



**Volle Maan**  
expertisecentrum kraamzorg

## **HANDLEIDING**

# **Cultuursensitieve seksuele en reproductieve gezondheidsvoorlichting**

**Hanan Ben Abdeslam**  
**Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan**  
**Koningsstraat 294-296, 1210 Brussel**  
**[info@expertisecentrum-vollemaan.be](mailto:info@expertisecentrum-vollemaan.be)**

**V.U. Agnes Bode, Familiehulp vzw, koningsstraat 294, 1210 Brussel**

**Referte D/2012/8797/1**

<b>1</b>	<b>INLEIDING .....</b>	<b>5</b>
1.1	Visie .....	5
1.2	Doel .....	5
1.3	Achtergrond van het project .....	6
1.4	Omschrijving van de doelgroep .....	7
<b>2</b>	<b>INZICHTEN VAN DE BEGELEIDER .....</b>	<b>9</b>
2.1	Profiel van de begeleider .....	9
2.1.1	Een empathische en overtuigende houding .....	9
2.1.2	Eigen waarden en normen .....	9
2.1.3	Communicatie .....	9
2.1.4	Humor .....	10
2.1.5	Discussies of conflicten .....	11
2.1.6	Veiligheid en privacy .....	11
2.2	Cultuursensitieve inzichten van de begeleider .....	12
2.2.1	Wat is cultuursensitiviteit? .....	12
2.2.2	Westerse kijk op seksualiteit en reproductieve gezondheid .....	14
2.2.3	Seksuele en reproductieve gezondheid van mensen met migratie-achtergrond in België .....	15
2.2.4	Seksuele opvoeding binnen een andere culturele en religieuze context .....	18
2.2.5	Verskil tussen religieuze en culturele aspecten .....	22
2.2.6	Religie, seksualiteit en reproductieve gezondheid .....	22
2.2.7	Cultuurspecifieke topics .....	26
<b>3</b>	<b>VERLOOP VAN DE CURSUS .....</b>	<b>36</b>
3.1	Praktische afspraken: .....	36
3.2	Samenvatting draaiboek : .....	37
3.3	Het draaiboek .....	41
3.3.1	Voorstelling van de begeleider .....	41
3.3.2	Kennismaking .....	41
3.3.3	Afspraken volgens de RIP (Respect, Interactie en Privacy) methode .....	42
3.3.4	Bespreken van vrouwelijke en mannelijke geslachtsorganen .....	43
3.3.5	Menstruele cyclus en vruchtbaarheid .....	44
3.3.6	Anticonceptiemogelijkheden en demonstratie .....	44
3.3.7	Afronding en evaluatie .....	45
<b>4</b>	<b>ALGEMEEN BESLUIT .....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>BRONVERMELDING .....</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>53</b>
6.1	Evaluatie project kwetsbare (zwangere) vrouwen 2009 .....	53
6.2	Inhoud van de koffer .....	61



# 1 INLEIDING

## 1.1 Visie

*Het Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan wil kwetsbare doelgroepen inlichten over het volledige aanbod van anticonceptie zodat zij in staat zijn daarbinnen een bewuste keuze te maken voor zichzelf en hun gezin, ongeacht hun herkomst of religie.*

*Een bijkomend doel is om de (kwetsbare) vrouwen en mannen op deze manier weerbaarder te maken ten aanzien van hun partners en huisartsen, zodat ze in staat zijn om voor zichzelf op te komen.*

*Het start met de essentiële basisinformatie over vruchtbaarheid en het vrouwelijk en mannelijk lichaam, omdat deze kennis vaak ontbreekt. Hiertoe wordt een veilige sfeer gecreëerd waardoor taboes en mythes over anticonceptie en seksualiteit kunnen besproken worden.*

## 1.2 Doel

Spreeken over het thema seksualiteit en reproductieve gezondheid is niet altijd vanzelfsprekend, zeker niet in een superdiverse maatschappij waar mensen van verschillende achtergrond, uit verschillende culturen en met andere waarden en normen met elkaar in aanraking komen.

*Hanan: “Mijn interesse en motivatie om dit draaiboek te schrijven is groot omdat ik binnen mijn eigen praktijkervaring als vroedvrouw ben gestoten op heel wat taboes en onwetendheid, met de nodige gevolgen. Ook kwamen er vragen van collega’s die deze ervaringen niet konden plaatsen binnen hun eigen referentiekader.”*

**De bedoeling van dit handboek is om de begeleider inzicht te verschaffen hoe hij/zij aan volwassenen en jongeren met een diverse culturele en religieuze achtergrond, voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid op een cultuursensitieve manier kan geven. Er wordt aangebracht hoe je geboorteregeling ter sprake kan brengen, met aandachtspunten voor taboes, communicatiebarrières, invloed van de familie, westerse normen en waarden versus niet-westerse normen en waarden.**

De handleiding omvat zowel een theoretisch als een praktisch gedeelte.

Het eerste deel **“Inzichten van de begeleider”** bevat noodzakelijke achtergrondkennis inzake cultuursensitieve voorlichting, die de begeleider dient te kennen. Dit theoretisch luik gaat over de kijk op seksualiteit en geboorteregeling vanuit verschillende culturen en religies maar doet dit enkel om te verduidelijken en niet om te overculturaliseren of te stigmatiseren. De houding en aanpak van de begeleider zijn fundamenteel. Elke begeleider dient zich bewust te zijn van de eigen culturele en religieuze bril om van daaruit neutraliteit in de uiteenzetting na te streven.

Het tweede deel **“Verloop van de cursus”** is het praktisch gedeelte van de cursus, dat ondersteund wordt met een voorlichtingskoffer met visueel en didactisch materiaal. Er wordt hierbij voorondersteld dat de begeleider voldoende basiskennis heeft van de gangbare informatie over seksualiteit, anticonceptie en geboorteregeling.

Dit is een praktische toepassing van het vergroten van **health literacy**, of gezondheidswijsheid of gezondheidsvaardigheden genoemd. Dit concept wordt gedefinieerd als “de kennis, motivatie en competentie om informatie over gezondheid op te zoeken, te begrijpen, te beoordelen, en toe te passen om in het dagelijks leven beslissingen te kunnen nemen met betrekking tot de gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, en zo gedurende de ganse levensloop de eigen gezondheid te handhaven of te verbeteren” (Sørensen et al, 2012; Vancorenland et al., 2014).

Uit een gemeenschappelijk onderzoek van CM, UCL en KUL blijkt dat in Brussel slechts 52,5% van de bevolking over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikt (Vancorenland et al., 2014). Wat betekent dat 47,5% over onvoldoende gezondheidsvaardigheden beschikt.

Informatie aanbieden alleen is niet voldoende om gedrag te veranderen (educatie alleen zorgt slechts voor 20% van **gedragsverandering**). Hoe de informatie gepresenteerd wordt maakt een groot verschil, met de volgende drie aanpassingen kun je tot 60% gedragsverandering bereiken: maak de informatie tastbaar, gepersonaliseerd en zorg voor interactie. Wat ook belangrijk is dat er connectie wordt gemaakt naar de persoonlijke waarden, onderliggend aan de basis van het gedrag. Deze kunnen bij elk publiek anders zijn. Sociale normen zijn een grote motivator (Cross, 2013). Ook Switzler (2012) zegt dat het vergroten van “skillpower” (kennis, persoonlijke vaardigheden) en sociale motivatie grote factoren zijn.

### **Met de koffer willen we hier op drie manieren aan bijdragen:**

**Kennis** overbrengen op een begrijpelijke manier, **aangepast aan de doelgroep**: met behulp van illustraties en demonstratiemiddelen vrouwen informeren over de werking van hun lichaam en vertrouwd maken met de mogelijkheden tot gezinsplanning.

Er zit ook een deel **doorverwijzing** in de koffer vervat: waar kan de vrouw terecht als ze met bepaalde vragen of zorgen zit ook na de voorlichtingssessie. Via de publicaties in de koffer wordt informatie verschaft van specifieke organisaties.

Het derde aspect van de koffer is heel belangrijk, namelijk het stimuleren tot het **uitwisselen** van ervaringen, kunnen **vragen** stellen, **taboes** bespreken en **doorbreken** door in **dialog** te gaan; dus het vergroten van communicatie- en maatschappelijke vaardigheden.

Dit is allemaal noodzakelijk opdat een vrouw met vertrouwen een bewuste keuze kan maken voor zichzelf en haar gezin.

## **1.3 Achtergrond van het project**

Het expertisecentrum kraamzorg Volle Maan heeft in 2006 een literatuurstudie gedaan naar de invloed van contraceptief gedrag op het allochtone abortuspercentage en een inventarisatie van de noden van Brusselse ziekenhuizen en organisaties. Dit gebeurde naar aanleiding van de hoge abortuscijfers in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, waarbinnen een hoog aantal abortussen bij allochtone vrouwen. Uit het onderzoek bleek dat er vooral nood is aan voorlichting over anticonceptie aan kwetsbare doelgroepen.

Het expertisecentrum Volle Maan heeft na overleg met de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), Sensoa en enkele Brusselse organisaties die de kwetsbare (zwangere) vrouwen in Brussel bereiken, in 2008 een projectaanvraag betreffende ‘kwetsbare (zwangere) vrouwen in Brussel’ ingediend.

Er werd vanuit bestaande materialen en eigen ervaringen een voorlopig vormingspakket samengesteld en uitgetest. Tijdens de evaluatie werden de bijkomende noden van de kwetsbare (zwangere) vrouwen bevestigd en geïnventariseerd. De visie van de organisaties op anticonceptie werd eveneens vastgelegd.

Er werd een cursuspakket ‘anticonceptie’ met draaiboek en koffer opgemaakt, getest, geëvalueerd en in samenwerking met Sensoa bijgestuurd.

Dit alles gebeurde tussen 2009-2012, waarna de 50 koffers voorgesteld werden aan het publiek en verspreid werden over Brussel en Vlaanderen.

Gezien de grote vraag werd in 2017 een extra oplage gemaakt.

## 1.4 Omschrijving van de doelgroep

We leven in een multiculturele en multi-etnische samenleving met ook binnen de autochtone bevolkingsgroepen verschillende culturen. De bevolkingsdiversiteit is de laatste decennia aangegroeid door de verschillende immigratiestromen. Het is en wordt dus moeilijker om onze huidige nieuwe maar ook complexe samenleving te beschrijven met begrippen als Belg en niet-Belg, nieuwe Belg, autochtoon, allochtoon, migranten, nieuwkomers of in termen van nationaliteiten of wij/zij verhoudingen. Tegenwoordig wordt gekozen voor de benaming ‘met een migratieachtergrond’ i.p.v. allochtoon.

Bovendien leven we in een ‘**superdiverse**’ samenleving: superdiversiteit om te benadrukken dat het niet meer alleen gaat over de verscheidenheid aan afkomst, maar dat er een grote diversiteit binnen de diversiteit is.

De doelgroep van deze cursus omschrijven is dan ook niet evident. Vandaar is het belangrijk om even stil te staan op de definities die we hanteren in deze handleiding.

We kozen voor de term ‘kwetsbare (zwangere) vrouwen in Brussel’.

Als we proberen ‘**kwetsbaar**’ te omschrijven, doen we een beroep op de definitie van maatschappelijk kwetsbare gezinnen van Kind en Gezin:

*“Maatschappelijk kwetsbare gezinnen” zijn gezinnen die met uitsluiting bedreigd zijn of in uitsluiting leven. Het gaat om gezinnen die een **gebrekkige toegang** hebben tot maatschappelijk hooggewaardeerde goederen zoals werk, inkomen, huisvesting, school en gezondheidszorg. Dat zijn vijf van de zes domeinen waar wij het binnen Kind en Gezin over hebben wanneer we spreken over kansarmoede.*

*Bij allochtone gezinnen moet men rekening houden met twee aspecten die het risico op uitsluiting nog verhogen, namelijk de **taalkloof** en de **cultuurkloof**.”*

In dit project willen we vooral ingaan op de laatste twee elementen die maken dat sommige groepen minder gemakkelijk de juiste informatie vinden. Zij beantwoorden daarom niet noodzakelijk aan alle criteria van kansarmoede.

Uit onderzoek en bevraging blijkt dat vooral mensen van niet-westerse migratieachtergrond van de eerste en tweede generatie grote nood hebben aan voorlichting en dat de betrokken hulpverleners nood hebben aan scholing en educatief materiaal voor deze specifieke doelgroep.

Als mogelijk antwoord op taalproblemen bestaat dit pakket uit veel visueel materiaal. Indien nodig kan natuurlijk ook een tolk aanwezig zijn. Wat de cultuurkloof betreft besteden we in deze handleiding heel wat aandacht aan cultuursensitieve elementen.

Los van deze doelgroepen zijn wij ervan overtuigd dat het **vormingspakket** (geheel of gedeeltelijk) eveneens **kan gebruikt worden in scholen, jeugdbewegingen, asielcentra, wijkgezondheidscentra** ...als preventieve methodiek. Ook voor individuele vragen zijn delen ervan bruikbaar.



## 2 INZICHTEN VAN DE BEGELEIDER

### 2.1 Profiel van de begeleider

We koppelen geen diplomavereiste aan het profiel van de cursusbegeleider voor dit pakket. Wat we wel willen bespreken is de noodzakelijke achtergrondkennis over het thema seksuele en reproductieve gezondheid en de juiste vormingsattitude.

#### *2.1.1 Een empathische en overtuigende houding*

Een basisvoorwaarde om deze cursus goed te kunnen geven is dat je zelf als begeleider vlot over dit thema kan spreken vanuit een zeer empathische en begripvolle houding. In groep durven praten en vragen stellen over seksualiteit, een mening durven uiten zonder hierbij iemand te veroordelen, is een must.

Openheid, oprechtheid en jezelf soms kwetsbaar opstellen zijn belangrijk om vertrouwen te creëren.

Motivatatie en overtuiging lijken vanzelfsprekend, maar zijn toch belangrijk om te bespreken. Motivatie werkt aanstekelijk in een groep. Om een groep te begeleiden en te motiveren moet je zelf geloven in wat je geeft. Zo kan je erin slagen om de schroom die zeker in het begin bij de deelnemers aanwezig is, weg te werken.

De groepsvorming bereikt via wisselwerking het meeste effect.

#### *2.1.2 Eigen waarden en normen*

Kennis van je eigen waarden en normkader inzake seksualiteit, anticonceptie, religie en relatie, is zeer belangrijk.

Deelnemers aan een groepsvorming kunnen immers persoonlijk getinte vragen stellen aan de begeleider. Deze hoeft hierop niet in te gaan, maar moet er wel op voorbereid zijn om op een correcte manier de eigen grenzen aan te geven en te bewaken.

Een eerlijk, afgelijnd antwoord geven zonder iemand te veroordelen of te discrimineren, openheid en tolerantie ten aanzien van waarden en normen die afwijken van je eigen waarden zijn zeer belangrijke aandachtspunten.

Wees je bewust van je eigen culturele bril. Presenteer je eigen normen, waarden en opvattingen over relaties en seksualiteit niet als superieur aan anderen. Vermijd een paternalistische houding en ga meer in dialoog.

Probeer je te verplaatsen in de andere en toon belangstelling voor belangrijke culturele kwesties.

#### *2.1.3 Communicatie*

##### ***Aandacht voor taal***

Het is belangrijk dat je het land van herkomst en de taal van je groep op voorhand kent.

Met de organisatoren kan er bekeken worden welke taal het meest begrepen wordt (Nederlands/Frans/Engels/...) en wordt er, in de mate van het mogelijke, best in die taal vorming gegeven of met vertalers gewerkt. Vandaar ook de keuze voor het gebruik van veel visueel materiaal ter ondersteuning van de vormingen.

### ***Wijze van communiceren***

Verbale communicatie is een interactie, een uitwisseling van informatie tussen twee of meer personen. Er is een persoon die een boodschap overbrengt en een andere die ze ontvangt. Wanneer het effect van de boodschap bij de ontvanger overeenkomt met de bedoeling van de zender, dan is de communicatie geslaagd.

Als dit mislukt, is het omdat er bij het communiceren bewust en onbewust signalen worden verzonden, waargenomen en ontvangen die op meerdere manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Jezelf bewust zijn van je eigen lichaamstaal, mimiek en gebaren is essentieel. Vandaar dat het belangrijk is om tussendoor feedback te vragen.

Een ander probleem dat zich kan voordoen, ligt erin dat mensen eigenlijk niet aandachtig naar elkaar luisteren en onnodige vragen stellen. Als begeleider het goede voorbeeld geven door actief te luisteren en goed te structureren vergemakkelijkt dit. Je naar anderen empathisch opstellen en de anderen aanvaarden vanuit een authentieke en oprechte houding creëert een sfeer die open en eerlijke communicatie toelaat.

Bij taboegevoelige thema's is het belangrijk om ook de non-verbale communicatie van de groep in het oog te houden om de grenzen van de deelnemers te kunnen respecteren. Je kan dan als begeleider een vraag stellen aan de groep als je iets wat iemand gezegd heeft, niet begrijpt (bijv. ik zie dat men niet akkoord gaat met deze stelling of uitleg, is het juist wat ik zeg, ... kan iemand mij uitleggen, ...) en de groep aan het woord laten.

Het is belangrijk dat men zich openstelt voor dialoog en aandachtig luistert naar wat de deelnemers vertellen en bijkomend aan de cursus inbrengen. Als begeleider hoef je niet alles te weten over een andere cultuur of religie, maar wees nieuwsgierig en stel vragen.

### ***2.1.4 Humor***

Humor is universeel en een goede communicatievorm om moeilijke gespreksonderwerpen in te leiden en bespreekbaar te maken.

Steeds meer onderzoeken tonen de nuttige effecten van humor aan.

Lachen is ontspannend en helpt mensen omgaan met hun angsten, creëert een groepssolidariteit en verbondenheid. Onderwerpen die gevoelig of taboe zijn, worden gemakkelijker bespreekbaar. Humor relativeert, ontwapent, ontspant, verbindt, bevrijdt, doorbreekt en ontstrest. Humor stimuleert ook het geheugen waardoor informatie beter wordt onthouden. Iedereen weet dat lachen gezond is, maar toch wordt het te weinig bewust gebruikt.

In het begin van een sessie zal je de spanning in de lucht voelen omdat de meeste vrouwen stil en benieuwd zijn naar wat er zal verteld worden. De begeleider hoeft geen bijzondere aanleg te hebben voor humor, maar zodra er zich een lachwekkende situatie voordoet grijpt hij best die kans om een ontspannen sfeer te creëren.

Humor mag niet kwetsend, seksistisch of discriminerend zijn of overdreven. Er zijn veel soorten humor. Het uitgangspunt is om niet te redeneren vanuit je eigen context, maar je te verplaatsen in je doelgroep en het juiste moment te kiezen vanuit wederzijds respect.

### *2.1.5 Discussies of conflicten*

In een groep kunnen er discussies over bepaalde onderwerpen ontstaan. Het is geen gemakkelijke opdracht om deze in goede banen te leiden zonder de sfeer en interactie te breken. Is de sfeer vijandig of gespannen, dan is het niet verstandig om het gesprek te beginnen met het thema seksualiteit. Het is dan beter om te starten vanuit algemene onderwerpen zoals gezondheid, menstruele cyclus en veranderingen van het lichaam.

Het is belangrijk om de discussies neutraal en onpartijdig aan te pakken en op te lossen met respect voor ieders mening. Iedereen heeft altijd zijn eigen mening, maar de begeleider moet zijn mening niet altijd uiten en zeker niet opdringen.

Om de discussie te begeleiden kan je gebruik maken van je achtergrondkennis en wetenschappelijke informatie.

Respect hebben voor de mening, waarden en normen van anderen die niet overeenstemmen met je eigen waarden en normen, is belangrijk. Als jij zelf het moeilijk hebt met wat er verteld wordt in de groep, moet je dit bespreekbaar maken in de groep. Anders kan dit het verdere verloop negatief beïnvloeden, wat niet de bedoeling is.

Als begeleider mag je ook je eigen kennis niet brengen als de ultieme en enige waarheid, maar vul je de aanwezige groeps-kennis aan en stuur je bij indien nodig. Zo creëer je een basisvertrouwen.

### *2.1.6 Veiligheid en privacy*

Een veilige sfeer in een groep is een belangrijke voorwaarde om te kunnen praten over thema's als relaties, seksualiteit en geboorteregeling. De deelnemers moeten het gevoel hebben dat ze vrijuit kunnen praten zonder dat ze ver- of beoordeeld worden.

Als de sfeer gespannen is, dan begin je vanuit ervaringsuitwisseling met onderwerpen die ze wensen te bespreken, tot de sfeer (weer) veilig is.

Bij de start spreek je af, dat wat verteld wordt, binnen de groep blijft en dat elkaars mening wordt gerespecteerd. Vooral in groepen waarin veel verschillen zijn in culturele en religieuze achtergronden is het best om deelgroepen te vormen. Discussies over wat goed en slecht is kunnen een aanleiding zijn om in groep te bespreken en zo tot een conclusie te komen. De begeleider moet het gesprek wel in goede banen blijven leiden.

Belangrijk is starten vanuit een houding van wederzijds respect voor de privacy en de grenzen van de deelnemers. Als die niet duidelijk zijn, is het goed dat je bijv. vraagt wat de groep in welke volgorde wil bespreken of welke onderwerpen meer interesse wekken dan andere.

## 2.2 Cultuursensitieve inzichten van de begeleider

### 2.2.1 Wat is cultuursensitiviteit?

Wat bedoelen we met **cultuursensitiviteit**?

Cultuurgevoeliger maken = het bewust worden en evenwichtig hanteren van de eenzijdige (westerse) cultuurbepaaldheid van zorgaanbod en de veelzijdige culturele bepaaldheid van de zorgvraag (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, z.j.).

De culturele antropologie leert ons dat gedragingen hun reële betekenis niet prijsgeven als we ze niet in verband brengen met de cultuur waarin ze ingebed zijn.

Om cultuursensitieve seksuele en reproductieve voorlichting te geven is het belangrijk om inzicht te hebben in de attitudes, waarden, normen en religie van de doelgroep en om taboeonderwerpen te kunnen bespreken.

Het is meer dan alleen voorlichting geven, dit inzicht hebben is essentieel.

Zoals in de inleiding reeds vermeld, wordt in dit handboek vanuit verschillende culturen en religies geredeneerd maar doen we dit enkel om inhoud te verduidelijken en **niet** om te **overculturaliseren** of te stigmatiseren. Het is geenszins een veralgemening, het is de bedoeling om de gevoeligheden die leven in verschillende groepen bespreekbaar te maken door kennis naar voor te brengen. Dit kan een basis vormen om tot dialoog te komen in een groep waar veel verschillen zijn.

Behalve door hun culturele achtergrond worden mensen namelijk ook gevormd door kenmerken als leeftijd, sociale klasse, geslacht, gender, seksuele oriëntatie, familiesituatie, migratieachtergrond, etniciteit, fysieke en mentale capaciteiten, opleiding, geografische locatie, mediagebruik, verblijfsstatuut, taal, gezondheid, religie, bezit, maatschappelijke ontwikkeling, nationaliteit, huidskleur, enz. Dat zijn niet zomaar ‘details’, het zijn assen van identiteitsvorming. Ze geven vorm aan wie we zijn en welke positie we in de samenleving krijgen én kunnen innemen. Iedereen staat op een ander kruispunt van verschillende **assen van identiteitsvorming**. Dit noemt men **kruispuntdenken** (of intersectioneel denken), het is een manier van denken over verschil en machtsongelijkheid. Al die assen haken op elkaar in en hebben invloed op elkaar. Ze bepalen samen onze positie, ons gedrag en ons denken. Ook de kansen die we krijgen, hangen hiermee samen. De maatschappij schat namelijk bepaalde kenmerken hoger in of beschouwt ze meer als de norm dan anderen. (Jong & Van Zin en *ella* vzw, 2016).

**Intercultureel communiceren** gaat over het overbruggen van verschillen in het coderen en interpreteren van een bericht. Dat overbruggen wordt vergemakkelijkt als men er zich bewust van is dat er verschillen kunnen bestaan. Vervolgens helpt kennis van culturele verschillen omdat men dan in de codering en interpretatie van een bericht aanpassingen kan maken zodat de kans op een goed begrip groter wordt (Vrouwenraad, 2014).

Bij **interculturalisatie** ligt het accent op de diversiteit aan etnisch-culturele achtergronden van migranten en de erkenning daarvan in het aanbod van voorzieningen. Interculturalisatie is niet een doel op zich, maar het is een middel om de kwaliteit van de zorg aan allochtonen te verbeteren met het oog op een adequate aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Het is een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, z.j.).

## 2.2.2 *Westerse kijk op seksualiteit en reproductieve gezondheid*

Het is belangrijk dat wij als hulpverleners beseffen dat we hier in België gesitueerd zijn binnen de West-Europese cultuur en geschiedenis. Dit besef van eigen referentiekaders is belangrijk omdat het ons functioneren en onze interacties beïnvloedt.

In de zestiger jaren bracht de seksuele revolutie een ommekeer teweeg in de opvattingen over seksualiteit binnen de West-Europese cultuur. Seksuele praktijken worden beschouwd als normaal, zolang ze plaatsvinden tussen instemmende volwassenen en de integriteit van de partners niet aantasten.

De **seksuele revolutie** is een westers gegeven met de nadruk op individuele ontwikkeling en ontplooiing. Het huwelijk en het klassieke gezin werden er in vraag gesteld. Seksualiteit kwam los te staan van de voortplanting met de komst van de pil als anticonceptiemiddel.

De gevolgen van de seksuele vrijheid uiteten zich vandaag op alle gebieden: de media, de reclamewereld, tijdschriften, internet, muziek, mode, kleding, ... zijn erdoor beïnvloed. Overal word je hiermee geconfronteerd.

Aan de andere kant heeft de seksuele revolutie ervoor gezorgd dat seksualiteit bespreekbaar werd. Er werd openheid gecreëerd om over anticonceptie te praten, inclusief de mogelijkheid om misbruik bespreekbaar te maken.

Sinds enkele jaren horen we spreken over **hyperseksualisering**. Meer en meer ouders en opvoeders worden geconfronteerd met de invloed van seksualiteit binnen de media, het internet en de reclamewereld. De publicitaire ontwerpers richten hun reclame op seksualiteit en op het lichaam van de vrouw dat als een object wordt gebruikt, wat schadelijke gevolgen heeft voor het beeld van de vrouw.

Volgens Jocelyne Robert, seksuoloog en auteur, worden kinderen van de eenentwintigste eeuw vroegtijdig gestimuleerd om zich seksueel als een volwassene te gedragen. Deze auteur heeft dit vooral geobserveerd in westerse landen (Centre de Documentation et d'Information de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FCLPF-CEDIF, 2011).

De puberteit is een cruciaal moment dat gekenmerkt wordt door sterk zoeken naar de eigen identiteit, naar modellen om zich te identificeren op het vlak van kledijcodes, houdingen, gedragingen, idolen, muziek, ... allemaal bepalende elementen voor het vormen van een identiteit en die iemand al dan niet doen behoren tot een groep.

Professor Adriaenssens stelt vast dat jongeren wel uitdrukkelijk vragen om gezag. Ze willen dat iemand, en dan nog het liefst hun ouders, hen vertelt wat goed en wat fout is.

Nathalie Trépanier, seksuoloog, buigt zich sinds enkele jaren over het onderwerp en geeft voorlichting aan jongeren in scholen. Zij stelt voor om ouders bewuster met hun kinderen te laten communiceren over seksualiteit om ze weerbaar te maken tegen deze maatschappelijke hyperseksualisering die in de media als banaal wordt gepropageerd en niet noodzakelijkerwijs de realiteit is (FCLPF-CEDIF, 2011).

### *2.2.3 Seksuele en reproductieve gezondheid van mensen met migratie-achtergrond in België*

We kunnen niet ontkennen dat mensen van buitenlandse afkomst nood hebben aan een degelijke opvolging binnen de gezondheidszorg waaronder de reproductieve gezondheid, maar dat deze niet altijd toegankelijk is voor hen.

Om een idee te geven: het **armoederisico** voor de Belgen is 12%, voor mensen afkomstig uit het noordwesten van Europa loopt dat op tot 18%, voor Zuid-Europeanen (Spanje) groeit dat aan tot 22%. Voor Turken ligt dit op 33%, terwijl bij mensen van Marokkaanse origine het armoederisico op 54% ligt. Nog schrijnender is het voor mensen zonder papieren met 95% (Dierckx et al., 2011).

Een recent onderzoek van de ULB in opdracht van de Koning Boudewijnstichting heeft aangetoond dat 41,5% van de **Brusselse kinderen in armoede** geboren wordt, met 27.6% zelfs in diepe armoede (De Spiegelaere et al., 2017).

In de perinatale periode gaat de sociaal-economische situatie van de moeder er op achteruit. Afkomstig zijn uit niet-Europese landen, in het bijzonder uit Sub-Saharaans Afrika, verhoogt het risico op armoede, net als eenouderschap. Combineer dit met het feit dat 75% van de moeders die in Brussel bevallen een migratie-achtergrond heeft, en dat één kind op 6 in een eenoudergezin geboren wordt, en dit maakt duidelijk dat, heel eenvoudig gezegd, er in Brussel heel veel kinderen worden geboren in preciaire situaties (De Spiegelaere et al., 2017).

#### *A. Cijfers abortus en anticonceptiegebruik*

Eerst gebruiken we gegevens uit de literatuurstudie uitgevoerd door KULeuven in opdracht van het Expertisecentrum Volle Maan in 2011.

In Brussel, het hart van Europa, is er een hoog aantal allochtone abortuscliënten.

Allochtone vrouwen hebben een significant verhoogd risico op abortus, en het anticonceptiegebruik is bij de allochtone abortuscliënten aanzienlijk lager dan bij de autochtone abortuscliënten. Een significant deel van de allochtone vrouwen gebruikt geen enkele vorm van anticonceptie of past het toe op een incorrecte methode, wat het risico op abortus in de hand werkt. Binnen dit kader kunnen we enkele essentiële conclusies trekken.

Er is een belangrijk verschil tussen het anticonceptiegebruik van nieuwkomers en de gevestigde, meestal tweede generatie allochtone, jonge vrouwen. Bij de nieuwkomers spelen vooral onwetendheid en gebrek aan kennis een belangrijke rol, dit door de slechte socio-economische situatie waarin veel van deze vrouwen zich bevinden. De gevestigde allochtone vrouwen hebben deze kennis meestal wel, en gebruiken in veel gevallen ook anticonceptie. Zij passen de anticonceptie echter niet altijd correct toe. Dit is vooral ten gevolge van cultureel en/of religieus bepaalde voorstellingen die in veel gevallen van grote invloed zijn op het contraceptief gedrag van deze vrouwen (Peeters & Ben Abdeslam, 2011).

Vervolgens geven we relevante informatie uit het dossier “ Rondetafel kwetsbare Migranten” (Sensoa, 2011).

Het rapport van de Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsonderbreking biedt geen gedetailleerde informatie over het aantal allochtone vrouwen en meisjes dat in ons land een abortus laat uitvoeren. Uit het onderzoek bij cliënten van abortuscentra in Vlaanderen en Brussel blijkt dat 40% van de vrouwen die een abortus laten uitvoeren van allochtone afkomst is en 80% van deze groep zijn nieuwkomers (Vissers, 2004).

Bij min 20-jarigen zien we een zeer groot verschil in abortuscijfers tussen Vlaanderen en Brussel: Vlaanderen 4/1000, Brussel 11/1000. Dit verschil is toe te schrijven aan het percentage niet-Belgen dat hoger is in Brussel dan in Vlaanderen.

Het onderzoek van Goosen et al. (2009) geeft aan dat ook in Nederland hoge abortuscijfers worden vastgesteld bij vrouwelijke asielzoekers die zwanger zijn bij aankomst of die zwanger werden in de eerste maanden na aankomst. Bij minderjarige asielzoekers zijn de geboorte- en abortuscijfers hoger dan de gemiddelde cijfers in Nederland. Van Rooijen (2007) wijst erop dat in Nederland het abortuscijfer bij asielzoeksters bijna vier keer hoger is dan bij autochtone vrouwen.

Ook andere actoren beklemtonen de nood aan meer basisinformatie over anticonceptie, de beschikbaarheid en de kostprijs (waaronder de terugbetaling). Er bestaan veel misvattingen over voorbehoedsmiddelen, hoe ze correct te gebruiken, wanneer ze te gebruiken en hun invloed op langere termijn. Dit kadert in een algemeen gebrekkige kennis van het eigen lichaam, vruchtbaarheid en zwangerschap. Ongeplande/ongewenste zwangerschap is een frequente reden van consultatie. De vraag naar abortus wordt veelal niet expliciet gesteld omdat ze (cultureel) als ongepast wordt beschouwd.

## ***B. Informatie vanuit testcases***

Citaten zijn afkomstig uit de eerste testfase van het project “kwetsbare (zwangere) vrouwen in Brussel” waar in 2009 een bevraging en evaluatie werd uitgevoerd bij 94 kwetsbare vrouwen in Brussel.

*“Toen ik jong was, werd daar nooit over gesproken. Er werd mij alleen gezegd dat als je menstrueert je uit de buurt van de jongens moest blijven. Ik stel mij daar meer vragen rond, naarmate ik ouder word.”*

*“Mijn ouders gaan ervan uit dat ik niet seksueel actief ben en dus wordt er ook niet over gesproken thuis, het onderwerp is taboe.”*

*“Ik neem geen anticonceptie meer, anders blijft het bloed opgestapeld in mijn lichaam en krijg ik daardoor een hersenbloeding.”*

*“Ik verschoot toen ik de eerste keer menstrueerde, ik durfde er niet over te spreken met mijn moeder en dacht dat ik dood ging.”*



Het evaluatierapport van de eerste vormingen – die door het Expertisecentrum Volle Maan gegeven werd aan een vijftal Brusselse organisaties die kwetsbare (zwangere) vrouwen bereiken - bevat een kwantitatief en een kwalitatief luik. Vooral het laatste bevestigt dat er nog veel werk is aan de informatiedoorstroming over reproductieve gezondheid.

Er werd in het kwalitatief gedeelte immers vastgesteld dat:

- Onwetendheid en mythes invloed hebben op het gebruik van anticonceptie;
- De meeste deelnemers hun informatie over anticonceptie kregen vanuit hun omgeving en vriendenkring;
- Zowel de eerste als de tweede generatie meldden dat ze door de arts te weinig geïnformeerd werden over het volledige aanbod en de bijwerkingen;
- Iedereen vond dat mannen ook gesensibiliseerd moesten worden om mee te participeren;
- De meesten anticonceptie duur, maar onmisbaar vinden.

### *C. Besluit*

Alle onderzoeken en literatuurstudies bevestigen hoe schrijnend het tekort aan informatie over anticonceptie is en hoe goede voorlichting een zeer grote preventieve waarde heeft.

Kwetsbare vrouwen leven letterlijk in omstandigheden waar ze enerzijds kansarm zijn (financieel en materieel) en anderzijds geïsoleerd raken. Ook is er veel onwetendheid en zijn er culturele taboes, die hen nog kwetsbaarder maken. Verschillende factoren maken dat ze in een situatie terechtkomen waarin ze genoodzaakt zijn om prioriteit te geven aan hun dagelijkse basisbehoeften (eten, drinken en een onderdak) ten nadele van hun eigen seksuele en reproductieve gezondheid, met alle gevolgen hieraan verbonden. Ze blijven tot het uiterste in een isolement en komen dikwijls te laat aankloppen voor hulp.

Zonder te willen veralgemenen is het grootste verschil tussen de westerse autochtonen en niet-westerse allochtonen de grote seksuele vrijheid, die er enerzijds heeft voor gezorgd dat seksualiteit bespreekbaar werd maar anderzijds een keerzijde heeft inzake hyperseksualisering. Sommige jongeren slagen er nog moeilijk in hun grenzen te stellen omdat er binnen de maatschappij op vele manieren aandacht aan seksualiteit gegeven wordt, bijv. via reclame, kleding en voeding, ...

Anderzijds bij niet-westerse allochtonen blijkt er heel wat armoede en uitsluiting te zijn, onwetendheid en taboes over het thema seksualiteit. Dit maakt hen meer kwetsbaar. Ook is er de angst omdat ze de seksualiteit in de westerse landen te vrij vinden en ze hun kinderen hiervoor willen beschermen door er niet over te spreken.

## 2.2.4 Seksuele opvoeding binnen een andere culturele en religieuze context

Seksuele normen en waarden van jongeren worden gevormd door religieuze en culturele achtergronden, en in de praktijk zijn die in elkaar verweven. Ouders, vrienden, persoonlijke ervaringen, media en andere zaken binnen de samenleving beïnvloeden deze ook.

Mensen die komen uit een andere cultuur, en die zich vestigen in een ander land, worden geconfronteerd met normen en waarden die al dan niet volledig **verschillen** met die van het land van herkomst. Het kost tijd en moeite om zich hieraan aan te passen. De **confrontatie** met de westerse vrije omgang in relaties, seksualiteit en anticonceptie kan voor sommigen schokkend zijn. Ook is er de **angst** omdat ze de seksualiteit in de westerse landen te vrij vinden en ze hun kinderen hiervoor willen **beschermen** door er niet over te spreken.

Religie is niet altijd een belemmering voor seksualiteit; culturele tradities zijn vaak het meest bepalend voor de manier waarop men hiermee omgaat.

Jongeren afkomstig uit verschillende landen en culturen hebben meestal een geheel andere ontwikkeling doorgemaakt. In een multiculturele en multireligieuze groep is het belangrijk om een programma te ontwikkelen dat inhoudelijk en methodologisch aansluit bij jongeren en dat hun verschillen erkent, respecteert en waardeert (Van Ginneken, 2004).

*“Vanuit mijn opvoeding heb ik meegekregen dat men geen anticonceptie mag gebruiken en dat het taboe is om erover te praten”.*

*“In Centraal-Afrika is het vanuit mijn geloof niet toegestaan om een condoom te gebruiken, een condoom wordt gelinkt aan prostitutie”.*

*“Spiraaltje wordt afgeraden omdat er sprake zou zijn van bevruchting, het is een vorm van abortus”.*

### A. Taboe

Je moet je er van bewust zijn dat het contraceptief gedrag bij allochtone vrouwen een complex fenomeen is. Vooral omdat de culturele en religieuze achtergrond van grote invloed kan zijn op hun seksuele gedrag, waaronder het anticonceptiegebruik (Peeters & Ben Abdeslam, 2011).

De noden van kwetsbare migranten met betrekking tot hun seksuele en reproductieve gezondheid moeten gekaderd worden vanuit hun culturele achtergrond. Het taboe dat op het spreken over seksualiteit ligt, werd daarbij veelvuldig aangehaald. Zowel professionals als mensen van de doelgroep gaven aan dat het moeilijk is om te spreken over anticonceptie, abortus, seksuele beleving, tienerzwangerschappen, maagdelijkheid, besnijdenis, HIV en homoseksualiteit. Ze praten er niet over met hun partner of familie en de stap naar de hulpverlening is groot. Praten met een buitenstaander over een intiem onderwerp ligt moeilijk. Dit geldt evenzeer voor westerse vrouwen.

De houding van mensen tegenover vruchtbaarheid en anticonceptie wordt voor een groot deel beïnvloed door hun cultuur. Zo is abortus in sommige culturen een moeilijk thema, terwijl het bij andere meer bespreekbaar is. De **man-vrouw verhoudingen** zijn in elke cultuur anders, wat vaak tot verwarring leidt over welk gedrag van hen verwacht wordt in relaties tussen mannen en vrouwen. **Culturele en religieuze overtuigingen botsen**. Er zijn andere overtuigingen en belevingen over huwelijk, zwangerschap, borstvoeding en seksualiteit (Sensoa, 2011).

Meerdere onderzoekers zoals Loeber (2003), Rademakers et al. (2005), Decoodt et al. (2009) wijzen erop dat taboes, mythes en culturele tradities de seksuele en reproductieve gezondheid van (kwetsbare) migranten kunnen belemmeren. Het taboe om over seksualiteit te praten kan er o.a. voor zorgen dat anticonceptie niet wordt gevraagd, HIV-tests niet worden uitgevoerd, (eengerelateerd) geweld niet wordt aangegeven, abortus niet bespreekbaar is. Zo vermelden Decoodt et al. (2009) dat Roma-meisjes en -vrouwen in Temse en Sint-Niklaas stilzwijgend steeds vaker toegang hebben tot anticonceptie, maar dat dit in de gemeenschap nog altijd als een taboe wordt beschouwd. Aangezien meisjes vaak op vroege leeftijd worden uitgehuwelijkt, leidt dit tot zwangerschappen op jonge leeftijd (Sensoa, 2011).

Door hun migratieachtergrond en het (culturele) taboe om te spreken over seksualiteit hebben veel migranten een **informatietekort**. De professionals en zichzelf geven aan dat ze een gebrekkige algemene kennis hebben van hun lichaam, vruchtbaarheid, voorbehoedsmiddelen en seksueel overdraagbare aandoeningen. Ook zijn ze vaak vertwijfeld over de seksuele regels en **omgangsvormen** waardoor het aangeven van seksueel geweld moeilijk ligt en ze openlijke prostitutie of transseksualiteit moeilijk kunnen kaderen. Ook over echtscheiding wensen ze meer informatie. Daarnaast geven bepaalde migranten aan dat ze meer informatie wensen over specifieke aspecten, bijv. Afrikaanse vrouwen willen meer weten over wat te doen na een besnijdenis en over waar ze een HIV-test kunnen laten doen. Mensen die leven met HIV willen weten hoe ze nog kinderen kunnen krijgen. De doelgroep geeft hierbij aan dat ze graag door verschillende bronnen geïnformeerd willen worden (Sensoa, 2011).

## **B. Praten over seksualiteit**

*“Het is niet toegestaan om over anticonceptie te praten omdat dit een teken zou zijn dat men seksueel actief is en dat mag niet voor het huwelijk”.*

*“Spreken over seksualiteit is taboe in onze cultuur. Er wordt dan ook weinig over gesproken tijdens de jeugd met als gevolg dat we een gebrekkige kennis hebben over anticonceptie”.*

## **In eigen gezin en onderling**

Verschillende onderzoeken uitgevoerd door de Nederlandse Rutgers Nisso groep rond seksualiteit bij Marokkaanse jongeren, tonen aan dat de meeste jongeren thuis geen voorlichting hebben gehad. Het gaat dan nog enkel om voorlichting rond de seksuele ontwikkeling want alles rond seksualiteitsbeleving ligt nog dieper begraven in de taboesfeer.

Vooral **schaamte** maar ook het **gebrek aan gespreksvaardigheden** belemmeren de ouders om seksuele voorlichting te geven.

Daarnaast geven ook de jongeren aan dat ze uit schaamte en respect liever niet over seksualiteit met hun ouders praten, hoewel ze ook weten dat er geen religieuze belemmeringen zijn om erover te spreken (Berhili, 2010).

Jongens vinden het relatief moeilijk om te praten over risico's van seksueel gedrag. Meisjes zeggen vooral moeite te hebben met gesprekken over seksuele gevoelens en wensen.

Als er binnen de gezinnen al over seksualiteit wordt gesproken, dan is het vaak om 'niet legitieme seks' te veroordelen. Het is **ongepast** om met ouders over seks te praten. Men schaamt zich. Dat het onderwerp 'seksualiteit' er thuis bekaaid af komt, levert voor jongeren soms een probleem op.

Verder blijkt dat Marokkaanse en Turkse jongeren hun zogenaamde interactiecompetentie lager inschatten dan jongeren met een Nederlandse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (Universiteit van Maastricht voor SOA Aids Nederland, 2005). Met **interactiecompetentie** wordt bedoeld: vaardigheden zoals het kunnen praten over seks, weten wat je wilt en wat de ander wil, zelfvertrouwen hebben over uiterlijk en prestaties en grenzen kunnen stellen en respecteren van de ander. Deze vaardigheden zijn nodig om seksueel contact voor beide partners veilig te maken (Azough, 2007).

### *Bij zorgverleners*

Schoevers et al. (2009) stellen voor dat hulpverleners actief vragen stellen naar de gynaecologische en psychologische problemen.

Migranten zeggen dat ze het appreciëren als hun arts of begeleider het onderwerp seksualiteit **zelf ter sprake** brengt. Zij durven dan ook meer vragen stellen aan de hulpverlener. Er is veel **schroom** om te spreken over seksualiteit, zowel bij de hulpverleners als bij de migranten zelf, maar migranten zijn vragende partij om het taboe te doorbreken. Ze ervaren bijv. een hoge drempel om zelf naar condooms te vragen en willen daarom dat condooms laagdrempelig ter beschikking worden gesteld. *"they have to give condoms, for instance when they divide food. People don't have to ask for it. That is a barrier"*. Er moet voldoende openheid, vertrouwen en veiligheid zijn om over deze gevoelige thematiek te praten (Sensoa, HIVsam en ICRH, 2011).

Het **PLISSIT-model** (Mercer, 2008) kan een leidraad vormen voor professionelen om seksuele gezondheid te bespreken.

**Permission**: toestemming, het iemand "toelaten" erover te praten, bijvoorbeeld door na te vragen hoe het gaat, eventueel met een overgang van meer algemene naar meer intieme thema's. Dit geeft aan dat seksuele gezondheid een normaal en gepast onderwerp is en dat men bereid is om te luisteren op een open en niet-veroordelende manier. De mogelijkheid om bezorgdheden op seksueel vlak te kunnen uiten en om zich comfortabel te voelen bij sommige topics kan vaak al een groot deel van de oplossing zijn.

**Limited information** gaat over het geven van informatie voor zover die nuttig is voor de situatie van de zorgvrager. Zorg ervoor niet te overweldigen met info.

**Specific suggestions** is het geven van specifieke suggesties gerelateerd aan de besproken topics, zoals advies naar gebruik van anticonceptie, veilig vrijen, een betere communicatie met de partner enzovoort

**Intensive therapy**, waarbij je kunt doorverwijzen voor een meer gespecialiseerde aanpak van mogelijke problemen (Mercer, 2008).

Ook is het belangrijk te blijven stilstaan bij de verschillende dimensies van seksualiteit. Het **biopsychosociaal** model maakt duidelijk dat het bij seksualiteit niet alleen gaat om biologische factoren, maar dat ook psychologische en sociale aspecten meespelen en waartussen een voortdurende onderlinge interactie gebeurt.

### *C. Besluit*

Uit de bevraging van ons project en uit onderzoek en interviews bleken er heel wat mythes, culturele en religieuze taboes te bestaan over seksualiteit en de communicatie erover.

Jongeren krijgen van thuis uit weinig voorlichting over seksualiteit omdat men ervan uitgaat dat zij niet seksueel actief zijn voor het huwelijk, wat in de realiteit anders blijkt te zijn. Daarnaast geven jongeren aan dat ze uit schaamte en respect er liever niet met hun ouders over praten.

Ouders hebben vaak niet de nodige bagage om voorlichting te geven. Gebrek aan communicatievaardigheden, onwetendheid en culturele barrières belemmeren hen en ze weten ook niet hoe ze eraan moeten beginnen.

Omdat het een gevoelig thema is en er veel schroom aan verbonden is, wordt er van de hulpverlener verwacht dat hij directe vragen stelt om hun situatie te kaderen en hen verder te kunnen helpen.

Zowel ouders als jongeren hebben nood aan cultuursensitieve voorlichting.

Cultuur en religie hebben een grote invloed op het beleven van seksualiteit. Het volgende hoofdstuk geeft inzicht over welke impact cultuur en religie hebben op de seksuele en reproductieve gezondheid.

### *2.2.5 Verschil tussen religieuze en culturele aspecten*

**Religie** draait om het geloof en een hogere, bovennatuurlijke macht, het goddelijke of God. Gelovigen twijfelen niet aan het bestaan daarvan. Dit geloof en de aanname van daar bijhorende ideeën en voorschriften heeft invloed op hun waarden en normen, opvattingen en gedrag. Religie omvat echter meer dan alleen het bovenstaande. Het is vooral ook een zingevingsysteem. Gelovigen geven op basis van hun religie vaak een voor hen zinvolle betekenis en waardevolle invulling aan het leven. Religieuze voorschriften bevatten in- en expliciet geformuleerde normen over het seksuele gedrag van de gelovigen (Van Ginneken, 2004).

Onder **cultuur** begrijpt men ongeschreven waarden en normen die de basis vormen waarop mensen met elkaar samenleven en die van generatie op generatie worden doorgegeven. We worden in een bepaalde cultuur geboren en in de eerste fase van ons leven leren we onze cultuur aan tijdens onze opvoeding. Kinderen leren symbolen en tekens te begrijpen en te gebruiken, hoewel de betekenis nochtans van cultuur tot cultuur kan veranderen.

Een cultuur verschilt van land tot land: in de niet-westerse culturen bijvoorbeeld zien we vaker een groepscultuur in tegenstelling tot de westerse cultuur die meer uitgaat van de ontplooiing van het individu.

De bestaande verschillen tussen culturen weerspiegelen de inspanning die elke samenleving heeft moeten leveren om te kunnen overleven in een specifieke realiteit. Zonder dit proces zou een kind onmogelijk binnen een bepaalde cultuur kunnen leven. Cultuur wordt door ieder van ons op een andere manier beleefd. Elke persoon is een mengeling van zijn cultuur en zijn eigen individuele eigenschappen en ervaringen. Dit proces wordt nog meer verrijkt als je in twee of meer culturen tegelijk leeft.

We kunnen stellen dat culturen steeds veranderen en niet statisch zijn. Ze vormen een proces waarbij oude gebruiken telkens plaats maken voor nieuwe gewoontes.

De scheidingslijn tussen religie en cultuur is niet altijd even duidelijk te maken omdat zij elkaar soms overlappen en met elkaar verweven zijn. Religie ligt altijd ingebed in een cultuur. Doordat zij opvattingen en gedrag van mensen beïnvloeden, hebben religie en cultuur ook effect op het dagelijkse leven. En daarmee op persoonlijke en seksuele uitingen en beleving (Van Ginneken, 2004).

### *2.2.6 Religie, seksualiteit en reproductieve gezondheid*

Dat **religie** invloed heeft op seksualiteit is gebleken uit onderzoeken waarin streng religieuze mensen werden vergeleken met minder streng gelovigen (Van Ginneken, 2004). Dit leidt tot onderstaande conclusies:

- Religie beïnvloedt het moment van het eerste seksuele contact, waarbij gelovigen veelal nastreven geen seksueel contact te hebben voor het huwelijk;
- Religie bepaalt de gehanteerde anticonceptiemethode;
- Religie heeft invloed op de seksuele handelingen die men uitprobeert;
- Religie beïnvloedt het uiten van seksuele geaardheid.

- Gelovigen rapporteren meer geestelijke en fysieke tevredenheid over hun seksleven, ondanks dat hun religie hen seksuele beperkingen lijkt op te leggen.

Omdat ook vanuit de bevraging en het onderzoek binnen ons project blijkt dat religie een grote invloed heeft op de seksuele en reproductieve gezondheid, is het belangrijk om als begeleider inzicht te hebben in de seksuele opvattingen binnen verschillende religies.

We kunnen echter onmogelijk binnen dit draaiboek alle wereldreligies beschrijven. Maar aangezien binnen het project de kwetsbare doelgroepen vooral moslims (Noord-Afrikaanse, Turkse, Irakese, Tsjetsjeense) waren en christenen (Roemeense, Centraal-Afrikaanse, Filipijnse, Braziliaanse) zullen we deze twee religies hieronder toelichten.

## *A. Christendom*

In het christendom zijn er twee stromingen: het katholicisme en het protestantisme. Binnen het protestantisme bestaan ook weer een aantal verschillende stromingen. Met betrekking tot seksualiteit verschillen deze vooral van elkaar in de mate van striktheid waarmee regels en richtlijnen worden nageleefd.

Seksualiteit is bij christenen volgens de strikte leer enkel toegelaten binnen het **huwelijk**. Er wordt verondersteld kuis te leven tot het huwelijk.

Christelijke immigranten vanuit oosterse landen, Afrika en Oost- of andere Europese landen, zijn strikte volgers (meer orthodoxe) van de religieuze richtlijnen. Sommige immigranten rekenen zich tot het oosters christendom, wat goed beschouwd noch tot het katholicisme, nog tot het protestantisme gerekend kan worden. Deze stroming ontstond in een andere tijd (1054 na Chr.) en op een andere plaats (in het Midden en Verre Oosten). De cultuur uit het land van herkomst heeft veel invloed op de geloofsbeleving van de christelijke immigranten. Soms vermengen zij rituelen van andere (kleine) religies, zoals verering van de voorouders en de aandacht voor het bovennatuurlijke, met die van het christelijk geloof.

Regels voor seksualiteit worden meestal opgelegd door de gemeenschap en religieuze leiders. Over het algemeen leven christelijke migranten deze regels en richtlijnen strikt na. Zij zullen voor- en buitenhuwelijkse seks vaker afkeuren en staan hun kinderen daarom minder vrijheid toe in het uitgaan of experimenteren met relaties.

**Anticonceptie** is voor de orthodoxe christenen niet toegelaten terwijl de gematigde gelovigen het gebruik ervan wel goedkeuren en het individueel en maatschappelijk zelfs een positieve ontwikkeling beschouwen.

**Abortus** wordt door vele katholieke gelovigen niet geaccepteerd, hoewel dit bijna in de meeste West-Europese landen wettelijk mogelijk is gemaakt onder bepaalde voorwaarden. De abortuswet in België laat sinds 3 april 1990 abortus toe binnen de 14 weken en na 14 weken enkel als het kind een ongeneeslijke afwijking heeft of wanneer de zwangerschap een gevaar is voor het leven van de moeder. Christenen uit niet-westerse landen keuren abortus sterker af, ook als het daar gelegaliseerd is.

**Spreeken** over **seksualiteit** binnen en buiten gezinsverband ligt nog altijd gevoelig voor zowel katholieken als protestanten. Het gebeurt weinig openlijk, vooral binnen groepen immigranten, die de kerkelijke regels en richtlijnen over het algemeen strikter naleven.

Voor de gematigde gelovigen zou voorlichting meer mogelijk zijn dan de orthodoxe christenen die het meer verwerpelijk vinden. Bij voorlichting aan christelijke immigranten is het belangrijk om rekening te houden met **schaamte**gevoelens onder jongeren en mogelijk een negatieve houding van hun ouders ten opzichte van seksuele voorlichting. Het betrekken van ouders bij

de voorlichting kan de angst dat hun kinderen daardoor aangemoedigd worden tot seks eventueel reduceren.

Vooroordelen wegnemen is een ander belangrijk aandachtspunt bij het geven van voorlichting aan jongeren met een protestantse of katholieke achtergrond. Vooral jongeren uit Oost-Europa denken bijv. dat de pil en het spiraaltje kanker kunnen veroorzaken en de coïtus interruptus slechts bedoeld is om de mannelijke potentie te verhogen (Van Ginneken, 2004).

## ***B. Islam***

De islam erkent dat mensen een seksuele drijfveer hebben maar seksualiteit is niet alleen bedoeld voor de voortplanting, maar ook om van te genieten binnen het **huwelijk** tussen man en vrouw. Beiden hebben de plicht om elkaar te voorzien in hun seksuele behoeftes. Jongens en meisjes die nog niet zijn getrouwd, worden verondersteld kuis te leven tot het huwelijk. De realiteit ziet er echter anders uit. Geloof en cultuur zijn voor moslims vaak verweven tot een ingewikkeld geheel. Soms worden ze door elkaar gehaald. Genitale verminking bij vrouwen wordt bijv. onterecht in verband gebracht met de islamitische regels en voorschriften.

Vaak worden zaken toegeschreven aan het geloof terwijl het in werkelijkheid een kwestie van cultuur of interpretatie is, bijv. de mythe van de maagdelijkheid. In de Koran staat nergens dat vrouwen hun maagdelijkheid tijdens de huwelijksnacht moeten kunnen bewijzen. In de praktijk brengt de seksuele moraal veel vrouwen in moeilijkheden.

**Anticonceptie** wordt gebruikt om tijdsruimte te scheppen tussen zwangerschappen, zodat zowel de gezondheid van de moeder als die van de te verwachten baby's niet in gevaar kunnen komen. Maar alleen anticonceptiemiddelen die de vruchtbaarheid tijdelijk remmen, zoals condoom, pil, de patch, implantaat, vaginale ring, spiraal mogen gebruikt worden, in de mate dat het niet de gezondheid van de vrouw schaadt. Sommige vrouwen zullen niet voor een spiraal kiezen omdat er bevruchting kan zijn door de samensmelting tussen eicel en sperma en ze dit zien als een vorm van abortus. Sommige vrouwen kozen voor een implantaat en hebben het achteraf weggehaald omdat ze niets wisten over de bijwerkingen zoals de tussentijdse bloedingen en op lange termijn geen bloedingen. De vrouwen in het project gaven aan dat het voor hen belangrijk was dat ze bij het nemen van anticonceptie toch nog maandelijks konden menstrueren. Dit om te kunnen aantonen dat ze vruchtbaar zijn in tegenstelling tot de regelmatige mythe dat het opgestapelde bloed ziektes zou veroorzaken in het lichaam. Omdat de waarden en normen van elke vrouw anders zijn, is het belangrijk een goed gesprek te hebben met de vrouw over wat ze juist wenst en welke voor- en nadelen eraan verbonden zijn om geen verrassingen achteraf te hebben. De meeste vrouwen gaven aan bij de bevraging dat ze weinig informatie kregen van hun arts over de mogelijkheden en de voor- en nadelen. Sterilisatie is niet toegestaan behalve als de gezondheid en het leven van de vrouw in gevaar is.

Binnen de islam is **abortus** niet volledig verboden. Veel geleerden vinden het moment van de bezieling van de vrucht de scheidingslijn voor het wel of niet toestaan van abortus. Bij sommigen ligt die tot het einde van de vierde maand, anderen beperken de periode tot veertig of vijftig dagen. Na de periode van vier maanden is abortus uitgesloten, behalve wanneer het leven van de moeder gevaar loopt. Het is een erg discutabel onderwerp, dat nauw samenhangt met de religieuze visie op geboortebeperving. Een volledig verbod heeft echter nooit de overhand gehaald. Veel van de regelgeving binnen de islam op het gebied van abortus is gebaseerd op de religieuze visie op de ontwikkeling van de foetus. Over de voortplanting en de verschillende ontwikkelingsstadia van de foetus lopen de observaties van de Koran, de profeet Mohammed en de moderne wetenschap tamelijk parallel (*Imam Abdulwahid van Bommel in Islam, liefde en seksualiteit*).



Omdat voorhuwelijkse seks niet wordt toegestaan, vindt abortus bij zwangerschap van een ongehuwde moeder in de landen van herkomst altijd volledig in het geheim plaats. De eer en de schandeprincipes binnen het sociale controleverkeer wegen zo zwaar dat abortus geheim gehouden wordt. Dit is wellicht een beetje te vergelijken met de jaren vijftig voor de seksuele revolutie in België.

Toch is het belangrijk voor de existentiële verwerking van de abortus om zich binnen het morele kader van het geloof van de vrouw te plaatsen. Het is goed daarbij te weten dat de dominante visie in zowel de juridische als religieuze literatuur neigt naar algemene toestemming (Azough, 2007).

Seksuele **voorlichting** is binnen de islam **een recht en een plicht**, mits seksegescheiden groepen of in koppel. Maar in realiteit wordt van dit recht weinig gebruik gemaakt en heerst er veel onwetendheid. Er heerst ook veel onwetendheid bij de eerste generatie migranten die naar hier zijn gekomen om aan de armoede te ontsnappen en een betere toekomst te vinden.

Relatief veel leden van de eerste generatie moslims in België kunnen niet lezen of schrijven. Zij kregen de religie mondeling overgedragen van hun ouders en grootouders waardoor ze ook veel culturele taboes en mythes hebben meegekregen over seksualiteit die niet overeenstemmen met de islam. Deze verhalen hebben ze dan op hun beurt ook weer mondeling overgedragen aan hun kinderen die nu de tweede generatie vormen. Onwetendheid en culturele mythes zijn belangrijke oorzaken van vele seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen.

De tweede generatiemoslims die hier meestal geboren zijn en die hier ook gestudeerd hebben, ondervinden moeilijkheden door de **discrepantie** tussen wat ze van thuis uit meekrijgen en wat ze in de westerse maatschappij (school en sociaal leven) ervaren. Jongeren hebben ook de kans om te studeren en dingen beter te begrijpen en te realiseren. Maar enerzijds willen ze loyaal blijven aan hun familie die zich heeft opgeofferd voor hen en anderzijds willen ze mee evolueren binnen de westerse maatschappij. Dit maakt dat de seksuele beleving van de jongeren niet altijd vlot verloopt en dat ouders het ook niet gemakkelijk hebben omdat ze er niet over spreken. Daarom is voorlichting voor de twee doelgroepen hier heel belangrijk, rekening houdend met hun culturele gevoeligheden.

Het is belangrijk om de standpunten van de jongeren of ouders op een gespreksmoment serieus te nemen en niet te veroordelen. Hun mening wordt gerespecteerd als ze vinden dat ze kuis moeten blijven tot het huwelijk of hun familie niet in verlegenheid willen brengen.

Er moet aandacht zijn voor vragen zoals: hoe belangrijk vind jij maagd zijn, wat is maagd zijn volgens jou, waarom is er een verschil tussen meisjes en jongens, is het cultureel of religieus, geef je je wensen en grenzen aan als je seksueel actief bent, hoe weet je wat de ander wel en niet wil, gebruik je voorbehoedsmiddelen, is het onderwerp seksualiteit voor jou bespreekbaar, welke plaats neemt je geloof in in je seksuele beleving, waarom zijn jongens die zich moslim noemen toch seksueel actief terwijl volgens het geloof zowel de vrouw als man kuis moeten blijven tot het huwelijk, ... Dit soort vragen zou je kunnen gebruiken om rekening te houden met hun zorgen en vragen.

Voorlichting is echt noodzakelijk omdat zowel ouders als jongeren er te weinig over weten en ook omdat er culturele taboes zijn die het nog complexer maken.

## 2.2.7 *Cultuurspecifieke topics*

Gender, maagdelijkheid, eer van de familie, vrouwenbesnijdenis en taboes rond HIV worden besproken in de volgende teksten, omdat achtergrondkennis hierover van groot belang is om correct te kunnen inspelen op vragen en reacties van deelnemers.

### *A. Man – vrouw verhoudingen*

Bij het spreken over seksualiteit is gender(on)gelijkheid een topic dat zeker niet mag ontbreken.

**Gender** gaat over sociale verschillen tussen de twee geslachten, over de ongelijkheden die daaraan verbonden zijn of die daaruit voortkomen (Vrouwenraad, 2014). Zo krijgen mannen en vrouwen andere taken en verantwoordelijkheden opgelegd door de maatschappij en zijn er verschillende verwachtingen wat betreft gedrag en houding. Het probleem zit niet in het verschil tussen mannen en vrouwen, maar het is onrechtvaardig als de verantwoordelijkheden van meisjes/vrouwen niet op dezelfde manier gewaardeerd worden als jongens/mannen, en als zij niet dezelfde kansen krijgen, niet dezelfde rechten hebben.

Zeker wat betreft het uiten van seksualiteit worden vrouwen meer aan banden gelegd en gecensureerd dan mannen.

Ernstige uitingen hiervan zijn een veel strengere moraal wat betreft seksueel gedrag van meisjes, seksuele intimidatie en seksueel geweld, tot vrouwenbesnijdenis en eerwraak.

Wees er in de voorlichtingssessie op beducht dat er vrouwen kunnen aanwezig zijn die het slachtoffer (geweest) zijn van seksueel of partnergeweld en die dus getriggerd kunnen worden door te praten over seksuele thema's of over communicatie met de partner.

Naast het zorgen voor een veilige omgeving voor en empowerment van vrouwen zouden mannen echter ook betrokken worden in het veranderen van dit systeem.

### *Vrouwen empoweren*

De Vrouwenraad geeft ons de volgende verduidelijking (2014):

*“Empowerment van vrouwen: staat voor een specifieke werking met en voor vrouwen waarbij we aandacht hebben voor de verschillende dimensies van empowerment. Deze ‘aparte’ aanpak is gewettigd omdat verschillen in gelijkheid en gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen nog altijd bestaan en omdat voor een aantal thema's (zoals reproductieve gezondheidszorg) er altijd een specifieke aanpak nodig zal zijn.*

*Om empowerment te concretiseren hebben we een onderscheid gemaakt tussen verschillende dimensies:*

- **innerlijke kracht** (willen), wat vooral verwijst naar de versterking van het zelfvertrouwen en van de eigenwaarde van vrouwen
- **de kracht van kennis** (weten), wat verwijst naar nieuwe dingen leren, nieuwe inzichten en vaardigheden verwerven
- **sociale kracht** (kunnen), weg uit het isolement, erbij horen en sterkte halen uit de groep, je positie in de samenleving versterken
- **economische kracht** (hebben) betekent initieel 'in staat zijn om voor je familie te zorgen'; voor asielzoekers gaat het om een (t)huis hebben om te verblijven nadat men gevlucht is, om toegang te hebben tot eten, gezondheidszorg, onderwijs voor de kinderen..."

### **Mannen betrekken**

Kenniscentrum Rutgers geeft aan dat mannen soms te eenzijdig bekeken worden als bedreiging. Ze waarschuwen dat nalaten om mannen te betrekken als zorgzame partners en vaders een gemiste kans is.

Om genderstereotypering en rigide rollen te doorbreken moeten mannen en jongens geëngageerd worden bij seksuele en reproductieve gezondheid en in seksuele educatie. Er is steeds meer bewijs van de positieve impact van **geëngageerd vaderschap** op zowel kind, moeder, als vader. Dit uit zich in betere gezondheid, betere communicatie en minder huiselijk geweld. Respect en begrip tussen man en vrouw wordt bevorderd (Ploem, 2016).

Dit kan al starten bij gesprekken over anticonceptie en gezinsplanning. Deze gebeuren best in aparte mannengroepen, bij voorkeur met mannelijke begeleiders.

Vanuit ons project hebben we ook een groep mannen begeleid. Hun reactie was positief, ze vonden het interessant en wilden er meer over weten. Het is wel nodig om een mannengroep door een man te laten begeleiden, omdat de drempel zo lager is en men eveneens vanuit een veilige sfeer werkt, met respect voor de ander zijn overtuigingen.

Ga in gesprek over mannelijkheid en bied ruimte voor nieuwe, meer positieve vormen van mannelijkheid (= **Gender transformatief** werken).

## **B. Maagdelijkheid en eer van de familie**

### **Maagdelijkheid**

*“Als mensen weten dat je ontmaagd bent, heel grof gezegd, dan ben je een hoer. Je hebt je eigen cultuur niet gevolgd en je ouders heel veel pijn gedaan omdat ze vertrouwen in je hebben gehad. Het is gewoon een schande voor hen.”*

*“Mijn moeder zou bang zijn voor mijn toekomst, dat ik nooit meer zou kunnen trouwen. Ik denk dat ze toch met me naar de dokter zou gaan, ik denk dat ze dood zou gaan van verdriet en daarom zou ik het haar ook niet vertellen. Ik denk dat ik nooit in m'n leven iets zou doen waarmee ik haar verdriet zou doen.”*

*“Mijn moeder weet dat ik nu geen maagd meer ben. Alleen mijn moeder weet het, mijn vader niet. Mijn moeder werd helemaal gek. Echt, ze zat te huilen in haar eentje.”*

*“Nee, mijn ouders vertel ik het niet. Ik zou ze daar heel veel verdriet mee doen. Ik heb een goede relatie met mijn moeder, een hele sterke band met haar en vertel haar bijna alles, maar over dit soort dingen kan ik gewoon niet met haar praten, want dat begrijpt ze gewoon niet.”*

(Mouthaan & De Neef, 1997)

Een internetonderzoek door de Universiteit van Maastricht voor SOA Aids Nederland (2005) wijst uit dat maagdelijkheid zeer belangrijk is voor een groot deel van Marokkaanse moslimjongeren die meededen aan 'Islam en de seksualiteit'. Een meerderheid van hen vindt de **maagdelijkheidsnorm** goed, verstandig en zelfs heel belangrijk. Zo vindt 85% dat meisjes zich eraan dienen te houden, 78% vindt dat de norm ook voor jongens geldt. Voor de Turkse jongeren geldt dit minder zwaar: 47% vindt dat meisjes zich aan de norm moeten houden en 43% vindt dat hetzelfde geldt voor de jongens (Azough, 2007).

Een ander onderzoek over maagdelijkheid onderzocht de achtergronden van vrouwen die **hymenreconstructie** aanvragen en het effect van het adviseren over mythen en misverstanden over hun maagdelijkheid (van Moorst et al., 2010).

Hieruit bleek dat de gynaecologen in Europa een stijgend aantal patiënten melden die om een hymenreconstructie verzoeken omdat zij sociale repercussies vrezen wanneer de toekomstige echtgenoten en/of de families zouden ontdekken dat zij seksueel actief zouden zijn voor het huwelijk.

Deze studie is de eerste die de psychosociale en seksuele gezondheidsstatus van vrouwen die om een hymenreconstructie verzoeken en de eerste follow-up beschrijft na de hersteloperatie. De meerderheid van vrouwen had geen geschiedenis van vrijwillige seksuele ontmoetingen.

Van de 82 vrouwen meldde 36.6% geen bloedverlies bij de eerste betrekkingen, 30.4% verloor hun maagdelijkheid wegens **seksueel geweld**. Van alle 82 vrouwen meldde 47.5% een geschiedenis van seksueel geweld. 45.5% sprak van een seksuele verhouding waarbij de partner een huwelijk had beloofd. 36.6% van de vrouwen had één of meerdere abortussen gehad.

Velen van hen waren wanhopig wegens mogelijke ontdekking van hun verleden. Sommige vrouwen werden met geruchten geconfronteerd die in een kruisverhoor uitmondten met bedreigingen om “maagdelijkheidstests te ondergaan“, geweld, onderzoek door arts, alles om hen „te laten bekennen“. Bij een eerste bezoek waren alle vrouwen ervan overtuigd dat een

hersteloperatie hun enige redding zou zijn. Deze studie toont nochtans aan dat **empowerment** en **kennis** voor 74.6% van de vrouwen betekende dat zij definitief tegen een hersteloperatie konden beslissen. De vrouwen die alsnog van mening waren dat hymenreconstructie noodzakelijk was, waren zeer blij met deze beslissing, zelfs gegeven het feit dat zij vaak andere „trucs“ moesten gebruiken om maagdelijkheid na te bootsen. Hymenreconstructie alleen helpt de vrouwen echter niet omdat de meeste geopereerde vrouwen niet zullen bloeden en omdat het **bloedverlies** niet het enige bewijs is dat zij moeten leveren. Alle vrouwen waren van mening dat de belangrijkste problemen attitudes, onwetendheid en dubbele moraal van de mannen zijn.

*“Ja, seks voor het huwelijk mag niet bij ons. Maar, ja, ik ga al zo lang met mijn vriend, dus heb ik het toch gedaan. Ik heb gewoon de pil gebruikt, maar ja het kan gebeuren. Dus toen ben ik zwanger geraakt. Maar het grootste probleem komt nu: je kan niet tegen je ouders zeggen dat je zwanger bent. Want dan weet ik 100% zeker dat ik het huis wordt uitgestuurd. Het punt is dat ik heel goed kan opschieten met mijn ouders. Ik was eigenlijk zelf ook tegen een abortus, maar omdat het dus echt niet kan, moet het.”* (Mouthaan & De Neef, 1997)

Uit onderzoek in Vlaanderen blijkt dat één op vijf allochtone abortuscliënten van Turkse of Marokkaanse origine is. Ondanks hun gemeenschappelijke moslimachtergrond verschillen de Turkse en (vooral de tweede generatie) Marokkaanse vrouwen sterk van elkaar. De Marokkaanse vrouwen zijn bijzonder jong, vaak ongehuwd, leven nog thuis of wonen zelfstandig en hebben vaak relationele problemen voor hun vraag naar zwangerschapsafbreking, waar in vergelijking een Turkse abortuscliënt meestal getrouwd is en vaak al kinderen heeft (Neefs, 2004.)

*“Je hoort elke dag andere dingen. Van thuis uit hoor je dat je zult bloeden en vervolgens lees je in de krant dat dat niet het geval is. Daar raak je van in de war. Het ene moment geloof je dit en dan weer het andere.”*

Uit discussies op het internet blijkt dat een aantal Marokkaanse en Turkse meisjes op de hoogte zijn van het **mythische** karakter van het **maagdenvlies**. Toch zijn er ook meisjes die zich zorgen maken over het bloeden tijdens de huwelijksnacht, en vooral jonge jongens blijven erin geloven. Sommige jongens uiten zelfs dreigementen aan hun toekomstige echtgenote, mocht zij op de bewuste nacht in gebreke blijven. Veel meisjes denken dat het een soort koffiefilter is, een gazen vlies waar het menstruatiebloed doorheen komt. En tijdens de huwelijksnacht moet het ding scheuren, aldus gynaecologe Obdeien - van Welij. Vloeit er tijdens de eerste geslachtsgemeenschap bloed, dan is dat bijna altijd te wijten aan verkramping (Azough, 2007).

In Brussel is het tot een debat gekomen tussen gynaecologen, artsen, en hulpverleners, die werken in het Sint-Pietersziekenhuis, Hospitaal Français, Planning Familiale Marolles en de Belgische beroepsvereniging van Gynaecologen. Jaarlijks stijgt het aantal aanvragen voor hymencertificaten in ziekenhuizen en ‘planning familiale’: ze zijn moeilijk in cijfers te gieten maar in 2004 waren er 2.760 aanvragen ten opzichte van 1.448 in 2000.

Weliswaar valt deze ingreep onder de term vaginoplastiek en kan moeilijk achterhaald worden of het gaat over een hymenreconstructie dan wel om een andere vaginale ingreep. Maar onderzoek en gynaecologen bevestigen de stijging van hymenreconstructie.

Gynaecologen in Brusselse ziekenhuizen zijn zich bewust van deze problematiek, maar vinden het moeilijk: de ene kiest om wel in te stemmen met de reconstructie om het meisje te redden van de gevolgen van haar familie (aldus Dr. Verougstraete) en een andere vindt het schrijven van certificaten en hymenreconstructie in contradictie met de moraal van genderongelijkheid en met het principe dat een koppel vanuit eerlijkheid moet gevormd worden (Dr. Laurent Bisschot).

De **dubbele moraal** van de maagdelijkheidnorm geldt zowel voor meisjes als jongens, maar in de praktijk hoeven jongens zich hier niet aan te houden. Zowel ouders als vrienden accepteren vaak dat jongens seksueel actief zijn voor het huwelijk. Het dubbelzinnige zit erin dat de meisjes zich in bochten moet wringen ten opzichte van de jongens. Ook in de volkstaal wordt eerder aan vrouwelijke maagdelijkheid gerefereerd dan aan mannelijke terwijl beiden als maagd het huwelijk dienen te beginnen. Een vrouw met een ongeschonden maagdenvlies wordt verondersteld nog maagd te zijn. Maar er zijn veel andere manieren waarop een vrouw ongemerkt en soms al vanaf de geboorte haar maagdenvlies kan verliezen.

Alle gebruiken die met de maagdceremonie samenhangen, zoals die in veel dorpen plaatsvindt, hebben geen enkele geldige basis, niet in de bronnen van de islam en niet in de historische realiteit van het profetisch voorbeeld. Het bloed van het verbroken maagdenvlies op een laken tonen aan de buiten wachtende menigte en de daarop volgende aanvaarding of dramatische afwijzing van de bruid is zowel te onethisch als te onesthetisch voor woorden (Azough, 2007).

### *Eer van de familie*

Eer gaat om het besef of een persoon, of een familie, een volwaardig gerespecteerd lid van de **sociale gemeenschap** is, gebaseerd op gedrag dat binnen de normen van die gemeenschap valt. Een individu vertegenwoordigt de familie. In veel gemeenschappen gelden echter andere gedragscodes en sociale rollen voor meisjes/vrouwen dan voor jongens/mannen. Zeker wat betreft zedelijk gedrag kan het voor een meisje al als oneervol worden beschouwd als zij bijvoorbeeld optrekt met jongens, of verliefd wordt op een jongen die niet goedgekeurd wordt. Ook jongens kunnen gevisieerd worden, zeker jongens die op jongens vallen, maar de gevolgen voor meisjes zijn vaak veel ernstiger (IGVM, 2013).

Ook het praten over seksualiteit kan als zondig beschouwd worden, zelfs bij seksuele en relationele voorlichting, wat dit niet makkelijker maakt (Bériot, 2013).

**Meisjes** dragen een zware last. De eer van de familie hangt deels af van het seksuele gedrag van hun dochters. Beter gezegd: hoe minder seksueel gedrag een dochter vertoont, hoe gemakkelijker zij het haar ouders maakt. Dat er zo zwaar wordt getild aan het seksuele gedrag van meisjes en vrouwen ligt niet zozeer aan de islamitische bronnen. Die dicteren namelijk voor zowel mannen als vrouwen dezelfde duidelijke regels. Ondanks het feit dat ook jongens zich volgens islamitische normen bescheiden moeten kleden en als maagd in het huwelijk zouden moeten treden, wordt minder gelet op hun kledij en gedrag. Uit het onderzoek 'Seks onder je 25<sup>ste</sup>' blijkt dat jongens (die zich moslim noemen) volop van deze vrijheid gebruik maken. In de praktijk blijkt dat jongens relatief veel ervaring hebben met geslachtsgemeenschap in vergelijking met leeftijdsgenoten (die niet geloven) en christelijke jongens. (Azough, 2007).

Alleen al het vermoeden dat een meisje seksueel actief is, is voldoende voor **afkeuring**. Daarom zullen seksueel actieve jonge meisjes dit vaak geheim houden. Ongehuwd moederschap is niet iets dat veel meisjes zich in het hoofd halen. Daarbij speelt de eer van de familie een rol. Tegelijkertijd emanciperen deze meisjes en zijn ze ook mondig. Ze willen hun ouders niet teleurstellen of vrezen voor represailles. In het ergste geval kan hun seksuele gedrag leiden tot **eerwraak**: moord op een onteerde dochter begaan door een mannelijk familielid, eventueel in samenspanning met (een deel van) de rest van de familie. In tegenstelling tot wat in het westen vaak wordt gedacht, is eerwraak geen islamitisch maar een regionaal cultureel verschijnsel. Het komt voor in onder meer Turkije, Egypte, Jordanië, Irak, Iran, Syrië, Israël, Saoedisch Schiereiland, Somalië, Pakistan en Afghanistan. Moord door eerwraak, is expliciet verboden

binnen de wetgeving van de islam. Hoewel deze regels door sommige geestelijken anders worden geïnterpreteerd, wordt eerwraak over het algemeen niet goedgekeurd.

Veel vaker echter wordt er overgegaan tot lichtere vormen van **eergerelateerd geweld**, zoals het beperken van naschoolse activiteiten van meisjes, controle van de gsm, psychische mishandeling zoals verwensingen en bedreigingen, sociale doding (doen alsof de persoon dood is, alle contact verbreken), wat een groot trauma kan teweegbrengen (IGVM, 2013).

Als besluit kan men stellen dat eer een enorme impact heeft op het leven van meisjes die in een cultuur opgroeien waar dit voor de vrouw wel belangrijk is en niet voor de man. Hoewel maagdelijkheid ook een bewuste keuze kan zijn van een meisje of jongen die gerespecteerd moet worden, mag maagdelijkheid niet wegen op de eer van de familie en op de dubbele moraal van de jongens die wel seksueel actief mogen zijn. Dit is een cultureel fenomeen dat alleen door kennis en voorlichting stilaan kan afgebouwd worden.

Voorlichting geven aan ouders waar veel onwetendheid heerst, empowerment bieden aan de jongeren en het onderwerp bespreekbaar maken in scholen, vrouwenorganisaties, centra, ... kan deze mentaliteit doen veranderen.

### *C. Vrouwelijke genitale verminking*

Vrouwelijke genitale verminking (VGV, vrouwenbesnijdenis) omvat alle ingrepen betreffende de totale of gedeeltelijke verwijdering van de externe vrouwelijke genitaliën, of alle andere beschadigingen aan de vrouwelijke genitaliën, voor culturele of andere niet-medische redenen (WGO, 1997).

De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt vier types:

**Type 1** (clitoridectomie): de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid van de clitoris;

**Type 2** (excisie): de gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen;

**Type 3** (infibulatie): de vernauwing van de vaginale opening met het verwijderen en dichtnaaien van de kleine en/of grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris;

**Type 4**: omvat alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, snijden, insnijden en uitbranden.

Deze praktijk wordt beoefend bij:

- diverse etnische groepen in 28 Afrikaanse landen;
- enkele etnische groepen op het Arabisch schiereiland en in Indonesië;
- ook in ontvangstlanden: Europa, de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland.

In die Afrikaanse landen waar de praktijken beoefend worden, zijn het oude vrouwen, traditionele vroedvrouwen, barbiers, soms dokters of vroedvrouwen in de reguliere gezondheidszorg die de operaties uitvoeren, zelfs al is dit verboden door de Wereldgezondheidsorganisatie.

In westerse landen doen families een beroep op een besnijdstster die ook in het Westen woont of ze sturen het meisje op vakantie naar het thuisland om dit te laten uitvoeren. Vrouwelijke seksuele verminking gebeurt meestal tussen de 4 en 14 jaar, maar ook wanneer een baby enkele weken oud is of net voor het huwelijk, al naargelang de etnische groep.

In **België** leven meer dan 13.000 vrouwen en meisjes die genitale verminking ondergingen en lopen meer dan 4.000 meisjes het risico hieraan onderworpen te worden (GAMS België vzw, 2016).

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) werd lange tijd beschouwd als een traditie en, uit respect voor de cultuur en de volkeren, namen de internationale organisaties er geen standpunt over in. Sinds eind jaren '80 wordt VGV door de Wereldgezondheidsorganisatie erkend als een inbreuk op de mensenrechten.



In het recentste Interagency Statement van de Verenigde Naties wordt – terecht – bevestigd dat VGV “een vorm van genderongelijkheid is die diep verankerd is in sociale, economische en politieke structuren”. Deze verankering kan gedeeltelijk verklaren waarom de strijd tegen dit fenomeen zo lang en zo moeilijk is.

De betrokken bevolkingsgroepen halen diverse redenen aan om deze gebruiken te rechtvaardigen in alle mogelijke combinaties. De redenen die gewoonlijk aangevoerd worden, verschillen per land en per bevolkingsgroep, maar ook binnen eenzelfde bevolkingsgroep, naargelang de leeftijd of het geslacht.

**Respect voor het gebruik of de traditie:** De vraag “Waarom besnijden?” wordt gewoonlijk beantwoord met: “Dat wordt altijd zo gedaan, dat is nu eenmaal zo. Het is natuurlijk, het is normaal.”

**Sociale verbondenheid, sociale integratie:** “Om net als de anderen te zijn, niet te worden uitgesloten.”

**Huwelijk:** “Een onbesneden meisje zal geen man vinden.” Samen met respect voor de traditie is dit de vaakst genoemde reden. Sommige meisjes worden voor hun huwelijk opnieuw besneden als men van mening is dat het niet goed gedaan werd of als, bij een infibulatie, het litteken spontaan is opengegaan. Sommige moeders weten welke risico’s VGV inhoudt, maar geven toe dat het in hun samenleving erger is om niet te kunnen trouwen. Ondanks de mogelijke complicaties van VGV is dit volgens hen toch de beste keuze voor hun dochters.

**Maagdelijkheid, kuisheid, echtelijke trouw:** VGV wordt gezien als een manier om de eer van de familie hoog te houden door seksuele verlangens voor het huwelijk te onderdrukken en ervoor te zorgen dat het meisje braaf en serieus blijft. In een polygaam huwelijk, als de man er misschien niet in slaagt al zijn vrouwen te bevredigen en een gefrustreerde vrouw zou kunnen proberen om een buitenechtelijke relatie te hebben, wordt VGV gezien als een manier om de eer van de man te bewaren.

**Vruchtbaarheid:** er bestaan heel wat mythes over vruchtbaarheid. VGV zou de vruchtbaarheid doen toenemen en de overlevingskans van het kind verhogen. Zo heerst in bepaalde gemeenschappen de overtuiging dat de clitoris, als die niet wordt afgesneden, even groot zou worden als een penis of dat de clitoris een gevaarlijk orgaan is dat de man zou kunnen kwetsen tijdens de penetratie (of hem impotent of onvruchtbaar maken) of de bevalling zou kunnen bemoeilijken.

**Verleiding, schoonheid:** vooral bevolkingsgroepen die infibulaties uitvoeren, vinden open, gapende geslachtsdelen lelijk. Dichtgenaaide, gesloten, onthaarde geslachtsorganen zijn ‘hygiënischer’ en zouden de vrouw aantrekkelijker maken.

**Reinheid, properheid:** zolang een meisje niet besneden of geïnfibuleerd is, wordt ze beschouwd als onrein, vuil en mag zij bepaalde dingen zoals een maaltijd bereiden of opdienen, niet doen.

**Godsdienst (islam):** VGV werd al toegepast voor de komst van de monotheïstische godsdiensten en vooral van de islam. Dus hoewel VGV of infibulatie niet wordt opgelegd door de Koran of andere religieuze geschriften, passen bepaalde gemeenschappen die toch toe in de overtuiging dat de godsdienst dit oplegt. We merken op dat VGV ook voorkomt in christelijke gemeenschappen (katholieken, protestanten, kopten), bij Ethiopische joden (de Falachas) en bij animisten. De standpunten van de religieuze leiders verschillen: sommigen moedigen deze gebruiken aan, voor anderen staan die los van de godsdienst en nog anderen proberen die uit te bannen. Wat de islam betreft, op een internationale conferentie aan de universiteit van Al-Azhar

in Caïro in 2006 hebben soennitische leiders zich uitgesproken tegen VGV (fatwa die stelt dat VGV ongefundeerd is in het islamitische recht).

Hoewel de status van de besnijdenis door de bevolking niet wordt aangehaald als rechtvaardig, mogen we toch aannemen dat ook dit element het voortbestaan van deze gebruiken in de hand werkt. Vrouwelijke genitale verminkingen zijn immers een bron van inkomsten en sociale erkenning voor de besnijdsters. Ze hebben er dus geen belang bij om hiermee te stoppen.

In vele landen wordt VGV op steeds jongere leeftijd toegepast. Volgens een onderzoek van Demographics and Health Surveys (DHS) uit 1997 in Jemen gebeurt de VGV bij 97% van de verminkte meisjes in de eerste levensmaand (gemiddelde leeftijd van 7,6 dagen). Hier kunnen we niet meer spreken van een initiatierite bij de overgang naar de volwassenheid, maar wel van een bevestiging van de identiteit: de identiteit van de groep die haar wet bevestigt op het lichaam van de individuen, maar ook de identiteit van de vrouw (kuisheid, echtgenote, moeder, ondergeschikte) die herhaald en opnieuw bevestigd moet worden. Zo wordt het lichaam van de vrouw afgestemd op de status die van de vrouw verwacht wordt. Wat belangrijk is, is dus het snijden zelf. Het maakt niet uit of de rites die gewoonlijk gepaard gaan met een besnijdenis gerespecteerd worden. Om aanvaard te worden door de groep moet iedereen van het vrouwelijke geslacht dit ondergaan: de vorige generaties hebben dit ondergaan en de traditie is wet. De sociale druk is enorm groot.

Vrouwen die hun dochter laten besnijden, doen dit in hun ogen, met de beste bedoelingen. Door de traditie te respecteren, willen ze hun dochter **behoeden** voor schande, sociale uitsluiting en vereenzaming. In alle groepen die VGV toepassen, bestaat er een woord voor een onbesneden meisje. De ergste manier om een meisje of een vrouw in Mali te beledigen, bijvoorbeeld, is door haar een *bilakoro* te noemen (onbesneden in het Bambara).

Als Malinese vrouwen gevraagd worden waarom vrouwen nog altijd besneden worden in Mali (waar meer dan 90% van de vrouwen tussen 15 en 49 jaar een VGV heeft ondergaan), antwoorden ze allemaal: *“Omdat we dat altijd gedaan hebben, omdat dit een gebruik is. We kunnen een kind niet bilakoro laten”*.

Een recent onderzoek uitgevoerd in België heeft het begrip besnijdenissysteem aan het licht gebracht aan de hand waarvan de verminkingen vanuit een globale invalshoek kunnen gezien worden. VGV is geen geïsoleerde praktijk die uitsluitend tot de privésfeer en de wereld van de vrouwen behoort, maar die integendeel kadert binnen een geheel van rituele en dagelijkse praktijken ter afbakening van de rol en het statuut van man en vrouw (FOD Volksgezondheid en GAMS België vzw, 2011). Vrouwelijke genitale verminking is een cultureel gegeven dat eveneens door voorlichting aan ouders en jongeren kan afgebouwd worden, net als maagdenvliesreconstructie. Het zijn praktijken waar de vrouw onder lijdt in haar volledige vrouw-zijn.

## *D. Taboes rond Human Immunodeficiency Virus (hiv/aids)*

Praten over seksualiteit is taboe en zeker als iemand hiv-positief is.

Uit ons project bleek dat **vertrouwen** creëren zeer cruciaal was tijdens een voorlichtingssessie en nog van groter belang voor mensen die hiv-positief zijn. Het kan lang duren vooraleer ze zich veilig genoeg voelen en er voldoende garantie is van je oprechtheid en beroepsgeheim zodat je hen niet zal “aangeven”.

Sommige vrouwen hadden ervaren dat dit niet altijd het geval was omdat de hulpverlener soms een tweede advies nodig had waardoor het werd geweten door derden. Vaak leven ze geïsoleerd door hun geheim en zullen dit ook niet met iedereen delen. Net bij deze vrouwen is voorlichting heel belangrijk omdat ze met veel vragen zitten, bijv. kan ik nog kinderen krijgen, bij wie kan ik terecht als specialist, kan ik psychische steun krijgen van een vertrouwenspersoon zonder veroordeeld te worden...

Onderzoek van Schoevers et al. (2010) bij vrouwen zonder wettig verblijf in Nederland vermeldt dat professionals verplicht moeten worden tot vertrouwelijkheid. Het belang van een vertrouwensrelatie wordt ook aangehaald in het onderzoek van Decoodt en De Reu (2009) door Roma in Temse en Sint-Niklaas. Daaruit blijkt dat zij vooral een beroep doen op diensten omdat ze vertrouwen hebben in het personeel en dus niet zozeer omdat ze geloven in de werking van de organisatie op zich. Ook in het werk met vluchtelingenvrouwen in Nederland die slachtoffer zijn van seksueel geweld blijkt de creatie van een vertrouwelijke sfeer één van de absolute voorwaarden om te kunnen communiceren (Sensoa, 2011).

Barrières doorbreken vormt een belangrijk onderdeel binnen het preventiewerk, en dit kan alleen door vertrouwen te creëren en door voorlichting.

## 3 VERLOOP VAN DE CURSUS

### 3.1 Praktische afspraken:

**Veiligheid en vertrouwen** in een groep zijn de belangrijkste voorwaarden om effectief te kunnen praten over zeer persoonlijke thema's als relaties en seksualiteit.

Omdat voor velen gastvrijheid belangrijk is, is het altijd goed om te voorzien in **catering** met koekjes of een broodje (indien nodig aangepast aan groep). Het is een leuke manier om deelnemers aan te trekken.

Het is goed om in de mate van het mogelijke **kinderopvang** te voorzien.

Men hoort vaak zeggen van zorgverleners dat deze doelgroep niet komt opdagen bij vormingen. Hou er bij de uitnodiging rekening mee dat de meeste vrouwen **geen agendacultuur** hebben meegekregen in hun opvoeding. Het is best hen de dag ervoor te bellen om hen te herinneren aan de vorming.

Aangezien er veel schroom, taboe en onwetendheid hangt rond deze onderwerpen is het best dat de voorlichting gebeurt met **vrouwen en mannen apart**, en in de mate van de mogelijke door een man gegeven wordt in de mannengroep en een vrouw in een vrouwengroep . Bij voorlichting op school aan jongeren, maakt het niet zozeer uit of de begeleider een man of vrouw is. De schroom bij jongeren is minder groot dan bij kwetsbare vrouwen of mannen.

### 3.2 Samenvatting draaiboek :

<b>Doelstelling</b>	<b>Materiaal</b>	<b>Werkwijze</b>	<b>Tijd</b>	<b>Tips</b>
De begeleider stelt zichzelf voor.	Aanspreeknaam wordt genoteerd op een sticker, blad of bord.	Jezelf voorstellen met naam en voornaam, wat je functie is en waarover je het zal hebben.	2'	Een goede ijsbreker kan zijn dat je ook iets over jezelf vertelt, bijv. of je kinderen hebt of niet. Dit is niet verplicht maar bij de start nodigt het op een eenvoudige manier uit tot wederzijds vertrouwen.
De begeleider maakt kennis met de deelnemers.	Stickers, bladeren en stiften. Wereldkaart.	Iedereen zichzelf laten voorstellen. Met naam en voornaam, of ze kinderen hebben, van welke origine ze zijn en welke taal ze begrijpen of spreken.	15'	Voldoende tijd nemen. De namen van de deelnemers kunnen op een sticker of blad genoteerd worden. Deze voorstelling met directe vragen geeft een gunstig effect op de sfeer en het vertrouwen en de deelnemers zien ook dat de begeleider interesse heeft in hen.

<b>Doelstelling</b>	<b>Materiaal</b>	<b>Werkwijze</b>	<b>Tijd</b>	<b>Tips</b>
De deelnemers kennen de afspraken die gemaakt worden in de groep.	R: Respect I: Interactie P: Privacy Uitschrijven op flap/bord	Afspraken maken: - <b>R</b> espect voor elkaars mening - <b>I</b> nteractie mogelijk maken - <b>P</b> rivacy en veiligheid	5'	Dit is ook een goed moment om te vermelden dat er geen taboe is, dat alles mag gezegd worden in een veilige sfeer tussen de deelnemers.
De deelnemers kennen de vrouwelijke en mannelijke geslachtsorganen.	Beeldmateriaal over: - het vrouwelijk geslachtsorgaan - het hymen - de vrouwelijke genitale verminking ( VGV) - het mannelijk geslachtsorgaan - wereldkaart prevalentie VGV	- De interne en externe vrouwelijke en mannelijke geslachtsdelen worden uitgelegd.  - Het hymen en VGV worden toegelicht	45'	Het is vaak een gevoelig thema: 1/ Bij vrouwen best beginnen met vrouwelijke geslachtsorganen en als je voelt dat de sfeer voldoende vrij is, kan je beginnen met het mannelijk geslachtsorgaan. 2/ Hier helpt soms ook wat humor. 3/ Interactie toelaten is belangrijk, het is het ideale moment om culturele taboes bespreekbaar te maken.

<b>Doelstelling</b>	<b>Materiaal</b>	<b>Werkwijze</b>	<b>Tijd</b>	<b>Tips</b>
De deelnemers hebben inzicht in: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de menstruele cyclus</li> <li>- hoe de bevruchting plaatsvindt</li> </ul>	Beeldmateriaal over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de menstruele cyclus</li> <li>- de bevruchting</li> <li>- werking van hormonen bij menstruele cyclus en bij orale anticonceptie</li> </ul>	Uitleg geven over de cyclus, de hormonale werking en de bevruchting.	30'	Dit is het moment waarop je op een eenvoudige manier mythes kan doorbreken, bijv. het opstapelen van menstruele bloed in het lichaam geeft ziekten of hersenbloedingen.
De deelnemers kennen de verschillende anticonceptiemogelijkheden.	De verschillende anticonceptiemogelijkheden zoals de pil, patch, spiraal ..	Materiaal op tafel leggen. Vragen wie welke anticonceptie kent en deze wil toelichten vanuit haar kennis.	1u30 (minimum)	Met het thema anticonceptie is de sfeer meestal al wat ontspannen. Hier kunnen veel vragen gesteld worden. Een goede voorkennis is hier dus belangrijk!
De deelnemers kunnen correct een condoom aanbrengen.	Condoomdemonstratie met Oscar Beeldmateriaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- penis bezenuwing</li> <li>- een besneden en een niet-besneden penis</li> </ul>	Er kan uitgelegd worden welke verschillende penissen er zijn aan de hand van de schema's, bezenuwing en (niet) besneden. Je demonstreert eerst het condoom zelf en dan vraag je wie het wenst te demonstreren.	15'	De condoomdemo gebeurt best op het einde van het anticonceptieaanbod, omdat de groeps sfeer dan meer ontspannen is.
De deelnemers weten wat Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) zijn.	Achtergrondinformatie over SOA zie gids SOA in voorlichtingskoffer. Het is niet de bedoeling om de deelnemers hierover een cursus te geven, maar wel hen op een	Interactie en inspelen op de vragen van de deelnemers. Als er geen vragen over zijn, kan je bijv. bij de condoomdemonstratie		Dit thema wordt niet besproken als een aparte module, maar wordt best geïntegreerd in één van de eerdere modules bijv. tijdens de

	laagdrempelige manier inzicht bieden om het verder bespreekbaar te maken met hun arts.	vragen of de deelnemers weten of een condoom beschermt tegen SOA en HIV en dit dan verder toelichten.		anticonceptiebespreking waar spontaan vragen worden gesteld door de deelnemers of bij condoomdemonstratie.
<b>Doelstelling</b>	<b>Materiaal</b>	<b>Werkwijze</b>	<b>Tijd</b>	<b>Tips</b>
De deelnemers hebben een antwoord op hun vragen en weten waar ze terecht kunnen.	Meegeven van boekjes of brochures over anticonceptie en vruchtbaarheid in verschillende talen. Uitdelen gratis condooms.	Uitdelen van boekjes, brochures en condooms.	5' (min)	Het is mogelijk dat de deelnemers na de vorming individueel vragen komen stellen die ze niet wensen in groep te stellen.  Navragen wat ze gemist hebben, waarover ze nog inlichtingen willen en ev. doorverwijzen waar ze dat kunnen krijgen.
De deelnemers geven feedback over de vorming.	Mondelinge evaluatie door de deelnemers; de begeleider noteert wel zelf wat er gezegd wordt. Schriftelijke evaluatie is niet aan te raden omwille van taal- of schrijfproblemen.	Directe vragen stellen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de inhoud van de cursus: volledigheid, duidelijkheid, correctheid,....</li> <li>- de manier waarop ze werd gegeven (bijv. gebruik materiaal,...)</li> <li>- de begeleiding</li> <li>- de groep</li> <li>- de organisatie.</li> </ul>	5'	



## 3.3 Het draaiboek

### 3.3.1 Voorstelling van de begeleider

#### **Doelstelling:**

De groep kent de naam en functie van de begeleider en het programma.

#### **Materiaal:**

De aanspreeknaam kan genoteerd worden op een sticker, blad of bord.

**Tijd:** 5 minuten

#### **Werkwijze:**

Er wordt verondersteld dat men in groep kan en durft spreken.

Jezelf voorstellen met naam en voornaam, wat je functie is (binnen welke organisatie) en waarover je het zal hebben.

#### **Tips:**

Een goede ijsbreker kan zijn dat je meer over jezelf vertelt bijv. of je kinderen hebt of niet. Dit creëert op een eenvoudige manier een grotere openheid naar de groep toe.

Tijd nemen om je voor te stellen is belangrijk. Het geeft niet enkel een idee van wie je bent maar het stelt je in staat om daarna gemakkelijker over taboeonderwerpen te kunnen spreken. De ervaring leert dat als je dat niet doet, je vaak achteraf toch bijkomende vragen krijgt, bijv. ben je gehuwd, heb je kinderen, ... In hun ogen is je geloofwaardigheid vaak afhankelijk van je situatie of status (ouder, hulpverlener, arts....). Daarom is het beter om dit als een soort ijsbreker te voorzien.

### 3.3.2 Kennismaking

#### **Doelstelling:**

De begeleider heeft zicht op de achtergrond en kennis van de deelnemers.

#### **Materiaal:**

Stickers of losse bladeren en stiften om de namen te noteren van de deelnemers.

**Tijd:** 15 minuten

#### **Werkwijze:**

Iedereen zichzelf laten voorstellen: naam en voornaam, of ze kinderen hebben, van welke origine ze zijn en welke taal ze begrijpen of spreken. Je kunt de wereldkaart gebruiken.

#### **Tips:**

Hou er rekening mee dat er mensen bij kunnen zijn die analfabeet zijn. Hier kan je voorstellen dat je hun naam opschrijft door eerst de vraag te stellen wie dat wenst en dan toelaat aan

degenen die het zelf willen schrijven, om het ongemak te voorkomen voor degenen die niet kunnen schrijven.

Bevragen welke taal ze spreken is belangrijk want hiermee moet je rekening houden in de verdere sessie door bijv.. een tolk te voorzien (op voorhand met organisator afspreken) , meer visueel materiaal te tonen en niet te snel uitleg te geven.

Directe vragen hebben een gunstig effect op de sfeer en het vertrouwen van de deelnemers omdat ze merken dat de begeleider interesse heeft in hen.

Kwetsbare mensen hebben vaak zoveel tegenslagen in hun leven, bijv. door armoede, werkloosheid of een lage scholingsgraad, dat je hun zelfwaardering en zelfvertrouwen bevordert door even stil te staan bij hun gezinssituatie.

### ***3.3.3 Afspraken volgens de RIP (Respect, Interactie en Privacy) methode***

#### **Doelstelling:**

De deelnemers kennen de afspraken die gemaakt worden in de groep.

Misverstanden worden voorkomen en de communicatie bevordert.

De deelnemers respecteren elkaars mening.

Vertrouwenssfeer wordt gecreëerd.

#### **Materiaal:**

Bord of flip-over en stift om de RIP-afspraken te noteren.

**Tijd:** 5 minuten

#### **Werkwijze:**

Uitleg van de RIP-methode :

Respect is er voor elke mening door geen vooroordelen te uiten en naar elkaar te luisteren zonder te onderbreken.

Interactie is mogelijk, d.w.z. dat er altijd vragen kunnen gesteld worden, zonder enige schroom.

Privacy en veiligheid zijn gegarandeerd: alles wat besproken wordt, blijft in de groep. Men is ook niet verplicht om alles te vertellen.

#### **Tips:**

Dit is een goed moment om te vermelden dat er geen taboes zijn, dat alles mag en kan gezegd worden in een veilige sfeer tussen de deelnemers. Ook het feit dat de groepen uit enkel vrouwen of mannen apart zijn samengesteld, is hier belangrijk.

Als begeleider kan je je beroepsgeheim wel garanderen maar van de groep heb je dit niet.

Je kan alleen proberen te bereiken dat anderen ook respectvol omgaan met wat er in de groep wordt verteld.

### *3.3.4 Bespreken van vrouwelijke en mannelijke geslachtsorganen*

#### **Doelstelling:**

De deelnemers kennen de vrouwelijke en mannelijke geslachtsorganen.

Deelnemers weten wat een hymen is en kennen de verschillende vormen.

Deelnemers weten wat vrouwelijke genitale verminking ( VGV) is en welke de verschillende types zijn.

Mythes en fabels over het hymen en VGV worden doorbroken door kennisoverdracht en groeps gesprekken.

#### **Materiaal:**

##### **Foto's van:**

het vrouwelijk geslachtsorgaan;

het hymen;

de vrouwelijke genitale verminking ( VGV);

wereldkaart met prevalentie van VGV;

het mannelijk geslachtsorgaan.

**Tijd:** 45 minuten

#### **Werkwijze:**

De interne en externe geslachtsdelen worden uitgelegd. Ervaring leert dat heel wat vrouwen en mannen uit deze doelgroep niet weten hoe de inwendige vrouwelijke en mannelijke anatomie er uitziet en functioneert. Neem de tijd om deze basisinformatie zo simpel mogelijk uit te leggen aan de hand van de foto's.

Specifieke aandacht moet gaan naar het hymen. Over het hymen stellen de deelnemers ofwel vaak vragen ofwel juist niet en wordt er enkel aandachtig geluisterd. Hier kan je als begeleider vertellen over de mythes en de taboes om ze bespreekbaar te maken en hierover kennis te delen. Voorzie ook tijd voor de vragen van de deelnemers.

Afhankelijk van de sfeer en doelgroep bespreek je ook de vrouwelijke genitale verminking (VGV), bijv. als ze VGV kennen of erover gehoord hebben en wat ze ervan vinden. Aan de hand van visueel materiaal kan er aan kennisoverdracht en dialoog gedaan worden. De wereldkaart toont de verspreiding en percentages van vrouwenbesnijdenis en maakt duidelijk dat dit gebruik niet alleen beperkt is tot Afrika.

#### **Tips:**

Dit is een gevoelig thema:

Begin dus best met de vrouwelijke geslachtsorganen; als je voelt dat de sfeer voldoende open is, kan je verder gaan met het mannelijk geslachtsorgaan.

Humor werkt faciliterend.

Interactie toelaten is belangrijk: het is het ideale moment om culturele taboes bespreekbaar te maken in de groep, bijv. over de taboes die er heersen over het hymen en de fabels er rond, wat een clitoris is en waar die zich bevindt, enz.

### *3.3.5 Menstruele cyclus en vruchtbaarheid*

#### **Doelstelling:**

De groep heeft inzicht in de menstruele cyclus en hoe de bevruchting plaatsvindt.

#### **Materiaal:**

Beeldmateriaal over de cyclus, bevruchting en werking van hormonen bij de menstruele cyclus en bij orale anticonceptie .

**Tijd:** 30 minuten

#### **Werkwijze:**

Uitleg geven over de cyclus, de hormonale werking en de bevruchting.

#### **Tips:**

Dit is het moment waarop je op een eenvoudige manier mythes kan doorbreken, bijv. het geloof dat het opstapelen van menstrueel bloed in het lichaam leidt tot ziekten, onvruchtbaarheid of hersenbloedingen.

Als hierover in de groep wordt gesproken is het belangrijk dat je daar aandacht aan besteedt. Met visueel materiaal kan je aantonen hoe de cyclus verloopt met of zonder pil (zie schema hormonen bij menstruele cyclus en bij orale anticonceptie).

### *3.3.6 Anticonceptiemogelijkheden en demonstratie*

#### **Doelstelling:**

De deelnemers hebben kennis van de verschillende anticonceptiemogelijkheden.

De deelnemers kunnen correct een condoom aanbrengeen.

Deelnemers weten wat SOA en HIV is.

#### **Materiaal:**

Beeldmateriaal over verschillende anticonceptiemogelijkheden:

pil, spiraal, implantaat, vaginale ring, patch, prikpil, vrouwencondoom, noodpil, pessarium.

Demonstratie condoom op de Oscarpenis.

Uitleg over SOA: zie gids seksueel overdraagbare aandoeningen van SoaAids in voorlichtingskoffer

**Tijd:** 1u45

#### **Werkwijze:**

Materiaal op tafel leggen en vragen wie welke anticonceptie kent en hierover wil vertellen vanuit de eigen kennis.

Interactie mogelijk maken.

Er kan uitgelegd worden welke verschillende penissen er zijn aan de hand van de schema's, bezenuwing en (niet) besneden.

Je demonstreert eerst het condoom zelf en dan vraag je wie het wenst na te doen.

SOA kan geïntegreerd worden tijdens de uitleg over anticonceptie door bijv. beschermt de pil, spiraal, patch, condoom, ... tegen SOA en HIV? Je brengt dit best op een zo maximaal mogelijk interactieve en ludieke manier ter sprake.

### **Tips:**

Met het thema anticonceptie is de sfeer meestal al wat ontspannen. Hier kunnen veel vragen gesteld worden. Een goede voorkennis is dus belangrijk!

Hier kan de begeleider vragen aan de deelnemers hoe zij het gebruik ervan zien binnen hun cultuur en hoe zij bestaande taboes bespreekbaar kunnen maken. Zo ontstaat interactie, begrip, vertrouwen en kennisoverdracht.

Voor je begint met de condoomdemo, kan uitleg geven over de penis aan de hand van de schema's van bezuwering en (niet) besneden en vragen wat ze ervan vinden. Als de sfeer ontspannen is kan je verder met de condoomdemo.

Aan de deelnemers wordt best de vrije keuze gelaten of ze de condoomdemo zelf willen nadoen of niet.

Het feit dat ze al aanwezig zijn en de cursus mee volgen is al een stap vooruit voor hun weerbaarheid. Je kan ook gratis condooms uitdelen aan wie dit wil.

Soms is de tijd te kort om alles in detail uit te leggen. Hier stel je best duidelijk dat ze voor verdere informatie bij hun arts terecht kunnen.

## ***3.3.7 Afronding en evaluatie***

### ***Vraagronde en doorverwijzing***

#### **Doelstelling:**

De deelnemers krijgen antwoorden op hun vragen en weten waar ze terecht kunnen met hun vragen na de sessie.

#### **Materiaal:**

Boekjes en brochures in verschillende talen over anticonceptie en vruchtbaarheid, Zanzu-kaartjes om mee te geven aan de deelnemers.

**Tijd:** 5 minuten

#### **Werkwijze:**

De deelnemers uitnodigen om nog niet behandelde vragen te stellen. Je dient hier goed de urgentie van een gestelde vraag en eventueel de achterliggende situatie in te schatten om zo juist mogelijk te kunnen doorverwijzen indien nodig.

Uitdelen van kaartjes, boekjes, brochures.

Adressen tonen in een boekje of brochure indien het om een specifieke vraag gaat.

Uitdelen van condoomstaaltjes indien gewenst.

**Tips:**

Het is mogelijk dat de deelnemers na de vorming individuele vragen hebben die ze niet wensen te stellen in de groep. Er kunnen schrijnende verhalen tussen zitten. Wees hierop voorbereid, neem er de tijd voor.

Maak een afspraak als je denkt dat er meer tijd voor nodig is of verwijs onmiddellijk door naar een zeer gespecialiseerde organisatie waar ze zeker terecht kunnen of maak zelf een afspraak in hun naam als ze daarom vragen.

Vraag ook na wat de deelnemers gemist hebben in de presentatie en verwijs ze, indien mogelijk, ook door naar organisaties om hierop antwoorden te krijgen.

***Evaluatie*****Doelstelling:**

De deelnemers en de organisator geven feedback over de vorming.

**Materiaal:**

Mondelinge evaluatie door de deelnemers en de organisator. Je noteert zelf de feedback van wat er gezegd wordt in functie van eigen bijsturing en/of aanpassing van het verloop van het vormingspakket.

**Tijd:** 5 minuten

**Werkwijze:**

Directe standaardvragen stellen: Wat vond u over:

- de inhoud van de cursus (volledigheid, duidelijkheid, correctheid,...)
- de manier waarop hij werd gegeven (bijv. gebruik materiaal,...)
- de begeleiding
- de groep
- de organisatie.

**Tips:**

Evaluatie is altijd interessant voor een objectief beeld van het verloop van de toelichting. Het draagt ook bij tot verbetering van een volgende sessie.

## 4 ALGEMEEN BESLUIT

Dit project is gestart vanuit de concrete ervaring binnen het Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan dat er een nood was aan cultuursensitieve voorlichting voor kwetsbare doelgroepen. Dit werd in de uitwerking van dit draaiboek ook wetenschappelijk onderbouwd.

De concrete nood op het werkveld bleek erin te bestaan om specifiek materiaal te ontwikkelen voor de doelgroep en geëigende achtergrondinformatie te verzamelen voor de begeleiders van vormingssessies.

Een betere samenwerking tussen praktijkwerkers en beleid kan er toe bijdragen dat de signalen van de werkvloer sneller kunnen worden verzameld en dat er, indien nodig, middelen worden vrijgemaakt om hierop een gepast antwoord te geven. Hogescholen en universiteiten kunnen hier een belangrijke onderzoeksrol opnemen en een brug te slaan tussen praktijkwerkers en de overheid.

Onderzoek uit verschillende landen is eensgezind over volgende vaststellingen: het hoge abortuscijfer en het aantal ongewenste zwangerschappen in Europa bij allochtone meisjes en vrouwen, de nood aan preventieve voorlichting om onwetendheid en taboes weg te werken, de invloed van culturele tradities op seksuele en reproductieve gezondheid en de impact van kansarmoede op het maken van juiste keuzes.

Voldoende middelen om een continue campagne te voeren zou gezondheidswerkers en begeleiders van specifieke doelgroepen in staat moeten stellen om preventief te werken.

We hopen dat het Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan daaraan een steentje heeft bijgedragen. De uiteindelijke doelstelling van dit draaiboek is immers kwetsbare doelgroepen te helpen de juiste keuzes te maken na het krijgen van cultuursensitieve voorlichting over anticonceptie.





## 5 BRONVERMELDING

### Boeken:

MOUTHAAAN, I. & DE NEEF, M. (1992). *Een Marokkaanse vrouw regelt dat zelf!* Delft: Uitgeverij Eburon.

MOUTHAAAN, I. & DE NEEF, M. (1997). *Twee levens – Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid.* Delft: Uitgeverij Eburon.

VAN GINNEKEN, B., OHLRICHS, Y. & VAN DAM, A. (2004). *Zwijgen = zonde. Over seksuele vorming aan multiculturele en- religieuze jongeren.* Rutgers Nisso Group.

AZOUGH, R., POELMAN, J. & MEIJER, S. (2007). *Jongeren, seks en islam – Een verkenning onder jongeren van Marokkaanse en Turkse afkomst.* Uniprint international, SOA Aids Nederland.

BOGERS, M. (2007). *Humor als verpleegkundige interventie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

DUVAL, G. (2008). *Il était deux fois, un voile...* Bruxelles: Université des femmes.

DIERCKX, D., VRANKEN, J., COENE, J. & VAN HAARLEM, A. [red.] (2011). *Armoede en sociale uitsluiting.* Leuven: Acco.

WERKGROEP PLURICULTURELE ZORG NVKK (2011). *Pluriculturele zorg, ook onze zorg.* Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

### Internetbronnen:

CROSS Jeni, 2013. *TEDx Talks: Three Myths of Behavior Change – What you think you know that you don't, Jeni Cross at TEDxCSU* [Online video]. Geraadpleegd in januari 2017 via <https://www.youtube.com/watch?v=l5d8GW6GdR0>

FORAN, T. (2010, 23 september). *Women's health : doctors in multicultural societies are increasingly being asked to perform hymen reconstruction, but what are the ethics of such a controversial procedure?* Geraadpleegd via <http://www.australiandoctor.com.au/news/c3/0c06bec3.asp>

VANCORENLAND, S., AVALOSSE, H. VERNIEST, R., CALLENS, M., VAN DEN BROUCKE, S. RENWART, A., RUMMENS, G. & GERARD, F. (2014, december). *De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht.* Geraadpleegd op 3 april 2017 via [https://www.cm.be/binaries/CM-Informatie-258-gezondheidsvaardigheden\\_tcm375-148816.pdf](https://www.cm.be/binaries/CM-Informatie-258-gezondheidsvaardigheden_tcm375-148816.pdf)

RUTGERS KENNISCENTRUM SEKSUALITEIT. *Cultuursensitief werken.* Geraadpleegd in januari 2017 via <http://www.seksindepraktijk.nl/seksualiteit-bespreken/cultuursensitief-werken/5-elementen-van-cultuursensitief-werken>;  
<http://www.seksindepraktijk.nl/bespreken/cultuursensitief-werken/tips-om-cultuursensitief-te-werken>;

RUTGERS KENNISCENTRUM SEKSUALITEIT (2015, 8 mei). *Beat the Macho*. Geraadpleegd in januari 2017 via <http://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/programmas-en-projecten/archief/beat-macho-muzikale-campagne-voor-jongens>

STICHTING MYTHE ONTKRACHT (2011, 30 december). Geraadpleegd via <http://www.mytheontkracht.nl/index.php>

SWITZLER A. (2012). *Tedx Talks: Change anything! Use skillpower over willpower: Al Switzler at TEDxFremont* [Online video]. Geraadpleegd van <https://www.youtube.com/watch?v=3TX-Nu5wTS8>

VERHAAR, O. *Maagdenvlieshersteloperaties tussen gedogen en verbieden*. Geraadpleegd via <http://www.pharos.nl/supernavigatie/zoeken/?keyword=maagdenvlies&currentPage=2>

WIELENGA, S. *De kater van de seksuele revolutie*. Geraadpleegd van [www.cfcmedia.be/extra/pdf-ezv/2.pdf](http://www.cfcmedia.be/extra/pdf-ezv/2.pdf)

## Onderzoeken:

DE SPIEGELAERE M., RACAPE, J. & SOW, M. (2017). *Wat betekenen armoede en migratie voor de gezondheid van baby's?* Koning Boudewijnstichting Brussel.

MERCER, B. (2008). Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaptation of the PLISSIT model. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing* 17, 341–351.

NIEUBORG, N. & GIANOTTEN, W. (2004). Seksualiteit en cultuur: verschillen in klachten tussen autochtonen en allochtonen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 128-133.

NEEFS, H. & VISSERS, S. (2005). De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 88-89.

LOEBER, O. (2008). Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus – een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 129-137.

VAN MOORST, B., VAN LUNSEN, R., VAN DIJKEN, D. & SALVATORE, C. (2010). Virginité, a gender issue? Backgrounds of women supplying for hymen reconstruction and the effects of counselling about myths and misunderstandings about virginité. *Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health, Den Haag*, 19-22.

PEETERS, F. & BEN ABDESLAM, H. (2011). *Inzichten in het contraceptieel gedrag van allochtone abortuscliënten in Brussel Hoofdstad: Hart van Europa* [masterproef]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde.

SØRENSEN K., VAN DEN BROUCKE S., FULLAM J., DOYLE G., PELIKAN J., SLONSKA Z., BRAND H., FOR (HLS-EU) CONSORTIUM HEALTH LITERACY PROJECT EUROPEAN (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.

## Eindwerken:

DRIESSENS, A. (2007). *Seksualiteitsbeleving van moslimmeisjes en moslimvrouwen*. Eindwerk Katholieke Hogeschool Leuven.

BERHILI, S. (2010). *Marokkaanse gezinnen en buitenhuwelijkse zwangerschappen*. Eindwerk Hoger Instituut Voor Gezinswetenschappen en Hogeschool Universiteit-Brussel Bachelor Gezinswetenschappen.

### **Naslagwerken:**

BERIOT COLETTE, 2013. *L'éducation à la vie affective et sexuelle en contexte multiculturel*. Bruxelles: CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL [FLCPF-CEDIF].

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL [FLCPF-CEDIF] (2008). *Dossiers documentaires du CEDIF – Virginité – Hyménoplastie*.

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL [FLCPF-CEDIF] (2011). *Dossier documentaires du CEDIF – Hypersexualisation*.

CUEPPENS, C. (2006). *Les populations originaires du Maroc et de Turquie*. Bruxelles: CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL [FLCPF-CEDIF], 30 pagina's.

CUEPPENS, C. (2006). *Les populations originaires d'Afrique centrale*. Bruxelles : CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION DE LA FEDERATION LAIQUE DE CENTRES DE PLANNING FAMILIAL [FLCPF-CEDIF], 22 pagina's.

DROGT, A., VAN DER DOEF, S., REITZEMA, E., CENSE, M. en ALAKAY, F. (2008, eerste druk). *Relaties & Seksualiteit- aanvullend katern voor gebruik in multiculturele klassen*. Rutgers Nisso Group/NIGZ, 40 pagina's.

FOD VOLKSGEZONDHEID, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu en GAMS België vzw (2011). *Vrouwelijke Genitale Verminking: handleiding voor de betrokken beroepssectoren*, Brussel.

GAMS België vzw (2016). *Vrouwelijke genitale verminking: Een aantal mythes onder de loep*. Brussel.

INSTITUUT VOOR DE GELIJKHEID VAN VROUWEN EN MANNEN (2013). *Eergerelateerd geweld – Hoe ga je hiermee om als professional?* Brussel.

JONG & VAN ZIN i.s.m ELLA vzw (2016). *What the FAQ? Hoe begeleid je relationele en seksuele vorming in superdiverse groepen?* Antwerpen.

MOUTHAAN, I., DE NEEF, M. & RADEMAKERS, J. (z.j.). *Geboorteregeling bij allochtone vrouwen, inventarisatie en screening van bestaand voorlichtingsmateriaal*. Rutgers Nisso Groep.

NIGZ, RUTGERS-NISSO GROEP en SENSOA (2003). *Handleiding bij voorlichtingsplaten Geboorteregeling*, 52 pagina's.

ONDERZOEKS- EN INFORMATIECENTRUM VAN DE VERBRUIKERS ORGANISATIE [OIVO] (2011). *Hyperseksualisering*.

PLOEM, R. (2016). *Gender bias in Humanitarian Aid – What about the Men?* Rutgers Kenniscentrum seksualiteit.

RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN DE ZORG (z.j.). *Advies. Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Nederland.

ROYNET, D. (1994). *Les troubles de la sexualité chez les femmes issues de l'immigration musulmane*. Les cahiers du Germ, 228, 26 pagina's.

ROSEEUW, I. (red) (2011). *Kleurrijke maatzorg: Aan de slag met interculturalisering*. De Touter vzw

RUTGERS Kenniscentrum seksualiteit (2015). *Beat the macho – 5 tips voor professionals*

SENSOA (VLAAMS EXPERTISECENTRUM VOOR SEKSUELE GEZONDHEID), HIV-SAM & INTERNATIONAL CENTRE FOR REPRODUCTIVE HEALTH [IRCH]. (2011). *Dossier Rondetafel Kwetsbare Migranten*.

SENSOA & CENTRUM VOOR GELIJKE KANSEN EN VOOR RACISMEBESTRIJDING. (2004). *Voorlichtingspakket – Seksuele en reproductieve gezondheid voor nieuwkomers*. 94 pagina's.

VROUWENRAAD (2014). *Vrouwen ontmoeten vrouwen. Toolkit voor empowerend werken met asielzoeksters in collectieve opvang*. Brussel.

## 6 BIJLAGEN

### 6.1 Evaluatie project kwetsbare (zwangere) vrouwen 2009

#### Evaluatierapport projectfase 2009

### 1. Evaluatie project kwetsbare ( zwangere) vrouwen in Brussel.

#### A. Kwantitatief

Er werden 7 vormingen gegeven in 4 organisaties.

Vormingen	Deelnemers
Nasci <sup>1</sup> 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	5 +10 + 9
Huis Der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	6 +15
BON <sup>2</sup> 09.06.09 +16.07.2009	14
Planning Familiale Schaerbeek groupe Bah 18.06.09	8
Link VZW 08.10.2009	27
<b>Totaal</b>	<b>94</b>

Korte situering van de groepen:

#### 1/ Nationaliteit:

Gemengde groepen van verschillende nationaliteiten dwz: Algerijns, Belgisch, Braziliaans, Afrikaans, Roemeens, Marokkaans, Turks, Vietnamees, Albanees, Tsjetsjeens, Duits, Irakees, Filippijns

#### 2/ Generaties:

Eerste, tweede en derde generatie.

#### 3/ Gesproken taal:

Met de organisators werd alles in het Nederlands geregeld maar de les werd hoofdzakelijk in het Frans gegeven met vaak ook aanvullingen in het Engels, Marokkaans en soms Nederlands.

<sup>1</sup> Dienstencentrum voor het kind

<sup>2</sup> Brussels Onthaalbureau

#### 4/ Duur en tijdstip:

Voorziene tijd voor de vorming was 2 uren. Deelnemers stromen echter vaak te laat tijdens de les binnen waardoor de voorziene tijd meestal te kort was ( in combinatie met feit dat er veel interactie is van deelnemers)

#### 5/ Achtergrond kennis:

4 op de 5 deelnemers(van verschillende generaties) was niet geschoold.

## B. Kwalitatief

Vragen A tot en met D werden enkel door de deelnemers beantwoord.

### A. Informatie over anticonceptie:

#### 1. *Waar haal je jouw informatie over anticonceptie ?*

**- Meesten halen informatie vanuit hun omgeving en vriendenkring - Deelnemers krijgen ook info via dokter**

**MAAR:**

**- onvoldoende geïnformeerd door dokter: aanbod en eventuele bijwerkingen worden onvoldoende besproken (ze namen nog liever niets dan medicatie die hen nog slechter deed voelen)**

**- Durven geen vragen te stellen over voor- en nadelen anticonceptie.**

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Via vrienden/ omgeving	x	x	x	x	x
Info vaak via huisarts	x	x	x	x	x
Meestal geeft arts geen uitleg over aanbod en risico's verbonden aan AC	x	x	x	x	x
Eerste keer dat men info en duidelijkheid krijgt over AC			x		

## **B. Anticonceptie gebruik:**

### **1. Welke anticonceptie neem je ?**

- Vaak geen anticonceptie omwille van gezondheidsproblemen of te weinig info van de arts over eventuele bijwerkingen anticonceptie
- Indien toch anticonceptie heeft men van alles geprobeerd: pil , spiraal, implantaat,...
- Door slechte ervaringen heeft men het idee dat hun vruchtbaarheid werd aangetast ( werd nog versterkt door onwetendheid en gebruik mythes)

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Meestal geen AC	x			x	x
Geen AC omwille van gezondheidsproblemen			x	x	

### **2. Was dit een persoonlijke keuze ?**

#### **Meestal eigen beslissing**

	Nasci 29.05.09 +23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Persoonlijke keuze	x		x	x	
In samenspraak met partners			x	x	
Man beslist				x	

### **3. Welke rol heeft je partner hierin gespeeld?**

#### **Enkel in samenspraak met partner als het slecht gaat**

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Meerderheid beslist zelf	x		x	x	x

#### 4. Vinden jullie het nodig dat mannen geïnformeerd worden ?

**Mannen zouden ook geïnformeerd moeten worden om mee te kunnen participeren binnen de gezinsplanning.**

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09+ 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09+ 16.07.2009	Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Mannen zouden ook geïnformeerd moeten worden	x	x	x	x	x

#### C. Attitudes/ taboes en mythes:

##### 5.. Zijn er bepaalde anticonceptiemiddelen die je niet wenst te gebruiken vanuit culturele taboes of religieuze waarden ?

- Vanuit opvoeding (vanuit geloofsovertuiging) meegekregen dat men geen anticonceptie mag gebruiken en dat het taboe is om over te praten.
- Het is niet toegestaan om over anticonceptie te praten omdat dit een teken zou zijn dat men sexueel actief is en dat mag niet voor het huwelijk.
- In centraal Afrika is het vanuit geloof niet toegestaan om de condoom te gebruiken + condoom wordt gelinkt aan prostitutie.
- Familiale invloed ( door slechte ervaringen) in combinatie met religieuze waarden en culturele mythes ( onwetendheid) maken het moeilijk om juiste keuze te maken.
- Spreken over seksualiteit is taboe in cultuur. Er wordt dan ook weinig over gesproken tijdens de jeugd -> gevolg gebrekkige kennis over anticonceptie.
- Spiraaltje wordt afgeraden omdat er sprake zou zijn van bevruchting -> vorm van abortus.
- Definitieve sterilisatie is niet mogelijk volgens geloof ( behalve in uitzonderlijke situaties)
- Eén deelnemer gaf aan dat vanuit haar geloof de pil verboden is omdat een kind de schepping is van God en dat dit niet belemmerd mag worden.
- Kregen destijds ook enkel keuze tussen de pil en de prikpil, weinig info van de arts hierover, met als gevolg negatieve ervaringen waardoor er ook wantrouwen ontstond tegen over anticonceptie.



**Besluit: Veel onwetendheid en eigen gevormde ideeën en mythes vb: opstapelen van bloed in het lichaam van uitgebleven menstruatie**

	Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08	BON 09.06.09 + 16.07.2009	Planning Familial  Schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Veel onwetendheid en eigen gevormde ideeën en mythes	x <sup>3</sup>	x	x	x	x
Niet toegelaten vanuit opvoeding, geloof	x		x	x	x
Familiale invloed	x <sup>4</sup>		x		

**D. Financiële component:**

**6. Is anticonceptie betaalbaar voor jou ? Indien je het financieel moeilijk hebt weet je dan bij wie of waar je terecht kan voor financiële steun ?**

- Te duur maar verplicht om het aan te kopen.
- Meerderheid geeft aan niet te weten waar men terecht kan voor financiële ondersteuning, en als men het weet gaat dit gepaard met grote administratieve last

	Nasci 29.05.09 + 23.10.2009	Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09	BON 09.06.09+ 16.07.2009	Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09	Link VZW 08.10.2009
Te duur	x		x	x	x
Geen idee waar men terecht kan voor financiële ondersteuning	x		x	x	x

<sup>3</sup> enkel 16.10.2008 + 29.05.09

<sup>4</sup> enkel 16.10.2008 + 29.05.09

## **E. Evaluatie vorming:**

Door de organiserende partij, door de lesgever en door de deelnemers

### **1. Wat vond je van de vorming ?**

#### **Lesgever:**

**Deelnemers verstonden vooral Frans**  
**Belangrijke ijsbrekers: humor en persoonlijke ervaringen**  
**Kennis van culturen en religie is een groot voordeel**  
**Groep mag niet te groot zijn ( bv Link VZW**  
**08.10.2009 27 deelnemers: men durft minder over intimiteit praten, interactie verloopt minder vlot)**

#### **plus:**

- veel interactie tijdens de les dankzij gebruik visueel materiaal
- interessant om een vergelijking te maken tussen de 1ste, 2de en 3de generatie.
- externe lesgever

#### **min:**

- veel onwetendheid & mythes
- beperkte tijd door alle vragen
- velen komen ook te laat door andere verantwoordelijkheden
- tolken voorzien in geval van veel talen

#### **Organiserende partij:**

- Geslaagde vorming
- Gebruikte materiaal was duidelijk en zeer goed
- Lesgever kent de doelgroep heel goed en werkt op maat voor de moeders
- Kennis meerdere talen was een voordeel, gebruik verschillende talen maken de vorming echter complex
- Gebruiken van eenvoudige termen is bevorderlijk voor een goed begrip.
- Deze vrouwen gebruiken geen agenda dus het is zeer belangrijk hen regelmatig te herinneren ( vooral de dag ervoor is belangrijk).

#### **Deelnemers (meestal mondeling bevraagd wegens taal- en schrijfproblemen):**

- Heel goed en leerrijk
- Weten nu wat ze moeten vragen aan de huisarts bij de volgende consultatie.
- Heel interessant thema en veel interactie mogelijkheden
- Nieuwe dingen bijgeleerd
- Actueel onderwerp waar nog veel misverstanden bestaan
- Lesgever gemotiveerd en beantwoordt aan alle vragen, bezit de goede didactiek voor ons te informeren.
- Duidelijk uitgelegd
- Voorstel om voor gemengde groep vorming te geven hoewel daarvoor misschien eerst taboes moeten doorbroken worden
- Interesse in thema vrouwenbesnijdenis

<b>Organiserende partij</b>	<b>Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009</b>	<b>Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09</b>	<b>BON 09.06.09+ 16.07.2009</b>	<b>Planning Familial Schaerbeek Groupe BAH 18.06.09</b>	<b>Link VZW 08.10.2009</b>
Regelmatige promotie belangrijk	x <sup>5</sup>				
Geslaagde vorming	x	x	x		
Duidelijk materiaal		x	x		
Lesgever werkt op maat		x			
Complex door verschillende talen	x <sup>6</sup>				
Humor en zelfde culturele achtergrond ijsbreker				x	

<b>Deelnemers</b>	<b>Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009</b>	<b>Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09</b>	<b>BON 09.06.09 + 16.07.2009</b>	<b>Planning Familia schaerbeek groupe BAH 18.06.09</b>	<b>Link VZW 08.10.2009</b>
Beter zicht op lichaam vrouw en aanbod Ac	x	x	x	x	

<b>Lesgever</b>	<b>Nasci 16.10.2008 + 29.05.09 + 23.10.2009</b>	<b>Huis der gezinnen 19.12.08 + 30.01.09</b>	<b>BON 09.06.09+ 16.07.2009</b>	<b>Planning Familial schaerbeek groupe BAH 18.06.09</b>	<b>Link VZW 08.10.2009</b>
Veel interactie	x	x	x	x	
Veel onwetendheid		x	x	x	
Beperkte tijd	x	x			
Deelnemers van 1 <sup>ste</sup> generatie			x	x	

## **2. Wat vond je van het materiaal ?**

### **Lesgever:**

*didactisch materiaal was samengesteld uit:*

- *anticonceptiekoffer van Sensoa*
- *koffer van Idriss (vb. menstruatiecycclus)*
- *eigen materiaal van de lesgever van het expertisecentrum aangepast materiaal voor doelgroep*

### **Deelnemers:**

*goed en duidelijk, al het materiaal was aanwezig om iets te tonen aan de groep, veel visueel en tastbaar materiaal*

<sup>5</sup> enkel van toepassing voor 16.10.2008 + 29.05.09

<sup>6</sup> enkel van toepassing voor 16.10.2008 + 29.05.09

**Organisator:**

*goed en duidelijk materiaal*

## **2. Vaststellingen**

Vanuit kwantitatieve evaluatie valt vooral te onthouden dat:

- verschillende nationaliteiten aanwezig waren tijdens de vormingen
- van verschillende generaties
- de voorziene tijd voor vorming te kort was
- de meerderheid van de deelnemers niet geschoold was

Uit de kwalitatieve evaluatie kwamen o.a. volgende elementen naar voor:

- Onwetendheid en mythes beïnvloeden het gedrag van anticonceptie inname
- De meesten haalden hun informatie over anticonceptie vanuit hun omgeving en vriendenkring
- Zowel de 1ste generatie als de 2de generatie gaven aan dat ze door arts te weinig geïnformeerd worden over volledige aanbod en de bijwerkingen
- Iedereen gaf toe dat mannen ook gesensibiliseerd moeten worden om mee te participeren
- De meesten gaven aan dat anticonceptie duur, maar onmisbaar is

► M.a.w. tekort aan correcte informatie!

## **3. Tenslotte**

De aanpak van sommige vaststellingen ligt buiten het bereik van dit project maar zijn belangrijk genoeg om te bespreken met de betrokken organisaties bijv.

- ✓ Werken met mannengroepen
- ✓ Weerbaarder maken van de vrouwen zelf.

Andere vaststellingen behoren tot de bredere opdracht van een expertisecentrum kraamzorg bijv.

- ✓ Sensibilisering van huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners in functie van optimalisatie van informatie over anticonceptie.

## 6.2 Inhoud van de koffer

**De middelen in de koffer zijn niet geschikt voor gebruik. Het is placebomateriaal of materiaal dat alleen mag gebruikt worden bij trainingen of demonstraties.**

### Anticonceptie

mannencondoom 5 stuks (Zanzu/Sensoa)	<input type="checkbox"/>
vrouwencondoom (Femidon)	<input type="checkbox"/>
noodpil = morning after pil (Levodonna sandoz)	<input type="checkbox"/>
hormoonstaafje (Implanon)	<input type="checkbox"/>
vaginale ring (NuvaRing)	<input type="checkbox"/>
de pil (Mithra)	<input type="checkbox"/>
koperspiraal (Flexi-T van Prosan)	<input type="checkbox"/>
pessarium (Caya)	<input type="checkbox"/>
pleisterpil (Evra patch)	<input type="checkbox"/>
prikpil (Depo-Provera)	<input type="checkbox"/>

### Ander materiaal

Oscar: demonstratiepenis	<input type="checkbox"/>
Model baarmoeder voor demo spiraaltje	<input type="checkbox"/>
Applicator voor vaginale ring	<input type="checkbox"/>
Zwangerschapstest	<input type="checkbox"/>
Speculum	<input type="checkbox"/>
Setje voor nemen van uitstrijkje van baarmoederhals (met borsteltje, wisser en Ayre-spateltje)	<input type="checkbox"/>

## Illustraties

- vagina met en zonder hymen: p.1
  - menstruele cyclus: p. 2-7
  - verschillende hymens: p. 8-12
  - vrouwenbesnijdenis: p. 13-14
  - hormonen bij cyclus/AC: p. 15
  - mannelijk geslachtsorgaan: p. 16
  - penis besneden: p. 17
  - penis bezenuwing: p. 18
- 
- overzicht menstruele cyclus van Sensiplan
  - vergelijking menstruele cyclus fysiologisch en bij pilgebruik
  - wereldkaart van GAMS met prevalentie vrouwenbesnijdenis

## Publicaties

- Kaartjes website Zanzu.be
- Vrouwelijke Genitale Verminking/Vrouwenbesnijdenis (GAMS België) NL+FR
- Geen besnijdenis voor mijn dochter (GAMS België) NL+FR
- Seksueel Overdraagbare aandoeningen (SOAAIDS)
- Een moeilijke beslissing rond zwangerschap (FARA)
- Waar een wet is, is een weg: Abortus (LUNA)
- Breek de stilte: partnergeweld (IGVM)
- Seksueel Geweld. Wat nu? (IGVM)
- Eergerelateerd geweld (IGVM)
- Vouwfolder Welke anticonceptie kiezen (Bayer)
- Wat is het beste voorbehoedsmiddel voor jou? (MSD)
- Folder Caya, een nieuw pessarium (Memidis Pharma)
- Sensiplan (Natural Family Planning)
- La contraception (FLCPF)
- Kind in Beeld: Contraceptie (KIND&GEZIN)

## Toelichting bij een aantal stuks

Er is een [speculum](#) en een setje voor het nemen van [uitstrijkjes](#) (met wisser, cervicaal borsteltje en Ayre spatel) aanwezig indien er vragen komen over het bezoek aan de gynaecoloog of seksuele gezondheid.

Er is een [applicator](#) beschikbaar voor het inbrengen van de [vaginale ring](#), als alternatief voor het inbrengen met de vingers (optioneel). De ring wordt platgeduwd in de applicator gebracht en zo in de vagina ingebracht. De applicators zijn gratis bij de apotheek verkrijgbaar bij aankoop van de NuvaRing.

De **Caya** is een nieuw pessarium, zonder voorschrift te koop en zonder eerst aan te passen door een arts. Dit is een hormoonvrij anticonceptiemiddel. Opgelet! Dit moet wel steeds gebruikt worden in combinatie met een spermicide gel.

Er is een **model** van de **baarmoeder** aanwezig om te tonen waar het **spiraaltje** in de baarmoeder geplaatst wordt. Je kunt het spiraaltje er zo in- en uitschuiven ter demonstratie. Onze demo-spiraaltjes zijn enkel van koper, maar de hormonale spiraaltjes zijn even groot en worden op dezelfde plaats, op dezelfde manier ingebracht.

Ter verduidelijking poster **menstruele cyclus Sensiplan**:

Relatief onvruchtbare fase: betekent dat deze in relatie staat met de komende eisprong; d.w.z. dat die fase langer of korter kan duren naargelang het moment dat de eisprong komt en dat je niet vooraf kunt vaststellen.

Absoluut onvruchtbare fase: is duidelijker, absoluut onvruchtbaar nadat het eitje is afgestorven, d.w.z. zo'n 12 à 18 uur na de eisprong (in geneeskunde zegt men dan gemakshalve 24 uur). Daarom is er na de eisprong (gele balkje) nog een korte periode van vruchtbaarheid.