Seksuele gezondheid bij vrouwen met migratieachtergrond: een interventie met een kaartspel

Hanne Hendrick, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. A. De Sutter

Co-promotoren: Dr. P. Decat

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2018 – 2019]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Tell me, and I will forget. Show me, and I may remember.
Involve me, and I will understand.
Xunzi 312–230 B.C.

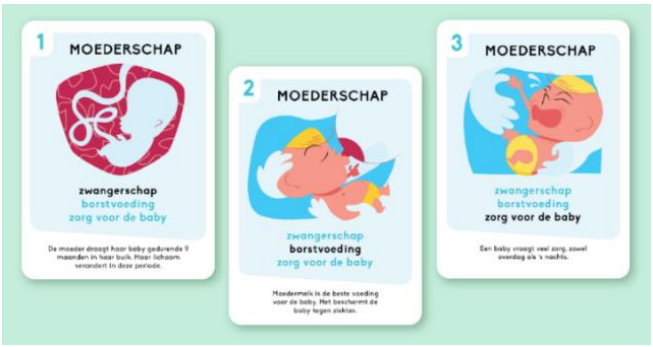
Voorwoord



San Juan del Sur, Nicaragua, okt 2016: creatie van het prototype met Laurens De Boeck en Saar Quaghebeur.

Dit onderzoek is een van de laatste stappen van de opleiding tot huisarts. Dit verhaal startte echter al 1 jaar voor het aanvatten van de manama. Tijdens de onvergetelijke overzeese stage in Nicaragua bedachten Saar Quaghebeur, Laurens De Boeck en ik een kaartspel om seksuele educatie te ondersteunen en seksualiteit bespreekbaar te maken. Dit was initieel op basis van onze observaties en als extra zingeving tijdens deze unieke periode in Centraal-Amerika. We hadden nooit gedacht er 4 jaar later nog steeds mee bezig te zijn. Saar ging met het spel naar Ethiopië, Laurens onderzoekt de waarde in een Belgische context met jongeren met migratie-achtergrond en ik bij vrouwen met migratie-achtergrond in Gent.

Al van in het begin heeft het kaartspel en de ontwikkeling ervan een grote impact op mij gehad. Het gaf me de mogelijkheid om menselijk gedrag te bestuderen en de mens beter te begrijpen in verschillende contexten. Ik ben ervan overtuigd dat deze ervaring mij als persoon én als arts heeft doen groeien. Bovendien is arts zijn meer dan de geneeskundige kennis hebben. Het onbevooroordeeld luisteren, begrijpen, empathisch zijn en zoeken naar verbinding met iedere unieke patiënt lijken mij na deze opleiding veruit de belangrijkste eigenschappen die je als arts moet ontwikkelen. Wat ben je immers met alle kennis en richtlijnen als je er niet in slaagt de patiënt te begrijpen en de kennis over te brengen.



Thema moederschap uit het nieuwe kaartspel

Dit onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder de steun van Dr. Peter Decat. Ik wil hem bedanken voor zijn geloof in ons project, de steun tijdens en na de stages en de steun wanneer het ons allemaal overspoelde. Ik wil ook Saar en Laurens bedanken. Zonder de brainstorm sessies, het enthousiasme, engagement en vriendschap tijdens de overzeese stage was dit kaartspel er niet geweest.

Mijn vriend Lancelot verdient hier ook een plaats. Hij staat al van in het begin van de opleiding aan mijn zijde en is mijn steun en toeverlaat. Hij verdient een dikke merci voor zijn hulp bij het nalezen van deze masterproef en tijdens de hele opleiding. Alle tijd en belangrijke gebeurtenissen die ik moest opofferen omwille van de opleiding hebben ook op hem een

impact gehad. Merci voor het geduld. Verder wil ik ook mijn ouders, familie en vrienden, in het bijzonder Nina die me hielp bij het nalezen, bedanken. Tot slot een welgemeende ‘dank u’ aan mijn PO Katleen Keppens en mijn collega’s van de Heirnis die mij de beste opleiding gaven die ik kon wensen. Bedankt voor jullie inzet en engagement in mijn opleiding en het vertrouwen in mij. Zij hebben mij de laatste 2 jaar mee gevormd en ik ben hen heel dankbaar voor de ruimte die me gegeven werd om opzoek te gaan naar mijn versie van een ‘goede huisarts’.

Ik wens u als lezer veel leesgenot en ik hoop met deze thesis een ander facet van huisartsgeneeskunde te kunnen belichten, namelijk deze van gezondheidspromotor.

Hanne Hendrick

Mei 2019

Abstract

Achtergrond: Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met vragen en problemen rond seksuele gezondheid door vrouwen met migratieachtergrond. Verder blijken zij ook kwetsbaarder te zijn op vlak van seksuele gezondheid. Vaak ondervindt deze groep moeite om hierover te communiceren. Tijdens de overzeese stage in 2016 ontwikkelde de onderzoeker met 2 medestudenten een kaartspel rond seksuele gezondheid. Dit spel werd vertaald en ingezet in een Gentse context.

Doelstelling: Het doel van dit participatief onderzoek is om aan de hand van een kaartspel interactie en communicatie over seksuele gezondheid te stimuleren en faciliteren. Dit kan bijdragen tot kennis over seksuele gezondheid en kan de percepties en attitudes over dit thema beïnvloeden. Dit laatste kan leiden tot gedragsverandering en zo de gezondheid bevorderen. De doelgroep zijn vrouwen met migratie-achtergrond tussen 20 en 60 jaar die wekelijks samenkomen in een bestaande vzw in Gent.

Methode: Het kaartspel speelt een centrale rol in dit actie-onderzoek. Enerzijds tracht het de interactie te faciliteren en ondersteunen. Anderzijds poogt het via gezamenlijke creatie en uitbreiding van het bestaande spel te leiden tot diepere interactie. Het resultaat is een spel op maat van de doelgroep: gemaakt door en voor de participanten. Via realist evaluation en diepte-interviews wordt er getoetst welke context, mechanisme en outcome (CMO-hypothese) van belang zijn voor het slagen van deze participatieve, gezondheidsbevorderende interventie.

Resultaten: 4 vrouwen en 2 gezondheidspromotoren werden geïnterviewd. Contextuele factoren die belangrijk zijn voor deze interventie waren de locatie, de aanwezigheid van arts en de diversiteit binnen de groep. De belangrijke mechanismen waren het gebruikte beeldmateriaal, het samenbrengen in groep en de interesse in het thema. Als outcome valt het drempelverlagende effect op de gezondheids-promotoren op. Zij zullen het ontwikkelde spel verder inzetten in andere groepen. Tot slot lijkt deze interventie de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid bij deze vrouwen te bevorderen.

Conclusie: Het samenbrengen en interageren over seksuele gezondheid aan de hand van kaarten lijkt te werken in deze doelgroep. Bovendien beïnvloedde de interventie de attitudes en perceptie van de gezondheidspromotoren: in de toekomst zullen zij gelijkaardige sessies organiseren met het ontwikkelde kaartspel. Verder suggereert dit onderzoek dat de huisarts de rol van gezondheids-promotor kan opnemen. Verder onderzoek zou kunnen nagaan in welke mate de aanwezigheid van een arts effectief een meerwaarde is bij gezondheidsbevorderende sessies. Indien dit bevestigd wordt, zijn financiële en organisatorische maatregelen ter ondersteuning noodzakelijk. Tot slot lijkt het zinvol in te zetten op training van cultuursensitieve communicatie over seksualiteit bij gezondheidswerkers.

Inhoud

1. Inleiding 12

1.1. Probleemstelling 12

1.2. De interventie: een kaartspel 12

1.3. Rol van de huisarts: gezondheidspromotie 14

1.4. Doelstelling 14

2. Literatuurstudie 15

2.1. Methode literatuurstudie 15

2.2. Seksuele gezondheid bij immigranten 15

2.2.1. Seksuele gezondheid en seksualiteit: definities 15

2.2.2. Invloed migratie op gezondheid 16

2.3. Interventie rond seksuele gezondheid bij immigranten 17

2.3.1. Bestaande initiatieven 17

2.3.2. Ontwikkeling van interventies: theorie 17

2.3.3. Interventie: actie-onderzoek 19

3. Methodologie 22

3.1. Opzetting en verloop interventie 22

3.1.1. Doelgroep 22

3.1.2. Eerste contact 22

3.1.3. Interventie 23

3.2. Evaluatie: realist evaluation 24

3.2.1. CMO-hypothese 25

3.2.2. Gegevensverzameling 25

3.2.3. Analyse van data 25

3.2.4. Ethische aspecten 26

4. Resultaten 27

4.1. Beschrijving 27

4.2. CMO-hypothese 28

4.2.1. Context 28

4.2.2. Mechanisme 30

4.2.3. Outcome 32

5. Discussie 34

5.1. Context 34

5.1.1. Groepsaspect: grote diversiteit 34

5.1.2. Locatie 36

5.1.3. Aanwezigheid van een arts 36

5.2. Mechanisme 38
5.2.1. Kaarten 38
5.3. Beperkingen 39
6. Conclusie 40
7. Bronnen 42
8. Bijlagen 44
Bijlage 1: Originele spelversie 45
Bijlage 2: Gebruikte foto's sessie 3-4 49
Bijlage 3: Uitbreiding 51
Bijlage 4: Vragenlijst ter ondersteuning diepte-interview 54
Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch comité 56
Bijlage 6: Methodiek Sensoa bespreken seksuele gezondheid voor huisarts 58
Bijlage 7: Protocol MaNaMa-thesis 60

1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met vragen en problemen rond seksuele gezondheid bij vrouwen met migratieachtergrond. Vaak ondervindt deze groep moeite om hierover te communiceren. Hierdoor blijven bepaalde mythes en foute opvattingen bestaan, heeft deze groep minder toegang tot seksuele gezondheid en blijft de kennis over seksualiteit vaak beperkt. Dit beïnvloedt de seksuele gezondheid van deze groep. Uit literatuuronderzoek blijkt dat vrouwen uit etnische minderheden kwetsbaarder zijn voor ongeplande zwangerschappen, vooral wanneer het maagdelijkheidsideaal heerst. Het praten over anticonceptie bij deze groep is vaak taboe. Verder zou behoren tot een etnische minderheid leiden tot een groter risico op minder effectief gebruik van anticonceptie [1]. Jongeren met migratieachtergrond hebben minder toegang tot gezondheidsdiensten door sociale, taal- en omgevingsbarrières. Ze ervaren vaker stigma en discriminatie wat een negatief effect kan hebben op levenskwaliteit, seksuele gezondheid, zelfwaarde en het samenhorigheidsgevoel [2]. Het aantal hiv-besmettingen, seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), ongeplande zwangerschappen en slachtoffers van seksueel geweld liggen hoger bij de groep kwetsbare immigranten dan bij de algemene bevolking [3].

Inschatten welke kennis aanwezig is en welke complexe factoren meespelen, is moeilijk omwille van de taalbarrière en de heersende taboes. Educatie over seksuele en reproductieve gezondheid is belangrijk voor zowel mensen met als zonder migratieachtergrond om complicaties op de gezondheid te vermijden. Vaak wordt dit deel van gezondheidspromotie en -educatie echter over het hoofd gezien bij integratie- en inburgeringsinitiatieven [2]. Vanuit deze observaties en literatuur groeide het idee om met een groep vrouwen met migratieachtergrond een gezondheidsbevorderende interventie te organiseren rond seksuele gezondheid. Het doel is om interactie en communicatie over seksuele gezondheid te stimuleren en faciliteren aan de hand van een kaartspel. Verder kan dit ook bijdragen tot kennis omtrent seksuele gezondheid en kan het percepties en attitudes over dit thema beïnvloeden. Dit laatste kan leiden tot gedragsverandering en zo de gezondheid bevorderen.

1.2. De interventie: een kaartspel

Het kaartspel dat initieel ontwikkeld werd tijdens de overzeese stage in het 7e jaar geneeskunde door 3 geneeskundestudenten[1] kende reeds eens uitgebreide evolutie. Het eerste kaartspel is Spaanstalig en werd ontwikkeld in Nicaragua. Het hoofdthema was preventie van tienerzwangerschappen en werd gekozen op basis van de observaties tijdens de stage en het leven ter plaatse. Er werd samengewerkt met een mobiele bibliotheek in San Juan del Sur die wekelijks verschillende basisscholen in de provincie bezocht. Zo werd de doelgroep, 10 tot 12-jarige kinderen, bereikt en met toestemming van de leraren en directeurs,

[1] Saar Quaghebeur, Laurens De Boeck en Hanne Hendrick

speelden we het spel. De interesse van de leerkrachten en directeurs in de tool was groot. Daarom spraken we met het lokale ministerie voor educatie af om voor iedere lagere en middelbare school een kaartspel te voorzien en deze werden in juli 2017 overhandigd. Vervolgens werd in België het kaartspel verder verfijnd en ingezet in een workshop op het TUFH[2] Congres in Hammamet 2017. Er werd besloten het spel verder te ontwikkelen, in te zetten in en aan te passen aan verschillende contexten met samenwerking van organisaties zoals NUV-HOP (Oeganda) en Ujeli vzw (Nepal). Er volgde ook een onderzoek in Ethiopië. Dankzij de financiële hulp van de Global Minds beurs kan het design en de website verder uitgewerkt worden zodat contextspecifieke kaartspellen afgeleverd kunnen worden om seksuele educatie en interactie over seksuele gezondheid te bevorderen. In België werd het spel in het kader van dit onderzoek vertaald en ingezet als tool ter bevordering van interactie rond seksuele en reproductieve gezondheid bij vrouwen met migratieachtergrond.

Het originele kaartspel bestaat uit 11 thema's met elk een eigen kleur en telkens bestaande uit 3 kaarten (triplet) (Bijlage 1). Op elke kaart staat een onderdeel van het thema uitgewerkt. De thema's werden in eerste instantie uitgekozen op basis van de observaties in Nicaragua en aan de hand van Europese en internationale standaarden voor seksuele educatie [4,5]. Ze bevatten volgende thema's: liefde, relaties, puberteit van mannen en vrouwen, soa's, educatie, sociale consequenties van tienerzwangerschappen en anticonceptie met een extra thema enkel over het condoom.

Er werd doelbewust gekozen voor kaarten als tool om het thema seksuele gezondheid bespreekbaar te maken. De afbeeldingen zijn duidelijk en taal overschrijdend. Het ontwerp van de gebruikte afbeeldingen is zo neutraal mogelijk zodat het voor de verschillende culturele contexten aanvaardbare weergaves zijn. Uit eigen observaties met het spel in Nicaragua lijken kaarten een drempelverlagende, toegankelijke tool te zijn om moeilijke thema's te bespreken. Ook gerenommeerde organisaties zoals Sensoa gebruiken beeldmateriaal teneinde interactie te stimuleren en informatieoverdracht te bevorderen. De focus in dit triplettenspel ligt eerst op het verzamelen van 3 kaarten met dezelfde kleur en pas later op het thema en tot slot op de afbeeldingen. De deelnemer beschrijft wat er te zien is en kan beroep doen op de geschreven tekst of andere groepsleden. Pas later gaat deze vrijwillig over tot het bespreken van eigen ideeën, ervaringen, attitudes indien gewenst. Het doel van deze masterproef is om met de groep vrouwen met migratieachtergrond het spel te spelen en het verder op punt te stellen op basis van hun noden en behoeften. Het kan de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid faciliteren en leiden tot een tool die aangepast is aan de context van deze groep.

[2] The Network: Towards Unity for Health: een internationale organisatie die gericht is op het bevorderen van eerlijke, gemeenschapsgerichte gezondheidsdiensten die leiden naar universele toegang tot gezondheid.

1.3. Rol van de huisarts: gezondheidspromotie

Volgens de CANMeds-rollen is er voor de huisarts een rol weggelegd als gezondheids-bevorderaar. De CANMeds-systematiek wordt gebruikt om de verschillende rollen en competenties te beschrijven van zorgprofessionals. Eén van die rollen is 'gezondheidsadvocaat'. Dit houdt in dat artsen op verantwoorde wijze hun expertise en invloed gebruiken met als doel de gezondheid en het welzijn van individuele patiënten, gemeenschappen en populaties te bevorderen [6]. Verder wordt er in de eed van Hippocrates ook verwezen naar de gezondheidspromoverende rol voor artsen: *'Ik zal boven alles voor mijn patiënten zorgen, hun gezondheid bevorderen en hun lijden verlichten'*.

De WHO definieert '**gezondheidspromotie**' als het proces waarbij mensen de mogelijkheid krijgen om controle over hun eigen gezondheid te vergroten. Dit omvat het verhinderen van ongezond gedrag en het bevorderen van fysieke, mentale en sociale gezondheid [7]. Op individueel patiëntenniveau wordt in België ziektepreventie en gezondheidspromotie reeds toegepast, zoals het laagdrempelig aanbieden van SOA-screening, uitstrijkjes ter preventie van cervixkanker, screeningsmammografie vanaf 50 jaar, diabeteseducatie, gezondheidsvoorlichting. Echter grootschaligere georganiseerde interventies waarbij groepen worden benaderd door artsen die de gezondheidsbevorderende taak op zich nemen, zijn schaars. Verder zijn deze vaak éénmalig waardoor de continuïteit niet gegarandeerd is. Bovendien worden ze bijna uitsluitend georganiseerd binnen wijkgezondheidscentrums (Wc's).

1.4. Doelstelling

We kunnen concluderen dat huisartsen geconfronteerd worden met vragen en problemen rond seksuele gezondheid bij kwetsbare immigranten, die hier vaak weinig of geen info over krijgen bij aankomst in België. Verder behoort gezondheidspromotie en ziektepreventie tot het takenpakket van de arts en zou dit naast individuele arts-patiëntencontacten ook kunnen uitgebreid worden naar het aanspreken van grotere groepen. Om de artsen te ondersteunen in deze taken en dus seksuele gezondheid bespreekbaar te maken binnen deze kwetsbare groep wordt in deze masterproef onderzocht in hoeverre het reeds ontwikkelde kaartspel in een wijk in Gent kan gebruikt worden om met deze kwetsbare groep te interageren over dit thema.

2. Literatuurstudie

2.1. Methode literatuurstudie

De literatuur werd opgezocht via de zoekmachine Pubmed met behulp van volgende MeSH-termen:

- sexual health
- health promotion
- community intervention
- peer group
- social participation
- community engagement
- religion
- immigrant
- interactive intervention
- …

Deze MeSH-termen werden onderling op verschillende wijze gecombineerd. Er werden initieel enkel artikels geselecteerd die maximum 5 jaar oud waren. Verder werd er via de sneewbalmethode in verschillende artikels gezocht naar andere literatuur. Op die manier worden vaak oudere artikels gevonden waardoor er gekozen werd enkel artikels te selecteren die maximum tien jaar oud zijn.

De methodologie werd opgebouwd aan de hand van richtlijnen en literatuur van Sensoa. Tot slot publiceerden verschillende tijdschriften zoals Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde en Huisarts Nu relevante artikels. Op deze artikels werd ook de sneebalmethode toegepast. Deze zoekstrategie leidde tot meer dan 90 artikels waarvan er 35 geselecteerd werden voor deze thesis.

2.2. Seksuele gezondheid bij immigranten

2.2.1. Seksuele gezondheid en seksualiteit: definities

Seksuele gezondheid wordt volgens de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als de met seksualiteit[3] verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Teneinde dit te bereiken, zijn kwaliteitsvolle seksuele gezondheidszorg en een omgeving die seksuele gezondheid ondersteunen, bevestigen en promoten noodzakelijk [8].

[3] Seksualiteit is het dynamische product van fysieke capaciteit, motivatie, attitudes, mogelijkheden tot partnerschap en seksueel gedrag en handelingen. Het omvat seksuele oriëntatie, genderrollen en wordt gevormd door sociale interactie [40].

2.2.2. Invloed migratie op gezondheid

Immigranten worden in het gastland geconfronteerd met een aantal problemen wanneer zij gezondheidsdiensten willen raadplegen waardoor zij kwetsbaarder zijn op vlak van gezondheid. Volgens *Lobato en Oliver* bestaan er 4 soorten barrières [9]:

- Taal- en communicatiebarrières
- Culturele en religieuze barrières
- Administratieve en wettelijke barrières
- Passieve afwijzing door het gezondheidszorgsysteem of de professionals.

Culturele en religieuze overtuigingen over ziekte en gezondheid beïnvloeden het gedrag en hoe immigranten de gezondheidszorg benaderen [9–11]. Dit beïnvloedt verschillende gezondheidsaspecten waaronder seksuele gezondheid, het gebruik van contraceptiva en seksuele activiteit en het taboe errond [10]. Een reviewstudie toonde aan dat vrouwelijke immigranten groter risico lopen op inadequate zorg tijdens zwangerschap en geboorte in vergelijking met autochtone vrouwen [9].

Verder blijkt dat de overtuigingen en ideeën rond gezondheid in het land van herkomst ook na de migratie een grote rol blijven spelen. Een mogelijke verklaring is te vinden in het transnationalisme: immigranten hebben via verschillende kanalen makkelijk contact met familie en vrienden in het land van herkomst. Zo blijft de relatie met het land van herkomst een invloed hebben op hun ideeën, percepties en uiteindelijk hun gezondheid [12].

Daarnaast heeft ook religie een grote impact op seksuele en reproductieve gezondheid. Religie biedt een moreel kompas en binnen deze regels en richtlijnen worden seksueel gedrag en attitudes ontwikkeld. Er werd aangetoond dat personen met religieuze en conservatieve opvattingen een verhoogd risico hebben op seksuele disfunctie [13]. Anderzijds is er een verlaagde kans op seksueel overdraagbare aandoeningen wanneer zij strikt vasthouden aan de religieuze code met betrekking tot seksualiteit [14]. Aangezien religie seksualiteit kan beïnvloeden en deels de gedragsmatige en medische behandelingen bepaalt, is het belangrijk dat de hulpverlener kennis heeft over de religieuze voorschriften rond seksualiteit. Zo kan de hulpverlener patiënten op een aangepaste manier benaderen wat een positief effect heeft op de therapietrouw. De erkenning van het belang van religie voor de patiënt is een teken van respect voor de overtuigingen en autonomie van de patiënt en versterkt de arts-patiëntrelatie [15].

Hieruit kunnen we besluiten dat cultuur en religie beïnvloeden hoe iemand naar zijn of haar gezondheid kijkt, ook wanneer het gaat over seksuele gezondheid. Een **cultuursensitieve aanpak** versterkt de arts-patiënt relatie en verbetert de therapietrouw.

2.3. Interventie rond seksuele gezondheid bij immigranten

2.3.1. Bestaande initiatieven

Er bestaan in België al heel wat initiatieven om de seksuele gezondheid van nieuwkomers te verbeteren. Sensoa heeft een heel arsenaal aan cultuursensitieve methodieken en materiaal die gratis ter beschikking gesteld worden, onder andere via internet [16]. Verder bestaat de organisatie *Pimento*[4] die specifiek voor jongeren verschillende methodieken ontwikkelt, zoals spelvormen en online werkvormen om diverse thema's aan te halen, zoals seksuele gezondheid. Deze twee voorbeelden zijn echter voornamelijk gericht op kinderen en jongeren in een schoolcontext of jeugdbeweging. Voor volwassen nieuwkomers bestaan er inburgeringstrajecten en cursussen zoals maatschappelijke oriëntatie ter bevordering van de integratie, georganiseerd door het Agentschap voor Inburgering en Integratie. In deze cursussen staan waarden en normen centraal maar er is geen vaste topic over seksuele gezondheid en seksualiteit. In de beleidsbrief, ingediend door vicepresident Liesbeth Homans in 2016, wordt een oproep gelanceerd om projecten in te dienen die werken aan gendergelijkheid en aanvaarding van seksuele identiteit. Het topic seksualiteit en seksuele gezondheid in brede zin wordt echter niet besproken [17].

2.3.2. Ontwikkeling van interventies: theorie

Bovenstaande literatuurstudie toont volgende zaken aan:

- De huisarts heeft ook de taak gezondheid te bevorderen
- Seksuele gezondheid wordt beïnvloed door cultuur en religie
- Vrouwen met een migratieachtergrond hebben het moeilijk om seksuele gezondheid te bespreken.

Daarom werd er voor dit onderzoek een gezondheidsbevorderende interventie georganiseerd met kaarten. Gezondheidspromotie is echter een vak domein op zich en er werd in de literatuur onderzocht welke de belangrijke eigenschappen zijn voor het organiseren van een gezondheidsbevorderende interventie in groep.

Een van de meest gebruikte theorieën voor gezondheidspromotie is de **sociale cognitieve theorie**. Het identificeert menselijk gedrag als een interactie tussen persoonlijke factoren, gedrag en de omgeving. Een van de belangrijke uitgangspunten van de sociale cognitieve theorie is dat men kan leren door anderen te observeren en feedback te krijgen van anderen. Bovendien veronderstelt deze theorie dat leren gebaseerd is op zelfreflectie en interactie tussen omgeving en persoon [18].

Volgens *Wright et al* [18] leiden **interactieve interventies** rond verschillende gezondheidsthema's met als doel attitudes te beïnvloeden en gedragsveranderingen te veroorzaken tot zelfgerapporteerde daling in risicovol gezondheidsgedrag. Voorbeelden van

[4] https://www.pimento.be/

interactieve interventies zijn rollenspel, videogames en groepswerken. Verder tonen verschillende rapporten aan dat interactieve methoden in tegenstelling tot niet-interactieve, louter didactische methoden meer effectief zijn voor patiënteneducatie en -tevredenheid [18].

Uit literatuuronderzoek blijkt dat gezondheidspromotie door interventies waarbij **participatie van de gemeenschap** centraal staat, resulteert in meer toegankelijke en meer geschikte gezondheidsdiensten. Uit onderzoek van *Whiteside M. et al* [19] naar condoomgebruik in de Pacifische regio blijkt dat sociale en culturele invloeden een belangrijke rol spelen. Daarom zouden initiatieven rond seksuele gezondheid en condoomgebruik lokaal ontworpen en gericht moeten worden. Verder beschrijven Zhang *et al* [20] dat campagnes ter bevordering van seksuele gezondheid vaak top-down georganiseerd worden. Zo slagen ze er niet in om de sleutelgroepen te betrekken waardoor het effect op seksuele gezondheid minimaal is.

Het is aangetoond dat **peer-educatie** met positieve interactie tussen peers een heel effectieve methode is voor het bevorderen van veilig seksueel gedrag bij jongeren [2]. Volgens *Causey K et al* [21] zouden peer-geleide interventies risicovol seksueel gedrag, zoals onbeschermde seksuele betrekkingen, frequente betrekkingen en het aantal seksuele partners kunnen reduceren.

Verder blijkt dat **transformatief leren** een effectieve educatie voor volwassenen is. Deze methode maakt de participanten bewust van de context die hun overtuiging vormgeeft. Zo kunnen eigen assumpties in vraag gesteld worden en op die manier de capaciteit verhogen om oude visies aan te passen of samen te voegen met nieuwe. Om dit te bereiken zou emotionele betrokkenheid cruciaal zijn. Een voorbeeld van transformatief leren is leren door het vertellen van en luisteren naar verhalen. Klassieke didactische materialen zoals ‘fact sheets’ slagen er niet in om participanten emotioneel te verbinden met het thema waardoor het moeilijk is voor hen de informatie te contextualiseren, zich in te leven en toe te passen in hun eigen persoonlijke en sociale leefwereld. Sessies waarin verhalen worden verteld lijken participanten zowel cognitief als affectief te betrekken, vergroot het inlevingsvermogen en kan leiden tot verandering van attitudes. Dit kan op zijn beurt significante invloed hebben op de gedragsintensies [4].

Vanuit deze bevindingen wordt geconstateerd dat er nood is aan cultuursensitieve interventies. Het is belangrijk dat deze interventies ontworpen zijn door en voor de gemeenschap en interactief en peer-geleid zijn. Bovendien moet er ruimte zijn voor eigen inbreng en verhalen teneinde gezondheidsbevordering te bekomen. Echter heerst er onder de gezondheidspromotoren een actie-moeheid: het opzetten van acties vergt grote inzet en de beoogde doelen worden moeizaam gehaald, zijn niet blijvend of zijn moeilijk meetbaar. *Decat* [22] ontwikkelde een alternatief theoretisch model voor gezondheidspromotie dat interactie als doel stelt. Het model vertrekt vanuit de veronderstelling dat interactie in een veilige omgeving een motor is tot gedragsverandering. Het uitwisselen van visies en meningen beïnvloedt percepties en attitudes die gedrag bepalen [23].

In de literatuur zijn er geen studies gevonden die kaarten of beeldmateriaal inzetten voor een gezondheidsbevorderende interventie bij volwassenen. Interactieve interventies met games worden vooral voor jongeren opgezet en hebben wisselende outcomes. Een studie suggereert dat een spel voor kinderen en hun ouders een waardevolle tool kan zijn om de seksuele communicatie tussen hen te bevorderen [24].

Verder zijn er verschillende interventies met adolescenten uit minderheidsgroepen waarin kunst, onder de vorm van theater, dans, schilderen en tekenen, wordt ingezet om seksuele gezondheid te bevorderen. Theater en rollenspel wordt over het algemeen als effectieve gezondheidsbevorderende strategieën beschreven bij jongeren met multiculturele achtergrond omdat deze methode het inlevingsvermogen vergroot [2,25].

Aan de hand van bovenstaande literatuur werd er beslist een interventie te organiseren die tracht bottom-up en participatie te verenigen: via interactie onder gelijken worden thema's naar voor gebracht die de noden van een groep in kaart brengen. Op basis van deze noden wordt een kaartenset gecreëerd dat zowel in de fase van creatie als in de gebruiksfase interactie over seksuele gezondheid kan faciliteren. Gelijkaardige interventies, gebaseerd op het principe '**interactie als motor tot verandering'** werden reeds georganiseerd binnen andere Manama thesissen aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Het resultaat van deze interventies was dat interactie in groep doet nadenken over percepties en attitudes omtrent bepaalde gezondheidsthema's en gedrag [26–29].

2.3.3. Interventie: actie-onderzoek

Het doel van deze masterproef is om door middel van verschillende groepssessies gezamenlijk een bestaande set kaarten rond seksuele gezondheid uit te breiden met behulp van de input van de nieuwe doelgroep. Het gebruiken van input van de toekomstige gebruikers tijdens het ontwikkelingsproces van spellen om hun levenskwaliteit te verbeteren is een van de basisprincipes van participatory design (PD), een vorm van user centered design (UCD). PD zou de effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies en de acceptatie van deze interventies door de uiteindelijke gebruikers kunnen bevorderen. PD streeft naar [30,31]:

- het verzekeren van de adequate weergave van de bezorgdheden/concerns van de gebruiker
- de integratie van de expertise van zowel gebruiker als professional en zo te komen tot wederzijds leren
- het bevorderen van de acceptatie en implementatie van de interventie door de doelgemeenschap.

Desmet et al [31] beschrijven dat het effect van PD vooral geldt wanneer de eindgebruikers, zowel de doelgroep als professional, als informant gebruikt worden. Bovendien wordt het ook beschouwd als een morele verplichting de doelgroep actief te betrekken bij het ontwerpen van

interventies. Op die manier kan de doelgemeenschap meer controle krijgen over hun leven en gezondheid, zoals reeds werd aangehaald.

Wanneer bovenstaande wordt toegepast in dit onderzoek wordt duidelijk dat de interventie tweedelig is. Enerzijds kan het gebruik van de tool op zich interactie over en bespreekbaarheid van seksuele gezondheid ondersteunen en bevorderen. Anderzijds vereist en faciliteert de verdere oppuntstelling van het spel interactie, discussie en communicatie over seksuele gezondheid en brengt zo de noden, vragen en interesses in kaart. Bovendien is het contextspecifiek en betrekt het de doelgroep bij de verdere oppuntstelling: het is gemaakt door en voor deze vrouwengroep.

De thema's worden bepaald door wat de groep zelf naar voor brengt: hun vragen, opmerkingen, problemen, interesses. Aan de hand van beeldmateriaal van Sensoa en de website Zanzu.be worden hun vragen en noden geëxploreerd en in groep besproken. Dit leidt tot nieuwe thema's voor het kaartspel. In die zin is het een actie-onderzoek: de vrouwen zelf bepalen mee het eindresultaat van de kaartenset.

In lijn met de resultaten van de literatuurstudie en de adviezen van Sensoa vormden vijf basisprincipes de leidraad van de interventie: (1) veiligheid, (2) peer educatie, (3) interactieve interventie, (4) contextspecificiteit en (5) interactie als motor tot verandering**.**

(1) Veiligheid

Vertrouwde omgeving, vertrouwde hulpverleners en veiligheid zijn de voorwaarden die centraal staan bij deze interventie. Dit wordt gewaarborgd door het feit dat de sessies doorgaan op de vaste plek in de vzw die bereid was om samen te werken voor dit onderzoek. In deze vzw komt een bestaande groep vrouwen wekelijks samen om te sporten en achteraf te praten over gezondheidsthema's. De vaste vertrouwenspersoon/begeleidster is iedere sessie aanwezig.

Dit onderzoek zal ongetwijfeld voor bepaalde deelneemsters zeer gevoelige thema's aanhalen. Het is dan ook niet uitgesloten dat dit mogelijks een effect op de beleving van deze vrouwen zal hebben. Daarom werd er ook ondersteuning buiten de sessies voorzien door de vertrouwenspersoon.

(2) Peer educatie

De leden van een de groep worden ondersteund om gezondheidsbevorderende gedragsverandering teweeg te brengen bij andere leden van de groep. De groep bestaat uit vrouwen van verschillende origine met kinderen. Het praten met elkaar en daardoor leren van elkaars visies staat centraal. Er is ruimte voor persoonlijke verhalen wat de inleving en affectiviteit tussen deelnemers vergroot.

(3) Participatieve interventie

De sessies zijn interactief en ondersteund door de kaarten. De vrouwen kiezen uit de kaarten de onderwerpen en kunnen hiervan afwijken, zo kunnen ze de inhoud van het groepsgesprek sturen. De kaarten geven neutrale maar medisch en anatomisch correcte informatie als ondersteuning. Naast de kaarten wordt er ook gewerkt met foto's en ander beeldmateriaal waardoor nieuwe thema's aan bod kunnen komen en aan het bestaande spel toegevoegd kunnen worden (Bijlage 2).

(4) Contextspecifiek: cultuur en sociaal sensitief

Het grootste deel van de participanten heeft een Arabische en moslim achtergrond. Uit de sessies en literatuur blijkt dat het thema rond maagdelijkheidsideaal een belangrijk cultureel aspect is. Dit werd dan ook uitvoerig besproken en een nieuw thema in het kaartspel.

(5) Interactie als motor tot verandering

Door onderlinge interactie wordt getracht het onderwerp bespreekbaar te maken. Dit kan leiden tot reflectie over eigen attitudes en percepties. Verder faciliteert het de bespreekbaarheid van seksuele gezondheid en zou het taboe verlagend kunnen werken.

3. Methodologie

De interventie werd georganiseerd voor een bestaande groep vrouwen in een vzw die wijkgericht werkt. Om de privacy van de deelneemsters te beschermen, wordt de naam van de vzw niet vermeld en zal de organisatie beschreven worden als ‘de vzw’. De onderzoeker maakte kennis door een sessie mee te volgen en het onderzoek voor te stellen. Later volgden 4 interactieve sessies met de groep: de eerste twee sessies ter exploratie en de laatste twee ter creatie van het spel. Tot slot werd het nieuwe spel ingezet in een andere vrouwengroep binnen de vzw.

3.1. Opzetting en verloop interventie

3.1.1. Doelgroep

De doelgroep is een bestaande groep moeders met leeftijd tussen 20 en 60 jaar met verschillende afkomst (Afrika, Midden-Oosten, Rusland, België) die een redelijke beheersing van het Nederlands hebben. Zij komen wekelijks samen in de vzw. Dit is een open huis voor ouders met jonge kinderen uit bepaalde wijken in Gent. Via een laagdrempelig onthaal en ervarings- en procesgericht groepswerk biedt het team van de vzw opvoedingsondersteuning aan gezinnen van diverse afkomst. De wekelijkse sportlessen georganiseerd voor moeders eindigen steeds met een groepsgesprek over diverse gezondheidsthema’s. De gezondheidspromotor wil graag het thema seksuele gezondheid aanbrengen bij deze groep vrouwen en is opzoek naar een externe professional om sessies te geven over dit thema. De gezondheidspromotor begeleidt samen met de onderzoeker iedere sessie over seksuele gezondheid.

3.1.2. Eerste contact

Bij wijze van integratie en kennismaking nam de onderzoeker deel aan een sessie zoals de vrouwen dit wekelijks doen: eerst een uur sporten met achteraf een gesprek geleid door de gezondheidspromotor over een gezondheidsthema. De groepsgesprekken duren tussen 20 à 40 minuten afhankelijk van de het aantal deelnemers, motivatie en interesse van de groep. Tijdens de gesprekken wordt er thee, koffie en fruit aangeboden. Het aantal deelnemers varieert van 4 tot 14 personen.

3.1.3. Interventie

3.1.3.1. Interactie met het originele kaartspel

Aan de hand van het originele kaartspel werd er gedurende 2 sessies gepraat over de verschillende thema's rond seksuele gezondheid die reeds werden opgenoemd in de inleiding. Door gebruik te maken van de tool werd het ijs gebroken en werd meteen getoetst wat deze groep wil en aankan.

Vòòr de aanvang van de sessies werden er enkele zaken afgesproken: je vertelt enkel wat je wilt, er is respect voor ieders inbreng en er wordt gebruik gemaakt van duidelijke, aanvaardbare taal. Dit werd geïmplementeerd aan de hand van de PICKASOLL-methodiek (tabel 1). De behandelde thema's werden door de deelnemers bepaald. Tevens werd er op die manier ook getoetst welke gemeenschappelijke, aanvaardbare taal en afbeeldingen er gebruikt kunnen worden gedurende de sessies. De sessies duurden tussen de 30 en 70 min.

Tabel 1: PICKASOLL-methodiek, belangrijkste afspraken voor een geslaagde sessie (Sensoa, Werkmap goede minnaars)

P voor Privacy	Persoonlijke informatie is vertrouwelijk en blijft binnen de groep. Wat we hier horen, gebruiken we niet in andere situaties. Ook de begeleiders doen dat niet.
I voor Ik	We praten over onszelf, onze gevoelens, ervaringen en opvattingen. We zijn open en eerlijk in wat we vertellen.
C voor Cultuur	Hou rekening met de verschillende culturele achtergronden die in de groep meespelen. 'Cultuur' kan verwijzen naar je afkomst, maar ook naar je religie of je thuiscultuur.
K voor Kies	Kies wat je wel en niet vertelt. Niet alles is voor alle oren bedoeld. Je mag je gevoelens en gedachten voor jezelf houden als je je niet comfortabel voelt in de groep.
A voor Actief	Wees actief in het groepsgebeuren. Je krijgt de kans om zelf te bepalen waarover het gaat. Wacht dus niet af tot iemand anders iets inbrengt.
S voor Seksualiteit	Seksualiteit betekent niet alleen met iemand naar bed gaan. Seks zit ook in je hoofd en in je gevoelens. We hebben het hier dus over alle vormen van seks en iedereen kan erover meepraten. Er zijn grote verschillen tussen culturen en mensen (mannen en vrouwen, jong en oud) in de wijze waarop ze met seks, uiterlijk en talenten omgaan.
O voor Oriëntatie	Mensen kunnen heteroseksueel, homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn. Welke seksuele oriëntatie je ook hebt, iedereen is uniek en verdient respect.
L voor Luisteren	Luisteren is belangrijk, niet alleen praten. Je hoeft niet iedereen leuk te vinden, maar respect voor ieders eigenheid, talenten en interesses is wel belangrijk.
L voor Lachen	Humor is belangrijk. Het is soms een middel om geladen onderwerpen te ontmijnen. Uitlachen kan niet.

3.1.3.2. Uitbreiding thema's

Initieel was het doel om de vrouwen zelf actief de thema's aan te brengen maar dit bleek niet geschikt voor deze groep: de beperkte tijd per sessie, een te grote variatie in aantal deelneemsters en de drempel tot engagement maakte het moeilijk dit deel actief uit te voeren. Daarom werden thema's aangebracht op basis van literatuurstudie en de nota's van de onderzoeker tijdens de eerste 2 sessies? Die nota's geven weer welke thema's er interessant gevonden werden en welke er moeilijk waren. De keuze om ook in de literatuur op zoek te gaan naar cultuurspecifieke thema's is om moeilijke thema's niet uit de weg te gaan. Zo bleek dat masturberen en homoseksualiteit delicate thema's waren die de vrouwen niet zelf zouden aanbrengen maar wel besproken kunnen worden. Volgende nieuwe thema's werden besproken in de 2 laatste sessies:

- Maagdelijkheid
- Masturberen
- Vaderschap
- Gender
- Seksuele geaardheid
- Grensoverschrijdend gedrag
- Menstruele cyclus
- Gelijkwaardigheid

Aan het einde van de 4e sessie werd gevraagd om de thema's te scoren volgens 'belangrijk' (blauwe sticker) en 'moeilijk' (oranje sticker) om te achterhalen welke thema's de groep belangrijk vindt om te bespreken en welke de groep moeilijk vindt om te bespreken. De sessies duurden tussen de 30 en 70 min.

3.1.3.3. Implementatie nieuwe spel

Gezien de interesse bij gezondheidspromotoren van de vzw in de methodiek en het thema wordt de sessie in een tweede bestaande moedergroep van de vzw georganiseerd. Ditmaal werd de aangepaste versie van het kaartspel, uitgebreid met de nieuwe thema's (Bijlage 3) gebruikt voor één sessie van één uur.

3.2. Evaluatie: realist evaluation

Realist evaluation is het methodologische onderzoekskader. Bij deze onderzoeksmethode ligt de focus op het proces van verandering en niet op de outcome: "Wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden en waarom?". We kozen ervoor om de data voor deze evaluatie op een kwalitatieve manier te verzamelen.

Aan de hand van diepte-interviews zal getracht worden de onderzoeksvraag te beantwoorden: "**Hoe kan een gemeenschapsinterventie met de gezamenlijke creatie van een tripletspel over seksuele gezondheid, de communicatie over en gezonde attitudes rond seksuele gezondheid versterken?".**

3.2.1. CMO-hypothese

In de realist evaluation methode wordt er gebruik gemaakt van een centrale CMO-hypothese. In deze afkorting staat C voor context, M voor mechanisme en O voor outcome. Context beschrijft welke contextuele en randfactoren een rol spelen bij de interventie. Mechanisme handelt over de aard van de interventie zelf en outcome beschrijft de te verwachte resultaten.

Voor dit onderzoek werd volgende CMO-hypothese gesteld (tabel 2):

Tabel 2: CMO-hypothese

Context	Een bestaande groep van vrouwen met gelijkaardige achtergrond, namelijk immigratie, maar andere origine vanuit de vzw, creëert een tripletspel met als thema seksuele gezondheid.
Mechanisme	De gezamenlijke creatie van een tripletspel leidt tot diepgaande interactie over het thema seksuele gezondheid.
Outcome	Het stimuleert communiceren over seksuele gezondheid en doet hen nadenken over eigen attitudes en percepties.

3.2.2. Gegevensverzameling

De gegevens werden verzameld via semigestructureerde diepte-interviews waarin de CMO-hypothese centraal stond (Bijlage 4). Tijdens de interviews lag de nadruk op het bevragen van veiligheid in de groep, het gebruikte beeldmateriaal, de aangebrachte thema's en het spreken over seksualiteit. Tijdens de 'integratie sessie' werden de deelnemers ingelicht over het onderzoek en de interviews. Er werd duidelijk gecommuniceerd dat dit vrijblijvend en anoniem is.

De inclusiecriteria waren deelname aan de sessies en voldoende kennis van het Nederlands. De interviews verliepen één-op-één met de onderzoeker en vonden meestal plaats in een aparte ruimte in de vzw zelf. Er werd iets aangeboden om te eten en drinken. Eén interview werd thuis afgenomen. De duur varieert van 25 - 60 min. Naast interviews van de deelnemers werden 2 gezondheidspromotoren geïnterviewd en werd er gebruik gemaakt van de nota's van de onderzoeker. De interviews werden integraal opgenomen via een recorder voor verwerking.

De data van de interviews zijn aangevuld met observaties van de onderzoekster tijdens de sessies. In de resultaten sectie wordt vermeld welke data bekomen zijn uit observaties.

3.2.3. Analyse van data

De opnames van de interviews werden getranscripteerd en later kwalitatief geanalyseerd met behulp van Nvivo 12 pro. Elk interview werd gecodeerd aan de hand van de CMO-hypothese. De hoofdonderzoeker maakte een codeboom op. Deze werd besproken met de co-promotor.

3.2.4. Ethische aspecten

De aanvraag voor dit onderzoek werd ingediend bij het Ethisch Comité van het UZ Gent en goedgekeurd op 25/05/2018 (Bijlage 5). Het protocol van het onderzoek en de informed consents werden niet opgenomen in de bijlagen ter bescherming van de privacy van de participanten. Het doel en opzet van het onderzoek werd duidelijk uitgelegd aan alle participanten. Er werd benadrukt dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat het onderzoek volledig anoniem gebeurt. Deelnemers hadden steeds de mogelijkheid om het onderzoek te onderbreken of stop te zetten. Bij aanvang van het interview werd een informed consent ondertekend.

4. Resultaten

4.1. Beschrijving

Tabel 3 geeft het aantal deelnemers per sessie weer. Het aantal varieerde van 5 tot 14 vrouwen. Enkel de eerste sessie had een lage opkomst. De duur van de sessies varieerde tussen de 25 en 70 minuten, waarbij de eerste kennismakingssessie het kortst duurde. Niet alle vrouwen hebben deelgenomen aan de 4 sessies: sommige vrouwen sloten pas aan in de 3e of 4e sessie. Anderen die gestart waren, konden omwille van andere afspraken maar 2 keer komen. De gezondheidspromotor werd niet opgenomen in de tabel. Uit deze deelnemers werden 4 vrouwen gerekruteerd voor de diepte-interviews.

Tabel 3: Aantal deelnemers en geïnterviewden

	Aanwezigen tijdens sessie					Aantal geïnterviewden
Groep	**Sessie 1**	**Sessie 2**	**Sessie 3**	**Sessie 4**	**Gemiddeld**	
Deelnemers (personen)	n=5	n=14	n=8	n=10	n=10	n=4
Duur (min)	25	70	45	50	47,5	

Tabel 4 geeft beknopte situering van de geïnterviewde vrouwen weer. Om hun privacy te beschermen werden fictieve initialen gebruikt.

Tabel 4: Beschrijving van de geïnterviewden

Groep	Initialen	Leeftijd	Situering
Deelnemers	LB	48	Algerije, gescheiden, hoogopgeleid, 20 jaar in België.
	NV	52	Libanon, getrouwd, 15 jaar in België
	CB	39	Sierra Leone, gescheiden, 7 jaar in België, kan niet goed lezen en schrijven.
	FD	39	Marokko, getrouwd, 5 jaar in België.
Gezondheidspromotor	DH	33	Afwezig tijdens de sessies, aanwezig tijdens de extra sessie met het uitgebreide spel
	AC	30	Aanwezig tijdens de sessies, afwezig tijdens de extra sessie met het uitgebreide spel

4.2. CMO-hypothese

De resultaten worden weergegeven volgens de CMO-hypothese. In tabel 5 worden bij wijze van overzicht de resultaten beknopt weergegeven.

Tabel 5: Resultaten gegroepeerd volgens CMO-hypothese

Context	De locatie De houding en functie van de moderator Diversiteit binnen de groep
Mechanisme	Het samenbrengen Het beeldmateriaal Het thema
Outcome	Bevorderen bespreekbaarheid gezondheidspromotoren Bevorderen bespreekbaarheid vrouwen Blijven inzetten ontwikkelde beeldmateriaal

4.2.1. Context

4.2.1.1. C1: de locatie

De meerderheid van de geïnterviewde vrouwen geven aan dat de vzw een belangrijke plek is voor hen. Ze komen allen sinds 3 jaar of meer wekelijks naar verschillende activiteiten en voelen zich geholpen door de vzw. Dit zowel voor administratieve zaken als voor persoonlijke ontwikkeling.

Volgens de gezondheidspromotoren is het voor deze vrouwen makkelijker om te komen naar de sessies aangezien ze vertrouwd zijn met de werking van de vzw. Ze voelen zich hier goed en weten dat het veilig is, ook wanneer er externe, onbekenden deelnemen aan de sessies.

CB: ik hou ervan om te gaan. Wanneer je weg uit huis gaat, dan is het leuk. Kinderen gaan naar school, erna is het beter naar de vzw te gaan. Na 5-10min gaat de stress weg, dat is beter. Ik ontspan er.

4.2.1.2. C2: de houding en functie van de moderator/spreker

De gezondheidspromotoren merken een grotere belangstelling wanneer de externe 'spreker' een arts is. Zowel het hogere aanzien als de medische expertise zouden bij de deelnemers voor een grotere opkomst en belangstelling zorgen. Tegelijk geven zij ook aan dat het belangrijk is dat de spreker zich niet boven de groep stelt.

DH: Zij hebben een connotatie met dokter, dat staat voor hen echt hoog op de ladder, dat wordt zo gepercipieerd. Daardoor kan het ook wel gemakkelijker zijn om die informatie te geven. Omdat ze daar naar opkijken. Dat hebben we in het verleden gemerkt. Bijvoorbeeld bij sessies over voorbehoedsmiddelen, dat dat veel beter aangenomen wordt als een dokter dit vertelt. Of iemand uit de medische sector, wordt beter aanvaard.

DH: Het feit dat jij mee gesport hebt, denk ik dat een niet te onderschatten meerwaarde is. Dat je een van hen was, de eerste indruk, dat mensen zoiets hebben van die staan bij ons en niet boven ons.

Verder zien de gezondheidspromotoren volgende eigenschappen bevorderlijk om de sessies te laten slagen: een warme persoonlijkheid, rustige uitstraling, gericht aandacht kunnen geven en oogcontact kunnen maken, luisteren, het woord kunnen geven aan verschillende deelneemsters en mensen positief kunnen bekrachtigen.

4.2.1.3. C3: Ondanks de gelijke achtergrond is de groep zeer divers

LB geeft aan dat het opleidingsniveau in de groep zeer sterk verschilt. Volgens haar weten vrouwen met lager opleidingsniveau minder over seksuele gezondheidsthema's wat het gesprek en het verloop van de sessie beïnvloedt. Anderzijds geeft ze aan dat ze reeds deelnam aan sessies met andere lager opgeleide vrouwen en dat deze vrouwen zeer gemakkelijk praten over seksualiteit.

LB: Er is een kwestie van niveau misschien; groot verschil qua niveau, er zijn vrouwen die niet gestudeerd hebben, dus zij weten ook niet veel over die dingen, om te kunnen praten. Maar ik ben verschillende keren uitgenodigd door mensen met weinig niveau die heel gemakkelijk praten over seksualiteit en hun mannen en alles. Dus ja, misschien de taal ook. De taal is zeker een probleem. Maakte het niet gemakkelijk.

De gezondheidspromotoren ervaren de taalbarrière als grote uitdaging bij het organiseren van sessies. De gesprekken zijn niet volledig te volgen en het is niet duidelijk of alles juist en volledig vertaald wordt in beide richtingen. De vrouwen hebben allen een andere moedertaal en een ander niveau in de Nederlandse taal. Dit leidde tot het ontstaan van verschillende groepen met Arabisch, Engels, Frans of gebrekkig Nederlands als voertaal. De discussies werden regelmatig per groep gevoerd en telkens vertaald door een deelneemster die beide talen beste kon. FD geeft aan dat door het feit dat ze de discussie kon meevoeren in haar moedertaal, ze beter kan uitdrukken wat ze bedoelt en beter kan deelnemen. CB, die zich uitdrukte in Engels en Nederlands, vindt het positief dat er vertaald werd en kon zo alles begrijpen.

NV: Soms was het moeilijk qua taal. Via foto's en als jij simpele zinnen gebruikt konden we het begrijpen.

Er is een diversiteit in de mate van bespreekbaarheid van seksuele gezondheid in deze groep. De geïnterviewde deelnemers hebben in hun jeugd geen seksuele opvoeding gehad. NV gaf aan dat ze bij haar eerste menstruatie niet terecht kon bij haar ouders. Verschillende vrouwen bevestigden dit tijdens de sessies. Enkele vrouwen verklaarden dat seksualiteit iets persoonlijk is dat je niet met anderen bespreekt. Zo bespreek je volgens FD seksuele zaken niet met andere mannen. NV blijft in haar gesprekken met vriendinnen oppervlakkig over seksualiteit. Volgens NV speelt de opvoeding een grote rol. Ze werd opgevoed om 'verlegen' te zijn en vindt het tot nu toe moeilijk om over deze thema's te praten en om te praten met andere mannen. Ze voelt zich slachtoffer van de opvoeding die ze kreeg van haar ouders. LB en FD vermelden ook de invloed van religie: bepaalde zaken zijn niet bespreekbaar of mogen niet.

LB: ze gaan ook niet alles kunnen zeggen wat een man vraagt aan zijn vrouw. Bijvoorbeeld, ik weet niet, anale seks, neen. Dat is ook tegen religie.

Zowel uit de interviews met de deelnemers als uit eigen observaties tijdens de sessies blijkt dat bij het praten over seksualiteit het geslacht van deelnemers belangrijk is. Vrouwen praten hierover met vrouwen, mannen met mannen. De communicatie naar hun kinderen is beperkt en ook hier is het geslacht van belang; moeders praten met dochters en vaders met zonen. Tijdens de sessies vertelde de meerderheid van de vrouwen dat ze verwachten dat seksuele opvoeding op school plaatsvindt. Twee geïnterviewde vrouwen die vertelden zelf de seksuele opvoeding op zich te nemen, geven als argument dat ze zelf nare zaken hebben meegemaakt, zoals tienerzwangerschap en misbruik, en hun kinderen hiertegen willen beschermen.

Er was geen consensus over het belang van het al dan niet goed kennen van de groepsleden. FD vond het belangrijk de andere vrouwen van de groep te kennen omdat ze dan beter kan praten. LB daarentegen verklaarde dat ze verwacht dat mensen minder open zijn wanneer zij de leden kennen.

LB: Misschien gemakkelijker met mensen die ik niet ken. Ja ik heb een vriend, ik doe dat of heb dat gedaan met hem.

4.2.2. Mechanisme

4.2.2.1. M1: door mensen samen te brengen en te praten in groep zie je verschillende visies.

De gezondheidspromotoren hebben de indruk dat het samenbrengen van mensen om over thema's te praten positief ervaren wordt door deelnemers. De promotoren beweren dat de deelneemsters een cultuur hebben om met elkaar te praten en zetten zo een gekende

strategie in om te leren van elkaar. CB bevestigde dat het in groep samen komen om te praten en te lachen voor haar belangrijk is: zowel om van elkaar te leren, ideeën te krijgen als om te weten dat ze niet alleen is met haar vragen en problemen.

CB: de groep, dat was echt belangrijk. Je praat met verschillende mensen, ziet verschillende visies, dat is leuk. Ik heb geleerd van andere mensen door te praten in groep. Ik kreeg meer ideeën. Iemand vertelde iets over mannen die je lastigvallen op de bus/tram. Wanneer een andere persoon iets deelt, weet ik dat het overal voorkomt. Dat ik niet de enige ben.

4.2.2.2. M2: het gebruiken van beeldmateriaal ondersteunt de interactie

De sessies werden ondersteund met beeldmateriaal bestaande uit foto's en kaarten over verschillende thema's. De meerderheid van de vrouwen vond deze techniek een meerwaarde: het verduidelijkte waarover er gesproken werd, gaf hen de kans om na te denken over het thema. Eén deelneemster vond het werken met de kaarten niet goed: het werken met pictogrammen zou volgens haar voor mensen met een beperking zijn en ze voelde zich hierdoor gestigmatiseerd. Ze heeft een zoon met autisme en heeft bij hem veel met pictogrammen gewerkt. CB daarentegen vertelde net veel beter te kunnen volgen door deze kaarten omdat ze niet goed kan lezen en schrijven.

CB: Wanneer ik de foto zie, weet ik waarover het gaat. Soms als ik de afbeeldingen zag, kon ik mee denken: dit is goed, dit is niet goed. Dan kreeg ik meer ideeën. Ik kan niet goed lezen of schrijven.

De gezondheidspromotoren werken zoveel mogelijk met beeldmateriaal omdat een beeld soms meer zegt dan woorden: iedereen weet dan waarover het gaat. Het belang van beeldmateriaal is groter wanneer de groep divers is, veel verschillende talen gesproken worden en de vaardigheden van de deelnemers niet goed in te schatten zijn. Verder werd de techniek met kaarten door de gezondheidspromotoren als drempelverlagend ervaren voor interactie. De vrouwen beslisten bijvoorbeeld zelf welk thema ze wilden aanhalen.

CD: Een vrouw die een kaart aanduidt en meteen zegt 'hup, we gaan het daarover hebben'. Ik dacht: amai, gedurfd. De thema's waren soms ook fragiel.

De eigen observaties tijdens de sessies bevestigen dit. De deelneemsters vonden unaniem het thema masturbatie een moeilijk thema. Toch was dit het eerste thema dat in die sessie besproken werd: de dames zagen de kaart en gaven deze meteen door terwijl ze keken, giechelden en enkelen bedekten de kaart met hun hand.

4.2.2.3. M3: deelnemers vinden seksualiteit en seksuele gezondheid een interessant onderwerp

Het thema seksualiteit en seksuele gezondheid werd door alle geïnterviewde vrouwen geappreciëerd. Ze vinden dit een belangrijk thema en hebben weinig andere plekken waar dit op deze manier besproken wordt. Ze ondervinden enerzijds verschillende barrières om het gesprek aan te gaan: het is iets privé, je deelt het niet met anderen en het wordt bepaald door persoonlijke kenmerken zoals verlegenheid en religie. Anderzijds vinden ze het normaal om het te bespreken. Zo vertelde NV dat ze het menselijk vindt: '*het is deel van het leven, we zijn allemaal vrouwen'*. Ze bespreken dit thema vooral met vriendinnen en de dokter. In de familiale context wordt er over het algemeen niet over gesproken, tenzij met de partner en uitzonderlijk met kinderen.

Uit observaties tijdens de sessies viel het op dat er verschillende mythes leven onder de vrouwen over seksuele thema's. Het praten over seksualiteit met kinderen wordt vermeden omwille van angst dat ze hierdoor seksuele activiteit zouden stimuleren. Bij de moslimvrouwen heerst ook een enorme geladenheid over het maagdenvlies en het bloedverlies tijdens de eerste huwelijksnacht. De vrouwen die tijdens de interviews vertelden wel met hun kinderen actief het gesprek over seksualiteit aan te gaan, doen dit vooral om hun kinderen te beschermen tegen zaken die zij meegemaakt hebben, zoals moeilijke scheiding, misbruik, tienerzwangerschap en geweld.

4.2.3. Outcome

4.2.3.1. O1: bevordering van de bespreekbaarheid bij gezondheidspromotoren

Het organiseren van een sessie door een externe persoon creëert een opening om over seksualiteit te praten in de vzw. De gezondheidspromotoren geven aan dat ze praten over dit thema gedurfd vinden en niet verwacht hadden dat dit vlot zou lukken in deze groep. Argumenten hiervoor zijn vooral angst om deelnemers te schofferen of af te schrikken en angst voor het schenden van de vertrouwensrelatie. Door sessies te volgen van Sensoa en door deze interventie, geven ze aan dat de grootste barrière bij hen ligt. Voordat deze interventie plaatsvond, werd het thema niet uitvoerig besproken ondanks het feit dat de vzw wel regelmatig met seksuele vragen en problematiek geconfronteerd wordt zoals geweld en ongewenste (tiener)zwangerschappen. Na deze interventie willen ze dit thema bespreekbaar houden met behulp van de kaarten en deze ook inzetten in andere groepen. Aangezien de vrouwen aangeven dat geslacht belangrijk is bij de communicatie over seksualiteit, willen de gezondheidspromotoren deze interventie en kaarten ook gebruiken bij de mannengroep. Verder denken ze na hoe ze de communicatie tussen ouders en kinderen kunnen bevorderen.

I5: Wij zijn wel een organisatie waarin dit thema volledig past. Toch merken we bij onszelf dat er een drempel is om daarover te praten. Bij onszelf. Want uiteindelijk werkt dat wel, je kan er duidelijk over praten.

4.2.3.2. O2: bevordering van de bespreekbaarheid bij de vrouwen

Het praten over seksualiteit prikkelt de deelneemsters in deze groep. De meeste deelneemsters hadden nog nooit een sessie over seksuele gezondheid elders of in de vzw meegemaakt. LB vertelde dat er nagepraat werd op het trottoir na de sessies. CB vertelde haar kinderen en vriendinnen over de sessies. Bovendien zegt ze hierdoor nieuwe ideeën en kennis te hebben.

CB: ik kreeg meer ideeën, ervaring. Mijn man sloeg mij, dus ik heb geen man meer. Nu heb ik tijd om erover na te denken, nieuwe ideeën, nieuwe gedachten. Ik vertel het dan ook verder aan mijn familie, vrienden, kinderen. Dat is belangrijk. Alles wat je mij zegt, leg ik uit aan mijn kinderen.

LB gaf aan dat ze twijfelt of de deelnemers andere ideeën of opvattingen zullen overhouden aan deze sessies. NV bevestigt dit en beargumenteert dat dit komt door hun opvoeding uit het land van herkomst.

Het viel de gezondheidspromotoren op dat tijdens deze sessies de opkomst van de vrouwen hoger lag en de vrouwen langer bleven dan gewoonlijk. De weken na het beëindigen van de sessies werd er gevraagd naar de onderzoeker en of er nog sessies volgden.

4.2.3.3. O3: Het ontwikkelde beeldmateriaal zal verder ingezet worden

De gezondheidspromotoren zullen het ontwikkelde beeldmateriaal inzetten in andere groepen. Er werd reeds een sessie georganiseerd met de nieuwe kaarten bij de moedergroep en er wordt bekeken om dit ook te laten doorgaan bij de vadergroepen.

DH: Daarvoor praatten we daar niet over. Dus in feite moet dat nu zo een beetje… Daarom vind ik het zo belangrijk dat we blijven aan de slag gaan met die kaarten. Dat we elk jaar praten over intimiteit, nu dat die opening er is. Om het bespreekbaar te houden.

5. Discussie

Bovenstaande resultaten trachten aan de hand van de CMO-hypothese de onderzoeksvraag te beantwoorden. Enkele aspecten worden hieronder verder toegelicht.

5.1. Context

5.1.1. Groepsaspect: grote diversiteit

De doelgroep van deze studie werd breed gedefinieerd als 'vrouwen met een migratieachtergrond'. Binnen deze groep is er echter een grote variatie die al merkbaar is binnen de relatief kleine groep waar dit onderzoek op uitgevoerd is. Deze grote variatie brengt verschillende nuances met zich mee die de effectiviteit van de interventies kan beïnvloeden. Tot deze factoren behoren (1) de diversiteit in migratieachtergrond en (2) de taalbarrière.

(1) Diversiteit in migratieachtergrond

De groepsleden waren allemaal vrouwen met migratieachtergrond die in dezelfde wijk woonden, met uitzondering van 1 vrouw die recent verhuisde. Ondanks deze gelijkenis waren de verschillen in deze groep groot: migratieachtergrond is maar één facet wat deze vrouwen karakteriseert. Er is een grote variatie in opleidingsniveau, leeftijd, gezinssituaties, taal en religieuze achtergrond. Het is dan ook moeilijk om te spreken van een groep met gelijke achtergrond. Ondanks deze verschillen was het mogelijk om met deze groep fragiele thema's te bespreken. Deze verschillen zijn dus niet onoverkomelijk.

Verder heeft dit ook als gevolg dat er een grote diversiteit van opvattingen, attitudes, normen en waarden onder de deelnemers aanwezig waren die de gesprekken interessant maakten. Hierdoor konden de vrouwen de aandacht houden waardoor de peer education gestimuleerd werd.

De gezondheidspromotoren vermelden dat samen in groep interageren een vorm van educatie is die de vrouwen cultureel gewend zijn. Literatuur bevestigt deze observatie. Een studie over opvattingen en overtuigingen van immigranten in Spanje bevestigt dat de vrouwen in hun land van herkomst informatie over seksualiteit verkrijgen via gesprekken tussen vrouwen onderling [9]. Teneinde succesvolle gezondheidspreventie en -promotie te organiseren, moet er rekening gehouden worden met deze eigenschap. De effectiviteit van initiatieven verhoogt wanneer culturele factoren opgenomen worden. Om dit te bereiken suggereert deze studie dat samenwerken met de immigrantengemeenschappen belangrijk is om hun ervaringen en suggesties te leren kennen. Dit vereist op zijn beurt gezondheidswerkers die getraind zijn in cultuursensitieve competenties [9].

(2) Taalbarriere

De diversiteit in de groep zorgde voor een taalbarrière tijdens de interacties. Hierdoor vonden tijdens de groepsgesprekken discussies plaats in een taal die niet door iedereen begrepen kon worden. Enerzijds kan de gezondheidspromotor niet weten wat er gezegd wordt en dus niet interfereren indien er feitelijke onwaarheden worden verteld. Anderzijds is de gezondheidspromotor en/of onderzoeker niet zeker dat hetgeen in het Nederlands gezegd wordt correct overgebracht wordt. Werken met tolken kan dit probleem deels oplossen. Echter geldt als mogelijk nadeel dat deze tolk ook vertaalt vanuit een eigen referentiekader waardoor dit de natuurlijke communicatie kan bemoeilijken en stigmatiserend kan werken. Bovendien kan dit voor een extra drempel zorgen omdat een nieuwe persoon de sessies komt bijwonen en gevoelige, persoonlijke informatie vertaalt. Een alternatief is om uit de deelnemersgroep de vrouwen die vloeiend tweetalig zijn aan te stellen als vertaler tijdens de sessies. De deelnemer is verwant aan de groep, wat drempelverlagend kan werken. Verder ken je verantwoordelijkheid toe aan groepsleden wat de trouw aan de groep kan vergroten. De vzw erkent dit probleem bij hun sessies en is van plan te experimenteren met peer tolken.

Men kan zich echter de vraag stellen of de exacte inhoud van de discussie belangrijk is. De theory of planned behaviour en het model van Dr. Decat bevestigen dat interactie ansich kan lijden tot verandering in gedragsintenties. Het doel van deze interventie is niet om kennis over te brengen. Bovenstaande theorieën bewijzen dat er meer complexe factoren nodig zijn dan louter kennis om gedrag te beïnvloeden. Verder is het ook belangrijk te duiden dat er geen algemene waarheid is. Wat nu, hier, in deze context voor een deelnemer als 'norm' of 'waarheid' wordt beschouwd, kan verschillen van die van de andere deelnemer. De moderator is niet de alwetende en het zou fout zijn te denken dat deze de waarheid bezit. Het is de interactie tussen verschillende personen die hun waarheid spreken en naar elkaar luisteren dat meer diversiteit in een gesprek brengt. Op die manier kunnen andere inzichten aangerijkt worden. Dit geldt ook voor de onderzoeker: deze wordt door de interactie ook blootgesteld aan verschillende visies die zijn/haar percepties en attitudes kan beïnvloeden. Op die manier is de interactie evenwichtiger en gelijkwaardiger.

Bovenstaande wordt ondersteund door het concept 'communicatieve rationaliteit'[5] van de filosoof Habermas [32–35]. Samengevat leidt het in gesprek gaan met elkaar tot zich tot elkaar richten, elkaar verstaan en bij onenigheid dit te beargumenteren en tot een compromis te komen. Langs de weg van het gesprek worden ongemerkt praktische kennis en vaardigheden, normen en waarden en leefvormen overgeleverd van gisteren naar vandaag. Gegevens als waarheid en normatieve geldigheid kunnen volgens Habermas gebaseerd worden op deze communicatieve rationaliteit.

Op die manier kan de interactie tussen de vrouwen in dit onderzoek lijden tot een rationele consensus, ook al kennen we de inhoud van de discussie niet. Misschien moeten we het leren loslaten en vertrouwen in het feit dat de discussie op zich kan leiden tot een nieuwe, gelijkwaardige 'waarheid' en 'normatieve geldigheid' die op hun beurt de intenties en attitudes van de gesprekspartners kunnen beïnvloeden.

[5] Dit concept beschrijft dat mensen die met elkaar in gesprek zijn elkaar zonder dat zij het beseffen vertrouwen verlenen. Ze veronderstellen dat ze te maken hebben met rationele personen en nemen aan dat de ander de waarheid spreekt (waarheid), goede redenen heeft voor wat hij of zij zegt (normativiteit) en oprecht meent wat hij of zij zegt (waarachtigheid). In het gesprek blijven mensen het vertrouwen geven totdat het tegendeel blijkt. Als een uitspraak op de een of andere manier over de schreef gaat, niet strookt met onze kennis of onze waarden en normen, dan kunnen wij er tegen in gaan. In geval van tegenspraak moeten er argumenten aan de orde komen en moeten we ook bereid zijn die te geven. Op die manier ontvouwt zich de communicatieve rationaliteit.

5.1.2. Locatie

De interviews geven aan dat de locatie van de sessies een belangrijke troef was. De vrouwen voelden zich vertrouwd met de vzw en kennen de werking en de organisatoren. De vzw betekent veel voor deze vrouwen: zo verhuisde een vrouw uit de groep naar een andere wijk waardoor ze ver moest pendelen met het openbaar vervoer. Desondanks komt ze 2 à 3 keer per week. Verder moet vermeld worden dat de rekrutering van deze vrouwen de dagelijkse taak van de medewerkers van de vzw is. Hierdoor werd een groep vrouwen bereikt die anders moeilijk te bereiken/motiveren is om deel te nemen aan een dergelijk onderzoek. Dit is één van de eigenschappen van participatief onderzoek: een samenwerking tussen gelijkwaardige leden van de gemeenschap, vertegenwoordigers van (N)GO's en onderzoekers om kennis op te doen en verschillende perspectieven en ervaringen van de deelnemers te incorporeren. Het kan de kloof verkleinen tussen de kennis uit onderzoek en de vertaling van deze kennis in interventies en beleid. Op die manier kan het de gezondheid van de populatie verbeteren. Deze benadering verhoogt de adhesie van de studiepopulatie aan de onderzoeken, waardoor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen worden bereikt en betrouwbare informatie van deelnemers wordt verkregen. Dit leidt tot strategieën en beleidsmaatregelen die rekening houden met het perspectief en de noden van deze groep [5]. Voor verder onderzoek naar gezondheidsbevorderende interventies lijkt het dan ook aangewezen om samen te werken met de reeds bestaande organisaties en om verschillende actoren te betrekken.

5.1.3. Aanwezigheid van een arts

De resultaten suggereren dat het organiseren van interactieve sessie rond seksuele gezondheid met een arts drempelverlagend kan werken voor de gezondheidspromotoren. Tijdens deze interventie hebben ze gemerkt dat het thema toch bespreekbaar is ondanks hun verwachtingen en plannen ze in de toekomst gelijkaardige sessies met andere groepen.

Het feit dat een arts als medisch expert aanwezig is bij de sessies zou de interesse en geloofwaardigheid vergroten. De gezondheidspromotoren geven aan dat de gemiddelde opkomst tijdens deze sessies groter was en ze langer duurden in vergelijking met de gewoonlijke sessies. Het is niet volledig duidelijk of dit gelegen is aan de interesse voor het thema en de nood aan het bespreken ervan of door het feit dat een arts de sessies begeleidt. Het onderzoek van *Mandana Vahabi et al.* [10] bevestigt dat artsen een actieve rol zouden moeten spelen in educatie. In deze studie gaven vrouwelijke immigranten aan dat ze het belangrijk vinden informatie en adviezen te krijgen van hun behandelend artsen, omdat zij deze als vertrouwde, deskundige en gezaghebbende figuren beschouwen. Het gebrek aan informatie en aanbevelingen van een arts is een van de barrières in toegang tot screening en gezondheidszorg.

Verder zou het organiseren van sessies ook een leerschool kunnen zijn voor de arts of gezondheidswerker. Door de groepsgesprekken, individuele gesprekken na de sessies en interviews krijgt de arts een unieke inkijk in de leefwereld van de vrouwen en geeft dit

informatie over het referentiekader waaruit deze vrouwen hun seksualiteit benaderen. Op die manier wordt er zonder de arts-patiëntrelatie te hypothekeren op een informele manier informatie uitgewisseld die alle deelnemers en dus ook de arts iets kan bijleren: zowel over het referentiekader als het praten over moeilijke thema's. In de literatuurstudie werd reeds vermeld dat culturele affiniteit belangrijk is in de arts-patiëntrelatie. Bovendien vergroot dit de compliance [15].

We mogen niet uit het oog verliezen dat naast het stimuleren van praten over seksualiteit bij de deelnemers we ook de barrières bij de arts of gezondheidswerker moeten beschouwen. Uit literatuuronderzoek blijkt dat artsen zich geremd voelen om het onderwerp seksualiteit aan te gaan, ook al is er een aanleiding toe, zoals bij anticonceptie, soa's, gynaecologische, urologische of psychische klachten. Mogelijke redenen die artsen zouden kunnen tegenhouden om seksualiteit van patiënten te bespreken zijn gêne, moeite met directe vragen over seksualiteit, de patiënt niet willen belasten of omdat ze zich onbekwaam voelen. Verder blijkt uit ondervraging van huisartsen door Sensoa dat de tools ontbreken om seksuele gezondheid te bespreken met de patiënt [36]. Wanneer dit gesprek gevoerd moet worden met mensen met migratieachtergrond, wordt de drempel groter. Dit komt doordat de arts vaak denkt dat het referentiekader van de patiënt (te) sterk verschilt van zijn eigen referentiekader. Door het feit dat veel artsen denken dat mensen met niet-westerse migratieachtergrond niet over seksualiteit willen praten, brengen ze dit onderwerp – onterecht – niet ter sprake [11].

Uit de sessies en de interviews komt naar voor dat seksualiteit net wel een thema is dat de deelnemers interessant vinden en normaal vinden om over te praten in de juiste context. Literatuur bevestigt dat de meeste vrouwen en mannen, ongeacht hun leeftijd, gender, culturele of religieuze achtergrond, seksualiteit een essentieel onderdeel vinden van hun leven [37]. Echter blijkt dat patiënten die hulp willen voor seksuele problemen, dit meestal niet met hun arts bespreken [11]. De arts brengt dit onderwerp vaak niet actief ter sprake.

Het is dus een misvatting dat enkel de patiënten of mensen met migratieachtergrond de oorzaak zijn van deze communicatiemoeilijkheden. Het denken vanuit diversiteit vereist dat stereotypen losgelaten worden om vooroordelen te vermijden. Om dit te bereiken is een zeker inleefvermogen in een ander, mogelijk onbekend perspectief noodzakelijk [38]. Cultuur-sensitieve communicatie en het leren communiceren over seksualiteit in verschillende contexten zou dan ook deel moeten zijn van de communicatietraining van de basisarts. Uit de bevraging van huisartsen in Vlaanderen door Sensoa ervaart de 94% de nood om seksuele gezondheid ter sprake te brengen en 72,5% is bereid om vormingen te volgen om hun communicatie over seksualiteit te verbeteren [36]. Implementatie van deze oefening lijkt dan ook wenselijk. Dit zou gerealiseerd kunnen worden tijdens de communicatielessen van de 6-jarige opleiding geneeskunde met behulp van de door Sensoa en Domus Medica ontwikkelde 4-stappen-methodiek (Bijlage 6). Verder kan de organisatie van gezondheidsbevorderende interventies opgenomen worden in de opleiding, bijvoorbeeld als deel van het takenpakket tijdens de COPC-week. COPC staat voor Community Oriented Primary Care en is een week

die georganiseerd wordt tijdens de basisopleiding geneeskunde aan de Universiteit van Gent. In deze week doen studenten een wijkonderzoek in samenwerking met studenten uit andere opleidingen teneinde de sociale determinanten van gezondheid te onderzoeken. Door een gelijkaardige interventie met kaarten te organiseren, zouden artsen in opleiding kunnen leren over gezondheid in andere referentiekaders, praten over moeilijke thema's en nemen ze op die manier de gezondheidsbevorderende rol op die beschreven staat in de CANMeds. Verder kan een organisatorisch kader voorzien worden die de uitoefening van gezondheidsbevordering ondersteunen en stimuleren. Artsen die zich actief buiten hun consultaties en huisbezoeken als gezondheidsbevorderaar inzetten, worden hier tot heden niet voor ondersteund of vergoed. Enkel in de wijkgezondheidscentra en in forfaitaire systemen lijkt dit organisatorisch haalbaar.

Tot slot is er meer onderzoek nodig om te bevestigen of de aanwezigheid van een arts een grote meerwaarde is tijdens gezondheidsbevorderende sessies. Indien dit bevestigd wordt, lijkt het aangewezen om hiervoor een nomenclatuurnummer te voorzien. Zo kunnen alle huisartsen de mogelijkheid krijgen de rol van gezondheidsbevorderaar buiten de huisartsenpraktijk op te nemen. Idealiter zouden de reeds bestaande vzw's een plaats kunnen toekennen voor artsen, onafhankelijk of deze werken in een forfaitair systeem of niet.

5.2. Mechanisme

5.2.1. Kaarten

Deze interventie leverde een nieuwe kaartenset op die ontwikkeld werd met behulp van de input van de vrouwen. De nieuwe set zal door de vzw verder ingezet worden bij andere gelijkaardige groepen. Zoals in de literatuurstudie al werd aangehaald is de tool op zichzelf niet vernieuwend maar wel de toepassing ervan bij deze doelgroep. De kaarten bevorderen de kennisoverdracht bij vrouwen met verschillende taal en achtergrond. Bovendien lijkt deze interactieve methode drempelverlagend te werken voor moeilijke thema's zoals masturbatie en homoseksualiteit.

Verder viel op dat de vrouwen verwachten dat seksuele opvoeding van hun kinderen op school plaatsvindt. De meeste deelnemers vinden het moeilijk om dit thema aan te kaarten bij hun kinderen. In deze context zou deze kaartenset een potentiële rol kunnen spelen om de ouder-kind communicatie rond seksuele gezondheid te faciliteren. Bovendien blijkt ouder-kind communicatie beschermend te werken tegen ongewenste zwangerschap, soa's en verlaat het de leeftijd van de eerste seksuele betrekking [24]. Echter, wanneer het kaartspel aangeboden werd aan de vrouwen om er thuis mee aan de slag te gaan, blijkt de interesse zeer beperkt. Enkel vrouwen die reeds negatieve ervaringen hadden met betrekking tot seksuele gezondheid, waren bereid het spel thuis te implementeren. Dit lijkt een interessante hypothese om verder te onderzoeken maar valt buiten de scope van deze thesis. Om de drempel in

ouder-kind communicatie te verlagen lijkt een interventie met moeders en dochters in de vzw een logische voortzetting van dit onderzoek.

5.3. Beperkingen

In dit onderzoek namen slechts 4 vrouwen en 2 gezondheidspromotoren deel aan de interviews waardoor de steekproef te klein is om sluitende conclusies te trekken. Verder waren enkele vrouwen niet bereid om tijd vrij te maken voor de interviews waardoor diepe en uitgebreide exploratie niet altijd mogelijk was. Bovendien werden enkel de vrouwen die het best Nederlands spraken en de meeste sessies volgden uitgenodigd voor een interview. Hierdoor werden de meer geëngageerde vrouwen gerekruteerd wat leidt tot selectiebias: zij die erin slagen iedere week te komen én de taal het best onder de knie hebben. Omwille van bovenstaande argumenten en door de methodologie van de studie zijn de resultaten niet te extrapoleren naar andere groepen met vrouwelijke immigranten. Het formuleren van algemeen geldende bevindingen is niet het opzet van realist evaluation. Wel leidt deze studie tot nieuwe inzichten in factoren en mechanismen die mogelijk een rol spelen bij deze vorm van gezondheidspromotie. Dit kan bijdragen tot de succesvolle planning van toekomstige interventies in de eerste lijn

Het oorspronkelijke doel van de studie was om samen met de vrouwen een nieuw kaartspel te creëren en hen mee te laten beslissen over de afbeeldingen en de tekst. Dit is niet gelukt door het wisselende aantal deelnemers, de geringe motivatie om zich hiervoor te engageren, de initieel afwachtende houding en de relatief korte tijdspanne voor het onderzoek. Er werd gekozen om het spel uit te breiden op basis van de observaties van de onderzoeker, exploratie in de literatuur en de thema's die ze zelf aanhaalden in het groepsgesprek. De literatuur suggereert dat 'creatieve' interventies de participatie bij de deelnemer stimuleert en zo een meerwaarde kunnen zijn om gezondheid te bevorderen bij jongeren [39]. Verder onderzoek lijkt dan ook noodzakelijk om te bekijken of deze aanpak ook werkt bij volwassenen met migratieachtergrond.

6. Conclusie

Deze masterthesis probeerde een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag '*Hoe kan een gemeenschapsinterventie met de gezamenlijke creatie van een tripletspel over seksuele gezondheid de communicatie over en gezonde attitudes rond seksuele gezondheid versterken?*'. De uitgangsvraag bij realist evaluation is '(1) wat werkt, (2) voor wie, (3) waarom en (4) onder welke omstandigheden'. Het antwoord dat dit onderzoek formuleert is het volgende:

(1) Wat werkt: het samenbrengen en interageren aan de hand van kaarten

De kaarten spelen een grote rol in dit onderzoek. Ze lijken drempelverlagend te werken in communicatie rond gevoelige thema's. Dit wordt ook bevestigd door de vzw, en die is van plan om dit kaartspel verder in te zetten voor gelijkaardige interventies bij andere groepen. Verder lijkt het interessant om deze tool in onderzoeksverband in te zetten bij ouder-kind groepen teneinde de seksuele communicatie in het gezin te ondersteunen.

Verder onderzoek naar de rol van kaarten bij gezondheidsbevorderende interventies georganiseerd door studenten zou interessant zijn. Meer bepaald is de vraag of zij door gebruik van de kaarten kunnen leren om moeilijke thema's te bespreken in groep. Verder lijkt het interessant om te onderzoeken of de kaarten de studenten kunnen helpen bij de studie van de impact van verschillende sociale, culturele en economische contexten op gezondheid.

(2) Voor wie: een diverse groep vrouwen met migratieachtergrond

(3) Waarom: het thema spreekt hen aan en de interventie is interactief waardoor ze kunnen leren van elkaar

(4) Omstandigheden: het wordt georganiseerd door een arts op een gekende, veilige locatie.

Dit onderzoek zet de **rol van de huisarts** als gezondheidspromotor in de verf. Huisartsen zouden deze rol meer kunnen opnemen met als belangrijke argumenten hun geloofwaardigheid en medische expertise voor de groep. Echter ontbreekt het organisatorische en financiële kader hiervoor. Verder onderzoek zou kunnen nagaan in welke mate de aanwezigheid van een arts effectief een meerwaarde is voor het organiseren van gezondheidsbevorderende sessies. Indien dit bevestigd wordt zijn financiële en organisatorische maatregelen ter ondersteuning noodzakelijk.

Verder blijkt dat de organisatie van gezondheidsbevorderende interventies het best plaatsvindt op een vertrouwde **locatie** of in samenwerking met organisaties die reeds inzet op gezondheidspromotie om een participatieve interventie te waarborgen. Zo worden kwetsbare groepen het best bereikt en is de kans op continuïteit het grootst.

Bovendien heeft het ook de gezondheidspromotoren beïnvloed: het doet hen nadenken over eigen attitudes en percepties rond seksuele gezondheid. Het legt de barrière bij hen bloot en hierdoor zal de vzw in de toekomst trachten actiever in te zetten op interventies rond seksuele gezondheid bij andere groepen. Het ontwikkelde beeldmateriaal willen ze hiervoor inzetten.

Tot slot, seksualiteit is een belangrijk aspect van gezondheid, onafhankelijk van de culturele en religieuze achtergrond. Inzicht in eigen referentiekader en barrières met betrekking tot seksuele gezondheid zijn belangrijk om goede gezondheidszorg, -preventie en -promotie te kunnen verzorgen. Dit zou gestimuleerd kunnen worden door cultuursensitieve communicatie over seksualiteit op te nemen in communicatielessen tijdens de opleiding geneeskunde en zelfs met uitbreiding voor alle gezondheidswerkers.

7. Bronnen

1. van den Akker A, Decat P. Anticonceptie bij patiënten met een migratieachtergrond: Hoe kan de huisarts de therapietrouw verbeteren? Huisarts Nu. 2017;46:274–8.

2. Roberts M, Lobo R, Sorenson A. Evaluating the Sharing Stories youth theatre program: An interactive theatre and drama-based strategy for sexual health promotion among multicultural youth. Heal Promot J Aust. 2017;28:30–6.

3. Sensoa. Seksuele gezondheid van kwetsbare migranten : feiten en cijfers. www.sensoa.be Vlaams Expert. voor seksuele Gezondh. 2015. p. 1–6.

4. Suruthi R, Chambers LA, Kteily-Hawa R, Vijaya C, Vahabi M, Hari S, et al. Exploring the use of fact-based and story-based learning materials for HIV/STI prevention and sexual health promotion with South Asian women in Toronto, Canada. Health Educ Res. 2018;34:27–37.

5. Dias S, Gama A, Simões D, Mendão L. Implementation Process and Impacts of a Participatory HIV Research Project with Key Populations. Biomed Res Int. 2018;2018:1–9.

6. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standsards. Better physicians. Better care. R. Coll. Physicians Surg. Canada. 2005.

7. WHO. What is Health Promotion. Online Q&A. 2016. p. 2–7.

8. WHO, HRP. Sexual health and its linkages to reproductive health : an operational approach. Geneva. 2017.

9. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: A qualitative study. Reprod Health [Internet]. Reproductive Health; 2015;12:1–10. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0071-2

10. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2016;16:1–13. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3564-1

11. Dees MK. Seksualiteit en interculturele communicatie Dossier. Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:34–7.

12. Zhou YR. 'Race' and HIV vulnerability in a transnational context: the case of Chinese immigrants to Canada. Cult Heal Sex [Internet]. Taylor & Francis; 2017;19:695–708. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2016.1192221

13. Rahman S. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. Sex Med Rev [Internet]. Elsevier Inc; 2018;6:535–47. Available from: https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.006

14. Hamdi S. The impact of teachings on sexuality in Islam on HPV vaccine acceptability in the Middle East and North Africa region. J Epidemiol Glob Health [Internet]. Ministry of Health, Saudi Arabia; 2018;7:S17–22. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jegh.2018.02.003

15. Kellogg Spadt S, Rosenbaum TY, Dweck A, Millheiser L, Pillai-Friedman S, Krychman M. Sexual health and religion: A primer for the sexual health clinician (CME). J Sex Med [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2014;11:1606–19. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12593

16. Sensoa. Lesgeven over relaties en seksualiteit. www.sensoa.be. 2019.

17. Homans L. Beleidsbrief Integratie en Inburgering. 2016;525.

18. Joronen KK, Rankin SH, Åstedt-Kurki P. School-based drama interventions in health promotion for children and adolescents: systematic review. J Adv Nurs. 2008;63:116–31.

19. Whiteside M, Tsey K, Crouch A, Fagan P. Youth and Relationship Networks (YARNS): Mobilising communities for sexual health. Heal Promot J Aust. 2012;23:226–30.

20. Zhang Y, Julie A. K, Fengying L. Creative contributory contests (CCC) to spur innovation in sexual health: Two cases and a guide for implementation. Sex Transm Dis. 2015;25:289–313.

21. Layzer C, Rosapep L, Barr S. A peer education program: Delivering highly reliable sexual health promotion messages in schools. J Adolesc Heal [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;54:S70–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.023

22. Decat P. Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth : Act or Interact ? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America [Internet]. 2015. Available from: icrhb.org/sites/default/files/finaleversie.pdf (2 November%0A2016).

23. A. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. 1975.

24. D'Cruz J, Tortolero S, McLaughlin J, Markham C, Peskin MF, Wilkerson JM, et al. Promoting Parent–Child Sexual Health Dialogue with an Intergenerational Game: Parent and Youth Perspectives. Games Health J. 2015;4:113–22.

25. Ring L, Bailer B, Zuniga M, Gil-Trejo L, Causey K. Using Theater Arts to Engage Latino Families in Dialogue about Adolescent Sexual Health: The PATH -AT Program. J Health Care Poor Underserved. 2012;23:347–57.

26. Binst C. Praktijkpreventie via nieuwe media : realistisch op gemeenschapsniveau ? Fam. Med. 2017.

27. Van Ooteghem G. Een nieuwe community interventie voor mentale weerbaarheid: interactie als motor tot verandering. Museum. 2017.

28. Schaubroeck E. Wijkwelzijn en preventie : community based intervention brengt beweging in beweging. 2017.

29. Van Rillaer L. Bewegingspromotie in de gemeenschap ondersteund door de huisartsenpraktijk : waarom is sporten in groep zo ' n succesverhaal ? 2017.

30. Van Ryckeghem D, De Bourdeaudhuij I, Shegog R, Crombez G, DeSmet A. A Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Sexual Health Promotion Involving Serious Digital Games. Games Health J. 2014;4:78–90.

31. DeSmet A, Thompson D, Baranowski T, Palmeira A, Verloigne M, De Bourdeaudhuij I. Is participatory design associated with the effectiveness of serious digital games for healthy lifestyle promotion? A meta-analysis. J Med Internet Res. 2016;18.

32. de Vries H. De illusie van open communicatie. De Groene Amsterdammer. 2009;50:1–5.

33. Outhwaite W. Habermas : a critical introduction / William Outhwaite. Cambridge, [England]: Polity Press; 1994.

34. Habermas J. Jürgen Habermas' Between Facts and Norms. MIT Press. 1996.

35. Wikipedia. Jürgen Habermas. 2017. 2019. p. 1–11.

36. Borms R, Vermeire K. Hoe seksuele gezondheid ter sprake brengen?: Huisartsen kunnen seksmythes weerleggen. Huisarts Nu. 2017;46:219–23.

37. Marwick C. Survey Says Patients Expect Little Physician Help on Sex. JAMA [Internet]. 1999;281:2173–4. Available from: https://dx.doi.org/10.1001/jama.281.23.2171c

38. Dielissen PW, Jagt EJ, Timmerman AA, Genootschap NH. Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk [Internet]. 2016. Available from: https://books.google.be/books?id=culMnQAACAAJ

39. Heard E, Auvaa L, Pickering C. Love Bugs: Promoting sexual health among young people in Samoa. Heal Promot J Aust. 2015;26:30–2.

40. Damari B, Tabrizchi N, Riazi-Isfahani S. Designing a national plan for improving sexual health in Iran: An experience of an Islamic country. Med J Islam Repub Iran. 2016;30.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Originele spelversie

1 MOEDERSCHAP



zwangerschap
borstvoeding
zorg voor de baby

De moeder draagt haar baby gedurende 9 maanden in haar buik. Haar lichaam verandert in deze periode.

2 MOEDERSCHAP



zwangerschap
borstvoeding
zorg voor de baby

Moedermelk is de beste voeding voor de baby. Het beschermt de baby tegen ziektes.

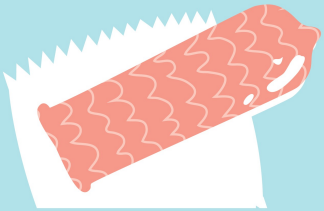
3 MOEDERSCHAP



zwangerschap
borstvoeding
zorg voor de baby

Een baby vraagt veel zorg, zowel overdag als 's nachts.

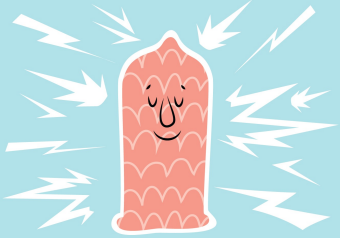
1 CONDOOM



condoom
geen SOA
geen zwangerschap

Een condoom is gemaakt van latex en wordt over de penis gerold. Eenmalig gebruik.

2 CONDOOM



condoom
geen SOA
geen zwangerschap

Het is een barrièremiddel en beschermt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's).

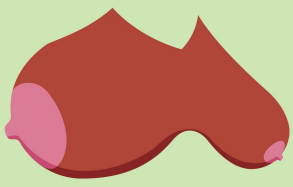
3 CONDOOM



condoom
geen SOA
geen zwangerschap

Het is een barrièremiddel en beschermt tegen zwangerschap.

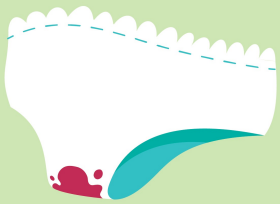
1 PUBERTEIT: VROUW



borstontwikkeling
menstruatie
haargroei

Borsten groeien tijdens de puberteit. De grootte kan verschillen van vrouw tot vrouw, dit is normaal.

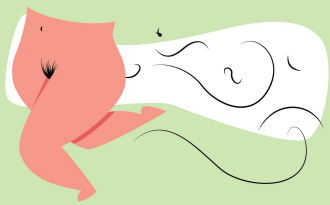
2 PUBERTEIT: VROUW



borstontwikkeling
menstruatie
haargroei

Vanaf de puberteit heeft de vrouw maandelijks bloedverlies langs de vagina. Het is normaal en betekent dat de vrouw vruchtbaar is.

3 PUBERTEIT: VROUW



borstontwikkeling
menstruatie
haargroei

Haar begint te groeien onder de oksels, op de benen en ter hoogte van de vagina.

1 SEKSUELE RELATIE



penis
vagina
seks hebben

Mannelijk voortplantingsorgaan. Wordt groter en harder bij seksuele stimulatie.

2 SEKSUELE RELATIE



penis
vagina
seks hebben

Vrouwelijk voortplantingsorgaan. Wordt vochtig bij seksuele stimulatie.

3 SEKSUELE RELATIE



penis
vagina
seks hebben

Omvat alles wat je kan doen wanneer je seksueel opgewonden bent zoals geslachtsgemeenschap. Onbeschermd kan dit leiden tot zwangerschap en SOA.

1 PUBERTEIT: MAN



haargroei
stemverandering
zaadlozing

Haar begint te groeien in het gezicht, onder de oksel, op de benen, rond de penis, en soms ook over het hele lichaam.

2 PUBERTEIT: MAN



haargroei
stemverandering
zaadlozing

De stem wordt lager en begint te klinken zoals een volwassen man.

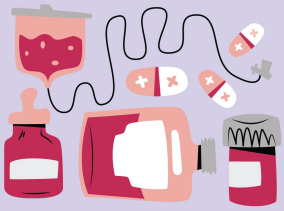
3 PUBERTEIT: MAN



haargroei
stemverandering
zaadlozing

Bij seksuele stimulatie kan de man sperma uitstoten langs de penis. Hierdoor kan de vrouw bevrucht worden.

1 SOA'S



HIV
SOA's bij mannen
SOA's bij vrouwen

HIV is een ongeneeslijke ziekte die wordt overgebracht via seksueel contact of bloed.

2 SOA'S



HIV
SOA's bij mannen
SOA's bij vrouwen

SOA's zijn niet altijd zichtbaar of voelbaar. Consulteer altijd een arts na onveilige geslachtsgemeenschap.

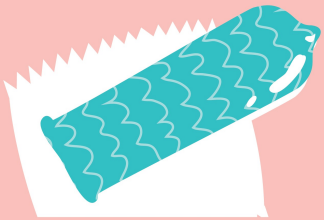
3 SOA'S



HIV
SOA's bij mannen
SOA's bij vrouwen

SOA's zijn niet altijd zichtbaar of voelbaar. Consulteer altijd een arts na onveilige geslachtsgemeenschap.

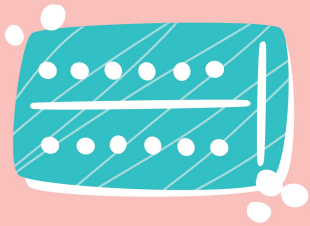
1 ANTICONCEPTIE



het condoom
de pil
de prikpil

Het is een barrièremiddel dat zowel beschermt tegen zwangerschap als SOA's.

2 ANTICONCEPTIE



het condoom
de pil
de prikpil

Een pil die dagelijks wordt ingenomen en beschermt tegen zwangerschap.

3 ANTICONCEPTIE



het condoom
de pil
de prikpil

Een injectie die wordt toegediend door de dokter en 3 maanden lang beschermt tegen zwangerschap.

1 LIEFDE



intimiteit
verliefdheid
exclusiviteit

Het verlangen om emotionele steun te geven en te ontvangen en diepste gevoelens en ervaringen te delen. Het is ongedwongen, respectvol en teder met elkaar omgaan.

2 LIEFDE



intimiteit
verliefdheid
exclusiviteit

Het gevoel heel veel van iemand te houden, altijd bij hem/haar te willen zijn. Je geraakt in een verliefdheidsroes.

3 LIEFDE



intimiteit
verliefdheid
exclusiviteit

In een vaste relatie zijn de partners trouw aan elkaar. Ze zoeken geen emotionele en seksuele intimiteit bij anderen.

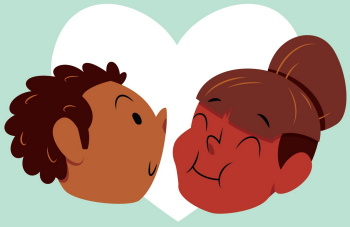
1 RELATIES



vriendschap
romantische liefdesrelatie
respect

Een vriend respecteert je, hij/zij komt afspraken na en is er op moeilijke momenten.

2 RELATIES



vriendschap
romantische liefdesrelatie
respect

Wanneer 2 mensen van elkaar houden, er intimiteit, passie en toewijding is.

3 RELATIES



vriendschap
romantische liefdesrelatie
respect

In een fijne relatie heb je respect voor elkaar en voor elkaars verschillen.

1

SOCIALE GEVOLGEN TIENERZWANGERSCHAP



school onderbreking
problemen met studeren
financiële problemen

Voor een baby zorgen is veel werk. Naar school gaan lukt dan niet altijd.

2

SOCIALE GEVOLGEN TIENERZWANGERSCHAP

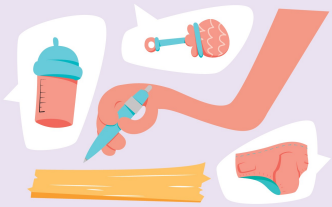


school onderbreking
problemen met studeren
financiële problemen

Wanneer je een baby hebt, is het moeilijk om te studeren. Jonge moeders hebben het moeilijk hun diploma te halen.

3

SOCIALE GEVOLGEN TIENERZWANGERSCHAP



school onderbreking
problemen met studeren
financiële problemen

Zonder een diploma is het moeilijk om een goede job te vinden en je gezin te onderhouden.

1

EDUCATIE



op school
met vrienden
met familie

Kinderen en jongeren krijgen op school verplicht les over relaties en seksualiteit, aangepast aan de leeftijd.

2

EDUCATIE



op school
met vrienden
met familie

Door te praten over seksualiteit met goede vrienden die je vertrouwd, kan je meer te weten komen. Vaak ervaren zij dezelfde problemen of hebben ze dezelfde vragen.

3

EDUCATIE



op school
met vrienden
met familie

Praten over seksualiteit met je kind is belangrijk, maar niet altijd gemakkelijk. Kies een geschikt moment en gebruik woorden waarbij je je goed voelt.

Bijlage 2: Gebruikte foto's sessie 3-4







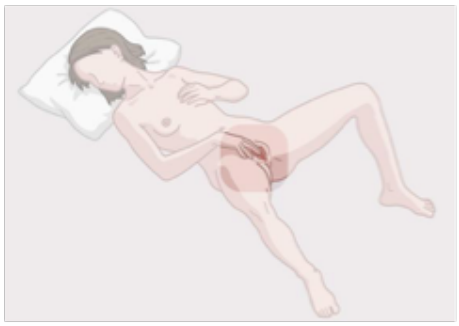


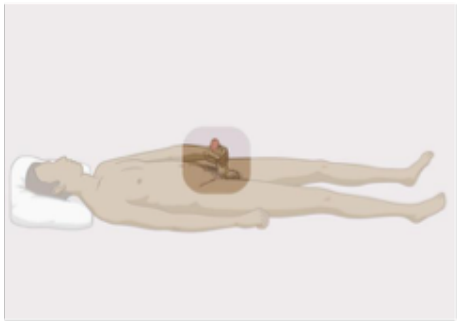













#METOO
#METOO
#METOO



Bijlage 3: Uitbreiding

1 MASTURBEREN



bij jezelf
bij partner
iedereen?

Masturberen betekent jezelf seksueel plezier geven. Het is niet gevaarlijk.

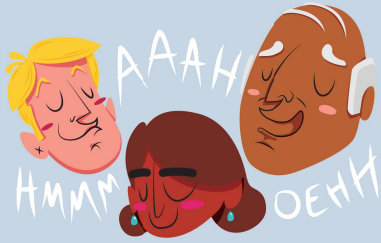
2 MASTURBEREN



bij jezelf
bij partner
iedereen?

Partners kunnen elkaar ook masturberen.

3 MASTURBEREN



bij jezelf
bij partner
iedereen?

Vele mannen en vrouwen doen dit. Het is oké als u dit niet doet.

1 SEKSUELE GEAARDHEID



homoseksueel
heteroseksueel
biseksueel

Zich aangetrokken voelen tot mensen van hetzelfde geslacht. Het is geen keuze, het komt natuurlijk. In België mogen zij trouwen en kinderen hebben

2 SEKSUELE GEAARDHEID



homoseksueel
heteroseksueel
biseksueel

Zich aangetrokken voelen tot mensen van het andere geslacht.

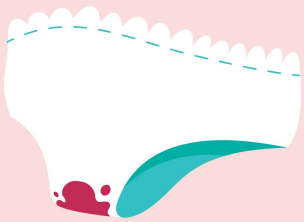
3 SEKSUELE GEAARDHEID



homoseksueel
heteroseksueel
biseksueel

zich aangetrokken voelen tot mensen van beide geslachten. Het is geen keuze, het komt natuurlijk.

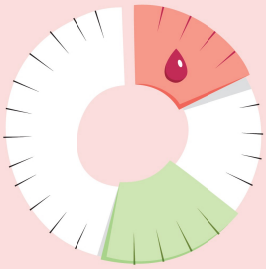
1 MENSTRUELE CYCLUS



menstruatie
vruchtbaarheid
hygiëne

Bloedverlies uit de vagina bij vrouwen die niet zwanger zijn. Menstruatie gebeurt 1 keer per maand en duurt enkele dagen.

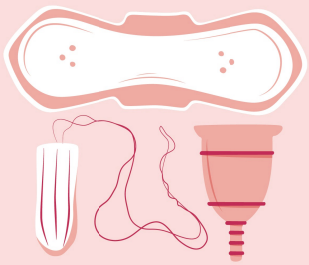
2 MENSTRUELE CYCLUS



menstruatie
vruchtbaarheid
hygiëne

Ongeveer 14 dagen voor de start van de volgende menstruatie, vindt de eisprong plaats. Je bent vruchtbaar 1 dag voor tot 5 dagen na de eisprong.

3 MENSTRUELE CYCLUS



menstruatie
vruchtbaarheid
hygiëne

Om het bloed tijdens de menstruatie op te vangen, kan een vrouw maandverband, tampons of menstruatiecup gebruiken.

1

GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG



gezond seksueel gedrag
ongezond seksueel gedrag
grenzen aangeven

Bij gezond seksueel gedrag geven beide personen toestemming zonder druk. Het is vrijwillig en beide personen zijn gelijkwaardig.

2

GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG



gezond seksueel gedrag
ongezond seksueel gedrag
grenzen aangeven

Seks zonder toestemming onder druk, die niet vrijwillig is tussen twee personen die niet gelijkwaardig zijn; er is sprake van afhankelijkheid en machtsmisbruik.

3

GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

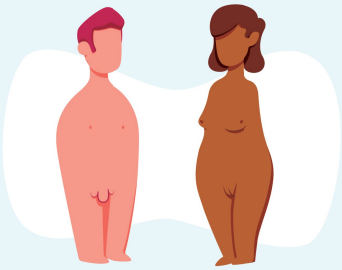


gezond seksueel gedrag
ongezond seksueel gedrag
grenzen aangeven

Als u het gevoel heeft dat uw grenzen overschreden worden, zeg dan 'neen'. Zeg dit duidelijk, leg uit waarom en herhaal indien nodig. Voel je niet schuldig. Opkomen voor jezelf is belangrijk.

1

GENDER

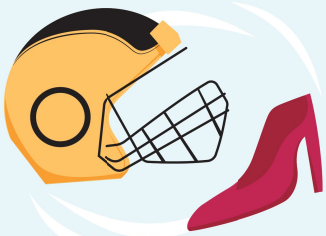


biologisch geslacht
culturele normen
genderidentiteit

Dit is (meestal) duidelijk zichtbaar: mannelijk, vrouwelijk of interseksueel.

2

GENDER

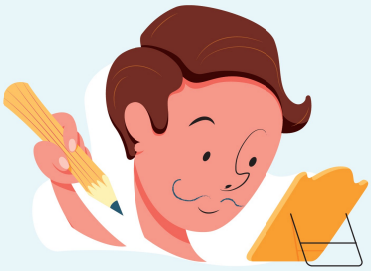


biologisch geslacht
culturele normen
genderidentiteit

Sociale verwachtingen en eigenschappen die typisch aan mannen of vrouwen worden toegekend. Kan verschillen in tijd, context en cultuur.

3

GENDER



biologisch geslacht
culturele normen
genderidentiteit

Het gevoel man, vrouw of tussenwezen te zijn. Dit kan verschillen van het biologische geslacht.

1

VADERSCHAP



zwangerschap
bevalling
opvoeding

Tijdens de zwangerschap bereiden papa en mama zich voor op het leven met een baby. Er komt heel wat kijken bij een kind krijgen en opvoeden, ook voor de vader.

2

VADERSCHAP



zwangerschap
bevalling
opvoeding

Tijdens de bevalling mag de vader aanwezig zijn. Hij kan zijn partner steunen en aanmoedigen.

3

VADERSCHAP



zwangerschap
bevalling
opvoeding

In het begin vinden vaders het vaak moeilijk een band op te bouwen met hun kind. Vaders voelen zich vaak uitgesloten. Toch kunnen ze heel wat betekenen voor mama en kind.

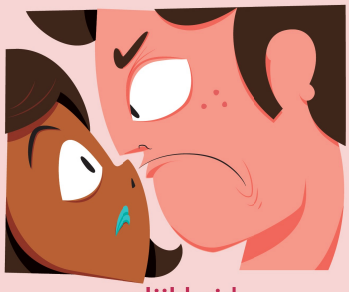
1 GELIJKWAARDIGHEID



gelijkheid
ongelijkheid
noodsituatie

Partners in een relatie hebben dezelfde rechten. Dit betekent dat de keuzes en grenzen van de partner gerespecteerd worden.

2 GELIJKWAARDIGHEID



gelijkheid
ongelijkheid
noodsituatie

Wanneer een van de partners de andere zijn/haar gevoelens, grenzen en rechten niet respecteert.

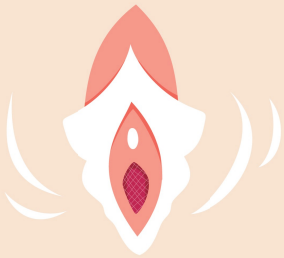
3 GELIJKWAARDIGHEID



gelijkheid
ongelijkheid
noodsituatie

Wanneer de partner uw grenzen niet respecteert, u misbruikt of geweld gebruikt, is dit een noodsituatie en roept u best hulp in. U kan terecht bij de huisarts, CAW of het gratis nummer 1712 bellen.

1 MAAGDELIJKHEID



het maagdenvlies
de eerste keer
maagdelijkheid

Het maagdenvlies is een randje diep in de vagina. De vorm en grootte van het maagdenvlies is bij elke vrouw anders.

2 MAAGDELIJKHEID



het maagdenvlies
de eerste keer
maagdelijkheid

Wanneer een vrouw voor de eerste keer geslachtsgemeenschap heeft, kan het maagdenvlies uitrekken of scheuren en bloeden, maar dit is niet altijd het geval. Het maagdenvlies kan niet bewijzen of een vrouw maagd is of niet.

3 MAAGDELIJKHEID



het maagdenvlies
de eerste keer
maagdelijkheid

Een maagd is iemand die nog nooit geslachtsgemeenschap heeft gehad. Zowel jongens als meisjes kunnen maagd zijn. Maagdelijkheid kan je niet bewijzen.

Bijlage 4: Vragenlijst ter ondersteuning diepte-interview

Context	een bestaande groep vrouwen met gelijkaardige achtergrond maar andere origine vanuit VZW De Sloep, creëert een kwartetspel met als thema seksuele gezondheid.
Mechanisme	de gezamenlijke creatie van een kwartetspel leidt tot diepgaande interactie over het thema seksuele gezondheid
Outcomes	Minder taboe, reflectie over eigen attitudes en percepties

Deelneemsters

- **Algemeen:**
  - Wat dacht je toen je de uitnodiging kreeg om deel te nemen aan de sessie?
  - Waarom wou je graag deelnemen aan de sessie?
  - Welke verwachtingen had je voor de eerste sessie?
  - Speelde het een rol dat het door VZW De Sloep georganiseerd werd?
  - Speelde het een rol dat je werd uitgenodigd door een zorgverlener?
  - Kunt u hierover praten met familie/ vrienden?
  - Hoe praat u erover? Wat zijn de woorden in uw eigen taal?
- **Context:**
  - Hoe vond je de groepsgesprekken?
  - Voelde je je veilig/vertrouwde omgeving? Hoe kwam dit?
  - Wat zorgde ervoor dat je je verhaal kon vertellen?
  - Wat zorgde ervoor dat je je verhaal niet kon vertellen?
- **Mechanisme**
  - Wat was essentieel om effect te hebben op jouw ideeën over seksuele gezondheid?
  - Hoe vond je het maken van het kaartspel? Goed resultaat? Goede tool?
  - Vind je een kaartspel een goede tool om te interageren over seksuele gezondheid?
  - Is het afbeelden van thema's rond seksuele gezondheid aanvaardbaar voor jou? Waarom wel/niet?
- **Outcome**
  - Ben je blij dat je hebt deelgenomen?
  - Werden je verwachtingen ingelost?
  - Wat maakte dat je deelnam aan vervolgsessies?
  - Heb je iets geleerd uit de sessies? Over jezelf? Iets dat in het dagelijkse leven van pas kan komen?
  - Welk effect had de interventie op het spreken over seksualiteit?
  - Helpt het kaartspel om er met anderen, zoals kinderen, over te praten?
  - Ben je van plan het kaartspel in te zetten? Zo ja wanneer en waarvoor?

Medewerksters VZW Sloep

- Wat verwachtte je van de sessies? Werd deze verwachting ingelost?
- Welke sfeer heerste er naar aanloop van de eerste interventie? Waren de reacties positief of negatief?
- Hoe vond je de groepsgesprekken?
- Hoe vond je het maken van het kaartspel? Goed resultaat? Goede tool?
- Vind je een kaartspel een goede tool om te interageren over seksuele gezondheid?
- Wordt er nog nagepraat over de interventie?
- Hoe ervaarde De Sloep deze interventie? Eerder positief/negatief?
- Werden al soortgelijke interventies op basis van interactie georganiseerd binnen De Sloep?
- Welk effect had de interventie op het spreken over seksualiteit?
- Helpt het kaartspel om er met anderen, zoals kinderen, over te praten?
- Ben je van plan het kaartspel in te zetten? Zo ja wanneer en waarvoor?
- Merk je als hulpverlener een actie moeheid? Zo ja, hoe verklaar je dit?
- Merk je als hulpverlener met dit soort interventie een verschil in voldoening tov andere soorten interventies?
- Zijn dergelijke interventies nuttig in de toekomst? Waarom wel/niet?
- Zijn dergelijke interventies haalbaar in de toekomst? Waarom wel/niet?
- Merken jullie als medewerkers van VZW De Sloep verandering bij de dames mbt perceptie/attitude over seksuele gezondheid?

Omgeving deelneemsters

- Werd er thuis gesproken seksuele gezondheid? Waarom wel/niet?
- Met wie kan je praten over seksualiteit?
- Vind je het moeilijk/makkelijk om te praten over seksualiteit? Met wie wel/niet?
- Waar haal jij informatie over seksualiteit?
- Werd er thuis gesproken over de sessies? Zo ja met wie?
- Wordt er sinds de sessies thuis gesproken over seksuele gezondheid?
- Wat vind je van het kaartspel?
- Wat vind je van de afbeeldingen?
- Zou je ze zelf inzetten?
- Vind je het goed om over seksuele gezondheid te praten? Waarom wel/niet

Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Peter DECAT
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
2018/0348		24-mei-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Interventie rond seksuele gezondheid bij moeder-/vrouwengroep, verbonden aan VZW De Sloep (MaNaMa Hanne Hendrick)

Belgisch Registratienummer: B670201835741

* Antwoord onderzoekers via mail dr. H. Hendrick dd. 10/05/2018 op opmerkingen EC dd. 13/03/2018
* Begeleidende brief dd. mei 2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 8/05/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 6/05/2018
* Protocol (ontv. dd. 10/05/2018)
* Vragenlijsten
  Vragenlijst ter ondersteuning diepte-interviews thesis (ontv. dd. 10/05/2018)

Advies werd gevraagd door:

Dr. P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/05/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/05/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 16/05/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/05/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/06/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/06/2018

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Sensoa ontwikkelde daarom een methodiek die het bespreekbaar maken van seksualiteit als huisarts makkelijker maakt. De methodiek bestaat uit vier stappen.

Stap 1: Breng het 'moeilijk' thema seksuele gezondheid zelf ter sprake

Introduceer het thema seksuele gezondheid als een 'delicaat' thema en vraag toestemming om erover te praten.

Ook patiënten kunnen schroom en schaamte ervaren om hun seksuele bezorgdheden zelf te bespreken.7

Door aan te geven dat dit thema niet even evident is om als patiënt zelf ter sprake te brengen, geeft de huisarts indirect de boodschap dat het (mogelijk) ongemakkelijk gevoel hierbij oké is. De toelating vragen ("oké voor jou?") aan de patiënt om dit thema aan te snijden verhoogt de betrokkenheid en gevoel van mede-eigenaarschap om dit thema samen te bespreken. Introduceer het thema seksuele gezondheid als onderdeel van de algemene gezondheid van de patiënt en dus als een onderdeel van het takenpakket van de huisarts.

Een andere mogelijkheid om seks ter sprake te brengen is naar aanleiding van bijvoorbeeld een onderzoek, medicatie, literatuur,… en de impact hiervan op seksualiteit. Een ander soort aanleiding kan zijn te verwijzen naar een eigen ervaring en bijvoorbeeld anoniem te verwijzen naar het wedervaren van een (fictieve) patiënt. Gebruikmaken van 'een aanleiding' geeft de huisarts de mogelijkheid om op een niet-intrusieve manier een (gevoelige) vraag te stellen aan de patiënt. De patiënt hoort dat de huisarts deze vraag over seksueel functioneren stelt omwille van een bepaalde voorkennis en ervaring en niet omwille van de specifieke situatie van de patiënt zelf, waardoor de patiënt dit als minder intrusief gaat ervaren. Bovendien krijgt de patiënt de boodschap dat praten over seksualiteit kan bij de huisarts en dat ook andere patiënten dit bespreken. Indien de patiënt inderdaad seksuele zorgen heeft, krijgt hij met deze aanleidingen ook indirect de boodschap dat hij niet alleen is met seksuele zorgen/moeilijkheden.

Stap 2: Stimuleer de patiënt zoveel mogelijk zelf te vertellen

Bevraag bezorgdheden, ideeën en verwachtingen en exploreer telkens de fysieke, psychologische en sociale (relationele) impact.

Deze tweede stap kent zijn theoretische onderbouwing in het PLISSIT-model.21 Annon toonde reeds in de jaren '70 het belang aan om toelating te geven (permission giving) aan de patiënt om te mogen praten over zijn/haar seksuele bezorgdheden. De meeste mensen met seksuele problemen zouden hiermee reeds geholpen zijn. Het beluisteren van het verhaal biedt de mogelijkheid om erkenning en normalisering aan te bieden. Annon benadrukte dat er dus geen enkele specifieke voorkennis of ervaring nodig is om mensen deze toelating te geven.

Het exploreren van ideeën (Ideas), bezorgdheden (Concerns) en verwachtingen (Expectations), samengevat als ICE, wordt vaak als gesprekstechniek beschreven om het gesprek tussen arts en patiënt vorm te geven.22 Het exploreren van de patiënts eigen bezorgdheden, ideeën en verwachtingen zorgt voor een goede afstemming tussen arts en

patiënt. Door te peilen naar ideeën komen er mogelijk informatietekorten naar boven. De bezorgdheidsvraag geeft een richting waar het prioritaire probleem ligt voor deze persoon. Door te peilen naar verwachtingen creëert men de mogelijkheid om transparant te zijn over een realistisch hulpaanbod en/of behandelplan.

Ook het BioPsychoSociaal (BPS)-model is een handig instrument om patiënten aan te zetten na te denken over hun zorgen en hen hierover te laten praten.23 Het BPS-model kan als kapstok gebruikt worden om vragen te stellen (bij voorkeur open vragen) zodat enerzijds de patiënt gestimuleerd wordt zijn verhaal te vertellen en anderzijds diagnostische informatie verzameld kan worden met betrekking tot de individuele situatie van de patiënt.

Stap 3: Vat samen wat de patiënt vertelt

De duur van een consultatie is beperkt, wat wil zeggen dat de arts op een respectvolle manier terug het gesprek in de hand moet nemen. Dit kan door een samenvatting te maken van datgene wat de patiënt net verteld heeft. Een goede samenvatting laat de patiënt zien dat de huisarts geluisterd heeft. Het geeft de huisarts de mogelijkheid om nadruk te leggen op bepaalde aspecten die de patiënt heeft verteld.

Tot slot geeft een samenvatting de mogelijkheid om het gesprek van richting te veranderen en af te ronden.24 Check of de samenvatting correct is door een gesloten vraag te stellen, zoals: “Klopt dit?” De vraag stelt de huisarts gesloten (ja/neen antwoord), omdat hij in deze fase de patiënt niet meer wil aanzetten om verder te vertellen maar juist wil nagaan of er nog aanvullingen of correcties moeten gebeuren.

Stap 4: Formuleer een mogelijk aanbod

In deze laatste stap wordt de cirkel rond gemaakt. Na de samenvatting hoort de patiënt dat de huisarts hem gehoord heeft, maar de vraag hoe het nu verder moet is hierdoor niet beantwoord. Uit de vraag naar ‘verwachtingen’ (expectations) zal wellicht al duidelijk worden waarop er (prioritair) ingezet kan worden.

Mogelijke behandelpistes zijn:

- bespreek lichamelijke en/of technische onderzoeken;
- corrigeer foutieve informatie en/of geef correcte informatie aan met betrekking tot seksualiteit; hiervoor kan men verwijzen naar www.seksualiteit.be of www.allesoverseks.be of www.zanzu.be;
- stel een vervolgconsult voor;
- doe een doorverwijsaanbod.

Bijlage 7: Protocol MaNaMa-thesis

Omwille van privacy-redenen werden de naam van de vzw en gezondheidspromotoren geblindeerd.

Interventie rond seksuele gezondheid bij moeder-/vrouwengroep, verbonden aan [redacted] vzw

Onderzoeker: Hanne Hendrick (HAIO)
Promotor: Prof. Dr. An De Sutter
Co-promotor: Dr. P. Decat
Praktijkopleider: Dr. Katleen Keppens

1. Probleemanalyse

In de huisartsenpraktijk worden huisartsen regelmatig geconfronteerd met vragen/problemen rond seksuele gezondheid bij moeders en dochters met verschillende origines die moeite hebben hierover te communiceren. Inschatten welke kennis aanwezig is, welke percepties en attitudes er zijn, welke complexe factoren meespelen, is moeilijk omwille van de taalbarrière en de heersende taboes. Uit literatuuronderzoek blijkt dat vrouwen uit etnische minderheden meer kwetsbaar zijn voor ongeplande zwangerschappen, vooral wanneer het maagdelijkheidsideaal heerst. Het praten over anticonceptie bij deze groep is vaak taboe. Verder zou behoren tot een etnische minderheid leiden tot een groter risico op minder effectief gebruik van anticonceptie (1). Cijfers op het vlak van hiv, soa, ongeplande zwangerschap en seksueel geweld liggen hoger bij de groep kwetsbare migranten dan bij de algemene bevolking (2).
Vanuit deze observaties en literatuurstudie groeide het idee met een groep vrouwen met migratieachtergrond een interventie te organiseren die het interageren en communiceren over seksuele gezondheid faciliteert en stimuleert. Verder draagt dit ook bij tot het verhogen van kennis en kan het percepties en attitudes over dit thema beïnvloeden.
Vertrouwde omgeving, vertrouwde hulpverleners en veiligheid zijn de voorwaarden die centraal staan bij deze interventie.

CMO

Context	een bestaande groep vrouwen met gelijkaardige achtergrond maar andere origine vanuit [redacted] vzw, creëert een kwartetspel met als thema seksuele gezondheid.
Mechanisme	de gezamenlijke creatie van een kwartetspel leidt tot diepgaande interactie over het thema seksuele gezondheid
Outcomes	Minder taboe, reflectie over eigen attitudes en percepties

(1) van den Akker, A.C. & Decat, P. Anticonceptie bij patiënten met een migratieachtergrond: Hoe kan de huisarts de therapietrouw verbeteren?; Huisarts Nu (2017) 46: 274.
(2) SENSOA. Seksuele gezondheid van kwetsbare migranten: feiten en cijfers; https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-van-kwetsbare-migranten-feiten-en-cijfers/page/0/10

2. Onderzoeksvraag:

"*Hoe kan een **community interventie** met de gezamenlijke creatie van een kwartetspel over **seksuele gezondheid**, de **communicatie over** en **gezonde attitudes** rond seksuele gezondheid **versterken**?*"

3. Doelgroep:

Een bestaande groep mama's met leeftijd tussen 20 jaar en 60 jaar, met verschillende afkomst (Afrika, Midden-Oosten, Rusland, België). Zij komen iedere woensdagmiddag samen om te sporten en bespreken erna verschillende gezondheidsthema's in informele sfeer. Dit wordt georganiseerd door [redacted] vzw, contactpersoon [redacted]. Zij is bij iedere sessie aanwezig en wil ook haar schouders onder dit project zetten.

4. Beschrijving van de interventie:

4.1. Participatie en voorstelling: creëren van een veilige en vertrouwde omgeving

Om in groep over seksualiteit te praten, moet er een vertrouwelijke en veilige sfeer gecreëerd worden. Dit wordt gerealiseerd door het gesprek te voeren met een bestaande groep vrouwen die elkaar al kennen. Verder is de vaste begeleidster en gezondheidspromotor, [redacted], steeds aanwezig. Zij fungeert ook als vertrouwenspersoon van de groep. De onderzoeker kent de groep niet en zal eerst een sessie meevolgen als deelnemer bij wijze van kennismaking en integratie. Er wordt duidelijk gecommuniceerd dat de onderzoeker later zal terugkomen en enkele sessies rond seksuele gezondheid zal organiseren samen met de vaste begeleidster.

4.2. Vorming rond seksualiteit bij mensen met migratieachtergrond

Voor de aanvang van de sessies zullen de onderzoeker en de gezondheidspromotie een vorming volgen rond het praten over seksuele gezondheid bij mensen met migratieachtergrond. Dit wordt georganiseerd door SENSOA. Tevens wordt er bekeken welk materiaal er gebruikt kan worden om de sessies te ondersteunen.
Zo bestaat er een website, www.zanzu.be, met informatie en afbeeldingen over seksuele gezondheid in verschillende talen die de sessies kan ondersteunen.

4.3. Exploreren hulpvragen aan de hand van het kaartspel

Na de deelname aan de sportsessie en vorming van SENSOA volgt enkele weken later een 1e sessie rond seksuele gezondheid: aan de hand van het kaartspel worden bepaalde topics aangehaald die alle moeders aanbelangen, ao betekenis van moeder zijn, puberteit, anticonceptie, relaties,... Door de tool wordt het ijs gebroken en wordt meteen getoetst wat deze groep wil en aankan.
Voor de start worden er enkele zaken afgesproken: je vertelt enkel wat je wilt, er is respect voor ieders inbreng, er wordt gebruik gemaakt van duidelijke, aanvaardbare taal. Dit wordt geïmplementeerd aan de hand van de PICKASOLL-methodiek (tabel 1). Verder wordt er aan de hand van deze kaarten ook bepaalde thema's uitgekozen waarover de vrouwen het in de volgende sessies willen hebben. Tevens wordt er meteen ook getoetst welke gemeenschappelijke, aanvaardbare taal en afbeeldingen er gebruikt kan worden gedurende de sessies.
Het doel is om samen in enkele sessies een kaartspel te maken dat de thema's behandelt waar zij het over willen hebben.

Tabel 1: PICKASOLL-methodiek, belangrijkste afspraken voor een geslaagde sessie (Sensoa, Werkgroep goede minnaars)

P	Privacy	Persoonlijke informatie is vertrouwelijk en blijft binnen de groep. Wat we hier horen, gebruiken we niet in andere situaties. Ook de begeleiders doen dat niet.
I	Ik	We praten over onszelf, onze gevoelens, ervaringen en opvattingen. We zijn open en eerlijk in wat we vertellen.
C	Cultuur	Hou rekening met de verschillende culturele achtergronden die in de groep meespelen. 'Cultuur' kan verwijzen naar je afkomst, maar ook naar je religie of je thuiscultuur.
K	Kies	Kies wat je wel en niet vertelt. Niet alles is voor alle oren bedoeld. Je mag je gevoelens en gedachten voor jezelf houden als je je niet comfortabel voelt in de groep.
A	Actief	Wees actief in het groepsgebeuren. Je krijgt de kans om zelf te bepalen waarover het gaat. Wacht dus niet af tot iemand anders iets inbrengt.
S	Seksualiteit	Seksualiteit betekent niet alleen met iemand naar bed gaan. Seks zit ook in je hoofd en in je gevoelens. We hebben het hier dus over alle vormen van seks en iedereen kan erover meepraten. Er zijn grote verschillen tussen culturen en mensen (mannen en vrouwen, jong en oud) in de wijze waarop ze met seks, uiterlijk en talenten omgaan.
O	Oriëntatie	Mensen kunnen heteroseksueel, homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn. Welke seksuele oriëntatie je ook hebt, iedereen is uniek en verdient respect.
L	Luisteren	Luisteren is belangrijk, niet alleen praten. Je hoeft niet iedereen leuk te vinden, maar respect voor ieders eigenheid, talenten en interesses is wel belangrijk.
L	Lachen	Humor is belangrijk. Het is soms een middel om geladen onderwerpen te ontmijnen. Uitlachen kan niet.

4.4. Uitdiepen thema's

Door middel van stellingen, kaarten, foto's en materiaal van SENSOA (oa Zanzu website) wordt er geïnterageerd over de aangegeven thema's. Het is de bedoeling over elk thema een conclusie te formuleren en te vertalen in een thema voor het kaartspel.
Het aantal sessies in deze fase kan variëren van 1-3.

4.5. Maken van het spel

Productie van het spel: kiezen van de tekst, aanpassen van de afbeeldingen etc.

4.6. Overhandigen spel aan iedere deelnemer, eventueel uitnodigen dochters

In de laatste sessie wordt het spel overhandigd en bestaat de mogelijkheid voor de moeders om hun kinderen mee te nemen en samen het spel te spelen en te bespreken.

4.7. Diepte-interviews.

Interviews van enkele deelneemsters, hulpverleners en mits toestemming van de deelneemster ook meerderjarige gezinsleden om na te gaan hoe deze interventie ervaren werd, de verwachtingen werden ingelost, communiceren over seksuele gezondheid gefaciliteerd werd en of deelnemers na deze sessies gaan nadenken over eigen percepties en attitudes.

4.8. Spin-offs: papa's?

[redacted] vzw is enthousiast om het project door te trekken naar de mannengroep en het spel daar te implementeren/zelf een te creëren.

5. Methodologie

Welke onderzoeksmethodes (kwantitatief en/of kwalitatief) zal je gebruiken om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

De onderzoeksmethode is 'realist evaluation' (kwalitatief onderzoek). Bij deze onderzoeksmethode ligt de focus op het proces van verandering en niet op de outcome:
Wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden en waarom?
Aan de hand van diepte interviews zal getracht worden de onderzoeksvraag te beantwoorden: *"Hoe kan een community interventie met de gezamenlijke creatie van een kwartetspel over seksuele gezondheid, de communicatie over en gezonde attitudes rond seksuele gezondheid versterken?"*. Er zal oa gepeild worden naar motivatie voor deelname aan de sessies en of hun verwachtingen werden ingelost.


play
4
Progress