

EVEN EEN KIND BAREN

Voor mijn wetenschappelijke onderzoek naar de werkzaamheid van antimalariamiddelen bij kinderen verblijf ik in Burkina Faso, in het dorp Pouytenga. Op een avond krijg ik de kans om in de *maternité* van het ziekenhuis enkele bevallingen te zien.

Bij aankomst krijg ik meteen een paar handschoenen. Ik kan direct beginnen met het inwendig onderzoek. Er zijn minimaal zes bevallingen per dag. De vrouwen komen naar het ziekenhuis als ze al flinke ontsluiting hebben en worden begeleid door hun moeder, zus of de tweede vrouw van hun man (polygamie is normaal), zelden door de echtgenoot. De eerste vrouw bij wie ik vaststel dat het babyhoofdje nog diep ligt, wordt meteen van de onderzoekstafel gejaagd. Ze moet gaan lopen en rechtop blijven totdat het kind verder is ingedaald. Iedere vrouw neemt trouwens een eigen pakketje mee met steriele gaasjes, handschoenen, oxytocine-injecties, lidocaïne en hecht draad. Alleen voor de bevalling zelf worden steriele handschoenen gebruikt, maar die worden zo aangetrokken dat ze al gauw niet meer steriel zijn.

Als de vrouwen volledige ontsluiting hebben, drukt de verpleegkundige die de bevallingen doet nog even flink hard op de buik om het kind eruit te persen. Dit heeft hij namelijk op de televisie gezien, 'zo doet men dat ook in de VS'. De vrouwen schreeuwen het uit van de pijn, maar hij heeft daar geen begrip voor: de vrouw had van tevoren kunnen weten dat een pijnloze bevalling onmogelijk is. In Burkina Faso voeren verpleegkundigen vrijwel alle medische taken uit. Artsen zijn er weinig omdat niemand geld heeft voor de universiteit. Ook wordt een deel van de opleidingsplaatsen ingenomen door artsen uit buurlanden.

Nageboorte

De tweede bevalling mag ik na instructies van de verpleegkundige zelf doen. Gelukkig maar, want hij wordt op het moment van uitdrijving gebeld en neemt gewoon

zijn telefoon aan. Mobiele telefoons zijn vaker een bron van ergernis tijdens mijn stage, maar dit slaat alles. De verpleegkundige voert ondertussen een kort gesprek, want meneer is *très occupé*. Daar sta ik dan met het kind in mijn handen.

Na de geboorte wordt de navelstreng meteen doorgeknipt. Het kind, een jongetje, wordt op een tafel gelegd. Om te voorkomen dat het afkoelt, pak ik het goed in. Hierna wordt de nageboorte gestimuleerd door aan de navelstreng te trekken. De moeder, die is ingeknipt, wordt gehecht. Dat mag ik ook wel oefenen als ik wil, maar dat gaat me toch te ver: ik ben nog geen co-assistent!

Na de bevalling krijgt de moeder een koord om haar middel geknoopt. Daar wordt een doek omheen gedrapeerd als een soort luier. Daarna moet ze opstaan en plaatsmaken voor de volgende vrouw. Ik attendeer de verpleegkundige op het kind dat nog steeds op de tafel ligt, weeg het en breng het naar zijn moeder in de wachtkamer, die vol zit met zwangere vrouwen en hun begeleiders. Later hoor ik van collega's van het onderzoeksteam dat kinderen volgens het protocol na de geboorte op de buik van de moeder moeten worden gelegd. Helaas wijkt men daar vaak van af.

Alledaags

Ook in Nederland maak ik een bevalling mee: een intieme, bijzondere gebeurtenis, een 'wonder der natuur'. Wat mij in Burkina naast de primitieve omstandigheden en de attitude van de verpleegkundige misschien wel het meest opvalt, is het onverschillige en alledaagse van de bevalling. Het lijkt een kwestie van 'even een kind baren' en dan weer over tot de orde van de dag. Dat is misschien ook wel heel begrijpelijk in een land waar vrouwen gemiddeld zes kinderen krijgen en waar een op de tien levendgeborenen overlijdt.

Heleen de Wit, zesdejaars student geneeskunde

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

beeld: Magnum photos: HH

