

Anticonceptie & family planning in Ghana: de moeilijkheden en mogelijkheden
Een vergelijkend onderzoek naar getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten.

Iris van Hall & Janneke Stigter



Anticonceptie & *family planning* in Ghana: de moeilijkheden en mogelijkheden

Een vergelijkend onderzoek naar getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten.

Scriptie Bachelor onderzoek

Iris J.M. van Hall & Janneke J.M. Stigter

Studentnummers: 3503860 & 3463087

i.j.m.van.hall@students.uu.nl

i.j.m.stigter@students.uu.nl

Scriptiebegeleider: Nikkie Wiegink

Universiteit Utrecht, juni 2013

Contents

Voorwoord	1-4
1. H1 Inleiding	1-5
2. H2. Theoretisch kader	2-10
2.1 Structuur-actoren debat	2-11
2.2 Complexiteit van anticonceptie	2-13
2.3 Pilaren van dominantie	2-14
2.3.1 Pilaar: Gender relaties	2-15
2.3.2 Pilaar: Religie	2-17
2.3.3 Pilaar: Familie	2-19
2.3.4 Pilaar: Gezondheidsinstituties	2-21
3. Context	3-24
3.1 Onderzoekslocatie	3-24
3.2 De vier dominantie structuren in Noord Ghana	3-25
4. Getrouwde vrouwen en family planning	4-28
4.1 Paragraaf 1: Overheid en gezondheidsinstituties	4-28
4.2 De seksuele partner	4-31
4.3 Familie	4-34
4.4 Religie	4-37
5. Ongetrouwde vrouwelijke adolescenten	5-41
5.1 Overheid en Gezondheidsinstituties	5-41
5.2 Seksuele partner	5-44
5.3 Familie	5-47
5.4 Religie	5-51
6. Conclusie	54
6.1 Structuur agency debat	54
6.2 Empirie	55
6.3 Vergelijking onderzoekspopulaties	58
6.4 Koppeling literatuur	60
6.5 Relevantie onderzoeksresultaten	61
7. Literatuurlijst	63
8. Bijlagen	69
8.1 Summary of the research	69
8.2 Voorbeelden van gezondheidsbeleid	73

Voorwoord

Veldwerk, empirisch onderzoek en participerende observatie: termen die verweven zijn in de discipline Culturele Antropologie. Het zijn deze kwalitatieve onderzoeksmethoden die Culturele Antropologie tot zo'n interessant vakgebied maken. De onderzoeker vormt het belangrijkste onderzoeksinstrument, dat brengt veel verantwoordelijkheid met zich mee. Hoe wordt een goed onderzoek uitgevoerd en hoe zorgt de onderzoeker ervoor dat zijn of haar opvattingen en aanwezigheid niet te veel invloed zullen hebben op de onderzoeksresultaten? Deze en vele andere vraagstukken zijn vanaf begin februari de uitdagingen geweest waar wij als antropologen in de dop voor stonden. Nu, ruim acht maanden later, kunnen we concluderen dat zowel het veldwerk als het schrijven van de scriptie een uitdagend, soms frustrerend, maar uiterst leerzaam proces is geweest.

Graag willen wij een aantal mensen bedanken zonder wie het schrijven van deze bachelor thesis niet mogelijk was geweest. Ten eerste willen we onze families en vrienden bedanken voor alle steun en begrip die wij tijdens het schrijfproces hebben ontvangen. Ook bedanken wij Ontmoet Afrika en de *Youth Harvest Foundation* en vooral Lianne van Rijssel en Jonh Grugu, omdat zij het mogelijk maakten om ons onderzoek op de prachtige locatie Bolgatanga uit te voeren. Nikkie Wiegink, onze scriptiebegeleider, willen wij in het bijzonder bedanken voor haar kritische houding, haar betrokkenheid en haar altijd aanwezige vertrouwen in ons onderzoek. Gedurende het gehele proces heeft zij op een constructieve manier een onmisbare bijdrage geleverd aan deze scriptie.

Zonder onze informanten in Bolgatanga was het onderzoek niet mogelijk geweest. Iris wil graag in het bijzonder haar vriendinnen en informanten Fawzia, Cecilia en Augustina bedanken. Janneke bedankt Pastoor Simon en Ma. Zij waren onze sleutelinformanten, die gedurende het hele proces tijd en moeite in ons en ons onderzoek hebben gestoken en daarom een betekenisvolle rol hebben gespeeld. Tenslotte wil Janneke haar onderzoekspartner Iris bedanken voor haar kritische blik en support, Iris bedankt Janneke voor haar enthousiasme en een mooie veldwerkperiode.

1. H1 Inleiding

“Sometimes the woman wants to, but the man doesn't want to do family planning, it happens. They used to say: if you use family planning, you will not be able to give birth again. So some are afraid.” De echtgenoot keurt het gebruik van family planning methoden van zijn vrouw, Iyampokka af. Zij heeft vervolgens besloten om dan maar geen *family planning* te gebruiken. Zoals Iyampokka zijn er meer vrouwen die niet onafhankelijk keuzes kunnen maken over hun eigen reproductieve lichaam. Volgens de 21-jarige Joyce kan zij het gebruik van anticonceptie niet openlijk bespreken met haar direct familie. “Either you get pregnant and you lose the respect of your family. If your parents are telling you about contraception it seems they are saying I can engage in sex.” Zowel Iyampokka als Joyce worden in zowel hun percepties als gebruik van anticonceptie beïnvloed. Anticonceptie lijkt een privé keuze, omdat het in de privésfeer afspeelt en niet duidelijk identificeerbaar is (via het lichaam) voor de buitenwereld. Echter, wij zullen beargumenteren dat het gebruik van anticonceptie en *family planning* in Ghana niet geldt als een privé keuze, maar dat verschillende sociale structuren de keuzemogelijkheden tot gebruik van anticonceptie beïnvloeden.

Het structuur-actoren debat dat terug te leiden is tot de grondleggers van de sociologie (Weber, Durkheim) vormt het analytische kader waarin wij de empirisch verkregen resultaten hebben geïnterpreteerd. De vragen ‘Hoe beïnvloeden structuren ons leven?’ en ‘Hoe komen deze tot stand?’ zijn vragen waar menig wetenschapper zich over heeft gebogen. Durkheim en Weber worden vaak aangehaald om zowel het belang van structuren te begrijpen, als het handelen van individuen te interpreteren. Durkheim stelde dat sociale feiten of structuren een dwingend karakter kennen en niet veranderd kunnen worden door individuen (Durkheim, ed. 1982: 50-52). Weber geloofde dat naar *social action*, uitgevoerd door actoren, moet worden gekeken wil men de grote structuren kunnen begrijpen. Tevens was Weber de grondlegger van de interpretatieve empirische methodologie (Swedberg 2005).

Waar Durkheim zich vooral richtte op structuren en Weber bekend stond om het begrip *social action* heeft Giddens (1984) getracht om de lijnen tussen *agency* en

structuur te theoretiseren. Giddens heeft voor een groot deel de theorie gevormd waarin wordt gesteld dat structuren dual zijn. Ze vormen niet alleen de handelsmogelijkheden of *agency* van individuen, dezelfde structuren kunnen ook veranderd worden door individuen (Giddens 1984:19). Hays (1994) maakt een onderscheid in *agency*, namelijk *agency* die bestaande structuren herbevestigt en *agency* die deze als het ware kan transformeren (Hays 1994: 63-64). De twee soorten vormen van *agency* die Hays voorstelt kunnen gelinkt worden aan Giddens' structuratietheorie.

Het gebruik van anticonceptie zal worden benaderd vanuit het idee dat getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten door hun handelen zich zowel kunnen conformeren naar bestaande structuren, als door hun handelen deze kunnen veranderen. Wij hebben daarbij de volgende hoofdvraag gesteld: *Wat zijn mogelijkheden en moeilijkheden in het gebruik van anticonceptie voor ongetrouwde adolescenten en getrouwde vrouwen in Bolgatanga, Ghana?*

De hoofdvraag omvat zowel de optie mogelijkheden tot vormen van *agency* en de mogelijke structuren die inwerken op het gebruik van anticonceptie. Daarmee kan deze vraag vanuit het structuur-actoren debat benaderd worden.

Om deze vraag te beantwoorden zijn wij op zoek gegaan naar dominante structuren. In debatten over anticonceptie in Ghana wordt vooral aandacht besteed aan de rol van de seksuele partner en religie die de keuzes van vrouwen in het gebruik van anticonceptie beïnvloeden (Bawah, Akweongo, Simmens en Phillips 1999; Kwankye 2006; Doctor, Phillips en Sakeah 2009). Het begincitaat introduceert eigenlijk al één van deze dominante structuren, namelijk de seksuele partner. Wij hebben echter tijdens ons veldwerk naast deze bovenstaande structuren opgemerkt dat ook familie en gezondheidsinstuties inwerken op het gebruik van anticonceptie. In totaal hebben wij dus vier 'pilaren' kunnen identificeren: gezondheidsinstuties, familie, de seksuele partner en religie, waarvan de pilaar familie en gezondheidsinstuties tijdens het veldwerk naar voren zijn gekomen en niet als zodanig worden genoemd in literatuur.

De theoretische relevantie van dit onderzoek is tweeledig. In de thesis zullen we laten zien welke structuren een meer beperkende rol spelen en in welke structuren de vrouwen een meer transformerende rol kunnen spelen. Met deze

empirische verkregen kennis hopen wij bij te kunnen dragen aan een theoretische benadering waarin het gebruik van anticonceptie als ingebed in een bepaalde sociaal-culturele context wordt benaderd en waarbij altijd meerdere 'spelers in het veld zijn'. Wij hopen daarmee bij te dragen tot een bredere empirische onderbouwing van het gebruik van anticonceptie als een sociaal construct

Ten tweede hebben wij een *gap* in de literatuur gevonden, met betrekking tot de verschillen tussen de onderzoekspopulaties. Ghana was één van de eerste Afrikaanse landen die een populatie programma startte. De overheid hanteert een vooruitstrevend populatie beleid, met aandacht voor verspreiding van anticonceptie en kennisvergroting van seksualiteit. Veel vrouwen maken gebruik van de family planning services van de overheid. Tegelijkertijd kent de West-Afrikaanse natie een hoog aantal tienerzwangerschappen en tevens een groot aantal jonge individuen met soa's. Hoe is dit mogelijk als de overheid een dergelijk vooruitstrevend beleid voert? Zijn de overheidsmaatregelen wellicht gericht op een bepaalde groep, waar adolescenten buiten vallen? Het is opvallend dat anticonceptie en *family planning* methoden ruimschoots beschikbaar zijn en blijkbaar toch veel jongeren er geen gebruik van maken. Het verduidelijken van deze *gap* in de literatuur is onze andere theoretische doelstelling.

De maatschappelijke relevantie vloeit hier logischerwijs uit voort. Als de theoretische *gap* is opgevuld, en hiermee duidelijk is waarom adolescenten nauwelijks gebruik van anticonceptie maken, terwijl getrouwde vrouwen veelvuldig gebruik maken van de *family planning* diensten van de overheid, kan dit een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een beleid dat gericht is op het terugdringen van tienerzwangerschappen en eventueel jongeren met soa's. Deze schijnbare tegenstelling heeft ons er tevens toe gebracht om een comparatief onderzoek uit te voeren tussen getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten. Ons doel is doormiddel van het onderzoek van motieven, mogelijkheden en moeilijkheden van de twee groepen, bij te dragen aan de kennis over reproductieve gezondheid in Noord Ghana.

Wij hebben de hierboven gestelde hoofdvraag kunnen beantwoorden door kwalitatief onderzoek uit te voeren tussen februari en april 2013 in de stad Bolgatanga, Ghana en twee *suburbs* genaamd Sherigu en Dorongo. Wij bewogen

ons dagelijks tussen deze *suburbs* en de stad Bolgatanga, omdat we daar allebei een aantal van onze informanten hebben ontmoet. Er waren ook regelmatig dagen dat we in de dorpen verbleven om les te geven op school en vrouwen en meisjes op ontmoetingsplekken, zoals de markt, te leren kennen. In totaal hebben we 35 informanten gesproken, bestaande uit vrouwen, meisjes en experts op dit gebied. Iris heeft getrouwde vrouwen van verschillende generaties geïnterviewd en Janneke heeft met meisjes gesproken die zowel nog op school zitten of werkzaam zijn als bijvoorbeeld secretaresse. Naast de informanten uit de onderzoekspopulaties hebben we vertegenwoordigers van verschillende instituties geïnterviewd, zoals religieuze leiders, verpleegkundigen en docenten. De reden om ook met 'experts' te spreken was om te onderzoeken of de percepties en verhalen enigszins vergelijkbaar waren, dus om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Daarnaast boden de experts ons een ander perspectief dan de onderzoekspopulaties.

Er is gebruik gemaakt van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden. Ten eerste was het voeren van informele conversaties belangrijk om vertrouwensbanden op te bouwen. Het onderwerp 'gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden' is een vrij persoonlijk onderwerp en al waren vrouwen en meisjes vrij open over het onderwerp, bepaalde vragen zoals 'wat doe of wat heb je gedaan als je partner geen condoom of andere bescherming wilde gebruiken?' kunnen gevoelig liggen als er geen vertrouwensband tussen de informant en onderzoeker is. Naast het voeren van informele gesprekken hebben we veel gebruik gemaakt van topiclijsten voor het afnemen van semigestructureerd interviews. Deze topiclijsten hielpen om interviews gestructureerd te houden en gebruikten wij als checklist om te bepalen of alle gewenste onderwerpen aan bod waren gekomen. Participerende observatie is een belangrijk onderdeel van antropologische kwalitatieve methoden, echter het toepassen van participerende observatie was vrij lastig met ons onderwerp. De reden hiervoor was dat een duidelijke fysieke plek waar anticonceptie centraal stond ontbrak en men niet van buitenaf kan observeren of een vrouw of adolescent gebruik maakt van anticonceptie of *family planning* methoden. Wel hebben wij door te leven bij gastgezinnen bepaalde uitingen van structuren zoals gender verhoudingen en hiërarchie binnen families kunnen ervaren.

Deze ervaringen gaven ons het perspectief waarin onze data kon worden geplaatst. Het gebruik van anticonceptie staat allerm minst op zichzelf. Tijdelijk deel uit maken van een Noord Ghanese familie heeft ons de mogelijkheden geven om te observeren hoe bepaalde structuren zoals familieverhoudingen worden vormgegeven.

De structuur van onze scriptie hebben wij volgens een trechtermodel opgebouwd; we zijn op een theoretisch niveau begonnen en zijn langzaam afgedaald naar de realiteit van de onderzoekslocatie. In hoofdstuk twee beginnen we op een analytisch niveau. Het structuur-actoren debat vormt het raamwerk waarin wij ons onderzoek hebben geplaatst en zal in dit hoofdstuk uitgewerkt worden. De ontwikkeling van het begrip structuur zal worden besproken om deze vervolgens toe te passen op anticonceptie. In hoofdstuk drie dalen wij af naar een regionaal praktisch niveau en zullen we de nodige achtergrondinformatie geven om de empirische hoofdstukken beter te kunnen plaatsen. Zo zal de geografie, het religieuze landschap en familiesysteem voor de onderzoekslocatie worden toegelicht. In de hoofdstukken vier en vijf dalen we af naar het lokale niveau en zullen de verhalen van de getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten zo goed mogelijk worden weergegeven. In hoofdstuk vier komende de getrouwde vrouwen en in hoofdstuk vijf de vrouwelijke jongvolwassenen aan bod. Beide hoofdstukken zijn opgebouwd volgende de structuur van de vier pilaren, dus religie, familie, seksuele partner en gezondheidsinstituten. In hoofdstuk acht presenteren wij onze conclusie en discussie waarin de theorie en de empirie aan elkaar worden gekoppeld.

2. Theoretisch kader

In hoeverre bepalen structuren onze sociale wereld? Kunnen actoren eigen keuzes maken of worden deze bewust dan wel onbewust beïnvloed door structuren?

Grondleggers van de sociologie (Durkheim, Weber & Marx) hielden zich al met deze vragen bezig. Het concept 'structuur' blijft lastig te definiëren, ook de valkuil om in deterministische termen te gaan spreken is aanwezig (Sewell 1992, Hays 1994). Zo stelt Hays (1994) dat het structuur en actoren debat vaak in een mal van dichotomieën wordt gegoten: systematisch versus toevalligheden, beperkingen versus vrijheid en collectief versus individueel. Hierdoor wordt tekort gedaan aan relaties tussen *agency* en structuur en wordt de complexiteit van de sociale realiteit teniet gedaan (Hays 1994:57).

In dit hoofdstuk zullen opeenvolgend de theorieën over het structuur-actoren debat van Durkheim, Weber en Giddens en Sewell worden besproken. Anticonceptie, zo zal beargumenteerd worden, is een complex concept ingebed in een sociaal-culturele context. Tijdens het veldwerk is gebleken dat getrouwde vrouwen en ongetrouwde adolescenten niet volledig onafhankelijk handelen betreffende het gebruik van anticonceptie: verschillende dominante structuren werken in op hun mogelijkheden om anticonceptie te gebruiken. Desalniettemin raakt het gebruik van anticonceptie, vooral onder getrouwde vrouwen, langzamerhand meer geaccepteerd. Het zal blijken dat onze bevindingen aansluiten op de structuratietheorie van Giddens (1984) waarin hij stelt dat structuren dual zijn en eigenlijk meerdere functies hebben. Giddens verwoordt de dualiteit van structuur als volgt: "The rules and resources drawn upon in the production and reproduction of social action are at the same time the means of system-reproduction" (Giddens 1984:19). De regels en bronnen legt Giddens uit als routine of gewoonte, iets wat individuen gewoon doen. Juist routine, waarvan gewoontes een onderdeel zijn, zijn van belang voor het reproduceren van structuren (Giddens 1984:19). Het gebruik van anticonceptie bevestigt bijvoorbeeld man/vrouw verhoudingen, omdat de man vaak beslist over het gebruik van anticonceptie. Tegelijkertijd kan het gebruik van anticonceptie deze verhoudingen ook veranderen wanneer het bijvoorbeeld

gangbaar wordt dat vrouwelijke adolescenten en getrouwde vrouwen zeggenschap krijgen over het eigen reproductieve lichaam.

2.1 Structuur-actoren debat

Durkheim wordt vaak beschouwd als de grondlegger van de sociologie waarbij het in 1895 uitgegeven werk 'Regels van de sociologische methode' de basis vormde van de discipline. Durkheim stelde dat sociale regels (waarneembare sociale verschijnselen) individuen vormen, maar dat deze niet tot individuen gereduceerd kunnen worden, oftewel sociale feiten kunnen alleen veranderd worden door andere sociale feiten. Sociale feiten, zoals gewoontes en regels manifesteren zich als een collectief geheugen, als zogezegd regels die individuen leiden. Individen ervaren deze regels zelfstandig, maar volgens Durkheim wordt het door een groot collectief op dezelfde manier ervaren. Sociale feiten of structuren hebben een dwingend karakter en staan op een ander niveau dan individuen. Sociale feiten beïnvloeden individuen op verschillende manieren. Durkheim maakt een onderscheid tussen ten eerste het functioneren van individuen, dus voelen en denken, en ten tweede het 'zijn', waaronder hij bijvoorbeeld de bevolkingsverdeling en communicatie onder schaarde (Durkheim, ed. 1982: 50-52).

Weber benadrukte in tegenstelling tot Durkheim het belang om individuen en hun handelingen te begrijpen en niet zoals, waar Durkheim voor pleitte, te richten op sociale structuren. Mensen zijn volgens Weber niet alleen personages in een sociale realiteit dat geleid wordt door structuren, maar kunnen ook zelf handelen. Waar Durkheim richtte op sociale feiten, keek Weber naar individueel handelen. Handelen ('*action*') is anders dan gedrag ('*behavior*'). Gedrag verandert in handelen wanneer het betekenisvol is voor het individu of actor in kwestie. *Action* wordt *social action* als het gericht is op andere actoren. Weber was vooral geïnteresseerd in handelen dat geïnterpreteerd kon worden vanuit een sociologisch perspectief (Swedberg 2005:2).

Sewell (1992) onderscheidt drie problemen rondom het definiëren van structuur. Ten eerste noemt hij de veronderstelde 'harde' scheiding tussen structuren en menselijk handelen. Een metaforische benadering om deze deterministische benadering te illustreren is als volgt: structuren vormen het fundament van een gebouw en het menselijk handelen het interieur. Het gevaar volgens Sewell (1992) is

om structuur te zien als iets wat sociale realiteit vormt maar er wel boven staat, terwijl structuren door menselijk handelen zijn gevormd en ook weer veranderd kunnen worden. Ten tweede, de gangbare assumptie dat structuren een soort patroon uitstippelen veronderstelt een bepaalde mate van stabiliteit. Hierdoor blijft verandering en hoe verandering plaatsvindt onderbelicht. Ten slotte geeft Sewell (1992) aan dat het begrip 'structuur' verschilt per discipline. Zo zien sociologen 'cultuur' en 'structuur' als twee aparte begrippen: structuur vormt de basis en cultuur heeft een meer fluïde karakter. Vanuit een antropologisch perspectief wordt 'cultuur' juist benaderd als de dominante context waarin individuen leven (Sewell 1992:3).

Giddens vormt met zijn 'structuration theory' een spil tussen Durkheim en Weber. In zijn werk '*The Constitution of Society: outline of the theory of structuration*' (1985) zoekt Giddens een tussenweg tussen enerzijds het functionalisme van Durkheim en anderzijds de interpretatieve sociologie van Weber. Sociale realiteit is volgens Giddens (1984) niet een aaneenschakeling van toevallige handelingen van individuen, maar is ook niet volledig bepaald door structuren. Met de term '*structuration*' probeert Giddens (1984) duidelijk te maken dat individuele agency in relatie staat tot structuren. Zonder actoren is er geen samenleving, actoren bevestigen door hun handelingen de dominante structuren maar kunnen deze ook veranderen. Een belangrijke aanname in de structuratietheorie is dat manieren waarop de sociale realiteit wordt gevormd en bevestigd dezelfde bronnen vormen om structuren te veranderen, dat is de dualiteit van structuur. Volgens Sewell (1992) betekent de dualiteit van structuur, dat structuur enerzijds het raamwerk vormt waarin mensen eigen keuzes maken en tegelijkertijd bieden structuren actoren mogelijkheden om deze te veranderen (Sewell 1992:3).

Hays (1994) probeert structuur op een bepaalde manier onder te verdelen, namelijk door een onderscheid te maken in de soort agency en sluit daarmee aan bij het idee van Giddens dat individuele acties structuren ook kunnen veranderen. *Structurally reproductive agency* is gericht op keuzes van actoren die gemaakt worden binnen de bestaande of geaccepteerde mogelijkheden, waardoor structuren bevestigd worden. *Structurally transformative agency* betreft individuele handelingen die structuren veranderen (Hays 1994: 63-64).

Hoe kan het gebruik van anticonceptie in dit theoretisch raamwerk worden

geplaatst? In de volgende paragraaf zal het gebruik van anticonceptie als ingebed in een bepaalde context worden behandeld. Daarbij kan worden afgevraagd of het gebruik van anticonceptie bestaande structuren kan veranderen en gerekend kan worden tot *structurally transformative agency* of gebruik van anticonceptie voornamelijk wordt gevormd door dominante structuren, waardoor agency beperkt is?

2.2 Complexiteit van anticonceptie

Beynon-Jones (2013) veronderstelt dat individuen de keuze voor het gebruik van anticonceptie baseren op zelfinteresse. Dit dominante discours is zowel aanwezig in medische instituties als in wetenschappelijke studies over vruchtbaarheid, anticonceptie en zwangerschappen (Beynon-Jones 2013: 108). Deze aanname komt volgens Beynon-Jones voort uit een wetenschappelijke traditie die terug te leiden is tot de Verlichting waarbij de menselijke subjectiviteit als obstakel werd gezien voor het maken van rationele keuzes (Beynon-Jones 2013:108). Ruhl (2002) beargumenteert dat zelfcontrole, de plicht en niet de wens om zwangerschappen te reguleren percepties over reproductie vormen. Van verstandige vrouwen wordt verwacht dat zij hun eigen reproductie reguleren (Ruhl 2002: 644).

Beynon-Jones (2013) en Ruhl (2002) plaatsen beiden anticonceptie bij het individu. Wij zullen echter beargumenteren dat percepties over anticonceptie en handelingsmogelijkheden ook gevormd worden door de context. Uit ons empirisch onderzoek blijkt dat anticonceptie niet alleen een keuze van de persoon in kwestie is. In het boek *Contraception across cultures: technologies, choices, constraints* plaatsen Russel, Sobo & Thompson (2000) anticonceptie in een politieke sociaal-culturele context en analyseren anticonceptie zowel als een fysiek feit en als een sociaal concept (Russel et al 2005:5). De verschillende betekenissen van anticonceptie in verschillende sociaal-culturele realiteiten komt ook naar voren in het boek *'Making modern mother: ethics and family planning in Greece'* (Paxson: 2004). Deze casus komt overeen met het idee dat agency gevormd wordt door een context.

Wij hebben in het veld deze contextuele benadering toegepast en zijn tot de conclusie gekomen dat verschillende structuren inwerken op het gebruik van anticonceptie. In tegenstelling tot de veronderstelling dat anticonceptie alleen

gebaseerd is op zelfinteresse blijkt, in lijn met het onderzoek van Russel, Sobo & Thomson (2005) en Paxson (2004), dat gebruik van anticonceptie meer behelst dan zelfinteresse. De auteurs laten zien hoe anticonceptie wordt geconstrueerd in een bepaalde sociaal-culturele context. Bovendien vormt de context percepties over verschillende soorten anticonceptie. Paxson (2004) toont dat in Athene abortus als een geaccepteerde vorm van anticonceptie wordt gezien. In Noord-Ghana werd bijvoorbeeld door vrouwelijke adolescenten het bestuderen van de menstruatiecyclus als gangbare oplossing gezien, dit past binnen de context waarin toegankelijkheid een probleem is voor ongetrouwde vrouwelijke adolescenten. Het gebruik van anticonceptie omvat dus zowel *structurally reproductive agency* als *structurally transformative agency*. Getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten kunnen zich zowel conformeren naar bestaande routines en regels. Het gebruik van anticonceptie biedt echter ook mogelijkheden om structuren te veranderen.

2.3 Pilaren van dominantie

In de vorige paragraaf hebben we het gebruik van anticonceptie in het agency structuur debat geplaatst; anticonceptie kan een vrouw de mogelijkheid geven om over eigen vruchtbaarheid te beslissen, maar zijn er tevens structuren te onderscheiden in de samenleving die deze mogelijkheid belemmeren. Van belang is de structuratietheorie van Giddens (1985), waarin structuren zowel bevestigd als getransformeerd kunnen worden. Er is sprake van een dualiteit, wat de complexiteit van het gebruik van anticonceptie aantoont: enerzijds wordt er een raamwerk gevormd dat de handelingsvrijheid belemmert, handelen binnen dit raamwerk noemt Hays (1994) *structurally reproductive agency*, waarbij de bestaande structuren worden bevestigd. Anderzijds volgen we Giddens (1985) in zijn theorie over de mogelijkheid om structuren te veranderen; door Hays (1994) *structurally transformative agency* genoemd.

Onderzoeken over het gebruik van anticonceptie in Ghana geven twee dimensies, die gezien kunnen worden als dominantie structuren die het gebruik van anticonceptie van vrouwen in Ghana veelal kunnen beïnvloeden: de relatie met de seksuele partner en de religieuze affiliaties van de vrouw. Tijdens het veldwerk voor

dit onderzoek hebben wij echter nog twee andere dominantie structuren geïdentificeerd, bestaande uit de (schoon)familie van de vrouw of de vrouwelijke adolescent, en de gezondheidsinstituten. De genoemde structuren kunnen gegroepeerd worden in vier 'pilaren', deze vormen de belangrijkste dominantie structuren welke van invloed kunnen zijn in het gebruik van anticonceptie. Zij zullen in deze paragraaf worden besproken. Eerst wordt er aandacht besteed aan de dominantiestructuren die in de bestaande literatuur naar voren zijn gekomen. Vervolgens bespreken we kort de structuren die tijdens het veldwerk tevens relevant bleken. Opvallend is dat deze structuren op de onderzoeksgroep van getrouwde vrouwen op een andere manier inwerken dan op de groep bestaande uit ongetrouwde vrouwelijke adolescenten.

2.3.1 Pilaar: Gender relaties

Verschillende studies (Bawah et al 1999; Kwankye 2006; Abu 1999) tonen aan dat de seksuele partner van een adolescent of getrouwde vrouw een belangrijke rol kan spelen in de keuze voor anticonceptie of *family planning* methoden. De hoeveelheid invloed die een man op een vrouw kan uitoefenen heeft te maken met de genderverhoudingen in de relatie. In een samenleving worden verschillende taken en activiteiten toegeschreven aan mannen en vrouwen, waardoor de mannen en vrouwen in genderrollen worden geplaatst. Staan de seksen op een andere positie op de sociale ladder, waardoor er sprake is van ongelijke verdeling van 'beloningen', zoals macht, prestige of rechten, dan spreekt men van genderstratificatie tussen mannen en vrouwen (Kottak 2008:253). In de feministische klassieker 'Le deuxième sexe' spreekt filosofe Beauvoir in 1949 al van vrouwen die gedefinieerd worden tot de Ander, in dit geval tot de Man, vrouwen die gedefinieerd worden in relatie tot het mannelijke subject. “[W]omen are not born, but become, are in fact made to be women due to political, economic and socio-cultural processes.” (Longman 2010:27).

Ook West en Zimmerman (1987) zien in hun invloedrijke artikel 'Doing Gender' gender als een sociaal construct, dat gevormd wordt door interactie. Zij noemen het classificeren en handelen naar gender onvermijdelijk, omdat er sociale consequenties aan verbonden zijn; niet alleen in het huiselijke, economische of

politieke domein, maar in brede zin van interpersoonlijke relaties (West & Zimmerman 1987:145). Zij laten zien hoe in de sociaal geconstrueerde werkelijkheid gender verhoudingen kunnen ontstaan waarbij mannen de dominante rol krijgen. Gender classificaties maken het mogelijk om het sociale leven te ordenen. “Differences between women and men that are created by this process can than be portrayed as fundamental and enduring dispositions.” (West & Zimmerman 1987:145). De geconstrueerde verschillen worden als essentialistische verschillen gezien. Op deze wijze kan een sociale orde ontstaan, waarbij de man de dominante en de vrouw de onderdanige rol toegeschreven krijgt: “[T]he resultant social order, which supposedly reflects 'natural differences', is a powerful reinforcer and legitimator of hierarchical arrangements” (West & Zimmerman 1987:145). Waar gender classificaties enerzijds het leven overzichtelijker maakt, kan het ook een beperkende invloed hebben op een sekse.

Bawah, Akweongo, Simmens en Phillips (1999) stellen dat de introductie van *family planning* in Ghana spanningen hebben veroorzaakt in gender relaties. De moderne middelen van anticonceptie geven de vrouwen de mogelijkheid om zelf over hun vruchtbaarheid te beslissen, op een manier die in het verleden niet mogelijk was. Hun nieuw gekregen kracht of invloed kan door de man worden opgevat als een bedreiging voor de mannelijke invloed en autoriteit. Voor ongetrouwde adolescenten resulteert deze bedreiging zich volgens Kwankye (2006) in sociale normen, die voorschrijven dat vrouwen onderdanig zijn en seks of het gebruik anticonceptie niet discussiëren met hun seksuele partner (Kwankye 2006: 145). Volgens Bawah, Akweongo, Simmens en Phillips (1999) is dit ook het geval binnen een huwelijk. Zij beargumenteren dat in traditionele Ghanese samenlevingen een bruidsschat wordt betaald voor het huwen van een vrouw. Daardoor zouden vrouwen beschouwd worden als het eigendom van de man, met als belangrijkste taak het produceren van kinderen voor de familie. Volgens deze stellingen staat het vrouwelijk lichaam onder controle van de man, en kan om deze reden de relatie met de seksuele partner en het huwelijk beschouwd worden als een dominantiestructuur.

Bawah, Akweongo, Simmens en Phillips (1999) stellen dat een grote familie en een groot aantal kinderen bijdraagt aan het respect van een Ghanese man. Wanneer een vrouw anticonceptie gebruikt, kan dit door de man en zijn familie

worden opgevat als het weigeren van de veronderstelde reproductieve plicht van een vrouw (Abu 1999:199 ; Bawah et al 1999:60). Gedurende ons veldwerk is ons gebleken is dat deze stelling meer van toepassing op de zogenoemde '*olden days*', refererend naar een aantal decennia geleden waarin zeer grote families de norm waren en veel respect oprachten. Desalniettemin wordt het krijgen van kinderen nog steeds hooggewaardeerd in de Ghanese samenleving, en wordt zeker van de vrouw verwacht dat zij kinderen baart.

Verschillende studies, uitgevoerd in Ghana, beschouwen het geheime gebruik van anticonceptie als een strategie voor vrouwen om controle over hun lichaam te krijgen (Bawah et al 1999). "Contraception enables women to assert their individual preference above the interests of the group, and to slow the constant stream of births. In this context, that contraceptive use provokes anxiety is not surprising." (Bawah et al 1999:62). In andere woorden, deze studies suggereren dat het gebruik van anticonceptie omgeven is door angst en verborgenheid, en zelfs door huiselijk geweld wanneer een vrouw 'betrap't wordt met het gebruiken van anticonceptie. Volgens Bawah, Akweongo, Simmens en Phillips (1999) vinden 51 procent van de vrouwen en 43 procent van de mannen in Ghana het terecht dat een man in dergelijke situaties geweld gebruikt tegen zijn vrouw. Andere, wellicht realistischere studies bieden een hiervan afwijkende opvatting; deze suggereren dat de man vaak de andere kant op kijkt, en er voor kiest het gebruik van anticonceptie bij zijn vrouw te negeren, terwijl hij publiekelijk het gebruik van anticonceptie afwijst (Abu 1999). Abu (1999) toont dat wanneer een man realiseert dat hij de financiële zorg voor meer kinderen niet kan dragen, hij de neiging heeft om het geheime gebruik van anticonceptie te accepteren. Het is duidelijk dat deze studies aantonen dat het gebruik van anticonceptie een omstreden terrein is, vooral in de relatie tussen man en vrouw. Echter is dit niet slechts zichtbaar in dergelijke intieme relaties, maar is dit ook sterk gerelateerd aan familiestructuren en religieuze voorkeuren.

2.3.2 Pilaar: Religie

Religie speelt een zeer grote rol in het leven van Ghanezen. Vaak wordt gesproken van een holistische kijk op religie, waarbij de overtuiging een rol speelt in het denken, spreken en handelen van de mensen. Zoals Opoku (1978), die stelt dat in

Afrika religie gelijk staat aan het leven zelf (Ghartey, Addai, Opoku-Agyeman 2013:995).

Doctor, Phillips en Sakeah (2009) leggen met hun onderzoek in Noord Ghana de link tussen de religieuze voorkeur van een vrouw en haar keuze om wel of geen anticonceptie te gebruiken. Zij stellen dat het type religie dat een vrouw aanhangt, bepalend is voor de hoeveelheid agency die een vrouw ervaart. Traditionele religies zouden worden geassocieerd met een kleine hoeveelheid agency, omdat in traditionele samenlevingen het individu ondergeschikt is aan de maatschappij. De traditionele familie en gewoonten worden hoger gewaardeerd dan individuele vrijheid. Omdat de keuze over het gebruik van anticonceptie een individuele keuze is, zijn vrouwen met een traditionalistische religie eerder geneigd zich aan te passen aan de groep en zullen zij minder snel anticonceptie gebruiken (Doctor et al 2009:121). Ook andere studies tonen een verband aan met het gebruik van anticonceptie en de religieuze groep waartoe een vrouw behoort. In een longitudinaal onderzoek waarin demografische trends in Ghana geanalyseerd werden hebben Heaton en Darkwah (2009) het gebruik van anticonceptie in verschillende religieuze groepen vergeleken. Ook zij concludeerden dat anticonceptie het minst gebruikt worden onder vrouwen met traditionalistische religies. Ook andere groepen verschilden van elkaar; zo zouden de middelen minder gebruikt worden in de moslimgemeenschappen, hoewel dit wel de groep is met de grootste stijging in het gebruik van anticonceptie (Heaton & Dawah 2011:1592).

Een interessante theorie van Doctor, Phillips en Sakeah (2009), is dat vrouwen zouden wisselen van religie om meer agency te verkrijgen. Zij constateerden dat meer vrouwen van religie wisselen dan mannen, en dat dit vaak gepaard gaat met een toename in het gebruik van anticonceptie. Door van religie te veranderen kunnen vrouwen meer rechten verkrijgen, meer individuele vrijheid, en meer vrijheid om zelf te kiezen over anticonceptie (Doctor et al 2009:118). Aan de hand van deze theorie hebben wij gekeken naar het gedrag van vrouwen in Bolgatanga. We zijn ons echter gaandeweg gaan afvragen of dit wel de juiste benadering is. Van belang is dan ook om te onderzoeken of de vrouwen hun religie aanpassen om hun levensstijl te veranderen, of dat hun levensstijl verandert, en zij om deze reden voor een religie kiezen die hier beter bij aansluit. Het is daarnaast

zeer waarschijnlijk dat de veranderingen geleidelijk plaatsvinden en er niet een zeer bewuste keuze plaatsvindt. Om betekenisvolle conclusies te doen, is uitgebreider onderzoek noodzakelijk.

Duidelijk in elk geval is dat er een correlatie lijkt te zijn tussen de religie die een vrouw aanhangt, en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van anticonceptie. Ook onze ervaringen tonen dat veel religieuze leiders het seksuele gedrag en het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden van hun vrouwelijke volgers proberen te beïnvloeden. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat onder christelijke gemeenschappen meer gebruik wordt gemaakt van anticonceptie dan in traditionele en moslim gemeenschappen (Takyi et al 2011 ; Doctor et al 2009 ; Heaton & Darkwah 2011). Dit zou te maken kunnen hebben met religieus-politieke redenen: volgens Roudi-Fahimi (2004) geloven sommige islamitische juristen dat dergelijke programma's een westerse samenzwering vormen om het aantal moslims en hun politieke macht te verminderen (Takyi et al 2011:1370). Logischer is echter dat dit te maken heeft met sociaal/cultureel religieuze redenen. Volgens Takyi, Gyima en Adiei (2011) moet rekening worden gehouden met de religieuze doctrines die de sociale status van vrouwen binnen een huishouden beïnvloeden. "For instance, the substantial restrictions on the social roles of women outside the home as pertains in Islam (McQuillan 2004) may affect their autonomy and reproductive decision making." (Takyi et al 2011:1371). Religieuze lessen over de rol van de vrouw en haar plicht om de man te gehoorzamen, kunnen ook de communicatie binnen een huwelijk over dergelijke onderwerpen beïnvloeden. "[T]he less likelihood of Muslim women to discuss family planning with their partners which also correlates with their low contraceptive usage, suggests an indirect effect of religion." (Takyi et al 2011:1371). Dit zou betekenen dat de sociale positie die een vrouw aan de hand van haar religie toegeschreven krijgt, invloed heeft op de communicatie met haar man over onderwerpen als gebruik van anticonceptie, en hiermee invloed op het gebruik van *family planning* methoden.

2.3.3 Pilaar: Familie

Zoals reeds vermeld is deze pilaar niet gebaseerd op de literatuur, maar bleek de invloed van familieleden van de vrouw en haar seksuele partner en de familie van de

ongetrouwde adolescenten tijdens ons veldwerk tevens een dominante structuur te kunnen vormen. In bestaande onderzoeken over het gebruik van anticonceptie in Ghana komt het verband met de familie van de vrouw echter nauwelijks aan bod. Hoe zou het komen dat deze belangrijke factor niet aan bod komt in literatuur over het gebruik van anticonceptie in Ghana? Het lijkt ons niet logisch dat deze structuur simpelweg over het hoofd zou zijn gezien door andere onderzoekers. Zou deze dominante structuur alleen een rol spelen in Bolgantanga, onze onderzoekslocatie, en daarom niet genoemd worden in andere onderzoeken? Duidelijk is wel dat 'familie' geen voor de hand liggende factor is, wanneer men denkt aan het gebruik van anticonceptie. Het is verleidelijk om dit te zien als een keuze tussen de man en de vrouw, of de jongen en het meisje. Uit de empirie werd echter duidelijk, dat het gebruik van anticonceptie toch echt complexer is dan dit; 'familie' is, net als 'religie', een wellicht minder zichtbare structuur dan de relatie met de seksuele partner, maar kan toch een onverwachte invloed uitoefenen. Belangrijk is om te beseffen dat alle structuren niet los van elkaar gezien kunnen worden: zo zijn man/vrouw verhoudingen aanwezig in de familiesfeer, en zij beïnvloeden hiermee de manier waarop man/ vrouw verhoudingen later in een relatie worden vormgegeven. Helaas hebben wij hier weinig informatie over gevonden in andere onderzoeken.

Wat wel duidelijk werd in verschillende studies (Locoh 2000; Clarke 1999; Tabong & Adongo 2013) is dat moederschap de status van een vrouw over het algemeen verhoogt. Want hoewel de focus van deze thesis op het voorkomen van ongewenste zwangerschappen door middel van het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden ligt, is het belangrijk om te realiseren dat moederschap niet per definitie als een negatief fenomeen wordt beschouwd. In tegenstelling, moederschap is in veel Afrikaanse samenlevingen een zeer wenselijke sociale status die een vrouw en haar familie veel eer en respect kan opleveren. Het fenomeen onvruchtbaarheid gepaard gaat met grote gevoelens van schaamte en taboes. Volgens Locoh (2000) worden om deze reden vroege zwangerschappen zelden als een probleem gezien, en wordt dit bij jonge en zelfs ongetrouwde vrouwen gezien als een bewijs van hun vruchtbaarheid¹.

1

Locoh spreekt over Afrikaanse samenlevingen in het algemeen, maar ook over het belang van moederschap in Ghana specifiek zijn veel studies verschenen. Volgens Clarke (1999) wordt moederschap in Ghana beschouwd als het vrouwelijk ideaal. Hij beargumenteert dat met moederschap (en tevens het vaderschap) sociale, culturele, emotionele en spirituele aspecten heeft, die zelfs *personhood* definiëren; een lid van de samenleving wordt pas als een volledig persoon beschouwd, wanneer hij biologische kinderen heeft (Clarke 1999:717). Dit komt overeen met onze bevindingen in Noord Ghana. Veel mensen gaven aan dat een koppel zonder kinderen geconfronteerd wordt met pesterijen, roddels en soms zelfs beschuldigingen van hekserij. Tabong en Adongo (2013) hebben onderzoek gedaan naar de ervaringen van onvruchtbare koppels in Noord Ghana. Zij concludeerden dat de kinderloze koppels kampten met sociale discriminatie, en zelfs uitgesloten werden van leidende rollen in de samenleving (Tabong & Adongo 2013). Om te voorkomen dat diens familie slachtoffer wordt van dergelijke pesterijen en sociale uitsluiting, zouden familieleden druk op een koppel kunnen leggen om kinderen te produceren, en hiermee een dominante structuur kunnen vormen.

2.3.4 Pilaar: Gezondheidsinstuties

De laatste pilaar bestaat uit de overheid en de gezondheidsinstuties. Uit ons veldwerkonderzoek bleek dat de gezondheidsinstuties een grote invloed kunnen hebben op beide onderzoekpopulaties en is hierom de laatste dominantie structuur te noemen.

Vele factoren hebben een duidelijke invloed op de gezondheid van burgers. Zo hebben verschillende studies aangetoond dat er een correlatie is tussen inkomen en opleidingsniveau en gezondheid. "Income, income distribution, and education are known to be related to health (see, e.g., Pritchett and Summers, 1996; Houweling et al., 2005; Cleland and Van Ginneken, 1988)" (Klomp & De Haan 2008:599).

Locoh stelt zelfs dat een zwangerschap van een ongetrouwde adolescent wordt beschouwd als een kans om hun vruchtbaarheid te tonen voordat een huwelijk is voltrokken (Locoh 2000:53). Dit beschouwen wij als een vreemde stelling, gezien de nadelen die een adolescent van een ongeplande zwangerschap kan ondervinden, zoals stoppen met de opleiding en het feit dat een tienerzwangerschap zelden gevolgd wordt door een huwelijk.

Daarnaast is door Lazaova (2007) aangetoond dat *governance* ook gerelateerd is aan de levensverwachting van burgers. *Governance* wordt gedefinieerd als het proces waarin de overheid beslissingen neemt en het proces waarbij beslissingen al dan niet doorgevoerd worden (Klomp en De Haan 2008:599). Klomp en De Haan onderzochten de relatie tussen de gezondheid van burgers en het effect van *good governance*, waarin volgens de WRR transparantie en *accountability* centraal staan (WRR 2010:140). De resultaten tonen dat *governance* niet direct, maar wel indirect een invloed kan uitoefenen op de gezondheidssector. Door de kwaliteit van de gezondheidssector en het verzorgen van inkomen voor burgers blijken overheden een indirect positieve bijdrage te kunnen leveren aan de gezondheid van burgers (Klomp & De Haan 2008:610). Rockers, Kruk en Laugesen (2012) stellen dat er tevens een verband is tussen het functioneren van gezondheidsinstellingen en het vertrouwen in de overheid. Publiek vertrouwen in de overheid is wat de overheid legitimeert de taken uit te voeren. Deze analyse toont aan dat het gezondheidssysteem en *good governance* meer aan elkaar gerelateerd zijn dan men gebruikelijk aanneemt (Rockers et al 2012:434).

Als we deze discussie op het gebruik van anticonceptie in Ghana betrekken, wordt duidelijk dat de Ghanese overheid een vooruitstrevende rol² op zich neemt. Het grootschalige gebruik van *family planning* methoden onder vrouwen laat zien dat er door gezondheidsinstellingen wordt voorzien in een behoefte aan geboortebeperking en –spreiding (Phillips et al 2012). Hutchinsons, Do en Agha (2011) konden na vergelijkend onderzoek concluderen dat zowel de private als de publieke gezondheidsinstellingen in Ghana kwalitatief zeer hoog gewaardeerd worden door de vrouwen die van de *family planning services* gebruik maken (Hutchinsons et al 2011:8). Deze gezondheidsinstellingen spelen voornamelijk een rol in de verspreiding van kennis over het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden.

Er zijn verschillende redenen dat de overheid *family planning services* ondersteunt en het gebruik hiervan aanmoedigt. In Noord Ghana worden onder andere huisbezoeken gedaan door gezondheidswerkers om de bevolking aan te

² Zie bijlage twee voor zichtbare manieren waarop de Ghanese overheid de gezondheid van haar burgers positief probeert te beïnvloeden.

moedigen om de methoden te gebruiken. De toegang tot *family planning services* blijkt directe invloed te hebben op de hoeveelheid kinderen die men gemiddeld heeft. Meetbare gevolgen hiervan zijn kleinere gezinnen, en minder kind sterfte binnen families. Lange-termijn studies tonen dat het gebruik van *family planning* methoden een positieve invloed heeft op gezondheid van moeder en kind en de economische status van een gezin (Canning & Schultz 2012:168). Studies in verschillende landen tonen aan dat dankzij *family planning* methoden vrouwen hun eerste bevalling kunnen uitstellen en hierdoor langer actief kunnen zijn op de arbeidsmarkt. Met de actieve houding op het gebied van *family planning* laat de Ghanese overheid zien haar beleid niet alleen op de korte termijn te richten. “In addition to these immediate economic benefits, fertility decline will have long-term effects on economic growth when the next generation of healthier and better educated children enter the labour force” (Canning & Schultz 2012:170). Canning en Schultz (2012) lijken hiermee Klomp en de Haan (2008) te steunen in hun verband tussen *governance* en de gezondheid van de bevolking. Of het Ghanese beleid op grote schaal werkelijk deze effecten zal hebben, zal blijken in de toekomst. Duidelijk is wel dat het beleid van een overheid een grote invloed heeft op het welzijn van de burger (Klomp & De Haan 2008; Rockers et al 2012). De gezondheidsinstellingen in Ghana vormen hierop geen uitzondering en vormen een belangrijke dominante structuur in het gebruik van anticonceptie onder getrouwde vrouwen en ongetrouwde adolescenten.

Nu de gender relaties, familie structuren, religieuze voorkeuren en gezondheidsinstellingen besproken zijn, zijn alle vier de dominante structuren aan bod gekomen. In de empirische hoofdstukken zullen we laten zien hoe de structuren de verschillende populaties beïnvloeden in hun gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden. Eerst zal er echter dieper worden ingegaan op Bolgatanga, de onderzoekslocatie.

3. Context

3.1 Onderzoekslocatie

Het veldwerk heeft plaatsgevonden in de stad Bolgatanga en twee aangrenzende dorpen genaamd Sherigu en Dorongo, welke gezien kunnen worden als de *suburbs* van de stad. De onderzoekslocatie bevindt zich in the *Upper East Region* van Ghana. Al wordt Ghana sinds 2010 tot middeninkomen land gecategoriseerd (Moss & Majerowicz 2012:1) zijn volgens Hesselberg en Yaro (2006) de drie noordelijke regio's: *Northern Region*, *Upper West Region* en de regio waar Bolgatanga de provinciestad van is, *Upper East Region*, aanzienlijk armer dan de rest van het land. Deze regionale ongelijkheid is volgens de auteurs historisch gegroeid. Daarnaast is het bedrijven van landbouw in het noorden van Ghana lastiger dan in het zuiden door het droge klimaat en de beperkte mate van vruchtbaarheid van het land (Hesselberg & Yaro 2006:45).

Armoede kan benaderd worden als een kenmerk dat de dagelijkse realiteit van individuen op verschillende manieren beïnvloed. Belangrijk voor dit onderzoek zijn de mogelijke beperkingen van het kopen van anticonceptie door gebrek aan financiële middelen. Daarnaast kan armoede als gevolg hebben dat kinderen eerder stoppen met school omdat schoolgeld niet betaald kan worden door ouders/verzorgers.

Bolgatanga heeft ongeveer 70.000 inwoners (Bradt 2003). Het inwoneraantal van de twee *suburbs* is onbekend en lastig in te schatten sinds de bebouwing verspreid is over een groot gebied. Zo zijn een deel van de huizen aangesloten op het elektriciteitsnet maar dit geldt niet voor het gehele gebied. Landbouw is een belangrijke vorm van inkomsten voor veel gezinnen, de activiteiten concentreren zich vooral in het regenseizoen wat zijn intrede ongeveer halverwege mei doet. In het droge seizoen, de periode waarin het veldwerk heeft plaatsgevonden, is er minder landbouwactiviteit. Mijnbouw is een activiteit waarmee zowel mannen als vrouwen aan deelnemen in het droge seizoen. Op markt in Bolgatanga waar fruit, groente en andere etenswaren worden verkocht wordt werken vooral vrouwen en meisjes.

Armoede, niet alleen in Noord Ghana, maar in het hele land, zette de overheid

in 1969 er toe om een populatie beleid te implementeren. Ghana was daarmee één van de eerste Afrikaanse landen waarin dit plaatsvond. Het idee was dat een vermindering van de bevolkingsgroei zou leiden tot sociaaleconomische vooruitgang (National Population Council 1994). Wegens gebrek aan efficiënt functionerende instituties en een dominante nadruk op het uitdelen van family planning producten zonder educatie was het programma niet erg succesvol (ThinkAfricaPress 20 Octobre 2011). In 1994 werd het beleid aangescherpt met een nadruk op family planning programma's en educatie op lokaal niveau (National Population Council 1994: 5.2). De kennis over family planning in Ghana is aanzienlijk, zo blijkt uit de demografische en gezondheidsenquête van 2008, maar het gebruik blijft laag met een derde van de getrouwde vrouwen die family planning methodes gebruikt. Het beleid van de Ghanese overheid is vooruitstrevend, het officiële discours promoot het gebruik van family planning onder getrouwde vrouwen en seksuele voorlichting onder ongetrouwde vrouwelijke adolescenten.

3.2 De vier dominantie structuren in Noord Ghana

Met het risico op enige herhaling van het theoretisch kader, behandelen we hier kort de vier dominantiestructuren in Bolgatanga, de onderzoekslocatie.

De gezondheidsklinieken zijn aanwezig in bijna elk dorp in de omgeving van Bolgatanga, en vormen de spil tussen de doelen die door de overheid geformuleerd zijn en de lokaliteit. In de gezondheidsklinieken in Bolgatanga, Sherigu en Dorongo zijn verschillende soorten family planning methodes beschikbaar, daarnaast geven verpleegsters aan regelmatig de dorpen en scholen in te gaan om seksuele voorlichting te geven aan adolescenten en getrouwde vrouwen. Vooral in de laatste groep wordt het gebruik van anticonceptie aangemoedigd.

Naast de gezondheidsinstituties vormen religieuze instituties een tweede dominantiestructuur. Ghartey, Addai en Opuku-Agyeman (2013) maken in hun onderzoek naar religie en vertrouwen in Ghana onderscheid tussen de volgende religies: Katholieke kerk, Protestante kerk, Pinkstergemeenschap/Evangelisten kerk, andere Christelijke kerken, en de Islam (Ghartey, Addai en Opuku-Agyeman 2013:1001). Tijdens ons veldwerk in Noord Ghana hebben we gemerkt dat het ook belangrijk is om onderscheid te maken tussen de vormen van Islam, namelijk de

Ahmaddiyah Islam, Orthodoxe Islam en de Sunni Islam. De verschillende stromingen binnen het christendom en de Islam benaderen het gebruik van anticonceptie op verschillende manieren. De meningen over het gebruik variëren van het verbod op moderne *family planning* methoden tot juist de aanmoediging van gebruik ervan. Daarnaast kunnen naast deze religies ook de traditionalistische religies onderscheiden, welke vooral in de rurale gebieden van belang zijn. Ook tussen de traditionalistische leiders verschillen de perspectieven op het gebruik van *family planning* en anticonceptie.

Een derde structuur, bestaande uit seksuele relaties van de vrouwen en adolescenten. De relatie met de seksuele partner bleek de meest aanwezige en dominante structuur te vormen, met grote invloed op het gebruik van anticonceptie op de vrouw. Om in Noord Ghana veranderingen door te kunnen voeren en het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden effectief te kunnen verhogen, moet rekening worden gehouden met deze sociale en culturele normen. Volgens Simon en Gagnon (1987) en Akeroyd (2004), “[m]en need to be socialized out of hegemonic norms regarding exercising control over their female partners, and women need to be freed from expectations of submissiveness; both need to be allowed to develop new “scripts” for social and sexual roles” (Halley, Adanu & Harlow 2012:209). Uit deze quote, die overeenkomt met onze ervaringen in Noord Ghana, kunnen we opmaken dat mannen in Ghana een onderdanige positie van hun vrouw verwachten en dat zij gewend zijn om een dominante rol te spelen. Deze aspecten maken het moeilijk voor Ghanese vrouwen en adolescenten om hun mening door te drukken over het gebruik van anticonceptie, als hun seksuele partner het er niet mee eens is.

Ten slotte is de vierde dominantie structuur de familie. In Noord Ghana kent men een systeem van patrilocaliteit. Dit betekent dat vrouwen na het huwelijk bij de familie van haar man gaan wonen (Kottak 2008:214). Vrouwen geven aan dat dit leidt tot een ongelijke sociale positie; de vrouw woont immers niet in het eigen huis, en is min of meer ‘te gast’ in het huis van de man. Zoals ook in andere delen van Afrika gebruikelijk is, komt polygamie voor in Ghana (Kottak 2008:229). Het lijkt erop dat nieuwe generaties dit echter minder zullen praktiseren dan oudere generaties. Het betalen van een bruidsschat bij het huwelijk is gebruikelijk in Noord Ghana. Bij

dit gebruik wordt de familie van de vrouw gecompenseerd door de familie van haar man voor het verlies van haar aanwezigheid en werkkraft (Kottak 2008:237). De tweede functie van de bruidsschat, is dat na de betaling de kinderen van de vrouw gezien worden als volwaardige leden van de mans familie. In de omgeving van Bolgatanga verschilt de prijs per regio, maar de gemiddelde bruidsschat ligt rond de vier koeien en wat kleiner vee.

Nu de onderzoekslocatie en de vier aanwezige dominantiestructuren besproken zijn, zullen in de volgende hoofdstukken onze empirische bevinden aan bod komen. Hierin zal worden besproken op welke wijze de getrouwde vrouwen en ongetrouwde adolescenten de dominantiestructuren bij hun gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden ervaren.

4. Getrouwde vrouwen en family planning - Iris van Hall

In de komende twee hoofdstukken worden onze empirische bevindingen gepresenteerd. Wij hebben getracht de stem van de onderzoekspopulatie zo goed mogelijk naar voren te laten komen. Onze eerste onderzoekspopulatie bestaat uit veertien getrouwde vrouwen uit Bolgatanga en omliggende dorpen. De leeftijd van deze vrouwen varieert van 20 tot 86 jaar. Sommige vrouwen wonen in Bolgatanga zelf, anderen leven op het platteland in de omgeving. Ook het opleidingsniveau van de vrouwen varieert sterk; sommigen hebben de middelbare school niet afgemaakt, de oudere generatie is hier vaak niet eens aan begonnen, terwijl andere vrouwen een diploma hebben en bij de overheid werken. De meeste vrouwen werken echter als naaister of verkoopster, en vormen hiermee een goede afspiegeling van de vrouwen uit Bolgatanga, die vooral op de markt en in (naai)winkels te vinden zijn. Opvallend is, dat binnen deze gevarieerde groep van vrouwen met verschillende opleidingsniveaus en woonplekken, er nauwelijks verschil is in hun kennis over of gebruik van *family planning* methoden.

4.1 Paragraaf 1: Overheid en gezondheidsinstellingen

Als een vrouw in Bolgatanga besluit om *family planning* methoden te gebruiken, wordt het haar erg gemakkelijk gemaakt; in elk dorp in de omgeving, zelfs de afgelegen en rurale gebieden, is een gezondheidskliniek aanwezig, waar zij de keuze heeft uit verschillende vormen van anticonceptie. Op deze klinieken werken opgeleide verpleegkundigen, die een belangrijke rol spelen in het aanmoedigen van het gebruik van de family planning methoden. De methoden die bij alle geïnterviewde vrouwen bekend zijn, zijn implantaten, injecties en de pil. Andere methoden zoals het spiraaltje en sterilisatie zijn wel beschikbaar in de omgeving, maar niet of nauwelijks bekend bij de onderzoekspopulatie. Daarnaast is men ook bekend met het condoom. Dit middel wordt echter niet veel door getrouwde vrouwen gebruikt; waarschijnlijk omdat de kans op SOA's bij een vaste seksuele partner klein is. Opvallend is dat alle genoemde vormen van anticonceptie modern zijn, terwijl Bolgatanga op andere gebieden juist zeer traditionele kenmerken vertoont, bijvoorbeeld op het gebied van hekserij. De meeste vrouwen gaven aan dat er traditionele vormen van anticonceptie bestonden, in de vorm van kruiden. Maar de

verschillende *atigari's*, ofwel *witchdoctors*, die wij hebben gesproken, waren niet van deze methoden op de hoogte. Ook een bezoek aan de kruidenkliniek leverde geen informatie over deze vormen van anticonceptie. Omdat de vrouwen aangeven dat de middelen bestaan, maar geen van de vrouwen de middelen zelf gebruiken, en de middelen daarnaast zeer moeilijk vindbaar zijn, kan worden aangenomen dat de anticonceptie in de vorm van kruiden geen grote rol speelt.

Vrouwen in Bolgatanga worden door de overheid ondersteund en zelfs aangemoedigd in hun gebruik van *family planning* methoden. Op verschillende manieren worden zij door de overheid aangemoedigd om te kiezen voor de middelen. Zowel de kennis over de producten als de middelen zelf worden hen aangereikt door de actieve overheid, die op deze wijze de bevolkingsgroei en hiermee de armoede te probeert te verminderen. Er zijn drie manieren te onderscheiden waarop een vrouw door de overheid gestimuleerd wordt om aan family planning te doen:

Ten eerste komt zij het onderwerp regelmatig tegen op televisie en radio, welke zeer populaire media zijn in Ghana, waardoor kennis verspreid wordt. Naast de informatieve functie, draagt dit ook bij aan de openheid in de samenleving. Het viel ons op dat het onderwerp in een land als Nederland als privé beschouwd wordt, maar dat dit totaal geen taboe is in de Ghanese samenleving. "The society is very open about it. We even have education on the radio, television, local media. Most areas have a place where they make announcements, there records are played, tapes that say: 'after delivery, stay away from pregnancies'." (Fawzia (32 jaar oud)). Vrouwen praten gemakkelijk over het onderwerp, en praten er ook veel over met elkaar.

De tweede wijze waarop een vrouw in aanraking kan komen met *family planning*, is via gezondheidsinstellingen, die het vooruitstrevende beleid van de overheid uitdragen. De vrouwen gaven aan dat wanneer zij een kliniek betreden, de gezondheidswerkers hen direct informeren over *family planning* methoden, ook al komen zij voor een andere reden. Op deze wijze spelen de gezondheidswerkers de belangrijkste rol in het verspreiden van kennis bij de niet-opgeleide vrouwen. Rahina (25 jaar oud): "In hospitals, in the *antinenta*, they talk about it [*family planning* methoden], they teach people how to use it. *Antinenta* is where you go when you are

pregnant, or where you can weigh your baby. They check the baby for you. So the non-educated know, they learn about it in the hospitals.” Met name dankzij deze klinieken zijn de geïnterviewde getrouwde vrouwen zeer goed op de hoogte van verschillende *family planning* methoden, en maken velen van hen er gebruik van. Daardoor is de kennis niet alleen in stedelijke gebieden aanwezig, maar bereikt deze ook de niet-opgeleiden vrouwen en de vrouwen uit rurale gebieden.

Ten slotte hoeft een vrouw zich geen zorgen te maken over de financiën; de overheid vergoedt *family planning* methoden zoals injecties en implantaten voor een groot deel, waardoor deze voor het gros van de bevolking beschikbaar zijn. De prijzen variëren, maar liggen rond de één *cedi* per maand, wat gelijk staat aan 40 eurocent. Zeker in dit arme noordelijke deel van het land, kan dit een belangrijke doorslaggevende factor zijn om toch voor de middelen te kiezen.

De huidige jeugd leert over anticonceptie en seksualiteit op de middelbare school. De getrouwde vrouwen die ik gesproken heb, hebben in hun jeugd geen seksuele voorlichting op school gehad. Volgens Fawzia, een van mijn sleutelinformanten, bestonden er initiatierituelen waarbij meisjes die voor het eerst hun menstruatie kregen naar oudere vrouwen uit de gemeenschap werden gebracht. Zij leerden over hygiëne, hun lichaam, en hoe zij een goede vrouw konden zijn. Zij werden wel gewaarschuwd dat ze nu zwanger konden worden, maar hen werd niet verteld hoe een zwangerschap te voorkomen. Dit is door de jaren heen niet veranderd; nog steeds blijken vrouwen het moeilijk te vinden om hun kinderen te leren over anticonceptie en seksualiteit. Cecilia (42 jaar oud) is moeder van drie kinderen, maar gaf aan dat ze het net als veel anderen moeilijk vindt om met haar kinderen over seks te praten. “People don’t talk about it at home, only small small. They are afraid that if they educate their children about it, they will go and have sex. They will say them to abstain, because if you get pregnant you will drop out of school.”. Dit is een opvallende contradictie; de samenleving is zeer open, maar in de privésfeer blijft het onderwerp nagenoeg onbesproken.

Het gebruik van anticonceptie door getrouwde vrouwen lijkt dus vooral te worden beïnvloed door het overheidsbeleid, waarmee vrouwen voornamelijk door de gezondheidsinstellingen in aanraking komen. De inhoudelijke boodschap van dit beleid verschilt van de andere pilaren in dat de instellingen uit deze pilaar een duidelijk

aanmoedigende rol hebben, terwijl in de overige pilaren de percepties op anticonceptie en *family planning* methoden verdeeld zijn.

4.2 De seksuele partner

De volgende situatie speelde zich dagelijks af in mijn gastgezin in een dorp vlakbij Bolgatanga. De situatie geeft een goed beeld van de genderverhoudingen binnen het huishouden:

Als Akolgo, de man des huizes, 's avonds laat thuiskomt, liggen zijn vrouwen al op bed. Dat wil zeggen, op hun matras op de binnenplaats. Vanaf vijf uur 's ochtends zijn ze al wakker, om schoon te maken, te koken en zich naar de markt te haasten om hun etenswaren te verkopen. Na de hele dag op de markt of langs de weg gestaan te hebben, zijn ze naar huis teruggekeerd om hier opnieuw te koken, dit maal voor het gezin. Nadat zij een handwas hebben gedaan en de binnenplaats met een handveger hebben schoongeveegd, kunnen ze eindelijk naar bed. Als zij merken dat hun man thuis is gekomen, haasten zij zich overeind. Zijn jongste vrouw Azilekumah gaat naar de keuken om een bord eten te halen, terwijl zijn *senior wife* Ayaamah gauw een stoel en tafel voor haar man klaarzet.

Deze situatie geeft enerzijds een duidelijk impressie van de genderverhoudingen binnen het huishouden, maar roept anderzijds ook vragen op. Zoals veel vrouwen in de samenleving, wordt de man in huis gezien als de leider van het gezin. "Men and women are not equal; the man is the head of the family. Here in Ghana we believe that a home without a man is like food without salt." (Augustina, 20 jaar oud). Volgens onze ervaringen beschouwen Noord Ghanese vrouwen hun man als degene die verantwoordelijk is met het nemen van de meeste en belangrijkste beslissingen. Een opvallende term werd door hen allen gebruikt; de man is de 'head of the household'. Het grootste deel van de vrouwen trekt de autoriteit van de man niet in twijfel, en lijkt dit als een logische situatie te beschouwen. Slechts een enkeling, een oudere en hoogopgeleide vrouw genaamd Mary, trekt de autoriteit van de man in twijfel. "You see, this community is very poor. There is no work for the men. The women go to the market, they sell, they get things for their children. The

men can only farm, which is in the raining season. The man is the head of the household, but it is the women who suffer, it is the women who provide". Dit komt overeen met onze observaties op de markt, waar de werkende vrouwen een duidelijke meerderheid vormen. Opvallend is dat ondanks dat het vaak de vrouwen zijn die het gezin onderhouden, wordt de man als het hoofd van het huishouden beschouwd.

Het is duidelijk dat de man in het huishouden de verantwoordelijkheid heeft over de belangrijkste beslissingen. Of dit ook geldt voor beslissingen over anticonceptie, verschilt echter per huishouden. We kunnen vier mogelijke scenario's onderscheiden van de perceptie van mannen op het gebruik van anticonceptie en *family planning*. In het eerste en waarschijnlijk meest voorkomende scenario staat de man niet afwijzend tegenover anticonceptie. De vrouw heeft gehoord van *family planning* methoden, via vriendinnen, gezondheids- of religieuze instituties of de media. Zij wijst haar man op de voordelen, en de beslissing van geboortebeperking of - spreiding wordt gezamenlijk genomen, op initiatief van de vrouw.

In een tweede scenario, neemt de man het initiatief over het gebruik van *family planning* methoden. Hij wil niet in een situatie komen waarin hij niet voor zijn gezin kan zorgen, wat geen prettige situatie is die hem ook veel respect kost, en zal zijn vrouw aanmoedigen en meenemen naar de kliniek om de methoden toe te passen. In deze gevallen ondersteunt de man de beslissing om anticonceptie en *family planning* methoden te gebruiken. Dit is echter niet altijd het geval. Het derde scenario is de situatie waarbij de man geen toestemming geeft om anticonceptie te gebruiken. Ampofo (2009) noemt deze situatie een 'unmet need'; de *family planning* methoden zijn wel aanwezig, maar de invloed van de vrouw is te klein om de middelen te kunnen gebruiken (Ampofo 2009:116). Vaak legt de vrouw zich hierbij neer, en resulteert dit in onveilige methoden van anticonceptie, zoals bij Cecilia (42): "How we do it? We have sex and before he releases he takes it out, he not releases inside. It is not 100 percent safe, but he doesn't like to use a condom."

In het laatste scenario geeft de man geen toestemming om anticonceptie te gebruiken, maar legt de vrouw zich hier niet bij neer. In sommige gevallen neemt de vrouw haar man mee naar de kliniek, om uitleg te krijgen over de middelen. Angst dat de vrouw nooit meer zwanger wordt na bijvoorbeeld een injectie, wordt vaak als

reden gegeven om bepaalde vormen van anticonceptie af te wijzen. Een andere methode om toch de eigen vruchtbaarheid te controleren, is het geheime gebruik van anticonceptie. Volgens een van de zusters in Dorongo, een dorp vlakbij Bolgatanga, kloppen vrouwen 's nachts op haar deur om injecties te krijgen. Zij geeft zelfs aan dat er meer vrouwen zijn die het stiekem doen, dan vrouwen die het doen terwijl hun man op de hoogte is. Het is moeilijk na te gaan of de aantallen werkelijk zo hoog zijn, maar het geheime gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden wordt vaak door vrouwen genoemd als oplossing wanneer de man tegen het gebruik van de methoden is. Fawzia (32): "If you have a husband who understands you, you let him know, let him in the picture. But if he is not supportive, he doesn't give you the go ahead. Then some women sneak away to the clinic or take the pill when he is not around. A lot of women do this, a lot."

Dit is echter niet zonder risico; de vrouwen geven aan dat wanneer zij 'betrap't zouden worden, dit hoogstwaarschijnlijk zou resulteren in huiselijk geweld. Vooral wanneer een man zich niet gerespecteerd voelt door zijn partner is de kans groot dat hij gewelddadig wordt. Felicia (25): "Cosmetic violence? : Ha! [klapt in haar handen]. There is a lot of domestic violence. If a man is proposing, he will say sweet words, pampering you. But by the time you are married, he'll be boxing you around!". Bawah (1999) noemt angst voor huiselijk geweld als een belangrijke reden waarom vrouwen besluiten om geen anticonceptie te gebruiken (Bawah 1999:58-59). Hoewel veel vrouwen aangeven dat het geweld is afgenomen de afgelopen jaren, komt het nog steeds regelmatig voor. Veel van de ondervraagde vrouwen gaven aan er zelf mee te maken te hebben. Huiselijk geweld lijkt door veel vrouwen te worden benaderd als een geaccepteerd deel van de relatie. Het wordt niet gezien als een reden om de partner te verlaten.

Hoewel vrouwen dus strategieën ontwikkeld hebben om toch *family planning* methoden te gebruiken als hun man ertegen is, is het duidelijk dat de relatie met de man een belangrijke dominante structuur te noemen is. Vrouwen hebben zelf door dat mannen van grote invloed zijn. Ook hier is een generatieverschil te ontdekken. Fawzia (32) is zich sterk bewust van de sociale verschillen, en heeft als een van de weinige vrouwen die ik gesproken heb een enigszins afwijzende houding tegen de bestaande sociale structuren: "Men make most of the decisions. We treat our

husbands as the head of the family. Some women treat their husband as God. There are only a few homes in which women dominate. In this society, we are fighting for equality.” De meeste vrouwen hebben de normen echter geaccepteerd en twifelen hier niet aan. Een wat oudere vrouw, Maymuna (59 jaar oud), begreep niet wat ik bedoelde toen ik vroeg hoe mannen zich moesten gedragen om gerespecteerd te worden. Mannen moeten sowieso gerespecteerd worden, dit is voor haar niet afhankelijk van hun gedrag of gewoonten: “The man is the first creator of God. The society respects men. If there would be no man, the woman wouldn’t come. It is proper for the society to respect men. As a man, if you are a man, you supposed to be respected, I don’t know how to explain.”. Hier zien we ook een duidelijk religieus component terug; het is niet alleen vanzelfsprekend dat de man gerespecteerd wordt, maar als een van de redenen wordt gegeven dat de man als eerste is geschapen door God. Hier wordt duidelijk dat de verschillende pilaren niet los van elkaar gezien kunnen worden.

4.3 Familie

Over het algemeen lijkt de beslissing over het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden geaccepteerd als een privé beslissing tussen man en vrouw. Sommige vrouwen geven echter aan dat familie van de man de beslissing probeert te beïnvloeden. Het familielid dat hierbij het meest genoemd wordt is de schoonmoeder. “If a man marries a woman, and after six months she hasn’t given birth, his mother will make noise. They will be asking for a grandchild.” (Anamis 24 jaar oud).

Na haar huwelijk trekt een vrouw uit Noord Ghana in bij de familie van haar man; zoals gezegd kent Noord Ghana patrilocaliteit (Kottak 2008:229). Een belangrijk gevolg hiervan is het machtsverschil dat hierdoor ontstaat; veel van de geïnterviewde vrouwen geven aan dat zij hierdoor in een minder machtige positie terecht komen dan wanneer zij bij hun eigen familie zijn. Een ander vanzelfsprekend gevolg hiervan is, dat na het huwelijk haar schoonfamilie de meeste invloed op haar zal uitoefenen.

De huidige generatie schoonmoeders is een paar decennia geleden opgegroeid, in wat nu de *'olden days'* genoemd wordt, waarin het gebruikelijk was een zeer groot aantal, vaak meer dan tien, kinderen te hebben. De vrouwen die wij gesproken hebben gaven aan dat de huidige generatie moeders minder kinderen ambiëren. Er zijn verschillende redenen waarom vrouwen tegenwoordig minder kinderen willen dan vroegere generaties.

Ten eerste gaf het hebben van een groot aantal kinderen veel respect in de maatschappij. Pastor Akolgo: "If you had ten children, or ten wives, people would respect you. Saying you must be rich, you must be wise, you have everything. People would listen to you and respect you if you had many children.". Tegenwoordig is dit niet meer het geval; vrijwel alle vrouwen geven aan dat het hebben van veel kinderen alleen respect oplevert als men in staat is goed voor de kinderen te zorgen.

De tweede reden dat men vroeger meer kinderen wilde, heeft te maken met de zes *killer diseases* die in Ghana voorkwamen. Dit waren ziekten als polio, hepatitis B, malaria en gele koorts. Omdat een groot deel van de kinderen stierf aan de ziekten, wilde men zoveel mogelijk kinderen, zodat er een grote kans was om na de komst van de ziekten nog kinderen over te hebben. Tegenwoordig zijn de ziekten beter behandelbaar, wat de noodzaak van veel kinderen verkleint. De laatste reden dat men tegenwoordig minder kinderen heeft, heeft te maken met de armoede. Maymuna (59) komt zelf uit de zogenaamde *'olden days'* en legt uit:

"My generation, we preferred to give birth to plenty. There used to be pressure from family members to get many children, but not anymore. In the olden days, anytime we used to farm, we would get plenty of food. Now it is not advisable to get many children. In our generation, we would have a small room in the local houses, called the *baare*. We stored our food there; maize, ground nuts, beans. Now it is no more there. Secondly, people don't built the *baares* anymore. This generation focuses more on working at an office, instead of a farm. And even if you stick to farming, the ground is no more fertile, it will be no more like it used to be."

Toch is het duidelijk dat bij de eerdere generaties het idee van veel kinderen nog steeds een rol speelt. Dezelfde Maymuna die in de vorige quote erkende dat het vandaag de dag lastiger is om voor veel kinderen te zorgen, ziet nog steeds voordelen van een groot gezin: "It is good to have a lot of children. Your child has friends, they will acknowledge you as the parents of their friend. Because of the

popularity of your family definitely you will get respect.”. Het idee dat veel kinderen respect oplevert, is bij deze generatie nog steeds aanwezig.

Al deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat er een generatiekloof is ontstaan, waarin een groot verschil te zien is in het gewenste aantal kinderen tussen vrouwen van huidige generaties en vrouwen uit de *olden days*. Dit is een belangrijke reden dat sommige vrouwen aangeven dat hun schoonmoeder hen onder druk probeert te zetten om meer kleinkinderen te produceren. In Aunties (31 jaar oud) geval was haar eigen moeder het niet eens met haar gebruik van *family planning* methoden: “My mother doesn't like family planning. She wants plenty of children. Because she wants plenty, that is why she doesn't like family planning. But she has fear to tell me, it's in her mind. It's because in the olden days people had plenty of children. Today, there is no money. In the olden days, you didn't have to send your children to school. But now; the school fees are plenty.”

Het hebben van kinderen is van groot belang in Noord Ghana. Clark (1999) benoemt het belang van het hebben van kinderen, en benadrukt hierbij dat er sociale, culturele, emotionele en spirituele aspecten aan het vader- en moederschap zijn verbonden, die zelfs *personhood* definiëren; zonder kinderen wordt iemand niet als volledig persoon gezien (Clark 1999:717). Dit komt sterk overeen met de verhalen van vrouwen uit Bolgatanga. Zij benadrukken het belang van het hebben van kinderen, en maken duidelijk dat dit een sterke invloed heeft op de positie van de vrouw op de sociale ladder in de samenleving. Het niet hebben van kinderen wordt niet alleen bespot, maar kan zelfs leiden tot beschuldigingen van hekserij. Augustina (20 jaar oud): “ If you don't have children, people will be mocking you, saying you are barren. Or they say you are using your womb for money rituals. They call it *Sakawa*. I' ve never done it, but people do it. They go to a *jujuman*, and they must bring him a head or human blood. But you can also decide to use a part of your body. And then you get the money, it works.”. Meerdere vrouwen verwijzen naar de mogelijkheid tot hekserij met de baarmoeder.

De generatiekloof kan dus een reden zijn waardoor de familie van een vrouw het gebruik van *family planning* soms probeert methoden belemmeren. De meeste vrouwen geven echter aan dat dit een zaak tussen de man en de vrouw is. De schoonmoeder, degene die het vaakst genoemd wordt als invloedrijk, kan misschien

meer kleinkinderen wensen in haar hart, maar het is moeilijk om echte invloed uit te kunnen oefenen. Zij kan het gebruik van *family planning* methoden moeilijk blokkeren en stoppen, en zal hooguit invloed kunnen uitoefenen op haar zoon. In hoeverre zij dominant is verschilt per huishouden, maar dit zal altijd slechts een matige invloed zijn. De druk om kinderen te krijgen is er echter altijd, maar deze komt vooral vanuit de maatschappij.

4.4 Religie

Een wandeling door Bolgatanga is bijna een religieuze ervaring. Tussen de vele kerken en moskeeën vindt men de ' *Thank God Bookstore* ', ' *Believe in God Beautysalon*' en de ' *Help me oh God Hairdresser*'. Tijdens een korte wandeling wordt duidelijk dat religie een bijzondere plaats inneemt in de samenleving, en dat religie een belangrijke rol speelt in het dagelijks leven. Volgens onze ervaringen is vrijwel iedereen religieus in de samenleving. Hoewel het noorden van Ghana grotendeels islamitisch is, is Bolgatanga een overwegend christelijke stad. In de rurale *sub-urbs* van Bolgatanga vindt men veelal traditionele religies. Atheïstische mensen zijn we niet tegengekomen, maar het is ons duidelijk geworden dat zij geen gerespecteerde positie in de samenleving innemen. Rahina (25 jaar oud) verwoordt een veelgehoorde mening over mensen die niet geloven: "I think if you do not believe, you should be dumb. The one creates you, and you don't believe in him."

Op een aantal incidenten van een paar decennia geleden na, zijn er nauwelijks religieuze spanningen in Ghana. Moslims en christenen leven vreedzaam naast elkaar; vriendschappelijke contacten worden onderhouden en huwelijken tussen beiden groepen zijn geen zeldzaamheid. Wel hebben wij de indruk dat traditionalisten echter een inferieure positie worden toegekend ten opzichte van de christenen en moslims. Een gesprek met mijn gastbroer was zeer verhelderend over de sociale positie van traditionalisten. Hij vertelde me dat het goed mogelijk is dat vrienden van hem zich voordoen als christenen, terwijl ze in werkelijkheid traditionalistisch zijn. "If you are a traditionalist, you don't have a lot of friends here." Hoewel traditionalisten een duidelijk lagere positie toegeschreven lijken te krijgen, hebben geen verschil ontdekt in de sociale positie van moslims en christenen.

Nu duidelijk is dat religie van belang kan zijn op zowel individueel niveau, als wel bepalend voor de sociale positie in de samenleving, rijst de vraag of religie van invloed kan zijn op de keuze om wel of niet gebruik te maken van anticonceptie en *family planning* methoden. Wij hebben geen echte link tussen de religie en het gebruik van *family planning* methoden en anticonceptie kunnen vinden. De geïnterviewde vrouwen praten niet in religieuze termen over het gebruik van *family planning* methoden en religie wordt niet snel genoemd als factor waar men rekening mee houdt bij het gebruik van anticonceptie. Dat is de reden dat de stem van getrouwde vrouwen in deze paragraaf minder naar voren komt dan in de paragrafen over de overige pilaren.

Wel geven sommige vrouwen aan, dat hun religieuze leider hun reproductie probeert te beïnvloeden. Wat van belang is voor dit onderzoek, is de wijze waarop deze religieuze leiders de seksuele levensstijl en het lichaam van hun vrouwelijke volgers proberen te beïnvloeden, en dit verschilt per religie. Wat vrijwel elke vrouw aangeeft, is dat hun leider in de religieuze institutie sprak over het verbod op overspel. Wat anticonceptie en *family planning* methoden betreft, zijn de percepties van hun religieuze leiders echter verdeeld. Binnen de Islam wordt er veel gepraat over *family planning* en het krijgen van kinderen. Sommige Imams, zoals van de Ahmaddiyyah Islam, nemen de Koran als leidraad, waarin wordt voorgeschreven dat een vrouw twee jaar borstvoeding moet geven; dit kan worden beschouwd als een natuurlijke manier van *family planning*, waardoor een andere methode van anticonceptie niet nodig is. Imams van de overige moskeeën, de Orthodoxe Islam en de Sunni, stellen dat *family planning* methoden gebruikt mogen worden; volgens de Koran mogen kinderen niet gedood worden, en het niet kunnen zorgen voor kinderen kan beschouwd worden als het doden van hen. Hoewel het hebben van veel kinderen over het algemeen wordt aangemoedigd binnen de Islam, heeft geen van de Imams het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden verboden.

De christelijke kerken hebben zeer uiteenlopende percepties op het gebruik van *family planning* methoden. Waar sommige kerkelijk leiders zoals de pastoor van de Rooms Katholieke kerk het gebruik van onnatuurlijke methoden als injecties en implantaten verbieden, nodigen leiders van de Anglicaanse kerk gezondheidswerkers uit om de kerkgangers te onderwijzen over het gebruik van

deze methoden.

Traditionalistische leiders houden zich veelal bezig met geboorte- en vruchtbaarheidsrituelen, maar niet met manieren van anticonceptie. Zij geven aan geen geboortes te mogen stoppen van hun geloof. Hoewel zij zelf veel kinderen hebben en de bevolking graag zien groeien, praten zij niet met hun volgelingen over het wel of niet gebruiken van *family planning* methoden. Traditionalistische vrouwen mogen elke vorm van anticonceptie gebruiken die zij wensen.

Het discours over *family planning*, anticonceptie en het hebben van kinderen is dus veelal aanwezig in de kerken en moskeeën. Sommige vrouwen geven dat zij regelmatig gaan naar praatgroepen, die door hun religieuze institutie worden georganiseerd, waarin de vrouwen geïnformeerd worden over *family planning* methoden. Opmerkelijk is dat dit discours dus veel in de religieuze instituties aanwezig is, maar dat religie nauwelijks een rol lijkt te spelen in de persoonlijke keuze om *family planning* methoden te gebruiken. Andere pilaren, zoals de relatie met de seksuele partner en familie worden vaak door de vrouwen genoemd als beïnvloedende factor, terwijl de religieus leider nauwelijks aan bod komt.

Dit geeft ons het gevoel dat de vrouwen een redelijk pragmatische, of op zijn minst praktische houding hebben tegenover hun religie, waarbij sommige elementen door de vrouwen meegenomen worden, maar dat de vrouwen sommige elementen, zoals de religieuze voorschriften over het gebruik van *family planning* methoden naast zich neerleggen. Een voorbeeld dat bij deze praktisch benadering van het geloof aansluit is een bijzondere reden om van geloof te wisselen, die een vrouw aan me uitlegde: In het Ghanese christendom is het gebruikelijk dat een begrafenis vijf tot zeven dagen duurt. De gasten krijgen ook nog te eten op de laatste dag, waardoor een begrafenis een verplichte, maar dure onderneming wordt. Van het christendom naar de islam wisselen, is dus een stuk goedkoper, aldus Fawzia (32): “There are a lot of funerals. A funeral takes days. It is expensive to bury people. In the Islam, people bury, pray, that's all. It is cheaper to be Islamic.”

Andere redenen die vrouwen geven om van religie te wisselen zijn het geloof aannemen van de partner, en het wisselen naar een geloof dat meer aanspreekt. Op dit punt wijken onze onderzoeksbevindingen af van de stelling van Doctor, Phillips and Sakeah (2009), die stellen dat het wisselen van religie een strategie is voor

vrouwen om eigen beslissingen te nemen over bijvoorbeeld het gebruik van family planning. Hoewel de geïnterviewde vrouwen zeer gelovig waren, religie een belangrijke positie inneemt in de samenleving, en religieuze leiders wel degelijk invloed proberen uit te oefenen op dit gebied, hebben wij geen link gevonden met het gebruik van *family planning* methoden, of het wisselen van religie om de middelen te kunnen gebruiken.

Nu alle pilaren voor de eerste onderzoekspopulatie, bestaande uit getrouwde vrouwen, besproken zijn, zal in het volgende hoofdstuk de empirie van de ongetrouwde adolescenten aan bod komen.

5. Ongetrouwde vrouwelijke adolescenten – Janneke Stigter

In het vorige hoofdstuk is laten zien op welke manieren dominante structuren in werken op getrouwde vrouwen. Dezelfde pilaren zullen met betrekking tot ongetrouwde vrouwelijke adolescenten worden besproken. Of en op welke punten deze twee onderzoekspopulaties van elkaar verschillen zal aanbod komen in de conclusie. In dit hoofdstuk zal getracht worden te laten zien hoe verschillende structuren: gezondheidsinstituties, man/vrouw verhoudingen, familie en religie inwerken op het gebruik van anticonceptie. De uitspraken zijn gebaseerd op gesprekken, informele en semigestructureerde interviews met zeventien vrouwelijke adolescenten in de leeftijd 17-24. Negen informanten brengen het grootste deel van hun tijd door in de *suburb* Sherigu. De acht anderen hebben werk of studie in Bolgatanga. De structuur gezondheid instituties zal allereerst worden behandeld, vervolgens zal worden ingegaan op man/vrouw verhoudingen die tot uiting komen in een relatie tussen jongen en meisje, vervolgens de familie en ten slotte zal religie als structuur worden behandeld.

5.1 Overheid en Gezondheidsinstituties

In het contexthoofdstuk is duidelijk geworden dat een groot deel van de Ghanese bevolking op de hoogte is van althans één vorm van anticonceptie. In de volgende deelparagraaf zullen aanbod, percepties en problemen ervaren door ongetrouwde vrouwelijke adolescenten behandeld worden. Het zal blijken dat het idee dat seksueel contact voor het huwelijk niet goed is, vooral verspreid vanuit religieuze instituties, vrouwelijke adolescenten belemmerd in het aanschaffen van anticonceptie en inwinnen van informatie over anticonceptie. De drempel tot gezondheidsinstituties voelt daarom voor veel vrouwelijke adolescenten ook vaak hoog aan.

Er zijn verschillende vormen van anticonceptie beschikbaar, het meest bekend zijn het mannelijk condoom, anticonceptiepil, injectie, implantaat, injectie en spiraaltje. In principe zijn bovenstaande vormen van anticonceptie beschikbaar in de farmacie, het ziekenhuis en in de gezondheidsklinieken in de dorpen. Wat meisjes

weten over verschillende vormen van anticonceptie verschilt. Het mannelijk condoom wordt door alle informanten genoemd. De injecties in de arm die voor drie maanden tot vijf jaar bescherming bieden is de tweede meest genoemde vorm van anticonceptie. De implantaat, het spiraaltje en het vrouwelijke condoom wordt vaker genoemd door vrouwelijke adolescenten die boven de twintig zijn en werken in de stad dan meisjes die op school zitten en de meeste tijd in *suburb* doorbrengen. Naast de bovenstaande genoemde vormen van anticonceptie wordt vaak gerefereerd naar 'natuurlijke' vormen van anticonceptie, zoals 'voor het zingen de kerk uit' en het bestuderen van de menstruatiecyclus. Het merendeel van de informanten vindt het belangrijk om naast bijvoorbeeld het bestuderen van de menstruatiecyclus ook een condoom te gebruiken in verband met seksuele overdraagbare ziektes (soa's), al wordt ook beaamd dat gedurende een relatie er genoeg vertrouwen zou moeten zijn om zonder condoom te vrijen.

Er bestaan verschillende percepties over anticonceptie. Over het mannelijk condoom zijn de vrouwelijke adolescenten positief, al bestaat het risico dat deze door de hitte kan scheuren. Injecties zouden een vrouw dikker kunnen maken en implantaten kunnen schadelijk zijn voor de baarmoeder. Helen, een jonge vrouw van 23 en lerares op een basisschool zegt het volgende over family planning methoden.

"The family planning is locking the womb because if you're are blocked it is not easy for you to get pregnant. And the one of five years it happens that you don't get pregnant. I know of one friend of my mother, she had a child and then she took the five years plan and she couldn't get pregnant again."

Uit de percepties van (onder andere Helen) vrouwelijke ongetrouwde adolescenten valt op te maken dat verhalen van derden, zoals vriendinnen, invloedrijk zijn op het gebruik anticonceptie.

Volgens de vertegenwoordiger van de *Youth Harvest Foundation*, een NGO die zich richt op jongeren en seksuele educatie, is er een gebrek aan toegankelijkheid tot anticonceptie voor jongeren. Concreet maakt dit bijvoorbeeld het aanschaffen van anticonceptie en het inwinnen van informatie over bepaalde vormen van anticonceptie lastig voor jongeren. Het is niet gebruikelijk voor een meisje om condooms en andere vormen van anticonceptie zoals de anticonceptiepil en de injecties die verkrijgbaar zijn bij gezondheidsinstellingen, te

kopen. De hoge grens voor het aanschaffen van anticonceptie geldt zowel voor apotheken als voor overheid gefinancierde gezondheidsklinieken, zo blijkt, onder andere, uit de woorden van Abigail, jeugd coordinator voor de *Youth Harvest Foundation*. “So when you go to the Clinique, so first of all they are also parents sitting there, so the young find it difficult because aah, they will tell them why do you need family planning for you are not married.”

Schaamte en financiële beperkingen dragen bij aan een hoge drempel voor vrouwelijke adolescenten. Dit wordt niet alleen door deze ‘expert’ aangehaald, maar kwam ook naar voren in interviews en gesprekken. Anne, een middelbare scholiere in het dorp Sherigu zei hier het volgende over

“Some people will just look at you and insult you.”. They judge you, you a small girl like this and to buy condoms, what are you going to do with it. It means you are a bad girl, a bitch, some people will call you a bitch. “That’s why I don’t want to do it.”

Naast schaamte en financiële beperkingen, impliceert het hebben van anticonceptie, zoals condooms ook promiscuïteit. Dat is voor Ma, een scholiere van 20 uit het dorp Sherigu een belangrijke reden om geen condooms te kopen en bij haar te dragen.

Ma (20) “I won’t buy it (laughing), because I feel it is too bad for me to have it, because here if you a girl and you always hold it, it is like normally they call you that you want to have sex. That’s why you buying. So I don’t feel comfortable buying it, the boy will buy.”

In het populatie programma van de overheid, kort aangehaald in het context hoofdstuk, word het informeren van de jeugd als één van de doelen genoemd. Concrete uitingen van dit doel is het onderwijzen van seksuele voorlichting op school, echter in de praktijk blijkt dit niet voor elke school te gelden. In Sherigu worden bijvoorbeeld de lessen verzorgd door een zelfstandige NGO. Verpleegsters, als vertegenwoordigers van gezondheidsinstuties, zijn ook betrokken bij het seksueel voorlichtingsprogramma, zij verzorgen één les in de reeks lessen verzorgd door bovengenoemde NGO. Een aantal respondenten noemden de verpleegsters wel als bron van informatie, wanneer gevraagd werd naar hoe zij geleerd hebben over anticonceptie. Het officiële discours van gezondheidsinstuties is om het aantal tienerzwangerschappen te verminderen, bijvoorbeeld doormiddel van seksuele

voorlichting. Tegelijkertijd blijkt in de praktijk dat juist ook de gezondheidsinstellingen een beperking kunnen vormen voor het gebruik van anticonceptie.

5.2 Seksuele partner

In deze deelparagraaf zal de tweede 'pilaar', namelijk, man/vrouw verhoudingen die in relaties tot tussen de jongen en het meisje uiting komen en hoe deze het gebruik van anticonceptie beïnvloeden, worden besproken. Het zal blijken dat de seksuele partner het gebruik van anticonceptie van vrouwelijke adolescenten beïnvloedt, maar dat de soort en mate afhangt van de persoon en de relatie. Tevens zal blijken dat zowel mannelijke als vrouwelijke adolescenten kampen met de toegankelijkheid tot anticonceptie. Een eenduidig antwoord over de motieven van vrouwelijke adolescenten om een relatie aan te gaan met mannen kan niet gegeven worden. Ondanks dat eenduidigheid ontbreekt, zijn in het veldwerk wel twee redenen naar voren gekomen. Ten eerste het toelaten van het hebben van een relatie voor het huwelijk wordt door meerdere meisjes als noodzakelijk opgevat, volgens Hilda van twintig om te weten 'wat voor vlees je in de kuip hebt.'

"But you know in that times they don't used to do that, they stayed at home before they get married. But nowadays we can control ourselves, the boy would not agree. They say they have to be with you before you get married, if not they don't know much about you. That is because we always do it before getting married."

Ondanks het feit dat Hilda overtuigd christen is en op de hoogte van de positie van haar geloof over seksueel contact voor het huwelijk, vind zij het elkaar seksueel leren kennen ook belangrijk. Seksueel contact als voorbode voor het hebben van een goed huwelijk geldt niet voor alle geïnterviewde adolescenten.

Een tweede reden om een seksuele relatie aan te gaan zijn de economische voordelen. Het is niet ongebruikelijk voor zowel jongens als meisjes om meerdere partners op hetzelfde moment te hebben. Al lopen meisjes meer risico geslagen te worden door hun partner als deze erachter komt dat zij ook andere relaties onderhoudt. Waardeoordelen verschillen hierover, zo vind Marta van 23, een ongetrouwde onderwijzeres, geweld acceptabel wanneer het meisje andere relaties onderhoudt.

“I don't think it is anything bad because if I give my love to a boy you should fool around and if yes than he can beat you. And sometimes when they beat they change. They change to be good sometimes because they know next time if I do this my boyfriend will beat me.”

Een mogelijk reden waarom Marta geweld niet zozeer veroordeeld kan te maken hebben met de economische voordelen van een seksuele relatie. Meisjes in Bolgatanga en omliggende dorpen ontvangen het noodzakelijke, dus voedsel en onderdak van hun familie, maar geld voor andere zaken zoals kleding ontbreekt. Volgens de verpleegkundige van de lokale gezondheidskliniek in Sherigu nemen alleen “oppervlakkige meisjes” vriendjes om deze reden.

“Because they want materials, they are shallow girls; they want this trousers and dress materially. So they see their colleagues wearing them and will also be forced to go into it. So they have to take boyfriends who can give them some small money. And you know Ghana here; people give something they also demand something”

In het geval van Gifty, een jonge vrouw werkzaam als serveerster in een restaurant, leek het erop dat zij uit noodzaak een relatie aanging, omdat de mannelijke familieleden in haar gezin waren weggevallen. Zo zegt zij:

“When you are above eighteen it is you to take care and work for yourself. So when lack of something, your parents cannot provide, your boyfriend can provide these things. So that is the reason why I took a boyfriend for me in case I ask these things from my parents and they can't provide, I will go to my boyfriend he can provide.”

De perceptie van de verpleegster is dat alleen ‘goedkope’ meisjes seksuele relaties aangaan voor economische reden. De situatie van Gyfty laat echter zien dat het ook uit noodzaak kan zijn. Het hebben van een vriend word door veel vrouwelijke adolescenten gezien als een acceptabele bron van inkomen.

Volgens een verpleegkundige heeft een jongen weinig over zijn vriendin te zeggen uitgaande van het feit dat ze niet in hetzelfde huis wonen, wat wel het geval is bij getrouwde paren. Tegelijkertijd een relatie waar een geld een belangrijke rol in speelt kan seks als uitwisselingsgoed verwacht worden door een jongen. Zolang een

meisje geld ontvangt van haar vriend kan zij niet snel 'nee' zeggen wanneer haar seksuele partner naar seksuele handelingen vraagt of eist. In de literatuur komt naar voren dat vrouwelijke adolescenten 'getraind' zouden zijn om zich onderdanig te gedragen tegenover jongens en mannen waardoor het weigeren van onveilige seksueel contact lastig is (Kwankye 2006:145). In het veld zijn hierover verschillende verhalen gehoord. Enerzijds verklaren vrouwelijke adolescenten seksueel contact te weigeren wanneer er geen condoom aanwezig is. Anderzijds gaven meisjes aan dat de jongen verantwoordelijk is voor protectie en meisjes bang zijn dat de jongen hen zou lozen wanneer zij bezwaar zouden maken tegen onveilige seksuele handelingen.

Het kan gebeuren dat zowel mannelijke als vrouwelijke adolescenten onwetend zijn over de gevolgen van onveilige seks. De meisjes die ik heb gesproken wisten het condoom als anticonceptie en de gevolgen van onveilige seks namelijk, tienerzwangerschappen en seksuele overdraagbare ziektes, te noemen. Dit suggereert dat niet zozeer de kennis onder vrouwelijke adolescenten boven de achttien bepalend is in de keuze om anticonceptie te gebruiken. Vrouwelijke adolescenten noemen angst voor vreemdgaan of het nemen van andere vriendinnen als reden om de seksuele partner de zin te geven wat betreft seksuele handelingen en het gebruik van anticonceptie. Vaak gebruiken jongens de eerste keer anticonceptie, maar zijn van mening dat dit tijdens een relatie niet nodig is en 'natuurlijke manieren van anticonceptie', zoals 'voor het zingen de kerk uit' en het bestuderen van de menstruatiecyclus voldoende is om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Op de vraag wie beslist over het gebruik van anticonceptie gaf de 22-jarige Gifty van het volgende antwoord: "It was my boyfriend who made that choice, but it was a wrong idea."

De vraag, waarom sommige mannelijke adolescenten geen mannelijk condoom willen gebruiken, blijft. Volgens de verpleegkundigen van de lokale gezondheidskliniek zijn jongens, wanneer zij geen educatie genieten en weinig vormen van informatie tot zich kunnen nemen, onwetend. Tegelijkertijd kan het veel jongens ook niet zo veel schelen volgens deze verpleegkundige. Los van de mogelijke ziektes, raakt een mogelijke zwangerschap meisjes vaak het hardst. Yvy, een jonge ongetrouwde moeder kreeg tijdens haar zwangerschap te maken met

onbegrip en ontbreekt het Yvy aan hulp van de verwekker van haar kind.

“I went to the house of the family of the boy, but he didn't told them about me and about the child, they didn't believed me and didn't wanted to take responsibility. So then when I went home my father said I couldn't enter the house and my brothers said they don't have money to take care of me and the child so they told me to go”.

De situatie van Yvy lijkt erop te wijzen dat, mannelijke adolescenten mogelijkheden hebben om onder verantwoordelijkheden uit te komen, bijvoorbeeld door het contact met het meisje in kwestie te ontkennen. Daarnaast is de familie van de verwekker vaak ook niet ontvankelijk voor de drager van hun kleinkind sinds het zorgen voor een moeder en kind duur is en niet positief, bijvoorbeeld voor hun reputatie sinds het om een ongetrouwde jonge vrouw gaat.

Hoe en op welke manieren beïnvloedt een seksuele partner een vrouwelijke adolescent in haar keuze om wel of geen anticonceptie te gebruiken? Enerzijds kunnen uitsluitende antwoorden op deze vraag niet worden gegeven om het simpele gegeven dat het om individuen gaat die elk verschillende ideeën hebben over het gebruik van anticonceptie, bovendien is de wisselwerking in elke relatie verschillend. Anderzijds kan voorzichtig worden gesteld dat de seksuele partner in een bepaalde mate zijn vriendin beïnvloedt, in welke mate en hoe dit tot uiting komt verschilt per relatie. Zo is het voor mannelijke adolescenten gangbaarder om bijvoorbeeld condooms te kopen en is het voor vrouwelijke adolescenten niet gebruikelijk om zelf condooms te kopen. Bovendien is uit de verschillende gesprekken duidelijk geworden dat de jongen beslist. Als de mannelijke seksuele partner geen condooms wil gebruiken, kan het meisje weinig doen, behalve weglopen. Weglopen is echter voor veel meisjes geen optie, sinds zij de financiële middelen van een seksuele partner nodig hebben.

5.3 Familie

In deze deelparagraaf zal in worden gegaan op de familie als derde 'pilaar'. Het zal blijken dat vooral leeftijdgenoten, zoals zussen en nichten belangrijk zijn in het geven van informatie over het gebruik van anticonceptie. De moeder zou in theorie

invloedrijk kunnen zijn, omdat zij hun dochters vertellen over veranderingen van het lichaam in de puberteit, echter seksuele voorlichting blijft uit. Het gedrag van een vrouwelijke ongetrouwde adolescent heeft weerslag op zowel de vader als de moeder en kan vrouwelijke adolescenten ervan weerhouden om seksueel actief te worden op tienerleeftijd. Bijvoorbeeld door de impact die een ongewenste zwangerschap op de directe familie kan hebben.

Familie in Noord Ghana betekent een opvangnet in moeilijke tijden, maar de directe familie, in bijvoorbeeld voedselvoorziening, komt op de eerste plaats (Leroy et al. 2008). Dit geldt in zekere mate ook voor de consequenties van onzedelijk seksueel gedrag en ongewenste zwangerschappen. De ouders worden direct verantwoordelijk gehouden en wanneer hun dochter bijvoorbeeld s 'avonds lang wegblijft of zwanger raakt. Ook het hebben van een relatie voor de leeftijd van achttien wordt niet geaccepteerd door de directe familie en in het bijzonder de ouders van het meisje. Als een meisje zwanger raakt zonder getrouwd te zijn zou ze in principe bij de familie van de vader van het kind moeten gaan leven, maar de 'schoonfamilie' is vaak niet gastvrij voor het meisje, sinds zij haar moeten voeden, kleden en onderdak bieden en er in principe niks voor terugkrijgen omdat de zwangerschap buiten een huwelijk valt. Kwankye (2006) stelt dat gebrek aan liefde en zorg van familie, wanneer een dochter ongewenst zwanger wordt, gevolgen kan hebben voor de gezondheid van moeder en kind (Kwankye 2006:146). Als een ongetrouwd meisje zwanger raakt kan haar vader haar in principe aan elke man uithuwelijken volgens de 22-jarige Lovinia, familie van een katholieke pastoor.

"When you are pregnant and still in school it looks like your parents are not responsible that's why you always go out with boys and end up pregnant and sometimes your damage your own image and will just go and give you to any man, blind man, old man and if you don't know who impregnated you they will just give you to the man of your choice. And you have nothing to say."

Hoe Lovinia het stelt lijkt het alsof ongetrouwd zwanger worden het ergste is wat je als meisje kan overkomen. Of dit effect heeft op de bruidsschat is lastig te bepalen. De bruidsschat wordt door de familie van de man/jongen aan de familie van zijn aanstaande bruid betaald. Het gaat in de regio Bolgantanga om drie tot vier koeien, een aantal vogels en cacaobonen. Volgens de geïnterviewde vrouwelijke

adolescenten is het als gewoonte belangrijker dan als economische bron. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de vierde of zelfs de derde koe pas jaren later of zelfs nooit wordt afgeleverd bij de familie van de bruid. Uit bovenstaand citaat wordt echter wel duidelijk dat een ongetrouwde tienermoeder mogelijk minder snel een man zal vinden.

De ouders van het meisje dragen de verantwoordelijkheid voor het gedrag van hun dochter. Zoals al eerder genoemd, het gebrek aan seksuele voorlichting draagt bij aan de problemen rondom het gebruik en toegang tot anticonceptie volgens de vertegenwoordiger van de *Youth Harvest Foundation*. "The main reason has been parents don't talk to their children. They don't talk to them anything related to their reproductive health, so most young people don't know what sex is all about. "

In theorie zou kennisoverdracht betreffende seksuele voorlichting van moeder naar dochter de kans dat hun dochter zwanger thuis komt kunnen verminderen. Echter, het blijkt door de vergelijking tussen getrouwde vrouwen (tevens moeders) en de ongetrouwde vrouwelijke adolescenten dat moeders dit heel anders zien. Getrouwde vrouwen vinden dat het onderwerp seks en anticonceptie ter sprake brengen er juist voor zou zorgen dat dochters eerder seksueel actief worden. Hun kinderen zouden dat zien als een acceptatie van seksueel actief zijn van hun ouders. Het merendeel van de vrouwelijke adolescenten is van mening dat hun ouders niet op de hoogte zijn van anticonceptie. Het argument van getrouwde vrouwen, hierboven uiteengezet, wordt ook door een aantal informanten uit de onderzoekspopulatie genoemd. Dus, er zijn vrouwelijke adolescenten die bewust zijn van de overwegingen van hun ouders en er zijn meisjes die het uitblijven van voorlichting toeschrijven aan een gebrek aan kennis, zoals de 22-jarige Joyce.

"My parents they don't know something about it. So I never had any knowledge about it from them. They are illiterate. Anyway the common thing that they know is, let me say the condom. That's what they know. That's the common thing, the others (contraception) they don't know. In their head they know it but if you show them a condom they will not recognize it."

Ik zeg hier ouders, maar praten met een vader over seksueel gerelateerde onderwerpen is niet gangbaar. Het gros van de informanten gaf aan dat hun moeder ten tijde van de eerste menstruatie hen vertelde over de overgang van meisje naar

vrouw, over de mogelijkheid van zwanger worden en een aantal moeder aangaven om op te passen met jongens. Naast de informatie gegeven door hun moeder, zijn zussen en nichtjes die, gegeven de familiestructuur in Noord Ghana vaak dichtbij elkaar wonen, belangrijk in het verstrekken van seksuele kennis en voorlichting. Waar moeders zich richten op de verandering van het vrouwelijk lichaam in de puberteit en stoppen bij seksueel gerelateerde onderwerpen, praten zussen, nichtjes en vriendinnen met elkaar over diverse seksueel gerelateerde onderwerpen. Natuurlijke manieren van anticonceptie worden genoemd door vrouwelijke informanten als gespreksonderwerp tussen *peers*, voornamelijk het bestuderen van de menstruatiecyclus wordt door meerdere vrouwelijke adolescenten genoemd.

Ma (20 jaar) "I even went to the market and bought a love guide. You are able to protect yourself through the menstruation cycle. The six, seven, eight day you can do it, 9, 11, 12 you cannot do if you want a child than you can do. Seventeen you can do whatever you want, but the rest you cannot. I was starting with counting my days".

Het is opvallend dat niet zozeer betrouwbare anticonceptie zoals de implantaat en het condoom ter sprake komen, maar eerder onbetrouwbare manieren van het voorkomen van zwangerschappen. Meisjes nemen de controle in de beperkte context waarin zij zich bewegen. Het is lastig om hulp te vragen van een ouder familielid, zoals de moeder. Volgens de zuster van de lokale gezondheidskliniek in Sherigu sturen sommige moeders hun dochters naar de kliniek voor seksuele voorlichting, wanneer zij merken dat hun dochters 's avonds langer wegblijven waardoor het lijkt dat zij contact hebben met jongens. Geen van de geïnterviewde vrouwelijke adolescenten kon dit verhaal echter bevestigen. Het zou kunnen dat er verschillen zijn tussen grote steden en het platteland en moeders in grote steden, door een beter toegang tot informatie opener naar hun kinderen toe zouden zijn over seks en preventie, echter dat valt buiten de grenzen van dit onderzoek dat plaats heeft gevonden op het platteland.

De keuze om anticonceptie te gaan gebruiken kan door de familie worden beïnvloed in de zin van gebrek aan kennis waardoor gebruik uitblijft. Wat voor anticonceptie en hoe deze wordt gebruikt, daar is de directe familie niet van grote invloed. Het zijn eerder vriendinnen, die ongetrouwde vrouwelijke informanten

informereren over het condoom en andere vormen van anticonceptie, wat er wordt verteld hangt af van de aanwezige kennis. Vooral de menstruatie cyclus en deze goed leren kennen is een onderwerp van gesprek onder ongetrouwde vrouwelijke adolescenten, wellicht omdat deze mogelijkheid relatief laagdrempelig is.

5.4 Religie

In dit deelhoofdstuk zal religie als derde dominante structuur worden besproken. Het zal blijken dat religie niet zozeer de keuze van meisjes om anticonceptie te gebruiken beïnvloedt, maar meer van invloed is op percepties van ongetrouwde vrouwelijke adolescenten over seksueel contact voor het huwelijk.

In het context hoofdstuk is het religieuze landschap voor de onderzoekslocatie besproken. Uit gesprekken met religieus leiders en vertegenwoordigers is gebleken dat geen van de religieuze leiders seksueel contact voor het huwelijk accepteert. Het huwelijk wordt door de religieuze leiders als belangrijk instituut gezien, trouwen is vereist voor het krijgen van kinderen, ook brengt het huwelijk en kinderen een vrouw respect en status. Ongetrouwde vrouwelijke adolescenten vertelde hetzelfde als wat ik hoorde van de religieuze leiders over seksueel contact voor het huwelijk, maar niet elke informant was maagd. Helen is al wat ouder (23) maar ongetrouwd. Zij legt seksueel actief zijn en hoe dit overeengestemd kan worden met haar geloof op de volgende manier uit: "God will know everything, you cannot hide from him so even if you lie he will know. Some people they want the blessing so they lie about not having sex before marriage, but why should I lie because god knows. "

Het lijkt erop dat er een discrepantie is tussen wat ongetrouwde vrouwelijke adolescenten zeggen over religieuze dogma's en hoe zij deze in hun eigen leven toepassen. Wellicht heeft dit te maken met de wens om 'erbij te horen', religie kan namelijk ook gezien worden als belangrijke factor in het dagelijks leven. Zondag naar de kerk gaan kan bijvoorbeeld gezien worden als wekelijkse terugkerende sociale gebeurtenis. Vrouwen en meisjes werken hard, zondagochtend is het enige moment in de week dat zij zich netjes maken en niet bezig zijn met huishoudelijk werk. Tevens speelt sociale controle een rol. Het zijn de ouders die bepaalde verwachtingen van hun dochter hebben en haar ook zullen wijzen op verplichtingen. Gloria (20 jaar) zei daar het volgende over: "My parents are all catholic so if I don't

go to the church we have to talk. So I think it is the right way for them to do that because they are controlling you.”

Gifty werkt de zondagen in een restaurant en kan daardoor niet op zondag naar de kerk. Op de vraag wat haar ouders daar van denken blijkt dat de economische voordelen van een dochter die werkt zwaarder wegen dan religieuze verplichtingen.

Gifty (22 jaar) “Yes I am Roman Catholic. I don’t go to church because every day we are working. It is no good. I pray every morning and night, I read bible. And I use the neck less for praying. Because I am not attending church I tried to obey the Ten Commandments. You know when your parents are not working; you the child have to work to cater for your parents.”

Religieuze instituties dragen bepaalde dogma’s uit, maar dit betekent niet dat elke vrouwelijke adolescent deze zo overneemt in haar leven. Er zijn verschillende redenen waarom meisjes deze niet volgen en verschillende manieren waarop zij deze ‘afwijkingen’ uitleggen.

Hoewel het niet ongebruikelijk is dat familieleden tijdens de zondagdienst thuisblijven en moslims op andere plekken dan in de moskee bidden, het lijkt erop dat religieuze instituties vasthouden aan bepaalde waarden, zoals de boodschap dat seksueel voor het huwelijk niet geaccepteerd is. Al zijn religieuze leiders ook bewust dat niet ieder zich houdt aan de regels van hun geloof, bijvoorbeeld de kerkleider van de kerk ‘*Christian Bible Believers*’.

“The church disagree that you run to have relationship with one another if they are not in agreement to marry. So we don’t encourage them at all to have sex. If you see somebody that is using condom outside marriage, he is stealing. He is criminally going his own or her own way, but the church does not at all give them the mandate to have sex.”

Anticonceptie in de bewoording van ‘family planning’ wordt genoemd in de religieuze instituties. Het hangt van de stroming binnen de Islam en christendom af wat er wordt gezegd en wat de positie van de institutie betreffende het onderwerp anticonceptie is. Er wordt echter voornamelijk gerefereerd naar getrouwde vrouwen. De enige manier van anticonceptie toegestaan door religieuze instituties voor jongeren die niet getrouwd zijn is onthouding. Zowel de informanten uit de onderzoeksgroep als de geraadpleegde religieus leiders beamen dat anticonceptie

voor ongetrouwde vrouwelijke adolescenten niet wordt aangemoedigd. Mogelijk omdat de informatieverstrekking betreffende anticonceptie voor ongetrouwde vrouwelijke adolescenten in religieuze instituties in Bolgatanga en Sherigu beperkt is heeft dit niet direct invloed op de keuzes van meisjes om wel al dan niet anticonceptie te gebruiken. Yvy zegt dat zij geen seksuele relatie meer wil, omdat dit niet binnen haar geloof past. Zij kiest hier nu bewust voor, maar gemakkelijk zal het niet zijn, aangezien het hebben van een seksuele relatie een belangrijke economische bron voor haar is. "And you know, that why I stopped having boyfriends, when you want to be a good Christian, you must not take a boyfriend, it is no good." Ongetrouwde vrouwelijke adolescenten zijn goed op de hoogte van de mening van hun geloof over seksueel contact voor het huwelijk. Het is voor sommige meisjes lastig om voor zichzelf te legitimeren seksueel actief en tegelijkertijd gelovig te zijn, maar deze interne worsteling geldt niet voor ieder. Ik zou willen suggereren dat de keuze om seksueel actief te worden meer door religieuze instituties wordt beïnvloedt dan de keuze om anticonceptie te gebruiken.

Nu het theoretisch raamwerk en de empirische hoofdstukken zijn besproken, kunne we deze aan elkaar verbinden in de conclusie. Het volgende hoofdstuk zal de onderzoeksresultaten nogmaals kort presenteren, een koppeling maken met de theorie en ingaan op de doelstellingen die aan het begin van de thesis zijn gesteld.

6. Conclusie

6.1 Structuur agency debat

In dit onderzoek hebben wij ons gericht op de mogelijkheden en moeilijkheden in het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden bij getrouwde vrouwen en ongetrouwde adolescenten. Hiervoor hebben wij een theoretisch raamwerk gevormd, gebaseerd op het structuur agency debat, waarin wij het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden hebben geplaatst.

Een gedegen theoretisch kader is van belang wil het mogelijk zijn om empirisch verkregen informatie te kunnen analyseren op een theoretisch niveau en te kunnen concluderen of de verkregen onderzoeksresultaten passen binnen een bepaald debat of dat resultaten wellicht een ander perspectief bieden. Wij hebben onze resultaten kunnen plaatsen in het debat over structuur en actoren met in het bijzonder de structuratietheorie van Anthony Giddens (1985). Giddens stelt dat structuren dual zijn, ze vormen zowel de levens van individuen, maar worden ook gevormd en veranderd door individuen. Het is van belang te beseffen dat structuren niet statisch en bovennatuurlijk zijn, maar door individuen zijn gevormd (Hays 1994, Sewell 1992). Bovendien is de sociale realiteit complex en kan deze niet in hokjes worden onderverdeeld. Al hebben wij dat in zekere zin wel met onze onderzoeksresultaten gedaan, namelijk de vier pilaren, deze structuren staan echter niet op zichzelf. In tegendeel, tussen deze structuren bestaan veel connecties en interacties, zoals in de empirische hoofdstukken ook duidelijk is geworden.

Structuren zijn dual, maar geldt dat eigenlijk ook niet voor *agency*? Hays (1994) maakt een onderscheid tussen *structurally transformative agency* en *structurally reproductive agency*. Dat betekent dat sociale actie of handelen zowel conformerend als transformerend kan zijn. Wij hebben onszelf vervolgens de vraag gesteld of het gebruik van anticonceptie tot de eerste of tot de tweede categorie kan worden gerekend. Oftewel kan gebruik van anticonceptie bijvoorbeeld man/vrouw verhoudingen of opvattingen van religieuze instituties veranderen? Of, bevestigen vrouwen en vrouwelijke adolescenten alleen bestaande opvattingen en praktijken met de manier waarop zij anticonceptie gebruiken?

Wij zijn uitgegaan, in lijn met Russel, Sobo & Thompson (2000) en Paxson(2004) van een contextuele benadering. Russel, Sobo en Thompson (2000) stellen dat anticonceptie in elke sociaal-culturele context andere betekenissen behelst. Het gebruik van anticonceptie is dus niet alleen een individuele keuze, maar ook ingebed in een sociaal-culturele en politieke context.

Tenslotte zijn wij tot de conclusie gekomen dat het gebruik van anticonceptie tweeledig is. Door anticonceptie op een bepaalde manier te gebruiken, bijvoorbeeld in geheim, kunnen structuren worden herbevestigd. Anderzijds, bijvoorbeeld door openlijk te praten met adolescenten over het gebruik van anticonceptie of door de man of vriend over te halen om anticonceptie te gebruiken, kan dit juist ook bepaalde percepties als het ware uitdagen en mogelijk structuren transformeren. *Agency* staat dus niet gelijk staat aan het maken van vrije keuzes, handelen *an sich* is ook *agency*.

6.2 Empirie

Voordat we onderzoekspopulaties met elkaar gaan vergelijken, zullen de onderzoeksresultaten voor de twee onderzoekspopulaties, de getrouwde vrouwen en de ongetrouwde vrouwelijke adolescenten, kort worden samengevat. De vier 'pilaren' hebben de rode lijn gevormd voor deze thesis. Deze zal nu ook de structuur voor deze samenvattingen vormen.

Getrouwde vrouwen komen zeer regelmatig in aanraking met de verschillende methoden van *family planning*. De overheid hanteert een beleid dat gericht is op de ondersteuning en actieve aanmoediging van het gebruik van family planning, om op deze wijze de gezinnen en daarmee de armoede te verkleinen. Daardoor worden vrouwen geïnformeerd over de middelen op de televisie, radio's, in gezondheidsklinieken en soms zelfs door een verpleegster aan huis. De gezondheidsklinieken zijn in het bijzonder invloedrijk, omdat dankzij deze instituties ook de lager opgeleide vrouwen en vrouwen in rurale gebieden bereikt kunnen worden. Dankzij deze maatregelen bezitten de vrouwen die wij geïnterviewd hebben veel kennis over de middelen en velen van hen gebruiken de middelen zelf. Ten slotte wordt een groot deel van de anticonceptie en *family planning* methoden vergoed, waardoor deze financieel beschikbaar zijn voor de bevolking.

Vrijwel alle geïnterviewde vrouwen zijn diep gelovig; moslim, christen of

traditionalistisch. De vrouwen geven aan dat religie geen rol speelt in de keuze om wel of geen *family planning* methoden te gebruiken. Zij vertellen echter wel dat hun religieus leider hen hierin probeert te beïnvloeden. De percepties van de verschillende leiders variëren van het verbod op anticonceptie tot de aanmoediging hiervan. Het wisselen van religie komt regelmatig voor onder vrouwen. De redenen hiervoor hebben volgens de vrouwen echter niet met het kunnen gebruiken van *family planning* methoden te maken, zoals Doctor, Phillips en Sakeah (2009) veronderstellen, maar bijvoorbeeld met de religie van hun partner.

De relatie met de seksuele partner van de vrouw blijkt wel een grote rol te kunnen spelen in de keuze om voor *family planning* te kiezen. Verschillende scenario's zijn hierin te onderscheiden: in de meest voorkomende situatie ondersteunt de man zijn vrouw in het gebruik van de *family planning* methoden. In het tweede scenario neemt de man het initiatief en moedigt hij zijn vrouw aan om de middelen te gebruiken. Een andere mogelijkheid is dat de man afwijzend staat tegenover (sommige vormen van) *family planning*, vaak uit angst voor gevolgen als onvruchtbaarheid, en dat de vrouw zich hierbij neerlegt. In een laatste scenario wijst de man het gebruik af, maar neemt de vrouw maatregelen om hiertegen in te gaan; het geheime gebruik van anticonceptie is een veelgehoorde optie.

Ten slotte vormt de familie de laatste pilaar, welke is voortgekomen uit onze veldwerk ervaringen. Een getrouwde vrouw wordt vooral beïnvloed door de familie van haar man, omdat het gebruikelijk is dat de vrouw na het huwelijk bij de familie van haar man intrekt. Een aantal decennia geleden, nu de '*olden days*' genoemd, kregen vrouwen een veel groter aantal kinderen dan nu gebruikelijk is. Onder andere de landbouw maakte dit mogelijk. Omdat vrouwen uit deze generatie minder kinderen wensen en hiervoor vaak maatregelen als het gebruik van *family planning* methoden toepassen, kan dit spanning opleveren in een huishouden. In sommige situaties kan de schoonmoeder het kleine aantal kinderen niet accepteren, en zet zij de vrouw onder druk om meer kinderen te baren. In de meeste gevallen wordt dit echter gezien als een beslissing tussen man en vrouw, en staat de schoonmoeder hier buiten. Hoewel de hoeveelheid kinderen niet uitmaakt, wordt er door maatschappij wel een aantal kinderen verwacht; kinderloze koppels hebben regelmatig te maken met pesterijen en sociale uitsluiting.

Ongetrouwde vrouwelijke adolescenten hebben in principe dezelfde fysieke toegang tot anticonceptie als getrouwde vrouwen, maar voelen vaak een emotionele drempel om anticonceptie middelen te kopen. De oorzaak hiervan ligt in de wijze waarop zij benaderd worden door instituties in de samenleving; op scholen wordt over het algemeen iets aan seksuele voorlichting gedaan, maar de nadruk ligt op onthouding van seks. Medewerkers van gezondheidsinstituties geven bijvoorbeeld ook aan dat zij het soms moeilijk vinden om de jongvolwassenen aan anticonceptie te helpen. De adolescenten geven juist aan dat zij een grote drempel over moeten om anticonceptie te halen, omdat zij bang zijn om veroordeeld te worden door bijvoorbeeld hun ouders, toevallige bekenden en de verstrekkers van de anticonceptie of religieus leiders.

Het zijn de geraadpleegde religieus leiders die duidelijk waren over seksueel contact voor het huwelijk: vrouwelijke adolescenten moeten zich onthouden van seks tot het huwelijk. Hoewel deze religieuze opvattingen zeker invloed kunnen uitoefenen op het gebruik van anticonceptie bij ongetrouwde vrouwelijke adolescenten, moeten we ons afvragen hoe groot de werkelijke invloed zal zijn. Wij hebben vaak gemerkt dat meisjes bepaalde elementen van hun religie meenemen in hun gedrag, maar bepaalde elementen links laten liggen. Zo waren alle vrouwelijke adolescenten op de hoogte van het feit dat hun religieuze leider seksueel contact voor het huwelijk afwees. Toch konden zij het voor zichzelf rechtvaardigen om seksueel actief te zijn, bijvoorbeeld onder het mom van 'voor God kun je toch niets geheim houden, dus het is erger om erover te liegen'.

De volgende pilaar, de seksuele partner of eigenlijk man/vrouw verhoudingen die tot uiting komen in een relatie wordt in de literatuur gezien als de dominante factor die inwerkt op het gebruik van anticonceptie zowel onder getrouwde vrouwen als ongetrouwde vrouwelijke adolescenten. Het initiatief om anticonceptie te kopen ligt vaak bij de mannelijke adolescent. Niet elke jongen is op de hoogte van anticonceptie en ten slotte niet elke jongen is bereid om anticonceptie te gebruiken. Eigenlijk komt het erop neer dat de seksuele partner van het meisje beslist. Een meisje kan weglopen, maar in de realiteit blijkt dit niet makkelijk, bijvoorbeeld als het om een relatie gaat waarin economische belangen een rol spelen.

De laatste dominantiestructuur bestaat uit familie. Voor ongetrouwde vrouwelijke adolescenten is gebleken dat zij weinig seksuele voorlichting in de huiselijke sferen ontvangen van directe familie, zoals de moeder. Vriendinnen, nichtjes en zussen zijn van belang in het verstrekken van informatie. Wanneer een meisje bekend staat als losbandig of ongewenst zwanger raakt heeft dit wel effect op haar directe familie. Deze kennis beïnvloedt sommige vrouwelijke adolescenten, maar niet allen, in hun keuze om niet seksueel actief te worden. Nu dat de resultaten voor zowel de getrouwde vrouwen als de ongetrouwde vrouwelijke adolescenten kort is samengevat zal de volgende paragraaf ingaan op de vragen of er verschillen zijn en wat die verschillen inhouden.

6.3 Vergelijking onderzoekspopulaties

Het is duidelijk dat de twee onderzoekspopulaties het gebruik van anticonceptie en *family planning* methoden op een zeer verschillende manier ervaren. Zij kampen met verschillende problemen, en hebben andere strategieën om hiermee om te gaan. Zodra een adolescent de status 'getrouwd' heeft gekregen, belandt zij in een andere wereld, waarin nieuwe dingen van haar worden verwacht. Een getrouwde vrouw is verhuisd naar de familie van haar man, zij heeft opeens de vrijheid om seksueel actief te worden, en waar het hebben van kinderen als adolescent schaamte en eerverlies oplevert, is dit als getrouwde vrouw een sociale verplichting.

Het belangrijkste verschil tussen beide onderzoekspopulaties ligt in de toegankelijkheid van anticonceptie en *family planning* methoden. Voor getrouwde vrouwen zijn *family planning* methoden zeer toegankelijk. Zij worden door de overheid aangemoedigd om de methoden te gebruiken en komen regelmatig in aanraking met mensen die hen over het onderwerp informeren. Het tegenovergestelde geldt voor ongetrouwde adolescenten. Omdat van hen verwacht wordt niet seksueel actief te zijn voor het huwelijk, voelen zij een grote drempel om de anticonceptiemiddelen te halen. Religieuze leiders vertellen hen te onthouden van seks, en sommige medewerkers van gezondheidsinstituten geven aan het lastig te vinden om hen te informeren over anticonceptie of om de anticonceptie aan jongeren te verkopen. Zij zijn voor informatie afhankelijk van scholen, waar niet altijd aandacht wordt besteed, en leeftijdsgenoten, die zelf niet altijd de juiste kennis in

huis hebben. Hoewel beide onderzoekspopulaties fysiek dezelfde toegang hebben tot anticonceptie en *family planning* methoden, is de informatievoorziening en emotionele toegankelijkheid om aan de middelen te komen veel groter bij de getrouwde vrouwen dan bij de ongetrouwde adolescenten.

Deze verschillen vindt men terug in de openheid over het gebruik van anticonceptie en family planning methoden. In de samenleving is het gebruik van anticonceptie en family planning absoluut geen taboe. De media, gezondheidsinstituten en zelfs religieuze leiders spreken openlijk over dit thema. De informatie en aanmoediging hiervan is echter gericht op getrouwde vrouwen. Deze openheid staat in groot contrast tot de privésfeer thuis, waar het bespreken van anticonceptie een taboe is. Als er seksuele voorlichting wordt gegeven, beperkt zich dit tot informatie over veranderingen van het lichaam tijdens de puberteit en waarschuwingen om niet te intiem met jongens te worden. Hoe de meisjes kunnen voorkomen dat zij zwanger worden, wordt niet besproken.

Het gevolg hiervan is dat de adolescenten aangeven dat hun ouders geen kennis over anticonceptie hebben. Het feit dat er thuis geen aandacht aan wordt besteed, wordt geïnterpreteerd als een gebrek aan kennis bij hun ouders over de middelen. De getrouwde vrouwen gaven echter aan dat zij goed op de hoogte zijn over het gebruik van anticonceptie, dankzij de media en de gezondheidsklinieken, maar dat zij bewust niet hun kinderen hierover informeren. Bij de ouders speelt de angst dat wanneer hun kinderen leren over methoden van anticonceptie, zij dit op zullen vatten als een aanmoediging om seks te hebben. Seksueel contact voor het huwelijk is ongewenst, dus kiezen de ouders ervoor om hun kinderen niet te informeren over anticonceptie, hoewel zij zelf goed op de hoogte zijn.

Naast deze verschillen zijn er ook veel overeenkomsten tussen beide onderzoekspopulaties. De seksuele partner speelt voor zowel getrouwde vrouwen als ongetrouwde adolescenten een belangrijke rol. Ook zien we in beide onderzoekspopulaties min of meer dezelfde scenario's terug, waarbij de ene seksuele partner het gebruik van anticonceptie steunt, terwijl de andere seksuele partner het gebruik van de middelen afwijst. Daarnaast vinden we een opvallende overeenkomst in de houding tegenover de religieuze leider. De adolescenten zijn goed op de hoogte van de religieuze leer, die voorschrijft dat seks voor het huwelijk

niet is toegestaan. Ook vrouwen geven aan dat hun religieuze leider openlijk spreekt over het gebruik van family planning methoden, maar laten vervolgens merken dat dit geen rol speelt in hun persoonlijke keuze om de methoden te gebruiken. Hoewel alle informanten zeer diep gelovig zijn, zien we in beide onderzoekspopulaties dat vrouwen en meisjes sommige elementen van het geloof naast zich neer leggen.

6.4 Koppeling literatuur

Tot nu hebben we de empirische bevindingen voor de twee onderzoekspopulaties samengevat. Vervolgens zijn de bevindingen met elkaar vergeleken en hebben we de opvallendste verschillen en overeenkomsten beschreven. In het begin van de conclusie zijn de twee categorieën van agency, namelijk *structurally reproductive agency* en *structurally transformative agency*, volgens Hays (1994: 63-64) kort besproken. Hoe kunnen deze categorieën nu op de empirie worden toegepast? In deze alinea zullen de verschillende vormen van handelen worden besproken vanuit het theoretisch oogpunt van Hays (1994) en Giddens (1985).

Een mogelijke valkuil wanneer gekeken worden naar *agency* is om dit begrip synoniem te zien aan vrijheid (Hays 1994: 57). In deze thesis is *agency* geïnterpreteerd als verschillende vormen van handelen. In lijn met Weber interpreteren wij handelen als iets dat betekenisvol is en is gericht op andere individuen. (Swedberg 2005:2). Het hoeft dus niet perse handelen te zijn dat leidt tot veranderingen. Tijdens de analyse fase van de empirisch verkregen resultaten zijn verschillende manieren en betekenissen van handelen ook naar voren gekomen. Herbevestigen van structuren is in zekere zin makkelijker dan het transformeren van structuren, omdat routine en gewoontes, dus handelingen die we doen zonder over na te denken, herbevestigen structuren (Giddens 1984: 19).

Verschillende scenario's voor getrouwde vrouwen en manieren waarop hun echtgenoten kunnen reageren op het gebruik van anticonceptie zijn beschreven. Mannen kunnen de actieve rol spelen en hun vrouw aanmoedigen of juist het gebruik van anticonceptie afkeuren waardoor een vrouw soms in het geheim anticonceptie gaat gebruiken. Is dit een vorm van transformerend of conformerend gebruik van anticonceptie? Het kan beargumenteerd worden dat de getrouwde vrouwen in dit geval het heft in eigen handen nemen. Tegelijkertijd bevestigt zij

eigenlijk door niemand deelnemer te laten worden in haar handelen dominante structuren, namelijk dat de man beslist over het gebruik van anticonceptie. Vrouwen gaven ook aan dat de mogelijkheid bestaat om de echtgenoot kennis te laten maken met de voordelen van *family planning* methoden, bijvoorbeeld door hen mee te nemen naar een gezondheidskliniek. Wij kunnen dit interpreteren als een vorm van transformerende *agency*, omdat zij de kwestie openbaar maakt; het handelen is gericht op anderen waardoor het betekenisvol wordt.

De door vrouwelijke adolescenten veel genoemde vormen van *natural family planning* kan vanuit het idee dat zij keuzes maken binnen de ruimte die wordt bepaald door dominante structuren worden uitgelegd als reproducerend handelen. Zij kiezen namelijk de 'beste uit de slechtste opties', in plaats van veilige anticonceptie middel te gebruiken.

Door weg te lopen of te weigeren wanneer een seksuele partner geen condoom of andere vorm van anticonceptie wil gebruiken daagt een meisje eigenlijk dominante man/vrouw verhoudingen uit. Haar handelen wordt betekenisvol en deze is op een ander is gericht, in dit geval een individu die een dominante structuur representeert. Het blijkt dat handelen niet altijd gelijk staat aan het verkrijgen of nastreven van vrijheid. Routine handelingen en gewoontes reproduceren structuren ook. In de volgende alinea zullen wij bespreken of de *gap* zoals geformuleerd in de inleiding, met dit onderzoek is opgevuld.

6.5 Relevantie onderzoeksresultaten

In de inleiding van deze thesis hebben wij onze tweeledige theoretische doelstelling geschetst. Enerzijds willen wij de *gap*, die wij in de literatuur tegen kwamen opvullen; Waarom zijn er veel tienerzwangerschappen in de omgeving, terwijl getrouwde vrouwen wel gebruik maken van anticonceptie en *family planning* diensten? In de empirische hoofdstukken hebben wij laten zien dat de fysieke toegang tot de middelen bij de onderzoekspopulaties gelijk zijn. Ook is echter gebleken dat de getrouwde vrouwen en ongetrouwde adolescenten hele andere ervaringen hebben, door zeer verschillende signalen vanuit de overheid en de maatschappij; Getrouwde vrouwen worden aangemoedigd om de middelen te gebruiken, terwijl van adolescenten verwacht wordt dat zij zich onthouden van seks voor het huwelijk,

waardoor een hoge emotionele drempel ontstaat die de jongeren ervan weerhouden om anticonceptie te kopen. Deze emotionele drempel is een logische verklaring voor de grote hoeveelheid tienerzwangerschappen, de meisjes geven immers aan dat zij daardoor soms kiezen voor onveilige seks.

Onze tweede theoretische doelstelling bestond uit het plaatsen van het gebruik van anticonceptie en *family planning methoden* in een sociaal-culturele context. In de empirische hoofdstukken is getracht om te laten zien, door zoveel mogelijk te spreken vanuit de onderzoeksgroepen, hoe getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten in Noord Ghana omgaan met het gebruik van anticonceptie. Het gebruik van anticonceptie lijkt een privé kwestie; het is immers op geen enkele manier zichtbaar op het lichaam, behalve dan het condoom, maar dat is alleen zichtbaar voor de partner en dan zou gesteld kunnen worden dat de partner en het meisje of vrouw de enige factoren zijn in het beslissen over het gebruik van anticonceptie. Echter, in de empirische hoofdstukken hebben wij laten zien dat het gebruik van anticonceptie geen privé kwestie is, maar eerder een sociaal gebeuren. Vier structuren, bestaande uit religie, familie, de relatie met de seksuele partner en gezondheidsinstellingen, werken in op het gebruik van anticonceptie en zijn in deze hoofdstukken vanuit het empirisch onderzoek beschreven. Daaruit is gebleken dat deze structuren op zowel positieve als negatieve manieren invloed uitoefenen op de mogelijkheden en moeilijkheden die getrouwde vrouwen en ongetrouwde vrouwelijke adolescenten ondervinden met het gebruik van anticonceptie. Hieruit blijkt dat het gebruik van anticonceptie in Noord Ghana niet als een privé kwestie beschouwd kan worden, maar altijd gezien moet worden als ingebed in een specifieke sociaal-culturele context.

7. Literatuurlijst

Abu, Katherine

1994 Gender, work and population in Sub-Saharan Africa. London: James Currey. Portsmouth, New Hampshire: Heinemann.

Akeroyd, A.V.

2004 'Coercion, Constraints, and 'Cultural Entrapments': A Further Look at Gendered and Occupational Factors Pertinent to the Transmission of HIV in Africa, " in *AIDS in Africa, Beyond Epidemiology*. S.Craddock, J.R. Opong, J. Ghosh, eds. Pp 89-103. Malden: Blackwell Publishing.

Bawah, Ayaga A., Akweongo, P., Simmons, R., Phillips, James F.

1999 Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana. *Studies in Family Planning* 30(1): 54-66.

Beynon-Jones, S.M.

2013 'We view that as contraceptive failure': containing the multiplicity of contraception and abortion within Scottish reproductive healthcare. *Social sciences and medicine* 8:105-112.

Candace, W., Zimmerman, D.H

1987 Doing Gender. *Gender and Society* 1(2): 125-151.

Canning D., Schultz T.P.

2012 The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* (British ed.) 380(9837):165-171.

Clark, G.

1999 Mothering, Work, and Gender in Urban Asante Ideology and Practice. *American Anthropologist* 101(4):717-730.

Cleland, J.G., J.K Ginneken, van

1988 Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: The Search for Pathways of Influence. *Social Science Medicine* 27: 1357-1368.

Crissman, H.P., Adanu, R.M. & Harlow, S.D.

2012 Women's Sexual Empowerment and Contraceptive Use in Ghana. *Studies in Family Planning* 43(3):201-212.

Doctor, Henry V., Phillips, James F., Sakeah Evelyn

2009 The Influence of Changes in Women's Religious Affiliation on Contraceptive use and Fertility among Kassena-Nankara of Northern Ghana. *Studies in Family Planning* 40(2):113-122.

Durkheim, E, ed.

1982 The rules of sociological method. New York: Free Press.

Ghartey H.T., Addai, I., Opekuku-Agyeman, C.

2013 An exploratory Study of Religion and Trust in Ghana. *Social indicators research* 110(3):993-1012.

Gyimah, O.S., J. Adjei & N. Coffie

2011 Ghana's family planning policy: a review and preview of the success story of Ghana's family planning policy. Think Africa Press

<http://thinkafricapress.com/ghana/family-planning-policy>

Giddens, A.

1985 The constitution of society: outline of the theory of structuration.

Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Habicht, J., J. Leroy., & A. Razak.

2008 Only Children of the Head of Household Benefit from Increased Household Food Diversity in Northern Ghana. *Journal of Nutrition* 138(11):2258-2263.

Heaton T.B., Darkwah A.

2011 Religious Differences in Modernization of the Family: Family Demographics Trends in Ghana. *Journal of family issues* 32(12):1576-1597.

Houweling, T.A.J., A.E. Kunst., C.W.N. Looman., J.P.Mackenbach

2005 Determinants of Uunder-5 Mortality Among the Poor and the Rich: A Cross-National Analysis of 43 Developing Countries. *International Journal of Epidemiology* 34: 1257-1265.

Hutchinson P.L., Do M. Agha S.

2011 Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: A comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC Health services research* 11:203-220.

Kottak, C.P.

2008 Cultural Anthropology. New York: McGraw Hill.

Kwankye, S.O.

2006 Female adolescents and reproductive change in Ghana: evidence from adolescent survey of two communities. *African Population Studies* 21(1):119-151.

Lazaova, E., I. Mosca

2007 Does Governance Matter for Aggregate Health Capital? *Applied Economics Letters* 15: 199-202.

Locoh, T.

2000 Early marriage and motherhood in Sub Saharan Africa. *Women's International Network news (WIN news)* 26(1):53.

Longman, C.

2010 Research Gender: the Challenge of Global Diversity Today. *Afrika Focus* 23(2): 24-37.

McQuillan, K.

2004 When Does Religion Influence Fertility? *Population and Development Review* 30:25-56.

Moss. T., & S. Majerowicz

2011 Working paper: No long poor, Ghana's new income status and implications of graduation from IDA. Center for Global Development.

National Population Council

1994 National Population Policy. Ghana, Accra.

Opuku, K.A.

1978 West Africa Traditional Religion. Accra: FEP International Private Limited.

Phillips J.F., Jackson E.F., Bawah A.A.

2012 The Long-Term Fertility Impact of the Navrongo Project in Northern Ghana. *Studies in family planning* 43(3):176-191.

Pritchett, L., L.H.Summers

1996 Wealthier is Healthier. *Journal of Human Resources* 31: 841-868.

Tibbets, P.

1980 The issue of human subjectivity in sociological explanation: the Schutz-Parsons controversy. *Human Studies*(3):357-366.

Roudi-Fahimi, F.

2004. Islam and family planning. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Ruhl, L.

2002 Dilemmas of the will: uncertainty, reproduction, and the rhetoric of control . *Signs* 27(3):641-663.

Russel, A., E.Sobo., M. Thompson.

2000 Contraception across cultures: technologies, choices, constraints. London: Berg Publishers.

Sewell, W.H.Jr.

1992 A theory of structure: duality, agency, and transformation. *American journal of sociology* 98(1): 1-29.

Swedberg, R.

2005 The max weber dictionary: key words and central concepts. Stanford California: Standford.

Tabong P.T., Adongo P.B.

2013 Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy and childbirth* 32(12):72-82.

Takyi BK, Gyimah S.O., Adjei J.K.

2012 Religion, Contraception, and Method Choice of Married Women in Ghana. *Journal of religion and health* 51(4):1359-1374.

William, S., J.H. Gagnon

1987 "Sexual Scriptis", *In* Theories of Human Sexuality. James H., G and W.T. O'Donohue, eds. Pp. 363-383. London: Plenum Press.

WRR

2010 Minder Pretentie, meer ambitie. Amsterdam: Amsterdam University Press.

8. Bijlagen

8.1 Summary of the research

Theoretical framework

In this thesis we have analyzed the possibilities and constraints in the use of contraception of married women and unmarried adolescents in Bolgatanga, Ghana. We have placed our research data in a theoretical framework that is based on the question how structure and agency interact. We made use of the structuration theory of Anthony Giddens (1985). The duality of structure is one of the main points in this theory. Structure forms the lives of individuals and simultaneously is formed and also changed through the actions of individuals (Giddens 1984: 19). The duality of structure suggest that agency can both confirm and transform structures. Hays (1994) distinguished structurally reproductive agency and structurally transformative agency. We argue that the use of contraception can both change and confirm structures. To be able to place contraception in this theoretical framework we used the contextual approach in line with Russel, Sobo & Thompson (2000) and Paxson (2004). Russel, Sobo and Thompson suggest that the use of contraception is not just an individual choice, they state that it is embedded in a social, political and cultural context, which means the use of contraception is a social occurrence. In the first paragraph we will shortly discuss four pillars that form the social cultural context in which the use of contraception in Northern Ghana is embedded.

We have distinguished four 'pillars' that can influence the use of contraception and family planning methods . We found two of them in different studies about the use of contraception in Ghana. The sexual partner is believed to play an important role in the use of contraception (Bawah et al 1999; Kwankye 2006; Abu 1999). And also religious affiliations are believed to influence women in their choice to use contraception (Doctor et all 2009:121). During the fieldwork we noticed that family and health institutions are both structures which influence the use of contraception and family planning methods as well. Family forms a structure, because female

adolescent girls lack the proper knowledge about contraception, partly since their parents do not educate them. In some cases married women feel pressure from the mother in law concerning to give birth to many children. The last 'pillar', consisting of the health institutions, is important because they play an important role in the promotion of family planning methods and in the reducing of the amount of teenage pregnancies and STD's. In the next part of this summary the empirical information will be discussed, starting with the first research population, consisting of married women.

Empirical chapters

Health institutions are actively promoting family planning to married women. Most women we interviewed, often get in contact with health institutions to receive information about family planning devices. The result of this is that many women know about the family planning devices and are even using them, even the women in rural areas and the women who are hardly educated.

More or less all married women are religious; either Muslim, Christian or Traditionalist. The perceptions from religious leaders vary on the topic of the use of contraception and family planning methods, but most of the religious leaders talk about having children and using family planning methods in the religious institution. The interviewed married women declare that their religious affiliations do not influence their use of contraception and family planning methods. Some women switch their religion. According to the women we interviewed, this does not happen to gain more freedom, as argued by Doctor, Phillips en Sakeah (2009). The switching of religion takes place for example after marriage.

As has been said in the first part of the theory, the sexual partner is believed to me an important structuring factor. Four scenarios can be distinguished. In the first and most common scenario, the husband supports his wife in the use of contraception. In the second scenario the husband takes the initiative and encourages his wife to use family planning devices. In the third scenario the husband does not agree with the use of family planning, and the wife accepts his decision. The final scenario shows a woman whose husband has disapproved the use of family planning methods, but the woman decides to follow a different path. One way

to do this is to use the family planning methods in secret.

After marriage, a woman moves in with her new husband and his family. Sometimes she is pressured by her husband's family to give birth to more children. This occurs because giving birth to children is extremely important in the Ghanaian society. In the past, referred to by married women as 'the olden days', women were giving birth to more children than in the present days, they would sometimes get up to ten children. In some cases, this difference can cost tensions in families when the mother in law prefers to have more grandchildren. However, in most cases this decision is seen as a decision between the husband and his wife.

Now we will shortly elaborate on the second research population: unmarried female adolescents. Unmarried female adolescents feel restricted by health institutions in their use of contraception. The population program, launched in 1969 emphasized the importance of reducing teenage pregnancies, for example through sexual education. Despite this government discourse, adolescents feel an emotional boundary to actually make use of the services provided by health clinics.

Religious leaders are very clear about sexual contact before marriage, this is forbidden and adolescents should abstain until they are married. The interviewed girls are aware of the religious dogmas, but this does not mean that none of them is sexual active. This could be interpreted as a pragmatic view towards their religion. Although their religion is important on the emotional level, it does not always influence their sexual behavior.

This notion brings us to the following 'pillar', the sexual partner or actually gender relations that play out in romantic and sexual relationships between female and male adolescents. It has become clear that boys decide whether a condom will be used. Male adolescents have more freedom to buy, for example condoms. The girls did say they would walk away if the boy would want to have unsafe sex, but in reality this seems a lot more difficult. The economic benefits for the girls for example may be more important than safe sexual contact. This does not mean all female adolescents act submissive towards men. Moreover some boys are willing to use contraception.

The last 'pillar' is the family of the girls. It has become clear that unmarried female adolescents hardly receive sexual education in their private homes. Fathers

do not even talk about the topic and mothers usually tell something when a girl moves into puberty. However the mother does not talk about ways to prevent pregnancies, STD's and how to have safe sexual contact. The parents are afraid that their daughters will see that as a sign to have sex. Friends , nieces and sisters discuss ways to prevent pregnancies with each other.

So far we have discussed the theoretical framework and the results for married women and unmarried female adolescents. Now we will move on to the last part of the summary, the conclusion.

Conclusion

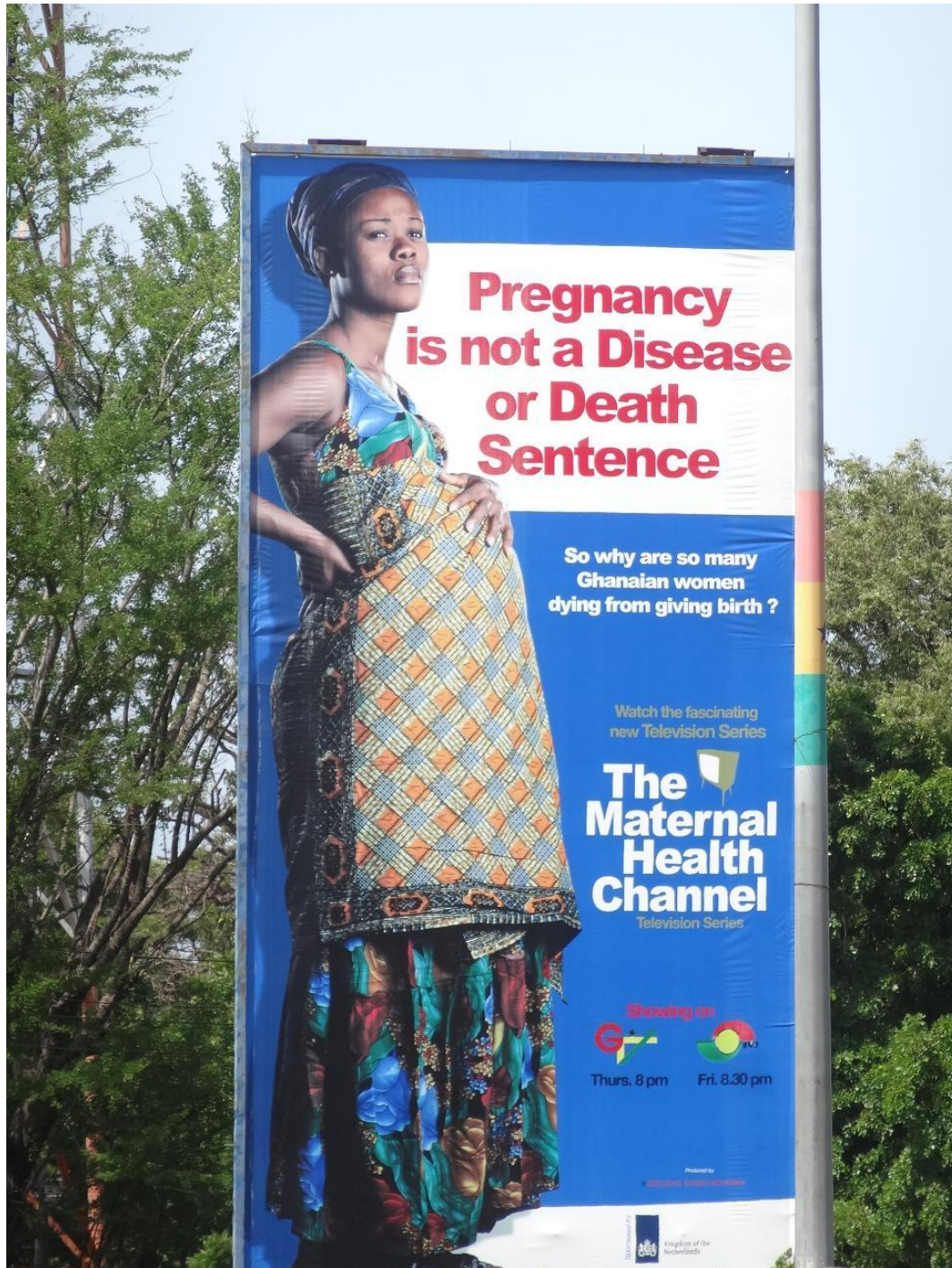
It is clear that there are major differences between the two research populations. The two groups have to cope with different problems and have created different strategies to cope with them. There is a notable difference in the openness about the subject: in society, religious institutions and health centers, many people talk about the subject. At home however, it seems like it is a taboo to talk about contraception and family planning. Both of the groups can go to a store or clinic to buy the contraceptive means; the means are available for them. The unmarried adolescents state that there is an emotional boundary that stops them, they feel ashamed to buy the contraceptive means.

Both groups developed strategies to deal with the structures that influence them. For example if the sexual partner does not want to use contraception: the adolescent girls say that they use their menstruation cycle, to reduce the chance of getting pregnant. Some women say that they use the means secretly, of they try to convince their partner to do family planning. By using the contraceptive means secretly or using the menstruation cycle instead of insisting on safe sex, the structure is confirmed; Hays (1994) calls this structurally reproductive agency (Hays 1994: 63-64). But by trying to convince the partner to do family planning, this can lead to transforming structures, according to Hays (1994) this indicates structurally transformative agency (Hays 1994: 63-64). It is clear that the use of contraception and family planning methods is not a private decision, but it must be regarded in a complex sociocultural context.

8.2 Voorbeelden van gezondheidsbeleid

Twee voorbeelden van de overheid die de gezondheid haar burgers te verbeteren.
Dergelijke borden kwamen wij regelmatig tegen op straat.

Voorbeeld 1:



Voorbeeld 2:

