



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

[Bespreking van: R. Cecil (1996) The anthropology of pregnancy loss: comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death]

Gerrits, T.

**Publication date**

2000

**Document Version**

Final published version

**Published in**

Medische Antropologie

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

Gerrits, T. (2000). [Bespreking van: R. Cecil (1996) The anthropology of pregnancy loss: comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death]. *Medische Antropologie*, 12(1), 142-147.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

al te ambitieus moet worden gezien. Hij betwijfelt de waarde van deze verhalen voor het grote publiek, die immers dergelijke ervaringen niet heeft, maar stelt Couser, het lichaam is het middel tot ervaring, het is ons bestaan en herinnert ons eraan dat we kwetsbaar zijn. Het belangrijkste is echter wel dat in de autobiografieën duidelijk wordt dat mensen hun lichaam niet tot een object laten maken door het medisch discours. Ziekte en handicap leert ons hoe we een gezonder leven kunnen leiden. Het meest waardevolle van de besproken verhalen is volgens de auteur dat ze ons laten begrijpen wat het betekent 'some body' te zijn.

Cousers boek staat vol waardevolle besprekingen van autobiografieën. Voor antropologen is dat interessant. Maar zij moeten na lezing zelf aan het werk om de relatie, de dialectiek tussen handicap, ziekte, lichaam en cultuur duidelijker voor ogen te krijgen. Het boek zou een bron kunnen zijn voor crossculturele vergelijking als er tenminste wereldwijd dergelijke autobiografieën zouden bestaan. Het boek is in heldere taal en stijl geschreven en het lijdt geen twijfel of de auteur is in zijn opzet geslaagd. Hij heeft duidelijk laten zien hoe de verhalen getuigen van de strijd om het eigen lichaam terug te veroveren op het medisch discours en op wat anderen buiten de biogeneeskunde erover zeggen.

Els van Dongen

Rosanne Cecil (ed.), *The anthropology of pregnancy loss. Comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death*. Oxford: Berg, 1996. 266 pp.

*The anthropology of pregnancy loss* bundelt werk van negen antropologen, een historicus en een psycholoog. Het gaat over miskraam, doodgeboorte en neonatale sterfte. In haar inleiding constateert Cecil dat er weinig antropologische studies zijn naar de beleving en betekenis van miskramen. Dat verbaast haar omdat het onderwerp nauw raakt aan de onderwerpen die antropologen zeer boeien, zoals voortplanting en geboorte, begrafenis- en andere rituelen. Het blijft bij zijdelingse onderwerpen in publicaties van antropologen over miskramen en andere minder succesvolle aflopen van zwangerschap. Cecil ziet wel hierin een terugkerend thema: de nadruk op de rol van vrouwen in een gezond verloop van de zwangerschap. Vaker dan mannen moeten zij zich houden aan voedsel- en andere voorschriften. Dit vraagt om belichting van het thema vanuit een genderperspectief. Er zijn in West-Europa en Noord-Amerika recentelijk studies verricht vanuit psychologisch perspectief, maar tot een interculturele vergelijking van bevindingen is het tot dusver niet gekomen.

De bundel is opgesplitst in twee delen. In het eerste deel wordt verslag gedaan van etnografische studies in India, Jamaica, Papua Nieuw-Guinea, Tanzania en Kameroen. Het tweede deel bevat een analyse van nieuwsbrieven, en verder een epidemiologische, een psychologische en twee historische studies.

De bijdrage van Jeffrey en Jeffrey, *Delayed periods and falling babies: The ethnophysiology and politics of pregnancy loss* is gebaseerd op veldwerk in Uttar Pradesh, Noord-India. De betrokkenen zijn zich ervan bewust dat hun zwangerschap risico loopt als ze zich niet houden aan richtlijnen over voeding, werk, seksueel

gedrag en mobiliteit, of als ze een bevalling van een andere vrouw mee maken, herhaaldelijk zwanger zijn waardoor de baarmoeder zwakker wordt, geslagen worden, of bezeten zijn door geesten. Pas als de menstruatie drie maanden uitblijft, onderkennen vrouwen hun zwangerschap. Dan “(enters) the life of [the] spirit (...) the baby, its body parts begin developing and its sex settled”. Volgens de onderzoekers is het onderscheid een ‘delayed period’ (tot drie maanden wegblijven van de menstruatie) en ‘falling of a baby’ (na die drie maanden), een van de redenen dat de vrouwen een relatief laag aantal miskramen rapporteerden. Er zijn ook andere redenen. Wellicht zijn vrouwen een of meerdere miskramen vergeten te noemen, of is zwangerschap omringd met schaamte, waardoor ze zelf niet expliciet in een vroeg stadium over de zwangerschap spreken en het afbreken ervan niet benoemen als een miskraam.

Voor inzicht in de betekenis van een miskraam is het niet voldoende de etnofysiologische opvattingen over zwangerschap te kennen. Die ideeën moeten ook geplaatst worden in de sociaal-politieke context, met name de plaats van de zwangere vrouw in het huishouden van haar echtgenoot. In de praktijk blijken de zwangere vrouwen weinig te kunnen doen om een miskraam te voorkomen. Ze hebben nauwelijks zeggenschap over wat ze eten, de aard van hun werkzaamheden, het al dan niet bezoeken van een gezondheidswerker, en de frequentie van seksueel contact met hun echtgenoot. Schoonmoeders en/of echtgenoten bepalen of zij extra geld en tijd aan de zwangere vrouw willen spenderen, en dit is vaker niet dan wel het geval. In de Indiase context met een hoog vruchtbaarheidscijfer en kindersterftecijfer hebben vrouwen al weinig de gelegenheid te rouwen om hun gestorven kinderen. In deze context worden miskramen absoluut gemarginaliseerd als ‘non-events’, waarvoor geen speciale rituelen of behandelingen uitgevoerd worden.

De bijdrage van Sobo, *Cultural explanations for pregnancy loss in rural Jamaica*, laat zien dat Jamaicaanse vrouwen en biomedische wereld niet vanzelfsprekend dezelfde definities hanteren over biomedische gebeurtenissen. De vrouwen interpreteren een gemiste menstruatie niet meteen als een zwangerschap. Pas als een vrouw leven voelt, is ze een zwanger, een ‘bellywoman’. Vaginale bloedingen voor die tijd, beschouwen zij niet als miskramen. Een maal als zwanger erkend, kunnen plotselinge fysieke bewegingen of zware arbeid “knock it [the fetus] out of its nest in the belly”. Een zwangerschap heet ‘funny’ te zijn als de bevalling erg vroeg begint, de buik te snel of in een vreemde vorm groeit, of een klein monster wordt gebaard in plaats van een baby. Dan constateert men dat de vrouw niet echt zwanger was (‘false belly’), maar op onnatuurlijke wijze zwanger geworden is. Oorzaken hiervoor zoeken zij in de persoonlijke sfeer, met name in problemen met minnaars, echtgenoten of bloedverwanten. Sobo beschrijft gedetailleerd hoe een ‘false belly’ kan ontstaan. Het begrip heeft meerdere lagen. Vrouwen gebruiken het om betekenis te geven aan een emotionele en pijnlijke ervaring, zoals miskraam of de geboorte van een misvormd kind. Het wordt gebruikt om schuldgevoelens te uiten over overspelige verhoudingen. Mensen kunnen zo ambivalente gevoelens over familieverplichtingen en genderspanningen verwerken. Tot slot noemt ze nog – bijna terloops, maar niet minder betekenisvol – dat een ‘false belly’ niet altijd een miskraam (in biomedische termen) hoeft te zijn, maar ook betrekking hebben op een abortuswens. Het opwekken van een abortus is sociaal niet geoorloofd.

Een ongewenste zwangerschap die volgens de culturele traditie gegoten wordt in een “unhealthy, unnatural, socially created false belly” mag echter wel afgebroken worden.

In het hoofdstuk *Water spirits, medicine-men and witches: Avenues to successful reproduction among the Abelam, Papua New Guinea* beschrijft Anna Winkvist hoe vrouwen vanaf hun tiende levensjaar aan de hand van een aantal rituelen werken aan een succesvol reproductief leven. Hierbij worden ze geholpen door familieleden en diverse, voornamelijk mannelijke, traditionele genezers. Voorts komen percepties over conceptie aan de orde, het vaststellen van de zwangerschap (soms al na een maand uitblijven van de menstruatie); het verloop van de bevalling; reacties op reproductieproblemen, zoals onvruchtbaarheid, miskramen en moeilijke bevallingen. Winkvist sluit af met een bespreking van voedseltaboes tijdens de zwangerschap en het gebruik van (voornamelijk) traditionele voorbehoedmiddelen.

Winkvist benadrukt dat de mannen kennis hebben van en controle uitoefenen over de aanvang, het onderhoud en de beëindiging van de voortplanting. Vrouwen controleren weliswaar de bevalling, maar consulteren mannen voor alle andere doeleinden. Zij worden verantwoordelijk gehouden voor miskramen, misvorming van het kind, laag geboortegewicht en neonatale sterfte. Ik realiseerde mij bij lezing dat medische antropologie wel aandacht heeft besteed aan miskramen, maar dan met name aan de preventie ervan door rituelen en taboes, en veel minder aan de beleving of betekenis ervan voor de betrokkenen.

In *Explaining pregnancy loss in matrilineal south east Tanzania* gaat Wembah-Rashid in op de wijze waarop vrouwen zorgen voor een gezond nageslacht. Ze houden zich aan de regels die zij te horen krijgen gedurende initiatierites en andere rituelen. Zo trachten zij miskramen en andere problemen te voorkomen. De auteur geeft vervolgens een overzicht van de gehanteerde personalistische en naturalistische verklaringen als miskramen toch optreden.

Olayinka Njikam Savage betoogt in ‘Children of the rope’ and other aspects of pregnancy loss in Cameroon is grotendeels gebaseerd op verhalen van vrouwen die zelf een miskraam hebben ondergaan. Ze beschrijft dat men een dood geboren kind (miskraam of vroeggeboorte) beschouwt als “a stranger who was just passing through” (p.101). Het kind had haast om weg te komen. Het krijgt geen naam en is geen lid van de groep. Vaak geven traditionele genezers deze *children of the rope* een inkeping in de wang, zodat ze herkend zullen worden als ze weer herboren worden. Om zo’n kind hoeft ook niet getreurd te worden. De moeders worden aangespoord niet publiekelijk te rouwen, maar zo snel mogelijk weer zwanger te worden. De Kameroense vrouwen worden veelal zelf verantwoordelijk gehouden voor de miskraam. Ze hebben hun netwerken niet goed onderhouden, waardoor ze hulp van burens en familieleden ontberen tijdens hun zwangerschap en gemakkelijk slachtoffers van hekserij kunnen worden. Of ze hebben zich seksueel misdragen. Vrouwen die een miskraam hebben, kunnen dan ook op weinig sympathie rekenen. Volgens Savage heeft dit een negatief effect op de gezondheid van de moeders: ze willen hun zwangerschap zo lang mogelijk verborgen houden, ook voor het personeel van de gezondheidszorg, waardoor er van prenatale zorg weinig terecht komt.

Het tweede deel van de bundel opent met een epidemiologische bijdrage, *Variation in risk of pregnancy loss*, van Michael DeLuca en Paul Leslie. Er is volgens hen weinig bekend over de variatie in risico op miskramen tussen verschillende bevolkingsgroepen. Ze halen een aantal onderzoeken aan die een zekere variatie in het voorkomen van miskramen laten zien, waaronder hun eigen studie bij nomaden en gevestigde Turkana in Kenya. De gebruikte onderzoeksmethodes zijn echter zo divers, dat deze wellicht een groot gedeelte van de gevonden variatie verklaren. Er zijn klinische studies onder en veldonderzoeken. Men hanteert verschillende criteria en methodes om zwangerschappen en miskraam vast te stellen: zelfrapportage, fysiek onderzoek; retrospectief en prospectief. Bij gebrek aan adequate informatie bespreken de auteurs een aantal factoren, die van invloed kunnen zijn op de variatie: genetische oorzaken, het immuunsysteem en infectieziekten. Ze concluderen dat nog veel onderzoek nodig is om inzicht te krijgen in de variatie in het voorkomen van miskramen en zijn determinanten.

Linda Layne's bijdrage, 'Never such innocence again': Irony, nature and technoscience in narratives of pregnancy loss, is gebaseerd op een studie onder tweepregnancy loss support groups. Er zijn ruim 900 van dergelijke groepen in de Verenigde Staten. Layne analyseert de nieuwsbrieven en andere publicaties van deze twee groepen. Volgens haar is voor de meeste leden "the loss of a wished-for baby (...) a watershed event after which they will never experience the world or think about their lives in the same way" (p.132). Andere levenservaringen worden altijd gesitueerd voor of na deze gebeurtenis. Daarom hebben deze mensen niet alleen hun zwangerschap verloren, maar ook hun onschuld. Layne analyseert vervolgens enkele vaak voorkomende 'ironische' thema's uit de brieven en gedichten van de getroffensten.

In haar bijdrage vergelijkt psychologe Beverly Chalmers de ervaringen van vrouwen uit Zuid Afrika die een miskraam hebben gehad. Zij zijn afkomstig uit verschillende rurale en stedelijke culturele groepen. Ze begint met enkele methodologische opmerkingen naar aanleiding van de problemen bij het lokaliseren van respondenten. Alle vrouwen die in een bepaalde periode een miskraam hadden ondergaan in zes verschillende ziekenhuizen werden eerst schriftelijk over het onderzoek geïnformeerd en in tweede instantie telefonisch benaderd. Veel van de witte en gekleurde vrouwen bleken niet telefonisch te traceren. Vermoedelijk hadden deze vrouwen een illegale abortus (willen) laten plegen en derhalve een onjuist adres opgegeven. De woonplaats van de Aziatische vrouwen was gemakkelijker te vinden. Sommigen wilden echter niet meewerken, wellicht vanwege gevoelens van schaamte, anderen mochten van hun mannen niet deelnemen. De rurale zwarte vrouwen waren moeilijk te benaderen. Ze hadden vaak geen telefoon hadden. Daarnaast speelde ook de angst voor hekserij een rol. Men wilde niet over zwangerschap of miskraam spreken met anderen en een bezoek aan hun woning kon niet onopvallend plaats kon vinden en zou dus risicovol kunnen zijn voor de betrokkenen. In dit geval werden de het bezoek van de onderzoekers gecombineerd met een soort algemene gezondheidszorg-visitatie bij alle wijkbewoners.

Het onderzoek laat duidelijk de waarde van een kwantitatieve studie zien. De soms grote verschillen tussen de verschillende groepen zouden met een kwalitatieve benadering wellicht niet zo duidelijk gevonden zijn. Tegelijkertijd maakt de opsomming van de vele getallen en percentages per subgroep dit hoofdstuk minder leesbaar. Deson-

danks laten de interessante bevindingen de diversiteit in de beleving van miskramen zien (of in elk geval de verwoording daarvan) en worden de implicaties voor het klinisch management besproken. Aan het eind laat de auteur haar gedachten gaan over de voor leken tamelijk negatieve connotaties van de medische terminologie: 'spontaneous abortion', 'failed pregnancy', en 'incompetent cervix'. Dit kan de negatieve zelfbeleving van sommige vrouwen na een miskraam versterken.

De meest indrukwekkende bijdrage van de bundel is *Memories of pregnancy loss: recollections of elderly women in Northern Ireland* van Rosanne Cecil. Ze laat het belang zien van oral history en van 'medical anthropology at home'. Cecil sprak met twaalf vrouwen in de leeftijd van 65 tot 89 jaar oud over hun ervaringen met miskramen in de periode 1940-1970. Zonder deze studie zouden de ervaringen van deze vrouwen onherroepelijk verloren zijn gegaan. Geen van hen ooit in enig detail hierover gesproken met verwanten. Ook hebben zij indertijd nauwelijks of niet met hun echtgenoten hierover gesproken. Er werd over gezwegen; niemand vroeg of zei wat. Sommigen hebben dat indertijd niet als een probleem ervaren: het was gewoon zo. Anderen hadden het als verschrikkelijk ervaren, onder andere omdat er geen mogelijkheid was geweest om te rouwen om het verloren kind. Cecil beschrijft de veranderingen in de wijze waarop vroeger en nu doodgeboren kinderen begraven werden: "in their unmarked graves is symbolized their social value". Ze plaatst de acceptatie van miskramen in de context van de levens van de vrouwen. Het waren materieel gezien zware tijden. Het vruchtbaarheidscijfer was erg hoog. De vrouwen waren zich bewust van de grote risico's van zwangerschap en bevalling en prezen zichzelf gelukkig in vergelijking met vrouwen die in het kraambed waren gestorven. Hun verhalen laten ook zien hoeveel in een korte tijdsbestek veranderd is in West-Europa wat betreft de perinatale zorg. Een vrouw kreeg bij een miskraam na zes maanden zwangerschap te horen dat de foetus slechts zes weken geleefd had. De zinnige opmerkingen over de beperkingen en mogelijkheden van de methode van 'autobiographical memories', maakt ten slotte dit hoofdstuk extra lezenswaardig.

De bijdrage van de historicus Mark Jackson *Something more than blood: Conflicting accounts of pregnancy loss in eighteenth-century England* is "an exploration of the various popular, medical, legal and political meanings attached to menstrual blood loss and pregnancy loss". In het Engeland van de achttiende eeuw werden ongehuwde vrouwen door burens, familieleden en vrienden ervan beschuldigd hun zwangerschappen te verbergen en hun pasgeboren kinderen te vermoorden. Men maakte zich zorgen om het gedrag van alleenstaande vrouwen en over de potentiële last van nog meer bastaarden. De ongehuwde vrouwen weerspraken de beschuldigingen: ze hadden een miskraam van een prematuur kind of enkel wat bloed verloren. Ze construeerden hun verhalen zodanig dat ze overkwamen als onschuldige en passieve slachtoffers: eerst in onwetendheid verleid en zwanger gemaakt, en vervolgens ook nog een miskraam. De aanklagers benadrukten dat zij, behalve zich met mannen in te laten, er ook nog eens voor zorgden dat ze een miskraam krijgen door geen goede hulp te regelen. Jackson maakt gebruik van rechtbankverslagen over de vervolging van deze vrouwen. Aan de orde komt ten slotte de manier waarop artsen hun rol als getuigendeskundigen vervulden en zo het aanzien van hun eigen professie trachten te vergroten.

The anthropology of pregnancy loss is een lezenswaardige en informatieve bundel, die de lezer vanuit verschillende invalshoeken aanzet tot nadenken over de betekenis van miskramen. De etnografische hoofdstukken presenteren interessant materiaal over taboes en culturele richtlijnen om een gezonde zwangerschap te bevorderen of een miskraam te voorkomen. Dergelijke informatie is echter niet nieuw. Cecil's inleidende opmerking over het ontbreken van inzicht in de beleving van en het omgaan met miskramen door de betrokkenen zelf riep verwachtingen op. Feitelijk gaat alleen haar eigen bijdrage naast die van Layne en Chalmers, daarop in. Al met al is deze bundel een prima eerste aanzet om de door Cecil geconstateerde leemte op te vullen.

Trudie Gerrits

Bart Criel, *District-based health insurance in Sub-Saharan Africa*. Case studies. Studies in Health Services Organisation and Policy 9. Antwerp: ITG Press (isa@itg.be), 1998. 150 pp.

Bart Criel, *From theory to practice*. Case studies. Studies in Health Services Organisation and Policy 10. Idem. 90 pp.

In the search for sustainable solutions to the problems of health care financing for low income population of the developing world, Criel's book comes in timely with useful lessons particularly for countries in Sub-Saharan Africa. This published edition of his doctorate thesis is presented in two parts. Part one deals with the theoretical analysis, while part two presents the empirical basis of the analysis. His main thrust is to provide an analysis of the potential and limitations of district based health insurance systems in order to draw lessons for the way forward in health financing in Sub-Saharan Africa. Three case studies from the subregion are presented: Bwamanda and Masisi in Mobutu's Zaire (now Democratic Republic of Congo) and Murunda in Rwanda. The studies are aimed at providing insights in understanding of the complexity of health insurance as well as design recommendations and framework for monitoring its effects.

The book begins with a historical background to the present problems of health care financing in Sub-Saharan Africa. The author traces this account from the post-independence free health care period and the changes through time resulting from problems of national economies and impact of international recessions that cumulatively made free care a myth. This led to gradual shifts to policies of cost recovery and community financing as potentially powerful resorts in the development of primary health care. The literature review on financing models also shows a shift that occurred from general definitions of criteria of financing mechanisms to a narrow focus of one particular mechanism, the cost recovery schemes in the frame of out of pocket payments. His discussion on sources of funding for health care, however, underscores his concern about the irony of user fees in generating revenue while at the same time reducing access. This problem Criel illustrates with the case of Kissidougou in rural Guinea-Conakry.

The author devotes a chapter to the concepts and typologies of insurance and solidarity. He looks at the two pitfalls of health insurance: adverse selection and moral