Misvattingen en barrieres bij Marokkaanse vrouwen over anticonceptie

An Kerckhofs, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2016-2017

ABSTRACT

ACHTERGROND: Artsen in huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout, België, hadden de indruk dat binnen hun praktijk de compliantie bij orale anticonceptie lager lag bij Marokkaanse vrouwen dan bij autochtone vrouwen. Ze vermoedden dat de summiere kennis, mythes binnen het sociale netwerk, en een meer gesloten communicatie rond dit thema de oorzaak vormden. De literatuur beschreef reeds moeilijkheden in verband met kennis over en de inname van de pil. Deze studies zijn echter meer dan 10 jaar oud en de vraag stelde zich of deze concepten nog relevant zijn.

SETTING: Huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout, België.

OBJECTIEF: Het exploreren van ideeën en percepties over de combinatiepil en hulpverlening bij vrouwen van Marokkaanse origine tussen 25 en 35 jaar die reeds langer dan 12 maanden een combinatiepil innamen.

METHODOLOGIE: Een kwalitatieve studie door middel van 9 semigestructureerde één-op-één interviews. Er werd een begeleidende topiclijst opgesteld aan de hand van literatuurgegevens. De interviews werden auditief opgenomen en verwerkt via code-analyse met het programma NVIVO.

RESULTATEN: Twee vrouwen lastten foutief een te lange pilvrijeweek in om te wachten tot de menstruatie volledig voorbij was. Alle vrouwen hechtten belang aan een vast tijdstip om de pil in te nemen, met het oog op het vermijden van een vergeten pil. Bij onverwachte situaties werd eerst het internet geraadpleegd. Enkel spotting en amenorroe tijdens de pilvrije week wekten ongerustheid op en waren een reden om een arts te contacteren. De pilkennis van de vrouwen was summier. Bij de bijwerkingen werd hoofdpijn als meest problematisch opgenoemd omdat het het dagelijks functioneren van de vrouw in het gedrang bracht. Ook een verlaagd libido werd genoemd dat met wisselend belang door de vrouwen werd beoordeeld. Het internet was het grootste informatie- en adviesorgaan voor de vrouwen. Ze zochten informatie over klachten of onduidelijkheden op, voor ze een arts raadpleegden. Vooral fora werden geraadpleegd. Ook het vrouwennetwerk bleek een belangrijke informatiebron. De echtgenoten werden door alle vrouwen betrokken bij het anticonceptie-thema. De vrouwen kregen weinig informatie mee van thuis uit, maar gaven aan in de toekomst hun kinderen, zowel hun dochters als zonen, te willen informeren en te begeleiden bij anticonceptie. De informatie die de vrouwen van artsen kregen bij het herhalende pilvoorschrift was beperkt. De vrouwen vonden dit geen gemis, maar zouden graag meer spontane informatie krijgen om hun kennis te vergroten. Ze verwachtten een

duidelijke uitleg met oog voor hun persoonlijke situatie. Het gender van de arts maakt niet uit voor de vrouwen, daar het pilconsult over kennis handelt en geen ervaringsdeskundige vraagt.

BESLUIT: Ondanks lange ervaring met de combinatiepil, maakten enkele vrouwen een fout in hun pilinname. Educatie bij elk pilvoorschrift blijft dus belangrijk, niet alleen om de kennis van de patiënt te vergroten, maar zo ook de kennis binnen het gezin en het vrouwennetwerk. Internet is een groot informatieorgaan voor de vrouwen, waar vaak reeds beroep op wordt gedaan, alvorens een arts te raadplegen. Er zijn echter weinig betrouwbare websites gekend bij de vrouwen. De vrouwen wensen meer goede informatie te bekomen, via arts of andere wegen zodat zij in de toekomst hun kinderen meer kunnen begeleiden bij anticonceptie.

KEYWORDS: Hormonale anticonceptie (ICPC: W11), Marokkaanse cultuur, immigratie, islam

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 2
INHOUDSTAFEL 4
INLEIDING 5
1.1 Achtergrond 5
1.2 Relevantie van de studie 6
1.3 Studiedesign 6
1.4 Studieobject 7
1.5 Studiedomein 7
1.6 Onderzoeksvragen 7
ORIENTEREND LITERATUURONDERZOEK 8
2.1 Methodologie 8
2.2 Resultaten 8
2.2.1 Immigranten en contraceptie 8
2.2.2 Islam en ideeën rond contraceptie 9
2.2.3 Beschreven fouten in pilgebruik 10
2.2.4 Redenen voor de lage compliantie omtrent anticonceptie 10
ONDERZOEKSMETHODIEK 12
3.1 Studiepopulatie 12
3.2 Opstellen van de vragenlijst (demografische gegevens) 12
3.3 Opstellen van de topiclijst 13
3.4 Semigestructureerde interviews 13
3.5 Verwerken van de semigestructureerde interviews 14
RESULTATEN 15
4.1 Deelnemers 15
4.2 Resultaten van de interviews 15
4.2.1 Pilinname 15
4.2.2 Kennis 17
4.2.3 Informatie 20
4.2.4 Hulpverlening 22
DISCUSSIE 25
5.1 Anticonceptiepil 25
5.2 Hulpverlening 27
5.3 Beperkingen van het onderzoek 28
5.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek 30
5.5 Aanbevelingen voor praktijkvoering 30
BESLUIT 32
REFERENTIES 33
BIJLAGEN 34
Bijlage 1: Studieprotocol 35
Bijlage 2: Vragenlijst demografische gegevens deelnemers 37
Bijlage 3: Topiclijst 39
Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité 41

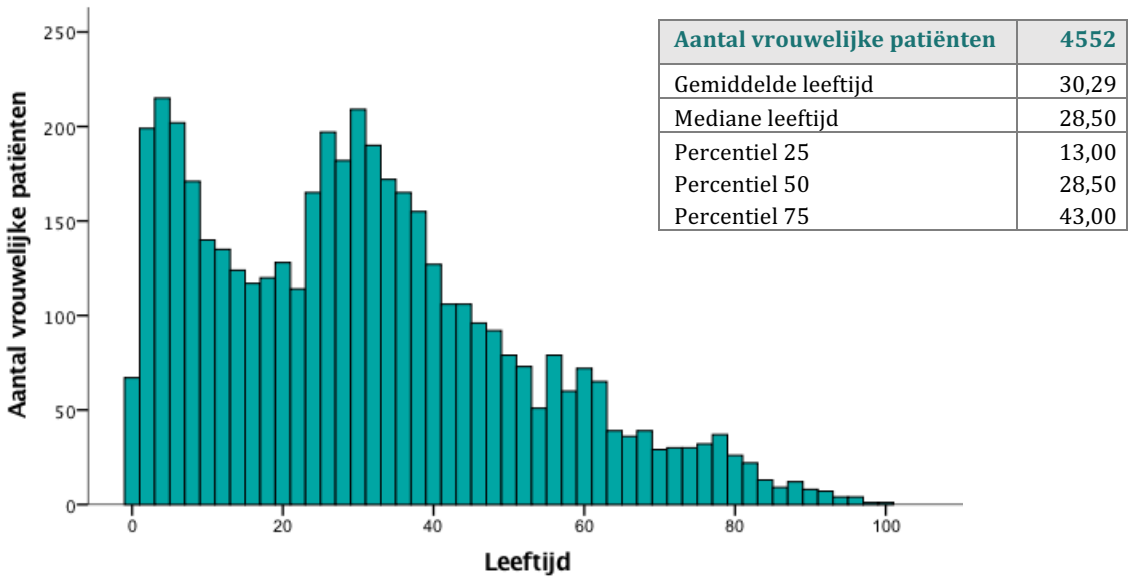
INLEIDING

1.1 Achtergrond

Het onderzoek vertrok vanuit de vooronderstelling van de artsen in huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout dat de incidentie van ongeplande zwangerschappen in hun praktijk hoger lag dan in andere praktijken. De vraag wierp zich op of dit te wijten was aan de hoge prevalentie in de praktijk van vrouwen van Marokkaanse origine. De artsen hadden vóór aanvang van dit onderzoek de indruk dat de therapietrouw van orale hormonale anticonceptie beduidend lager lag bij deze bevolkingsgroep in vergelijking met de autochtone vrouwen in de praktijk. Echter, op meer dan een buikgevoel was deze perceptie niet gestoeld.

Huisartsenpraktijk Medilaar is een groepspraktijk van 8077 patiënten[1]. Het is een jonge praktijk met een mediane leeftijd van 29 jaar en een man-vrouwratio van 3:4. De praktijk telt 4552 vrouwen met een mediane leeftijd van 28 jaar en 6 maanden. Van hen zijn 2463 tussen 16 en 50 jaar oud, een groep die mogelijk anticonceptie gebruikt. Dit is 30% van de totale praktijkpopulatie. In 2016 werd “zwangerschapstest (ICPC Z32)” 72 keer gecodeerd als aanmeldingsdiagnose. De diagnose "zwangerschap" (ICPC W78) werd 21 keer gecodeerd. ” 177 keer werd "pilstart" of “pilcontrole” geregistreerd.

FIGUUR 1: LEEFTIJDSVERDELING VROUWEN HUISARTSENPRAKTIJK MEDILAAR



Aantal vrouwelijke patiënten	4552
Gemiddelde leeftijd	30,29
Mediane leeftijd	28,50
Percentiel 25	13,00
Percentiel 50	28,50
Percentiel 75	43,00

[1] De populatie analyse werd uitgevoerd op 01/01/2017. Het aantal patiënten werd gedefinieerd als het aantal patiënten waarbij het dossier werd geraadpleegd na 01/01/2014 (i.e. de start van de praktijk, zoals deze vandaag bestaat).

1.2 Relevantie van de studie

Dit onderzoek wil helpen een meer open gesprekscultuur over dit onderwerp te creëren in de huisartsenpraktijk. Vooroordelen over de patiënt of zijn cultuur, alsook barrières om over dit onderwerp te praten kunnen bij zowel de arts als patiënt leiden tot verminderde kwaliteit van de zorg en tot lagere therapietrouw. Door voor deze praktijk dit onderzoek uit te voeren, konden ideeën en verwachtingen in kaart worden gebracht. Het was mogelijk om feedback te geven aan de artsen over hun perceptie, alsook knelpunten aan te kaarten zodat hierop kan ingespeeld worden tijdens toekomstige consultaties in verband met orale anticonceptie.

Via de deelnemende vrouwen kon een signaal worden gegeven dat dit een onderwerp is dat niet alleen relevant is, maar ook bespreekbaar, en dat een goede therapietrouw minder vanzelfsprekend is dan misschien werd gedacht door hen. Dit zou een gesprek bij hen, thuis of in andere sociale kringen, kunnen stimuleren en meer ruchtbaarheid kunnen geven aan dit onderwerp.

Tot slot kan dit onderzoek leiden tot een handvat voor andere artsen met patiënten van Marokkaanse origine. Srikanthan et al (1) benadrukken in hun studie van 2008 dat *culture awareness* belangrijk is bij de zorg van nieuwe immigranten. Nieuwe immigranten houden vaak zeer sterk vast aan traditioneel religieuze en culturele opinies omtrent familie, seksualiteit en vruchtbaarheid als reactie op de vele uitdagingen die het leven in een nieuwe, onbekende samenleving met zich meebrengt.

1.3 Studiedesign

Dit onderzoek heeft als doel de ideeën omtrent orale contraceptie in kaart te brengen en hiernaast te peilen naar barrières bij patiënten om hierover te praten met hun arts. Met "orale contraceptie" werd in dit onderzoek de combinatiepil bedoeld.

Dit onderzoek is opgebouwd vanuit een kwalitatief onderzoeksperspectief. Binnen dit paradigma is het constructivisme een geschikt perspectief, omdat we als onderzoeker samen met de respondenten nieuwe kennis willen opbouwen op basis van hun unieke 'waarheid', vanuit hun dagelijkse leefwereld als vrouw.

Als onderzoeksdesign werd de fenomenologie gebruikt. De intentie van dit onderzoek is om de verschillende aspecten van het fenomeen *"Orale anticonceptie bij Marokkaanse vrouwen van in*

huisartsenpraktijk Medilaar" beter te beschrijven, te begrijpen en te vertalen naar de praktijk.

1.4 Studieobject

Orale anticonceptie met de combinatiepil.

1.5 Studiedomein

Vrouwen van Marokkaanse origine tussen 25 en 35 jaar in huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout die reeds langer dan 12 maanden een combinatiepil namen.

1.6 Onderzoeksvragen

1. Hoe wordt de combinatiepil ingenomen?
2. Welke kennis hebben zij over de combinatiepil?
3. Hoe verloopt de communicatie bij Marokkaanse vrouwen over dit onderwerp met medische zorgverleners, met extra interesse voor de huisarts.

ORIENTEREND LITERATUURONDERZOEK

2.1 Methodologie

De literatuurstudie vond plaats tussen december 2015 en maart 2016. In februari 2017 werd deze herhaald om recent verschenen artikels over het onderwerp te vinden. Uiteindelijk werden 10 bronnen weerhouden voor het literatuuronderzoek.

In Pubmed werd "contraception [MeSH Major Topic]" gecombineerd met volgende zoektermen: "muslim", "islam", "morocco" en "immigrants". Gebruikte filters waren: periode: 1997-2017; taal: Engels, Nederlands. Er werden 6 relevante titels gevonden. Hiervan werden 3 artikels weerhouden, op basis van de abstract, beschikbaarheid van de full tekst en de relevantie hiervan. Via SUMSearch werd eveneens de zoekterm "contraception" met zoektermen "islam" en "immigrants" gecombineerd. Dit leverde 3 nieuwe artikels op, waarvan 2 relevant voor deze studie. Via Google Scolar werden via de zoektermen "Marokkaanse vrouwen" en "anticonceptie" (filters: periode: 2005-2017) 2 artikels weerhouden op basis van relevantie tot dit onderzoek en beschikbaarheid van de full text. Via promotor prof. Dr. K. Hendrickx werden 2 artikels aangebracht. Tot slot werd een hoofdstuk uit het boek "Een arts van de wereld" geraadpleegd.

TABEL 1: ZOEKSTRATEGIEËN DATABANKEN

	Zoektermen	Aantal artikels	Aantal relevante titels	Aantal artikels weerhouden
Pubmed	contraception AND muslim	22	2	0
	contraception AND morocco	4	0	0
	contraception AND islam	8	1	0
	contraception AND immigrants	10	3	3
SUMsearch	contraception AND islam	47	2	0
	contraception AND immigrants	50	5	2
Google Scolar	Marokkaanse vrouwen AND anticonceptie	50	5	2

2.2 Resultaten

2.2.1 Immigranten en contraceptie

Wiebe (2) stelde vast dat immigranten in Canada minder ervaring hadden met hormonale anticonceptie in vergelijking met niet-immigranten en dat zij ten opzichte hiervan een negatievere houding hadden. Hierbij bleek dat vrouwen die minder dan 5 jaar in Canada woonden, meer

terughoudend stonden tegenover anticonceptie dan vrouwen die reeds langer dan 5 jaren geïmmigreerd waren.

2.2.2 Islam en ideeën rond contraceptie

Pinter et al (3) publiceerden een review over de achtergrond van verschillende religies. Hieruit bleek dat in de Islam twee waarden voorop staan: enerzijds wordt de voortplanting gezien als het doel van een huwelijk en een manier om het gezelschap van de wederhelft te genieten. Anderzijds staat de gezondheid en het welzijn van het gezin voorop en wordt contraceptie aanvaard indien de *quality of life* en gezondheid van moeder en de reeds geboren kinderen mogelijk in het gedrang komen. Dit maakt dat *Birth Spacing* door middel van *coitus interruptus*, *lactatio amenorrhoea* en andere methoden van contraceptie, door de meerderheid aanvaard zijn.
Er werd benadrukt dat *Birth Spacing* in de islam niet gelijk staat aan *Birth Limitation*: het limiteren van het aantal kinderen is niet toegelaten. Echter, volgens Pinter, geloven veel moslims niet dat een vorm van contraceptie 100% betrouwbaar is. Dit maakt dat deze methoden niet interfereren met de wil van Allah om een nieuwe ziel te creëren, indien gewenst.

Srikanthan (1) voegde hieraan toe dat coitus interruptus de meest aangeraden vorm van contraceptie is in de islam, maar dat elke vorm die geen abortus uitlokt en reversibel is, gebruikt mag worden: voortgezette hormonale contraceptie (i.e. pilgebruik zonder stopweek) is dus eveneens toegelaten. Hij maakt evenwel de opmerking dat vrouwen, die hun maandelijkse menses belangrijk vinden, dit niet aanvaarden. Hij stelde ook dat contraceptie enkel gebruikt mag worden binnen het huwelijk.

Hendrickx en Lodewyckx (4) vonden in hun kwalitatieve studie dat Marokkaanse vrouwen van de eerste en tweede generatie vaak worstelden met een dubbel waardesysteem waardoor een verscheurde houding ten opzichte van geboorteregeling kon ontstaan. Enerzijds was er een loyaliteit naar het traditionele, niet-westerse model van de *extended family*, anderzijds dwong de westerse maatschappij met onderwijs- en arbeidsparticipatie tot een *klein, gepland gezin*.

Een onderzoek in Nederland (5) beschreef een spanning tussen het maagdelijkheidsideaal en het vruchtbaarheidsideaal. Het eerste ideaal maakte dat ongehuwde meisjes volledige vaginale geslachtsgemeenschap vermeden en bijgevolg anticonceptie niet nodig achtten. Echter, oppervlakkige seksuele contacten, zonder penetratie, vormden geen probleem waardoor er wel degelijk risico was op ongeplande zwangerschappen. Het tweede ideaal maakte dat anticonceptie vaak werd uitgesteld tot na de geboorte van het eerste of tweede kind. Het krijgen van kinderen

binnen een huwelijk werd namelijk erg belangrijk geacht om economische, sociale en psychologische redenen: kinderen zouden respect en status geven aan de vrouw en haar familie, een bewijs zijn van haar vruchtbaarheid en de viriliteit van haar man, alsook het huwelijk stabiliseren en eenzaamheid voorkomen.

2.2.3 Beschreven fouten in pilgebruik

Een vaak beschreven fout idee was dat een nieuwe pilstrip pas diende gestart te worden nadat de menstruatie volledig geëindigd was. Dit idee hing samen met het belang van *reinheid* voor de vrouw. Een andere vermelde fout was dat de pilinname gekoppeld was aan de seksuele activiteit en dus niet ingenomen diende te worden tijdens periodes zonder seksueel contact (4-6). Daarnaast bestond de idee dat borstvoeding voldoende bescherming bood en eender welke anticonceptiepil schadelijk was voor het kind tijdens de borstvoeding (4). Er werd een periode beschreven, waarbij de vrouw een langere pilpauze inlastte om het lichaam te laten herstellen en te kijken of zij nog natuurlijk menstrueerde (5, 6). Dit gaf meer risico op ongeplande zwangerschappen tijdens deze pauzeperiode, alsook bij de heropstart van de pil. Tot slot werd er niet steeds adequaat gereageerd op een *vergeten pil*, waardoor deze niet meer binnen de toegestane tijd werd ingenomen (5).

2.2.4 Redenen voor de lage compliantie omtrent anticonceptie

In 1999 werd er een onvoldoende kennis beschreven rond de anatomie en fysiologie van de cyclus van de vrouw(4). In 2005 bleek dat deze kennis rond beschikbaarheid van anticonceptie iets verbeterd was (7). Behalve dit kennisgebrek bestond ook de misvatting later onvruchtbaar te zijn door (langdurig) pilgebruik en ook vele storende klachten werden aan de pil toegeschreven, al dan niet terecht (5).

Het kennisgebrek zou te wijten kunnen zijn aan een gebrek aan informatie. De grootste informatiebron rond seksualiteit en anticonceptie was het vrouwennetwerk binnen de Marokkaanse gemeenschap, meer bepaald de vriendinnen van de vrouw. Op de tweede plaats werd de school vermeld, op de derde plaats internet en informatiebrochures (4, 7). Met de ouders werd niet gepraat over seksualiteit, daar dit voor een ongetrouwde vrouw niet toegelaten was en er bijgevolg geen reden voor het onderwerp bestond: pilgebruik vóór het huwelijk werd gelijkgesteld aan seks vóór het huwelijk, tenzij er een grondige medische reden voor was (7). Bijgevolg kregen ongehuwde Marokkaanse meisjes van huis uit geen echte seksuele voorlichting, behalve adviezen om hun maagdelijkheid niet te verliezen. Marokkaanse moeders bleken wel positief te staan tegenover seksuele voorlichting op school (5).

Er bestond een barrière om aan de huisarts vragen te stellen over anticonceptie: enerzijds uit schrik dat de arts zijn beroepsgeheim zou verbreken of de onwetendheid dat dit concept –beroepsgeheim– bestond, anderzijds door de grote sociale controle in de familie en gemeenschap (4, 5, 7). Er werd hierbij vermeld dat vrouwen liever een vreemde huisarts of specialist bezochten om dit te bespreken. Het geslacht van de arts speelde geen rol indien het enkel over een advies-consult ging, zonder klinisch onderzoek (7).

ONDERZOEKSMETHODIEK

Deze kwalitatieve studie werd uitgevoerd van mei 2016 tot en met maart 2017. De studie omvatte het ontwikkelen van een vragenlijst peilend naar de demografische kenmerken en gezinssituatie van de deelnemers, het ontwikkelen van een topiclijst om de semigestructureerde interviews te begeleiden, het afnemen van de interviews en de kwalitatieve verwerking hiervan.

Het gehele studieprotocol werd goedgekeurd door de ethische commissie van het UZA op 25 april 2016 en is bijgevoegd als bijlage 1.

3.1 Studiepopulatie

De studiepopulatie betrof vrouwelijke patiënten van Marokkaanse origine tussen 25 en 35 jaar in huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout die reeds langer dan 12 maanden een combinatiepil innamen.

Er werd gekozen voor deze doelgroep om verschillende redenen. Allereerst liep er ten tijde van dit onderzoek een andere studie omtrent de consultatie voor het eerste pilvoorschrift bij de vrouwelijke populatie tussen 16 en 25 jaar. Daarnaast werd het interessant geacht om vrouwen te interviewen die reeds langere tijd de pil innamen, daar zij de uitgebreide uitleg –die bij een eerste pilconsult hoort– mogelijk langere tijd geleden hadden gekregen. Hierdoor zou een eerlijkere achtergrondkennis in kaart kunnen worden gebracht, alsook doorleefde ideeën en percepties.

De rekrutering van de deelnemers verliep via een mondelinge uitnodiging van een arts in de praktijk om deel te nemen aan het onderzoek. De geïnteresseerde patiënten kregen hierbij een informatiebrief mee naar huis en een datum voor een afspraak. Bij aanvang van het interview ondertekende iedereen het informed consent. De deelnemers ontvingen geen vergoeding voor hun deelname.

3.2 Opstellen van de vragenlijst (demografische gegevens)

Om de demografische gegevens van de studiepopulatie in kaart te brengen werd ervoor gekozen om de interviews aan te vangen met een meerkeuze vragenlijst rond leeftijd, generatie, opleiding, burgerlijke stand, ed. Deze vragenlijst werd gebaseerd op eerder onderzoek (7) en aangevuld in overleg met de promotor. De vragenlijst is toegevoegd als bijlage 2.

3.3 Opstellen van de topiclijst

Om het interview structuur te geven en met zekerheid alle geselecteerde thema's te behandelen, werd een topiclijst samengesteld. De topiclijst werd opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek, de bespreking met de promotor van deze literatuur en vragen of percepties van de artsen in Huisartsenpraktijk Medilaar. Het resultaat was een topiclijst (bijlage 3) bestaande uit 4 delen: een situatieschets van de geïnterviewde, de wijze van pilgebruik, ideeën over pilwerking en tot slot vragen in verband met hulpverlening.

TABEL 2: TOPICLIJST		
Situatieschets	Pil	Welke pil neemt u? Hoe lang neemt u deze al?
	Voorschrift	Wie geeft u meestal het voorschrift voor de pil?
Pilgebruik	Algemeen	Hoe wordt de pil ingenomen?
	Onvoorziene situaties	Wat doet u bij een vergeten pil?
		Wat doet u indien de regels nog niet geëindigd zijn wanneer een nieuwe pilstrip gestart zou moeten worden?
		Wat doet u indien de regels uitblijven tijdens pilvrije week?
		Wat doet u als er bloedingen optreden midden in een pilstrip?
		Verandert er iets aan uw pilgebruik tijdens de Ramadan?
	Pilvrije periodes	Zijn er periodes dat er langdurig (meer dan een maand) gestopt wordt met de pil? Wanneer? Hoe wordt herstart?
Kennis	Pilwerking	Hoe denkt u dat de pil werkt?
	Bijwerkingen	Welke bijwerkingen kent u?
		Hoe belangrijk worden de bijwerkingen geacht? Welke zijn onaanvaardbaar? Wat zal u dan doen?
Hulpverlening	Informatiebronnen	Via welke wegen hebt u informatie gekregen?
		Suggesties voor verbetering van de informatiebronnen?
		Denkt u dat u voldoende weet over de pil?
	Huisarts	Hoe vaak geeft uw arts informatie? Is het duidelijke informatie? Is het voldoende informatie?
		Hoe voelt het om vragen te stellen aan de huisarts over de pil?
		Is de "vaste huisarts" hiervoor belangrijk?
		Is een arts van hetzelfde geslacht belangrijk?
	Ongepaste reactie	Heeft u ooit een ongepaste reactie gehad op een vraag aan een hulpverlener?

3.4 Semigestructureerde interviews

De interviews werden gepland in een praktijkruimte van de huisartsenpraktijk. Er werden 60 minuten voorzien per interview. Hierdoor was er ruimte en tijd om nogmaals de uitleg te geven over het onderzoek, de demografische vragenlijst te overlopen en het interview af te nemen. Na het interview werd tijd voorzien om vragen van de patiënt rond het onderwerp te bespreken.

Er werd een vast scenario gevolgd. Elk interview startte met het overlopen van de topics en bijbehorende vragen. Hierbij startte de interviewer met de vragen op de topiclijst en stelde hierbij explorerende vragen om een antwoord van de deelnemer te verduidelijken of hier dieper op in te gaan. Na de verdieping werd de topiclijst verder afgewerkt.

De interviews werden auditief vastgelegd door middel van een dictafoon.

3.5 Verwerken van de semigestructureerde interviews

De interviews werden letterlijk uitgetypt in het programma Microsoft Word 15 en gekoppeld aan de lettercode van elke deelnemer. De interviews werden geïmporteerd in het programma NVIVO 11.3 voor kwalitatieve analyse. Hierbij werden de interviews zorgvuldig gelezen om een idee te krijgen over de inhoud van de interviews. Bij een tweede lezing werd er gecodeerd: elk interview werd doorlopen en per antwoord werd een code toegewezen; soms werden meerdere codes aan één antwoord gekoppeld. In totaal werden 27 codes toegewezen. Via het programma konden de codes gesorteerd worden zodat men per code de geselecteerde antwoorden van alle deelnemers verkreeg. Hierna werden alle codes afzonderlijk geanalyseerd met als doel een zo breed mogelijke reeks van perspectieven en gedachten weer te geven.

RESULTATEN

4.1 Deelnemers

Er werden in totaal 14 vrouwen aangesproken om deel te nemen aan het onderzoek. Eén vrouw wenste niet deel te nemen, drie vrouwen verschenen niet op de gemaakte afspraak, één vrouw wenste niet meer deel te nemen na het invullen van de algemene vragenlijst. Er werden uiteindelijk negen interviews afgenomen en verwerkt.

Tabel 2: Deelnemersprofielen

	Leeftijd	Generatie	Opleidings-niveau	Beroep	Burgerlijke status	Aantal kinderen	Gesproken taal gezin (heden)	Gesproken taal vriendinnen (heden)
A	33	1	Lagere school	Huismoeder	Getrouwd	4	NL + Berbers	Berbers
B	34	2	Secundair onderwijs	Bediende	Getrouwd	3	NL + Berbers	NL
C	29	2	Secundair onderwijs	Bediende	Getrouwd	1	NL + Berbers	NL
D	31	2	Secundair onderwijs	Werkzoekende	Getrouwd	3	NL + Arabisch	NL
E	35	1	Lagere school	Huismoeder	Getrouwd	4	NL + Berbers	Arabisch + Berbers
F	30	2	Secundair onderwijs	Bediende	Getrouwd	2	NL	NL
G	35	2	Universiteit	Huismoeder	Getrouwd	3	NL	NL
H	25	2	Secundair onderwijs	Bediende	Getrouwd	1	NL + berbers	NL
I	31	2	Secundair onderwijs	Bediende	Getrouwd	3	NL	NL

4.2 Resultaten van de interviews

4.2.1 Pilinname

Zes vrouwen namen de pil gedurende 21 dagen in en hanteerden een stopweek van zeven dagen. Eén vrouw verkoos haar pil door te nemen gedurende een aantal maanden en om het half jaar een pilloze week in te lassen om haar lichaam te zuiveren. Twee vrouwen wachtten tot hun menstruatie volledig voorbij was, alvorens met een nieuwe pilstrip te starten.

> *"Na een tijdje heb ik ontdekt dat je de pil kan doornemen en dat is gemakkelijk want dan krijg je je regels niet door. En dan heb ik gevraagd aan mijn gynaecologe of dat een probleem was en zij heeft gezegd: nee dat is zelfs in sommige gevallen gezond. Dus nu pak ik mijn pil door altijd, ongeveer 6-7 maanden, en dan laat ik eens een keer mijn regels doorkomen." (Vrouw B)*
>
> *"…als de eerste strip dan gedaan is, dan wacht ik eigenlijk op mijn regels en als dan 4 dagen pas daarna mijn regels erdoor komen... dan heb ik 5 dagen mijn regels en dan pas neem ik de*

volgende strip. Dus de laatste dag van mijn regels neem ik de volgende strip, dus de tweede eigenlijk." (Vrouw D)

"…ik begin, meestal is dat op een donderdag dat ik ben begonnen toen, dat is altijd gebleven op een donderdag. Dan neem ik het helemaal uit, dan stop ik meestal op een woensdagavond als ik mij niet vergis en dan stop ik een week en neem ik die donderdag terug." (Vrouw H)

Alle deelnemers hechtten belang aan het tijdstip dat ze de pil innamen. Ze hadden allen een vast moment: voor het slapengaan, bij het koken van het avondmaal, na het avondmaal of 's morgens bij het opstaan. Ze vermeldden allen dat ze het belangrijk vonden om een vast moment te hebben zodat ze de pilinname niet vergaten. Eén vrouw vermeldde een gsm-alarm als geheugensteun.

"Ja, de eerste dag, ja ik heb één week die pilletjes niet meegenomen, dan ja ik ben bang die maandag ook vergeten, dan ik maak een alarm. Ja. Dan gaat goed." (Vrouw A)

"En ja, dat ligt naast mij, allee ja, in de keuken, dat ik elke keer 'ah het is 7u'; dat ligt juist bij mijn glazen, dus elke keer als ik dat open doe, omdat de kinderen dan iets vragen, zie ik 'ah ja', dan zie ik dat elke keer liggen dus" (Vrouw D)

"…ik neem ze wel 's morgens, niet 's avonds, omdat ik schrik heb dat ik 's avonds in slaap val. Omdat ik, zeker nu, 2 kinderen heb, heb ik ook een heel actief… Dus ik weet 's morgens, als ik 's morgens opsta, neem ik 1 pil." (Vrouw F)

"Op hetzelfde moment nu niet exact, want het ene moment ga ik om 1u slapen, de andere keer om 22u, maar het is altijd voor het slapen." (Vrouw H)

Bij één vergeten pil gingen alle vrouwen verder met de pilstrip, sommigen namen de vergeten pil in, anderen niet. Indien ze meerdere pillen zouden vergeten, zouden de meeste vrouwen hun menstruatie afwachten na de pilstrip. Slechts één vrouw zou een dokter contacteren bij het vergeten van twee of meerdere pillen. Eén vrouw gaf aan niet ongerust te zijn omdat ze minder vruchtbaar was, een andere vrouw vermeldde dat ze het niet erg zou vinden om zwanger te worden.

Indien bij het starten van een nieuwe pilstrip de menstruatie nog niet beëindigd zou zijn, zouden de meeste vrouwen zoals gewoonlijk starten met de pil. Slechts één vrouw zou ongerust zijn en hiervoor een dokter contacteren. Twee vrouwen zouden pilinname uitstellen.

Indien de menstruatie tijdens de pilvrije week niet zou doorkomen, zou de helft van de vrouwen meteen hun huisarts contacteren: twee zouden langsgaan voor een bloedonderzoek, twee zouden bellen met hun huisarts om het probleem te bespreken. De andere vrouwen zouden afwachten en zelf een zwangerschapstest doen op urine. Op twee vrouwen na zou iedereen toch herstarten met de pil op hun vaste dag.

"Ik ga eerst een zwangerschapstest doen, dat ik niet zwanger ben. Ben ik niet zwanger, ja dan neem ik gewoon de pil in." (Vrouw B)

"Dan ga ik testen, dan ga ik als eerste testen en stel dat het een negatieve test is, ga ik toch naar de dokter gaan, waarschijnlijk klopt er iets niet. Maar als het een keer voorkomt, dan heb ik zoiets van oké, dan ga ik nog niet naar de dokter, misschien kan het weleens … ik heb het wel eens gehad, maar als het echt een paar keer voorkomt dan ga ik toch naar de dokter."(Vrouw C)

"Dan neem ik terug mijn pil terug, en dan ga ik ook een zwangerschapstest nemen, als het negatief is, neem ik mijn pil verder, maar als het positief is ga ik mijn pil stoppen. Als het negatief is… nee dat ga ik eventjes wachten. Blijf ik de pil doornemen. Ja dat zal ik zeker doen." (Vrouw F)

"Ik zou wel eens efkes inbellen om te zien of dat dat normaal is. Maar… Maar ik zou zeker niet stoppen met de pil. Met mij is de link stoppen met de pil: zwanger." (Vrouw H)

Het optreden van spotting was het minst gekend bij de deelnemende vrouwen. Slechts één vrouw had dit in het verleden meegemaakt: zij zou afwachten en haar pil verder innemen. De andere vrouwen zouden hun arts contacteren voor advies.

"Dan gaan ik ook de dokter raadplegen, want da's ook niet normaal… dan stop ik met de pil totdat ik een arts heb gespr… Allez, totdat ik het heb laten bekijken. Ja, sowieso." (Vrouw G)

"…als je een keer een pil bent vergeten en je krijgt dan doorbloeding ertussen, dat kun je eens krijgen, ja dan zou ik het niet erg vinden, maar ja... Als je je pil correct hebt ingenomen en dat je toch een doorbloeding krijgt, dan zou ik dat wel erg vinden... ja, dan zou ik wel de dokter contacteren." (Vrouw I)

Tijdens de Ramadan (de negende maand in de islamitische kalender; de vastenmaand) veranderden de vrouwen het uur waarop ze de pil innamen. Eén vrouw vermeldde dat ze tijdens de Ramadan haar pil innnam zonder stopweek om te voorkomen dat ze na de Ramadan haar vastendagen moest inhalen. Zij verkoos het om samen te vasten met de familie. Geen van de deelnemers stopte met de pil tijdens een vakantie of als hun echtgenoot langere tijd afwezig was. Voor de geïnterviewde vrouwen was een kinderwens de enige reden om te stoppen met de pil.

4.2.2 Kennis

De helft van de vrouwen wist dat de pil werkte via hormonen en dat die op een bepaalde manier de eicel beïnvloedden. De precieze werking kende slechts één vrouw. Vier vrouwen hadden geen idee over de werking van een pil, maar wisten dat het werkte tegen zwangerschap.

"Goh, hoe dat juist werkt… ik weet wel dat dat eitje dat niet doorkan… dat dat tegen houdt. … En dat de pil ervoor zorgt dat dat eitje niet ontwikkelt ofzoiets. Maar hoe of wat…." (Vrouw B)

"Het weerhoudt de bevruchting van je.. zeg ik het goed, dat je euh…. Nee wacht, hoe noem je dat? Het breekt jouw bevruchting af, om de eicel met de zaadje te.. ze komen wel mekaar tegen, maar dat breekt de pil af… Ja, het breekt het eigenlijk af" (Vrouw C)

"Nee, ik weet gewoon dat jij niet gaat zwanger. Alles. Dat werkt denk ik met hormonen, maar ik weet niet hoe. Ik heb dat nooit geleerd over die pillen." (Vrouw E)

"Ik weet dat niet, maar dat dat iets hormonaal is voor de rest… Ik denk dat dat gewoon uw eicel euh, beetje beïnvloedt, of … helemaal. Denk dat dat daarvoor euh, maar hoe dat het juist in zijn werking is, geen idee." (Vrouw G)

"Dat dat iets tegenhoudt bij mij, dat dat iets… een muur vormt bij mij. Waar dat de zaadjes van mijn man niet doorkunnen. Denk ik…" (Vrouw H)

De vrouwen vonden het belangrijker te weten dat de pil werkt tegen zwangerschap, dan de effectieve werking te kennen. Enkele vrouwen gaven aan dat ze wel wilden weten hoe de pil werkte, maar dit nooit hadden gevraagd of hierover spontaan uitleg hadden gekregen.

"Jawel, is goed om te kennen maar ik zeg dat werkt, dan werkt… Ik heb nooit gevraagd hoe." (Vrouw A)

"In het begin vond ik dat wel belangrijk. Als je dan de eerste keer aan de pil begint, snap je? En je bent nog jong, en je hebt nog geen kinderen en je wilt ook nog geen kinderen want je wil nog toekomst en je weet veel wat allemaal. Dan vond ik dat wel.. Dan zullen ze mij dat ook wel allemaal hebben uitgelegd. Daar niet van. Maar nu… Ik zeg het ja… Ik heb al drie kinderen en ja ik ben op een bepaalde leeftijd, dus nu is dat voor mij niet meer zo belangrijk omdat, zou ik zwanger worden, is dat ook niet erg." (Vrouw B)

"Jawel dat is belangrijk maar ja… ik had dat nooit gedenkt allee gedacht naar zoiets…" (Vrouw E)

"Eigenlijk, ja belangrijk om te weten, ja belangrijk, wat ge wilt weten is dat ge niet zwanger geraakt, bedoel en al de rest, ja nee, nee. 'K heb er nooit niet echt bij stil gestaan... Dus ik heb altijd geweten de pil is om niet zwanger te worden."(Vrouw G)

"Ik weet het echt belangrijk als ik weet ik wil niet zwanger worden dat het gewoon lukt niet zwanger wordt. Dat is voor mij het meest belangrijke. Ja." (Vrouw I)

Op één vrouw na, vond iedereen dat zij voldoende wist over de pil. Hierbij werd de maatstaf 'om niet zwanger te worden' gehanteerd. Zij vonden het bijgevolg niet nodig de juiste werking te weten. Na het interview waren sommige vrouwen wel geïnteresseerd de juiste werking te leren.

"Ik heb daar nooit niet bij stil gestaan, maar eigenlijk zou je dat wel moeten weten, snap je? Ik heb nu wel geen dochters, maar aan mijn zonen zou ik dat ook wel moeten uitleggen snapje?" (Vrouw B)

"Voorlopig wel, of… buiten dat ik niet weet hoe dat die in mijn lichaam werkt. Maar ik denk dat ik wel weet waarom en hoe of wat dat dat… voor wat dat dat wordt gebruikt, voor wat dat het zorgt eigenlijk… En dat ik die... Voor mij is het ge neemt die uit, op tijd en dat is het." (Vrouw D)

"Dat ik weet dat ik niet zwanger kan geraken, als ik die juist neem, dus elke dag, rond de juiste tijdstip. En als ik natuurlijk niet ziek ben geworden. En euh, zo van die zaken? Dan denk ik wel dat ik voldoende weet." (Vrouw G)

"Ja… het werkt hé… Ik weet dat dat bij mij marcheert. Ik wil niet weten hoe… Het werkt. Dat is voor mij momenteel voldoende." (Vrouw H)

Alle vrouwen konden meerdere bijwerkingen opsommen. Ze hadden zelf het vaakst last van hoofdpijn en een prikkelbaar gevoel ("hormoonschommelingen", "agressief", "huilerig", "nerveus"), verder werden verminderd libido, misselijkheid en gewichtstoename ondervonden. Van kennissen wisten ze nog meer bijwerkingen: bij hen werden vooral gewichtstoename, hoofdpijn, toename van acne en trombose vermeld. Ook wisten enkelen nog stresstoename, haaruitval en verminderde vruchtbaarheid op te noemen.

"Ja ik had bij Yasmin hoofdpijn, heel veel hoofdpijn. En ik werd er nog zwaarder van. Ik kwam ervan bij, ik at er veel van. Op momenten als ik mijn pil niet meer moest innemen had ik kei veel zin in zoetigheden, … En soms was ik precies ja… depressief is een groot woord, maar zo, dat je het soms niet zag zitten zo. Om stomme dingen, bijvoorbeeld een glas water is omgekanteld, dan begin je te huilen…" (Vrouw B)

"Je kunt dat snel baarmoederkanker of borstkanker krijgen, maar ik heb ook gehoord dat die die mensen die pillen pakken,… hebben kleine kans om borstkanker te krijgen… Ja soms mensen, gewoon als die praten zo. Mijn man heeft dat ook 1 keer gezegd, hij zei ik had dat in internet gelezen of na zo'n papieren. Dat die mensen die pillen pakken, die hebben klein kans om borstkanker te krijgen."(Vrouw E)

"…goesting wegnemen. Enorm. En ik had daar eigenlijk nooit last van. De eerste jaar dat ik dat heb genomen…, mensen begonnen en ik had zoiets van 'oh nee wat zeggen jullie'. Dit jaar echt wel. Echt dat ik zoiets had van… dat ik zo overleg met mijn man van 'we moeten iets anders doen, dat kan niet dat ik heel mijn leven zo ga blijven'" (Vrouw H)

De drempel om een hulpverlener te contacteren over bijwerkingen of te veranderen van anticonceptiemiddel hing bij de geïnterviewde vrouwen af van hun dagelijks functioneren. Hierbij is het functioneren van de vrouw binnen het gezin het belangrijkst, zowel als moeder en als echtgenoot. Drie vrouwen waren in het verleden reeds veranderd van anticonceptiepil omwille van storende bijwerkingen.

"Ik ga dat efkes vertellen aan mijn dokter. … 'Ik eet meer of ik ben dik of ik ben stress door die pillen', die dokter gaat mij controle doen… en als de dokter zegt 'alles is in orde', dan is in orde voor mij." (Vrouw A)

"[verminderde zin in seks] … is misschien wel een reden om te veranderen, maar die andere complicaties vind ik erger. Want je hebt kinderen, je moet, weet je, je moet er elke dag staan hé. Allez ja, snap je wat ik bedoel? Je gaat werken, je hebt drie zoontjes, die moeten naar school, die moeten naar de voetbal, die moeten gaan zwemmen, … Dat gaat niet als je depressief bent en dat gaat ook niet als je koppijn hebt. Dat eetlust, cava nog... Dus eigenlijk, als ik persoonlijk

afweeg, ja, uw leven gaat om die kinderen hé. Je moet er constant staan hé. En die partner… ja ocharme, die moet dat erbij pakken." (Vrouw B)

"Ik vind het verschrikkelijk, eerlijk gezegd. Als ik de kans heb om een andere oplossing te vinden, wil ik echt volledig de pil stoppen en een spiraal te gaan zetten. Een koper, zelfs geen hormonale, … Ik wil echt zonder hormonen leven, zonder de borstpijn, zonder de hoofdpijn, zonder de prikkelbaarheid, zonder… allez met mijn seksleven is het wel beter, maar toch… om te zien of dat ik zonder hormonen kan wel verder leven. Want soms van… mijn vriendinnen zeggen ook ja 'ik heb soms... geen lust in het leven' We zijn soms niet meer … we zijn niet meer vrij. We moeten elke dag die pil nemen…"(Vrouw F)

"Voor mij een bijwerking, als ik heel veel last heb euh, qua lichaam ja, … zou ik sowieso stoppen met de pil. Dan heb ik het over hoofdpijn, bloedingen, misselijkheid, dan is 't voor mij ook gedaan. Ja, 't moet wel een klacht zijn wat ge kunt zeggen van dit kan niet. As ge constant me hoofdpijn moet rondlopen, is 't natuurlijk ook niet leuk. En om daar nog medicatie erbij te pakken, neen." (Vrouw G)

4.2.3 Informatie

Er werden verschillende bronnen van informatie vermeld. Het internet werd door bijna alle vrouwen geraadpleegd voor informatie en advies bij problemen of klachten. Hierbij werden vooral de fora geraadpleegd. Eén vrouw vermeldde geen gebruik te maken van fora, maar online bijsluiters te lezen. Seksuele voorlichting op school werd ook aangehaald. Hierbij waren twee vrouwen enthousiast over de dingen die ze daardoor hadden geleerd; een andere vrouw vermeldde dan weer dat het onderwerp op dat moment niet aan de orde was en daardoor niet relevant voor haar. Het sociale netwerk werd ook als bron van informatie gegeven. Echter, de grootte ervan verschilde van vrouw tot vrouw. Bij enkele vrouwen was het onderwerp binnen het ouderlijke gezin in grote mate onbespreekbaar, bij anderen bleek het een normale zaak. Bij enkelen bleken de vriendinnen een veilige en betrouwbare omgeving om vragen en bedenkingen over de pil te bespreken. Tot slot werd er ook informatie verkregen via artsen en apothekers.

"Ik ga niet naar een dokter, maar ik zoek dat wel op het internet van oke ja ik heb nu bloedingen, wat kan dat zijn? Ik lees wel veel. Ik probeer wel zeker 4-5 sites te lezen om te zien of dat dat allemaal overeenkomt en als ik zie dat die alle vier hetzelfde zeggen dan geloof ik dat…. Moest ik zien dat dat erg is, dan zou ik wel naar een dokter gaan, daar niet van. Ik denk dat je dat meestal zelf ook wel een beetje kunt oplossen." (Vrouw B)

"Ja, ik ga toch wel de naam van de pil, die ik zelf slik, zeg maar, die typ ik dan in en dan ga ik informatie, niet van wat de mensen zelf opschrijven, want dat geloof ik allemaal niet, dat zeg ik ook, ik vind google toch wel erg gevaarlijk om dingen op te zoeken, maar het is meer de apothekers bijsluiter… dat ik nog een keer doorneem, of via een betrouwbare bron of site." (Vrouw C)

"Ik heb ook 5 andere zussen die de pil innemen… Die hebben ook allemaal verschillende pillen, dus niet allemaal hetzelfde. Dan beginnen we elkaar te pesten van ah ja gij hebt ze vergeten, ik denk dat ge toch wel zwanger gaat geraken en ditte en datte … Awel, dan komt het eerst ter

sprake met de zussen, en dan pas zeggen ze van je het is beter dat ge naar de dokter gaat want wij zijn geen expert, dus het is beter dat ge toch zo'n informatie aan de dokter vraagt." (Vrouw D)

"Vrouwen onder elkaar hé. In het park of aan het school of iets gaan eten of iets gaan drinken." (Vrouw B)

"…bij ons sowieso is 't een taboe om over zo'n dinges euh,… ik moet thuis niet afkomen en zeggen van 'ik ga nu seksueel contact hebben met een persoon, dus ik heb wel een pil nodig' want bij ons kan het niet hé. … Nee, eigenlijk nooit, da's echt een onderwerp waar dat wij eigenlijk nog nooit..." (Vrouw G)

"…de pil en de werking ervan is thuis niet goed uitgelegd denk ik dan, want dat was van neemt dat en ge krijgt geen kinderen, blijft dat wel nemen. Ze hebben mij nooit verteld dat er een pauze inzit van een week en…" (Vrouw H)

"Ja daar (i.e. school) vooral, dat was eerst eigenlijk het contact mee begonnen, want thuis kregen wij niks mee. Helemaal niks. Vroeger was dat nog echt taboe. Zal 'k maar zeggen maar ja echt op school was de eerste contact." (Vrouw I)

"Wij hebben biologie gehad enzo, maar weet je wat het probleem is? … mijn generatie dat was taboe seks voor het huwelijk, snap je? … Dus bij ons is dat geen optie. Dus als je dat toen tegen mij in de tijd uitlegde, dat ging een oor in en een oor uit. Weet je waarom? Ik had daar geen nood aan en ik had daar ook geen... ik moest dat ook niet weten want ik ging dat toch niet doen. Ik wist heeft goed van dat mag niet dus de cirkel errond hoefde ik ook niet te weten." (Vrouw B)

De echtgenoot werd door de meerderheid van de vrouwen aanzien als een partner bij de pil, een teamgenoot. Zorgen, vragen en beslissingen werden gedeeld. Slechts twee vrouwen vermeldden dat ze niet met hun echtgenoot praatten over de pil: uit angst dat de man zich nodeloos ongerust zou maken, omwille van een niet overeenstemmende kinderwens of omdat de vrouw het niet gewend was.

"Als ik iets niet begrijp, of iets wou weten, soms geef ik gewoon die dingen die… van de pillen voor mijn man… Allez hij weet Nederlands beter dan mij, dus geef ik dat gewoon aan hem. En hij verwittig mij ook… 'heb jij pillen gepakt?' 'Heb jij dit?' 'Heb jij dat?' Dus soms helpt hij mij ook om die pillen… te herinneren." (Vrouw D)

"Ja dan zeg ik dat wel. Maar niet van… dat er een heisa rond is… Gewoon. Ja… ook voor het slapengaan "hedde gij de pil niet vergeten ofzo" maar niet van... Nee. Ge kunt moeilijk een conversatie over de pil gaan beginnen hé…" (Vrouw I)

Verder vermeldde een vrouw dat praten over anticonceptie behoorde tot de privésfeer. Ze zou wel met andere vrouwen over de pil mogen praten, maar met andere mannen —ook andere mannen binnen het gezin— zou ongepast zijn. Een andere vrouw vermeldde dat ze nooit met haar vader zou praten over de pil omdat dat tot de seksualiteit behoorde en ze zich daarover schaamde naar haar vader toe.

"Nee, ik zal dat niet zeggen tegen mijn vader, ja dat is raar. Ik zal niet zeggen "Pa ik ben zwanger" nee. Ik heb altijd zo… ja.. bij ons is dat altijd zo… ik … dat dat .. dat is beschamend. Ja… ik heb altijd zo een beeld, ja dat is raar ja. Ik zal het tegen mijn moeder zeggen. Ja. En ze zegt mijn vader en mijn vader: 'ah dat is goed." (Vrouw F)

De vrouwen haalden volgende zaken aan als verbeterende suggesties om meer informatie rond de pil bij de jongeren te brengen: een erkende website met duidelijke informatie, die door artsen is opgesteld en een folder bij de huisarts of apotheek.

"Er staat veel op internet, maar je moet altijd… je bent altijd bang om alles te geloven wat op internet staat. Dus moest er nu een bepaalde site zijn, dat je echt zo weet van oké die site is goed, daar mag je alles van geloven, zou wel gemakkelijk zijn. Maar ja. Die ken ik niet…" (Vrouw B)

"Of dat ge boekskes of foldertjes mee kunt krijgen, dat ge die zelf thuis rustig op uw gemak kunt lezen en dat ge die ook aan uw partner kunt geven." (Vrouw G)

"Ik denk gewoon een duidelijke brochure. Als iemand naar de dokter gaat en die praat over anticonceptie dat er een brochure klaarstaat van wat soorten anticonceptie, hoe dat ze te werk gaan, euh… want de pil, hoe dat te werk gaat de pil, hoe dat die dan gebruiken en dat dat wordt meegegeven. Misschien… Ik denk dat dat wel een steuntje gaat zijn… met een brochureke, leuke fotokes, makkelijk uitgelegd." (Vrouw H)

4.2.4 Hulpverlening

Het eerste pilvoorschrift werd even vaak door de huisarts gegeven als de gynaecoloog. De gynaecoloog startte een voorschrift indien er een bevalling vlak aan voorafging. Op één vrouw na werd bij het eerste pilconsult informatie gegeven of meegegeven door de arts. Meestal ging dit over de wijze van pilinname. Eén van de vrouwen woonde op het ogenblik van het eerste pilconsult in Nederland en kreeg de uitleg van een praktijkassistente.

"… gewoon voorschrift. Ik heb gekocht. Dat is pilletjes om kinderen niet te heb… En die heeft die dag en die dagen, klaar. Dan is klaar." (Vrouw A)

"Bij mij is dat de gynaecoloog geweest. Omdat ik in behandeling was voor zwanger te worden en heel de dingen errond. En eenmaal dat ik dan zwanger ben geworden, moest ik altijd bij haar gaan voor controle en dan heeft zij gezegd van "wat ga je nu doen?" (Vrouw B)

'...ik had een afspraak gemaakt en ik had aangegeven dat ik wilde starten met pilgebruik en dat is echt een afspraak gekregen en op een kamertje gezeten en alles uitgelegd, ook echt een leeg stripje laten zien van hoe het allemaal moet volgen en stel dat het toch niet goed gaat, … het was ook echt een proef, ik had, geloof ik, drie maanden had ik toen gekregen en als het echt niet lukt of gaat, of je komt iets tegen, dan moest ik direct terug" (Vrouw C)

"…toen ik de eerste keer bij hem ook ben geweest en hij vraagt tegen mij of dat ik de pil pak, ik zeg 'nog niet' want ik was nog niet getrouwd. Hij zegt 'wil jij paar informatie hebben', ik zeg zo ja… hij geeft mij gewoon ineens een boekje in hand. Een klein dikke boekje. Ik was 18 jaar. …Hij gaf mij ineens een boekje in handen en zegt: 'hier zijn zoveel informatie, daar is ne ring, daar is ne pleister, daar is ne pil, dus hier, je kan lezen en veel succes'" (Vrouw F)

Wanneer de vrouwen voor een herhalingsvoorschrift gingen, werd er geen of weinig uitleg gegeven. De vrouwen zagen het als een taak van henzelf om uitleg te vragen als ze dat nodig vonden.

"Soms ik doe zo ook. Ik heb ja ik heb pijn voor iets, mijn hand doet pijn ofzo, ik zeg ah dokter, ik heb ook pilletje die zijn op. Zij geeft mij een voorschrift gewoon… Ik heb ook nooit gevraagd om meer informatie." (Vrouw A)

"Ahja welke pil neemt u in? Ah ja oké" en die schrijft dat voor." (Vrouw B)

"Ik vraag nooit geen uitleg, neen. Ja, ik denk ook niet, als ge 't niet vraagt dat ge het ook niet ja, euh, de huisarts kan dat ook niet weten he, dat ge het allemaal niet weet he." (Vrouw G)

"Die kijkt het dan in het systeem, die kijkt wat dat ik neem. Herhaalt dat. Typt dat uit en geeft dat dan.. Ah dan vraagt die nog of dat voor 3 maand of dat dat langer is. Ik geef dat meestal 3 maand. … Nee Ik denk het laatste dat mij is meegedeeld is: 'gij weet hoe dat dat werkt?' En ik heb ja gezegd. (Vrouw H)

Toch gaven een aantal vrouwen aan meer informatie spontaan te willen krijgen over de pil, ook al werd er niet actief naar gevraagd. Ze wilden meer gebruik van visuele hulpmiddelen en verlangden ook dat de uitleg begrijpelijk was. Een aantal vrouwen vond het belangrijk dat het thema anticonceptie werd besproken binnen het gezin en dat het informeren van ouders en andere gezinsleden ook belangrijk was.

"Is goed om… ik zeg niet iedereen kan alles, maar hoe weet jij meer, dat is goed. Zo kan je beter begrijpen, kan meer, leren is goed. Allez ik ken niemand. Mijn vriendinnen, mijn mama, mijn zus kan wat ik kan. Hetzelfde." (Vrouw A)

"Dat zij… dat ze u tijd geeft ook. Dat ze ook de interesse heeft om u uit te leggen, dat geeft mij zo van ik wil u… ik wil dat gij niet weggaat tot gij het begrijpt, van ik heb interesse om jou uit te leggen" (Vrouw F)

"Ja, gewoon al de informatie der rond. Hoe dat het werkt, hoe dat het juist werkt, euh, ja, wat da me u, me u lichaam doe, want ja, ik weet het ni, ik weet totaal ni wat dat da met mijn lichaam doe, dus ik weet ook ni euh, hoe dat het, hoe dat het werkt dus euh. Dus ik zou wel die informatie wel euh, alle, ik zou het fijn gevonden hebben moesten ze, moesten ze me die informatie gegeven hebben." (Vrouw G)

"Op ja… op meer begrijpelijke manier… Ja jullie weten eigenlijk wat de inhoud is van de pil, wij weten dat dus niet… ik spreek voor mij, ik weet het dus niet. Ik weet alleen maar dat je er niet zwanger van geraakt, dat je dat 1x per dag moet nemen en dat je 7 dagen moet rust nemen,

voor de rest eigenlijk ja……maar ik vind wel leuk… bijvoorbeeld als ik nu één keer op een jaar de pil vraag, de voorschriftje, dat er wel toch meer informatie mag gezegd worden. Jawel dat vind ik wel. (Vrouw I)

Twee vrouwen vonden een vaste huisarts belangrijk bij het pilconsult. Bij dit onderwerp vonden ze de vertrouwelijke band tussen arts en patiënt belangrijk. De andere vrouwen vonden een vaste arts niet belangrijk en zouden zich tot zowel een mannelijke als vrouwelijk arts richten voor een pilvoorschrift. Er werd echter door enkele vrouwen vermeld dat ze geen mannelijke arts zouden consulteren indien er een intiem onderzoek nodig zou zijn.

"Nee, of dat nu een mannelijke huisarts is of een vrouwelijke huisarts is, ik heb daar geen problemen mee. De vragen die ik wil stellen, die zal ik ook stellen. Aan eender wie." (Vrouw B)

"Euh... als ik die arts volledig niet ken, dan zou ik er geen vragen aan stellen in verband met… nee ik vind dat zo een beetje persoonlijk… ik ga ook niet… ik zou ook niet gemakkelijk naar een andere dokter gaan… nee… dat zou ik niet doen. Ik zou zelfs niet eens gaan voor de pil. (Vrouw D)

"Want een vertrouwensband is toch wel heel belangrijk. Dat gaat ge toch niet met iedere arts, zeg maar, efkes gaan overleggen. Nee. Ik zou het niet doen."(Vrouw G)

"Dat is gewoon een medicijn. Dat is niet dat ik iets intiem ga vragen ofzo, het is gewoon… het is gewoon maar de pil. Allee voor mij is dat toch gewoon maar een pil. (Vrouw I)

Eén van de vrouwen vond dat zij ooit een ongepaste reactie heeft gekregen rond een vraag over de pil. Alle andere vrouwen vermeldden geen problemen.

"… Ik ben dan toch zwanger geraakt met de pil, en ik was drie maanden verder en dan had ik zoiets … ik pak mijn pil en ik was dan toen zwanger geraakt en dan vroeg ik van 'hoe kan dat nu komen als ge het elke dag neemt?' En dan kreeg ik zo een antwoord van 'ja, pff, dat gebeurt'. Dat is voor mij geen antwoord, … allez, ze hadden mij wel meer uitleg kunnen geven van, dat er toch een kleine kans is of. Maar dat was echt zo'n antwoord van 'ja', ik vond het een heel raar reactie… ik zal daar echt nooit niet meer, allez ja, een vraag daarrond toch vragen. Nene, nee. Zeker niet." (Vrouw G)

DISCUSSIE

Deze studie exploreerde de ideeën over de anticonceptiepil en de hulpverlening hierrond bij Marokkaanse vrouwen in Huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout. Het doel was ten eerste om misvattingen over pilinname, pilwerking en algemene informatie over de pil te verkennen. Daarnaast werd er gepeild naar ideeën rond de hulpverlening en suggesties voor de toekomst.

Er werd een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt met een explorerende drijfkracht: het doel was om zo veel mogelijk verschillende nieuwe ideeën aan het licht te brengen. Dit maakt dat er niets gezegd kan worden over de prevalentie van deze ideeën of percepties, noch kunnen deze resultaten geëxtrapoleerd worden naar de gehele Marokkaanse populatie.

5.1 Anticonceptiepil

Inname

De geïnterviewde vrouwen maakten allen sinds meer dan een jaar gebruik van de combinatiepil. Toch namen twee vrouwen de pil foutief in. De twee vrouwen hadden geen vaste lengte van hun pilvrije week, maar wachtten het einde van hun menstruatie af vooraleer te starten met een nieuwe pilstrip. Deze fout werd ook eerder beschreven in de literatuur (4-6) . De associatie van de pilinname met seksueel contact (4-6) werd niet vastgesteld in dit onderzoek; sterker nog, de vrouwen in dit onderzoek vonden het belangrijk de pil steeds in te nemen, zelfs in periodes dat de echtgenoot afwezig zou zijn. Ze vermeldden enkel een actuele kinderwens als reden om de pil te stoppen. Het belang van een vast tijdstip werd door alle vrouwen aangehaald, sommige vrouwen koppelden de pilinname aan het ochtend- of avondritueel; anderen gebruikten een expliciete geheugensteun. Het gebrek aan planmatigheid van de pilinname werd in de studie van Hendrickx en Lodewyckx (4) aangekaart als probleem, maar was bij deze vrouwen niet aanwezig te zijn. Tijdens de Ramadan (negende maand in de islamitische kalender; de vastenmaand) veranderden de vrouwen weliswaar het tijdstip van inname, maar niets aan de inname van een pilstrip. Ze stopten ook niet langdurig met de pil om te controleren of ze nog natuurlijk menstrueerden of om het lichaam te laten herstellen, zoals eerder werd vastgesteld (5).

Tijdens het interview kregen de vrouwen onverwachte situaties tijdens de pilinname voorgelegd. Hieruit bleek dat vooral de gebeurtenissen "*geen menses tijdens de pilvrije week*" en "*tussentijds bloedverlies (spotting)*" resulteerden in ongerustheid en aanzetten tot een consultatie met hun arts. De situaties "*een vergeten pil*" en *"nog aanwezige menses bij start van een nieuwe pilstrip"* gaven weinig ongerustheid. De meeste vrouwen zouden, bij het herhaaldelijk voorkomen van een

vergeten pil, een arts contacteren voor het bespreken van een andere anticonceptiemethode. Dit onderstreept het belang dat de geïnterviewde vrouwen hechtten aan gezinsplanning en het meer op de voorgrond treden van het westerse gezinsmodel (4).

Kennis

De kennis over de combinatiepil van de deelnemers was summier: de vrouwen wisten enkel dat de pil invloed had op hun hormonen en zo een zwangerschap verhinderde. De vrouwen vonden het belangrijker dat ze voldoende wisten over de pilinname om niet zwanger te worden, dan de precieze fysiologie te kennen. Wanneer verder gevraagd werd of ze de fysiologie dan niet belangrijk vonden, ontkenden alle vrouwen deze veronderstelling. Eén vrouw vermeldde echter wel dat ze dit vroeger, bij het starten van de pil, belangrijker vond. Een andere vrouw vermeldde dat ze dit wel belangrijk vond om de kennis later door te geven aan haar kinderen. Dit laatste is in lijn met de stelling in het onderzoek van Maurissen en Van Turnhout (7) dat vrouwen niet willen dat anticonceptie een taboe is binnen hun huidig gezin en ze een meer open communicatiecultuur willen creëren.

Vele bijwerkingen werden vermeld. Door onderzoek (8) bevestigde bijwerkingen waren stemmingswisselingen, een verhoogd risico op veneuze trombose en verhoogd risico op borstkanker. Misvattingen op vlak van bijwerkingenprofiel waren: een toename van acne, gewichtstoename en een verminderd libido. Recent onderzoek (9) zou echter toch een bewezen relatie tussen verminderd libido en hormonale anticonceptie aantonen; meer studies moeten dit bevestigen. Hoofdpijn was het meest vermelde argument om een arts te consulteren, daar het hun dagelijks functioneren beïnvloedde.

Informatiebronnen

Het internet wint meer aan terrein als informatie- en adviesorgaan voor de vrouw. Uit de literatuurstudie (4, 7) kwam nog het vrouwennetwerk als voornaamste informatiebron voor anticonceptie. De meest recente literatuur hierover dateert echter van 2004. Door de explosieve groei van het internet het laatste decennium lijkt dit een natuurlijke evolutie. De vrouwen zochten op internet informatie rond bijwerkingen, alsook advies indien er zich problemen voordeden tijdens gebruik. Er werden fora bezocht, alsook websites waar medische bijsluiters te vinden zijn. Opvallend was dat geen van de vrouwen een betrouwbare website kende over de anticonceptiepil. Nochtans zijn deze voor handen, denk maar aan *http://www.seksualiteit.be/anticonceptie* of *http://www.allesoverseks.be.* Daarnaast bieden de websites van de farmaceutische bedrijven ook

een betrouwbare bron aan informatie: *http://www.mijnvoorbehoedsmiddel.be* (MSD), *http://www.gynandco.be/nl/start-anticonceptie (Mithra).*

Het vrouwennetwerk kon in deze studie opgesplitst worden in enerzijds de vrouwen binnen het ouderlijke gezin en anderzijds vriendinnen. De vrouwen in deze studie bespraken met beide groepen het gebruik van de anticonceptiepil. Enkelen vroegen hen advies vooraleer een arts te raadplegen. Dit bevestigt de aanname van jongere meisjes dat er een open communicatiecultuur is over anticonceptie bij gehuwde vrouwen (7), alsook de grote invloed van de "ervaringsrijke" omgeving (4). Opvallend was dat de laaggeschoolde vrouwen meer terughoudend waren om dit te bespreken met peers. Deze vaststelling haalden Alvarez-Nieto et al ook reeds aan (10). Deze lager opgeleide vrouwen waren echter wel geïnteresseerd om meer te leren over de pil. Zoals één van deze vrouwen frappant opmerkte: "*leren is goed.. ik ken niemand. Mijn vriendinnen, mijn mama, mijn zus… kan wat ik kan. Hetzelfde*." Vooral bij deze vrouwen is het nuttig om tijdens de consultatie in te zetten op educatie, niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor haar omgeving.

In dit onderzoek verschilde de gezinscultuur binnen het ouderlijk gezin van vrouw tot vrouw. Bij een meer open communicatiecultuur werd de pil wel besproken, bij anderen echter niet. Dit is een verandering in vergelijking met het onderzoek uit 2004, waar communicatie over anticonceptie en seksualiteit als taboe werd bestempeld (7). Meer zelfs, de vrouwen in deze studie gaven aan dat het belangrijk was kennis te hebben over de pil, zodat ze dit konden doorgeven aan hun kinderen, zowel aan hun dochters als zonen.

Zoals reeds beschreven (4, 6, 10) werd ook in deze studie de echtgenoot bij alle vrouwen betrokken bij het thema *anticonceptie*, maar niet bij iedereen in dezelfde mate. Sommige vrouwen bespraken quasi alles met hun echtgenoot: de inname, mogelijke bijwerkingen en problemen. Anderen bespraken enkel de belangrijke zaken: bijvoorbeeld als zij een pil vergeten waren of wanneer zij een arts wilden consulteren in verband met een klacht. Het generatieverschil valt hier op: de vrouwen van de eerste generatie lijken hierbij minder geneigd de pil te bespreken met hun echtgenoot.

5.2 Hulpverlening

Opvallend was dat de meeste vrouwen bij het eerste pilvoorschrift uitleg hadden gekregen, voornamelijk over de wijze van gebruik, maar dat bij het voorschrijven van een herhalingsvoorschrift geen van de vrouwen spontaan uitleg kregen. Bij enkelen werden een paar praktische vragen gesteld, zoals welke pil ze innamen of de grootte van de verpakking dat zij

wensten; echter navraag naar het gebruik van de pil werd niet genoemd. In een studie van 1999 werd vermeld dat vrouwen geen vragen durfden stellen aan de arts (4). In deze studie namen alle vrouwen een assertievere houding aan: ze zouden hun vragen aan de arts voorleggen en een antwoord wensen, onafhankelijk of dit hun vaste arts was of een arts van het andere geslacht. De vrouwen in deze studie beschouwden een vraag over de pil eerder als een kennisvraag, dan een vraag verbonden met ervaring. Bijgevolg vonden zij dat een mannelijke arts evengoed een antwoord kon op formuleren. Deze vaststelling ligt in de lijn van het onderzoek van 2005 (7).Verder kon er ook opgemerkt worden dat het pilconsult niet langer gekoppeld is aan de associatie met het intieme gynaecologische onderzoek, zoals eerder gesteld (1, 4). Hiervoor zouden ook de geïnterviewde vrouwen een vrouwelijke arts consulteren.

Bij het pilconsult vonden de vrouwen het vooral belangrijk dat de uitleg duidelijk was. Eén vrouw verkoos haar gynaecoloog boven haar huisarts. De vrouw had het gevoel gekregen dat de arts tijd voor haar nam, haar begreep en wilde dat de vrouw de pil juist innam. Deze persoonlijke aanpak maakte dat ze haar anticonceptie bij voorkeur besprak met haar gynaecoloog. Ook het onderzoek van Hendrickx en Lodewyckx (4) stelde vast dat een deskundige en persoonlijke aanpak werd verkozen bij de Marokkaanse vrouwen, met oog voor hun culturele maar ook persoonlijke achtergrond.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Deelnemers

De interviews werden afgenomen in een praktijkkabinet van huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout. Hoewel de deelnemers ervan op de hoogte waren dat de resultaten anoniem zouden verwerkt worden, is het toch mogelijk dat de deelnemers –als patiënten van de artsen in deze huisartsenpraktijk– niet volledig rechtuit spraken: mogelijk uit respect naar de artsen om hen niet in diskrediet te brengen, of uit angst dat de persoonlijke uitspraken zouden worden doorgespeeld aan hun vaste arts.

Daarnaast werd gehoopt dat vooral vrouwen van de derde generatie konden worden aangesproken zodat dit onderzoek vergeleken kon worden met het onderzoek van Van Turnhout en Maurissen (7) (vrouwen van de tweede generatie) en Hendrickx en Lodewyckx (4) (vrouwen van de eerste generatie). Met de leeftijdscriteria 25 tot 35 jaar, was de vergelijking echter slechts beperkt mogelijk. Tevens omdat de vrouwen van dit onderzoek getrouwd waren en reeds kinderen hadden, in tegenstelling tot de vrouwen van de eerder vermelde onderzoeken. De

huidige vrouwen van de derde generatie in huisartsenpraktijk Medilaar Borgerhout zijn jonger en nog niet getrouwd.

Doordat de meeste deelnemers een gelijkaardig profiel hadden (i.e. tweede generatie, getrouwd, moeder, werken), kan er niet gesproken worden over een heterogene steekproef en zijn de vastgestelde ideeën en percepties mogelijk specifiek voor deze subgroep. Een selectiebias van de deelnemers door de onderzoeker is hier ongewild verantwoordelijk voor.

Planning

Eén van de beperkingen van het onderzoek is de kleine steekproef. Dit had te maken met een aantal praktische moeilijkheden. Eerst en vooral werden alle deelnemers gerekruteerd door de onderzoeker zelf, ondanks de vraag aan de praktijkartsen om het onderzoek mee voor te stellen aan de vrouwelijke patiënten in de praktijk. Door omstandigheden is dit niet gebeurd waardoor enkel de onderzoeker deelnemers rekruteerde, in tegenstelling tot een mogelijke rekrutering via vijf artsen. Daarnaast stonden volgens het studieprotocol de interviews gepland in de zomermaanden, daar dit voor de onderzoeker een periode was met ruimte voor het onderzoek. Veel patiënten in de praktijk waren tijdens die periode echter voor weken of maanden op vakantie in Marokko. Hierdoor werd de planning verplaatst naar de maanden september tot november. Hierbij werden ongeveer twee interviews per week gepland. Vrouwen die zonder verwittiging niet verschenen op de afspraken of zich bedachten, maakten het afnemen van de interviews moeizamer dan gepland. Hierdoor werd besloten om de interviews af te ronden midden december na het afnemen van interview 10. De laatste deelnemer trok haar deelname echter in op het moment van het interview zelf, waardoor dit laatste interview nooit heeft plaatsgevonden. Meer interviews hadden het wellicht mogelijk gemaakt om meer ideeën en percepties in kaart te brengen.

Interviews

De interviewer, de onderzoeker van deze studie, had nooit eerder een onderzoek met semigestructureerde interviews gevoerd; hierdoor is het plausibel dat de vraagstelling niet steeds neutraal werd gesteld. Er werd vooral gewerkt met open vraagstellingen; de interviewer had echter de indruk dat de deelnemers niet goed wisten waar te beginnen en werden er bijgevolg regelmatig suggesties voorgesteld aan de deelnemers. Dit kan er opnieuw voor hebben gezorgd dat niet alle ideeën en percepties ter sprake kwamen.

Data-analyse

Het coderen van de interviews werd slechts door één onderzoeker uitgevoerd. De onderzoeker had geen eerdere ervaring met het uitvoeren van kwalitatieve dataverwerking en volgde slechts een theoretische cursus. Het coderen door meerdere en ervaren onderzoekers zou hebben gezorgd voor een meer objectievere dataverwerking.

5.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Ondanks de verschillende zwaktes van dit onderzoek kan deze studie een mooie aanzet zijn voor vervolgonderzoek. Zo kan er een vergelijkbaar kwalitatief onderzoek opgezet worden met een groter deelnemersaantal, over verschillende huisartsenpraktijken heen. Daarnaast zou vanuit de gevonden ideeën en percepties een kwantitatieve studie kunnen vloeien om prevalentie van deze meningen in kaart te brengen. Een andere mogelijkheid is een interventiestudie kunnen worden opgezet om de kennis over de anticonceptiepil, alsook de kennis over de betrouwbare informatiebronnen bij de Marokkaanse patiënten te vergroten.

5.5 Aanbevelingen voor praktijkvoering

Zoals de Srikanthan (1) alsook Hendrickx en Lodewyckx (4) reeds aanhaalden, is cultuursensitiviteit, het zogenaamde *cultural awareness,* van primordiaal belang in het pilconsult met de Marokkaanse vrouw. Hierbij moet men echter bedacht zijn om niet alle patiënten van een bepaalde cultuur over één kam te scheren. Zo kunnen factoren zoals opvoeding, opleiding en communicatie binnen het gezin in grote mate de manier waarop een vrouw denkt over anticonceptie beïnvloeden. Toch kunnen een aantal algemene zaken meegenomen worden uit dit onderzoek.

1. Educatie blijft belangrijk. De kennis van patiënten is mogelijk onvoldoende, ook al gebruikt iemand al lange tijd de pil. In deze studie kon slechts één vrouw de juiste werking van de pil beschrijven, hoewel alle deelnemers meer dan één jaar de pil innamen. Patiënteducatie blijft dus van belang bij elk pilvoorschrift en niet enkel op vlak van pilinname. Dit met het oog op compliantie, maar zeker ook met het oog op kennisvergroting binnen een gezin rond de pil en naar de toekomst toe educatie van hun kinderen.
2. Internet is een grote bron van informatie voor vrouwen met betrekking tot de pil. Het is daarom interessant om na te gaan bij de patiënt wat zij reeds te weten kwam over haar klachten en eventuele ideeën of ongerustheden te bevragen. Hierdoor kan het consult op

maat gebeuren, voelt de patiënt zich meer betrokken door de persoonlijke aanpak en worden eventuele misvattingen of mythes meteen van tafel geveegd. Dit heeft niet enkel gevolgen voor de vrouw zelf, maar mogelijk ook binnen het gezin en het netwerk van de vrouw. Het lijkt bovendien een goed idee om uw patiënt op de hoogte te stellen van enkele betrouwbare websites die zij kunnen raadplegen in geval van vragen of bekommernissen.

3. Visuele hulpmiddelen werken. Verschillende vrouwen halen voorbeelden aan van goede informatie rond de pil met behulp van visuele hulpmiddelen. Anderen vertelden dan weer dat ze liever meer visuele informatie zouden hebben. Een folder of brochure met informatie zou de consultatie prima kunnen ondersteunen.
4. De bespreekbaarheid van het onderwerp binnen het gezin en het vrouwennetwerk is sterk verschillend van patiënt tot patiënt. In deze studie was het bij de vrouwen van de eerste generatie een stuk minder bespreekbaar dan bij de andere vrouwen. Toch wilden alle patiënten anticonceptie bespreken met een arts, man of vrouw. Dit onderwerp aanspreken, mag dus geen drempel zijn.

BESLUIT

Deze studie toonde aan dat ondanks een jarenlange ervaring met de pil, vrouwen toch een fout in hun pilinname kunnen vertonen. Daarnaast is er weinig kennis omtrent onverwachte situaties tijdens de pilinname zoals een vergeten pil, spotting, en dergelijke… Door actief te vragen naar de wijze van pilinname of de reactie van de patiënt bij deze situaties tijdens het voorschrijven van een herhalingsvoorschrift, kunnen er mogelijke fouten worden opgemerkt en kan het risico ongeplande zwangerschappen verkleind worden. Daarnaast is er nog veel ruimte voor kennisverbreding, niet alleen bij de patiënt zelf, maar via haar kan zo meer kennis rond de pil bij naar sociale netwerk verspreid worden.

Het internet werd als grote informatiebron gevonden bij de vrouwen. Ondanks het ruime gebruik hiervan, zijn er echter geen betrouwbare websites gekend. De vrouwen maakten veelal gebruik van fora om ervaringen en kennis van anderen te lezen. Informatie over betrouwbare websites kan een nuttige aanvulling zijn bij het pilconsult bij de huisarts.

De vrouwen in deze studie praatten gemakkelijk met andere vrouwen over anticonceptie, zowel met vriendinnen als familieleden. Ondanks het feit dat zij weinig informatie meekregen vanuit het ouderlijk gezin, gaven zij aan dit belangrijk te vinden om te bespreken met hun eigen kinderen, zowel hun dochters als zonen.

Dit alles toont dat de Marokkaanse vrouwen in deze studie, de meesten van de tweede generatie en allen gehuwd, zelfstandiger ageren dan vrouwen in de voorbije studies (4, 7). Een meer Westerse instelling rond een klein, gepland gezin en een toenemende assertiviteit om informatie te bekomen rond anticonceptie valt op. De vrouwen vonden dat communicatie rond anticonceptie openlijk kon gebeuren en zij vonden het belangrijk hier goed geïnformeerd over te zijn. Dit moet een signaal zijn naar de artsen toe om met een persoonlijke instelling het pilconsult aan te vangen, met oog op de culturele individualiteit van de vrouw en nieuwsgierigheid naar haar kennis en vooronderstellingen. Hierdoor kan de gegeven informatie geoptimaliseerd worden, een grotere compliantie bekomen worden en mogelijk een grotere en juistere achtergrondkennis gevormd worden in de Marokkaanse gemeenschap.

REFERENTIES

1. Srikanthan A, Reid RL. Religious and cultural influences on contraception. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2008;30(2):p129-37.
2. Wiebe E. Contraceptive practices and attitudes among immigrant and nonimmigrant women in Canada. Canadian Family Physician [Internet]. 2013; 59(10):p451-5.
3. Pinter B, Hakim M, Seidman DS, Kubba A, Kishen M, Constantino DC. Religion and family planning. The European Journal of contraception and reproductive health care [Internet]. 2016;21(6): p486-95. Geraadpleegd op 28/02/2017.
4. Hendrickx K, Lodewyckx E. Het anticonceptieconsult bij Marokkaanse vrouwen. In: Sexualiteit en anticonceptie in de eerste lijn: ideeën voor de 21e eeuw. WVVH Prima Linea. 1999. p37-44.
5. van den Muijsenbergh M. Geboorteregeling door allochtone vrouwen. Nijmegen: UMC St. Radboud[Internet]; 2007. Geüpdated op 31/05/2011. Beschikbaar via: http://www.radboudumc.nl/Research/Organisationofresearch/Departments/medische vrouwenstudies/Documents/geboorteregeling%20door%20allochtone%20vrouwen.pdf
6. Suurmond J, Seeleman C, Stronks K, Essink-Bot M-L. In dialoog met een Marokkaanse man en vrouw. In: Een arts van de wereld. Bohn Stafleu van Loghum; 2012. p. 99-109.
7. Maurissen I, Van Turnhout E, Hendrickx K. Copingmechanismen in verband met seksuele gezondheid bij Moslimmeisjes: een explorerend onderzoek. 2004. Geraadpleegd op: 22/02/2017. Beschikbaar via: http://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/ seksualiteitallochtonemeisjes.pdf.
8. Peremans L, Van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K, Yikilkan H. Hormonale anticonceptie: richtlijn voor goede praktijkvoering. Huisarts Nu. 2012. p163-82.
9. Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. The European Journal of contraception and reproductive health care. 2016;21(2):p158-67.
10. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascon ML, Linaes-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practces of female immigrants in Spain: a qualitative study. Reproductive Health [Internet]. 2015; 12(79).

BIJLAGEN

Bijlage 1: Studieprotocol

Bijlage 2: Vragenlijst demografische gegevens van de deelnemers

Bijlage 3: Topiclijst

Bijlage 4: Goedkeuring Ethisch comité UZA

BIJLAGE 1: STUDIEPROTOCOL

ONDERZOEK NAAR ANTICONCEPTIE BIJ MAROKKAANSE VROUWEN TUSSEN DE 25 EN 35 JAAR IN HUISARTSENPRAKTIJK MEDILAAR

Studieprotocol. Versie 2. 14/04/2016

Onderzoeker / Huisarts in Opleiding:	An Kerckhofs
Promotor:	Prof. dr. Kristin Hendrickx
Praktijkopleider:	dr. Cécile Tambour
Stagecoördinator:	dr. Riet Breesch

TITEL ONDERZOEK

Misvattingen en barrières bij Marokkaanse vrouwen met betrekking tot anticonceptief pilgebruik

ACHTERGROND

De artsen in groepspraktijk Medilaar (Borgerhout) ondervinden sinds geruime tijd een probleem omtrent orale anticonceptie bij Marokkaanse vrouwen. De therapietrouw hieromtrent lijkt beduidend lager te zijn bij deze populatie in vergelijking met de Vlaamse vrouwen. Een zwangerschapstest is dan ook een steeds vaker voorkomende aanmeldingsvraag, zelfs bij vrouwen die reeds langer orale anticonceptie innemen.

Om hier doelgericht op in te kunnen grijpen is er informatie nodig. Begin jaren negentig gaf een onderzoek door middel van vragenlijsten een representatief beeld van het anticonceptieprofiel van Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen en Brussel[1]. Een kwalitatieve studie in 1997 bracht door middel van focusgroepen meer inzichten over de redenen van zwangerschappen onder pilgebruik. [2]

In 2005 vond opnieuw een kwalitatief onderzoek plaats aan de Universiteit Antwerpen waarbij jonge, ongetrouwde Marokkaanse meisjes van de tweede en derde generatie werden bevraagd over seksuele onderwerpen zoals ondermeer anticonceptie.[3]

Deze studies dateren echter van een geruime tijd terug. Intussen bevindt de nieuwe generatie Marokkaanse vrouwen (derde generatie) zich in de vruchtbare periode en is er in Borgerhout tegelijkertijd nog steeds een instroom van eerste generatie vrouwen. Dit maakt dat een nieuw onderzoek zich opdringt om de actuele ideeën in kaart te brengen en hierop in te grijpen tijdens pilcontroles in de huisartsenpraktijk.

DOEL VAN DE STUDIE / ONDERZOEKSVRAGEN

Het exploreren en beschrijven van misvattingen omtrent orale anticonceptie bij Marokkaanse vrouwen in Huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout en het in kaart brengen van de barrières van deze vrouwen om hierover meer uitleg te vragen aan hun huisarts.

[1] Hendrickx K., Lodewijckx E., (1997), Natuurlijk moet je iets doen om niet zwanger te worden! Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen en Brussel. Antwerpen: Prima Linea, 1997.
[2] Hendrickx K., Lodewijckx E., (1999), Het anticonceptieconsult bij Marokkaanse vrouwen. In: *Sexualiteit en anticonceptie in de eerste lijn: ideeën voor de 21e eeuw*, s.l., WVVH Prima Linea, 1999, p. 37-44
[3] Maurissen I., Van Turnhout E., Hendrickx K., (2006), Seksuele gezondheid bij moslimmeisjes. Resultaten van een explorerende studie. In: Huisarts Nu, 35 (4)

STUDIE DESIGN

Een kwalitatieve studie met behulp van individuele semi-gestructureerde interviews bij Marokkaanse vrouwen in de huisartsenpraktijk Medilaar te Borgerhout tussen april 2016 en mei 2017.

STUDIE POPULATIE

- populatie: vrouwelijke Marokkaanse patiënten in huisartsenpraktijk Medilaar tussen de 25 en 35 jaar oud die minstens 1 jaar een orale anticonceptiepil innemen.
- exclusie criteria: vrouwen die de anticonceptiepil innemen om een andere reden dan geboorteregeling
- sample size: 10-15 patiënten

METHODE

Kwalitatief onderzoek door middel van een vragenlijst met aansluitend een semi-gestructureerd interview

1. **Vragenlijst**
   Een vragenlijst wordt afgenomen om een beeld te krijgen over de steekproef (geboortedatum, generatie, burgerlijke status, spreektaal, opleiding, enzovoort). Deze wordt ingevuld vlak voor het interview.

2. **Semi-gestructuurd interview**
   a. Opstellen van semi-gestructureerde vragenlijst door middel van literatuurgegevens en specifieke vragen van de artsen in huisartsenpraktijk.
   b. Semi-gestructureerd interview door middel van een topiclijst met open vragen en bijvragen op maat van de gegeven antwoorden. De interviews worden afgenomen door de onderzoeker, tevens actieve huisarts in opleiding in de praktijk, volgens de methode van het face-to-face interview. Het gesprek wordt auditief opgenomen en later letterlijk uitgetypt. Elk interview krijgt een nummer (bv. interview 1) dat niet gekoppeld is aan de naam van de deelnemer. Verdere verwerking gebeurd anoniem.
   c. Data-analyse zal gebeuren door middel van thematische analyse met coderingstechniek.
   d. Rapportering van deze studie zal gebeuren zonder het noemen van de namen van de deelnemers. Indien er verwezen of geciteerd wordt, zal dit gebeuren door middel van de genummerde interviews (bv. deelnemer 1).

ETHISCHE OVERWEGINGEN

1. **Rekrutering en informed consent (bijlage):**
   Rekrutering gebeurt door middel van persoonlijke vraag van een arts in de praktijk aan een patiënt die voldoet aan studiecriteria. Hierbij wordt een informatiebrief met informed consent meegegeven met de patiënt en een afspraak voor het interview wordt gemaakt op de geplande interview-dagen. Indien de patiënt nog vragen heeft omtrent de studie kan er steeds een kosteloze afspraak worden gemaakt bij de onderzoeker.
2. **Vergoeding:**
   De deelnemers van dit onderzoek worden niet vergoed; wel zijn alle contactmomenten tussen de onderzoeker en de deelnemer kosteloos.

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST DEMOGRAFISCHE GEGEVENS DEELNEMERS

ONDERZOEK NAAR ANTICONCEPTIE BIJ MAROKKAANSE VROUWEN TUSSEN DE 25 EN 35 JAAR IN HUISARTSENPRAKTIJK MEDILAAR

Vragenlijst

Deze korte vragenlijst maakt deel uit van het onderzoek van dr. Kerckhofs. Gelieve alle vragen in te vullen. Bij onduidelijkheden of opmerkingen, mag u zo dadelijk vragen stellen aan dr. Kerckhofs.

Bedankt voor uw deelname.

1. Wat is uw geboortedatum? .....

2. Waar bent u geboren?
   a. België
   b. Marokko
   c. andere: .....

3. Waar zijn uw ouders geboren?

Mijn moeder:	Mijn vader:
a. België	a. België
b. Marokko	b. Marokko
c. andere:	c. andere: .....

4. Waar zijn uw grootouders geboren?

Mijn grootmoeder (mama van mama):	Mijn grootvader (papa van mama):
a. België	a. België
b. Marokko	b. Marokko
c. andere:	c. andere: .....

Mijn grootmoeder (mama van papa):	Mijn grootvader (papa van papa):
a. België	a. België
b. Marokko	b. Marokko
c. andere:	c. andere: .....

5. Behaalde je een diploma middelbaar onderwijs?
   a. nee
   b. ja. welke? .....

6. Behaalde je een diploma hoger onderwijs of volg je op dit moment een opleiding hoger onderwijs?
   a. nee
   b. ja. welke? .....

7. Werkt u buitenshuis?
   a. ja, als .....
   b. nee, ik ben huismoeder
   c. nee, ik ben werkzoekende

8. Bent u getrouwd?
    a. ja
    b. nee, ik ben ongetrouwd
    c. nee, ik ben gescheiden

9. Bent u bevallen in het verleden?
    a. ja, aantal kinderen: .....
    b. nee

10. Welke taal sprak u als kind thuis?
    a. Nederlands
    b. Arabisch
    c. Berbers
    d. Frans
    e. andere: .....

11. Welke taal spreek je nu thuis (als u verhuisd bent)?
    a. Nederlands
    b. Arabisch
    c. Berbers
    d. Frans
    e. andere: .....

12. Welke taal spreek je het meest met je vriendinnen?
    a. Nederlands
    b. Arabisch
    c. Berbers
    d. Frans
    e. andere: .....

BIJLAGE 3: TOPICLIJST

ONDERZOEK NAAR ANTICONCEPTIE BIJ MAROKKAANSE VROUWEN TUSSEN DE 25 EN 35 JAAR IN HUISARTSENPRAKTIJK MEDILAAR

Semigestructureerd interview aan de hand van topiclijst

Inleiding

1. Voorstellen van de onderzoeker
2. Uitleg van het onderzoek:
   - Doel
   - Hoe dit interview het onderzoek en de praktijk zal helpen
   - Waarde van juiste en eerlijke antwoorden
3. Anonimiteit benadrukken

Interview

1. Overlopen van de ingevulde vragenlijst: problemen? vragen?

2. Huidige situatie:
   - Welke pil?
   - Hoe lang wordt de pil al gebruikt?
   - Wie geeft u het voorschrift voor de pil?

2. Pilgebruik
   - Hoe wordt de pil ingenomen (een hele pilstrip met aansluitend nog één)?
   - Situaties:
     - Wat als een pil wordt vergeten?
     - Wat als de regels nog niet gestopt zijn, wanneer een nieuwe pilstrip gestart zou moeten worden?
     - Wat als uw regels nog niet zijn begonnen, wanneer een nieuwe pilstrip gestart zou moeten worden?
     - Wat als er bloedingen optreden midden in een pilstrip?
     - Wat als het ramadan is: verandert dan het pilgebruik?
   - Zijn er periodes dat er langdurig (meer dan een maand) gestopt wordt met de pil?
     - Ja: Wanneer? Hoe wordt nadien herstart met de pil?

3. Ideeën over pilwerking
   - Hoe denkt de deelnemer dat de pil werkt?
   - Wat zijn de belangrijkste bijwerkingen van de pil?
     - Hoe belangrijk worden deze geacht?

4. Hulpverlening
   - Informatie
     - Via welke wegen wordt er informatie bekomen over de pil?
     - Denkt de deelnemer dat ze genoeg weet over de pil?
     - Welke wegen/kanalen zouden beter kunnen?

- De huisarts
    - Hoe vaak geeft de huisarts informatie over de pil?
        - Is de uitleg duidelijk?
        - Is de informatie voldoende?
    - Hoe voelt het om vragen over de pil te stellen aan de huisarts?
        - Wat maakt het moeilijk?
        - Hoe belangrijk is het concept "vaste huisarts" dit kader? Kunnen vragen ook gesteld worden aan een onbekende arts?
- Is er ooit een speciale/ongewone/rare reactie geweest van een arts op een vraag over de pil?
    - Welke reactie?
    - Hoe werd deze reactie ervaren? Hoe kwam dit?

BIJLAGE 4: GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. K. Hendrickx

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Onderzoek naar anticonceptie bij Marokkaanse vrouwen tussen de 25 en 35 jaar in huisartsenpraktijk Medilaar (manama huisartsgeneeskunde An Kerckhofs)

Belgisch Registratienummer: B300201628506

datum	ons kenmerk	contactpersoon
25/04/2016	16/9/95	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 25/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. A. Kerckhofs
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 14/04/2016
  versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 14/04/2016
  versie 2

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:

- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  - o Nooit opgestart
  - o Vroegtijdig stopgezet
  - o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/9/95

datum
25/04/2016

ons kenmerk
16/9/95

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 25/04/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MAMPAEY Els	Psychologe	V	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.