



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Religious coexistence in health-seeking: an ethnographic study in a Pentecostal Hospital, Madina, Accra, Ghana

Darko, M.L.

Citation

Darko, M. L. (2026, June 2). *Religious coexistence in health-seeking: an ethnographic study in a Pentecostal Hospital, Madina, Accra, Ghana*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4304718>

Version: 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/1887/4304718>

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

Samenvatting in het Nederlands

Dit proefschrift is een etnografisch onderzoek naar religieuze coëxistentie op microniveau in een etnisch en religieus pluriforme stedelijke gemeenschap in Madina, Accra, Ghana. De interacties tussen christenen en moslims worden onderzocht vanuit het perspectief van de door een pinksterkerk geboden gezondheidszorg. Deze benadering biedt een kijk op een nieuwe dynamiek in het onderzoek naar religieuze coëxistentie. Het gebruik van gezondheidszorg als lens om religieuze coëxistentie te begrijpen staat niet centraal in eerder onderzoek. De meeste studies over religieuze coëxistentie richten zich namelijk niet op de dagelijkse ontmoetingen tussen deze twee grote Abrahamitische religies, maar plaatsen de relaties in een binaire dichotomie van vreedzaam versus conflictueus. Het merendeel van deze studies over religieuze coëxistentie benadert het onderwerp door de lens van interreligieuze dialoog, die vaak normatief is, en vanuit het perspectief van missiologie en theologie.

Het onderzoek is gebaseerd op etnografisch onderzoek (deelnemende observatie en informele gesprekken) dat gedurende 24 maanden is uitgevoerd in het Pentecost Hospital en Madina Zongo. De focus van dit onderzoek ligt op de dagelijkse ontmoetingen tussen moslims en christenen in een ziekenhuisomgeving: enerzijds tussen moslimcliënten en -patiënten en hun christelijke zorgverleners, en anderzijds tussen moslimgezondheidswerkers en hun christelijke gezondheidsmanagers.

De centrale vraag van dit proefschrift is hoe een etnografisch onderzoek naar het opzoeken van gezondheidszorg door moslims in een door christenen beheerde gezondheidsinstelling, het Pentecost Hospital in Madina, kan bijdragen aan academische discussies over de praktijk van elke dag religieuze coëxistentie in een religieus en etnisch pluriforme stedelijke omgeving. De volgende deelvragen komen aan bod: ten eerste, wat is de status van het gezondheidszorgsysteem in Ghana en wat is de rol van religieuze instanties in de gezondheidszorg binnen een seculiere constitutie? Ten tweede, hoe gaan moslimgezondheidswerkers om met de sterk christelijke ziekenhuisomgeving? Ten derde, wat is de reden achter de institutionalisering van de ochtenddevotie als onderdeel van de medische diensten die aan cliënten/patiënten worden verleend? Ten vierde, hoe gaan moslimvrouwen om met de toegang tot verloskundige en gynaecologische diensten bij mannelijke dienstverleners?

Ten slotte, wat motiveert zowel christelijke als moslim voogden of -ouders om gebruik te maken van de diensten voor de besnijdenis van mannelijke zuigelingen door hun religieuze tegenhangers?

In hoofdstuk één onderzoek ik het gezondheidszorgsysteem in Ghana, met de nadruk op de mogelijkheden die beschikbaar zijn voor inwoners van Madina. Het ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het formuleren, reguleren, coördineren en monitoren van het gezondheidsbeleid in Ghana. Het overkoepelende doel van het ministerie van Volksgezondheid is een gezonde bevolking voor nationale ontwikkeling. Deze taak is enorm en overweldigend. Daarom was het noodzakelijk om de particuliere sector bij de gezondheidszorg te betrekken. De particuliere sector voorziet in ongeveer 40% van de gezondheidsbehoeften van de Ghanezen. De bijdrage van de particuliere sector aan de gezondheidszorg is tweeledig: er zijn commerciële instellingen en instellingen zonder winst oogmerk of met een missie. De activiteiten van de missiegebaseerde zorgverleners worden gecoördineerd door de Christian Health Association of Ghana (CHAG). Hoewel verschillende moslimgroeperingen gezondheidszorg en aanverwante diensten aanbieden aan sommige Ghanezen, is er geen gecoördineerde overkoepelende organisatie waaronder zij werken, zoals de CHAG.

In hoofdstuk één wordt besproken hoe het pluriforme medische systeem in Ghana en Madina werkt, met de daaruit voortvloeiende conflicten. Het pluriforme medische systeem, zoals dat in Madina tot uiting komt, geeft aan dat religieuze coëxistentie niet alleen betrekking heeft op de relaties tussen christenen en moslims, maar ook op de manier waarop gezondheidsinstellingen en de door hen aangeboden diensten coëxistentie organiseren en beheren. Het hoofdstuk laat ook zien hoe christelijke gezondheidsinstellingen naast moslim- en inheemse gezondheidsinstellingen bestaan. De relatie tussen de verschillende gezondheidsinstellingen en actoren wordt op elk niveau gekenmerkt door momenten van spanning. Niettemin vinden de instellingen en hun actoren manieren om hun diensten aan hun potentiële cliënten aan te bieden.

Hoofdstuk twee legt uit hoe het Pentecost Hospital is opgericht. Ik leg de missie en waarden van het ziekenhuis uit, dat opereert binnen een wijk met een zichtbaar overwegende islamitische gemeenschap. Zoals verwoord in de missie van het ziekenhuis, wilde de kerk met de oprichting van het ziekenhuis gezondheidszorg bieden aan de cliënten en had zij een agenda om mensen te bekeren. Het hoofdstuk analyseert de religieuze coëxistentie in het ziekenhuis. Vanuit het perspectief van het ziekenhuismanagement zijn er architectonisch specifieke voorzieningen getroffen voor moslimklanten om te bidden en toegang te krijgen tot voorzieningen. Het aanbieden van deze ‘permanente essentiële voorzieningen’ voor moslimklanten en -patiënten (die mogelijk slechts voor een korte periode in het ziekenhuis aanwezig zijn – tijdelijke coëxistentie) in een permanente ziekenhuisarchitectuur, getuigt van het feit dat ontmoetingen op microniveau doordrongen zijn van veel compromissen en kwesties van intentionaliteit. Het ziekenhuis past humanitaire gezondheidszorg toe door de rekeningen te betalen van patiënten die gebruik hebben gemaakt van een dienst maar hun schulden aan het ziekenhuis niet kunnen betalen. In dit hoofdstuk wordt betoogd dat Ghana weliswaar een seculiere constitutie heeft, maar religieuze instanties toestaat instellingen op te richten en te runnen die publieke goederen aan de burgers leveren op een manier die in strijd is met de seculiere grondslag van de grondwet, wat vaak leidt tot spanningen en conflicten op microniveau. Een belangrijke bijdrage van het hoofdstuk aan een dieper begrip van religieuze coëxistentie op microniveau is dat, hoewel het ziekenhuis een sterke pinksterhegemonie probeert te handhaven door ervoor te zorgen dat de identiteit, waarden en missie van de kerk altijd naar voren komen, het soms gedwongen is om compromissen te sluiten over dergelijke standpunten. Al met al zijn conflicten en spanningen een integraal onderdeel van de dagelijkse religieuze coëxistentie.

Hoofdstuk drie is opgebouwd rond drie thema's: 1) de redenen achter de institutionalisering van het ochtendgebed (morning devotion), 2) de inhoud van de gepredikte boodschappen, en 3) de reacties van de patiënten op de boodschap. De organisatie van het ochtendgebed zorgt voor momenten van spanning in de instelling. Wat echter relevant is, is dat alle betrokken partijen manieren hebben gevonden om een modus vivendi te vinden met het Pinksterziekenhuis. Alle partijen spannen zich bewust in om naast elkaar te bestaan, ongeacht hun religieuze verschillen.

Hoofdstuk vier bespreekt de sociale en culturele eisen binnen de Ghanese samenleving aan zowel mannen als vrouwen om zich voort te planten. Het bespreekt hoe zwangerschapscomplicaties zwangere vrouwen oog in oog brengen met mannelijke artsen in het Pentecost Hospital, wat voor deze zwangere vrouwen (vooral moslims) cultureel en sociaal een ongemakkelijke confrontatie oplevert, en hoe zij pragmatisme aanroepen: ‘darura’ als een manier om met dergelijke situaties om te gaan.

Hoofdstuk vijf onderzoekt hoe de zoektocht naar kwalitatieve besnijdenis van mannelijke baby's het mogelijk maakt dat zowel christelijke als islamitische voogden en ouders religieuze grenzen overschrijden. Zowel christelijke als islamitische ouders/voogden zijn van mening dat hun keuzes gebaseerd zijn op de kwaliteit van de geleverde dienst en niet op religieuze overtuigingen. Wat dus opvalt bij het streven om babyjongens in Madina te laten besnijden, is het pragmatisme dat ten grondslag ligt aan de praktijk van coëxistentie in Madina.

Kortom, dit onderzoek stelt dat religieuze coëxistentie het best kan worden geanalyseerd door middel van etnografisch onderzoek op microniveau. Het laat zien dat in Madina de praktijken van religieuze coëxistentie gelaagd zijn en een reeks modaliteiten omvatten die door beide partijen worden ingezet wanneer ze elkaar ontmoeten. Bewuste afstandelijkheid en compromis zijn de belangrijkste strategieën die worden toegepast in de praktijk van religieuze coëxistentie binnen de ziekenhuisomgeving. Belangrijk is dat het bestuderen van religieuze coëxistentie op microniveau wijst op het belang van intentionaliteit: christenen en moslims handelen opzettelijk in hun ontmoetingen. Op een breder niveau toont dit onderzoek de voordelen aan van het bestuderen van religieuze coëxistentie buiten het conventionele perspectief van interreligieuze dialoog, door de dagelijkse ontmoetingen in de hegemonische omgeving van een christelijke gezondheidsinstelling op de voorgrond te plaatsen.