

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20

TNO-rapport

KvL/JPB 2005.145

**Meningen over en behoefte aan preconceptie
advisering van allochtone vrouwen: een focusgroep
onderzoek**

Datum	Juni 2005
Auteur(s)	E.J. Hosli L. Çinibulak K.M. van der Pal-de Bruin
Aantal pagina's	62
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Doelstelling.....	7
3	Methode.....	9
3.1	Werving.....	9
3.2	Samenstelling groepen	9
3.3	Werkwijze gesprekken.....	9
3.4	Analyse.....	10
4	Resultaten	11
4.1	Marokkaanse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen.....	11
4.2	Marokkaanse vrouwen die maximaal tien jaar in Nederland wonen.....	13
4.3	Turkse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen.....	15
4.4	Turkse vrouwen die maximaal tien jaar in Nederland wonen.....	18
4.5	Antilliaanse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen.....	20
4.6	Antilliaanse vrouwen die maximaal tien jaar in Nederland wonen.....	22
4.7	Surinaamse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen	24
4.8	Grootste gemene deler.....	26
4.9	Diversiteit.....	27
4.10	Behoeftte aan cultureel sensitieve zorg.....	28
4.10.1	Taalbarrière	28
4.10.2	Respect.....	29
4.10.3	Geen vooroordelen / geen discriminatie.....	29
4.10.4	Inhoudelijke informatie / afstemming op (andere) gewoontes.....	29
4.10.5	Informatieoverdracht / bekijken van informatie.....	30
5	Discussie en aanbevelingen.....	31
5.1	Beschouwing.....	31
5.2	Aanbevelingen	33
6	Referenties	35
	Bijlage(n)	
	A Topiclijst voor focusgroepen	
	B Overzichtsmatrices	

1 Inleiding

In Nederland eindigt naar schatting 20% van de zwangerschappen in een ongunstige uitkomst zoals miskraam, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, aangeboren afwijkingen en perinatale sterfte [1,2]. Onderzoek op deelgebieden heeft aangetoond dat door het nemen van preventieve maatregelen tijdens de zwangerschap het risico op een ongunstige zwangerschapsuitkomst afneemt [3-6]. Voorbeelden hiervan zijn niet-roken tijdens de zwangerschap en het gebruik van foliumzuur rond de conceptie. Dit geeft een unieke mogelijkheid voor primaire preventie van gezondheidsproblemen. Echter, de kennis van vrouwen over mogelijk te nemen gezondheidsmaatregelen vóór en tijdens de zwangerschap is onvoldoende [7]. Door vrouwen tijdig hierover te informeren hebben vrouwen de mogelijkheid om gezondheidsmaatregelen te nemen, waardoor het aantal ongunstige zwangerschapsuitkomsten naar verwachting met ongeveer 20% kan afnemen.

In Nederland is meer dan 85% van de zwangerschappen gepland en is vrijwel iedereen ingeschreven bij een huisarts. Hierdoor is het in Nederland theoretisch mogelijk via programmatische preconceptieadviesing (PCA) de vrouw en haar partner vóór de zwangerschap te informeren over mogelijk te nemen gezondheidsmaatregelen. Hiervoor is door TNO in samenwerking met het LUMC een methodiek ontwikkeld.

PCA bestaat uit algemene voorlichting en op de vrouw en haar partner afgestemde voorlichting. De algemene voorlichting betreft vooral leefstijl vóór en tijdens de zwangerschap zoals het gebruik van foliumzuur, afzien van roken en medicijngebruik tijdens de zwangerschap. Bij de afgestemde voorlichting wordt bijvoorbeeld het huidige medicijngebruik besproken en waar nodig aangepast. Ook wordt een familieanamnese afgenomen, op basis waarvan additionele adviezen kunnen worden gegeven of een verwijzing kan plaatsvinden.

In het project 'Parents to be' is de ontwikkelde methode in 11 groepspraktijken (met 30 huisartsen) geïmplementeerd. Om vrouwen met een zwangerschapswens voor de zwangerschap te bereiken is gedurende drie jaar aan alle vrouwen tussen de 18 en 40 jaar PCA aangeboden. In totaal hebben 2.668 vrouwen aangegeven interesse te hebben in PCA. Hiervan gaven 709 vrouwen aan binnen een jaar zwanger te willen worden. Momenteel zijn er 353 PCA-consulten geweest.

Destijds is in bovengenoemd project 'Parents to be' om onderzoekstechnische redenen gekozen voor het uitnodigen van alleen Nederlandse vrouwen en hun partner. De hele methodiek is daar ook op ontwikkeld. Echter, niet alleen autochtone vrouwen zijn een doelgroep voor PCA, maar ook allochtone vrouwen. Bekend is dat de zwangerschapsuitkomsten van allochtone vrouwen in het algemeen ongunstiger zijn dan bij autochtone vrouwen. Zo is de prevalentie van aangeboren afwijkingen hoger [8] en komt perinatale sterfte vaker voor. Een factor die hierbij waarschijnlijk een rol speelt is het regelmatig voorkomen van neef-nicht huwelijken. Naar aanleiding van vragen over de aanpak hiervan hebben de ministers van VWS en Justitie aangegeven het verbieden van neef-nicht huwelijken geen juiste oplossing te vinden en de voorkeur te geven aan het informeren van aanstaande (neef-nicht) ouders over mogelijk verhoogd gezondheidsrisico voor hun kind middels PCA. Een andere factor die waarschijnlijk een rol speelt is dat de kennis van allochtone vrouwen over mogelijk te nemen gezondheidsmaatregelen die de zwangerschapsuitkomst gunstig beïnvloeden en de toepassing daarvan slechter is dan die van autochtone vrouwen. Zo is het gebruik van foliumzuur bij allochtone vrouwen aanzienlijk lager dan bij autochtone vrouwen. [9]

Om goed aan te sluiten bij de belevingswereld van allochtone vrouwen over zwangerschap en het nemen van gezondheidsmaatregelen voor moeder en kind is

inzicht nodig in hun houding hieromtrent. Het doel van dit onderzoek was om middels focusgroepgesprekken de mening van allochtone vrouwen over zwangerschap, mogelijk te nemen gezondheidsmaatregelen en PCA en hun behoefte aan PCA breed te exploreren.

2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek was om de mening van allochtone vrouwen over zwangerschap, mogelijk te nemen gezondheidsmaatregelen en PCA en hun behoefte aan PCA breed te exploreren. Hiervoor is met allochtone vrouwen in focusgroepen gepraat over:

- hun mening over zwangerschap en te nemen gezondheidsmaatregelen vóór en tijdens de zwangerschap en
- hun mening over, hun behoefte aan PCA en hun voorkeuren voor de wijze waarop PCA wordt aangeboden.

3 Methode

3.1 Werving

De focusgroepen zijn gehouden onder de vier grootste groepen niet-westerse allochtonen, te weten Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse en Surinaamse vrouwen. Zowel uit ervaring als uit de literatuur wisten we dat een effectieve werving van allochtone vrouwen een andere aanpak behoeft dan de werving van autochtone vrouwen. Er is daarom gekozen voor een persoonlijke, actieve en gerichte manier van werven. Verschillende migranten- en/ of vrouwenorganisaties zijn direct of telefonisch benaderd met de vraag of ze hun medewerking aan de werving wilden verlenen. Deze organisaties benaderden vervolgens vrouwen voor deelname. Dit gebeurde voornamelijk telefonisch en/of tijdens het bezoek aan de organisatie. Op deze wijze zijn vijf groepen samengesteld. Twee groepen zijn via persoonlijke kanalen met behulp van de sneeuwbalmethode samengesteld. Eén van de onderzoeksters vroeg in haar multiculturele kennissenkring of men vrouwen kende die binnen de onderzoeksgroep vielen. Mogelijke deelnemers werden vervolgens telefonisch benaderd.

3.2 Samenstelling groepen

Er zijn afzonderlijke focusgroepen georganiseerd voor Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. Daarnaast is een groep gevormd waaraan een mix van vrouwen van bovengenoemde etnische afkomst deel heeft genomen. We hebben ook aandacht besteed aan diversiteit binnen een etnische groep, onder andere aan leeftijd, opleiding en verblijfsduur. Per etnische gemeenschap zijn twee focusgroepen georganiseerd: één met vrouwen die korter dan tien jaar in Nederland verbleven en één met vrouwen die langer dan tien jaar in Nederland verbleven. Voor de Surinaamse groep bleek dit echter moeilijk te realiseren, omdat hun migratiegeschiedenis vooral langer dan tien jaar teruggaat. Die groep is, na verschillende pogingen te hebben gedaan om deze te organiseren, in overleg met de betreffende zelforganisaties daarom niet meer gehouden. Ook zijn met het oog op diversiteit vrouwen geselecteerd die zwanger waren, al moeder waren of slechts een kinderwens hadden, vrouwen van verschillende leeftijd en vrouwen met een verschillend opleidingsniveau.

3.3 Werkwijze gesprekken

Om de medewerking van vrouwen aan het onderzoek te stimuleren en te garanderen is de locatie van de groepsinterviews zorgvuldig gekozen. We zijn op zoek gegaan naar instellingen die bekend zijn onder vrouwen en die regelmatig door hen bezocht worden. Omdat we vermoedden dat sommige vrouwen slecht geïntegreerd zouden zijn, geïsoleerd zouden leven of traditioneel zouden zijn, hebben we ervoor gekozen om de groepen in voor hen laagdrempelige locaties uit te nodigen, bijvoorbeeld in multiculturele wijken, buurtcentra en vrouwencentra.

De focusgroepen zijn, op twee na, geleid door twee ervaren gespreksleiders van TNO. Van de andere twee focusgroepen is één groep gehouden in het Turks en geleid door een emancipatiemedewerkster van een vrouwenorganisatie en een TNO onderzoekster van Turkse afkomst. De andere groep is gehouden in het Marokkaans en geleid door een emancipatiemedewerkster van een vrouwenorganisatie en een ervaren rapporteur, beiden vrouwen van Marokkaanse afkomst. Indien de gespreksleiders of rapporteurs

geen TNO onderzoekers waren, kregen zij een training betreffende de gespreksonderwerpen en het houden van een focusgroepdiscussie.

De gesprekken zijn zoveel mogelijk opgenomen op audiotape en vervolgens getranscribeerd. Bij twee groepen hebben we het advies van de zelforganisatie gevolgd om niet om toestemming voor opname te vragen (Turkse vrouwen en Marokkaanse vrouwen met een verblijfsduur van korter dan tien jaar). Bij deze gesprekken is gerapporteerd door één van de gespreksleidsters en is het gesprek niet opgenomen.

De focusgroepgesprekken zijn gestructureerd aan de hand van een lijst met onderwerpen, gebaseerd op ervaringen opgedaan uit onderzoek naar non-respons voor PCA bij autochtone vrouwen en factoren uit het Health Belief Model. Onderwerpen die aan de orde kwamen zijn: de betekenis van het hebben van kinderen, planning van zwangerschappen, gepercipieerde invloed op de gezondheid van de ongeboren baby, aangeboren aandoeningen en het gepercipieerde risico hierop, interesse in PCA, gewenste wijze van benaderen en gewenste informatie en culturele adaptatie van PCA (zie ook bijlage 1). Alle deelnemende vrouwen kregen een vergoeding van € 15,=.

3.4 Analyse

De transcripten en rapportageverslagen zijn geanalyseerd middels inhoudsanalyse [10, 11]. De teksten zijn op hoofdonderwerp geordend en vervolgens zijn aan de uitspraken van de vrouwen codes toegekend. Per groep is een overzichtsmatrix gemaakt met daarin per onderwerp en per deelnemer een overzicht van voorkomende codes (zie bijlage 2). Op grond hiervan en van het transcript is per groep een resultaatbeschrijving gemaakt. De vrouwen uit de “gemengde” groep zijn daarbij opgenomen in de groep die overeenkwam in etnische achtergrond en verblijfsduur.

4 Resultaten

Bij alle focusgroepgesprekken was er sprake van een goede sfeer en grote openheid. Vrouwen spraken zonder schroom ook over gevoelige onderwerpen zoals seksualiteit of geweld. Het verzamelde materiaal kent een grote diversiteit: er kwamen veel verschillende meningen en ervaringen naar voren. Opgemerkt moet worden dat aan de Turkse groepen relatief weinig laagopgeleide vrouwen hebben deelgenomen, terwijl aan de Marokkaanse groepen nauwelijks hoogopgeleide vrouwen deelgenomen hebben. Hieronder worden eerst de resultaten per groep besproken. Daarna wordt ingegaan op de overeenkomsten tussen de groepen, wat is de “grootste gemene deler” in de resultaten, en op kenmerken die samenhangen met de diversiteit in de resultaten. Tenslotte wordt apart aandacht besteed aan het onderwerp cultureel sensitieve zorg.

4.1 Marokkaanse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen

Deelnemers

Acht van de negen vrouwen in deze groep waren tussen 25 en 32 jaar oud, één vrouw was 49 jaar oud. Twee vrouwen hadden geen kinderen, maar wel een kindwens. De anderen hadden twee of meer kinderen. Drie vrouwen werkten buitenshuis, de anderen waren huisvrouw. Het merendeel van hen had een middelbare school opleiding (veelal in Marokko), een enkeling een middelbare beroepsopleiding en een enkeling alleen lagere school. De focusgroep werd in het Nederlands gehouden. Omdat enkele vrouwen matig Nederlands spraken, hebben twee vrouwen waar nodig getolkt.

Het belang van kinderen krijgen en de culturele achtergrond

Voor alle vrouwen in deze groep is het hebben van kinderen belangrijk. Motieven die werden genoemd zijn: het hoort bij vrouw zijn, het hoort bij geluk, het is vanzelfsprekend, kinderen zijn je toekomst, en minder eenzaam voelen na migratie door kinderen.

Veel vrouwen noemden dat het in hun cultuur vanzelfsprekend is om kinderen te krijgen na het huwelijk en dat er vanuit de sociale omgeving ook druk wordt uitgeoefend. Bijvoorbeeld “mijn moeder zei ‘probeer het eerst met één kind, daarna kun je nog de pil gaan gebruiken’” (1/7: respondent 7 uit groep 1). Twee vrouwen gaven aan dat de buitenwereld snel denkt dat er sprake is van onvruchtbaarheid als een echtpaar langere tijd kinderloos blijft.

4.1.1 *Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen*

Plannen van zwangerschap

Bij drie vrouwen was het de eigen wens om direct na het huwelijk aan kinderen te beginnen. Twee vrouwen hadden de eerste zwangerschap liever wat uitgesteld, maar omdat hun man direct na het huwelijk kinderen wilde zijn ze toch vrij snel zwanger geraakt. Eén vrouw heeft zelf besloten het kinderen krijgen nog even uit te stellen. De vrouwen die het zwanger worden zelf wilden uitstellen gaven aan dat het gaat om uitstel tussen de één en drie jaar. Bijvoorbeeld omdat ze wilden kijken hoe het huwelijk zou lopen, of omdat ze nog geld wilden sparen.

Invloed op de gezondheid van de baby

Vrijwel alle vrouwen noemden dingen die je tijdens de zwangerschap moet doen of juist beter kunt laten, om de gezondheid van de baby te bevorderen. Eén vrouw noemde het

gebruik van foliumzuur. Gezonde voeding, bepaalde zaken niet eten, niet roken of drinken en het niet slikken van medicijnen werden door meerdere vrouwen genoemd. Ook het nemen van voldoende rust en in beweging blijven kwamen een aantal keer naar voren. Twee vrouwen noemden daarnaast dat een gezondheidsonderzoek vóór de zwangerschap en goede informatie van de huisarts van belang zijn voor de gezondheid van de baby. Eén vrouw zei dat je zelf weinig invloed hebt op de gezondheid van je kind, dat het Allah's wil is die dit bepaalt.

Wat betreft gedrag dat de vrouwen daadwerkelijk hadden veranderd tijdens de zwangerschap werden met name voeding en medicijngebruik genoemd. Roken en drinken deden deze vrouwen al niet.

Als bron van kennis over zwangerschap werd door alle vrouwen mensen in de omgeving genoemd. Eén vrouw noemde daarnaast boeken en informatie van de huisarts.

Risico op aangeboren aandoeningen

Een "open ruggetje" werd door enkele vrouwen genoemd als voorbeeld van een aangeboren aandoening.

Vijf vrouwen gaven aan dat ze gedurende de zwangerschap ongerust waren geweest over de gezondheid van de baby. Zij hadden behoefte aan aanvullend echo-onderzoek om na te gaan of alles in orde was met de baby, ter geruststelling. Bijvoorbeeld "ik was bang en maakte me zorgen over de baby omdat ik een zware zwangerschap had, last had van heftig zwangerschapsbraken. Vooral als je zo misselijk bent tijdens de zwangerschap wil je een extra echo-onderzoek" (2/6). Eén vrouw zei zich weinig zorgen te hebben gemaakt, alhoewel "het natuurlijk altijd kan gebeuren dat je een kind met een aandoening krijgt" (1/7).

Als mogelijke oorzaken van een aangeboren aandoening noemden de vrouwen een hogere leeftijd van de moeder, stress, erfelijke afwijkingen in de familie en voorbestemming / Allah's wil. Over of trouwen binnen de familie een risico vormt verschilden de meningen. Vier vrouwen dachten dat dit niet van invloed is. Zij zijn zelf getrouwd met een familielid of kennen dit in hun omgeving, terwijl ze geen ervaring hebben met kinderen met een aandoening in hun omgeving. Bijvoorbeeld "het heeft niet zo veel te maken met trouwen binnen de familie, veel allochtonen doen dat maar hebben toch gezonde kinderen. Mensen die niet binnen de familie trouwen krijgen wel gehandicapte kinderen. Hoe verklaar je dat dan?" (2/2). Vier vrouwen dachten dat trouwen binnen de familie wel een risico vormt. Over h^oe dit dan precies wordt veroorzaakt verschilden de meningen echter: de een dacht dat het hebben van "hetzelfde bloed" of "dezelfde bloedgroep" ongunstig is, terwijl de ander dacht dat het juist een probleem is wanneer partners een verschillende bloedgroep hebben.

4.1.2 *PCA*

Benadering

Het merendeel van de vrouwen gaf aan het goed te vinden om uitgenodigd te worden voor een PCA gesprek met de huisarts. Zij vonden het geen inbreuk op hun privacy om ongevraagd een uitnodiging voor PCA te ontvangen. Eén vrouw zei dat zij zelf het initiatief zou nemen voor een gesprek met de huisarts als ze zwanger zou willen worden.

Interesse

Zeven vrouwen zeiden dat ze deel zouden nemen aan PCA. Motieven die ze noemden waren onder andere: het is altijd nuttig, je hebt altijd vragen en de huisarts heeft op een

ander moment weinig tijd. Eén vrouw zou niet deelnemen aan PCA. Zij wilde de informatie liever thuis op papier krijgen. Eén vrouw zou alleen deelnemen als ze van plan was om zwanger te worden en zelf al op zoek zou zijn naar informatie.

Twee vrouwen zouden PCA het liefst vóór de zwangerschap willen krijgen, één vrouw wilde PCA zowel vooraf als tijdens de zwangerschap krijgen. De overige vrouwen hebben hier geen uitspraak over gedaan.

Het merendeel van de vrouwen zou het liefst samen met haar man komen, waarbij enkele vrouwen aangaven dat hun man het waarschijnlijk te druk zou hebben om mee te komen. Twee vrouwen hadden een voorkeur voor groepsgewijze voorlichting in een groep met alleen vrouwen.

Gewenste informatie

Onderwerpen waarover veel vrouwen informatie zouden willen hebben waren: medicijngebruik, voeding, ziektes en de zwangerschap zelf. Drie vrouwen gaven aan dat ze niet alleen zouden willen praten, maar dat ze vonden dat er tijdens PCA ook onderzoek gedaan zou moeten worden, bijvoorbeeld bloedonderzoek om na te gaan of de vrouw gezond is.

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

Opvallend in deze groep was dat vier vrouwen zeiden weinig vertrouwen te hebben in de huisarts. Zij hadden de ervaring dat de huisarts weinig informatie gaf en vonden dat de huisarts te weinig had gedaan om hen te helpen bij eerdere zwangerschapsklachten. Bijvoorbeeld: “Ik heb niet zo’n vertrouwen in de artsen. Ik had bekkeninstabiliteit en kreeg geen informatie. Tijdens mijn zwangerschap was ik zowat verlamd en ik kreeg geen medicijnen en er werd niets aan gedaan, er werd niets voorgeschreven.” (2/4).

Twee vrouwen noemden daarnaast dat ze niet graag voor een PCA gesprek zouden gaan, omdat de huisarts eerder afwijzend had gereageerd op het bericht dat de vrouw weer zwanger was. Bijvoorbeeld: “Ik durfde niet naar de huisarts. Hij vroeg “alweer zwanger?”. Dat is niet leuk, je voelt bijna schaamte hierdoor dat je zwanger bent. De huisarts vindt dat je al veel kinderen hebt, je voelt je minder op je gemak.” (2/6). Voor één vrouw was dit de reden om liever thuis informatie op papier te krijgen dan naar de huisarts te gaan.

4.2 Marokkaanse vrouwen die maximaal tien jaar in Nederland wonen

Deelnemers

De zeven vrouwen in deze groep waren tussen 27 en 40 jaar oud. Vijf deelnemers hadden één of meer kinderen. De overige twee vrouwen hadden geen kinderen, maar wel een kinderwens. Op één vrouw na hadden alle vrouwen de middelbare school of het lbo (gedeeltelijk) doorlopen, veelal in Marokko. Eén vrouw werkte buitenshuis als interieurverzorgster, de overige vrouwen waren huisvrouw. Deze focusgroep werd gehouden in het Marokkaans.

4.2.1 Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen

Plannen van zwangerschap

Twee vrouwen gaven aan dat zwanger raken iets is dat ze niet plannen, maar dat gewoon gebeurt. Eén vrouw had haar eerste kind bewust direct na het huwelijk gekregen, terwijl ze de pauzes tussen latere zwangerschappen plande. Drie vrouwen gaven aan dat ze het zwanger worden na het huwelijk een tijdje uitgesteld hadden. Het ging daarbij om uitstel van één tot twee jaar.

Invloed op de gezondheid van de baby

Twee vrouwen noemden dingen die je kunt doen om de gezondheid van de ongeboren baby te bevorderen: vitamines slikken, foliumzuur slikken en ijzertabletten slikken. Eén vrouw dacht dat je weinig invloed hebt en dat het “gewoon de natuurlijke weg gaat” (3/2). De overige vier vrouwen zeiden niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheden. Zes vrouwen gaven echter tegelijkertijd aan dat ze voldoende wisten over zwanger worden en zwanger zijn. Eén vrouw gaf aan dat ze bij haar eerste zwangerschap onvoldoende wist, “pas na die eerste ervaring heb ik het idee dat ik genoeg weet” (3/6). Alle vijf vrouwen die kinderen hebben hadden tijdens hun zwangerschap(pen) hun voeding aangepast. Extra groente en fruit eten, meer dingen op kruidenbasis eten en drinken en meer zuivelproducten eten en drinken werden genoemd.

Wat betreft het tijdstip dat je het beste kunt beginnen met gedragsverandering vond één vrouw dat je het beste tijdens de zwangerschap kon beginnen. Twee vrouwen gaven aan dat vóór de zwangerschap het beste is. Drie vrouwen zeiden dat vóór de zwangerschap beginnen wellicht het beste is, maar dat ze hun gedrag in de praktijk pas tijdens de zwangerschap veranderden: “ervoor is misschien beter, maar de realiteit bij mij is dat dit niet zo gaat.” (3/2).

Als bronnen van informatie over zwangerschap noemden drie vrouwen de verloskundige of gynaecoloog. Twee vrouwen noemden tijdschriften. Alle vrouwen gaven aan met hun partner en familie over de zwangerschap te praten. Adviezen uit de omgeving hadden vooral betrekking op voeding.

Risico op aangeboren aandoeningen

Als voorbeelden van aangeboren aandoeningen werden door de vrouwen een open ruggetje, Down syndroom en hartafwijkingen genoemd.

Alle vijf vrouwen met kinderen zeiden dat de gezondheid van de baby hen had beziggehouden tijdens de zwangerschap. Twee vrouwen waren gedurende de gehele zwangerschap enigszins ongerust, bij één vrouw speelde het vooral wanneer er in de omgeving een baby met een aandoening geboren was. De overige twee vrouwen zeiden dat het hen met name tijdens de eerste zwangerschap bezig gehouden had. Slechts drie van de vrouwen dachten echter dat ze zelf ook echt risico liepen op een kind met een aangeboren aandoening, omdat het “altijd kan gebeuren” (3/2) of, bij één vrouw, omdat ze er ervaring mee had: “mijn eerste baby moest een darmoperatie ondergaan en daarom maakte ik mij zorgen bij de tweede en de derde zwangerschap.” (3/7).

Als mogelijke oorzaken van een aangeboren aandoening noemden de vrouwen een hogere leeftijd van de moeder, erfelijke afwijkingen in de familie, roken, alcoholgebruik, medicijngebruik en stress. Twee vrouwen brachten trouwen binnen de familie ter sprake: één vrouw dacht dat dit een risico vormde, terwijl de andere vrouw dacht dat dit niet zo was.

Alle vrouwen noemden zaken waarvan ze dachten dat die problemen bij de baby konden voorkomen, bijvoorbeeld beweging, voeding en het rustig aan doen. Ook “mentale” zaken zoals aandacht voor jezelf, aandacht voor positieve dingen, met de zwangerschap bezig zijn en geen stress hebben werden door verschillende vrouwen genoemd. Eén vrouw gaf aan dat Allah uiteindelijk beslist over de gezondheid van het kind.

4.2.2 PCA

Benadering

Alle vrouwen zeiden het goed te vinden om uitgenodigd te worden voor een PCA gesprek met de huisarts. Eén vrouw noemde specifiek dat niet alle vrouwen de mogelijkheid hebben om op een andere manier aan informatie te komen.

Alle vrouwen vonden een brief een goede manier om uitgenodigd te worden. Een enkeling gaf aan dat een telefonische uitnodiging of een uitnodiging tijdens een consult ook goed zou zijn.

Interesse

Alle vrouwen zouden geïnteresseerd zijn in PCA. Sommigen gaven aan dat dit “altijd nuttig” is, één vrouw zou specifiek geïnteresseerd zijn in een inventarisatie van risico's en één vrouw zou alleen bij de eerste zwangerschap geïnteresseerd zijn.

Wat betreft het meest geschikte moment voor PCA gaven twee vrouwen aan nog niet te weten op welk moment ze het liefste PCA zouden willen krijgen. De overige vrouwen zouden PCA bij voorkeur tijdens de zwangerschap krijgen: aan het begin en aan het einde van de zwangerschap, gedurende de gehele zwangerschap of wanneer er dingen spelen.

Alle vrouwen zouden PCA graag samen met hun partner krijgen. Vier vrouwen zouden ook alleen willen komen, wanneer hun man geen tijd heeft.

Gewenste informatie

Twee vrouwen zeiden zoveel mogelijk informatie te willen krijgen: “over alle mogelijke dingen, er zijn altijd dingen die je niet wet” (3/2). Daarnaast werden genoemd: dingen die je kunt doen om de zwangerschap goed te laten verlopen, eventuele risico's en dingen die je in de laatste maand van de zwangerschap moet doen.

Alle vrouwen vinden de huisarts een geschikte persoon om PCA te geven, omdat je daar het meest open tegen kunt zijn, of omdat de huisarts de meest volledige informatie geeft.

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

Het merendeel van de vrouwen vond dat hulpverleners met bepaalde zaken rekening moeten houden in hun contact met vrouwen van Marokkaanse herkomst: taalprobleem, andere voedingsgewoontes, cultuur, de invloed van de Ramadan op de zwangerschap, de jonge leeftijd waarop sommige meisjes zwanger worden en een voorkeur voor een vrouwelijke arts werden genoemd. Eén vrouw vond dat er weinig specifieke zaken waren om rekening mee te houden: “alles is al best goed geregeld, de taal is een probleem dat je voornamelijk zelf op moet lossen” (3/2).

4.3 Turkse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen.

Deelnemers

Van de vijf deelnemers, tussen 27 en 35 jaar oud, hadden twee vrouwen één kind, één vrouw was zwanger van haar eerste kind, de andere twee vrouwen hadden een kinderwens. Vier vrouwen hadden een hbo-opleiding gevolgd en één vrouw had een mbo-opleiding gevolgd. Alle vrouwen werkten buitenhuis. De focusgroep werd gehouden in het Nederlands.

Het belang van kinderen krijgen en de culturele achtergrond

Vier van de vijf vrouwen in deze groep wilden graag kinderen, omdat dat bij hen paste. Bijvoorbeeld “ik wilde altijd al kinderen, ook toen ik geen vriend of vaste partner had. Voor mij was kinderen krijgen wat bij mij hoorde”. (4/2). Eén vrouw was er niet zeker van of ze wel of geen kinderen wilde.

Vier vrouwen ondervonden geen grote druk vanuit hun omgeving om kinderen te krijgen, alhoewel in de Turkse cultuur moederschap en kinderen wenselijk zijn.

4.3.1 *Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen*

Plannen van zwangerschappen

Vier van de vijf vrouwen planden hun zwangerschap, waarvan drie op lange termijn (langer dan drie jaar), en één op korte termijn. Eén vrouw was ongepland zwanger geraakt. De motieven om een zwangerschap uit te stellen zijn: wens van de echtgenoot, geschikte partner vinden, kijken of het huwelijk loopt, opleiding afronden of een baan vinden.

Invloed op de gezondheid van de baby

Volgens de meeste vrouwen zouden roken, alcohol, stress en onbekende factoren ongunstig voor de gezondheid van de baby zijn. Gezonde voeding, beweging, lichamelijke en geestelijke verzorging van de moeder, foliumzuur en positief zijn zouden juist goed zijn. Eén vrouw vond dat ongezond gedrag met mate niet schadelijk hoeft te zijn. Zij zou bijvoorbeeld foliumzuur slikken en blijven bewegen, maar gaf ook aan: “ik denk niet dat je een ongezond kind krijgt als je een avond twee glaasjes wijn drinkt. In mijn omgeving van zwangere vriendinnen zie ik dat ze bijna neurotisch worden, dit niet en dat niet ... ik zal niet zo zijn, ik ben makkelijker en vrijer, ik zal af en toe een sigaretje roken.” (4/2).

Wat betreft daadwerkelijk veranderd gedrag werden vooral meer rust nemen, niet roken en drinken, gezond eten en blijven bewegen genoemd. Twee vrouwen gaven daarbij aan dat er veel dingen ongezond zijn, waarvan je het helemaal niet weet, bijvoorbeeld doordat er zoveel met voedsel gebeurt dat we niet weten.

De kennisbronnen die de vrouwen noemden waren divers: boeken, Internet, tijdschriften, televisie, de huisarts, de verloskundige, werk en de omgeving.

Risico op aangeboren aandoeningen

Twee vrouwen noemden een open ruggetje als voorbeeld van een aangeboren aandoening, anderen noemden autisme of geestelijk en lichamelijk onderontwikkeld.

Alle drie de vrouwen die zwanger waren (geweest), hadden zich tijdens hun zwangerschap zorgen gemaakt over de gezondheid van hun baby. Twee vrouwen gaven aan dat dit veroorzaakt werd doordat zij door werk of in hun omgeving met ziekte en handicap geconfronteerd waren. De andere vrouw bleef angsten hebben ondanks de gunstige uitslag van een pretecho en geruststelling ten aanzien van de gezondheid van de foetus: “maar dan ga je toch denken dat er altijd nog iets kan zijn. Je leeft in die angst over de gezondheid van je kind” (4/3).

Als oorzaken van aangeboren afwijkingen noemden vier vrouwen trouwen binnen de familie. Ook werden erfelijke afwijkingen in de familie, hoge leeftijd van de moeder, IVF of DNA genoemd. Als externe factoren noemden de vrouwen ook contact met schadelijke stoffen, acute ziekte van de moeder, onbekende schadelijke stoffen in voeding, ongeluk of stress en onvermoeidheid bij de zwangere vrouw.

4.3.2 PCA

Benadering

Drie vrouwen vonden het geen inbreuk op hun privacy om ongevraagd een uitnodiging voor PCA te ontvangen. Deze vrouwen reageerden positief op de benadering via de huisarts vanwege een vertrouwensband. Bijvoorbeeld “van gezondheidsinstellingen waar ik niemand zou kennen, zou ik het vervelend vinden. Maar van je eigen arts, die je goed kent en vertrouwt, is het geen probleem” (1/2). Eén vrouw zei het ongepast te vinden om ongevraagd een brief met een uitnodiging voor PCA te krijgen.

Interesse

Vier van de vijf vrouwen zagen nut van PCA, maar plaatsten kanttekeningen bij hun eigen deelname. Drie vrouwen gaven aan dat ze alleen zouden deelnemen indien ze zelf al op zoek zouden zijn naar informatie. Bijvoorbeeld “ik zou niet één jaar van te voren naar een bijeenkomst gaan omdat ik binnen dat jaar zwanger wil worden. Je krijgt zoveel onnodige informatie die je toch niet onthoudt. Ik denk dat het echt gaat spelen als je zwanger bent.” (4/3). Twee van hen gaven daarnaast aan dat ze alleen bij een eerste zwangerschap geïnteresseerd zouden zijn. Bijvoorbeeld “bij een tweede kind heb je meer ervaring en heb je minder behoefte aan informatie. Bij het eerste kind is alles zo nieuw.” (4/1). Eén vrouw zei dat ze niet zou reageren op een uitnodiging voor PCA, omdat ze zelf op zoek zou gaan naar informatie en zelf het initiatief zou willen nemen voor een eventuele afspraak.

Twee vrouwen gaven aan dat ze niet persé individueel advies zouden willen krijgen, maar dat ze een groepsvoorlichting door een gynaecoloog ook prettig zouden vinden.

Gewenste informatie

De vrouwen bij wie dit onderwerp ter sprake is geweest gaven aan dat zij tijdens PCA informatie zouden willen krijgen over borstvoeding en over de bevalling.

Drie vrouwen zouden PCA het liefste voor de zwangerschap krijgen. Eén vrouw wilde informatie over foliumzuur wel voor de zwangerschap krijgen, maar andere informatie pas tijdens de zwangerschap. Eén vrouw gaf aan dat ze er voor koos om pas informatie te gaan zoeken op het moment dat ze zwanger zou worden: “ik wil me ermee bezig gaan houden als ik zwanger ben. Misschien lukt het niet, ook omdat ik het heel erg wil, dan wil ik niet obsessief boeken gaan zitten lezen, ik doe dat bewust niet.” (4/2).

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

De meningen over aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond van de vrouw varieerden binnen deze groep: aan de ene kant wilden de meeste vrouwen niet anders dan een ander benaderd worden, aan de andere kant vonden ze ook dat aanpassing aan een andere culturele achtergrond soms wenselijk was. Op één vrouw na, vonden alle vrouwen dat de hulpverlener dezelfde zorg kan geven los van je culturele achtergrond. Bijvoorbeeld “je bent allemaal vrouw en zwanger, daar gaat het om” (4/2). Vrouwen zeiden dat zij op de eerste plaats als zwangere vrouw of als moeder benaderd wilden worden. Eén vrouw gaf aan dat ze zich beledigd zou voelen als een arts standaard vragen zou stellen op basis van culturele kennis, bijvoorbeeld over trouwen binnen de familie. Zij benadrukte de grote diversiteit binnen één etnische groep: “ik zou beledigd zijn als er standaard een dergelijke vraag gesteld zou worden, niet elke Turkse vrouw trouwt met een neef. Ik vind het een te persoonlijke vraag, het is een cliché vraag die je niet zomaar kunt stellen. Je moet rekening houden met het feit dat er binnen de Turkse cultuur verschillen zijn tussen vrouwen.” (1/2).

Aan de andere kant gaven deze vrouwen ook aan dat er subgroepen vrouwen zijn waarbij hulpverleners wel degelijk rekening moeten houden met bijvoorbeeld een taalprobleem en dat ze aandacht moeten hebben voor algemene omgangsvormen. Eén vrouw vond het noodzakelijk dat de huisarts aandacht besteedt aan trouwen binnen de familie en Turkse vrouwen attendeert op risico's hiervan voor de gezondheid van de baby.

Ook een andere vrouw, die voor dezelfde zorg voor iedereen pleitte, zei dat sommige culturele kennis toch handig kan zijn. Ze gaf een voorbeeld van een botsing in taakverdeling tussen haar moeder die rondom haar bevalling een week bij haar logeerde en de kraamverzorgster.

4.4 Turkse vrouwen die maximaal tien jaar in Nederland wonen

Deelnemers

Deze groep bestond uit zeven vrouwen, die, op één na, één of twee kinderen hadden. Twee vrouwen waren op het moment van het interview zwanger van hun tweede of derde kind. Hun leeftijd varieerde tussen 25 en 34 jaar. Gezien de korte verblijfsduur in Nederland waren alle vrouwen in Turkije geschoold (middelbare school, hbo of universiteit). Twee vrouwen werkten buitenshuis, twee vrouwen waren bezig met hun inburgeringscursus en de rest was huisvrouw. De meeste vrouwen waren als gevolg van hun huwelijk naar Nederland gekomen. De focusgroep werd in het Turks gehouden.

Het belang van kinderen krijgen en de culturele achtergrond

Voor alle vrouwen was het belang van kinderen groot. Kinderen horen bij het huwelijk of moederschap is iets moois, vertelden de vrouwen. Ook benadrukten twee vrouwen dat het niet alleen gaat om het hebben van kinderen, maar verwezen zij ook naar de grote verantwoordelijkheid, het belang van een goede opvoeding en de gezondheid van de moeder.

De meeste vrouwen kregen steun van hun man in hun nieuwe bestaan in Nederland, ook overlegden zij over de geschikte periode van kinderen krijgen. Bijvoorbeeld “we hebben het erover gehad of we er klaar voor zijn. Mijn man vroeg of ik het wel aan zou kunnen. Ik moest me eerst weten te redden in Nederland.” (5/7).

4.4.1 *Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen*

Plannen van zwangerschap

Zes vrouwen hadden hun zwangerschap gepland. Deze planning betrof vaak een korte termijn van één tot drie jaar. Eén vrouw vond dat je in Turkije over het algemeen niet plant. Haar zwangerschap was niet gepland en toch was ze er erg blij mee.

De vrouwen die wel planden gaven de volgende motieven: eerst genieten van elkaar en het huwelijk, niet gelijk huisvrouw worden, de Nederlandse taal leren en wennen aan het nieuwe leven. Eén vrouw, als bruid naar Nederland gekomen, zei zich eenzaam te hebben gevoeld en mede daardoor snel een kind gewild te hebben.

Invloed op de gezondheid van de baby

Vijf vrouwen zagen roken als één van de invloedrijke factoren op de gezondheid van de baby. Daarnaast werden voeding, medicijngebruik, beweging en “goed in je vel zitten” genoemd.

Wat betreft daadwerkelijk veranderd gedrag tijdens de zwangerschap noemden de vrouwen vooral voeding, stoppen met roken en foliumzuur gebruiken. Twee vrouwen vonden dat je niet alles in eigen handen hebt omdat er ook onbekende factoren in het

geding zijn. Eén van de vrouwen had tijdens haar zwangerschap gerookt als gevolg van relatieproblemen. Slechts één vrouw vertelde dat drinken slecht is voor de gezondheid van het kind. Vermoedelijk brachten de andere vrouwen dit niet ter sprake om dit niet speelde in hun leven.

Naast de adviezen van de arts en vroedvrouw zeiden de meeste vrouwen ook adviezen te krijgen van vriendinnen, schoonmoeder, schoonzus hier of in Turkije over wat goed en slecht is voor de zwangerschap, zoals regelmatig en gezond eten, bewegen, je voeten warm houden.

Risico op aangeboren aandoeningen

De vrouwen noemden een open ruggetje, mongooltje en lichamelijk of geestelijk gehandicapte kind als voorbeelden van aangeboren aandoeningen. Ook werden hepatitis B, AIDS en epilepsie genoemd.

Zes van de zeven vrouwen hadden zich zorgen gemaakt over de gezondheid van de baby. Voor drie vrouwen vormde de ziekte van kinderen van tante, broer of (schoon)zus een bron van zorg. Een open hartje, drager van Hepatitis B en een geestelijke handicap kwamen voor in hun familie.

Als oorzaken van aangeboren afwijkingen bij het kind somde een vrouw het gebruik van medicijnen en voorbestemming door God (Allah). Ook werd stress door een vrouw genoemd. “In de eerste 3 maanden ontwikkelen de hersenen, daarna ook de interne organen. Het is goed om in de eerste 3 maanden geen stress te hebben. Bijv ik ben tijdens mijn zwangerschap van de trap gevallen, ik had bloeding daardoor. Ik belde mijn familie in Turkije, maar die wilden niets van me weten omdat ze niet mee eens waren met mijn huwelijk. Dit was geestelijk heel zwaar.” (5/3) Verder zou volgens een vrouw erfelijke afwijkingen in de familie en omgevingsfactoren van invloed zijn. Vervolgens werd voeding en roken ook als mogelijke oorzaak opgesomd. Een vrouw noemde tenslotte geweld tijdens zwangerschap op. Slechts een vrouw wees op de risico's van trouwen met een familielid.

4.4.2 *PCA*

Benadering

Alle vrouwen zijn in grote mate geïnteresseerd in PCA en zeiden hieraan samen met hun man deel te willen nemen. Zes vrouwen vinden de benadering via een brief goed. Het is formeler, goed voor de bereikbaarheid en de kans dat je het weer vergeet, kleiner, aldus een aantal vrouwen. “Telefonisch ben je misschien slecht bereikbaar, daarom is een brief beter.” (5/7)

Eén vrouw zou liever telefonisch benaderd willen worden, omdat je een brief sneller aan de kant zet.

Drie vrouwen gaven de voorkeur PCA bij de huisarts te hebben. Drie anderen zeiden het liefst die informatie te willen krijgen bij een consultatiebureau of de gynaecoloog. Eén vrouw verklaart deze voorkeur als “De huisarts weet algemene dingen en dus niet alles.” (5/1) Een andere vrouw had geen specifieke voorkeur en noemde de huisarts, gynaecoloog, geboortecentrum of consultatiebureau.

Interesse

Alle vrouwen zouden deelnemen aan het PCA. Toch zouden twee vrouwen pas tijdens hun zwangerschap hieraan behoefte hebben. Drie vrouwen vonden PCA echter nuttig los van de zwangerschap, waarvan twee vrouwen dit adviesgesprek ook zagen als (geestelijke) steun door de huisarts. Twee vrouwen merkten ook op dat alle informatie welkom is en dat er altijd dingen zijn die je misschien nog niet weet. “Ja, vooral bij het

eerste kind. Er zijn vast dingen die ik nog niet weet. Bij een 2e of 3e kind zal de behoefte kleiner zijn. Ik zou erin geïnteresseerd zijn als ik zwanger ben.” (5/7)

Gewenste informatie

Vrouwen gaven aan meer over de volgende onderwerpen te willen weten: anticonceptie, ziektes tijdens zwangerschap, ziektes bij kinderen, de gezondheid van moeder en kind, groei van de foetus, de ontwikkeling van het kind, en oplossingen tegen zwangerschapssymptomen. Vier van de zeven vrouwen vonden dat ze voldoende wisten over zwangerschap. Zij hadden zich laten informeren uit hun omgeving of door tv programma's, boeken, brochures, Internet en/of bibliotheek. Eén vrouw zei aanvankelijk erg aangewezen te zijn op zorgverleners in het verkrijgen van informatie. Reden hiervoor noemde zij het gebrek aan sociale netwerken en aan kennis over Nederlandse voorzieningen. Van de twee vrouwen die vonden dat zij onvoldoende weten, relateerde één van hen dit aan nieuwe medische ontwikkelingen en behandelingen. Een andere vrouw vertelde weinig te weten bij haar eerste zwangerschap in Turkije, echter bij haar tweede zwangerschap in Nederland haalde zij veel informatie uit het zwangerschapspakket, boeken, brochures en/of tijdschriften en door het tolken voor andere zwangere Turkse vrouwen.

Vrouwen die nog kort in Nederland waren hadden regelmatig telefonisch contact met familieleden en kennissen in Turkije. Voor drie vrouwen was de huisarts en verloskundige de enige of de voornaamste kennisbron. Anderen deden een beroep op hun directe omgeving, maar haalden hun informatie ook uit hun opleiding, van (Turkse) tv programma's, tijdschriften, brochures en boeken. Voor twee vrouwen was hun Nederlandse partner of schoonmoeder een belangrijke bron van informatie over zwangerschap maar ook over de Nederlandse gezondheidszorg. Ook voor een derde vrouw was de Turkse echtgenoot een goede informatiebron en grote steun.

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

Vier vrouwen waren van mening dat zwangerschap een universeel verschijnsel is en dat de culturele achtergrond van Turkse vrouwen er niet toe doet. Eén vrouw vond een open gesprek met de arts belangrijker dan de culturele achtergrond.

De overige vrouwen gaven aan dat er aandacht moest komen voor het taalprobleem van sommige Turkse vrouwen. Daarbij adviseerden zij de aanwezigheid van een tolk als de vrouw de Nederlandse taal niet spreekt. Belangrijk vond een vrouw dat de huisarts niet negatief staat tegenover haar geboorteland.

4.5 Antilliaanse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen

Deelnemers

Deze groep bestond uit acht vrouwen, tussen de 20 en 39 jaar. Vier vrouwen hadden geen kinderen, van wie één vrouw ook geen kinderwens had. Van de andere vrouwen had één vrouw twee kinderen, de overige vrouwen hadden vier of vijf kinderen. De variatie in opleiding tussen de vrouwen was groot: van huishoudschool tot hbo. Drie vrouwen werkten buitenshuis. Hoewel ter sprake kwam dat er in de Antilliaanse gemeenschap veel alleenstaande moeders zijn, was er in deze groep slechts één alleenstaande moeder. De focusgroep werd gehouden in het Nederlands.

Het belang van kinderen krijgen en de culturele achtergrond

Voor het merendeel van de vrouwen hoort kinderen krijgen bij vrouw zijn. De vrouw zonder kinderwens gaf aan dat zij de sociale druk om kinderen te krijgen groot vindt.

Er werd uitgebreid gesproken over het gebrek aan seksuele voorlichting aan meisjes: seksualiteit is een onderwerp waarover veel ouders niet met hun kinderen spreken. Bijvoorbeeld “ze praten er niet over, je krijgt van je moeder te horen als je vriendjes krijgt, “Pas op! Zorg goed voor jezelf” dat is wat je te horen krijgt, “zorg dat je niet zwanger raakt”, maar niet van gebruik de pil of vraag aan je vriendje een condoom.” (6/2)

4.5.1 *Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen*

Plannen van zwangerschap

Wat betreft planning van zwangerschap was er diversiteit in deze groep: enkele vrouwen stelden het krijgen van kinderen langere tijd uit (langer dan 3 jaar), vooral vanwege studie. Een enkeling plande op korte termijn (1 tot 3 jaar) en een relatief groot aantal zwangerschappen was ongepland. Ongepland betekende voor alle vrouwen ook: op dat moment ongewenst.

Invloed op de gezondheid van de baby

Wat betreft de eigen invloed op de gezondheid van de baby werden vooral roken, alcohol en voeding genoemd. Een enkeling noemde daarnaast bewegen en medicijngebruik. Ook foliumzuur werd enkele keren genoemd. Het werd echter, ook na doorvragen, niet duidelijk of de vrouwen daadwerkelijk foliumzuur bedoelden of meer in het algemeen een vitaminepreparaat.

Eén vrouw had tijdens de zwangerschap haar voedingspatroon veranderd. De overige vrouwen hadden weinig veranderd in hun gedrag tijdens de zwangerschap. Eén vrouw had tijdens haar laatste zwangerschap veel gerookt en gedronken. Ze maakte zich nu zorgen over of dat op termijn nog gevolgen zou hebben voor haar kind.

De belangrijkste informatiebron over zwangerschap vormde voor deze vrouwen de omgeving. Daarnaast werden tijdschriften, boeken en de huisarts genoemd.

Risico op aangeboren aandoeningen

Als voorbeelden van aangeboren aandoeningen werden een open ruggetje, minder vingers, hersenontsteking, een gaatje in het hart, “geestelijk of lichamelijk niet goed ontwikkeld” en Down syndroom genoemd.

De helft van de vrouwen had zich tijdens de zwangerschap weinig zorgen gemaakt over de gezondheid van de baby, vooral omdat er in de familie geen aandoeningen voorkwamen. Drie vrouwen hadden wel regelmatig gedacht over de gezondheid van het kind, vanwege een hogere leeftijd van de moeder, of omdat “het altijd kan gebeuren” dat het kind iets ernstigs mankeert.

Als mogelijke oorzaak voor aangeboren aandoeningen werden in deze groep vooral erfelijke afwijkingen in de familie genoemd. Eén vrouw noemde daarnaast druggebruik.

4.5.2 *PCA*

Benadering

De helft van de vrouwen plaatste kanttekeningen bij de huidige wijze van uitnodigen van vrouwen voor PCA. Genoemd werden: PCA kan beter alleen gericht worden op risicogroepen, huisartsen zullen vrouwen die al meerdere kinderen hebben uitsluiten omdat ze van mening zijn dat de vrouw al genoeg kinderen heeft, het initiatief kan beter van de vrouw zelf komen, en het is toeval als de brief op het goede moment komt.

Wat betreft de uitnodigingsbrief merkte een aantal vrouwen op dat deze persoonlijk geadresseerd moet zijn.

Interesse

Vijf vrouwen zouden in principe interesse hebben in PCA, waarvan drie vrouwen alleen indien ze al op zoek waren naar informatie en één vrouw alleen bij de eerste zwangerschap. De overige vrouwen wilden geen kinderen (meer) en waren daarom niet geïnteresseerd in PCA.

De helft van de vrouwen vond dat PCA het beste voor de zwangerschap gegeven kan worden, één vrouw zou PCA tijdens de zwangerschap willen krijgen, omdat dan “de knop pas omgaat” (6/2).

Het merendeel van de vrouwen waarbij dit onderwerp ter sprake is geweest had een voorkeur voor groepsgewijze voorlichting met alleen vrouwen. Twee vrouwen gaven aan ook samen of alleen te willen komen.

Gewenste informatie

De helft van de vrouwen gaf aan graag informatie te willen krijgen over hoe ze zelf kunnen bijdragen aan een goed verloop van de zwangerschap. Er werden daarnaast ook andere onderwerpen genoemd, die buiten de huidige inhoud van PCA vallen: de bevalling, kraamhulp, financiële regelingen en wat de kosten zijn van kinderen.

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

Hulpverleners zouden volgens de vrouwen rekening moeten houden met de vaak gebrekkige seksuele voorlichting die vrouwen van Antilliaanse herkomst hebben gehad en met een vaak beperkte kennis van vrouwen over de biologie van het eigen lichaam. Daarnaast werd uitgebreid gesproken over ervaringen van de vrouwen met de huisarts, waarbij ze het gevoel hadden gekregen niet serieus genomen te worden en soms zelfs onfatsoenlijk te zijn behandeld. Bijvoorbeeld “de dokter moet je begrijpen en niet net doen of je dom bent. Je gaat met een probleem naar de dokter, je vertelt dit, je zegt bijvoorbeeld dat je pijn hebt ergens en dan zeggen ze ‘nee, dat is niet zo, je hebt dit of dat’” (6/6).

4.6 Antilliaanse vrouwen die maximaal tien jaar in Nederland wonen*Deelnemers*

Van de vier vrouwen in deze groep hadden twee vrouwen geen kinderen, wel een kindervens. De andere twee vrouwen hadden één en zes kinderen. De leeftijd van de vrouwen lag tussen 24 en 41 jaar. Eén vrouw had betaald werk buitenshuis, één vrouw deed vrijwilligerswerk, één vrouw studeerde en één vrouw was huisvrouw. Drie vrouwen waren laag opgeleid, één vrouw volgde een universitaire studie. De focusgroep werd gehouden in het Nederlands.

Het belang van kinderen krijgen en de culturele achtergrond

Alle vrouwen gaven aan dat het krijgen van kinderen hoort bij vrouw zijn. Twee vrouwen noemden daarnaast dat de sociale druk om kinderen te krijgen hoog is. Bijvoorbeeld “dat vragen ze elke keer. Ik had er vandaag nog eentje die vroeg aan mij “wanneer ga jij ermee beginnen?”” (7/1). Ook noemden twee vrouwen dat seks een taboeonderwerp is binnen hun cultuur en dat ze weinig of geen seksuele voorlichting gehad hadden.

4.6.1 *Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen*

Plannen van zwangerschap

Beide vrouwen met kinderen waren op relatief jonge leeftijd ongepland zwanger geworden. De zwangerschap was op dat moment voor beide vrouwen ook ongewenst. De vrouwen zonder kinderen planden hun zwangerschap op langere termijn.

Invloed op de gezondheid van de baby

Voeding, roken, alcohol, medicijnen en zware dingen tillen werden genoemd als zaken die van invloed zijn op de gezondheid van de ongeboren baby. Eén vrouw noemde ook foliumzuur. Ondanks het feit dat ze aan het proberen was om zwanger te worden slikte ze het echter op dat moment niet. Een andere vrouw gaf aan dat ze tijdens haar zwangerschap veel gegeten had van een bepaalde kaas omdat ze er trek in had, terwijl ze wist dat deze slecht was.

De vrouwen met kinderen gaven aan dat hun moeder, en bij één vrouw ook haar oma, hun belangrijkste bron van informatie was over zwangerschap. Deze vrouwen hadden geen seksuele voorlichting gekregen van hun moeder, maar toen ze zwanger raakten was hun moeder degene die voor hen zorgde, adviezen gaf en die hen ondersteunde.

Risico op aangeboren aandoeningen

Een open ruggetje en Down syndroom werden genoemd als voorbeelden van aangeboren aandoeningen.

Beide vrouwen met kinderen hadden zich tijdens de zwangerschap(pen) weinig zorgen gemaakt over de gezondheid van de baby.

Als mogelijke oorzaken van aangeboren aandoeningen noemden de vrouwen “van je familie”, medicijnen en stress. Twee vrouwen gaven aan dat je een aangeboren aandoening niet altijd kunt voorkomen.

4.6.2 *PCA*

Benadering

Alle vrouwen vonden een brief een goede manier om uitgenodigd te worden, waarbij ze opmerkten dat deze wel op naam gesteld moest zijn omdat ze hem anders ongelezen weg zouden gooien. Eén vrouw gaf aan dat ze het goed vond dat vrouwen door een uitnodiging ingelicht werden over het bestaan van PCA.

Interesse

Wat betreft interesse voor PCA verschilden de vrouwen: twee vrouwen waren geïnteresseerd, één vrouw zou alleen geïnteresseerd zijn indien ze zelf al op zoek zou zijn naar informatie en één vrouw was niet geïnteresseerd.

De twee vrouwen bij wie dit ter sprake is geweest zouden de PCA het liefst vóór de zwangerschap krijgen.

Alle vrouwen zouden PCA alleen of met hun partner willen krijgen, niet in een groep.

Gewenste informatie

Eén vrouw wilde graag informatie krijgen over de invloed van een hogere leeftijd van de moeder op de gezondheid van het kind. De andere vrouwen hebben geen uitspraken gedaan over welke informatie zij zouden willen krijgen.

De vrouwen zouden PCA het liefste van de huisarts of van de gynaecoloog krijgen.

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

Hulpverleners zouden volgens de vrouwen informatie goed uit moeten leggen en moeilijke onderwerpen op een “zachte” manier voor moeten bereiden. Daarnaast werd uitgebreid gesproken over ervaringen van de vrouwen met de huisarts, waarbij ze het gevoel hadden gekregen niet serieus genomen te worden en soms zelfs onfatsoenlijk te zijn behandeld.

4.7 Surinaamse vrouwen die meer dan tien jaar in Nederland wonen

Deelnemers

In deze groep zaten zes vrouwen. Vier vrouwen hadden één of meer kinderen, twee vrouwen waren zwanger van hun eerste kind. De leeftijd van de vrouwen lag tussen 25 en 37 jaar.

Alle vrouwen in deze groep werkten buitenshuis. Vier van de zes vrouwen waren alleenstaande moeder. De focusgroep werd gehouden in het Nederlands.

Het belang van kinderen krijgen en de culturele achtergrond

Vrijwel alle vrouwen gaven aan dat de sociale druk om kinderen te krijgen groot is. Voor de meeste vrouwen hoort kinderen krijgen bij vrouw zijn.

Trouwen is voor deze groep vrouwen zeldzaam: veel mannen hebben (kinderen bij) meerdere vrouwen en het hebben van een vaste partner is voor deze vrouwen verre van vanzelfsprekend.

De vrouwen gaven daarnaast aan dat zij weinig tot geen seksuele voorlichting gehad hadden. Het spreken over seksualiteit tussen ouderen en jongeren is een taboe in hun cultuur. Bijvoorbeeld “Ze praten niet over seks. Het kind is wel welkom, daar niet van, maar er wordt niet gezegd als je geen kinderen wilt moet je dit of dat gebruiken” (8/3) en “Toen ik zwanger was had iedereen het over cyclus en eisprong en ik dacht “waar hebben jullie het over?” en ik ben 26 jaar, dat zou ik toch wel moeten weten. Ik ben naar mijn nichtje gegaan en samen hebben we ons het hoofd zitten breken over hoe ze dat nou berekenen. Ik wist niet eens waar mijn eierstokken zaten. Nederlandse kinderen krijgen dat allemaal gelijk mee.” (8/4).

4.7.1 Gezonde zwangerschap en aangeboren afwijkingen

Plannen van zwangerschap

Twee vrouwen in deze groep hadden hun zwangerschappen gepland: één vrouw had bewust snel na haar huwelijk kinderen gekregen, de andere vrouw had haar zwangerschappen langere tijd uitgesteld, omdat ze eerst een paar jaar samen met haar man van het leven wilde genieten. De helft van de vrouwen vond echter dat zwangerschap iets is dat niet te plannen is. In deze groep kwamen dan ook relatief veel ongeplande zwangerschappen voor.

Invloed op de gezondheid van de baby

Alle vrouwen noemden zaken die van invloed zijn op de gezondheid van de baby. Vooral roken, alcohol en voeding werden genoemd. De helft van de vrouwen noemde ook foliumzuur. Een enkeling noemde daarnaast medicijngebruik of het “goed in je vel zitten”.

De meeste vrouwen hadden weinig veranderd in hun gedrag tijdens zwangerschap. Eén vrouw gaf aan dat ze ruim vooraf met de pil gestopt was, omdat ze vond dat die eerst “helemaal uit je lichaam moest zijn” (1/4).

De informatiebronnen over zwangerschap die de vrouwen noemden waren divers: Internet, boeken, de omgeving, opleiding en eigen ervaring.

Risico op aangeboren aandoeningen

Als voorbeelden van aangeboren aandoeningen noemden de vrouwen Down syndroom, een open ruggetje en “darmen die buiten het lichaam liggen”.

De helft van de vrouwen maakte zich tijdens de gehele zwangerschap zorgen over de gezondheid van de baby. Twee vrouwen gaven aan behoefte te hebben aan extra (echo)onderzoek. Bijvoorbeeld “Iedereen heeft overal een leeftijd aan vastgeknoopt, je krijgt pas onderzoek als je wat ouder bent. Ik vind dat zo oneerlijk eigenlijk. Ze kunnen er toch op z'n minst aan tegemoetkomen dat je bij je eerste kind alle onderzoeken krijgt, maakt niet uit hoeveel jaar je bent. Dat je dan een iets veiliger gevoel hebt dan nu.” (8/4). Eén vrouw gaf aan dat zij zich vanwege haar eigen gezonde leefstijl weinig zorgen had gemaakt over de gezondheid van de baby.

Als risicofactoren voor aangeboren aandoeningen werden een hogere leeftijd van de moeder, trouwen binnen de familie en eigen ongezond gedrag aan het begin van de zwangerschap genoemd. Het merendeel van de vrouwen had het idee dat het je altijd kan overkomen dat je een kind met een aandoening krijgt.

4.7.2 *PCA*

Benadering

De meeste vrouwen vonden het geen probleem om ongevraagd een uitnodiging voor PCA te ontvangen. Enkele vrouwen plaatsen wel kanttekeningen: het initiatief kan ook van de vrouw zelf komen, het is beter alleen risicogroepen uit te nodigen, en het is toeval als de brief op het goede moment komt.

Eén vrouw noemde dat het goed is in de brief aandacht aan de geheimhoudingsplicht van de arts te besteden, omdat deze voor allochtone vrouwen niet vanzelfsprekend hoeft te zijn: “misschien moeten ze dat ook duidelijk in die brief formuleren, dat wat besproken wordt binnenskamers blijft. Ik denk dat veel buitenlandse vrouwen eerst dat gevoel nodig hebben van veiligheid en vertrouwen, en dan kun je ze heel snel over de drempel trekken. In het begin dacht ik ook, de huisarts vertelt mijn moeder gewoon dat ik de pil ben komen halen.” (8/4).

Interesse

De interesse in PCA was in deze groep verdeeld: een enkeling had zonder meer interesse, de overige vrouwen hadden hun reserves. Twee vrouwen gaven aan dat ze alleen geïnteresseerd zouden zijn indien tijdens PCA ook onderzoek gedaan zou worden en indien de informatie specifiek op hen gericht zou zijn. Bijvoorbeeld “het ligt eraan, stel ik reageer en ik kom met mijn ziektes en mijn risico en mijn vragen en hij dóet er ook wat mee, dan zeg ik ik ga erheen. Maar niet als ik alleen maar die informatie krijg, die kan ik overal krijgen. Maar als hij er als arts ook wat mee doet dan zeg ik dan heb ik er ook wat aan”. (8/1)

De meeste vrouwen hadden een voorkeur voor PCA vóór de zwangerschap, maar gaven tegelijkertijd aan dat dit niet mogelijk is in geval van een ongeplande zwangerschap.

Gewenste informatie

De vrouwen die hier een uitspraak over hebben gedaan noemden dat ze graag informatie wilden hebben over risico's en over financiële regelingen. Eén vrouw gaf aan dat ze geen extra informatie zou willen krijgen, omdat ze vond dat ze al teveel informatie kreeg.

De meeste vrouwen vinden de huisarts of gynaecoloog een geschikte persoon om PCA te geven.

Aandacht van de hulpverlener voor de culturele achtergrond

Het merendeel van de vrouwen gaf aan dat hulpverleners respect moeten tonen, lichamelijk onderzoek goed uit moeten leggen en moeilijke onderwerpen op een “zachte” manier moeten voorbereiden. Ook zouden hulpverleners rekening moeten houden met de gebrekkige seksuele voorlichting die vrouwen van Surinaamse herkomst veelal hebben gehad. De helft van de vrouwen noemde daarnaast dat het goed zou zijn als de informatie na het gesprek op papier aan de vrouw meegegeven zou worden.

4.8 Grootste gemene deler

In deze paragraaf wordt gekeken naar de “grootste gemene deler” in de resultaten: over welke gezichtspunten en onderwerpen bestaat veel overeenstemming tussen de vrouwen die aan de focusgroepen deelnamen? Zijn er gezichtspunten en onderwerpen waarbij subgroepen van vrouwen te onderscheiden zijn?

Voor het overgrote deel van de vrouwen is het belang van het krijgen van kinderen groot. Dit geldt binnen hun cultuur (veel vrouwen ervaren sociale druk om kinderen te krijgen), maar ook voor henzelf: voor de meeste vrouwen is het niet de vraag óf ze kinderen willen, maar wanneer ze kinderen willen. Daarnaast kwam een aantal algemene denkbeelden over zwangerschap naar voren, ongeacht het land van herkomst van de vrouwen: zwangere vrouwen worden erg beschermd door hun omgeving, een zwangere vrouw moet eten waar ze trek in heeft en een zwangere vrouw hoort zich niet bezig te houden met negatieve dingen (bijvoorbeeld niet kijken naar lelijke dingen, niet denken over mogelijke problemen).

Wat betreft het plannen van zwangerschappen zijn drie subgroepen te onderscheiden: veel vrouwen gaven aan dat ze de eerste zwangerschap één tot drie jaar uitgesteld hadden (korte termijn). Daarnaast was er een groep vrouwen die bewust snel na het huwelijk / samenwonen zwanger was geworden (geen uitstel). En een klein aantal vrouwen dat het krijgen van kinderen veel langer uitstelde, doorgaans in verband met opleiding of werk (lange termijn).

Zaken waarvan de meeste vrouwen dachten dat ze de gezondheid van de baby beïnvloeden waren: voeding, alcohol, roken, medicijnen en het mentaal welzijn van de vrouw. Het gebruik van foliumzuur werd relatief weinig genoemd en niet alle vrouwen die van foliumzuur hadden gehoord hadden het ook daadwerkelijk gebruikt.

Wat betreft gedrag dat de vrouwen daadwerkelijk hadden aangepast tijdens de zwangerschap werden vooral voeding, blijven bewegen en rust/het vermijden van stress genoemd. Er was echter ook een aanzienlijke subgroep van vrouwen die hun gedrag weinig of niet aangepast hadden tijdens de zwangerschap. Voor een deel van deze vrouwen gold dat zij vonden dat ze al gezond leefden. Voor een ander deel gold dat ze ongezonde gewoontes zoals roken niet hadden veranderd, ondanks het feit dat ze wisten dat ze er beter mee konden stoppen.

Als mogelijke oorzaken van aangeboren aandoeningen werden vooral een hogere leeftijd van de moeder, medicijnen, stress, roken, alcohol en erfelijke afwijkingen in de familie genoemd. De meningen over of trouwen binnen de familie een risico vormt voor aangeboren aandoeningen waren verdeeld, vooral binnen de Marokkaanse groepen. Een gedeelte van de vrouwen dacht dat dit een risico vormt voor het krijgen van een gehandicapt kind, terwijl een ander deel dacht dat het niets uitmaakt of je met een familielid bent getrouwd of niet. Deze vrouwen verwezen veelal naar ervaringskennis (in hun omgeving werd veel binnen de familie getrouwd en er waren geen gehandicapte

kinderen) of naar voorbeschikking (je hebt niet alles in eigen hand, Allah bepaalt uiteindelijk of een kind gezond is of niet). Opvallend was dat de meeste vrouwen over dit onderwerp spraken in termen van het al dan niet hebben van hetzelfde “bloed” of dezelfde “bloedgroep” en dat een woord als “genen” slechts door twee vrouwen werd gebruikt.

Wat betreft PCA vond het merendeel van de vrouwen het geen inbreuk op hun privacy om ongevraagd een uitnodiging voor PCA te ontvangen. Veel vrouwen vonden een brief een goede manier om uitgenodigd te worden.

Over de interesse in PCA waren de meningen meer verdeeld. Een subgroep van vrouwen zei geïnteresseerd te zijn in een PCA gesprek en zou van de uitnodiging gebruik maken. Een even grote subgroep gaf echter aan alleen van de uitnodiging gebruik te zullen maken indien ze zelf al op zoek zou zijn naar informatie. Veel van de vrouwen in deze laatste groep vonden dat het initiatief voor een gesprek niet van de huisarts hoefde te komen en dat de vrouw ook zelf het initiatief kon nemen. Belangrijke punten die verder in deze groep naar voren kwamen waren dat: sommige vrouwen alleen geïnteresseerd zouden zijn bij de eerste zwangerschap, sommige vrouwen alleen geïnteresseerd zouden zijn als PCA ook inhiel dat er onderzoeken zouden gebeuren en sommige vrouwen alleen geïnteresseerd zouden zijn in specifiek op hen gerichte informatie, omdat ze algemene informatie ook eenvoudig via andere kanalen kunnen krijgen.

Het merendeel van de vrouwen vond de huisarts de meest geschikte persoon om PCA te geven. Sommige vrouwen zouden PCA liever van een meer gespecialiseerd iemand krijgen (gynaecoloog, consultatiebureau werden genoemd) omdat ze verwachtten dat de huisarts alleen algemene informatie zal geven. Ook belangrijk is dat sommige vrouwen aangaven dat de huisarts voor hen geen vertrouwenspersoon is.

De door de vrouwen gewenste informatie was in het algemeen veel breder dan wat PCA momenteel omvat. Veel vrouwen gaven aan tijdens PCA informatie te willen krijgen over zaken die tijdens de zwangerschap spelen (bijvoorbeeld klachten, voorbereiding op de bevalling) en over zaken als kraamhulp, borstvoeding en zelfs financiële regelingen.

Over het beste moment in de tijd voor PCA waren de meningen verdeeld: een deel van de vrouwen zou PCA het liefste voor de zwangerschap krijgen. Een aanzienlijk deel van de vrouwen zou de informatie echter liever tijdens de zwangerschap krijgen.

4.9 Diversiteit

De belangrijkste kenmerken die lijken samen te hangen met de diversiteit in de meningen en ervaringen van de vrouwen zijn opleidingsniveau, herkomst en het hebben van werk buitenshuis. Verblijfsduur vertoont geen duidelijk verband met de meningen van de vrouwen.

Vrouwen met een hogere opleiding (hbo niveau of hoger) ervaren uit hun sociale omgeving minder druk om kinderen te krijgen dan de andere vrouwen, plannen zwangerschap op langere termijn en noemen meer verschillende zaken die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van de baby (o.a. foliumzuurgebruik). Dit effect van opleiding heeft er waarschijnlijk, zoals één van de deelnemers het verwoordde: “mee te maken of je geleerd hebt zaken die je niet weet te onderzoeken”.

Een verschil in herkomst hangt ook samen met een verschil in meningen en ervaringen tussen de vrouwen. De vrouwen van Marokkaanse herkomst lijken veel minder gericht op boeken en andere gedrukte media dan de vrouwen uit de andere groepen. Deze vrouwen hebben wel, samen met de vrouwen van Surinaamse herkomst, behoefte aan extra (echo)onderzoek tijdens de zwangerschap, veelal ter geruststelling.

Vrouwen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst verschillen op een aantal punten van de andere vrouwen. In de Surinaamse en Antilliaanse groepen werd expliciet gesproken over de gebrekkige seksuele voorlichting die de vrouwen gekregen hadden. In deze gemeenschappen is het daarnaast niet vanzelfsprekend om getrouwd te zijn of een vaste relatie te hebben voordat een vrouw zwanger wordt. Een aantal vrouwen gaf aan dat hun “droom” weliswaar was om een opleiding af te ronden, werk te zoeken en te trouwen voordat er kinderen kwamen, maar dat het in werkelijkheid toch vaak anders liep. Huwelijken / relaties binnen de familie komen in deze groepen niet of nauwelijks voor. Bij de vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst is het wel gebruikelijk om getrouwd te zijn, of eventueel alleen een vaste relatie te hebben, voordat men kinderen krijgt. Tenslotte kwamen in de Antilliaanse en de Surinaamse groepen relatief veel ongeplande zwangerschappen voor.

De vrouwen van Turkse herkomst lijken van alle groepen voor wat betreft informatievergaring het minst georiënteerd te zijn op de eigen gemeenschap. Dit geldt zowel voor de vrouwen die hier al langer verblijven als voor de vrouwen die hier korter zijn. Dit kan echter ook samenhangen met opleiding; het opleidingsniveau van de deelnemers van Turkse herkomst was hoog in vergelijking met dat van de andere vrouwen. Voor vrouwen uit de andere groepen, en vooral de vrouwen met een lagere opleiding, gold dat zij veel sterker op de eigen etnische gemeenschap georiënteerd zijn. En hiermee samenhangend: dat hun sociale netwerk een belangrijke bron van informatie over zwangerschap is.

Tenslotte hangt het hebben van werk buitenshuis samen met de meningen en ervaringen van vrouwen. Collega's, en soms ook de inhoud van het werk, vormen een informatiebron voor de vrouwen. Opvallend in dit onderzoek was dat vrijwel geen van de Marokkaanse vrouwen buitenshuis werkt, terwijl het in de andere groepen veel gebruikelijker is om werk buitenshuis te hebben.

4.10 Behoefte aan cultureel sensitieve zorg

In alle focusgroepen is aan de vrouwen gevraagd of en hoe hulpverleners rekening zouden moeten houden met de culturele achtergrond van de vrouwen. Een gedeelte van de vrouwen vond dat hulpverleners hier geen of weinig rekening mee hoeven te houden. Redenen die de vrouwen daarbij noemden waren: ik voel me niet anders dan de gemiddelde Nederlander, rekening houden met algemene omgangsvormen is voldoende, zwangerschap is universeel, het is al goed geregeld, en het taalprobleem moet je zelf oplossen. Bijvoorbeeld “de huisarts is geen maatschappelijk werker en zwangerschap is iets natuurlijks, dat geldt voor elke vrouw, ongeacht cultuur en taal. Zwangerschap is eigenlijk voor elke vrouw hetzelfde.” (1/3)

Wanneer we kijken naar kenmerken van deze vrouwen dan zitten in deze subgroep vooral vrouwen die langer in Nederland verblijven en die een mbo of hogere opleiding hebben.

Een groot gedeelte van de vrouwen noemt wel zaken waarvan zij denken dat hulpverleners hiermee rekening zouden moeten houden, indien ze adequaat willen kunnen communiceren met allochtone vrouwen. Hun opmerkingen zijn onder te verdelen in vijf thema's, die hieronder besproken worden.

4.10.1 Taalbarrière

Veel vrouwen, ook vrouwen die zelf de Nederlandse taal goed beheersen, geven aan dat een gedeelte van de allochtone vrouwen in Nederland problemen heeft om de Nederlandse taal goed te begrijpen. En als ze “alledaagse” taal wel voldoende kunnen begrijpen, wil dit nog niet zeggen dat ze de terminologie van hulpverleners begrijpen.

Hulpverleners moeten hier attent op zijn, ook wanneer de vrouw de informatie lijkt te begrijpen, en desnoods gebruik maken van een tolk.

“Iets waar ze rekening mee moeten houden is de taal. Dingen worden in keurig Nederlands uitgelegd, maar zeker als je hier nog kort bent dan beheers je de taal niet optimaal. Iemand kan wel een verhaal afsteken, maar ik vraag me af in hoeverre dat echt overkomt en je echt goed weet waar die arts het over heeft. Antillianen zeggen uit beleefdheid vaak dat ze het hebben begrepen, maar intussen hebben ze het echt niet begrepen. Het is toch wel lastig, alle terminologie die je ook niet kent vanuit je achtergrond, omdat er daar sowieso nooit over wordt gesproken. En de Nederlandse taal is daar ook niet zoals het hier is.” (4/5)

4.10.2 *Respect*

Hulpverleners zouden respect moeten tonen voor de vrouwen die ze behandelen. Aspecten van respect die de vrouwen noemen zijn: lichamelijk onderzoek moet met respect benaderd worden en op een goede manier uitgelegd worden; moeilijke onderwerpen moeten op een “zachte” manier voorbereid worden en niet plompverloren besproken worden; een hulpverlener moet aandacht besteden aan omgangsvormen.

“Een arts moet respect tonen. Vooral bij lichamelijk onderzoek, dat moet je toch met respect benaderen en goed praten. Lichamelijk onderzoek kan als een soort vernedering overkomen (...) Je moet het aftasten, over roken en drinken kun je het gerust hebben, maar je moet niet over een herpes of een syfilis beginnen en het seksuele erbij halen. Vooral als ze met hun partner zitten is er toch vaak een soort schroom.” (4/3)

4.10.3 *Geen vooroordelen / geen discriminatie*

Een gedeelte van de vrouwen heeft het gevoel dat hulpverleners vooroordelen hebben over de culturele achtergrond van de vrouwen en soms zelfs dat ze anders behandeld worden vanwege hun afkomst. Dit vinden ze een vervelende en onwenselijke situatie: hulpverleners zouden geen vooroordelen moeten hebben over andere culturen en ze zouden allochtone vrouwen net zo serieus moeten nemen als vrouwen van Nederlandse afkomst.

“Ik durfde niet naar de huisarts. Hij vroeg “alweer zwanger?”. Dat is niet leuk, je voelt bijna schaamte hierdoor dat je zwanger bent. Ik durfde niet te vertellen over de zwangerschap. De huisarts heeft een mening, hij vindt dat je al veel kinderen hebt, je voelt je minder op je gemak.” (2/6)

“Ik ga vaak met anderen mee naar de dokter, omdat de dokter ze niet de kans geeft om te praten, om hun klacht op hun manier te vertellen. Sommigen houden zich stil terwijl ze geen aandacht krijgen, ik trek mijn mond wel open. Dit soort dingen maak je niet mee bij Nederlanders, maar wel bij allochtonen.” (7/6)

4.10.4 *Inhoudelijke informatie / afstemming op (andere) gewoontes*

Vanuit hun culturele achtergrond hebben de vrouwen soms te maken met andere gebruiken en gewoontes dan vrouwen van Nederlandse afkomst. De vrouwen geven aan dat de informatie die ze krijgen van hulpverleners daarop afgestemd zou moeten zijn. Voorbeelden die ze geven rondom zwangerschap zijn: andere voedingsgewoontes, de invloed van de Ramadantijd, de jonge leeftijd waarop vrouwen veelal zwanger worden, aandacht voor gebrekkige seksuele voorlichting die ze gehad hebben, attent zijn op huwelijken binnen de familie en informatie over onderzoeksmogelijkheden geven.

“Huisartsen moeten wel rekening houden met huwelijken binnen de familie bij Turkse mensen, daar moeten ze een beetje attent op zijn, zodat mensen daar tijdens of voor de zwangerschap informatie over kunnen krijgen, van onderzoeksmogelijkheden op de hoogte houden. Want heel veel mensen weten dat echt niet.” (1/5)

4.10.5 *Informatieoverdracht / bekijken van informatie*

Een gedeelte van de vrouwen noemt dat het belangrijk is dat hulpverleners erop letten dat vrouwen de informatie die ze gekregen hebben wel echt begrepen hebben. Zowel het taalprobleem als het feit dat de informatie voor veel vrouwen inhoudelijk niet eenvoudig te begrijpen is zorgen ervoor dat hulpverleners er niet zomaar vanuit mogen gaan dat de informatie die ze overdragen daadwerkelijk begrepen is.

Daarnaast noemen de vrouwen dat alle informatie meestal niet in één gesprek begrepen zal worden en dat het daarom belangrijk is dat vrouwen de informatie later nog eens na kunnen lezen, of dat er een mogelijkheid voor een (laagdrempelig) vervolgesprek bestaat.

“Mensen moeten iets meekrijgen dat ze thuis nog eens door kunnen lezen. En ze (de hulpverleners) moeten open staan voor vragen naderhand.” (4/3)

“Een folder of een boek is beter dan een video, dat kan je gemakkelijker gewoon in je eentje bekijken. Bij een video moet je weer wachten tot je alleen thuis bent enzo.” (4/4)

5 Discussie en aanbevelingen

5.1 Beschouwing

Eerder is in het project 'Parents to be' ervaring opgedaan met het aanbieden en geven van PCA aan voornamelijk autochtone vrouwen en hun partner. Om PCA aan allochtone vrouwen en hun partner aan te bieden is het belangrijk dat bij de implementatie wordt aangesloten bij de behoefte van allochtone vrouwen. Omdat er nog weinig inzicht was in de ideeën en behoeftes van allochtone vrouwen wat betreft informatie over zwangerschap is het huidige project uitgevoerd. Het doel van dit project was om middels focusgroepgesprekken de mening van allochtone vrouwen over zwangerschap, mogelijk te nemen gezondheidsmaatregelen en PCA en hun behoefte aan PCA breed te exploreren.

In dit onderzoek namen in totaal 47 vrouwen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse herkomst deel aan focusgroepen over “gezonde zwangerschap”. Alle vrouwen waren in de vruchtbare leeftijd en er namen zowel zwangere vrouwen, vrouwen met kinderen als vrouwen die (nog) geen kinderen hadden deel. In alle focusgroepen heerste een open sfeer en toonden de vrouwen een grote bereidheid om over hun meningen en ervaringen te praten. Middels de focusgroepen zijn vele verschillende meningen en ervaringen verzameld. Zowel tussen als binnen de groepen was er sprake van een duidelijke diversiteit. Opleidingsniveau, land van herkomst en het al dan niet hebben van werk buitenshuis lijken samen te hangen met de gevonden diversiteit.

Dit onderzoek is ervoor bedoeld om heersende meningen breed te exploreren. Dit is gebeurd in een relatief kleine groep, waarbij ernaar is gestreefd rekening te houden met diversiteit binnen de groepen. Aan de focusgroepen heeft een brede “range” van vrouwen uit elke etnische groep deelgenomen. Dit leverde een grote hoeveelheid informatie op. Uit de laatste twee gehouden focusgroepen kwam weinig nieuwe informatie meer naar voren. Hierdoor is het waarschijnlijk dat de resultaten voor een aanzienlijk gedeelte van de onderzoekspopulatie geldig zijn. Helemaal generaliseerbaar zijn de resultaten niet. Het is raadzaam terughoudend te zijn met generalisatie van de resultaten naar jonge vrouwen (jonger dan 20 jaar), naar laag opgeleide Turkse vrouwen en naar hoog opgeleide Marokkaanse vrouwen, omdat deze in het onderzoek duidelijk ondervertegenwoordigd zijn.

Een aantal resultaten is specifiek van belang voor implementatie van PCA. Het merendeel van de geïnterviewde vrouwen plant haar zwangerschap(pen), alleen bij de lager opgeleide Surinaamse en Antilliaanse vrouwen kwamen relatief veel ongeplande zwangerschappen voor. Dat de meeste vrouwen hun zwangerschappen plannen betekent dat ze bereikt kunnen worden in de tijd dat ze al weten dat ze zwanger willen worden, maar voordat ze daadwerkelijk zwanger zijn. De tijd om de vrouwen te bereiken is echter beperkt: een deel van de vrouwen wil direct na het huwelijk zwanger worden. Daarnaast is er een grote groep vrouwen die het zwanger worden korte tijd (een tot drie jaar) uitstelt. Slechts een minderheid van de vrouwen, vooral de hoger opgeleide vrouwen, stelt het krijgen van kinderen langere tijd (meer dan drie jaar) uit. Daarnaast geven veel vrouwen aan dat ze alleen geïnteresseerd zouden zijn in PCA op het moment dat ze zelf al op zoek zijn naar informatie. Doorgaans is dit pas wanneer ze daadwerkelijk aan het proberen zijn om zwanger te raken.

Kennis over factoren die de gezondheid van de baby beïnvloeden varieert sterk: sommige vrouwen noemen slechts een enkel ding, doorgaans “gezond eten”, anderen

noemen vele zaken. Het gebruik van foliumzuur wordt slechts door een minderheid van de vrouwen genoemd. Ondanks het feit dat een aanzienlijk deel van de vrouwen aangeeft te vinden dat ze voldoende over zwangerschap weet, geven deze resultaten aan dat het raadzaam is tijdens PCA aandacht te besteden aan “algemene” kennis over preventie van ongewenste zwangerschapsuitkomsten. Ook de resultaten wat betreft daadwerkelijke gedragsveranderingen tijdens de zwangerschap wijzen hierop: de veranderingen in gedrag blijven achter bij de (door professionals) gewenste veranderingen.

Om vrouwen ertoe aan te zetten aan PCA deel te nemen is het echter van belang bij de benadering juist de nadruk te leggen op specifiek op de persoonlijke situatie gerichte informatie die de vrouw zal krijgen. Een deel van de vrouwen geeft immers aan niet geïnteresseerd te zijn in algemene informatie, omdat zij die vergaren via andere bronnen dan de huisarts. Daarbij lijkt het tevens belangrijk er rekening mee te houden dat sommige vrouwen aangeven zich tijdens de zwangerschap niet met negatieve zaken bezig te willen houden, omdat dit slecht voor het kind zou zijn. Dit zou kunnen leiden tot een afwijzende houding ten opzichte van informatie over preventie, omdat daarin veelal de “gevaaren” van “ongezond” gedrag veel aandacht krijgen. Nader onderzoek moet uitwijzen of dit daadwerkelijk het geval is en of deze vrouwen beter bereikt kunnen worden door een benadering waarbij de nadruk ligt op positieve gevolgen van gedrag.

Een vierde punt waaraan aandacht besteedt moet worden is het creëren van draagvlak voor het feit dat het zinvol is dat vrouwen zich al vóór de zwangerschap laten informeren over gezond gedrag en risicofactoren: een aanzienlijk deel van de vrouwen zou immers het liefste tijdens de zwangerschap de informatie krijgen.

Tijdens het inventariseren van de door vrouwen gewenste informatie kwam duidelijk naar voren dat de informatiebehoefte van veel vrouwen breder is dan de informatie die PCA omvat: ook onderwerpen als borstvoeding, zwangerschapskwalen, kraamhulp en financiële regelingen werden genoemd. Het is belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan deze informatiebehoefte en dat er kaders worden geschapen waarbinnen vrouwen op een laagdrempelige wijze ook dit soort informatie kunnen krijgen. Een mogelijkheid is om medische en andersoortige informatie over zwangerschap minder versnipperd aan te bieden. Het opnemen van andersoortige informatie als onderdeel van een “PCA pakket” kan vrouwen mogelijk motiveren om aan PCA deel te nemen.

Voor wat betreft de communicatie met hulpverleners vindt een deel van de vrouwen dat er niet speciaal rekening hoeft te worden gehouden met hun culturele achtergrond. Een groot deel van de vrouwen geeft echter wel zaken aan waarvan zij wensen dat hulpverleners er rekening mee houden. Deze zijn onder te verdelen in vijf hoofdonderwerpen: taalproblemen, respect, geen vooroordelen / geen discriminatie, inhoudelijke informatie / afstemming op (andere) gewoontes, en informatieoverdracht / beklijven van informatie.

Samengevat geeft een meerderheid van de vrouwen aan geïnteresseerd te zijn in PCA. Een gedeelte van de vrouwen is zonder meer geïnteresseerd, een ander gedeelte noemt randvoorwaarden: alleen op een bepaald moment of alleen bij een bepaalde inhoud. Een deel van de vrouwen heeft een bredere informatiebehoefte dan wat PCA momenteel omvat. Voor een succesvolle implementatie van PCA is het belangrijk om hiermee rekening te houden. Tevens moet er rekening mee gehouden worden dat de tijdsperiode waarin vrouwen geïnteresseerd zijn relatief kort is.

Kijkend naar de huidige PCA methodiek kunnen we concluderen dat deze waarschijnlijk goed bruikbaar is als basis voor PCA aan migrantenvrouwen. De methodiek zal op punten moeten worden aangepast, waarbij de resultaten van het huidige onderzoek als uitgangspunt kunnen dienen.

5.2 Aanbevelingen

Uitnodiging

- Een aanzienlijk deel van de vrouwen gaf aan geïnteresseerd te zijn in PCA. Veel vrouwen worden voor de eerste keer zwanger kort na of in de eerste paar jaar na een huwelijk. Preconceptieadviesing zou in deze periode moeten worden aangeboden.
- De interesse voor PCA is het grootst vlak voor een gerealiseerde zwangerschap. Methodiekontwikkeling is nodig om PCA gericht in die periode aan te kunnen bieden.
- Het nut van voorlichting vóór de zwangerschap is voor een aanzienlijk deel van de geïnterviewde vrouwen niet vanzelfsprekend. Hier dient in de uitnodiging voor PCA aandacht aan besteed te worden.
- Vrouwen gaven aan dat zij informatie wensen die op hun persoonlijke situatie is toegesneden. Dit dient in de uitnodiging voor PCA te worden benadrukt.

Inhoud PCA

- Naast informatie die op de persoonlijke situatie is toegesneden hoort algemene voorlichting zoals bijvoorbeeld over foliumzuur, voeding en medicijngebruik een onderdeel van de PCA te zijn.
- Een gedeelte van de vrouwen verwacht dat er naast het geven van informatie ook medisch onderzoek wordt verricht tijdens of als vervolg op de PCA, bijvoorbeeld aanvullend echo-onderzoek of bloedonderzoek.
- De informatiebehoefte van veel vrouwen ter voorbereiding op een zwangerschap is breder dan wat PCA momenteel omvat. Informatie over kraamzorg en dergelijk wordt ook wenselijk geacht, evenals het opnemen van inhoudelijk cultuurspecifieke informatie, zoals over de invloed van de Ramadan op de zwangerschap en trouwen binnen de familie. Toevoegen van deze informatie aan de PCA maakt de PCA mogelijk aantrekkelijker.
- Huisartsen kunnen middels bijscholing worden getraind om inhoudelijk cultuurspecifieke informatie te kunnen geven.
- Door vrouwen werd aangegeven dat ze zich niet altijd voldoende op hun gemak voelen om met de huisarts over zwangerschap te praten. Een respectvolle benadering door en houding van degene die PCA geeft tegenover de (migranten)vrouw is van belang. In training aan huisartsen kan hier aandacht aan worden besteed.

Ontwikkelde methodiek

De deelnemende vrouwen konden zich vinden in de ontwikkelde methodiek waarin PCA door de huisarts wordt aangeboden. De huidige vorm van PCA voor autochtone vrouwen lijkt dan ook toepasbaar voor migranten vrouwen/ paren. Wel zijn inhoudelijke aanpassingen gericht op cultuurspecifieke informatie (bijv. informatie over neef-nicht huwelijken, aandacht voor seksuele voorlichting, invloed van aan de godsdienst ontleende leefregels op de zwangerschap, aandacht voor cultuurspecifieke denkbeelden over gewenst gedrag tijdens de zwangerschap) nodig. Tevens gaf een gedeelte van de vrouwen aan een groepsbijeenkomst een goede manier om (algemene) informatie over te dragen. Dit zou in proefimplementatieprojecten kunnen worden onderzocht

6 Referenties

1. TREFFERS PE, HEINTZ APM, KEIRSE MJNC, ROLLAND R, eds. *Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1993.
2. ELFERINK-STINKENS PM, BRAND R, VERLOOVE-VANHORICK SP et al. Onderrapportage van de eersteweek-sterfte bij vroeggeboorte in de landelijke verloskunde registratie. *Ned T Geneesk* 1993;137:298-203.
3. NATIONALE RAAD VOOR VOLKSGEZONDHEID. *Advies voorlichting preventie aangeboren afwijkingen*. Zoetermeer, 1990.
4. GJERDINGEN DK, FONTAINE P. Preconception health care: a critical task for family physicians. *J Am Board Fam Pract* 1991;4:237-250.
5. HUISJES HJ, LIEFHEDBER J. Alcohol en de foetus. *Ned T Geneesk* 1987;131:1296-1298.
6. BACKBIER EHF, VRIES H de. Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit ten aanzien van stoppen met roken tijdens de zwangerschap. *Gedrag Gezondheid* 1993;21:63-73.
7. CZEIZEL AE. Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation. *Br Med J* 1993;306:1645-1648.
8. ANTHONY S, KATEMAN H, DORREPAAL CA, BUITENDIJK SE. *Rapport aangeboren afwijkingen in Nederland 1996-2000*. Gebaseerd op de landelijke verloskunde en neonatale registraties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, Publ.nr. 03.033.
9. BAKKER MK, CORNEL MC, WALLE HEK de. Kennis over en gebruik van periconceptioneel foliumzuur onder allochtone en westerse vrouwen, na de publiekscampagne in 1995. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147 (49): 2426-2430.
10. MILES MB, HUBERMAN AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage, 1994.
11. WESTER F, PETERS V. *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho, 2004.

A Topiclijst voor focusgroepen

Inleiding

Korte inleiding op het onderwerp en op de bedoeling van het gesprek.

Deel 1: algemeen

Zwangerschap

- Is een zwangerschap iets dat je “plant”, of is het iets dat gewoon “gebeurt”?

Waargenomen kennis

- Denk je dat je dingen kunt doen die ervoor zorgen dat je een gezonde baby krijgt? Welke? / Hoezo niet?
- Als je al eens zwanger bent geweest: zijn er dingen in je gedrag die je veranderd hebt voor en tijdens de zwangerschap?
- Wanneer kun je het beste met die dingen beginnen, vóórat je zwanger wordt of tijdens de zwangerschap?
- Heb je het idee dat je genoeg weet over zwanger worden en zwanger zijn?
- Hoe kom je aan je kennis over zwangerschap?

Invloed van belangrijke anderen

- Is zwangerschap een onderwerp waar je met je partner over praat? Zo ja, waar praat je dan over? Zo nee, waarom niet?
- Praat je met anderen over zwangerschap? Zo ja, met wie? Waar praat je dan over? Zo nee, waarom niet?
- Als je al eens zwanger bent geweest: van wie kreeg je tips of adviezen over de zwangerschap? Wat voor adviezen? Wat heb je met die adviezen gedaan?

Waargenomen risico

Sommige kinderen worden geboren met een ziekte of met een afwijking.

- Welke van dit soort ziektes of afwijkingen ken je?
- Is de gezondheid van de baby iets waar je over nadenkt voor of tijdens je zwangerschap?
- Denk je dat je zelf kans hebt op een afwijking bij de baby? Waarom wel? / Waarom niet (of maar een kleine kans)? (Let erop dat trouwen binnen de familie hier aan bod komt.)
- Waardoor kan een baby een afwijking of ziekte hebben?
- Denk je dat je iets kunt doen om problemen bij de baby te voorkomen?

Deel 2: voorlichting over zwangerschap

Op het moment doet TNO een project waarbij huisartsen vrouwen tussen de 18 en 40 jaar en hun partner door een brief uitnodigen voor een (persoonlijk) voorlichtingsgesprek, als de vrouw binnen een jaar zwanger wil worden. Het gesprek gaat over welke dingen je al voordat je zwanger bent kunt doen om te zorgen dat je een zo gezond mogelijk kind krijgt. Dit zijn algemene dingen (foliumzuur slikken bijvoorbeeld), maar het gaat ook over dingen die persoonlijk zijn, bijvoorbeeld aandoeningen in de familie, medicijngebruik van de vrouw.

We willen graag met jullie praten over wat je van zo'n gesprek vindt, over wat voor informatie je nodig hebt en hoe je hem het liefst zou willen krijgen.

Huidige benadering en gewenste wijze van aanbieding

- Wat zou je ervan vinden als je van je huisarts een brief krijgt met een uitnodiging voor een gesprek over zwangerschap, terwijl je zelf niet om zo'n gesprek gevraagd hebt?
- Vind je een brief een prettige manier om uitgenodigd te worden? Of zou je liever op een andere manier uitgenodigd worden? Hoe?
- Zou je geïnteresseerd zijn in zo'n gesprek? Waarom wel / waarom niet?
- Als je geïnteresseerd bent: zou je zo'n gesprek het liefste alleen hebben of samen met je man?
- Zou je dit soort informatie van je huisarts willen krijgen of liever van iemand anders? Van wie? (kunt ook denken aan: tijdschrift, televisieprogramma, Internet e.d.).

Gewenste informatie en gewenst tijdstip van voorlichting

- Over wat voor onderwerpen zou je informatie willen krijgen en over wat voor onderwerpen vind je dat niet nodig?
- Op welk moment zou je deze informatie het liefste krijgen? Voordat je zwanger bent? Tijdens je zwangerschap? Op welk moment tijdens je zwangerschap?
- Waar moeten hulpverleners rekening mee houden als ze met Turkse/Marokkaanse vrouwen willen praten over gezond gedrag tijdens de zwangerschap?

B Overzichtsmatrices

Overzicht van toegekende codes per focusgroep. Deelnemers uit de gemengde groep (groep 1) zijn opgenomen bij de groep die wat betreft achtergrond en verblijfsduur overeenkomt.

Marokkaanse vrouwen > 10 jaar in Nederland

	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7
Opleiding	MBO + aanvullende opleiding	Middelbare school in M, taalles NI	Basisschool in M, Taalles NI	Basisschool, middelbare school deels	MBO	Middelbare school in M, taalles NI	Middelbare school
Leeftijd	25	32	49	31	27	27	31
Kinderen	Ongehuwd / Geen	2	4	4	4	4	3
Werk	Dienstverlening gemeente	Huisvrouw	Huisvrouw	Huisvrouw	Ja	Huisvrouw	Huisvrouw
Belang kinderen	Kinderen zijn je toekomst Kinderen als vanzelfsprekendheid	Huisvrouw	Hoort bij vrouw zijn Hoort bij geluk	Ophieven eenzaamheid	Ja	Kinderen als vanzelfsprekendheid	
Planning		Nee: wens man		Ja: geen uitstel	Nee: wens man	Ja: wens man Ja: korte termijn	Ja: geen uitstel Ja: korte termijn
Involed op gezondheid baby	Foliumzuur Ijzertabletten Ruim vooraf pil – Gezondheidsonderzoek Goede info van arts	Bewegen Medicijnen Voeding Rust	Roken Alcohol Medicijnen Voeding Rust	Weinig / geen invloed Allah's wil	Vitamines Voeding Gezondheidsonderzoek	Voeding Medicijnen	
Gedrag tijdens zwangerschap			Ijzertabletten Elke zwangerschap is anders	Weinig veranderd Geloof in eigen kracht	Voeding +	Medicijnen -	
Beste tijdstip start	Voor zwangerschap						
Waargenomen kennis							
Kennisbronnen	Omgeving	Omgeving	Omgeving	Omgeving	Omgeving	Omgeving	Omgeving
Gespreksonderwerp anderen		Partner +	Partner +	Partner + Arts -: geeft onvoldoende info	Partner + Arts -: geeft onvoldoende info	Partner + Arts -: geeft onvoldoende info	Partner + Arts -: geeft onvoldoende info
Involed anderen							
Culturele achtergrond	Kinderen als vanzelfsprekendheid						
Adviezen							
Aangeboren	Open ruggetje				Open ruggetje		

aandoeningen	Hazenlip											
Denken over gezondheid baby												
Waargenomen risico afwijkingen												
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	DNA Trouwen binnen familie -	Trouwen binnen familie -	Stress Ruijmt in baarmoeder Zelfde bloed(groep) is positief	Stress Zelfde bloed(groep) is negatief	Hogere leeftijd moeder Trouw binnen familie + Voorbestemming / Allah Erfelijke afwijkingen in familie	Hogere leeftijd moeder Trouw binnen familie -						
Preventie problemen baby												
PCA												
Ongevraagde uitnodiging	Goed	Goed	Goed								Goed	
Uitnodiging per brief	Goed											
Interesse gesprek	Ja	Ja: altijd nuttig	Ja: altijd nuttig Ja: je hebt altijd vragen	Ja: huisarts heeft anders weinig tijd	Nee: liever voorlichting thuis op papier	Ja: altijd nuttig Ja: huisarts heeft anders weinig tijd						
Deelname		Alleen: tijdgebrek man	Alleen: tijdgebrek man	Groepsgewijs met vrouwen Alleen: tijdgebrek man	Groepsgewijs met vrouwen Alleen: tijdgebrek man	Samen						
Gewenste informatiebron												
Gewenst tijdstip	Vooraf	Vooraf		Vooraf Tijdens								
Gewenste informatie	Bijdrage aan goed verloop zwangerschap Zwangerschap Medicijnen	Voeding Vitamines Ziektes Ook: onderzoek doen	Kosten van medisch onderzoek	Ook: onderzoek doen	Ook: onderzoek doen	Ook: onderzoek doen						Ook: onderzoek doen

Culturele adaptatie / rekening houden met				Weinig vertrouwen in artsen: info en behandeling onvoldoende ("ze doen niet veel") Ja: niet afwijzend reageren bij meerdere zwangerschappen	Weinig vertrouwen in artsen: info en behandeling onvoldoende ("ze doen niet veel") Ja: niet afwijzend reageren bij meerdere zwangerschappen	Weinig vertrouwen in artsen: info en behandeling onvoldoende ("ze doen niet veel")
Overig	- Behoeftte aan herhaald echo onderzoek: ter geruststelling	- Verwijzing door huisarts naar GGD bij zwangerschap - Jaarlijks controle onderzoek gewenst - Behoeftte aan herhaald echo onderzoek: ter geruststelling	- Soms dingen verzwijgen tegen arts of onwaarheid vertellen: anders nemen ze volgende keer je klacht niet serieus - Verwijzing door huisarts naar GGD bij zwangerschap	- Jaarlijks controle onderzoek gewenst	- Behoeftte aan herhaald echo onderzoek: ter geruststelling	- Behoeftte aan herhaald echo onderzoek: ter geruststelling

	1/6	1/7
Opleiding	leao	?
Leeftijd	34	36
Kinderen	3	Geen, wel kinderwens
Werk	Administratief	
Belang kinderen		
Planning	Ja: korte termijn	Ja: geen uitstel
Involed op gezondheid baby	Roken Foliumzuur	Roken Medicijnen

	Voeding Ruim vooraf medicijnen -	
Gedrag tijdens zwangerschap	Voeding -	
Beste tijdstip start		
Waargenomen kennis		
Kennisbronnen	Boeken Huisarts Omgeving Partner +	
Gespreksonderwerp anderen		
Invloed anderen	Druk om kinderen te krijgen Probeer het eerst met 1 kind, dan kun je daarna nog de pil slikken	Druk om kinderen te krijgen
Culturele achtergrond	Geen uitstel vanwege materiële omstandigheden Zwangeren moeten eten waar ze zin in hebben Veel Marokkaanse vrouwen lezen weinig / niet	Kinderloosheid is schuld vrouw
Adviezen		
Aangeboren aandoeningen		
Denken over gezondheid baby	Nee: weinig zorgen	
Waargenomen risico afwijkingen	Ja: kan altijd gebeuren	
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	Trouwen binnen familie -- Zelfde bloed(groep) is negatief	Hogere leeftijd moeder Risico vrouwen binnen familie onbekend
Preventie problemen baby		
PCA		
Ongevraagde uitnodiging	Vrouw kan ook zelf initiatief nemen	Geen inbreuk op privacy
Uitnodiging per brief		
Interesse gesprek	Alleen indien al op zoek naar info	Ja: altijd nuttig
Deelname	Samen	
Gewenste informatiebron	Huisarts GGD -	
Gewenst tijdstip		
Gewenste informatie		
Culturele adaptatie / rekening houden met		

Marokkaanse vrouwen ≤ 10 jaar in Nederland

	3/1	3/2	3/3	3/4	3/5	3/6	3/7
Opleiding	lbo	roc	Havo (Mar), lbo	Havo (Mar)	-, taalcursus NI	Middelbare school (Mar), 1 jaar BOA	Deel middelbare school (Mar)
Leeftijd	36	40	30	40	36	27	40
Kinderen	5	3	3	Geen, kinderwens	Geen, kinderwens	1	3
Werk	nee	nee	Nee	Interieurverzorgster	nee		nee
Belang kinderen							
Planning	Ja: korte termijn	Ja: korte termijn	Nee	Nee	Nog niet over gedacht	Ja: korte termijn	Ja: korte termijn
Invloed op gezondheid baby	Vitamines Foliumzuur	Weinig / geen	Ijzertabletten	Niet op de hoogte	Niet op de hoogte	Niet op de hoogte	Niet op de hoogte
Gedrag tijdens zwangerschap	Voeding +	Voeding + Voeding -	Voeding +	N.v.t.: weet nog niet	N.v.t.: weet nog niet	Voeding +	Voeding +
Beste tijdstip start	Voor zwangerschap	Realiteit is: tijdens zwangerschap	Tijdens zwangerschap	Voor zwangerschap	Weet niet	Realiteit is: tijdens zwangerschap	Realiteit is: tijdens zwangerschap
Waargenomen kennis	Voldoende	Voldoende	Voldoende over algemene zaken	Voldoende	Voldoende	Onvoldoende (bij 1e keer Voldoende)	Voldoende
Kennisbronnen	Tijdschriften	Tijdschriften	Verloskundige Gynaecoloog	Omgeving	-	Verloskundige Zwanger (geweest) zijn	Verloskundige
Gespreksonderwerp anderen	Partner + Familie +	Partner + Familie +	Partner + Familie + Huisarts	Partner +	Partner +	Partner + Familie +	Partner + Familie +
Invloed anderen							
Culturele achtergrond							
Adviezen	Professionals: klachten	Professionals: klachten	Omgeving: voeding	N.v.t.	N.v.t.	Omgeving: voeding	Omgeving: voeding
Aangeboren aandoeningen	Open ruggetje	Down syndroom	Down syndroom	Down syndroom	Down syndroom	Hartafwijking	Hartafwijking
Denken over gezondheid baby	Ja: m.n. bij ervaring in omgeving	Ja: gehele zwangerschap	Ja: gehele zwangerschap	-	-	Ja: m.n. bij eerste zwangerschap	Ja: m.n. bij eerste zwangerschap

Waargenomen risico afwijkingen	Nee: geen ervaring in omgeving	Ja: kan altijd gebeuren	Ja	-	-	Nee: denk niet aan slechte dingen tijdens zwangerschap Nee: wel met familiedid getrouwd = geen reden	Ja: eigen ervaring
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	Hogere leeftijd moeder	Hogere leeftijd moeder	Medicijnen	Alcohol Roken	Stress	Hogere leeftijd moeder Erfelijke afwijkingen in familie	Erfelijke afwijkingen in familie
Preventie problemen baby	Geen stress	Beweging Voeding Aandacht: voor jezelf Allah beslist	Aandacht: voor zwangerschap Goede voorbereiding	Rustig aan doen	Rustig aan doen	Zwangerschapsgym	Aandacht: voor positieve dingen
PCA							
Ongevraagde uitnodiging	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed
Uitnodiging per brief	Goed	Goed Ook mogelijk: telefonisch Ook mogelijk: tijdens bezoek	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed
Interesse gesprek	Ja: risico-inventarisatie	Ja: altijd nuttig	Ja: bij 1e zwangerschap Ja: bij gebrek aan andere informatiebronnen	Ja	Ja: altijd nuttig	Ja: altijd nuttig	Ja
Deelname	Samen of alleen	Samen	Samen of alleen	Samen	Samen	Samen of alleen	Samen of alleen
Gewenste informatiebron	Huisarts: volledigheid	Huisarts: volledigheid	Huisarts: open verhouding	Huisarts Anderen	Huisarts Anderen	Huisarts	Huisarts
Gewenst tijdstip	Tijdens: aanbegin en einde van zwangerschap	Tijdens: gedurende gehele zwangerschap	Tijdens: aanbegin en einde van zwangerschap	Weet nog niet	Weet nog niet	Tijdens: aanbegin en einde van zwangerschap	Tijdens: wanneer dingen spelen
Gewenste informatie	Risico's	Zoveel mogelijk	Over laatste maand	Weet nog niet	Weet nog niet	Bijdrage aan goed	Bijdrage aan goed

	Zoveel mogelijk Ja: taalprobleem / onbekend zijn met veel woorden Ja: andere voedingsgewoontes Ja: cultuur	Weinig: is al goed geregeld Weinig: taalprobleem moet je zelf oplossen	zwangerschap Ja: over invloed Ramadanijd Ja: jonge leeftijd zwanger worden	("sluit me aan bij wat er gezegd is")	("sluit me aan bij wat er gezegd is")	verloop zwangerschap Ja: voorkeur voor vrouwelijke arts	verloop zwangerschap -
--	--	--	--	--	--	---	---------------------------

Turkse vrouwen > 10 jaar in Nederland

	4/1	4/2	4/3				
Opleiding	HBO	HBO	HTS				
Leeftijd	33	31	27				
Kinderen	Zwanger van 1e	Geen, kinderwens	1				
Werk	Theater	Modeontwerpster		Bij gemeente			
Belang kinderen	Ook gelukkig zonder kinderen	Hoort bij mij		Moederschap			
Planning	Nee	Ja: lange termijn: wens partner		Ja: korte termijn			
Invoed op gezondheid baby	Voeding Jezelf lichamenlijk en geestelijk goed verzorgen	Roken Alcohol Ongezond gedrag met mate is niet schadelijk Bewegen		Positief zijn Stress Foliumzuur heeft ook slechte kanten			
Gedrag tijdens zwangerschap	Foliumzuur: tijdens zwangerschap: ongepland Voeding was al gezond Blijven bewegen	(voorgenomen gedrag:) foliumzuur Stoppen met roken Blijven bewegen		Voeding + Voeding - Rust Foliumzuur: alleen tijdens: onvoldoende geïnformeerd Alcohol - Blijven bewegen			
Beste tijdstip start	Voor zwangerschap	Voor zwangerschap					
Waargenomen kennis	Voldoende	Onvoldoende: bewuste keus: pas verdiepen bij zwangerschap					
Kennisbronnen	Boeken Cursus borstvoeding			Arts: betrouwbaarheid info Verloskundige Boeken			

Gespreksonderwerp andere	Partner + Familie +	Partner + Partner +: deelname_pca	Internet Omgeving
Invloed anderen			
Culturele achtergrond		- Zwangeren worden erg beschermd - Zwangeren moeten eten waar ze zin in hebben	- Niet naar leuke dingen kijken als je zwanger bent
Adviezen	Omgeving: borstvoeding		Omgeving: voeding Omgeving: borstvoeding Omgeving: niet naar leuke dingen kijken
Aangeboren aandoeningen	Autisme		Open ruggetje Lichamelijk of geestelijk niet goed ontwikkeld
Denken over gezondheid baby	Ja	Weet nog niet	Ja: gehele zwangerschap
Waargenomen risico afwijkingen	Ja: eigen ervaring Ja: erfelijkheidsonderzoek laten doen	Ja: kan altijd gebeuren	Ja: (pret)echo laten maken ter geruststelling
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	Trouwen binnen familie + Contact met schadelijke stoffen: kun je niet volledig uitsluiten	Trouwen binnen familie + Acute ziekte moeder Voeding Ongeluk Stress Geestelijke oververmoeidheid	Trouwen binnen familie + Zelfde bloed(groep) is positief Erfelijke afwijkingen in familie Voeding Alcohol Roken
Preventie problemen baby			Foliumzuur: voorkomen open ruggetje
PCA			
Ongevraagde uitnodiging	Geen inbreuk op privacy	Ongepast	
Uitnodiging per brief			Goed
Interesse gesprek	Alleen indien al op zoek naar info Ja: bij 1e zwangerschap	Nee: zoek informatie zelf Nee: neem zelf initiatief voor afspraak	Alleen indien al op zoek naar info Ja: bij 1e zwangerschap
Deelname	Groepsgewijs met vrouwen	Groepsgewijs met vrouwen	
Gewenste informatiebron	Huisarts – Gynaecoloog	Huisarts – Gynaecoloog	Huisarts

Gewenst tijdstip	Foliumzuur: vooraf Tijdens		Vooraf
Gewenste informatie	Bevallig Borstvoeding		Borstvoeding
Culturele adaptatie / rekening houden met	Ja: taalprobleem / onbekend zijn van veel woorden Nee: zwangerschap is universeel	Ja: taalprobleem / onbekend zijn van veel woorden Nee: zwangerschap is universeel	Nee: voel me niet anders dan gemiddelde Nederlander Ja: cultuur Ja: omgangsvormen

	1/2	1/5	
Opleiding	HBO	MBO	
Leeftijd	31	35	
Kinderen	Geen, wel kinderwens	1	
Werk	ja	Tolk-vertaler	
Belang kinderen			
Planning	Ja: lange termijn	Ja: lange termijn	
Invloed op gezondheid baby	Roken Alcohol voeding	Foliumzuur Onbekende factoren	
Gedrag tijdens zwangerschap		Stoppen met roken Alcohol – Tuin -	
Beste tijdstip start		Voor zwangerschap	
Waargenomen kennis			
Kennisbronnen	Boeken Internet (Huis)arts televisie	Werk	
Gespreksonderwerp anderen			
Invloed anderen		Druk om kinderen te krijgen	
Culturele achtergrond	- Kinderen als vanzelfsprekendheid - Zwangeren moeten eten waar ze zin in hebben	Geen kappersbezoek tijdens zwangerschap Geen lever eten	

Adviezen									
Aangeboren aandoeningen									
Denken over gezondheid baby								Ja: gehele zwangerschap	
Waargenomen risico afwijkingen								Ja: eigen ervaring Huwelijk binnen familie: geen onderzoek laten doen	
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking								DNA	
Preventie problemen baby									
PCA									
Ongevraagde uitnodiging								Geen inbreuk op privacy	
Uitnodiging per brief									
Interesse gesprek									
Deelname									
Gewenste informatiebron									
Gewenst tijdstip									
Gewenste informatie									
Culturele adaptatie / rekening houden met								Ja: attent zijn op huwelijken binnen familie: info over onderzoeksmogelijkheden geven	
Overig									

Turkse vrouwen ≤ 10 jaar in Nederland

	5/1	5/2	5/3	5/4	5/5	5/6	5/7
Opleiding	Kinderopvang (Tr)	HBO (Tr)	WO (Tr)	Middelbare school (Tr)	- inburgeringscursus	Middelbare school (Tr), taalcursussen NL	Middelbare school (Tr), inburgeringscursus
Leeftijd	34	27	32	33	34	31	25
Kinderen	2, zwanger van 3e	2	Geen	2	1	1	1, zwanger van 2e
Werk	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Toezichthouder	Bij TPG post
Belang kinderen	hoort bij huwelijk	moederschap	moederschap	hoort bij	moederschap		

	Ja: korte termijn Ja: vanwege eenzaamheid	Ja	Ja	Ja	huwelijk Ja: korte termijn	Nee	Ja: korte termijn	Ja: korte termijn
Planning	Ja: vanwege eenzaamheid	Ja	Ja	Ja	Ja: korte termijn	Nee	Ja: korte termijn	Ja: korte termijn
Invoed op gezondheid baby	Medicijnen Voeding Roken	Voeding Vitamines Bewegen Onbekende factoren	Voeding Vitamines Goed in vel zitten	Roken Vitamines Goed in vel zitten	Roken Vitamines Goed in vel zitten	Roken Goed in vel zitten Niet alles is in onze handen	Roken Goed in vel zitten Niet alles is in onze handen	Roken Goed in vel zitten Niet alles is in onze handen
Gedrag tijdens zwangerschap		Wel gerookt					Voeding + Voeding - IJzertabletten Gestopt met roken Bloedonderzoek Ruim vooraf pil -	Foliumzuur Roken Alcohol
Beste tijdstip start	Voor zwangerschap	Voor zwangerschap	Tijdens	Tijdens	Tijdens			

Waargenomen kennis	Onvoldoende	Voldoende	Voldoende	Onvoldoende bij 1e zwangerschap Voldoende bij 2e zwangerschap	Voldoende	Onvoldoende: steeds nieuwe medische technieken		
Kennisbronnen	Omgeving Arts -	Omgeving Boeken Televisie Opleiding	Boeken Folders Televisie Internet Omgeving Consultatiebureau	Boeken Omgeving Tijdschriften Folders Televisie Zwanger (geweest) zijn	Zwanger (geweest) zijn Televisie Arts	Verloskundige Tijdschriften		
Gespreksonderwerp anderen	Partner + Familie + Vriendinnen	Partner + Familie + Vriendinnen	Partner + Familie + (Huis)arts	Partner -; leefsituatie Familie +	Partner +	Partner - Familie +	Partner + Familie + Vriendinnen	

				Verloskundige	(Huis)arts	(Huis)arts	(Huis)arts
Invloed anderen							
Culturele achtergrond			Eenzaamheid in land van migratie				
Adviezen	Omgeving: gezond gedrag Omgeving: voeding Omgeving: bewegen	Professionals: bewegen Professionals: seks		Omgeving: voeding Omgeving: bewegen Omgeving: rust Omgeving: seks	Open ruggetje	Omgeving: voeding	
Aangeboren aandoeningen	Hepatitis B AIDS	Hepatitis B Open ruggetje		Open ruggetje	AIDS Epilepsie	Down syndroom Hepatitis B	
Denken over gezondheid baby	Ja	Ja			Ja	Ja	

Waargenomen risico afwijkingen	Ja: eigen ervaring Ja: eigen gedrag Ja: hogere leeftijd vader			Ja: eigen ervaring Ja: behoefte aan onderzoek		Ja: eigen gedrag		
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	Medicijnen Voorbestemming / Allah	Erfelijke afwijkingen in familie Omgevingsfactoren		Voeding	Roken Trouwden binnen familie +	Geweld in zwangerschap		
Preventie problemen baby PCA		Erfelijkheid: geen invloed op			Weinig invloed			
Ongevraagde uitnodiging	Goed	Goed		Goed	Goed	Goed		Goed
Uitnodiging per brief	Goed	Goed: brochure bijvoegen		Telefonisch	Goed	Goed		Ook mogelijk: telefonisch
Interesse gesprek	Ja	Momenteel niet		Ja: tijdens zwangerschap	Ja: steun	Ja: steun Ja: altijd nuttig		Ja: tijdens zwangerschap Ja: bij 1e

Deelname	Samen	Samen	Samen	Samen	Samen	Samen	Samen	zwangerschap
Gewenste informatiebron	Huisarts Gynaecoloog Geboortecentrum Consultatiebureau	Consultatiebureau	Consultatiebureau	Gynaecoloog	Huisarts	Huisarts	Huisarts	Huisarts
Gewenst tijdstip								
Gewenste informatie	Zwangerschap Ziektes	Ziektes	Eigen gezondheid Gezondheid kind	Ontwikkeling kind	Eigen gezondheid Gezondheid kind Gezond gedrag Opvoeding	Ziektes Klachten tijdens zwangerschap Behandelingsmogelijkheden Klachten		
Culturele adaptatie / rekening houden met	Nee: zwangerschap is universeel	Ja: aanwezigheid tolk	Nee: zwangerschap is universeel	Ja: aanwezigheid tolk	Nee: zwangerschap is universeel Ja: geen vooroordelen	Ja: taalprobleem Ja: aanwezigheid tolk		

Antilliaanse vrouwen > 10 jaar in Nederland

Opleiding	6/1	6/2	6/3	1/3
Leeftijd	MBO ?	HBO ?		HBO
Kinderen	31	31	39	30
Werk buitenshuis	Geen	Geen kinderen	4	Geen, wel kinderen
Belang kinderen	Ja	Ja	Nee	Studie
Planning	(Hooft bij vrouw zijn)	(Hooft bij vrouw zijn) Sociale druk hoog	(Hooft bij vrouw zijn)	
Invoel op gezondheid baby	Ja: lange termijn Verandering idee met leeftijd Nee [momenteel]	Geen kinderen		Ja: lange termijn
Gedrag tijdens zwangerschap	Voeding (Roken) (Alcohol)	Voeding (Roken) (Alcohol)	(Voeding) (Alcohol) Roken	foliumzuur
Beste tijdstip start	N.v.t.	N.v.t.	Weinig veranderd	

Waargenomen kennis					
Kennisbronnen					Huisarts Boeken Omgeving
Gespreksonderwerp anderen					
Invloed anderen	Antilliaanse mannen: willen plannen Antilliaanse mannen: willen verantwoordelijkheid niet		Druk om kinderen te krijgen		Invloed moeder: zelfstandige vrouw worden
Culturele achtergrond	Weinig /geen seksuele voorlichting Vrienden als infobron voor seksuele voorlichting		Weinig / geen seksuele voorlichting		
Adviezen					
Aangeboren aandoeningen	(Down syndroom) (Open ruggetje)		(Down syndroom) (Open ruggetje)		(Down syndroom) (Open ruggetje)
Denken over gezondheid baby	Ja: gehele zwangerschap		Nee: weinig zorgen: vanwege eigen gezonde leefstijl		Nee: weinig zorgen
Waargenomen risico afwijkingen	Ja: vanwege hogere leeftijd moeder				Nee: wist van tevoren dat kind gezond zou zijn
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking					
Preventie problemen baby					Foliumzuur: voorkomen open ruggetje
PCA					
Ongevraagde uitnodiging			Richten op risicogroepen		Huisarts zal vrouwen met meerdere kinderen uitsluiten - Initiatief kan ook van vrouw zelf komen - Toeval als brief net op goede moment komt
Uitnodiging per brief					
Interesse gesprek	Alleen indien al op zoek naar info Ja: objectieve info		Alleen indien al op zoek naar info		Alleen indien al op zoek naar info
Deelname					
Gewenste	(Huisarts)		Consultatiebureau		(Huisarts)

informatiebron	(Gynaecoloog)	(Huisarts) (Gynaecoloog)	(Gynaecoloog)	
Gewenst tijdstip		Tijdens: pas dan gaat "knop om"		
Gewenste informatie	Kraamhulp Financiële regelingen			
Culturele adaptatie / rekening houden met	Ja: aandacht voor gebrekkige seksuele voorlichting / beperkte kennis vrouwen over eigen lichaam Boek is beter medium dan video	Ja: taalprobleem / onbekend zijn van veel woorden Ja: aandacht voor gebrekkige seksuele voorlichting / beperkte kennis vrouwen over eigen lichaam Ja: nagaan of informatie begrepen is		Nee: zwangerschap is universeel

	6/4	6/5	6/6	6/7
Opleiding	mavo	Horeca-opleiding	MTS	Middelbare school
Leeftijd	20	35	32	20
Kinderen	4	5	2	Geen, wel kinderenwens
Werk buitenshuis	nee	Kapster	Nee	Nee
Belang kinderen	Kinderen zijn van jezelf			
Planning	Ja: geen uitstel Nee (laatste 2 kinderen)		Nee	Ja: lange termijn
Invloed op gezondheid baby	Vitamines Voeding Roken Alcohol	Foliumzuur Roken Alcohol	Roken Alcohol Voeding Medicijnen	Bewegen Voeding Roken
Gedrag tijdens zwangerschap	Stoppen met roken Alcohol – Voeding +	Wel gerookt Wel gedronken Foliumzuur	Wel gerookt Geen foliumzuur: gezond eten is voldoende	n.v.t.
Beste tijdstip start			Voor zwangerschap (indien gepland)	
Waargenomen kennis	Voldoende			Voldoende
Kennisbronnen	Tijdschriften		Omgeving: moeder	Omgeving
Gespreksonderwerp anderen	Partner +		Partner +	

Inloed anderen	Weinig /geen seksuele voorlichting				
Culturele achtergrond					
Adviezen			Omgeving: m.n. van moeder		
Aangeboren aandoeningen		Door drugs Lichamelijk of geestelijk niet goed ontwikkeld	Open ruggetje Minder vingers Hersenontsteking		Gaatje in hart
Denken over gezondheid baby	Ja	Nee: weinig zorgen	Nee: weinig zorgen		Ja
Waargenomen risico afwijkingen	Ja: kan altijd gebeuren	Nee	Nee: denk niet aan slechte dingen tijdens zwangerschap		Ja: kan altijd gebeuren
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	Erfeelijke afwijkingen in familie	Drugs	Erfeelijke afwijkingen in familie		Erfeelijke afwijkingen in familie
Preventie problemen baby	Vitamines		Geen drugs gebruiken Zwangerschapscontroles		
PCA					
Ongevraagde uitnodiging			Zou het weggoaien		
Uitnodiging per brief	Goed	Goed	Goed		Goed: op naam gesteld
Interesse gesprek	Momenteel niet	Momenteel niet	Momenteel niet		Ja
Deelname	Samen Groepsgewijs met vrouwen	Groepsgewijs met vrouwen			Samen of alleen Groepsgewijs met vrouwen
Gewenste informatiebron					
Gewenst tijdstip	Vooraf	Vooraf	Vooraf		Vooraf
Gewenste informatie	Bevalling Bijdrage aan goed verloop zwangerschap	Kosten van kinderen Bijdrage aan goed verloop zwangerschap Ja: geen discriminatie			Bijdrage aan goed verloop zwangerschap
Culturele adaptatie / rekening houden met			Weinig vertrouwen in artsen: info en behandeling onvoldoende Ja: respect Ja: geen discriminatie		Ja: respect Ja: geen discriminatie

Antilliaanse vrouwen ≤ 10 jaar in Nederland

	7/1	7/2	7/3	7/4
Opleiding	?	WO	(laag opgeleid)	Huishoudschool
Leeftijd	32	24	41	30
Kinderen	Geen, kindervens	Geen, kindervens	1	6
Werk buitenshuis	Catering	Studeert	Nee	Vrijwilligerswerk
Belang kinderen	(Hooft bij vrouw zijn) Sociale druk hoog	(Hooft bij vrouw zijn) Sociale druk hoog	Hooft bij vrouw zijn	Hooft bij vrouw zijn
Planning	Ja: vanwege kosten e.d.	Ja: lange termijn	Nee	Nee
Invloed op gezondheid baby	Voeding Foliumzuur Tillen (Roken) (Alcohol)	Voeding (Roken) (Alcohol)	Voeding Tillen	Roken Alcohol Voeding
Gedrag tijdens zwangerschap	Voeding +	N.v.t.	Stoppen met roken	Wel ongezond gegeten
Beste tijdstip start				
Waargenomen kennis			Voldoende	Voldoende
Kennisbronnen			Omgeving: moeder	Omgeving: moeder
Gespreksonderwerp anderen				Partner +
Invloed anderen	Druk om kinderen te krijgen	Druk om kinderen te krijgen Antilliaanse mannen: willen plannen		
Culturele achtergrond	Taboeonderwerp: seks Weinig / geen seksuele voorlichting		Taboeonderwerp: seks Weinig / geen seksuele voorlichting	
Adviezen			Omgeving: voeding Omgeving: gezond gedrag Omgeving: m.n. van moeder	Omgeving: gezond gedrag Omgeving: m.n. van moeder
Aangeboren aandoeningen	(Down syndroom) (Open ruggetje)	(Down syndroom) (Open ruggetje)	Open ruggetje Van je familie	Van je familie
Denken over gezondheid baby			Nee: weinig zorgen	Nee: weinig zorgen
Waargenomen risico afwijkingen	Ja: eigen ervaring	Ja: kan altijd gebeuren		
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking			Medicijnen Stress	Niet te voorkomen

Preventie problemen baby				Niet te voorkomen Rustig aan doen Geen medicijnen slikken	
PCA					
Ongevraagde uitnodiging			Goed: inlichten over bestaan pca	Goed: op naam gesteld	Goed: op naam gesteld
Uitnodiging per brief				Momenteel niet	Momenteel niet
Interesse gesprek		Ja: ziekte(s) in familie	Alleen indien al op zoek naar info	Samen of alleen	Samen of alleen
Deelname					
Gewenste informatiebron	(Huisarts) (Gynaecoloog)	(Huisarts) (Gynaecoloog)		Vooraf	Vooraf
Gewenst tijdstip					
Gewenste informatie				Invloed hogere leeftijd moeder	
Culturele adaptatie / rekening houden met		Ja: moeilijke onderwerpen op "zachte" manier voorbereiden		Ja: voorkeur voor vrouwelijke arts Ja: aandacht voor gevoel van veiligheid en vertrouwen	Ja: voorkeur voor vrouwelijke arts Ja: geen vooroordelen Ja: respect

Surinaamse vrouwen > 10 jaar in Nederland

	8/1	8/2	8/3	8/4
Opleiding	?	MBO ?	?	?
Leeftijd	32	30	25	26
Kinderen	1	2	Zwanger 1e kind	Zwanger 1e kind
Werk buitenshuis	Ja	Werkt	Werkt	Werkt
Belang kinderen	(Hooft bij vrouw zijn) Sociale druk hoog	(Hooft bij vrouw zijn)	(Hooft bij vrouw zijn)	(Hooft bij vrouw zijn) Sociale druk hoog
Planning	Nee	Nee: is niet te plannen	-	Verandering idee met leeftijd Nee: is niet te plannen
Invloed op gezondheid baby	Foliumzuur Roken Alcohol Voeding Cultuurspecifieke "regels"	(Voeding) (Roken) (Alcohol)	Foliumzuur (Voeding) (Roken) (Alcohol)	Goed in je vel zitten Weinig / geen invloed Voeding niet van belang

Gedrag tijdens zwangerschap	Weinig veranderd				Weinig veranderd
Beste tijdstip start					
Waargenomen kennis					
Kennisbronnen	Zwanger (geweest) zijn				
Gespreksonderwerp anderen					
Invloed anderen	Druk om kinderen te krijgen				Druk om kinderen te krijgen Surinaamse mannen: willen veel kinderen
Culturele achtergrond	Taboeonderwerp: seks Weinig / geen seksuele voorlichting Trouwens is zeldzaam: mannen hebben vaak meerdere vrouwen			Weinig / geen seksuele voorlichting	Weinig / geen seksuele voorlichting Trouwens is zeldzaam: mannen hebben vaak meerdere vrouwen Weerzin tegen hormonale voorbehoedmiddelen belang van kinderen krijgen
Adviezen					Omgeving: voeding
Aangeboren aandoeningen	Darmen uit lichaam (Down syndroom) (Open ruggetje)		(Down syndroom) (Open ruggetje)		(Down syndroom) (Open ruggetje)
Denken over gezondheid baby			Ja: gehele zwangerschap		Ja: gehele zwangerschap: behoefte aan meer onderzoek Ja: m.n. bij eerste zwangerschap
Waargenomen risico afwijkingen	Ja: eigen gedrag begin zwangerschap		Ja: kan altijd gebeuren		Ja: kan altijd gebeuren
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking					
Preventie problemen baby					
PCA					
Ongevraagde uitnodiging	Richten op risicogroepen Geen inbreuk op privacy			Initiatief kan ook van vrouw zelf komen	
Uitnodiging per brief					Aandacht voor geheimhouding

Interesse gesprek	Alleen bij aanbieden onderzoek Alleen indien specifiek op vrouw gerichte info (algemene info kun je overal vinden) Ja: voor vrouwen die minder toegang tot info hebben	Alleen bij specifiek op vrouw gerichte info (algemene info overal te vinden) Alleen bij aanbieden onderzoek	Alleen vóór de zwangerschap (anders al voldoende info) Twijfel aan interesse bij jonge vrouwen (< 20)	
Deelname				
Gewenste informatiebron	(Huisarts) (Gynaecoloog)	(Huisarts) (Gynaecoloog)	(Huisarts) (Gynaecoloog)	(Huisarts) (Gynaecoloog)
Gewenst tijdstip	Vooraf: maar alleen mogelijk indien gepland Tijdens: bij ongepland: aan begin zwangerschap	Vooraf: maar alleen mogelijk indien gepland		
Gewenste informatie	Risico's Uitleg over "werking" risico's			Financiële regelingen Geen: krijg al teveel
Culturele adaptatie / rekening houden met	Ja: respect Ja: lichamelijk onderzoek met respect benaderen / goed uitleggen Ja: moeilijke onderwerpen op "zachte" manier voorbereiden Ja: informatie ook op papier meegeven Ja: mogelijkheid voor (laagdrempelig) vervolgesprek Boek is beter medium dan video	Ja: lichamelijk onderzoek met respect benaderen / goed uitleggen Ja: informatie ook op papier meegeven	Ja: lichamelijk onderzoek met respect benaderen / goed uitleggen Ja: informatie ook op papier meegeven	Ja: aandacht voor gevoel van veiligheid en vertrouwen Ja: aandacht voor gebrekkige seksuele voorlichting / beperkte kennis vrouwen over eigen lichaam Ja: informatie ook op papier meegeven Ja: mogelijkheid voor (laagdrempelig) vervolgesprek
Opleiding	1/1		1/4	
Leeftijd	Middelbare school (deels)		meao	
Kinderen	35		37	
Werk buitenshuis	2		2	
Belang kinderen	ja		Bij verzekeringsmaatschappij	
Planning	Ja: geen uitstel		Ja: lange termijn	

Involed op gezondheid baby	Roken Alcohol Voeding Ruim vooraf medicijnen -	Voeding Foliumzuur
Gedrag tijdens zwangerschap	Weinig veranderd	Ruim vooraf pil stop
Beste tijdstip start	Voor zwangerschap	
Waargenomen kennis		
Kennisbronnen	Internet Boeken Omgeving	Opleiding Omgeving Boeken
Gespreksonderwerp anderen		
Involed anderen		Druk om kinderen te krijgen
Culturele achtergrond	- Zwangeren moeten eten waar ze zin in hebben - Iedereen moet voor zichzelf zorgen	Zwangeren moeten eten waar ze zin in hebben
Adviezen		
Aangeboren aandoeningen		
Denken over gezondheid baby	Nee: weinig zorgen: vanwege eigen gezonde leefstijl	
Waargenomen risico afwijkingen		
Mogelijke oorzaken aangeboren afwijking	- Hogere leeftijd moeder - Trouwen binnen familie +	- Hogere leeftijd moeder - Trouwen binnen familie +
Preventie problemen baby		
PCA		
Ongevraagde uitnodiging	- Geen inbreuk op privacy - Initiatief kan ook van vrouw zelf komen	- Goed - Toeval als brief net op goede moment komt - Goed: inlichten over bestaan pca
Uitnodiging per brief		
Interesse gesprek	Alleen indien al op zoek naar info	Ja
Deelname		
Gewenste informatiebron		
Gewenst tijdstip		
Gewenste inform.		
Culturele adaptatie / rekening	Nee	Nee: algemene omgangsvormen is voldoende

houden met			
------------	--	--	--