



Obstetrisch geweld in Sub-Saharaans Afrikaanse en Europese contexten

Een vergelijkende literatuurstudie vanuit een dekoloniale feministische lens

Yana Demey – studentnummer: 01805510

Promotor: Dr. Dirk Lafaut

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in Gender en Diversiteit

Academiejaar: 2024-2025

Datum van indienen: 7 januari 2025

Vorm: klassieke masterproef

Woordenaantal: 19 962

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk worden gerefereerd, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam op de titelpagina is vermeld.

ABSTRACT

Obstetrisch geweld in geboortezorg wereldwijd draagt bij aan moedersterfte en belemmert respectvolle geboortezorg als een zogenaamd universeel vrouwenrecht (WHO, 2014; 2024; WRA, 2011). Deze masterproef draagt bij aan de dialoog tussen het gezondheids- en sociaal onderzoek naar obstetrisch geweld en debatten rond dekolonisatie, door na te gaan hoe gender en 'ras' kruisen in gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld. Daarvoor past de masterproef een vergelijkende, dekoloniale, feministische analyse toe op 25 gezondheidsstudies in Sub-Saharaans Afrikaanse en Europese contexten. De resultaten tonen hoe een verschillende benadering van het concept van obstetrisch geweld leidt tot een vorm van kolonialiteit in de toepassing van respectvolle geboortezorg. Ze tonen eveneens een dominante aandacht voor gender en de onzichtbaarheid van 'ras' in obstetrisch geweld. Obstetrisch geweld vindt echter plaats op de historische intersectie van medische, patriarchale, koloniale en raciaal kapitalistische objectivering van bevallende vrouwen (El Kotni & Quagliariello, 2021; Rucell, 2017; van der Waal et al., 2023).

INHOUD

Abstract	3
Inhoud	4
1 Inleiding	5
2 Theoretisch kader	10
2.1 Feministische geboortebewegingen	10
2.2 Obstetrisch geweld als gevolg van de medicalisering van geboortezorg	12
2.3 Obstetrisch geweld als een uiting van genderongelijkheid	14
2.4 Kolonialiteit van geboortezorg	18
2.5 Obstetrisch racisme	21
3 Methodologisch kader	22
3.1 Epistemologie	22
3.2 Dataverzameling en -analyse	24
4 Resultaten	27
4.1 Obstetrisch geweld en medicalisering	27
4.2 Obstetrisch geweld en genderongelijkheid	36
4.3 Omgaan met obstetrisch geweld	39
4.4 De onzichtbaarheid van 'ras'	41
5 Discussie	43
5.1 Kolonialiteit van respectvolle geboortezorg	43
5.2 Gender als dominante factor	46
5.3 Epistemische onrechtvaardigheid	47
5.4 Obstetrisch geweld als een kleurenblind concept	49
6 Beperkingen en aanbevelingen	51
7 Conclusie	53
Bronnenlijst	56
Bijlagen	67

1 INLEIDING

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2014) stelt dat *disrespect and abuse* of respectloosheid en misbruik (R&M) ten aanzien van zwangere en bevallende vrouwen¹ in gezondheidsvoorzieningen wereldwijd niet alleen een volksgezondheidsprobleem vormt, maar ook een schending van hun mensenrechten. Ze stelt dit op basis van onderzoek naar de ervaringen van vrouwen en geweld in gezondheidsvoorzieningen (Bohren et al., 2019; d'Oliveira et al., 2002) en het werk van internationale ontwikkelingsorganisaties zoals de USAID, het agentschap voor internationale ontwikkeling van de Verenigde Staten (Bowser & Hill, 2010). Op basis van een globale studie wijzen Bowser en Hill (2010) bijvoorbeeld op het voorkomen van fysiek misbruik; het uitvoeren van medische handelingen zonder geïnformeerde toestemming; gebrek aan privacy en vertrouwelijkheid; vernederingen, roepen of discriminatie op basis van etniciteit, 'ras'², leeftijd of socio-economische status. Dergelijke praktijken gaan volgens de WHO (2014) in tegen het fundamentele recht van vrouwen op waardige en respectvolle gezondheidszorg alsook het recht om vrij te zijn van geweld en discriminatie. De WHO sluit hiermee aan bij het rechtendiscours rond R&M in gezondheidsvoorzieningen dat de White Ribbon Alliance (WRA), een globale beweging die zich inzet voor de gezondheid en rechten van vrouwen en meisjes, voorop zet. Ze doet dit via de "universele rechten van zwangere en bevallende vrouwen en hun pasgeborenen", beter gekend als *Respectful Maternity Care* (WRA, 2011). Respectvolle geboortezorg legt de focus op het behoud en bevorderen van de waardigheid, recht op privacy, vertrouwelijkheid, vrijheid en geïnformeerde keuzes van zwangere en bevallende vrouwen en vrijwaart hen van R&M door zorgverleners (WHO, 2014; WHO, 2018). Met andere woorden, een rechtenbenadering van zwangerschap en bevalling leidt binnen geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg tot een grotere aandacht voor de niet-klinische zijde van geboortezorg, met name het emotioneel welzijn van vrouw en pasgeboren kind, en de erkenning van de persoonlijke en sociale betekenis ervan voor de vrouw en haar omgeving (WHO, 2015a; WRA, 2011).

De aandacht voor R&M in gezondheidsvoorzieningen maakt tegelijk deel uit van de globale strijd tegen moedersterfte (WHO, 2024) die, ondanks een wereldwijde daling, nog steeds een belangrijke belemmering vormt voor het bereiken van het recht op maternale gezondheid (Callister & Edwards,

¹ De term 'vrouw' verwijst binnen deze masterproef naar alle personen die de ervaring van zwangerschap en bevalling doormaken, ongeacht genderidentiteit. De keuze voor 'vrouw' is terug te leiden naar de sociale categorie 'vrouw' en de bijhorende genderstereotypering en -discriminatie als belangrijke factor in obstetrisch geweld.

² "Ras" verwijst naar "de sociale constructie die vandaag nog altijd onze maatschappelijke betrekkingen structureert door zich te baseren op de niet-wetenschappelijke notie van "ras" en die nog altijd invloed heeft op de maatschappelijke positie van geracialiseerde mensen" (Tansia et al., 2021, p.42)

2017). Volgens de WHO (2024)³ “sterven dagelijks nog steeds 800 vrouwen wereldwijd ten gevolge van voorkombare medische complicaties gerelateerd aan zwangerschap en bevalling”. Het grootste deel van de moedersterftes komt voor in lage- en middeninkomenslanden (95%), vooral in Sub-Saharaans Afrika (70%). Chinn et al. (2020) wijzen echter eveneens op toenemende moedersterftes in de Verenigde Staten die vooral vrouwen van kleur⁴ disproportioneel treffen. De WHO zet enerzijds in op de universele toegang tot kwalitatieve seksuele en reproductieve zorg in gezondheidsvoorzieningen als een essentiële strategie in het bereiken van veilige bevallingen en het voorkomen of behandelen van complicaties die leiden tot moedersterfte (WHO, 2014; 2024; Tunçalp et al., 2015). Het model van ‘kwaliteit van zorg’ binnen de WHO wijst tegelijk op het belang van de ervaringen van zorg waarin respect, waardigheid, goede communicatie en emotionele steun centraal staan (Tunçalp et al., 2015). Naast de sociale determinanten van gezondheid (zoals socio-economische status, onderwijsniveau, gender en ‘ras’), gendernormen en -ongelijkheid en tekortkomingen in gezondheidssystemen, zorgt R&M er echter voor dat vrouwen nog steeds onvoldoende toegang hebben tot kwalitatieve en respectvolle geboortezorg (WHO, 2024). De observatie van R&M in gezondheidsvoorzieningen en het rechtekader van respectvolle geboortezorg, leidt binnen de WHO bijgevolg tot het nog sterker op de voorgrond zetten van respect in het aanbod van zorg (WHO, 2014; 2015; 2018; WRA, 2011). Niettemin blijven de richtlijnen van respectvolle geboortezorg nog te vaak onvoldoende concreet en operationeel wat mede leidt tot een gebrekkige implementatie ervan (Jolivet et al., 2021; Puthussery et al., 2023; WHO, 2014).

De WHO (2014) wijst daarbij op een gebrek aan een internationaal geaccepteerde definiëring van R&M en een goed begrip van de oorzaken en gevolgen, waardoor het overheden en ontwikkelingsactoren oproept om in te zetten op onderzoek, preventie en oplossingen. Freedman et al. (2014) komen vervolgens op basis van een studie in twee gezondheidsprojecten in Kenia en Tanzania tot een definitie die R&M toeschrijft aan het gedrag van de zorgverlener of situeert binnen de gezondheidsvoorziening. Zij omschrijven R&M tijdens zwangerschap en bevalling als:

“Gedrag van zorgverleners of omstandigheden in gezondheidsvoorzieningen die lokale consensus beschouwt als vernederend of onwaardig, en gedrag of omstandigheden die men ervaart als of bedoelt als vernederend of onwaardig” (Freedman et al., p.916).

³ Cijfers van 2020

⁴ Vrouwen van kleur verwijst naar de sociale categorie van vrouwen die omwille van hun huidskleur structureel racisme ervaren. Het erkent dat wit ook een kleur is en zet zo vrouwen van kleur die racisme als gedeelde ervaring hebben tegenover witte vrouwen die wit privilege ervaren. Gezien dit werk zich deels toespitst op Sub-Saharaans Afrika, wordt de term afgewisseld met de term ‘zwarte vrouwen’ wanneer het specifiek gaat over vrouwen in of afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika (Tansia et al., 2021).

Bohren et al. (2015) bouwen vanuit een globale literatuurstudie verder op Bowser en Hill (2010) en Freedman et al. (2014) en ontwikkelen een vaak aangehaalde typologie van R&M die naast het niveau van de zorgverlener en gezondheidsvoorzieningen ook de rol van gezondheidssystemen en de machtsrelaties tussen de verschillende actoren erkent. Ze onderscheiden:

- “fysieke, seksuele en verbale mishandeling;
- stigmatisatie en discriminatie op basis van sociodemografische kenmerken en medische condities (etniciteit; ‘ras’; religie; leeftijd; socio-economische status; HIV);
- het niet tegemoetkomen aan de professionele standaarden van zorg (gebrek aan geïnformeerde toestemming en vertrouwelijkheid; routineuze handelingen zoals vaginale onderzoeken en episiotomieën of het weigeren van pijnmedicatie; verwaarlozing door of afwezigheid van de zorgverlener);
- slechte relaties tussen vrouwen en zorgverleners (gebrekkige communicatie; gebrek aan ondersteunende zorg; verlies van autonomie) en
- condities en beperkingen van gezondheidssystemen (gebrek aan middelen, personeel of beleid; negatieve werkcultuur)” (Bohren et al., 2015, p.22).

Het vinden van een duidelijke globaal geaccepteerde definitie blijft echter moeilijk door de veelheid aan gehanteerde begrippen naast R&M, zoals mishandeling, gedehumaniseerde zorg, obstetrisch geweld (Vogel et al., 2016) of negatieve of traumatische geboorte-ervaringen (Henriksen et al., 2017; Kuipers et al., 2023).

Wel is er een toenemende consensus over de cruciale rol van genderongelijkheid als een structurele factor in R&M ten aanzien van zwangere en bevallende vrouwen. Jewkes en Penn-Kekana (2015) benaderen R&M als geweld tegen vrouwen dat voortkomt vanuit structurele genderongelijkheid en dus de ondergeschikte positie van vrouwen in de samenleving. De machtsrelatie die hieruit voortkomt leeft door in de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger en leidt tot controlerende praktijken ten aanzien van zogenaamd ongehoorzame vrouwen. Betron et al. (2018) voegen hieraan toe dat niet alleen gendernormen en -ongelijkheid maar tevens andere vormen van sociale ongelijkheid en intersectionele discriminatie de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger beïnvloeden. De doorgetrokken machtsverhoudingen op basis van patriarchale normen en sociale uitsluiting vanuit de samenleving leiden namelijk tot een gebrek aan respect voor de autonomie en waardigheid van vrouwen en gemarginaliseerde groepen binnen de geboortezorg. Doordat gender en gendergerelateerd geweld centraal staat in diens conceptualisatie ijveren Sadler et al. (2016) vervolgens vanuit de sociale wetenschappen voor het hanteren van de term obstetrisch geweld om de *structurele* dimensies van R&M op de voorgrond te zetten. Ze wijzen hierbij niet alleen op de rol van

gender, maar ook op de onderbelichte rol van de biomedische geneeskunde en medicalisering van bevallingen.

Obstetrisch geweld heeft volgens Sadler et al. (2016) bijgevolg nood aan “een dynamische dialoog tussen gezondheids- en sociale wetenschappen, het mobiliseren van bestaande kennis over de structurele dimensies van obstetrisch geweld en het erkennen van dit fenomeen als een specifieke vorm van geweld tegen vrouwen, genaturaliseerd binnen gezondheidssystemen” (p.52). Batram-Zantvoort et al. (2021) wijzen daarnaast op de zwakke theoretische onderbouwingen in gezondheidsonderzoek dat veelal beperkt blijft tot het relationele niveau tussen zorgverlener en zorgontvanger. Diepgaandere theoretische reflecties vanuit sociaal en feministisch onderzoek en activisme blijven bovendien nog te veel buiten het gezondheidsonderzoek. Tegelijkertijd geeft Chadwick (2017) aan dat ook feministische conceptualisaties en benaderingen van obstetrisch geweld nog eerder beperkt blijven. Dit leidt onder andere tot een voorstelling van bevallende vrouwen in gezondheidsonderzoek als passieve slachtoffers van R&M.

Dit leidt tot het eerste doel van deze masterproef, namelijk bijdragen aan onderzoek over obstetrisch geweld. Ik focus daarbij specifiek op de vraag of het concept obstetrisch geweld overal ter wereld op dezelfde manier toegepast wordt.

Obstetrisch geweld staat namelijk wereldwijd op de agenda's van overheden en internationale gezondheidsorganisaties als een belangrijk aandachtspunt in het kader van de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG) van de Verenigde Naties (Callister & Edwards, 2017). De SDG's bieden richtlijnen waarmee de WHO wereldwijd gezondheids- en ontwikkelingspraktijken vormgeeft om moedersterfte te verminderen en maternale gezondheid tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum periode te bevorderen. Ze doet dit met name in lage- en middeninkomenslanden (WHO, 2021). Arora-Jonsson (2023) beschrijft echter hoe deze SDG's onderhevig zijn aan postkoloniale en feministische kritiek. Het blijven namelijk doelstellingen die voortkomen uit een universalistische perceptie van mensenrechten en neoliberale ideeën over ontwikkeling gedomineerd door het zogenaamde globale Noorden. Zo blijft een koloniale ongelijkheid bestaan die leidt tot de dominantie van het Europese narratief op de wereld en de achteruitstelling van narratieven uit het zogenaamde globale Zuiden⁵ (Brah, 2022; Vergès, 2017).

Zo stelt Bendix (2018) dat de aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg in ontwikkelingspraktijken een verderzetting is van koloniale macht binnen het domein van gezondheid

⁵ Tansia et al. (2021, p.10) wijzen op de gevaren van het gebruiken van veralgemenende termen zoals het globale Noorden en globale Zuiden omdat ze voortkomen uit het Europees imperialistisch project en een wij-zij denken stimuleren. Het is echter een handige terminologie om machtsrelaties als gevolg van de koloniale geschiedenis te duiden tussen lage- en middeninkomenslanden en hoge-inkomenslanden.

en ontwikkeling. Deze koloniale macht houdt stereotiepe beeldvorming ten aanzien van vrouwen van kleur in stand op basis van gender en 'ras'. Zo leiden veralgemenende percepties over vrouwen in/uit het globale Zuiden als onderdrukte, machteloze slachtoffers zonder agency over hun eigen lichamen versus zogenaamde geëmancipeerde witte vrouwen in/uit het globale Noorden tot ongelijkheid in Noord-Zuid relaties (Mason, 2017; Mohanty, 2011; Vergès & Bohrer, 2021). Maria Lugones toont met het concept van 'kolonialiteit van gender' dan ook aan dat gender geen neutraal maar een koloniaal en dynamisch concept is dat door de interactie met raciale stereotypering koloniale macht uitoefent op vrouwen van kleur (Vergès, 2020). Vanuit een dekoloniaal feministische lens roepen Mohanty (2011) en Vergès (2017) bijgevolg op tot het dekoloniseren van feministisch onderzoek, door te streven naar een dieper begrip van hoe koloniale en globale processen intersectionele ongelijkheid van vrouwen wereldwijd beïnvloedt en versterkt.

Deze studie onderzoekt daarom eveneens hoe de concepten van gender en 'ras' kruisen in gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld. Daarmee wil deze masterproef de dialoog tussen het gezondheids- en sociaal onderzoek versterken (cf. Sadler. et al., 2016). Dit leidt tot de algemene onderzoeksvraag die luidt als volgt: hoe verhoudt de conceptualisatie van gender en 'ras' zich in gezondheidsonderzoek over obstetrisch geweld in Sub-Saharaans Afrika in vergelijking met Europa? Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden maakt deze studie gebruik van bestaand onderzoek naar obstetrisch geweld dat aandacht heeft voor de rol van gender. Ik focus hierbij op gezondheidsonderzoek in Sub-Saharaans Afrika en Europa als zijnde twee contexten die historisch verbonden zijn door kolonisatie en tot op heden sterk verbonden blijven via ontwikkelingspraktijken.

Door middel van een dekoloniale feministische benadering van gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld, wil deze masterproef eveneens bijdragen aan debatten rond dekolonisatie, gender en ontwikkeling. Deze aanpak beoogt een dieper transnationaal begrip van obstetrisch geweld als een probleem binnen gezondheid en ontwikkeling met oog op reproductieve rechtvaardigheid, terwijl het bijdraagt aan de dekoloniale feministische strijd voor epistemologische rechtvaardigheid door het Europese narratief in vraag te stellen.

Deze masterproef start met een theoretisch kader in hoofdstuk twee. Dit kader behandelt feministische geboortebewegingen en het ontstaan van het concept van obstetrisch geweld. Vervolgens verdiept het zich in de structurele factoren van obstetrisch geweld, namelijk de medicalisering van bevallingen, genderongelijkheid en de voortdurende rol van de koloniale geschiedenis. Tot slot belicht het theoretisch kader obstetrisch racisme als een specifieke vorm van obstetrisch geweld die vrouwen van kleur treft. Hoofdstuk drie bespreekt het methodologisch kader dat ingaat op het gehanteerde epistemologisch kader, de positie van de onderzoeker en de

dataverzameling en -analyse. Voor dit onderzoek is gekozen voor een vergelijkende literatuurstudie van gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse en Europese landen. Hierop past de masterproef een dekoloniale feministische analyse toe. Hoofdstuk vier presenteert de resultaten, gevolgd door de discussie en aanbevelingen in hoofdstuk vijf en zes. De masterproef eindigt met een conclusie in hoofdstuk zeven.

2 THEORETISCH KADER

2.1 FEMINISTISCHE GEBOORTEBEWEGINGEN

In West-Europa en de Verenigde Staten ontstaat vanaf de jaren '60 de natuurlijke geboortebeweging die de medicalisering en pathologisering van bevallingen aanklaagt. Pathologisering betekent in deze context dat vrouwenlichamen beschouwd worden als afwijkend en bevallingen als een medische aandoening. De natuurlijke geboortebeweging streeft daarentegen naar de benadering van bevallingen als een natuurlijk levensproces. De beweging beschouwt vrouwen als voldoende capabel om te bevallen zonder technologische interventies. Het zet tevens de psychologische dimensie van bevallen meer op de voorgrond en hanteert zo een holistische benadering (Ekaterina, 2014).

Moscucci (2003) geeft echter aan dat deze natuurlijke geboortebeweging terug te leiden is tot antifeministisch filosofisch gedachtegoed van de 18^e eeuw en de strijd tegen de daling van geboortes onder middenklasse vrouwen tijdens het Interbellum. Gemoderniseerde middenklasse vrouwen die een angst ontwikkelden voor de pijn van bevallen, dienden teruggezet te worden in hun natuurlijke rol als moeder en huisvrouw om rassendegeneratie en sociaal verval tegen te gaan en de toekomst van de natie te voorzien. Nestel (1994) stelt vervolgens dat de feministische invulling van de natuurlijke geboortebeweging vanaf de jaren '60 gebaseerd bleef op raciaal verschil. Witte middenklasse vrouwen stelden zogenaamd primitieve pijnloze bevallingen voor als een ideaal, terwijl ze de ervaringen en ongelijke geboorte-uitkomsten van zwarte vrouwen negeerden. De natuurlijke geboortebeweging hield met andere woorden het Westers zelfbeeld, altijd al geconstrueerd in relatie tot de gekleurde, primitieve Ander, in stand.

Begin de jaren '90 ontstaat vervolgens in Brazilië de beweging voor gehumaniseerde geboortezorg. Deze beweging gaat eveneens in tegen de medicalisering van bevallingen maar erkent het ook specifiek als een oorzaak van R&M (Irvine, 2022). De gehumaniseerde geboortezorgbeweging, onder invloed van Zuid-Amerikaanse vrouwengroepen, feministen en internationale organisaties, lanceert obstetrisch geweld als een concept om R&M door gezondheidspersoneel tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum periode te benoemen (Williams et al., 2018).

Venezuela neemt in 2007 voor het eerst obstetrisch geweld op in de “Wet inzake het recht van vrouwen op een leven zonder geweld” en erkent R&M zo expliciet als een vorm van gendergerelateerd geweld (D’Gregorio, 2010; Williams et al., 2018). Artikel 15 omschrijft obstetrisch geweld als:

“de toe-eigening van het lichaam en de reproductieve processen van vrouwen door gezondheidspersoneel, wat zich uit in een gedehumaniseerde behandeling, misbruik van medicatie en het omzetten van natuurlijke processen in pathologische processen, wat leidt tot verlies van autonomie en het vermogen om vrij te beslissen over hun lichaam en seksualiteit, met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven van vrouwen” (D’Gregorio, 2010, p.201).

Vanuit de lens van obstetrisch geweld stellen Jardim en Modena (2018) een categorisatie voor die de rol van structureel, gendergerelateerd geweld in de dagelijkse routine van geboortezorg en gemedicaliseerde bevallingen expliciet erkent:

- Verbaal geweld (onrespectvolle en onvriendelijke uitingen);
- Fysiek geweld (herhaalde en agressieve vaginale onderzoeken, geroutineerd gebruik van episiotomieën, onnodige keizersneden, gebrek aan pijnmedicatie);
- Psychologisch geweld (bedreigen, roepen, autoritaire houding, intimidatie, culpabiliseren);
- Seksueel geweld (het aanraken van het vrouwelijk lichaam en genitale zones op een agressieve of onvriendelijke manier of zonder toestemming);
- Sociale discriminatie op basis van sociodemografische kernmerken;
- Nalatigheid (afwezigheid van zorgverlening onder invloed van beeldvorming van vrouwen als niet-gehoorzaam of moeilijk);
- Ongepast gebruik van procedures en technologie (overmatig gebruik van oxytocine, immobilisatie in bed tijdens de arbeid, bevallen in liggende houding, geen huid-op-huid contact met pasgeborene).

Geïnspireerd door inheemse bevallingspraktijken, zet de gehumaniseerde geboortebeweging het humanistisch bevallingsmodel van de antropoloog Davis-Floyd voorop in de strijd tegen obstetrisch geweld (Irvine, 2022). Het humanistisch bevallingsmodel van Davis-Floyd (2001) wil het relationele aspect van zorg, dat verloren gaat in de technologisering en medicalisering van bevallingen, terug centraal zetten in geboortezorg. Het erkent daarnaast de wisselwerking tussen lichaam en geest; het vrouwelijk lichaam als een organisme in plaats van als een machine; de vrouw als subject en erkent tenslotte de nood aan samenwerking en gedeelde beslissingen (Davis-Floyd, 2001; Rattner, 2008).

Ekaterina (2014) waarschuwt echter voor de problematische tegenstelling van sommige tegenreacties op gemedicaliseerde bevallingen, daar medische interventies soms noodzakelijk blijven. Brubaker en Dillaway (2009) bekritisieren daarnaast het gebrek aan feministisch onderzoek naar de verwachtingen

van vrouwen zelf. Dit leidt soms tot verwrongen implementaties van zogenaamde natuurlijke benaderingen, zoals het vermijden van pijnmedicatie wanneer dat niet de vrouw haar keuze is, of de radicale opvatting dat autonomie nooit mogelijk is bij een gemedicaliseerde bevalling.

De duiding van obstetrisch geweld als een gevolg van medicalisering en als een vorm van gendergerelateerd geweld, laat echter toe om de structurele oorzaken van R&M in beeld te brengen. In eerste instantie gaat dit over de medicalisering van bevallingen en genderongelijkheid (Sadler et al., 2016).

2.2 OBSTETRISCH GEWELD ALS GEVOLG VAN DE MEDICALISERING VAN GEBOORTEZORG

Vanuit een veiligheidsdiscours hebben gezondheidsorganisaties sinds de 20^e eeuw wereldwijd ingezet op het maximaal verhogen van bevallingen in gezondheidsvoorzieningen door professionele zorgverleners om complicaties die leiden tot moedersterfte te voorkomen of tijdig te behandelen (Cahill, 2001; WHO, 2014; 2024; Tunçalp et al., 2015). Sommige auteurs stellen de legitimering van deze strategie op basis van een gelijktijdige daling van moedersterftes in het Westen echter in vraag, omdat hier geen hard bewijs voor bestaat. Een betere levensstandaard, betere voeding en hygiëne, een daling van het aantal geboortes en effectievere behandeling van ziektes, speelden volgens deze visie eveneens een rol (Cahill, 2001; Loudon, 2000). Cahill (2001) en Sánchez-Redondo et al. (2020) stellen tevens dat medische ontwikkelingen zoals bloedtransfusies, veilige anesthesie en antibiotica een impact hebben gehad. Deze factoren zijn echter niet inherent verbonden met de institutionalisering van bevallingen, die volgens Stone (2016) net heeft geleid tot meer moedersterftes in de 19^e eeuw in vergelijking met de vroedvrouwgeleide thuisbevallingen in de periode daarvoor. Ook de daling in moedersterftes in de 20^e eeuw in Europa was volgens Loudon (2000) vooral te observeren bij thuisbevallingen door opgeleide en gesuperviseerde vroedvrouwen die antiseptische technieken gebruikten, terwijl bevallingen in het ziekenhuis net leidden tot meer moedersterftes door onnodige ingrepen. De kwaliteit van zorg speelt met andere woorden een grotere rol dan bevallen in gezondheidsvoorzieningen (Buchmann, 2020). Zo bevestigt onderzoek in hoge-inkomenslanden dat thuisbevallingen veilig kunnen verlopen voor vrouwen met een laag risico op complicaties, op voorwaarde dat ze geïntegreerd zijn in het algemeen gezondheidssysteem zoals dat het geval is in Nederland of het Verenigd Koninkrijk. Een goede coördinatie tussen verschillende zorgniveau's en een verwijzingssysteem naar een gezondheidsvoorziening in het geval van complicaties, staan hierin centraal (Sánchez-Redondo et al., 2020). De WHO (2015c, p.25) wijst ondertussen op het belang van niet-institutionele zorg in het kader van de preventie van voorkombare moedersterftes, door eerstelijnszorg op niveau van de gemeenschap, effectieve verwijzingssystemen en coördinatie tussen verschillende instellingen en disciplines als even belangrijk te beschouwen als institutionele zorg voor

een goed werkend gezondheidssysteem. Toch blijft bijvoorbeeld de checklist voor het verhogen van de 'kwaliteit van zorg' om veilige bevallingen te garanderen geconcentreerd op de context van gezondheidsvoorzieningen (WHO, 2015b).

De Britse Cahill (2001) stelt dat de opkomst van de institutionalisering van geboortezorg in het Westen gepaard ging met een pathologiserende benadering van natuurlijke en sociale levensprocessen zoals bevallingen. Gekaderd in termen van ziekte en gezondheid, hebben bevallingen vervolgens nood aan routineuze medische en technologische interventies door artsen die westerse geneeskunde toepassen (Brubaker & Dillaway, 2009; Christiaens & van Teijlingen, 2009; Filc, 2004; Gaines en Davis-Floyd, 2004). Dit leidt bijvoorbeeld tot routineuze en overmatige episiotomieën, keizersneden, het kunstmatig opwekken van de weeën of elektronische monitoring (Gaines en Davis-Floyd, 2004; Sadler et al., 2016).

Deze westerse benadering van geboortezorg kon zichzelf lange tijd in stand houden door andere vormen van geneeskunde als cultureel en niet-medisch te beschouwen. Medische antropologen Gaines en Hahn (1982, in Gaines & Davis-Floyd, 2004) bekritiseren het hegemonisch karakter van westerse geneeskunde door het te benoemen als biomedische geneeskunde. Biomedische geneeskunde is niet neutraal of objectief maar functioneert als een westers sociaal-cultureel systeem dat de waarden en normen van de samenleving weerspiegelt. De reductie van het menselijk lichaam tot een louter biologisch en pathologisch lichaam neemt de aandacht weg voor complexe sociale, psychologische en culturele dimensies van gezondheid en ziekte. Deze objectivering koppelt het lichaam los van de persoon en leidt tot de depersonalisering van gezondheidszorg en een expliciete hiërarchie tussen de alwetende arts en de onwetende patiënt (Gaines en Davis-Floyd, 2004). Het is deze hiërarchie tussen arts en patiënt die volgens Jardim en Modena (2018) een essentiële rol speelt in obstetrisch geweld. Het verstoort namelijk de vertrouwensrelatie tussen beide en maakt de vrouw onderdanig, onzeker en kwetsbaar tijdens het bevallingsproces. Davis-Floyd (2001, p.2-10) vat deze kritiek samen aan de hand van het technocratisch bevallingsmodel dat bestaat uit twaalf kenmerken, namelijk "de scheiding van lichaam en geest; het lichaam als een machine; de patiënt als een object; de vervreemding tussen arts en patiënt; een diagnostisering en behandeling van buitenaf; een hiërarchische organisatie; de standaardisatie van zorg in gezondheidsvoorzieningen; de autoriteit en verantwoordelijkheid bij de gezondheidswerker en niet bij de patiënt; de overwaardering van wetenschap en technologie, agressieve interventies met de nadruk op korte-termijnresultaten; de dood als nederlaag, een techno-medische hegemonie, een systeem dat drijft op winst en tenslotte de onderwaardering van andere benaderingen".

Christiaens & van Teijlingen (2009) geven vanuit medisch sociologische studies aan dat medicalisering in het westen onderhevig is aan maatschappelijke ontwikkelingen. Het is daardoor geen éézijdig onderdrukkend of statisch proces meer. De marktlogica en een gemakkelijkere toegang tot gezondheidsinformatie maken vrouwen mondiger en in toenemende mate een actieve consument van gezondheidsdiensten. Hierdoor verschuift de autoriteit van artsen en gaan gezondheidsdiensten meer vraag- naast aanbodgericht werken. Dit houdt volgens de auteurs een verschuiving in van de pathologisering naar de optimalisering van 'normale' processen zoals een bevalling. Daarnaast wijzen Campbell et al. (2016) en Pertile et al. (2017) op besparingen in de gezondheidssector en de vraag naar minder gemedicaliseerde bevallingen. Dit leidt tot kortere hospitalisaties in ziekenhuiscontexten wereldwijd.

Toch blijft de biomedische geboortezorg zichzelf in stand houden via de processen van institutionalisering en medicalisering. Deze processen houden namelijk macht en controle in (Filc, 2004; Foucault, 1963; Cahill, 2001). De Franse filosoof Foucault (1963) beschrijft deze dynamiek als 'de medische blik' die vanaf de 18^e eeuw in Europa ontstaat en een nieuwe manier van denken inhoudt over het lichaam, ziekte en geneeskunde. Gezondheidsvoorzieningen zijn hierbij de locaties bij uitstek die de 'medische blik' institutionaliseren en van waaruit geneeskunde ontstaat als een middel om sociale controle en macht uit te oefenen over lichamen. Filc (2004) toont bijvoorbeeld hoe Israëlsche medische teksten sociale fenomenen zoals psychiatrische aandoeningen en politiek geweld in de bezette Palestijnse gebieden toeschrijven aan medische condities. Israël zet met andere woorden biomedische geneeskunde in als een tool om de sociale context te negeren en de eigen dominante positie in stand te houden. Dit houdt tevens de reproductie in van machtsverhoudingen op basis van klasse, 'ras' en gender. Zo identificeert Cahill (2001, p.335) gynaecologie en verloskunde als "de specialiteit die de pathologiserende en medische blik toepast op zwangerschap en bevalling en zo de controlerende invloed van geneeskunde op vrouwen illustreert".

2.3 OBSTETRISCH GEWELD ALS EEN UTING VAN GENDERONGELIJKHEID

2.3.1 Patriarchale blik op bevallende vrouwen

De oorsprong van obstetrisch geweld ligt niet alleen in de objectivering van vrouwen als patiënt door de biomedische geneeskunde, maar tevens in de objectivering van vrouwen door patriarchale percepties over vrouwen en vrouwenlichamen. Dit leidt tot normatieve en culturele percepties van vrouwen als onderdanig, inferieur, zwak, niet capabel, stil en passief die doordringen in geboortezorg (Jardim en Modena, 2018; Shabot, 2016). Volgens de Braziliaanse Jardim en Modena (2018) leidt deze patriarchale objectivering tot de legitimering van dominantie en controle over bevallende vrouwen.

Ook de Amerikaanse feministe Adrienne Rich beschreef reeds hoe een bevalling, als onderdeel van het moederschap, een ideale gelegenheid is om patriarchale macht uit te oefenen. “Het vrouwelijk lichaam is namelijk het terrein waarop het patriarchaat is gebouwd” (Rich, 1986, p.55, in De La Paz, 2022). Net zoals het moederschap is een bevalling dus niet louter een natuurlijke of persoonlijke ervaring meer, maar is het tevens beïnvloed door maatschappelijke verwachtingen en institutionalisering binnen een patriarchaal systeem (De La Paz, 2022). De Israëlische feministe Shabot (2016) omschrijft hoe de medische en patriarchale blik samenkomen in gemedicaliseerde bevallingsruimtes en een medisch normatief beeld creëren van hoe bevallende lichamen zich horen te gedragen. Het arbeids- en bevallingsproces leidt echter tot ‘luide lichamen’ die sterk, actief, capabel en luid zijn en zo de dominante verwachtingen ten aanzien van vrouwenlichamen uitdagen. In lijn met verkrachting, ontstaat obstetrisch geweld vervolgens als een tool om vrouwenlichamen terug stil, gehoorzaam en passief te maken en ze terug te laten voldoen aan de medische en patriarchale blik.

Het binnendringen van patriarchale normen in de westerse geboortezorg dateert uit de Middeleeuwen. Het is het gevolg van de verschuiving van geboortezorg als een vroedvrouwgeleide praktijk in huiselijke contexten naar een door mannen gedomineerde professionalisering van geboortezorg in medische contexten. Vroedvrouwen werden weggehouden uit de geboortezorg doordat vrouwen geen toegang hadden tot universiteiten (Cahill, 2001; Oakley, 1984) of doordat ze vervolgd werden als heks (Ehrenreich & English, 2010).

De Britse sociologe en feministe Ann Oakley (1984) duidt hierbij tevens op de uitsluiting van vrouwelijke kennis over vrouwelijke reproductieve processen. Dit gebeurde door het positioneren van de medische wetenschap als het dominante kenniskader. Ze presenteert daarbij de metafoor van de “gekaapte baarmoeder” om te wijzen op de toe-eigening van vrouwenlichamen en reproductieve processen door een toenemende, door mannen gedomineerde, medische controle. Dit proces van toe-eigening leidt tot het verlies van controle en autonomie van vrouwen over hun lichaam en bevallingscondities en tevens het opzijshuiven van hun geleefde en belichaamde ervaringen en kennis.

2.3.2 Epistemisch geweld binnen geboortezorg

Het opzijshuiven van de geleefde en belichaamde ervaringen en kennis van bevallende vrouwen is volgens Chadwick (2019), Shabot (2021) en van Hassel et al. (2022) een vorm van epistemisch geweld binnen geboortezorg. De auteurs baseren zich hiervoor op de feministische epistemologische studies van Dotson (2011) en Fricker (2007) die duiden op de uitsluiting van kennis en kennispraktijken van gemarginaliseerde groepen op basis van bijvoorbeeld gender en ‘ras’. De daaruit voortkomende uitsluiting van kennisproductie zorgt vervolgens voor het in stand houden van bestaande

machtsverhoudingen. Chadwick (2019), Shabot (2021) en van Hassel et al. (2022) pleiten bijgevolg voor het erkennen van de verschillende dimensies van epistemisch geweld binnen geboortezorg als subtiele vormen van obstetrisch geweld. De Zuid-Afrikaanse Chadwick (2019) stelt hiermee een benadering van obstetrisch geweld voor dat voorbij gaat aan interpersoonlijke, fysieke en structurele factoren van bovenaf. Obstetrisch geweld ontstaat namelijk tegelijkertijd van onderuit via de systematische *silencing* van geprivilegieerde belichaamde kennis van bevallende vrouwen. Geleefde en belichaamde ervaringen van bevallende vrouwen houden namelijk gevoelsmatige kennis in die hen rechtstreekse aanwijzingen geeft over bijvoorbeeld het moment van bevallen, het juiste moment om te persen of de beste houding om pijn op te vangen. Het negeren van dergelijke aanwijzingen door zorgverleners houdt bijgevolg epistemisch geweld in.

2.3.2.1 *Getuigenis-onrecht*

Getuigenis-onrecht betreft het ontkennen van kennisautoriteit van gemarginaliseerde groepen op basis van vooroordelen door de dominante groep (Fricker, 2007). In haar onderzoek naar de bevallingservaringen van zwarte tienermeisjes in Zuid-Afrika, identificeert Chadwick (2019) *systematisch getuigenis-onrecht* dat inhoudt dat vooroordelen op basis van leeftijd, 'ras' en socio-economische status leiden tot een algemene ontkenning van kennisautoriteit. Dit dringt vervolgens door in geboortezorg. Shabot (2021) voegt daar met de erkenning van *incidenteel getuigenis-onrecht* aan toe dat ook het hierboven omschreven medisch-patriarchaal beeld van bevallende vrouwen leidt tot een bijkomende ontkenning van kennisautoriteit. Dit beeld houdt een perceptie in van bevallende vrouwen die door de bevalling geen controle hebben over hun lichamen of de capaciteit om rationele beslissingen te maken. De medische orde beschouwt bovendien hun gevoelsmatige kennis als ongeschikt, omdat het emotioneel en ongeremd is in plaats van rationeel en gebaseerd op medische kennis. Niet alleen de *silencing* van belichaamde kennis houdt dus epistemisch geweld in, maar evenzeer het niet erkennen van belichaamde, emotionele en intuïtieve vormen van kennis als legitieme kennis.

Shabot (2019) en Chadwick (2017; 2019) tonen via de processen van *gaslighting*, *performing docility* en *smothering* hoe vrouwen soms de ontkenning van kennisautoriteit door de medische orde internaliseren. *Gaslighting*, als vorm van emotionele manipulatie, houdt in dat vrouwen aan zichzelf gaan twijfelen wanneer zorgverleners hun aanwijzingen en ervaringen systematisch opzijshuiven. *Gaslighting* leidt tot verminderd zelfvertrouwen en eigenwaarde, alsook het in vraag stellen van ervaringen van obstetrisch geweld waardoor ze minder snel in verzet gaan (Shabot, 2019). *Smothering* of *performing docility* daarentegen wijst op een bewust proces waarbij vrouwen reeds aanvoelen dat hun stem niet gewaardeerd wordt en zichzelf stil houden om obstetrisch geweld te voorkomen en goede zorg te garanderen. Ze doen dit bijvoorbeeld door pijn niet te uiten. Ze conformeren zich met

andere woorden aan het medisch-patriarchale beeld van de goede, volgzame en passieve patiënt. Het bewuste karakter wijst bovendien op belichaamde agency (Chadwick, 2017; 2019).

2.3.2.2 *Hermeneutisch onrecht*

Hermeneutisch onrecht duidt het gebrek aan dominante taalkennis en concepten bij gemarginaliseerde groepen. Dit versterkt hun uitsluiting van het dominante kennisdiscours (Fricker, 2007). In het geval van bevallende vrouwen houdt dit in dat ze hun belichaamde kennis en ervaringen niet kunnen omzetten in biomedische taal en concepten opdat het aanvaard zou worden door professionele zorgverleners. Wanneer zorgverleners op hun beurt onvoldoende informatie over het bevallingsproces, medische protocollen, testresultaten of alternatieve behandelingen bieden, dragen ze vervolgens bij aan deze taal- en kenniskloof (van Hassel et al., 2022). Chadwick (2019) omschrijft bovendien hoe een gebrek aan informatie ertoe kan leiden dat vrouwen niet begrijpen wat er gebeurt en bijgevolg geen betekenis kunnen geven aan hun eigen ervaringen. Dit draagt bij aan een gevoel dat hun bevalling uit handen genomen wordt en ze er zelf geen deel meer van uitmaken.

2.3.2.3 *Epistemische kolonisatie*

Herhaaldelijke en gecombineerde toepassingen van getuigenis- en hermeneutisch onrecht leiden in het onderzoek van Chadwick (2019, p.38) tot situaties van epistemische kolonisatie van bevallende lichamen. Dit houdt de volledige dehumanisering of systematische uitwissing van het menselijk wezen achter het lichaam in. Dit maakt vervolgens van de bevallende vrouw een onbelangrijke toeschouster ten aanzien van haar eigen lichaam en bevalling. Zo geeft de 19-jarige Esther aan hoe het zorgpersoneel haar herhaaldelijk confronteerde met verbaal en fysiek geweld, haar vastbond aan de bevallingstafel, haar uitingen van pijn negeerde, naliet om zorg te verlenen en beledigende opmerkingen uitte wanneer ze uitleg vroeg over wat de machines aangaven.

2.3.3 *Ambigüe agency*

De aandacht voor belichaamde kennis en ervaringen, leidt vervolgens tot de erkenning van ambigüe agency van bevallende vrouwen. Chadwick (2017) gebruikt dit concept om aan te tonen dat zelfs wanneer de medisch-patriarchale blik de autonomie en kennisautoriteit van bevallende vrouwen ontkent, vrouwen bewust reageren op de onderdrukking die ze ervaren. Chadwick (2017) bekritiseert hiermee de eenzijdige beeldvorming van vrouwen als passieve slachtoffers in de Venezolaanse definiëring van obstetrisch geweld. Ambigüe agency is bijvoorbeeld te zien in het hierboven beschreven proces van *smothering of performing docility*. Wegens de aard van een bevalling lukt het vrouwen echter niet altijd om zich te blijven conformeren aan deze beelden: pijn en het luisteren naar je eigen lichaam leidt in zo'n gevallen alsnog tot 'luide lichamen' (cf. Shabot, 2016). Chadwick (2019) toont hoe zorgverleners in zo'n situaties kunnen overgaan tot *quieting*, dat meer nog dan *silencing* een

actief proces inhoudt dat vrouwen niet louter negeert, maar ze terug 'stil maakt' wanneer ze zich laten horen. Toch slagen sommige vrouwen erin om lichamelijke agency en weerstand te blijven tonen, waardoor ze de medisch-patriarchale normen en machtsrelaties uitdagen (Chadwick, 2017).

2.4 KOLONIALITEIT VAN GEBOORTEZORG

Afro-Amerikaanse feministen ontwikkelen in 1994 het kader van reproductieve rechtvaardigheid om kolonialiteit en racialisering centraal te stellen in debatten rond reproductieve gezondheid. Ze wijzen daarbij op een lange geschiedenis van obstetrisch geweld ten aanzien van vrouwen van kleur wereldwijd (Bakhru, 2019; Briggs, 2022; Ross, 2017). Ook gezondheidswetenschappers Bradley et al. (2016) zetten obstetrisch geweld in Sub-Saharaans Afrika in het licht van de koloniale overdracht van gemedicaliseerde geboortezorg vanuit het Westen. Ze argumenteren dat de aandacht voor gender in obstetrisch geweld niet voorbij mag gaan aan de voortdurende impact van de koloniale erfenis.

Hoewel Quijano (2007) aangeeft dat de Europese kolonisatie andere vormen aannam in verschillende continenten, besluit Poesche (2019) dat de huidige neokoloniale dynamieken in zowel Amerika als in Sub-Saharaans Afrika gelijkaardig zijn. In Amerikaanse vestigingskolonies bijvoorbeeld, vonden verplichte sterilisaties plaats van inheemse vrouwen (Suarez-Balcazar et al., 2023), terwijl tot slaaf gemaakte Afrikaanse vrouwen verkracht werden om de reproductie van nieuwe arbeidskrachten te stimuleren (Ross, 2017). In beide regio's ontstond westerse geboortezorg dan ook als een koloniaal instrument dat tot op vandaag raciale en gegenderde hiërarchieën en obstetrisch geweld veroorzaakt (Rucell, 2017; Shaheen-Hussain et al., 2023). Rucell (2017) onderscheidt hierbij drie centrale koloniale processen: de dehumanisering en toe-eigening van zwarte vrouwen (p.81), gezondheidszorg als een vorm van koloniaal beleid (p.90) en reproductieve en demografische controle (p.98).

2.4.1 Dehumanisering en toe-eigening van vrouwen van kleur

Rucell (2017) omschrijft hoe Europese pseudowetenschappelijke noties van een inferieur 'ras' en de toe-eigening van zwarte vrouwen via slavernij tot vandaag leiden tot de devaluering en objectivering van zwarte vrouwenlichamen. Samen met de stereotiepe beeldvorming van zwarte vrouwen als ongevoelig voor pijn, legitimeerde dit obstetrische experimenten zonder verdoving op tot slaaf gemaakte en gekoloniseerde vrouwen. Deze experimenten vormden vervolgens de basis voor de ontwikkeling van de westerse geboortezorg (Owens, 2017; van der Waal et al., 2021). Ross (2017) en Vergès (2017) stellen daarnaast dat geracialiseerde vrouwenlichamen op die manier dienden als objecten waarop koloniale macht uitgeoefend werd. Zo konden kolonisatoren hun dominante positie behouden.

2.4.2 Gezondheidszorg als een vorm van koloniaal beleid

Rucell (2017) stelt dat de overdracht van de westerse gezondheidszorg naar de kolonies het domein bij uitstek was om macht en controle uit te oefenen op de gekoloniseerde bevolking. De positie van Afrikaanse vroedvrouwen is hierbij een specifiek voorbeeld dat tot vandaag praktijken van obstetrisch geweld beïnvloedt (Bradley et al., 2016).

Zo beschrijft Rucell (2017) hoe het beroep van arts in gekoloniseerd Zuid-Afrika niet toegankelijk was voor zwarte mensen. Doch werden Afrikaanse vrouwen geaccepteerd, eerst gedwongen en later als beroep, in de verpleeg- en vroedkunde. Beperkt tot de onderste laag van de medische hiërarchie en minder bedreigend dan zwarte mannen, stelden ze de medische en koloniale machtspositie van witte mannelijke artsen veilig. Deze vroedvrouwen waren echter onderworpen aan discriminatie, vernedering, misbruik en verplichte onderdanigheid en gehoorzaamheid. Barthélémy (2004) toont hoe dit vroedvrouwen in Franse kolonies in een dubbele machtspositie plaatste op basis van gender en 'ras'. In een genderongelijke en koloniale context waarin vroedvrouw het enige beroep was waar zij toegang toe hadden, zorgde het vroedvrouw-zijn ervoor dat ze meer status genoten dan andere vrouwen. Tegelijkertijd plaatste het zwarte vroedvrouwen dicht bij witte mannelijke artsen en dus de koloniale macht. Ze droegen bij aan de verspreiding van gemedicaliseerde geboortezorg en daagden daarbij de positie van traditionele vroedvrouwen uit. Als veelal jonge, ongetrouwde en onervaren vrouwen die institutionele kennis toepasten, destabiliseerden ze de autoriteit van traditionele vroedvrouwen. Traditionele vroedvrouwen bevonden zich meestal al in de menopauze, hadden zelf de ervaring van bevallen meegemaakt, kwamen uit dezelfde etnische gemeenschap en droegen hun kennis van moeder op dochter over. Dit leidt volgens Bradley et al. (2016) tot de hedendaagse dynamiek waarin Afrikaanse vroedvrouwen, in de context van maatschappelijke genderongelijkheid en een ongelijke medische hiërarchie, hun status op basis van beroep, opleiding en medische kennis in stand willen houden. Professionaliteit benadrukken, gebeurt vervolgens door het houden van een sociale en emotionele afstand van bevallende vrouwen en praktijken van obstetrisch geweld. Van der Waal et al. (2021) benoemt dit als een proces van 'Othering' waarin de objectivering en onderdrukking van bevallende vrouwen, op patriarchale, koloniale en raciale basis, nodig is om de dominante positie van 'obstetrisch-subject' in stand te houden.

Ook hier heeft het opdringen van westerse geboortezorg en het verdringen van traditionele vroedvrouwen geleid tot het marginaliseren van lokale en traditionele geboortepraktijken en vrouw-gerichte kennis. Als onderdeel van koloniale macht, heeft dit echter geleid tot een extra laag van objectivering van de kennis van zwarte vroedvrouwen en bevallende vrouwen (Gaines en Davis-Floyd, 2003; Ross, 2017; Vaughan, 1991). Reproductieve rechtvaardigheid impliceert bijgevolg geboorterechtvaardigheid om de nood aan een epistemisch herstel van traditionele geboortekennis

en -praktijken te duiden. Geboorterechtvaardigheid streeft naar kwalitatieve, veilige en respectvolle geboorte-ervaringen zonder discriminatie. Hierbij staat traditionele en vrouwgerichte kennis, van zowel vroedvrouwen als bevallende vrouwen, centraal (Ross et al., 2017). Green (2012) waarschuwt echter voor de homogeniserende en radicale tegenstelling van traditionele en westerse geneeskunde en pleit voor een genuanceerde en gedifferentieerde benadering van verschillende kennissystemen en geneeskundige praktijken.

2.4.3 Reproductieve en demografische controle

Reproductieve en demografische controle tijdens de slavernij en koloniale periode nam de vorm aan van verkrachtingen, veelvuldige zwangerschappen, het verkopen van kinderen of vrouwen dwingen om de zorg over andermans kinderen op te nemen. De gedwongen reproductie van tot slaaf gemaakte vrouwen, gekaderd als de oplossing voor een zogenaamd onderbevolkingsprobleem, was met andere woorden instrumenteel in de accumulatie van kapitaal en rijkdom van de koloniale macht (Bendix, 2018b; O'Brien & Rich, 2022; Ross, 2017; Rucell, 2017). Van een onderbevolkingsprobleem, vond vervolgens een verschuiving plaats naar een overbevolkingsprobleem. Onder invloed van eugenetische en Malthusiaanse ideeën rond overbevolking, werd overbevolking namelijk gezien als een bedreiging voor het witte superieure ras. Echter verbloemd als maatschappelijke problemen zoals armoede en onderontwikkeling, ging men vervolgens over tot de ontmoediging van de reproductie van zwarte vrouwen (Ross, 2017; Rucell, 2017). Praktijken zoals verplichte geboortecontroles, sterilisaties en abortussen, zette de controle over geobjectiveerde zwarte vrouwenlichamen verder (Vergès, 2017). Geboortecontrolen voor vrouwen van kleur ontstond zo als een manier om witte middenklasse superioriteit en privileges te behouden en raciale grenzen te beschermen (Rucell, 2017).

2.4.4 Neokoloniale geboortezorg

Volgens Gaines en Davis-Floyd (2003) toont de koloniale geschiedenis van westerse geboortezorg hoe biomedische geneeskunde tot op vandaag zowel genderongelijkheid als neokoloniale machtsverhoudingen en politieke en economische belangen tussen het Westen en het globale Zuiden reproduceert. Net zoals Wagner (2001), bekritisieren zij vanuit deze inzichten bijgevolg de voortdurende wereldwijde export van de biomedische geneeskunde en medicalisering van bevallingen als een norm van ontwikkeling en moderniteit vanuit het Westen naar het globale Zuiden. De hedendaagse export van biomedische geboortezorg, reproduceert volgens Bendix (2018) dan ook de dominantie van het Europese narratief op de wereld en koloniaal gedachtegoed.

Vanuit een kritische analyse van Duitse ontwikkelingspraktijken in Tanzania, geeft Bendix (2018) namelijk aan dat internationale ontwikkelingsprogramma's gericht op maternale gezondheid tot op vandaag koloniale praktijken inhouden. Dit uit zich door het implementeren van westerse modellen

en normen zoals het technocratisch bevallingsmodel en het marginaliseren van traditionele kennis en bevallingspraktijken. Zo beschrijft Bendix (2018a, p.100-103) hoe de biomedische opleiding van traditionele vroedvrouwen in Tanzania niet heeft geleid tot minder moedersterftes. In plaats van de aanpak in vraag te stellen, hebben ontwikkelingsactoren de aandacht voor traditionele vroedvrouwen teruggetrokken. Ontwikkelingswerkers kennen tegelijk vooral waardering toe aan zorgverleners die de westerse aanpak overnemen, terwijl ze zogenaamd onrespectvol en emotioneel gedrag toeschrijven aan cultuur. Stone (2009) bevestigt dat internationale organisaties de koloniale overdracht van gemedicaliseerde bevallingen tot op vandaag in stand houden.

Daarnaast vindt Bendix (2018b) hedendaagse bevolkingscontrole terug in de sterke aandacht voor geboortebeperking in ontwikkelingsprogramma's. Uitgaand van een hoog vruchtbaarheidscijfer als een teken van onderontwikkeling, concentreren ontwikkelingsactoren zich voornamelijk op het reduceren van het aantal geboortes. In Zuid-Afrika heeft dit bijvoorbeeld geleid tot significant meer personeel en diensten voor geboortecentrale in vergelijking met andere reproductieve gezondheidszorg (Rucell, 2017).

2.5 OBSTETRISCH RACISME

Historische reproductieve onrechtvaardigheid en praktijken van obstetrisch geweld onder invloed van patriarchale, medische en koloniale macht, leiden tot vandaag tot een hogere prevalentie van kinderen en moedersterftes bij vrouwen van kleur wereldwijd (Altman et al., 2019; Chinn et al., 2020; MacLellan et al., 2022; Mayne & Ghidry, 2024; Ross, 2017; van der Waal et al., 2021). De Amerikaanse Davis (2019) schuift daarom de term obstetrisch racisme naar voor om discriminerend en racistisch geweld tegenover bevallende vrouwen van kleur te duiden. Obstetrisch racisme, als vorm van obstetrisch geweld en medisch racisme, zet de rol van 'ras' centraal in praktijken van obstetrisch geweld en erkent de historische impact van kolonialisme, slavernij en medische wanpraktijken. Volgens van der Waal et al. (2022) is obstetrisch racisme een transnationaal fenomeen waarin tegenstrijdige narratieven over vrouwen van kleur samenkomen. Het ene narratief toont vrouwen van kleur als sterk en dicht bij de natuur, leidend tot de aanname dat een bevalling voor vrouwen van kleur vanzelf gaat en ze geen hulp of pijnbestrijding nodig hebben. Het andere narratief presenteert vrouwen van kleur echter als kwetsbaar en in nood, waardoor hulp van buitenaf nodig is. Ross (2017) duidt eveneens op de voortdurende onderwaardering van geracialiseerde vrouwenlichamen en de overwaardering van zogenaamd superieure, onschuldige witte vrouwenlichamen die de toekomst van Westerse naties moeten verzekeren.

3 METHODOLOGISCH KADER

3.1 EPISTEMOLOGIE

3.1.1 Feministisch poststructuralisme

Deze masterproef vertrekt vanuit een feministisch poststructuralistisch epistemologisch kader dat normatieve praktijken die leiden tot ongelijkheid deconstrueert en ingaat tegen de idee van universele kennis. Daarnaast stelt een feministisch poststructuralistisch kader dat sociale categorieën waar individuen toe behoren, zoals gender en “ras” die centraal staan in deze masterproef, meervoudig zijn en het effect van de (re)productie van normatieve praktijken (De Graeve, 2023). Deze masterproef volgt het begrip van gender zoals omschreven door Butler (2004): een set van waarden, normen en gedragingen, gereproduceerd door repetitieve handelingen. Gender is dus een sociale constructie dat performatief is en beïnvloed door machtsstructuren. Hoewel het afwijken hiervan kan leiden tot marginalisatie en geweld, kan dit performatief karakter tevens de mogelijkheid bieden om de bestaande waarden en normen en de daaraan verbonden machtsstructuren uit te dagen (Butler, 2004). Zoals eerder reeds aangegeven, is gender echter geen neutraal maar een koloniaal begrip dat de Westerse en binaire categorie ‘vrouw’ introduceerde in koloniale staten en zo genderverhoudingen tot op vandaag beïnvloedt (Vergès, 2020). Deze masterproef benadert tevens ‘ras’ als een sociale constructie die voortkomt uit het Europees kolonisatieproject om raciale superioriteit en overheersing van gekoloniseerde mensen te rechtvaardigen. Deze raciale hiërarchisering leidt op heden tot raciale stereotypering en mondiale ongelijkheid (Quijano, 2007).

Anderzijds heeft het feministisch poststructuralisme aandacht voor hoe kennis en macht met elkaar verweven zijn. Kennis en kennisproductie zijn namelijk niet neutraal, maar zijn onderhevig aan machtsrelaties die leiden tot het al dan niet waarderen van bepaalde kennis. Onderzoek is dus niet louter gericht op het beschrijven of verklaren van de realiteit, maar creëert tegelijk die realiteit (Wellington & Szczerbinski, 2007). Ik ga bijgevolg uit van het concept van Gesitueerde Kennis van Haraway (1988) dat stelt dat er geen volledige objectieve kennis bestaat omdat de individuen die de kennis produceren niet neutraal zijn. Kennis is bijgevolg altijd gedeeltelijk, gesitueerd en belichaamd. Rich (2003) wijst op de invloed van de fysieke, culturele, historische en sociale contexten waarin onderzoekers zich bevinden op de kennis die zij produceren. Ze ijvert bijgevolg voor bewustwording over de eigen posities van macht en privilege en hoe deze de productie van kennis kunnen kleuren.

3.1.2 Positie van de onderzoeker

Als witte, middenklasse, opgeleide, heteroseksuele vrouw die is groot gebracht in een middenklasse gezin ben ik opgegroeid en gesocialiseerd in wat Wekker (2020) Witheid noemt: een wit referentiekader van waaruit ik heb leren kijken naar de wereld, naar anderen en mezelf met de idee dat dit een neutrale blik is en zonder deze in vraag te stellen. Hoewel ik als vrouw, met de kennis die ik vandaag heb, bepaalde ervaringen kan toeschrijven aan mijn gender, heb ik geen maatschappelijke ongelijkheid ervaren op basis van één van mijn identiteiten. Verschillende internationale ervaringen, met name in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse landen, hebben geleid tot de confrontatie met mijn Witheid en privileges en hebben bepaalde bewustwordingen in gang gezet.

Mijn specifieke interesse in het thema obstetrisch geweld komt voort vanuit een professionele ervaring als zogenaamde junior expert in gender in een bilateraal gezondheidsproject in Benin. Het komt met andere woorden niet voort vanuit de geleefde ervaring van een bevalling en/of obstetrisch geweld. Hoewel dit een geleefde ervaring binnen de context van gezondheid en ontwikkeling inhoudt, vertrekt deze ervaring vanuit een geprivilegieerde positie gekenmerkt door witheid, klasse en het beschikken over een Belgisch paspoort. Zoals White (2011) en Bendix (2018) beschrijven vanuit een gelijkaardige ervaring en positionering, werd ik binnen deze context sterk geconfronteerd met ervaringen en gevoelens die ik niet altijd goed kon plaatsen, maar een confrontatie inhielden met mijn Witheid en positie als Europese vrouw, werkend rond gendergelijkheid in het globale Zuiden. Het verschil in posities, verloning en mogelijkheden tussen internationale, meestal witte, “experten” en nationale medewerkers was voelbaar en het implementeren van Eurocentrische denkkaders rond bijvoorbeeld gender lokte vaak weerstand uit. Deze ervaring helpt me echter vooruit in mijn professionele – en persoonlijke leven, terwijl de duurzame impact van mijn werk te betwijfelen valt.

Uitgaand van de feministische standpunttheorie van Harding (in De Graeve, 2023), betekent mijn gebrek aan de geleefde ervaring van obstetrisch geweld en onderdrukking op basis van “ras” dat ik deze masterproef schrijf vanuit een outsiderpositie. Dit houdt in dat ik dit onderzoek aanvat vanuit een louter dominant perspectief. Dit leidt tot een minder diep begrip van de werkelijkheid. Mijn bevindingen en conclusies kunnen namelijk beïnvloed zijn door mijn geprivilegieerde posities en de Witheid (Wekker, 2020) waarin ik ben opgegroeid. Anderzijds kan het ertoe leiden dat bepaalde nuances en inzichten zullen ontbreken in de resultaten die onderzoekers vanuit een insidersperspectief wel zouden kunnen bijdragen.

Gezien ik als Europese, witte vrouw een masterproef aanvat die zich deels richt op geracialiseerde vrouwen, is het tenslotte van belang om de mogelijke invloed van het witte redderscomplex te erkennen. Het witte redderscomplex is namelijk gebaseerd op de stereotiepe idee dat zwarte vrouwen

machteloos zijn en gered moeten worden door witte feministen (George, 2023; Mohanty, 2011). Ik laat me daarom inspireren door een transnationaal feministisch kader dat gelooft in een solidair activisme en partnerschap over grenzen heen. De strijd voor globale gendergelijkheid is hierin een gemeenschappelijk doel en de erkenning van globale machtsrelaties en verschillen tussen vrouwen wereldwijd staan hierin centraal (Mason, 2017). Ter aanvulling steun ik tevens op het concept van solidair feminisme van Gonzalez en Jones (2018) die stellen dat de strijd tegen onderdrukking vanuit geprivilegieerde posities mogelijk is wanneer men streeft naar een feministische praktijk dat voorbij gaat aan het in stand houden van de status quo en machtsrelaties bewust in vraag stelt.

3.2 DATAVERZAMELING EN -ANALYSE

3.2.1 Onderzoekseenheden en dataverzameling

De onderzoekseenheden waar deze masterproef zich op baseert, betreffen gepubliceerde gezondheidsonderzoeken naar obstetrisch geweld in enkele Europese en Sub-Saharaans Afrikaanse landen. Dit heeft als nadeel dat dit onderzoeksmateriaal voor andere doeleinden is geproduceerd dan waarvoor het in deze masterproef werd gebruikt (Decorte, 2011). Ondanks de mogelijke koloniale bias, zocht ik naar zowel Engels- als Franstalig onderzoek, gezien dit talen zijn die ik als onderzoeker machtig ben en die relevant zijn in zowel Europese als Sub-Saharaans Afrikaanse contexten.

Ik deed beroep op de databases PubMed, Web of Science en Scopus om te zoeken naar relevante studies aan de hand van onderstaande geïdentificeerde Engelstalige en Franstalige termen. Hoewel gezondheidsonderzoek voornamelijk de termen R&M en respectvolle geboortezorg hanteert, toont de literatuurstudie dat ze ook regelmatig samen voorkomen met de termen obstetrisch geweld en gehumaniseerde geboorte.

- Respectful maternity care, disrespect and abuse, obstetric/al violence, humanized/ing birth
- Soins de maternité respectueux, manque de respect et des mauvais traitements, accouchement humanisé, violence obstétricale

De inclusiecriteria waren bepaald als volgt: onderzoek binnen het domein van gezondheid dat minstens één van de geïdentificeerde termen hanteert; uitgevoerd tussen 2014⁶ en 2024 in ofwel een Sub-Saharaans Afrikaans ofwel een Europees land; gericht op conceptualisaties en onderliggende factoren van obstetrisch geweld. Er werd prioriteit gegeven aan kwalitatief onderzoek en onderzoek dat reeds aandacht had voor gender als verklarende factor.

⁶ 2014 is het jaar van het WHO-charter waarin overheden en ontwikkelingsactoren opgeroepen werden aandacht te besteden aan R&M (WHO, 2014).

De zoekopdracht via de drie databases op basis van de geïdentificeerde termen met de combinatie 'OR' bracht in totaal 2 911 onderzoeksresultaten op. De afbakening van deze onderzoeksresultaten door het toevoegen van de zoekcombinatie 'AND gender/genre' bracht dit aantal terug naar 430 resultaten. De Franse zoektermen vertegenwoordigen hierin respectievelijk slechts 10 en 1 onderzoeksresultaten. De resultaten werden vervolgens geselecteerd op basis van het doorlezen van de samenvattingen en toetsing aan de inclusiecriteria totdat datasaturatie werd vastgesteld. Artikels gericht op obstetrisch geweld ten aanzien van pasgeborenen, onderzoek gericht op de prevalentie van obstetrisch geweld dat geen inhoudelijke inzichten weergeeft, internationaal onderzoek, literatuurstudies en onderzoek gericht op de effectiviteit van interventies werden buiten beschouwing gelaten. Ondanks de prioriteit voor kwalitatief onderzoek, werden in tegenstelling tot het onderzoek in Sub-Saharaans Afrikaanse context voor de Europese context slechts vier relevante kwalitatieve onderzoeken geïdentificeerd. Het onderzoek in Europese landen werd daarom aangevuld met kwantitatief onderzoek. Ook Shuman et al. (2023) vindt dat onderzoek naar respectvolle geboortezorg in hoge-inkomenslanden meer kwantitatieve dan kwalitatieve onderzoeksmethoden bevatten in tegenstelling tot lage- en middeninkomenslanden. Bovendien reflecteerden de algemene zoekresultaten de bevinding van Shuman et al. (2023) dat onderzoek naar respectvolle geboortezorg in hoge-inkomenslanden beperkt is in vergelijking met dat in lage- en middeninkomenslanden. Dit verklaart waarom het gemakkelijker was om relevant onderzoek te vinden in Sub-Saharaans Afrikaanse landen dan in Europese landen.

Deze zoekmethode leverde een steekproef op van 25 Engelstalige onderzoeken, waarvan 11 kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd in Sub-Saharaans Afrika en 4 kwalitatieve en 10 kwantitatieve onderzoeken in Europa. Van de kwantitatieve onderzoeken in Europa bevatten er 5 eveneens kwalitatieve commentaren. De vertegenwoordigde landen zijn respectievelijk: Ethiopië (2); Guinée, Nigeria (2); Madagascar, Rwanda, Kenia (2); Tanzania; Benin en Zweden; Polen; Tsjechische Republiek; Spanje (3), Cyprus, Nederland (3); IJsland; Zwitserland, Hongarije; Italië. De Afrikaanse landen reflecteren eveneens de bevinding van Shuman et al. (2023) dat Tanzania, Nigeria, Kenia en Ethiopië vier van de meest vertegenwoordigde landen zijn in het onderzoek naar respectvolle geboortezorg wereldwijd. Bovendien valt op dat het onderzoek in Afrikaanse landen plaats vond in samenwerking met onderzoekers uit het globale Noorden of met een ontwikkelingspartner zoals de USAID (Doyle et al., 2021; Brazy-Nancy et al., 2023) of de WHO (Baldé et al., 2017; Bohren et al., 2016). Samenwerkingen in Europees onderzoek betreffen daarentegen Europese (Baranowska et al., 2019; Begley et al., 2018; Hadjigeorgiou et al., 2023; Leijerzapf et al., 2024; van der Pijl et al., 2020) of Westerse (Mangindin et al., 2023; Rubashkin et al., 2021) samenwerkingen. Bijlage één geeft een overzicht weer van de onderzoekselementen.

3.2.2 Data-analyse

Deze studie maakt gebruik van een vergelijkende literatuurstudie die toelaat om op een snelle manier data uit twee verschillende regio's te verzamelen (Decorte, 2011). Een vergelijkende literatuurstudie is bovendien geschikt om de onderzoeksdata vervolgens zo te analyseren en synthetiseren dat er overeenkomsten en verschillen gedetecteerd kunnen worden (Ragin & Amoroso, 2011). Het is dus een adequate methode om mogelijke patronen te onderzoeken in de manier waarop gezondheidsonderzoek obstetrisch geweld in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse en Europese contexten representeert.

El Kotni en Quagliariello (2021) wijzen via het concept van obstetrische rechtvaardigheid tevens op het belang van een intersectionele benadering van obstetrisch geweld. Dit laat toe om de medische en obstetrische geschiedenis, structureel racisme en postkoloniale relaties in het voorkomen van obstetrisch geweld bloot te leggen, vooral ten aanzien van onder andere geracialiseerde en gemigreerde vrouwen. Cho et al. (2013) omschrijven intersectionaliteit als een analytische dispositie, ofwel een manier van denken in termen van gelijkenissen en verschillen tussen in elkaar overvloeiende sociale categorieën, zoals gender en "ras". Tegelijkertijd zoekt intersectionaliteit naar het blootleggen van de relatie tussen de in elkaar overlopende sociale categorieën en macht. Het is dan ook voornamelijk de aandacht voor machtsdynamieken, zowel op het lokale als op het regionale en het globale niveau, die duidelijk maakt waarom de intersectie van verschillende sociale categorieën de sociale posities van mensen bepalen en hoe ze kunnen leiden tot structurele ongelijkheden (Cho et al., 2013). Volgens Yuval-Davis (1997) is intersectionaliteit tevens geschikt voor het analyseren van dominante groepen, waardoor het relevant is voor een literatuurstudie die zich deels richt op Europese contexten.

De vaststelling dat obstetrisch geweld koloniale macht inhoudt, leidt eveneens tot een dekoloniaal feministische analyse van de onderzoekselementen. Dekolonisering als methode brengt voormalig gekoloniseerde groepen terug in het centrum. Het daagt namelijk de Eurocentrische kijk op de wereld en intersectionele hiërarchieën van 'ras' en gender uit en kan zo systemen van seksisme, racisme, kapitalisme en imperialisme ontkrachten. Dekolonisatie streeft zo naast een politieke onafhankelijkheid van staten, ook naar een socio-economische, culturele, psychologische en epistemische onafhankelijkheid (Brah, 2022; Vergès & Bohrer, 2021). Vergès en Bohrer (2021) wijzen hierbij op het belang van het deconstrueren van de manier waarop geracialiseerde vrouwen gerepresenteerd worden in zowel het globale Zuiden als in het globale Noorden. Ik steun tenslotte op het begrip 'koloniale macht' van Bendix (2018, p. 36) als analytisch concept. Het steunt op vier aannames: een verschil tussen voormalige kolonisatoren en gekoloniseerde mensen op basis van 'ras'; een lineair vooruitgangsidee waarbij het ontwikkelde westen het globale Zuiden kan onderwerpen aan

westerse modellen; de impact van kolonisatie op hedendaagse globale ongelijkheid en koloniale macht als een analytisch concept dat uitgedaagd kan worden.

Vanuit deze analytische kaders, las ik de artikels een eerste maal door om een algemeen beeld te krijgen van het onderzoek in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse landen in vergelijking met dat in Europese landen. Vervolgens gebruikte ik Nvivo om de onderzoeksartikels gestructureerd te analyseren aan de hand van een codeboek. Dit codeboek is te raadplegen in bijlage 2. Reflecties en notities werden doorheen dit proces bijgehouden in een Word-document.

4 RESULTATEN

4.1 OBSTETRISCH GEWELD EN MEDICALISERING

4.1.1 Fysieke versus psychologische veiligheid

Sub-Saharaans Afrika

Het geanalyseerde onderzoek in enkele Afrikaanse landen legt de nadruk op het aanpakken van obstetrisch geweld met als doel de barrières en weerstand voor bevallen in gezondheidsvoorzieningen weg te nemen (Adinew et al., 2021; 2023; Baldé et al., 2017; Bohren et al., 2016; Doyle et al., 2021; Lusambili et al., 2020; Miltenburg et al., 2018). De nadruk op geïnstitutionaliseerde bevallingen gaat samen met een sterke focus op veiligheid als legitimering van obstetrisch geweld door zowel zorgverleners als vrouwen. Het gaat in veel gevallen om slaan, de vrouw haar benen open dwingen om het kind geboren te laten worden, de vrouw neerduwen of vasthouden zodat ze zich niet kan bewegen of de vrouw op een fysieke manier ‘laten gehoorzamen’ en ‘laten meewerken’ (Adinew et al., 2021; Adinew et al., 2023; Baldé et al., 2017; Bohren et al., 2016; Brazy-Nancy et al., 2023; Doyle et al., 2021; Orpin et al., 2019; Warren et al., 2017). Hoewel zorgverleners en vrouwen obstetrisch geweld niet goedkeuren als handelingen op zich, vinden beide groepen het gerechtvaardigd en vaak nodig in het belang van de veiligheid van moeder en kind. Het is met andere woorden de intentie achter onrespectvol gedrag, die voor vrouwen en zorgverleners bepalen of obstetrisch geweld gerechtvaardigd is of niet. Vanuit de alomtegenwoordige dreiging van moedersterfte, die volgens de WHO (2024) de hoogste prevalentie aanneemt in Sub-Saharaans Afrika, krijgt veiligheid echter een prioritair fysieke invulling, d.i. het overleven van moeder en kind of een fysiek gezonde moeder en kind:

“Volgens zorgverleners bepaalt de intentie de aanvaardbaarheid van een handeling. De deelnemers erkenden dat de handelingen niet respectvol zijn. Ze vinden het echter wel

acceptabel als de intentie is om het leven van de moeder en haar baby te redden.” (Adinew et al., 2021, p.1186).

Zorgverleners en vrouwen geloven bovendien dat medicalisering de beste manier is om deze veiligheid te waarborgen en daarom belangrijker is dan respect:

“Sommige zorgverleners vonden de R&M-voorbeelden acceptabel omdat ze de medisch geïndiceerde procedures prioriteit gaven boven patiëntgerichte zorg. Voor deze deelnemers heeft de geboorte van een levende baby bij een gezonde moeder de hoogste prioriteit.” (Adinew et al., 2021, p.1186).

“Hoewel veel vrouwen erkennen dat ze zijn misbruikt, zijn zij ervan overtuigd dat bevallen in een gezondheidsvoorziening de voorkeur heeft omdat het biomedisch “veiliger” is” (Brazynsky et al., 2023, p.8).

Miltenburg et al. (2018, p.89) beschrijven hoe de notie van “veilig moederschap in Tanzania beïnvloed is door een beleid dat louter focust op technische oplossingen, interventies gelinkt aan ziekte, opgeleid zorgpersoneel en urgente obstetrische zorgen, terwijl ondertussen de tekorten op het niveau van het gezondheidssysteem (middelen, opleiding, werkcondities) verslechteren. Dit gebeurt bovendien onder invloed van globale gezondheidsinterventies zoals de structurele aanpassingsprogramma's van de Wereldbank. Deze interventies houden een privatisering van publieke diensten en besparingen op gezondheidszorg in, leidend tot een gebrek aan zorgverleners”.

Zorgverleners erkennen weliswaar de psychologische en emotionele gevolgen van obstetrisch geweld, maar geven aan dat de impact van maternale- of neonatale sterfte groter is:

“Volgens zorgverleners is eventuele psychologische of emotionele pijn van de moeder als gevolg van deze daden minder emotioneel pijnlijk dan het verlies van een baby.” (Adinew et al., 2021, p.1186).

Zorgverleners vullen slaan om vrouwen te laten meewerken dan ook liefdevol in:

“Door op hun bovenbenen te slaan, weet de patiënt dat je echt om haar geeft. Na de bevalling vertel je de vrouw waarom je het voor haar hebt gedaan. Sommige vrouwen zeggen zelfs: “Het spijt me, dank je” (vrouwelijke verpleegkundige, 39 jaar, in Bohren et al., 2016, p.645).

“Eén zorgverlener suggereerde dat een klap gezien kon worden als een “liefdevolle” klap, omdat het gedaan werd met de intentie om het leven van de baby te redden.” (Doyle et al., 2021, p.10).

Europa

Obstetrisch geweld blijft echter voorkomen wanneer de dreiging van moedersterfte verlaagt en bijgevolg het discours van veiligheid in de zin van overleven en fysieke gezondheid minder sterk aanwezig is. Dit is vast te stellen in het beschikbare onderzoek in enkele Europese landen. Hoewel Neufeld et al. (2024) in Benin ook verwijst naar emotioneel welzijn en Begley et al. (2018) het belang van bevallen in gezondheidsvoorzieningen in Tsjechië duidt, legt het geanalyseerde onderzoek in Europese landen een grotere nadruk op het psychologisch en emotioneel welzijn van vrouwen. Dit onderzoek brengt obstetrisch geweld, vaak via de combinatie met de termen positieve/negatieve geboorte-ervaringen en geboortetrauma, systematisch in verband met traumatische gevolgen, post-traumatische stressstoornis, postnatale depressie en de bonding tussen moeder en kind (Begley et al., 2018; Biurrun-Garrido et al., 2023; Hadjigeorgiou et al., 2023; Leijerzapf et al., 2024; Martinez-Galiano et al., 2021; Meyer et al., 2022; Scandurra et al., 2021; van der Pijl et al., 2020; van der Pijl et al., 2022). Zo hanteert Martinez-Galiano et al. (2021, p.527) de categorie psycho-affectief geweld om het “verbieden van geboortebegeleiders, het verbieden van contact met de pasgeborene, het gevoel van niet te kunnen participeren alsook gevoelens van kwetsbaarheid, schuld en onzekerheid te duiden”. De auteurs geven hiermee een grotere psychologische dan gendergerelateerde invulling aan de term obstetrisch geweld.

Het onderzoek in enkele Europese landen legt bijgevolg de nadruk op psychologische veiligheid:

“De vrouwen gaven aan dat ze zich niet veilig voelden. Ze zeiden dat om zich veilig te voelen, ze gezien moesten worden door het personeel en vertrouwen in hen moesten kunnen hebben. Ze moesten zich gesteund voelen om zich veilig te voelen en omdat het personeel niet bij hen was of hen niet informeerde en begeleidde tijdens de pijn en het proces van de bevalling, konden ze zich niet veilig voelen. In plaats daarvan voelden ze zich bang, verdrietig en eenzaam” (Annborn & Finnbogadottir, 2021, p.4).

Het gaat met andere woorden om een gevoel van veiligheid bij vrouwen. Volgens Hadjigeorgiou et al. (2023) houdt dit ook verband met de vertrouwensrelatie met de zorgverlener of de vorm van bevallen, waarbij een vaginale bevalling leidt tot een groter gevoel van veiligheid dan een geplande - of in nog mindere mate een spoedkeizersnede. Volgens Rubashkin et al. (2021) leidt eveneens de continuïteit van zorg tot een groter gevoel van veiligheid. In tegenstelling tot het vertrouwen in gemedicaliseerde zorg in de onderzochte Afrikaanse contexten, stellen Annborn en Finnbogadottir (2021) in Zweden vast dat net de technologisering van bevallingen leidt tot een gevoel van risico bij vrouwen. In Spanje zijn vrouwen bovendien van mening dat medicalisering plaatsvindt vanuit niet-klinische noden, zoals het bespoedigen van het bevallingsproces met behulp van medicatie (Martinez-Galiano et al., 2021). Het

gevoel deel uit te maken van een productiesysteem waarin bevallen haastig moet gebeuren, leidt bij vrouwen in Zwitserland tenslotte tot een extra gevoel van hulpeloosheid (Meyer et al., 2022).

Hoewel Scandurra et al. (2021, p.11) aangeven dat “vooral de vormen van obstetrisch geweld die dwang, fysieke mishandeling en verbaal misbruik inhouden een grotere traumatische impact heeft dan zorg zonder toestemming” in Italië, geven van der Pijl et al. (2022, p.12) aan dat Nederlandse vrouwen mogelijks een hogere tolerantie hebben voor explicietere vormen van fysiek geweld omdat deze in hoge-inkomenslanden voornamelijk voorkomen in urgente situaties waarin vrouwen dit geweld makkelijker kunnen legitimeren. Van der Pijl et al. (2022, p.12) gaan er daarbij vanuit dat hoge-inkomenslanden vooral subtielere vormen van obstetrisch geweld bevatten in vergelijking met de meer gewelddadige vormen van geweld in lage-inkomenslanden. Zoals hierboven beschreven, legitimeren ook Sub-Saharaans Afrikaanse vrouwen fysiek geweld in het kader van dringendheid, namelijk het overleven van moeder en kind. Daarnaast, hoewel het andere nuances kan inhouden met bijvoorbeeld een grotere focus op gemedicaliseerde handelingen, het toepassen van het Kristeller-manoeuvre⁷ of overlappingsen met seksueel geweld, vermeldt ook de helft van de Europese onderzoeken wel degelijk fysiek geweld als aanwezige vorm van obstetrisch geweld (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Baranowska et al., 2019; Begley et al., 2018; Martinez-Galiano et al., 2021; Mena-Tudela et al., 2023; Meyer et al., 2022; van der Pijl et al., 2022).

Daarnaast zijn in beide contexten dehumaniserende effecten van obstetrisch geweld terug te vinden. Zo geven Zweedse vrouwen aan dat zorgverleners hun menselijkheid ontkennen en hen behandelen als een nummer. Ze beschrijven gevoelens van doodspaniek, vergelijkingen met verkrachting en ervaringen “alsof hun ziel hun lichaam verliet” (Annborn en Finnbogadottir, 2021, p.5). Cypriotische vrouwen geven aan zich behandeld te voelen als een geldmachine (Hadjigeorgiou et al., 2023, p.5). In het onderzoek van Miltenburg et al. (2018) tenslotte, ontvangen zorgverleners vrouwen zonder verwelkoming in complete stilte. Dit is opvallend omdat dit haaks staat op de Tanzaniaanse sociale norm die uitgebreid begroeten voorop stelt. Dit houdt volgens de auteurs een volledig verlies in van de sociale identiteit en het recht om gerespecteerd te worden en leidt tot gedehumaniseerde zorg.

4.1.2 Medische kennisautoriteit

Het geanalyseerde onderzoek in zowel de Sub-Saharaans Afrikaanse als Europese landen, erkent de rol van medische macht en controle in de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger (Adinew et al., 2021; Annborn & Finnbogadottir, 2021; Begley et al., 2018; Hadjigeorgiou et al., 2023; Mangindin et

⁷ Kristeller-manoeuvre is een niet aanbevolen praktijk door de WHO en betreft het manueel uitoefenen van druk op de buik in de laatste fase van de bevalling om het bevallingsproces te bespoedigen (WHO, 2018).

al., 2023; Meyer et al., 2022; Miltenburg et al., 2018; Neufeld et al., 2024; Rubashkin et al., 2021; van der Pijl et al., 2020; van der Pijl et al., 2022; Warren et al., 2017).

Adinew et al. (2021) vinden dat Ethiopische zorgverleners vrouwen benaderen als passieve ontvangers van zorg omdat ze geen medische kennis hebben. Vrouwen zijn bijgevolg niet in staat om complexe medische informatie te begrijpen. Door hun medische kennis beschouwen zorgverleners zichzelf als de enige geschikte actoren om te beslissen wat er moet gebeuren. Tegelijk hebben vroedvrouwen soms geen tijd om dingen uit te leggen zolang handelingen medisch aanbevolen zijn, uit angst dat ze anders de controle over de situatie kwijtraken. Dit leidt vervolgens tot een gebrek aan informatie over bijvoorbeeld testresultaten of het negeren van vrouwen hun aanwijzingen (Miltenburg et al., 2018; Neufeld et al., 2024). Opvallend genoeg zien we een omgekeerd proces bij Keniaanse vrouwen die eerder een bevalling doormaakten. Vanuit de aanname dat zij reeds weten hoe het moet, laten zorgverleners hen vaker alleen (Warren et al., 2017).

Vrouwen in beide regio's erkennen deze medische autoriteit en stellen zorgverleners bijgevolg niet altijd in vraag. Keniaanse vrouwen geven bijvoorbeeld aan dat ze autoriteit van bovenaf, ingegeven door een hoger opleidingsniveau, niet in vraag horen te stellen (Warren et al., 2017). Ook Zwitserse vrouwen die een meer traditioneel begrip hebben over de verhouding met zorgverleners, stellen de medische autoriteit niet in vraag of geven sneller toe aan druk (Meyer et al., 2022).

Het beschikbare onderzoek in beide regio's beschrijft hoe dit een proces van machtsoverdracht van vrouwen naar zorgverleners inhoudt. Hierin staan medische kennis en expertise centraal (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Meyer et al., 2022; Neufeld et al., 2024). Ethiopische en Tanzaniaanse vrouwen zijn bijvoorbeeld van mening dat de vroedvrouw en niet zichzelf de nodige medische kennis en expertise hebben om de bevalling tot een goed einde te brengen. Het is aan hen als bevallende vrouw om actief het advies van de vroedvrouw in te winnen omdat "degene die meet, degene is die weet" (Miltenburg et al., 2018, p.100):

"Vrouwen waren van mening dat de medische indicatie voor een procedure zwaarder kon wegen dan de toestemming van de vrouw, op basis van de overtuiging dat zorgverleners het beste weten wat nodig is voor de vrouw en dat haar toestemming een lagere prioriteit heeft" (Adinew et al., 2023).

Ook in Cyprus stellen Hadjigeorgiou et al. (2023) vast dat de kennis en expertise van de zorgverlener centraal staan in de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en -ontvanger en bijgevolg een belangrijk element is in een positieve bevallingservaring.

Neufeld et al. (2024), Warren et al. (2017) en Begley et al. (2018) beschrijven echter hoe deze machtsoverdracht leidt tot obstetrisch geweld, zoals een gebrek aan informatie en communicatie. Obstetrisch geweld fungeert vervolgens als een mechanisme dat de machtsoverdracht in stand houdt. Dit kan bij vrouwen vervolgens leiden tot een verlies van controle, zich niet meer betrokken voelen in het eigen bevallingsproces en distantiëring tot het eigen lichaam. De aandacht voor psychologische veiligheid in de geanalyseerde Europese studies toont echter dat net dit gevoel van controle over het eigen bevallingsproces centraal staat in het al dan niet positief of negatief ervaren van een bevalling (Rubashkin et al., 2021; van der Pijl et al., 2020; van der Pijl et al., 2022). In Polen en Hongarije ervaren vrouwen minder obstetrisch geweld, ook als het paradoxaal leidt tot meer gemedicaliseerde handelingen, wanneer ze zelf hun zorgverlener en zo continuïteit van zorg kiezen via informele betalingen (Baranowska et al., 2019; Rubashkin et al., 2021). Van der Pijl et al. (2022) geven tenslotte aan dat wanneer een machtsoverdracht op basis van medische expertise bewust gebeurt, dit voor vrouwen eveneens een gevoel van controle kan inhouden.

4.1.3 Werkomstandigheden van vroedvrouwen

4.1.3.1 Medische hiërarchie

Sub-Saharaans Afrika

Het geanalyseerde onderzoek in de Sub-Saharaans Afrikaanse contexten, erkent de impact van de medische hiërarchie op het welbevinden van vroedvrouwen. Zo geeft Bohren et al. (2016) aan dat machtsongelijkheid vanuit de medische hiërarchie en maatschappelijke genderongelijkheid leidt tot onzekere professionele posities van Afrikaanse vroedvrouwen. In Adinew et al. (2021) geven Ethiopische vroedvrouwen aan dat ze hun functie als risicovol ervaren en bang zijn om hun job te verliezen, omdat maternale gezondheidszorg niet alleen een gezondheids-, maar ook een politiek thema is:

“Moedersterfte wordt gepolitiseerd en je wordt verantwoordelijk gehouden als er iets misgaat. [...] Eén zorgverlener vond het slaan of knijpen van een vrouw aanvaardbaar om professionele gevolgen van ongunstige uitkomsten te vermijden” (p.1187).

Hoewel het net vroedvrouwen zijn die op de eerste lijn van geboortezorg staan, ervaren vroedvrouwen een gebrek aan respect en waardering van hun leidinggevend (Adinew et al., 2021). Dit leidt tot gevoelens van machteloosheid en frustratie (Brazy-Nancy et al., 2023; Miltenburg et al., 2018), leidend tot praktijken van obstetrisch geweld als een manier om controle terug te winnen in een stresserende en onzekere context (Bohren et al., 2016; Miltenburg et al., 2018). In Ethiopië leidt de wens voor betere werkomstandigheden en een beter inkomen naar de tendens bij vroedvrouwen om zich bij te scholen

tot arts (Adinew et al., 2021). Ondanks de erkenning van moeilijke werkomstandigheden, omschrijven Warren et al. (2017) Keniaanse zorgverleners als onprofessioneel en als ‘not caring’ waardoor ze ethische en mensenrechtenstandaarden negeren.

Europa

Aandacht voor de impact van de medische hiërarchie op vroedvrouwen is minder aanwezig in de onderzochte Europese onderzoeken. Toch vermelden Begley et al. (2018) dat Tsjechische vroedvrouwen, die holistische noties van maternale zorg meekrijgen in hun opleiding, deze moeilijk in de praktijk kunnen omzetten omdat het nog steeds artsen zijn die de koers van geboortezorg bepalen.

4.1.3.2 Gebrekkige gezondheidssystemen

Sub-Saharaans Afrika

De categorisering van Bohren et al. (2015) volgend besteedt het geanalyseerde onderzoek in de Sub-Saharaanse Afrikaanse landen een grote aandacht aan de problematische condities en beperkingen van gezondheidssystemen als een vorm van obstetrisch geweld. Het gaat vooral over een gebrek aan middelen en personeel en een negatieve werkcultuur. Dit is bijvoorbeeld vast te stellen bij Adinew et al. (2021):

“R&M komt voor wanneer de menselijke en materiële infrastructuur beperkt is. Alle gezondheidsvoorzieningen hebben volgens de zorgverleners een hoog aantal patiënten en een gebrek aan personeel en benodigdheden. Op de verlosafdeling ontbreekt het regelmatig aan benodigdheden zoals medicatie en apparatuur, voldoende personeel in verhouding tot het aantal vrouwen en voldoende ruimte. De zorgverleners zijn van mening dat ze de vrouwen niet goed behandelen vanwege dit tekort aan middelen” (Adinew et al., 2021).

Gebrekkige gezondheidssystemen kunnen leiden tot een gebrek aan intimiteit en privacy (Brazy-Nancy et al., 2023; Miltenburg et al., 2018; Neufeld et al., 2024) of een gebrek aan tijd om vragen van vrouwen te beantwoorden (Brazy-Nancy et al., 2023). Warren et al. (2017) geven aan dat deze systemische condities bijdragen tot een verlies van autonomie van bevallende vrouwen.

Europa

Gebrekkige gezondheidssystemen krijgen minder aandacht in de beschikbare Europese onderzoeken. Wanneer het wel ter sprake komt, zijn factoren op niveau van gezondheidsvoorzieningen eerder beïnvloedende factoren dan een vorm van obstetrisch geweld op zich. Financiële tekorten, lange werkuren, gebrek aan pauzes en personeelstekorten leiden echter ook in Europese contexten tot de onmogelijkheid om één-op-één begeleiding te bieden (Leijerzapf et al., 2024; van der Pijl et al., 2020).

Het zorgt ervoor dat zorgverleners geen ruimte krijgen om te zoeken naar een balans tussen biomedische en humanistische benaderingen van bevallingen (Annborn & Finnbogadottir, 2021). In Polen leiden infrastructurele omstandigheden, zoals gedeelde kamers, tot een gebrek aan privacy en intimiteit (Baranowska et al. 2019).

4.1.4 Thuisbevallingen en traditionele bevallingspraktijken

Sub-Saharaans Afrika

De sterke focus op geïnstitutionaliseerde bevallingen in de geanalyseerde onderzoeken in Afrikaanse landen maakt weinig ruimte vrij voor alternatieve vormen van bevallen. Slechts twee onderzoeken hebben expliciete aandacht voor alternatieve noties van zwangerschap en bevallen. Deze nemen vooral de vorm aan van traditionele en religieuze praktijken.

Brazy-Nancy et al. (2023), die de lens obstetrisch geweld hanteren, wijst in Madagascar op de kloof tussen de traditioneel-culturele en de dominante biomedische aanpak van zwangerschap en bevallen. De auteurs identificeren zowel spanningen als positieve praktijken als gevolg. Gevaar voor jaloezie en slecht geluk en de daaruit voortkomende nood aan discretie tijdens de eerste maanden van de bevalling bijvoorbeeld, maakt dat vrouwen zich pas naar prenatale consultaties begeven eenmaal de zwangerschap zichtbaar is. Zorgverleners reageren hier vaak negatief op en gaan soms over tot verbaal geweld. Andere zorgverleners proberen dit echter op te vangen door discrete prenatale consultaties aan te bieden op andere dagen, zodat vrouwen kunnen doen alsof ze voor een andere reden op consultatie komen. Zorgverleners verwijzen daarnaast door naar traditionele vroedvrouwen voor bijvoorbeeld massagetechnieken voor het draaien van een baby die niet in de juiste positie ligt. Omgekeerd verwijzen deze traditionele vroedvrouwen ook door naar gezondheidsvoorzieningen wanneer nodig. Vanuit deze observaties ijveren Brazy-Nancy et al. (2023) voor het erkennen van de kloof tussen biomedische geboortezorg en traditioneel-culturele bevallingspraktijken als een vorm van obstetrisch geweld. Volgens hen is een balans tussen beide mogelijk.

In Benin beschrijven Neufeld et al. (2024) hoe vrouwen waarde hechten aan traditioneel-spirituele praktijken rond zwangerschap en bevallen en hoe dit bijdraagt tot een positieve geboorte-ervaring. Vrouwen beschouwen geboorte namelijk als de hergeboorte van een voorouder. Hierdoor zoeken ze naast medische ook spirituele steun en doen ze beroep op spirituele consultaties en plantaardige medicijnen. Het gebruik van plantaardige theeën die bijvoorbeeld de bevalling versnellen, leiden wegens tegenindicaties echter tot spanningen in de relatie met zorgverleners, omdat het gebruik ervan in gezondheidsvoorzieningen verboden is en vrouwen dit soms stiekem proberen in te nemen. In het onderzoek van Miltenburg et al. (2018) draagt een traditionele bevallingspraktijk die het Kristeller-manoeuvre inhoudt, bovendien bij aan dehumaniserende zorg en fysiek geweld.

Europa

De beschikbare Europese onderzoeken tonen daarentegen kritiek op de medicalisering, technologisering en institutionalisering van bevallingen. Zo wijzen Begley et al. (2018, p.7) op de “routineuze over-medicalisering van normale zwangerschap en bevalling” of Biurrun-Garrido et al. (2023, p.235) op de “overmatige instrumentalisering van bevallen vanuit een pathologische benadering”. Hadjigeorgiou et al. (2023) geeft aan dat Cyprus een sterke medicalisering van bevallen kent en vindt een negatieve impact daarvan op de ervaringen van vrouwen. Ook van der Pijl et al. (2022) erkennen binnen de Nederlandse zorg, met een gezondheidssysteem waarin bevallen met vroedvrouwen is genormaliseerd, de desondanks disproportionele focus op biomedische zorg eenmaal vrouwen bevallen in een gezondheidsvoorziening. Dit gaat ten koste van positieve geboorte-ervaringen. Enkel Mangindin et al. (2023, p.2) erkennen daarbij “de lange geschiedenis van medisch paternalisme dat eigen is aan westerse geneeskunde”, en dat leidt tot een verlies van autonomie van bevallende vrouwen.

Deze kritiek leidt tot een aandacht voor thuisbevallingen in de geanalyseerde onderzoeken in Europese landen. Deze studies tonen aan dat thuisbevallingen leiden tot minder obstetrisch geweld dan geïnstitutionaliseerde bevallingen (Begley et al., 2018; Leijerzapf et al., 2024; Mangindin et al., 2023). Zo vinden Begley et al. (2018) in Tsjechië een verschil in het aantal episiotomieën en andere gemedicaliseerde handelingen, of als ze toch voorkomen, een verschil in de mate waarin zorgverleners informatie geven en toestemming vragen. Ook in IJsland ervaren vrouwen die thuis of in een vroedvrouwenpraktijk bevallen minder autonomieverlies. De auteurs associëren dit met het ziekenhuisbeleid, discontinuïteit van zorg en onbekendheid met de bevallingsomgeving en het personeel bij geïnstitutionaliseerde bevallingen (Mangindin et al., 2023). In Nederland, waar Leijerzapf et al. (2024) vinden dat communicatieproblemen, gebrek aan ondersteuning en gebrek aan geïnformeerde toestemming ook kunnen voorkomen in vroedvrouwenpraktijken, leidt vooral de thuiscontext van thuisbevallingen tot een gevoel van controle en vrijheid. Zweedse vrouwen omschrijven bevallingsruimtes in gezondheidsvoorzieningen bovendien als chaotisch en stresserend. Ze benadrukken daarnaast het alleen gelaten worden na de bevalling, wat bijdraagt aan gevoelens van eenzaamheid en hulpeloosheid (Annborn en Finnbogadottir, 2021). Martinez-galiano et al. (2021) vonden in Spanje echter geen opmerkelijke verschillen in obstetrisch geweld bij thuis- of geïnstitutionaliseerde bevallingen.

Hoewel bijvoorbeeld in Zweden het nationaal beleid het belang van positieve geboorte-ervaringen en normale bevallingen benadrukt, geven Annborn en Finnbogadottir (2021) aan dat in de praktijk de

focus desondanks blijft liggen op gemedicaliseerde bevallingen in gezondheidsvoorzieningen. Hierbij neemt men de noden van vrouwen onvoldoende in beschouwing.

4.2 OBSTETRISCH GEWELD EN GENDERONGELIJKHEID

4.2.1 Sub-Saharaans Afrika: genderongelijke en gewelddadige samenlevingen

Het geanalyseerde onderzoek in enkele Afrikaanse contexten legt een grote nadruk op patriarchaal of gendergerelateerd geweld die vanuit de samenleving doordringt in gezondheidssystemen. Het brengt het eveneens in verband met de onderdrukte positie van vrouwen in Afrikaanse samenlevingen als gewelddadige contexten waarin men geweld van mannen tegen vrouwen normaliseert (Adinew et al., 2023; Baldé et al., 2017; Bohren et al., 2016; Doyle et al., 2021; Orpin et al., 2019; Miltenburg et al., 2018; Warren et al., 2017). Zo verwijzen bijvoorbeeld Adinew et al. (2023) en Baldé et al. (2017) naar onderzoek waarin mannen en vrouwen het slaan van vrouwen door mannen legitimeren. Dit leeft vervolgens door in de normalisering van obstetrisch geweld:

“‘‘Uit dit onderzoek is gebleken dat de normalisering van R&M, die vaak voorkomt in de privésfeer en op het werk, is overgewaaid naar de gezondheidszorg. Dit heeft geleid tot de huidige situatie waarin vrouwen misbruik door zorgverleners accepteren en rechtvaardigen, terwijl ze hun eigen behoeften en voorkeuren negeren’’ (Adinew et al., 2023).

Ook Bohren et al. (2016) vergelijken obstetrisch geweld met intrafamiliaal geweld in privécontexten. Volgens hen worden beide situaties op eenzelfde manier genormaliseerd en zijn ze het gevolg van de onderdrukking van vrouwen waardoor vrouwen moeilijk voor zichzelf kunnen opkomen.

Maatschappelijke genderongelijkheid en de normalisatie ervan, zien we vervolgens gereflecteerd in het gezondheidssysteem en de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger:

“‘‘Gezondheidszorgvoorzieningen reflecteren en versterken dominante sociale processen in de samenleving. De manier waarop vrouwen worden behandeld in zorginstellingen correleert met hun positie in de samenleving en vice versa. Het hoeft niet te verbazen dat dergelijk veelvuldig en genormaliseerd misbruik in het dagelijks leven leidt tot een gelijke normalisering van soortgelijke slechte behandeling in zorginstellingen’’ (Miltenburg et al., 2018, p.102).

Zo vinden Doyle et al. (2021) in het kwantitatieve luik van hun studie een positieve correlatie bij zorgverleners tussen positieve genderattitudes en positieve attitudes ten aanzien van respectvolle geboortezorg. Genderongelijke attitudes krijgen daarnaast bijvoorbeeld vorm via de aanname dat mannen die hun vrouwen begeleiden tijdens prenatale consultaties beter informatie oppikken dan hun vrouwen. Zo zorgen mannen ervoor dat vrouwen de gegeven richtlijnen beter zullen volgen. Een ander

voorbeeld is te zien in het respectvoller en sneller consulteren van vrouwen wanneer een man hen begeleidt. Mannelijke zorgverleners in het onderzoek van Orpin et al. (2019, p.1295) bevestigen dat “vrouwen in Afrikaanse samenlevingen gezien worden als zwakker en minder geprivilegieerd dan mannen wat ervoor zorgt dat hun stemmen ongehoord blijven”.

4.2.1.1 Ongehoorzame vrouwen

Genderongelijkheid vanuit de samenleving ligt vervolgens aan de oorzaak van zorgverleners die verwachten dat bevallende vrouwen “stil, onderdanig en gehoorzaam zijn” (Doyle et al., 2021, p.10) en het terugkerende beeld van ‘de ongehoorzame bevallende vrouw’. Zo vinden Baldé et al. (2017) dat vrouwen terug ‘stil gemaakt’ worden wanneer ze te luid reageren op pijn, zodat ze in stilte zouden bevallen. Ze identificeren vervolgens vier situaties waarin zowel zorgverleners als vrouwen bevallende vrouwen als ongehoorzaam beschouwen: “wanneer de vrouw niet meewerkt, wanneer de vrouw onbeleefd is of de zorgverlener beledigt, wanneer de vrouw haar benen kruist tijdens de laatste fase van de bevalling of wanneer de vrouw roept tijdens de arbeid en bevalling”. Gelegitimeerd vanuit het fysieke veiligheidsdiscours zoals hierboven beschreven, leidt dit tot de nood aan een volledige onderwerping van de bevallende vrouw (Baldé et al., 2017) en tot praktijken van obstetrisch geweld:

“De meeste zorgverleners suggereerden dat ervaringen van verbaal of fysiek geweld verband hielden met het waargenomen wangedrag van vrouwen, zoals hard schreeuwen of niet persen op het juiste moment” (Doyle et al., 2021, p.10).

Vrouwen in het onderzoek van Adinew et al. (2023) geven aan dat ongehoorzame medepatiënten het werk van de vroedvrouwen bemoeilijken waardoor ze, gekaderd in de context van een zware werklust en een tekort aan zorgverleners die zij observeren, waardevolle tijd afnemen van andere vrouwen die daardoor niet op tijd geholpen worden. Hierdoor legitimeren ook vrouwen praktijken van obstetrisch geweld om vrouwen te laten ‘meewerken’ (Warren et al., 2017). Warren et al. (2017) concludeert vanuit deze notie van getransfereerde genderongelijkheid vanuit de samenleving naar het gezondheidssysteem dat maatregelen om obstetrisch geweld te voorkomen niet zullen slagen zolang vrouwen zich niet emanciperen en agency opnemen om kwalitatieve geboortezorg en respect te vragen.

4.2.1.2 Een gevaar voor zichzelf en de baby

Bovendien valt op te merken dat het beeld van de ‘ongehoorzame bevallende vrouw’ leidt tot een voorstelling van vrouwen die een gevaar vormen voor zichzelf en hun baby. Het streven naar fysiek veilige bevallingen leidt bijvoorbeeld tot een terugkomende opvatting dat ongehoorzame vrouwen hun kind zullen verstikken wanneer ze hun benen gekruist houden of een zittende positie willen aannemen:

“Bij verdere navraag gaven de deelnemers [vrouwen] als verklaring dat “ongehoorzame” vrouwen op onverantwoorde wijze hun leven en dat van de baby in gevaar brengen” (Adinew et al., 2023, p.7).

“Hulpverleners suggereerden dat ze gefrustreerd kunnen raken en onvriendelijk kunnen reageren op vrouwen die zich misdragen, vooral als het gedrag van de vrouw wordt gezien als een bedreiging voor het leven van het kind” (Doyle et al., 2021, p.10).

“De bedoeling is om haar baby te redden, niet om haar bewegingsvrijheid te beperken. Omdat ze haar baby kan verstikken als ze erop gaat zitten of kan verliezen op de grond terwijl ze staat. Ze kan ook ernstige genitale scheuren oplopen als de baby er met geweld uitkomt” (vroedvrouw, in Adinew et al., 2021, p.1186).

4.2.2 Europa: genderongelijkheid in gendergelijke samenlevingen

Hoewel auteurs in de geanalyseerde onderzoeken in Europese landen aangeven dat genderongelijkheid is afgenomen, schrijft men obstetrisch geweld nog steeds in prioritaire mate toe aan genderongelijkheid en patriarchale macht die vanuit de samenleving doorspeelt in geboortezorg (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Baranowska et al., 2019; Begley et al., 2018; Mena-Tudela et al., 2023; van der Pijl et al., 2020; van der Pijl et al., 2022). Zo vermelden Annborn en Finnbogadottir (2021, p.5) dat Zweden het meest gendergelijke land van Europa is. Toch vinden zij dat psychologische en fysieke vormen van obstetrisch geweld, waaronder praktijken vergelijkbaar met verkrachting, prevalent zijn en dat patriarchale macht hierin een rol speelt. In Tsjechië geven ook Begley et al. (2018) aan dat de hiërarchische en patriarchale controle vanuit het voormalige communistische regime is afgenomen. Zij wijzen echter op de vertraging die dit proces oploopt in de geboortezorg en de daardoor voortdurende ondermijning van de noden en autonomie van vrouwen.

Spaanse zorgverleners in het onderzoek van Mena-Tudela et al. (2023) erkennen de rol van medische controle en gemedicaliseerde bevallingen in obstetrisch geweld. Toch nemen ze dit niet op in hun definitie van obstetrisch geweld en blijft de nadruk liggen op genderongelijkheid, patriarchale macht en gendergerelateerd geweld:

“Obstetrisch geweld kan worden gedefinieerd als elke handeling op basis van geslacht die het fysieke, psychologische, economische en sociale welzijn van de vrouw in gevaar brengt, wat resulteert in een verlies van autonomie bij het nemen van beslissingen en het vermogen om geïnformeerde en vrije beslissingen te nemen over hun lichaam en seksualiteit” (e224).

Ook van der Pijl et al. (2022) verwijzen naar biomedische zorg die weinig aandacht besteedt aan de ervaringen van vrouwen, doch wijst obstetrisch geweld vooral toe aan genderongelijkheid en machtsprocessen die vanuit de samenleving doordringen in gezondheidssystemen.

4.2.2.1 Niet betrokken in besluitvorming

In de onderzochte Europese onderzoeken komt herhaaldelijk naar voor dat vrouwen niet betrokken zijn in besluitvoering en daarom niet kunnen participeren in hun eigen bevallingsproces (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Hadjigeorgiou et al., 2023; Leijerzapf et al., 2024; Meyer et al., 2022; Rubashkin et al., 2021; van der Pijl et al., 2022). Dit houdt onder andere het niet volgen van op voorhand opgestelde geboortepannen door zorgverleners in (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Leijerzapf et al., 2024). Dit maakt dat vrouwen zich niet gehoord en gerespecteerd voelen (Annborn & Finnbogadottir, 2021).

Het niet betrokken zijn in besluitvorming rond het eigen bevallingsproces wordt beïnvloed door een gebrek aan tijd en informatie die nodig is om tot een autonome beslissing te komen (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Meyer et al., 2022; Rubashkin et al., 2021; van der Pijl et al., 2022). Hongaarse vrouwen geven echter expliciet aan dat tijd kunnen nemen voor het stellen van vragen en het bespreken van verschillende opties één van de belangrijkste factoren zijn voor een positieve geboorte-ervaring (Rubashkin et al., 2021). Het gebrek aan autonomie, dat voortkomt uit dit gebrek aan informatie, vangen vrouwen in Zwitserland op door achteraf in gesprek te gaan met zorgpersoneel of andere vrouwen. Het bespreken van bevallingservaringen maakt dat ze beter kunnen omgaan met conflicterende gevoelens en ervaringen gelinkt aan hun bevalling (Meyer et al., 2022).

4.3 OMGAAN MET OBSTETRISCH GEWELD

Sub-Saharaans Afrika

Warren et al. (2017) vinden dat vrouwen hun rechten niet kennen en niet weten welke behandeling ze kunnen verwachten van zorgverleners. Meerdere andere onderzoeken naar de accepteerbaarheid van obstetrisch geweld bij vrouwen, tonen echter een bewustzijn van obstetrisch geweld als een mensenrechtenschending. Hoewel ze obstetrisch geweld legitimeren vanuit een veiligheidsdiscours, geven ze aan dat obstetrisch geweld immoreel en onacceptabel is wanneer zorgverleners ze inzetten om te straffen of wanneer het niet nodig is in het kader van veiligheid (Adinew et al., 2023; Baldé et al., 2017). Ze verwachten dat zorgverleners toestemming vragen; hen ondersteunen bij pijn; vriendelijk zijn; communiceren en aanmoedigen (Adinew et al., 2023; Baldé et al., 2017; Bohren et al., 2016); aanwezig zijn; hen vriendelijk begroeten; niet discrimineren; vrouwen ontvangen in chronologische volgorde (Brazy-Nancy et al., 2023); tijd spenderen; luisteren om hun angsten op te vangen; een

vertrouwensrelatie aangaan en tenslotte medische indicaties en handelingen uitleggen (Doyle et al., 2021). Vrouwen weten, ongeacht onderwijsniveau of socio-economische status, dat ze beter verdienen (Miltenburg et al., 2018).

Vrouwen in de geanalyseerde onderzoeken in Afrikaanse landen zijn zich echter ook bewust van het risico op obstetrisch geweld en de verwachting dat ze horen te gehoorzamen aan het zorgpersoneel. Ze gaan hier op verschillende manieren mee om. In Tanzania kiezen vrouwen er bewust voor om niet in discussie te treden en om geen vragen te stellen aan zorgverleners zodat ze geen negatieve reacties uitlokken. Een jongere vrouw vertelt daarnaast hoe ze zich bewust zelfzeker en grappig gedraagt, “als een echte vrouw”, waardoor zorgverleners haar vriendelijker onthalen. De auteurs concluderen bijgevolg dat vrouwen zich niet zomaar onderwerpen maar toch machteloos staan tegenover zorgverleners en dat dit geïnternaliseerde onderdrukking inhoudt (Miltenburg et al., 2018). Vrouwen kiezen er echter soms bewust voor om de zorg niet in gedrang te brengen en een reactie uit te stellen tot na de bevalling (Baldé et al., 2017; Miltenburg et al., 2018). Anderen geven aan bij een volgende bevalling voor een andere gezondheidsvoorziening of thuisbevalling te kiezen (Baldé et al., 2017; Brazy-Nancy et al., 2023).

In Benin doen vrouwen tenslotte beroep op traditioneel-spirituele en religieuze noties van zwangerschap en bevalling als een vorm van coping. Zich wenden tot God en spirituele leiders is een vorm van emotionele steun en een manier van omgaan met pijn, onzekerheid, angst en verlies van controle die vrouwen in gezondheidsvoorzieningen ervaren. Deze spirituele en religieuze noties van zwangerschap en bevalling vormen bovendien een kader om hun bevallingservaringen beter te kunnen begrijpen (Neufeld et al., 2024).

Europa

Vrouwen in de beschikbare onderzoeken in Europese landen geven aan dat ze verwachten van zorgverleners dat ze hen met respect en empathie benaderen; meer ondersteuning, hulp en tijd bieden en hen als individuen behandelen. Ze drukken daarbij de nood uit aan meer oriëntatie en tijd om informatie te verwerken (Meyer et al., 2022) om tot gedeelde beslissingen te kunnen komen (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Meyer et al., 2022).

Vrouwen beschrijven echter herhaaldelijk hoe zorgverleners hun uitgedrukte noden, ervaringen, aanwijzingen en weigeringen van medische handelingen negeren. Hoewel Martinez-Galiano et al. (2021) een geboortepan als een beschermende factor beschouwen, schuiven sommige zorgverleners ook deze opzij (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Meyer et al., 2022; Leijerzapf et al., 2024; van der Pijl et al., 2020). Zorgverleners negeren eveneens vrouwen die actief om informatie vragen (Scandurra et al., 2021).

Volgende fragmenten tonen hoe zorgverleners vrouwen die aanwijzingen geven en zelfs expliciet 'nee' of 'stop' zeggen negeren:

“Eén vrouw meldde bijvoorbeeld dat de zorgverleners haar negeerden toen ze hen herhaaldelijk vertelde dat de anesthesie niet effectief was en dat ze toch doorgingen met de keizersnede” (Meyer et al., 2022).

“In ongeveer een derde van alle situaties waarin handelingen zonder toestemming werden beschreven, rapporteerden vrouwen dat ze expliciet 'nee' hadden gezegd, hetzij voorafgaand aan de interventie, hetzij door de zorgverlener te vragen om te stoppen tijdens de interventie. Desondanks werd de ingreep toch uitgevoerd of voortgezet: “In mijn geboorteplan stond: Stop het vaginaal onderzoek als ik 'stop' zeg. Er wordt een vaginaal onderzoek uitgevoerd. Ik zeg: 'Stop'. Ze stopt niet. Mijn man zegt: 'Hé, ze zegt stop'. Ze gaat gewoon door (van der Pijl et al., 2020).

Psychologische druk en dwang zorgen ervoor dat Tsjechische vrouwen die zich uiten, toch toegeven aan medische procedures die ze eerst weigerden (Begley et al., 2018). Vrouwen voelen zich bijgevolg niet serieus genomen als individuen (Meyer et al., 2022). Dit leidt tot controleverlies, zich verslaan en overspoeld voelen en een verlies van zelfvertrouwen (van der Pijl et al., 2020; van der Pijl et al., 2022). Ze zorgen ervoor dat vrouwen zich niet betrokken voelen in hun eigen bevallingsproces, wat in Cyprus het sterkst naar voor kwam als factor dat leidt tot negatieve geboorte-ervaringen (Hadjigeorgiou et al., 2023).

In Polen (Baranowska et al., 2019) en Hongarije (Rubashkin et al., 2021) betalen vrouwen een arts of vroedvrouw naar keuze om continuïteit van zorg en zo één-op-één begeleiding te verzekeren en obstetrisch geweld te voorkomen. Zoals reeds aangehaald leidt dit in Hongarije net tot meer gemedicaliseerde handelingen (Rubashkin et al., 2021), maar volgens van der Pijl et al. (2022) kan de beslissing om autonomie over te dragen naar de zorgverlener ook een vorm van autonomie zijn.

4.4 DE ONZICHTBAARHEID VAN 'RAS'

Zowel het onderzochte onderzoek in de Afrikaanse als Europese contexten heeft aandacht voor intersectionele onderdrukking als oorzaak van obstetrisch geweld. De nadruk ligt in beide regio's echter op leeftijd, socio-economische klasse en, hetzij in meerdere mate in de Europese contexten, op opleidingsniveau (Baranowska et al., 2019; Brazy-Nancy et al., 2023; Lusambili et al., 2020; Martinz-Galiano et al., 2021; Miltenburg et al., 2018; Scandurra et al., 2021; van der Pijl et al., 2022; Warren et al., 2017). Warren et al. (2017) vinden dat verbaal geweld, waarbij Keniaanse zorgverleners refereren naar vroege seksuele activiteit, vaker jonge vrouwen treft. Volgens Rubashkin et al. (2021) doen

hoogopgeleide Hongaarse vrouwen sneller beroep op informele betalingen zodat ze zelf hun zorgverlener en zo continuïteit van zorg kunnen kiezen. Baranowska et al. (2019) vindt in Polen een verband tussen een hoog opleidingsniveau en het belang van geïnformeerde toestemming.

Het Keniaans onderzoek van Lusambili et al. (2020) heeft aandacht voor religie als een socioculturele factor. Moslimmannen geven hierin aan dat vrouwen vaak niet terecht kunnen bij een vrouwelijke zorgverlener en daardoor minder toegang hebben tot zorg. Warren et al. (2017) hebben echter specifieke aandacht voor de rol van etniciteit in Kenia en erkennen het als een sociodemografische factor op basis waarvan discriminatie mogelijk is. Gekaderd vanuit de etnische spanningen en geweld naar aanleiding van de toenmalige verkiezingen, geven vrouwen aan dat ze zorgverleners met eenzelfde etnische achtergrond verkiezen. Hiervoor gaan ze naar verdere gezondheidsvoorzieningen om goede zorg voor zichzelf te verzekeren.

Het kwantitatieve onderzoek in enkele Europese landen vermeldt de rol van migratie in geboortevervaringen van vrouwen, al gaan zo goed als geen onderzoeken daar verder op in (Baranowska et al., 2019; Leijerzapf et al., 2024; Mangindin et al., 2023; Martinez-Galiano et al., 2021; Scandurra et al., 2021; van der Pijl et al., 2022). Meer nog, Martinez-Galiano et al. (2021) besluiten vanuit het gebrek aan een correlatie tussen sociodemografische eigenschappen en het voorkomen van obstetrisch geweld dat alle vrouwen, ongeacht hun sociale status, obstetrisch geweld kunnen ervaren en gaan daarbij uit van een Spaans gezondheidssysteem dat alle vrouwen gelijk behandelt. Tegelijkertijd geloven Spaanse medische studenten echter dat vrouwen met een migratieachtergrond minder kwalitatieve geboortezorg ontvangen dan Spaanse vrouwen (Biurrun-Garrido et al., 2023). Zo stellen Meyer et al. (2022) dat vrouwen met een migratieachtergrond meer informele dwang en bijgevolg meer postnatale mentale problemen ervaren dan Zwitserse vrouwen. Hadjigeorgiou et al. (2023) beperkt zich vervolgens tot de vermelding dat de huidige multiculturalisering veranderde noden van bevallende vrouwen inhoudt. Migratie verwijst bijvoorbeeld in het geval van der Pijl et al. (2022) vooral naar nationaliteit bij geboorte.

Biurrun-Garrido et al. (2023) maken daarentegen een onderscheid tussen migratie en etnische karakteristieken en ook Scandurra et al. (2021) verwijzen met etniciteit naar een onderscheid tussen 'Kaukasische' en 'niet-Kaukasische' respondenten. Dit houdt met andere woorden een verwijzing naar 'ras' in, al benoemen de auteurs dit niet als zodanig. Het zijn tenslotte enkel Mangindin et al. (2023) die expliciet de rol van 'ras' benoemen in het dubbel zo vaak voorkomen van obstetrisch geweld bij vrouwen met een migratieachtergrond. Daarbij verwijzen ze naar de onderliggende impliciete bias van zorgverleners en een gebrek aan opleiding:

“De bevindingen suggereren dat de intersectie van factoren zoals geslacht, ‘ras’ en sociale klasse kan bijdragen aan ongelijkheid in de IJslandse geboortezorg door complexe interacties met zorgverleners en verschillende machtsstructuren binnen het IJslandse gezondheidszorgsysteem” (p.6).

5 DISCUSSIE

Dit hoofdstuk toetst de onderzoeksresultaten af aan de literatuurstudie. Het formuleert op basis daarvan een antwoord op de vragen of gezondheidsonderzoek het concept van obstetrisch geweld in beide regio's op dezelfde manier toepast en hoe de concepten van gender en 'ras' daarin kruisen. Het hoofdstuk toont eerst aan hoe de verschillende benaderingen van obstetrisch geweld wijzen op de kolonialiteit van respectvolle geboortezorg als een mensenrecht. Dit leidt eveneens tot verschillende benaderingen van alternatieve bevallingslocaties. Vervolgens toont het hoofdstuk hoe gender als dominante factor van obstetrisch geweld wordt voorgesteld. Desondanks wordt de belichaamde kennis, ervaring en agency van vrouwen niet als zodanig erkend en wordt obstetrisch geweld dus niet gebruikt als een concept dat ook van onderuit ontstaat. Tenslotte geeft het hoofdstuk weer hoe obstetrisch geweld als een kleurenblind concept wordt gehanteerd, waardoor de rol van obstetrisch racisme en raciaal kapitalisme onderbelicht blijven.

5.1 KOLONIALITEIT VAN RESPECTVOLLE GEBORTEZORG

Gezondheidsonderzoek in enkele Europese landen hanteert de term obstetrisch geweld veelal met de lens van positieve/negatieve geboorte-ervaringen en geboortetrauma. Hieruit ontstaat een duidelijke aandacht voor de emotionele en psychologische gevolgen van obstetrisch geweld voor vrouwen. Dit reflecteert mogelijk de invloed van de feministische natuurlijke geboortebeweging die de psychologische dimensie van bevallen en een holistische benadering van bevallende vrouwen sinds de jaren '60 onder de aandacht brengt, hetzij vooral in West-Europa (Ekaterina, 2014). Samen met de minder grote dreiging van moedersterfte in hoge-inkomenslanden (WHO, 2024), leidt dit ertoe dat veilige bevallingen een psychologisch karakter krijgen en vooral een gevoel van veiligheid inhouden.

Gezondheidsonderzoek in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse landen daarentegen, vertrekt vanuit de aanbevolen strategie om bevallingen in gezondheidsvoorzieningen te stimuleren om veilige bevallingen te garanderen en moedersterfte tegen te gaan (Cahill, 2001; WHO, 2014; 2024; Tunçalp et al., 2015). In een context waar moedersterfte de hoogste prevalentie kent (WHO, 2024), is bijgevolg een louter fysieke benadering van veilige bevallingen te observeren. Ook vrouwen en zorgverleners zetten het overleven van moeder en kind of de fysieke gezondheid van moeder en kind voorop. Hoewel

dit onderzoek in deze studie systematisch is uitgevoerd met westerse – of ontwikkelingspartners (zie bijlage 1), dringt de Europese aandacht voor de psychologische dimensie van veilige bevallingen er niet in door.

Door het psychologische aspect van obstetrisch geweld te erkennen, volgt het beschikbare gezondheidsonderzoek in enkele Europese contexten de rechtenbenadering van respectvolle geboortezorg, waarin de niet-klinische zijde van bevallingen voorop staat (WHO, 2015a; WRA, 2011). De geanalyseerde studies in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten daarentegen past, door de eenzijdige aandacht voor fysieke veiligheid, het rechtendiscours slechts gedeeltelijk toe. Dit kan het gevolg zijn van de aanname dat psychosociale elementen van zorg een luxe zijn die enkel te veroorloven zijn in hoge-inkomenslanden (Bradley et al., 2016). Het negeren van de psychologische noden van bevallende zwarte vrouwen in onderzoek dat mede is uitgevoerd door westerse actoren, houdt echter ook dehumanisering van zwarte vrouwen in (Rucell, 2017). Het reproduceert daarmee de kolonialiteit van een Eurocentrisch en zogenaamd universeel mensenrechtenkader waarop respectvolle geboortezorg is gebaseerd (Arora-Jonsson, 2023; Maldonado-Torres, 2017). De feministe Chadwick (2019b, p.4) identificeert bij Zuid-Afrikaanse vrouwen wel degelijk de nood aan psychologische en ontologische elementen van veiligheid. Dit laatste is “een gevoel van vrijheid om belichaamde agency uit te oefenen zonder angst of bedreigingen voor zichzelf”. Ontologische veiligheid is het sterkst aanwezig bij thuisbevallingen en één-op-één-begeleidingen.

Dehumanisering toont zich bovendien ook in de beeldvorming van Sub-Saharaans Afrikaanse vroedvrouwen als niet emotioneel (Bradley et al., 2016) en ‘*not caring*’. Ze zouden bovendien mensenrechten negeren (Warren et al., 2017). De resultaten tonen echter hoe deze vroedvrouwen ook de emotionele impact van obstetrisch geweld erkennen, maar de emotionele gevolgen van maternale- en neonatale sterfte groter inschatten.

De nadrukkelijke aandacht voor de psychologische elementen van obstetrisch geweld en het gebruik van de lens van obstetrisch geweld (zie bijlage 1), gaan in het geanalyseerde onderzoek in enkele Europese contexten samen met kritische noties over de medicalisering en technologisering van bevallingen. Ook vrouwen associëren gemedicaliseerde en technologische bevallingen met een gevoel van onveiligheid en hulpeloosheid (cf. Annborn & Finnbogadottir, 2021; Meyer et al., 2022). Ondanks dat dit volgens de resultaten niet doordringt in uiteindelijke conclusies of conceptualisaties van obstetrisch geweld, toont dit wel de invloed van feministische kritiek op gemedicaliseerde bevallingen vervat in het concept van obstetrisch geweld (D’Gregorio, 2010; Irvine, 2022; Jardim & Modena, 2018; Williams et al., 2018). Ook het werk van de feministische natuurlijke geboortebeweging speelt hierin mogelijk een rol (Ekaterina, 2014).

Het fysieke veiligheidsdiscours in de geanalyseerde studies in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse contexten, gaat daarentegen gepaard met een opvallend gebrek aan aandacht voor de rol van medicalisering in obstetrisch geweld. Deze studies legitimeren met andere woorden gemedicaliseerde en geïnstitutionaliseerde bevallingen in de strijd tegen moedersterfte in Sub-Saharaans Afrika zonder dit in vraag te stellen. Dit houdt de westerse import van biomedische geneeskunde, het technocratisch bevallingsmodel als norm van ontwikkeling en het daaruit voortkomende obstetrisch geweld in stand. De eenzijdige nadruk op fysieke veiligheid reproduceert namelijk de nood aan medische en technologische interventies, de objectivering van zwarte vrouwenlichamen en de gebrekkige aandacht voor psychologische dimensies van gezondheid (Brubaker & Dillaway; Christiaens & van Teijlingen, 2009; Filc, 2004; Foucault, 1963; Gaines en Davis-Floyd, 2004; Wagner, 2001). De intersectie van medische en koloniale macht leidt bijgevolg tot de medische en koloniale dehumanisering van zwarte vrouwen. Dit komt terug in bijvoorbeeld de vaststelling dat de Tanzaniaanse sociale norm van uitgebreide begroetingen en elke vorm van communicatie volledig verdwijnt in de relatie tussen zorgverleners en bevallende vrouwen (Miltenburg et al., 2018).

De hiërarchie van waarden volgens de biomedische geneeskunde dringt bovendien door in het geloof van vrouwen en zorgverleners dat medicalisering de beste manier is om veilige bevallingen te waarborgen en dat veiligheid belangrijker is dan respectvolle zorg. Zij internaliseren met andere woorden de superieure status van biomedische geboortezorg als norm van ontwikkeling, ten koste van lokale bevallingstradities en respectvolle geboortezorg. Obstetrisch geweld is in dit geval een gevolg van voortdurende psychologische kolonisatie en het inferioriteitscomplex van (voormalig) gekoloniseerde mensen. Het verheerlijken van westerse kenniskaders zoals biomedische geboortezorg, houdt vervolgens de hegemonie van biomedische geneeskunde en westerse inmenging in stand (Fanon, 1967; Quijano, 2007; Rivera Pichardo, 2020).

Toenemende kritiek op medicalisering in de geanalyseerde Europese studies biedt vervolgens ruimte voor bevallen in vroedvrouwpraktijken en thuisbevallingen. De resultaten tonen hoe vooral thuisbevallingen leiden tot minder obstetrisch geweld dan bij bevallingen in gezondheidsvoorzieningen. Belangrijke elementen hierin zijn minder gemedicaliseerde interventies, één-op-één-begeleiding, continuïteit van zorg en meer tijd voor informatie, communicatie en geïnformeerde toestemming (Annborn & Finnbogadottir, 2021; Begley et al., 2018; Mangindin et al., 2023). Ook de bekendheid met de thuiscontext en de zorgverlener spelen een rol waardoor een gevoel van controle en vrijheid ontstaat (Leijerzapf et al., 2024). Indien het gezondheidssysteem hieraan is aangepast, leiden thuisbevallingen dus niet alleen tot fysiek veilige (Sánchez-Redondo et al., 2020), maar tevens psychologisch veilige bevallingen. Door bevallingen weg te halen uit instituties die de

medische blik toepassen (Foucault, 1963), dagen de onderzoeken in enkele Europese contexten de medische macht impliciet uit.

Het geanalyseerde onderzoek in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse contexten toont eerder een gebrek aan aandacht voor alternatieve bevallingspraktijken. Ook dit versterkt opnieuw de hegemonie van biomedische geboortezorg in gezondheidsvoorzieningen. Brazy-Nancy et al. (2023) en Neufeld et al. (2024) onderzoeken traditioneel-culturele en traditioneel-spirituele noties van zwangerschap en bevallen, maar blijven dit hoofdzakelijk situeren in gezondheidsvoorzieningen. Ze stellen daarmee de institutionalisering van bevallingen, die werkt als een mechanisme langs waar biomedische geneeskunde de status quo kan reproduceren, niet in vraag. Zo reproduceren ze medische macht die vanuit een technocratisch bevallingsmodel obstetrisch geweld veroorzaakt (Gaines en Davis-Floyd, 2001; 2004). Dit is bovendien opvallend gezien de vaak aangehaalde gebrekkige gezondheidssystemen die men in Sub-Saharaanse contexten als vorm van obstetrisch geweld erkent. Ondanks het persisterende gebrek aan middelen en personeel voor gemedicaliseerde en geïnstitutionaliseerde bevallingen, blijft het geanalyseerde gezondheidsonderzoek andere benaderingen opzijshuiven. Zo houden ze de nood aan westerse investeringen en Afrikaanse gezondheidsvoorzieningen als locaties van medische, patriarchale en koloniale macht in stand (Cahill, 2001; Shabot, 2016; Bendix, 2018; Foucault, 1963).

5.2 GENDER ALS DOMINANTE FACTOR

Ondanks een kritisch benadering van medicalisering in de geanalyseerde Europese onderzoeken, schuiven beide contexten genderongelijkheid die vanuit de samenleving doorleeft in geboortezorg naar voor als prioritaire oorzaak van obstetrisch geweld. Ze volgen hiermee de consensus binnen gezondheid over de rol van maatschappelijke genderongelijkheid (Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). In de Europese onderzoeken valt echter op te merken dat dit zich afspeelt in een context waarin gendergelijkheid is toegenomen (Annborn en Finnbogadottir, 2021). Dit toont hoe het beschikbare onderzoek in enkele Europese contexten een grotere nadruk blijft leggen op het gendergerelateerde dan op het medicaliserende aspect van het concept van obstetrisch geweld (D'Gregorio, 2010; Williams et al., 2018). Door genderongelijkheid louter in de samenleving te situeren, ontkennen beide contexten echter dat genderongelijkheid historisch vervat zit in het ontstaan van biomedische geboortezorg. Dit versterkt opnieuw de biomedische hegemonie (Cahill, 2001; Oakley, 1984). In het beschikbare onderzoek in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse contexten gaat de eenzijdige focus op genderongelijkheid bovendien gepaard met een beeldvorming over Afrikaanse samenlevingen als gewelddadig. Dit versterkt koloniale beeldvorming van gevaarlijke zwarte mannen en onderdrukte zwarte vrouwen (Bendix, 2018; Mohanty, 2011).

De nadruk op gender staat echter in contrast met het niet benoemen van seksueel geweld als vorm van obstetrisch geweld (Jardim & Modena, 2018). Dit houdt bijgevolg een gebrekkige toepassing in van de lens van obstetrisch geweld. Vrouwen in beide contexten getuigen echter van brute vaginale onderzoeken (Miltenburg et al., 2018) of gedwongen vaginale onderzoeken (Annborn en Finnbogadottir, 2021; van der Pijl et al., 2020). Deze praktijken rechtvaardigen dus de vergelijking van obstetrisch geweld met verkrachting als een tool om vrouwenlichamen terug stil en onderdanig te maken (Shabot, 2016). Waar auteurs in de geanalyseerde onderzoeken in Europese landen wel aangeven dat ze dit doen om de bewoordingen van de respondenten te volgen (cf. van der Pijl et al., 2020), is er een absolute stilte hierover in de beschikbare studies in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse contexten. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen of dit voortkomt vanuit de koloniale normalisering van de verkrachting van geracialiseerde vrouwenlichamen (Rucell, 2017).

5.3 EPISTEMISCHE ONRECHTVAARDIGHEID

Koloniaal gedachtegoed komt terug bij Europese auteurs zoals van der Pijl et al. (2022) die aannemen dat hoge-inkomenslanden vooral subtiele, en lage-inkomenslanden vooral fysieke vormen van obstetrisch geweld kennen. De bevindingen tonen echter in beide contexten alle vormen van obstetrisch geweld volgens de categorisatie van Bohren et al. (2015). Fysiek geweld komt voor in zowel Europese contexten, bijvoorbeeld via geroutineerde en gedwongen medische interventies, als in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten, bijvoorbeeld via het slaan op de bovenbenen om de benen open te dwingen. In beide regio's komen echter ook praktijken van '*silencing*' voor als subtiele vorm van obstetrisch geweld die geleefde kennis en ervaringen van bevallende vrouwen onderdrukt. Het geanalyseerde gezondheidsonderzoek erkent dit echter niet als epistemisch geweld binnen geboortezorg. Hierdoor erkent men obstetrisch geweld niet als een proces dat ook van onderuit ontstaat (Chadwick, 2019).

De aandacht in het beschikbare gezondheidsonderzoek in enkele Europese landen ligt hierbij op het gebrek aan betrokkenheid in de besluitvorming rond het bevallingsproces. Dit verschuift de focus naar de vrouw en maakt ruimte voor zorgmodellen zoals gedeelde besluitvorming (cf. Meyer et al., 2022). Hoewel het dit niet expliciet maakt, impliceert het wel een beginnende erkenning van de epistemische legitimiteit van de bevallende vrouw. Samen met de aandacht voor het psychologische aspect van obstetrisch geweld, wijst deze aandacht op een humanistisch bevallingsmodel dat de wisselwerking tussen lichaam en geest; de vrouw als subject; samenwerking en gedeelde beslissingen benadrukt (Davis-Floyd, 2001). In de geanalyseerde studies in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten leidt patriarchale objectivering (Jardim en Modena, 2018) daarentegen tot het beeld van de ongehoorzame vrouw en de bevallende vrouw als een gevaar voor zichzelf en de baby. Dit wijst op een sterke

aanwezigheid van getuigenis-onrecht, waarbij zorgverleners de belichaamde kennis en ervaringen van vrouwen systematisch negeren (Chadwick, 2019; Shabot, 2021) of terug stil maken (Shabot, 2016). Deze beelden reproduceren bovendien de medische kennisautoriteit van zorgverleners en de positie van vrouwen als passieve ontvangers van zorg. Deze verschillende invalshoeken creëren bijgevolg een beeld van Europese geëmancipeerde vrouwen bij wie we kunnen streven naar het meebeslissen in zorg, terwijl Sub-Saharaans Afrikaanse vrouwen nog steeds lijken vast te zitten in een onderdrukte positie. Zo draagt het beschikbare onderzoek in enkele Sub-Saharaans Afrikaanse contexten bij aan het ontkennen van de belichaamde kennis en ervaringen van bevallende vrouwen en houdt het obstetrisch geweld in stand (Fricker, 2007; Chadwick, 2019; Shabot, 2021).

Het geanalyseerde gezondheidsonderzoek in beide regio's versterkt epistemische onrechtvaardigheid binnen de geboortezorg, door praktijken van agency niet als zodanig te erkennen. Het reproduceert zo het beeld van passieve slachtoffers van obstetrisch geweld. van der Pijl et al. (2022) zijn hierin eerder een uitzondering. Zij erkennen in de bewuste autonomieoverdracht naar de zorgverlener namelijk een gevoel van controle. De bevindingen tonen in beide regio's echter ook andere praktijken van agency aan, waarbij vrouwen geen eenzijdige slachtoffers zijn maar ondanks medisch-patriarchale onderdrukking opkomen voor zichzelf (Chadwick, 2017).

Inhoudelijk tonen de beschikbare studies in enkele Europese contexten bijvoorbeeld dat vrouwen expliciet vragen naar participatieve besluitvorming. Ze doen dit bijvoorbeeld aan de hand van geboortepannen, actief om informatie vragen of een duidelijke 'nee' of 'stop' zeggen wanneer zorgverleners medische interventies willen toepassen. Zorgverleners negeren dit echter en gaan over tot dwang, psychologische druk en geweld om alsnog de interventie toe te passen. Dit duidt op het proces van *quieting* waarbij zorgverleners bevallende vrouwen 'stil maken', ook wanneer ze zich heel expliciet laten horen (Chadwick, 2019).

In de geanalyseerde studies in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten komt vooral ambigie agency in de vorm van *smothering* of *performing docility* (Chadwick 2017; 2019) naar voor. Vrouwen in deze studies anticiperen namelijk op de verwachting dat bevallende vrouwen horen te gehoorzamen aan het zorgpersoneel en op het risico op obstetrisch geweld. Vrouwen conformeren zich bewust aan het normatief beeld van de volgzaam, passieve patiënt om geweld te vermijden of staan vrijwillig hun autonomie af aan de zorgverlener op basis van diens medische kennis en expertise. Hoewel bijvoorbeeld Miltenburg et al. (2018) dit beschouwen als louter geïnternaliseerde onderdrukking, laat het concept van ambigie agency zien hoe bewuste conformering in momenten van onderdrukking ook een manier kan zijn om voor zichzelf op te komen. In een context waarin moedersterfte prevalent is en vrouwen de zorg op het moment zelf niet willen belemmeren, vinden zij andere reacties soms te

risicovol. Ook het kiezen voor een andere gezondheidsvoorziening of thuisbevalling bij een volgende bevalling, moet daarom gezien worden als een actieve vorm van omgaan met het obstetrisch geweld dat bevallende vrouwen ervaren.

De resultaten tonen bovendien hoe vrouwen in zowel Europese als Sub-Saharaans Afrikaanse contexten, vormen van agency toepassen als reactie op hermeneutisch onrecht. Zwitserse vrouwen die zich buitenstaanders voelen bij hun eigen bevalling door een gebrek aan informatie en besluitvorming, gaan in het onderzoek van Meyer et al. (2022) na de bevalling bijvoorbeeld in gesprek met zorgverleners of andere vrouwen om alsnog betekenis te kunnen geven aan hun ervaringen. Vrouwen in Benin doen dan weer beroep op religie en traditioneel-spirituele noties van zwangerschap en bevalling om een gebrek aan informatie, communicatie en betekenisgeving tijdens de bevalling op te vangen (Neufeld et al, 2024). Deze bevinding draagt bij aan het begrip van ambigue agency van Chadwick (2017) dat eerder gericht is op getuigenis-onrecht.

5.4 OBSTETRISCH GEWELD ALS EEN KLEURENBLIND CONCEPT

Het beschikbare gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld in enkele Europese en Sub-Saharaans Afrikaanse contexten erkent doorgaans intersectionele onderdrukking op basis van leeftijd, klasse en opleidingsniveau, maar niet op basis van 'ras'. Dit is opvallend gezien de erkenning van 'ras' als gezondheidsdeterminant voor maternale gezondheid (WHO, 2024) en in de eerste categorisaties van obstetrisch geweld (Bohren et al., 2015; Bowser & Hill, 2010). Hoewel migratieachtergrond in enkele Europese onderzoeken wel erkend wordt als een factor, verwijst dit vooral naar nationaliteit bij geboorte en wordt het verder niet uitgewerkt. Per uitzondering spreekt men ook van etniciteit, verwijzend naar raciale kenmerken. Het niet benoemen van de rol van 'ras' heeft echter als gevolg dat ook obstetrisch racisme onzichtbaar blijft (Davis, 2019). Het wijst bovendien op de algemene Europese stilte over 'ras' die doordringt in gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld en daardoor bijdraagt aan de reproductie van het superieur Europees zelfbeeld als niet-racistisch (Lentin, 2008). Obstetrisch geweld is met andere woorden geen concept dat gebruikt werd om structureel racisme in de obstetrische zorg aan te kaarten. Het wordt gebruikt als een kleurenblind concept.

Mangindin et al. (2023) erkennen als enige auteurs binnen de geanalyseerde onderzoeken weliswaar de rol van 'ras' in obstetrisch geweld en verwijzen hierbij naar de impliciete bias van zorgverleners en een gebrek aan opleiding. El Kotni en Quagliariello (2021) vinden in Italië en Frankrijk bijvoorbeeld ook dat de raciale stereotypering van Sub-Saharaans Afrikaanse vrouwen als dichter bij de natuur en beter in staat om 'natuurlijk' te bevallen in sommige situaties leidt tot het opdringen van zogenaamde natuurlijke bevallingsmodellen. Sommige vrouwen in hun onderzoek geven echter aan gemedicaliseerde geboortezorg te verwachten en natuurlijke bevallingspraktijken als een 'terugval' te

beschouwen. Obstetrisch geweld als een raciaal concept gaat echter verder dan raciale stereotypering en bias op het niveau van zorgverleners. De koloniale en raciale geschiedenis van geboortezorg toont namelijk hoe obstetrisch racisme historisch vervat zit in biomedische geboortezorg (Ross, 2017; Rucell, 2017; Owens, 2017). De concentratie op migratieachtergrond en etniciteit in gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld in Europese contexten, faciliteert bijgevolg het negeren van 'ras' en daarmee de raciale geschiedenis van biomedische geboortezorg. Dit leidt ertoe dat obstetrisch geweld een koloniaal instrument blijft tegenover geracialiseerde vrouwen in Europa. Obstetrisch geweld blijft eveneens een koloniaal instrument tegenover vrouwen in Sub-Saharaans Afrika, doordat ook de westerse inmenging in het gezondheidsonderzoek in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten (zie bijlage 1) onzichtbaar blijft. Financiering van gezondheidsonderzoek door externe organisaties dient echter vaak de belangen van deze organisaties en kan de aandacht wegtrekken van thema's die op lange termijn belangrijker kunnen zijn voor Sub-Saharaans Afrikaanse contexten (Olesen & Parker, 2012). Zo hebben donoren er wellicht weinig baat bij dat de racialisering en kolonialiteit van obstetrisch geweld in Sub-Saharaans Afrika te sterk aan het licht komt. Dit zou vragen kunnen oproepen over bijvoorbeeld witte ontwikkelingswerkers die zwarte zorgverleners opleiden in respectvolle geboortezorg om obstetrisch geweld tegen te gaan (Bendix, 2018).

Van der Waal et al. (2023) duiden bijgevolg op de nood aan het centraal zetten van obstetrisch racisme in intersectionele benaderingen van obstetrisch geweld, om tot werkelijke structurele veranderingen te kunnen komen. Het is door obstetrisch racisme op de voorgrond te zetten dat de auteurs obstetrisch geweld als een gevolg van raciaal kapitalisme kunnen duiden. Bevindingen in enkele Europese contexten toonden dan ook getuigenissen van vrouwen die dehumanisering en epistemische kolonisatie (Chadwick, 2019) reflecteren en wijzen op een kapitalistische invloed op obstetrisch geweld. Het gaat bijvoorbeeld over het gevoel hebben deel uit te maken van een productieproces (Meyer et al., 2022), zich behandeld voelen als een nummer (Annborn & Finnbogadottir, 2021) of een geldmachine (Hadjigeorgiou et al., 2023). Geen enkele studie maakt echter melding van kapitalisme als een factor in obstetrisch geweld. Raciaal kapitalisme kan volgens van der Waal et al. (2023) echter niet los gezien worden van historische patriarchale en koloniale onderdrukking. Samen hebben ze geleid tot de toe-eigening en objectivering van witte en zwarte vrouwenlichamen. De dehumanisering en toe-eigening van zwarte vrouwenlichamen diende namelijk om de gedwongen reproductie van arbeidskrachten te rechtvaardigen tijdens de slavernij dat een kapitalistisch systeem inhield (Bendix, 2018b; O'Brien & Rich, 2022; Ross, 2017; Rucell, 2017; van der Waal et al., 2023). Ook in Europa maakten de heksenjachten deel uit van een beginnend kapitalistisch systeem dat nood had aan arbeidskrachten. Beschuldigingen van traditionele vroedvrouwen en vrouwen hadden dan ook vaak te maken met kindermoord (door neonatale sterfte, abortus, miskramen, hongersterfte of effectieve

kindermoord) en stonden in het teken van een toenemende staatscontrole over en toe-eigening van reproductieve lichamen (Ehrenreich & English, 2010; van der Waal et al., 2023).

De verschillende benaderingen van obstetrisch geweld in gezondheidsonderzoek reproduceren dus bestaande globale machtsverhoudingen via de dominante aandacht voor genderongelijkheid als oorzaak van obstetrisch geweld en de onzichtbaarheid van 'ras'. Obstetrisch geweld vindt echter plaats op de intersectie van medische, patriarchale, koloniale en kapitalistische objectivering van bevallende vrouwen. De erkenning hiervan is nodig voor een betere implementatie van respectvolle geboortezorg wereldwijd (Jolivet et al., 2021; Puthussery et al., 2023; WHO, 2014), of voor het creëren van een volledig nieuw obstetrisch instituut dat van zichzelf reeds respectvol is (van der Waal et al., 2023). De dialoog tussen gezondheid- en feministisch onderzoek zou zich in elk geval moeten richten op obstetrische rechtvaardigheid (El Kotni & Quagliariello, 2021) om historisch gecreëerde globale machtssystemen rond obstetrisch geweld te erkennen en ontmantelen.

6 BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN

De data uit het literatuuronderzoek vertonen een onevenwicht tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Dit impliceert dat de bevindingen voor de Sub-Saharaans Afrikaanse contexten gebaseerd zijn op vaak meer diepgaandere inzichten en conceptualisaties van obstetrisch geweld dan voor de Europese contexten. Het duidt tevens op de nood aan meer kwalitatief onderzoek naar obstetrisch geweld in Europese contexten om tot een diepgaander begrip van de onderliggende dynamieken te komen. Daarnaast gebruikt deze studie slechts vier zoektermen rond obstetrisch geweld, wat het onderzoeksmateriaal heeft beperkt. Shuman et al. (2023) hanteert een breder gamma aan termen rond geboorte-ervaringen, dat leidt tot een bredere scope van de literatuur. Het betrekken van bijvoorbeeld studies binnen *migrant maternity care* biedt misschien meer mogelijkheden om de kruising van gender en 'ras' binnen Europese contexten te bestuderen. Onderzoek rond migratie kan migratie echter gebruiken als proxy voor ras, wat in toenemende mate bekritiseerd wordt. Deze studie nam tenslotte alle vormen van obstetrisch geweld in beschouwing. Aandacht voor één specifieke vorm leidt mogelijks tot een meer concretere en diepgaandere vergelijking, al blijven grote patronen dan misschien weer meer buiten beeld.

De bevindingen van dit onderzoek duiden vervolgens op de nood aan het dekoloniseren van gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld en geboortezorg als instituut. Dit kan bijvoorbeeld onderzoek inhouden naar de verwachtingen van vrouwen zelf (cf. ook Brubaker & Dillaway, 2009), met specifieke aandacht voor de psychologische ervaringen en noden van zwarte vrouwen. Onderzoek kan daarbij bijdragen aan epistemische rechtvaardigheid binnen geboortezorg, door zich te richten op de

belichaamde kennis, ervaringen en praktijken van agency van vrouwen. Op die manieren krijgen bevallende vrouwen een stem en kan gehumaniseerde en participatieve geboortezorg van onderuit vorm krijgen. Het zou bovendien ruimte kunnen scheppen om een betere balans te vinden tussen gehumaniseerde en gemedicaliseerde geboortezorg wanneer nodig. Onderzoek naar obstetrisch geweld zou zich hierbij actief moeten richten op veilige, alternatieve of lokale bevallingspraktijken en -locaties, met name in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten. Het betrekken van Afro- of zwart feministische benaderingen van geboorte zijn hierin belangrijk. Gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld moet daarnaast erkennen dat obstetrisch geweld voortkomt uit een obstetrisch instituut dat van bij het ontstaan heeft geleid tot patriarchale, medische, koloniale en kapitalistische objectivering van vrouwenlichamen. Obstetrisch geweld in gezondheidsvoorzieningen bestrijden, begint dus bij het zichzelf in vraag stellen en het structureel herzien van het obstetrisch instituut en de gehanteerde protocollen en handelingen. Dit onderzoek toont tenslotte aan dat obstetrisch geweld in Europese en Sub-Saharaans Afrikaanse contexten niet los kan gezien worden van elkaar, gezien de onderliggende mechanismen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Meer onderzoek in Europese contexten en onderzoek dat deze verbanden bloot legt, kan bijdragen aan een duidelijkere definiëring van obstetrisch geweld die de intersectie van koloniale, patriarchale, medische en kapitalistische macht erkent.

7 CONCLUSIE

De WHO (2014; 2024) stelt dat obstetrisch geweld in de obstetrische zorg wereldwijd een volksgezondheidsprobleem en een mensenrechtenschending inhoudt. Het draagt bovendien bij aan de hoge prevalentie van moedersterfte in Sub-Saharaans Afrika doordat het vrouwen weghoudt uit gezondheidsvoorzieningen. Respectvolle geboortezorg, als een element van kwaliteit van zorg en gebaseerd op universele vrouwenrechten, moet hieraan tegemoet komen door de niet-klinische, emotionele zijde van bevallingen op de voorgrond te zetten (WRA, 2011; WHO, 2015a). Deze masterproef onderzocht of het concept van obstetrisch geweld en respectvolle geboortezorg op eenzelfde manier wordt toegepast in Europese en Sub-Saharaans Afrikaanse contexten. Het bekeek ook op welke manier gender en 'ras' kruisen in gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld en respectvolle geboortezorg. De masterproef maakte hierbij gebruik van een vergelijkende literatuurstudie en een dekoloniale feministische analyse van gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld in enkele Europese en Sub-Saharaans Afrikaanse contexten.

De resultaten tonen aan dat respectvolle geboortezorg verschillend wordt benaderd binnen gezondheidsonderzoek in een Europese en Sub-Saharaans Afrikaanse context. Onderzoek in Europese landen focust expliciet op de psychologische dimensie van obstetrisch geweld. Onderzoek in Sub-Saharaans Afrikaanse landen daarentegen, veelal gefinancierd door westerse partners, concentreert zich louter op een fysieke benadering van veilige bevallingen. Op die manier wordt de volledige menselijkheid van zwarte bevallende vrouwen ontkend, wat de koloniale verhouding reproduceert. Met andere woorden, bevat het gebruik van het concept respectvolle geboortezorg, zogenaamd een universeel vrouwenrecht, een vorm van kolonialiteit. Gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld zou daarom kunnen bijdragen aan de dekolonisatie van geboortezorg in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten door evenveel belang te hechten aan de psychologische noden en verwachtingen van bevallende vrouwen en hen mee vorm te laten geven aan participatieve geboortezorg van onderuit.

De aandacht voor de psychologische dimensie van obstetrisch geweld in Europese contexten leidt daarnaast tot een toenemende kritiek op de medicalisering van bevallingen. Onderzoek in Europese contexten volgt hiermee de sociaal-feministische lens van obstetrisch geweld dat, naast genderongelijkheid, ook de structurele rol van de medicalisering van bevallingen op de voorgrond schuift (Sadler et al., 2016; Irvine, 2022; Williams et al., 2018; D'Gregorio, 2010). De aandacht blijft echter in beide regio's in grotere mate liggen op genderongelijkheid die vanuit de samenleving doordringt in geboortezorg. Deze dominante aandacht voor gender zorgt er vooral in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten voor dat gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld een biomedische visie op bevallingen in stand houdt en alternatieve bevallingspraktijken opzijshift. Dit gaat samen met de

reproductie van gezondheidsvoorzieningen als locaties van medische, patriarchale en koloniale macht (Cahill, 2001; Shabot, 2016; Bendix, 2018; Foucault, 1963). Het dekoloniseren van gezondheidsonderzoek en ontwikkelingspraktijken gericht op obstetrisch geweld en respectvolle geboortezorg, vraagt vervolgens een kritische benadering van de westerse overdracht van biomedische geboortezorg in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten en het zoeken naar veilige, alternatieve bevallingspraktijken en -locaties.

Gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld in zowel Europese als Sub-Saharaans Afrikaanse contexten erkent vervolgens obstetrisch geweld niet als een proces dat ook van onderuit op het niveau van vrouwen zelf ontstaat (Chadwick, 2019; Shabot, 2021; van Hassel et al., 2022). Door praktijken van belichaamde kennis en agency van bevallende vrouwen niet als zodanig te erkennen, draagt dit onderzoek bij aan epistemische onrechtvaardigheid binnen geboortezorg. Het bevestigt bovendien dat diepgaandere theoretische reflecties uit feministisch onderzoek nog te weinig doordringen in gezondheidsonderzoek (Batram-Zantvoort et al., 2021) en dat vrouwen nog te vaak als passieve slachtoffers van obstetrisch geweld worden voorgesteld (Chadwick, 2017). Hoewel in Europese contexten wel aandacht is voor gedeelde besluitvorming, lijkt dit vooral in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten te zorgen voor beelden van zwarte bevallende vrouwen als 'ongehoorzaam', 'een gevaar voor zichzelf en hun kind' en als onderdrukte slachtoffers. Dit impliceert een andere focus in de aanpak van obstetrisch geweld. In Europese contexten zien we bijvoorbeeld geboorteplannen om besluitvorming van vrouwen te bevorderen, terwijl in Sub-Saharaans Afrikaanse contexten ingezet wordt op vorming van zorgverleners om de zorg respectvoller te maken. Deze verschillende benadering reflecteert raciale beeldvorming van geëmancipeerde witte en passieve zwarte vrouwen (Mason, 2017; Mohanty, 2011; Vergès & Bohrer, 2021). Meer aandacht voor belichaamde kennis, ervaringen en agency van vrouwen in gezondheidsonderzoek naar obstetrisch geweld, kan bijgevolg stereotiepe beeldvorming doorbreken en vrouwen een erkende en actieve rol geven in het mee vorm geven aan respectvolle geboortezorg.

De dominante aandacht voor gender in obstetrisch geweld krijgt bovendien eenzijdig vorm als genderongelijkheid dat vanuit de samenleving doordringt in geboortezorg. Deze dominante aandacht voor gender maakt vervolgens de intersectie met andere structurele en historische factoren van obstetrisch geweld onzichtbaar. De gezondheidsstudies in dit onderzoek negeren bijgevolg dat het obstetrisch instituut altijd al een patriarchaal, raciaal, koloniaal en kapitalistisch project is geweest. Obstetrisch geweld heeft hierin steeds gefunctioneerd als een mechanisme dat de dominante machtsrelaties in stand hield (Cahill, 2001; Oakley, 1984; Owens, 2017; Ross, 2017; Rucell, 2017; van der Waal et al., 2023). Dit toont zich binnen de onderzochte gezondheidsstudies concreet in de onzichtbaarheid van 'ras' en obstetrisch racisme als factoren in obstetrisch geweld vandaag. Er is

bijgevolg nood aan concretere conceptualisaties van obstetrisch geweld die de intersectie van medische, patriarchale, koloniale en raciaal kapitalistische objectivering van bevallende vrouwen erkent om werkelijke obstetrische rechtvaardigheid te bereiken. Van der Waal et al. (2023) pleiten voor het centraal plaatsen van obstetrisch racisme in intersectionele benaderingen van obstetrisch geweld om deze intersectie van verschillende machtsstructuren steeds in beeld te kunnen brengen. Meer vergelijkend onderzoek naar obstetrisch geweld in regio's die historisch met elkaar verbonden zijn, kan tenslotte bijdragen aan het blootleggen en definiëren van globale en historische machtsstructuren rond obstetrisch geweld.

BRONNENLIJST

- Adinew, Y. M., Kelly, J., Marshall, A., & Smith, M. (2021). Care Providers' Perspectives on Disrespect and Abuse of Women During Facility-Based Childbirth in Ethiopia: A Qualitative Study. *International Journal Of Women's Health*, 13, 1181–1195. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s333863>
- Adinew, Y. M., Kelly, J., Smith, M., & Marshall, A. (2023). Women's perspectives on disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05762-8>
- Altman, M. R., Oseguera, T., McLemore, M. R., Kantrowitz-Gordon, I., Franck, L. S., & Lyndon, A. (2019). Information and power: Women of color's experiences interacting with health care providers in pregnancy and birth. *Social science & medicine*, 238, 112491. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112491>
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2021). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Arora-Jonsson, S. (2023). The sustainable development goals: A universalist promise for the future. *Futures*, 146, 103087. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2022.103087>
- Bakhru, T. S. (Ed.). (2019). *Reproductive justice and sexual rights: Transnational perspectives*. Routledge.
- Balde, M. D., Bangoura, A., Diallo, B. A., Sall, O., Balde, H., Niakate, A. S., Vogel, J. P., & Bohren, M. A. (2017). A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0262-5>
- Baranowska, B., Doroszewska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-Puzyna, U., Bączek, G., & Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>
- Barthélémy P. (2004). Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960. Une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial, In Hughon A. (dir.), *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, xxe siècle* (pp.119-144). Karthala.
- Batram-Zantvoort, S., Razum, O., & Miani, C. (2021). Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance: médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité. *Santé publique*, 33(5), 645-654. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0645>
- Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>
- Bendix, D. (2018). *Global development and colonial power: German development policy at home and abroad*. Rowman & Littlefield.

- Bendix, D. (2018a). Transforming Childbirth-Related Care in East Africa and Challenges to Colonial Power. In: *Global development and colonial power: German development policy at home and abroad* (pp.91-120). Rowman & Littlefield.
- Bendix, D. (2018b). Controlling Population in East Africa. In: *Global development and colonial power: German development policy at home and abroad* (pp.121-142). Rowman & Littlefield.
- Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reproductive health*, 15, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0584-6>
- Biurrun-Garrido, A., Brigidi, S., & Mena-Tudela, D. (2023). Perception of health sciences and feminist medical students about obstetric violence. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 33(3), 234–243. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2023.02.007>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, A., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O., Khosia, R., Hindin, M. & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., Oyeniran, A. A., Ogunlade, M., Metiboba, L., Osunsan, O. R., Idris, H. A., Alu, F. E., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., & Hindin, M. J. (2016). “ By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her ”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health*, 2, 640–655. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.07.003>
- Bohren, M. A., Mehtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A. M., Sall, A. O. & Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 113-126. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. University Research Co., LLC; Harvard School of Public Health. Geraadpleegd op 4 september 2024, van https://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J., & Parmar, D. (2016). Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Social science & medicine*, 169, 157-170. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.039>
- Brah, A. (2022). *Decolonial imaginings: Intersectional conversations and contestations*. MIT Press.

- Brazy-Nancy, E., Mattern, C., Rakotonandrasana, B. I., Ravololomihanta, V., Norolalao, P., & Kapesa, L. (2023). A qualitative analysis of obstetric violence in rural Madagascar. *Heliyon*, 9(3), e13905. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13905>
- Briggs, L. (2022). Reproductive justice: Born transnational. *Gender, Work & Organization*, 29(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/gwao.12765>
- Brubaker, S. J., & Dillaway, H. E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*, 3(1), 31-48. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x>
- Buchmann, E. J. (2020). Quality and readiness for facility-based childbirth in sub-Saharan Africa. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(12), 1547-1547. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16284>
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of advanced nursing*, 33(3), 334-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x>
- Callister, L. C., & Edwards, J. E. (2017). Sustainable development goals and the ongoing process of reducing maternal mortality. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(3), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.10.009>
- Campbell, O. M., Cegolon, L., Macleod, D., & Benova, L. (2016). Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low-and middle-income countries: compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys. *PLoS medicine*, 13(3), e1001972. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001972>
- Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*, 27(4), 489-509. <https://doi.org/10.1177/0959353517692607>
- Chadwick, R. (2019). Practices of silencing: Birth, marginality and epistemic violence. In *Childbirth, vulnerability and law* (pp. 30-48). Routledge.
- Chadwick, R. J. (2019b). Good birth narratives: Diverse South African women's perspectives. *Midwifery*, 77, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.008>
- Chinn, J. J., Eisenberg, E., Dickerson, S. A., King, R. B., Chakhtoura, N., Lim, I. A. L., Grantz, K. L., Lamar, C., & Bianchi, D. W (2020). Maternal mortality in the United States: research gaps, opportunities, and priorities. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(4), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.021>
- Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of women in culture and society*, 38(4), 785-810. <https://doi.org/10.1086/669608>
- Christiaens, W. and van Teijlingen, E. (2009) Four meanings of medicalization: childbirth as a case study. *Salute e Società* 8(2), 123-141. <https://doi.org/10.3280/SES2009-EN2009>
- D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>

- d'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681-1685.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- Davis, D. A. (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical anthropology*, 38(7), 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- De Graeve, K. (2023). *Gender en diversiteit: een gids voor onderzoekers*. Academica Press.
- De La Paz, L. (2022). Challenging female roles and spaces: Adrienne Rich's Of woman born. Motherhood as a experience and institution. *Revista Internacional de Culturas Y Literaturas*, 25, 316–326. <http://dx.doi.org/10.12795/RICL.2017.i20.06>
- Decorte, T. (2011). *Methoden van onderzoek: Ontwerp en dataverzameling*. Academia Press
- Dotson, K. (2011). Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia*, 26(2), 236-257. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x>
- Doyle, K., Kazimbaya, S., Levto, R., Banerjee, J., Betron, M., Sethi, R., Kayirangwa, M. R., Vlahovicova, K., Sayinzoga, F., & Morgan, R. (2021). The relationship between inequitable gender norms and provider attitudes and quality of care in maternal health services in Rwanda: a mixed methods study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03592-0>
- Ehrenreich, B., & English, D. (2010). *Witches, midwives, & nurses: A history of women healers*. The Feminist Press at CUNY.
- Ekaterina, B. (2014). The social organization of natural childbirth: The case of center for midwifery care. *The journal of Social Policy Studies*, 12(3), 413-426. <https://cyberleninka.ru/article/n/the-social-organization-of-natural-childbirth-the-case-of-center-for-midwifery-care>
- El Kotni, M., & Quagliariello 1, C. (2021). L'injustice obstétricale: Une approche intersectionnelle des violences obstétricales. *Cahiers du genre*, (2), 107-128. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107>
- Fanon, F. (1967). *Black skin, white masks*. Grove Press
- Filc, D. (2004). The medical text: between biomedicine and hegemony. *Social science & medicine*, 59(6), 1275-1285. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.003>
- Foucault, M. (1963). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 915-917.
<https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
- Fricke, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

- Gaines, A. D., & Davis-Floyd, R. (2004). Biomedicine. *Encyclopedia of medical anthropology*, 1, 95-109. https://www.researchgate.net/profile/Robbie-Davis-Floyd/publication/225949923_Biomedicine/links/0fcfd511ea2685ef1a000000/Biomedicine.pdf
- George, K. M. (2023). Epistemological underpinnings and emancipatory insights on white Saviorism in development. In *White Saviorism in International Development. Theories, Practices and Lived Experiences* (pp. 116–128). Daraja Press.
- Gonzalez, M., & Jones, L. A. (2018). Our struggle is my struggle: Solidarity feminism as an intersectional reply to neoliberal and choice feminism. *Affilia: Journal of Women and Social Work*. <https://newdiscourses.com/wp-content/uploads/2023/06/FMK-TYPESET.pdf>
- Green, L. J. (2012). Beyond South Africa's indigenous knowledge-science wars. *South African Journal of Science*, 108(7), 1-10. <https://dx.doi.org/10.4102/sajs.v108i7/8.631>
- Hadjigeorgiou, E., Andreaki, M., Koliandri, I., Spyridou, A., Balaam, M. C., & Christoforou, A. (2023). Exploring mothers' experiences of perinatal care in Cyprus: Babies Born Better survey. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05800-5>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, 14(3), 575-599. <http://www.jstor.org/stable/3178066>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Irvine, L. C. (2021). Selling Beautiful Births: The Use of Evidence by Brazil's Humanised Birth Movement. In *Anthropologies of global maternal and reproductive health: from policy spaces to sites of practice* (pp. 199–216). https://doi.org/10.1007/978-3-030-84514-8_11
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS medicine*, 12(6), e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Jolivet, R. R., Gausman, J., Kapoor, N., Langer, A., Sharma, J., & Semrau, K. E. (2021). Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: a systematic scoping review. *Reproductive health*, 18, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5>
- Kuipers, Y. J., Thomson, G., Goberna-Tricas, J., Zurera, A., Hresanová, E., Temesgenová, N., Waldner, I., & Leinweber, J. (2023). The social conception of space of birth narrated by women with negative and traumatic birth experiences. *Women and Birth*, 36(1), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.013>
- Leijerzapf, D. R., Van Der Pijl, M. S. G., Hollander, M. H., Kingma, E., De Jonge, A., & Verhoeven, C. J. M. (2024). Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06360-y>

- Lentin, A. (2008). Europe and the Silence about Race. *European journal of social theory*, 11(4), 487-503. <https://doi.org/10.1177/1368431008097008>
- Loudon, I. (2000). Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. *The American journal of clinical nutrition*, 72(1), 241S-246S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.1.241S>
- Lusambili, A. M., Naanyu, V., Wade, T. J., Mossman, L., Mantel, M., Pell, R., Ngetich, A., Mulama, K., Nyaga, L., Obure, J., & Temmerman, M. (2020). Deliver on Your Own: Disrespectful Maternity Care in rural Kenya. *PLoS ONE*, 15(1), e0214836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214836>
- MacLellan, J., Collins, S., Myatt, M., Pope, C., Knighton, W., & Rai, T. (2022). Black, Asian and minority ethnic women's experiences of maternity services in the UK: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 2175-2190. <https://doi.org/10.1111/jan.15233>
- Maldonado-Torres, N. (2021). On the coloniality of human rights. In *The pluriverse of human rights: The diversity of struggles for dignity* (pp. 62-82). Routledge.
- Mangindin, E. L., Stoll, K., Cadée, F., Gottfreðsdóttir, H., & Swift, E. M. (2023). Respectful maternity care and women's autonomy in decision making in Iceland: Application of scale instruments in a cross-sectional survey. *Midwifery*, 123, 103687. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103687>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2020). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women And Birth*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Mason, C. L. (2017). Transnational feminism. In *Feminist issues: race class and sexuality* (6de editie, pp. 62–89). Pearson Canada.
- Mayne, G. B., & Ghidei, L. (2024). The impact of devaluing Women of Color: stress, reproduction, and justice. *Birth*, 51(2), 245-252. <https://doi.org/10.1111/birt.12825>
- Mena-Tudela, D., Roman, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., & Roperio-Padilla, C. (2022). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women And Birth*, 36(2), e219–e226. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
- Meyer, S., Cignacco, E., Monteverde, S., Trachsel, M., Raio, L., & Oelhafen, S. (2022). 'We felt like part of a production system': A qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland. *PLoS ONE*, 17(2), e0264119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264119>
- Miltenburg, A. S., Van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 88–106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
- Mohanty, C. T. (2011). Under Western eyes: feminist scholarship and colonial discourses. In *The women, gender and development reader* (2de editie, pp. 83-88). Zed Books Ltd.
- Moscucci, O. (2003). Holistic obstetrics: the origins of "natural childbirth" in Britain. *Postgraduate medical journal*, 79(929), 168-173. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.929.168>

- Nestel, S. (1994). "Other" mothers: race and representation in natural childbirth discourse. *Resources for Feminist Research*, 23(4), 5. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/other-mothers-race-representation-natural/docview/194893093/se-2>
- Neufeld, N. S. R., Hounsou, C. B., Vigan, A. A., Unkels, R., Hounbo, G., Stockart, A., Hanson, C., Dossou, J., & Alvesson, H. M. (2024). "Letting themselves go during care" – exploring patient autonomy during co-designed intrapartum care in a Beninese maternity ward. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06777-5>
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Blackwell Pub.
- O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- Olesen, O. F., & Parker, M. I. (2012). Health research in Africa: getting priorities right. *Tropical Medicine & International Health*, 17(9), 1048–1052. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.03027.x>
- Orpin, J., Puthussery, S., & Burden, B. (2019). Healthcare providers' perspectives of disrespect and abuse in maternity care facilities in Nigeria: a qualitative study. *International Journal Of Public Health*, 64(9), 1291–1299. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01306-0>
- Owens, D. C. (2017). *Medical bondage: Race, gender, and the origins of American gynecology*. University of Georgia Press.
- Pertile, R., Pavanello, L., Soffiati, M., Manica, L., & Piffer, S. (2018). Length of stay for childbirth in Trentino (North-East of Italy): the impact of maternal characteristics and organizational features of the maternity unit on the probability of early discharge of healthy, term infants. *European journal of pediatrics*, 177, 155-159. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3035-4>
- Poesche, J. (2019). Coloniality in sub-Saharan Africa and the Americas. *Journal of Developing Societies*, 35(3), 367-390. <https://doi.org/10.1177/0169796X19868317>
- Puthussery, S., Bayih, W. A., Brown, H., & Aborigo, R. A. (2023). Promoting a global culture of respectful maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 798. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06118-y>
- Quijano, A. (2007). Coloniality and modernity/rationality. *Cultural studies*, 21(2-3), 168-178. <https://doi.org/10.1080/09502380601164353>
- Ragin, C. C., & Amoroso, L. M. (2011). *Constructing social research: The Unity and Diversity of Method*. Pine Forge Press
- Rattner, D. (2009). Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 13, 595-602. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>
- Rich, A. (2003). Notes toward a Politics of Location. In *Feminist Postcolonial Theory: A Reader* (pp.29-42). Routledge.

- Rivera Pichardo, E. J., Jost, J. T., & Benet-Martínez, V. (2022). Internalization of inferiority and colonial system justification: The case of Puerto Rico. *Journal of Social Issues*, 78(1), 79-106. <https://doi.org/10.1111/josi.12437>
- Ross, L. J. (2017). Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, 19(3), 286-314. <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>
- Rubashkin, N., Baji, P., Szebik, I., Schmidt, E., & Vedam, S. (2021). Examining obstetric interventions and respectful maternity care in Hungary: Do informal payments for continuity of care link to quality? *Birth*, 48(3), 309-318. <https://doi.org/10.1111/birt.12540>
- Rucell, J. (2017). *Obstetric violence & colonial conditioning in South Africa's reproductive health system* (Doctoral dissertation). University of Leeds. Geraadpleegd op 10 september 2024, van https://etheses.whiterose.ac.uk/20747/1/J%20Rucell_Dissertation_FINAL.pdf
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. (2021). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture Health & Sexuality*, 24(11), 1466-1480. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>
- Shabot, S. (2016). Making loud bodies 'feminine': A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Shabot, S. (2021). "You are not qualified—leave it to us": Obstetric violence as testimonial injustice. *Human Studies*, 44(4), 635-653. <https://doi.org/10.1007/s10746-021-09596-1>
- Shaheen-Hussain, S., Lombard, A., & Basile, S. (2023). Confronting medical colonialism and obstetric violence in Canada. *The Lancet*, 401(10390), 1763-1765. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01007-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01007-3)
- Shuman, H. L., Grupp, A. M., Robb, L. A., Akers, K. G., Bedi, G., Shah, M. A., Janis, A., Caldart, C. G., Gupta, U., Vaghasia, J. K., Panneerselvam, A., Kazeem, A. O., Amutah-Onukagha, N. N., & Levine, D. L. (2023). Approaches and geographical locations of respectful maternity care research: A scoping review. *Plos one*, 18(8), e0290434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290434>
- Stone, P. K. (2009). A History of Western Medicine, Labor, and Birth. In *Science across cultures* (pp. 41-53). https://doi.org/10.1007/978-90-481-2599-9_4
- Stone, P. K. (2016). Biocultural perspectives on maternal mortality and obstetrical death from the past to the present. *American journal of physical anthropology*, 159, 150-171. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22906>
- Suarez-Balcazar, Y., Buckingham, S., Rusch, D. B., Charvonja, A., Young, R. I., Lewis, R. K., Ford-Paz, R. E., Mehta, T. G., & Perez, C. M. (2024). Reproductive justice for black, indigenous, women of color: uprooting race and colonialism. *American Journal of Community Psychology*, 73(1-2), 159-169. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12650>

- Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Boix, H., Fernández, M. G. E., González-Pacheco, N., Martín, A., Pérez-Muñuzuri, A., & Couce, M. L. (2020). Home births: A growing phenomenon with potential risks. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 93(4), 266.e1-266.e6. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.04.012>
- Tansia, T. B., Jult, W., & Maes, B. (2021). *Woordenlijst met termen over dekolonisatie*. 11.11.11. Geraadpleegd op 2 oktober 2024, van <https://11.be/sites/default/files/2021-06/210628-Lexicon-Inspiratiegids.pdf>
- Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Bjog*, 122(8), 1045. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- Van Der Pijl, M. S. G., Hollander, M. H., Van Der Linden, T., Verweij, R., Holten, L., Kingma, E., De Jonge, A., & Verhoeven, C. J. M. (2020). Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. *PLoS ONE*, 15(5), e0233114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233114>
- Van Der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., Van Der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., & De Jonge, A. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reproductive Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01460-4>
- van der Waal, R., Mitchell, V., van Nistelrooij, I., & Bozalek, V. (2021). Obstetric violence within students' rite of passage: The reproduction of the obstetric subject and its racialized (m)other. *Agenda*, 35(3), 36–53. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1958553>
- van der Waal, R., Mayra, K., Horn, A., & Chadwick, R. (2023). Obstetric violence: an intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology*, 4(1), 91-114. <https://doi.org/10.1002/fea2.12097>
- van Hassel, R., van der Waal, R., & van Nistelrooij, I. (2022). Mijn belichaamde kennis is van waarde: Een auto-etnografische, zorgethische analyse van epistemisch onrecht binnen de Nederlandse reproductieve zorg. *Tijdschrift voor genderstudies*, 25(4), 339-362. <https://doi.org/10.5117/TVGN2022.4.004.HASS>
- Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press.
- Vergès, F. (2017). *Le ventre des femmes: capitalisme, racialisation, féminisme*. Albin Michel.
- Vergès, F. (2020). *María Lugones, 1944-2020*. Radical Philosophy. Geraadpleegd op 15 september 2024, van https://www.radicalphilosophy.com/wp-content/uploads/2021/02/rp209_verges.pdf
- Vergès, F., & Bohrer, A. J. (2021). *A decolonial feminism* (Vol. 13). Pluto Press.
- Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *Bjog*, 123(5), 671. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13750>

- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25-S37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
- Warren, C. E., Njue, R., Ndwiga, C., & Abuya, T. (2017). Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1288-6>
- Wekker, G. (2020). *Witte onschuld: Paradoxen van kolonialisme en ras, herziene editie*. Amsterdam University Press.
- Wellington, J., & Szczerbinski, M. (2007). *Research methods for the social sciences*. A&C Black.
- White, S. C. (2005). The 'gender lens': a racial blinder? *Progress in Development Studies*, 6(1), 55–67. <https://doi.org/10.1191/1464993406ps127oa>
- White Ribbon Alliance [WRA]. (2011). Charte des soins de maternité respectueux: Droits universels des femmes et des nouveau-nés. In <http://whiteribbonalliance.org>. Geraadpleegd op 8 september 2024, van https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_French.pdf
- Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizan, J., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(10), 1208-1211. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>
- Wojczewski, S., Pentz, S., Blacklock, C., Hoffmann, K., Peersman, W., Nkomazana, O., & Kutalek, R. (2015). African female physicians and nurses in the global care chain: qualitative explorations from five destination countries. *PloS one*, 10(6), e0129464. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129464>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization. Geraadpleegd op 8 september 2024, van <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/W?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2015a). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. World Health Organization. Geraadpleegd op 8 september 2024, van https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO]. (2015b). *WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide*. World Health Organization. Geraadpleegd op 8 september 2024, van https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Geraadpleegd op 9 september 2024, van <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets*. World Health Organization. Geraadpleegd op 15 juli 2024, van <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340830/WHO-EURO-2018-2366-42121-58038-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization [WHO]. (2024). Maternal mortality. World Health Organization.

Geraadpleegd op 14 juli 2024, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Yuval-Davis, N. (2016). Gender and Nation. In *Space, gender, knowledge: Feminist readings* (pp. 403-408). Routledge.

BIJLAGEN

Bijlage 1: overzicht van de onderzoekselementen

Sub-Saharaans Afrika

	Studie	Land van onderzoek	Locaties van de auteurs	Onderzoekopzet	Gebruikte lens
1	Adinew et al. (2021). Care providers' perspectives on disrespect and abuse of women during facility-based childbirth in Ethiopia: A qualitative study	Ethiopië	Ethiopië, Australië	- Kwalitatief onderzoek (semi-gestructureerde interviews) naar de perspectieven van 15 zorgverleners, waarvan 11 vroedvrouwen/verpleegkundigen en 4 artsen - Uitgevoerd tussen oktober 2019 en januari 2020 - Onderzoeksdata vertaald naar het Engels	Respectloosheid en misbruik
2	Adinew et al. (2023). Women's perspectives on disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study	Ethiopië	Ethiopië, Australië	- Kwalitatief onderzoek (15 diepte-interviews, 5 focusgroepen) naar de perspectieven van 54 vrouwen - Uitgevoerd tussen oktober 2019 en januari 2020 - Onderzoeksdata vertaald naar het Engels	Respectloosheid en misbruik
3	Baldé et al. (2017). A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea	Guinée	Guinée, WHO	- Kwalitatief onderzoek (64 diepte-interviews, 8 focusgroepen) naar de percepties van 40 vrouwen en zorgverleners (13 vroedvrouwen, 5 artsen, 6 medische directeurs) - Uitgevoerd tussen juni en september 2015 - Onderzoeksdata vertaald naar het Frans	Respectvolle geboortezorg, mishandeling
4	Bohren et al. (2016). "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria	Nigeria	Nigeria, Verenigde Staten, WHO	- Kwalitatief onderzoek (84 semi-gestructureerde interviews en 4 focusgroepen) naar de percepties van vrouwen en zorgverleners - Uitgevoerd tussen maart en juni 2015 - Onderzoeksdata vertaald naar het Engels	Mishandeling
5	Brazy-Nancy et al. (2023). A qualitative analysis of obstetric violence in rural Madagascar	Madagascar	Madagascar (incl. USAID)	- Kwalitatief, gemengd antropologisch en gezondheidsonderzoek (58 semi-gestructureerde interviews), 6 focusgroepen en 6 observaties) met vrouwen (thuis bevallen of in een gezondheidsvoorziening), zorgverleners en traditionele geboortebegeleiders - Uitgevoerd in 2020 in 3 rurale contexten	Obstetrisch geweld

6	Doyle et al. (2021). The relationship between inequitable gender norms and provider attitudes and quality of care in maternal health services in Rwanda: a mixed methods study	Rwanda	Rwanda, Verenigde Staten (incl. USAID)	- Kwantitatief (survey) en kwalitatief (focusgroepen) onderzoek naar hoe gender en machtsdynamieken tussen zorgverleners en -ontvangers de percepties en ervaringen van beide groepen t.a.v. kwalitatieve zorg beïnvloeden (10 zorgverleners, 10 vrouwen, 10 mannelijke begeleiders) - Uitgevoerd in februari 2019 in 3 gezondheidsvoorzieningen - Onderzoeksdata vertaald naar het Engels	Respectloosheid en misbruik
7	Lusambili et al. (2020). Deliver on Your Own: Disrespectful Maternity Care in rural Kenya	Kenia	Kenia, Canada	- Kwalitatief onderzoek (interviews, focusgroepen) naar de ervaringen en percepties van 16 vrouwen (adolescent en volwassen) en mannen alsook van 24 sleutelfiguren (zorgverleners, religieuze leiders, lokale overheden, gezondheidsministerie, vrouwenorganisaties) - Uitgevoerd in april 2017 in twee provincies - Onderzoeksdata vertaald naar het Engels	Respectloosheid en misbruik
8	Miltenburg et al. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence	Tanzania	Tanzania, Noorwegen	- Observatief en participatief onderzoek naar de ervaringen van 14 vrouwen, waarvan de meerderheid adolescent - Uitgevoerd tussen september 2015 en februari 2017 in 3 gezondheidsvoorzieningen - Onderzoeksdata vertaald naar het Engels	Structureel geweld
9	Neufeld et al. (2024). “Letting themselves go during care” – exploring patient autonomy during co-designed intrapartum care in a Beninese maternity ward	Benin	Benin, Zweden	- Kwalitatief onderzoek (21 semi-gestructureerde interviews, 7 focusgroepen) naar de ervaringen van vrouwen, vroedvrouwen en begeleiders - Uitgevoerd tussen januari en maart 2021 - Onderzoekstools vertaald naar de lokale taal, onderzoeksdata vertaald naar het Frans, codering in het Engels	Respectvolle geboortezorg
10	Orpin et al. (2019). Healthcare providers’ perspectives of disrespect and abuse in maternity care facilities in Nigeria: a qualitative study	Nigeria	Verenigd Koninkrijk	- Interpretatief en fenomenologisch onderzoek (semi-gestructureerde interviews) naar de perspectieven van 16 zorgverleners: artsen, vroedvrouwen, hoofdverpleegkundigen en gezondheidsvoorlichters - Uitgevoerd tussen september en oktober 2017 in 2 gezondheidsvoorzieningen - Geen vermelding van gehanteerde taal	Respectloosheid en misbruik
11	Warren et al. (2017). Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions	Kenia	Kenia, Verenigde Staten	- Kwalitatief onderzoek (19 focusgroepen, 99 diepte-interviews) naar de ervaringen en percepties van zorgontvangers (vrouwen, mannen, middenveld, lokale leidinggevendenden) en zorgverleners (beleidsmakers, leidinggevendenden, traditionele geboortebegleiders) - Uitgevoerd tussen augustus en oktober 2011 in 13 gezondheidsvoorzieningen - Vertaling van onderzoekstools naar de lokale talen	Respectloosheid en misbruik

Europa

	Studie	Land van onderzoek	Locaties van de auteurs	Onderzoeksopzet	Gebruikte lens
1	Annborn en Finnbogadottir (2021). Obstetric violence a qualitative interview study	Zweden	Zweden	- Kwalitatief onderzoek (interviews) naar de ervaringen van 12 Zweedssprekende vrouwen in 3 gezondheidsvoorzieningen - Uitgevoerd in 2019	Obstetrisch geweld
2	Baranowska et al. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth	Polen	Polen, Schotland	- Kwantitatief onderzoek (online survey) met kwalitatieve commentaren naar de ervaringen van 8378 vrouwen - Uitgevoerd tussen februari en maart 2018	Respectvolle geboortezorg, respectloosheid en misbruik
3	Begley et al. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey	Tsjechische Republiek	Tsjechische Republiek, Zweden, Ierland	- Kwantitatief onderzoek (online survey) met kwalitatieve commentaren naar de percepties van 54 zorgverleners, waarvan 26 vroedvrouwen en 24 doula's werkzaam in 51 gezondheidsvoorzieningen en waarvan 7 zorgverleners thuisbevallingen begeleiden - Uitgevoerd in 2015	Respectvolle geboortezorg
4	Biurrun-Garrido et al. (2023). Perception of health sciences and feminist medical students about obstetric violence	Spanje	Spanje	- Kwantitatief, cross-sectioneel en online onderzoek naar de percepties over obstetrisch geweld van 150 studenten die deelnamen aan het eerste congres over feministische geneeskunde van de CEEM - Uitgevoerd op 12 maart 2021	Obstetrisch geweld
5	Hadjigeorgiou et al. (2023). Exploring mothers' experiences of perinatal care in Cyprus: Babies Born Better survey	Cyprus	Cyprus, Verenigd Koninkrijk	- Gemengd kwantitatief en kwalitatief onderzoek (online survey) naar de ervaringen van 360 vrouwen, als onderdeel van de Babies Born Better survey uitgevoerd in 38 Europese landen - Uitgevoerd tussen maart en augustus 2018 - Vertaling van de onderzoekstool vanuit het Engels naar het Grieks	Respectvolle geboortezorg
6	Leijerzapf et al. (2024). Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands	Nederland	Nederland, Verenigd Koninkrijk	- Kwantitatief onderzoek (online survey) naar de frequentie en respondentenfactoren van ervaringen van respectloosheid en misbruik van 11 520 Nederlands- en Engelstalige vrouwen vanaf 16 jaar, met onderscheid tussen vrouwen die wel of niet voor het eerst zijn bevallen - Uitgevoerd tussen oktober en december 2020	Respectloosheid en Misbruik
7	Mangindin et al. (2023). Respectful maternity care and women's autonomy in decision making in Iceland: Application of scale instruments in a cross-sectional survey	IJsland	IJsland, Canada, Nederland	- Kwantitatief, cross-sectioneel, onderzoek (online survey) naar verbanden tussen respondentenfactoren en ervaringen van respect en autonomie bij 1402 volwassen vrouwen die IJslands-, Engels- of Poolstalig zijn. - Uitgevoerd in 2020 - Heen- en weer vertaling van onderzoekstools vanuit het Engels naar IJslands en Pools	Respectvolle geboortezorg

8	Martinez-Galiano et al. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study	Spanje	Spanje	-	Kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek (online survey met 4 kwalitatieve commentaren) naar de prevalentie en geassocieerde factoren van obstetrisch geweld bij 899 Spaanstalige vrouwen	Obstetrisch geweld
9	Mena-Tudela et al. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study	Spanje	Spanje	-	Kwalitatief onderzoek (20 diepte-interviews) naar de ervaringen van 14 zorgverleners (vroedvrouwen, verpleegkundigen, gynaecologen, pediaters) en studenten verpleegkunde die vanuit het opleidingsonderdeel 'gezondheidszorg en gender' het 2e internationale seminar over obstetrisch geweld volgden - Uitgevoerd tussen mei en juli 2021 - Heen en weer vertaling van onderzoeksdata van het Spaans naar Engels	Obstetrisch geweld
10	Meyer et al. (2022). 'We felt like part of a production system': A qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland	Zwitserland	Zwitserland	-	Gemengd kwantitatief (nationale survey) en kwalitatief (interviews) onderzoek naar de ervaringen van 11 vrouwen - Uitgevoerd tussen mei en november 2020 - Vertalingen van interviewtools vanuit Duits naar Engels en Frans	Mishandeling
11	Rubashkin et al. (2021). Examining obstetric interventions and respectful maternity care in Hungary: Do informal payments for continuity of care link to quality?	Hongarije	Hongarije, Verenigde Staten, Canada	-	Kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek (online survey) naar het verband tussen informele betalingen van zorgverleners door vrouwen en respectvolle geboortezorg (600 vrouwen bevestigd) - Uitgevoerd in oktober 2014	Respectvolle geboortezorg
12	Scandurra et al. (2021). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health	Italië	Italië	-	Kwantitatief, cross-sectioneel, onderzoek (online survey) naar de vormen en psychologische gevolgen van obstetrisch geweld en respondentenfactoren bij 282 vrouwen - Uitgevoerd tussen december 2020 en januari 2021	Obstetrisch geweld
13	Van der Pijl et al. (2020). Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth	Nederland	Nederland, Verenigd Koninkrijk	-	Kwalitatieve inhoudsanalyse van 438 geschreven getuigenissen van vrouwen via de sociale media campagne #genoeggezwegen - Uitgevoerd tussen november en december 2016	Respectloosheid en misbruik
14	Van der Pijl et al. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey	Nederland	Nederland	-	Kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek (online survey) naar de frequentie van respectloosheid en misbruik en respondenten hun karakteristieken bij 12 239 Nederlands- of Engelstalige vrouwen - Uitgevoerd tussen oktober en december 2020	Respectloosheid en misbruik

Bijlage 2: codeboek

Naam	Beschrijving
Genderongelijkheid	Obstetrisch geweld als gevolg van genderongelijkheid
Ambigue agency	
Epistemisch geweld	
Epistemische kolonisatie	
Getuigenis-onrecht	
Hermeneutisch onrecht	
Patriarchale blik op bevallende vrouwen	Gendernormen t.a.v. bevallende vrouwen, positie van vroedvrouwen
Koloniale geboortezorg	Obstetrisch geweld als gevolg van koloniale processen
Dehumanisering en toe-eigening van vrouwen van kleur	
Gezondheidszorg als vorm van koloniaal beleid	Positie van vroedvrouwen
Koloniale basis van biomedische geneeskunde	
Neokoloniale obstetrie	
Obstetrisch racisme	Intersectionaliteit, 'ras' en obstetrisch geweld als gevolg van raciale stereotypering en ongelijkheid

Naam	Beschrijving
Reproductieve en demografische controle	
Medicalisering van bevallingen	Obstetrisch geweld als gevolg van de medicalisering van bevallingen
Biomedische geneeskunde	
Institutionalisering	
Macht en controle	
Veiligheid	
Traditionele - vrouwgerichte - alternatieve bevallingspraktijken	Cf. epistemisch geweld, patriarchale blik, gezondheidszorg als vorm van koloniaal beleid

Bijlage 3: checklist transparant gebruik van AI

GENERATIEVE AI-GEBRUIK

Binnen de opleiding Gender en Diversiteit volgen we de [UGent richtlijnen](#) voor een verantwoord gebruik van generatieve AI. Je wordt ook uitgenodigd op Ufora voor het doorlopen van het Ufora-leerpad "[Generatieve AI – van leren tot creëren](#)".

De ingevulde versie is een verplichte bijlage bij de masterproef.

Naam: Yana Demey

Studentnummer: 01805510

Gelieve met 'x' aan te duiden wat van toepassing is en vul aan indien nodig.

- ☐ Ik heb geen GAI-tool gebruikt.
- ☒ Ik heb een of meerdere GAI-tools gebruikt.

Welke? ChatGPT

Gelieve met 'x' aan te duiden wat van toepassing is, vermeld welk tool(s) je heb gebruikt en omschrijf hoe je de tool(s) hebt gebruikt.

Ik heb een GAI-tool gebruikt als:

- ☐ **Ideeënverstrekker** (bijvoorbeeld: brainstorm met de tool over een bepaald thema, bereid een discussie voor door argumenten te laten genereren, enz.)

Specificeer GAI-tool(s):

Omschrijving:

- ☐ **Zoekmachine** (bijvoorbeeld: extra literatuur zoeken over een bepaald onderwerp, enz.)

Specificeer GAI-tool(s):

Omschrijving:

- ☐ **Schrijfassistent** (bijvoorbeeld: spellings- en typfouten laten verbeteren, een tekst formeler laten schrijven, enz.)
Specificeer GAI-tool(s):
Omschrijving:
- ☐ **Ontwerper** (bijvoorbeeld: maak een nieuwe, unieke afbeelding, enz.)
Specificeer GAI-tool(s):
Omschrijving:
- ☐ **Oefentool** (bijvoorbeeld: gebruik de tool als een buddy en vraag extra uitleg bij specifieke leerstof, vraag om extra oefeningen te maken, enz.).
Specificeer GAI-tool(s):
Omschrijving:
- ☐ **Data-analyse** (bijvoorbeeld: berekenen van data, scatterplot genereren, enz.)
Specificeer GAI-tool(s):
Omschrijving:
- X **Efficiëntie bevorderen** (bijvoorbeeld: samenvatten van bestaande teksten, bronnenlijst in APA-stijl zetten enz.)
Specificeer GAI-tool(s): ChatGPT
Omschrijving: kernideeën uit bestaande teksten halen om de relevantie af te toetsen of om af te toetsen met mijn eigen begrip van een gelezen tekst, verduidelijken van concepten, alfabetiseren van bronnenlijst, uitzonderlijk ook taalcontrole bij twijfel.
- ☐ **Ik heb de tools op een andere manier gebruikt.**
Specificeer GAI-tool(s):
Omschrijving:

Ik verklaar dat ik

- X bovenstaande gegevens naar waarheid heb ingevuld.
- X het Ufora-leerpad “Generatieve AI – van leren tot creëren” heb doorlopen.