregen we alsmaar veel bezoek. Ik had geen keus, ik moest toen werken. Om zelf niet te hoeven werken, had ik mijn zus gevraagd voor het huishoudelijke werk. Dit accepteerde mijn schoonmoeder weer niet. Het is niet gegaan zoals ik het wilde.'
(Türkan, 29 jaar, 9 jaar in Nederland)

Een vrouw wilde in het ziekenhuis bevallen, maar uiteindelijk beviel zij toch thuis, omdat de vroedvrouw laat arriveerde en haar man bang was haar zonder de vroedvrouw naar het ziekenhuis te rijden. Zij woont in bij haar schoonouders en heeft haar thuisbevalling door de drukte thuis zeer slecht ervaren. Vooral de aanwezigheid van haar schoonvader had haar ervan weerhouden zich te laten gaan.

'Mijn schoonvader was thuis en dat vond ik niet fijn. Ik vond het te druk thuis. Als er niet zo veel mensen thuis waren geweest, dan had ik het misschien niet zo erg gevonden. Ik had ook niet naar het ziekenhuis hoeven te gaan.'
'Waren er meerdere mensen thuis als gevolg van uw bevalling?'
'Nee, het was op een vrijdag, op gebedstijd. Iedereen was dus thuis. Maar ik zou naar het ziekenhuis gebracht worden.'
'Heeft u zich ongemakkelijk gevoeld door de aanwezigheid van veel mensen?'
'Ja, vooral door de aanwezigheid van mijn schoonvader. Je voelt je daardoor toch niet op je gemak. Ik wond me hierdoor op. Je kan je namelijk niet laten gaan tijdens de bevalling en denkt aan hem als je moet schreeuwen.'
(Güneş, 20 jaar, 4 jaar in Nederland)

De bovenstaande citaten tonen dat een thuisbevalling voor enkele vrouwen een ondermijning van hun gevoel van privacy, comfort en

bewegingsvrijheid betekent. De voordelen van een thuisbevalling gaan dus niet voor alle vrouwen op, wegens een beperkte autonomie in het dagelijkse leven, zich moeilijk kunnen onttrekken aan dagelijkse verantwoordelijkheden en plichten en drukte in huis door kinderen en (schoon)familie.

Bescherming tegen onreinheid

Een thuisbevalling heeft naast een kleine woning en een ongeschikte thuissituatie nog een ander onpraktisch aspect. Vijf vrouwen kiezen ook voor het ziekenhuis omdat de bevalling daar schoon verloopt. Eén vrouw bracht dit aspect van schoon bevallen als eerste ter sprake. Bij een andere vrouw zien we hoe zij beïnvloed is door haar moeder over schoon bevallen.

'Bovendien wordt het huis niet smerig en kom je schoon met kind naar huis. Mijn moeder is ook iedere keer in het ziekenhuis bevallen. Zij vertelde dat een bevalling in het ziekenhuis heel schoon verloopt en dat je dan terugkeert naar een schoon huis. Je ziet de smerigheid niet, het bloed niet en je hebt geen angst.'
(Banu, 24 jaar, 24 jaar in Nederland)

In het ziekenhuis, vertellen de vrouwen, worden de met bloed besmeurde lakens weggegooid en keren zij terug naar een schoon huis. Thuis gaat een bevalling echter gepaard met wanorde; met bloed besmeurde lakens en veel werk om die weer schoon te krijgen.

'In het ziekenhuis verloopt de bevalling schoon. Thuis zou alles smerig worden. Bij mijn tweede kind ben ik thuis bevallen. Je hebt alles nodig en je krijgt het niet makkelijk schoon.'
'Waar wil je nu gaan bevallen?'
'In het ziekenhuis. Bij de laatste keer zag ik hoe smerig het huis werd. Ik kon er niet tegen. Mijn zusje heeft bijvoorbeeld alle lakens en doekjes gewassen. Daarna heeft mijn schoonmoeder ze nog eens in de wasmachine gedaan. Het is smerig, daarom wil ik het niet meer. In het ziekenhuis gooien ze de lakens na de bevalling weg.'
(Özgül, 22 jaar, 18 jaar in Nederland)

De schaamte rondom de bevalling, het vrouwenlichaam, bloed en alles wat met de bevalling naar buiten komt, weerhoudt twee vrouwen er van de echtgenoot erbij te laten.

'Je zegt smerig. Wat is dan smerig tijdens de bevalling?'
'Nou ik bedoel alles is open, naakt van onderen. Er vloeit bloed en water. Ook als hij het zou willen, het is geen fris of schoon beeld.'
'Wat is smerig? Bloed?'
'Ja, bloed, alles eigenlijk toch. Dat ik in zo'n positie... weet je. Hij vindt het heel belangrijk dat ik er altijd netjes uit zie, en dan ziet hij mij zo halfnaakt, met de benen gespreid, dat ik alles eruit heb gegooid.'
(Sevda, 22 jaar, 22 jaar in Nederland)

Een thuisbevalling beschouwen deze vrouwen als verontreinigend en iets dat wanorde veroorzaakt waartegen de vrouwen zichzelf en hun omgeving willen beschermen.

Wat is precies smerig en niet schoon? In de argumenten van vrouwen valt ook het woord bloed. Bloed en alles wat met de bevalling het vrouwenlichaam verlaat, vinden sommige vrouwen smerig. Dat alles wat met bloed besmeurd is ritueel gewassen moeten worden, verklaart in het bovenstaande citaat de grote inspanningen om alles weer schoon te krijgen. Alleen vrouwen met een sterke geloofsovertuiging brengen het onderwerp schoon bevallen ter sprake. Verschillende onderzoeken naar geloofsbeleving onder islamitische vrouwen in Nederland laten zien hoe centraal de betekenis van religieuze reinheid is (Bartelink, 1994). Voor moslims is het zeer belangrijk om reinheid en onreinheid van elkaar te scheiden. Religieuze handelingen zoals vasten, bidden, de koran lezen en de moskee betreden, zijn alleen geldig en toegestaan wanneer iemand rein is.[5] Na een menstruatie en

bevalling is een vrouw pas weer rein nadat zij zich grondig ritueel gewassen heeft.

Voor wie ongewenst?

In dit artikel zijn twee vragen gesteld: Vanuit wiens optiek is een ziekenhuisbevalling ongewenst? En is het feit dat Turks-Nederlandse vrouwen in het ziekenhuis willen bevallen een gevolg van ongewenste medicalisering?

In het perspectief van de vrouwengezondheidszorg en verloskundigen is een ziekenhuisbevalling onwenselijk omdat daar de kans op onnodige medische ingrepen bestaat. In het medicaliseringsdenken is een ziekenhuisbevalling eerder een bedreiging voor de veiligheid van kraamvrouw en/of kind. Mijn onderzoek met Turks-Nederlandse vrouwen toont daarentegen dat bijna alle vrouwen bewust voor het ziekenhuis kiezen. Zij vinden een ziekenhuisbevalling *juist* wenselijk. Enerzijds bepalen hun opvattingen over veilig bevallen de plaats van hun bevalling. Anderzijds geven vrouwen praktische redenen om daarvoor te kiezen. Deze redenen hebben vooral te maken met hun wensen, mogelijkheden en beperkingen in het dagelijkse leven. Hun opvattingen, voorkeur en behoeften zijn daarom het best te begrijpen vanuit hun sociaal-economische en sociaal-culturele context. Aldus vereist deze zienswijze een alternatieve discussie over medicalisering.

De voorkeur voor een ziekenhuisbevalling beargumenteren de meeste vrouwen in termen van veiligheid. Bij complicaties zijn vrouwen al in het ziekenhuis, waar artsen met medische apparatuur binnen handbereik kunnen ingrijpen. Voor een goed verloop van hun bevalling lijkt het erop dat deze vrouwen afhankelijk zijn van artsen, medische apparatuur en interventie. Het is daarom aannemelijk te concluderen dat de keuze voor de veiligheid van het ziekenhuis voortkomt uit ongewenste medicalisering.

Mijn tweede conclusie is echter dat de keuze voor een ziekenhuisbevalling slechts *gedeeltelijk* een gevolg van ongewenste medicalisering is. Sommige vrouwen relativeren expliciet de veiligheid van het ziekenhuis. Bij anderen voeren praktische redenen de boventoon om naar het ziekenhuis te gaan. In het perspectief van de onderzoeksgroep biedt het ziekenhuis naast medische veiligheid ook andere mogelijkheden. Vrouwen noemen tevredenheid over de Nederlandse ziekenhuiszorg, bescherming tegen wanorde als gevolg van religieuze onreinheid of de wens om modern te zijn. Voorts vinden zij een krappe woning of het wonen op een hoge verdieping beperkend om thuis te bevallen. Een ziekenhuisbevalling biedt dus meer ruimte zowel in letterlijk zin (te klein huis) als in figuurlijke zin (in sociaal opzicht). Enkele vrouwen ondervinden namelijk belemmeringen als gevolg van geringe autonomie in het alledaagse leven. Zelfs tijdens zwangerschap en bevalling kunnen zij moeilijk ontkomen aan de drukte in huis of aan hun verantwoordelijkheden als schoondochter, echtgenote of moeder. Sommige vrouwen willen dus de beperkingen thuis ontlopen en hopen op een betere bevalling in het ziekenhuis. Daarbij speelt de afhankelijkheid van artsen, medische apparatuur en ingrijpen geen rol. Daarom behoeft autonomie een andere invulling dan de focus op afhankelijkheid. Het moet meer gaan over keuzemogelijkheden en -vrijheden van vrouwen in een context van dagelijkse beperkingen.

Uit de bovenstaande vloeit een derde conclusie: voor sommige vrouwen blijkt een bevalling in het ziekenhuis een uitkomst of een overlevingstrategie te zijn. Voor deze vrouwen kan een ziekenhuisbevalling als een vorm van *empowerment* begrepen worden. De geciteerde vrouwen laten zien dat de voordelen van een thuisbevalling, zoals eigen omgeving, meer privacy en meer controle op de bevalling, niet voor alle vrouwen gelden. Daartoe is aandacht voor diversiteit in sociaal-economische context en diversiteit in autonomie in het dagelijkse leven noodzakelijk. Op individueel niveau zijn de geïnterviewde vrouwen *empowered*, terwijl zij op sociaal-cultureel gebied zij *disempowered* blijven (Çinibulak & Richters, 2004).

Diversiteit in medicaliserende behoeften

Dat vrouwen geen passieve gebruikers van de biomedische gezondheidszorg zijn, maar actief en selectief medische zorg overwegen (Lock & Kaufert, 1998), geldt ook voor mijn onderzoeksgroep. De geïnterviewde vrouwen blijken selectief te zijn in hun behoefte aan medische voorzieningen rondom zwangerschap en bevalling (Çinibulak, 2002). Waar de onderzoeksgroep grote waarde hecht aan de *high tech* van het Nederlandse ziekenhuis, staat zij negatief ten aanzien van een ziekenhuisbevalling in Turkije. Vrouwen bekritiseren daar de verloskundige zorg en denken minder veilig te zijn in de handen van artsen en vroedvrouwen. Dwangmatig en gehaast verloop van de bevalling en de onheuse bejegening weerhouden hen ervan om in Turkije te bevallen.

Dat de onderzoeksgroep niet alle medicaliserende behandelingen omarmt, blijkt uit hun houding ten aanzien van prenatale onderzoeken. Vrouwen die zeer geïnformeerd zijn over testen zoals een vruchtwaterpunctie, wijzen deze onderzoeken af uit angst voor een miskraam. Ook anderen tonen hun afzijdigheid doordat ze hierover niet geïnformeerd zijn. Terughoudendheid is ook bij vrouwen met een sterke geloofsovertuiging geconstateerd; zij brachten morele dilemma's ter sprake.

Een ander voorbeeld van actieve en bewuste overweging van medische mogelijkheden is de grote waardering van zwangerschapscontroles. De centrale rol van de echoscopie in deze waardering heeft niet alleen te maken met de biomedische hegemonie. Vrouwen met een grote taalbarrière eisen een echo-onderzoek omdat dit voor hen het enige communicatiemiddel en bron van informatie is.

Tot slot

Medische technologie is niet meer weg te denken in de samenleving. Daarmee is het proces van toenemende medicalisering onvermijdelijk. Belangrijk is dat vrouwen goede voorlichting krijgen om weloverwogen keuzes te maken. Een ongeëmancipeerd migrantenbestaan zowel in de Nederlandse samenleving als in de eigen Turkse gemeenschap biedt de meeste vrouwen weinig mogelijkheden om in termen van medicaliserende behoeften te denken en te handelen. Anders gezegd, pas wanneer vrouwen *empowered* zijn, meer sociaal-economische mogelijkheden en meer zelfbeschikking in het dagelijkse leven bezitten, zijn zij mijns inziens toe aan autonomie betreffende medicaliserende medische voorzieningen. Pas dan lijkt mij het informeren van vrouwen over nadelige effecten van een ziekenhuisbevalling of andere medicaliserende voorzieningen zoals een echoscopie of prenatale onderzoeken effectief. Een uitstekend alternatief voor een ziekenhuisbevalling zijn de recente geboortecentra, waar vrouwen onder begeleiding van een vroedvrouw kunnen bevallen. Met deze kraamsuites kan aan de behoefte aan veiligheid tegemoet gekomen worden en kunnen vrouwen naar wens bevallen wat anders door hun sociaal-economische en sociaal-culturele beperkingen thuis onmogelijk was geweest.

Voor het lezen en kritisch becommentariëren van dit artikel wil ik mijn grote dank uitspreken aan Annemiek Richters en Barbara van Balen.

Noten

1. Waar mogelijk zal ik de term 'allochtoon' vermijden. Dit omdat deze term ondanks de neutrale CBS-definitie in het dagelijks leven duidelijk een negatieve lading draagt die nauw gerelateerd is aan in- en uitsluitingsprocessen. Ik prefereer hier het gebruik van *migrantenvrouwen* of *nieuwe bevolkingsgroepen.* Met de benaming *Turks-Nederlandse vrouwen* wil ik recht doen aan de zelfdefinitie van de vrouwen. Daarbij verwijst deze term ook naar de migratie die heeft plaatsgevonden van Turkije naar Nederland, hetzij door de vrouw zelf, hetzij door haar ouders.
2. Mijn afstudeeronderzoek was tevens een stageonderzoek op de afdeling Cultuur, Ziekte en Gezondheid, aan het Leids Universitair Medisch Centrum. Dit vormde een deelonderzoek van

Gynaecologie/verloskunde en sociaal-culturele diversiteit. Een exploratieve studie naar de kwaliteit van zorg aan een etnisch pluriforme patiëntenpopulatie.

3. In een Demografisch en GezondheidsSurvey was de moedersterfte 100 per 100.000 in 1995, de kindersterfte 53 per 1000 in 1993 (Celik & Hotchkiss, 2000).
4. De toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg weerspiegelen verschillen in het westen en oosten van Turkije. Een voorbeeld is de distributie van opgeleide vroedvrouwen. 18,5 procent bevindt zich in de drie grote steden in West-Turkije en slechts 14,5 procent werkt in 23 provincies van Oost-Turkije (Celik & Hotchkiss, 2000).
5. In religieuze geschriften is nauwkeurig vastgelegd door welke handelingen onreinheid ontstaat. Kleine en grote onreinheid is verbonden met substanties die het lichaam verlaten. Zaadlozing, seksuele gemeenschap, menstruatie en bevalling veroorzaken grote onreinheid. Kleine onreinheid ontstaat door contact met onder andere urine en ontlasting, vuil en bloed. Om weer in het reine te verkeren, moeten verontreinigde personen rituele wassingen uitvoeren (Bartelink, 1994).

Literatuur

Abraham, E. (1994). Vroedvrouwen in Nederland. Een 'low tech' medisch beroep. In Van der Geest, S., et al (eds.), *De macht der dingen. Medische technologie in cultureel perspectief* (pp. 187-213). Amsterdam: Het Spinhuis.

Bartelink, Y. (1994). *Vrouwen over Islam: Geloofsvoorstellingen en –praktijken van Marokkaanse migrantes in Nederland (Brabant).* Nijmegen: Katholieke Universiteit.

Celik, Y. & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine,* 50 (12), 1797-1806.

Çinibulak, L. (2002). *Zwanger worden en bevallen op Nederlandse bodem. Een antropologisch onderzoek naar de ervaring van verloskundige zorg onder vrouwen van Turkse afkomst.* Universiteit van Amsterdam: doctoraalscriptie.

Çinibulak, L. & Richters, A. (2004). Turkish-Dutch women's views on childbirth. A question of medicalization or empowerment? In Allen, et al, *14th international conference of psychosomatic obstetrics and gynaecology.* Medimond: International Proceedings.

Halsema, A. & Jacobs, G. (2002). *Empowerment en diversiteit in zorg en welzijn.* Utrecht: Universiteit van Humanistiek.

Hof, C. & Richters, A. (2003). Het hulpverlenersperspectief. In Richters, A. (ed.), *Etnische pluriformiteit en kwaliteit van zorg op twee grootstedelijke poliklinieken gynaecologie/verloskunde. Verslag van een verkennend onderzoek* (pp. 30-50). Heemstede: Smart.

Kleiverda, G. (1995). Vrouwenlijven en medische technologie. In Graveland, I. I. (ed.), *De beweging in beweging. Debatten in de Vrouwenhulpverlening.* Amsterdam: SISWO.

Lock, M. & Kaufert, A. (eds.) (1998). *Pragmatic women and body politics. Introduction* (pp. 1-27). Cambridge: Cambridge University Press.

Mens-Verhulst, J. van (2001). Diversiteit in theorie en praktijk. Een bericht uit de feministische hulpverlening. *Tijdschrift voor Humanistiek,* 6 (2), 7-17.

Offerhaus, P. M., et al (2002). *De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage 1995-2000.* Leiden: TNO-pg.

Richters, A. (2001). Culturele diversiteit in hulpverlening en onderzoek. Kan wat moet, moet kan wat? *Tijdschrift voor Humanistiek,* 6 (2), 18-25.

Richters, A. (2002). 'Ja, maar hoe bereik je hen.' Gezondheidsonderzoek onder migrantenvrouwen. *Tijdschrift voor Genderstudies.*