



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

**Paraji and Bidan in Rancaekek : integrated medicine for advanced partnerships among traditional birth attendants and community midwives in the Sunda region of West Java, Indonesia**

Ambaretnani, P.

**Citation**

Ambaretnani, P. (2012, February 7). *Paraji and Bidan in Rancaekek : integrated medicine for advanced partnerships among traditional birth attendants and community midwives in the Sunda region of West Java, Indonesia. Leiden Ethnosystems and Development Programme Studies*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/18457>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/18457>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

## Samenvatting

Deze studie is gericht op het gebruik van de plurale (traditionele en moderne) Moeder- en Kindzorg (MCH) systemen in Rancaekek, een Sub-district in de Sunda regio van West Java, een provincie van de Republiek Indonesië. De algemene doelstelling is om de relaties tussen traditionele en moderne systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH) te onderzoeken en beter te begrijpen, en na te gaan hoe een gemeenschap gebruik maakt van elk type van die zorg, indien beide systemen toegankelijk zijn. Teneinde dit uit te voeren, is het gedrag van zwangere en barende vrouwen geanalyseerd in relatie tot de contacten die zij gemaakt hebben met diensten van de beschikbare Moeder en Kindzorg (MCH) van de gemeenschap. Op het platteland van Indonesië voorzien doorgaans de *dukun bayi* (TBA: traditionele vroedvrouwen) in de behoefte aan gezondheidszorg van de gemeenschap voor zowel vrouwen als hun pasgeborenen. Vanwege de overweging dat de periode tijdens en na de zwangerschap fysiek en geestelijk gevaarlijk is voor moeder en kind, behartigt de *dukun bayi* niet alleen de fysieke behoeften van de vrouw, maar ook haar mentale en spirituele welzijn. Rancaekek, een Sundanese gemeenschap, voorziet ook in dergelijke eigenschappen van Moeder- en Kindzorg voor reproductieve vrouwen. In het Sundanees is de term *paraji* het equivalent van *dukun bayi* in de Indonesische taal (Bahasa Indonesia).

Ofschoon in het recente verleden een aantal kledingindustries gevestigd zijn langs de hoofdweg van Rancaekek, zijn de meeste dorpen nog steeds afhankelijk van de landbouw en liggen een aantal dorpen geografisch ver weg van het gezondheidscentrum van de gemeenschap. Daarom is de rol van *paraji* zeer belangrijk in die regio's waar in het algemeen de huishoudens een laag inkomen hebben. Om de algemene doelstelling van deze studie te bereiken – en het overwegen van drie belangrijke aspecten van de studie, namelijk gemeenschappelijke gezondheid, Moeder en Kindzorg (MCH) stelsels, en het gebruik van traditionele en moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) systemen – zijn zes specifieke doelstellingen in deze studie onderzocht en geanalyseerd:

*Ten eerste*, om een korte beschrijving van Indonesië te presenteren, zowel van het onderzoeksgebied als van het land als ontwikkelingsland in Zuidoost-Azië, en de Sunda regio van West-Java, de provincie waar het onderzoek is uitgevoerd

*Ten tweede*, om de gezondheid en genezing in Indonesië te beschrijven, inclusief de beide traditionele en moderne medische systemen, met een focus op Moeder and Kindzorg (MCH). In het bijzonder, is de veranderende rol van de *paraji/dukun bayi* (traditionele vroedvrouwen) en *bidan* (moderne verloskundigen) beschreven in de context van het huidige beleid van Moeder en Kindzorg van de Indonesische regering.

*Ten derde*, om de gemeenschap van Rancaekek te beschrijven, als de plaats waar zowel de kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken zijn uitgevoerd. In aansluiting daarop om de Rancaekek gemeenschap zelf te beschrijven; zoals de details over de studie populatie en steekproef, alsook om een overzicht te geven van de lokale MCH systeem en de bijhorende kennis over het gebruik van Medicinale, Aromatische en Cosmetische (MAC) planten;

*Ten vierde*, om de plurale MCH systemen te beschrijven in het onderzoeksgebied, inclusief de rol van *paraji* (traditionele vroedvrouwen) en *bidan* (moderne verloskundigen) tijdens de

zwangerschap, de (barens) weeën, en de bevalling, alsook het gebruik van het MCH systeem door de zwangere vrouwen in hun keuze van gezondheidszorg;

*Ten vijfde*, om de resultaten te presenteren van de gedragspatronen van het gebruik van het plurale MCH systeem door zwangere vrouwen in de steekproef, het uitvoeren van de bivariante analyse, de multivariate analyse en de meervoudige regressie-analyse;

*Ten zesde*, om aanbevelingen te formuleren op basis van onderzoeksresultaten, op welke wijze de nieuwe samenwerking tussen de *paraji* (traditionele vroedvrouwen) en *bidan* (moderne verloskundigen) met betrekking tot hun gemeenschappelijk belang in het verbeteren van MCH in de gemeenschap te versterken en te ondersteunen.

In Hoofdstuk I wordt de Moeder- en Kindzorg (MCH) behandeld als een van de belangrijkste sectoren van de gezondheidszorg ter wereld; het is een deel van de *Primary Health Care* (PHC) aanvaard in de Alma Ata Conferentie in 1978. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft Moeder- en Kindzorg (MCH) als een essentiële sector van de publieke gezondheidszorg (*Primary Health Care* – PHC) die universeel toegankelijk dienen te zijn voor individuen en gezinnen door middel van voor hen aanvaardbare middelen, met hun volledige participatie, en tegen een kostprijs die betaalbaar is voor gemeenschappen en landen wereldwijd. Het dient een integraal onderdeel van het gezondheidssysteem van het land te zijn, waarvan het de kern vormt, en van de algemene sociaal-economische ontwikkeling van de gemeenschap. De Alma Ata Conferentie heeft het beleid van de gezondheidszorg geherformuleerd in de doelstelling “Gezondheid voor Iedereen in 2000” (“Health for All by the Year 2000”), om vast te stellen dat *Primary Health Care* (PHC) een integraal onderdeel wordt van de nationale ontwikkeling en niet slechts een geïsoleerd randverschijnsel. De regering wordt daarbij verplicht tot het ondernemen van actie: promotie, coordinatie en ondersteuning, niet alleen op het lokale maar ook op het midden en centrale niveau van de regering. *Primary Health Care* (PHC) dient ten volle gebruik te maken van alle beschikbare middelen, d.w.z. het dient de menselijke potentie van de hele gemeenschap te mobiliseren. Helaas, blijkt na 10 jaar, dat niet alle landen, die voordien het beleid van de Alma Ata Conferentie (1978) hebben geratificeerd, ook hun doelstelling hebben bereikt; Indonesië is een van deze landen, die de doelstelling thans op 2015 heeft vastgesteld. Na 20 jaar heeft het Rapport van WHO–SEAR (2009) de definitie van *Health for All* hernieuwd, waarin individuen dienen te proberen om goede gezondheid te behouden door het beoefenen van zelfzorg en het verkrijgen van gelijke toegang tot adequate gezondheidsdiensten, dat slechts een deel van het geheel vormt. Een systeem van gezondheidszorg omvat de organisaties, instellingen en middelen in de volksgezondheid. Het beleid van de Alma Ata Conferentie (1978) benadrukt ook de belangrijke participatie van de volledige georganiseerde gemeenschappen en de uiteindelijke zelfstandigheid van individuen, gezinnen en gemeenschappen die meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid nemen.

Indonesië heeft het beleidsplan “De Ontwikkeling en Implementatie van Traditionele Geneeskunde voor Zelfzorg” (“*Development and Implementation of Traditional Medicine for Self-Care*”) gepresenteerd, dat gebaseerd is op de groeiende belangstelling voor traditionele geneeskunde in de context van zelfzorg. Deze verklaring ondersteunt deze studie op het vraagstuk van de integratie van de beide systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH), d.w.z. van de *paraji* (*dukun bayi* – TBA, of traditionele vroedvrouw) als vertegenwoordiger van het traditionele systeem en de *bidan* (moderne vroedvrouw) als vertegenwoordiger van het moderne systeem van MCH gezondheidszorg, in plaats van de traditionele vroedvrouwen

(TBA) ten onrechte aan te wijzen als de oorzaak van de hoge MMRs en IMRs in Indonesië. De integratie die in deze studie voorgesteld wordt, gaat daarbij uit van een nieuw samenwerkingsverband binnen de systemen van plurale Moeder- en Kindzorg (MCH). Aangezien het traditionele systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) gebaseerd is op de lokale kennis die is doorgegeven over vele generaties, zal deze kennis verdwijnen als de rol van de tradionele vroedvrouw (TBA) zal afnemen.

Onlangs heeft Indonesië de verdere bepalingen geratificeerd om de *Millenium Development Goals* (MDG 2005) uit te voeren zodat deze bereikt worden in 2015. De *Asian Development Bank* (2005) benadrukt, dat de MDGs de internationale programma's voor de ontwikkeling verenigd heeft rond een gemeenschappelijke globale agenda, die gericht is op het verminderen van de armoede wereldwijd. Het is opgedragen aan de visie van een Aziatische Pacific Region, die vrij van armoede zal zijn.. Het bepaalt de specifieke doelstellingen en indicatoren voor het meten en monitoren van de vorderingen die in het terugdringen van de armoede gemaakt worden. De MDGs vertegenwoordigen een globaal samenwerkingsverband dat zich ontwikkeld heeft uit de engagementen en doelstellingen van de topconferenties in de negentiger jaren, en dat inspeelt op de belangrijkste uitdagingen van de wereldontwikkeling en de oproep tot een burgerlijke gemeenschap. De 'MDG's bevorderen enerzijds meer onderwijs en gelijkheid van man en vrouw, en streven anderzijds naar het verminderen van armoede, moeder- en kindersterfte, HIV/AIDS en andere ziekten. De MDGs vormen nu een set van doelstellingen die in 2015 bereikt kunnen worden als alle deelnemers samen werken.

In Hoofdstuk II zijn discussies weergegeven van belangrijke onderzoeken naar het gebruik van gezondheidszorg, zoals dat is uitgevoerd over de hele wereld om aan te tonen waarom zoveel onderzoekers in het recente verleden door dit onderwerp aangetrokken waren. Hoewel zwangerschap niet officieel wordt erkend als een ziekte, lijkt de afhankelijkheid van de zwangere vrouwen tijdens de bevalling op dat van patienten, die een medische behandeling ondergaan. Daarom zal deze studie een bijdrage leveren aan de bestaande kennis en inzicht in de relatie tussen de processen van zwangerschap en bevalling, en het gebruik van de beschikbare gezondheidszorg in de plattelandsgemeenschappen. Hoewel het betreffende model voor medische pluralisme de traditionele, transitionele en moderne medische systemen omvat, is het hier vooral gebruikt om de toestand van de Moeder- en Kindzorg (MCH) in Rancaekek te analyseren. De traditionele en moderne systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH) worden vertegenwoordigd door de *paraji* (TBA) en *bidan* (moderne verloskundige), terwijl het transitionele medische systeem hier in het Moeder- en Kindzorg (MCH) ondervertegenwoordigd is.

In historisch opzicht ervaren ontwikkelingslanden een voortdurend proces van acculturatie, waarbij de lokale bevolking met de externe medische systemen in aanraking kwamen met de komst van migranten uit verre landen zoals India, Arabië en China. Het moderne westerse medisch systeem werd pas later in Indonesië geïntroduceerd als onderdeel van het Nederlandse koloniale systeem aan het einde van de 19e eeuw. Tegenwoordig wordt de gezondheidszorg in de ontwikkelingslanden gekenmerkt door verschillende traditionele, transitionele en moderne medische systemen, die ontwikkeld zijn in het land, en elkaar zowel in theorie als in de praktijk overlappen. Sommige van de daarmee verband houdende methodologische complicaties bij het onderzoek hebben hoofdzakelijk betrekking op de moeilijkheid, die sommige Westerse wetenschappers hebben bij het begrijpen van de inheemse en ethnobotanische kennissystemen, in het bijzonder het systeem van het lokale geloof als onderdeel van het inheemse 'Kennis-Praktijk-Geloof' complex. Medische systemen zijn in principe ingewikkeld en dienen ook met behulp van inheemse traditionele benaderingen binnen de sociaal-culturele leven van de ontwikkelingslanden onderzocht te

worden, die daar reeds lang hebben bestaan, voordat de moderne medische systemen ingevoerd werden.

In deze studie is het begrip 'traditioneel' alsmede 'inheems' en 'modern' gebruikt om de verschillen tussen het pluralistische systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) binnen de lokale gemeenschap te beschrijven. Inheemse volkeren, de gemeenschap of de natie delen samen een historische continuïteit met de pre-koloniale samenlevingen die zich op hun grondgebied hebben ontwikkeld, en onderscheiden zichzelf van andere sectoren van de huidige samenlevingen in die gebieden, of in delen daarvan. Tegenwoordig vormen zij de niet-overheersende sectoren van de samenleving, maar zijn zij vastbesloten om hun voorvaderlijke grondgebied en etnische identiteit als de basis van hun voortbestaan te behouden, te ontwikkelen en door te geven aan de toekomstige generaties in overeenstemming met hun eigen culturele patronen, sociale instellingen en rechtssystemen. Traditionele kennis impliceert niet dat deze verouderd is, maar verwijst veeleer naar de manier waarop deze wordt verkregen en gebruikt. Met andere woorden, het sociale proces van leren en delen van kennis, die uniek is voor elke inheemse cultuur, vormt het hart van haar 'traditionaliteit'. Veel van deze kennis is stellig nieuw, maar het heeft een sociale inslag en juridisch karakter geheel in tegenstelling tot andere systemen van kennis. Traditionele levensonderhoud systemen zijn voortdurend aangepast aan veranderende sociaal-economische en ecologische omstandigheden. Ze zijn dynamisch, maar – ongeacht de wijzigingen – omvatten principes van duurzaamheid. Het moderne westerse medische systeem wordt echter geïntroduceerd door de nationale regering aan de lokale gemeenschap. Vervolgens verschijnt een plurale medische configuratie in de gemeenschap die dergelijke systemen als volgt definieert:

- a. Het traditioneel systeem omvat lokale percepties en praktijken, ontwikkeld over generaties in een bepaalde cultuur of regio;
- b. Het overgangs systeem omvat drug verkopers, die de laatste schakel representeert in de handels-schakel in de moderne farmaceutische industrie, die een winstgevende markt ontdekt heeft onder de bevolking van ontwikkelde landen;
- c. Het moderne medische systeem wordt geregeld door de biomedische in tegenstelling tot de ethnomedische paradigma's.

In het geval van Moeder- en Kindzorg (MCH) systemen, is de traditionele Moeder- en Kindzorg (MCH) verwezenlijkt door de *paraji* (Sd.) of *dukun bayi* (Ind.), terwijl de moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) door *bidan* (moderne vroedvrouw) wordt vertegenwoordigd. Een traditionele cultuur is echter niet geïsoleerd of immuun voor de invloeden van andere culturen en ontwikkelt zich door middel van culturele contacten tussen landen binnen een geglobaliseerde wereld. De traditionele cultuur dient te worden geïnterpreteerd als een voortzetting van fenomenen met verschillende ideeën, organisaties en innovaties. In het algemeen bezit de traditionele genezer een hoge positie in de gemeenschap vanwege haar/zijn expertise in het gebruik van traditionele geneeskunde. In veel gemeenschappen bezitten traditionele genezers een verscheidenheid van specialismen, zoals de behandeling van botbreuken, de begeleiding van geboorte en besnijdenis, en de beheersing van bovennatuurlijke krachten. De status en de rol van traditionele genezers maken een sterke indruk op de gemeenschap vanwege hun kennis en wijsheid over gezondheid en genezing, die zij hebben opgebouwd over vele generaties. Veel mensen geloven dat een traditionele genezer haar/zijn capaciteiten door middel van een geest bezit en door trance heeft verworven. Dikwijls hebben veel traditionele genezers hun kennis echter van hun ouders en andere oudere

genezers of uit eigen ervaring verworven. Aanvankelijk wordt de rol van de traditionele genezer geconceptualiseerd als bemiddelaar tussen de menselijke en spirituele werelden door hun vermogen om zieke leden van de gemeenschap te genezen. Sinds kort wordt de rol van de traditionele genezer, in het bijzonder die van de traditionele vroedvrouw (TBA) niet alleen gezien als een bemiddelaarster tussen de gemeenschap en het lokale geloof systeem, maar ook met het moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH).

Hoewel het concept van PHC in Indonesië ook de belangrijke rol van etnogeneeskunde heeft aanvaard, bestaat er nog steeds onvoldoende synergie in de dagelijkse werkelijkheid tussen de verschillende plurale medische systemen en is, zoals aangegeven, PHC aan hervorming toe met het oog om het verbeterde niveau te bereiken. Indonesië is een land waar het traditionele systeem een integraal onderdeel van de moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) is, hoewel beide systemen nog niet volledig in alle aspecten van de gezondheidszorg zijn geïntegreerd. De *paraji* speelt een minder belangrijke rol tijdens de bevalling, omdat in tegenstelling tot de *bidan*, ze geen formele onderwijs in verloskunde heeft genoten. In sommige delen van West-Java helpt de *paraji* nog steeds de vrouwen tijdens de zwangerschap en na de bevalling, maar niet tijdens de bevalling zelf. Alleen bekwame verloskundigen worden toegestaan om een vrouw tijdens haar bevalling te helpen, als gevolg van mogelijke risico's. Gezinnen kunnen een keuze maken, die relevant is voor hun gezondheid. Geboorte is op de gezamenlijke beslissingen van zowel de aanstaande moeder als het medische personeel gebaseerd. Relevante onderwerpen zijn de keuze van de locatie waar de geboorte zal plaats vinden en wie het huishoudelijk werk en de verzorging van de kinderen tijdens de bevalling zal organiseren. Zo'n discussie omvat doorgaans de betaling van de kosten en medische benodigdheden, het regelen van vervoer, alsmede de identificatie van een geschikte bloeddonor voor het geval dat er bloedingen optreden.

Zwangerschap wordt meestal herkend als een vrouw in eerste instantie fysieke symptomen en verschijnselen ervaart, zoals misselijkheid, overgeven, hoofdpijn, etc. De beslissing om gebruik te maken van de diensten van Moeder- en Kindzorg (MCH) hangt er echter vanaf hoe de vrouw en haar familie haar fysieke conditie tijdens de zwangerschap interpreteren en ervaren. Een vrouw, die voor de eerste keer zwanger is, is in het algemeen meer bezorgd over haar zwangerschap dan een vrouw die ooit zwanger is geweest. De vrouw, die voor het eerst zwanger is kan inlichtingen krijgen van familie of vrienden die ervaringen hebben gehad. Het gebruik van een systeem van gezondheidszorg omvat een complex besluitvormingsproces. Geen social-economische situatie is identiek, dus elk huishouden of individu zal verschillende redenen hebben om te besluiten om hulp te zoeken bij een gezondheidsdienst. Hetzelfde geldt wanneer een vrouw zwanger wordt: sommige vrouwen die verzekerd zijn kunnen zich de moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) veroorloven, terwijl anderen van een lagere sociaal-economische klasse geen andere keus hebben dan de traditionele zorg, hoewel ze wel een sociale verzekering hebben.

Hoewel zwangerschap niet als een ziekte wordt beschouwd, kan de biologische en fysieke toestand tussen vrouwen verschillend zijn. Terwijl sommige vrouwen geen ongewenste effecten ervaren, kunnen anderen zich juist heel ziek voelen. Diegenen die zich onwel voelen zullen hoogst waarschijnlijk vrienden en familie raadplegen om te weten te komen wat ze moeten doen om deze symptomen te verlichten. Meestal weten ze waar ze hulp kunnen verkrijgen, maar de beslissing hangt af van de sociale omstandigheden van het huishouden. Het besluit om een bepaalde gezondheidsdienst te selecteren hangt niet alleen af van de keuzes van de zwangere vrouw, maar ook van die van haar echtgenoot, van oudere vrouwen en gezinsleden, evenals van hun gewoonten, geloof en financiële situatie. Zelfs wanneer een zwangere vrouw en haar gezinsleden beseffen dat een moderne verloskundige beter zou zijn.

zal hun financiële situatie hen dwingen om naar een traditionele vroedvrouw (TBA) te gaan. Traditionele geneeskunde is dikwijls goedkoper, gemakkelijker beschikbaar en cultureel meer aanvaardbaar in vergelijking met de moderne Moeder- en Kindzorg (MCH).

Wanneer medische pluralisme besproken wordt, is het gebruik van termen als 'traditionele' of 'inheemse' en 'Westerse' geneeskunde onvermijdelijk; elk medisch systeem heeft zijn eigen voorstanders en gebruikers. De inheemse geneeskunde in een pluralistische samenleving zoals Indonesië wordt nog voortdurend gebruikt in de vorm van kruiden, huisgeneesmiddelen, of verpakt als industriële *jamu*. In 1983 begon de WHO met het bevorderen van het gebruik van de traditionele geneeskunde, inclusief inheemse praktijken en diverse categorieën van traditionele genezers en vroedvrouwen, met het doel om het maatschappelijk en economisch productieve leven voor alle mensen te verwezenlijken.

Historisch gezien is Indonesië een archipel die uit duizenden eilanden bestaat, die worden bewoond door een grote diversiteit van etnisch-culturele groepen, elk met hun eigen sociaal en cultureel leven. Elke etnisch-culturele groep heeft zijn eigen lokale medische systemen, inclusief Moeder- en Kindzorg (MCH). Door de geschiedenis heen hadden verschillende handelsreizigers hun invloed gebracht, toen migranten van Zuid-Azië, China, Portugal en Groot-Brittannië op zoek naar nieuw land gingen, en hun eigen cultuur met inbegrip van de gezondheidszorg met zich mee brachten. Indonesië die tijdens het 350-jarige Nederlandse koloniale bewind een staat volgens het moderne Europese zorgstelsels formeel had gevormd, kent vandaag nog steeds de lokale systemen van traditionele gezondheidszorg. Het gebruik van de gezondheidszorg vormt een onderdeel van het medisch systeem. Wanneer een individu een beslissing neemt die relevant voor haar/zijn gezondheid is, weegt zij/hij de mogelijke risico's of voordelen van bepaald gedrag af, afhankelijk van de praktische aspecten van haar/zijn omgeving, sociaal-culturele achtergrond en de algemene levensbeschouwing. Een goed begrip van ziekte kan het gedrag van het zoeken naar hulp van medische zorg de vertraging van de diagnose verminderen, en de verbetering van de therapie, en daarmee de gezondheidsstrategieën onder verschillende omstandigheden bevorderen. Deze studie demonstreert dat het gedrag van hulp zoeken in de systemen van de Moeder- en Kindzorg (MCH) een proces van betrokkenheid bij een bepaald medische systeem is, en door een verscheidenheid van socio-economische factoren wordt beïnvloed, zoals geslacht, leeftijd, socio-economische status van vrouwen, toegang tot Moeder- en Kindzorg (MCH), en de waargenomen kwaliteit van de dienstverlening. Bij het beschrijven van de factoren achter deze gedragspatronen dient men te zien, welke obstakels er tussen zwangere en barende vrouwen en de MCH diensten binnen de gemeenschap liggen. Het conceptueel model dient de interrelatie en de invloed van de verschillende factoren op het gedrag van het zoeken naar medische hulp op het niveau van het huishouden te meten, nadat een vrouw zwanger is geworden tot en met de bevalling en de postnatale zorg. Binnen deze benadering variëren veel categorieën en concepten, maar deze vallen uiteindelijk allemaal onder de categorieën van demografische en psycho-sociale factoren, percepties, geloof, sociaal-economische status en institutionele factoren te vallen. De relevantie van deze factoren is niet altijd direct duidelijk bij het onderzoek naar het gedrag van het zoeken van medische zorg van vrouwen tijdens en na de zwangerschap, maar deze is echter inherent aan de betreffende activiteiten en dient als zodanig onderkend te worden.

Tijdens de zwangerschap, de bevalling en na de bevalling ligt de focus op de betreffende vrouwen. Sommige elementen van hun middelen van bestaan zijn van invloed op hun vermogen om zorg te verkrijgen: het werkelijke financiële inkomen, de sociale status, de netwerken, de autonomie en de aansprakelijkheid. Dit toont ook de complexiteit aan van het besluitvormingsproces waarmee vrouwen dagelijks worden geconfronteerd als gevolg van de

relaties tussen de geslachten. Dergelijke factoren leiden tot vertraging in de besluitvorming tot het zoeken van zorg, vooral als de zwangerschap moeilijk is, tot vertraging in het bereiken van de juiste gezondheidsdienst, en vertraging bij het werkelijk verkrijgen van een behandeling bij de gezondheidsdienst. *De eerste vertraging* treedt op bij het te laat identificeren van mogelijke risico's bij de zwangerschap. Dit heeft te maken met de onmacht van vrouwen om voor zichzelf te beslissen. De beslissing wordt genomen tezamen met andere familieleden: de echtgenoot, vader of moeder, schoonvader of schoonmoeder die zich niet bewust zijn van de risico's van zwangerschap of meer aandacht aan de bevalling besteden. *De tweede vertraging* ontstaat meestal vanwege financiële of geografische problemen. Zodra de familie beseft dat hulp nodig is, en dan besluit om zorg te zoeken bij een geschikte gezondheidsdienst, zullen zij geld nodig hebben voor transport waar openbaar vervoer inderdaad beschikbaar zijn. Echter, waar het terrein ontoegankelijk is, zoals in heuvelachtige en bergachtige gebieden, betekent het vervoeren van een zwangere vrouw in barensood dat zij vaak te voet gedurende vele uren naar de dichtstbijzijnde medische faciliteit gebracht dient te worden. Daarbij komt niet alleen steun voor de beschikbare transportmiddelen, maar ook gemeenschappelijke en financiële steun van pas. *De derde vertraging* ontstaat in de gezondheidsdienst zelf. Zodra een vrouw de gezondheidsdienst bereikt heeft, kan ze niet altijd snel worden geholpen; de kwaliteit van de dienstverlening kan ontoereikend zijn, of de dienst niet uitgerust met het benodigde personeel, medicijn, bloed en apparatuur. Vanwege deze situatie dient de gemeenschap zich in te spannen voor een veiliger bevalling.

Uitvoering van een moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) is eigenlijk een proces van sociaal-culturele verandering van traditionele systemen in de regio. Enerzijds is het moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH), gesteund door het Ministerie van Nationale Volksgezondheid, het traditionele gezondheidssysteem binnengedrongen en heeft daar een sociaal-culturele verandering veroorzaakt in relatie tot het systeem van de volksgezondheid. Cultureel contact met het huidige moderne gezondheidssysteem beïnvloedt het systeem van traditionele geneeskunde binnen de gemeenschap. Bij de traditionele Moeder- en Kindzorg (MCH). verleent de *paraji* (TBA) de enige dienst, en is zij verantwoordelijk voor zwangerschap en bevalling binnen de lokale gemeenschap, meestal in afgelegen gebieden. Vervolgens dient haar rol te worden veranderd tot die van bemiddelaarster tussen de traditionele en moderne systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH). De *paraji* (TBA) dient ook te leren om verscheidene aspecten van het moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) te aanvaarden, zoals kennis van risicovolle zwangerschappen, hygiëne, medicijnen, technieken en apparatuur.

De systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH) beschikken over dergelijke kennis om zwangerschap en bevalling veiliger te maken en om specifieke methoden voor Moeder- en Kindzorg (MCH) te gebruiken. Communicatie kan ook nieuwe wijziging van bestaande waarden introduceren. Zo kan communicatie zwangere vrouwen helpen bij het maken van de keuze welke diensten tijdens de zwangerschap te gebruiken. Communicatie kan verklaren hoe anderen zich gedragen, zoals op welke wijze familieleden en burens een vrouw tijdens de zwangerschap kunnen helpen. De perceptie van hetgeen anderen doen kan ook het besluitvormingsproces van vrouwen tijdens hun zwangerschap en bevalling beïnvloeden. Geïntegreerde informatiesystemen kunnen een juist beeld vormen, aangezien de uitwisseling van gezondheidsinformatie multi-directioneel is. De benodigde informatie is dan beschikbaar om cliënten in 'real time' toe te laten, d.w.z. op het punt waar de service wordt verleend, en niet achteraf. Een dergelijk informatie systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) kan alleen functioneren als rekening wordt gehouden met alle partijen, zoals: de gemeenschap, de



traditionele vroedvrouwen (TBA), de gezondheidvrijwilligers, de verloskundigen, artsen, *Posyandu* en *Puskesmas*.

Hoofdstuk III behandelt het veldwerk als een follow-up studie van toegepast onderzoek dat uitgevoerd werd door het WHO Collaborating Centre voor Perinatale Moeder- en Kindzorg (*Perinatal Maternal and Child Care*) WHOCC-PMCO *Universitas Padjadjaran* in samenwerking met het WHO Zuidoost-Azië Regionaal Bureau (WHO-SEARO) voor het programma van “*Veiliger Zwangerschap*” dat werd uitgevoerd van 2001 tot 2002. Het omvat twee belangrijke complementaire benaderingen in de onderzoeksmethodologie: de kwalitatieve en kwantitatieve benadering. De gebruikte methode is participerende observatie waarbij de onderzoeker voor een langere periode in de gemeenschap verblijft, terwijl tegelijkertijd de interviews met de sleutelinformanten en verschillende vertegenwoordigers van de gemeenschap worden uitgevoerd, zoals *paraji*, *bidan* en artsen in het gezondheidscentrum (*Puskesmas*) samen met alle betrokken afdelingen van de Moeder- en Kindzorg (MCH). Daarna wordt de volgende studie van een geïntegreerd medisch systeem beschreven, dat de gevorderde samenwerking tussen de traditionele vroedvrouwen (TBA) en de moderne verloskundigen in Rancaekek onderzoekt. De *paraji* en *bidan* vertegenwoordigen in Rancaekek respectievelijk het traditionele en moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH).

Een poging om de traditionele en moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) in Indonesië te integreren begon reeds voordat het land onafhankelijk werd en kan chronologisch in Moeder- en Kindzorg (MCH) programma's worden herkend. De normen voor de traditionele kennis en praktijken zijn in contrast met het ethos van de moderne wetenschap, waardoor de unificatie van beide systemen op verschillende niveaus nog steeds problematisch is. Het is duidelijk dat op het epistemologische niveau, de optie van integratie nog grotendeels door de cognitieve heterogeniteit tussen de verschillende medische systemen beperkt is, ondanks recente pogingen om de onderliggende lokale en globale kennis systemen aan te passen en te transformeren. In 1937 startte tijdens het Nederlandse koloniale bestuur een opleiding van traditionele vroedvrouwen (TBA) die in Purwokerto (Midden-Java) werd georganiseerd. Het plan van de Gezondheidsdienst was om meerdere goed-opgeleide vroedvrouwen naar het platteland te zenden om de prive praktijken te versterken. Om de bevolking tijdelijk te helpen en de periode te overbruggen gebruikte de Gezondheidsdienst deze praktijken en hun vroedvrouwen om de *dukun bayi* (TBA) in de principes van moderne hygiëne te onderrichten. In 1950 werd het Instituut voor Volks-voedselvoorziening (*Lembaga Makanan Rakyat*) opgericht om de bevolking te stimuleren om gezond voedsel te consumeren met behulp van de bekende slogan: *Empat Sehat Lima Sempurna* ('*Vier is gezond en vijf is perfect*'). De slogan betekent, dat een gezonde voeding uit vier elementen dient te bestaan: koolhydraten, eiwitten, vetten en vitamines, aangevuld met melk voor de inname van calcium. De doelstelling van het Ministerie van Volksgezondheid was specifiek om de waarde van de voeding van zowel moeder als kind te verhogen met het oog op de ontwikkeling van het kind en het overleven van de moeder. Dergelijke welzijnsprogramma's vereisen de participatie van de gehele gemeenschap. Volgens de *Orde Lama* (het oude socio-politieke systeem tijdens het regime van President Soekarno) was het beste programma om de gezondheidstatus van moeder en kind te verhogen '*Van het volk voor het volk*' ('*Dari rakyat untuk rakyat*'). De slogan '*Van het volk voor het volk*' werd een formeel beleid van vrijwel alle ontwikkelingsprogramma's tijdens het bewind van Soekarno.

Sinds het tijdperk van Soeharto, dat in 1965 begon, is het paradigma van het gezondheidsbeleid veranderd. Vorige beleidsprogramma's bleken onvoldoende om een duurzaam niveau van welzijn voor de Indonesische bevolking te creëren. Daarom werd het

Programma voor Family Planning (*Program Keluarga Berencana*) opgericht om het aantal kinderen te verminderen door middel van de “norm van de kleine familie” teneinde een beter leven te bouwen (NKKBS/*Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera*). Het Family Planning Programma, dat afgewezen werd door de *Orde Lama* regering, werd alleen toegepast door de NGO *Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia* (PKBI), de Vereniging voor Indonesische Family Planning. In 1965 werd het Family Planning Programma echter een integraal onderdeel van het beleid van nationale ontwikkeling. In 1991, in het *Repelita I/Rencana Pembangunan Lima Tahun Pertama* (Eerste Vijf-Jaren Plan) werd de doelstelling van het Family Planning Programma gericht op de verbetering van de gezondheidstatus en het welzijn van moeder en kind, van het gezin en van de gehele natie. Alle activiteiten en gezondheidsprogramma's werden sterk geïntegreerd in de gezondheidscentra, de *Puskesmas* (*Pusat Kesehatan Masyarakat*). De *Puskesmas* is een medische dienst op het platteland, gelegen in elke sub-district (*kecamatan*). Niet alle bewoners van het platteland kunnen echter gebruik maken van dergelijke faciliteiten. Geografische sociale en culturele afstanden tussen *Puskesmas* en de lokale gemeenschappen zijn deel van het probleem. Om de situatie te boven komen, heeft de regering het idee geïntroduceerd om de bevolking te laten deelnemen aan de uitvoering van activiteiten voor preventie en bevordering van de gezondheid te stimuleren volgens de strategie van de PHC. De strategie installeert het concept van “gezondheidsvrijwilliger” of *kader kesehatan* als sleutel om volksgezondheid te verbeteren. Rechtvaardiging voor het concept is dat gezondheids-vrijwilligers die geselecteerd zijn uit de gemeenschap, de gezondheid condities van de gemeenschap kunnen begrijpen. De gezondheidsvrijwilligers moeten tussen de *Puskesmas* en het publiek bemiddelen om de gemeenschap die zich verzet te bewegen om de gezondheidsdiensten te gebruiken, en vrijwillig de programma's ter bevordering van een betere gezondheid te aanvaarden. Programma's ter bevordering van de participatie van de bevolking bleef het belangrijkste beleid van *Repelita IV* (Vierde Vijfjaar Plan 1984–1989). Met de oprichting van een sectie van de gezondheidsdienst in de dorpsorganisaties als de “Weerbaarheid van de Dorps Gemeenschap” (*Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa/LKMD*) en de “Bevordering van het Familie Welzijn” (*Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga/PKK*) werden de gezondheids-vrijwilligers verplicht om de sociale programma's van het Ministerie van Gezondheid naar de bevolking toe te brengen. In het conceptueel kader werd daarbij bijzonder de nadruk op “Post van Gezondheids Integratie” (*Pos pelayanan terpadu – Posyandu*) gelegd, waarbij verwacht werd dat de voornaamste activiteiten uitgevoerd zouden worden door de gemeenschap zelf met de steun van de paramedische staf, specifiek om voor moeders en kinderen te zorgen. Gezondheidszorg voor moeder en kind (KIA) werd afzonderlijk ontworpen en vervolgens bij de gemeenschap als een integraal pakket geïntroduceerd.

In 1989 werd de *Program Bidan Desa* (Programma van Verloskundigen) opgericht als een beleid voor de plaatsing van de moderne verloskundigen in plattelandsgebieden. De verloskundige zou de belangrijkste persoon zijn om problemen van zwangerschap te helpen oplossen en bevalling en kraamzorg te behandelen. Tijdens het Vijf-Jaren Plan heeft het Ministerie van Gezondheidszorg plannen ontworpen om 18.900 verloskundigen opnieuw in de plattelandse gebieden van Indonesië te plaatsen. In 1995/1996 werden 5.285 verloskundigen in West-Java geplaatst, wat betekent dat 90% van de plattelandsgebieden van deze verloskundigen werd voorzien. Uit gegevens van het Gezondheidsbureau van West-Java blijkt dat in 2000 reeds 5.513 verloskundigen naar West-Java waren gezonden (*Profile West Java Health Office* 2000). De plaatsing van verloskundigen op het platteland werd ondersteund door het Presidentieel Decreet Nr. 23 (1994), waarbij moderne verloskundigen benoemd werden tot non-permanente overheidsofficieren (*Agenda of Community Midwives* 1997).

Belangrijke oorzaken van de moedersterfte in Indonesië zijn: post-partum bloedingen meestal te wijten aan de retentie van de placenta, infecties, euclamsia, een langdurig bevallingsproces, en complicaties tijdens de abortus. Moedersterfte, die meestal voorkomt tijdens de bevalling kan in werkelijkheid vaak worden voorkomen door routine onderzoeken en goede voeding tijdens de zwangerschap. Een risicovolle zwangerschap kan worden vastgesteld tijdens de derde fase van het medisch onderzoek door een deskundige zorgverlener. Een zwangere vrouw die een bezoek brengt aan een prenatale zorg (*Antenatal Care – ANC*) zal onderzocht worden door een moderne verloskundige of *bidan*, die het lichaamsgewicht nakijkt, ijzertabletten verstrekt, TT vaccinaties toedient en consultaties verricht.

Slechts weinig medische diensten op het platteland kunnen in noodgeval van de obstetrische en neonatale zorg naar behoren functioneren. Een poging werd ondernomen om een ‘geboorte hut’ (*Pondok Bersalin Desa* of *Polindes*) op te zetten als een *community-based programme* voor obstetrische en neonatale zorg door moderne verloskundigen (*bidan di desa*). Deze *Polindes* werden opgericht in of nabij huizen met een kamer voor de obstetrische en neonatale diensten op dorpsniveau, voornamelijk in afgelegen gebieden. Slechts 50% van alle dorpen in Indonesia hebben echter degelijke voorziening, en niet alle faciliteiten functioneren goed. De *top-down* methode, die tijdens dit beleid door de regering werd toegepast kan het gedrag van de gemeenschap in de stadia van prenatale zorg, bevalling en post-natale zorg beïnvloeden en verdelen over de volgende drie groepen:

- (1) de groep die alleen het traditionele medisch systeem gebruik voor elk stadium van de zwangerschap tot en met de bevalling;
- (2) de groep die de plurale medische systemen gebruikt: zowel de moderne medische dienst voor prenatale zorg, als het traditionele medische systeem bij ongecompliceerde zwangerschap;
- (3) de groep die gebruik maakt van alleen het moderne medische systeem voor elk stadium van de zwangerschap.

Onlangs heeft de Regering van Indonesië het beleid van decentralisatie ingevoerd om de provincies meer onafhankelijk te maken. Aangezien de Provincie van West-Java autonoom is, heeft het de mogelijkheid om haar eigen beleid voor Moeder en Kindzorg (MCH) vast te stellen. Desondanks is de decentralisatie echter nog niet volledig uitgevoerd in de zin van werkelijke autonomie, want voor meer dan 30 jaar (tijdens de *Nieuwe Orde*) hebben verscheidene organisaties zich ontwikkeld tot uniforme en gecentraliseerde systemen. Alle regelingen dienen van de centrale regering in Jakarta te komen. Na de recente invoering van decentralisatie in elke provincie wordt de mentaliteit van een uniform en gecentraliseerd systeem nog steeds door de provinciale overheidskantoren gehandhaaft. Dat is de reden waarom de huidige decentralisatie nog niet geheel zelfstandig is uitgevoerd, ook voor de gezondheid met de specifieke plurale medische systemen, die kenmerkend voor Indonesië zijn.

*Paraji* is een Sundanese term voor lokale of traditionele vroedvrouw (TBA) die over het algemeen een oudere vrouw is, die dezelfde taal als in de gemeenschap spreekt, en vaak analfabeet is, d.w.z. in het Latijnse alfabet. Zij beheerst soms wel het Arabisch schrift, maar is dikwijls minder in staat om de Indonesische taal (*Bahasa Indonesia*) te spreken. De *paraji* voert haar praktijk van verloskundige in het algemeen als een parttime bezigheid uit. De socio-economische status van de *paraji* wordt als laag beschouwd, omdat haar voornaamste bezigheid de arbeid op het bouwland omvat, waarvoor zij een zeer lage loon van de

werkgever ontvangt. Hoewel de traditionele vroedvrouw (TBA) géén formele training heeft gekregen, beschikt zij over veel kennis en ervaring door het observeren van ouderen, haar moeder, grootmoeder, een familielid of een buurvrouw die vrouwen tijdens de zwangerschap, bevalling en post-partum hebben geholpen. De traditionele vroedvrouw (TBA) is meestal een vrouw die ook zeer bekwaam is om als bemiddelaarster op te treden. Bovendien heeft de traditionele vroedvrouw (TBA) zelf meestal ook kinderen gebaard. Ze is een lid van de gemeenschap waarin ze woont. Zij spreekt en begrijpt de lokale taal uitstekend en is een integraal onderdeel van het religieuze en culturele systeem. Traditionele vroedvrouwen (TBA) zijn over het algemeen verstandige en intelligente vrouwen die gekozen zijn door vrouwen uit hun familie of dorp vanwege hun praktische aanpak en ervaring. Veel traditionele vroedvrouwen (TBA) hebben een dynamische persoonlijkheid en worden als figuren van gezag in de gemeenschap aanvaard. Traditionele vroedvrouwen (TBA) hebben een privé praktijk die met hun cliënten over hun eigen compensatie onderhandelen. Soms ontvangen ze betalingen in de vorm van geld of geschenken, maar meestal omvat hun compensatie een bevoorrechte positie in de gemeenschap. Om de sterftcijfers van moeder en kind (MMR & IMR) te verminderen, heeft het Ministerie van Nationaal Gezondheid via de Provinciale Gezondheidsbureaus in elke district een aantal trainingen opgezet voor de traditionele vroedvrouwen (TBA) om hun kennis van zwangerschap en bevalling verder te verbeteren. Dit omvat voornamelijk lessen hoe je een risicovolle zwangerschap kan opsporen, en hoe een vrouw dient te worden verwezen als zich ongewenste situaties voordoen, en om hen te onderwijzen in het belang van hygiënische behandeling van de navelstreng. Na het volgen van een opleiding wordt de traditionele vroedvrouw (TBA) met een 'dukun kit' beloond. Ze wordt als deel van een uitgebreide familie in de gemeenschap beschouwd vanwege hun rol in de openbare gezondheid. Wanneer een *paraji* een vrouw met succes (*cocok*) met de bevalling heeft geholpen, dan zullen later de dochter en kleindochter van die cliënt van dezelfde traditionele diensten gebruik maken als zij zwanger worden. Er bestaat veel vertrouwen in het behouden van een goede relatie tussen cliënt en *paraji*.

De *paraji* biedt niet alleen haar diensten voor de bevalling aan, maar ook tijdens de gehele zwangerschap en na de bevalling, meestal door rituelen uit te voeren. *Ten eerste* is er het proces van het gedrag van hulpzoeken van de vrouw tijdens de zwangerschap en de bevalling op individueel niveau. Hier ligt de focus op het beheer van de drie fasen van de zwangerschap, die parallel lopen met de ontwikkeling van de foetus. Vervolgens de stappen ('*external actions*'), die door zwangere en barend vrouwen worden genomen om contact met het traditionele en/of moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) op te nemen. Het is opmerkelijk dat zowel het traditionele als het moderne systeem gebruikt wordt voor vrijwel dezelfde raming bij het identificeren van de ontwikkeling van de foetus tijdens de zwangerschap. Zwangerschap kan verdeeld worden in drie fasen volgens de biomedische wetenschappen: binnen 8–12 weken van de zwangerschap begint de baby te bewegen die de vrouw als een zachte vibratie ervaart. Lokale kennis in de gemeenschap van Rancaekok en die van de *paraji* zijn op de Islam gebaseerd, waarbij het gevoel van beweging na ongeveer vier maanden zwangerschap betekent, dat *Allāh* (God) de geest in de foetus heeft geblazen om een nieuw leven te beginnen (cf. Hoofdstuk VI).

Ter ere van dit fenomeen is het een traditie dat de familie van de zwangere vrouw een *pengajian* of het lezen van de Heilige Koran houdt door een religieuze leider uit te nodigen om de ceremonie uit te voeren. De biomedische wetenschap heeft aangetoond, dat als de zwangerschap de zeven maanden heeft bereikt, sommige babies, die in de 28ste week met behulp van intensieve medische zorg zijn geboren, kunnen overleven. In tegenstelling daarmee toont traditionele kennis aan, dat als een kind in de zevende maand van de

zwangerschap wordt geboren, het beschouwd kan worden als ‘volwassen’, en zij/hij sterk genoeg is om te overleven. Traditionele berekeningen tonen aan dat in de zevende maand, hoewel de baby nog niet volledig is ontwikkeld, toch sterk genoeg is om door de moeder te worden gebaard.

Aangezien er een mogelijkheid bestaat, dat de bevalling in de zevende maand zal plaatsvinden, dient er een ritueel, genaamd *nujuh bulan* te worden gehouden voor een veilige bevalling en voor de gezondheid van moeder en kind (cf. Hoofdstuk VI).

*Ten tweede* tonen de patronen van het gebruik van het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg in Rancaekek vooral het gebruik aan van zorg, en de determinanten die het proces beïnvloeden tijdens de perioden van de zwangerschap en onder verschillende socio-economische omstandigheden in het huishouden. De analyse bevat evenwel geen beoordeling van de kwaliteit van de Moeder- en Kindzorg (MCH). Hoewel zelf-behandeling (‘interne’ acties) tijdens de zwangerschap ook in de analyse is opgenomen, is de aandacht vooral op ‘externe’ acties gevestigd, die tot het gebruik van plurale Moeder- en Kindzorg (MCH) in het studiegebied leiden. Het onderzoek naar het gebruik van de systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH) concentreert zich dus op het aantal contacten, die zwangere en berende vrouwen na vaststelling van de zwangerschap met onderdelen van het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) in de voorafgaande periode van 12 maanden hebben gemaakt. (cf. Hoofdstuk VII). Deze contacten worden uitgedrukt in scores met het ene of met het andere systeem. De studie in Rancaekek heeft gegevens verzameld van 150 vrouwen, die zwanger en bevallen waren tijdens de periode van een jaar met terugwerkende kracht, waarbij 127 vrouwen het proces van externe acties tot de bevalling hebben voltooid (cf. Hoofdstuk III).

Al deze 127 vrouwen, die in de loop van de zwangerschap en de bevalling de stappen voltooiden en contact hebben gemaakt met het traditionele en/of moderne systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH), werden individueel bestudeerd volgens hun externe acties na bevestiging van hun zwangerschap. Hierbij werden de 23 vrouwen die nog zwanger waren, van de steekproef uitgesloten. De analyse van het gebruik van Moeder- en Kindzorg (MCH) geeft het volledige proces weer, waarbij de voorkeur is gegeven aan de stappen, die genomen zijn met betrekking tot Moeder- en Kindzorg (MCH), die de vrouwen hebben gedaan tijdens het verloop van het proces van zwangerschap en bevalling.

Gezondheid van moeders en gedrag van het zoeken van hulp van zwangere, berende en post-partum vrouwen hebben een aanzienlijke impact, niet alleen op het leven van de vrouwen, maar ook op het leven van hun kinderen. In dit verband is er nog een aanzienlijke hoeveelheid werk nodig om dergelijk gedrag, specifiek gericht op vrouwen, te verbeteren. Een moeilijkheid doet zich in Rancaekek vooral bij vrouwen voor die vertrouwen op het mannelijke hoofd van het huishouden om beslissingen te nemen voor zowel de financiële als voor het zoeken naar hulp. Vrouwen in hun status als echtgenote en moeder kunnen ook steun nodig hebben van andere familieleden om de huishoudelijke taken en kinderopvang te verrichten. Hoewel zwangerschap in het geval van het proces van hulpzoeken voor zwangere en berende vrouwen een individuele zaak is, zijn andere familieleden ook daarbij betrokken en tonen empathie voor de vrouw, hetgeen bewijst dat ze enthousiast zijn bij het vernemen van het nieuws over haar zwangerschap. Dit zal worden gevolgd door een gedeelde zorg voor het fysieke en emotionele welzijn van de zwangere vrouw, de voorbereidingen voor de bevalling, de rituelen die gehouden worden tijdens en na de zwangerschap en het betalen van de kosten. Veel familieleden, burens en andere relaties doen dikwijls ook suggesties tijdens de zwangerschap en bevalling. Ze zullen ook bij de keuze van het systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) worden betrokken, afgezien van de voorkeur van de vrouw of na het nemen

van beslissingen door de echtgenoot en andere familieleden. De ervaring van zwangerschap, bevalling en de periode na de bevalling - de kraamtijd - is sociaal bepaald. Verwachtingen van familie, alsook van de naaste buren zal invloed hebben op de zwangere vrouw tijdens het proces van de geboorte. Wanneer een vrouw afhankelijk wordt tijdens de bevalling, zullen de de mensen om haar heen proberen om haar symptomen te interpreteren in een poging om de vrouw te troosten tijdens de bevalling.

Het proces van het gedrag van hulpzoeken omvat alle acties vanaf de eerste symptomen, de diagnose of de bevestiging van de zwangerschap tot en met de bevalling. Het proces van het gedrag van hulpzoeken beschrijft de reeks inspanningen van de zwangere vrouw die wordt ondersteund door de leden van haar huishouding, waaronder gerekend worden *géén actie*, *interne actie*, en *externe actie*, die verwijst naar het bezoeken van verschillende traditionele en moderne systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH), volgens de behoeften in een bepaalde periode van de zwangerschap, en op basis van het vertrouwen en de financiële status van het huishouden in relatie tot de verschillende socio-culturele factoren.

In overeenstemming met het conceptuele model van analyse, dat gepresenteerd wordt in Hoofdstuk III, wordt de methode van onderzoek van het gebruik van de verschillende componenten van het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg in Rancakek beschreven. Senioriteit verleent bepaalde sociale rechten aan de persoon - in dit geval oudere vrouwen die ervaren zijn in het gebruik van Moeder- en Kindzorg - die besluit van welke zorg gebruik dient te worden gemaakt. De rol van het geslacht van man en vrouw zal invloed hebben op het besluitvormingsproces bij het zoeken naar hulp, die door de echtgenoot als het hoofd van het huishouden dient te worden genomen. Bijgevolg dient een echtgenoot ouder dan de vrouw te zijn, omdat de man als een 'oudere broer' dient te worden behandeld. Op deze wijze wordt de positie van man en vrouw door de socio-culturele waarden van het gezin bepaald. Hoewel besluitvorming tussen man en vrouw wel wordt besproken, is het laatste woord berust in alle opzichten bij de man als hoofd van het huishouden.

Hoofdstuk VII presenteert de 'beslissingsboom' die een illustratie geeft van de stroom van zwangere en barenden vrouwen binnen het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) in Rancakek, waarbij de elkaar opeenvolgende 'stappen' tijdens het gebruik van de diensten door zwangere vrouwen in de voorafgaande periode van 12 maanden worden aangegeven. Het toont de stappen aan die genomen zijn door de zwangere vrouwen vanaf het moment dat ze de eerste symptomen van de zwangerschap hebben opgemerkt tot het nemen van beslissingen om hun zwangerschap te behandelen, gevolgd door stappen 1-4 die genomen zijn tot het bereiken van de laatste stap van de bevalling (*cf.* Figure 7.1).

De 'beslissingsboom' laat ook het gedrag zien van zwangere en barenden vrouwen die hulp zoeken bij hun strategie van meervoudig gebruik. Hun keuzes weerspiegelen de opvattingen en voorkeuren van niet alleen de zwangere vrouwen, maar ook van hun familie, vrienden en buren. De relatie tussen kennis over zwangerschap en bevalling, en de sociale context zijn aanzienlijk ingewikkelder, naarmate er sprake van medisch pluralisme in een samenleving is. Een gemeenschap, waarin plurale medische systemen voorkomen, stimuleert haar leden om meer keuzes te maken voor hun eigen gezondheidszorg. De mogelijkheid om te kiezen uit de componenten van het beschikbaar plurale medische systeem in het gebied leidt tot een proces van geïntegreerd gebruik van dergelijke traditionele en moderne systemen.

Daarnaast wordt de stroom van zwangere vrouwen uit de steekproef door het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg in Rancakek weergegeven aan de hand van de door zwangere vrouwen bij het zoeken naar Moeder- en Kindzorg genomen stappen, met inachtneming van de onafhankelijke variabelen in het conceptuele kader.

De variabelen in het model omvatten onafhankelijke variabelen: (1) predisponerende socio-demographic variables, *e.g.* leeftijd, huwelijkse staat, geboorteplaats, etniciteit, onderwijs en professie; (2) predisponerende psycho-sociale variabelen op het individuele niveau, *e.g.* kennis, meningen, en geloof; (3) instaatstellende variabelen, *e.g.* socio-economische kenmerken op het individuele niveau; (4) gepercipieerde variabelen van zwangerschap op het individuele niveau, *e.g.* meningen over de *paraji* en *bidan*; (5) institutionele variabelen, *e.g.* geografische toegankelijkheid van de gezondheidsdienst; (6) interveniërende variabelen in de Moeder- en Kindzorg (MCH), geïntroduceerd van buiten de gemeenschap, *e.g.* overheidsbeleid en promotie van programma's; (7) en (8) de afhankelijke variabelen betreffende het gerapporteerde gebruik van respectievelijk het traditionele en het moderne systeem van de Moeder- en Kindzorg (MCH) in Rancaekek.

Het multivariate model is op het Leidse concept van 'ethnosystems' gebaseerd, die niet alleen het perspectief op de betreffende cultuur verbreedt, maar ook de beoordeling van de cognitieve en gedragsmatige componenten van bepaalde groepen of gemeenschappen als 'systemen' in een eerder holistische benadering mogelijk maakt. Hetgeen echter nog belangrijker is, is dat een dergelijke definitie van 'ethnosystems' ook de uitwerking van het concept van de cultuur als het resultaat van het historische proces van acculturatie op een meer dynamische wijze kan onderzoeken en interpreteren. Door gebruik van dit concept wordt dan ook de eerdergenoemde analyse van de processen van het gebruik van de traditionele en moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) door zwangere vrouwen in Rancaekek verder uitgewerkt:

### 1. *Participants' View /Deelnemers' Standpunt*

De overweging om de standpunten van de deelnemers, of doelgroep bij de planning en uitvoering van de processen van innovatie en ontwikkeling te betrekken heeft een nieuw relativistisch standpunt over andere culturen en samenlevingen gestimuleerd.

### 2. *Field of Ethnological Study (FES)/Gebied van Ethnologische Studie*

FES verwijst naar het concept van het 'cultuurgebied', dat in het geval van Indonesië bepaalde algemene culturele kenmerken omvat, zoals verwantschapsclassificaties, patronen van sociale organisatie, ornamenten op bronzen keteltrommen, patronen van geweven doeken, en percepties en praktijken in de geneeskunde die als pan-Indonesische kenmerken verspreid over de regio voorkomen, dat als "Veld van Ethnologische Studie van Indonesië" wordt gedefinieerd.

### 3. *Historical Dimension /Historische Dimensie*

Bij het bestuderen en analyseren van complexe configuraties, zij het in de geneeskunde, religie of landbouw, hebben de vaak beperkte hedendaagse benaderingen gefaald om de dynamiek van de oorsprong en ontwikkeling, die tot de hedendaagse complexen hebben geleid, procesmatig te analyseren. Deze aspecten van de studie en analyse van andere culturen hebben veel bijgedragen tot de nieuwe aanpak van de *ethnosystems* in brede zin, en zo mede tot de recente herwaardering in internationale verband van de 'culturele dimensie van ontwikkeling' geleid.

In de studie van de *paraji* en *bidan* in Indonesië vormen de geïntegreerde geneeskunde van de vooruitstrevende samenwerking tussen de traditionele vroedvrouw (TBA) en de moderne verloskundige in Rancaekek het uitgangspunt, waarbij de studiepopulatie wordt gevormd door vrouwen die zwanger zijn geweest of hebben gebaard tijdens de voorafgaande periode van 12

maanden. Teneinde aan te tonen dat alle groepen met een specifieke achtergrond in de steekproef zijn vertegenwoordigd – zoals etniciteit, opleiding, beroep, godsdienst, socio-economische status, – is besloten om de dorpen volgens de categorieën van de lokale overheid te selecteren.

Bij het onderzoek om op basis van het analytische model het gebruik het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) in Rancaekek te beschrijven en te verklaren worden ook de relaties en veranderingen in het gedrag van *paraji* en *bidan* betrokken. Het multivariate model tracht de interacties te beschrijven en te verklaren tussen de verschillende determinanten van het gebruik van het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg in Rancaekek. In het geval van het gebruik van Moeder- en Kindzorg (MCH) door zwangere vrouwen wordt de aandacht ook gericht op de externe invloed van het overheidsbeleid op het gedrag van vrouwen in de lokale Moeder- en Kindzorg (MCH) van de gemeenschap.

In Hoofdstuk VIII wordt de wijze behandeld, waarop de bivariate analyse de significante relaties en interacties tussen variabelen geïdentificeerd, die het gebruik van traditionele en moderne MCH systemen beïnvloeden. In deze analyse zijn de onafhankelijke en interveniërende variabelen over twee afhankelijke variabelen van het gebruik van traditionele en moderne systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH) verdeeld, zoals door respondenten is gerapporteerd over de periode van 12 maanden, voorafgaand aan de surveys in het onderzoeksgebied. De bivariate analyse toont ook de significantie van de relaties en interacties tussen variabelen aan, waaruit blijkt, dat ten aanzien van de predisponerende socio-demografische variabelen naar voren komt, dat hoe rijker de gemeenschap is, hoe minder belangrijk de rol van de traditionele vroedvrouw (TBA) is. Ook variabelen zoals het genoten onderwijs en het beroep van vrouwen en van hun echtgenoten blijken het gebruik van de traditionele, of moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) te beïnvloeden. De relaties tussen variabelen in de predisponerende psycho-sociale factoren en gedrag blijken eveneens significant, en geeft het belang aan van de kennis over het proces van zwangerschap, risicovolle zwangerschappen en miskramen blijken een significante relatie te vertonen met het gebruik van traditionele Moeder- en Kindzorg (MCH); terwijl opinies over *paraji* en *bidan* en het geloof in taboes tijdens de zwangerschap en de bevalling ook een significante relatie vertonen met het gebruik van beide systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH). Socio-economische status en geografische toegankelijkheid vertonen eveneens een significante correlatie met het gebruik van traditionele en moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) in Rancaekek.

De daarop volgende tweede stap van de analyse geeft de totale invloed weer van alle onafhankelijke en interveniërende variabelen op de afhankelijke variabelen in relatie met en onder elkaar. De multivariate analyse, OVERALS is niet alleen in staat om de specifieke determinanten van het gebruik van Moeder- en Kindzorg (MCH) te identificeren, maar biedt ook de mogelijkheid om de relatieve effecten van verschillende variabelen binnen de algemene patronen van het gedrag van hulpzoeken tijdens zwangerschap en bevalling te meten. De laatste stap van de analyse met behulp van de multi-pele regressie analyse toont verder de specifieke relaties aan tussen de groepen van variabelen, die als 'blokken' in het model worden aangegeven, door de gecalculerde regressie-coëfficiënten op te voeren. De analyses hebben in feite een rol gespeeld bij de uitleg van de gevonden resultaten en hebben bijgedragen tot de voorspelling van bepaalde waarden binnen de totale interactie tussen alle variabelen in het model van analyse van het gedrag van het hulp zoeken bij Moeder- en Kindzorg (MCH) Rancaekek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de interpretatie en discussie over de resultaten van de analyse in relatie tot de structuur van het model.



De traditionele vroedvrouwen (TBA) met hun kennis van lokale kruiden-geneesmiddelen op het platteland van Indonesië spelen een bijzondere socio-culture rol, niet alleen voor zwangere en barende vrouwen, maar ook als adviseur voor de gezondheid van de gezinnen. Het verlies van een *paraji* betekent, dat tegelijkertijd lokale kennis over Moeder- en Kindzorg (MCH), zwangerschap, bevalling en kennis van kruidengeneeskunde (*jamu*) zal verdwijnen. Voorstanders van geïntegreerde traditionele en moderne kennissystemen als de sleutel tot duurzame ontwikkeling ondersteunen de vooruitstrevende samenwerkings-verbanden tussen *paraji* en *bidan* in zowel Rancaekkek als in alle andere gemeenschappen in Indonesië. De bescherming en herwaardering van traditionele kennis dient door het politieke beleid van de regering en op alle niveaus in een multicultureel land als Indonesië met kracht to worden ondersteund.

Hoewel het WHO Rapport (2008) benadrukt, dat de focus van gezondheid van moeder en kind naar de gezondheid van de gehele gemeenschap verschuift, moeten de beleidsmakers meer aandacht besteden aan *human resources* in de gezondheidsplannen behoeve van de ontwikkeling van toekomstige generaties. Integratie van menselijke en materiele bronnen in de systemen van Moeder- en Kindzorg (MCH) is van essentieel belang indien de omstandigheden in het land verbeterd dienen te worden. In de traditionele Moeder- en Kindzorg (MCH) vervult de traditionele vroedvrouw *paraji* (TBA) nog steeds een belangrijke rol, terwijl ook in de moderne Moeder- en Kindzorg (MCH) bekwame en door het Ministerie van Gezondheid opgeleide verloskundigen de gezondheidszorg voor moeder en kind binnen de gemeenschap verzorgen. Na training kunnen *Paraji* (TBA) een strategische rol spelen in het stimuleren van de participatie van de lokale gemeenschappen in *Safe Motherhood* programma's. De training van de traditionele vroedvrouwen *paraji* (TBA), die in de tachtiger jaren begon als een strategie om mortaliteit en morbiditeit van de moeders terug te dringen, is sedertdien op wereldschaal gerealiseerd. De laatste jaren werd echter een kleiner aantal traditionele vroedvrouwen *paraji* (TBA) getraind, hetgeen een potentieel gevaarlijke situatie veroorzaakt voor de bevolking in afgelegen gebieden, die zelden door de modern zorg wordt bereikt. Bovendien kan de traditionele vroedvrouw *paraji* (TBA) ook als bemiddelaarster een zeer belangrijke rol spelen in de relatie tussen de gemeenschap en de formele gezondheidsdienst, met name om de lokale bevolking in het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg (MCH) te helpen integreren door middel van het creëren van samenwerkingsverbanden die gericht is op het reduceren van de moeder- en kindersterfte.

In plaats van met een beschuldigende vinger naar de traditionele vroedvrouw *paraji* (TBA) te wijzen als de 'oorzaak' van de relatief hoge moeder- en kindsterfte zou het niet alleen veel beter zijn om haar rol te versterken door hen onderwijs te geven, maar hen ook in staat te stellen om hun unieke lokale kennis en praktijken te delen met de *bidan* teneinde de vooruitstrevende samenwerkingsverbanden tussen beide functionarissen in het plurale systeem van Moeder- en Kindzorg in Indonesië te ondersteunen. Eveneens kunnen de *paraji* en *bidan* in dergelijke samenwerkingsverbanden hun specifieke lokale kennis en praktijken inzake zwangerschap en geboorte delen en uitwisselen, zodat wederzijds respect, begrip en samenwerking tot een nieuwe vorm van een allesomvattende Moeder- en Kindzorg in het gehele land zal leiden. Bovendien dienen niet alleen de huishoudens en de gemeenschappen geleerd te worden om de van overheidswege ingevoerde programma's van Moeder- en Kindzorg (MCH) te begrijpen en te ondersteunen, maar zou ook het formele gezondheidspersoneel moeten leren van de specifieke kennis, ervaring en praktijken van de *paraji*.

Nog belangrijker is het om de verbetering van Moeder- en Kindzorg (MCH) in de lokale gemeenschappen met specifieke diensten voor reproductieve gezondheidszorg te bereiken, en

de *bidan* en de *paraji* beiden te erkennen als bekwame verloskundigen, en de gehele gemeenschap te stimuleren om daaraan mee te werken om op die wijze veilige zwangerschappen en bevallingen te realiseren. Onderwijsprogramma's voor de *bidan* als een moderne verloskundige dient ook informatie te verschaffen over gemeenschapsontwikkeling, in het bijzonder over de wijze waarop de gemeenschap gemotiveerd kan worden om meer betrokken te raken en deel te nemen in de lokale levenswijze.

Een keten van participatie van "vanaf de basis" van individuen, die zich aansluiten bij de gehele gemeenschap, en die begint op het niveau van het individuele huishouden en voortgaat via de buurtschappen en de betrokkenheid van de *bidan*, *paraji*, gezondheidsvrijwilligers, en gezondheidscentra naar de lokale en nationale overheden toe, zal een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering en duurzaamheid van het geïntegreerde systeem van Moeder- en Kindzorg in Rancaekek en daarna in geheel Indonesië in de toekomst.