

Onderzoek naar preconceptiezorg

voor autochtone vrouwen met een lage sociaal-economische status

Inger Aalhuizen

Inleiding

In de medische wereld wordt het steeds duidelijker dat de periode rond de conceptie en de eerste maanden van de zwangerschap van belang zijn voor de uitkomsten van de zwangerschap en voor de gezondheid van het kind op latere leeftijd^[1]. Effectieve zorg in deze periode kan leiden tot gezondheidswinst^[2]. In Nederland leidt meer dan 20% van de zwangerschappen tot een miskraam, vroeggeboorte of aangeboren afwijkingen^[3]. In het KNOV standpunt Preconceptiezorg wordt het probleem onderkend dat vrouwen die de meeste baat kunnen hebben bij preconceptiezorg, degene zijn die minder gemakkelijk bereikt worden^[2]. Hierbij moet gedacht worden aan vrouwen met een lage sociale economische status en vrouwen die niet goed Nederlands spreken. In onderzoek naar het effect van de publiekscampagne over foliumzuur in 1995 blijkt bijvoorbeeld dat gemiddelde kennis en gebruik van foliumzuur rond de bevruchting zijn toegenomen^[4]. Echter, deze toename is vooral toe te schrijven aan hoger opgeleide vrouwen. Kennis over en gebruik van foliumzuur onder laag opgeleide vrouwen en allochtone vrouwen blijven laag en achter bij hoog opgeleide vrouwen. Uit onderzoek van TNO blijkt dat allochtone vrouwen wel belangstelling hebben voor preconceptiezorg. Wanneer de inhoud wordt aangepast op cultuurspecifieke informatie, zoals bijvoorbeeld over neef-nicht huwelijken en aan religie ontleende leefregels, wordt preconceptiezorg aantrekkelijker voor hen^[5]. In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe verloskundigen er voor kunnen zorgen dat preconceptiezorg toegankelijk en effectief is voor autochtone vrouwen met een lage sociaal economische status (SES). Onder autochtoon wordt hier verstaan: een persoon van wie beide ouders in Nederland geboren zijn. Een lage SES wordt gedefinieerd als een opleidingsniveau van lbo of lager.

Methode van onderzoek

Voor dit onderzoek werd een onderzoeksmethode gebruikt die aansluit bij de theoriegerichte benadering

zoals Maso en Smaling (1998) beschrijven^[6]. Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode die gestuurd wordt door een theoretisch kader en gericht is op theorievorming en –toetsing.

De kern van dit onderzoek wordt gevormd door semi-gestructureerde interviews met twaalf autochtone vrouwen met een lage Sociaal Economische Status (SES). Zij werden persoonlijk benaderd via het consultatiebureau in een achterstandswijk in Utrecht. Twee vrouwen bleken een mbo-opleiding gevolgd te hebben; deze interviews zijn niet meegenomen in de analyse. Alle vrouwen hadden een of meerdere kinderen en er bestond een wens om nogmaals zwanger te worden. Als voorbereiding op de interviews vond een literatuuronderzoek plaats en een oriënterend vooronderzoek bij verloskundigen werkzaam in een achterstandswijk. De interviewvragen waren gericht op het verkrijgen van inzicht in het gedrag van vrouwen rondom hun zwangerschap en de factoren die dit gedrag beïnvloedden. Met preconceptiezorg wil men immers invloed uitoefenen op de relatie tussen gedrag en gezondheid. Om het gedrag van vrouwen te begrijpen en te onderzoeken hoe het gedrag te beïnvloeden is, werd het zogenaamde ASE-model als gedragsverklarend model gehanteerd. Dit model gaat er vanuit dat attitude (A), sociale invloed (S) en het vertrouwen in de eigen effectiviteit (E) de intentie bepalen om gedrag al dan niet aan te passen of te veranderen. Vervolgens kunnen verschillende omstandigheden of factoren de persoon belemmeren of stimuleren haar intentie om te zetten in het gewenste gedrag.

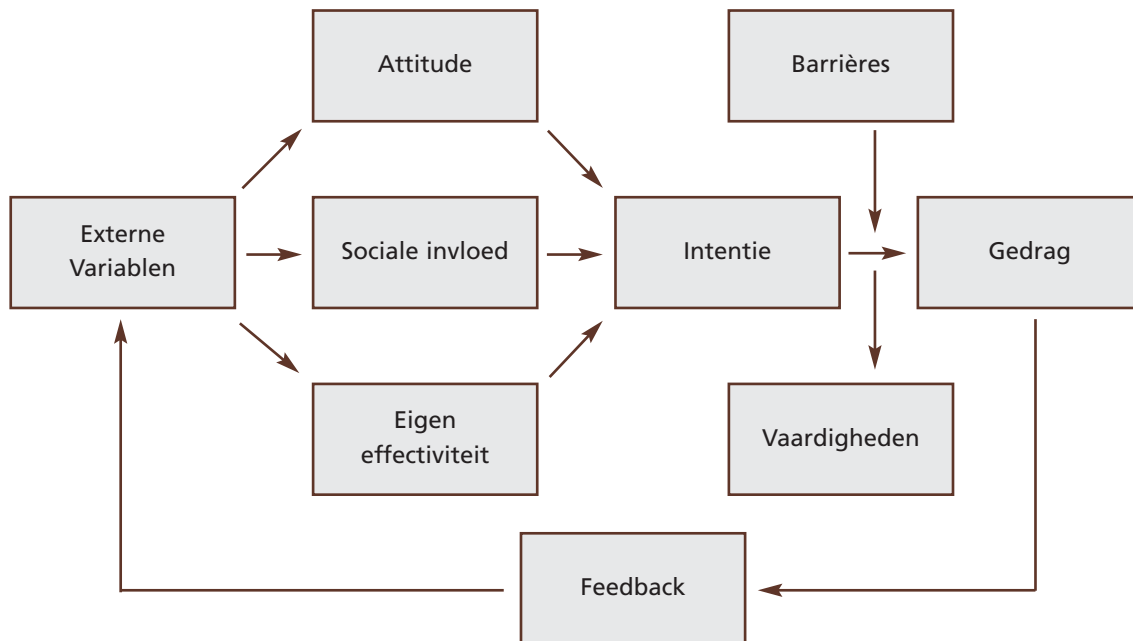
De dataverzameling en analyse vonden plaats in drie rondes. In de eerste ronde zijn twee vrouwen geïnterviewd. Daarna zijn de interviews letterlijk uitgeschreven, gecodeerd en is een eerste analyse gedaan. De tweede interviewronde bestond uit drie gesprekken, wederom gevolgd door de analyse. Daarna werd geïnterviewd totdat de gesprekken geen nieuwe inzichten opleverden. Boeije spreekt in dit verband van inhoudelijke verzadiging^[8].

Bevindingen

Aan de hand van de verschillende factoren in het ASE-model (zie figuur 1) wordt ingegaan op het gedrag van vrouwen in de onderzoeksgroep rondom hun zwangerschap. Het ASE-model laat zien hoe de houding van vrouwen ten opzichte van preventief gedrag bepaald en beïnvloed wordt.

Inger Aalhuizen is beleidsmedewerker bij de KNOV

Dit onderzoek is uitgevoerd als studieonderdeel van de masteropleiding Verloskunde, in opdracht van de KNOV. De afstudeerscriptie is te downloaden van www.kennispoort-verloskunde.nl

Figuur 1. ASE model volgens De Vries, 1998⁷¹

Attitude

Attitude is gebaseerd op logische redenering en verstandelijke overwegingen (kennis). Echter, ook irrationele overtuigingen en gewoonten beïnvloeden de attitude⁷¹. De attitude ten opzichte van preventief gedrag kwam in de interviews ter sprake in relatie tot het gebruik van foliumzuur en stoppen met roken.

Vrouwen zijn door hun eerdere zwangerschap op de hoogte van het advies over foliumzuurgebruik. Kennis over de invloed van foliumzuur op neuralebuisdefecten en andere afwijkingen is echter beperkt. Dat illustreert de volgende reacties van de respondenten op de vraag waarom foliumzuur belangrijk is.

Petra: "Volgens mij voor de ontwikkeling van het kind, dacht ik, denk ik nu nog steeds, dat iets niet half ontwikkeld is en dat soort dingen."

Lineke: "Ja voor de ontwikkeling van de hersentjes."

Lara: "Dat is goed voor de botten van je kindje."

Negen van de respondenten hebben een positieve houding tegenover het gebruik van foliumzuur bij een volgende zwangerschap

Shara: "Foliumzuur, dat wist ik nooit. Bij de eerste dus, heb ik het nooit gebruikt. Dat had ik wel eerder willen horen, bij de tweede heb ik het wel geslikt".

Gerda: "Van foliumzuur wist ik niet van voor mijn zwangerschap, want anders had ik het wel genomen. Ik hoorde het van mijn tante, maar toen was ik al zwanger".
Alle respondenten geven aan dat ze weten dat roken

tijdens de zwangerschap ongezond is. Deze informatie zien ze op reclamespotjes van Postbus 51. De consequenties van roken tijdens de zwangerschap overzien ze echter niet altijd; sommigen zien het nut van stoppen met roken niet in.

Dagmar: "Tegenwoordig zeggen ze dan: nou moet je niet roken. Dat vind ik niet altijd wat, want er zijn duizenden mensen die niet roken en die hebben wel keelkanker of longkanker, hoe verklaar je dat".

Het niet kunnen inschatten van de gevolgen van roken heeft ook te maken met de wijze van voorlichting over roken tijdens de zwangerschap. Twee geïnterviewden vonden dat voorlichting over stoppen met roken anders moet worden gegeven.

Gerda heeft in de zwangerschap wel te horen gekregen dat het beter was om te stoppen met roken. Ze vindt echter dat er te weinig aangegeven werd wat de gevolgen voor haar kindje konden zijn. Vanwege de slechte conditie van de foetus werd er bij 38 weken zwangerschap een sectio gedaan. Het kindje woog 1800 gram en moest gelijk in de couveuse. Gerda heeft de intentie om voor een volgende zwangerschap te stoppen met roken.

Interviewer: "Als je hulp krijgt bij het stoppen met roken, zou je dat helpen?"

Gerda: "Ja, dat zou wel helpen, maar ik heb de vorige keer ook folders [Stivoro] bij de verloskundige gehad die je moest invullen, maar dat hielp niet. Ja, stoppen

met roken is heel wat. Ze zouden dia's moeten laten zien wat er allemaal kan gebeuren met je kindje door roken. Ik denk dat je dan genezen bent. Mensen moeten het kunnen zien, niet uitleggen. Als ze het zien begrijpen ze het pas. Ja, dat shockeert meer en zo stoppen mensen die roken sneller. Als ze zien wat eruit komt en wat dat betekent."

Interviewer: "Zou je het niet als betuttelend ervaren?"
Gerda: "Maar je hebt ook een ander leventje in je. Mensen vinden het heel erg van zichzelf [gevolg van roken] dat heb ik ook gehad."

Eigen effectiviteit

Eigen effectiviteit heeft betrekking op de inschatting die een persoon maakt of zij het gewenste gedrag kan volhouden, eventueel ook in spannende situaties of wanneer het gedrag in conflict komt met wat sociaal

staan. Op de vraag wat ze de volgende zwangerschap zou doen, komt het volgende antwoord: "Het is natuurlijk makkelijk, nou, ik wil zwanger worden en ik ga naar mijn dokter toe, ik laat een bloedonderzoek doen [toxoplasmose] en ik laat gewoon bekijken of ik vatbaar ben voor dat soort dingen. Het is natuurlijk altijd makkelijk als je dat laat doen."

Sociale invloed

Invloed uit de directe sociale omgeving kunnen mensen ondersteunen in bepaald gedrag doordat het gedrag gangbaar is of juist wordt afgekeurd. De persoon in kwestie kan deze invloed als steun ervaren, maar ook als een druk om tot gedragsverandering te komen. Sociale druk heeft een negatieve klank maar kan positief gedrag ontlokken, terwijl sociale steun niet altijd een positief effect heeft op gezondheidsgedrag. Hieronder volgen twee citaten die dit illustreren.

Sociale druk heeft een negatieve klank maar kan positief gedrag ontlokken

wenselijk of gangbaar is. Eigen effectiviteit heeft te maken met zelfvertrouwen en met het begrip *locus of control*. Wanneer iemand het gevoel heeft zelf controle te hebben over gebeurtenissen is er sprake van een intern ervaren controle. Een persoon die ervaart dat het noodlot of machtige anderen meer controle hebben over gebeurtenissen dan zichzelf, heeft een extern ervaren controle. Interne en externe controle worden met betrekking tot gezondheid aangegeven als *health locus of control*¹⁹. *Health locus of control* is een psychologisch proces dat invloed heeft op de eigen effectiviteit in het ASE model, maar ook de attitude. De volgende fragmenten laten zien dat bij respondenten de externe *locus of control* sterk aanwezig is. Het lot, de zorgverlener of de macht van de medische technologie heeft meer controle over de gebeurtenissen dan zichzelf.

Lara (ongepland zwanger) heeft tijdens de zwangerschap veel stress gehad en veel gerookt. Haar baby is middels een sectio op de wereld gekomen en woog 1700 gram. De baby heeft zes weken in de couveuse gelegen. Lara: "Ik ben wel heel bang om nog zo'n kleintje te krijgen, dat eigenlijk maar op het gewicht zit van zo'n 28 weken. Ik zou wel extra controles willen krijgen en extra echo's. Ja, je vraagt je toch af: waarom was ze zo klein. Ja, ik weet het wel, het lag aan de placenta. De kans is klein, maar het kan toch weer gebeuren".

Lineke is gek op filet américain. Het heeft haar tijdens de zwangerschap veel moeite gekost om dit te laten

Mieke: "Nadat ik ontdekt had dat ik zwanger was, ben ik drie weken gestopt met roken. Maar daarna kon ik het niet volhouden, want als mijn vriend uit zijn werk kwam dan liep ik niks anders dan tegen hem te zeiken. Maar ja, dat komt omdat je het gewend bent. Dus de periode dat ik het moeilijk had was gewoon 's avonds na het eten en 's morgens bij de koffie. Mijn moeder zegt: ja, dan rook je er toch twee of drie."

Lineke: "Van tevoren ben ik een vervent roker geweest. Roken ben ik zonder problemen mee gestopt, ik rook nog steeds niet. Ik heb, geloof ik, halverwege mijn zwangerschap nog een peuk genomen. Bij 18 weken of zo kreeg ik ook zwaar op mijn kloten van een vriendin."

De meeste vrouwen hebben een goed contact met de familie. Ouders ziet men vaak wekelijks, andere familieleden regelmatig. Vijf van de tien vrouwen hebben een werkring. Sociale steun of druk gaat in de onderzochte groep meer uit van de familie dan van vriendinnen en collega's. Veel vrouwen ontlene steun aan hun moeder of schoonmoeder. Moeder en familie zijn tevens een belangrijke bron van kennis voor de vrouwen. Ook wordt sociale steun door de verloskundige zorgverlener ervaren. Daarbij zijn het opbouwen van een relatie met de zorgverlener en vertrouwen krijgen belangrijk. Wanneer vrouwen met meerdere zorgverleners te maken krijgen, bestaat de kans dat het moeilijker wordt een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Barrières

Barrières in het ASE-model zijn factoren die het omzetten van voornemen tot gezond gedrag kunnen belemmeren. In de interviews kwam naar voren dat een ongeplande zwangerschap een belangrijke barrière is voor effectieve pcz. Zes respondenten waren ongepland zwanger geworden. Bij een ongeplande zwangerschap krijgen vrouwen informatie te laat te horen. De respondenten geven aan dat dit bij hen geleid heeft tot ongerustheid over de uitkomst van de zwangerschap. Daarnaast legden een aantal vrouwen een verband tussen enerzijds de ongeplande zwangerschap en de stress die dit veroorzaakte en anderzijds het moeilijk aanpassen van de leefstijl. Daarnaast werden beperkte financiële middelen als barrière ervaren. Wanneer een preconceptieconsult bij een verloskundige geld zou kosten, blijkt geen enkele respondent daar meer dan € 5,- voor te kunnen betalen.

gaan ze naar de huisarts. Op het moment dat ze zwanger zijn, gaan ze naar de verloskundige, soms eerst naar de huisarts. Respondenten wachten tot de informatie uit de familiekring komt of van de verloskundige hulpverlener. De geschreven informatie die ze van de verloskundige meekrijgen wordt wel gelezen en gewaardeerd. Echter, ze geven de voorkeur aan het ontvangen van informatie in persoonlijk contact met de zorgverlener.

Shara: "Bij de tweede zwangerschap dacht ik: ik ga die boekjes lezen. Maar in ieder boekje staat iets anders. Ik had zoiets van, wat moet je nu doen, wat moet je nu geloven? Ik denk dat het gewoon het beste is als iemand er in gespecialiseerd is en je ernaar kan luisteren"

De respondenten geven ook aan dat ze het prettig vinden om informatie rond een gezonde zwangerschap, op een

Sociale steun heeft niet altijd een positief effect op gezondheidsgedrag

Informatiebehoefte- en zoekgedrag

Uit het voorgaande komt het beeld naar voren dat kennis over de invloed van leefstijl op de foetale ontwikkeling beperkt is in de onderzoeksgroep. Verbanden tussen gedrag en zwangerschapsuitkomsten zijn voor de vrouwen niet altijd duidelijk. Ze twijfelen soms aan het effect van een preventieve maatregel. Daarnaast hebben ze weinig vertrouwen in hun eigen kunnen. Er wordt sterk geleund op adviezen van (schoon)moeder en de zorgverlener. In deze context is de vraag aan welke informatie vrouwen behoefte hebben, lastig te stellen. Dit sluit aan bij eerder bevindingen in het literatuuronderzoek. Walle-Sevenster (1991) stelt dat informatiebehoefte in deze groep veelal vaag en slecht is gedefinieerd^[10]. De relevantie van een bepaald soort informatie wordt niet gezien. Daarnaast blijft in deze groep, met een netwerk dat vooral bestaat uit familierelaties, de informatiestroom beperkt. Het is bekend dat de doelgroep minder gebruik maakt van gedrukte media zoals boeken en tijdschriften. Ze kijken evenveel naar informatieve tv-programma's als hogere SES groepen. Op de hoogte zijn van gezondheidsinformatie en medische kennis blijkt echter sterk gecorreleerd te zijn met lezen; er is geen relatie met kijken of luisteren naar gezondheidsinformatie op radio of tv^[10]. Niettemin is tijdens de interviews de vrouwen gevraagd, terugkijkend op hun zwangerschap, welke informatie zij vooraf graag gehad willen hebben. Daarnaast werd hen gevraagd waar en hoe zij gewoonlijk hun informatie zoeken. De respondenten geven aan dat ze naar een hulpverlener gaan op het moment dat daar een reden voor is. Bij ziekte

eerder tijdstip - voor een eventuele zwangerschap - te krijgen. Ze zien achteraf het belang daarvan in, maar stellen zich wel vragen of zij daarvoor een bezoek zouden brengen aan de huisarts of verloskundige.

Dagmar: "De mensen zullen echt niet van te voren naar de dokter gaan van: ik wil zwanger worden, leg maar even uit. Daar sta je niet bij stil. Nee, daar ben je toch niet mee bezig. Je bent bezig om een kindje te krijgen, maar je bent niet bezig met de rest van de wereld, wat belangrijk is. Ja, dat krijg je dan in een keer te horen en dan denk je: oh,oh."

Tijdens het interview vonden de vrouwen het moeilijk om onderwerpen te noemen waarover ze meer informatie zouden willen krijgen voordat ze zwanger zouden worden. Wanneer de interviewer een lijstje van mogelijk onderwerpen liet zien, bleken de respondenten wel interesse te hebben. Met betrekking tot preconceptiezorg ligt de informatiewens voornamelijk op het gebied van foliumzuur en risicofactoren waarop gescreend kan worden. Hiernaast tonen respondenten met name belangstelling voor anticonceptie en moederschap. Over het algemeen zijn de respondenten jong aan de pil vanwege menstruatieklasten. Het startmoment van pilgebruik is niet gerelateerd aan seksuele activiteit. Het gevolg van 'nog niet seksueel actief' is dat adequate voorlichting over anticonceptie niet heeft plaatsgevonden.

Nanna: "Ik slik de pil vanaf mijn veertiende, meer omdat ik problemen had met mijn menstruatie. Ik wist dat het was om een zwangerschap te voorkomen. Ja, ik had

toen nog geen verkering. Bij de tweede zwangerschap kreeg ik van de verloskundige te horen dat als je ziek bent en overgeeft of aan de diarree bent, de pil niet werkt. Ik raakte ook weer zwanger door de pil heen maar toen was ik een tijdje ziek geweest”.

Karin heeft bewust een kind gekregen op 18-jarige leeftijd. Karin: “Ja, een kind krijgen is eigenlijk heel wat, ik merk het zelf ook, want...eh...soms is het best wel zwaar. Het was bij mij eigenlijk: een kind krijgt een kind”.

Tot slot werd gevraagd waar hulpverleners de vrouwen hadden kunnen bereiken met informatie over pcz voordat ze zwanger waren. De respondenten geven aan dat ze - tijdens en na hun schoolperiode tot aan de zwangerschap - niet in openbare gelegenheden komen zoals de bibliotheek, en zelden bij de huisarts of apotheek. Waar respondenten wel komen is het café, de discotheek en MacDonalds. Respondenten zijn niet overtuigd van het effect van het verstrekken van informatie over pcz op deze plaatsen. Zeven respondenten geven aan dat de middelbare school een goed startmoment is voor informatie over pcz, waarbij ook aandacht besteed zou moeten worden aan de werking van anticonceptie.

Conclusie en Aanbevelingen

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe verloskundigen er voor kunnen zorgen dat preconceptiezorg toegankelijk en effectief is voor autochtone vrouwen met een lage sociaal economische status. Bij het aanbieden van pcz vanuit de reguliere zorgverlening, gaat men uit van vraaggerichte zorg. De cliënt met een kinderwens komt bij de zorgverlener voor advies over hoe zij gezond zwanger kan worden.

In dit onderzoek wordt duidelijk dat vrouwen met een lage SES veelal ongepland zwanger worden. Daarnaast blijken veel vrouwen beperkte kennis te hebben over het belang van een gezonde leefstijl voor de foetale ontwikkeling. Het is dan ook niet zo vreemd dat zij soms twijfelen aan het effect van een preventieve maatregel. Daarnaast hebben ze weinig vertrouwen in de invloed die zij zelf hebben op hun gezondheid en leven. Vrouwen staan dan ook ambivalent tegenover preventief gedrag. Hierbij speelt het gebrek aan kennis een rol maar ook de sociale steun voor gewenst gedrag is lang niet altijd aanwezig. In gesprek met de interviewster over hun eigen ervaringen in de zwangerschap, tonen deze vrouwen wel degelijk interesse in informatie over een gezonde leefstijl. Het is hoopvol dat er wel een informatiewens is maar de doelgroep zal echter eerst actief moeten worden benaderd om uiteindelijk een zorgvraag te kunnen genereren. In de onderzoekspopulatie zijn veel zwangerschappen ongepland tot stand gekomen.

Dit is een belangrijke belemmering voor het geven en ontvangen van preconceptionele adviezen.

Om preconceptiezorg toegankelijk te maken voor deze doelgroep zal pcz gekoppeld moeten worden aan anti-conceptiezorg. Dit sluit ook aan bij de behoefte van vrouwen; in dit onderzoek blijkt er veel behoefte aan informatie over anticonceptie te zijn. Willen verloskundigen deze groep meisjes en vrouwen bereiken, dan zal deze zorg op vmbo-scholen moeten plaatsvinden. Daarmee zal het aanbod aan reproductieve gezondheidszorg die de laatste jaren verdwenen is door het wegvallen Rutgershuizen en vrouwegezondheidscentra, weer hersteld kunnen worden¹¹. Pcz op vmbo-scholen zal een bijdrage kunnen leveren aan een daling van ongeplande zwangerschappen en betere uitkomsten. Om een gecoördineerd beleid neer te zetten is het aan te bevelen om bij de doelgroep de verloskundige hulpverleners, die betrokken zijn bij preconceptiezorg en zwangerschapsbegeleiding ook in te zetten voor voorlichting op scholen en voor anticonceptiezorg. Zo kan het vertrouwen in de verloskundige hulpverlener toenemen, waardoor overgang van anticonceptiezorg naar preconceptiezorg zo klein mogelijk wordt.

Het mag duidelijk zijn dat de verloskundige een belangrijke bijdrage kan leveren aan een betere toegankelijkheid en effectiviteit van preconceptiezorg voor autochtone vrouwen met een lage SES. Daarvoor zal uitbreiding van het takenpakket van de verloskundige met het verstrekken van anticonceptie, noodzakelijk zijn en herziening van het deskundigheidsgebied van de verloskundige moeten plaatsvinden. ■

Referenties

1. Wildschut HJ, Vliet-Lachotzki EH van, Boon BM, Lie Fong S, Landkroon AP, Steegers EAP. Preconceptiezorg: een onlosmakelijk onderdeel van de zorg voor moeder en kind. Ned Tijdschr Geneesk 2006; 150 1026-30
2. KNOV. Standpunt preconceptiezorg. Bilthoven: KNOV 2005
3. VSOP. www.vso.nl. 2006
4. Cornel MC, Walle HE de, Jong-vanden Berg LT de. Foliumzuur rond de conceptie. De huidige stand van zaken. Huisarts en Wetenschap 2002; 45:354-7
5. Hosli EJ, Cinibulak L, Pal- de Bruin KM van der. Meningen over en behoefte aan preconceptieadvies van allochtone vrouwen: een focus-groeponderzoek. Rapport TNO Kwaliteit van Leven, Leiden, juni 2005.
6. Maso I, Smaling A. Kwalitatief Onderzoek: praktijk en theorie. 1998. Amsterdam: Boom Onderwijs.
7. De Vries H. Determinanten van gedrag. In: Damoiseaux V, Van de Molen HT, Kok GJ (red). Gezondheidsvoorlichting en gedragsveranderingen. 1998. Assen/Heerlen: Van Gorcum/Open Universiteit. pp 109-132
8. Boeije HR. Onderzoeksmethoden. 2005. Amsterdam: Boom Onderwijs
9. Brug J. Gezondheidsvoorlichting en gedragsveranderingen: een planmatige aanpak. 2000. Assen/Heerlen: van Gorcum/Open Universiteit
10. Walle-Sevenster J de, Kok GJ. Gezondheidsbevordering en Armoede. 1991. Bleiswijk: NKB-Uitgeverij
11. Berlo W van, Wijsen C, Vanweesenbeek I. Gebrek aan regie, kwalitatief onderzoek naar achtergronden van tienermoederschappen. 2005. Rutgers Nisso groep Projectnr: 61-501.