



VRIJE  
UNIVERSITEIT  
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen  
van de graad van Master in de Agogische Wetenschappen

# **SEKSUELE GEZONDHEID BIJ BELGISCHE VROUWEN IN ARMOEDE: PERSPECTIEF VAN SLEUTELINFORMANTEN**

**LORE PUTTAERT**  
**2017-2018**



In samenwerking met Sensoa

Promotor: prof. dr. Tom Vanwing  
Begeleider: Céline Cocquyt  
Psychologie en Educatiewetenschappen



Proef ingediend met het oog op het behalen  
van de graad van Master in de Agogische wetenschappen

# **SEKSUELE GEZONDHEID BIJ BELGISCHE VROUWEN IN ARMOEDE: PERSPECTIEF VAN SLEUTELINFORMANTEN**

**LORE PUTTAERT**  
**2017 - 2018**

Promotor: Prof. Dr. Vanwing  
Begeleider: Céline Cocquyt  
Aantal woorden: 13 535  
Psychologie & Educatiewetenschappen





SAMENVATTING MASTERPROEF

**Naam en voornaam:** Puttaert Lore

**Rolnr.:** 0103653

**KLIN**   
**AO**   
**ONKU**   
**AGOG**

**Titel van de Masterproef:** Seksuele gezondheid bij Belgische vrouwen in armoede: perspectief van sleutelinformanten

**Promotor:** Prof. Dr. Tom Vanwing

**Samenvatting:** (304 woorden)

Armoede is een van de factoren die invloed hebben op het vermogen van een persoon om zich op seksueel vlak te ontwikkelen. Bovendien zijn het voornamelijk vrouwen die geconfronteerd worden met armoede en uitsluiting, ook op vlak van gezondheid. Dit kwalitatief onderzoek tracht een beeld te schetsen van de ervaringen en noden van Belgische vrouwen in armoede omtrent hun seksuele gezondheid. In het onderzoek wordt tevens gepoogd antwoord te bieden op de vraag op welke manier het leven van deze vrouwen in armoede invloed heeft op hun seksuele gezondheid. Het onderzoek zou starten vanuit een bottom-up benadering waarbij de doelgroep zelf bevraagd wordt. Wegens verschillende redenen werd uiteindelijk gekozen om vanuit het perspectief van sleutelinformanten te vertrekken. Via focusgroepen werd met hen in gesprek gegaan. Uit de getuigenissen van de sleutelinformanten blijkt dat veel vrouwen gelijklopende ervaringen hebben op vlak van seksualiteit, relaties, zwangerschap, anticonceptie en gezondheidszorg. Het merendeel van de vrouwen blijkt nood te hebben aan meer ondersteuning en informatie rond anticonceptie. Sommigen hebben ook behoefte aan meer (medische) begeleiding bij ongeplande zwangerschap. Het leven van deze vrouwen in armoede blijkt in verband te staan met een aantal aspecten van hun seksuele gezondheid. Het gebrek aan financiële middelen bleek de voornaamste factor die een invloed heeft op aspecten als seksualiteit, relaties, het gebruik van anticonceptie en (toegang) tot gezondheidszorg. Nochtans kan men armoede niet enkel opvatten als een inkomensprobleem.

Voornameijk de samenleving en de sociale structuren lijken ervoor te zorgen dat deze vrouwen bepaalde noden en ervaringen hebben en uitsluiting ondervinden op verschillende aspecten van hun seksuele gezondheid. Het taboe rond de seksuele gezondheid van mensen en in het bijzonder van kwetsbare groepen, dient opgeheven te worden. Tot slot is het aangewezen diepgaander onderzoek te verrichten naar de seksuele gezondheid van zowel vrouwen als mannen in armoede, waarbij de doelgroep zelf betrokken wordt.

**Kernwoorden:** vrouwen – armoede – uitsluiting – seksuele gezondheid

# Voorwoord

Deze masterproef vormt het einde van mijn boeiende masteropleiding in de Agogische Wetenschappen. Deze opleiding bracht voor mij een belangrijk groeiproces teweeg, zowel op professioneel als op persoonlijk vlak. Bovendien heb ik door mijn opleiding en masterproef nieuwe contacten kunnen leggen en heb ik mogen samenwerken met interessante figuren uit het sociaal-agogisch werkveld.

Deze masterproef kwam niet alleen tot stand, maar met hulp van velen. Via deze weg wil ik dan ook een aantal mensen uitdrukkelijk bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor professor Tom Vanwing bedanken om mij de weg te wijzen tijdens mijn zoektocht naar de juiste aanpak en mij daarbij de nodige vrijheid te schenken. Aan mijn begeleidster Céline Cocquyt gaat mijn grote dank uit om mij steeds met raad en daad bij te staan. Bedankt voor de begeleiding, feedback en het kritisch nalezen van mijn masterproef. Daarnaast wil ik Kaat Van Bosstraeten van Sensoa bedanken voor haar steun door dit hele proces heen. Ik wil ook graag de sleutelinformanten bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek. Bedankt voor jullie tijd en om jullie interessante ervaringen te delen.

Tot slot wil ik mijn ouders, zussen en vriend bedanken. Zij gaven mij door dit hele proces de steun en aanmoediging wanneer ik die nodig had.

Deze masterproef is het resultaat van veel opzoek- denk- en schrijfwerk dat op basis van boeiende ervaringen en met vallen en opstaan tot stand is gekomen. Ik hoop dan ook van harte dat het resultaat van mijn harde werk zichtbaar is.

# Inhoud

<b>Inleiding.....</b>	<b>1</b>
1 Probleemstelling.....	1
2 Literatuurstudie.....	3
2.1 Leven in armoede .....	3
2.1.1 Uitsluiting en sociale ongelijkheid .....	3
2.1.2 Effecten van armoede: een krachtenperspectief.....	4
2.2 Verband tussen armoede en (on)gezondheid.....	5
2.2.1 Inleiding.....	5
2.2.2 Toegang tot gezondheidszorg.....	5
2.3 De 'vrouwelijke' kant van armoede .....	7
2.4 Seksuele gezondheid: een ruim begrip .....	8
2.4.1 Inleiding.....	8
2.4.2 Definitie .....	8
2.4.3 Seksuele en reproductieve rechten .....	10
2.4.4 (Nood aan) een beleid rond seksuele gezondheid .....	11
2.5 Conclusie .....	12
3 Onderzoeksvragen en conceptueel model.....	13
3.1 Onderzoeksvragen .....	13
3.2 Conceptueel model.....	13
<b>Data en methode .....</b>	<b>14</b>
1 Onderzoekseenheden.....	14
2 Dataverzamelmethode.....	15
3 Meetinstrument.....	16
4 Analyseprocedure .....	17
<b>Resultaten .....</b>	<b>19</b>
<b>Discussie en conclusie .....</b>	<b>27</b>
1 Bespreking van de onderzoeksvragen.....	27
2 Praktische en beleidsaanbevelingen .....	30
3 Beperkingen van het onderzoek.....	31
4 Aanbevelingen verder onderzoek .....	31
5 Conclusie .....	32
<b>Referentielijst .....</b>	<b>34</b>
<b>Bijlagen .....</b>	<b>43</b>

# Inleiding

## 1 Probleemstelling

Gezondheid en armoede zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden (Murray, 2006). In verschillende onderzoeksliteratuur wordt gesteld dat mensen met een lage socio-economische status vaak een minder goede gezondheid hebben dan mensen met een hogere socio-economische status (Adler e.a., 1994; Vranken, 2007). Armoede werkt op verschillende manieren in op de gezondheid, bijvoorbeeld door mogelijkheden, kansen en menselijke vermogens te ondermijnen (Murray, 2006). Mensen in armoede hebben bijvoorbeeld minder toegang tot gezondheidszorg in vergelijking met mensen die meer financiële middelen hebben (Dierckx, 2007).

Wereldwijd zijn er ook sterke verbanden zichtbaar tussen armoede en seksuele (on)gezondheid (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; Buysse, 2014). Armoede is een van de factoren die een directe invloed hebben op iemands vermogen om zich goed te ontwikkelen op seksueel vlak (World Health Organization, 2002). Het aanpakken van zorgen en problemen rond seksuele gezondheid is belangrijk, omdat deze ook de algemene gezondheid kunnen ondermijnen (World Health Organization, 2000, 2015). Een minder goede seksuele gezondheid heeft niet alleen directe gevolgen voor het betrokken individu, ook het gezin, de gemeenschap en de volledige bevolking kunnen er problemen door ondervinden (World Health Organization, 2000, 2015). Als een samenleving het welbevinden van haar burgers wil stimuleren, moet er dus ook aandacht zijn voor seksuele gezondheid (Buysse e.a., 2014).

In 2010 werd een grootschalig onderzoek gevoerd naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen, de zogenaamde Sexpert-studie (Buysse e.a., 2014). Op basis van een representatieve steekproef werden 1832 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar oud bevraagd over hun seksuele gezondheid. Aan de hand van een vragenlijst en focusgroepen werd gepolst naar hoe zij hun seksueel functioneren ervaren, wat hun ervaringen zijn rond anticonceptie en zwangerschap, op welke leeftijd zij seksueel actief werden, enzovoort (Buysse e.a., 2014). Ook in Nederland werden soortgelijke bevolkingsonderzoeken gedaan in 2006 (Bakker & Vanwesenbeek) en in 2009 (Bakker e.a.). In 2011 werd in navolging van de eerdere studies een nieuw bevolkingsonderzoek gevoerd met als doel de seksuele en reproductieve gezondheid van Nederland in kaart te brengen (Wijsen & de Haas, 2012).

Het onderzoek van Buysse e.a. (2014) dat gevoerd werd in Vlaanderen, trachtte een globaal beeld te schetsen van de Vlaamse bevolking. Toch ontbreekt er een bepaalde nuance, er werd namelijk geen rekening gehouden met de culturele en socio-economische context van de respondenten en de mogelijke invloed hiervan op hun seksuele gezondheid. Nochtans dient men seksuele gezondheid vanuit een integrale benadering te bekijken (Leusink & Ramakers, 2014). Naast de fysieke en mentale dimensie, mogen de sociale en contextuele dimensie niet verwaarloosd worden (World Health Organization, 2002).

Deze masterproef gaat verkennend te werk en onderzoekt op welke manier de leefsituatie en socio-economische status van een persoon verband heeft met diens seksuele gezondheid.



Een samenleving bestaande uit burgers met een goede seksuele gezondheid staat volgens de World Association for Sexual Health (2008) sterker bij de strijd tegen sociale uitsluiting en armoede. Voornamelijk vrouwen worden wereldwijd geconfronteerd met armoede, uitsluiting en ongelijkheid op verschillende vlakken, waaronder ook gezondheid (United Nations, 2014). Vrouwen in armoede hebben bijvoorbeeld minder toegang tot prenatale zorg en diensten dan vrouwen met meer financiële middelen (Murray, 2006).

Dit onderzoek wil dan ook inzicht verwerven in de seksuele gezondheid van vrouwen die in armoede leven. Hoe ervaren zij hun seksuele gezondheid en welke noden hebben zij hierrond? Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

## 2 Literatuurstudie

In deze literatuurstudie worden een aantal belangrijke concepten besproken die onderdeel vormen van dit onderzoek. Als eerste ligt de focus op een leven in armoede en de effecten hiervan. Vervolgens wordt ingegaan op het verband tussen armoede en gezondheid. Nadien wordt de vrouwelijke kant van armoede besproken, aangezien deze masterproef focust op vrouwen. Tot slot wordt het concept seksuele gezondheid toegelicht.

### 2.1 Leven in armoede

#### 2.1.1 Uitsluiting en sociale ongelijkheid

Armoede, uitsluiting en sociale ongelijkheid komen vaak voort uit een voortdurende blootstelling aan risicosituaties en uit vroegere ervaringen van iemands leven (Vranken, Campaert, De Boyser, Dewilde, & Dierckx, 2008). Armoede vat men dikwijls op als een inkomensprobleem en metingen van armoede gebeuren nog steeds uitsluitend op basis van het inkomen en een tekort aan middelen (Heflin & Iceland, 2009; Thys, De Raedemaeker, & Vranken, 2004; van der Burg, Van Lancker, Mortelmans, & Raeymaeckers, 2015). Nochtans uit armoede zich niet enkel als een gebrek aan financiële middelen. Leven in armoede heeft ook oorzaken en gevolgen op vlak van onderwijs, sociale participatie, huisvesting en gezondheid (Vermeiren, Noël, Raeymaeckers, & Dierckx, 2017). Een leven in armoede kenmerkt zich dus door uitsluiting op verschillende levensdomeinen (De Keulenaer & Dewilde, 2001; Raeymaeckers e.a., 2017; Thys e.a., 2004; Van Regenmortel, 2002; Van Hootegem, 2002). Verschillende drempels maken het voor mensen in armoede bovendien moeilijk om aan de samenleving deel te nemen (Decenniumdoelen 2017, 2016). Mensen in armoede worden ook voortdurend geconfronteerd met mechanismen van uitsluiting uit diensten en voorzieningen (Van Paepegem, Willems, De Boeck, & De Maeseneer, 2001). Ze raken buitengesloten van belangrijke maatschappelijke instituties zoals de arbeidsmarkt. Tegelijk worden ze vaak ingesloten door zorginstituties, zoals het OCMW of arbeidsprojecten (Engbersen, 1991).

De combinatie van verschillende problemen, die elkaar vaak versterken, maakt het leven van mensen in armoede moeilijk en dikwijls erg complex (Dierckx, Coene, & Raeymaeckers, 2014; Van Hootegem, 2002). Het gebrek aan of het hebben van een laag diploma brengt bijvoorbeeld minder kansen op de arbeidsmarkt met zich mee. Dit heeft gevolgen voor het inkomen, dat vervolgens effect heeft op de keuzemogelijkheden op vlak van huisvesting of deelname aan culturele en sociale activiteiten. Slechte woonomstandigheden hebben vaak gevolgen voor de gezondheid en gezondheidsproblemen kunnen de kans op werk opnieuw verlagen. Hiermee is de (armoede)cirkel rond (Van Hootegem, 2002). Leven in armoede en de sociale ongelijkheid die hieraan vasthangt, geven ouders vaak door aan hun kinderen, en hun kinderen dan weer aan hun kleinkinderen, en zo verder. Deze generatie-armoede wijst op een vicieuze cirkel (Thys, e.a. 2004). De sociale ongelijkheid stapelt zich op in families door verschillende generaties heen. Het doorgeven van gezondheid en welzijn van generatie op generatie is dus een interactie tussen enerzijds genen en anderzijds het milieu waarin mensen leven (Cheng, Johnson, & Goodman, 2016).

Kwalitatief onderzoek van Doss (2011) toont een duidelijke link tussen armoede en sociale structuren. Armoede is een maatschappelijk probleem en de wortels van armoede zijn vooral te vinden in een aantal structurele uitsluitingsmechanismen in onze samenleving (Snick, 2014; Van Hootegeem, 2002; vzw De Link, 2012). Deze structurele uitsluiting brengt grote gevolgen mee voor de gevoelswereld van mensen in armoede. Vaak gaat armoede bijvoorbeeld gepaard met een gevoel van gemis: dromen en verlangens die vanwege verschillende redenen maar beperkt verwezenlijkt worden. Een basisverlangen om erbij te horen is bovendien een ander effect van deze structurele uitsluiting (vzw De Link, 2012). Mensen in armoede hebben minder macht en middelen en zullen dan ook hun uiterste best doen om te voorkomen dat anderen hun veroordelen (Dierickx, 2007).

### 2.1.2 Effecten van armoede: een krachtenperspectief

Doorgaans worden mensen die in armoede leven gekarakteriseerd door wat zij niet zijn, niet doen en niet worden: een moeder die niet voor haar kinderen kan zorgen, een ongeschoolde en werkloze, een ongemotiveerde persoon (Van Regenmortel, 2002). Nog steeds stellen velen dat armoede te wijten is aan luiheid, onverantwoordelijkheid, de onwil om te studeren of te werken of een gebrek aan doorzettingsvermogen (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Dit individueel schuldmodel (Briels & Vanhauwaert, 2017; Vranken & De Boyser, 2003) erkent de omstandigheden waarin mensen in armoede opgroeien en leven niet. Er wordt voorbijgegaan aan de spanning tussen de doelen die door de maatschappij worden vooropgesteld en de beperkte middelen die velen hebben om deze doelen te bereiken (Vranken & De Boyser, 2003). Vertrekken vanuit dit individueel schuldmodel ondermijnt ook de kans op integratie en legt de nadruk op stigmatisering van mensen in armoede (Driessens & Van Regenmortel, 2006).

Er dient op verschillende domeinen uitgebreid aandacht te zijn voor de problemen en beperkingen van mensen in armoede. Maar ook de kansen die zich voordoen en de krachten en mogelijkheden van deze mensen, moeten in acht worden genomen (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Mensen in armoede zijn ondanks de vele tegenslagen vaak erg gemotiveerd en hebben een grote draagkracht om hun eigen situatie en die van hun kinderen te verbeteren. Ze hebben moeten leren om het hoofd boven water te houden in omstandigheden die vaak onmogelijk en chaotisch zijn (vzw De Link, 2012). Ze moeten vaker dan diegenen die het financieel makkelijker hebben, een set van vaardigheden bezitten (Harper e.a., 2015). Onzekerheid over eten, transport en het hebben van meerdere halftijdse jobs of een minimumloon vereisen complexe vaardigheden om te overleven (Foss-Kelly, Generali, & Kress, 2017). Uit verschillende onderzoeken naar de leefwereld van mensen in armoede, blijkt dat ze vaak echte 'vechters' zijn (Vranken e.a., 2008). Een leven lang in armoede en uitsluiting zorgt ervoor dat mensen uit noodzaak verschillende competenties en vaardigheden gaan ontwikkelen die men kan en moet zien als krachten (vzw De Link, 2012).

Armoede en sociale uitsluiting zijn aanhoudende, structurele problemen die door de samenleving gevormd en in stand gehouden worden (Raeymaeckers e.a., 2017; vzw De Link, 2012). Het is vooral een maatschappelijk probleem waarbij de schuld en de oplossing niet bij de armen zelf ligt (Van Paepegem e.a., 2001; vzw De Link, 2012). Al eeuwenlang worden de oorzaken van armoede heel makkelijk bij de persoon zelf gelegd (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Armoede wordt nog te

vaak benaderd vanuit het individueel schuldmodel (Briels & Vanhauwaert, 2017; Vranken & De Boyser, 2003). Maar het is onze samenleving die ervoor zorgt dat niet alle mensen dezelfde kansen krijgen en dat mensen op die manier uit de boot vallen (vzw De Link, 2012). Zoals reeds werd gezegd, brengt een leven in armoede uitsluiting en ongelijkheid mee op verschillende gebieden van iemands leven (Vermeiren, e.a., 2017). Een belangrijk onderdeel hiervan is de gezondheid, dat in het volgende deel besproken wordt.

## 2.2 Verband tussen armoede en (on)gezondheid

### 2.2.1 Inleiding

In de jaren 1980 en 1990 werd een grootschalig onderzoek gedaan naar socio-economische gezondheidsverschillen in verschillende Westerse landen. De meeste onderzoeksresultaten stelden dat er een negatief verband was tussen de socio-economische status en verschillende aspecten van mortaliteit en morbiditeit (Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, & Geurts, 1997). Dit wil zeggen dat bij mensen met een lage socio-economische status de kans op ziekten en sterfte hoger ligt (Campaert, Dierckx, & Vranken, 2009). Hoe lager men op de maatschappelijke ladder staat, hoe lager de levensverwachting (Briels & Vanhauwaert, 2017; Netwerk tegen Armoede, 2017). Mensen met een hogere socio-economische status hebben dus meestal een betere gezondheid dan mensen die het minder breed hebben of in armoede leven (Adler e.a., 1994; Vranken, 2007).

Volgens Murray (2006) zijn gezondheid en armoede onlosmakelijk met elkaar verbonden. Naar school kunnen gaan, werken om geld te verdienen en eten te kopen voor het gezin: dit zijn allemaal factoren die afhangen van een basisniveau van een goede gezondheid (Murray, 2006).

De effecten van zware armoede op gezondheid liggen wellicht voor de hand door de impact van bijvoorbeeld slechte voeding, slechte en onhygiënische leefomstandigheden en onvoldoende (toegang tot) medische zorg (Adler e.a., 1994). Mensen die al enige tijd in armoede leven zijn meestal ook minder goed opgeleid. Ze hebben minder goede kennis over activiteiten ter bevordering van hun gezondheid en op welke momenten ze toegang tot de gezondheidszorg moeten zoeken (Murray, 2006). Onder andere financiële drempels bemoeilijken bovendien de toegang tot de gezondheidszorg (Vranken, 2007). Volgens het Netwerk tegen armoede (2017) stellen in ons land veel mensen in armoede hun gezondheidszorg uit en kampen velen met gezondheidsproblemen. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2016) stelt dat het recht op bescherming van de gezondheid nochtans een grondrecht is. Om dit recht op bescherming te garanderen moet er eveneens gewerkt worden aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

### 2.2.2 Toegang tot gezondheidszorg

De term 'toegang' is een van de meest gebruikte woorden in gesprekken rond gezondheidszorg en is een belangrijk aandachtspunt in het gezondheidsbeleid (McLaughlin & Wyszewianski, 2002). Meer dan 20 jaar geleden publiceerden Penchansky en Thomas (1981) een artikel rond de vijf dimensies van toegang tot gezondheidszorg (Penchansky & Thomas, 1981; Peters e.a., 2008; Saurman, 2016). Zij stelden dat toegang essentieel is voor gezondheidszorg en dat deze vijf dimensies er hoe dan ook deel van uitmaken (Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016):

- 1) "Affordability" of de betaalbaarheid betreft het zich kunnen veroorloven van de kosten van de gezondheidszorg door de cliënt;
- 2) "Availability" of de beschikbaarheid meet de mate waarin de aanbieder van de zorg de nodige middelen heeft om tegemoet te komen aan de behoeften van de cliënt, zoals voldoende personeel en technologie;
- 3) "Accessibility" of de toegankelijkheid gaat over de fysieke afstand of reistijd die de cliënt dient af te leggen;
- 4) "Accommodation" of de accommodatie weerspiegelt de mate waarin de zorg wordt georganiseerd op een manier die voldoet aan de voorkeuren van de cliënt, zoals correcte openings- en wachttijden;
- 5) "Acceptability" of de aanvaardbaarheid gaat over de mate waarin de cliënt zich comfortabel voelt tegenover de aanbieder van de zorg en vice versa, zoals op vlak van geslacht, etniciteit en sociale klasse.

De betaalbaarheid (affordability), beschikbaarheid (availability) en aanvaardbaarheid (acceptability), blijken voor mensen in armoede dikwijls een knelpunt. Vaak passen gezondheidskosten niet in het budget en wordt de gezondheidszorg uitgesteld vanwege financiële redenen (Netwerk tegen Armoede, 2017; Vranken, 2007). Uit de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Drieskens & Gisle, 2015) blijkt dat laagopgeleiden meer dan hoogopgeleiden, aangeven dat de arts of specialist op een moeilijk verstaanbare manier uitleg geeft en dat ze minder de gelegenheid krijgen om vragen te stellen of zorgen te uiten over de behandeling. Ook lange wachtrijen en wachttijden komen uit de Gezondheidsenquête van Drieskens en Gisle (2015) als knelpunten naar voren.

Hoewel een gebrek aan financiële middelen of informatie belemmeringen kan veroorzaken bij de toegang tot zorg, is er een causaal verband tussen de toegang tot gezondheidszorg en armoede. Dit gebeurt namelijk ook in de andere richting. Wanneer iemand gezondheidszorg nodig heeft, maar die niet of later krijgt, verslechtert de gezondheid van die persoon, wat op zijn beurt leidt tot eventueel verlies van inkomen en hogere gezondheidskosten. Het verlies van inkomen en de hogere gezondheidskosten, werken deze armoede nog meer in de hand (Narayan, Patel, Schafft, Rademacher, & Koch-Schulte, 2000; Smith, 1999). De relatie tussen armoede en toegang tot gezondheidszorg kan worden gezien als een deel van een cyclus. Armoede leidt tot gezondheidsproblemen en op zijn beurt houdt een slechte gezondheid armoede in stand (Wagstaff, 2002).

Net als in andere westerse landen, geldt in België dat mensen die onderaan de maatschappelijke ladder staan een kleinere kans hebben om deel te nemen aan preventieve gezondheidszorg en dus meer kans hebben op een minder goede gezondheid. (Dierckx & Coene, 2014; De Boyser, 2007; Netwerk tegen Armoede, 2017). Volgens Dierckx (2007) leven mensen in armoede meestal in het hier en nu, waardoor langetermijndenken en preventief handelen op vlak van bijvoorbeeld gezondheid, daardoor mogelijk verdwijnt. Mirowsky en Ross (2003) stellen dat mensen die hoger opgeleid zijn dikwijls meer toekomst gericht handelen en zich meer kunnen engageren voor doelen op lange termijn, zoals preventief gezondheidsgedrag.

Toegang tot gezondheidszorg is volgens Morgan (2008) een fundamenteel mensenrecht. Netwerk tegen Armoede (2016) stelt dat de groep mensen die gezondheidszorgen uitstelt in België, toeneemt.

Zij menen dat de gezondheidszorg toegankelijker gemaakt dient te worden en dat gezondheidspromotie en ziektepreventie hierin ook een plaats moeten krijgen.

De afgelopen tientallen jaren is de aandacht voor socio-economische verschillen in gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg in België en Vlaanderen echter sterk toegenomen (De Boyser, 2007). Maar om de kloof op vlak van socio-economische gezondheidsverschillen aan te pakken, dient er gewerkt te worden aan de sociale ongelijkheid in onze samenleving (Van Paepegem, Willems, De Boeck, & De Maeseneer, 2001). Bovendien zijn het voornamelijk vrouwen die geconfronteerd worden met ongelijkheid, uitsluiting en armoede (United Nations, 2014).

### 2.3 De 'vrouwelijke' kant van armoede

Armoede en de gevolgen ervan zijn steeds gekoppeld aan negatieve uitkomsten voor mensen, gespreid over en gedurende hun hele leven en dit over verschillende generaties. Dit is in het bijzonder het geval bij vrouwen (DeLeon, Wakefield, Schultz, Williams, & VandenBos, 1989; Gatz & Fiske, 2003). De genderkloof in armoede is de afgelopen decennia steeds groter geworden. Dit resulteert in een herdefiniëring van armoede, met in de eerste plaats armoede als een vrouwenkwestie (Fitzpatrick & Gomez, 1997). We kunnen spreken over een 'vervrouwelijking' van armoede (Chant, 2016; Myers & Gill, 2004).

Volgens Campaert (2007) en Cawthorne (2008) hebben vrouwen een hoger risico op armoede dan mannen. Over het algemeen hebben vrouwen vijfendertig procent meer kans om in armoede te leven dan mannen (Mantsios, 2007). Dat vrouwen een groter risico lopen op armoede, heeft te maken met een aantal samenhangende oorzaken. Om te beginnen hebben vrouwen een zwakkere positie op de arbeidsmarkt in vergelijking met mannen (van der Burg & Raeymaeckers, 2014; Van Hootegem, 2002). De werkloosheid in Vlaanderen is ongelijk verdeeld over mannen en vrouwen. In 2007 was meer dan vijftig procent van de werklozen vrouw (Jans & Dierckx, 2007). Recente cijfers (Coene, 2015) tonen echter wel aan dat de werkzaamheidsgraad van vrouwen alsnog toeneemt. Vrouwen die werken worden wel minder betaald dan mannen, ook al hebben ze dezelfde kwalificaties. Vrouwen bevinden zich ook meer in de sector met laagbetaalde beroepen zoals in het onderwijs, kinderopvang, verpleging en schoonmaak (Cawthorne, 2008; Fredman, 2015).

Vaker dan mannen nemen vrouwen de zorg voor de kinderen of voor andere familieleden op zich (Chant, 2016; Fredman, 2015). Het bieden van deze onbetaalde zorg kan soms zwaar wegen, ook op het beroepsleven (Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie en Dienst Studies en Statistiek van het Ministerie van het Waalse Gewest, 2001). Hierdoor gaan veel vrouwen hun arbeidssituatie sterk aanpassen aan hun gezinssituatie en gaan ze bijvoorbeeld vaker halftijds werken (Cawthorne, 2008; Jans & Dierckx, 2007). Gezinnen waarbij een vrouw aan het hoofd staat, worden meer getroffen door armoede dan andere gezinnen (Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie en Dienst Studies en Statistiek van het Ministerie van het Waalse Gewest, 2001). Eéninkomensgezinnen lijken ook een groter armoederisico te hebben. Vaak ontstaan ééninkomensgezinnen door een echtscheiding en meestal is het de vrouwelijke partner die het moet redden met een beperkt of zelfs zonder inkomen (Van Hootegem, 2002).

Er zou volgens Fredman (2015) en Van Hootegem (2002) in het algemeen meer aandacht moeten zijn voor de vrouwelijke kant van armoede, en de daarbij horende uitsluiting en ongelijkheid.

Bovendien hangt volgens Onarheim, Iversen en Bloom (2016) de ontwikkeling en economische vooruitgang van een samenleving voor een deel af van hoe zij de gezondheid van haar vrouwen beschermt en bevordert. Een samenleving die investeert in de gezondheid van vrouwen zal volgens Onarheim e.a. (2016) een betere algehele gezondheid van haar bevolking hebben en zal productiever zijn voor komende generaties.

Wanneer we over gezondheid spreken, dienen we echter oog te hebben voor de verschillende aspecten die de gezondheid van een persoon omvat, waaronder dus ook de seksuele gezondheid (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; Buysse e.a., 2014; World Association for Sexual Health, 2008).

## 2.4 Seksuele gezondheid: een ruim begrip

### 2.4.1 Inleiding

Seksuele gezondheid is een ruim begrip dat veel omvat (Buysse e.a., 2014). Ze staat in verband met seksualiteit en heeft betrekking op zowel fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn van mensen (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno, & Van Look, 2006; World Health Organization, 2015). Seksuele gezondheid bestaat niet alleen uit reproductieve gezondheid zoals vruchtbaarheid, toegang tot anticonceptie, abortus of (on)geplande zwangerschap. Het omvat ook soa- en hiv-bestrijding (Leusink & Tanis-Nauta, 2009; World Health Organization, 2015). Lichamelijke en relationele aspecten, seksuele rechten, toegang tot informatie en de mogelijkheid om veilige en aangename seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang en discriminatie, zijn eveneens belangrijke onderdelen van de seksuele gezondheid van een persoon (Buysse e.a., 2014; World Health Organization, 2015).

Seksuele gezondheid is een essentieel onderdeel van de algemene gezondheid en dus van de volledige ontwikkeling (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; World Association for Sexual Health, 2008). Een goede seksuele gezondheid is bijvoorbeeld fundamenteel voor de fysieke en emotionele gezondheid (World Health Organization, 2015). Bovendien is er ook een verband tussen een goede seksuele gezondheid enerzijds, en een goede algemene kwaliteit van leven anderzijds. Een goede seksuele gezondheid zorgt bijvoorbeeld voor minder kans op hartziekten of borstkanker (Gianotten, Whipple, Owens, & Knowles, 2006 in Bakker & Vanwesenbeek, 2006).

### 2.4.2 Definitie

Seks, seksualiteit en seksuele gezondheid zijn voorbeelden van concepten die verschillende betekenissen hebben in verschillende landen en culturen (World Health Organization, 2010). Daarom is het belangrijk om deze concepten kort toe te lichten alvorens te komen tot een werkbare definitie van seksuele gezondheid.

In het dagelijks taalgebruik verwijst de term seks vaak naar seksuele activiteit. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) verwijst de term echter naar de som van biologische kenmerken die mensen in het algemeen als vrouw of als man definieert. Seksualiteit is veel meer dan seks en seksueel gedrag (van der Vlucht, 2016). Het is een centraal aspect van het mens-zijn en ontwikkelt zich vanaf de geboorte. Seksualiteit wordt ervaren en gevormd door bijvoorbeeld gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, waarden, gedrag, rollen en relaties (van der Vlucht, 2016; World Health Organization, 2000, 2010). Bij seksualiteit gaat het over seksuele identiteit en

voorkeur, over man of vrouw zijn, sekserollen en rolverwachtingen, maar ook over plezier, intimiteit en voortplanting (van der Vlugt, 2016). Seksualiteit omvat dus veel meer dan enkel gedragsmatige elementen en wordt door verschillende factoren beïnvloed (World Health Organization, 2010). Hoe een persoon bijvoorbeeld staat in zijn/haar seksuele identiteit, wordt beïnvloed door biologische, sociale, economische, ethische en culturele factoren (van der Vlugt, 2016; World Association for Sexual Health, 2014; World Health Organization, 2010).

Hoewel men vanuit een biologisch perspectief inzicht kan verwerven in seksuele gezondheid, is een eenzijdige benadering vanuit dit oogpunt niet voldoende, want seksuele gezondheid reikt veel verder. Zo dient men volgens Buysse e.a. (2014) ook oog te hebben voor het psychologische of mentale en het sociale aspect van seksuele gezondheid.

De Wereldgezondheidsorganisatie, die al sinds 1974 op het gebied van seksuele gezondheid werkt, gebruikt een brede definitie van seksuele gezondheid (World Health Organization, 2015). Ook Sensoa hanteert de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (World Health Organization, 2015, p. 5).

Zoals reeds werd gezegd, omvat seksuele gezondheid verschillende aspecten. Tegelijk erkent seksuele gezondheid ook de verbondenheid en verworvenheid van al deze aspecten. Gezondheid is steeds een uitkomst van cognities, gedrag en cultuur en vraagt dus een integrale benadering (Leusink & Tanis-Nauta, 2009). De definitie van seksuele gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) vertrekt vanuit zo'n integrale benadering (Leusink & Ramakers, 2014). Er is aandacht voor de fysieke, mentale en sociale of contextuele dimensies van seksualiteit en de samenhang hiervan (World Health Organization, 2002). Deze benadering is ook terug te vinden in het Bio-psychosociaal model van Engel (1977). Hij bood een alternatief voor het heersende biomedische model op gezondheid dat domineerde sinds het midden van de twintigste eeuw (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Het model van Engel (1977) vertrekt vanuit een holistische visie op gezondheid, die zowel rekening houdt met de diversiteit aan individuele kenmerken als met de sociale, culturele en maatschappelijke structuren waarin mensen leven (Buysse e.a., 2014). Leusink (2011) bracht het model visueel in kaart om een duidelijk kader te scheppen van de verschillende factoren met betrekking tot seksualiteit (zie figuur 1).





Figuur 1: Biopsychosociaal model van seksualiteit: overzicht van elkaar wederzijdse beïnvloedende factoren. Overgenomen uit "Hoe werkt seks: het afscheid van libido" (p.12) door P. Leusink 2011, *Bijblijven*, 27(7), 9-13.

In de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) wordt seksuele gezondheid vooral benaderd vanuit een positief perspectief, met ruimte voor seksueel plezier. Seksuele gezondheid beperkt zich dus niet enkel tot fysieke gezondheid, maar ook emotionele en psychosociale elementen worden in acht genomen (van der Vlucht, 2016).

Als mensen een zo goed mogelijke (seksuele) gezondheid willen nastreven, is het noodzakelijk dat zij eerst de kans krijgen om vrij te zijn in hun seksuele en reproductieve leven. Ze moeten zich zelfverzekerd en veilig voelen in het uitdrukken van hun eigen seksuele identiteit (International Planned Parenthood Federation, 2008). Hierbij is het in de eerste plaats van belang aandacht te hebben voor de seksuele en reproductieve rechten van mensen.

### 2.4.3 Seksuele en reproductieve rechten

De universele mensenrechten (United Nations, 1948) staan voor de bescherming van de mens. Aangezien de bescherming van gezondheid een fundamenteel mensenrecht is, volgt hieruit dat seksuele gezondheid ook rechten met zich meebrengt (World Health Organization, 2000). Seksuele en reproductieve rechten zijn een onderdeel van de rechten van een mens en kunnen niet genegeerd worden. Ze zijn verbonden met seksualiteit en seksualiteit draagt op haar beurt bij aan de vrijheid, gelijkheid en waardigheid van een mens (International Planned Parenthood Federation, 2008).

De term "seksuele en reproductieve gezondheid en rechten" werd zestien jaar geleden geformuleerd tijdens de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling in Cairo (United Nations, 1994). Het is een belangrijk kader omdat hiermee een verband wordt gelegd tussen gezondheid en seksualiteit en voortplanting. Het gaat hier bijvoorbeeld ook over de (gezondheids)zorg die mensen nodig hebben om hun gezondheid te beschermen, met inbegrip van gezinsplanning, zorg tijdens en na de zwangerschap en de preventie en behandeling van soa's en hiv (Barroso & Sippel, 2011).

Een heel aantal rechten zijn fundamenteel voor de seksuele gezondheid (Sensoa International, z.d.). De International Planned Parenthood Federation (2008) en de World Association for Sexual Health (2014) beschrijven allebei in hun Verklaring van de Seksuele Rechten tien belangrijke seksuele rechten, waaronder het recht op leven, vrijheid, veiligheid en lichamelijke integriteit. Ook het recht

op privacy en het recht op gezondheid zijn belangrijke seksuele rechten. De strijd voor seksuele en reproductieve rechten wordt vooral gevoerd voor en door vrouwen, omdat zij in het bijzonder kwetsbaar zijn voor de schendingen van deze rechten (Amnesty International, z.d.).

Om van een goede ontwikkeling van seksualiteit en seksuele gezondheid te kunnen spreken, dienen de seksuele en reproductieve rechten van een persoon te worden gerespecteerd en beschermd (World Association for Sexual Health, 2014; van der Vlugt, 2016).

De voorbije drie decennia is er sprake van een snelle uitbreiding van de toepassing van de rechten van de mens met betrekking tot seksualiteit en seksuele gezondheid (World Health Organization, 2015). Het belang van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten wordt steeds meer erkend, onder meer om armoede aan te pakken en vooruitgang te boeken in gendergelijkheid en de rechten van de vrouw (Barroso & Sippel, 2011). Seksuele gezondheid komt voort uit een omgeving die de seksuele en reproductieve rechten erkent, respecteert en beoefent (World Health Organization, 2000). Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moet in eerste instantie een passend beleid worden gevoerd. Dit wordt besproken in het volgende deel.

#### 2.4.4 (Nood aan) een beleid rond seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid is een thema dat in eerste instantie een belangrijke plaats inneemt in het leven van individuen, maar het heeft ook een grote publieke impact die relevant is voor het welzijnsbeleid en de zorgsector (Lauman, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994). Volgens Onarheim e.a. (2016) is gezondheid een drijvende kracht achter economische groei en armoedebestrijding. Een samenleving met burgers met een goede seksuele gezondheid en welzijn staat sterker bij de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting (World Association for Sexual Health, 2008).

In 2000, het begin van het nieuwe millennium, ontwikkelde de Verenigde Naties samen met verschillende wereldleiders een visie om wereldwijd sociale ontwikkeling te bevorderen en om armoede, in al haar facetten, te bestrijden. Deze visie werd vertaald in acht Millenniumdoelstellingen: de zogenaamde Millennium Development Goals of de MDG's (United Nations, 2015). De doelstellingen bestaan onder meer uit het bannen van extreme armoede en honger, gelijke behandeling van mannen en vrouwen, waaronder ook het empoweren van vrouwen en het verbeteren van de reproductieve gezondheid (United Nations, 2015; Waage e.a., 2010).

Volgens de World Association for Sexual Health (2008) moet ook seksuele gezondheid en de bevordering ervan een sleutelrol spelen bij het bereiken van de Millenniumdoelstellingen. Het promoten van seksuele gezondheid is een centraal aspect om het welzijn van burgers en duurzame ontwikkeling na te streven (World Association for Sexual Health, 2008).

Dankzij gezamenlijke globale, nationale, regionale en lokale inspanningen hebben de Millenniumdoelstellingen van 2000 het leven van miljoenen mensen gered en de omstandigheden waarin veel mensen leven sterk verbeterd. Zo is bijvoorbeeld extreme armoede wereldwijd met de helft gedaald en is het gebruik van anticonceptiemiddelen bij vrouwen met meer dan zestig procent gestegen (United Nations, 2015). Maar volgens de Verenigde Naties (2015) zijn we er nog lang niet en blijft het belangrijk om voort te bouwen op de reeds gemaakte successen. In 2015 werden de

Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen of de Sustainable Development Goals (SDG's) opgesteld. Zij bouwen voort op de Millenniumdoelstellingen die in 2015 zijn vervallen.

De nieuwe doelstellingen zijn een universele verzameling van doelstellingen voor alle landen, met inbegrip van de rijke landen in de wereld (Kroll, 2015). Ook in België wordt beleid gevoerd rond de SDG's (Federaal Instituut voor Duurzame Ontwikkeling, 2018). Volgens een studie (Orsini & Mazijn, 2017) uitgevoerd in opdracht van het Federaal Instituut voor Duurzame ontwikkeling blijkt onze overheid voor de meeste doelstellingen voldoende maatregelen te nemen, maar deze lijken niet te volstaan. Op vlak van armoede bijvoorbeeld, scoort België minder goed. Wat betreft gezondheid lijken we beter te scoren. Volgens een studie van Kroll (2015) scoort ons land ook redelijk goed op vlak van gendergelijkheid en is er een relatief lage inkomensongelijkheid in vergelijking met andere landen.

De nieuwe doelstellingen blijken veel belang te hechten aan gender. Bovendien benadrukken ze volgens Onarheim e.a. (2016) ook de belangrijke rol van vrouwen als individuen en als belangrijke actoren in het bijdragen aan economische en maatschappelijke ontwikkeling.

Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, heeft echter bedenkingen bij de nieuwe doelstellingen. Sensoa stelt dat de doelstellingen redelijk onduidelijk en niet bindend zijn. Overheden kiezen namelijk zelf op welke manier ze de doelstellingen willen realiseren en worden er ook niet toe verplicht om dit te doen. Op die manier bestaat de kans dat sommige overheden geen spoed zullen zetten achter de realisatie van de doelstellingen rond seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (Sensoa, 2015). Nochtans draagt een gezonde seksualiteit bij burgers bij tot de sociale en economische ontwikkeling van een land of een gemeenschap (World Health Organization, 2015).

## 2.5 Conclusie

Wereldwijd zijn het voornamelijk vrouwen die geconfronteerd worden met armoede en uitsluiting, ook op vlak van gezondheid (United Nations, 2014). Volgens Onarheim e.a. (2016) hangt de ontwikkeling en economische vooruitgang van een samenleving voor een deel af van hoe zij de gezondheid van haar vrouwen beschermt en bevordert. Hierbij dient er toegankelijke gezondheidszorg te zijn (Morgan, 2008), maar voor veel mensen in armoede, waarvan een groot deel vrouwen, blijft de toegang tot gezondheidszorg beperkt (Campaert, 2007; Cawthorne, 2008; Dierckx, 2007).

Wanneer we over de gezondheid van vrouwen spreken, dienen we bovendien oog te hebben voor de verschillende aspecten die gezondheid omvat, waaronder dus ook de seksuele gezondheid (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; Buysse e.a., 2014; World Association for Sexual Health, 2008). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (2009) staan seksualiteit en voortplanting immers centraal in de gezondheid van vrouwen. Investeren in en het beschermen van de gezondheid van vrouwen in armoede, waaronder dus ook hun seksuele gezondheid, lijkt voor een samenleving bijgevolg van groot belang.

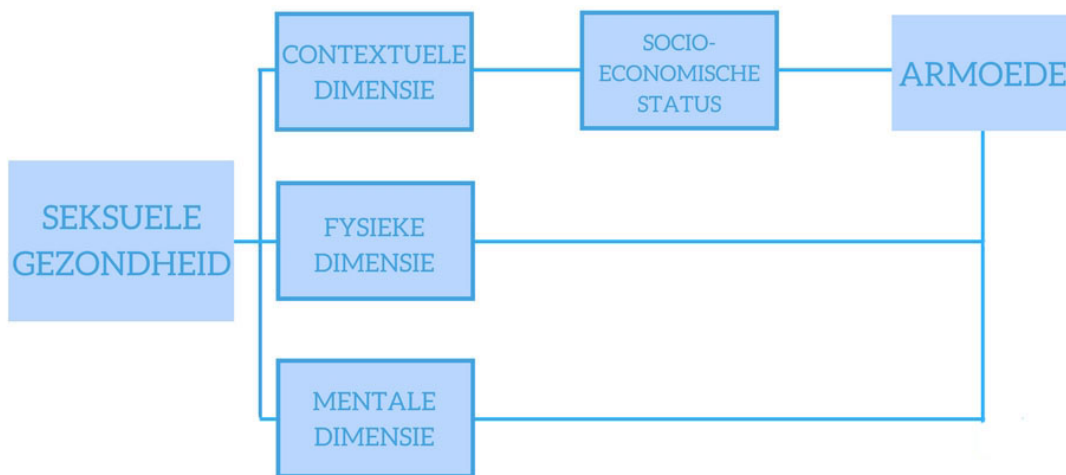
### 3 Onderzoeksvragen en conceptueel model

#### 3.1 Onderzoeksvragen

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is om inzicht te verwerven in de beleving en noden omtrent de seksuele gezondheid van Belgische vrouwen die in armoede leven. Bovendien willen we nagaan in welke mate en op welke manier hun leven in armoede in verband staat met hun seksuele gezondheid. De keuze voor een vrouwelijke doelgroep gebeurde in samenspraak met Sensoa en kwam voort uit het idee dat vrouwen in armoede vaak kwetsbaarder zijn dan mannen in armoede. Vrouwen ervaren op vlak van seksuele gezondheid meestal ook meer drempels. Uit dit alles kwamen de volgende beschrijvende onderzoeksvragen naar voren: (1) Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid? (2) Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?

Deze onderzoeksvragen zijn resultaatgerichte vragen waarbij er ook rekening gehouden moet worden met welke dimensies effect hebben op de seksuele gezondheid van de doelgroep. Hier hoort dan ook een derde onderzoeksvraag bij: (3) Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

#### 3.2 Conceptueel model



*SEKSUELE GEZONDHEID BIJ VROUWEN IN ARMOEDE*

## Data en methode

In het tweede deel van deze masterproef worden de data en de gebruikte methode beschreven. Eerst worden de onderzoekseenheden besproken. Nadien worden de dataverzamelmethode en het meetinstrument geschetst. Tot slot wordt de analyseprocedure toegelicht.

### 1 Onderzoekseenheden

In eerste instantie was de bedoeling van dit onderzoek om bottom-up te werken. Dit betekent dat de specifieke doelgroep, namelijk volwassen vrouwen tussen 23 en 30 jaar met een Belgische nationaliteit die in armoede leven, zou bevroegd worden. De keuze voor deze leeftijdscategorie werd in samenspraak met Sensoa gemaakt, omdat vrouwen tussen 23 en 30 jaar zich ongeveer in dezelfde levensfase bevinden en gelijklopende ervaringen hebben op gebied van seksuele gezondheid.

Het thema van het onderzoek is complex. Zowel armoede als seksuele gezondheid zijn termen die uit meer dan één enkel aspect bestaan. Het is steeds een combinatie van verschillende factoren. Hierdoor bestaat de kans dat het lang duurt voordat inhoudelijke saturatie is bereikt en voldoende data zijn verzameld (Baarda e.a., 2013). De oorspronkelijke bedoeling was om in totaal vijftien tot twintig respondenten te bevragen.

Vanwege de moeizame rekrutering van respondenten en de beperkte tijdsperiode in het kader van deze masterproef, werd het duidelijk dat het onmogelijk zou zijn om een voldoende grote groep van respondenten te bevragen. Daarom werd gekozen om sleutelinformanten te bevragen aan de hand van drie focusgroepen. Deze sleutelinformanten staan via hun job in nauw contact met de vrouwelijke doelgroep en kunnen op die manier vanuit hun belevingswereld spreken. Door hun ervaring met de doelgroep en hun expertise over het thema armoede kunnen zij gefundeerde antwoorden geven tijdens een focusgroep (Baarda e.a., 2013).

In totaal werden negen sleutelinformanten tijdens drie focusgroepen bevroegd. De eerste focusgroep bestond uit vier deelnemers waaronder drie medewerkers van De Keeting vzw, een Vereniging waar armen het woord nemen. De eerste deelnemer was Nathalie. Zij is van opleiding algemeen en sociale verpleegkunde. Nathalie liep stage bij De Keeting en is er sindsdien ook werkzaam. Anja en Leen volgen de opleiding orthopedagogie en sociaal werk en werken in het kader van hun opleiding als stagiaire bij De Keeting. De vierde deelnemer was Ine. Zij is werkzaam als projectmedewerker seksuele gezondheid bij de stad Antwerpen. Naast het ondersteunen van de maatschappelijk werkers van het OCMW, geeft zij ook individuele begeleiding aan cliënten rond gezinsplanning. Ine is van opleiding maatschappelijk werker en heeft ervaring in de psychiatrie, de bijzondere jeugdzorg en het OCMW.

De tweede focusgroep bestond oorspronkelijk uit vier deelnemers maar uiteindelijk konden maar twee mensen aanwezig zijn. De eerste deelnemer was Sanne. Zij volgt de vierjarige opleiding ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting bij vzw De Link en heeft in het kader hiervan als stagiaire bij Sensoa gewerkt. Tim was de tweede deelnemer en heeft sociaal-cultureel werk gestudeerd. Hij werkt sinds 2007 als projectmedewerker bij Open Huis vzw, een Vereniging waar armen het woord nemen. De derde focusgroep bestond uit drie deelnemers waaronder Kim, beleidsmedewerker armoede en lagere socio-economische status bij Sensoa. Lies was de tweede

deelnemer en is van opleiding maatschappelijk werker. Ze is werkzaam bij de stad Antwerpen als beleidsmedewerker seksuele gezondheid en toegankelijke gezondheidszorg. De derde deelnemer was Marie, een ergotherapeut. Marie werkt met kwetsbare vrijwilligers bij Daklozenhulp Antwerpen en is actief als buddybegeleider bij Armen Tekort vzw, een buddyproject rond kansarmoede. Daarnaast geeft ze les aan de AP Hogeschool in Antwerpen binnen het departement gezondheid.

## 2 Dataverzamelmethode

Dit onderzoek wil inzicht verwerven in de dagelijkse beleving en noden omtrent de seksuele gezondheid van de vrouwelijke doelgroep. Het onderzoek wil ook nagaan op welke manier hun leven in armoede in verband staat met hun seksuele gezondheid. De ervaringen en belevingen van de doelgroep staan hier centraal. Om een duidelijk antwoord te vinden op deze onderzoeksvragen werd dan ook gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Deze methode geeft een diepgaander beeld over het onderwerp en gaat uit van het perspectief van de doelgroep (Baarda e.a., 2013).

Zoals ook in de vorige paragraaf werd aangehaald, werd aanvankelijk gekozen om de doelgroep zelf te bevragen aan de hand van focusgroepen. Het doel van deze focusgroepen bestond erin om bepaalde gevoelens, ervaringen en percepties over hun seksuele gezondheid te verkennen. Bij een groepsgesprek werken de reacties van een deelnemer inspirerend en kan dit andere deelnemers op nieuwe gedachten brengen (Baarda e.a., 2013). Maar door in gesprek te gaan met verschillende deskundigen, onder meer een stafmedewerker armoedebeleid bij Netwerk tegen Armoede, werd naderhand beslist om individuele interviews af te nemen bij de doelgroep. Seksuele gezondheid wordt namelijk ervaren als een privékwestie waarbij sociale wenselijkheid een grote rol kan spelen. Sommige mensen reageren in groep soms geremd en durven hun mening minder goed uiten omdat ze bang zijn voor de reacties van anderen (Baarda e.a., 2013). Om deze reden genieten individuele interviews in dit geval meer de voorkeur. Voor dit kwalitatief onderzoek zouden we vijftien tot twintig vrouwen bevragen. Het interviewschema werd opgemaakt in samenwerking met de stafmedewerker van Netwerk tegen Armoede. Haar ervaring en expertise over de doelgroep brachten een grote meerwaarde voor de opmaak en voorbereiding van het interview. Door het afnemen van een piloot-interview werd duidelijk dat het thema niet evident is om over te spreken. Pijnlijke herinneringen kwamen door het gesprek heen opnieuw naar boven waardoor het soms erg confronterend was voor zowel de respondent als de onderzoeker. Na het interview leek de respondent met nog meer vragen te worstelen dan voorheen.

Via de koepelorganisatie Netwerk tegen Armoede werden verschillende Verenigingen waar armen het woord nemen gecontacteerd. Langs deze weg werd geprobeerd om meer respondenten te rekruteren. Tijdens deze zoektocht bleek dat het dataverzamelingsproces moeizaam zou verlopen. De verenigingen waarmee we in contact stonden, gaven uit ervaring aan dat het moeilijk is om de doelgroep te motiveren om deel te nemen aan dergelijke onderzoeken. Een ervaringsdeskundige in armoede en stagiaire bij Sensoa beaamde dit tijdens meerdere gesprekken. Uit ervaring weet zij dat mensen in armoede vaak nog weinig elementen in hun leven hebben die privé zijn. Een groot deel van hun leven is door verschillende instanties en hulpverleners blootgelegd. Hun seksualiteit en seksuele gezondheid is vaak nog het enige dat naar hun gevoel nog van zichzelf is.

De rekrutering van de respondenten verliep bijgevolg erg moeizaam. Daardoor werd uiteindelijk beslist om sleutelinformanten te bevragen aan de hand van focusgroepen. Deze sleutelinformanten kunnen vanuit hun professionele ervaringen met de doelgroep onderbouwde informatie geven. Het piloot-interview en de leidraad die werd opgemaakt voor de individuele interviews, vormden een belangrijk vooronderzoek. Vanuit dit vooronderzoek kon eerstelijnsinformatie gehaald worden zoals belangrijke thema's en aspecten rond de seksuele gezondheid van de doelgroep. Op basis van informatie uit het vooronderzoek kon de leidraad voor de focusgroepen worden opgemaakt. Het piloot-interview werd tevens gebruikt als casus om tijdens de focusgroepen verder op in te gaan. Alle deelnemers ontvingen een week op voorhand de vragen die aan bod zouden komen in de focusgroepen. Op die manier had iedereen de tijd en ruimte om vooraf na te denken over alle vragen. Bij de eerste focusgroep hadden de medewerkers van De Keeting de vragen op voorhand ook voorgelegd aan een aantal van hun cliënten. Zo konden ze zowel vanuit hun professionele ervaring als vanuit de ervaringen van de doelgroep spreken. Tijdens de focusgroepen werden notities genomen om de analyse achteraf te vergemakkelijken. De drie focusgroepen vonden telkens plaats bij Sensoa in Antwerpen. Iedere focusgroep duurde gemiddeld twee uur.

### 3 Meetinstrument

Er werd gekozen voor een semigestructureerde interviewmethode met een vooraf opgemaakte leidraad. De literatuurstudie, de onderzoeksvragen en het vooronderzoek vormden hiervoor de basis (Baarda e.a., 2013). Een aantal hoofdvragen lagen op voorhand vast, maar er was wel de mogelijkheid om 'door te vragen'. Om een globaal beeld te kunnen schetsen van de seksuele gezondheid van de vrouwelijke doelgroep en een antwoord te vinden op de eerste onderzoeksvraag, kwamen volgende hoofdvragen aan bod tijdens de focusgroepen: Zijn er zaken die jullie kunnen benoemen vanuit jullie ervaring en contacten die opvallend gevoeliger liggen, op vlak van seksuele gezondheid? Welke zaken lopen volgens jullie wel goed op vlak van seksuele gezondheid?

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd onder meer volgende hoofdvraag gesteld: welke noden hebben deze vrouwen volgens jullie voornamelijk rond hun seksuele gezondheid? De derde onderzoeksvraag kwam tot slot aan bod door de vraag te stellen op welke manier de deelnemers denken dat er een verband is tussen leven in armoede en seksuele gezondheid. Als bijlage is de volledige leidraad van de focusgroepen die gebruikt werd tijdens het onderzoek terug te vinden (zie bijlage 1).

Tijdens het onderzoek was het belangrijk om aandacht te besteden aan de principes van ethische aanvaardbaarheid. Het onderzoek is volledig gebaseerd op vrijwillige deelname. Alle deelnemers kregen een duidelijke voorlichting over het doel en de werkwijze van het onderzoek en persoonsnamen werden veranderd (Baarda e.a., 2013).

## 4 Analyseprocedure

De focusgroepen werden opgenomen met een smartphone en laptop. De geluidsopnames werden vervolgens letterlijk uitgetypt in een transcript met een tekstverwerkingsprogramma. Het verzamelde materiaal werd eerst een aantal keer grondig gelezen. Nadien werden labels en sublabels toegekend aan zinnen of paragrafen die relevant zijn voor het onderzoek en een antwoord konden bieden op de onderzoeksvragen. Het labelschema werd opgemaakt aan de hand van de literatuur, de vooraf opgemaakte leidraad en de onderzoeksvragen. Er werd gestart vanuit een deductieve strategie, waarbij tegelijk met een open blik naar de data werd gekeken. Op die manier werd ruimte gelaten om informatie uit de data naar voren te laten komen op een meer inductieve manier.

Het kader voor het labelschema van de eerste onderzoeksvraag werd vanuit de literatuur gebruikt om de verschillende aspecten van seksuele gezondheid weer te geven (Mortelmans, 2007).

Tijdens de focusgroepen werden een aantal bemerkingsen aangehaald over leven in armoede en de rol van hulpverleners. Deze informatie bleek van betekenis te zijn voor het onderzoek en werd vervolgens meegenomen in de analyse.

Om het complexe proces van de kwalitatieve analyse te vergemakkelijken, werd het programma MAXQDA gebruikt (Baarda e.a., 2013). Een overzicht van de onderzoeksvragen met bijhorende labels en sublabels die werden gebruikt bij de analyse van de focusgroepen, wordt hieronder weergegeven.

### Onderzoeksvraag 1

Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid?	
• Seksualiteit	
	▪ Praten over seks
	▪ Lichaam en zelfbeeld
	▪ Seks en seksuele beleving
• Relaties en gevoelens	
	▪ Partner(s)
	▪ Aangaan van relatie(s)
• Zwangerschap, kinderen en kindwens	
	• Kinderen en kindwens
	• Zwangerschap
• Anticonceptie	
	▪ Gebruik
	▪ Ongewenste zwangerschap en abortus
	▪ Drempels
	▪ Kennis en informatie
• Soa's/hiv	
• Grensoverschrijdend seksueel gedrag	
	▪ Grenzen
	▪ Seksueel geweld en misbruik
Extra: Dagelijkse beleving van vrouwen in armoede	



## Onderzoeksvraag 2

Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?

- Kennis en vaardigheden
- Toegang tot hulpverlening
- Financiële middelen

Extra: rol van hulpverleners

## Onderzoeksvraag 3

Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

- Financieel
- Leefsituatie/context

# Resultaten

De resultaten uit het kwalitatief onderzoek komen in dit deel aan bod. Ze worden gestructureerd besproken aan de hand van de drie onderzoeksvragen (Baarda e.a., 2013). Tot slot worden nog een aantal opvallende opmerkingen rond de dagelijkse beleving van vrouwen in armoede aangehaald. Deze kwamen tijdens de focusgroepen naar boven en geven een belangrijke aanvulling voor het onderzoek.

Bij de bespreking van de resultaten worden ter ondersteuning citaten uit de gesprekken weergegeven (Mortelmans, 2007).

## 1 Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid?

### 1.1 Seksualiteit

Vrijwel alle sleutelinformanten stelden dat het merendeel van de vrouwelijke doelgroep het geen probleem vindt om over seksualiteit te praten. Een aantal thema's zoals misbruik en geweld liggen dan weer gevoeliger. De meeste vrouwen geven volgens de sleutelinformanten wel aan dat er met hulpverleners weinig over seksualiteit gesproken wordt. Drie sleutelinformanten van de derde focusgroep waren het met elkaar eens over de stelling dat de doelgroep een andere manier van communiceren heeft met betrekking tot seksualiteit. *"Een directere lijflijkere manier van met elkaar te praten..."* De vrouwen in de doelgroep zouden bijvoorbeeld niet spreken over 'vrijen' maar gebruiken hier synoniemen voor die volgens de sleutelinformanten minder gebruikelijk zijn.

Op vlak van lichaam en zelfbeeld was een eerste thema dat naar boven kwam het 'vrouw-zijn'. *"Wij merken dat vrouwen in armoede het, ja moeilijk hebben om zich echt zo te profileren als vrouw en daar ook voor te staan..."* De sleutelinformanten gaven aan dat ze merken dat het zelfbeeld van veel vrouwen binnen de doelgroep meestal erg laag is door de situatie waarin ze zich bevinden. Iemand gaf als voorbeeld dat het aankopen van lingerie gevoelig ligt, omdat dit te duur zou zijn.

Seks blijkt een belangrijke plaats in te nemen in het leven van de vrouwelijke doelgroep. Volgens de sleutelinformanten van de eerste focusgroep die met een aantal vrouwen gesproken hadden, gaven sommigen letterlijk aan dat seks dikwijls een uitlaatklep is, een manier om even hun zorgen en problemen te ontvluchten. In de derde focusgroep werd gezegd dat seks vaak een positief effect heeft op de eigenwaarde van deze vrouwen.

*"Dus voor mensen die constant de boodschap krijgen 'ge kunt niks, ge weet niks, ge zijt lomp, ge zijt vies, ge zijt vuil, ge hebt geen centen, ge hebt niet gestudeerd...', en toch is er iemand die hen wil. Dat moet nogal een boost geven voor die eigenwaarde, mannekes."*

Tegelijk merkten twee sleutelinformanten in de derde focusgroep op al meermaals gehoord te hebben dat seks soms als onderhandelingsmiddel gebruikt wordt voor geld, onderdak of materiële zaken. *"Ja want dat is iets wat ze hebben natuurlijk hé, daar beschikken ze over hé en vaak niet veel anders"*

*om in de weegschaal te leggen dus...*" Er zouden volgens de sleutelinformanten ook minder remmingen zijn rond seks.

## 1.2 Relaties en gevoelens

Over de drie focusgroepen heen stelden alle sleutelinformanten dat er veel wisselende relaties zijn bij de vrouwelijke doelgroep. Tegelijk werd bij de eerste focusgroep aangehaald dat veel vrouwen er dikwijls alleen voor staan en dat de vader van de kinderen meestal niet of niet veel aanwezig is. Bij twee van de drie focusgroepen gaven de sleutelinformanten aan dat het veel voorkomt dat er wisselende vaders zijn. Veel vrouwen hebben kinderen uit vorige relaties wanneer ze een nieuwe relatie aangaan.

In vrijwel alle focusgroepen werd vastgesteld dat het aangaan van relaties enerzijds snel gebeurt en beslissingen op vlak van relaties meestal impulsief genomen worden. Toch merkten de sleutelinformanten in de tweede focusgroep op dat veel vrouwen aangeven bang te zijn om een nieuwe relatie aan te gaan, omdat ze vrezen bepaalde voordelen of inkomsten kwijt te raken. Het verliezen van een leefloon of een sociale woning bij het aangaan van een nieuwe relatie, zijn zaken waarvoor bijvoorbeeld heel dikwijls gevreesd wordt.

*"Op basis van dat zouden ze die huur kunnen verhogen of als ge een OCMW-leefloon hebt en ge zou een relatie hebben, dan zegt men 'oké bij wie woont ge het meest?', en dan kan het zijn dat ge van een alleenstaande naar een samenwoonde gaat en dat houdt in dat ge dus ook een groot deel van uw inkomen verliest..."*

Een ervaringsdeskundige in armoede gaf aan dat zij zich in een soortgelijke situatie bevindt en zei hierover het volgende:

*"Dat is eigenlijk een mentaliteit dat zou moeten veranderen want dat is dus zo...En dat is gewoon omdat, mensen moeten al overleven en als ze voelen van 'oké als ik dat ga doen of dat ga doen...' Als ik rechtdoor wil zijn en meeleven naar de rechten die opgelegd worden dan zijn we eigenlijk bij wijze van spreken bijna verplicht om te frauderen, gewoon om ons bestaansrecht eigenlijk te behouden."*

Er werd aangehaald dat het ook vaak voorkomt dat men bij een nieuwe relatie de problemen en eventuele schulden van de nieuwe partner overneemt zonder dit op voorhand te weten. Dit zorgt volgens de sleutelinformanten ook dikwijls voor problemen en spanningen binnen de relatie.

Op de vraag welke zaken positief lopen, gaven de sleutelinformanten aan dat ze vinden dat de vrouwen binnen de doelgroep een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben tegenover hun kinderen en de kinderen van hun partner. *"En toch ook wel het engagement aangaan als er kinderen zijn, als er een nieuwe partner in het gezin komt, van die toch wel een stukje een thuis te geven. Dat vind ik ook wel."*

### 1.3 Zwangerschap, kinderen en kinderwens

Kinderwens en gezinsplanning waren thema's die in alle focusgroepen naar voren kwamen bij de vraag aan wat de sleutelinformanten spontaan dachten bij het thema seksuele gezondheid. De meningen hierover waren echter verdeeld.

Bij de eerste en laatste focusgroep werd aangehaald dat het gesprek rond een kinderwens binnen de hulpverlening vaak moeilijk loopt. Hulpverleners zouden zich in sommige situaties zorgen maken over de leefsituatie en het niet gepast vinden dat er (nog) een kind zou bij komen in het gezin. Redenen hiervoor waren het feit dat er reeds kinderen van het gezin geplaatst zijn of dat er volgens de hulpverleners onvoldoende wordt nagedacht over de motivering en gevolgen bij het krijgen van een kind. Bij de tweede focusgroep werd hier anders over geredeneerd. De sleutelinformanten gaven aan dat veel vrouwen zich dikwijls moeten verantwoorden tegenover de hulpverlening over hun kinderwens en hun aantal kinderen. Een ervaringsdeskundige in de tweede focusgroep zei hierover het volgende:

*"Wat ontnemt ons het recht, in welke situatie dat wij ook zitten, om geen kinderen te hebben. Dat wil niet zeggen dat wij een slechte moeder zijn of dat wij niet ons best willen doen voor ons kinderen. Dus dat is voor mij ja... Eigenlijk zou de mentaliteit ook in de samenleving heel hard moeten veranderen."*

Alle sleutelinformanten waren het erover eens dat de vrouwelijke doelgroep meestal op jongere leeftijd aan kinderen begint. Er werd ook gesteld dat ongeplande en ongewenste zwangerschappen regelmatig voorkomen en dat veel zwangere vrouwen dikwijls de weg niet vinden naar de gepaste hulpverlening. De sleutelinformanten stelden zich de vraag of er voldoende kennis is rond anticonceptie, zwangerschap en abortus. Dit wordt verder in de resultaten nog besproken.

In alle focusgroepen werd opgemerkt dat sommige vrouwen mogelijk een bepaalde leegte willen opvullen door een kind te krijgen. Ook het zorgen voor een kind, er verantwoordelijk voor zijn en liefde geven en ontvangen, waren zaken die naar voren kwamen in alle focusgroepen. Veel vrouwen zien volgens de sleutelinformanten het krijgen van een kind als een nieuwe start en een nieuwe kans om het beter te doen.

*"Ja, een nieuwe toekomst op te bouwen, wat in het verleden niet gelukt is, dat kan nu misschien wel weer. En ik ben er ook wel van overtuigd dat het elke keer vanuit het idee is van, iets duurzaam op te bouwen. Dat denk ik wel..."*

### 1.4 Anticonceptie

Zoals eerder werd vermeld, werd in alle focusgroepen opgemerkt dat ongeplande en ongewenste zwangerschappen vaak voorkomen bij de vrouwelijke doelgroep. De meeste sleutelinformanten vermoeden dat de doelgroep weinig gebruik maakt van anticonceptiemiddelen. 'Ongelukjes' was een term die in iedere focusgroep ter sprake kwam. Sommige vrouwen zouden de pil gebruiken, maar dit strookt volgens de sleutelinformanten niet met het levensritme dat zij hanteren. Vrijwel alle

sleutelinformanten waren het erover eens dat de pil en het condoom geen juiste anticonceptiemiddelen blijken te zijn voor de vrouwelijke doelgroep.

De sleutelinformanten gaven het gebrek aan kennis en informatie over anticonceptie als de voornaamste reden voor ongeplande zwangerschappen.

Er werden in de focusgroepen ook een aantal drempels aangehaald die vrouwen mogelijk ervaren rond anticonceptie. In elke focusgroep werd gesteld dat het financiële aspect de grootste drempel is voor het gebruik van anticonceptie. Het gebruik van anticonceptiemiddelen blijkt volgens de sleutelinformanten ook geen prioriteit.

*“Voor naar de dokter te stappen voor anticonceptie te gaan vragen, ze willen die stap wel zetten denk ik maar dan zijn ze al aan het rekenen, vooral als ze al kinderen hebben dan zijn ze aan het rekenen van 'ah ja dat kost 10 euro die anticonceptie, wacht hé ik moet dat en dat en dat betalen... Goh en die rekening staat nog open. Maar ik moet wel school betalen, en dat en dat en elke dag mijn kinderen eten... Ja met die 10 euro wat ga ik daarmee doen? Anticonceptie? Of vanavond een boterham geven aan mijn zoon?”*

Bemoeienis en vooroordelen van verschillende hulpverleners is volgens de sleutelinformanten een tweede drempel om informatie te vragen rond anticonceptie. *“Dan zeggen die 'hoe maar wacht, gij zijt een alleenstaande moeder van vijf kinderen, gij vraagt anticonceptie dus dat wil zeggen dat gij een relatie gaat aangaan. Gaat dat werken?”*

Ook het hebben van foute informatie rond bepaalde anticonceptiemiddelen werd aangehaald als mogelijke drempel. Bij de derde focusgroep werd opgemerkt dat de toegang tot informatie vanzelfsprekender is voor mensen met een hogere opleiding en dat iemand uit een kwetsbare situatie niet zomaar informatie opzoekt via het internet.

## 1.5 Soa's en hiv

Het thema soa's en hiv kwam in alle focusgroepen weinig aan bod. Cijfers over soa's en hiv bij de vrouwelijke doelgroep zijn er volgens de sleutelinformanten beduidend weinig. Sommige sleutelinformanten vermoeden dat er vaak onveilig geveeën wordt en er hierdoor mogelijk meer soa's zijn bij de vrouwelijke doelgroep. Verder konden de sleutelinformanten hierover weinig vertellen.

## 1.6 Grensoverschrijdend seksueel gedrag

Opvallend was dat alle sleutelinformanten aangaven dat veel vrouwen binnen de doelgroep te maken hebben (gehad) met seksueel misbruik en of verkrachting. *“Bij mijn opleiding heb ik heel veel vrouwen die mishandeling, seksueel geweld, misbruik, verkrachtingen, hebben meegemaakt. En zo zitten er een paar in elke groep.”* Een sleutelinformant gaf aan een jonge vrouw te kennen die zwanger was geworden door ongewilde seks. Volgens haar zijn zulke situaties geen uitzonderingen.

Het moeilijk kunnen stellen van grenzen op vlak van relaties en seksualiteit was een thema dat regelmatig terugkwam tijdens de focusgroepen. Een aantal informanten veronderstelden dat dit

dikwijls het gevolg is van seksueel misbruik in het verleden. Sommige informanten gaven ook aan dat veel jonge vrouwen het gedrag van hun ouders op seksueel vlak, vaak overnemen.

## **2 Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?**

Uit de focusgroepen is gebleken dat de vrouwelijke doelgroep een aantal noden heeft op vlak van hun seksuele gezondheid. Volgens de sleutelinformanten blijkt er voornamelijk nood aan ondersteuning, informatie en voldoende financiële middelen.

Veel vrouwen lijken volgens de sleutelinformanten behoefte te hebben aan meer begeleiding, medische ondersteuning en informatie rond anticonceptie en (ongewenste) zwangerschappen. Volgens de sleutelinformanten lijkt een aanzienlijk deel van de vrouwen onvoldoende op de hoogte van welke anticonceptiemiddelen er zijn en hoe zij hier toegang tot kunnen krijgen. De sleutelinformanten gaven bijvoorbeeld aan dat het OCMW anticonceptiemiddelen terugbetaalt, maar dat zij vermoeden dat geen enkele vrouw binnen de doelgroep hiervan op de hoogte is. Vanwege een te hoge prijs zouden voor veel vrouwen anticonceptiemiddelen onbetaalbaar zijn. Volgens de sleutelinformanten lijkt er op dit vlak dan ook een behoefte aan extra financiële middelen. In de focusgroepen werd ook gesproken over het gegeven dat veel zwangere vrouwen dikwijls de weg niet vinden naar de gepaste hulpverlening. Volgens de sleutelinformanten lijkt ook hier behoefte aan meer begeleiding en informatie.

Enkele vrouwen lijken volgens de sleutelinformanten nood te hebben aan meer (financiële) middelen om zichzelf te kunnen verzorgen. Sommigen willen zich bijvoorbeeld eens lingerie of verzorgingsproducten kopen, maar kunnen dit financieel niet aan.

Genegenheid en liefde is iets waar volgens enkele sleutelinformanten sommige vrouwen behoefte aan hebben. In de focusgroepen werd aangehaald dat sommige bijvoorbeeld door een kind te krijgen een bepaalde leegte willen opvullen.

Tot slot lijkt er volgens alle sleutelinformanten over het algemeen meer nood te zijn aan gesprekken binnen de hulpverlening rond het thema seksuele gezondheid. Dit lijkt geen expliciete nood te zijn van de vrouwelijke doelgroep, maar kwam eerder vanuit de ervaringen van alle sleutelinformanten zelf. In de derde focusgroep werd er gesproken over een zogenaamde 'hete aardappel' die doorgegeven wordt tussen de verschillende instanties of hulpverleners. *"Ik denk dat dat nu niet aanwezig is in de dagdagelijkse hulpverlening... En dat dat juist ook het probleem is. Niemand heeft daar of wil daar eigenaarschap van opnemen."*

## **3 Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?**

Alle sleutelinformanten over de drie focusgroepen heen waren het erover eens dat er een verband is tussen armoede en seksuele gezondheid. *"Een verband tussen armoede en seksuele gezondheid... Armoede is problemen financieel, psychisch, welzijn, dat is zoveel en dat heeft daar allemaal invloed"*

*op... Dus ja, er is een verband.*" Volgens de sleutelinformanten manifesteert dit zich op verschillende manieren. De financiële en de algemene leefsituatie of levensstructuur blijken een duidelijke invloed te hebben op aspecten als seksualiteit, relaties en gevoelens, zwangerschap en kinderwens en het gebruik van anticonceptie. Tot slot blijkt volgens de sleutelinformanten dat leven in armoede ook sterk in verband staat met gezondheidszorg. In wat volgt worden deze verschillende aspecten waarop een leven in armoede invloed heeft, besproken.

### 3.1 Seksualiteit

Op vlak van seksualiteit lijkt de financiële situatie en het gebrek aan middelen bij veel vrouwen invloed te hebben op een aantal elementen. Zo blijkt volgens de sleutelinformanten dat veel vrouwen persoonlijke zorg voor zichzelf vaak uitstellen. Het aankopen van extraatjes zoals lingerie gebeurt bijvoorbeeld zelden of niet. Volgens de sleutelinformanten van de eerste focusgroep weegt de financiële toestand dikwijls zwaar en hebben deze vrouwen verder weinig tijd en ruimte om met zichzelf en hun uiterlijk bezig te zijn.

Een aantal sleutelinformanten gaf aan dat door een gebrek aan (financiële) middelen, sommige vrouwen seks af en toe gebruiken als onderhandelingsmiddel.

### 3.2 Relaties en gevoelens

Zowel het financiële aspect als de leefsituatie lijkt in verband te staan met (het aangaan van) relaties. Alle sleutelinformanten gaven bijvoorbeeld aan dat er veel wisselende relaties zijn bij de vrouwelijke doelgroep. Volgens de sleutelinformanten heeft dit vaak te maken met de leefsituatie van mensen in armoede en het feit dat velen zich dikwijls eenzaam voelen en op zoek zijn naar gezelschap. Een aantal sleutelinformanten haalde aan dat veel vrouwen een onstabiele jeugd hebben gehad. Ook bepaalde waarden en normen die ouders doorgeven aan hun kinderen, werd aangegeven als mogelijke reden.

*"En wat ik ook denk als ge dan denkt aan generatie-armoede, dan denk ik dat dat ook ideeën zijn die van de ene generatie op de andere wordt doorgegeven. Waarschijnlijk... Of je zou je je kunnen voorstellen dat een moeder verschillende partners heeft terwijl haar kinderen daar in huis zijn. Dus voor kinderen is het ook vanzelfsprekend dat er verschillende partners zijn, denk ik. Ge krijgt die ideeën toch een stukje mee hé."*

De financiële situatie van de vrouwelijke doelgroep blijkt een invloed te hebben op het al dan niet aangaan van een nieuwe relatie. Volgens de sleutelinformanten blijken veel vrouwen bang te zijn om bepaalde (financiële) voordelen te verliezen. Sommige vrouwen kiezen er volgens de sleutelinformanten dan ook voor geen relatie aan te gaan. *"Ja, er is gewoon geen spontaniteit denk ik... Ik denk dat men niet te veel op het spel wil zetten om een nieuwe relatie aan te gaan."*

### 3.3 Zwangerschap, kinderen en kinderwens

De levensstructuur van veel vrouwen in armoede lijkt volgens de sleutelinformanten een invloed te hebben op het aspect zwangerschap, kinderen en kinderwens.

Volgens de sleutelinformanten beginnen veel vrouwen binnen de doelgroep op jonge leeftijd aan kinderen. Sommige sleutelinformanten wijten dit opnieuw aan het feit dat velen een onstabiele jeugd hebben gehad en uit een kwetsbaar gezin komen. Door een kind te krijgen zouden veel vrouwen volgens de sleutelinformanten op zoek gaan naar liefde en genegenheid. Andere sleutelinformanten haalden aan dat er sprake is van een andere levensstructuur tegenover hogeschoolde vrouwen of vrouwen met een hogere socio-economische status, die meestal na hun studies pas aan kinderen beginnen.

### 3.4 Anticonceptie

Volgens de sleutelinformanten komen ongeplande of ongewenste zwangerschappen regelmatig voor wegens het gebrek aan kennis en onvoldoende gebruik van anticonceptie. Zowel het gebrek aan financiële middelen als de levensstructuur van veel mensen in armoede lijkt in verband te staan met het gebruik van anticonceptie. *"Dat is iets dat blijkbaar, dat vaak niet als norm wordt gezien, en dat dat ook duur... allez ik bedoel dat kost echt geld..."*

De grootste drempel voor het gebruik van anticonceptie is volgens de sleutelinformanten de prijs. Bovendien blijkt het soort anticonceptie invloed te hebben op het al dan niet (correcte) gebruik ervan. Het innemen van de pil of het gebruik van een condoom vraagt bijvoorbeeld een bepaalde regelmaat die veel mensen in armoede volgens de sleutelinformanten niet hebben. *"De pil dat dat veel wordt voorgeschreven door huisartsen maar wat eigenlijk niet strookt met het levensritme dat ze hanteren, waar dat ze eigenlijk niet echt... Ja waar dat er wel eens accidentjes gebeuren natuurlijk."*

### 3.5 Gezondheidszorg

Tot slot kwam uit alle focusgroepen naar voren dat er duidelijk een verband is tussen leven in armoede en gezondheidszorg. Veel vrouwen binnen de doelgroep blijken gezondheidszorg vaak uit te stellen. Dit gebeurt volgens de sleutelinformanten voornamelijk wegens financiële redenen. Daarnaast zouden veel vrouwen bang zijn voor vooroordelen en voelen ze zich dikwijls niet comfortabel bij een specialist of een arts. *"Drempel... Want uiteindelijk, ge gaat wel voor een persoon gaan zitten die wél... Wij aanzien een dokter bijvoorbeeld als iemand 'high'..."* Ook het moeilijk begrijpen van de medische taal werd opgegeven als een drempel. *"Ook misschien de verstaanbaarheid van de taal, ik denk dat dat ook een heel grote rol speelt. Van 'ja maar die gaat mij dat en dat zeggen en ik ga dat niet begrijpen...'"*

Bovendien blijkt gezondheidszorg volgens de sleutelinformanten geen prioriteit te zijn in het leven van veel vrouwen binnen de doelgroep. Alle sleutelinformanten vermoeden dat de levensstructuur hier ook een bepalende rol in speelt. Het vooruitplannen lijkt voor velen een moeilijkheid. Bij alle focusgroepen werd gesproken over het feit dat mensen in armoede 'van dag op dag' leven. Dit zou tot gevolg hebben dat het vastleggen van een medische afspraak dikwijls uitgesteld wordt of niet gebeurt.



#### **4 Dagelijkse beleving van vrouwen in armoede**

Hieronder worden een aantal opvallende opmerkingen rond de dagelijkse beleving van deze vrouwen in armoede kort weergegeven.

Als eerste was stigmatisering en het beeld dat de samenleving doorgaans heeft van mensen in armoede een beduidend thema dat in iedere focusgroep ter sprake kwam.

*"Of die stigmatisering van 'ja zie, ze hebben geen nagel om aan hun gat te krabben maar ze kopen wel een smartphone.' Maar wie weet is dat voor mijn mails te lezen omdat ik aan het solliciteren ben omdat ik geen computer heb thuis..."*

Volgens alle sleutelinformanten wordt er te veel gekeken naar wat mensen in armoede niet kunnen of niet hebben en bestaan er nog steeds te veel vooroordelen. Veel vrouwen lijken dit ook aan te geven. Volgens een aantal sleutelinformanten merken veel moeders dat er in het dagelijks leven op hen neergekeken wordt wanneer bijvoorbeeld hun kind huilt in het openbaar.

Een informant gaf aan dat de meeste mensen in armoede eigenlijk onzichtbaar willen blijven. Zij stelde dat hun leven door verschillende hulpverleners of instanties blootgelegd wordt en er nog weinig privacy overblijft.

Tot slot gaven alle sleutelinformanten aan dat ze merken dat er heel veel veerkracht is bij de vrouwelijke doelgroep. Typerend aan mensen in armoede is volgens de sleutelinformanten dat ze ondanks de moeilijke situatie sterk in hun schoenen blijven staan.

*"Ik vind ook dat dat allemaal stuk voor stuk echt vechters zijn... Die hebben zóveel meegemaakt en zoveel moeten doorstaan en die hebben elk hun eigen verhaal en hun eigen weg afgelegd en toch... Dat is zo knap dat die blijven doorzetten ondanks al die pech, toch er nog staan en blijven... Ook al is het zo zwaar hé, ze lachen niet altijd en er is ook heel veel negativiteit maar ze blijven er wel staan elke dag opnieuw, ze zijn er elke dag opnieuw..."*

## Discussie en conclusie

In dit deel wordt eerst een antwoord gegeven op de drie onderzoeksvragen. Nadien volgen een aantal praktische en beleidsaanbevelingen, de beperkingen van dit onderzoek, aanbevelingen voor verder onderzoek en ten slotte de conclusie.

### 1 Bespreking van de onderzoeksvragen

#### 1.1 Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid?

Seksuele gezondheid bestaat volgens Leusink en Tanis-Nauta (2009), Buysse e.a. (2014) en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) niet enkel uit seks en seksualiteit, maar uit verschillende aspecten. Dit komt duidelijk terug in de resultaten waarbij verschillende thema's aan bod kwamen zoals seksualiteit, relaties, (on)geplande zwangerschap en abortus maar ook anticonceptie en grensoverschrijdend seksueel gedrag. De verschillende thema's die aan bod kwamen, worden hieronder besproken.

Volgens Glasier e.a. (2006) en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) heeft seksuele gezondheid naast het fysieke aspect, ook betrekking op emotioneel en mentaal welzijn van een individu. In het model van Leusink (2011) zien we dat lichaamsbeeld en zelfbeeld een belangrijk onderdeel zijn van de seksuele gezondheid. Het zelfbeeld van veel vrouwen binnen de doelgroep blijkt erg laag te zijn. Wegens financiële redenen en een combinatie van verschillende problemen die gepaard gaan met hun leven in armoede, hebben ze vaak weinig ruimte en tijd om zichzelf af en toe te verwennen. Dit maakt dat veel van deze vrouwen zich op lichamelijk en emotioneel vlak minder zelfzeker voelen. De combinatie van verschillende problemen in armoede die elkaar vaak versterken, vinden we ook terug bij Raeymaeckers e.a. (2017) en Van Hootegem (2002).

Seks blijkt een belangrijke uitlaatklep te zijn voor veel vrouwen. Dit zorgt doorgaans voor een positief effect op hun zelfbeeld. Anderzijds wordt seks soms gebruikt als onderhandelingsmiddel voor bijvoorbeeld geld of andere materiële zaken. Dit strookt niet met de definitie van seksuele gezondheid die Sensoa en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) hanteren, waarbij er vanuit een positieve en respectvolle benadering naar seksuele relaties dient worden gekeken. Seksuele gezondheid vraagt volgens Leusink en Tanis-Nauta (2009) een integrale benadering waarbij, zoals in het Biopsychosociaal model (Leusink, 2011), verschillende factoren elkaar beïnvloeden. Het feit dat de vrouwelijke doelgroep in armoede leeft, beïnvloedt mogelijk de wijze waarop velen van hen seksuele relaties aangaan.

Veel vrouwen binnen de doelgroep hebben te maken (gehad) met seksueel misbruik, geweld en of verkrachting. Leven in armoede brengt volgens de sleutelinformanten veel stress in een gezin. Ook in de literatuur stelt van Van Hootegem (2002) dat een leven in armoede doorgaans veel moeilijkheden en stress brengt in iemands leven en een gezin. Dit kan wellicht aan de basis liggen van (seksueel) geweld en misbruik.

Het hebben van veel wisselende relaties en het daarbij moeilijk kunnen stellen van grenzen, komt vaak bij veel vrouwen voor. Leven in armoede en de gezondheid en het welzijn die daaraan

vasthangen, geven ouders vaak door op hun kinderen (Cheng e.a., 2016; Thys e.a., 2004). Dit werd ook vastgesteld door een aantal sleutelinformanten. Mogelijk nemen sommige vrouwen zulk gedrag op vlak van seksualiteit en relaties over van hun ouders. Volgens de sleutelinformanten kan het hebben van veel wisselende relaties en het moeilijk kunnen stellen van grenzen, mogelijk ook een gevolg zijn van seksueel misbruik of geweld in het verleden.

Een aanzienlijk deel van de vrouwen staat er met hun kinderen dikwijls alleen voor. De vader van de kinderen is meestal niet aanwezig in het gezin. Dit komt overeen met de stelling van Chant (2016) en Fredman (2015) dat vrouwen in armoede vaker dan mannen de zorg voor de kinderen op zich nemen.

Ongeplande en ongewenste zwangerschappen blijken vaak voor te komen bij de vrouwelijke doelgroep. Veel vrouwen zouden weinig tot geen gebruik maken van anticonceptie. Gebrek aan kennis en informatie over anticonceptie is volgens de sleutelinformanten de voornaamste oorzaak voor ongeplande zwangerschappen. Mensen in armoede zijn volgens Murray (2006) vaak minder goed opgeleid en hebben minder goede kennis over activiteiten ter bevordering van hun gezondheid. Dit kan een mogelijke verklaring zijn waarom veel vrouwen over onvoldoende kennis en informatie beschikken wat betreft anticonceptie. Hier wordt verder op ingegaan bij de beantwoording van de derde onderzoeksvraag.

Als we kijken naar de belangrijkste resultaten die net besproken werden, kunnen we stellen dat we, net zoals het Biopsychosociaal model van Engel (1977) en de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (2015), de seksuele gezondheid van de vrouwelijke doelgroep dus moeten bekijken vanuit een holistische benadering. Er dient aandacht te zijn voor zowel de fysieke als de psychologische en sociale of contextuele dimensie en de samenhang hiervan.

## 1.2 Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?

De vrouwelijke doelgroep blijkt voornamelijk nood te hebben aan meer ondersteuning en informatie rond anticonceptie en (medische) begeleiding bij ongeplande of ongewenste zwangerschap. Nochtans is toegang tot informatie volgens Buysse e.a. (2014) en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) een wezenlijk onderdeel van seksuele gezondheid. Daarenboven stellen Baroso en Sippel (2011) dat zorg tijdens en na de zwangerschap een van de voorwaarden is voor seksuele gezondheid.

Er blijkt volgens de sleutelinformanten bij veel vrouwen ook behoefte aan meer financiële middelen om tegemoet te komen aan een aantal persoonlijke behoeften, zoals verzorgingsproducten, lingerie of kledij.

De noden die hier worden besproken, hangen duidelijk samen met een leven in armoede en de moeilijkheden die daarbij aansluiten. Dit wordt in het volgende deel uitgebreid besproken.

### 1.3 Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

Een leven in armoede blijkt invloed te hebben op en in verband te staan met een aantal aspecten van de seksuele gezondheid van deze vrouwen. De belangrijkste aspecten worden hieronder besproken.

De financiële factor blijkt een eerste opvallende invloed te hebben op de seksualiteit, het aangaan van relaties, het gebruik van anticonceptie en (toegang) tot gezondheidszorg. De levensstructuur of het ritme waarin deze vrouwen in armoede leven, blijkt eveneens invloed te hebben op het gebruik van anticonceptie en (toegang) tot gezondheidszorg.

Wegens gebrek aan financiële middelen kunnen veel vrouwen het zich niet veroorloven om zichzelf bij gelegenheid persoonlijk te verwennen. Ze kunnen bijvoorbeeld geen dure lingerie kopen en velen voelen zich daardoor minder 'vrouw'. Dit zorgt bij veel vrouwen voor een lager zelfbeeld. In onze samenleving worden bepaalde gewaardeerde doelen vooropgesteld, maar mensen met beperkte middelen kunnen deze doelen moeilijker bereiken (Vranken & De Boyser, 2003). Een leven in armoede gaat dikwijls gepaard met een gevoel van gemis waarbij verschillende verlangens niet gerealiseerd kunnen worden (vzw De Link, 2012). Dit zorgt er mogelijk voor dat veel vrouwen binnen de doelgroep zich minder zelfzeker voelen. Ze kunnen zich bepaalde zaken niet veroorloven en hebben het gevoel 'niet mee te kunnen met de rest'.

Het aangaan van een nieuwe relatie staat ook in verband met de financiële factor die gepaard gaat met leven in armoede. Veel vrouwen geven aan bang te zijn om bepaalde financiële voordelen te verliezen, zoals een leefloon. Dit houdt sommige vrouwen tegen om een nieuwe relatie aan te gaan. Verder blijkt anticonceptie een opvallend aspect van de seksuele gezondheid van deze vrouwen dat hoofdzakelijk beïnvloed wordt door een gebrek aan financiële middelen. In de eerste plaats lijkt anticonceptie geen prioriteit te zijn in het leven van veel vrouwen, voornamelijk omdat dit vaak niet past in het budget. We kunnen dit linken aan de stelling van Netwerk tegen Armoede (2017) en Vranken (2007) dat mensen in armoede gezondheidszorg dikwijls uitstellen wegens financiële redenen. Vanuit het model van Pechansky en Thomas (1981) over de toegang tot gezondheidszorg, kunnen we eveneens vaststellen dat de betaalbaarheid (affordability) voor veel vrouwen binnen de doelgroep dikwijls een knelpunt blijkt.

Naast de financiële drempel met betrekking tot (toegang tot) gezondheidszorg, blijkt uit de getuigenissen van de sleutelinformanten dat sommige vrouwen binnen de doelgroep aangeven vaak de medische taal van een arts of specialist moeilijk te verstaan. We kunnen dit koppelen aan het onderzoek van Drieskens en Gisle (2015), waaruit blijkt dat laagopgeleiden vaker aangeven dat de arts of specialist een moeilijk verstaanbare uitleg geeft.

De levensstructuur of het ritme waarin veel vrouwen binnen de doelgroep leven, heeft eveneens een belangrijke invloed op een aantal aspecten van hun seksuele gezondheid.

Naast de financiële factor die reeds besproken werd, blijkt ook de levensstructuur invloed te hebben op onder meer het gebruik van anticonceptie bij veel vrouwen. Het merendeel van de vrouwen neemt de pil of gebruikt het condoom, maar dit zou volgens de sleutelinformanten niet stroken met het levensritme waarin veel mensen in armoede leven. De meeste vrouwen hebben volgens de

sleutelinformanten te weinig structuur in hun dagelijks leven om de pil of het condoom correct te gebruiken. Bovendien blijken veel vrouwen over geen of te weinig informatie te beschikken over welke anticonceptiemiddelen er zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor, zoals eerder werd aangehaald, is dat mensen die in armoede leven vaak minder goede kennis hebben over activiteiten die hun gezondheid bevorderen. Ze weten ook minder goed wanneer ze toegang tot gezondheidszorg moeten zoeken (Murray, 2006). Mensen die onderaan de maatschappelijke ladder staan hebben een kleinere kans om deel te nemen aan preventieve gezondheidszorg (Dierckx & Coene, 2014; De Boyser, 2007; Netwerk tegen Armoede, 2017). Dit strookt duidelijk met de bevindingen rond gezondheidszorg in dit onderzoek.

Veel vrouwen binnen de doelgroep lijken volgens de sleutelinformanten moeilijk toegang te vinden tot gezondheidszorg. Een eerste verklaring hiervoor vinden we bij Van Paepegem e.a. (2001). Zij stellen dat mensen in armoede constant geconfronteerd worden met mechanismen van uitsluiting in diensten en voorzieningen. Bovendien maken verschillende drempels het dikwijls moeilijk om aan de samenleving deel te nemen (Decenniumdoelen 2017, 2016). We kunnen hieruit besluiten dat het deelnemen aan (preventieve) gezondheidszorg hiermee samengaat.

Een tweede mogelijke verklaring kunnen we vinden bij Mirowsky en Ross (2003). Zij menen dat hogeropgeleiden meer toekomst gericht zouden handelen en zich meer inzetten voor doelen op langere termijn, zoals preventief gezondheidsgedrag. Deze verklaring werd ook door een aantal sleutelinformanten gegeven. De vrouwen binnen de doelgroep zouden volgens hen van 'dag op dag leven' waardoor het voor hen moeilijk is om toekomstgericht te denken en te handelen, ook op vlak van gebruik van anticonceptie en op vlak van gezondheidszorg. Deze bevinding kunnen we eveneens linken aan Dierckx (2007) die stelt dat mensen in armoede dikwijls in het hier en nu leven, waardoor preventief handelen of langetermijndenken moeilijk is.

Tot slot is het van belang om het verband tussen het leven van deze vrouwen in armoede en hun seksuele gezondheid vanuit een positief perspectief te belichten. Zo gaven alle sleutelinformanten aan dat veel vrouwen een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben tegenover hun kinderen. Velen zien het krijgen van een kind ook als een nieuwe kans om het beter te doen in de toekomst. Hier kunnen we duidelijk het standpunt van vzw De Link (2012) terugvinden. Die gaat ervan uit dat mensen in armoede, ook deze vrouwen dus, een grote draagkracht hebben om hun eigen situatie en die van hun kinderen te verbeteren. Net zoals de sleutelinformanten stelden, blijkt uit verschillende onderzoeken naar de leefwereld van mensen in armoede dat ze vaak echte 'vechters' zijn (Vranken e.a., 2008).

## 2 Praktische en beleidsaanbevelingen

Als eerste lijkt het evident dat seksuele gezondheid en het belang ervan bespreekbaar gemaakt moet worden in de hele samenleving. Het taboe rond de seksuele gezondheid van mensen en in het bijzonder van kwetsbare groepen, dient in eerste instantie opgeheven te worden. De rol van Sensoa als Vlaamse expertisecentrum voor seksuele gezondheid lijkt hier dan ook cruciaal.

Meer specifiek is het hierbij aangewezen dat Sensoa de handen in elkaar slaat met armoedeorganisaties en verenigingen waar armen het woord nemen. Deze verenigingen dienen

attent te worden gemaakt op het verband tussen een leven in armoede en seksuele gezondheid. De maatschappelijke bijdrage van hulpverleners rond de seksuele gezondheid van vrouwen maar ook in het algemeen mensen in armoede, dient hierbij voldoende belicht te worden. Sensoa kan door middel van rondetafelgesprekken of coachingdagen de hulpverleners in kwestie sensibiliseren en praktische tools aanbieden over hoe zij het gesprek rond seksuele gezondheid met hun cliënten kunnen aangaan. Hierbij dient er speciale aandacht te gaan naar het belang en gebruik van anticonceptie.

Net zoals Netwerk tegen Armoede (2010) stelt, kan er in het licht van deze masterproef geconcludeerd worden dat de gezondheidszorg toegankelijker gemaakt moet worden, waarbij gezondheids promotie en ziektepreventie eveneens een plaats moeten krijgen. Toegankelijkheid gaat over veel meer dan betaalbaarheid, maar de financiële drempel is dikwijls in de eerste plaats al onoverkomelijk voor mensen in armoede (Netwerk tegen Armoede, 2017). In eerste instantie dient de overheid dan ook deze financiële drempel weg te werken door bijvoorbeeld voldoende tegemoetkomingen te voorzien. Daarbij moet er geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld meer wijkgezondheidscentra die in verschillende achtergestelde wijken geïmplementeerd kunnen worden.

### 3 Beperkingen van het onderzoek

De voornaamste beperking van dit onderzoek is dat de vrouwelijke doelgroep waarop dit onderzoek focust niet zelf bevroegd is geweest. De resultaten komen voort uit de verhalen en ervaringen van de sleutelinformanten. Er kan dus niet met zekerheid gezegd worden dat deze resultaten stroken met de ervaringen van de doelgroep zelf. Echter, de sleutelinformanten staan reeds jaren in nauw contact met de vrouwelijke doelgroep, wat maakt dat ze zich voldoende konden inleven tijdens de focusgroepen en ze fungeren als experts (Baarda e.a., 2013). Toch is het zeker aangewezen om in verder onderzoek de doelgroep zelf te bevragen.

De bevindingen uit het onderzoek zijn niet generaliseerbaar naar de volledige doelgroep. Enerzijds omdat de doelgroep niet zelf bevroegd is geweest, anderzijds omdat er maar een klein aantal focusgroepen heeft plaatsgevonden (Mortelmans, 2007).

Tot slot verzamelde dit onderzoek enkel informatie over de vrouwelijke doelgroep. Het is dus aangewezen om in de toekomst soortgelijk onderzoek te verrichten naar de mannelijke doelgroep.

### 4 Aanbevelingen verder onderzoek

De belangrijkste aanbeveling voor verder onderzoek betreft het bevragen van de vrouwelijke doelgroep zelf. Zoals eerder werd gezegd, is het eveneens aangewezen om dit onderzoek in de toekomst door te trekken naar het mannelijke deel van de doelgroep. Hierbij is het echter van belang dat er voldoende tijd en ruimte wordt voorzien om contact te leggen met de respondenten. Een participatief onderzoek lijkt hier eveneens aangewezen, waarbij de doelgroep zelf actief betrokken wordt in het onderzoek en eventueel zelf een actieve rol opneemt als bijvoorbeeld interviewer.

Tot slot is het raadzaam om bij verdergaand onderzoek dieper in te gaan op de wijze waarop de seksuele gezondheid van mensen in armoede verbeterd kan worden, met aandacht voor het wegwerken van verschillende drempels rond bijvoorbeeld anticonceptie en gezondheidszorg.

## 5 Conclusie

In dit onderzoek werd de seksuele gezondheid van Belgische vrouwen in armoede onder de loep genomen. Ten eerste trachtte dit onderzoek inzicht te krijgen in hoe deze vrouwen hun seksuele gezondheid ervaren. Uit de getuigenissen van de sleutelinformanten kan geconcludeerd worden dat seks en seksualiteit een positieve invloed kunnen hebben op het zelfbeeld van veel vrouwen. Desondanks blijken sommige vrouwen volgens de sleutelinformanten seks als onderhandelingsmiddel te gebruiken en worden of werden velen van hen ook geconfronteerd met seksueel misbruik en geweld. Volgens onderzoek van Hoïng en van Oosten (2009) kan armoede het risico op seksuele uitbuiting vergroten. Bovendien zijn leven in armoede en vrouw-zijn volgens Vanwesenbeeck (2008) belangrijke risicofactoren voor seksueel geweld.

Ongeplande zwangerschappen komen volgens de sleutelinformanten dikwijls voor en een groot deel van de vrouwen blijkt volgens de sleutelinformanten weinig tot geen gebruik te maken van anticonceptie. Verschillende redenen leken hiervoor aan de basis te liggen. Zo hebben weinig vrouwen voldoende kennis en informatie over anticonceptie en blijkt het financiële aspect eveneens een doorslaggevende rol te spelen.

Ten tweede ging dit onderzoek na welke noden deze vrouwen volgens de sleutelinformanten hebben op vlak van hun seksuele gezondheid. Wanneer we de bevindingen van de eerste onderzoeksvraag samennemen met de ervaringen van de sleutelinformanten, komen een aantal noden aan het licht. Zo lijken de meeste vrouwen voornamelijk nood te hebben aan meer ondersteuning en informatie rond anticonceptie en meer begeleiding bij ongeplande (of ongewenste) zwangerschap.

Armoede kenmerkt zich door uitsluiting op verschillende levensdomeinen (De Keulenaer & Dewilde, 2001; Raeymaeckers e.a., 2017; Thys e.a., 2004; Van Regenmortel, 2002; Van Hoetegem, 2002) en heeft bovendien gevolgen op vlak van onderwijs, sociale participatie, huisvesting en gezondheid (Vermeiren e.a., 2017). Door de beantwoording van bovenstaande onderzoeksvragen werd duidelijk dat een leven in armoede ook invloed heeft op en gevolgen meebrengt voor een aantal aspecten van de seksuele gezondheid.

De financiële factor bleek telkens een opvallende invloed te hebben op zowel seksualiteit, het aangaan van relaties, het gebruik van anticonceptie en de gezondheidszorg van veel vrouwen. Nochtans gaat armoede veel verder en betreft het niet enkel een gebrek aan middelen (Heflin & Iceland, 2009; Thys e.a., 2004; van der Burg, Van Lancker e.a., 2015). Maar volgens het onderzoek van Ghys (2016) is het net omdat de toegang tot materiële middelen in onze samenleving in het bijzonder georganiseerd wordt via de markt, met geld als betaalmiddel, dat er dikwijls een opeenhoping van uitsluitingen plaatsheeft. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een gebrek aan inkomen doorgaans een sleutelrol speelt in het voortbrengen van die opeenhoping van uitsluitingen (Raeymaeckers e.a., 2017).

Tot slot is het belangrijk om de rol van de samenleving bij armoede en de instandhouding ervan kort te belichten. Armoede is een maatschappelijk probleem (Van Paepegem e.a., 2001; vzw De Link, 2012) dat door de samenleving gevormd en zelfs in stand wordt gehouden (Raeymaeckers e.a., 2017). Het is duidelijk dat een leven in armoede in verband staat met gezondheid, waaronder ook

seksuele gezondheid. Bijgevolg kunnen we concluderen dat de samenleving er medeverantwoordelijk voor is dat deze vrouwen bepaalde noden en negatieve ervaringen hebben en uitsluiting ervaren omtrent hun seksuele gezondheid. Het is dan ook in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van deze samenleving om het recht op bescherming van de seksuele gezondheid van deze vrouwen te garanderen. Bovendien moet de gezondheidszorg toegankelijker zijn en drempels worden weggewerkt. Immers, de ontwikkeling en economische vooruitgang van een samenleving hangt volgens Onarheim e.a. (2016) voor een groot deel af van de gezondheid van haar vrouwen.



## Referentielijst

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomisch Satus and Health. The challenge of the Gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Eburon Uitgeverij B.V.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H., & Wijsen, C. (2009). *Seksuele Gezondheid in Nederland*. Utrecht. Geraadpleegd van [https://fiom.nl/sites/default/files/files/RNG\\_rapport-seksuele-gezondheid-in-nederland-2009.pdf](https://fiom.nl/sites/default/files/files/RNG_rapport-seksuele-gezondheid-in-nederland-2009.pdf)
- Barroso, C., & Sippel, S. (2011). Sexual and Reproductive Health and Rights: Integration as a Holistic and Rights-Based Response to HIV/AIDS. *Womens Health Issues*, 21(6), 250–254. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.002>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Briels, G., & Vanhauwaert, F. (2017). Recepten voor lokaal beleid in de strijd tegen armoede. Een grondrechtenbenadering vanuit de kennis en ervaring van mensen in armoede. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 187–203). Leuven: Acco.
- Buyse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., ... Vermeersch, H. (2014). *Sexpert: Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press. Geraadpleegd van <http://www.open.org/search?identifier=472415>
- Campaert, G. (2007). Over inkomen en rondkomen. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 55–70). Leuven: Acco.
- Campaert, G., Dierckx, D., & Vranken, J. (2009). *Armoedebaarometer 2009*. Decenniumdoelen 2017. Geraadpleegd van <http://www.decenniumdoelen.be/documenten/armoedebaarometer-rapport-oases-2009.pdf>
- Cawthorne, A. (2008). The straight facts on women in poverty. *Center for American Progress*, 8.

- Chant, S. (2016). Addressing world poverty through women and girls: a feminized solution? *Sight and Life*, 30(2). Geraadpleegd van [http://www.sightandlife.org/fileadmin/data/Magazine/2016/Mag2/Addressing\\_World\\_Poverty\\_through\\_Women\\_and\\_Girls-\\_A\\_feminized\\_solution.pdf](http://www.sightandlife.org/fileadmin/data/Magazine/2016/Mag2/Addressing_World_Poverty_through_Women_and_Girls-_A_feminized_solution.pdf)
- Cheng, T. L., Johnson, S. B., & Goodman, E. (2016). Breaking the Intergenerational Cycle of Disadvantage: The Three Generation Approach. *Pediatrics*, 137(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2467>
- Coene, J. (2015). Halfweg Europa 2020: een blik op onderwijs, tewerkstelling, armoede en sociale uitsluiting. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 31–55). Leuven: Acco.
- De Boyser, K. (2007). Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 153–165). Leuven: Acco.
- Decenniumdoelen 2017. (2016). *Armoedebaarometer 2016*. Brussel. Geraadpleegd van [http://www.decenniumdoelen.be/documenten/20161004\\_Armoedebaarometer2016-1.pdf](http://www.decenniumdoelen.be/documenten/20161004_Armoedebaarometer2016-1.pdf)
- De Keulenaer, F., & Dewilde, C. (2001). Op weg naar een multi-aspectuele armoedemaat. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 135–148). Leuven: Acco.
- DeLeon, P. H., Wakefield, M., Schultz, A. J., Williams, J., & VandenBos, G. R. (1989). Rural America: unique opportunities for health care delivery and health services research. *American Psychologist*, 1298–1306.
- Dierckx, D. (2007). Gezondheid te koop. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 137–151). Leuven: Acco.
- Dierckx, D., & Coene, J. (2014). Inleiding: Armoedebestrijding als duurzame ontwikkeling. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 17–22). Leuven: Acco.
- Dierckx, D., Coene, J., & Raeymaeckers, P. (Red.). (2014). *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Leuven: Acco. Geraadpleegd van <https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/oases/jaarboek/voorgaande-jaarboeke/2014/>
- Doss, G. R. (2011). A Malawian Christian theology of wealth and poverty. *International Bulletin of Missionary research*, 35(3), 148–152.
- Drieskens, S., & Gisle, L. (2015). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Geraadpleegd van [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde\\_documenten/Summ\\_HC\\_NL\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde_documenten/Summ_HC_NL_2013.pdf)
- Driessens, K., & Van Regenmortel, T. (2006). *Bind-Kracht in armoede*. LannooCampus.

- Engbersen, G. (1991). Moderne armoede: feit en fictie. *Sociologische Gids*, 38(1), 7–23.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136.
- Federaal Instituut voor Duurzame Ontwikkeling. (2018). SDGS. Geraadpleegd van <https://www.sdgs.be/nl>
- Fitzpatrick, J. A., & Gomez, T. R. (1997). Still caught in a trap: the continued povertization of women. *Journal of Women and Social Work*, 12, 318–342.
- Foss-Kelly, L. L., Generali, M. M., & Kress, V. E. (2017). Counseling Strategies for Empowering People Living in Poverty: The I-CARE Model. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 45(3), 201–213. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12074>
- Fredman, S. (2015). *Women and Poverty: A Human Rights Approach*. Oxford University. Geraadpleegd van <https://ohrh.law.ox.ac.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/OxHRH-Working-Paper-Number-2-Fredman1.pdf>
- Gatz, M., & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 3–9.
- Ghys, T. (2016). *Sociale innovatie en structurele armoedebestrijding* (Proefschrift). Universiteit Antwerpen.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet sexual and reproductive health series*, 368(9547), 1595–1607.
- Goenee, M., van Haaren, E., Mouthaan, I., Perdaems, A., Spruijt, R., Stegeman, N., ... Vermeulen, M. (2017). *Lekker belangrijk: leefstijl en gezondheidsbevordering van jongeren*. (N. van Halem, Red.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Harper, A., Clayton, A., Bailey, M., Foss-Kelly, L., Sernyak, M. J., & Rowe M. (2015). Financial health and mental health among clients of a Community Mental Health Center: Making the connections. *Psychiatric Services*, 66(12), 1271–1276. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400438>
- Heflin, C. M., & Iceland, J. (2009). Poverty, material hardship, and depression. *Social science quarterly*, 90(5), 1051–1071.
- Hoïng, M., & van Oosten, N. (2009). Primaire preventie van seksueel geweld. *Seksuologie*, 267–295.

- Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie en Dienst Studies en Statistiek van het Ministerie van het Waalse Gewest. (2001). Sociaal portret van Wallonië. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 151–159). Leuven: Acco.
- International Planned Parenthood Federation. (2008). *Sexual rights: an IPPF declaration*. Geraadpleegd van <http://www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration>
- Jans, M., & Dierckx, D. (2007). Geabonneerd op de banenmarkt. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 71–85). Leuven: Acco.
- Kroll, C. (2015). *Sustainable Development Goals: Are the rich countries ready?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Lauman, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Leusink, P., & Tanis-Nauta, M. (2009). *Seksuele gezondheidszorg: Deel 2 handboek seksualiteit en reproductie*. RIVM.
- Leusink, P. (2011). Hoe werkt seks: het afscheid van libido. *Bijblijven*, 27(7), 9–13. <https://doi.org/10.1007/s12414-011-0054-3>
- Leusink, P., & Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Mackenbach, J., Kunst, A., Cavelaars, A., Groenhouf, F., & Geurts, J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349(9066), 1655–1659.
- Mantsios, G. (2007). Class in America - 2006. In *Race, class, and gender in the United States* (pp. 182–198). New York: Worth Publishers.
- McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L. (2002). Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Services Research*, 37(6), 1441–1443. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, Social Status and Health*. New York: de Gruyter.
- Morgan, M. (2008). What is the goal of access to health care? *Journal of law and medicine*, 15(5), 742–751.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

- Murray, S. (2006). Poverty and health. *Canadian Medical Association Journal*, 174(7), 923–923.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.060235>
- Myers, J. E., & Gill, C. G. (2004). Poor, rural and female: understudied, under-counseled, more at-risk. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 225–242.
- Narayan, D., Patel, R., Schafft, K., Rademacher, A., & Koch-Schulte, S. (2000). *Voices of the Poor: Can anyone hear us?* New York: Oxford University Press.
- Netwerk tegen Armoede. (2016). *Gezondheids promotie en mensen in armoede*.
- Netwerk tegen Armoede. (2017). *Gezondheidszorg verdraagt geen uitstel*.
- Onarheim, K. H., Iversen, J. H., & Bloom, D. E. (2016). Economic Benefits of Investing in Women's Health: A Systematic Review. *Plos One*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150120>
- Orsini, M., & Mazijn, B. (2017). *Een evaluatie van de politieke engagementen van de federale overheid tegenover Agenda 2030 voor Duurzame Ontwikkeling van de Verenigde Naties* (Eindrapport). ICEDD.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Raeymaeckers, P., Noël, C., Boost, D., Vermeiren, C., Coene, J., & Van Dam, S. (Red.). (2017). Inleiding. Over armoede en lokaal sociaal beleid. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 21–38). Leuven: Acco.
- Raeymaeckers, P., Noël, C., Boost, D., Vermeiren, C., Coene, J., & Van Dam, S. (Red.). (2017). Armoede en armoedebeleid: een beknopte synthese. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 22–27). Leuven: Acco.
- Raeymaeckers, P., & Dewilde, C. (2007). Multidimensionele armoede gemeten en becijferd op basis van de Belgische SILC-2004. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 113–132). Leuven: Acco.
- Roemens, T. (2001). Armoede in Brussel. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 163–169). Leuven: Acco.

- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36–39.
- Amnesty International. (z.d.). Seksuele rechten. Geraadpleegd 21 november 2017, van <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/seksuele-rechten>
- Sensoa. (2017). Sensoa: Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid. Geraadpleegd 3 november 2017, van <http://www.sensoa.be/>
- Sensoa. (2015). Seksuele gezondheid, een wereldwijde prioriteit voor de komende 15 jaar. Geraadpleegd 24 januari 2018, van <https://www.sensoa.be/nieuws/seksuele-gezondheid-een-wereldwijde-prioriteit-voor-de-komende-15-jaar>
- Sensoa International. (z.d.). Seksuele en reproductieve rechten. Geraadpleegd 3 november 2017, van <http://www.sensoainternational.be/seksuele-en-reproductieve-rechten.html>
- Smith, J. P. (1999). Healthy bodies an thick wallets: the dual relation between health and economic status. *The journal of economic perspectives*, 13(2), 145–166.
- Snick, A. (2014). Armoede en duurzaamheid: van spanningsveld naar innovatief beleidskader. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Leuven: Acco.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2016). *Politieke diensten en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie* (Tweejaarlijks verslag 2014-2015).
- Thys, R., De Raedemaecker, W., & Vranken, J. (2004). *Bruggen over Woelig Water: is het mogelijk om uit de generatie-armoede te geraken?* Leuven: Acco.
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations General Assembly.
- United Nations. (1994). *International Conference on Population and Development. Programme of Action*.
- United Nations. (2014). *Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition*. United Nations Population Fund.
- United Nations. (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York.
- United Nations. (2017). *The Sustainable Development Goals Report 2017*. New York.

- van der Burg, M., & Raeymaeckers, P. (2014). Het risico op armoede in België: de determinanten van multidimensionele armoede onder de loep. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 45–60). Leuven: Acco.
- van der Burg, M., Van Lancker, W., Mortelmans, D., & Raeymaeckers, P. (2015). Multidimensionele armoede: maken kinderen een verschil? In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 142–165). Leuven: Acco.
- van der Vlugt, I. (2016). *Richtlijn seksuele en relationele vorming. Visie, doelen en uitgangspunten*. Geraadpleegd van [http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal\\_materiaal/whostandardsnederlands.pdf](http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal_materiaal/whostandardsnederlands.pdf)
- Van Doorslaer, E. van, Masseria, C., Koolman, X., & Group, for the O. H. E. R. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(2), 177–183. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- Van Hoetegem, H. (2002). De vrouwelijke kant van armoede. *Wij vrouwen*, *4*, 2–4.
- Van Paepegem, T., Willems, S., De Boeck, L., & De Maeseneer, J. (2001). Gezondheidsbevordering en armoede. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 263–281). Leuven: Acco.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- van Rensburg, J. (2013). The psychology of poverty. *Verbum et Ecclesia*, *34*(1).
- Vanwesenbeeck, I. (2008). Sexual Violence and the MDGs. *International Journal of Sexual Health*, *20*(1–2), 25–49.
- Vermeiren, C., Noël, C., Raeymaeckers, P., & Dierckx, D. (2017). Governance van netwerken ter bestrijding van kinderarmoede. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 75–89). Leuven: Acco.
- Vranken, J., & De Boyser, K. (2003). Inleiding. Armoede tussen wereld en leefwereld. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 27–40). Leuven: Acco.
- Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., Dewilde, C., & Dierckx, D. (Red.). (2008). *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Leuven: Acco. Geraadpleegd van <https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/oases/jaarboek/voorgaande-jaarboeke/2008/>

Vranken, J., & De Boyser, K. (2005). Inleiding. Het jaarboek in perspectief. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 25–37). Leuven: Acco.

Vranken, J. (2007). Inleiding: Armoede is niet gezond. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 25–36). Leuven: Acco.

vzw De Link. (2012, augustus). Visie op armoede. De Link vzw. Geraadpleegd van [https://www.delinkarmoede.be/sites/default/files/2012\\_visie\\_op\\_armoede\\_de\\_link.pdf](https://www.delinkarmoede.be/sites/default/files/2012_visie_op_armoede_de_link.pdf)

Waage, J., Banerji, R., Campbell, O., Chirwa, E., Collender, G., Dieltiens, V., ... Unterhalter, E. (2010). The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015: Lancet and London International Development Centre Commission. *The Lancet*, 376(9745), 991–1023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61196-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61196-8)

Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization*, 80(2), 97–105.

Wijzen, C., & de Haas, S. (2012). Seksuele gezondheid in Nederland 2011. *Tijdschrift voor seksuologie*, 36(2), 81–145.

World Association for Sexual Health. (2008). *Sexual health for the millenium. A declaration and technical document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health. Geraadpleegd van <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>

World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of Sexual Rights*. World Association for Sexual Health Advisory Council.

World Health Organization. (2000). *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*. Geraadpleegd van [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=397%3A2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&catid=1425%3Apublications&Itemid=40682&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397%3A2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&catid=1425%3Apublications&Itemid=40682&lang=en)

World Health Organization. (2002). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Geraadpleegd van [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)

World Health Organization. (2009). *Women and Health: today's evidence, tomorrow's agenda*.



World Health Organization. (2010). *Standards for Sexuality Education In Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BzGA.

World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Genève: World Health Organization. Geraadpleegd van [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1)

# Bijlagen

## 1 Leidraad focusgroep

### 1. Introductie

Voorstelling mijzelf en onderzoek

- Starten met bedanking om mee te doen aan focusgroep
- Voorstellen mijzelf en assistent
- Onderzoek naar de seksuele gezondheid van vrouwen die leven in armoede
- Doel is om inzicht te krijgen in de beleving en noden van deze vrouwen + mogelijke aanbevelingen formuleren voor andere organisaties
  
- Uitnodigen om alle ideeën, meningen en persoonlijke ervaringen te delen. Wat vindt u belangrijk, wat zijn uw bedenkingen, suggesties?
- Bedoeling is om zoveel mogelijk onderling te discussiëren, gesprek te voeren. Ik leid het gesprek en stuur af en toe bij. Er zijn geen foute of goede antwoorden. Het gaat erom wat u vindt en waarom, ervaringen uit professionele praktijk
- Gelieve elkaar aan het woord te laten en niet door elkaar te spreken (vergemakkelijkt de analyse achteraf)
- Er wordt anoniem verslag gemaakt van het gesprek en er wordt een opname gemaakt
- Als u belangstelling heeft kan u nadien exemplaar van het eindresultaat te krijgen.
- Gelieve steeds je naam te zeggen voor je jouw verhaal doet
- Zijn er nog vragen voor we beginnen?

Voorstelling deelnemers

- We kunnen eerst beginnen met zichzelf kort aan elkaar voor te stellen.
- Wat is jullie naam, functie en professionele achtergrond?

### 2. Leidraad gesprek

1. Zijn er zaken waar jullie spontaan aan denken wanneer ik spreek over de seksuele gezondheid van deze vrouwelijke doelgroep?

- Welke aspecten of thema's van seksuele gezondheid komen jullie tegen tijdens jullie contacten met deze vrouwen?
- Merken jullie daar een lijn in?
- Hoe gaan jullie hiermee om?

3. Zijn er zaken die jullie kunnen benoemen vanuit jullie ervaring en contacten die opvallend gevoeliger liggen dan andere, op vlak van seksuele gezondheid?

4. Welke zaken lopen volgens jullie wel goed op vlak van seksuele gezondheid? Waarover zijn deze vrouwen tevreden op vlak van hun seksuele gezondheid?

5. Wat is volgens jullie een belangrijk thema in verband met seksuele gezondheid waar organisaties zeker aandacht aan moeten besteden met betrekking tot deze doelgroep?

6. Welke noden hebben deze vrouwen volgens jullie voornamelijk rond seksuele gezondheid?

- Met welke vragen zitten zij zoal?
- Hebben jullie een idee waar of bij wie zij hiervoor te rade gaan?
- Wiens taak is het volgens jullie om hen hierin te helpen en informatie te geven?

7. In een piloot interview dat ik had met een jonge vrouw kwam vooral naar voor dat zij nood had aan informatie over relaties en seksualiteit. Zij heeft het gevoel dat zij hierover bij niemand terecht kan, thuis niet en ook niet bij hulpverleners. Wat vinden jullie hiervan?

8. In welke mate denken jullie dat seksuele gezondheid (manier waarop men in relaties staat, moment wanneer men voor het eerst zwanger wordt enzovoort) gevormd wordt door het verleden en de dingen die men heeft meegemaakt?

- Zijn er misschien voorbeelden die jullie vanuit jullie professionele ervaringen willen delen?

9. Is er volgens jullie een verband tussen leven in armoede en seksuele gezondheid?
- Op welke manier uit dit zich volgens jullie?

### **3. Afsluiting**

Belangrijkste thema's die aan bod kwamen opnieuw aanhalen en verder uitdiepen.

Heeft iemand nog een opmerking, bedenking die hij/zij graag wil delen?

Wat vonden jullie van dit gesprek? Enige tips, suggesties?

### **4. Bedanking**

Iedereen opnieuw bedanken voor deelname. Zijn er nog vragen?

## 2 Voorbeeld focusgroep

**Voor mij is het zelf de eerste keer dat ik een focusgroep doe dus ik ben zelf nogal wat aan het zoeken wat de beste manier is. Ik heb mijzelf wel al wat voorgesteld. Dus mijn naam is Lore en ik studeer Agogische wetenschappen aan de VUB. Ik heb eerst Gezinswetenschappen gestudeerd en daarna wou ik nog iets bijdoen dus heb ik een schakeljaar gedaan en nu zit ik in mijn master Agogische wetenschappen. Dus ik doe eigenlijk in samenwerking met Sensoa mijn thesis rond seksuele gezondheid bij vrouwen in armoede. Eigenlijk wouden zij daarrond meer te weten komen omdat zij zelf nog niet veel gegevens daarrond hebben. Dus dit is denk ik eigenlijk een eerste stap naar meer onderzoek want ja, er is nog niet veel rond gedaan eigenlijk. Allez, toch niet bij vrouwen met een Belgische nationaliteit. En eigenlijk is het de bedoeling dat ik ga kijken van ja, wat zijn vooral de noden van deze vrouwen rond hun seksuele gezondheid en dat ik achteraf ook bijvoorbeeld bepaalde aanbevelingen kan formuleren voor organisaties zoals jullie of bijvoorbeeld stad Antwerpen of Sensoa ook.**

**Dus eigenlijk is het de bedoeling... ik heb dus een vragenlijst maar dat zijn vragen die een soort leidraad vormen. Dus als jullie zelf nog zaken hebben van, ja dat is voor ons belangrijk of dat willen wij wel zeggen, dan moogt ge dat allemaal zeggen want voor mij is het ook echt heel interessant dat ik zoveel mogelijk input krijg. Het gaat er vooral om wat jullie vinden, wat jullie vanuit jullie ervaring kunnen vertellen. Dat is het eigenlijk. Ik weet niet of jullie nog vragen hebben?**

Ine: Nee.

**Misschien is het interessant om te beginnen dat iedereen even zichzelf voorstelt en zo context van waaruit dat jullie werken...**

Anja: Ik ben Anja en ik studeer aan de Karel de Grote hogeschool in Antwerpen, orthopedagogie. En ik ben nu stagiaire bij De Keeting, dat is een armoede... ja ge weet dat. En ja dat interesseert mij, dat onderwerp, dus vandaar. Ik vond dit ook super boeiend. Ik heb ook het vak gehad 'kindermishandeling' waar dat ook seks wel heel hard aan bod kwam. En ik vond dat toch wel boeiend om daar ook mee aan te kunnen deelnemen. En ik hoop dat ik wel van nut kan zijn voor jullie...

Nathalie: Ik ben Nathalie, ik ben een verpleegster, ik ben algemeen en sociale verpleegster. En ik heb als eindstage, stage in De Keeting gedaan en sinds november werk ik ook in De Keeting, dus ook in een armoede-organisatie.

Leen: Ik ben eigenlijk een beetje hetzelfde als Anja. Allez, ik ben stagiaire in De Keeting en ik ben wel van opleiding, allez ja ik ben het nog niet maar ik doe mijn laatste jaar sociaal werk in Heverlee, in Leuven. Afstudeerrichting maatschappelijk werk, maar ik zit nu ook in het culturele en zo dus. Seksualiteit vind ik een zeer boeiend onderwerp, ik vond het dan ook wel zelfs leuk om daaraan mee te doen en daar ook, ja... ik denk dat ik ook wel heel open kan zijn naar mensen toe op dat gebied. Ook naar onze mensen verliep dat eigenlijk vlotter dan verwacht om aansluiting te vinden en daar is over te babbelen. Dus...

**Oke, dat is tof dat jullie allemaal zo geïnteresseerd zijn om mee te doen...**

Ine: Hey. Dus ik ben Ine en ik werk voor stad Antwerpen, ik ben ook maatschappelijk werken maar zoals jullie zien werk ik al wat langer... Ik heb in psychiatrie gestaan, ik heb in bijzondere jeugdzorg gestaan als consulent en dan ook voor OCMW gewerkt en nu werk ik bij Stad maar ik doe ook de ondersteuning voor de maatschappelijk werkers voor de OCMW's rond focus gezinsplanning. Het algemeen thema is seksuele gezondheid en ik werk op de dienst gezondheid waar dat wij rond verschillende thema's werken maar mijn thema is seksuele gezondheid maar ik focus mij eigenlijk op gezinsplanning.

**Ahja, ja.**

Ine: Ik doe ook een beetje de deskundigheidsbevordering van de maatschappelijk werkers en ik doe ook individuele begeleidingen naar dus de klanten van het OCMW. Dat kan zijn iemand die ongewenst zwanger of ongepland zwanger is, naar de abortus, naar de sterilisatie, ik spreek over gezinsplanning... voilà.

**Oke, dat is ook allemaal heel interessant...**

**Ik weet niet of, hebben jullie de vragen al een beetje kunnen bekijken?**

Iedereen: Ja.

**Dan kunnen we misschien gewoon starten met de eerste vraag. Ik weet niet of dat jullie daar... ik ben zo algemeen mogelijk begonnen omdat ik weleens wil horen van ja, wat dat er bij jullie zo speelt rond seksuele gezondheid in jullie werksfeer. Ik weet niet wie er wil beginnen?**

Leen: Ja bij ons is dat dan direct wel heel specifiek hé. Ik bedoel dingen die aan bod komen zijn toch wel... misbruik, seksueel misbruik... wat we straks nog gaan aanhalen, zo het gevoel van vrouw te zijn... dat is misschien meer voor de latere vragen... dat zijn echt bij de specifieke thema's die aan bod komen maar gij weet daar misschien meer over omdat gij al efkes bij De Keeting...

Nathalie: Ook vooral van bezoekers dat psychisch onwel zijn... hebben daar vaak geen... die ja... bijvoorbeeld een koppel dat bij ons komt, die man heeft daar wel nood aan maar die vrouw is zo ja, psychisch onwel dat dat niet gaat...

**Nood aan seks?**

Nathalie: Ja seks ja. Dat zijn zo de dingen die bij mij...

**En daar wordt dan wel over gesproken als ze bij jullie komen?**

Nathalie: Ja. Die zijn daar heel open in, jaja. Dat wordt zo soms is al lachend gezegd maar daar wordt dan wel verder op ingegaan, ja.

**Dus begeleiden jullie hen daar dan ook wel in? Of eerder ja, luisterend oor?**

Nathalie: Ja eerder een luisterend oor en als het nodig is doorverwijzen.

**Ahja, ja want voor jullie is dat natuurlijk ook...**

Anja: Ja dat is ook een beetje het doel van De Keeting hé. Dat schakelen, dat doorverwijzen, dat is dat wat vooral...

Nathalie: Ja inderdaad.

**Leen, gij wou ook nog iets zeggen van thema's?**

Leen: Ja, er zijn ook heel vrouwen zijn die bij ons in het verleden, in hun jeugd of eigenlijk ook nog hedendaags, misbruikt worden. Eén bezoekerster die is door verscheidene familieleden misbruikt geweest en jullie zien dan ook dat dat wel een problematiek is die terugkomt. Eens dat ge daar zo wat in zit, dat ge dan ook gemakkelijker daarmee toch nog in contact blijft komen. Toch?

Anja en Nathalie: Ja...

Nathalie: Ge bedoelt ook die bezoeker Natascha, die is vroeger heel veel misbruikt geweest door verschillende personen en ge ziet nu in haar relaties, ze kent iemand één of twee dagen en dan heeft ze daar direct een relatie mee en ja...

Leen: Ja dan is ze daar ook wel direct fysiek mee hé...

Nathalie: Ja absoluut.

**Uit het interview dat ik heb gehad, ... herinner ik mij ook wel dat zij ook aangaf dat zij heel snel bij iemand, ja, ze is echt zo op zoek naar die affectie en die genegenheid en de eerste persoon dat haar dat geeft...**

Anja: Is dat ook niet... vraag ik mij dan ook af, dat kan misschien ook wel met eenzaamheid te maken hebben omdat heel veel bezoekers ook wel eenzaam zijn en toch echt wel op zoek zijn naar iemand waar dat ze hun verhaal kunnen delen. Ik denk dat dat daar ook wel veel mee te maken kan hebben...

**En merken jullie dan dat hun netwerk heel klein is? Omdat ge zegt dat ze misschien wel eenzaam zijn en dat ze weinig mensen rondom hun hebben misschien?**

Anja: Ik denk dat er heel veel mensen rondom hun zijn maar dat er gewoon echt weinig echte mensen zijn waarop ze kunnen rekenen of die ze snel in vertrouwen nemen.

Leen: Ja, die hun netwerk is wel klein. Van de meesten toch.

Anja: Want er zijn heel veel bezoekers in De Keeting maar echt vertrouwd... ja er zijn enkele die wel op elkaar kunnen rekenen maar toch niet dat ze bij iedereen gaan.

Nathalie: Nee, nee.

**Die vrouwen met wie jullie gesproken hebben over hun seksuele gezondheid, merken jullie dat dat enkel die vrouwen zijn die er makkelijk over spreken? Want ik merk wel dat er ook veel vrouwen zijn die dat ook gewoon absoluut niet willen over spreken. Omdat ze zo iets hebben van ja, vaak zitten ze al zo in de hulpverlening dat heel hun leven al eigenlijk helemaal wordt opgelegd en dan is seksualiteit eigenlijk het enige wat zij nog zo van hunzelf hebben en dan toch nog voor hun zelf willen houden...**

Anja: Dat hadden wij eigenlijk niet hé...

Leen: Met de mensen wie we gebabbeld hebben eigenlijk niet.

Anja: Toen ik vroeg van, ligt er iets gevoelig? Is er iets waar dat jullie moeilijk over praten?, zei ze ook van "goh nee, dat valt eigenlijk wel...". Eén meisje zei wel van ja verkrachting ligt eigenlijk wel iets gevoelig. Die was ook iets minder direct dan de andere twee maar...

Leen: We hadden eigenlijk verwacht dat zij heel gesloten ging zijn maar dat was ook niet... Maar ik denk nu wel ja, we hebben het sowieso wel aan mensen gevraagd waarvan dat we wisten van "die gaat erover willen praten". Het is ook een ontmoetingsruimte waar mensen ook komen om op hun gemak te zijn en dan moet ge wel zo wat afwegingen maken van... Want het zou inderdaad wel interessant zijn mochten er mensen zijn die daar echt zo moeilijkheden mee hebben maar ik vind niet dat ge dan zo in de positie zijt van dat helemaal ja... Ge hebt ook gemakkelijker de neiging om dat aan iemand te vragen waarvan dat ge denkt "ja die..."

**Ja, jaja.**

Ine: Misschien wel boeiend inderdaad, ge hebt inderdaad die ervaring van mensen of ik hoor dat toch van de maatschappelijk werker die dat heel vlot of bijna te vlot, is misschien niet het juiste woord want, allez of soms veel informatie geven terwijl dat dat juist niet altijd verwacht is. Maar ge hebt ook mensen die dat juist helemaal niet wensen dus wat maakt dat de ene groep of personen daar wel zo vlot of zo open of spreken en de anderen juist echt kiezen om dat privé te houden, ik weet het niet. Dat is misschien een deel van uw onderzoek of een deel van de gedachte die erbij kan komen...

Anja: Kan dat ook niet van persoon tot persoon afhangen? Ik denk niet dat we dat persé bij armoede moeten leggen maar de ene persoon kan ook iets makkelijker praten over iets dan anderen. Het kan ook dat dat bij armoede ligt hé maar ik wil dat niet altijd direct daarop...

Ine: Ik denk niet dat het persé een link is met armoede maar het klopt wel dat er een groep van mensen zijn die over eender welk thema misschien heel open zijn en misschien soms te open dan goed is voor zichzelf en anderen juist meer gesloten. Maar heeft dat met armoede te maken, dat zou ik niet zeggen, dat weet ik niet.

**Ja dat is zo het moeilijke hé. Vaak willen we dan dat ze er wel over spreken omdat ze... veel hulpverleners zeggen toch vaak van dat ze hen daar bij willen helpen om meer informatie te geven... dat kan van alles zijn, anticonceptie ofzo van die dingen. Maar soms hebben ze daar gewoon geen nood aan en dan is dat moeilijk om... Ja, wie heeft er nood aan, wie niet? Zijn er dingen dat jullie merkten die gevoeliger liggen op vlak van seksuele gezondheid? Iemand had gezegd verkrachting en misbruik...**

Leen: Ja, maar die persoon wou daar eigenlijk verder niks over zeggen.

Anja: Ja ze zei dat dat toch wel ook gevoelig lag bij haar maar verder merkten we niet echt dat er... het was vooral openheid hé? Bij de andere twee...

Leen: Ja, iemand reageerde daar dan op met dat ze... een mededeling met dat zij ook zichzelf verkracht is geweest, iemand, en ze zei "ja ik heb totaal geen moeite met daarover te praten, dat is ook niet het ergste wat ik heb meegemaakt..." Dus ja, dat is zo wel efkes zo... Maar een thema dat gevoelig lag, dat sluit zo wat aan bij die andere vraag, was dus wel zo het vrouw-zijn. Zij merkten in hun omgeving dat vrouwen in armoede het, ja moeilijk hebben om zich echt zo te profileren als vrouw en daar ook voor te staan, in die zin dat ze ja, hun eigenwaarde is... allez sowieso wat naar achter geschoven door de situatie waar dat zij inzitten, dat ze ook geen geld hebben om zichzelf eens, allez ja, op te kleden, dat hun hoofd daar ook niet naar zat, dat dat ook geen prioriteit is. Lingerie, dat lingerie ook heel duur is, maar dat zij ook zoiets hebben van ja, "ik heb dat eigenlijk wel nodig om mij vrouw te voelen, ik vind dat wel belangrijk". Terwijl ja, als ge dan goedkope lingerie koopt, is dat ook niet altijd goed voor uw borsten...Snapst ge? Allez zo, dat is zo wel een punt...

**Ja. Ik vind dat wel heel interessant want dat is eigenlijk iets waar dat wij niet zo meteen aan zouden denken omdat dat voor ons is dat ja...**

Leen: Uhu, nee... Ook zo het gevoel mogen hebben van "ja ik verdien dat ook wel om bijvoorbeeld, ik zie er goed uit of ik..." Ook praten over uiterlijk en zo, dat is ook niet... Terwijl eigenlijk mensen dat toch wel vaak doen. En de personen die aan tafel zaten die vonden dat zelf ook wel van zichzelf, dat ze dat meer zouden mogen laten zien van "ik ben een vrouw".

**En is dat dan vooral uit financiële redenen dat ze daarin worden... of ja dat ze dat hun moeilijker kunnen permitteren?**

Leen: Ja. En ook omdat, als uw financiële toestand zo zwaar weegt in uw leven, is dat ook, dan is dat ook vaak het enige waar dat ge mee in uw kop zit hé. Vaak, die mensen hebben dan ook... die vrouwen die bij ons aan tafel zaten hadden ook kinderen, dus ja dat komt er dan ook nog eens bij... Ge verliest heel snel uzelf of ge zijt heel weinig met uzelf bezig als persoon denk ik, en uw identiteit ja...

**Merkt ge dan dat die ook, dat ze ook qua zelfbeeld... dat dat ook wel vrij laag ligt? Of zegt ge dat dat daarmee samen gaat...?**

Leen: Ik denk dat ge dat zo op het eerste zicht niet altijd zo goed kunt zien...

Anja: Ja, maar het is er wel denk ik...

Leen: Maar ik denk wel dat die een heel laag zelfbeeld hebben ja... Nu Ann niet hé?

Anja: Ik denk dat die ook... Jawel die is heel onzeker...

Leen: Ja of wel dat die inderdaad juist heel vlot en open over alles babbelt maar met heel veel vragen zit want die vraagt ook wel altijd heel veel naar bevestiging.

Nathalie: Jaja die is heel onzeker.

Leen: Want die heeft ook veel wisselende relaties hé?

Nathalie: Ja, ja. Wat bij ons ook wel opviel was, allez gewoon opvalt, is bedrog. Zo ja... Geen stabiele relaties, heel veel wisselen...

**En dat bedrog, komen ze dat dan ook gewoon bij jullie dan vertellen ofzo? Want hoe weten jullie dat?**

Nathalie: Soms ja. Soms wel... Wij zien ook heel veel... Wij hebben zelf Facebook profielen van De Keeting en dan ziet ge ook vaak dingen voorbij komen...

Leen: Want zij delen heel veel. Onze doelgroep deelt heel veel via Facebook.

Nathalie: Ja heel veel. Te veel.

Anja: Te persoonlijk ook soms.

**En zijn er dan zaken waarvan da ge zegt... Zaken die wel positief zijn? Want ja sowieso dat er ook wel positieve dingen zijn of waar dat ze dan wel sterker in uitkomen?**

Nathalie: Ja ze zijn heel open en eerlijk.

Leen: Eigenlijk praten over seksualiteit is geen probleem.

Nathalie: Is geen probleem inderdaad, allez bij sommigen. Niet bij iedereen maar bij de meesten.

Anja: Ik vind ook dat dat allemaal stuk voor stuk echt vechters zijn... Die hebben zóveel meegemaakt en zoveel moeten doorstaan en die hebben elk hun eigen verhaal en hun eigen weg afgelegd en toch... Dat is zo knap dat die blijven doorzetten ondanks al die pech, toch er nog staan en blijven... Ookal is het zo zwaar hé, ze lachen niet altijd en er is ook heel veel negativiteit maar ze blijven er wel staan elke dag opnieuw, ze zijn er elke dag opnieuw...

Leen: Ja en ze stellen zich ook wel open om over dingen te praten en mee te werken aan dingen, soms dat ik denk van ja... Amai tof... Want als het zo echt niet goed gaat met u dan is dat toch niet evident om uw tijd zo vrij te maken voor zo'n zaken... Maar positief op vlak van seksualiteit dan... Goh...

**Ja het hoeft misschien niet persé op vlak van seksualiteit te zijn maar dingen dat daar wel... Bijvoorbeeld als ge zegt dat het doorzetters zijn en ze zo sterk zijn... Dat zal daarin ook wel... Ja dat ze blijven volhouden zo...**

Nathalie: Er was ook wel iets mooi dat Eva tegen jullie had gezegd...?

Leen: Ja, dat zij op vlak van relaties toch ook heel veel meemaken en zij had dan gezegd van "ge moogt uw huidige partner niet opzadelen met hetgeen wat dat ge hebt meegemaakt in uw verleden, uw andere ervaringen". Dat was haar visie daarop, want Ann was daar dan niet mee akkoord...

Anja: Maar ik vond dat wel heel mooi dat ze dat zei... Dat was zo heel liefdevol...

**En wat bedoelde ze dan met vorig...?**

Nathalie: Bedrog dacht ik?

Leen: Ja ja. Bedrog, in de steek laten, met kinderen en alimentatie niet betalen en...

Anja: Dat hoorden we ook veel hé dat de partner toch niet veel aanwezig... allez de vader van de kinderen, dat die ook niet...

Leen: Ja... Dat ziet ge wel veel terugkomen inderdaad.

**Dat die niet aanwezig zijn of....**

Anja: Ja, ja...

Leen: Dat vrouwen er vaak alleen voor staan.

Anja: Maar dat was wel... De manier waarop ze dat dan aangaf van, op een heel liefdevolle manier zo... Dat vond ik wel mooi dat ze dat dan zo zei van...

Leen: Ik denk wel dat de vrouwen gemakkelijk ook met hun partner wel babbelen over seksualiteit... allez de reactie is dan misschien niet altijd... dat weet ik niet, daar ben ik niet bij dan maar uit onze gesprekken kon ik wel afleiden dat zij in hun relatie veel babbelen over seks en genegenheid en affectie en dat er ook wel problemen op tafel gelegd konden worden...

**Er was niet zoveel taboe dan?**

Leen: Nee, taboe is daar niet echt rond denk ik.

**Ik weet niet Ine, hebt gij nog iets toe te voegen?**

Ine: Wat dat ik er voor wat dat de moeilijkste zaken zijn, is het gesprek over de kinderwens maar dan, laat ons zeggen als de hulpverlening denkt "oei in deze situatie is het misschien geen goede



situatie om een kindje te kopen”, terwijl dat mensen dat zelf heel graag wensen... Dat is bijvoorbeeld iets wat dat heel moeilijk is. Als er hiv is en gewoon al de gevolgen van dien, en dan ook vrouwenbesnijdenis ja dat zijn zo de drie grote thema's maar dat zijn wel dingen die super persoonlijk en gevoelig zijn en ook niet zo gemakkelijk als hulpverlener om daar altijd op een juiste manier mee om te gaan... Maar ik heb minder met hiv en vrouwenbesnijdenis te maken maar meer dan rond die kinderwens dat een OCMW-maatschappelijk werker zegt "oeh er zijn al kindjes geplaatst..." Ge moet daar dan naartoe gaan en dan ervaart ge dat die mensen dat helemaal anders zien en dan ja... Kunt ge daar zeker wel al een gesprek over hebben maar ik denk, zolang dat mensen zelf het verlangen hebben naar kinderen, dat ge daar niet veel aan kunt veranderen, of moet aan veranderen tenzij een langdurig therapeutisch proces maar niet op een aantal gesprekken of in een begeleiding...Positief zo zeker wat jullie zeggen, de kracht van mensen om met hun gezondheidssituaties of met ongelooflijk moeilijke jeugdsituaties of partnersituaties of situaties met kinderen, om te gaan. Ongelooflijk waar mensen hun kracht uithalen... Maar ik denk wel, ik weet niet of dat ik dat zou mogen of durven zeggen maar ik denk wel wat dat er inderdaad gebeurt is, hoeveel veiligheid dat ze hebben gehad of wat ze hebben meegemaakt, bepaalt volgens mij echt de relatievaardigheden, keuzes naar toekomst... Alles.

Leen: Ja... Natascha is daar een goed voorbeeld van hé.

Nathalie: Ja, dat is iemand op dezelfde dag leren kennen, de volgende dag zijn ze samen en hebben ze al direct seks... Ja dat is ja... Voor ons is dat...

Ine: Ja, ja zowel in misschien uw grenzen te dichtbij te zetten als misschien te ver zetten, misschien gaat dat wel in twee richtingen, omdat gewoon ook niet als voorbeeld gekregen te hebben.

Nathalie: Inderdaad. En ook van thuis zo die grenzen niet hebben meegekregen hé en thuis ook heel veel dingen hebben gezien en dan ja...

**Ja, want dat was ook een vraag dat ik er ook had bij gezet van, in welke mate denken jullie dat de manier waarop dat mensen in relatie staan of wanneer dat ze voor het eerst seks hebben, dat dat gevormd wordt wat dat ze eigenlijk al hebben meegemaakt of hoe dat ze zijn opgegroeid? Dus eigenlijk zeggen jullie dat dat inderdaad wel veel invloed heeft op...**

Nathalie: Ja... dat denk ik wel. Als ge kijkt naar uzelf, hoe dat gij soms op uw ouders kunt lijken en dingen doen ook... en hoeveel invloed dat die op u hebben. Dat is bij hun ook zo ja...

Anja: Dat zijn waarden en normen ook dat ge meekrijgt hé.

Nathalie: Ja. En sommigen hebben spijtig genoeg erge dingen gezien en ja...

Leen: Want veel van onze mensen zitten ook in generatie armoede hé. Dus dan kunt ge ergens wel u er iets bij voorstellen hoe dat dat dan met seksualiteit ook... Uw ouders zitten ook in armoede dus die ja...

**Merken jullie daar verschil in bij mensen die echt in generatie armoede leven tegenover...**

Anja: Nieuwe armen?

**Ja, ja.**

Ine: Wat zijn dat eigenlijk, nieuwe armen?

Anja: Mensen die door omstandigheden arm zijn geworden...

**Dus die niet persé vanuit armere thuis komen.**

Anja: Ja.

Leen: Ik denk wel, dat is nu misschien kort door de bocht maar ja... Soms zijn vooroordelen ook gewoon waar hé. Allez, denk ik dan.

Nathalie: Hoe bedoelt ge?

Leen: Dat nieuwe armen toch vaak intellectueel wat verder staan... Omdat mensen in generatie armoede vaak al van kleins af aan kansarm zijn en daardoor ook kansen niet hebben gehad voor scholing en...Dat is anders dan iemand die door één tegenslag in het leven in armoede is terecht gekomen, denk ik.

Anja: Ja dat is waar.

Ine: Ik denk dat opvoeding een grotere rol speelt dan armoede. Ik heb heel veel mensen uit arme landen en die zitten ook in armoede want die moeten met een leefloontje met een groot gezin rondkomen en toch is daar zelden een hechtingsproblematiek of vinden die wel een weg om die kinderen qua hechting en qua emotionele ondersteuning heel veel te geven. Dus vrees ik dat het een beetje altijd die groep gaat zijn en ja...

### **Het is ook een beetje een vicieuze cirkel hé.**

Ine: Ja en die u ook gewoon het hardste raken hé. Omdat ge daar wel heel veel nood voelt maar dat ge niet weet, alle hulpverlening dat daarop zit, of dat dat eigenlijk echt een verschil maakt in die situatie naar de toekomst toe. Dat weten we niet hé...

Anja: Ik denk dat dat ook een serieuze kluwen is hé bij nieuwe armen. En problemen thuis bijvoorbeeld met het gezin, en werkloos worden waardoor het bijvoorbeeld de vrouw en de kinderen weggaan, ja... Ik denk dat dat heel veel tezamen is waardoor dat ge arm kunt worden, dat dat niet één ding is. Dat dat een samenloop is van...

### **In principe zou iedereen in armoede kunnen terecht komen...**

Nathalie: Ja ja absoluut.

Ine: Ja iedereen kan pech hebben hé met gezondheid of met geld...

**Ja absoluut... En wat denken jullie dat voor organisaties of OCMW's bijvoorbeeld, een belangrijk thema is waar dat zij rond moeten werken met betrekking tot seksuele gezondheid? Bijvoorbeeld anticonceptie of dingen waarvan dat jullie opmerken dat dat precies wel iets is dat veel terugkomt of zo. En waar dat organisaties iets kunnen rond doen?**

Nathalie: Anticonceptie komt bij ons wel aan bod...

### **En op welke manier?**

Leen: Dat is iets dat blijkbaar dat vaak niet als norm wordt gezien, en dat dat ook duur... alle ik bedoel dat kost echt geld en... Maar mensen hebben weinig... Die hun drempels zijn ook allemaal veel hoger dan bij ons hé...

### **Die gaan niet zomaar een pak condooms gaan kopen ofzo?**

Leen: Nee...

Nathalie: En dat kost veel geld...

Ine: Het OCMW kan alle anticonceptie terugbetalen als de vraag gesteld wordt...

Nathalie: Dat wist ik niet.

### **Daar staat ook geen leeftijd op ofzo?**

Ine: Nee.

### **Ik denk dat weinig mensen dat weten.**

Anja: Ja, nee inderdaad.

Ine: Dat is niet overal geweten maar normaal gezien zouden alle maatschappelijk werkers van het OCMW dat nu toch wel moeten weten en aan klanten zeggen... Dat zou geen drempel mogen zijn hé

maar dan zijn er dikwijls nog andere drempels van verhalen dat ge gehoord hebt van een staafje dat verdwenen is of iemand die toch zwanger is geworden van een spiraal en... Ja als ge daar niet de juist informatie over krijgt, en misschien wat moeilijker hebt in vertrouwen dan is die drempel misschien nog groter, ik weet het niet goed... Dat ervaar ik wel dat als ge daar echt veel tijd voor neemt om daar echt zo tot in de diepte te zoeken naar waarom dat niet en waarom dat wel... Dan ervaar ik eigenlijk dat er niet zoveel weerstand is om dat te gebruiken maar als niemand daar echt tijd voor neemt ja dan zijn de veelheid van problemen zo alledaags dat dat stuk gewoon opgeschoven wordt naar ja... dan gebeurt het gewoon niet denk ik.

### **Is het misschien ook iets van, toegang tot informatie? Dat ze het gewoon niet weten?**

Anja: Ja dat denk ik wel...

Leen: Ja en toch ook wel weer die opvoeding...

Ine: Opvoeding... Kindjes komen er ook gewoon en dat is...

Leen: Voor die generatie in armoede is dat denk ik heel hard... niet anders geweten. Als ge ook geen ouders hebt die u daar... Dat is zelf ook niet hun prioriteit geweest.

Ine: Uhu, dat is ook zo. Uw ouders leven het voor en gij leeft het na en dat is niet een bewuste keuze.

### **Dus anticonceptie is wel een thema dat jullie zeggen dat is toch wel iets...**

Nathalie: Absoluut, ja.

Ine: En misschien wel bredere zorg naar uw gezondheid, naar uw welzijn, dat dat ook minder uitgewerkt of ondersteund wordt... Ik denk dat dat daar gewoon een deel van is.

Leen: Zorgen voor uzelf.

Ine: Ja maar dat is ook eigenlijk iets wat dat maar gebeurt als uw basisbehoeften... en die zijn niet vervuld... En dat is eigenlijk logisch dat dat niet aan bod komt maar dat is in het algemeen denk ik wel... Dat dat fijn zou zijn dat daar meer ondersteuning is.

### **Het is geen prioriteit?**

Ine: Wél maar het komt er niet van, denk ik hé. Ge hebt een inschatting maar wij zijn ook, wij hebben ook allemaal onze blinde vlekken hé.

### **Ja jullie spreken ook gewoon vanuit wat jullie ervaren of zien...**

Ine: Wat ook extra is en mij opvalt, is de mensen die er graag over spreken... Maar ge hebt evengoed keiveel mensen die daar zoveel weerstand voor hebben om daar zelf over te spreken. Laat nog maar staan "ah wil jij nog kinderen of niet?". Dat dat zelfs heel moeilijk is voor sommige hulpverleners. Daar zit dat ook dikwijls denk ik, dat dat voor hulpverleners best ook nog schaamte is of angst om verkeerd te doen of heel veel drempels...

Leen: Ja zo want kinderen bijvoorbeeld, dat is echt wel zo'n issue denk ik. Want ik heb dat zelfs gewoon in omgang met mensen die niet in armoede leven. Ik merk wel dat dat misschien wel een beetje een taboe is, kinderen en kindwens. Ge weet niet wat er aan de hand is hé, misschien lukt dat niet of zijn er problemen ofzo. En dat is ook teruggekomen in onze gesprekken met de cliënten, zo potentie. Dus ja vruchtbaar zijn. Dat dat wel een moeilijk punt is bij die vrouwen ook. Dat ze ook zoiets hebben van ja, als een man... Er was iemand en die zei "voor mij is potentie ook een beetje ja, uw mannelijkheid of uw vrouwelijkheid." En als ge dan onvruchtbaar zijt dan is dat zo ja precies dat er iets... Of als een man geen erectie kan krijgen dan... Bij vrouwen was dat wel zo van "ja dan voel ik mij wel afgewezen en dan denk ik dat er iets...". Er was zelfs iemand die zei "ja ik heb dan zo gedacht dat mijn man mij bedroog en eigenlijk met zijn gedachten bij een andere vrouw zat", en dan beginnen er toch dingen te leven precies in de mensen hun hoofd. Dus ik denk zo 'kunnen' en 'geschikt zijn' om seks te kunnen hebben of om kinderen te kunnen maken, dat is wel moeilijk.

### **Dat hangt ook wel zo weer wat vast aan dat zelfbeeld en vertrouwen hebben in uzelf.**

Leen: Ja.

Ine: Ja ook één van de meest essentiële dingen als dat daar niet goed... Dat is toch een kei belangrijk deel ook hé. Stel dat ge daar...

Nathalie: Ja absoluut.

Leen: Maar Eva zei daar wel iets mooi over... Want Ann heeft nu een relatie met iemand... Ja Wesley is niet zo... Die staat er niet zo goed voor hé, in zijn leven. Allez dat is heel chaotisch allemaal.

Nathalie: Jaja.

Leen: En zij ervoer het probleem dat hij de laatste maand, de laatste tijd, haar heel vaak afwijst op lichamelijk vlak en zei vond dat heel frustrerend en dat was voor haar ook een reden om minder contact te zoeken met hem want ze wonen niet samen. Maar Eva die heeft dan heel lang een vaste relatie en die zei ook "ja als het niet goed gaat met uw partner, en ge ziet die graag dan moet ge u soms op lichamelijk vlak uw eigen opzij zetten dus uw eigen behoeften kunnen opzijzetten." Maar dat is ook niet gemakkelijk en dat komt een beetje terug met dat van dat psychisch welzijn, ik denk dat dat wel veel doet dat ge ook een sterke relatie moet hebben om dat te kunnen... om zo seksueel op dezelfde golflengte zitten met uw partner, moet het eigenlijk in uw leven ook allemaal goed lopen hé, denk ik.

**Ja. Dat is ook iets in mijn thesis waar ik heel veel op hamer van dat seksuele gezondheid zo hard samenhangt met uw lichamelijke gezondheid maar ook mentaal of emotioneel, dat ge dat niet van elkaar kunt zien.**

Leen: En ik denk dat dat bij sommige mensen, die daar zo heel vlot over zijn gelijk als bij Ann, seks eerder een vlucht of een manier is om...

Anja: Uitlaatklep.

Leen: Ja. Een uitlaatklep. Ze zei dat ook hé, "voor mij is dat een uitlaatklep". Ja als dan natuurlijk uw partner zich helemaal psychisch niet goed voelt en helemaal niet zover over denkt ja dan zit ge natuurlijk wel met een storing hé.

**Ja... En wat denken jullie dat, de vrouwen waar jullie mee in contact staan, op vlak van seksuele gezondheid, waar dat zij vooral nood aan hebben of wat dat zij vooral benoemen, dat jullie merken... Hun noden daarrond?**

Nathalie: Hm... Soms stel ik mij vragen, dat is nog nooit benoemd geweest door iemand, maar ik vraag mij dat zelf af van "hoe zit dat met hygiëne?" Sommigen hebben de middelen niet om hun te wassen, allez ze kunnen zich bij ons wassen, maar hoe zit dat met die hygiëne?

Leen: Ze doen toch vaak een week dezelfde kleren aan en...

Nathalie: Ja, ja ja.

Leen: Ge ziet dat ook aan de mensen dat ze niet proper zijn hé.

Nathalie: Ja. En dan stel ik mij soms daar vragen rond maar ik heb dat nog niet bevraagd. Dat is natuurlijk heel gevoelig.

Leen: Ja ik denk wel dat er op hygiënisch vlak niet veel normen zijn bij de meesten. Dus ook niet in fysiek contact of... Ik denk het niet. Zijn er mensen waarvan dat wij weten die bijvoorbeeld een ziekte hebben of?

Nathalie: Hiv bijvoorbeeld. Maar dat is door drugsgebruik dus dat is niet echt door seks... Maar ja hygiëne, goh. Dat is breed hé.

**Maar ja dat heeft er ook sowieso wel mee te maken hé. De basis eigenlijk ook hé.**

Anja: Soms denk ik ook wel of het niet goed zijn als ze een soort van vorming kunnen krijgen rond zich of hoe dat ge u openstelt, welke vormen dat ge u kunt openstellen. Bijvoorbeeld als ge kijkt naar Natascha: één dag kennen en daar dan direct mee in bed kruipen. Is dat geen vorm van

zelfrespect, dat ge dat niet doet? Dat daarrond iets misschien dat... Zou dat een nood kunnen zijn bij mensen?

Nathalie: Goh, dat is zo moeilijk... Dat is ieder voor zich. Die is dat ook al heel haar leven gewoon. Met één vorming...

Anja: Ja nee, niet met één vorming maar ja...

Ine: Wat dat ge eigenlijk zou willen is, wat dat gij u afvraagt is "is dat eigenlijk waar dat die gelukkig mee is of niet?" En dat is kei moeilijk in te schatten want hoe kan iemand dat nu inschatten voor zichzelf? Als ge altijd zo gedaan hebt... Wij kunnen daar een idee voor hebben "dat is misschien niet goed", en misschien is dat goed voor die persoon en misschien niet. Ik vind dat echt kei moeilijk om in te schatten.

Leen: Nu, wat ge wel soms ziet dat bepaalde handelingen die dat zij stellen hun dan achteraf slecht bekomen en dan ziet ge ook wel dat ze daar van afzien.

Anja: Ja welke grenzen stellen ze voor zichzelf?

Leen: Ik denk niet dat ze daar heel gelukkig van worden maar ik denk dat ze vooral niet weten van... Dat ze vooral de oorzaak niet kennen, dat dat een val is waar dat ge in blijft trappen.

Anja: Grenzen stellen is daar echt denk ik heel moeilijk bij.

**En hoe zou ge dat kunnen formuleren naar iets, of hoe zouden wij of mensen rondom hun hen daarbij kunnen helpen? Om grenzen te leren stellen?**

Anja: Ja dat is een goeie vraag...

**Komt dat ook weer terug vanuit hun opvoeding, dat ze dat gewoon nooit hebben gezien?**

Anja: Misschien dat mensen ook vanuit hun opvoeding altijd over hun grenzen zijn gegaan waardoor dat ze eigenlijk nooit de grens hebben kunnen stellen of mogen stellen hebben.

Ine: Of nog niet blootleggen waar ze liggen hé...

Leen: Ook door dat misbruik hé. Als ge misbruikt zijt ja, dan... Gelijk als Natascha die is heel haar leven misbruikt geweest, dan denkt ge ook op den duur van "dat is normaal dat ik mij direct blootgeef"

Anja: Ja en zelfs als ge weet waar uw grens ligt, hoe geeft ge die grens aan? Hoe doet ge dat?

Leen: Ja, voilà. Want zij heeft echt zo lang... Ge laat u doen hé.

Anja: Ja voilà dat is het.

Leen: Dus ge kunt ook niet anders als ge als kind vaak of als...

Ine: Dus die vaardigheden meer ontwikkelen of meer bewust van zijn. Maar kunt ge dat in één vorming of in een langdurige begeleiding of, wat is er dan dat dat...

Leen: Ja, ik vind dat dat eerder vooraf moet gaan aan een serieuze begeleiding.

Nathalie: Ja, voilà. Maar hoe maakt ge dan die mensen bewust dat ze geen grenzen hebben? Allez, of weinig grenzen hebben. Dat is ook nog zoiets...

Leen: Ja, ja. Omdat dat ook veel volwassen personen zijn dus dat is zo ja...

Ine: Ja moet ge dan wachten tot dat die vraag zelf komt van die persoon of moet ge zeggen "wij zien dat dat moeilijk is voor u dus wij gaan u helpen". Dat is een moeilijke hé...

Nathalie: Ja klopt.

**Of zou ge er al preventief rond kunnen werken? Bijvoorbeeld op school dat er wat meer rond... Maar dan is de vraag ja... Mensen in armoede bijvoorbeeld stoppen vaak ook vroegtijdig met school. Maar moest dat bijvoorbeeld op school gebeuren? Er wordt wel voorlichting gegeven maar eigenlijk heel weinig over dat relationele en over uzelf kennen...**

Ine: Dat lijkt me wel heel fijn als dat op school zou gebeuren. Niet alleen de biologie maar veel meer over...

**Het was nu ook recent in het nieuws dat Sensoa nu pleit voor elk jaar, al vanaf de lagere school denk ik, elk jaar seksuele voorlichting te geven.**

Nathalie: Dat is wel goed. Een beetje meer informatie. Dat zou inderdaad vanaf de lagere school al kunnen. Hoe stel ik grenzen? Wat hoort, wat hoort er niet?

Anja: Ik denk dat er ook wel heel veel leerkrachten moeilijk zouden hebben met dat over te brengen... Misschien is dat voor leerkrachten ook niet altijd even simpel om dat over te brengen. Ik weet dat niet hé. Maar als we die taak ook nog in hun schoenen gaan...

Leen: Ge kunt daarvoor ook mensen zoeken die dat daarin thuis zijn.

Anja: Ja dat was ik ook aan het denken. Misschien kunt ge studenten daar ook iets mee laten doen, als zij daarrond een project moeten uitwerken ofzo. Dan is dat ook eens zo nuttig en hoeven leerkrachten dat ook niet op hun te nemen. Dat is maar een idee hé.

Ine: Of misschien dat leerkrachten die zich daarbij goed voelen en daar dan in getraind worden ofwel als dat voor leerkrachten moeilijk is dat daar inderdaad iemand extra komt...

**Denken jullie dat dat verschil zou maken? Zo extra lessen of informatie op school?**

Leen: Ja. Ik vind dat het goed en het kwaad wordt geschied in het onderwijs. Ik vind dat in ons huidig systeem eigenlijk meer kwaad dan goed is, maar ja... Dat is weer een andere discussie. Ik vind dat wij te weinig leren over wat het leven is, wat het leven inhoudt, de echte dingen die ertoe doen.

Anja: Ja dat is waar.

**Uhu. Maar en bij veel kinderen wordt dat dan vanuit thuis aangeleerd? Maar ja als dat er dan ook al niet is...**

Leen: Ik denk heel weinig... Als ik naar mijn omgeving kijk zie ik toch ook wel dat dat echt in weinig huishoudens zo is dat er openlijk wordt gebabbeld, bijvoorbeeld over seksualiteit. Maar ook echt zo vaardigheden aanleren, dingen die ertoe doen... Vaak zijt ge dan ook afhankelijk van, of dat ge een hogere studie gaat doen of niet, denk ik. Want hoe meer dat ge...

Nathalie: Ja en bij gezinnen waar dat de prioriteit meer bij de ouders is van overleven, tegenover gewone gezinnen gaat dat zeker niet aan bod komen. Ik scheer nu alles over dezelfde kam maar...

Ine: Het is wel waar wat je zegt hé. Daar zou ofwel extra ofwel zeggen "we gaan dat aan iedereen een basis aanbieden en daar dan extra ondersteuning".

Leen: Maar ik denk vooral dat voorlichting heel belangrijk is. Ge merkt dat bij ons ook in de jeugdbeweging dat kinderen daar bijvoorbeeld wel over babbelen, en dat ge denkt van "oke die zijn nu toch wel op een leeftijd dat ze zouden moeten weten van wat dat dat is en..." Ik ben dan zo iemand, ik ga daar dan op in als ik dat hoor dan zeg ik "en wat betekent dat dan?" En dan weten ze dat niet of dan alle... Dat is iets dat wel leeft onder kinderen en jongeren dus ik vind, maak daar gebruik van! Want ze zijn daar wel in geïnteresseerd dus dat is wel een win-win situatie als ge daar meer tijd en energie in steekt dan hebben ze meer kennis maar dat is voor hun ook wel iets dat ze tof vinden om over te leren, en dan kunt ge ook wel dingen als hygiëne en zo, dan kunt ge daar ook wel rond werken. Ge kunt daar heel gemakkelijk iets tof en leerrijk van maken denk ik. Want we denken allemaal "ze weten het allemaal al tegenwoordig", maar dat is niet zo. Ze hebben ook veel een vertekend beeld door wat er allemaal in de media en tv en zo.

**Het doet mij wel denken aan het interview dat ik heb gedaan met een jonge vrouw van 24. Zij had een heel moeilijke jeugd gehad. Thuis met haar mama, haar mama had ook veel**

verschillende partners, die relaties waren ook niet altijd even liefdevol en ja zij was de oudste van de kinderen dus zij heeft dat ook allemaal gezien en zo. En dat was allemaal eigenlijk heel fout en zij is dan op haar 17 het huis uit gegaan, ze heeft dan ook in een instelling gewoond. Nu gaat het wel goed met haar, ze woont alleen en... Maar bij haar kwam echt heel sterk naar voor dat zij, nu nog altijd, dat zij heel veel nood heeft aan informatie over relaties. Zij zat bijvoorbeeld heel erg met de vraag (ze had dan een vriend), "is het normaal om elke dag seks te hebben met uw vriend?". Ze was daar echt zo mee bezig en ze kon precies nergens een antwoord vinden. Bij haar moeder niet, want haar moeder was eigenlijk zelf heel erg ambivalent in haar relaties en zo. Ze heeft haar dochter ook eens een slet genoemd... Ja dan gaat ge niet bij uw moeder... En eigenlijk ook niet bij de hulpverleners of haar begeleiders in de instelling. Ze had niet het gevoel dat daar heel au sérieux over kon praten... Dus mijn vraag aan jullie, wat vinden jullie daarvan? Wat maakt dat los bij jullie?

Ine: Ik vind dat eigenlijk jammer om te horen. Dat zij dan ergens verblijft en daar dan niet het gevoel heeft dat ze daar... Wat dat toch een wezenlijk onderdeel is van uw relatievaardigheden of toekomst...

Leen: Dat is bij ons ook aan bod gekomen hé. Zo van, dat dat wel een ding is, zo van "wat is normaal?". Ik denk dat dat ook met die afwijzing en zo heeft te maken. Dat inderdaad de hoeveelheid seks dat ge hebt, dat dat toch...

Anja: Ja de ene vond het normaal van 2 keer per maand seks te hebben, dat was meer dan genoeg en dan de andere zei "oei ja dat is veel te weinig"...

**Ja mijn vraag is dan: wat doen andere kinderen dan met die vragen, opdat zij op die leeftijd van 24 daar wel al een bepaalde rust in hebben gevonden van "oke ik weet nu wel wat ik moet weten"? Maar bij haar was dat echt niet. Zij heeft ook toen ze jonger was heel vaak gewoon affectie gezocht door met mannen naar bed te gaan, omdat ze die bij haar wou hebben en die bleven alleen maar bij haar als ze met haar mochten slapen, zo dacht zij.**

Leen: Ik denk dat veel mensen dat zo voelen... Ik denk dat iedereen affectie nodig heeft en liefde, en als ge iets meemaakt waardoor dat dat geschaad is, dat ge dan manieren zoekt om... Ja ik denk dat veel mensen dat doen. Maar inderdaad... Ging zij veel om met leeftijdgenoten als ze jonger was of totaal niet?

**Goh... Die mannen waarmee ze naar bed ging waren denk ik ook wel wat ouder.**

Leen: Ja bijvoorbeeld in mijn pubertijd praatte ik daar wel veel over met vriendinnen en vrienden en dat maakt toch dat ge een beeld hebt van... Er weet altijd wel iemand iets waardoor dat ge dan zo een algemeen beeld hebt van "oke dat is hoe het zou moeten zijn..." Eigenlijk is dat wel erg want ik denk dat ge pas weet wat dat normaal is als ge een liefdevolle relatie hebt gehad. Als ge een goeie vriend hebt en ge voelt dat dat goed zit, of ge nu een keer seks hebt per week of vijf keer, dan voelt ge u normaal hé. Als ge op dezelfde golfengte zit met iemand...

Nathalie: Ja... Dat is wel erg hé dat zij niet ten rade kan gaan bij die opvoeders dan.

Ine: Ja misschien is er wel al iets geweest hé, het kan ook een gevoel zijn... Ge weet natuurlijk niet...

**Ja ze zei dat dat heel oppervlakkig was. Dus als erover werd gesproken ging dat over hoe scheer ik mijn schaamhaar ofzo... Zo van die dingen. Maar dat was niet waar zij nood aan had en daar werd ook niet verder op ingegaan.**

Ine: Als ik denk, gewoon aan mijn eigen leven, dan denk ik al... De generatie van mijn ouder die hebben dat nooit van mijn ouders gekregen, die hebben dat ook nooit kunnen geven dus daar werd al sowieso niet over gesproken. Niet over relatievaardigheden, niet over emotioneel hoe ge... Uw noden... Eigenlijk niet. En dan zit ik nog niet in een kans-armoede situatie of een generatie-armoede situatie. Ik denk nu zijn er een aantal mensen in deze generatie die daar wel wat leren over spreken of kunnen over spreken. Het is natuurlijk verschillend hé, het is niet algemeen in die generaties maar zelfs dan nog... Als ik denk aan de hulpverleners die ik zie als ik mijn toer doe in de OCMW's... Dat is zo individueel en het zijn nog altijd de uitzonderingen die een bewustzijn hebben over hun eigen waarden en normen en dan dat ook kunnen vertellen naar de gesprekken naar hun klant of... Dus volgens mij zowel leerkrachten als hulpverleners als huisartsen als verpleegkundigen, al die hulpverleners die iets kunnen betekenen bij al die mensen... Er zijn er nog maar weinig en alleen de

uitzonderingen volgens mij, die daar echt open en op een goeie manier over kunnen spreken. Dus dat is in het algemeen denk ik gewoon nog...

### **Ja, dus eigenlijk ligt het daar ook vooral hé...**

Ine: Ja! Wie kàn er eigenlijk over spreken? Dan moet ge echt al naar een seksuoloog of een psycholoog gaan, en dan nog... Een seksuoloog misschien nog wel maar zelfs een psycholoog is misschien zelfs ook nog moeilijk of ook niet altijd diegene die daarmee... Het is nog niet zoveel...

Leen: Ja of mensen die daar inderdaad nog ook... Die nog niet professioneel gevormd zijn... Vaak heb ik als stagiaire, ik zit nog zo heel fel in dat enthousiasme en zo... Uw grenzen verleggen, ik denk dat sommige mensen niet vaak hun grenzen verleggen, ook in hun job...

Ine: Klopt wat ge zegt.

### **Dat is ook een comfortzone hé...**

Ine: Ja, "dat is mijn stijl en zo doe ik dat..." En sommigen gaan altijd blijven leren en sommigen zeggen "ah nee this is it". Dat is op zich ook hun volste recht maar iedereen die daarbij komt heeft dan wel dat pakketje...

Leen: En zeker als het over zo'n thema gaat dan...

Ine: Maar het is ook gewoon moeilijk om niks verkeerd te doen en misschien hoort dat er ook gewoon bij dat als ge over een onderwerp, zoals seksuele gezondheid, dat ge wel fouten gaat maken... Misschien hoort dat er gewoon wel bij.

### **Maar er wordt tenminste wel over gesproken...**

Ine: Ja voilà, want als ge dat u niet toestaat dan gaat ge het gewoon op de duur nog kunnen doen? Ge kunt erin geschoold worden maar ik denk dat ge ook moet voorbereid zijn op "oké ik ga gewoon fouten maken en...". Maar eeuwig student zijn of eeuwig willen leren of eeuwig willen groeien... dat is eigenlijk een basishouding, denk ik.

Leen: Het is ook absoluut niet zo moeilijk want eigenlijk eens dat ge ermee bezig zijt is het verrassend, gemakkelijk ga ik niet zeggen, maar dat het toch wel een oké onderwerp is om het over te hebben met mensen...

Ine: Kei veel dankbaarheid...

### **Het is misschien ook gewoon een drempel waar dat ge over moet...**

Ine: Ja.

Leen: Ook constant aanvoelen van ja "ik voel mij comfortabel maar voelt die andere persoon zich comfortabel?"...

Anja: Volgens mij weten hulpverleners dat gewoon ook niet altijd van "heeft die persoon daar nood aan om over te praten?" Ja... Als er bijna zo goed als niet over gesproken wordt, dan weet ge ook soms gewoon niet... Dat is misschien niet iets wat ge kunt aftoetsen als hulpverlener hé. Als ge in een instelling werkt dat ge daar bijvoorbeeld in de instelling zelf iets rond doet, met uw collega's. Ik denk dat dat dat kan helpen. Ge moet daar toch bij terecht kunnen, denk ik dan. Dat is toch waar wij ervoor zijn...

### **Dat is de bedoeling ja.**

Anja: Dus misschien moeten wij dat ook eens zo hard overbrengen... Niet dat we dat nog niet doen hé maar ik denk misschien komt dat misschien komt dat niet altijd zo over van "wat het ook is, ge kunt hier terecht wat dan ook". Als ge financiële problemen hebt of als ge ergens anders mee zit of ge hebt ruzie met iemand, kom maar af. Maar er wordt niet gezegd "als ge ooit eens problemen hebt met seks of zo, dat wordt niet gezegd, toch?"

Nathalie: Ja, nee dat wordt niet gezegd. In mijn oren klinkt dat ook raar als ge dat zegt, omdat ge dat zo niet gewoon zijt...



**Maar misschien moest ge dat zeggen zou dat de mensen wel het gevoel geven van "ja oké dat kan ik toch ook wel zeggen..."**

Anja: Ja voilà. Dat horen zelf denk ik dat ook al wel goed kan doen, het horen alleen al is al vaak veel...

Leen: Of het niet expliciet noemen ook niet in het begin, misschien gewoon gezondheid en relaties. Als ge dat zegt, dan kunnen mensen ook al...

Anja: Of bijvoorbeeld een vorming rond relatie en gezondheid en zo.

Leen: Bij ons in de Keeting zijn wij wel al bezig met een gezondheidsgroepje, waar we wel geregeld zo wat thema's bespreken en ik wilde nu zo na vandaag eens zien van "is het niet mogelijk om met die mensen ook eens een gesprek te doen over seksuele gezondheid?". Want daar zitten mannen en vrouwen bij... En dat is ook gezondheid hé.

Nathalie: Ja absoluut.

**Ja ik vind dat ook een goed idee. Want ik merkte bij veel organisaties waarmee ik contact heb gehad, kwam naar voor dat dat thema bij hun niet besproken werd, ze waren daar niet mee bezig... Ik vond dat heel jammer. Ik vraag me dan af "is dat dan vanuit de angst van de hulpverleners misschien van ja wij willen niet..." Ik weet het niet, ik vond dat ook jammer...**

Nathalie: Ja inderdaad. Ik moet nu eerlijk zeggen, bij ons kan daarover gesproken worden maar wij houden een gezondheidsgroepje maar wat wordt daarin besproken? Altijd over gezondheid, maar dat gaat altijd over eten... Inderdaad, dat is zoveel meer dan eten.

Leen: Ja want twee weken geleden hebben we het dan gehad over, ging het meer over mentale gezondheid ook en zo. En dan merkt ge dat mensen ook wel zoiets hebben van "amai eindelijk eens iets anders", en dan halen ze daar heel veel uit om over mentale gezondheid ook bezig te zijn. Dat wordt dan vaak in een creatieve vorm gegoten, dan is dat zo met van die steekkaartjes met een tekst op en dan iedereen daar eens zijn zegje over doen. En hygiëne kunt ge daar eigenlijk ook heel gemakkelijk tussen steken hé.

Ine: Eigenlijk zou seksuele gezondheid een deel van de begeleiding moeten zijn, van eender welke begeleider hé.

Anja: Ja.

Leen: Eigenlijk wel hé...

Ine: Nu is dat precies nog zo... Is dat de katholieke kerk of zo? Dat weet ik niet maar... Daar komen we ook wel van hé.

**Dat is waar, want dat wordt enkel in de private, enkel in uw eigen thuis sfeer besproken...**

Anja: Ik denk ook dat hulpverleners ook zelf niet weten hoe dat ze het moeten aanbrengen...

Ine: Uhu, dat is ook zo. Dat is oefenen, dat is proberen hé en weten dat ge fouten maakt. En moedig zijn!

**Ja dat is waar...**

**Als laatste vraag, voor mijn toch een vrij belangrijke vraag, of dat jullie denken dat er een bepaald verband is tussen seksuele gezondheid en het feit dat ge leeft in armoede? Dat kan gaan tot bijvoorbeeld... Wij gaan om de zoveel tijd bij de gynaecoloog op onderzoek, doen die vrouwen dat ook of heeft dat dan geen prioriteit? Dat heeft dan misschien ook wel te maken met het feit dat ze dan in armoede leven, denk ik dan. Dat ze daar hun geld niet aan willen geven, dat er dingen zijn die voor gaan... Hoe denken jullie daarover?**

Ine: Dat is ook zo hé.

Anja: Ja hé, ja.

Nathalie: Ja. Uitstrijkje, borstscreening, denk ik dan... Dat is gratis hé. Maar doen ze dat ook?

Leen: Ik denk dat dat eerder is, wat jij zegt, dat dat niet voor gaat. Dat is niet prioritair. Ge kunt dat vergelijken met naar de tandarts gaan. Er zijn zoveel mensen in armoede, die hun gebit is gewoon... Op hun veertigste hebben die bij wijze van spreken soms geen tanden meer. Omdat ja, ge zijt daar niet mee bezig, met uw gezondheid. Dat is ook met eten zo hé, ge eet wat de pot schaft, ge eet het goedkoopste, ge denkt daar allemaal niet zo over na.

Anja: Waren het ook niet vaak de middelen dat ze niet hadden om bijvoorbeeld lingerie te kopen of om er goed uit te zien?

Nathalie: Uhu.

**Maar dat is dus wel iets wat zij zelf hebben aangegeven van het gebrek aan middelen?**

Leen: Ja, om uw eigen te verzorgen hé...

Anja: Om zichzelf te verzorgen...

**Dus zeggen jullie dan dat er in feite wel een bepaald verband is tussen het feit dat ze leven in armoede en hun seksuele gezondheid of ongezondheid?**

Nathalie: Ja...

Leen: Ja want wat we daarjuist al besproken hadden, zo qua opvoeding en al die dingen, dat hangt allemaal wel samen denk ik...

Nathalie: En om terug te komen op die gynaecoloog, sommige mensen stellen zelfs huisdokter uit, als ze echt een serieus probleem hebben, omdat dat te veel geld kost. Er zijn altijd wel gratis huisdokter in Mechelen maar zelfs die drempel is vaak te groot. Ook mensen die geen geld hebben voor de tandarts, dan duurt dat, dan stellen ze dat uit... Ze vragen dan geld bij het sociaal huis... maar eer dat ze geweest zijn voor echt een probleem, duurt het al heel lang en om dan zo een screening te laten doen of een jaarlijkse controle... Ik weet niet of ze dat doen maar volgens mij niet.

Anja: Nee. Die leven ook zo dag per dag dat dat eigenlijk...

Ine: De vraag is ook: hoe kunt ge het opvangen hé? Zou ge dat financiële kunnen wegnemen? Stel dat ge zegt "iedereen met voorkeursregeling... bij de tandarts moet ge niks opleggen en het ziekenfonds betaald rechtstreeks" Stel dat ge het zo zou zien... Maar dan nog, hoe gaan ze er geraken? Wie gaat dat dan?

Anja: En dat zijn ook vaak fameuze wachtlijsten altijd, waardoor dat ge altijd een afspraak over zes maanden moet maken, en na die zes maanden... die leven zo dag per dag dat dat ook gewoon...

Ine: Dat is hetzelfde met een psycholoog hé. Stel dat ge iemand gemotiveerd krijgt en...

Anja: Ja. Tegen dat ze moeten gaan zijn ze eigenlijk al helemaal niet meer gemotiveerd.

Ine: Open huis met tandartsen, gynaecoloog...

Anja: Ja... het zou mooi zijn hé zo gewoon iets waar dat iedereen terecht kan.

Ine: Er is geld genoeg in de wereld hé... Als de rijkere willen delen dan is er geld genoeg voor alle armen... mag ik dat zeggen? Maar dat is wel waar hé.

Anja: Ja sowieso...

Ine: En ik zeg niet geld geven hé, die mensen leren om zelf... Niet gewoon geven bedoel ik hé. Maar zelf hun eigen zaak op te richten of weet ik veel. Ik vind dat soms zo pijnlijk hé, toch?

**Ja want ge hebt dan zoveel organisaties die dan zo hard hun best te doen, terwijl dat ze soms zelf moeten krabben om de dingen klaar te krijgen...**

Leen: Ja het niet dat wij er rijk van worden hé. Ik bedoel maar dat er ook veel hulpverleners of sociaal werkers di het financieel ook niet altijd makkelijk hebben.

Nathalie: Voor het geld moet ge niet in de sociale sector komen...

Ine: Een beleidsaanbeveling zou kunnen zijn dat we iedereen die in een situatie zit die daar iets aan kan veranderen of zelfs elke hulpverlener, ooit een reis naar een derdewereldland. Echt bij de armoede, om hun ogen open te laten gaan en echt bewust te zijn, want mensen beseffen dat ook volgens mij niet...

**Veel mensen beseffen ook niet hoe goed dat wij het eigenlijk wel hebben...**

Anja: Ja dat is zo. Ook al is hier ook veel armoede hé.

Ine: Ja, maar wij hebben ook nog gezondheidszorg en sociale zekerheid en dat is heel veel landen niet hé...

Leen: Ik denk dat veel mensen ook gewoon wereldvreemd zijn, dat dat een probleem is.

Ine: Maar het is mooi dat we daar allemaal hier wel oog voor hebben, toch?

**Ja. Dat was ook wel mijn verwachting denk ik... Daarom dat we ook samenkomen naar hier... Ik weet niet of jullie nog dingen hebben waar jullie nog aan denken of over willen spreken?**

Nathalie: Om nog eens op dat laatste te antwoorden, een verband tussen armoede en seksuele gezondheid... Armoede is problemen financieel, psychisch, welzijn, dat is zoveel en dat heeft daar allemaal invloed op... Dus ja, er is een verband.

Ine: Ja, er is ook een verband...

**Oké... is er nog iemand die iets wil zeggen?**

Iedereen: Nee.



Proef ingediend met het oog op het behalen  
van de graad van Master in de Agogische wetenschappen

# **SEKSUELE GEZONDHEID BIJ BELGISCHE VROUWEN IN ARMOEDE: PERSPECTIEF VAN SLEUTELINFORMANTEN**

**LORE PUTTAERT**  
**2017 - 2018**

Promotor: Prof. Dr. Vanwing  
Begeleider: Céline Cocquyt  
Aantal woorden: 13 535  
Psychologie & Educatiewetenschappen





SAMENVATTING MASTERPROEF

**Naam en voornaam:** Puttaert Lore

**Rolnr.:** 0103653

**KLIN**   
**AO**   
**ONKU**   
**AGOG**

**Titel van de Masterproef:** Seksuele gezondheid bij Belgische vrouwen in armoede: perspectief van sleutelinformanten

**Promotor:** Prof. Dr. Tom Vanwing

**Samenvatting:** (304 woorden)

Armoede is een van de factoren die invloed hebben op het vermogen van een persoon om zich op seksueel vlak te ontwikkelen. Bovendien zijn het voornamelijk vrouwen die geconfronteerd worden met armoede en uitsluiting, ook op vlak van gezondheid. Dit kwalitatief onderzoek tracht een beeld te schetsen van de ervaringen en noden van Belgische vrouwen in armoede omtrent hun seksuele gezondheid. In het onderzoek wordt tevens gepoogd antwoord te bieden op de vraag op welke manier het leven van deze vrouwen in armoede invloed heeft op hun seksuele gezondheid. Het onderzoek zou starten vanuit een bottom-up benadering waarbij de doelgroep zelf bevraagd wordt. Wegens verschillende redenen werd uiteindelijk gekozen om vanuit het perspectief van sleutelinformanten te vertrekken. Via focusgroepen werd met hen in gesprek gegaan. Uit de getuigenissen van de sleutelinformanten blijkt dat veel vrouwen gelijklopende ervaringen hebben op vlak van seksualiteit, relaties, zwangerschap, anticonceptie en gezondheidszorg. Het merendeel van de vrouwen blijkt nood te hebben aan meer ondersteuning en informatie rond anticonceptie. Sommigen hebben ook behoefte aan meer (medische) begeleiding bij ongeplande zwangerschap. Het leven van deze vrouwen in armoede blijkt in verband te staan met een aantal aspecten van hun seksuele gezondheid. Het gebrek aan financiële middelen bleek de voornaamste factor die een invloed heeft op aspecten als seksualiteit, relaties, het gebruik van anticonceptie en (toegang) tot gezondheidszorg. Nochtans kan men armoede niet enkel opvatten als een inkomensprobleem.

Voornameijk de samenleving en de sociale structuren lijken ervoor te zorgen dat deze vrouwen bepaalde noden en ervaringen hebben en uitsluiting ondervinden op verschillende aspecten van hun seksuele gezondheid. Het taboe rond de seksuele gezondheid van mensen en in het bijzonder van kwetsbare groepen, dient opgeheven te worden. Tot slot is het aangewezen diepgaander onderzoek te verrichten naar de seksuele gezondheid van zowel vrouwen als mannen in armoede, waarbij de doelgroep zelf betrokken wordt.

**Kernwoorden:** vrouwen – armoede – uitsluiting – seksuele gezondheid

# Voorwoord

Deze masterproef vormt het einde van mijn boeiende masteropleiding in de Agogische Wetenschappen. Deze opleiding bracht voor mij een belangrijk groeiproces teweeg, zowel op professioneel als op persoonlijk vlak. Bovendien heb ik door mijn opleiding en masterproef nieuwe contacten kunnen leggen en heb ik mogen samenwerken met interessante figuren uit het sociaal-agogisch werkveld.

Deze masterproef kwam niet alleen tot stand, maar met hulp van velen. Via deze weg wil ik dan ook een aantal mensen uitdrukkelijk bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor professor Tom Vanwing bedanken om mij de weg te wijzen tijdens mijn zoektocht naar de juiste aanpak en mij daarbij de nodige vrijheid te schenken. Aan mijn begeleidster Céline Cocquyt gaat mijn grote dank uit om mij steeds met raad en daad bij te staan. Bedankt voor de begeleiding, feedback en het kritisch nalezen van mijn masterproef. Daarnaast wil ik Kaat Van Bosstraeten van Sensoa bedanken voor haar steun door dit hele proces heen. Ik wil ook graag de sleutelinformanten bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek. Bedankt voor jullie tijd en om jullie interessante ervaringen te delen.

Tot slot wil ik mijn ouders, zussen en vriend bedanken. Zij gaven mij door dit hele proces de steun en aanmoediging wanneer ik die nodig had.

Deze masterproef is het resultaat van veel opzoek- denk- en schrijfwerk dat op basis van boeiende ervaringen en met vallen en opstaan tot stand is gekomen. Ik hoop dan ook van harte dat het resultaat van mijn harde werk zichtbaar is.



# Inhoud

<b>Inleiding.....</b>	<b>1</b>
1 Probleemstelling.....	1
2 Literatuurstudie.....	3
2.1 Leven in armoede .....	3
2.1.1 Uitsluiting en sociale ongelijkheid .....	3
2.1.2 Effecten van armoede: een krachtenperspectief.....	4
2.2 Verband tussen armoede en (on)gezondheid.....	5
2.2.1 Inleiding.....	5
2.2.2 Toegang tot gezondheidszorg.....	5
2.3 De 'vrouwelijke' kant van armoede .....	7
2.4 Seksuele gezondheid: een ruim begrip .....	8
2.4.1 Inleiding.....	8
2.4.2 Definitie .....	8
2.4.3 Seksuele en reproductieve rechten .....	10
2.4.4 (Nood aan) een beleid rond seksuele gezondheid .....	11
2.5 Conclusie .....	12
3 Onderzoeksvragen en conceptueel model.....	13
3.1 Onderzoeksvragen .....	13
3.2 Conceptueel model.....	13
<b>Data en methode .....</b>	<b>14</b>
1 Onderzoekseenheden.....	14
2 Dataverzamelmethode.....	15
3 Meetinstrument.....	16
4 Analyseprocedure .....	17
<b>Resultaten .....</b>	<b>19</b>
<b>Discussie en conclusie .....</b>	<b>27</b>
1 Bespreking van de onderzoeksvragen.....	27
2 Praktische en beleidsaanbevelingen .....	30
3 Beperkingen van het onderzoek.....	31
4 Aanbevelingen verder onderzoek .....	31
5 Conclusie .....	32
<b>Referentielijst .....</b>	<b>34</b>
<b>Bijlagen .....</b>	<b>43</b>

# Inleiding

## 1 Probleemstelling

Gezondheid en armoede zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden (Murray, 2006). In verschillende onderzoeksliteratuur wordt gesteld dat mensen met een lage socio-economische status vaak een minder goede gezondheid hebben dan mensen met een hogere socio-economische status (Adler e.a., 1994; Vranken, 2007). Armoede werkt op verschillende manieren in op de gezondheid, bijvoorbeeld door mogelijkheden, kansen en menselijke vermogens te ondermijnen (Murray, 2006). Mensen in armoede hebben bijvoorbeeld minder toegang tot gezondheidszorg in vergelijking met mensen die meer financiële middelen hebben (Dierckx, 2007).

Wereldwijd zijn er ook sterke verbanden zichtbaar tussen armoede en seksuele (on)gezondheid (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; Buysse, 2014). Armoede is een van de factoren die een directe invloed hebben op iemands vermogen om zich goed te ontwikkelen op seksueel vlak (World Health Organization, 2002). Het aanpakken van zorgen en problemen rond seksuele gezondheid is belangrijk, omdat deze ook de algemene gezondheid kunnen ondermijnen (World Health Organization, 2000, 2015). Een minder goede seksuele gezondheid heeft niet alleen directe gevolgen voor het betrokken individu, ook het gezin, de gemeenschap en de volledige bevolking kunnen er problemen door ondervinden (World Health Organization, 2000, 2015). Als een samenleving het welbevinden van haar burgers wil stimuleren, moet er dus ook aandacht zijn voor seksuele gezondheid (Buysse e.a., 2014).

In 2010 werd een grootschalig onderzoek gevoerd naar de seksuele gezondheid in Vlaanderen, de zogenaamde Sexpert-studie (Buysse e.a., 2014). Op basis van een representatieve steekproef werden 1832 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar oud bevraagd over hun seksuele gezondheid. Aan de hand van een vragenlijst en focusgroepen werd gepolst naar hoe zij hun seksueel functioneren ervaren, wat hun ervaringen zijn rond anticonceptie en zwangerschap, op welke leeftijd zij seksueel actief werden, enzovoort (Buysse e.a., 2014). Ook in Nederland werden soortgelijke bevolkingsonderzoeken gedaan in 2006 (Bakker & Vanwesenbeek) en in 2009 (Bakker e.a.). In 2011 werd in navolging van de eerdere studies een nieuw bevolkingsonderzoek gevoerd met als doel de seksuele en reproductieve gezondheid van Nederland in kaart te brengen (Wijsen & de Haas, 2012).

Het onderzoek van Buysse e.a. (2014) dat gevoerd werd in Vlaanderen, trachtte een globaal beeld te schetsen van de Vlaamse bevolking. Toch ontbreekt er een bepaalde nuance, er werd namelijk geen rekening gehouden met de culturele en socio-economische context van de respondenten en de mogelijke invloed hiervan op hun seksuele gezondheid. Nochtans dient men seksuele gezondheid vanuit een integrale benadering te bekijken (Leusink & Ramakers, 2014). Naast de fysieke en mentale dimensie, mogen de sociale en contextuele dimensie niet verwaarloosd worden (World Health Organization, 2002).

Deze masterproef gaat verkennend te werk en onderzoekt op welke manier de leefsituatie en socio-economische status van een persoon verband heeft met diens seksuele gezondheid.

Een samenleving bestaande uit burgers met een goede seksuele gezondheid staat volgens de World Association for Sexual Health (2008) sterker bij de strijd tegen sociale uitsluiting en armoede. Voornamelijk vrouwen worden wereldwijd geconfronteerd met armoede, uitsluiting en ongelijkheid op verschillende vlakken, waaronder ook gezondheid (United Nations, 2014). Vrouwen in armoede hebben bijvoorbeeld minder toegang tot prenatale zorg en diensten dan vrouwen met meer financiële middelen (Murray, 2006).

Dit onderzoek wil dan ook inzicht verwerven in de seksuele gezondheid van vrouwen die in armoede leven. Hoe ervaren zij hun seksuele gezondheid en welke noden hebben zij hierrond? Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

## 2 Literatuurstudie

In deze literatuurstudie worden een aantal belangrijke concepten besproken die onderdeel vormen van dit onderzoek. Als eerste ligt de focus op een leven in armoede en de effecten hiervan. Vervolgens wordt ingegaan op het verband tussen armoede en gezondheid. Nadien wordt de vrouwelijke kant van armoede besproken, aangezien deze masterproef focust op vrouwen. Tot slot wordt het concept seksuele gezondheid toegelicht.

### 2.1 Leven in armoede

#### 2.1.1 Uitsluiting en sociale ongelijkheid

Armoede, uitsluiting en sociale ongelijkheid komen vaak voort uit een voortdurende blootstelling aan risicosituaties en uit vroegere ervaringen van iemands leven (Vranken, Campaert, De Boyser, Dewilde, & Dierckx, 2008). Armoede vat men dikwijls op als een inkomensprobleem en metingen van armoede gebeuren nog steeds uitsluitend op basis van het inkomen en een tekort aan middelen (Heflin & Iceland, 2009; Thys, De Raedemaeker, & Vranken, 2004; van der Burg, Van Lancker, Mortelmans, & Raeymaeckers, 2015). Nochtans uit armoede zich niet enkel als een gebrek aan financiële middelen. Leven in armoede heeft ook oorzaken en gevolgen op vlak van onderwijs, sociale participatie, huisvesting en gezondheid (Vermeiren, Noël, Raeymaeckers, & Dierckx, 2017). Een leven in armoede kenmerkt zich dus door uitsluiting op verschillende levensdomeinen (De Keulenaer & Dewilde, 2001; Raeymaeckers e.a., 2017; Thys e.a., 2004; Van Regenmortel, 2002; Van Hootegem, 2002). Verschillende drempels maken het voor mensen in armoede bovendien moeilijk om aan de samenleving deel te nemen (Decenniumdoelen 2017, 2016). Mensen in armoede worden ook voortdurend geconfronteerd met mechanismen van uitsluiting uit diensten en voorzieningen (Van Paepegem, Willems, De Boeck, & De Maeseneer, 2001). Ze raken buitengesloten van belangrijke maatschappelijke instituties zoals de arbeidsmarkt. Tegelijk worden ze vaak ingesloten door zorginstituties, zoals het OCMW of arbeidsprojecten (Engbersen, 1991).

De combinatie van verschillende problemen, die elkaar vaak versterken, maakt het leven van mensen in armoede moeilijk en dikwijls erg complex (Dierckx, Coene, & Raeymaeckers, 2014; Van Hootegem, 2002). Het gebrek aan of het hebben van een laag diploma brengt bijvoorbeeld minder kansen op de arbeidsmarkt met zich mee. Dit heeft gevolgen voor het inkomen, dat vervolgens effect heeft op de keuzemogelijkheden op vlak van huisvesting of deelname aan culturele en sociale activiteiten. Slechte woonomstandigheden hebben vaak gevolgen voor de gezondheid en gezondheidsproblemen kunnen de kans op werk opnieuw verlagen. Hiermee is de (armoede)cirkel rond (Van Hootegem, 2002). Leven in armoede en de sociale ongelijkheid die hieraan vasthangt, geven ouders vaak door aan hun kinderen, en hun kinderen dan weer aan hun kleinkinderen, en zo verder. Deze generatie-armoede wijst op een vicieuze cirkel (Thys, e.a. 2004). De sociale ongelijkheid stapelt zich op in families door verschillende generaties heen. Het doorgeven van gezondheid en welzijn van generatie op generatie is dus een interactie tussen enerzijds genen en anderzijds het milieu waarin mensen leven (Cheng, Johnson, & Goodman, 2016).

Kwalitatief onderzoek van Doss (2011) toont een duidelijke link tussen armoede en sociale structuren. Armoede is een maatschappelijk probleem en de wortels van armoede zijn vooral te vinden in een aantal structurele uitsluitingsmechanismen in onze samenleving (Snick, 2014; Van Hoetegem, 2002; vzw De Link, 2012). Deze structurele uitsluiting brengt grote gevolgen mee voor de gevoelswereld van mensen in armoede. Vaak gaat armoede bijvoorbeeld gepaard met een gevoel van gemis: dromen en verlangens die vanwege verschillende redenen maar beperkt verwezenlijkt worden. Een basisverlangens om erbij te horen is bovendien een ander effect van deze structurele uitsluiting (vzw De Link, 2012). Mensen in armoede hebben minder macht en middelen en zullen dan ook hun uiterste best doen om te voorkomen dat anderen hun veroordelen (Dierickx, 2007).

### 2.1.2 Effecten van armoede: een krachtenperspectief

Doorgaans worden mensen die in armoede leven gekarakteriseerd door wat zij niet zijn, niet doen en niet worden: een moeder die niet voor haar kinderen kan zorgen, een ongeschoolde en werkloze, een ongemotiveerde persoon (Van Regenmortel, 2002). Nog steeds stellen velen dat armoede te wijten is aan luiheid, onverantwoordelijkheid, de onwil om te studeren of te werken of een gebrek aan doorzettingsvermogen (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Dit individueel schuldmodel (Briels & Vanhauwaert, 2017; Vranken & De Boyser, 2003) erkent de omstandigheden waarin mensen in armoede opgroeien en leven niet. Er wordt voorbijgegaan aan de spanning tussen de doelen die door de maatschappij worden vooropgesteld en de beperkte middelen die velen hebben om deze doelen te bereiken (Vranken & De Boyser, 2003). Vertrekken vanuit dit individueel schuldmodel ondermijnt ook de kans op integratie en legt de nadruk op stigmatisering van mensen in armoede (Driessens & Van Regenmortel, 2006).

Er dient op verschillende domeinen uitgebreid aandacht te zijn voor de problemen en beperkingen van mensen in armoede. Maar ook de kansen die zich voordoen en de krachten en mogelijkheden van deze mensen, moeten in acht worden genomen (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Mensen in armoede zijn ondanks de vele tegenslagen vaak erg gemotiveerd en hebben een grote draagkracht om hun eigen situatie en die van hun kinderen te verbeteren. Ze hebben moeten leren om het hoofd boven water te houden in omstandigheden die vaak onmogelijk en chaotisch zijn (vzw De Link, 2012). Ze moeten vaker dan diegenen die het financieel makkelijker hebben, een set van vaardigheden bezitten (Harper e.a., 2015). Onzekerheid over eten, transport en het hebben van meerdere halftijdse jobs of een minimumloon vereisen complexe vaardigheden om te overleven (Foss-Kelly, Generali, & Kress, 2017). Uit verschillende onderzoeken naar de leefwereld van mensen in armoede, blijkt dat ze vaak echte 'vechters' zijn (Vranken e.a., 2008). Een leven lang in armoede en uitsluiting zorgt ervoor dat mensen uit noodzaak verschillende competenties en vaardigheden gaan ontwikkelen die men kan en moet zien als krachten (vzw De Link, 2012).

Armoede en sociale uitsluiting zijn aanhoudende, structurele problemen die door de samenleving gevormd en in stand gehouden worden (Raeymaeckers e.a., 2017; vzw De Link, 2012). Het is vooral een maatschappelijk probleem waarbij de schuld en de oplossing niet bij de armen zelf ligt (Van Paepegem e.a., 2001; vzw De Link, 2012). Al eeuwenlang worden de oorzaken van armoede heel makkelijk bij de persoon zelf gelegd (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Armoede wordt nog te

vaak benaderd vanuit het individueel schuldmodel (Briels & Vanhauwaert, 2017; Vranken & De Boyser, 2003). Maar het is onze samenleving die ervoor zorgt dat niet alle mensen dezelfde kansen krijgen en dat mensen op die manier uit de boot vallen (vzw De Link, 2012). Zoals reeds werd gezegd, brengt een leven in armoede uitsluiting en ongelijkheid mee op verschillende gebieden van iemands leven (Vermeiren, e.a., 2017). Een belangrijk onderdeel hiervan is de gezondheid, dat in het volgende deel besproken wordt.

## 2.2 Verband tussen armoede en (on)gezondheid

### 2.2.1 Inleiding

In de jaren 1980 en 1990 werd een grootschalig onderzoek gedaan naar socio-economische gezondheidsverschillen in verschillende Westerse landen. De meeste onderzoeksresultaten stelden dat er een negatief verband was tussen de socio-economische status en verschillende aspecten van mortaliteit en morbiditeit (Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, & Geurts, 1997). Dit wil zeggen dat bij mensen met een lage socio-economische status de kans op ziekten en sterfte hoger ligt (Campaert, Dierckx, & Vranken, 2009). Hoe lager men op de maatschappelijke ladder staat, hoe lager de levensverwachting (Briels & Vanhauwaert, 2017; Netwerk tegen Armoede, 2017). Mensen met een hogere socio-economische status hebben dus meestal een betere gezondheid dan mensen die het minder breed hebben of in armoede leven (Adler e.a., 1994; Vranken, 2007).

Volgens Murray (2006) zijn gezondheid en armoede onlosmakelijk met elkaar verbonden. Naar school kunnen gaan, werken om geld te verdienen en eten te kopen voor het gezin: dit zijn allemaal factoren die afhangen van een basisniveau van een goede gezondheid (Murray, 2006).

De effecten van zware armoede op gezondheid liggen wellicht voor de hand door de impact van bijvoorbeeld slechte voeding, slechte en onhygiënische leefomstandigheden en onvoldoende (toegang tot) medische zorg (Adler e.a., 1994). Mensen die al enige tijd in armoede leven zijn meestal ook minder goed opgeleid. Ze hebben minder goede kennis over activiteiten ter bevordering van hun gezondheid en op welke momenten ze toegang tot de gezondheidszorg moeten zoeken (Murray, 2006). Onder andere financiële drempels bemoeilijken bovendien de toegang tot de gezondheidszorg (Vranken, 2007). Volgens het Netwerk tegen armoede (2017) stellen in ons land veel mensen in armoede hun gezondheidszorg uit en kampen velen met gezondheidsproblemen. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2016) stelt dat het recht op bescherming van de gezondheid nochtans een grondrecht is. Om dit recht op bescherming te garanderen moet er eveneens gewerkt worden aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

### 2.2.2 Toegang tot gezondheidszorg

De term 'toegang' is een van de meest gebruikte woorden in gesprekken rond gezondheidszorg en is een belangrijk aandachtspunt in het gezondheidsbeleid (McLaughlin & Wyszewianski, 2002). Meer dan 20 jaar geleden publiceerden Penchansky en Thomas (1981) een artikel rond de vijf dimensies van toegang tot gezondheidszorg (Penchansky & Thomas, 1981; Peters e.a., 2008; Saurman, 2016). Zij stelden dat toegang essentieel is voor gezondheidszorg en dat deze vijf dimensies er hoe dan ook deel van uitmaken (Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016):

- 1) "Affordability" of de betaalbaarheid betreft het zich kunnen veroorloven van de kosten van de gezondheidszorg door de cliënt;
- 2) "Availability" of de beschikbaarheid meet de mate waarin de aanbieder van de zorg de nodige middelen heeft om tegemoet te komen aan de behoeften van de cliënt, zoals voldoende personeel en technologie;
- 3) "Accessibility" of de toegankelijkheid gaat over de fysieke afstand of reistijd die de cliënt dient af te leggen;
- 4) "Accommodation" of de accommodatie weerspiegelt de mate waarin de zorg wordt georganiseerd op een manier die voldoet aan de voorkeuren van de cliënt, zoals correcte openings- en wachttijden;
- 5) "Acceptability" of de aanvaardbaarheid gaat over de mate waarin de cliënt zich comfortabel voelt tegenover de aanbieder van de zorg en vice versa, zoals op vlak van geslacht, etniciteit en sociale klasse.

De betaalbaarheid (affordability), beschikbaarheid (availability) en aanvaardbaarheid (acceptability), blijken voor mensen in armoede dikwijls een knelpunt. Vaak passen gezondheidskosten niet in het budget en wordt de gezondheidszorg uitgesteld vanwege financiële redenen (Netwerk tegen Armoede, 2017; Vranken, 2007). Uit de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Drieskens & Gisle, 2015) blijkt dat laagopgeleiden meer dan hoogopgeleiden, aangeven dat de arts of specialist op een moeilijk verstaanbare manier uitleg geeft en dat ze minder de gelegenheid krijgen om vragen te stellen of zorgen te uiten over de behandeling. Ook lange wachtrijen en wachttijden komen uit de Gezondheidsenquête van Drieskens en Gisle (2015) als knelpunten naar voren.

Hoewel een gebrek aan financiële middelen of informatie belemmeringen kan veroorzaken bij de toegang tot zorg, is er een causaal verband tussen de toegang tot gezondheidszorg en armoede. Dit gebeurt namelijk ook in de andere richting. Wanneer iemand gezondheidszorg nodig heeft, maar die niet of later krijgt, verslechtert de gezondheid van die persoon, wat op zijn beurt leidt tot eventueel verlies van inkomen en hogere gezondheidskosten. Het verlies van inkomen en de hogere gezondheidskosten, werken deze armoede nog meer in de hand (Narayan, Patel, Schafft, Rademacher, & Koch-Schulte, 2000; Smith, 1999). De relatie tussen armoede en toegang tot gezondheidszorg kan worden gezien als een deel van een cyclus. Armoede leidt tot gezondheidsproblemen en op zijn beurt houdt een slechte gezondheid armoede in stand (Wagstaff, 2002).

Net als in andere westerse landen, geldt in België dat mensen die onderaan de maatschappelijke ladder staan een kleinere kans hebben om deel te nemen aan preventieve gezondheidszorg en dus meer kans hebben op een minder goede gezondheid. (Dierckx & Coene, 2014; De Boyser, 2007; Netwerk tegen Armoede, 2017). Volgens Dierckx (2007) leven mensen in armoede meestal in het hier en nu, waardoor langetermijndenken en preventief handelen op vlak van bijvoorbeeld gezondheid, daardoor mogelijk verdwijnt. Mirowsky en Ross (2003) stellen dat mensen die hoger opgeleid zijn dikwijls meer toekomst gericht handelen en zich meer kunnen engageren voor doelen op lange termijn, zoals preventief gezondheidsgedrag.

Toegang tot gezondheidszorg is volgens Morgan (2008) een fundamenteel mensenrecht. Netwerk tegen Armoede (2016) stelt dat de groep mensen die gezondheidszorgen uitstelt in België, toeneemt.

Zij menen dat de gezondheidszorg toegankelijker gemaakt dient te worden en dat gezondheidspromotie en ziektepreventie hierin ook een plaats moeten krijgen.

De afgelopen tientallen jaren is de aandacht voor socio-economische verschillen in gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg in België en Vlaanderen echter sterk toegenomen (De Boyser, 2007). Maar om de kloof op vlak van socio-economische gezondheidsverschillen aan te pakken, dient er gewerkt te worden aan de sociale ongelijkheid in onze samenleving (Van Paepegem, Willems, De Boeck, & De Maeseneer, 2001). Bovendien zijn het voornamelijk vrouwen die geconfronteerd worden met ongelijkheid, uitsluiting en armoede (United Nations, 2014).

### 2.3 De 'vrouwelijke' kant van armoede

Armoede en de gevolgen ervan zijn steeds gekoppeld aan negatieve uitkomsten voor mensen, gespreid over en gedurende hun hele leven en dit over verschillende generaties. Dit is in het bijzonder het geval bij vrouwen (DeLeon, Wakefield, Schultz, Williams, & VandenBos, 1989; Gatz & Fiske, 2003). De genderkloof in armoede is de afgelopen decennia steeds groter geworden. Dit resulteert in een herdefiniëring van armoede, met in de eerste plaats armoede als een vrouwenkwestie (Fitzpatrick & Gomez, 1997). We kunnen spreken over een 'vervrouwelijking' van armoede (Chant, 2016; Myers & Gill, 2004).

Volgens Campaert (2007) en Cawthorne (2008) hebben vrouwen een hoger risico op armoede dan mannen. Over het algemeen hebben vrouwen vijfendertig procent meer kans om in armoede te leven dan mannen (Mantsios, 2007). Dat vrouwen een groter risico lopen op armoede, heeft te maken met een aantal samenhangende oorzaken. Om te beginnen hebben vrouwen een zwakkere positie op de arbeidsmarkt in vergelijking met mannen (van der Burg & Raeymaeckers, 2014; Van Hootegem, 2002). De werkloosheid in Vlaanderen is ongelijk verdeeld over mannen en vrouwen. In 2007 was meer dan vijftig procent van de werklozen vrouw (Jans & Dierckx, 2007). Recente cijfers (Coene, 2015) tonen echter wel aan dat de werkzaamheidsgraad van vrouwen alsnog toeneemt. Vrouwen die werken worden wel minder betaald dan mannen, ook al hebben ze dezelfde kwalificaties. Vrouwen bevinden zich ook meer in de sector met laagbetaalde beroepen zoals in het onderwijs, kinderopvang, verpleging en schoonmaak (Cawthorne, 2008; Fredman, 2015).

Vaker dan mannen nemen vrouwen de zorg voor de kinderen of voor andere familieleden op zich (Chant, 2016; Fredman, 2015). Het bieden van deze onbetaalde zorg kan soms zwaar wegen, ook op het beroepsleven (Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie en Dienst Studies en Statistiek van het Ministerie van het Waalse Gewest, 2001). Hierdoor gaan veel vrouwen hun arbeidssituatie sterk aanpassen aan hun gezinssituatie en gaan ze bijvoorbeeld vaker halftijds werken (Cawthorne, 2008; Jans & Dierckx, 2007). Gezinnen waarbij een vrouw aan het hoofd staat, worden meer getroffen door armoede dan andere gezinnen (Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie en Dienst Studies en Statistiek van het Ministerie van het Waalse Gewest, 2001). Eéninkomensgezinnen lijken ook een groter armoederisico te hebben. Vaak ontstaan ééninkomensgezinnen door een echtscheiding en meestal is het de vrouwelijke partner die het moet redden met een beperkt of zelfs zonder inkomen (Van Hootegem, 2002).

Er zou volgens Fredman (2015) en Van Hootegem (2002) in het algemeen meer aandacht moeten zijn voor de vrouwelijke kant van armoede, en de daarbij horende uitsluiting en ongelijkheid.



Bovendien hangt volgens Onarheim, Iversen en Bloom (2016) de ontwikkeling en economische vooruitgang van een samenleving voor een deel af van hoe zij de gezondheid van haar vrouwen beschermt en bevordert. Een samenleving die investeert in de gezondheid van vrouwen zal volgens Onarheim e.a. (2016) een betere algehele gezondheid van haar bevolking hebben en zal productiever zijn voor komende generaties.

Wanneer we over gezondheid spreken, dienen we echter oog te hebben voor de verschillende aspecten die de gezondheid van een persoon omvat, waaronder dus ook de seksuele gezondheid (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; Buysse e.a., 2014; World Association for Sexual Health, 2008).

## 2.4 Seksuele gezondheid: een ruim begrip

### 2.4.1 Inleiding

Seksuele gezondheid is een ruim begrip dat veel omvat (Buysse e.a., 2014). Ze staat in verband met seksualiteit en heeft betrekking op zowel fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn van mensen (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno, & Van Look, 2006; World Health Organization, 2015). Seksuele gezondheid bestaat niet alleen uit reproductieve gezondheid zoals vruchtbaarheid, toegang tot anticonceptie, abortus of (on)geplande zwangerschap. Het omvat ook soa- en hiv-bestrijding (Leusink & Tanis-Nauta, 2009; World Health Organization, 2015). Lichamelijke en relationele aspecten, seksuele rechten, toegang tot informatie en de mogelijkheid om veilige en aangename seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang en discriminatie, zijn eveneens belangrijke onderdelen van de seksuele gezondheid van een persoon (Buysse e.a., 2014; World Health Organization, 2015).

Seksuele gezondheid is een essentieel onderdeel van de algemene gezondheid en dus van de volledige ontwikkeling (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; World Association for Sexual Health, 2008). Een goede seksuele gezondheid is bijvoorbeeld fundamenteel voor de fysieke en emotionele gezondheid (World Health Organization, 2015). Bovendien is er ook een verband tussen een goede seksuele gezondheid enerzijds, en een goede algemene kwaliteit van leven anderzijds. Een goede seksuele gezondheid zorgt bijvoorbeeld voor minder kans op hartziekten of borstkanker (Gianotten, Whipple, Owens, & Knowles, 2006 in Bakker & Vanwesenbeek, 2006).

### 2.4.2 Definitie

Seks, seksualiteit en seksuele gezondheid zijn voorbeelden van concepten die verschillende betekenissen hebben in verschillende landen en culturen (World Health Organization, 2010). Daarom is het belangrijk om deze concepten kort toe te lichten alvorens te komen tot een werkbare definitie van seksuele gezondheid.

In het dagelijks taalgebruik verwijst de term seks vaak naar seksuele activiteit. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) verwijst de term echter naar de som van biologische kenmerken die mensen in het algemeen als vrouw of als man definieert. Seksualiteit is veel meer dan seks en seksueel gedrag (van der Vlucht, 2016). Het is een centraal aspect van het mens-zijn en ontwikkelt zich vanaf de geboorte. Seksualiteit wordt ervaren en gevormd door bijvoorbeeld gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, waarden, gedrag, rollen en relaties (van der Vlucht, 2016; World Health Organization, 2000, 2010). Bij seksualiteit gaat het over seksuele identiteit en

voorkeur, over man of vrouw zijn, sekserollen en rolverwachtingen, maar ook over plezier, intimiteit en voortplanting (van der Vlugt, 2016). Seksualiteit omvat dus veel meer dan enkel gedragsmatige elementen en wordt door verschillende factoren beïnvloed (World Health Organization, 2010). Hoe een persoon bijvoorbeeld staat in zijn/haar seksuele identiteit, wordt beïnvloed door biologische, sociale, economische, ethische en culturele factoren (van der Vlugt, 2016; World Association for Sexual Health, 2014; World Health Organization, 2010).

Hoewel men vanuit een biologisch perspectief inzicht kan verwerven in seksuele gezondheid, is een eenzijdige benadering vanuit dit oogpunt niet voldoende, want seksuele gezondheid reikt veel verder. Zo dient men volgens Buysse e.a. (2014) ook oog te hebben voor het psychologische of mentale en het sociale aspect van seksuele gezondheid.

De Wereldgezondheidsorganisatie, die al sinds 1974 op het gebied van seksuele gezondheid werkt, gebruikt een brede definitie van seksuele gezondheid (World Health Organization, 2015). Ook Sensoa hanteert de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (World Health Organization, 2015, p. 5).

Zoals reeds werd gezegd, omvat seksuele gezondheid verschillende aspecten. Tegelijk erkent seksuele gezondheid ook de verbondenheid en verworvenheid van al deze aspecten. Gezondheid is steeds een uitkomst van cognities, gedrag en cultuur en vraagt dus een integrale benadering (Leusink & Tanis-Nauta, 2009). De definitie van seksuele gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) vertrekt vanuit zo'n integrale benadering (Leusink & Ramakers, 2014). Er is aandacht voor de fysieke, mentale en sociale of contextuele dimensies van seksualiteit en de samenhang hiervan (World Health Organization, 2002). Deze benadering is ook terug te vinden in het Bio-psychosociaal model van Engel (1977). Hij bood een alternatief voor het heersende biomedische model op gezondheid dat domineerde sinds het midden van de twintigste eeuw (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Het model van Engel (1977) vertrekt vanuit een holistische visie op gezondheid, die zowel rekening houdt met de diversiteit aan individuele kenmerken als met de sociale, culturele en maatschappelijke structuren waarin mensen leven (Buysse e.a., 2014). Leusink (2011) bracht het model visueel in kaart om een duidelijk kader te scheppen van de verschillende factoren met betrekking tot seksualiteit (zie figuur 1).



Figuur 1: Biopsychosociaal model van seksualiteit: overzicht van elkaar wederzijdse beïnvloedende factoren. Overgenomen uit "Hoe werkt seks: het afscheid van libido" (p.12) door P. Leusink 2011, *Bijblijven*, 27(7), 9-13.

In de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) wordt seksuele gezondheid vooral benaderd vanuit een positief perspectief, met ruimte voor seksueel plezier. Seksuele gezondheid beperkt zich dus niet enkel tot fysieke gezondheid, maar ook emotionele en psychosociale elementen worden in acht genomen (van der Vlucht, 2016).

Als mensen een zo goed mogelijke (seksuele) gezondheid willen nastreven, is het noodzakelijk dat zij eerst de kans krijgen om vrij te zijn in hun seksuele en reproductieve leven. Ze moeten zich zelfverzekerd en veilig voelen in het uitdrukken van hun eigen seksuele identiteit (International Planned Parenthood Federation, 2008). Hierbij is het in de eerste plaats van belang aandacht te hebben voor de seksuele en reproductieve rechten van mensen.

### 2.4.3 Seksuele en reproductieve rechten

De universele mensenrechten (United Nations, 1948) staan voor de bescherming van de mens. Aangezien de bescherming van gezondheid een fundamenteel mensenrecht is, volgt hieruit dat seksuele gezondheid ook rechten met zich meebrengt (World Health Organization, 2000). Seksuele en reproductieve rechten zijn een onderdeel van de rechten van een mens en kunnen niet genegeerd worden. Ze zijn verbonden met seksualiteit en seksualiteit draagt op haar beurt bij aan de vrijheid, gelijkheid en waardigheid van een mens (International Planned Parenthood Federation, 2008).

De term "seksuele en reproductieve gezondheid en rechten" werd zestien jaar geleden geformuleerd tijdens de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling in Cairo (United Nations, 1994). Het is een belangrijk kader omdat hiermee een verband wordt gelegd tussen gezondheid en seksualiteit en voortplanting. Het gaat hier bijvoorbeeld ook over de (gezondheids)zorg die mensen nodig hebben om hun gezondheid te beschermen, met inbegrip van gezinsplanning, zorg tijdens en na de zwangerschap en de preventie en behandeling van soa's en hiv (Barroso & Sippel, 2011).

Een heel aantal rechten zijn fundamenteel voor de seksuele gezondheid (Sensoa International, z.d.). De International Planned Parenthood Federation (2008) en de World Association for Sexual Health (2014) beschrijven allebei in hun Verklaring van de Seksuele Rechten tien belangrijke seksuele rechten, waaronder het recht op leven, vrijheid, veiligheid en lichamelijke integriteit. Ook het recht

op privacy en het recht op gezondheid zijn belangrijke seksuele rechten. De strijd voor seksuele en reproductieve rechten wordt vooral gevoerd voor en door vrouwen, omdat zij in het bijzonder kwetsbaar zijn voor de schendingen van deze rechten (Amnesty International, z.d.).

Om van een goede ontwikkeling van seksualiteit en seksuele gezondheid te kunnen spreken, dienen de seksuele en reproductieve rechten van een persoon te worden gerespecteerd en beschermd (World Association for Sexual Health, 2014; van der Vlugt, 2016).

De voorbije drie decennia is er sprake van een snelle uitbreiding van de toepassing van de rechten van de mens met betrekking tot seksualiteit en seksuele gezondheid (World Health Organization, 2015). Het belang van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten wordt steeds meer erkend, onder meer om armoede aan te pakken en vooruitgang te boeken in gendergelijkheid en de rechten van de vrouw (Barroso & Sippel, 2011). Seksuele gezondheid komt voort uit een omgeving die de seksuele en reproductieve rechten erkent, respecteert en beoefent (World Health Organization, 2000). Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moet in eerste instantie een passend beleid worden gevoerd. Dit wordt besproken in het volgende deel.

#### 2.4.4 (Nood aan) een beleid rond seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid is een thema dat in eerste instantie een belangrijke plaats inneemt in het leven van individuen, maar het heeft ook een grote publieke impact die relevant is voor het welzijnsbeleid en de zorgsector (Lauman, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994). Volgens Onarheim e.a. (2016) is gezondheid een drijvende kracht achter economische groei en armoedebestrijding. Een samenleving met burgers met een goede seksuele gezondheid en welzijn staat sterker bij de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting (World Association for Sexual Health, 2008).

In 2000, het begin van het nieuwe millennium, ontwikkelde de Verenigde Naties samen met verschillende wereldleiders een visie om wereldwijd sociale ontwikkeling te bevorderen en om armoede, in al haar facetten, te bestrijden. Deze visie werd vertaald in acht Millenniumdoelstellingen: de zogenaamde Millennium Development Goals of de MDG's (United Nations, 2015). De doelstellingen bestaan onder meer uit het bannen van extreme armoede en honger, gelijke behandeling van mannen en vrouwen, waaronder ook het empoweren van vrouwen en het verbeteren van de reproductieve gezondheid (United Nations, 2015; Waage e.a., 2010).

Volgens de World Association for Sexual Health (2008) moet ook seksuele gezondheid en de bevordering ervan een sleutelrol spelen bij het bereiken van de Millenniumdoelstellingen. Het promoten van seksuele gezondheid is een centraal aspect om het welzijn van burgers en duurzame ontwikkeling na te streven (World Association for Sexual Health, 2008).

Dankzij gezamenlijke globale, nationale, regionale en lokale inspanningen hebben de Millenniumdoelstellingen van 2000 het leven van miljoenen mensen gered en de omstandigheden waarin veel mensen leven sterk verbeterd. Zo is bijvoorbeeld extreme armoede wereldwijd met de helft gedaald en is het gebruik van anticonceptiemiddelen bij vrouwen met meer dan zestig procent gestegen (United Nations, 2015). Maar volgens de Verenigde Naties (2015) zijn we er nog lang niet en blijft het belangrijk om voort te bouwen op de reeds gemaakte successen. In 2015 werden de

Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen of de Sustainable Development Goals (SDG's) opgesteld. Zij bouwen voort op de Millenniumdoelstellingen die in 2015 zijn vervallen.

De nieuwe doelstellingen zijn een universele verzameling van doelstellingen voor alle landen, met inbegrip van de rijke landen in de wereld (Kroll, 2015). Ook in België wordt beleid gevoerd rond de SDG's (Federaal Instituut voor Duurzame Ontwikkeling, 2018). Volgens een studie (Orsini & Mazijn, 2017) uitgevoerd in opdracht van het Federaal Instituut voor Duurzame ontwikkeling blijkt onze overheid voor de meeste doelstellingen voldoende maatregelen te nemen, maar deze lijken niet te volstaan. Op vlak van armoede bijvoorbeeld, scoort België minder goed. Wat betreft gezondheid lijken we beter te scoren. Volgens een studie van Kroll (2015) scoort ons land ook redelijk goed op vlak van gendergelijkheid en is er een relatief lage inkomensongelijkheid in vergelijking met andere landen.

De nieuwe doelstellingen blijken veel belang te hechten aan gender. Bovendien benadrukken ze volgens Onarheim e.a. (2016) ook de belangrijke rol van vrouwen als individuen en als belangrijke actoren in het bijdragen aan economische en maatschappelijke ontwikkeling.

Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, heeft echter bedenkingen bij de nieuwe doelstellingen. Sensoa stelt dat de doelstellingen redelijk onduidelijk en niet bindend zijn. Overheden kiezen namelijk zelf op welke manier ze de doelstellingen willen realiseren en worden er ook niet toe verplicht om dit te doen. Op die manier bestaat de kans dat sommige overheden geen spoed zullen zetten achter de realisatie van de doelstellingen rond seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (Sensoa, 2015). Nochtans draagt een gezonde seksualiteit bij burgers bij tot de sociale en economische ontwikkeling van een land of een gemeenschap (World Health Organization, 2015).

## 2.5 Conclusie

Wereldwijd zijn het voornamelijk vrouwen die geconfronteerd worden met armoede en uitsluiting, ook op vlak van gezondheid (United Nations, 2014). Volgens Onarheim e.a. (2016) hangt de ontwikkeling en economische vooruitgang van een samenleving voor een deel af van hoe zij de gezondheid van haar vrouwen beschermt en bevordert. Hierbij dient er toegankelijke gezondheidszorg te zijn (Morgan, 2008), maar voor veel mensen in armoede, waarvan een groot deel vrouwen, blijft de toegang tot gezondheidszorg beperkt (Campaert, 2007; Cawthorne, 2008; Dierckx, 2007).

Wanneer we over de gezondheid van vrouwen spreken, dienen we bovendien oog te hebben voor de verschillende aspecten die gezondheid omvat, waaronder dus ook de seksuele gezondheid (Bakker & Vanwesenbeek, 2006; Buysse e.a., 2014; World Association for Sexual Health, 2008). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (2009) staan seksualiteit en voortplanting immers centraal in de gezondheid van vrouwen. Investeren in en het beschermen van de gezondheid van vrouwen in armoede, waaronder dus ook hun seksuele gezondheid, lijkt voor een samenleving bijgevolg van groot belang.

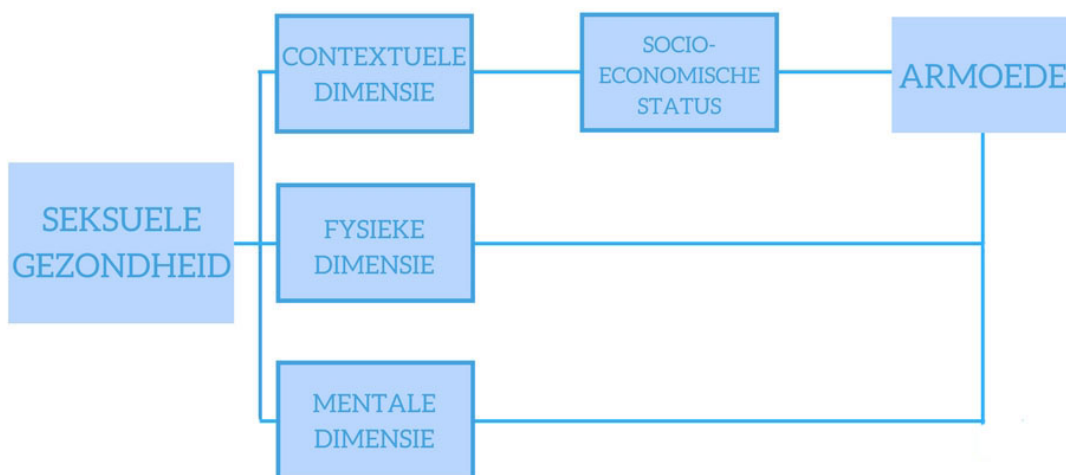
### 3 Onderzoeksvragen en conceptueel model

#### 3.1 Onderzoeksvragen

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is om inzicht te verwerven in de beleving en noden omtrent de seksuele gezondheid van Belgische vrouwen die in armoede leven. Bovendien willen we nagaan in welke mate en op welke manier hun leven in armoede in verband staat met hun seksuele gezondheid. De keuze voor een vrouwelijke doelgroep gebeurde in samenspraak met Sensoa en kwam voort uit het idee dat vrouwen in armoede vaak kwetsbaarder zijn dan mannen in armoede. Vrouwen ervaren op vlak van seksuele gezondheid meestal ook meer drempels. Uit dit alles kwamen de volgende beschrijvende onderzoeksvragen naar voren: (1) Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid? (2) Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?

Deze onderzoeksvragen zijn resultaatgerichte vragen waarbij er ook rekening gehouden moet worden met welke dimensies effect hebben op de seksuele gezondheid van de doelgroep. Hier hoort dan ook een derde onderzoeksvraag bij: (3) Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

#### 3.2 Conceptueel model



*SEKSUELE GEZONDHEID BIJ VROUWEN IN ARMOEDE*

## Data en methode

In het tweede deel van deze masterproef worden de data en de gebruikte methode beschreven. Eerst worden de onderzoekseenheden besproken. Nadien worden de dataverzamelmethode en het meetinstrument geschetst. Tot slot wordt de analyseprocedure toegelicht.

### 1 Onderzoekseenheden

In eerste instantie was de bedoeling van dit onderzoek om bottom-up te werken. Dit betekent dat de specifieke doelgroep, namelijk volwassen vrouwen tussen 23 en 30 jaar met een Belgische nationaliteit die in armoede leven, zou bevroegd worden. De keuze voor deze leeftijdscategorie werd in samenspraak met Sensoa gemaakt, omdat vrouwen tussen 23 en 30 jaar zich ongeveer in dezelfde levensfase bevinden en gelijklopende ervaringen hebben op gebied van seksuele gezondheid.

Het thema van het onderzoek is complex. Zowel armoede als seksuele gezondheid zijn termen die uit meer dan één enkel aspect bestaan. Het is steeds een combinatie van verschillende factoren. Hierdoor bestaat de kans dat het lang duurt voordat inhoudelijke saturatie is bereikt en voldoende data zijn verzameld (Baarda e.a., 2013). De oorspronkelijke bedoeling was om in totaal vijftien tot twintig respondenten te bevragen.

Vanwege de moeizame rekrutering van respondenten en de beperkte tijdsperiode in het kader van deze masterproef, werd het duidelijk dat het onmogelijk zou zijn om een voldoende grote groep van respondenten te bevragen. Daarom werd gekozen om sleutelinformanten te bevragen aan de hand van drie focusgroepen. Deze sleutelinformanten staan via hun job in nauw contact met de vrouwelijke doelgroep en kunnen op die manier vanuit hun belevingswereld spreken. Door hun ervaring met de doelgroep en hun expertise over het thema armoede kunnen zij gefundeerde antwoorden geven tijdens een focusgroep (Baarda e.a., 2013).

In totaal werden negen sleutelinformanten tijdens drie focusgroepen bevroegd. De eerste focusgroep bestond uit vier deelnemers waaronder drie medewerkers van De Keeting vzw, een Vereniging waar armen het woord nemen. De eerste deelnemer was Nathalie. Zij is van opleiding algemeen en sociale verpleegkunde. Nathalie liep stage bij De Keeting en is er sindsdien ook werkzaam. Anja en Leen volgen de opleiding orthopedagogie en sociaal werk en werken in het kader van hun opleiding als stagiaire bij De Keeting. De vierde deelnemer was Ine. Zij is werkzaam als projectmedewerker seksuele gezondheid bij de stad Antwerpen. Naast het ondersteunen van de maatschappelijk werkers van het OCMW, geeft zij ook individuele begeleiding aan cliënten rond gezinsplanning. Ine is van opleiding maatschappelijk werker en heeft ervaring in de psychiatrie, de bijzondere jeugdzorg en het OCMW.

De tweede focusgroep bestond oorspronkelijk uit vier deelnemers maar uiteindelijk konden maar twee mensen aanwezig zijn. De eerste deelnemer was Sanne. Zij volgt de vierjarige opleiding ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting bij vzw De Link en heeft in het kader hiervan als stagiaire bij Sensoa gewerkt. Tim was de tweede deelnemer en heeft sociaal-cultureel werk gestudeerd. Hij werkt sinds 2007 als projectmedewerker bij Open Huis vzw, een Vereniging waar armen het woord nemen. De derde focusgroep bestond uit drie deelnemers waaronder Kim, beleidsmedewerker armoede en lagere socio-economische status bij Sensoa. Lies was de tweede

deelnemer en is van opleiding maatschappelijk werker. Ze is werkzaam bij de stad Antwerpen als beleidsmedewerker seksuele gezondheid en toegankelijke gezondheidszorg. De derde deelnemer was Marie, een ergotherapeut. Marie werkt met kwetsbare vrijwilligers bij Daklozenhulp Antwerpen en is actief als buddybegeleider bij Armen Tekort vzw, een buddyproject rond kansarmoede. Daarnaast geeft ze les aan de AP Hogeschool in Antwerpen binnen het departement gezondheid.

## 2 Dataverzamelmethode

Dit onderzoek wil inzicht verwerven in de dagelijkse beleving en noden omtrent de seksuele gezondheid van de vrouwelijke doelgroep. Het onderzoek wil ook nagaan op welke manier hun leven in armoede in verband staat met hun seksuele gezondheid. De ervaringen en belevingen van de doelgroep staan hier centraal. Om een duidelijk antwoord te vinden op deze onderzoeksvragen werd dan ook gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Deze methode geeft een diepgaander beeld over het onderwerp en gaat uit van het perspectief van de doelgroep (Baarda e.a., 2013).

Zoals ook in de vorige paragraaf werd aangehaald, werd aanvankelijk gekozen om de doelgroep zelf te bevragen aan de hand van focusgroepen. Het doel van deze focusgroepen bestond erin om bepaalde gevoelens, ervaringen en percepties over hun seksuele gezondheid te verkennen. Bij een groepsgesprek werken de reacties van een deelnemer inspirerend en kan dit andere deelnemers op nieuwe gedachten brengen (Baarda e.a., 2013). Maar door in gesprek te gaan met verschillende deskundigen, onder meer een stafmedewerker armoedebeleid bij Netwerk tegen Armoede, werd naderhand beslist om individuele interviews af te nemen bij de doelgroep. Seksuele gezondheid wordt namelijk ervaren als een privékwestie waarbij sociale wenselijkheid een grote rol kan spelen. Sommige mensen reageren in groep soms geremd en durven hun mening minder goed uiten omdat ze bang zijn voor de reacties van anderen (Baarda e.a., 2013). Om deze reden genieten individuele interviews in dit geval meer de voorkeur. Voor dit kwalitatief onderzoek zouden we vijftien tot twintig vrouwen bevragen. Het interviewschema werd opgemaakt in samenwerking met de stafmedewerker van Netwerk tegen Armoede. Haar ervaring en expertise over de doelgroep brachten een grote meerwaarde voor de opmaak en voorbereiding van het interview. Door het afnemen van een piloot-interview werd duidelijk dat het thema niet evident is om over te spreken. Pijnlijke herinneringen kwamen door het gesprek heen opnieuw naar boven waardoor het soms erg confronterend was voor zowel de respondent als de onderzoeker. Na het interview leek de respondent met nog meer vragen te worstelen dan voorheen.

Via de koepelorganisatie Netwerk tegen Armoede werden verschillende Verenigingen waar armen het woord nemen gecontacteerd. Langs deze weg werd geprobeerd om meer respondenten te rekruteren. Tijdens deze zoektocht bleek dat het dataverzamelingsproces moeizaam zou verlopen. De verenigingen waarmee we in contact stonden, gaven uit ervaring aan dat het moeilijk is om de doelgroep te motiveren om deel te nemen aan dergelijke onderzoeken. Een ervaringsdeskundige in armoede en stagiaire bij Sensoa beaamde dit tijdens meerdere gesprekken. Uit ervaring weet zij dat mensen in armoede vaak nog weinig elementen in hun leven hebben die privé zijn. Een groot deel van hun leven is door verschillende instanties en hulpverleners blootgelegd. Hun seksualiteit en seksuele gezondheid is vaak nog het enige dat naar hun gevoel nog van zichzelf is.



De rekrutering van de respondenten verliep bijgevolg erg moeizaam. Daardoor werd uiteindelijk beslist om sleutelinformanten te bevragen aan de hand van focusgroepen. Deze sleutelinformanten kunnen vanuit hun professionele ervaringen met de doelgroep onderbouwde informatie geven. Het piloot-interview en de leidraad die werd opgemaakt voor de individuele interviews, vormden een belangrijk vooronderzoek. Vanuit dit vooronderzoek kon eerstelijnsinformatie gehaald worden zoals belangrijke thema's en aspecten rond de seksuele gezondheid van de doelgroep. Op basis van informatie uit het vooronderzoek kon de leidraad voor de focusgroepen worden opgemaakt. Het piloot-interview werd tevens gebruikt als casus om tijdens de focusgroepen verder op in te gaan. Alle deelnemers ontvingen een week op voorhand de vragen die aan bod zouden komen in de focusgroepen. Op die manier had iedereen de tijd en ruimte om vooraf na te denken over alle vragen. Bij de eerste focusgroep hadden de medewerkers van De Keeting de vragen op voorhand ook voorgelegd aan een aantal van hun cliënten. Zo konden ze zowel vanuit hun professionele ervaring als vanuit de ervaringen van de doelgroep spreken. Tijdens de focusgroepen werden notities genomen om de analyse achteraf te vergemakkelijken. De drie focusgroepen vonden telkens plaats bij Sensoa in Antwerpen. Iedere focusgroep duurde gemiddeld twee uur.

### 3 Meetinstrument

Er werd gekozen voor een semigestructureerde interviewmethode met een vooraf opgemaakte leidraad. De literatuurstudie, de onderzoeksvragen en het vooronderzoek vormden hiervoor de basis (Baarda e.a., 2013). Een aantal hoofdvragen lagen op voorhand vast, maar er was wel de mogelijkheid om 'door te vragen'. Om een globaal beeld te kunnen schetsen van de seksuele gezondheid van de vrouwelijke doelgroep en een antwoord te vinden op de eerste onderzoeksvraag, kwamen volgende hoofdvragen aan bod tijdens de focusgroepen: Zijn er zaken die jullie kunnen benoemen vanuit jullie ervaring en contacten die opvallend gevoeliger liggen, op vlak van seksuele gezondheid? Welke zaken lopen volgens jullie wel goed op vlak van seksuele gezondheid?

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd onder meer volgende hoofdvraag gesteld: welke noden hebben deze vrouwen volgens jullie voornamelijk rond hun seksuele gezondheid? De derde onderzoeksvraag kwam tot slot aan bod door de vraag te stellen op welke manier de deelnemers denken dat er een verband is tussen leven in armoede en seksuele gezondheid. Als bijlage is de volledige leidraad van de focusgroepen die gebruikt werd tijdens het onderzoek terug te vinden (zie bijlage 1).

Tijdens het onderzoek was het belangrijk om aandacht te besteden aan de principes van ethische aanvaardbaarheid. Het onderzoek is volledig gebaseerd op vrijwillige deelname. Alle deelnemers kregen een duidelijke voorlichting over het doel en de werkwijze van het onderzoek en persoonsnamen werden veranderd (Baarda e.a., 2013).

## 4 Analyseprocedure

De focusgroepen werden opgenomen met een smartphone en laptop. De geluidsopnames werden vervolgens letterlijk uitgetypt in een transcript met een tekstverwerkingsprogramma. Het verzamelde materiaal werd eerst een aantal keer grondig gelezen. Nadien werden labels en sublabels toegekend aan zinnen of paragrafen die relevant zijn voor het onderzoek en een antwoord konden bieden op de onderzoeksvragen. Het labelschema werd opgemaakt aan de hand van de literatuur, de vooraf opgemaakte leidraad en de onderzoeksvragen. Er werd gestart vanuit een deductieve strategie, waarbij tegelijk met een open blik naar de data werd gekeken. Op die manier werd ruimte gelaten om informatie uit de data naar voren te laten komen op een meer inductieve manier.

Het kader voor het labelschema van de eerste onderzoeksvraag werd vanuit de literatuur gebruikt om de verschillende aspecten van seksuele gezondheid weer te geven (Mortelmans, 2007).

Tijdens de focusgroepen werden een aantal bemerkingsen aangehaald over leven in armoede en de rol van hulpverleners. Deze informatie bleek van betekenis te zijn voor het onderzoek en werd vervolgens meegenomen in de analyse.

Om het complexe proces van de kwalitatieve analyse te vergemakkelijken, werd het programma MAXQDA gebruikt (Baarda e.a., 2013). Een overzicht van de onderzoeksvragen met bijhorende labels en sublabels die werden gebruikt bij de analyse van de focusgroepen, wordt hieronder weergegeven.

### Onderzoeksvraag 1

Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid?	
• Seksualiteit	
	▪ Praten over seks
	▪ Lichaam en zelfbeeld
	▪ Seks en seksuele beleving
• Relaties en gevoelens	
	▪ Partner(s)
	▪ Aangaan van relatie(s)
• Zwangerschap, kinderen en kindwens	
	• Kinderen en kindwens
	• Zwangerschap
• Anticonceptie	
	▪ Gebruik
	▪ Ongewenste zwangerschap en abortus
	▪ Drempels
	▪ Kennis en informatie
• Soa's/hiv	
• Grensoverschrijdend seksueel gedrag	
	▪ Grenzen
	▪ Seksueel geweld en misbruik
Extra: Dagelijkse beleving van vrouwen in armoede	

## Onderzoeksvraag 2

Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?

- Kennis en vaardigheden
- Toegang tot hulpverlening
- Financiële middelen

Extra: rol van hulpverleners

## Onderzoeksvraag 3

Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

- Financieel
- Leefsituatie/context

# Resultaten

De resultaten uit het kwalitatief onderzoek komen in dit deel aan bod. Ze worden gestructureerd besproken aan de hand van de drie onderzoeksvragen (Baarda e.a., 2013). Tot slot worden nog een aantal opvallende opmerkingen rond de dagelijkse beleving van vrouwen in armoede aangehaald. Deze kwamen tijdens de focusgroepen naar boven en geven een belangrijke aanvulling voor het onderzoek.

Bij de bespreking van de resultaten worden ter ondersteuning citaten uit de gesprekken weergegeven (Mortelmans, 2007).

## 1 Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid?

### 1.1 Seksualiteit

Vrijwel alle sleutelinformanten stelden dat het merendeel van de vrouwelijke doelgroep het geen probleem vindt om over seksualiteit te praten. Een aantal thema's zoals misbruik en geweld liggen dan weer gevoeliger. De meeste vrouwen geven volgens de sleutelinformanten wel aan dat er met hulpverleners weinig over seksualiteit gesproken wordt. Drie sleutelinformanten van de derde focusgroep waren het met elkaar eens over de stelling dat de doelgroep een andere manier van communiceren heeft met betrekking tot seksualiteit. *"Een directere lijflijkere manier van met elkaar te praten..."* De vrouwen in de doelgroep zouden bijvoorbeeld niet spreken over 'vrijen' maar gebruiken hier synoniemen voor die volgens de sleutelinformanten minder gebruikelijk zijn.

Op vlak van lichaam en zelfbeeld was een eerste thema dat naar boven kwam het 'vrouw-zijn'. *"Wij merken dat vrouwen in armoede het, ja moeilijk hebben om zich echt zo te profileren als vrouw en daar ook voor te staan..."* De sleutelinformanten gaven aan dat ze merken dat het zelfbeeld van veel vrouwen binnen de doelgroep meestal erg laag is door de situatie waarin ze zich bevinden. Iemand gaf als voorbeeld dat het aankopen van lingerie gevoelig ligt, omdat dit te duur zou zijn.

Seks blijkt een belangrijke plaats in te nemen in het leven van de vrouwelijke doelgroep. Volgens de sleutelinformanten van de eerste focusgroep die met een aantal vrouwen gesproken hadden, gaven sommigen letterlijk aan dat seks dikwijls een uitlaatklep is, een manier om even hun zorgen en problemen te ontvluchten. In de derde focusgroep werd gezegd dat seks vaak een positief effect heeft op de eigenwaarde van deze vrouwen.

*"Dus voor mensen die constant de boodschap krijgen 'ge kunt niks, ge weet niks, ge zijt lompe, ge zijt vies, ge zijt vuil, ge hebt geen centen, ge hebt niet gestudeerd...', en toch is er iemand die hen wil. Dat moet nogal een boost geven voor die eigenwaarde, mannekes."*

Tegelijk merkten twee sleutelinformanten in de derde focusgroep op al meermaals gehoord te hebben dat seks soms als onderhandelingsmiddel gebruikt wordt voor geld, onderdak of materiële zaken. *"Ja want dat is iets wat ze hebben natuurlijk hé, daar beschikken ze over hé en vaak niet veel anders"*

*om in de weegschaal te leggen dus...*" Er zouden volgens de sleutelinformanten ook minder remmingen zijn rond seks.

## 1.2 Relaties en gevoelens

Over de drie focusgroepen heen stelden alle sleutelinformanten dat er veel wisselende relaties zijn bij de vrouwelijke doelgroep. Tegelijk werd bij de eerste focusgroep aangehaald dat veel vrouwen er dikwijls alleen voor staan en dat de vader van de kinderen meestal niet of niet veel aanwezig is. Bij twee van de drie focusgroepen gaven de sleutelinformanten aan dat het veel voorkomt dat er wisselende vaders zijn. Veel vrouwen hebben kinderen uit vorige relaties wanneer ze een nieuwe relatie aangaan.

In vrijwel alle focusgroepen werd vastgesteld dat het aangaan van relaties enerzijds snel gebeurt en beslissingen op vlak van relaties meestal impulsief genomen worden. Toch merkten de sleutelinformanten in de tweede focusgroep op dat veel vrouwen aangeven bang te zijn om een nieuwe relatie aan te gaan, omdat ze vrezen bepaalde voordelen of inkomsten kwijt te raken. Het verliezen van een leefloon of een sociale woning bij het aangaan van een nieuwe relatie, zijn zaken waarvoor bijvoorbeeld heel dikwijls gevreesd wordt.

*"Op basis van dat zouden ze die huur kunnen verhogen of als ge een OCMW-leefloon hebt en ge zou een relatie hebben, dan zegt men 'oké bij wie woont ge het meest?', en dan kan het zijn dat ge van een alleenstaande naar een samenwoonde gaat en dat houdt in dat ge dus ook een groot deel van uw inkomen verliest..."*

Een ervaringsdeskundige in armoede gaf aan dat zij zich in een soortgelijke situatie bevindt en zei hierover het volgende:

*"Dat is eigenlijk een mentaliteit dat zou moeten veranderen want dat is dus zo...En dat is gewoon omdat, mensen moeten al overleven en als ze voelen van 'oké als ik dat ga doen of dat ga doen...' Als ik rechtdoor wil zijn en meeleven naar de rechten die opgelegd worden dan zijn we eigenlijk bij wijze van spreken bijna verplicht om te frauderen, gewoon om ons bestaansrecht eigenlijk te behouden."*

Er werd aangehaald dat het ook vaak voorkomt dat men bij een nieuwe relatie de problemen en eventuele schulden van de nieuwe partner overneemt zonder dit op voorhand te weten. Dit zorgt volgens de sleutelinformanten ook dikwijls voor problemen en spanningen binnen de relatie.

Op de vraag welke zaken positief lopen, gaven de sleutelinformanten aan dat ze vinden dat de vrouwen binnen de doelgroep een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben tegenover hun kinderen en de kinderen van hun partner. *"En toch ook wel het engagement aangaan als er kinderen zijn, als er een nieuwe partner in het gezin komt, van die toch wel een stukje een thuis te geven. Dat vind ik ook wel."*

### 1.3 Zwangerschap, kinderen en kinderwens

Kinderwens en gezinsplanning waren thema's die in alle focusgroepen naar voren kwamen bij de vraag aan wat de sleutelinformanten spontaan dachten bij het thema seksuele gezondheid. De meningen hierover waren echter verdeeld.

Bij de eerste en laatste focusgroep werd aangehaald dat het gesprek rond een kinderwens binnen de hulpverlening vaak moeilijk loopt. Hulpverleners zouden zich in sommige situaties zorgen maken over de leefsituatie en het niet gepast vinden dat er (nog) een kind zou bij komen in het gezin. Redenen hiervoor waren het feit dat er reeds kinderen van het gezin geplaatst zijn of dat er volgens de hulpverleners onvoldoende wordt nagedacht over de motivering en gevolgen bij het krijgen van een kind. Bij de tweede focusgroep werd hier anders over geredeneerd. De sleutelinformanten gaven aan dat veel vrouwen zich dikwijls moeten verantwoorden tegenover de hulpverlening over hun kinderwens en hun aantal kinderen. Een ervaringsdeskundige in de tweede focusgroep zei hierover het volgende:

*"Wat ontnemt ons het recht, in welke situatie dat wij ook zitten, om geen kinderen te hebben. Dat wil niet zeggen dat wij een slechte moeder zijn of dat wij niet ons best willen doen voor ons kinderen. Dus dat is voor mij ja... Eigenlijk zou de mentaliteit ook in de samenleving heel hard moeten veranderen."*

Alle sleutelinformanten waren het erover eens dat de vrouwelijke doelgroep meestal op jongere leeftijd aan kinderen begint. Er werd ook gesteld dat ongeplande en ongewenste zwangerschappen regelmatig voorkomen en dat veel zwangere vrouwen dikwijls de weg niet vinden naar de gepaste hulpverlening. De sleutelinformanten stelden zich de vraag of er voldoende kennis is rond anticonceptie, zwangerschap en abortus. Dit wordt verder in de resultaten nog besproken.

In alle focusgroepen werd opgemerkt dat sommige vrouwen mogelijk een bepaalde leegte willen opvullen door een kind te krijgen. Ook het zorgen voor een kind, er verantwoordelijk voor zijn en liefde geven en ontvangen, waren zaken die naar voren kwamen in alle focusgroepen. Veel vrouwen zien volgens de sleutelinformanten het krijgen van een kind als een nieuwe start en een nieuwe kans om het beter te doen.

*"Ja, een nieuwe toekomst op te bouwen, wat in het verleden niet gelukt is, dat kan nu misschien wel weer. En ik ben er ook wel van overtuigd dat het elke keer vanuit het idee is van, iets duurzaam op te bouwen. Dat denk ik wel..."*

### 1.4 Anticonceptie

Zoals eerder werd vermeld, werd in alle focusgroepen opgemerkt dat ongeplande en ongewenste zwangerschappen vaak voorkomen bij de vrouwelijke doelgroep. De meeste sleutelinformanten vermoeden dat de doelgroep weinig gebruik maakt van anticonceptiemiddelen. 'Ongelukjes' was een term die in iedere focusgroep ter sprake kwam. Sommige vrouwen zouden de pil gebruiken, maar dit strookt volgens de sleutelinformanten niet met het levensritme dat zij hanteren. Vrijwel alle

sleutelinformanten waren het erover eens dat de pil en het condoom geen juiste anticonceptiemiddelen blijken te zijn voor de vrouwelijke doelgroep.

De sleutelinformanten gaven het gebrek aan kennis en informatie over anticonceptie als de voornaamste reden voor ongeplande zwangerschappen.

Er werden in de focusgroepen ook een aantal drempels aangehaald die vrouwen mogelijk ervaren rond anticonceptie. In elke focusgroep werd gesteld dat het financiële aspect de grootste drempel is voor het gebruik van anticonceptie. Het gebruik van anticonceptiemiddelen blijkt volgens de sleutelinformanten ook geen prioriteit.

*“Voor naar de dokter te stappen voor anticonceptie te gaan vragen, ze willen die stap wel zetten denk ik maar dan zijn ze al aan het rekenen, vooral als ze al kinderen hebben dan zijn ze aan het rekenen van 'ah ja dat kost 10 euro die anticonceptie, wacht hé ik moet dat en dat en dat betalen... Goh en die rekening staat nog open. Maar ik moet wel school betalen, en dat en dat en elke dag mijn kinderen eten... Ja met die 10 euro wat ga ik daarmee doen? Anticonceptie? Of vanavond een boterham geven aan mijn zoon?”*

Bemoeienis en vooroordelen van verschillende hulpverleners is volgens de sleutelinformanten een tweede drempel om informatie te vragen rond anticonceptie. *“Dan zeggen die 'hoe maar wacht, gij zijt een alleenstaande moeder van vijf kinderen, gij vraagt anticonceptie dus dat wil zeggen dat gij een relatie gaat aangaan. Gaat dat werken?”*

Ook het hebben van foute informatie rond bepaalde anticonceptiemiddelen werd aangehaald als mogelijke drempel. Bij de derde focusgroep werd opgemerkt dat de toegang tot informatie vanzelfsprekender is voor mensen met een hogere opleiding en dat iemand uit een kwetsbare situatie niet zomaar informatie opzoekt via het internet.

## 1.5 Soa's en hiv

Het thema soa's en hiv kwam in alle focusgroepen weinig aan bod. Cijfers over soa's en hiv bij de vrouwelijke doelgroep zijn er volgens de sleutelinformanten beduidend weinig. Sommige sleutelinformanten vermoeden dat er vaak onveilig geveeën wordt en er hierdoor mogelijk meer soa's zijn bij de vrouwelijke doelgroep. Verder konden de sleutelinformanten hierover weinig vertellen.

## 1.6 Grensoverschrijdend seksueel gedrag

Opvallend was dat alle sleutelinformanten aangaven dat veel vrouwen binnen de doelgroep te maken hebben (gehad) met seksueel misbruik en of verkrachting. *“Bij mijn opleiding heb ik heel veel vrouwen die mishandeling, seksueel geweld, misbruik, verkrachtingen, hebben meegemaakt. En zo zitten er een paar in elke groep.”* Een sleutelinformant gaf aan een jonge vrouw te kennen die zwanger was geworden door ongewilde seks. Volgens haar zijn zulke situaties geen uitzonderingen.

Het moeilijk kunnen stellen van grenzen op vlak van relaties en seksualiteit was een thema dat regelmatig terugkwam tijdens de focusgroepen. Een aantal informanten veronderstelden dat dit

dikwijls het gevolg is van seksueel misbruik in het verleden. Sommige informanten gaven ook aan dat veel jonge vrouwen het gedrag van hun ouders op seksueel vlak, vaak overnemen.

## **2 Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?**

Uit de focusgroepen is gebleken dat de vrouwelijke doelgroep een aantal noden heeft op vlak van hun seksuele gezondheid. Volgens de sleutelinformanten blijkt er voornamelijk nood aan ondersteuning, informatie en voldoende financiële middelen.

Veel vrouwen lijken volgens de sleutelinformanten behoefte te hebben aan meer begeleiding, medische ondersteuning en informatie rond anticonceptie en (ongewenste) zwangerschappen. Volgens de sleutelinformanten lijkt een aanzienlijk deel van de vrouwen onvoldoende op de hoogte van welke anticonceptiemiddelen er zijn en hoe zij hier toegang tot kunnen krijgen. De sleutelinformanten gaven bijvoorbeeld aan dat het OCMW anticonceptiemiddelen terugbetaalt, maar dat zij vermoeden dat geen enkele vrouw binnen de doelgroep hiervan op de hoogte is. Vanwege een te hoge prijs zouden voor veel vrouwen anticonceptiemiddelen onbetaalbaar zijn. Volgens de sleutelinformanten lijkt er op dit vlak dan ook een behoefte aan extra financiële middelen. In de focusgroepen werd ook gesproken over het gegeven dat veel zwangere vrouwen dikwijls de weg niet vinden naar de gepaste hulpverlening. Volgens de sleutelinformanten lijkt ook hier behoefte aan meer begeleiding en informatie.

Enkele vrouwen lijken volgens de sleutelinformanten nood te hebben aan meer (financiële) middelen om zichzelf te kunnen verzorgen. Sommigen willen zich bijvoorbeeld eens lingerie of verzorgingsproducten kopen, maar kunnen dit financieel niet aan.

Genegenheid en liefde is iets waar volgens enkele sleutelinformanten sommige vrouwen behoefte aan hebben. In de focusgroepen werd aangehaald dat sommige bijvoorbeeld door een kind te krijgen een bepaalde leegte willen opvullen.

Tot slot lijkt er volgens alle sleutelinformanten over het algemeen meer nood te zijn aan gesprekken binnen de hulpverlening rond het thema seksuele gezondheid. Dit lijkt geen expliciete nood te zijn van de vrouwelijke doelgroep, maar kwam eerder vanuit de ervaringen van alle sleutelinformanten zelf. In de derde focusgroep werd er gesproken over een zogenaamde 'hete aardappel' die doorgegeven wordt tussen de verschillende instanties of hulpverleners. *"Ik denk dat dat nu niet aanwezig is in de dagdagelijkse hulpverlening... En dat dat juist ook het probleem is. Niemand heeft daar of wil daar eigenaarschap van opnemen."*

## **3 Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?**

Alle sleutelinformanten over de drie focusgroepen heen waren het erover eens dat er een verband is tussen armoede en seksuele gezondheid. *"Een verband tussen armoede en seksuele gezondheid... Armoede is problemen financieel, psychisch, welzijn, dat is zoveel en dat heeft daar allemaal invloed"*



*op... Dus ja, er is een verband."* Volgens de sleutelinformanten manifesteert dit zich op verschillende manieren. De financiële en de algemene leefsituatie of levensstructuur blijken een duidelijke invloed te hebben op aspecten als seksualiteit, relaties en gevoelens, zwangerschap en kinderwens en het gebruik van anticonceptie. Tot slot blijkt volgens de sleutelinformanten dat leven in armoede ook sterk in verband staat met gezondheidszorg. In wat volgt worden deze verschillende aspecten waarop een leven in armoede invloed heeft, besproken.

### 3.1 Seksualiteit

Op vlak van seksualiteit lijkt de financiële situatie en het gebrek aan middelen bij veel vrouwen invloed te hebben op een aantal elementen. Zo blijkt volgens de sleutelinformanten dat veel vrouwen persoonlijke zorg voor zichzelf vaak uitstellen. Het aankopen van extraatjes zoals lingerie gebeurt bijvoorbeeld zelden of niet. Volgens de sleutelinformanten van de eerste focusgroep weegt de financiële toestand dikwijls zwaar en hebben deze vrouwen verder weinig tijd en ruimte om met zichzelf en hun uiterlijk bezig te zijn.

Een aantal sleutelinformanten gaf aan dat door een gebrek aan (financiële) middelen, sommige vrouwen seks af en toe gebruiken als onderhandelingsmiddel.

### 3.2 Relaties en gevoelens

Zowel het financiële aspect als de leefsituatie lijkt in verband te staan met (het aangaan van) relaties. Alle sleutelinformanten gaven bijvoorbeeld aan dat er veel wisselende relaties zijn bij de vrouwelijke doelgroep. Volgens de sleutelinformanten heeft dit vaak te maken met de leefsituatie van mensen in armoede en het feit dat velen zich dikwijls eenzaam voelen en op zoek zijn naar gezelschap. Een aantal sleutelinformanten haalde aan dat veel vrouwen een onstabiele jeugd hebben gehad. Ook bepaalde waarden en normen die ouders doorgeven aan hun kinderen, werd aangegeven als mogelijke reden.

*"En wat ik ook denk als ge dan denkt aan generatie-armoede, dan denk ik dat dat ook ideeën zijn die van de ene generatie op de andere wordt doorgegeven. Waarschijnlijk... Of je zou je je kunnen voorstellen dat een moeder verschillende partners heeft terwijl haar kinderen daar in huis zijn. Dus voor kinderen is het ook vanzelfsprekend dat er verschillende partners zijn, denk ik. Ge krijgt die ideeën toch een stukje mee hé."*

De financiële situatie van de vrouwelijke doelgroep blijkt een invloed te hebben op het al dan niet aangaan van een nieuwe relatie. Volgens de sleutelinformanten blijken veel vrouwen bang te zijn om bepaalde (financiële) voordelen te verliezen. Sommige vrouwen kiezen er volgens de sleutelinformanten dan ook voor geen relatie aan te gaan. *"Ja, er is gewoon geen spontaniteit denk ik... Ik denk dat men niet te veel op het spel wil zetten om een nieuwe relatie aan te gaan."*

### 3.3 Zwangerschap, kinderen en kinderwens

De levensstructuur van veel vrouwen in armoede lijkt volgens de sleutelinformanten een invloed te hebben op het aspect zwangerschap, kinderen en kinderwens.

Volgens de sleutelinformanten beginnen veel vrouwen binnen de doelgroep op jonge leeftijd aan kinderen. Sommige sleutelinformanten wijten dit opnieuw aan het feit dat velen een onstabiele jeugd hebben gehad en uit een kwetsbaar gezin komen. Door een kind te krijgen zouden veel vrouwen volgens de sleutelinformanten op zoek gaan naar liefde en genegenheid. Andere sleutelinformanten haalden aan dat er sprake is van een andere levensstructuur tegenover hogeschoolde vrouwen of vrouwen met een hogere socio-economische status, die meestal na hun studies pas aan kinderen beginnen.

### 3.4 Anticonceptie

Volgens de sleutelinformanten komen ongeplande of ongewenste zwangerschappen regelmatig voor wegens het gebrek aan kennis en onvoldoende gebruik van anticonceptie. Zowel het gebrek aan financiële middelen als de levensstructuur van veel mensen in armoede lijkt in verband te staan met het gebruik van anticonceptie. *"Dat is iets dat blijkbaar, dat vaak niet als norm wordt gezien, en dat dat ook duur... allez ik bedoel dat kost echt geld..."*

De grootste drempel voor het gebruik van anticonceptie is volgens de sleutelinformanten de prijs. Bovendien blijkt het soort anticonceptie invloed te hebben op het al dan niet (correcte) gebruik ervan. Het innemen van de pil of het gebruik van een condoom vraagt bijvoorbeeld een bepaalde regelmaat die veel mensen in armoede volgens de sleutelinformanten niet hebben. *"De pil dat dat veel wordt voorgeschreven door huisartsen maar wat eigenlijk niet strookt met het levensritme dat ze hanteren, waar dat ze eigenlijk niet echt... Ja waar dat er wel eens accidentjes gebeuren natuurlijk."*

### 3.5 Gezondheidszorg

Tot slot kwam uit alle focusgroepen naar voren dat er duidelijk een verband is tussen leven in armoede en gezondheidszorg. Veel vrouwen binnen de doelgroep blijken gezondheidszorg vaak uit te stellen. Dit gebeurt volgens de sleutelinformanten voornamelijk wegens financiële redenen. Daarnaast zouden veel vrouwen bang zijn voor vooroordelen en voelen ze zich dikwijls niet comfortabel bij een specialist of een arts. *"Drempel... Want uiteindelijk, ge gaat wel voor een persoon gaan zitten die wél... Wij aanzien een dokter bijvoorbeeld als iemand 'high'..."* Ook het moeilijk begrijpen van de medische taal werd opgegeven als een drempel. *"Ook misschien de verstaanbaarheid van de taal, ik denk dat dat ook een heel grote rol speelt. Van 'ja maar die gaat mij dat en dat zeggen en ik ga dat niet begrijpen...'"*

Bovendien blijkt gezondheidszorg volgens de sleutelinformanten geen prioriteit te zijn in het leven van veel vrouwen binnen de doelgroep. Alle sleutelinformanten vermoeden dat de levensstructuur hier ook een bepalende rol in speelt. Het vooruitplannen lijkt voor velen een moeilijkheid. Bij alle focusgroepen werd gesproken over het feit dat mensen in armoede 'van dag op dag' leven. Dit zou tot gevolg hebben dat het vastleggen van een medische afspraak dikwijls uitgesteld wordt of niet gebeurt.

#### **4 Dagelijkse beleving van vrouwen in armoede**

Hieronder worden een aantal opvallende opmerkingen rond de dagelijkse beleving van deze vrouwen in armoede kort weergegeven.

Als eerste was stigmatisering en het beeld dat de samenleving doorgaans heeft van mensen in armoede een beduidend thema dat in iedere focusgroep ter sprake kwam.

*"Of die stigmatisering van 'ja zie, ze hebben geen nagel om aan hun gat te krabben maar ze kopen wel een smartphone.' Maar wie weet is dat voor mijn mails te lezen omdat ik aan het solliciteren ben omdat ik geen computer heb thuis..."*

Volgens alle sleutelinformanten wordt er te veel gekeken naar wat mensen in armoede niet kunnen of niet hebben en bestaan er nog steeds te veel vooroordelen. Veel vrouwen lijken dit ook aan te geven. Volgens een aantal sleutelinformanten merken veel moeders dat er in het dagelijks leven op hen neergekeken wordt wanneer bijvoorbeeld hun kind huilt in het openbaar.

Een informant gaf aan dat de meeste mensen in armoede eigenlijk onzichtbaar willen blijven. Zij stelde dat hun leven door verschillende hulpverleners of instanties blootgelegd wordt en er nog weinig privacy overblijft.

Tot slot gaven alle sleutelinformanten aan dat ze merken dat er heel veel veerkracht is bij de vrouwelijke doelgroep. Typerend aan mensen in armoede is volgens de sleutelinformanten dat ze ondanks de moeilijke situatie sterk in hun schoenen blijven staan.

*"Ik vind ook dat dat allemaal stuk voor stuk echt vechters zijn... Die hebben zóveel meegemaakt en zoveel moeten doorstaan en die hebben elk hun eigen verhaal en hun eigen weg afgelegd en toch... Dat is zo knap dat die blijven doorzetten ondanks al die pech, toch er nog staan en blijven... Ook al is het zo zwaar hé, ze lachen niet altijd en er is ook heel veel negativiteit maar ze blijven er wel staan elke dag opnieuw, ze zijn er elke dag opnieuw..."*

## Discussie en conclusie

In dit deel wordt eerst een antwoord gegeven op de drie onderzoeksvragen. Nadien volgen een aantal praktische en beleidsaanbevelingen, de beperkingen van dit onderzoek, aanbevelingen voor verder onderzoek en ten slotte de conclusie.

### 1 Bespreking van de onderzoeksvragen

#### 1.1 Hoe ervaren Belgische vrouwen in armoede hun seksuele gezondheid?

Seksuele gezondheid bestaat volgens Leusink en Tanis-Nauta (2009), Buysse e.a. (2014) en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) niet enkel uit seks en seksualiteit, maar uit verschillende aspecten. Dit komt duidelijk terug in de resultaten waarbij verschillende thema's aan bod kwamen zoals seksualiteit, relaties, (on)geplande zwangerschap en abortus maar ook anticonceptie en grensoverschrijdend seksueel gedrag. De verschillende thema's die aan bod kwamen, worden hieronder besproken.

Volgens Glasier e.a. (2006) en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) heeft seksuele gezondheid naast het fysieke aspect, ook betrekking op emotioneel en mentaal welzijn van een individu. In het model van Leusink (2011) zien we dat lichaamsbeeld en zelfbeeld een belangrijk onderdeel zijn van de seksuele gezondheid. Het zelfbeeld van veel vrouwen binnen de doelgroep blijkt erg laag te zijn. Wegens financiële redenen en een combinatie van verschillende problemen die gepaard gaan met hun leven in armoede, hebben ze vaak weinig ruimte en tijd om zichzelf af en toe te verwennen. Dit maakt dat veel van deze vrouwen zich op lichamelijk en emotioneel vlak minder zelfzeker voelen. De combinatie van verschillende problemen in armoede die elkaar vaak versterken, vinden we ook terug bij Raeymaeckers e.a. (2017) en Van Hootegem (2002).

Seks blijkt een belangrijke uitlaatklep te zijn voor veel vrouwen. Dit zorgt doorgaans voor een positief effect op hun zelfbeeld. Anderzijds wordt seks soms gebruikt als onderhandelingsmiddel voor bijvoorbeeld geld of andere materiële zaken. Dit strookt niet met de definitie van seksuele gezondheid die Sensoa en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) hanteren, waarbij er vanuit een positieve en respectvolle benadering naar seksuele relaties dient worden gekeken. Seksuele gezondheid vraagt volgens Leusink en Tanis-Nauta (2009) een integrale benadering waarbij, zoals in het Biopsychosociaal model (Leusink, 2011), verschillende factoren elkaar beïnvloeden. Het feit dat de vrouwelijke doelgroep in armoede leeft, beïnvloedt mogelijk de wijze waarop velen van hen seksuele relaties aangaan.

Veel vrouwen binnen de doelgroep hebben te maken (gehad) met seksueel misbruik, geweld en of verkrachting. Leven in armoede brengt volgens de sleutelinformanten veel stress in een gezin. Ook in de literatuur stelt van Van Hootegem (2002) dat een leven in armoede doorgaans veel moeilijkheden en stress brengt in iemands leven en een gezin. Dit kan wellicht aan de basis liggen van (seksueel) geweld en misbruik.

Het hebben van veel wisselende relaties en het daarbij moeilijk kunnen stellen van grenzen, komt vaak bij veel vrouwen voor. Leven in armoede en de gezondheid en het welzijn die daaraan

vasthangen, geven ouders vaak door op hun kinderen (Cheng e.a., 2016; Thys e.a., 2004). Dit werd ook vastgesteld door een aantal sleutelinformanten. Mogelijk nemen sommige vrouwen zulk gedrag op vlak van seksualiteit en relaties over van hun ouders. Volgens de sleutelinformanten kan het hebben van veel wisselende relaties en het moeilijk kunnen stellen van grenzen, mogelijk ook een gevolg zijn van seksueel misbruik of geweld in het verleden.

Een aanzienlijk deel van de vrouwen staat er met hun kinderen dikwijls alleen voor. De vader van de kinderen is meestal niet aanwezig in het gezin. Dit komt overeen met de stelling van Chant (2016) en Fredman (2015) dat vrouwen in armoede vaker dan mannen de zorg voor de kinderen op zich nemen.

Ongeplande en ongewenste zwangerschappen blijken vaak voor te komen bij de vrouwelijke doelgroep. Veel vrouwen zouden weinig tot geen gebruik maken van anticonceptie. Gebrek aan kennis en informatie over anticonceptie is volgens de sleutelinformanten de voornaamste oorzaak voor ongeplande zwangerschappen. Mensen in armoede zijn volgens Murray (2006) vaak minder goed opgeleid en hebben minder goede kennis over activiteiten ter bevordering van hun gezondheid. Dit kan een mogelijke verklaring zijn waarom veel vrouwen over onvoldoende kennis en informatie beschikken wat betreft anticonceptie. Hier wordt verder op ingegaan bij de beantwoording van de derde onderzoeksvraag.

Als we kijken naar de belangrijkste resultaten die net besproken werden, kunnen we stellen dat we, net zoals het Biopsychosociaal model van Engel (1977) en de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (2015), de seksuele gezondheid van de vrouwelijke doelgroep dus moeten bekijken vanuit een holistische benadering. Er dient aandacht te zijn voor zowel de fysieke als de psychologische en sociale of contextuele dimensie en de samenhang hiervan.

## 1.2 Welke noden hebben deze vrouwen omtrent hun seksuele gezondheid?

De vrouwelijke doelgroep blijkt voornamelijk nood te hebben aan meer ondersteuning en informatie rond anticonceptie en (medische) begeleiding bij ongeplande of ongewenste zwangerschap. Nochtans is toegang tot informatie volgens Buysse e.a. (2014) en de Wereldgezondheidsorganisatie (2015) een wezenlijk onderdeel van seksuele gezondheid. Daarenboven stellen Baroso en Sippel (2011) dat zorg tijdens en na de zwangerschap een van de voorwaarden is voor seksuele gezondheid.

Er blijkt volgens de sleutelinformanten bij veel vrouwen ook behoefte aan meer financiële middelen om tegemoet te komen aan een aantal persoonlijke behoeften, zoals verzorgingsproducten, lingerie of kledij.

De noden die hier worden besproken, hangen duidelijk samen met een leven in armoede en de moeilijkheden die daarbij aansluiten. Dit wordt in het volgende deel uitgebreid besproken.

### 1.3 Op welke manier staat het leven van deze vrouwen in armoede in verband met hun seksuele gezondheid?

Een leven in armoede blijkt invloed te hebben op en in verband te staan met een aantal aspecten van de seksuele gezondheid van deze vrouwen. De belangrijkste aspecten worden hieronder besproken.

De financiële factor blijkt een eerste opvallende invloed te hebben op de seksualiteit, het aangaan van relaties, het gebruik van anticonceptie en (toegang) tot gezondheidszorg. De levensstructuur of het ritme waarin deze vrouwen in armoede leven, blijkt eveneens invloed te hebben op het gebruik van anticonceptie en (toegang) tot gezondheidszorg.

Wegens gebrek aan financiële middelen kunnen veel vrouwen het zich niet veroorloven om zichzelf bij gelegenheid persoonlijk te verwennen. Ze kunnen bijvoorbeeld geen dure lingerie kopen en velen voelen zich daardoor minder 'vrouw'. Dit zorgt bij veel vrouwen voor een lager zelfbeeld. In onze samenleving worden bepaalde gewaardeerde doelen vooropgesteld, maar mensen met beperkte middelen kunnen deze doelen moeilijker bereiken (Vranken & De Boyser, 2003). Een leven in armoede gaat dikwijls gepaard met een gevoel van gemis waarbij verschillende verlangens niet gerealiseerd kunnen worden (vzw De Link, 2012). Dit zorgt er mogelijk voor dat veel vrouwen binnen de doelgroep zich minder zelfzeker voelen. Ze kunnen zich bepaalde zaken niet veroorloven en hebben het gevoel 'niet mee te kunnen met de rest'.

Het aangaan van een nieuwe relatie staat ook in verband met de financiële factor die gepaard gaat met leven in armoede. Veel vrouwen geven aan bang te zijn om bepaalde financiële voordelen te verliezen, zoals een leefloon. Dit houdt sommige vrouwen tegen om een nieuwe relatie aan te gaan. Verder blijkt anticonceptie een opvallend aspect van de seksuele gezondheid van deze vrouwen dat hoofdzakelijk beïnvloed wordt door een gebrek aan financiële middelen. In de eerste plaats lijkt anticonceptie geen prioriteit te zijn in het leven van veel vrouwen, voornamelijk omdat dit vaak niet past in het budget. We kunnen dit linken aan de stelling van Netwerk tegen Armoede (2017) en Vranken (2007) dat mensen in armoede gezondheidszorg dikwijls uitstellen wegens financiële redenen. Vanuit het model van Pechansky en Thomas (1981) over de toegang tot gezondheidszorg, kunnen we eveneens vaststellen dat de betaalbaarheid (affordability) voor veel vrouwen binnen de doelgroep dikwijls een knelpunt blijkt.

Naast de financiële drempel met betrekking tot (toegang tot) gezondheidszorg, blijkt uit de getuigenissen van de sleutelinformanten dat sommige vrouwen binnen de doelgroep aangeven vaak de medische taal van een arts of specialist moeilijk te verstaan. We kunnen dit koppelen aan het onderzoek van Drieskens en Gisle (2015), waaruit blijkt dat laagopgeleiden vaker aangeven dat de arts of specialist een moeilijk verstaanbare uitleg geeft.

De levensstructuur of het ritme waarin veel vrouwen binnen de doelgroep leven, heeft eveneens een belangrijke invloed op een aantal aspecten van hun seksuele gezondheid.

Naast de financiële factor die reeds besproken werd, blijkt ook de levensstructuur invloed te hebben op onder meer het gebruik van anticonceptie bij veel vrouwen. Het merendeel van de vrouwen neemt de pil of gebruikt het condoom, maar dit zou volgens de sleutelinformanten niet stroken met het levensritme waarin veel mensen in armoede leven. De meeste vrouwen hebben volgens de

sleutelinformanten te weinig structuur in hun dagelijks leven om de pil of het condoom correct te gebruiken. Bovendien blijken veel vrouwen over geen of te weinig informatie te beschikken over welke anticonceptiemiddelen er zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor, zoals eerder werd aangehaald, is dat mensen die in armoede leven vaak minder goede kennis hebben over activiteiten die hun gezondheid bevorderen. Ze weten ook minder goed wanneer ze toegang tot gezondheidszorg moeten zoeken (Murray, 2006). Mensen die onderaan de maatschappelijke ladder staan hebben een kleinere kans om deel te nemen aan preventieve gezondheidszorg (Dierckx & Coene, 2014; De Boyser, 2007; Netwerk tegen Armoede, 2017). Dit strookt duidelijk met de bevindingen rond gezondheidszorg in dit onderzoek.

Veel vrouwen binnen de doelgroep lijken volgens de sleutelinformanten moeilijk toegang te vinden tot gezondheidszorg. Een eerste verklaring hiervoor vinden we bij Van Paepegem e.a. (2001). Zij stellen dat mensen in armoede constant geconfronteerd worden met mechanismen van uitsluiting in diensten en voorzieningen. Bovendien maken verschillende drempels het dikwijls moeilijk om aan de samenleving deel te nemen (Decenniumdoelen 2017, 2016). We kunnen hieruit besluiten dat het deelnemen aan (preventieve) gezondheidszorg hiermee samengaat.

Een tweede mogelijke verklaring kunnen we vinden bij Mirowsky en Ross (2003). Zij menen dat hogeropgeleiden meer toekomst gericht zouden handelen en zich meer inzetten voor doelen op langere termijn, zoals preventief gezondheidsgedrag. Deze verklaring werd ook door een aantal sleutelinformanten gegeven. De vrouwen binnen de doelgroep zouden volgens hen van 'dag op dag leven' waardoor het voor hen moeilijk is om toekomstgericht te denken en te handelen, ook op vlak van gebruik van anticonceptie en op vlak van gezondheidszorg. Deze bevinding kunnen we eveneens linken aan Dierckx (2007) die stelt dat mensen in armoede dikwijls in het hier en nu leven, waardoor preventief handelen of langetermijndenken moeilijk is.

Tot slot is het van belang om het verband tussen het leven van deze vrouwen in armoede en hun seksuele gezondheid vanuit een positief perspectief te belichten. Zo gaven alle sleutelinformanten aan dat veel vrouwen een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben tegenover hun kinderen. Velen zien het krijgen van een kind ook als een nieuwe kans om het beter te doen in de toekomst. Hier kunnen we duidelijk het standpunt van vzw De Link (2012) terugvinden. Die gaat ervan uit dat mensen in armoede, ook deze vrouwen dus, een grote draagkracht hebben om hun eigen situatie en die van hun kinderen te verbeteren. Net zoals de sleutelinformanten stelden, blijkt uit verschillende onderzoeken naar de leefwereld van mensen in armoede dat ze vaak echte 'vechters' zijn (Vranken e.a., 2008).

## 2 Praktische en beleidsaanbevelingen

Als eerste lijkt het evident dat seksuele gezondheid en het belang ervan bespreekbaar gemaakt moet worden in de hele samenleving. Het taboe rond de seksuele gezondheid van mensen en in het bijzonder van kwetsbare groepen, dient in eerste instantie opgeheven te worden. De rol van Sensoa als Vlaamse expertisecentrum voor seksuele gezondheid lijkt hier dan ook cruciaal.

Meer specifiek is het hierbij aangewezen dat Sensoa de handen in elkaar slaat met armoedeorganisaties en verenigingen waar armen het woord nemen. Deze verenigingen dienen

attent te worden gemaakt op het verband tussen een leven in armoede en seksuele gezondheid. De maatschappelijke bijdrage van hulpverleners rond de seksuele gezondheid van vrouwen maar ook in het algemeen mensen in armoede, dient hierbij voldoende belicht te worden. Sensoa kan door middel van rondetafelgesprekken of coachingdagen de hulpverleners in kwestie sensibiliseren en praktische tools aanbieden over hoe zij het gesprek rond seksuele gezondheid met hun cliënten kunnen aangaan. Hierbij dient er speciale aandacht te gaan naar het belang en gebruik van anticonceptie.

Net zoals Netwerk tegen Armoede (2010) stelt, kan er in het licht van deze masterproef geconcludeerd worden dat de gezondheidszorg toegankelijker gemaakt moet worden, waarbij gezondheids promotie en ziektepreventie eveneens een plaats moeten krijgen. Toegankelijkheid gaat over veel meer dan betaalbaarheid, maar de financiële drempel is dikwijls in de eerste plaats al onoverkomelijk voor mensen in armoede (Netwerk tegen Armoede, 2017). In eerste instantie dient de overheid dan ook deze financiële drempel weg te werken door bijvoorbeeld voldoende tegemoetkomingen te voorzien. Daarbij moet er geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld meer wijkgezondheidscentra die in verschillende achtergestelde wijken geïmplementeerd kunnen worden.

### 3 Beperkingen van het onderzoek

De voornaamste beperking van dit onderzoek is dat de vrouwelijke doelgroep waarop dit onderzoek focust niet zelf bevroegd is geweest. De resultaten komen voort uit de verhalen en ervaringen van de sleutelinformanten. Er kan dus niet met zekerheid gezegd worden dat deze resultaten stroken met de ervaringen van de doelgroep zelf. Echter, de sleutelinformanten staan reeds jaren in nauw contact met de vrouwelijke doelgroep, wat maakt dat ze zich voldoende konden inleven tijdens de focusgroepen en ze fungeren als experts (Baarda e.a., 2013). Toch is het zeker aangewezen om in verder onderzoek de doelgroep zelf te bevragen.

De bevindingen uit het onderzoek zijn niet generaliseerbaar naar de volledige doelgroep. Enerzijds omdat de doelgroep niet zelf bevroegd is geweest, anderzijds omdat er maar een klein aantal focusgroepen heeft plaatsgevonden (Mortelmans, 2007).

Tot slot verzamelde dit onderzoek enkel informatie over de vrouwelijke doelgroep. Het is dus aangewezen om in de toekomst soortgelijk onderzoek te verrichten naar de mannelijke doelgroep.

### 4 Aanbevelingen verder onderzoek

De belangrijkste aanbeveling voor verder onderzoek betreft het bevragen van de vrouwelijke doelgroep zelf. Zoals eerder werd gezegd, is het eveneens aangewezen om dit onderzoek in de toekomst door te trekken naar het mannelijke deel van de doelgroep. Hierbij is het echter van belang dat er voldoende tijd en ruimte wordt voorzien om contact te leggen met de respondenten. Een participatief onderzoek lijkt hier eveneens aangewezen, waarbij de doelgroep zelf actief betrokken wordt in het onderzoek en eventueel zelf een actieve rol opneemt als bijvoorbeeld interviewer.

Tot slot is het raadzaam om bij verdergaand onderzoek dieper in te gaan op de wijze waarop de seksuele gezondheid van mensen in armoede verbeterd kan worden, met aandacht voor het wegwerken van verschillende drempels rond bijvoorbeeld anticonceptie en gezondheidszorg.



## 5 Conclusie

In dit onderzoek werd de seksuele gezondheid van Belgische vrouwen in armoede onder de loep genomen. Ten eerste trachtte dit onderzoek inzicht te krijgen in hoe deze vrouwen hun seksuele gezondheid ervaren. Uit de getuigenissen van de sleutelinformanten kan geconcludeerd worden dat seks en seksualiteit een positieve invloed kunnen hebben op het zelfbeeld van veel vrouwen. Desondanks blijken sommige vrouwen volgens de sleutelinformanten seks als onderhandelingsmiddel te gebruiken en worden of werden velen van hen ook geconfronteerd met seksueel misbruik en geweld. Volgens onderzoek van Hoïng en van Oosten (2009) kan armoede het risico op seksuele uitbuiting vergroten. Bovendien zijn leven in armoede en vrouw-zijn volgens Vanwesenbeeck (2008) belangrijke risicofactoren voor seksueel geweld.

Ongeplande zwangerschappen komen volgens de sleutelinformanten dikwijls voor en een groot deel van de vrouwen blijkt volgens de sleutelinformanten weinig tot geen gebruik te maken van anticonceptie. Verschillende redenen leken hiervoor aan de basis te liggen. Zo hebben weinig vrouwen voldoende kennis en informatie over anticonceptie en blijkt het financiële aspect eveneens een doorslaggevende rol te spelen.

Ten tweede ging dit onderzoek na welke noden deze vrouwen volgens de sleutelinformanten hebben op vlak van hun seksuele gezondheid. Wanneer we de bevindingen van de eerste onderzoeksvraag samennemen met de ervaringen van de sleutelinformanten, komen een aantal noden aan het licht. Zo lijken de meeste vrouwen voornamelijk nood te hebben aan meer ondersteuning en informatie rond anticonceptie en meer begeleiding bij ongeplande (of ongewenste) zwangerschap.

Armoede kenmerkt zich door uitsluiting op verschillende levensdomeinen (De Keulenaer & Dewilde, 2001; Raeymaeckers e.a., 2017; Thys e.a., 2004; Van Regenmortel, 2002; Van Hoetegem, 2002) en heeft bovendien gevolgen op vlak van onderwijs, sociale participatie, huisvesting en gezondheid (Vermeiren e.a., 2017). Door de beantwoording van bovenstaande onderzoeksvragen werd duidelijk dat een leven in armoede ook invloed heeft op en gevolgen meebrengt voor een aantal aspecten van de seksuele gezondheid.

De financiële factor bleek telkens een opvallende invloed te hebben op zowel seksualiteit, het aangaan van relaties, het gebruik van anticonceptie en de gezondheidszorg van veel vrouwen. Nochtans gaat armoede veel verder en betreft het niet enkel een gebrek aan middelen (Heflin & Iceland, 2009; Thys e.a., 2004; van der Burg, Van Lancker e.a., 2015). Maar volgens het onderzoek van Ghys (2016) is het net omdat de toegang tot materiële middelen in onze samenleving in het bijzonder georganiseerd wordt via de markt, met geld als betaalmiddel, dat er dikwijls een opeenhoping van uitsluitingen plaatsheeft. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een gebrek aan inkomen doorgaans een sleutelrol speelt in het voortbrengen van die opeenhoping van uitsluitingen (Raeymaeckers e.a., 2017).

Tot slot is het belangrijk om de rol van de samenleving bij armoede en de instandhouding ervan kort te belichten. Armoede is een maatschappelijk probleem (Van Paepegem e.a., 2001; vzw De Link, 2012) dat door de samenleving gevormd en zelfs in stand wordt gehouden (Raeymaeckers e.a., 2017). Het is duidelijk dat een leven in armoede in verband staat met gezondheid, waaronder ook

seksuele gezondheid. Bijgevolg kunnen we concluderen dat de samenleving er medeverantwoordelijk voor is dat deze vrouwen bepaalde noden en negatieve ervaringen hebben en uitsluiting ervaren omtrent hun seksuele gezondheid. Het is dan ook in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van deze samenleving om het recht op bescherming van de seksuele gezondheid van deze vrouwen te garanderen. Bovendien moet de gezondheidszorg toegankelijker zijn en drempels worden weggewerkt. Immers, de ontwikkeling en economische vooruitgang van een samenleving hangt volgens Onarheim e.a. (2016) voor een groot deel af van de gezondheid van haar vrouwen.

## Referentielijst

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomisch Satus and Health. The challenge of the Gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Eburon Uitgeverij B.V.
- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H., & Wijsen, C. (2009). *Seksuele Gezondheid in Nederland*. Utrecht. Geraadpleegd van [https://fiom.nl/sites/default/files/files/RNG\\_rapport-seksuele-gezondheid-in-nederland-2009.pdf](https://fiom.nl/sites/default/files/files/RNG_rapport-seksuele-gezondheid-in-nederland-2009.pdf)
- Barroso, C., & Sippel, S. (2011). Sexual and Reproductive Health and Rights: Integration as a Holistic and Rights-Based Response to HIV/AIDS. *Womens Health Issues*, 21(6), 250–254. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.002>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Briels, G., & Vanhauwaert, F. (2017). Recepten voor lokaal beleid in de strijd tegen armoede. Een grondrechtenbenadering vanuit de kennis en ervaring van mensen in armoede. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 187–203). Leuven: Acco.
- Buyse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., ... Vermeersch, H. (2014). *Sexpert: Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press. Geraadpleegd van <http://www.open.org/search?identifier=472415>
- Campaert, G. (2007). Over inkomen en rondkomen. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 55–70). Leuven: Acco.
- Campaert, G., Dierckx, D., & Vranken, J. (2009). *Armoedebaarometer 2009*. Decenniumdoelen 2017. Geraadpleegd van <http://www.decenniumdoelen.be/documenten/armoedebaarometer-rapport-oases-2009.pdf>
- Cawthorne, A. (2008). The straight facts on women in poverty. *Center for American Progress*, 8.

- Chant, S. (2016). Addressing world poverty through women and girls: a feminized solution? *Sight and Life*, 30(2). Geraadpleegd van [http://www.sightandlife.org/fileadmin/data/Magazine/2016/Mag2/Addressing\\_World\\_Poverty\\_through\\_Women\\_and\\_Girls-\\_A\\_feminized\\_solution.pdf](http://www.sightandlife.org/fileadmin/data/Magazine/2016/Mag2/Addressing_World_Poverty_through_Women_and_Girls-_A_feminized_solution.pdf)
- Cheng, T. L., Johnson, S. B., & Goodman, E. (2016). Breaking the Intergenerational Cycle of Disadvantage: The Three Generation Approach. *Pediatrics*, 137(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2467>
- Coene, J. (2015). Halfweg Europa 2020: een blik op onderwijs, tewerkstelling, armoede en sociale uitsluiting. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 31–55). Leuven: Acco.
- De Boyser, K. (2007). Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 153–165). Leuven: Acco.
- Decenniumdoelen 2017. (2016). *Armoedebaarometer 2016*. Brussel. Geraadpleegd van [http://www.decenniumdoelen.be/documenten/20161004\\_Armoedebaarometer2016-1.pdf](http://www.decenniumdoelen.be/documenten/20161004_Armoedebaarometer2016-1.pdf)
- De Keulenaer, F., & Dewilde, C. (2001). Op weg naar een multi-aspectuele armoedemaat. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 135–148). Leuven: Acco.
- DeLeon, P. H., Wakefield, M., Schultz, A. J., Williams, J., & VandenBos, G. R. (1989). Rural America: unique opportunities for health care delivery and health services research. *American Psychologist*, 1298–1306.
- Dierckx, D. (2007). Gezondheid te koop. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 137–151). Leuven: Acco.
- Dierckx, D., & Coene, J. (2014). Inleiding: Armoedebestrijding als duurzame ontwikkeling. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 17–22). Leuven: Acco.
- Dierckx, D., Coene, J., & Raeymaeckers, P. (Red.). (2014). *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Leuven: Acco. Geraadpleegd van <https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/oases/jaarboek/voorgaande-jaarboeke/2014/>
- Doss, G. R. (2011). A Malawian Christian theology of wealth and poverty. *International Bulletin of Missionary research*, 35(3), 148–152.
- Drieskens, S., & Gisle, L. (2015). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Geraadpleegd van [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde\\_documenten/Summ\\_HC\\_NL\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde_documenten/Summ_HC_NL_2013.pdf)
- Driessens, K., & Van Regenmortel, T. (2006). *Bind-Kracht in armoede*. LannooCampus.

- Engbersen, G. (1991). Moderne armoede: feit en fictie. *Sociologische Gids*, 38(1), 7–23.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136.
- Federaal Instituut voor Duurzame Ontwikkeling. (2018). SDGS. Geraadpleegd van <https://www.sdgs.be/nl>
- Fitzpatrick, J. A., & Gomez, T. R. (1997). Still caught in a trap: the continued povertization of women. *Journal of Women and Social Work*, 12, 318–342.
- Foss-Kelly, L. L., Generali, M. M., & Kress, V. E. (2017). Counseling Strategies for Empowering People Living in Poverty: The I-CARE Model. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 45(3), 201–213. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12074>
- Fredman, S. (2015). *Women and Poverty: A Human Rights Approach*. Oxford University. Geraadpleegd van <https://ohrh.law.ox.ac.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/OxHRH-Working-Paper-Number-2-Fredman1.pdf>
- Gatz, M., & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 3–9.
- Ghys, T. (2016). *Sociale innovatie en structurele armoedebestrijding* (Proefschrift). Universiteit Antwerpen.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet sexual and reproductive health series*, 368(9547), 1595–1607.
- Goenee, M., van Haaren, E., Mouthaan, I., Perdaems, A., Spruijt, R., Stegeman, N., ... Vermeulen, M. (2017). *Lekker belangrijk: leefstijl en gezondheidsbevordering van jongeren*. (N. van Halem, Red.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Harper, A., Clayton, A., Bailey, M., Foss-Kelly, L., Sernyak, M. J., & Rowe M. (2015). Financial health and mental health among clients of a Community Mental Health Center: Making the connections. *Psychiatric Services*, 66(12), 1271–1276. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400438>
- Heflin, C. M., & Iceland, J. (2009). Poverty, material hardship, and depression. *Social science quarterly*, 90(5), 1051–1071.
- Hoïng, M., & van Oosten, N. (2009). Primaire preventie van seksueel geweld. *Seksuologie*, 267–295.

- Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie en Dienst Studies en Statistiek van het Ministerie van het Waalse Gewest. (2001). Sociaal portret van Wallonië. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 151–159). Leuven: Acco.
- International Planned Parenthood Federation. (2008). *Sexual rights: an IPPF declaration*. Geraadpleegd van <http://www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration>
- Jans, M., & Dierckx, D. (2007). Geabonneerd op de banenmarkt. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 71–85). Leuven: Acco.
- Kroll, C. (2015). *Sustainable Development Goals: Are the rich countries ready?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Lauman, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Leusink, P., & Tanis-Nauta, M. (2009). *Seksuele gezondheidszorg: Deel 2 handboek seksualiteit en reproductie*. RIVM.
- Leusink, P. (2011). Hoe werkt seks: het afscheid van libido. *Bijblijven*, 27(7), 9–13. <https://doi.org/10.1007/s12414-011-0054-3>
- Leusink, P., & Ramakers, M. (2014). *Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Mackenbach, J., Kunst, A., Cavelaars, A., Groenhouf, F., & Geurts, J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349(9066), 1655–1659.
- Mantsios, G. (2007). Class in America - 2006. In *Race, class, and gender in the United States* (pp. 182–198). New York: Worth Publishers.
- McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L. (2002). Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Services Research*, 37(6), 1441–1443. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Education, Social Status and Health*. New York: de Gruyter.
- Morgan, M. (2008). What is the goal of access to health care? *Journal of law and medicine*, 15(5), 742–751.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

- Murray, S. (2006). Poverty and health. *Canadian Medical Association Journal*, 174(7), 923–923.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.060235>
- Myers, J. E., & Gill, C. G. (2004). Poor, rural and female: understudied, under-counseled, more at-risk. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 225–242.
- Narayan, D., Patel, R., Schafft, K., Rademacher, A., & Koch-Schulte, S. (2000). *Voices of the Poor: Can anyone hear us?* New York: Oxford University Press.
- Netwerk tegen Armoede. (2016). *Gezondheids promotie en mensen in armoede*.
- Netwerk tegen Armoede. (2017). *Gezondheidszorg verdraagt geen uitstel*.
- Onarheim, K. H., Iversen, J. H., & Bloom, D. E. (2016). Economic Benefits of Investing in Women's Health: A Systematic Review. *Plos One*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150120>
- Orsini, M., & Mazijn, B. (2017). *Een evaluatie van de politieke engagementen van de federale overheid tegenover Agenda 2030 voor Duurzame Ontwikkeling van de Verenigde Naties* (Eindrapport). ICEDD.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Raeymaeckers, P., Noël, C., Boost, D., Vermeiren, C., Coene, J., & Van Dam, S. (Red.). (2017). Inleiding. Over armoede en lokaal sociaal beleid. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 21–38). Leuven: Acco.
- Raeymaeckers, P., Noël, C., Boost, D., Vermeiren, C., Coene, J., & Van Dam, S. (Red.). (2017). Armoede en armoedebeleid: een beknopte synthese. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 22–27). Leuven: Acco.
- Raeymaeckers, P., & Dewilde, C. (2007). Multidimensionele armoede gemeten en becijferd op basis van de Belgische SILC-2004. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 113–132). Leuven: Acco.
- Roemens, T. (2001). Armoede in Brussel. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 163–169). Leuven: Acco.

- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36–39.
- Amnesty International. (z.d.). Seksuele rechten. Geraadpleegd 21 november 2017, van <https://www.amnesty.nl/encyclopedie/seksuele-rechten>
- Sensoa. (2017). Sensoa: Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid. Geraadpleegd 3 november 2017, van <http://www.sensoa.be/>
- Sensoa. (2015). Seksuele gezondheid, een wereldwijde prioriteit voor de komende 15 jaar. Geraadpleegd 24 januari 2018, van <https://www.sensoa.be/nieuws/seksuele-gezondheid-een-wereldwijde-prioriteit-voor-de-komende-15-jaar>
- Sensoa International. (z.d.). Seksuele en reproductieve rechten. Geraadpleegd 3 november 2017, van <http://www.sensoainternational.be/seksuele-en-reproductieve-rechten.html>
- Smith, J. P. (1999). Healthy bodies an thick wallets: the dual relation between health and economic status. *The journal of economic perspectives*, 13(2), 145–166.
- Snick, A. (2014). Armoede en duurzaamheid: van spanningsveld naar innovatief beleidskader. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Leuven: Acco.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2016). *Politieke diensten en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie* (Tweejaarlijks verslag 2014-2015).
- Thys, R., De Raedemaecker, W., & Vranken, J. (2004). *Bruggen over Woelig Water: is het mogelijk om uit de generatie-armoede te geraken?* Leuven: Acco.
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations General Assembly.
- United Nations. (1994). *International Conference on Population and Development. Programme of Action*.
- United Nations. (2014). *Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition*. United Nations Population Fund.
- United Nations. (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York.
- United Nations. (2017). *The Sustainable Development Goals Report 2017*. New York.



- van der Burg, M., & Raeymaeckers, P. (2014). Het risico op armoede in België: de determinanten van multidimensionele armoede onder de loep. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 45–60). Leuven: Acco.
- van der Burg, M., Van Lancker, W., Mortelmans, D., & Raeymaeckers, P. (2015). Multidimensionele armoede: maken kinderen een verschil? In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 142–165). Leuven: Acco.
- van der Vlugt, I. (2016). *Richtlijn seksuele en relationele vorming. Visie, doelen en uitgangspunten*. Geraadpleegd van [http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal\\_materiaal/whostandardsnederlands.pdf](http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal_materiaal/whostandardsnederlands.pdf)
- Van Doorslaer, E. van, Masseria, C., Koolman, X., & Group, for the O. H. E. R. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(2), 177–183. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- Van Hoetegem, H. (2002). De vrouwelijke kant van armoede. *Wij vrouwen*, *4*, 2–4.
- Van Paepegem, T., Willems, S., De Boeck, L., & De Maeseneer, J. (2001). Gezondheidsbevordering en armoede. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 263–281). Leuven: Acco.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- van Rensburg, J. (2013). The psychology of poverty. *Verbum et Ecclesia*, *34*(1).
- Vanwesenbeeck, I. (2008). Sexual Violence and the MDGs. *International Journal of Sexual Health*, *20*(1–2), 25–49.
- Vermeiren, C., Noël, C., Raeymaeckers, P., & Dierckx, D. (2017). Governance van netwerken ter bestrijding van kinderarmoede. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 75–89). Leuven: Acco.
- Vranken, J., & De Boyser, K. (2003). Inleiding. Armoede tussen wereld en leefwereld. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 27–40). Leuven: Acco.
- Vranken, J., Campaert, G., De Boyser, K., Dewilde, C., & Dierckx, D. (Red.). (2008). *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting*. Leuven: Acco. Geraadpleegd van <https://www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/oases/jaarboek/voorgaande-jaarboeke/2008/>

Vranken, J., & De Boyser, K. (2005). Inleiding. Het jaarboek in perspectief. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 25–37). Leuven: Acco.

Vranken, J. (2007). Inleiding: Armoede is niet gezond. In *Jaarboek armoede en sociale uitsluiting* (pp. 25–36). Leuven: Acco.

vzw De Link. (2012, augustus). Visie op armoede. De Link vzw. Geraadpleegd van [https://www.delinkarmoede.be/sites/default/files/2012\\_visie\\_op\\_armoede\\_de\\_link.pdf](https://www.delinkarmoede.be/sites/default/files/2012_visie_op_armoede_de_link.pdf)

Waage, J., Banerji, R., Campbell, O., Chirwa, E., Collender, G., Dieltiens, V., ... Unterhalter, E. (2010). The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015: Lancet and London International Development Centre Commission. *The Lancet*, 376(9745), 991–1023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61196-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61196-8)

Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization*, 80(2), 97–105.

Wijzen, C., & de Haas, S. (2012). Seksuele gezondheid in Nederland 2011. *Tijdschrift voor seksuologie*, 36(2), 81–145.

World Association for Sexual Health. (2008). *Sexual health for the millenium. A declaration and technical document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health. Geraadpleegd van <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>

World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of Sexual Rights*. World Association for Sexual Health Advisory Council.

World Health Organization. (2000). *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*. Geraadpleegd van [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=397%3A2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&catid=1425%3Apublications&Itemid=40682&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397%3A2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&catid=1425%3Apublications&Itemid=40682&lang=en)

World Health Organization. (2002). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Geraadpleegd van [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)

World Health Organization. (2009). *Women and Health: today's evidence, tomorrow's agenda*.

World Health Organization. (2010). *Standards for Sexuality Education In Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Keulen: WHO Regional Office for Europe and BzGA.

World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Genève: World Health Organization. Geraadpleegd van [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1)

# Bijlagen

## 1 Leidraad focusgroep

### 1. Introductie

Voorstelling mijzelf en onderzoek

- Starten met bedanking om mee te doen aan focusgroep
- Voorstellen mijzelf en assistent
- Onderzoek naar de seksuele gezondheid van vrouwen die leven in armoede
- Doel is om inzicht te krijgen in de beleving en noden van deze vrouwen + mogelijke aanbevelingen formuleren voor andere organisaties
  
- Uitnodigen om alle ideeën, meningen en persoonlijke ervaringen te delen. Wat vindt u belangrijk, wat zijn uw bedenkingen, suggesties?
- Bedoeling is om zoveel mogelijk onderling te discussiëren, gesprek te voeren. Ik leid het gesprek en stuur af en toe bij. Er zijn geen foute of goede antwoorden. Het gaat erom wat u vindt en waarom, ervaringen uit professionele praktijk
- Gelieve elkaar aan het woord te laten en niet door elkaar te spreken (vergemakkelijkt de analyse achteraf)
- Er wordt anoniem verslag gemaakt van het gesprek en er wordt een opname gemaakt
- Als u belangstelling heeft kan u nadien exemplaar van het eindresultaat te krijgen.
- Gelieve steeds je naam te zeggen voor je jouw verhaal doet
- Zijn er nog vragen voor we beginnen?

Voorstelling deelnemers

- We kunnen eerst beginnen met zichzelf kort aan elkaar voor te stellen.
- Wat is jullie naam, functie en professionele achtergrond?

### 2. Leidraad gesprek

1. Zijn er zaken waar jullie spontaan aan denken wanneer ik spreek over de seksuele gezondheid van deze vrouwelijke doelgroep?

- Welke aspecten of thema's van seksuele gezondheid komen jullie tegen tijdens jullie contacten met deze vrouwen?
- Merken jullie daar een lijn in?
- Hoe gaan jullie hiermee om?

3. Zijn er zaken die jullie kunnen benoemen vanuit jullie ervaring en contacten die opvallend gevoeliger liggen dan andere, op vlak van seksuele gezondheid?

4. Welke zaken lopen volgens jullie wel goed op vlak van seksuele gezondheid? Waarover zijn deze vrouwen tevreden op vlak van hun seksuele gezondheid?

5. Wat is volgens jullie een belangrijk thema in verband met seksuele gezondheid waar organisaties zeker aandacht aan moeten besteden met betrekking tot deze doelgroep?

6. Welke noden hebben deze vrouwen volgens jullie voornamelijk rond seksuele gezondheid?

- Met welke vragen zitten zij zoal?
- Hebben jullie een idee waar of bij wie zij hiervoor te rade gaan?
- Wiens taak is het volgens jullie om hen hierin te helpen en informatie te geven?

7. In een piloot interview dat ik had met een jonge vrouw kwam vooral naar voor dat zij nood had aan informatie over relaties en seksualiteit. Zij heeft het gevoel dat zij hierover bij niemand terecht kan, thuis niet en ook niet bij hulpverleners. Wat vinden jullie hiervan?

8. In welke mate denken jullie dat seksuele gezondheid (manier waarop men in relaties staat, moment wanneer men voor het eerst zwanger wordt enzovoort) gevormd wordt door het verleden en de dingen die men heeft meegemaakt?

- Zijn er misschien voorbeelden die jullie vanuit jullie professionele ervaringen willen delen?

9. Is er volgens jullie een verband tussen leven in armoede en seksuele gezondheid?
- Op welke manier uit dit zich volgens jullie?

### **3. Afsluiting**

Belangrijkste thema's die aan bod kwamen opnieuw aanhalen en verder uitdiepen.

Heeft iemand nog een opmerking, bedenking die hij/zij graag wil delen?

Wat vonden jullie van dit gesprek? Enige tips, suggesties?

### **4. Bedanking**

Iedereen opnieuw bedanken voor deelname. Zijn er nog vragen?

## 2 Voorbeeld focusgroep

**Voor mij is het zelf de eerste keer dat ik een focusgroep doe dus ik ben zelf nogal wat aan het zoeken wat de beste manier is. Ik heb mijzelf wel al wat voorgesteld. Dus mijn naam is Lore en ik studeer Agogische wetenschappen aan de VUB. Ik heb eerst Gezinswetenschappen gestudeerd en daarna wou ik nog iets bijdoen dus heb ik een schakeljaar gedaan en nu zit ik in mijn master Agogische wetenschappen. Dus ik doe eigenlijk in samenwerking met Sensoa mijn thesis rond seksuele gezondheid bij vrouwen in armoede. Eigenlijk wouden zij daarrond meer te weten komen omdat zij zelf nog niet veel gegevens daarrond hebben. Dus dit is denk ik eigenlijk een eerste stap naar meer onderzoek want ja, er is nog niet veel rond gedaan eigenlijk. Allez, toch niet bij vrouwen met een Belgische nationaliteit. En eigenlijk is het de bedoeling dat ik ga kijken van ja, wat zijn vooral de noden van deze vrouwen rond hun seksuele gezondheid en dat ik achteraf ook bijvoorbeeld bepaalde aanbevelingen kan formuleren voor organisaties zoals jullie of bijvoorbeeld stad Antwerpen of Sensoa ook.**

**Dus eigenlijk is het de bedoeling... ik heb dus een vragenlijst maar dat zijn vragen die een soort leidraad vormen. Dus als jullie zelf nog zaken hebben van, ja dat is voor ons belangrijk of dat willen wij wel zeggen, dan moogt ge dat allemaal zeggen want voor mij is het ook echt heel interessant dat ik zoveel mogelijk input krijg. Het gaat er vooral om wat jullie vinden, wat jullie vanuit jullie ervaring kunnen vertellen. Dat is het eigenlijk. Ik weet niet of jullie nog vragen hebben?**

Ine: Nee.

**Misschien is het interessant om te beginnen dat iedereen even zichzelf voorstelt en zo context van waaruit dat jullie werken...**

Anja: Ik ben Anja en ik studeer aan de Karel de Grote hogeschool in Antwerpen, orthopedagogie. En ik ben nu stagiaire bij De Keeting, dat is een armoede... ja ge weet dat. En ja dat interesseert mij, dat onderwerp, dus vandaar. Ik vond dit ook super boeiend. Ik heb ook het vak gehad 'kindermishandeling' waar dat ook seks wel heel hard aan bod kwam. En ik vond dat toch wel boeiend om daar ook mee aan te kunnen deelnemen. En ik hoop dat ik wel van nut kan zijn voor jullie...

Nathalie: Ik ben Nathalie, ik ben een verpleegster, ik ben algemeen en sociale verpleegster. En ik heb als eindstage, stage in De Keeting gedaan en sinds november werk ik ook in De Keeting, dus ook in een armoede-organisatie.

Leen: Ik ben eigenlijk een beetje hetzelfde als Anja. Allez, ik ben stagiaire in De Keeting en ik ben wel van opleiding, allez ja ik ben het nog niet maar ik doe mijn laatste jaar sociaal werk in Heverlee, in Leuven. Afstudeerrichting maatschappelijk werk, maar ik zit nu ook in het culturele en zo dus. Seksualiteit vind ik een zeer boeiend onderwerp, ik vond het dan ook wel zelfs leuk om daaraan mee te doen en daar ook, ja... ik denk dat ik ook wel heel open kan zijn naar mensen toe op dat gebied. Ook naar onze mensen verliep dat eigenlijk vlotter dan verwacht om aansluiting te vinden en daar is over te babbelen. Dus...

**Oke, dat is tof dat jullie allemaal zo geïnteresseerd zijn om mee te doen...**

Ine: Hey. Dus ik ben Ine en ik werk voor stad Antwerpen, ik ben ook maatschappelijk werken maar zoals jullie zien werk ik al wat langer... Ik heb in psychiatrie gestaan, ik heb in bijzondere jeugdzorg gestaan als consulent en dan ook voor OCMW gewerkt en nu werk ik bij Stad maar ik doe ook de ondersteuning voor de maatschappelijk werkers voor de OCMW's rond focus gezinsplanning. Het algemeen thema is seksuele gezondheid en ik werk op de dienst gezondheid waar dat wij rond verschillende thema's werken maar mijn thema is seksuele gezondheid maar ik focus mij eigenlijk op gezinsplanning.

**Ahja, ja.**

Ine: Ik doe ook een beetje de deskundigheidsbevordering van de maatschappelijk werkers en ik doe ook individuele begeleidingen naar dus de klanten van het OCMW. Dat kan zijn iemand die ongewenst zwanger of ongepland zwanger is, naar de abortus, naar de sterilisatie, ik spreek over gezinsplanning... voilà.

**Oke, dat is ook allemaal heel interessant...**

**Ik weet niet of, hebben jullie de vragen al een beetje kunnen bekijken?**

Iedereen: Ja.

**Dan kunnen we misschien gewoon starten met de eerste vraag. Ik weet niet of dat jullie daar... ik ben zo algemeen mogelijk begonnen omdat ik weleens wil horen van ja, wat dat er bij jullie zo speelt rond seksuele gezondheid in jullie werksfeer. Ik weet niet wie er wil beginnen?**

Leen: Ja bij ons is dat dan direct wel heel specifiek hé. Ik bedoel dingen die aan bod komen zijn toch wel... misbruik, seksueel misbruik... wat we straks nog gaan aanhalen, zo het gevoel van vrouw te zijn... dat is misschien meer voor de latere vragen... dat zijn echt bij de specifieke thema's die aan bod komen maar gij weet daar misschien meer over omdat gij al efkes bij De Keeting...

Nathalie: Ook vooral van bezoekers dat psychisch onwel zijn... hebben daar vaak geen... die ja... bijvoorbeeld een koppel dat bij ons komt, die man heeft daar wel nood aan maar die vrouw is zo ja, psychisch onwel dat dat niet gaat...

**Nood aan seks?**

Nathalie: Ja seks ja. Dat zijn zo de dingen die bij mij...

**En daar wordt dan wel over gesproken als ze bij jullie komen?**

Nathalie: Ja. Die zijn daar heel open in, jaja. Dat wordt zo soms is al lachend gezegd maar daar wordt dan wel verder op ingegaan, ja.

**Dus begeleiden jullie hen daar dan ook wel in? Of eerder ja, luisterend oor?**

Nathalie: Ja eerder een luisterend oor en als het nodig is doorverwijzen.

**Ahja, ja want voor jullie is dat natuurlijk ook...**

Anja: Ja dat is ook een beetje het doel van De Keeting hé. Dat schakelen, dat doorverwijzen, dat is dat wat vooral...

Nathalie: Ja inderdaad.

**Leen, gij wou ook nog iets zeggen van thema's?**

Leen: Ja, er zijn ook heel vrouwen zijn die bij ons in het verleden, in hun jeugd of eigenlijk ook nog hedendaags, misbruikt worden. Eén bezoekerster die is door verscheidene familieleden misbruikt geweest en jullie zien dan ook dat dat wel een problematiek is die terugkomt. Eens dat ge daar zo wat in zit, dat ge dan ook gemakkelijker daarmee toch nog in contact blijft komen. Toch?

Anja en Nathalie: Ja...

Nathalie: Ge bedoelt ook die bezoeker Natascha, die is vroeger heel veel misbruikt geweest door verschillende personen en ge ziet nu in haar relaties, ze kent iemand één of twee dagen en dan heeft ze daar direct een relatie mee en ja...

Leen: Ja dan is ze daar ook wel direct fysiek mee hé...

Nathalie: Ja absoluut.

**Uit het interview dat ik heb gehad, ... herinner ik mij ook wel dat zij ook aangaf dat zij heel snel bij iemand, ja, ze is echt zo op zoek naar die affectie en die genegenheid en de eerste persoon dat haar dat geeft...**

Anja: Is dat ook niet... vraag ik mij dan ook af, dat kan misschien ook wel met eenzaamheid te maken hebben omdat heel veel bezoekers ook wel eenzaam zijn en toch echt wel op zoek zijn naar iemand waar dat ze hun verhaal kunnen delen. Ik denk dat dat daar ook wel veel mee te maken kan hebben...

**En merken jullie dan dat hun netwerk heel klein is? Omdat ge zegt dat ze misschien wel eenzaam zijn en dat ze weinig mensen rondom hun hebben misschien?**

Anja: Ik denk dat er heel veel mensen rondom hun zijn maar dat er gewoon echt weinig echte mensen zijn waarop ze kunnen rekenen of die ze snel in vertrouwen nemen.

Leen: Ja, die hun netwerk is wel klein. Van de meesten toch.

Anja: Want er zijn heel veel bezoekers in De Keeting maar echt vertrouwd... ja er zijn enkele die wel op elkaar kunnen rekenen maar toch niet dat ze bij iedereen gaan.

Nathalie: Nee, nee.

**Die vrouwen met wie jullie gesproken hebben over hun seksuele gezondheid, merken jullie dat dat enkel die vrouwen zijn die er makkelijk over spreken? Want ik merk wel dat er ook veel vrouwen zijn die dat ook gewoon absoluut niet willen over spreken. Omdat ze zo iets hebben van ja, vaak zitten ze al zo in de hulpverlening dat heel hun leven al eigenlijk helemaal wordt opgelegd en dan is seksualiteit eigenlijk het enige wat zij nog zo van hunzelf hebben en dan toch nog voor hun zelf willen houden...**

Anja: Dat hadden wij eigenlijk niet hé...

Leen: Met de mensen wie we gebabbeld hebben eigenlijk niet.

Anja: Toen ik vroeg van, ligt er iets gevoelig? Is er iets waar dat jullie moeilijk over praten?, zei ze ook van "goh nee, dat valt eigenlijk wel...". Eén meisje zei wel van ja verkrachting ligt eigenlijk wel iets gevoelig. Die was ook iets minder direct dan de andere twee maar...

Leen: We hadden eigenlijk verwacht dat zij heel gesloten ging zijn maar dat was ook niet... Maar ik denk nu wel ja, we hebben het sowieso wel aan mensen gevraagd waarvan dat we wisten van "die gaat erover willen praten". Het is ook een ontmoetingsruimte waar mensen ook komen om op hun gemak te zijn en dan moet ge wel zo wat afwegingen maken van... Want het zou inderdaad wel interessant zijn mochten er mensen zijn die daar echt zo moeilijkheden mee hebben maar ik vind niet dat ge dan zo in de positie zijt van dat helemaal ja... Ge hebt ook gemakkelijker de neiging om dat aan iemand te vragen waarvan dat ge denkt "ja die..."

**Ja, jaja.**

Ine: Misschien wel boeiend inderdaad, ge hebt inderdaad die ervaring van mensen of ik hoor dat toch van de maatschappelijk werker die dat heel vlot of bijna te vlot, is misschien niet het juiste woord want, allez of soms veel informatie geven terwijl dat dat juist niet altijd verwacht is. Maar ge hebt ook mensen die dat juist helemaal niet wensen dus wat maakt dat de ene groep of personen daar wel zo vlot of zo open of spreken en de anderen juist echt kiezen om dat privé te houden, ik weet het niet. Dat is misschien een deel van uw onderzoek of een deel van de gedachte die erbij kan komen...

Anja: Kan dat ook niet van persoon tot persoon afhangen? Ik denk niet dat we dat persé bij armoede moeten leggen maar de ene persoon kan ook iets makkelijker praten over iets dan anderen. Het kan ook dat dat bij armoede ligt hé maar ik wil dat niet altijd direct daarop...

Ine: Ik denk niet dat het persé een link is met armoede maar het klopt wel dat er een groep van mensen zijn die over eender welk thema misschien heel open zijn en misschien soms te open dan goed is voor zichzelf en anderen juist meer gesloten. Maar heeft dat met armoede te maken, dat zou ik niet zeggen, dat weet ik niet.

**Ja dat is zo het moeilijke hé. Vaak willen we dan dat ze er wel over spreken omdat ze... veel hulpverleners zeggen toch vaak van dat ze hen daar bij willen helpen om meer informatie te geven... dat kan van alles zijn, anticonceptie ofzo van die dingen. Maar soms hebben ze daar gewoon geen nood aan en dan is dat moeilijk om... Ja, wie heeft er nood aan, wie niet? Zijn er dingen dat jullie merkten die gevoeliger liggen op vlak van seksuele gezondheid? Iemand had gezegd verkrachting en misbruik...**

Leen: Ja, maar die persoon wou daar eigenlijk verder niks over zeggen.

Anja: Ja ze zei dat dat toch wel ook gevoelig lag bij haar maar verder merkten we niet echt dat er... het was vooral openheid hé? Bij de andere twee...



Leen: Ja, iemand reageerde daar dan op met dat ze... een mededeling met dat zij ook zichzelf verkracht is geweest, iemand, en ze zei "ja ik heb totaal geen moeite met daarover te praten, dat is ook niet het ergste wat ik heb meegemaakt..." Dus ja, dat is zo wel efkes zo... Maar een thema dat gevoelig lag, dat sluit zo wat aan bij die andere vraag, was dus wel zo het vrouw-zijn. Zij merkten in hun omgeving dat vrouwen in armoede het, ja moeilijk hebben om zich echt zo te profileren als vrouw en daar ook voor te staan, in die zin dat ze ja, hun eigenwaarde is... allez sowieso wat naar achter geschoven door de situatie waar dat zij inzitten, dat ze ook geen geld hebben om zichzelf eens, allez ja, op te kleden, dat hun hoofd daar ook niet naar zat, dat dat ook geen prioriteit is. Lingerie, dat lingerie ook heel duur is, maar dat zij ook zoiets hebben van ja, "ik heb dat eigenlijk wel nodig om mij vrouw te voelen, ik vind dat wel belangrijk". Terwijl ja, als ge dan goedkope lingerie koopt, is dat ook niet altijd goed voor uw borsten...Snapt ge? Allez zo, dat is zo wel een punt...

**Ja. Ik vind dat wel heel interessant want dat is eigenlijk iets waar dat wij niet zo meteen aan zouden denken omdat dat voor ons is dat ja...**

Leen: Uhu, nee... Ook zo het gevoel mogen hebben van "ja ik verdien dat ook wel om bijvoorbeeld, ik zie er goed uit of ik..." Ook praten over uiterlijk en zo, dat is ook niet... Terwijl eigenlijk mensen dat toch wel vaak doen. En de personen die aan tafel zaten die vonden dat zelf ook wel van zichzelf, dat ze dat meer zouden mogen laten zien van "ik ben een vrouw".

**En is dat dan vooral uit financiële redenen dat ze daarin worden... of ja dat ze dat hun moeilijker kunnen permitteren?**

Leen: Ja. En ook omdat, als uw financiële toestand zo zwaar weegt in uw leven, is dat ook, dan is dat ook vaak het enige waar dat ge mee in uw kop zit hé. Vaak, die mensen hebben dan ook... die vrouwen die bij ons aan tafel zaten hadden ook kinderen, dus ja dat komt er dan ook nog eens bij... Ge verliest heel snel uzelf of ge zijt heel weinig met uzelf bezig als persoon denk ik, en uw identiteit ja...

**Merkt ge dan dat die ook, dat ze ook qua zelfbeeld... dat dat ook wel vrij laag ligt? Of zegt ge dat dat daarmee samen gaat...?**

Leen: Ik denk dat ge dat zo op het eerste zicht niet altijd zo goed kunt zien...

Anja: Ja, maar het is er wel denk ik...

Leen: Maar ik denk wel dat die een heel laag zelfbeeld hebben ja... Nu Ann niet hé?

Anja: Ik denk dat die ook... Jawel die is heel onzeker...

Leen: Ja of wel dat die inderdaad juist heel vlot en open over alles babbelt maar met heel veel vragen zit want die vraagt ook wel altijd heel veel naar bevestiging.

Nathalie: Jaja die is heel onzeker.

Leen: Want die heeft ook veel wisselende relaties hé?

Nathalie: Ja, ja. Wat bij ons ook wel opviel was, allez gewoon opvalt, is bedrog. Zo ja... Geen stabiele relaties, heel veel wisselen...

**En dat bedrog, komen ze dat dan ook gewoon bij jullie dan vertellen ofzo? Want hoe weten jullie dat?**

Nathalie: Soms ja. Soms wel... Wij zien ook heel veel... Wij hebben zelf Facebook profielen van De Keeting en dan ziet ge ook vaak dingen voorbij komen...

Leen: Want zij delen heel veel. Onze doelgroep deelt heel veel via Facebook.

Nathalie: Ja heel veel. Te veel.

Anja: Te persoonlijk ook soms.

**En zijn er dan zaken waarvan da ge zegt... Zaken die wel positief zijn? Want ja sowieso dat er ook wel positieve dingen zijn of waar dat ze dan wel sterker in uitkomen?**

Nathalie: Ja ze zijn heel open en eerlijk.

Leen: Eigenlijk praten over seksualiteit is geen probleem.

Nathalie: Is geen probleem inderdaad, allez bij sommigen. Niet bij iedereen maar bij de meesten.

Anja: Ik vind ook dat dat allemaal stuk voor stuk echt vechters zijn... Die hebben zóveel meegemaakt en zoveel moeten doorstaan en die hebben elk hun eigen verhaal en hun eigen weg afgelegd en toch... Dat is zo knap dat die blijven doorzetten ondanks al die pech, toch er nog staan en blijven... Ookal is het zo zwaar hé, ze lachen niet altijd en er is ook heel veel negativiteit maar ze blijven er wel staan elke dag opnieuw, ze zijn er elke dag opnieuw...

Leen: Ja en ze stellen zich ook wel open om over dingen te praten en mee te werken aan dingen, soms dat ik denk van ja... Amai tof... Want als het zo echt niet goed gaat met u dan is dat toch niet evident om uw tijd zo vrij te maken voor zo'n zaken... Maar positief op vlak van seksualiteit dan... Goh...

**Ja het hoeft misschien niet persé op vlak van seksualiteit te zijn maar dingen dat daar wel... Bijvoorbeeld als ge zegt dat het doorzetters zijn en ze zo sterk zijn... Dat zal daarin ook wel... Ja dat ze blijven volhouden zo...**

Nathalie: Er was ook wel iets mooi dat Eva tegen jullie had gezegd...?

Leen: Ja, dat zij op vlak van relaties toch ook heel veel meemaken en zij had dan gezegd van "ge moogt uw huidige partner niet opzadelen met hetgeen wat dat ge hebt meegemaakt in uw verleden, uw andere ervaringen". Dat was haar visie daarop, want Ann was daar dan niet mee akkoord...

Anja: Maar ik vond dat wel heel mooi dat ze dat zei... Dat was zo heel liefdevol...

**En wat bedoelde ze dan met vorig...?**

Nathalie: Bedrog dacht ik?

Leen: Ja ja. Bedrog, in de steek laten, met kinderen en alimentatie niet betalen en...

Anja: Dat hoorden we ook veel hé dat de partner toch niet veel aanwezig... allez de vader van de kinderen, dat die ook niet...

Leen: Ja... Dat ziet ge wel veel terugkomen inderdaad.

**Dat die niet aanwezig zijn of....**

Anja: Ja, ja...

Leen: Dat vrouwen er vaak alleen voor staan.

Anja: Maar dat was wel... De manier waarop ze dat dan aangaf van, op een heel liefdevolle manier zo... Dat vond ik wel mooi dat ze dat dan zo zei van...

Leen: Ik denk wel dat de vrouwen gemakkelijk ook met hun partner wel babbelen over seksualiteit... allez de reactie is dan misschien niet altijd... dat weet ik niet, daar ben ik niet bij dan maar uit onze gesprekken kon ik wel afleiden dat zij in hun relatie veel babbelen over seks en genegenheid en affectie en dat er ook wel problemen op tafel gelegd konden worden...

**Er was niet zoveel taboe dan?**

Leen: Nee, taboe is daar niet echt rond denk ik.

**Ik weet niet Ine, hebt gij nog iets toe te voegen?**

Ine: Wat dat ik er voor wat dat de moeilijkste zaken zijn, is het gesprek over de kinderwens maar dan, laat ons zeggen als de hulpverlening denkt "oei in deze situatie is het misschien geen goede

situatie om een kindje te kopen”, terwijl dat mensen dat zelf heel graag wensen... Dat is bijvoorbeeld iets wat dat heel moeilijk is. Als er hiv is en gewoon al de gevolgen van dien, en dan ook vrouwenbesnijdenis ja dat zijn zo de drie grote thema's maar dat zijn wel dingen die super persoonlijk en gevoelig zijn en ook niet zo gemakkelijk als hulpverlener om daar altijd op een juiste manier mee om te gaan... Maar ik heb minder met hiv en vrouwenbesnijdenis te maken maar meer dan rond die kinderwens dat een OCMW-maatschappelijk werker zegt “oeh er zijn al kindjes geplaatst...” Ge moet daar dan naartoe gaan en dan ervaart ge dat die mensen dat helemaal anders zien en dan ja... Kunt ge daar zeker wel al een gesprek over hebben maar ik denk, zolang dat mensen zelf het verlangen hebben naar kinderen, dat ge daar niet veel aan kunt veranderen, of moet aan veranderen tenzij een langdurig therapeutisch proces maar niet op een aantal gesprekken of in een begeleiding...Positief zo zeker wat jullie zeggen, de kracht van mensen om met hun gezondheidssituaties of met ongelooflijk moeilijke jeugdsituaties of partnersituaties of situaties met kinderen, om te gaan. Ongelooflijk waar mensen hun kracht uithalen... Maar ik denk wel, ik weet niet of dat ik dat zou mogen of durven zeggen maar ik denk wel wat dat er inderdaad gebeurt is, hoeveel veiligheid dat ze hebben gehad of wat ze hebben meegemaakt, bepaalt volgens mij echt de relatievaardigheden, keuzes naar toekomst... Alles.

Leen: Ja... Natascha is daar een goed voorbeeld van hé.

Nathalie: Ja, dat is iemand op dezelfde dag leren kennen, de volgende dag zijn ze samen en hebben ze al direct seks... Ja dat is ja... Voor ons is dat...

Ine: Ja, ja zowel in misschien uw grenzen te dichtbij te zetten als misschien te ver zetten, misschien gaat dat wel in twee richtingen, omdat gewoon ook niet als voorbeeld gekregen te hebben.

Nathalie: Inderdaad. En ook van thuis zo die grenzen niet hebben meegekregen hé en thuis ook heel veel dingen hebben gezien en dan ja...

**Ja, want dat was ook een vraag dat ik er ook had bij gezet van, in welke mate denken jullie dat de manier waarop dat mensen in relatie staan of wanneer dat ze voor het eerst seks hebben, dat dat gevormd wordt wat dat ze eigenlijk al hebben meegemaakt of hoe dat ze zijn opgegroeid? Dus eigenlijk zeggen jullie dat dat inderdaad wel veel invloed heeft op...**

Nathalie: Ja... dat denk ik wel. Als ge kijkt naar uzelf, hoe dat gij soms op uw ouders kunt lijken en dingen doen ook... en hoeveel invloed dat die op u hebben. Dat is bij hun ook zo ja...

Anja: Dat zijn waarden en normen ook dat ge meekrijgt hé.

Nathalie: Ja. En sommigen hebben spijtig genoeg erge dingen gezien en ja...

Leen: Want veel van onze mensen zitten ook in generatie armoede hé. Dus dan kunt ge ergens wel u er iets bij voorstellen hoe dat dat dan met seksualiteit ook... Uw ouders zitten ook in armoede dus die ja...

**Merken jullie daar verschil in bij mensen die echt in generatie armoede leven tegenover...**

Anja: Nieuwe armen?

**Ja, ja.**

Ine: Wat zijn dat eigenlijk, nieuwe armen?

Anja: Mensen die door omstandigheden arm zijn geworden...

**Dus die niet persé vanuit armere thuis komen.**

Anja: Ja.

Leen: Ik denk wel, dat is nu misschien kort door de bocht maar ja... Soms zijn vooroordelen ook gewoon waar hé. Allez, denk ik dan.

Nathalie: Hoe bedoelt ge?

Leen: Dat nieuwe armen toch vaak intellectueel wat verder staan... Omdat mensen in generatie armoede vaak al van kleins af aan kansarm zijn en daardoor ook kansen niet hebben gehad voor scholing en...Dat is anders dan iemand die door één tegenslag in het leven in armoede is terecht gekomen, denk ik.

Anja: Ja dat is waar.

Ine: Ik denk dat opvoeding een grotere rol speelt dan armoede. Ik heb heel veel mensen uit arme landen en die zitten ook in armoede want die moeten met een leefloontje met een groot gezin rondkomen en toch is daar zelden een hechtingsproblematiek of vinden die wel een weg om die kinderen qua hechting en qua emotionele ondersteuning heel veel te geven. Dus vrees ik dat het een beetje altijd die groep gaat zijn en ja...

### **Het is ook een beetje een vicieuze cirkel hé.**

Ine: Ja en die u ook gewoon het hardste raken hé. Omdat ge daar wel heel veel nood voelt maar dat ge niet weet, alle hulpverlening dat daarop zit, of dat dat eigenlijk echt een verschil maakt in die situatie naar de toekomst toe. Dat weten we niet hé...

Anja: Ik denk dat dat ook een serieuze kluwen is hé bij nieuwe armen. En problemen thuis bijvoorbeeld met het gezin, en werkloos worden waardoor het bijvoorbeeld de vrouw en de kinderen weggaan, ja... Ik denk dat dat heel veel tezamen is waardoor dat ge arm kunt worden, dat dat niet één ding is. Dat dat een samenloop is van...

### **In principe zou iedereen in armoede kunnen terecht komen...**

Nathalie: Ja ja absoluut.

Ine: Ja iedereen kan pech hebben hé met gezondheid of met geld...

**Ja absoluut... En wat denken jullie dat voor organisaties of OCMW's bijvoorbeeld, een belangrijk thema is waar dat zij rond moeten werken met betrekking tot seksuele gezondheid? Bijvoorbeeld anticonceptie of dingen waarvan dat jullie opmerken dat dat precies wel iets is dat veel terugkomt of zo. En waar dat organisaties iets kunnen rond doen?**

Nathalie: Anticonceptie komt bij ons wel aan bod...

### **En op welke manier?**

Leen: Dat is iets dat blijkbaar dat vaak niet als norm wordt gezien, en dat dat ook duur... alle ik bedoel dat kost echt geld en... Maar mensen hebben weinig... Die hun drempels zijn ook allemaal veel hoger dan bij ons hé...

### **Die gaan niet zomaar een pak condooms gaan kopen ofzo?**

Leen: Nee...

Nathalie: En dat kost veel geld...

Ine: Het OCMW kan alle anticonceptie terugbetalen als de vraag gesteld wordt...

Nathalie: Dat wist ik niet.

### **Daar staat ook geen leeftijd op ofzo?**

Ine: Nee.

### **Ik denk dat weinig mensen dat weten.**

Anja: Ja, nee inderdaad.

Ine: Dat is niet overal geweten maar normaal gezien zouden alle maatschappelijk werkers van het OCMW dat nu toch wel moeten weten en aan klanten zeggen... Dat zou geen drempel mogen zijn hé

maar dan zijn er dikwijls nog andere drempels van verhalen dat ge gehoord hebt van een staafje dat verdwenen is of iemand die toch zwanger is geworden van een spiraal en... Ja als ge daar niet de juist informatie over krijgt, en misschien wat moeilijker hebt in vertrouwen dan is die drempel misschien nog groter, ik weet het niet goed... Dat ervaar ik wel dat als ge daar echt veel tijd voor neemt om daar echt zo tot in de diepte te zoeken naar waarom dat niet en waarom dat wel... Dan ervaar ik eigenlijk dat er niet zoveel weerstand is om dat te gebruiken maar als niemand daar echt tijd voor neemt ja dan zijn de veelheid van problemen zo alledaags dat dat stuk gewoon opgeschoven wordt naar ja... dan gebeurt het gewoon niet denk ik.

### **Is het misschien ook iets van, toegang tot informatie? Dat ze het gewoon niet weten?**

Anja: Ja dat denk ik wel...

Leen: Ja en toch ook wel weer die opvoeding...

Ine: Opvoeding... Kindjes komen er ook gewoon en dat is...

Leen: Voor die generatie in armoede is dat denk ik heel hard... niet anders geweten. Als ge ook geen ouders hebt die u daar... Dat is zelf ook niet hun prioriteit geweest.

Ine: Uhu, dat is ook zo. Uw ouders leven het voor en gij leeft het na en dat is niet een bewuste keuze.

### **Dus anticonceptie is wel een thema dat jullie zeggen dat is toch wel iets...**

Nathalie: Absoluut, ja.

Ine: En misschien wel bredere zorg naar uw gezondheid, naar uw welzijn, dat dat ook minder uitgewerkt of ondersteund wordt... Ik denk dat dat daar gewoon een deel van is.

Leen: Zorgen voor uzelf.

Ine: Ja maar dat is ook eigenlijk iets wat dat maar gebeurt als uw basisbehoeften... en die zijn niet vervuld... En dat is eigenlijk logisch dat dat niet aan bod komt maar dat is in het algemeen denk ik wel... Dat dat fijn zou zijn dat daar meer ondersteuning is.

### **Het is geen prioriteit?**

Ine: Wél maar het komt er niet van, denk ik hé. Ge hebt een inschatting maar wij zijn ook, wij hebben ook allemaal onze blinde vlekken hé.

### **Ja jullie spreken ook gewoon vanuit wat jullie ervaren of zien...**

Ine: Wat ook extra is en mij opvalt, is de mensen die er graag over spreken... Maar ge hebt evengoed keiveel mensen die daar zoveel weerstand voor hebben om daar zelf over te spreken. Laat nog maar staan "ah wil jij nog kinderen of niet?". Dat dat zelfs heel moeilijk is voor sommige hulpverleners. Daar zit dat ook dikwijls denk ik, dat dat voor hulpverleners best ook nog schaamte is of angst om verkeerd te doen of heel veel drempels...

Leen: Ja zo want kinderen bijvoorbeeld, dat is echt wel zo'n issue denk ik. Want ik heb dat zelfs gewoon in omgang met mensen die niet in armoede leven. Ik merk wel dat dat misschien wel een beetje een taboe is, kinderen en kindwens. Ge weet niet wat er aan de hand is hé, misschien lukt dat niet of zijn er problemen ofzo. En dat is ook teruggekomen in onze gesprekken met de cliënten, zo potentie. Dus ja vruchtbaar zijn. Dat dat wel een moeilijk punt is bij die vrouwen ook. Dat ze ook zoiets hebben van ja, als een man... Er was iemand en die zei "voor mij is potentie ook een beetje ja, uw mannelijkheid of uw vrouwelijkheid." En als ge dan onvruchtbaar zijt dan is dat zo ja precies dat er iets... Of als een man geen erectie kan krijgen dan... Bij vrouwen was dat wel zo van "ja dan voel ik mij wel afgewezen en dan denk ik dat er iets...". Er was zelfs iemand die zei "ja ik heb dan zo gedacht dat mijn man mij bedroog en eigenlijk met zijn gedachten bij een andere vrouw zat", en dan beginnen er toch dingen te leven precies in de mensen hun hoofd. Dus ik denk zo 'kunnen' en 'geschikt zijn' om seks te kunnen hebben of om kinderen te kunnen maken, dat is wel moeilijk.

### **Dat hangt ook wel zo weer wat vast aan dat zelfbeeld en vertrouwen hebben in uzelf.**

Leen: Ja.

Ine: Ja ook één van de meest essentiële dingen als dat daar niet goed... Dat is toch een kei belangrijk deel ook hé. Stel dat ge daar...

Nathalie: Ja absoluut.

Leen: Maar Eva zei daar wel iets mooi over... Want Ann heeft nu een relatie met iemand... Ja Wesley is niet zo... Die staat er niet zo goed voor hé, in zijn leven. Allez dat is heel chaotisch allemaal.

Nathalie: Jaja.

Leen: En zij ervoer het probleem dat hij de laatste maand, de laatste tijd, haar heel vaak afwijst op lichamelijk vlak en zei vond dat heel frustrerend en dat was voor haar ook een reden om minder contact te zoeken met hem want ze wonen niet samen. Maar Eva die heeft dan heel lang een vaste relatie en die zei ook "ja als het niet goed gaat met uw partner, en ge ziet die graag dan moet ge u soms op lichamelijk vlak uw eigen opzij zetten dus uw eigen behoeften kunnen opzijzetten." Maar dat is ook niet gemakkelijk en dat komt een beetje terug met dat van dat psychisch welzijn, ik denk dat dat wel veel doet dat ge ook een sterke relatie moet hebben om dat te kunnen... om zo seksueel op dezelfde golflengte zitten met uw partner, moet het eigenlijk in uw leven ook allemaal goed lopen hé, denk ik.

**Ja. Dat is ook iets in mijn thesis waar ik heel veel op hamer van dat seksuele gezondheid zo hard samenhangt met uw lichamelijke gezondheid maar ook mentaal of emotioneel, dat ge dat niet van elkaar kunt zien.**

Leen: En ik denk dat dat bij sommige mensen, die daar zo heel vlot over zijn gelijk als bij Ann, seks eerder een vlucht of een manier is om...

Anja: Uitlaatklep.

Leen: Ja. Een uitlaatklep. Ze zei dat ook hé, "voor mij is dat een uitlaatklep". Ja als dan natuurlijk uw partner zich helemaal psychisch niet goed voelt en helemaal niet zover over denkt ja dan zit ge natuurlijk wel met een storing hé.

**Ja... En wat denken jullie dat, de vrouwen waar jullie mee in contact staan, op vlak van seksuele gezondheid, waar dat zij vooral nood aan hebben of wat dat zij vooral benoemen, dat jullie merken... Hun noden daarrond?**

Nathalie: Hm... Soms stel ik mij vragen, dat is nog nooit benoemd geweest door iemand, maar ik vraag mij dat zelf af van "hoe zit dat met hygiëne?" Sommigen hebben de middelen niet om hun te wassen, allez ze kunnen zich bij ons wassen, maar hoe zit dat met die hygiëne?

Leen: Ze doen toch vaak een week dezelfde kleren aan en...

Nathalie: Ja, ja ja.

Leen: Ge ziet dat ook aan de mensen dat ze niet proper zijn hé.

Nathalie: Ja. En dan stel ik mij soms daar vragen rond maar ik heb dat nog niet bevraagd. Dat is natuurlijk heel gevoelig.

Leen: Ja ik denk wel dat er op hygiënisch vlak niet veel normen zijn bij de meesten. Dus ook niet in fysiek contact of... Ik denk het niet. Zijn er mensen waarvan dat wij weten die bijvoorbeeld een ziekte hebben of?

Nathalie: Hiv bijvoorbeeld. Maar dat is door drugsgebruik dus dat is niet echt door seks... Maar ja hygiëne, goh. Dat is breed hé.

**Maar ja dat heeft er ook sowieso wel mee te maken hé. De basis eigenlijk ook hé.**

Anja: Soms denk ik ook wel of het niet goed zijn als ze een soort van vorming kunnen krijgen rond zich of hoe dat ge u openstelt, welke vormen dat ge u kunt openstellen. Bijvoorbeeld als ge kijkt naar Natascha: één dag kennen en daar dan direct mee in bed kruipen. Is dat geen vorm van

zelfrespect, dat ge dat niet doet? Dat daarrond iets misschien dat... Zou dat een nood kunnen zijn bij mensen?

Nathalie: Goh, dat is zo moeilijk... Dat is ieder voor zich. Die is dat ook al heel haar leven gewoon. Met één vorming...

Anja: Ja nee, niet met één vorming maar ja...

Ine: Wat dat ge eigenlijk zou willen is, wat dat gij u afvraagt is "is dat eigenlijk waar dat die gelukkig mee is of niet?" En dat is kei moeilijk in te schatten want hoe kan iemand dat nu inschatten voor zichzelf? Als ge altijd zo gedaan hebt... Wij kunnen daar een idee voor hebben "dat is misschien niet goed", en misschien is dat goed voor die persoon en misschien niet. Ik vind dat echt kei moeilijk om in te schatten.

Leen: Nu, wat ge wel soms ziet dat bepaalde handelingen die dat zij stellen hun dan achteraf slecht bekomen en dan ziet ge ook wel dat ze daar van afzien.

Anja: Ja welke grenzen stellen ze voor zichzelf?

Leen: Ik denk niet dat ze daar heel gelukkig van worden maar ik denk dat ze vooral niet weten van... Dat ze vooral de oorzaak niet kennen, dat dat een val is waar dat ge in blijft trappen.

Anja: Grenzen stellen is daar echt denk ik heel moeilijk bij.

**En hoe zou ge dat kunnen formuleren naar iets, of hoe zouden wij of mensen rondom hun hen daarbij kunnen helpen? Om grenzen te leren stellen?**

Anja: Ja dat is een goeie vraag...

**Komt dat ook weer terug vanuit hun opvoeding, dat ze dat gewoon nooit hebben gezien?**

Anja: Misschien dat mensen ook vanuit hun opvoeding altijd over hun grenzen zijn gegaan waardoor dat ze eigenlijk nooit de grens hebben kunnen stellen of mogen stellen hebben.

Ine: Of nog niet blootleggen waar ze liggen hé...

Leen: Ook door dat misbruik hé. Als ge misbruikt zijt ja, dan... Gelijk als Natascha die is heel haar leven misbruikt geweest, dan denkt ge ook op den duur van "dat is normaal dat ik mij direct blootgeef"

Anja: Ja en zelfs als ge weet waar uw grens ligt, hoe geeft ge die grens aan? Hoe doet ge dat?

Leen: Ja, voilà. Want zij heeft echt zo lang... Ge laat u doen hé.

Anja: Ja voilà dat is het.

Leen: Dus ge kunt ook niet anders als ge als kind vaak of als...

Ine: Dus die vaardigheden meer ontwikkelen of meer bewust van zijn. Maar kunt ge dat in één vorming of in een langdurige begeleiding of, wat is er dan dat dat...

Leen: Ja, ik vind dat dat eerder vooraf moet gaan aan een serieuze begeleiding.

Nathalie: Ja, voilà. Maar hoe maakt ge dan die mensen bewust dat ze geen grenzen hebben? Allez, of weinig grenzen hebben. Dat is ook nog zoiets...

Leen: Ja, ja. Omdat dat ook veel volwassen personen zijn dus dat is zo ja...

Ine: Ja moet ge dan wachten tot dat die vraag zelf komt van die persoon of moet ge zeggen "wij zien dat dat moeilijk is voor u dus wij gaan u helpen". Dat is een moeilijke hé...

Nathalie: Ja klopt.

**Of zou ge er al preventief rond kunnen werken? Bijvoorbeeld op school dat er wat meer rond... Maar dan is de vraag ja... Mensen in armoede bijvoorbeeld stoppen vaak ook vroegtijdig met school. Maar moest dat bijvoorbeeld op school gebeuren? Er wordt wel voorlichting gegeven maar eigenlijk heel weinig over dat relationele en over uzelf kennen...**

Ine: Dat lijkt me wel heel fijn als dat op school zou gebeuren. Niet alleen de biologie maar veel meer over...

**Het was nu ook recent in het nieuws dat Sensoa nu pleit voor elk jaar, al vanaf de lagere school denk ik, elk jaar seksuele voorlichting te geven.**

Nathalie: Dat is wel goed. Een beetje meer informatie. Dat zou inderdaad vanaf de lagere school al kunnen. Hoe stel ik grenzen? Wat hoort, wat hoort er niet?

Anja: Ik denk dat er ook wel heel veel leerkrachten moeilijk zouden hebben met dat over te brengen... Misschien is dat voor leerkrachten ook niet altijd even simpel om dat over te brengen. Ik weet dat niet hé. Maar als we die taak ook nog in hun schoenen gaan...

Leen: Ge kunt daarvoor ook mensen zoeken die dat daarin thuis zijn.

Anja: Ja dat was ik ook aan het denken. Misschien kunt ge studenten daar ook iets mee laten doen, als zij daarrond een project moeten uitwerken ofzo. Dan is dat ook eens zo nuttig en hoeven leerkrachten dat ook niet op hun te nemen. Dat is maar een idee hé.

Ine: Of misschien dat leerkrachten die zich daarbij goed voelen en daar dan in getraind worden ofwel als dat voor leerkrachten moeilijk is dat daar inderdaad iemand extra komt...

**Denken jullie dat dat verschil zou maken? Zo extra lessen of informatie op school?**

Leen: Ja. Ik vind dat het goed en het kwaad wordt geschied in het onderwijs. Ik vind dat in ons huidig systeem eigenlijk meer kwaad dan goed is, maar ja... Dat is weer een andere discussie. Ik vind dat wij te weinig leren over wat het leven is, wat het leven inhoudt, de echte dingen die ertoe doen.

Anja: Ja dat is waar.

**Uhu. Maar en bij veel kinderen wordt dat dan vanuit thuis aangeleerd? Maar ja als dat er dan ook al niet is...**

Leen: Ik denk heel weinig... Als ik naar mijn omgeving kijk zie ik toch ook wel dat dat echt in weinig huishoudens zo is dat er openlijk wordt gebabbeld, bijvoorbeeld over seksualiteit. Maar ook echt zo vaardigheden aanleren, dingen die ertoe doen... Vaak zijt ge dan ook afhankelijk van, of dat ge een hogere studie gaat doen of niet, denk ik. Want hoe meer dat ge...

Nathalie: Ja en bij gezinnen waar dat de prioriteit meer bij de ouders is van overleven, tegenover gewone gezinnen gaat dat zeker niet aan bod komen. Ik scheer nu alles over dezelfde kam maar...

Ine: Het is wel waar wat je zegt hé. Daar zou ofwel extra ofwel zeggen "we gaan dat aan iedereen een basis aanbieden en daar dan extra ondersteuning".

Leen: Maar ik denk vooral dat voorlichting heel belangrijk is. Ge merkt dat bij ons ook in de jeugdbeweging dat kinderen daar bijvoorbeeld wel over babbelen, en dat ge denkt van "oke die zijn nu toch wel op een leeftijd dat ze zouden moeten weten van wat dat dat is en..." Ik ben dan zo iemand, ik ga daar dan op in als ik dat hoor dan zeg ik "en wat betekent dat dan?" En dan weten ze dat niet of dan alle... Dat is iets dat wel leeft onder kinderen en jongeren dus ik vind, maak daar gebruik van! Want ze zijn daar wel in geïnteresseerd dus dat is wel een win-win situatie als ge daar meer tijd en energie in steekt dan hebben ze meer kennis maar dat is voor hun ook wel iets dat ze tof vinden om over te leren, en dan kunt ge ook wel dingen als hygiëne en zo, dan kunt ge daar ook wel rond werken. Ge kunt daar heel gemakkelijk iets tof en leerrijk van maken denk ik. Want we denken allemaal "ze weten het allemaal al tegenwoordig", maar dat is niet zo. Ze hebben ook veel een vertekend beeld door wat er allemaal in de media en tv en zo.

**Het doet mij wel denken aan het interview dat ik heb gedaan met een jonge vrouw van 24. Zij had een heel moeilijke jeugd gehad. Thuis met haar mama, haar mama had ook veel**



verschillende partners, die relaties waren ook niet altijd even liefdevol en ja zij was de oudste van de kinderen dus zij heeft dat ook allemaal gezien en zo. En dat was allemaal eigenlijk heel fout en zij is dan op haar 17 het huis uit gegaan, ze heeft dan ook in een instelling gewoond. Nu gaat het wel goed met haar, ze woont alleen en... Maar bij haar kwam echt heel sterk naar voor dat zij, nu nog altijd, dat zij heel veel nood heeft aan informatie over relaties. Zij zat bijvoorbeeld heel erg met de vraag (ze had dan een vriend), "is het normaal om elke dag seks te hebben met uw vriend?". Ze was daar echt zo mee bezig en ze kon precies nergens een antwoord vinden. Bij haar moeder niet, want haar moeder was eigenlijk zelf heel erg ambivalent in haar relaties en zo. Ze heeft haar dochter ook eens een slet genoemd... Ja dan gaat ge niet bij uw moeder... En eigenlijk ook niet bij de hulpverleners of haar begeleiders in de instelling. Ze had niet het gevoel dat daar heel au sérieux over kon praten... Dus mijn vraag aan jullie, wat vinden jullie daarvan? Wat maakt dat los bij jullie?

Ine: Ik vind dat eigenlijk jammer om te horen. Dat zij dan ergens verblijft en daar dan niet het gevoel heeft dat ze daar... Wat dat toch een wezenlijk onderdeel is van uw relatievaardigheden of toekomst...

Leen: Dat is bij ons ook aan bod gekomen hé. Zo van, dat dat wel een ding is, zo van "wat is normaal?". Ik denk dat dat ook met die afwijzing en zo heeft te maken. Dat inderdaad de hoeveelheid seks dat ge hebt, dat dat toch...

Anja: Ja de ene vond het normaal van 2 keer per maand seks te hebben, dat was meer dan genoeg en dan de andere zei "oei ja dat is veel te weinig"...

**Ja mijn vraag is dan: wat doen andere kinderen dan met die vragen, opdat zij op die leeftijd van 24 daar wel al een bepaalde rust in hebben gevonden van "oke ik weet nu wel wat ik moet weten"? Maar bij haar was dat echt niet. Zij heeft ook toen ze jonger was heel vaak gewoon affectie gezocht door met mannen naar bed te gaan, omdat ze die bij haar wou hebben en die bleven alleen maar bij haar als ze met haar mochten slapen, zo dacht zij.**

Leen: Ik denk dat veel mensen dat zo voelen... Ik denk dat iedereen affectie nodig heeft en liefde, en als ge iets meemaakt waardoor dat dat geschaad is, dat ge dan manieren zoekt om... Ja ik denk dat veel mensen dat doen. Maar inderdaad... Ging zij veel om met leeftijdgenoten als ze jonger was of totaal niet?

**Goh... Die mannen waarmee ze naar bed ging waren denk ik ook wel wat ouder.**

Leen: Ja bijvoorbeeld in mijn pubertijd praatte ik daar wel veel over met vriendinnen en vrienden en dat maakt toch dat ge een beeld hebt van... Er weet altijd wel iemand iets waardoor dat ge dan zo een algemeen beeld hebt van "oke dat is hoe het zou moeten zijn..." Eigenlijk is dat wel erg want ik denk dat ge pas weet wat dat normaal is als ge een liefdevolle relatie hebt gehad. Als ge een goeie vriend hebt en ge voelt dat dat goed zit, of ge nu een keer seks hebt per week of vijf keer, dan voelt ge u normaal hé. Als ge op dezelfde golflengte zit met iemand...

Nathalie: Ja... Dat is wel erg hé dat zij niet ten rade kan gaan bij die opvoeders dan.

Ine: Ja misschien is er wel al iets geweest hé, het kan ook een gevoel zijn... Ge weet natuurlijk niet...

**Ja ze zei dat dat heel oppervlakkig was. Dus als erover werd gesproken ging dat over hoe scheer ik mijn schaamhaar ofzo... Zo van die dingen. Maar dat was niet waar zij nood aan had en daar werd ook niet verder op ingegaan.**

Ine: Als ik denk, gewoon aan mijn eigen leven, dan denk ik al... De generatie van mijn ouder die hebben dat nooit van mijn ouders gekregen, die hebben dat ook nooit kunnen geven dus daar werd al sowieso niet over gesproken. Niet over relatievaardigheden, niet over emotioneel hoe ge... Uw noden... Eigenlijk niet. En dan zit ik nog niet in een kans-armoede situatie of een generatie-armoede situatie. Ik denk nu zijn er een aantal mensen in deze generatie die daar wel wat leren over spreken of kunnen over spreken. Het is natuurlijk verschillend hé, het is niet algemeen in die generaties maar zelfs dan nog... Als ik denk aan de hulpverleners die ik zie als ik mijn toer doe in de OCMW's... Dat is zo individueel en het zijn nog altijd de uitzonderingen die een bewustzijn hebben over hun eigen waarden en normen en dan dat ook kunnen vertellen naar de gesprekken naar hun klant of... Dus volgens mij zowel leerkrachten als hulpverleners als huisartsen als verpleegkundigen, al die hulpverleners die iets kunnen betekenen bij al die mensen... Er zijn er nog maar weinig en alleen de

uitzonderingen volgens mij, die daar echt open en op een goeie manier over kunnen spreken. Dus dat is in het algemeen denk ik gewoon nog...

### **Ja, dus eigenlijk ligt het daar ook vooral hé...**

Ine: Ja! Wie kàn er eigenlijk over spreken? Dan moet ge echt al naar een seksuoloog of een psycholoog gaan, en dan nog... Een seksuoloog misschien nog wel maar zelfs een psycholoog is misschien zelfs ook nog moeilijk of ook niet altijd diegene die daarmee... Het is nog niet zoveel...

Leen: Ja of mensen die daar inderdaad nog ook... Die nog niet professioneel gevormd zijn... Vaak heb ik als stagiaire, ik zit nog zo heel fel in dat enthousiasme en zo... Uw grenzen verleggen, ik denk dat sommige mensen niet vaak hun grenzen verleggen, ook in hun job...

Ine: Klopt wat ge zegt.

### **Dat is ook een comfortzone hé...**

Ine: Ja, "dat is mijn stijl en zo doe ik dat..." En sommigen gaan altijd blijven leren en sommigen zeggen "ah nee this is it". Dat is op zich ook hun volste recht maar iedereen die daarbij komt heeft dan wel dat pakketje...

Leen: En zeker als het over zo'n thema gaat dan...

Ine: Maar het is ook gewoon moeilijk om niks verkeerd te doen en misschien hoort dat er ook gewoon bij dat als ge over een onderwerp, zoals seksuele gezondheid, dat ge wel fouten gaat maken... Misschien hoort dat er gewoon wel bij.

### **Maar er wordt tenminste wel over gesproken...**

Ine: Ja voilà, want als ge dat u niet toestaat dan gaat ge het gewoon op de duur nog kunnen doen? Ge kunt erin geschoold worden maar ik denk dat ge ook moet voorbereid zijn op "oké ik ga gewoon fouten maken en...". Maar eeuwig student zijn of eeuwig willen leren of eeuwig willen groeien... dat is eigenlijk een basishouding, denk ik.

Leen: Het is ook absoluut niet zo moeilijk want eigenlijk eens dat ge ermee bezig zijt is het verrassend, gemakkelijk ga ik niet zeggen, maar dat het toch wel een oké onderwerp is om het over te hebben met mensen...

Ine: Kei veel dankbaarheid...

### **Het is misschien ook gewoon een drempel waar dat ge over moet...**

Ine: Ja.

Leen: Ook constant aanvoelen van ja "ik voel mij comfortabel maar voelt die andere persoon zich comfortabel?"...

Anja: Volgens mij weten hulpverleners dat gewoon ook niet altijd van "heeft die persoon daar nood aan om over te praten?" Ja... Als er bijna zo goed als niet over gesproken wordt, dan weet ge ook soms gewoon niet... Dat is misschien niet iets wat ge kunt aftoetsen als hulpverlener hé. Als ge in een instelling werkt dat ge daar bijvoorbeeld in de instelling zelf iets rond doet, met uw collega's. Ik denk dat dat dat kan helpen. Ge moet daar toch bij terecht kunnen, denk ik dan. Dat is toch waar wij ervoor zijn...

### **Dat is de bedoeling ja.**

Anja: Dus misschien moeten wij dat ook eens zo hard overbrengen... Niet dat we dat nog niet doen hé maar ik denk misschien komt dat misschien komt dat niet altijd zo over van "wat het ook is, ge kunt hier terecht wat dan ook". Als ge financiële problemen hebt of als ge ergens anders mee zit of ge hebt ruzie met iemand, kom maar af. Maar er wordt niet gezegd "als ge ooit eens problemen hebt met seks of zo, dat wordt niet gezegd, toch?"

Nathalie: Ja, nee dat wordt niet gezegd. In mijn oren klinkt dat ook raar als ge dat zegt, omdat ge dat zo niet gewoon zijt...

**Maar misschien moest ge dat zeggen zou dat de mensen wel het gevoel geven van "ja oké dat kan ik toch ook wel zeggen..."**

Anja: Ja voilà. Dat horen zelf denk ik dat ook al wel goed kan doen, het horen alleen al is al vaak veel...

Leen: Of het niet expliciet noemen ook niet in het begin, misschien gewoon gezondheid en relaties. Als ge dat zegt, dan kunnen mensen ook al...

Anja: Of bijvoorbeeld een vorming rond relatie en gezondheid en zo.

Leen: Bij ons in de Keeting zijn wij wel al bezig met een gezondheidsgroepje, waar we wel geregeld zo wat thema's bespreken en ik wilde nu zo na vandaag eens zien van "is het niet mogelijk om met die mensen ook eens een gesprek te doen over seksuele gezondheid?". Want daar zitten mannen en vrouwen bij... En dat is ook gezondheid hé.

Nathalie: Ja absoluut.

**Ja ik vind dat ook een goed idee. Want ik merkte bij veel organisaties waarmee ik contact heb gehad, kwam naar voor dat dat thema bij hun niet besproken werd, ze waren daar niet mee bezig... Ik vond dat heel jammer. Ik vraag me dan af "is dat dan vanuit de angst van de hulpverleners misschien van ja wij willen niet..." Ik weet het niet, ik vond dat ook jammer...**

Nathalie: Ja inderdaad. Ik moet nu eerlijk zeggen, bij ons kan daarover gesproken worden maar wij houden een gezondheidsgroepje maar wat wordt daarin besproken? Altijd over gezondheid, maar dat gaat altijd over eten... Inderdaad, dat is zoveel meer dan eten.

Leen: Ja want twee weken geleden hebben we het dan gehad over, ging het meer over mentale gezondheid ook en zo. En dan merkt ge dat mensen ook wel zoiets hebben van "amai eindelijk eens iets anders", en dan halen ze daar heel veel uit om over mentale gezondheid ook bezig te zijn. Dat wordt dan vaak in een creatieve vorm gegoten, dan is dat zo met van die steekkaartjes met een tekst op en dan iedereen daar eens zijn zegje over doen. En hygiëne kunt ge daar eigenlijk ook heel gemakkelijk tussen steken hé.

Ine: Eigenlijk zou seksuele gezondheid een deel van de begeleiding moeten zijn, van eender welke begeleider hé.

Anja: Ja.

Leen: Eigenlijk wel hé...

Ine: Nu is dat precies nog zo... Is dat de katholieke kerk of zo? Dat weet ik niet maar... Daar komen we ook wel van hé.

**Dat is waar, want dat wordt enkel in de private, enkel in uw eigen thuis sfeer besproken...**

Anja: Ik denk ook dat hulpverleners ook zelf niet weten hoe dat ze het moeten aanbrengen...

Ine: Uhu, dat is ook zo. Dat is oefenen, dat is proberen hé en weten dat ge fouten maakt. En moedig zijn!

**Ja dat is waar...**

**Als laatste vraag, voor mijn toch een vrij belangrijke vraag, of dat jullie denken dat er een bepaald verband is tussen seksuele gezondheid en het feit dat ge leeft in armoede? Dat kan gaan tot bijvoorbeeld... Wij gaan om de zoveel tijd bij de gynaecoloog op onderzoek, doen die vrouwen dat ook of heeft dat dan geen prioriteit? Dat heeft dan misschien ook wel te maken met het feit dat ze dan in armoede leven, denk ik dan. Dat ze daar hun geld niet aan willen geven, dat er dingen zijn die voor gaan... Hoe denken jullie daarover?**

Ine: Dat is ook zo hé.

Anja: Ja hé, ja.

Nathalie: Ja. Uitstrijkje, borstscreening, denk ik dan... Dat is gratis hé. Maar doen ze dat ook?

Leen: Ik denk dat dat eerder is, wat jij zegt, dat dat niet voor gaat. Dat is niet prioritair. Ge kunt dat vergelijken met naar de tandarts gaan. Er zijn zoveel mensen in armoede, die hun gebit is gewoon... Op hun veertigste hebben die bij wijze van spreken soms geen tanden meer. Omdat ja, ge zijt daar niet mee bezig, met uw gezondheid. Dat is ook met eten zo hé, ge eet wat de pot schaft, ge eet het goedkoopste, ge denkt daar allemaal niet zo over na.

Anja: Waren het ook niet vaak de middelen dat ze niet hadden om bijvoorbeeld lingerie te kopen of om er goed uit te zien?

Nathalie: Uhu.

**Maar dat is dus wel iets wat zij zelf hebben aangegeven van het gebrek aan middelen?**

Leen: Ja, om uw eigen te verzorgen hé...

Anja: Om zichzelf te verzorgen...

**Dus zeggen jullie dan dat er in feite wel een bepaald verband is tussen het feit dat ze leven in armoede en hun seksuele gezondheid of ongezondheid?**

Nathalie: Ja...

Leen: Ja want wat we daarjuist al besproken hadden, zo qua opvoeding en al die dingen, dat hangt allemaal wel samen denk ik...

Nathalie: En om terug te komen op die gynaecoloog, sommige mensen stellen zelfs huisdokter uit, als ze echt een serieus probleem hebben, omdat dat te veel geld kost. Er zijn altijd wel gratis huisdokter in Mechelen maar zelfs die drempel is vaak te groot. Ook mensen die geen geld hebben voor de tandarts, dan duurt dat, dan stellen ze dat uit... Ze vragen dan geld bij het sociaal huis... maar eer dat ze geweest zijn voor echt een probleem, duurt het al heel lang en om dan zo een screening te laten doen of een jaarlijkse controle... Ik weet niet of ze dat doen maar volgens mij niet.

Anja: Nee. Die leven ook zo dag per dag dat dat eigenlijk...

Ine: De vraag is ook: hoe kunt ge het opvangen hé? Zou ge dat financiële kunnen wegnemen? Stel dat ge zegt "iedereen met voorkeursregeling... bij de tandarts moet ge niks opleggen en het ziekenfonds betaald rechtstreeks" Stel dat ge het zo zou zien... Maar dan nog, hoe gaan ze er geraken? Wie gaat dat dan?

Anja: En dat zijn ook vaak fameuze wachtlijsten altijd, waardoor dat ge altijd een afspraak over zes maanden moet maken, en na die zes maanden... die leven zo dag per dag dat dat ook gewoon...

Ine: Dat is hetzelfde met een psycholoog hé. Stel dat ge iemand gemotiveerd krijgt en...

Anja: Ja. Tegen dat ze moeten gaan zijn ze eigenlijk al helemaal niet meer gemotiveerd.

Ine: Open huis met tandartsen, gynaecoloog...

Anja: Ja... het zou mooi zijn hé zo gewoon iets waar dat iedereen terecht kan.

Ine: Er is geld genoeg in de wereld hé... Als de rijkere willen delen dan is er geld genoeg voor alle armen... mag ik dat zeggen? Maar dat is wel waar hé.

Anja: Ja sowieso...

Ine: En ik zeg niet geld geven hé, die mensen leren om zelf... Niet gewoon geven bedoel ik hé. Maar zelf hun eigen zaak op te richten of weet ik veel. Ik vind dat soms zo pijnlijk hé, toch?

**Ja want ge hebt dan zoveel organisaties die dan zo hard hun best te doen, terwijl dat ze soms zelf moeten krabben om de dingen klaar te krijgen...**

Leen: Ja het niet dat wij er rijk van worden hé. Ik bedoel maar dat er ook veel hulpverleners of sociaal werkers di het financieel ook niet altijd makkelijk hebben.

Nathalie: Voor het geld moet ge niet in de sociale sector komen...

Ine: Een beleidsaanbeveling zou kunnen zijn dat we iedereen die in een situatie zit die daar iets aan kan veranderen of zelfs elke hulpverlener, ooit een reis naar een derdewereldland. Echt bij de armoede, om hun ogen open te laten gaan en echt bewust te zijn, want mensen beseffen dat ook volgens mij niet...

**Veel mensen beseffen ook niet hoe goed dat wij het eigenlijk wel hebben...**

Anja: Ja dat is zo. Ook al is hier ook veel armoede hé.

Ine: Ja, maar wij hebben ook nog gezondheidszorg en sociale zekerheid en dat is heel veel landen niet hé...

Leen: Ik denk dat veel mensen ook gewoon wereldvreemd zijn, dat dat een probleem is.

Ine: Maar het is mooi dat we daar allemaal hier wel oog voor hebben, toch?

**Ja. Dat was ook wel mijn verwachting denk ik... Daarom dat we ook samenkomen naar hier... Ik weet niet of jullie nog dingen hebben waar jullie nog aan denken of over willen spreken?**

Nathalie: Om nog eens op dat laatste te antwoorden, een verband tussen armoede en seksuele gezondheid... Armoede is problemen financieel, psychisch, welzijn, dat is zoveel en dat heeft daar allemaal invloed op... Dus ja, er is een verband.

Ine: Ja, er is ook een verband...

**Oké... is er nog iemand die iets wil zeggen?**

Iedereen: Nee.