

# Hiv-preventie onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen

*A.C.M. van Schaik, M.G.B.C. Bertens, M. van Vilsteren, R. Edelenbosch, J. de Boer, D. Oomen*

De prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), en in het bijzonder het Human Immunodeficiency Virus (HIV) is verontrustend hoog, wereldwijd en ook in Nederland. Wereldwijd waren in 2007 circa 33 miljoen mensen geïnfecteerd met hiv; in dat jaar kwamen er 2,7 miljoen nieuwe personen met hiv bij en stierven 2,0 miljoen aan de gevolgen ervan (1). Dit betekent dat in 2007 ongeveer elke tien seconden iemand besmet werd met het hiv virus en dat dagelijks ongeveer 5.500 mensen overleden aan de gevolgen van aids.

Volgens de stichting HIV-Monitoring waren er in juni 2009 in Nederland 16.129 officieel geregistreerde mensen met hiv. 12.405 hiv-positieve personen consulteren regelmatig een van de hiv-behandelcentra (2). Een relatief grote groep nieuw gediagnosticeerde mensen met hiv in Nederland komt uit sub-Sahara Afrika. Zo is vastgesteld dat meer dan de helft van alle nieuwe gevallen bij vrouwen, vrouwen betreft afkomstig uit sub-Sahara Afrika (3).

In Den Haag woonden begin 2007 bijna 9000 mensen afkomstig uit sub-Sahara Afrika, 20% van deze groep komt uit Ghana. De GGD Den Haag probeert toename van het aantal besmettingen onder sub-Sahara vrouwen in Den Haag zoveel mogelijk te voorkomen. Probleem is ondermeer dat de groep moeilijk te bereiken is. Nu bestaat er een voorlichtingsmethodiek, Uma Tori, die eerder succesvol is uitgevoerd voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. Belangrijkste onderdeel van Uma Tori is dat de vrouwen elkaar hun persoonlijke verhalen over seksualiteit vertellen en dat zij zo met elkaar meer zicht krijgen op de risico's die spelen bij seks (4-8). Onderzoekers van het Athena Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam hebben onderzoek gedaan naar achterliggende factoren die mogelijk van invloed zijn op seksueel risicogedrag van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. Aan de hand van deze resultaten wordt nader bekeken of Uma Tori als methodiek geschikt is of kan worden aangepast voor de Afrikaanse vrouwen. Wat moet de inhoud zijn van zo'n interventie, 'waar is behoefte aan'? Hieronder staan de bevindingen van de onderzoekers.

In Nederland bestaat de grootste groep met nieuw gediagnosticeerde hiv uit mannen die seksueel contact hebben met mannen. De tabellen 1 en 2 tonen de nieuw gediagnosticeerde hiv-positieven bij soa-centra in Nederland onder mannen en vrouwen, naar etnische achtergrond. 54,5% van alle nieuwe hiv-gevallen onder vrouwen betreffen vrouwen afkomstig uit sub-Sahara Afrika. Het totaal aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-positieven via soa-centra in Nederland in 2007 is 306 (262 mannen en 44 vrouwen). De speciale hiv-behandelcentra registreerden in 2007 in totaal 864 nieuwe cliënten (3).

In Den Haag zijn op dit moment (eerste helft 2010) circa 1.100 hiv- en aids- patiënten in zorg bij de twee hiv-poli's van het Medisch Centrum Haaglanden

(afdeling Westeinde) en het Haga ziekenhuis (afdeling Leyenburg)<sup>1</sup>. Onder hen bevinden zich ook sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. Het merendeel van de cliënten woont in Den Haag.

In totaal waren op 1 januari 2007 bijna 9.000 Haagse inwoners van sub-Sahara Afrikaanse herkomst geregistreerd. Van deze groep waren er 1.812 van Ghanese afkomst, ongeveer 20% van het totaal aantal sub-Sahara Afrikanen in Den Haag<sup>2</sup>.

Zoals gezegd, wil de GGD Den Haag toename van het aantal soa- en hivbesmettingen van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen in Den Haag zoveel mogelijk voorkomen. Uit ervaring blijkt dat deze vrouwen moeilijk te bereiken zijn en bij het hoge aantal besmettingen speelt een veelheid aan factoren

Over de auteurs:

Drs. Anette van Schaik is functionaris Gezondheidsbevordering bij de GGD Den Haag; dr. Madelief Bertens is universitair docent Gezondheidscommunicatie aan het Athena Instituut, faculteit Aard en Levenswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; Myrthe van Vilsteren, Rosanne Edelenbosch, Jenny de Boer en Dian Oomen waren ten tijde van het onderzoek Master-studenten International Public Health en Management Policy Analysis aan het Athena Instituut. E-mail: a.vanschaik@ocw.denhaag.nl.

<sup>1</sup> Mondelinge mededeling HIV-poli, Westeinde Ziekenhuis, Den Haag

<sup>2</sup> Bron: Gemeentelijke Basis Administratie

Tabel 1.

*Nieuw gediagnosticeerde hiv-positieve mannen bij soa-centra in Nederland in 2007, naar etnische achtergrond.*

| etnische achtergrond    | Aantal     | Percentage |
|-------------------------|------------|------------|
| Nederland               | 177        | 67,6       |
| Turkije                 | 1          | 0,4        |
| Noord-Afrika/Marokko    | 5          | 1,9        |
| Suriname/Antillen/Aruba | 18         | 6,9        |
| Sub-Sahara Afrika       | 12         | 4,6        |
| Oost Europa             | 6          | 2,3        |
| Latijns Amerika         | 14         | 5,3        |
| Azië                    | 9          | 3,4        |
| Overig Europa           | 6          | 2,3        |
| Overig                  | 12         | 4,6        |
| Onbekend                | 2          | 0,8        |
| <b>Totaal</b>           | <b>262</b> | <b>100</b> |

Bron: (3)

mogelijk een rol. Dit kan zijn: etnische afkomst, migratie, religie, sociaal-economische status, gender, stigmatisering, risicoperceptie, cultuur en seksueel gedrag. De GGD Den Haag wil met een nieuw interventieprogramma soa en hiv bij deze groep terugdringen.

In Nederland is met succes het (evidence based) programma Uma Tori uitgevoerd, een preventieve interventie voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen die wonen in Nederland (4-6). Uma Tori bevat cultuurgevoelige elementen en bestaat uit een serie voorlichtingen (vijf sessies), die binnen een Tupperware-achtige setting wordt gegeven. Binnen de sessies wordt aandacht besteed aan kennisstof over soa, hiv en aids, maar ook aan attitudeverandering, risicoperceptie, ervaren sociale steun, taboedoorbreking, eigen effectiviteit, seksuele assertiviteit, intentie tot risico-reductie en communicatievaardigheden. Het belangrijkste van Uma Tori is dat vrouwen elkaar hun persoonlijke verhalen over seksualiteit vertellen en dat zij door hierop te reflecteren inzicht krijgen in risicovolle situaties, waardoor zij voor realistische risico-reductie strategieën kunnen kiezen (7-8).

Vanwege de goede resultaten die geboekt zijn met Uma Tori onder Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen wil de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Den Haag een vergelijkbare interventie ontwikkelen en implementeren onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. De vraag is of een vergelijkbaar preventieprogramma voor hen geschikt is. Het eerste deel van een nieuw op te zetten planmatige

Tabel 2.

*Nieuw gediagnosticeerde hiv-positieve vrouwen bij soa-centra in Nederland in 2007 naar etnische achtergrond.*

| Etnische achtergrond    | Aantal    | Percentage |
|-------------------------|-----------|------------|
| Nederland               | 8         | 18,2       |
| Turkije                 | 0         | 0,0        |
| Noord-Afrika/Marokko    | 0         | 0,0        |
| Suriname/Antillen/Aruba | 7         | 15,9       |
| Sub-Sahara Afrika       | 24        | 54,5       |
| Oost Europa             | 0         | 0,0        |
| Latijns Amerika         | 1         | 2,3        |
| Azië                    | 0         | 0,0        |
| Overig Europa           | 1         | 2,3        |
| Overig                  | 3         | 6,8        |
| Onbekend                | 0         | 0,0        |
| <b>Totaal</b>           | <b>44</b> | <b>100</b> |

Bron: (3)

voorlichtingsinterventie bestaat uit een onderzoek naar de gewenste inhoud (een zogenoemde needs assessment) en naar mogelijke manieren om de vrouwen te bereiken (een zogenoemde community assessment) (9-11). Drie concepten staan centraal in de needs assessment: gender, risicoperceptie en stigmatisering. In kader 1 worden de begrippen uitgelegd.

#### Kader 1

Gender komt uit het Engels en is niet makkelijk te vertalen. Gender gaat over de verschillen tussen mannen en vrouwen. Niet de biologische verschillen, maar de sociaal bepaalde kenmerken. Gender gaat over in de maatschappij vanzelfsprekende (dominante) ideeën, waarden en verwachtingen over mannelijke en vrouwelijke posities, eigenschappen, vaardigheden en gedrag. In verschillende situaties en binnen verschillende (seksuele) relaties. Gender is niet absoluut en verandert constant. Het verandert gedurende het leven van een individu, maar het varieert ook tussen en binnen culturen (12). Een voorbeeld hiervan is, dat mannen vaak een seksueel actieve, en vrouwen een seksueel passieve rol wordt toebedeeld. Vrouwen hebben dan minder onderhandelingsruimte om veilig vrijen te bespreken. Aan de andere kant wordt van mannen verwacht dat zij alle kennis in huis hebben en dat zij niet snel hun onzekerheden bloot te geven.

De vraagstelling van dit onderzoek is: in welke mate spelen gender, risicoperceptie en stigmatisering een rol in het seksuele risicogedrag van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen die wonen in Nederland?

Bij risicoperceptie spelen vier factoren een belangrijke rol. Een eerste spelen de ideeën over hoe bekwaam mensen denken te zijn om het aanbevolen gedrag uit te kunnen voeren.

Met andere woorden: denkt de betreffende persoon in staat te zijn veilige seks te bedrijven, bijvoorbeeld door een condoom te gebruiken of door monogaam te leven (perceived self-efficacy). Ten tweede is belangrijk of mensen geloven in het effect van het aanbevolen gedrag. Denken zij dat het gebruik van condooms ook werkelijk tegen soa's en hiv beschermt? (perceived response efficacy). Ten derde: hoe schatten mensen het risico in dat ze lopen? Hoe schat men de persoonlijke vatbaarheid voor besmetting in? (perceived susceptibility). En ten slotte speelt inschatting van de ernst van het hebben van een soa of hiv (perceived severity) een belangrijke factor bij risicoperceptie (13).

Stigma is een centraal begrip bij hiv en soa preventie. Iemand wordt gestigmatiseerd wanneer hij of zij negatief gewaardeerd wordt vanwege het feit dat hij of zij in welke zin dan ook anders is dan de 'normale' bevolking (14).

De vraagstelling van dit onderzoek is: in welke mate spelen gender, risicoperceptie en stigmatisering een rol in het seksuele risicogedrag van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen die wonen in Nederland?

#### Methoden

Naast het bestuderen van de literatuur hebben de onderzoekers kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Ze hebben een vragenlijst ontwikkeld en afgenomen en semi-structureerde interviews gehouden.

#### Vragenlijst

In totaal hebben 99 Afrikaanse vrouwen van 17 jaar en ouder, afkomstig uit het sub-Sahara gebied en nu woonachtig in Nederland, de vragenlijst ingevuld. De vragenlijst bestond uit vragen over stigmatisering en risicoperceptie. Daarnaast werd een aantal kennisvragen gesteld over hiv en soa's, evenals een aantal demografische vragen. Het invullen van de vragenlijst kostte ongeveer 15-20 minuten. De vrouwen werden benaderd via Afrikaanse organisaties, winkels en

kappers. Daarnaast werden ze geworven tijdens bijeenkomsten van Afrikaanse vrouwen in Den Haag. Vrouwen die deelnamen werd gevraagd om in hun omgeving andere vrouwen met dezelfde afkomst te vragen ook deel te nemen. Er was een papieren versie van de vragenlijst beschikbaar en een elektronische versie, deze werden verspreid via sociale netwerken, Hyves en Facebook. In principe kwamen alle deelnemers uit Den Haag, maar om een zo hoog mogelijk aantal deelnemers te bereiken werd ook een aantal sub-Sahara Afrikaanse vrouwen uit andere delen van Nederland gevraagd om de vragenlijst in te vullen. De risicoperceptie werd gemeten met behulp van 4 items over self efficacy en susceptibility en 3 items over response efficacy en severity (13, 15).

Stigmatisering werd gemeten met behulp van 8 items uit de stigma schaal van Kalichman (16). Deze schaal is speciaal ontwikkeld voor de inwoners van Zuid-Afrika en meet bestaande stigma's over mensen die leven met aids of hiv. Stigma's over soa's werden gemeten met behulp van de stigma schaal van Rusch (17). Deze schaal bevat 14 items die geschikt zijn voor sub-Sahara Afrikaanse vrouwen met een lage sociaal-economische positie. Met behulp van een 5 punt schaal (variërend van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens) gaven de vrouwen aan in hoeverre zij het eens waren met de items over risicoperceptie en stigmatisering.

#### Interviews

Aanvullend op de vragenlijst zijn 32 semi-structureerde interviews gehouden met vrouwen uit het sub-Sahara gebied van 17 jaar en ouder. De bedoeling van de interviews was meer diepgaande informatie te verzamelen over gedachten, kennis en motivatie ten aanzien van seksueel gedrag van de vrouwen. Net als in de vragenlijst werd informatie verzameld over risicoperceptie en stigmatisering. Aanvullend hierop werden kwalitatieve gegevens verzameld over gender in relatie tot soa's en hiv. De werving voor de interviews ging op dezelfde manier als bij de vragenlijsten. Bovendien was in de vragenlijst al expliciet gevraagd of de vrouwen eventueel bereid waren mee te doen aan een interview.

De interviews duurden ongeveer anderhalf uur en werden afgenomen bij de vrouwen thuis aan de hand van een vooraf vastgestelde topic lijst. Twee onderzoekers namen het interview af, één voerde het gesprek en de ander observeerde en maakte aantekeningen. Aan iedere vrouw werd toestemming gevraagd om het interview op band op te nemen.

**Tabel 3.***Kennis over hiv.*

|             | Aantal respondenten | Aantal vragen over het onderwerp | Gemiddeld aantal goed beantwoord |
|-------------|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Algemeen    | 81                  | 8                                | 5,49                             |
| Transmissie | 81                  | 4                                | 3,05                             |
| Testen      | 82                  | 4                                | 1,94                             |

**Resultaten****Deelnemers**

Van de 99 ingevulde vragenlijsten waren er 82 bruikbaar voor verdere analyse. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 29,5 jaar. Ongeveer de helft van de vrouwen kwam oorspronkelijk uit Ghana. Een derde van de vrouwen had een fulltime baan en de overgrote meerderheid was gelovig (84%). De meeste vrouwen (54%) gaven aan 0-3 seksuele partners te hebben gehad. Ongeveer de helft van de vrouwen had op het moment van het invullen van de vragenlijst een vaste seksuele partner. De meesten van hen bespraken veilig vrijen met hun vaste seksuele partner. In totaal had 16% meerdere seksuele partners, de meesten van hen bespraken veilig vrijen niet met hun losse partner. 7% van de vrouwen was hiv-positief, 20% gaf aan niet te weten of zij hiv hadden.

Van de 32 semi-gestructureerde interviews, werden er 22 gebruikt voor het analyseren van gender, 11 voor het analyseren van risicoperceptie, en 17 voor het analyseren van stigmatisering. Deze keuze was afhankelijk van welke onderzoekers het interview hadden afgenomen. De gemiddelde leeftijd van de 32 geïnterviewde vrouwen was 35,5 jaar.

**Kennis over soa en hiv**

In tabel 3 staan de resultaten over de kennis van hiv uit de vragenlijst. In totaal zijn acht algemene kennisvragen over hiv gesteld. Gemiddeld werden hiervan ongeveer 5,5 vragen goed beantwoord. De kennis over het testen (of de testmogelijkheden) van hiv was laag, gemiddeld werden nog geen twee van de vier vragen hierover goed beantwoord. In totaal werden alle vier de vragen over de transmissie van hiv door 54% van de respondenten goed beantwoord (niet in de tabel).

Uit de interviews bleek dat de vrouwen zich over het algemeen bewust waren van de risico's van onbeschermd seks. Naast het gebruik van condooms werd vooral het trouw zijn aan je partner gezien als een manier van veilig vrijen. De kennis over algemene

soa's was laag. Verscheidene vrouwen wisten niet wat een soa was, dat er verschillende soa's bestaan en hoe de transmissie verloopt. Wel wisten zij dat besmetting met een soa via seks plaats kan vinden.

De meeste vrouwen luisteren naar radioprogramma's en kijken naar televisieprogramma's uit hun land van herkomst. In deze landen komt hiv vaak voor, het is er dus regelmatig onderwerp van gesprek. Waarschijnlijk hebben zij hierdoor meer kennis over hiv dan over andere soa's. Van hiv kennen zij de transmissieroutes. Ze leggen vaak de nadruk op de transmissiemogelijkheid van hiv - anders dan bij soa's-, via bloedtransfusie en het delen van gebruikte naalden.

**Gender**

Deze resultaten zijn verkregen door middel van de interviews. Veel vrouwen zien hun rol als vrouw in het perspectief van die van mannen in het algemeen, en hun echtgenoot in het bijzonder. De vrouw zorgt voor haar familie en kinderen en zet anderen op de eerste plaats. De meeste vrouwen beschrijven hun rol als het steunen van hun echtgenoot, alles doen om hun echtgenoot tevreden te stellen. De vrouw heeft een man nodig om kinderen te krijgen. Vanaf het moment van de eerste menstruatie wordt het meisje als vrouw gezien, omdat menstrueren blijkt geeft van vruchtbaarheid. Dan kan ze dus trouwen. Het huwelijk wordt belangrijk gevonden, het laat zien dat een vrouw klaar is om kinderen te krijgen. Een huwelijk zonder kinderen is geen goed huwelijk. Vrouwen vinden het bijzonder om vrouw te zijn. Een vrouw is, in tegenstelling tot de man, goed in het doen van meerdere dingen tegelijkertijd (multi-tasking). Dit is één van haar krachten. Een tweede unieke kracht van de vrouw is het proces van zwangerschap, bevalling en voeden.

De rol van partner wordt door de vrouwen beschreven op basis van de kenmerken die een man 'zou moeten hebben'. Een partner zou de vrouw in haar werk en de zorg voor de kinderen moeten ondersteunen. Hij wordt als essentieel gezien bij de opvoeding van de kinderen en vooral bij het opvoeden van een jongen tot een man. Met enige regelmaat werd gemeld dat de

man gelijkwaardig is aan de vrouw. Maar in de praktijk wijkt het gedrag van de man vaak af van hoe de vrouwen zeggen dat de man zich zou moeten gedragen. De rol van de man is in zekere zin afhankelijk van hoe de vrouw haar eigen rol ziet. Het is belangrijk dat een vrouw voor het huwelijk maagd is. Het concept 'relatie' werd door de meesten gelijkgesteld aan het huwelijk. Een paar vrouwen, met een hogere opleiding en een betere sociaal-economische positie dan de meerderheid van de geïnterviewde vrouwen, zeiden dat je ook een relatie kan hebben vóór het huwelijk, maar dat het dan wel een serieuze relatie moet zijn. De vrouwen gaven aan dat de rol van seks in een relatie niet te negeren is. De gedachten van vrouwen over seks verschillen van het compleet maken van de relatie tot een verplichte activiteit binnen de relatie. Sommige vrouwen spraken alleen over seks als een manier om zwanger te worden. Volgens verschillende vrouwen is seks meer bedoeld voor mannen dan voor vrouwen. Tegenwoordig vindt echter een verschuiving plaats naar het idee dat je ook seks kan hebben voor je plezier.

Vruchtbaarheid is een van de belangrijkste waarden. Die kan worden afgelezen aan het lichaam van de vrouw. Een vruchtbare vrouw heeft een lichaam met rondingen en is seksueel gezond. Dunne of magere mensen in sub-Sahara Afrika leiden vaak aan een ziekte, zoals hiv/aids of malaria. Dit idee beïnvloedt de perceptie van seksuele gezondheid. In veel sub-Sahara Afrikaanse culturen wordt niet over ziekte gepraat. Zolang een vrouw dik is, zullen anderen denken dat ze gezond en gelukkig is, ook al is zij hiv-positief. De lichaamsbouw van de vrouw kan voorkomen dat over haar wordt geroddeld.

Een vrouw die kinderen heeft gekregen, wordt gezien als seksueel gezond. Als een stel geen kinderen kan krijgen, krijgt de vrouw daar de schuld van. Als vrouw voedt je zoveel mogelijk kinderen op, omdat het aangeeft dat je seksueel gezond bent en een goede vrouw. Eén vrouw gaf aan dat het niet slim is om meer kinderen op te voeden dan je aankan. Een vrouw moet het beste aan haar kinderen geven, dat is niet gegarandeerd als er te veel monden moeten worden gevoed.

Geen van de vrouwen sprak over seksuele rechten als iets dat zij kunnen claimen. Vooral Islamitische vrouwen gaven aan dat hun partner de keuze maakt om al dan niet met een condoom te vrijen. Een vrouw kan die keuze niet weigeren, omdat haar partner dan zou kunnen denken dat ze vreemd is gegaan. Een ander gaf aan dat mannen denken dat ze minder

plezier zullen hebben als ze vrijen met een condoom. Vrouwelijke familieleden (tantes en zussen) vertellen een vrouw over seks en over hoe ze zich moeten gedragen. Jongere vrouwen praten meer over seks en seksuele gezondheid dan oudere vrouwen. Praten over seks en condooms is een taboe in veel sub-Sahara Afrikaanse (sub)culturen, omdat de vagina alleen voor de echtgenoot is. Maar veel vrouwen vinden het wel belangrijk dat meisjes geïnformeerd worden over seksuele gezondheid. Sommige vrouwen gaven aan dat ze zelf hadden willen weten dat je met condooms zwangerschappen kunt voorkomen. In sommige interviews kwam naar voren dat de media een belangrijke rol kunnen spelen in het praten over seks.

### Risicoperceptie

Zoals eerder aangegeven, spelen vier factoren een belangrijke rol bij risicoperceptie (zie het kader op pagina 9). Hieronder worden de vier factoren besproken.

*Perceived self-efficacy:* De relatief hoge gemiddelde score uit de vragenlijst (zie tabel 4) geeft aan dat de vrouwen van mening zijn dat ze zelf veilig kunnen vrijen. Veel geïnterviewden hadden een stabiele vaste relatie en gebruikten daarom geen condoom tijdens het vrijen. Daarnaast zeiden veel vrouwen dat de mannen het probleem waren als het besmetting met soa's of hiv betrof, want zij zelf waren trouw aan hun partner, maar mannen hebben vaak verschillende seksuele partners. Hiermee neemt de kans op besmetting van de man toe en die van zijn vrouw. Daarom vinden vrouwen het belangrijk dat de mannen ook voorlichting krijgen. Sommige geïnterviewden waren vrijgezel en gaven aan dat ze een condoom zouden gebruiken als ze met iemand zouden vrijen, maar dat het moeilijk is om dat bespreekbaar te maken.

*Perceived response efficacy:* Uit de vragenlijst blijkt dat de vrouwen van mening zijn dat het gebruik van een condoom een effectieve manier is van veilig vrijen (zie tabel 4). De geïnterviewde vrouwen waren het erover eens dat soa's en hiv voorkomen kunnen worden door veilig vrijen. De 'perceived response efficacy' van condooms, het geloven in het effect van condooms, verschilde echter. Sommige vrouwen zeiden dat condooms niet veilig zijn, omdat ze maar voor 50% bescherming bieden. Anderen zeiden dat condooms voor 90% bescherming bieden, of dat het de meest effectieve manier is om soa's en hiv te voorkomen.

*Perceived susceptibility:* Uit de vragenlijst blijkt dat de vrouwen over het algemeen hun kans op het krijgen van een soa of hiv niet hoog inschatten (zie tabel 4).

Uit de interviews blijkt dat de vrouwen enerzijds aangeven dat iedereen vatbaar is voor soa's en hiv, maar anderzijds de eigen kans op het krijgen van een soa of hiv erg klein inschatten. Naarmate het interview persoonlijker werd, schatten de vrouwen hun eigen vatbaarheid lager in.

*Perceived severity:* Uit de vragenlijst blijkt dat soa's en hiv ernstige ziektes worden gevonden, de gemiddelde score ligt in de buurt van de maximale score (zie tabel 4). Binnen de interviews verschilden de meningen van de geïnterviewde vrouwen meer over de ernst van soa's en hiv. Een deel gaf aan dat het een hele ernstige, fatale ziekte is waar je veel pijn van zou hebben, terwijl een ander deel aangaf dat het niet zo'n ernstige ziekte is, want je wordt er niet zo heel erg ziek van.

#### Stigmatisering

Uit de vragenlijst blijkt dat de gemiddelde stigma-score voor soa's 2,31 was en de gemiddelde stigma-score voor hiv 1,57 (beide uit een range van 1-5). Omdat dit verschil statistisch significant is, blijkt hieruit dat vrouwen met soa's meer gestigmatiseerd worden dan vrouwen met hiv. Naast de gemiddelde stigma-scores voor soa's en hiv, zijn de afzonderlijke items bekeken (zie tabel 5). De hoogste stigma-scores

Tabel 5.

*Gemiddelde stigma-scores op stellingen over soa's en hiv/aids.*

| Stelling   | Gemiddelde stigma-score |
|--|-------------------------|
| Iemand met een soa is vies   | 2,01                    |
| Iemand met een soa is misbruikt  | 1,65                    |
| Iemand met een soa zou zich schuldig moeten voelen   | 2,09                    |
| Iemand met een soa zou zich moeten schamen   | 2,09                    |
| In een kliniek komt iedereen te weten dat jij een soa-test ondergaat                           | 1,93                    |
| In een kliniek is het personeel betrouwbaar  | 2,43                    |
| Vrouwen die meerdere seksuele contacten hebben krijgen soa's                                   | 2,37                    |
| Vrouwen die een soa hebben zouden beter moeten weten   | 2,80                    |
| Vrouwen die niet voorzichtig zijn krijgen soa's  | 3,37                    |
| Iemand met een soa is een slecht persoon   | 1,47                    |
| Als iemand een soa heeft, gaan mensen over hem/haar roddelen                                   | 3,35                    |
| Medisch personeel denkt minachtend over iemand met een soa                                     | 2,15                    |
| Als iemand een soa heeft, zullen mensen denken dat ze dom is                                   | 2,38                    |
| Mensen met hiv/aids zijn vies  | 1,47                    |
| Mensen die hiv/aids hebben zijn vervloekt  | 1,34                    |
| Mensen met hiv/aids zouden zich moeten schamen   | 1,49                    |
| Mensen met hiv/aids zullen beperkingen in hun vrijheid moeten verwachten                       | 2,59                    |
| Een persoon met hiv/aids zal iets verkeers gedaan hebben en verdient het om gestraft te worden | 1,28                    |
| Mensen die hiv/aids hebben zouden geïsoleerd moeten worden                                     | 1,34                    |
| Ik wil niet bevriend zijn met iemand die hiv/aids heeft  | 1,64                    |
| Mensen met hiv/aids zouden niet mogen werken   | 1,39                    |

Tabel 4.

*Gemiddelde scores op de vier categorieën van risicoperceptie.*

| Categorie                   | Minimum en maximum score | Gemiddelde score |
|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| Perceived self-efficacy     | 4-20                     | 16               |
| Perceived response efficacy | 3-15                     | 12               |
| Perceived susceptibility    | 4-20                     | 11               |
| Perceived severity          | 3-15                     | 13               |

gerelateerd aan soa's werden gegeven bij de stellingen 'vrouwen die niet voorzichtig zijn krijgen soa's' en 'als iemand een soa heeft, gaan mensen over hem/haar roddelen'. Daarnaast scoorden de volgende stellingen hoog: 'vrouwen die een soa hebben zouden beter moeten weten', 'als iemand een soa heeft, zullen mensen denken dat ze dom is' en 'vrouwen die meerdere seksuele contacten hebben krijgen soa's'. Met andere woorden: van vrouwen met een soa wordt gedacht dat ze dom zijn, meerdere seksuele relaties hebben (dus norm-overschrijdend bezig zijn), en onvoorzichtig zijn; en daar ga je over roddelen. De hoogste stigma-score gerelateerd aan hiv/aids werd gegeven bij de stelling: 'mensen met hiv/aids zullen beperkingen in hun vrijheid moeten verwachten'.

Uit de interviews blijkt dat de vrouwen iemand persoonlijk verantwoordelijk houden wanneer de besmetting via seksueel contact plaats heeft gevonden, en niet als de besmetting via een andere weg plaats gevonden heeft. Zoals eerder beschreven, geven de vrouwen aan dat hiv/aids ook via bloedtransfusie of besmette naalden overgedragen kan worden, terwijl van soa's wordt aangegeven dat dit alleen via seksueel contact kan. Hierdoor worden mensen met hiv/aids niet altijd persoonlijk verantwoordelijk gehouden voor hun besmetting, terwijl mensen met een andere soa altijd persoonlijk verantwoordelijk worden gehouden voor hun besmetting.

Stigma creëert barrières om getest te worden op een soa of hiv. De meeste vrouwen geven aan dat zij niet snel naar een soa-centrum zullen gaan of voor hiv-positiviteit zullen uitkomen, uit angst voor roddels of uitsluiting door hun gemeenschap.

#### Hoe nu verder?

Dit onderzoek kan worden beschouwd als een probleemanalyse, nodig voor de ontwikkeling van een interventie op het gebied van soa's en hiv/aids voor sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. Uit het onderzoek blijkt dat bij de vrouwen nog onvoldoende kennis aanwezig is over soa's en hiv/aids. Kennisoverdracht is en blijft belangrijk. De informatie over gender, risicoperceptie en stigmatisering moet zeker worden betrokken bij de invulling van de interventie. Helaas was het niet mogelijk om van origine Afrikaanse studenten in te zetten bij het onderzoek. Enerzijds doordat zij uiteindelijk voor een andere stage kozen, anderzijds vanwege de gevoeligheid van het onderwerp binnen de eigen groep. Door onbekendheid met de cultuur kan enige vertekening zijn opgetreden. De Nederlandse achtergrond van de studenten heeft echter als voordeel dat de kans op objectiviteit nu groter is. Zowel de vragenlijst als de topiclijst van de interviews zijn overigens getest en besproken met collegastudenten van sub-Sahara Afrikaanse afkomst, dit om de vragenlijst en de interviews te optimaliseren.

De doelgroep van dit onderzoek, de sub-Sahara Afrikaanse vrouwen, is zeer heterogeen, er zijn verschillen tussen landen en ook binnen landen. Ongeveer de helft van de vrouwen die een vragenlijst hebben ingevuld kwam van origine uit Ghana; van de vrouwen met wie in Den Haag mondelinge interviews zijn gehouden kwam een vijfde uit Ghana.

Het merendeel van de geïnterviewde vrouwen was actief gelovig. Moslimvrouwen werden moeilijker toegankelijk bevonden dan christelijk georiënteerde

vrouwen. Fysiek, maar ook wat betreft hun denkwijzen en openheid over seksuele gezondheid. Nader bekeken moet worden of in eerste instantie een pilot project georganiseerd kan worden met enkele subdoelgroepen, bijvoorbeeld gebaseerd op religieuze achtergrond, taal of nationaliteit.

Voor de interventie moet rekening worden gehouden met personen die moeite hebben met praten over seksualiteit. Daarnaast moet worden bedacht hoe om te gaan met traumatische verhalen of een traumatisch verleden. In het onderzoek was afgesproken dat de geïnterviewde in deze gevallen informatie of een adres zou krijgen van een expert die zou kunnen helpen.

Ook toekomstige interventies voor Afrikaanse mannen zijn van belang. Het zou mooi zijn als, na training van beide seksen, de communicatie over seks en risico's verbetert en in navolging daarvan bijvoorbeeld een bijeenkomst met vrouwen én mannen kan worden georganiseerd.

Uit andere projecten is bekend dat het creëren van draagvlak door participatie en samenwerking met de doelgroep een onmisbare factor is voor het welslagen. Kortom, de stem van de vrouwen moet worden gehoord! Bijvoorbeeld via organisatie van workshops, brainstormen, reflectie op resultaten, en verdere invulling van hoe het programma eruit zou kunnen zien.

Inmiddels vindt een community assessment plaats naar de rol die zelforganisaties en religieuze instellingen van de doelgroep kunnen spelen bij het organiseren van de interventie. Deze wordt uitgevoerd door twee studenten van de Vrije Universiteit en is nog niet volledig afgerond, maar levert wel al aanvullende informatie voor de invulling van de interventies. Met als uiteindelijk doel interventies, die aansluiten bij de doelgroep uit sub-Sahara Afrika.

#### Referenties

1. UNAIDS. 2008 Report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2008.
2. Gras L, Van Sighem A, Smit C, et al. Report 2009: Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting HIV-Monitoring; 2009.
3. Broek IVF van den, Koedijk FDH, van Veen MG, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2007. Bilthoven: RIVM; 2008. Rapport 441100023.
4. Bertens MGBC, Eiling EM, van den Borne B, Schaalma HP, Uma Tori! Evaluation of a STI/HIV-prevention

- intervention for Afro-Caribbean women in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 2009, 75: 77-83.
5. Bertens MGBC, Eiling EM, Schaalma HP. Vrouwenverhalen als preventiemethode. Soa/hiv-preventie voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. *SOAIDS Magazine* 2006, 3: 14-16.
  6. Eiling EM, Bertens MGBC, Schaalma HP. Effectieve soa/hiv preventie voor vrouwen van Afro-Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Evaluatie van UmaTori! TSG, (submitted december 2009).
  7. Bertens MGBC. Uma Tori. Development and evaluation of an STI/HIV-prevention intervention for women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean descent [proefschrift]. Maastricht: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Department of Health Promotion. Maastricht University: 2008.
  8. Bertens MGBC, Schaalma HP, Bartholomew LK, van den Borne B. Planned development of culturally sensitive health promotion programs: An Intervention Mapping approach. In: Swanepoel PH, Hoeken H, editors. *Adapting Health Communication to Cultural Needs: Optimizing Documents in South-African Health Communication on Hiv/Aids Prevention*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2008. p. 11-30.
  9. Boer J de. Sexual health & gender among women of sub-Saharan African origin in The Netherlands. An exploratory study providing a tool for evidence-based and culturally sensitive STI/HIV prevention intervention for women of sub-Saharan African origin [afstudeerscriptie]. Athena Institute & GGD Den Haag, Health Promotion Department. Amsterdam, VU University. Management, Policy Analysis and Entrepreneurship (MPA) - International Public Health (IPH): 2009.
  10. Oomen D. The influence of risk perception of HIV and STIs on the intention to perform safe sex among sub-Saharan African women living in The Hague [afstudeerscriptie]. Athena Institute & GGD Den Haag, Health Promotion Department. Amsterdam, VU University. International Public Health (IPH): 2009.
  11. Vilsteren M van. A study into stigma surrounding HIV and STIs among sub-Saharan African women living in the Netherlands: Exploring the difference between HIV/STIs (2009). Athena Institute & GGD Den Haag, Health Promotion Department. Amsterdam - Den Haag, VU University. Management, Policy Analysis and Entrepreneurship (MPA) - International Public Health (IPH): 2009.
  12. Rutgers Nisso Groep. Is jouw project 100% genderproof? Checklist voor ontwikkelaars en uitvoerders van seksuele gezondheidsprojecten. Utrecht: Rutgers Nisso Groep; 2009.
  13. Witte K, Cameron KA, McKeon JK, Berkowitz JM. Predicting risk behaviours: development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication* 1996, 1(4): 317-341.
  14. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine* 2003, 57(1): 13-24.
  15. Mevissen FE, Meertens RM, Ruiters RA, Feenstra H, Schaalma HP. HIV/STI risk communication: the effects of scenario-based risk information and frequency-based risk information on perceived susceptibility to Chlamydia and HIV. *Journal of Health Psychology* 2009, 14(1): 78-87.
  16. Kalichman SC, Simbayi LC, Jooste S, et al. Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in south Africa. *Aids and Behaviour* 2005, 9(2): 135-145.
  17. Rusch MLA, Shoveller JA, Burgess S, et al. Preliminary development of a scale to measure stigma relating to sexually transmitted infections among women in a high risk neighbourhood. *BMC Women's Health* 2008, 8(21). Doi:10.1186/1472-6874-8-21.