

SEKSUEEL GEDRAG BIJ MAROKKAANSE IMMIGRANTEN VAN DE TWEEDE GENERATIE

Balancerend tussen traditionele houdingen en veilig vrijen

K. HENDRICKX, E. LODEWIJCKX, P. VAN ROYEN, J. DENEKENS

Migrantenjongeren zitten gewrongen in een emotioneel spanningsveld tussen de waarden van de eigen cultuur (zoals de maagdelijkheidsstandaard) en deze van de moderne westerse samenleving. Hoe moet de huisarts omgaan met deze groep patiënten als het gaat over thema's zoals voorhuwelijks betrekkingen, veilig vrijen, anticonceptie, preventie van SOA en aids? Dit focusgroepenonderzoek ging na hoe Marokkaanse jongeren over deze thema's denken. De vaststellingen uit deze studie kunnen dienen om specifieke counselingprogramma's te ontwikkelen voor deze groep van jonge islamitische migranten.

Vroeger kwantitatief en kwalitatief onderzoek bij gehuwde Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen toont aan dat zij vaak gebruik maken van anticonceptie en hierover betrouwbare informatie en adequate uitleg willen. Deze vrouwen bespreken seksualiteit openlijk en vinden het belangrijk om hun echtgenoot te betrekken bij familieplanning^{1,2}. Er heersen wel misverstanden over de verschillende voorbehoedsmiddelen. Het gebrek aan kennis over anatomie, fysiologie en gebruik van verschillende voorbehoedsmiddelen leidt tot ongewenste zwangerschappen¹. Cultuurgebonden factoren en de impact van het vrouwen netwerk houden deze misvattingen in stand¹. Airhihenbuwa beschrijft de invloed van familie op overtuigingen en gedrag in verband met gezondheid³. Afrikaanse jongeren worden hier constant blootgesteld aan westerse waarden. Nochtans interpreteren zij dit in functie van hun interactie/relatie met hun families. Familierelaties worden vaak gekenmerkt door ervaringen die verbonden zijn met de traditionele cultuur.

Jongeren die tot etnische minderheden behoren zijn minder goed geïnformeerd over seksualiteit dan de meerderheid van de populatie. Ze vertonen bovendien veel verschillen in houding en gedrag^{4,6}.

Tussen 1961 en 1974 kwamen migranten uit verschillende landen, waaronder Marokko, in België terecht. In 1974 werd een immigratiestop afgekondigd: enkel echtgenoten en families werden nog toegelaten. Eind jaren 1980 stagneerde

de immigratie vanuit Marokko. Meestal ging het nog slechts om 'huwelijksimmigratie'¹. Op 1 januari 1998 telde België 132 891 inwoners van Marokkaanse nationaliteit, van wie 19,13% tussen de 15 en 24 jaar oud⁷. Dit percentage houdt geen rekening met alle individuen van Marokkaanse afkomst, vermits sommigen ondertussen de Belgische nationaliteit verwierven. Tussen 1992 en 1995 werden 30 146 Marokkanen Belgische staatsburgers⁷. De hoogste concentratie inwoners van Marokkaanse afkomst vindt men in grote steden. Toch hebben ze zich via integratie en emancipatie over het hele land verspreid.

Jonge Marokkaanse immigranten van de tweede generatie (in België geboren en/of er sinds hun kindertijd grootgebracht) balanceren tussen de uitdagingen van onze moderne cultuur en hun sociale achtergronden. Hun taal mag in de gezondheidszorg dan geen probleem vormen, toch mogen we de invloed van hun culturele achtergrond en opleiding niet onderschatten. Deze studie wilde rechtstreeks informatie verzamelen van Marokkaanse adolescenten over hun verwachtingen met betrekking tot huwelijk, partnerkeuze en familieplanning, en over wat zij denken over voorhuwelijks betrekkingen, gebruik van anticonceptie, veilig vrijen en preventie van SOA en aids.

M e t h o d e

Rekrutering

Dit kwalitatief onderzoeksproject werd uitgevoerd aan de hand van discussies in focusgroepen⁸⁻¹⁰. Tussen juli 1997 en juni 1998 werden in Antwerpen 27 Marokkaanse jongens en 28 Marokkaanse meisjes uitgenodigd om aan negen focusgroepen deel te nemen. Iedere groep telde tussen de vier en de acht deelnemers. Zij werden gerekruteerd uit een Marokkaans jongerencentrum en een huisartsenpraktijk in Antwerpen. De uitnodiging tot deelname gebeurde via de groepsleiders van het jeugdcentrum.

Men diende rekening te houden met enkele problemen. Sommige jeugdcentra werden vroeger reeds geïnterpelleerd

De Marokkaanse gemeenschap in België is heel heterogeen. Het doel was focusgroepen samen te stellen die deze heterogeniteit reflecteerden.

om mee te werken aan een gelijkaardig project. Toen werden de afspraken niet nagekomen, was de opkomst af en toe te laag en was één groep zelfs te groot om een goede discussie te hebben. Deze problemen deden zich vooral voor bij jongens. Daarom werd beslist om eveneens jongens te rekruteren via een huisartsenpraktijk.

Heterogeniteit

Meisjes en jongens werden in afzonderlijke groepen verdeeld. Vanaf de adolescentie leven vrouwen en mannen in de islamitische cultuur apart en bezoeken ze ook de jeugdcentra apart ¹¹. Meisjes namen sneller deel aan de focusgroep als hun ouders wisten dat er geen jongens aanwezig waren. De Marokkaanse gemeenschap in België is heel heterogeen ¹². Het doel was focusgroepen samen te stellen die deze heterogeniteit reflecteerden (tabel 1). Alle deelnemers behoorden tot de tweede generatie, waren tussen de 15 en 21 jaar oud, ongehuwd en van Berbers of Arabisch sprekende families. Ze konden zich allen uitdrukken in het Nederlands.

Moderators

De groepen werden gemodereerd door de onderzoekers. Na discussie met afgevaardigden van de Marokkaanse gemeenschap en de jongerencentra werd besloten om met niet-Marokkaanse moderators te werken. Zo zouden de jongeren zich veiliger voelen om hun gevoelens te uiten. De leiders van de jongerengroepen suggereerden ons geen mannen te laten modereren. Meisjes zouden dit als bedreigend kunnen ervaren. Het zou bij jongens bovendien een zeker machogedrag in de hand werken. De onderzoekers waren ouder dan de deelnemers en dit werd positief onthaald. De jongens bleken in dit project gereserveerder dan de meisjes. In gelijkaardige onderzoeken werden de vrouwelijke deelnemers geïnterviewd door vrouwen en de mannelijke deelnemers door mannen ³.

Topics

De deelnemers kregen vervolgens het doel van het onderzoeksproject uitgelegd: het belang voor henzelf, de sociale impact en de uitdaging om voor zichzelf op te komen. Aan het begin van de sessie werd aan elke deelnemer gevraagd om een korte vragenlijst met persoonlijke gegevens in te vullen. De keuze van de discussieonderwerpen was gebaseerd op een literatuurstudie (tabel 2). De topics hadden betrekking op vijf aspecten: huwelijksverwachtingen, familieplanning, seksueel gedrag, anticonceptie, SOA en aids. Ze werden aangebracht aan de hand van verhalen over personen of gebeurtenissen. De volgorde van de onder-

	Meisjes	Jongens
Leeftijd (jaar)		
15-16	9	6
17-18	13	11
19-20	4	7
>20	2	3
Kwam naar België		
op 0-1 jaar	24	20
op 2-6 jaar	0	1
op 7-13 jaar	2	4
op >13 jaar	2	2
Spoken thuis		
Arabisch	11	12
Berbers	17	15
Studeert momenteel		
Ja	25	22
Nee	3	5
Hoogste opleidingsniveau		
Lagere school	7	9
Lager secundair	14	12
Hoger secundair	6	6
Hoger onderwijs	1	0
Broers en zussen		
0-2	1	3
3-4	4	4
5-6	13	4
7-8	8	13
>8	2	3
Momenteel verloofd?		
Ja	5	6
Nee	23	21

Tabel 1: Karakteristieken van de deelnemers.

werpen werd aangepast aan de gang van de discussie. De onderzoekers bewaakten dat alle topics aan bod kwamen. De focusgroep zelf duurde twee uur. Nadien kregen de deelnemers een kleine attentie.

Elke sessie werd op geluidsband opgenomen en uitgetikt. De onderzoekers analyseerden onafhankelijk van elkaar de inhoud van de uitgetikte kopieën (manueel en via het computerprogramma Q.S.R.NUD.IST). De analyses werden vergeleken. Niet gelijkaardige items werden besproken en na consensus behouden of afgekeurd ^{13,14}.

In verband met verwachtingen naar het huwelijk

- Huwelijksleeftijd
- Welke partner, geregeld huwelijk of eigen keuze, wie beïnvloedt?
- 'Geïmporteerde' partner
- Ongeconsumeerde huwelijken, huwelijken voor papieren
- Gemengde huwelijken

In verband met kinderen en planning

- Wanneer een eerste kind krijgen, onmiddellijk na het huwelijk of wachten?
- Ideaal aantal kinderen
- Leefijdspreading tussen de kinderen
- Worden jongens hierin betrokken?
- Denken meisjes dat jongens hierover een mening hebben?
- Denken jongens dat meisjes hierover een mening hebben?
- Wie is verantwoordelijk voor de planning?

In verband met seksueel gedrag

- Normen voor maagdelijkheid
- Seks vóór het huwelijk
- Het vormen van een relatie
- Seksuele opvoeding

In verband met anticonceptie

- Welke methoden zijn gekend en welke worden gebruikt?
- Voordelen/nadelen?
- Wie is hiervoor verantwoordelijk in een relatie (bij voorhuwelijkse betrekkingen)?
- Wat is hierbij de persoonlijke voorkeur?
- Informatie: waar te verkrijgen, met wie wordt hierover gesproken?

In verband met SOA en aids

- Besef van het probleem
- Kennis
- Risicogedrag
- Wat te doen om het risico te vermijden?
- Wat doen jonge mensen eigenlijk?
- Is risicogedrag observeerbaar bij peers?

Tabel 2: Topics die tijdens de discussie ter sprake kwamen.

R e s u l t a t e n

In totaal volgden 55 deelnemers (27 jongens en 28 meisjes) de groepssessies (tabel 1). De deelnemers waren tussen de 15 en 21 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 17-18 jaar. Vierenveertig (44) deelnemers leefden in België sinds hun geboorte of eerste levensjaar. De ene helft was van Arabische, de andere helft van Berberse origine. Vierenveertig (44) jongeren gingen nog naar school: de meesten zaten in

het lager secundair, twaalf in het hoger secundair en één aan de universiteit. Achtendertig (38) deelnemers hadden tussen de vijf en acht broers en zussen (met een groter aantal voor de jongens). Vierenveertig (44) jongeren gaven aan dat ze niet verloofd waren. De resultaten zijn gegroepeerd per topic.

Maagdelijkheid bij meisjes

Alle meisjes werden geconfronteerd met de maagdelijkheidsstandaard: seks vóór het huwelijk is niet toegestaan. De waarde van een meisje en de eer van de familie zijn verbonden met haar maagdelijkheid. Praten over seks en seksualiteit is in de familie verboden. De boodschap over het behouden van de maagdelijkheid is daarentegen duidelijk: blijf weg van jongens, geen sport en geen tampons. In België heersen een grotere sociale controle en een meer conservatieve houding dan in het land van herkomst. Het huwelijk vereist een maagdelijkheidscertificaat, dat dient als bescherming voor het meisje en haar familie. Sommige meisjes vonden dit vernederend (uitspraken 1-3) (tabel 3).

De groep hechtte nog zeer veel belang aan het principe om 'je maagdelijkheid behouden voor de man die je zal huwen' (uitspraak 4). De meisjes weten immers dat de meeste Marokkaanse mannen een maagd als bruid willen (uitspraak 5). Meisjes hadden wel contact met jongens, maar in het uiterste geheim. En als er werd gevrijd, dan vermeden ze de coitus (uitspraak 6). Sommige meisjes hadden schrik om hun vriend te verliezen en stonden daarom penetratie toe. Meisjes hadden grote angst voor de familiale en sociale gevolgen van het niet-maagd zijn. Bovendien vreesden ze niet te bloeden tijdens de huwelijksnacht (uitspraak 3).

In specifieke gevallen bleken een aantal strategische oplossingen te bestaan: afspraken met de man om 'te doen alsof' of een reconstructieoperatie (uitspraken 7 en 8).

Bijna alle jongens wilden een maagd huwen. Sommigen verkozen een meisje uit Marokko, omdat ze 'zuiverder' zou zijn. Een maagdelijkheidscertificaat was niet voor iedereen nodig (uitspraak 9). Jongens keken meestal neer op meisjes die zich niet hielden aan het verbod van voorhuwelijkse betrekkingen (uitspraak 10).

Maagdelijkheid bij jongens

De meeste jongens waren zich bewust dat de islam de maagdelijkheidsstandaard oplegt aan zowel jongens als meisjes. Nochtans dacht slechts een minderheid zich daaraan te moeten houden (uitspraak 11). De jongens rechtvaardigden seks vóór het huwelijk als volgt: er is geen bewijs voor mannelijke maagdelijkheid, seksuele passie is voor een man onweerstaanbaar en jongens moeten zich als 'echte mannen'

Maagdelijkheid bij meisjes: uitspraken 1-10**Meisjes**

- 1 Toen ik ging trouwen, had ik een maagdelijkheidcertificaat nodig van de dokter. Mijn schoonzus ging met me mee.
- 2 Ik deed het omdat het moest. Het is een officieel document.
- 3 Wat als je zo'n meisje bent dat niet bloedt, dan heb je nog steeds het bewijs van de dokter. Je kan zeggen dat je niets deed, maar dat zijn slechts jouw woorden. Daarvoor is het bewijs van de dokter nodig.
- 4 Ik denk dat het belangrijk is voor een meisje. Ze moet zichzelf niet zo goedkoop weggeven als sommige Belgische meisjes; ze verliezen allemaal hun maagdelijkheid als ze 13 of 14 zijn en ze werken eraan om hun maagdelijkheid op te geven. Ik denk dat het mooier is om hetgeen je slechts één keer geeft, te bewaren voor diegene die het waard is.
- 5 Ze moet en zal maagd zijn: hun grootvader had een maagd, hun vader had een maagd en zij zullen dat ook!
- 6 (...) ze zijn overal aangeraakt, behalve daar (...)
- 7 (...) iemand kan bloeden door simpelweg in zijn vinger te snijden en het op een doek te smeren en zo veilig te zijn voor zover de buitenwereld kan zien. Dit werkt enkel als het koppel het samen heeft afgesproken.
- 8 Er zijn veel meisjes die maagd zijn, maar geen hymen hebben. Ze laten het reconstrueren om hun echtgenoot te overtuigen. En dat terwijl ze toch nog maagd zijn.

Jongens

- 9 Ik zal zelf wel ontdekken of ze maagd is. Je kan valse papieren krijgen. Als je weet met wie je vrouw rondhing, dan kan je vooraf weten of ze nog maagd is.
- 10 Als ze geen maagd meer is, is ze een hoer.

Maagdelijkheid bij jongens: uitspraken 11-16**Jongens**

- 11 Lang geleden moesten ze huwen op 15 of 16 jaar. Nu huwen als je 25 bent en dan nog maagd zijn...?
- 12 Ik denk dat het erg is dat Belgische meisjes zo dom zijn. Jongens huwen niet met Belgische meisjes; ze leren van hen en gebruiken hen. Uiteindelijk huwen ze een Marokkaans meisje en ze moet nog maagd zijn.
- 13 Prostitutie is een normale zaak voor hen. Neem bijvoorbeeld Marokko... In Tangiers is een grote moskee met een smalle steeg met prostitutie erachter. Er wordt gezegd dat ze vrijdag gaan om te bidden en zaterdag om daar hun aalmoes te betalen.
- 14 Ik zal trouwen met een meisje uit de bergen, dat ik ken sinds ik negen was... Ze is familie. Als ik uitga, heb ik altijd reservecondooms bij.
- 15 Het is niet zoals bij Belgen. Ze komen ervoor uit en zeggen "ik ben homoseksueel". Maar bij de Marokkanen niet... want dan word je in elkaar geslagen. Je wordt totaal uitgesloten.

Meisjes

- 16 Natuurlijk praten ze er meer over dan dat ze het doen. Als ze 20 zijn, hebben ze het allemaal al gedaan. Anders worden ze door anderen raar bekeken en wordt gedacht dat er iets mis is met hen.

Preventie, veilig vrijen: uitspraken 17-25**Jongens**

- 17 Aids kan worden doorgegeven door ademen en kussen, maar niet door elkaar een hand te geven.
- 18 Na een tijdje kan men zien of iemand aids heeft. Als je veel tijd met hen doorbrengt, dan begint hun haar uit te vallen.
- 19 Je moet de meisjes kennen met wie je een seksuele relatie hebt. Je zegt niet tegen de eerste de beste om naar bed te gaan. Dat is niet de manier om het te doen.
- 20 Ze zitten in de disco en gaan dan naar hun auto en ineens, bang!
- 21 Maar nu gebruiken al die kerels drugs en dan denk je er niet aan.
- 22 Onder de Belgen is dat minder waar, denk ik. De Belgen die ik ken, gebruiken meestal geen condoom. Als de meisjes zeggen dat ze de pil nemen, geloven ze dat onmiddellijk. Maar wij gebruiken altijd een condoom, want als je vader wordt op je achttiende, dan is je leven voorbij.

Meisjes

- 23 (...) Ik wil de allereerste keer geen infectie oplopen (...)
- 24 Dat is een groep die weinig gebruik maakt van voorbehoedsmiddelen. Dat is iets voor zwakkelingen, ze denken "ik neem het risico, het gebeurt niet bij mij".
- 25 Mijn moeder vertelde me dat ik een bewijs zou moeten leveren om te kunnen huwen. Ik zei: "Ja, dat is geen probleem, zolang hij ook een bewijs heeft dat hij geen aids heeft."

Tabel 3: Uitspraken in de focusgroep.

bewijzen. Ze beweerden dat bijna alle Marokkaanse jongens seksueel contact hadden, ofwel met een Belgische (in veel minder gevallen een Marokkaanse) vriendin, ofwel met een prostituee (uitspraak 12). Seks met een prostituee werd door Marokkaanse mannen en jongens aanvaard (uitspraak 13).

Als in een bestaande relatie seksuele betrekkingen niet mogelijk waren, dan werd enkel voor de seks een gelegenhedspartner gevonden. De bestaande relatie werd niet verbroken. Homoseksuele relaties waren volgens de jongens in de focusgroep verboden (uitspraak 15).

Over het hebben van een vriendin werd thuis niet gediscussieerd. Waren de ouders er al van op de hoogte, dan deden ze alsof ze het niet wisten.

De meeste meisjes vonden dat hun toekomstige echtgenoot maagd moest zijn, hoewel deze, volgens hen, onvindbaar is. Zij meenden dat jongens vóór het huwelijk seksueel actief zijn, maar dat er heel wat over wordt opgescheept (uitspraak 16): ze zeggen dat ze een Belgische vriendin hebben of naar een prostituee gaan. Vele meisjes bevestigden dat jongens op hen een voordeel hadden en dat ze een grotere vrijheid genoten.

Preventie: veilig vrijen

Alle deelnemers hadden op school, op televisie of in de media al over aids gehoord, maar hun informatie was vaak onvolledig of incorrect (uitspraken 17 en 18). Er heerste heel wat onduidelijkheid over besmetting en symptomen. Voor andere SOA was het nog erger. Alle jongens waren zich bewust van het aids-risico bij seksueel contact en wisten dat een condoom hen hiertegen beschermt. Zij beweerden dat Marokkaanse mannen en jongens altijd een condoom op zak hebben. Het gebruik van een condoom vonden ze belangrijk in een tijdelijke relatie of bij contact met een prostituee. Als ze dachten dat er geen risico was, lieten ze het condoom achterwege (uitspraak 19). In vaste relaties werd geen bescherming gebruikt. Bovendien waren er situaties waarbij een condoom werd vergeten, zoals in geval van druggebruik of onverwachte seksuele contacten (uitspraak 20). Marokkaanse jongens meenden vaker een condoom te gebruiken dan Belgische jongens.

Bijna alle jongens willen een maagd huwen. Sommigen verkiezen een meisje uit Marokko, omdat ze 'zuiverder' zou zijn. Jongens kijken meestal neer op meisjes die zich niet houden aan het verbod van voorhuwelijkse betrekkingen.

Volgens hen had het vergeten van een condoom te maken met het gebruik van drugs en alcohol of het feit dat *het beter voelt zonder een condoom*. Marokkaanse jongens gebruikten een condoom tevens om zwangerschap te voorkomen (uitspraak 22).

De meisjes zegden geen seksuele relaties te hebben vóór het huwelijk en waren daarom niet bekommerd om veilig vrijen. De meesten onder hen, vooral zij die een hogere opleiding genoten, waren zich bewust van de risico's die ze liepen door het gedrag van hun toekomstige partner (uitspraak 23). Ze waren ervan overtuigd dat alle jonge mannen seks

hadden en dat ze zich niet altijd goed beschermden (uitspraak 24).

Sommige meisjes overwogen aan hun toekomstige partner een 'aids-certificaat' te vragen (uitspraak 25). Dit certificaat was echter geen voorwaarde voor het huwelijk. Sommige hoger opgeleide meisjes vonden het normaal dat jongens hen mits het voorleggen van een aids-certificaat veiligheid konden garanderen.

Kennis en informatiebronnen

Dankzij informatie over anticonceptiemiddelen op televisie (Belgische en Marokkaanse televisiekanalen) of op school kenden de meeste meisjes en jongens het bestaan van de pil en condooms. Hun kennis over de methoden was echter onvolledig. Ze wisten ook niet zeker of de islam het gebruik van anticonceptie toeliet.

De meeste meisjes wilden inzake familieplanning de geboorte van hun eerste kind uitstellen en van in het begin van hun huwelijk gebruik maken van anticonceptie. De meisjes vonden dat ze dit met hun toekomstige echtgenoot moesten bespreken. De jongens beschouwden anticonceptie daarentegen als de verant-

woordelijkheid van de vrouw, vermits zij het meest betrokken is bij het grootbrengen van kinderen. Slechts enkele jongens hadden hierover een minder traditionele opvatting.

Over seksualiteit spreken in het gezin was taboe. Jongens veronderstelden dat moeders en dochters over seks praten, maar meisjes gingen hier niet mee akkoord. Schaamte, angst voor de manier van aanbrengen en respect voor de ouders speelden hierbij een rol. Er waren geen duidelijke

De meisjes zeggen geen seksuele relaties te hebben vóór het huwelijk en zijn daarom niet bekommerd om veilig vrijen. De meesten onder hen, vooral zij die een hogere opleiding genoten, zijn zich bewust van de risico's die ze lopen door het gedrag van hun toekomstige partner.

religieuze redenen om dit onderwerp uit de weg te gaan. Meisjes praatten wel over seksualiteit met hun zussen en vriendinnen. De jongens spraken hierover met hun broers of ooms van dezelfde leeftijd. Over het algemeen was er een opmerkelijke belangstelling voor het onderwerp seksualiteit. In de focusgroep werden een aantal vragen gesteld over maagdelijkheid, bloeden tijdens het eerste seksueel contact, anticonceptie, SOA enzovoort. Zowel jongens als meisjes wilden deze topics bespreken.

B e s p r e k i n g

Methode

Met kwalitatief onderzoek kunnen we sociale fenomenen, waarover a priori weinig geweten is, bestuderen en beschrijven. Kwalitatieve rapporten ontsluiten en geven inzicht in bepaalde sociale achtergronden, activiteiten, houdingen of ervaringen. Dit kan aanleiding geven tot hypothesen¹⁵. Via focusgroepen is het mogelijk om groepsinteractie en invloed van de 'peer group' te observeren¹⁰. Deze methode bleek zeer bruikbaar voor onze studie. De adolescenten werden immers aangemoedigd om met elkaar te praten en de sociale interacties werden beïnvloed door verschillen in ervaring en de emotionele impact van de topic.

Nochtans is het veralgemenen van resultaten in kwalitatief onderzoek een probleem. Ondanks het volgen van een strikt onderzoeksplan, is het ons onmogelijk om de resultaten naar alle islamitische jongeren te extrapoleren. De doelstelling van dit soort kwalitatief onderzoek is niet om representatief te zijn, maar om een breder inzicht te verwerven in het onderwerp en om nieuwe hypothesen te formuleren^{8,9,16}. Sommige studieresultaten stemmen overeen met wat in Nederlandse en Britse literatuur te vinden is^{3,5,17}. Dit is van belang om de verschillende hypothesen te valideren. Dit proces noemt men *triangulatie*¹⁸.

Maagdelijkheidsstandaard

Voor alle meisjes is maagdelijkheid tot aan het huwelijk een zeer belangrijk gegeven. Daarom hebben ze ook angst voor de eerste betrekkingen, vooral om het hymen te verliezen, en om in een situatie terecht te komen waarin onverwachte en on-

beschermde betrekkingen kunnen plaatsvinden. Houden ze zich niet aan de regels, dan is het mogelijk dat ze worden uitgesloten, van huis weglopen, een reconstructieve operatie moeten plannen enzovoort^{11,17}.

Volgens oudere Marokkanen is de maagdelijkheidsstandaard bovendien het bewijs dat er geen incest is. Hoewel jongeren dit motief vaak zijn vergeten, is het toch opmerkelijk hoe de tweede generatie deze standaard in onze moderne maatschappij instandhoudt. Er is een immens emotioneel spanningsveld tussen de maagdelijkheidsstandaard en de wereld van de jongeren. Bhugra stelt dat het hymen wordt geassocieerd met mythes en dat mannen vermoedelijk eveneens onder druk staan, omdat ze in de

ontmaagding moeten slagen en er het bewijs van moeten leveren¹⁹. Langs de andere kant heerst bij jonge meisjes het misverstand dat het hymen iets sterk is dat moet worden gescheurd. Dit bemoeilijkt de betrekkingen. Een kleine groep meisjes die reeds geslachtsgemeenschap heeft gehad, panikeert vóór het huwelijk. Soms wordt aan de arts gevraagd om een hymenreconstructie uit te voeren. Een arts die niet op de hoogte is van de culturele invloeden kan deze seksuele problemen verergeren in plaats van ze op te lossen.

Veilig vrijen

Jongens die voorhuwelijkse betrekkingen hebben, zijn bevreesd voor onveilige seks. Ze zijn tevens bezorgd voor het risico waaraan ze hun toekomstige echtgenote (die maagd is gebleven) blootstellen. Nochtans beweren de jongens in de focusgroep veiliger te vrijen dan hun Belgische leeftijdsgenoten. Dit vraagt verder onderzoek, aangezien cijfers van een Nederlandse studie een beperkt condoomgebruik aantonen bij jonge Marokkaanse mannen: 31 % tegenover 63 % bij jonge Nederlandse mannen²⁰. Voorhuwelijkse betrekkingen kennen een dubbele standaard: in de focusgroepen leek het evident dat jonge Marokkanen seks hebben met niet-Marokkaanse meisjes. Maar aan de andere kant kijken ze neer op meisjes

die geen maagd meer zijn. Een huwelijk met een niet-Marokkaans meisje is vaak ook niet mogelijk.

Over seksualiteit spreken in het gezin is taboe. Jongens veronderstellen dat moeders en dochters over seks praten, maar meisjes gaan hier niet mee akkoord. Schaamte, angst voor de manier van aanbrengen en respect voor de ouders spelen hierbij een rol.

Volgens oudere Marokkanen is de maagdelijkheidsstandaard bovendien het bewijs dat er geen incest is. Hoewel jongeren dit motief vaak zijn vergeten, is het toch opmerkelijk hoe de tweede generatie deze standaard in onze moderne maatschappij instandhoudt.

Homoseksualiteit

Het commentaar op het onderwerp homoseksualiteit was in onze focusgroepen kort en bondig: het is verboden. Er bestaat echter wel een verschil tussen de homoseksuele identiteit en het homoseksuele gedrag. Het eerste is voor Marokkanen uitgesloten. Het tweede is, hoewel verboden, toch mogelijk, zolang de man maar de 'actieve' rol invult. De passieve rol is voor een man vernederend. Dit is belangrijk in het kader van SOA en aids; we weten immers dat in bepaalde steden (Casablanca, maar ook Antwerpen) westerse homoseksuelen mooie jonge Marokkaanse mannen opzoeken.

Tijdens consultaties moeten jongeren de kans krijgen om vragen te stellen, hun angsten en onzekerheden uit te drukken en hun culturele achtergrond toe te lichten. Artsen zouden van hun kant enige kennis moeten bezitten over de specifieke aspecten van de islamitische cultuur.

Beperkte kennis

De jongens en meisjes in de focusgroep hebben een beperkte kennis over anticonceptie en overdracht/preventie van SOA en aids. Dit is in tegenspraak met de bewering van de jongens dat ze veilig vrijen. Globaal is er nood aan betrouwbare informatie. Niet alleen over praktische zaken, maar ook over seksualiteit in het algemeen: maagdelijkheidstandaard, bloeding bij de eerste geslachtsgemeenschap, relaties... De manier waarop vandaag in scholen en centra informatie wordt verstrekt, lijkt niet echt populair. De deelnemers zeggen dat ze focusgroepen beter vinden om deze onderwerpen te bespreken. Een Nederlandse studie toont aan dat onderricht over seksualiteit en anticonceptie enkel effectief is wanneer het gerelateerd is aan echte behoeften, gevoelens en ervaringen van de doelgroep ²¹.

Strategie

Hoe pakken we deze problemen het best aan vanuit volksgezondheidsperspectief? Er is eerst en vooral nood aan een strategie om deze jongeren te informeren over hun eventuele risicogedrag. Tijdens consultaties moeten jongeren de kans krijgen om vragen te stellen, hun angsten en onzekerheden uit te drukken en hun culturele achtergrond toe te lichten. Artsen zouden van hun kant enige kennis moeten bezitten over de specifieke aspecten van de islamitische cultuur. Zij moeten onder andere leren omgaan met verzoeken naar maagdelijkheidscertificaten en hymenreconstructie. Deze kwesties kunnen een ethisch dilemma en spanning veroorzaken tussen de eigen visie van de arts en de culturele achtergrond van de patiënt ²²⁻²⁴. In zijn PEN-3-model beschrijft Airhihenbuwa een benadering waarin culturele codes en betekenissen worden sa-

mengebracht in de ontwikkeling, toepassing en evaluatie van gezondheidspromotieprogramma's ³. Dit model omvat drie dimensies van gezondheidsovertuigingen en gedrag,

die zich dynamisch verhouden ten opzichte van elkaar en van elkaar afhankelijk zijn: gezondheidsonderwijs, educatieve diagnose van gezondheidsgedrag en culturele toepasbaarheid. Enkele in de focusgroepen gevonden factoren passen in dit model: invloed van familie op de houding tegenover meisjes (maagdelijkheidstandaard) en jongens (seksuele ervaring, niet altijd veilig), taboe rond homoseksualiteit, positieve houding tegenover het gebruik van condooms, beperkte kennis over anticonceptie en SOA, geen aandacht voor veilig vrijen bij meisjes, verlangen om over re-

laties te praten en indicatie dat adolescenten groepsdiscussies goed aanvaarden.

Deze vaststellingen kunnen dienen als basis voor de ontwikkeling van counselingprogramma's voor deze groep van jonge islamitische immigranten.

AUTEURS

K. Hendrickx is huisarts en als dusdanig verbonden aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde en het Vaardighedenlabo van de Universiteit Antwerpen;

E. Lodewijckx is verbonden aan het Centrum voor Bevolkings- en gezinsstudie te Brussel;

P. Van Royen is huisarts en hoofddocent aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen;

J. Denekens is huisarts en hoogleraar aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen.

Dankwoord

Met dank aan het project Seksualiteit en Anticonceptie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (met financiële steun van het Vlaamse Ministerie) en het Centrum voor Populatie- en Familiestudies. We willen ook de Marokkaanse adolescenten bedanken die aan de focusgroepdiscussies wilden deelnemen. Onze dank gaat ten slotte uit naar Mariem Abad die de bandopnamen uittikte en drs. D. Avonts, E. Vermeire, L. Ferrant, H. Antonneau, L. Schillemans van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van Antwerpen en dr. F. Griffith van de Warwick University (UK), voor hun constructieve opmerkingen op dit artikel.

S u m m a r y**Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex**

HENDRICKX K, LODEWIJCKX E, VAN ROYEN P, DENEKENS J

Young Moroccan Islamic immigrants are balancing the challenges of modern society and the influences of their cultural and social backgrounds. Prevention and information programs need insights into their knowledge, attitudes and behaviour concerning choice of partner, sexuality, contraception, STD and aids prevention. In a qualitative research project, Moroccan adolescents were invited to focus groups. The results show the specific influence of family, religion and tradition, the importance of virginity at marriage for girls, and the "almost evidence" of premarital coitus for boys. These adolescents have limited knowledge of contraceptives, STD and aids. Some boys pretend to perform safe sex in certain 'unfixed' circumstances and show concern about the possible risks for future spouses. Most girls do not consider safe sex before or after marriage. There is a taboo on homosexuality.

MeSH**Attitudes****Health Knowledge****Practice****Sexual Behavior****L i t e r a t u u r**

- 1 Hendrickx K, Lodewijckx E. Natuurlijk moet je iets doen om niet zwanger te worden. Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen en Brussel. Berchem: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Prima Linea, 1997;15.
- 2 Lodewijckx E. Anticonceptie en abortus bij Turkse en Marokkaanse vrouwen in België en in de herkomstlanden. Brussel: Bevolking en Gezin, 1996;1.
- 3 Airhihenbuwa CO. Health and culture: beyond the western paradigm. Thousands Oaks (CA): Sage, 1995.

- 4 Danz M, Vogels T, Grundemann R. Jeugd en seks: kennis, houding en gedrag bij Turkse en Marokkaanse jongeren in Nederland. Leiden: NIPG-TNO-rapport, 1993.
- 5 Yee BW, Castro FG, Hammond WR. Risktaking and abusive behaviours among ethnic minorities. *Health Psychol* 1995;14:622-31.
- 6 Bradby H, Williams R. Behaviours and expectations in relation to sexual intercourse among 18-20-year-old Asians and non-Asians. *Sex Transm Inf* 1999;75:162-7.
- 7 Kerncijfers 1999. Brussel: NIS, 1999.
- 8 Krueger RA. A practical guide for applied research. Newsbury Park: Sage, 1988.
- 9 Morgan DL. Successful focus groups: advancing the state of art. Newsbury Park: Sage, 1993.
- 10 Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Qualitative research methods. Sage University paper series, 1988:16.
- 11 Naamane-Guessous S. Au delà de toute pudeur [8 ed]. Paris: EDDIF, 1992.
- 12 Lesthaeghe R. Diversiteit in sociale verandering. Brussel: Bevolking en Gezin, 1996;boekaflevering 1.
- 13 Frankland J, Bloor M. Some issues arising in the systematic analysis of focus group materials. In: Barbour R, Kitzinger J. (eds) The use of focus groups in health research [1st ed]. London: Sage, 1997.
- 14 Krueger RA. Analyzing and reporting focus group results. Focus group-kit, vol. 6. University of Minnesota. Beverly Hills: Sage, 1998.
- 15 Giacomini MK. The rocky road: qualitative research as evidence. *ACP J Club* 2001;134(1):A11-3.
- 16 Pope C, Maeyns N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Br Med J* 1995;311:42-5.
- 17 Mouthaan I, De Neef M, Rademakers J. Twee levens. Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid. NISSO Studies. Delft: Eburon, 1997:20.
- 18 Erzberger C, Prein G. Triangulation: validity and empirically-based hypothesis construction. *Qual Quant* 1997;31:141-54.
- 19 Bhugra D. Commentary: promiscuity is acceptable only for men. *Br Med J* 1998;316:460-1.
- 20 Gras M, Van Den Hoek A. Etniciteit en het risico op HIV/aids: inventarisatie van de in Nederland aanwezige migrantengroepen die mogelijk een verhoogd risico lopen op HIV/aids. Amsterdam: GG & GD, 1995.
- 21 Ketting E, Visser A. Contraception in The Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Educ Couns* 1994;23:161-71.
- 22 Logmans A, Verhoeff A, Bol Raap R, Creighton F, Van Lent M. Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Who wants the procedure and why? *Br Med J* 1998;316:459-60.
- 23 Rogers D, Stark M. The hymen is not necessarily torn after sexual intercourse [letter]. *Br Med J* 1998;317:414.
- 24 Curtis E, San Lazaro C. Appearance of the hymen in adolescents is not well documented [letter]. *Br Med J* 1999;318:605.

DIT ARTIKEL VERSCHEN REEDS ONDER DE OORSPRONKELIJKE TITEL: HENDRICKX K, LODEWIJCKX E, VAN ROYEN P, DENEKENS J. SEXUAL BEHAVIOUR OF SECOND GENERATION MOROCCAN IMMIGRANTS BALANCING BETWEEN TRADITIONAL ATTITUDES AND SAFE SEX. *PATIENT EDUC COUNS* 2002;47:89-94. DIT ARTIKEL WERD VERTAALD EN KREEG TOESTEMMING VOOR PUBLICATIE VAN DE AUTEURS EN DE UITGEVERS VAN PATIENT EDUCATION AND COUNSELING (ELSEVIER SCIENCE IRELAND LTD).