

Communicatie patronen en sociale cognities bij het gebruik van orale anti conceptie onder adolescente meisjes in de Dominicaanse Republiek



Naam:	Jostan Eijssink
Instelling:	Universiteit Twente, Enschede
Plaats en datum:	Enschede, Juni 2007
Faculteit:	Gedragswetenschappen
Opleiding:	Psychologie
Studierichting:	Veiligheid & Gezondheid
Begeleidernde docenten:	Dr. H. Boer Dr. M.E. Pieterse



‘Communicatie patronen en sociale cognities bij het gebruik van orale
anti conceptie onder adolescente meisjes in de Dominicaanse
Republiek’

Naam:	Jostan Eijssink
Plaats, datum:	Enschede, Juni 2007
Studierichting:	Psychologie
Faculteit:	Gedragswetenschappen
Instelling:	Universiteit Twente, Enschede
Begeleidende docenten:	Dr. H. Boer Dr. M.E. Pieterse

Samenvatting

Dit onderzoek gaat over het hoge aantal tienerzwangerschappen en het daaraan gerelateerde seksuele gedrag en lage anticonceptie gebruik in de Dominicaanse Republiek. Er is onderzocht welke culturele en psychologische factoren ten grondslag liggen aan het anticonceptie gebruik (zowel condoom als orale anticonceptie) en de intentie tot anticonceptie gebruik van Dominicaanse meisjes. De culturele factoren bestonden uit: samenwonen, kinderwens, machismo en communicatie patronen (over anticonceptie). De psychologische factoren bestonden uit de sociale cognities uit de Theory of Planned Behavior en een aantal toegevoegde cognities; response efficacy, kwetsbaarheid en ernst en kennis over orale anticonceptie. Om het onderzoek uit te voeren is er een vragenlijst gebruikt. Die is afgenomen bij 202 Dominicaanse meisjes in de leeftijd van 13-22 (gemiddelde leeftijd 17 jaar) afkomstig van scholen en arme wijken in Cabarete en omgeving. 42% is verkregen in (arme) wijken in Cabarete.

Seksuele activiteit en tienerzwangerschappen: Dominicaanse meisjes beginnen vrij vroeg met seks. Voordat zij 15 zijn heeft 13% al seks gehad. Voor het 18^e levensjaar is dat 48%. Van alle seksueel actieve meisjes blijkt dat 51% de eerste seksuele ervaring had voor haar 16^e jaar. 27% van alle ondervraagde meisjes was minstens één keer zwanger geweest. Van alle seksueel actieve meisjes was dit zelfs 45%. Vanaf ongeveer 16 jaar beginnen veel meisjes zwanger te raken. 24% is dan zwanger geweest, terwijl van de meisjes, van 15 jaar en jonger nog maar 3% ooit zwanger was geweest. Op 19-jarige leeftijd was meer dan de helft (53%) zwanger geweest. Het pilgebruik bij samenwonende meisjes was veel hoger (44%) dan bij niet samenwonende, seksueel actieve meisjes (17%). Het risico op een zwangerschap was bij samenwonen wel veel hoger, doordat deze meisjes eigenlijk continue aan dit risico werden blootgesteld. Tienerzwangerschappen zijn dus een veel voorkomend probleem en kan onder andere verklaard worden door vroege seksuele activiteit en samenwonen.

Orale anticonceptie: De kinderwens en machismo hebben geen verklarende rol bij de intentie tot orale anticonceptie. Positieve communicatie patronen over orale anticonceptie van de moeder zijn erg belangrijk voor de intentie tot orale anticonceptie en waren ook van gecorreleerd met de andere sociale cognities over orale anticonceptie. De positieve relatie van positieve communicatie van de moeder verliep dan ook indirect via de sociale cognities. Van de sociale cognities spelen alleen self efficacy en sociale normen een verklarende rol bij de intentie tot orale anticonceptie. Beiden waren gerelateerd aan de positieve communicatie van de moeder over orale anticonceptie. Samen verklaren zij 23% van de intentie tot gebruik van orale anticonceptie. Bij het feitelijke anticonceptie gebruik spelen alleen kennis over orale anticonceptie en attitudes over orale anticonceptie een significante rol. Kennis heeft hierbij een indirecte invloed die via de attitude loopt, zij verklaren 12%.

Condoom gebruik: Samenwonende meisjes gebruikten veel minder een condoom , namelijk 14%, terwijl dit bij niet samenwonende meisjes 28%. De kinderwens was niet gecorreleerd met de intentie tot condoom gebruik. Machismo had tegen de verwachting in een positieve correlatie. Communicatie patronen spelen geen rol in het verklaren van de intentie tot condoom gebruik. Van de sociale cognities spelen alleen sociale normen een rol bij het verklaren van de intentie tot condoom gebruik. Samen met machismo verklaren sociale normen 14% van de intentie tot condoom gebruik.

Als men tienerzwangerschappen op de Dominicaanse Republiek wil voorkomen, moet men zich dus op 3 niveau's richten, als eerste het maatschappelijke niveau, om het samenwonen uit te stellen. Ten tweede op 'community' niveau, waarbij vooral de moeder gestiumuleerd moet worden om meer met haar dochter te praten over orale anticonceptie en om de sociale normen te verbeteren. Ten derde op individueel niveau waarbij men vooral de self efficacy en de kennis over anticonceptie verbeterd.

Summary

This research is about the high number of teen pregnancies, sexual activity and low use of contraception in the Dominican Republic. This research shows which cultural and psychological factors play a role in predicting the intention to use contraceptives (condoms and oral contraception) of Dominican girls. The cultural factors investigated were: living together, childwish, machismo and communication patterns (about contraception). The psychological factors consisted of the social cognitions from the Theory of Planned Behavior and the extra social cognitions of; response efficacy, vulnerability and severity and knowledge about oral contraception. To conduct the research a questionnaire was used. 202 Dominican girls in the age of 13 to 22 filled out the questionnaire. The average age was 18. 58% of the respondents were found in schools in and around Cabarete, 42% of the respondents were aquired in (poor) neighbourhoods in Cabarete.

Sexual activity and teen pregnancies: Dominican girls start fairly early with sex. Before they reach the age of 15 13% has had sex. Before they reach the age of 18 this is 48%. Of all sexually active girls 51% had her first sexual encounter before the age of 16. 27% of all the respondents had been pregnant at least once. Of all sexually active girls this was 45%. From the age of 16 they generally they start to get pregnant. 24% of the 16 year old girls have been pregnant, whereas only 3% of the girls of 15 and younger have been pregnant. On the age of 19 more than half of the girls have been pregnant (53%). The use of oral contraception was a lot higher with girls that are living together (44%) then with sexually active girls that are not living together with their boyfriend (17%). Even so there are a lot more girls in the living together group that are pregnant or have been pregnant then in the not living together group. This is because the girls that are living together are constantly being exposed to the risk of getting pregnant. As you can see by these numbers, teenpregnancies are a common problem in the Dominican Republic and can be partly explained by the early sexual activity and living together on an early age.

Oral contraception: Childwish and machismo don't play an explaining role in the intention to use oral contraception. Positive communication patterns about oral contraception from the mother are very important for the intention to use oral contraceptives. It also correlated with the other social cognitions about oral contraception. The influence of positive communication with the mother is indirect through the social cognitions. Of the social cognitions about oral contraception only self efficacy and social norms play a significant role in explaining intention to use oral contraception. Both are being influenced by the positive communication of the mother about oral contraception. Together they explain 23% of the intention to use oral contraception. In explaining the actual use of contraception only knowledge about oral contraception and attitudes about oral contraception play a significant role. Knowledge is working indirectly through attitudes. They explain 12% of the actual use

Condom use: Girls that are living together use a condom a lot less (only 14%) then sexually active girls that are not living together (28%). The childwish doesn't have a significant influence on intention to use condoms. Machismo has, against all expectations, a significant positive influence on intention to use condoms. The reason is not clear, a reason might be that there is another variable at work that hasn't been measured. Communication patterns don't play a role in explaining intention to use condoms. Of the social cognitions about condom use only social norms play a significant role in the intention to use condoms. Together with machismo social norms explain 14% of the intention to use condoms.

Prevention has to be aimed at 3 levels, the society level for postponing the age that girls start to live together, the community level where especially to mother has to be stimulated to talk more about contraception with her daughter and improving social norms and the personal level to improve skills like self efficacy and knowledge about contraception.

.Voorwoord

In 2005 ben ik, samen met een vriendin, voor het eerst naar de Dominicaanse Republiek geweest. Daar hebben wij toendertijd allebei onze bachelor-opdracht gedaan, waarbij ik me vooral richtte op stigmatisatie van mensen met AIDS, kennis en mythen over AIDS en de invloed daarvan op sociale cognities van condoom gebruik. Ik heb daar toen een fantastische tijd gehad en ook een jongen ontmoet, die inmiddels mijn man is. Hij heeft mij ook kennis laten maken met de echte Dominicaanse cultuur en mij ook vooral de minder mooie kant van de Dominicaanse Republiek laten zien. Het is natuurlijk een fantastisch tropisch eiland. Elk jaar komen miljoenen toeristen er vakantie vieren, genieten van de prachtige stranden en bijkomen van het drukke westerse leven. De Dominicaanse Republiek is daarvoor een uitstekende bestemming, de bevolking is erg vriendelijk en spontaan. Hun grote voorliefde is dansen en iedereen mag daar (altijd en overal) aan meedoen. Er is echter ook een keerzijde aan dat prachtige land. Er is veel armoede, corruptie en allerlei andere negatieve zaken die je kunt verwachten bij een derde wereldland. Één van de dingen die mij ook opvielen tijdens mijn eerste onderzoek, maar ook tijdens mijn andere bezoeken aan de Dominicaanse Republiek, was dat er ontzettend veel jonge moeders waren. En niemand die het raar vond als een meisje van 16 ‘ineens’ zwanger was!

Toen het tijd was om aan mijn masterthese te beginnen, wist ik eigenlijk al direct dat ik terug wilde naar de Dominicaanse Republiek en ‘iets’ met deze tienerzwangerschappen wilde gaan doen. Na wat vooronderzoek werd mijn plan steeds concreter en is er uiteindelijk een onderzoeksvraag opgesteld. Mijn vertrek naar de Dominicaanse Republiek stond opnieuw vast. Uiteindelijk ben ik er 8 maanden gebleven en voel ik me echt een beetje Dominicaans.

Ik heb alles echter niet alleen gedaan en wou daarom vooral mijn begeleider Dr. H. Boer bedanken voor alle begeleiding en steun die hij voor, tijdens en na mijn verblijf in de Dominicaanse Republiek gegeven heeft. Ook mijn andere begeleider Dr. M. E. Pieterse wil ik bedanken voor alle goede adviezen.

Als laatste wil ik alle mensen in de Dominicaanse Republiek bedanken die hebben meegewerkt aan het onderzoek. In het bijzonder de directeuren van de scholen die het mogelijk maakten om hun leerlingen te ondervragen.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary	4
1. Inleiding en probleemstelling	9
1.1 Tienerzwangerschappen als probleem van de volksgezondheid	9
1.2 Culturele kenmerken	11
1.3 Probleemstelling	13
2. Culturele en psychologische factoren bij tienerzwangerschappen in de Dominicaanse Republiek	14
2.1 Omvang probleem	14
2.1.1 <i>Prevalentie</i>	14
2.1.2 <i>Vroege seksuele activiteit</i>	15
2.1.3 <i>Weinig anticonceptie</i>	16
2.2 Culturele factoren	18
2.2.1 <i>Samenwonen</i>	18
2.2.2 <i>Kinderwens</i>	19
2.2.3 <i>Machismo</i>	19
2.2.4 <i>Communicatie patronen</i>	20
2.3 Theory of planned behavior	20
2.3.1 <i>Attitude</i>	21
2.3.2 <i>Self efficacy</i>	21
2.3.3 <i>Response efficacy</i>	22
2.3.4 <i>Sociale normen</i>	22
2.4 Kennis	22
2.5 Middelengebruik	23
2.6 Probleemstelling	23
3. Methoden	25
3.1 Respondenten	25
3.2 Vragenlijst	26
3.3 Procedure	30

4. Resultaten	32
4.1 Omvang problem	32
4.1.1 <i>Respondenten</i>	32
4.1.2 <i>Prevalentie tienerzwangerschappen en vroege seksuele activiteit</i>	32
4.1.3 <i>Anticonceptie gebruik</i>	35
4.2 Culturele factoren	36
4.2.1 <i>Samenwonen</i>	36
4.2.2 <i>Kinderwens</i>	38
4.2.3 <i>Communicatie patronen over het nu krijgen van kinderen</i>	40
4.2.4 <i>Machismo</i>	41
4.2.5 <i>Communicatie patronen over orale anticonceptie</i>	43
4.3 Theory of planned behaviour	44
4.3.1 <i>Attitude over orale anticonceptie</i>	45
4.3.2 <i>Self efficacy van orale anticonceptie</i>	46
4.3.3 <i>Sociale normen over orale anticonceptie</i>	47
4.3.4 <i>Response efficacy, vulnerability en severity van orale anticonceptie</i>	47
4.4 Kennis	49
4.5 Correlaties tussen culturele en psychologische factoren	51
4.6 Effecten van communicatie patronen over orale anticonceptie en sociale cognities	54
4.7 Effecten van postivie communicatie patronen over orale anticonceptie en sociale cognities	54
4.8 Effecten van negatieve communicatie patronen over orale anticonceptie en sociale cognities	55
4.9 Effecten van groepscommunicatie over orale anticonceptie en sociale cognities	56
4.10 Effecten van communicatie patronen over het nu krijgen van kinderen op sociale cognities van orale anticonceptie	57
4.11 Effecten van culturele en psychologische factoren en intentie tot oraal anticonceptie gebruik	59
4.12 Effecten van culturele en psychologische factoren op gebruik van orale anticonceptie en zwangerschap	61
4.13 Sociale cognities over condoom gebruik	64
4.14 Communicatie patronen en sociale cognities	65
4.15 Middelen gebruik	67

5. Conclusie	
5.1	Onderzoeksvragen 69
5.1.1	<i>Tienerzwangerschappen en seksuele activiteit</i> 69
5.1.2	<i>Orale anticonceptie gebruik en condoom gebruik</i> 69
5.1.3	<i>Invloed van culturele factoren op orale anticonceptie gebruik</i> 69
5.1.4	<i>Invloed van communicatie patronen op intentie orale anticonceptie gebruik</i> 70
5.1.5	<i>Invloed van communicatie patronen op overige sociale cognities</i> 72
5.1.6	<i>Invloed van sociale cognities op intentie orale anticonceptie gebruik</i> 72
5.1.7	<i>Invloed van kennis op intentie orale anticonceptie gebruik</i> 73
5.1.8	<i>Invloed van culturele factoren op condoom gebruik</i> 75
5.1.9	<i>Invloed van communicatie patronen op intentie tot condoom gebruik</i> 76
5.1.10	<i>Invloed van communicatie patronen op overige sociale cognities</i> 76
5.1.11	<i>Invloed van sociale cognities op intentie tot condoom gebruik</i> 76
5.1.12	<i>Middelen gebruik</i> 76
5.1.13	<i>Conclusie</i> 77
5.2	Discussie 78
5.2.1	<i>Reflectie</i> 78
5.2.2	<i>Aanbevelingen</i> 78
6. Referenties	80
Bijlage 1:	Vragenlijst Spaans 85
Bijlage 2:	Vragenlijst Engels 92

1. Inleiding en probleemstelling

1.1 Tienerzwangerschappen als probleem van de volksgezondheid

In veel landen op de wereld komen tienerzwangerschappen vaak voor. Tussen landen onderling is wel veel verschil. In Nederland raken er bijv. per 1000 meisjes per jaar 14 zwanger, waarvan er uiteindelijk 6 de zwangerschap uitdragen. In de Verenigde Staten is dit 80 zwangerschappen per 1000 meisjes, waarvan er 49 de zwangerschap uitdragen (Advocates of Youth, 2003). De Verenigde Staten heeft het hoogste aantal geboortes bij adolescente meisjes van de ontwikkelde wereld. Groot-Britannie heeft het hoogste aantal in Europa met 30,8 geboortes per 1000 meisjes in de leeftijd van 15-19, terwijl daarbij ook nog eens 21,3 abortussen worden gedaan (per 1000 meisjes). Nederland heeft het laagste aantal tienerzwangerschappen in Europa en heeft daarbij ook nog een laag abortus percentage (3,9 per 1000) (Wikipedia, 2007). Nederland en Groot-Brittannie lijken erg veel op elkaar en toch zijn er grote verschillen in het aantal tienerzwangerschappen. Dat komt onder andere doordat de attitudes ten opzichte van tienerseks en tienerzwangerschappen in Nederland veel negatiever liggen dan in Groot Brittanie. In Nederland ligt er een sociaal stigma op het zwanger raken terwijl je nog heel jong bent. In Groot Brittanie (vooral in de armere gebieden) wordt het echter vrij normaal geacht. In Nederland wordt er open gesproken over seks, zowel thuis als op school. In Groot-Brittannie is men er veel meer gesloten over. Tieners in Nederland worden geacht verantwoordelijk met seks om te gaan en anticonceptie gebruik wordt aangemoedigd. In Groot-Brittannie is dat allemaal veel minder het geval. Dit laat zien dat culturele factoren een belangrijke rol kunnen spelen in het voor komen van tienerzwangerschappen (BBC News, 1999).

Er zitten verschillende negatieve consequenties aan het krijgen van een kind als tiener. Als eerste de medische consequentie; baby's van tienermoeders worden vaker te vroeg geboren en hebben een lager geboortegewicht (Scholl, Hediger & Belsky, 1994; Makinson, 1985). Het Guttmacher Institute (1999) laat zien dat een derde van de tienermoeders te weinig prenatale zorg krijgt en dat kinderen van tienermoeders meer kans hebben op gezondheidsproblemen en opname in het ziekenhuis. Dan zijn er nog een aantal psychologische en sociaal-economische negatieve consequenties. Zo heeft een tienerzwangerschap een negatieve invloed op de educatie en stoppen tienermoeders eerder met school dan andere meisjes. Hierdoor hebben ze ook een slechter carrière perspectief en hebben ze meer kans om in armoede te leven (The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2002; Driscoll, Biggs, Brindis & Yankhah, 2001). Ook voor het kind zelf zijn er een aantal negatieve consequenties. Zo komen

ontwikkelings- en gedragsstoornissen vaker voor bij kinderen van tienermoeders (Hofferth & Reid, 2002). Daarbij doen deze kinderen het over het algemeen slechter op school, blijven vaker zitten en stoppen ook vaker vroegtijdig met school. Dochters hebben een grotere kans om zelf ook een tienermoeder te worden, terwijl zonen meer kans hebben om de gevangenis in te gaan (The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2002).

Een tienerzwangerschap is het gevolg van twee gedragingen; het hebben van seks op jonge leeftijd én onveilig seksueel gedrag. In dit geval gaat het dan niet zozeer om onveilig seksueel gedrag in de zin van bescherming tegen SOA's, maar in de zin van bescherming tegen zwangerschap, dus anticonceptie gebruik. Het gebruik van condooms bij SOA bestrijding is erg belangrijk, maar voor anticonceptie niet de betrouwbaarste methode. Daarom is het vanuit dit oogpunt beter om orale anticonceptie te gebruiken. Om het risico op SOA's niet te vergroten richt zich men bij preventie van tienerzwangerschappen vaak op gebruik van condooms én orale anticonceptie samen.

Er is veel beschrijvend onderzoek gedaan naar de demografische factoren die te maken hebben met tienerzwangerschappen en anticonceptie gebruik (Driscoll & Biggs, 2001; Shoveller, Johnson & Langille, 2004; Romo, Berenson & Segars, 2004; Guijare, Naranjo, Padilla, Gutierrez, Lammer & Blum, 1999). Hieruit is ook naar voren gekomen dat meisjes met een lage opleiding en een lagere sociaal-economische status meer kans hebben om een tienermoeder te worden (Teenage pregnancy Unit, 1999; Coley & Lindsay, 1997). Blijkbaar wordt er minder anticonceptie gebruikt onder meisjes met een lagere opleiding en/of sociaal-economische lagere status. Er is echter nog vrij weinig onderzoek gedaan naar de achterliggende psychologische factoren van anticonceptie gebruik.

In de Dominicaanse Republiek komen ook erg veel tienerzwangerschappen voor, zo is ongeveer 40% van de meisjes zwanger geweest voor haar 20^e jaar. Er is daardoor veel schooluitval onder meisjes, er zijn veel alleenstaande moeders en meestal staan ze er financieel slecht voor. Er zijn een aantal studies verricht in de Dominicaanse Republiek naar tienerzwangerschappen en anticonceptie gebruik (Measure DHS, 2002; Kuijpers & Eijssink, 2005; Bull, 1998; Fenelly & Cornwell, 1992; Magnani, Sosler, McCann & Speizer, 2001). Zoals hierboven al beschreven is, kunnen culturele factoren een grote rol spelen. Om de situatie in de Dominicaanse Republiek wat beter te begrijpen, volgt hier dan eerst een beschrijving van verschillende culturele aspecten

1.2 Culturele kenmerken

Er wonen ongeveer 9 miljoen mensen op de Dominicaanse Republiek, 3 miljoen daarvan leven in de hoofdstad Santo Domingo. Er is een grote trek naar de steden; 62% van de bevolking woont dan ook in de steden. Ongeveer 15% van de bevolking is blank, het merendeel hiervan stamt af van de Spanjaarden. Zij vormen de bovenlaag van de maatschappij en bekleden de belangrijkste posities. 70% zijn mulatten, mensen van gemengd ras (Spaans en West-Afrikanen). De overige 15% zijn Haitianen, veel van hen wonen, legaal of illegaal, in het suikerrietgebied ten zuiden van Higüey in het zuidoosten van het land. Dominicanen laten zich nog wel eens negatief uit over Haitianen en kunnen racistisch zijn naar hen, maar verder is de multi-etniciteit geen probleem meer op de Dominicaanse Republiek. Dominicanen voelen zich echter in hun hart blank, dit is een gevolg van de ‘verblankingspolitiek’, die de dictator Rafael Trujillo voerde van 1930 tot 1961 (Froese, 2002)

Een mogelijke culturele factor die mee speelt met het aantal tienerzwangerschappen is dat meer dan 90% van de bevolking katholiek is. Elk dorp heeft een katholieke kerk en de geestelijken hebben een grote invloed op de mensen. De kerk beheert in de Dominicaanse Republiek bejaardenhuizen, scholen, apotheken en weeshuizen en staat onder andere daarom bij de bevolking in hoog aanzien. Zo’n 5% bedrijft ook Voodoo, dit zijn meestal mensen van Haitiaanse afkomst, maar ook in het katholieke geloof van de Dominicanen zie je hier en daar wel wat voodoo en/of magische gebruiken, zoals bijv. het koffiedik kijken. Er is daarnaast ook veel bijgeloof. Er wordt wel eens gezegd dat het hebben van het katholieke geloof een negatieve invloed heeft op het condoomgebruik, omdat de kerk dit officieel afkeurt. Maar wetenschappelijke bewijzen hiervoor zijn in Latijns-Amerika niet gevonden. Het katholieke geloof speelt wel een belangrijke rol in het scheppen van hun culturele en geloofssystemen. Het katholicisme in Latijns-Amerika is veel meer gecentreerd op de familie dan het Europese katholicisme. Dit heeft gevolgen voor een aantal waarden en keuzes die men maakt over verschillende domeinen, zoals gezondheid, seksueel gedrag, familie en volwassen rollen. (Driscoll & Biggs, 2001)

Een andere belangrijke factor is het educatie niveau. Hoe minder educatie men heeft genoten, hoe meer tienerzwangerschappen voorkomen. In de Dominicaanse Republiek is er de laatste jaren veel verbeterd op het gebied van onderwijs. Veel scholen hebben nu computers en toegang tot internet. Maar er valt nog veel te wensen over, leraren zijn slecht opgeleid en onderbetaald, waardoor het niveau van het onderwijs vaak erg laag is. Het komt ook geregeld voor dat de leraar simpelweg niet komt opdagen en dat lessen daardoor helemaal vervallen.

Met name in de stedelijke 'zonas populares' en op het platteland schort het nog flink aan het onderwijs. Kinderen moeten minimaal zes jaar naar school en vier jaar voortgezet onderwijs volgen. Deze wetten worden echter slecht nageleefd. Vooral bij gezinnen met veel kinderen hebben ze vaak niet genoeg geld voor uniformen en boeken. (Froese, 2002 en Baron, 2000)

Een schooldag op een openbare school bestaat ook maar uit enkele uren. Om de capaciteit van de school optimaal te benutten wordt er gewerkt in 3 groepen, een ochtendgroep, een middaggroep en een avondgroep, elke groep heeft zo'n 3 tot 4 uur les op een dag. In de avondgroep zitten ook veel zwangere meisjes (zij mogen overdag niet naar school) en ouderen die eerder met school waren gestopt. Kerkelijke of particuliere scholen hebben een betere reputatie, maar door het hoge lesgeld dat zij vragen, kan slechts een kleine groep Dominicanen zich dit veroorloven. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat hoe minder jaren educatie iemand ontvangt, hoe groter de kans op tienerzwangerschappen (Romo, Berenson & Segars, 2004). Met minder educatie wordt het niveau van machismo en marianisme ook hoger, wat meestal leidt tot onveilig seksueel gedrag en meer tienerzwangerschappen (Goodyear, Newcomb & Allison, 2000 en Bull, 1998)

Ook economische omstandigheden spelen een rol bij de prevalentie van tienerzwangerschappen, zo is gebleken dat tienerzwangerschappen meer voorkomen bij mensen met een lagere sociaal-economische status (Teenage pregnancy Unit, 1999; Coley & Lindsay, 1997). De belangrijkste bron van inkomsten van de Dominicaanse Republiek is het toerisme. Ook traditionele landbouwproducten zoals suikerriet (voor het maken van rum), tabak etc. spelen nog een vrij grote rol. Van minder belang is de productie van rijst, mais, tarwe, bananen en andere exotische vruchten en de export van rundvlees, dat afkomstig is van de grote veehouderijen in het midden van het land (Froese, 2002).

Het toerisme heeft zich de laatste 2 decennia sterk ontwikkeld in de Dominicaanse Republiek, er gaan alleen al meer dan 80.000 Nederlanders per jaar naar toe. Helaas voor de Dominicanen bevinden veel ondernemingen zich in buitenlandse handen, met als gevolg dat de meeste Dominicanen de winst mislopen (Latzel & Reiter, 1996). Een normale baan in het hotel verdient voor een Dominicaan ongeveer 200 tot 300 euro per maand, met soms 12-urige werkdagen, 6 dagen per week. Dat terwijl het prijsniveau (helemaal in de toeristische gebieden) ongeveer gelijk ligt aan Nederland. Bijna vier miljoen Dominicanen leven onder het bestaansminimum. Dat staat voor ondervoeding en niet genoeg geld voor fatsoenlijke kleren, behuizing en scholing voor de kinderen. De meeste van deze huishoudens hebben ook geen aansluiting op elektriciteit en waterleiding. Ook de gezondheidszorg voor deze mensen is minimaal en de meeste kinderen krijgen zelfs niet de hard nodige vaccinaties. De

werkloosheid is nog steeds schrikbarend hoog, 14,5% in 2002 zijn de officiële cijfers. In werkelijkheid liggen die cijfers nog veel hoger (Vakantielanden.net, 2006). Op het platteland is men over het algemeen nog iets armer dan in de steden. Volgens onderzoek over tienerzwangerschappen in Latijns-Amerika, komen tienerzwangerschappen op het platteland vaker voor dan in stedelijk gebied.

1.3 Probleemstelling

Uit het bovenstaande is af te leiden dat tienerzwangerschappen vaak voorkomen op de Dominicaanse Republiek. Deze tienerzwangerschappen hebben een aantal negatieve consequenties zowel voor het kind als de moeder, voornamelijk slechtere economische perspectieven. Het voorkomen van tienerzwangerschappen wordt altijd gedaan in combinatie met anticonceptie gebruik. Bij het gebruik van anticonceptie (of het niet gebruiken ervan) kunnen een aantal culturele factoren een rol spelen. Educatieniveau, economische omstandigheden, geloof en communicatie over anticonceptie en/of seks zijn daar voorbeelden van. Daarbij spelen er ook nog een aantal meer persoonlijke en psychologische factoren mee, zoals seksueel gedrag en kennis over orale anticonceptie.

Daarover is echter weinig onderzoek gedaan en al helemaal niet in de Dominicaanse Republiek. De probleemstelling is dan ook:

Wat is de invloed van culturele en psychologische factoren op het anticonceptie gebruik van adolescente meisjes in de Dominicaanse republiek?

2. Culturele en psychologische factoren bij tienerzwangerschappen in de Dominicaanse Republiek

2.1 Omvang van het probleem

2.1.1 Prevalentie van tienerzwangerschappen

Tienerzwangerschappen komen in de Dominicaanse Republiek veel voor. Er worden 114 baby's geboren per 1000 adolescente meisjes (15-19 jaar) per jaar (Magnani, Sosler, McCann, & Speizer, 2001). Dit betekent dat er in deze groep in 4 jaar tijd 456 kinderen worden geboren. Voor Nederland is dat 6 per 1000 per jaar (Advocates for Youth, 2003). In 4 jaar tijd worden er in dezelfde leeftijdscategorie dus 24 baby's geboren. Wat betekent dat tienerzwangerschappen in de Dominicaanse Republiek zo'n 20 keer vaker voorkomen dan in Nederland. Het is daar dus echt een heel erg groot probleem. In tabel 1 is te zien hoe vaak tienerzwangerschappen voorkomen per leeftijd, urbanisatiegraad en educatie niveau.

Tabel 1

Relatie tussen leeftijd, urbanisatie graad en educatie niveau

Bron: Measure DHS, 2002

	Al moeder	Zwanger 1 ^e kind	Totaal zwanger geweest	Aantal
Leeftijd				
15	4%	4%	8%	940
16	10%	4%	14%	938
17	19%	5%	24%	868
18	26%	6%	32%	866
19	37%	4%	41%	939
Urbanisatiegraad				
Stad	17%	4%	21%	3104
Platteland	23%	5%	28%	1447
Educatie niveau				
Zonder	58%	6%	64%	62
Basis 1-4	39%	7%	46%	347
Basis 5-8	26%	6%	32%	1602
Voortgezet onderwijs	11%	3%	14%	2290
Hoger onderwijs	8%	3%	11%	249

In tabel 1 is te zien dat de tienerzwangerschappen eigenlijk al beginnen op hele jonge leeftijd. 8% van de meisjes onder de 15 is al een keer zwanger geweest. Dit loopt eigenlijk alleen maar

op nadat de leeftijd hoger wordt, vooral in de leeftijd van 16 tot 17 neemt het snel toe. Bij het bereiken van de 20-jarige leeftijd is 41% van de meisjes al een keer zwanger geweest. Ook is te zien dat het verschil tussen stad en platteland niet heel groot is, al komt het wel iets meer voor op het platteland. Educatie niveau blijkt echt een belangrijke factor, waarbij 64% van de meisjes zonder opleiding al eens zwanger is geweest en maar 11% van de meisjes met een hoge opleiding. Ook uit ander onderzoek (Romo, Berenson & Segars, 2004) blijkt dat onder meisjes met een hoger aantal jaar opleiding minder tienerzwangerschappen voorkomen. Fenelly & Cornwell (1992) bevestigen dat er op het platteland meer tienerzwangerschappen voorkomen dan in de stad. Little & Rankin (2001) hebben onderzoek gedaan waaruit blijkt dat kinderen van één ouder gezinnen, vaker als tiener kinderen krijgen en dit geldt ook voor kinderen die fysiek worden gestraft.

Uit het hoge aantal tienerzwangerschappen in de Dominicaanse Republiek is af te leiden dat anticonceptie inconsistent wordt gebruikt, wat inhoudt dat ze óf geen anticonceptie middelen gebruiken óf niet goed. In principe maken deze adolescenten dus 3 fouten; ze hebben te jong seks, ze gebruiken geen condoom en ze slikken de pil niet.

2.1.2 Vroege seksuele activiteit

Als eerste belangrijke oorzaak van tienerzwangerschappen is het hebben van seks op jonge leeftijd. In tabel 2 is te zien wanneer dominicaanse jongeren met seks beginnen.

Tabel 2

Gegevens seksuele activiteit voor Dominicaanse en Nederlandse adolescenten in de leeftijd van 15-19 jaar

Bron: Measure DHS, 2002; SOA AIDS Nederland, 2005

	Jongens DR	Jongens NL	Meisjes DR	Meisjes NL
Gem. leeftijd 1e keer seks	16,5	16,7*	18,2	16,7*
Eerste keer sex vóór				
15 ^e jaar	18%	16%	13%	11%
18 ^e jaar	69%	46%	48%	64%
20 ^e jaar	83%	70%	65%	80%

* Geen cijfers beschikbaar voor jongens en meisjes apart

Uit tabel 2 blijkt dat bijna 69% van de jongens en bijna 48% van de meisjes voor zijn/haar 18^e al seks heeft gehad. Uit deze tabel blijkt ook dat jongens gem. 2 jaar eerder met seks beginnen. Meisjes beginnen gemiddeld niet heel vroeg, maar uit de gegevens blijkt ook dat er

al een behoorlijk aantal seks heeft voor haar 15e. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat er een groep heel vroeg begint en er een groep heel laat begint, waardoor het gemiddelde vrij normaal is. In tabel 2 is ook te zien wat dezelfde getallen zijn voor Nederlandse adolescenten. Opvallend is dat Dominicaanse meisjes wel iets eerder beginnen (voor 15e jaar) maar dat daarna de Nederlandse meisjes seksueel veel actiever zijn. Als ze 17 zijn is 64% van de Nederlandse meisjes seksueel actief tegenover 48% van de Dominicaanse meisjes.

Ongeveer 24% van de Dominicaanse adolescente meisjes is in de laatste 4 weken seksueel actief geweest terwijl 34% zegt in het laatste jaar seksueel actief te zijn geweest (Measure DHS, 2002).

Onveilig seksueel gedrag en tienerzwangerschappen hebben een sterke relatie met elkaar, des te meer onveilig seksueel gedrag wordt vertoond des te meer kans op (ongewenste) zwangerschappen, maar ook op SOA's. Dit onderzoek richt zich echter vooral op de anticonceptie en niet op het voorkomen van SOA's.

2.1.3 Weinig anticonceptie gebruik

Een tweede belangrijke oorzaak van tienerzwangerschappen is het niet gebruiken van anticonceptie. Immers adolescenten die geen seks hebben, kunnen niet zwanger raken en adolescenten die consistent gebruik maken van betrouwbare anti-conceptie raken ook niet zwanger. Helaas is de oplossing niet zo simpel, er zijn namelijk een aantal redenen waarom meisjes en vrouwen zich wenden tot onbetrouwbare methodes of helemaal geen anti-conceptie gebruiken, o.a. bezorgdheid over bijeffecten, gezondheidsrisico's en foute informatie. (Gilliam, Warden, Goldstein & Tapia, 2004)

Condoom gebruik is een onderdeel van anti-conceptie en beschermt daarbij ook nog tegen SOA's, daarentegen is het niet 100% betrouwbaar in het voorkomen van zwangerschappen. Alleen al om de reden dat een condoom kan scheuren.

Uit gegevens blijkt dat het anticonceptie gebruik onder adolescenten jongeren laag is, in tabel 3 worden een aantal methoden weergegeven met het percentage van de adolescenten die ze gebruikt.

Tabel 3

Gegevens over actueel anti-conceptie gebruik bij Dominicanen in de leeftijd van 15-19

Bron: Measure DHS, 2002

Methode	Samen- Wonend Vrouw	Seksueel actief, niet samen- wonend Vrouw
Totaal modern	38%	29%
Pil	26%	11%
Condoom	2%	13%
Injectie	5%	5%
Totaal onbetrouwbaar	4%	12%
Periodieke abstinentie	1%	3%
Terugtrekken	2%	8%
Anders	1%	2%

Tabel 3 laat zien dat het totale moderne anticonceptie gebruik voor samenwonende vrouwen 38% is. Voor seksueel actieve niet samenwonende vrouwen is dat 29%..

Bij de vrouwen is het erg opvallend dat er weinig verschil in aantal zit in gebruik van anti-conceptie tussen vrouwen die getrouwd zijn of samenwonen en vrouwen die alleen losse relaties hebben. Vrouwen die alleen losse relaties hebben wenden zich alleen meer tot onbetrouwbare methodes. En in vergelijking gebruiken vrouwen in een vaste relatie meer de pil en vrouwen in een losse relatie meer een condoom. Er is dus een groot aantal (71%) van de meisjes met losse seksuele relaties die geen anti-conceptie middelen gebruikt en zij lopen dus een hoog risico op zwangerschap buiten het huwelijk (of samenwonen). Uit onderzoek blijkt dat er meer negatieve gevolgen kleven aan tienerzwangerschappen buiten het huwelijk dan binnen het huwelijk.

Anti-conceptie middelen zijn overigens vrij verkrijgbaar, er is geen recept van de dokter voor nodig, er zijn ook verschillende prijsniveau's. Er zijn zelfs speciale condooms voor Dominicanen die extra goedkoop zijn om veilig seksueel gedrag te promoten.

Uit het zelfde onderzoek van de Measure DHS (2002) blijkt ook dat bij 20% van het beindigen van een anti-conceptie middel wordt, de bijeffecten als reden worden gegeven.

2.2 Culturele factoren

2.2.1 Samenwonen

Volgens Little & Rankin (2001) verhogen vroege en serieuze relaties de kans aanzienlijk op seksuele activiteit. Adolescente meisjes in de Dominicaanse Republiek mogen meestal geen seks hebben voordat ze samenwonen (in plaats van getrouwd te zijn). De ouders van het meisje kunnen er zelfs voor naar de politie gaan en zorgen dat de jongen wordt opgepakt als dit toch gebeurt. Hieruit kan een sterke drang om te gaan samenwonen al op jonge leeftijd beginnen. Berry, Shillington, Peak & Hohman (2000) hebben gevonden dat op jonge leeftijd trouwen de kans op tienerzwangerschappen verhoogt. Dit kan misschien op de Dominicaanse Republiek ook gelden voor samenwonen.

Tabel 4

Gegevens over samenwonen van Dominicaanse en Nederlandse adolescenten in de leeftijd van 15-19 jaar

Bron: Measure DHS, 2002; CBS, 2004

	Jongens DR	Meisjes DR	Meisjes NL
Leeftijd eerste keer samenwonen vóór			
15e jaar	0%	10%	Onbekend
18 ^e jaar	7%	41%	Onbekend
20 ^e jaar	19%	56%	13%
Gem. leeftijd waarop wordt samengewoond	22,3	19,0	Onbekend

Uit tabel 4 blijkt dan ook dat meisjes al op vroege leeftijd gaan samenwonen; meer dan 40% woont al samen voor haar 18^e jaar en één op de tien meisjes woont zelfs al samen voor haar 15^e jaar. In de tabel is ook te zien hoe groot het verschil tussen Nederlandse en Dominicaanse meisjes is. Slechts 13% van de Nederlandse meisjes woont voor haar 20ste samen, terwijl dat bij Dominicaanse meisjes 56% is.

Bij meisjes die niet samenwonen is er soms sprake van ‘amores incondidos’(geheime liefdes) dit houdt in dat een jongen of meisje meerdere vriendjes of vriendinnetjes heeft, waar niemand wat vanaf weet. Dit leidt vaak tot instabiele en snel afwisselende relaties waarbij seks een belangrijke rol speelt. De instabiliteit van deze relaties komt doordat er geen sociale controle is en dus ook geen sociale bekrachtiging. Er is voor de rest niemand bij betrokken en

niemand die er commentaar op heeft, een relatie kan dus veel makkelijker verbroken worden en er kan weer makkelijker een (geheime) relatie worden aangegaan. Als een meisje toch zwanger woont, terwijl ze niet samenwoont en/of getrouwd is, dan zijn er twee veel voorkomende scenario's. Het ene scenario is dat de ouders van het meisje de jongen dwingen om zijn verantwoordelijkheid te nemen. Vaak draait het er dan op uit dat ze allebei in het huis van de ouders van de jongen komen te wonen. Met alle gevolgen van dien, vaak botert het niet helemaal tussen de ouders en het meisje, omdat ze te lui is of omdat er iets anders mis is met haar. De andere mogelijkheid is dat de jongen het meisje verlaat en haar alleen laat met het kind, vaak zonder zijn gezicht nog te laten zien, soms blijft hij wat financiële steun geven, als hij daar toe in staat is, maar vaak wordt ook dat niet gedaan. De jongen is dan weer vrij om naar het volgende meisje te gaan. Het meisje gaat dan vaak terug naar haar ouders en voedt het kind samen met haar ouders op of ze laat haar ouders het kind opvoeden en begint zelf weer een nieuwe relatie.

2.2.2 *Kinderwens*

Bij een gewenste zwangerschap lijkt het redelijk om aan te nemen dat niet zozeer sociale normen of condoomgebruik een rol spelen, maar wel normen over het krijgen van kinderen. Uit onderzoek blijkt dat vooral de behoefte van de vriend om een kind een belangrijke rol speelt (Crosby, Diclement, Wingood, Harrington, Davies, Hook, & Kim Oh, 2002) . Uit ander onderzoek (Sueyoshi, Ohtsuka, 2004) blijkt bijv. dat mensen in Jordanie het aantal kinderen laat afhangen van God, en het ideale aantal kinderen is soms zelfs 'zoveel mogelijk'. Uit Braziliaans onderzoek (Belo, Pinto & Silva, 2004) blijkt dat een belangrijke reden waarom adolescenten zwanger raakten, was omdat zij zwanger wilden worden.

2.2.3 *Machismo*

Machismo bestaat deels uit rolverdelingen en ongelijkheid tussen man en vrouw. Meer machistische mannen en meer marianistische (de vrouwelijke variant van machismo) vrouwen vinden vaker dat vrouwen als maagd het huwelijk in moeten gaan. In de Dominicaanse Republiek heerst een machistische cultuur, hierdoor hebben veel mensen een verwachtingspatroon waarbij vrouwen onschuldig, trouw en maagdelijk moeten zijn, terwijl van mannen min of meer wordt verwacht dat ze meerdere vrouwen hebben. Dit houdt in dat vrouwen als ware afzijdig horen te zijn wat seks betreft, ze horen er geen dingen over te weten. Dit kan ook inhouden dat meisjes eerder stiekem seks gaan hebben. Machismo is een culturele variabele die een belangrijke rol speelt in het voorspellen van onveilig seksueel

gedrag en de sociale cognities ten opzichte van condoomgebruik en anticonceptie beïnvloed. (Goodyear, Newcomb & Allison, 2000 en Bull, 1998 en Marin, Gomez, Tschann & Gregorich, 1997)

2.2.4 Communicatiepatronen

Hoe komen normen eigenlijk tot stand en wie bij het bepalen van deze normen nou een belangrijke rol spelen, is weinig onderzoek naar gedaan. In een onderzoek van Boer & Westhoff (2006) wordt een theoretisch framework beschreven waarin er onderscheid wordt gemaakt tussen strong and weak ties en hoe zij de injunctieve sociale normen bepalen bij het gebruik van condooms bij Zuid Afrikaanse adolescenten. Personen waarbij men minder dan 1x per week persoonlijk contact heeft, worden beschouwd als weak ties en personen waarbij men meer dan 1x per week persoonlijk contact heeft worden beschouwd als strong ties. Ouders, broers en zussen worden automatisch beschouwd als strong ties. Uit dit onderzoek blijkt dat vooral ouderlijke strong ties een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van de normen en dat weak ties (zoals bijv. voorlichters) weinig invloed hebben. Uit ander onderzoek (Iuliano, Speizer, Santelli, Kendall, 2006) bleek ook dat een belangrijke reden om geen anticonceptie te gebruiken was de angst dat ouders er achter zouden komen.

In het huidige onderzoek wordt verder gebouwd op Boer & Westhoff (2006) maar dan op het gebied van orale anticonceptie. Er worden ook twee benaderingen gebruikt; de individuele benadering waarbij het gaat om de afzonderlijke invloed van mensen (bijv. de invloed van moeder, zussen etc.) en de groepsbenadering, dus de invloed van de hele omgeving bij elkaar opgeteld.

Communicatie patronen in dit onderzoek gaan over de frequentie van de communicatie over orale anticonceptie, de positieve frequentie over orale anticonceptie en de negatieve frequentie over orale anticonceptie. Het gaat dan achtereenvolgens over de frequentie van communicatie met moeder, zussen, vriend(in)en en partner. Hetzelfde geldt voor de communicatie patronen over condooms.

2.3 Theory of Planned Behavior

Onveilig seksueel gedrag wordt vaak verklaard door middel van de Theory of Planned Behavior. Seksueel gedrag heeft een aantal kenmerken, zoals de leeftijd waarop iemand voor het eerst met seks begint (Fenelly & Cornwell, 1992). Het is natuurlijk logisch dat als men pas laat met seks begint het risico op een tienerzwangerschap veel kleiner is. Daarbij spelen ook het aantal partners dat men heeft (gehad) en het aantal keren dat men seks heeft een rol

(Driscoll, Biggs, Brindis, Yankhah, 2001). Hoe meer en hoe vaker dit is hoe hoger het risico wordt op onveilig seksueel gedrag en dus ook op zwangerschappen. Een ander aspect van het seksuele gedrag is het date gedrag (Little & Rankin, 2001): Vroege en serieuze relaties verhogen de kans aanzienlijk op seksuele activiteit. Als het leeftijdsverschil tussen de jongen en het meisje dan ook nog behoorlijk groot is, is er een extra verhoogde kans op een tienerzwangerschap. Als meisjes jong trouwen bestaat er ook een verhoogde kans op een tienerzwangerschap (Berry, Shillington, Peak & Hohman, 2000).

Bij het verklaren van condoomgebruik wordt er vaak de Theory of Planned Behaviour gebruikt (Marin, Gomez, Tschann & Gregorich, 1997; Albarracin, Fishbein, Johnson & Muellerleile, 2001). Voor orale anticonceptie is er nog nooit zo'n theorie gebruikt, maar er zijn wel afzonderlijke onderzoeken, die bepaalde onderdelen van de Theory of Planned Behaviour hebben onderzocht (zoals bijv. attitudes)

De Theory of Planned Behaviour gaat ervan uit dat de sociale cognities; attitude, self efficacy en sociale normen lijden tot een intentie en deze intentie voorspelt het gedrag van iemand. In dit geval anticonceptie en condoom gebruik. Daarnaast zijn uit de Protection Motivation Theory de sociale cognities; response efficacy, kwetsbaarheid en ernst gebruikt. Verschillende studies hebben ook aangetoond dat de Theory of Planned behavior ook bruikbaar is in niet Westerse landen. Door Kuijpers & Eijssink (2005) is deze theorie ook toegepast onder adolescenten in de Dominicaanse Republiek betreffende condoom gebruik, waaruit bleek dat deze theorie daar ook goed werkte.

2.3.1 Attitude over orale anticonceptie

Attitude refereert aan de positieve en negatieve consequenties, die mensen aan anticonceptie gebruik hechten. Uit onderzoek (Karavus, Cali, Kalaca & Cebeci, 2004) blijkt dat negatieve attitudes ten op zichte van orale anticonceptie vooral komen door bezorgdheid over bijwerkingen, vooral door mannen, vrouwen zijn over het algemeen positiever (Belo, Pinto & Silva, 2004). Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsus & Creatsas (2004) hebben een aantal kenmerken gevonden van de ideale anticonceptie, een aantal daarvan waren: lage prijs, geen bijwerkingen, bescherming tegen SOA, makkelijk te gebruiken, goedkeuring van partner en effectief.

2.3.2 Self efficacy van orale anticonceptie

Self efficacy houdt in of iemand zichzelf in staat acht om bepaalde gedragingen uit te voeren, in dit geval dus consequent anticonceptie gebruik. Uit Grieks onderzoek (Tountas,

Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis & Creatsas, 2004) blijkt dat de meeste anticonceptie een taak vinden van de man. Dit heeft belangrijke consequenties in het voorkomen van tienerzwangerschappen, want het zijn tenslotte de vrouwen die zwanger worden. Uit onderzoek (Levinson, 1986; Bilodeau, Forget & Tetreault, 1994) blijkt dat er een relatie is tussen anticonceptie self efficacy, gemeten door de Contraceptive Self-efficacy (SCE) schaal (Levinson, 1986)) en het anticonceptie gedrag.

2.3.3 *Social normen over orale anticonceptie*

Sociale normen gaat over wat de omgeving van een bepaalde gedraging vindt, bijv. het slikken van orale anticonceptie is goed. Hoe beter de sociale normen over een bepaald gedrag, des te meer zij geneigd zullen zijn om dat gedrag uit te voeren.

Over orale anticonceptie en sociale normen is nog heel weinig onderzoek gedaan. (Hansen, & Skjeldestad, 2003; Regnerus, 2005). Bij condoomgebruik blijken sociale normen echter een belangrijke rol te spelen. Uit Zuid-Afrikaans onderzoek (Boer & Mashamba, 2005) blijkt dat dit zelfs de belangrijkste factor is.

2.3.4 *Response efficacy van orale anticonceptie, kwetsbaarheid en ernst van een zwangerschap*

Response efficacy gaat over hoe effectief iemand een bepaald gedrag vindt, dus als zij geloven dat door het nemen van orale anticonceptie zij niet zwanger raken, zullen ze veel eerder geneigd zijn om die stap te nemen dan als zij geloven dat er nog steeds een grote kans bestaat om zwanger te raken als zij orale anticonceptie gebruiken. Volgens Albsoul-Younes, Saleh & El-Khateeb (2003) is effectiviteit de belangrijkste om voor de pil te kiezen en bezorgheid om gezondheid is de belangrijkste reden om ermee te stoppen.

De kwetsbaarheid en de ernst komen uit de Protection Motivation Theory (Rogers, 1983). Volgens deze theorie wordt de intentie om jezelf te beschermen tegen een risico verklaard door 4 factoren: De waargenomen kwetsbaarheid (ten opzichte van zwangerschap), de waargenomen ernst van de 'bedreiging' (zwangerschap), de response efficacy en de self efficacy.

2.4 **Kennis**

De pil is erg efficiënt en veilig als zij consistent wordt gebruikt, daarbij kan de pil ook nog andere gezondheidsvoordelen opleveren (Wysocki, 1998 en Burkman et al, 2001) Helaas weet de meerderheid van de adolescenten daar weinig van af (Tessler & Peipert, 1997). De

negatieve bijwerkingen van pilgebruik worden vaak overschat, waardoor sommige vrouwen misschien niet aan de pil gaan (Whitley & Schofield, 1986). In hoeverre dit het geval is onder Dominicaanse adolescenten is niet bekend.

2.5 Middelen gebruik

Doordat zwangere adolescenten in feite drie verkeerde keuzes maken (te vroeg hebben van seks, geen condoom en geen pil) kun je tienerzwangerschappen zien als een clustering van risicovolle gedragingen. Dit komt overeen met de problem behavior syndrom (Little & Rankin, 2001). Zij gaan ervan uit dat bepaalde (probleem)gedragingen samenhangen met andere (probleem)gedragingen, zoals bijv. het gebruik van marijuana (Crosby, Diclement, Wingood, Harrington, Davies, Hook, & Kim Oh, 2002) en het drinken van alcohol (Little & Rankin, 2001)

Tienerzwangerschappen worden in landen als de VS vaak in verband gebracht met andere risicovolle gedragingen (Problem behavior syndrom) (Little & Rankin, 2001). Vanuit dit gezichtspunt ziet men seksuele activiteit van tieners als een syndroom van probleem gedragingen die voortkomen uit één gemeenschappelijke noemer, zoals lage zelf controle. Of dit ook opgaat in landen, zoals de Dominicaanse Republiek is nog maar de vraag, omdat hier veel minder negatief naar tienerzwangerschap wordt gekeken. Het wordt hier in feite niet als een probleemgedrag gezien.

2.6 Probleemstelling

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd:

Welke psychologische aspecten liggen ten grondslag aan het inconsistent anti conceptie gebruik bij de adolescenten in de Dominicaanse Republiek.

Deze onderzoeksvraag is op te delen in een aantal subvragen:

- Wat is het aantal tienerzwangerschappen bij adolescente meisjes in de Dominicaanse Republiek?
- Hoe staat het met de seksuele activiteit van adolescente meisjes?
- Hoe vaak wordt orale anticonceptie gebruikt bij de adolescente meisjes?
- Wat is de invloed van samenwonen, de kinderwens, machismo en communicatie patronen op oraal anticonceptie gebruik?

- Wat is de invloed van sociale cognities op oraal anticonceptie gebruik?
- Wat is de invloed van kennis over orale anticonceptie op oraal anticonceptie gebruik?
- Hebben communicatie patronen invloed op sociale normen en andere sociale cognities over oraal anticonceptie gebruik?
- Hoe vaak gebruiken Dominicaanse adolescente meisjes een condoom?
- Wat is de invloed van samenwonen, de kindertwens, machismo en communicatie patronen op condoom gebruik?
- Wat is de invloed van sociale cognities op condoom gebruik?
- Hebben communicatie patronen invloed op sociale normen en andere sociale cognities over condoom gebruik?
- Is er een relatie met andere probleemgedragingen zoals het gebruik van marijuana en het drinken van alcohol?

3. Methoden

3.1 Respondenten

In totaal zijn 202 Dominicaanse meisjes betrokken bij het onderzoek, zij waren allemaal in de leeftijd van 14 tot 22 jaar. In totaal zijn er 117 respondenten verkregen op scholen en 85 respondenten zijn verkregen door de wijk in te gaan. Al het onderzoek heeft plaats gevonden in of in de buurt van Cabarete, zodat er goed kon worden gezien of er ook nog verschillen zijn tussen bepaalde buurten en wat die verschillen eventueel veroorzaken.

Hier volgt een korte beschrijving van alle plaatsen waar respondenten zijn geworven:

Sabaneta (28 respondenten), dit is een niet-toeristisch plaatsje vlakbij Cabarete, hier staat één grote high school en er wordt hier overdag, elke dag lesgegeven van 2 tot 5. 's Ochtends is er ook les, maar dit is voor de basisschool. Twee keer per week is er ook volwassenenonderwijs van 6 tot 9 's avonds.

Sosua (59 respondenten), dit is een toeristisch plaatsje ook vlakbij Cabarete, dat bekend staat om seks-toerisme. Hier staat ook een grote high school, maar deze geeft elke dag lessen van 6 tot 9 uur 's avonds. 's Middags zijn er ook lessen, maar voor de basisschool. Er is ook een priveschool (30 respondenten) benaderd, hier zaten naast rijkere Dominicanen ook veel kinderen van buitenlandse ouders die naar de Dominicaanse Republiek zijn verhuisd. Er werd vooral Engels gesproken, maar alle kinderen hadden ook elke dag Spaanse lessen. 1 meisje kon niet meedoen, omdat haar Spaans niet goed genoeg was.

La Cienega (37 respondenten), letterlijk het moeras. Een buurt op ongeveer 5km afstand van Cabarete. Het is de 'nieuwste' wijk van Cabarete (zo'n 10 tot 15 jaar geleden besloot de regering dat alle mensen van een bepaald stuk grond weg moesten, omdat ze het wilden gebruiken voor toerisme en dergelijke. Deze mensen werden gedropt in La Cienega) en arm, mooie, goede huizen zie je er bijna niet.

Callejon de La Loma (28 respondenten), een wijk net buiten het centrum van Cabarete, het is de grootste wijk en zowel de armsten als de middenstand woont er, vooral in het begin van de wijk staan mooie huizen, maar hoe verder je de wijk in gaat hoe armer het wordt.

Barrio Blanco (20 respondenten). Men zegt dat deze wijk zo heet, omdat er zoveel cocaine wordt verhandeld. In deze wijk wonen ook erg veel Haitianen en is zeer arm. Deze wijk ligt ook in het centrum van Cabarete en is vrij klein. Relatief veel respondenten in deze

wijk haakten af, omdat hun Spaans niet goed genoeg was (Haitianen spreken Creools) en/of omdat ze niet of nauwelijks konden lezen.

3.2 Vragenlijst

Om het onderzoek uit te voeren is er een vragenlijst gebruikt. De vragenlijst bestond uit 123 items. Veel items uit de vragenlijst over condoomgebruik waren (ook in het Spaans) al meerdere keren in verschillende onderzoeken gebruikt en waren ook bewezen valide schalen te zijn. Voor de vragen over orale anti-conceptie lag het wat moeilijker, er is nog bijna geen onderzoek gedaan naar de psychologische factoren, die ten gronde liggen aan tienerzwangerschappen. Uit verschillende onderzoeken zijn dus een aantal vragen gehaald en die zijn zo goed mogelijk gecombineerd. Al deze vragen moesten ook nog worden vertaald, dit is gebeurd met de hulp van een Spaanse leraar, daarna is er een kleine test gedaan of alle vragen werden begrepen. Het aantal tienerzwangerschappen is gemeten door 2 vragen te stellen; 102 (ik heb al een kind) en 119 (ben je ooit zwanger geweest?) met als antwoordmogelijkheden ja of nee.

De seksuele activiteit is gemeten met 4 vragen (120-123). Dat zijn achtereenvolgens; heb je ooit seks gehad (ja/nee); als je seks hebt gehad (ja/nee), hoe oud was je toen je dat voor het eerst seks had (leeftijd invullen); heb je in de laatste 4 weken seks gehad (ja/nee); heb je in de laatste 12 maanden seks gehad (ja/nee).

Het anticonceptie gebruik is op 3 verschillende manieren gemeten (116, 117 en 118), een vraag over oraal anticonceptie gebruik (heb je de pil in de afgelopen 4 weken geslikt; ja, ja, maar soms vergeet ik de pil en nee). Een vraag over condoom gebruik (heb je condoom de afgelopen 4 weken gebruikt; ja altijd, ja meestal, ja soms en nee). En een vraag over condoom gebruik en orale anticonceptie samen (gebruik je de pil en het condoom tegelijkertijd; ja altijd, ja meestal, ja soms, nee).

Samenwonen is gemeten door 2 vragen: heb je een vriend (113, ja/nee) en woon je met hem samen (114, ja/nee)?

De *kinderwens* is gemeten door een viertal vragen (103-106) waar ja of nee kon worden geantwoord, de totaalscore gaf dan de hoogte van de kinderwens aan. De vragen waren als volgt: 'ik wil nu een (ander) kind', 'ik wil een (ander) kind over 2 jaar', 'Ik wil later een (ander) kind' en 'ik wil geen (ander) kind'.

Machismo is een schaal van 9 vragen die al eerder is getest (50-59), ook in de Dominicaanse Republiek (Kuijpers & Eijssink, 2005). Het zijn vragen zoals 'een vrouw moet de consequenties van het flirten dragen' en 'een man moet kinderen hebben om een echte man

te zijn'. Er zijn 5 antwoordmogelijkheden van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. Er zijn geen items verwijderd en de betrouwbaarheid is 0,67.

Communicatie patronen: De frequentie van communicatie heeft vier antwoord mogelijkheden: 'nooit', 'soms', 'vaak' en 'heel vaak'.

De frequentie van communicatie over orale anticonceptie (71-74) bestaat uit de vragen 'hoe vaak communiceer je met je moeder/zussen/vrienden/partner over orale anticonceptie?' Deze schaal heeft een betrouwbaarheid van 0,74

Positieve communicatie over orale anticonceptie (75-78); hoe vaak communiceer je positief met je moeder/zussen/vrienden/partner? over orale anticonceptie. De betrouwbaarheid hiervan is 0,77.

Negatieve communicatie over orale anticonceptie (79-82); hoe vaak communiceer je negatief met moeder/zussen/vrienden/partner. over orale anticonceptie. Deze schaal had een betrouwbaarheid van 0,80.

Frequentie van communicatie over condooms (59-62); hoe vaak communiceer je met moeder/zussen/vrienden/vriendje over condooms met een betrouwbaarheid van 0,64.

Positieve communicatie over condooms (63-66); hoe vaak communiceer je positief met je moeder/zussen/vrienden/partner over condooms. De betrouwbaarheid is 0,66.

De negatieve communicatie over condooms (67-70); Hoe vaak communiceer je negatief met je moeder/zussen/vrienden/partner over condooms. Hiervan is de betrouwbaarheid 0,80.

De communicatie patronen over het nu krijgen van kinderen: *Frequentie van communicatie over het nu krijgen van kinderen (83-86)*; Hoe vaak communiceer je met je moeder/zussen/vrienden/partner over het nu krijgen van kinderen? De betrouwbaarheid was 0,79

Frequentie van positieve communicatie over het nu krijgen van kinderen (75-78); Hoe vaak communiceer je positief met je moeder/zussen/vrienden/partner over het nu krijgen van kinderen? De betrouwbaarheid is 0,78

De frequentie van de negatieve communicatie over het nu krijgen van kinderen (79-81); Hoe vaak communiceer je negatief met je moeder/zussen/vrienden/partner over het nu krijgen van kinderen. De betrouwbaarheid is 0,81.

De communicatie vragen werden ook hergecodeerd naar 0-3 in plaats van 1-4. Daarna werd de groepscommunicatie positief berekend door de frequentie x het aantal positief te doen, dus aantal keer moeder x aantal keer moeder positief, en dit voor alle personen. De

gemiddelde score van iedereen samen werd dan berekend. Dit is ook voor de negatieve communicatie gedaan.

De sociale cognities over orale anticonceptie (21-49) hebben allemaal 5 antwoordmogelijkheden, van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. Als eerste de *attitude* (22-32, behalve 30) Daar zijn een aantal vragen uit verwijderd waarna alleen vraag 22, 27, 31 en 32 nog overbleven die samen een betrouwbaarheid van 0,57 hadden. Dit waren vragen als 'ik denk dat de pil veel bijwerkingen heeft' en 'de pil is slecht voor mijn gezondheid'.

Self efficacy werd gemeten door vraag 30 en 36-41. Ook hieruit zijn een aantal vragen verwijderd waarna alleen nog vraag 30 en 37 overbleven die een betrouwbaarheid van 0,63 hebben. De items bestaan uit 'Ik kan de pil heel makkelijk krijgen' en 'ik kan naar een winkel gaan en de pil zelf kopen'.

De *sociale normen* zijn gemeten door vraag 33-35 en 10-12. Deze vragen bestaan uit 'mijn partner denkt dat ik de pil zou moeten gebruiken' en 'de mening van mijn partner is belangrijk voor mij'. De items over de sociale normen en *motion to comply* zijn op een speciale manier omgeschaald, allereerst werden van de sociale normen de scores 1-5 hergecodeerd naar -2 tot 2. Daarna werden deze nieuwe scores vermenigvuldigd met *motion to comply* wat een nieuwe schaal opleverde. De betrouwbaarheid van deze schaal is 0,81. Er zijn geen vragen verwijderd.

Response efficacy wordt door maar één vraag gemeten (21) 'wanneer ik de pil gebruik, raak ik niet zwanger'.

Kwetsbaarheid (45 en 46) en *ernst* (47-49) horen officieel niet bij de theory of planned behavior maar zijn ontleend aan de Protection Motivation Theort. Bij kwetsbaarheid is vraag 46 verwijderd, waardoor alleen vraag 45 over bleef 'wanneer ik geen enkele vorm van anticonceptie gebruik (pil of condoom), loop ik een groot risico om zwanger te raken. Bij ernst zijn ook 2 vragen verwijderd waardoor alleen vraag 48 overbleef; 'als ik zwanger raak, heeft dat een grote negatieve invloed op mijn leven'.

Als laatste van de sociale cognities is de *intentie tot oraal anticonceptie gebruik* is gemeten door 3 vragen (42-44) en een betrouwbaarheid van 0,73. Het gaat hierbij om vragen zoals 'in de toekomst zal ik altijd de pil slikken' en 'in de toekomst zal ik geen seksuele relaties hebben zonder de pil te nemen'.

Kennis is een laatste psychologische factor die bestaat uit 7 vragen, waaronder 'moet je de pil elke dag innemen? (de stopweek uitgezonderd)' (ja/nee) en 'kun je de stopweek overslaan?' (ja/nee) Daarna volgden er 5 vragen met verschillende keuze mogelijkheden.

Deze vragen waren onder andere ‘wat moet je doen als je de pil vergeten bent in te nemen, maar dit is minder dan 12 uur geleden’. De antwoordmogelijkheden bij deze vraag waren; ‘niks’, de extra pil innemen zodra je het je herinnert’, ‘extra voorzorgsmaatregelen nemen’ en anders, zelf antwoord invullen. De laatste vraagt ‘wat moet je doen als je antibiotica en de pil tegelijkertijd moet gebruiken’ had andere antwoordmogelijkheden, bestaande uit ‘niets’, ‘extra voorzorgsmaatregelen nemen’, ‘aan dokter vragen’, ‘aan apotheker vragen’ en anders, zelf invullen’. Bij de kennisvragen is sprake van goed/fout antwoorden, hoewel enkele antwoorden niet fout zijn (zoals bezoeken van dokter) worden zij wel als zodanig berekend, tenslotte gaat het hier om de kennis en als men advies bij de dokter moet vragen is de kennis afwezig. De kennis-vragen werden hergecodeerd waarbij alle foute antwoorden een 0-score kregen en alle goede antwoorden een 1.

De sociale cognities over condoom gebruik zijn bij dit onderwerp al veel vaker gebruikt, ook in de Dominicaanse Republiek. De antwoordmogelijkheden waren ‘helemaal mee oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. Alle schalen hadden zich dus al bewezen. Als eerste was er de *attitude* (1-6) met een betrouwbaarheid van 0,80. Enkele stellingen hieruit waren ‘condooms maken seks minder romantisch’ en ‘condooms maken seks moeilijker’. De self efficacy werd gemeten door de vragen 13-17 en bestond uit: ‘ik denk dat condooms gebruiken moeilijk is’ en ‘mijn partner zal boos worden als ik voorstel om condooms te gebruiken’. De betrouwbaarheid van de *self efficacy* schaal is 0,63. De *sociale normen* bestonden uit de vragen 7-12 en hadden een betrouwbaarheid van 0,72. Het ging hier om vragen als ‘mijn ouders vinden dat ik condooms moet gebruiken’ en de mening van mijn ouders is belangrijk voor mij’. Vraag 18-20 meten ten slotte de *intentie tot condoom gebruik*. Dit zijn vragen zoals ‘in de toekomst zal ik altijd condooms gebruiken’ en ‘ik zal geen seksuele relaties hebben als er niet de mogelijkheid is om condooms te gebruiken’. De betrouwbaarheid van deze schaal is 0,69.

Het *middelen gebruik* is gemeten door middel van twee vragen; ‘Drink je alcohol?’ en ‘rook je marihuana?’ Met als antwoord mogelijkheden ‘ja heel vaak’, ‘ja soms’, ‘ja heel soms’ en ‘nee nooit’.

Nadat alle data was verzameld werd deze geanalyseerd door SPSS 12.01. Als eerste werden de variabelen gecodeerd. Op alle vragen waar alleen ja of nee op geantwoord kon worden was nee 1 en ja 2. Om de opleiding te coderen werd gebruikt gemaakt van een score van 1 tot 12, 1 t/m 8 was de basisschool en 9 t/m 12 het voortgezet onderwijs, waarbij klas 12 de laatste klas is. Daarna werd alles ingevoerd en geanalyseerd. Er is gebruik gemaakt van t-toetsen, correlaties en regressie-analyses.

3.3 Procedure

De meerderheid van de respondenten werd verkregen op scholen, dit ging als volgt. Er werd een bezoek gepleegd aan een bepaalde school waar dan een leraar werd opgezocht en aangesproken, deze riep meestal de directeur erbij. Er werd dan uitgelegd aan de directeur waar het onderzoek over ging en waarom er hulp nodig was. In alle gevallen gaf de directeur toestemming om meisjes te benaderen.

Alle 28 respondenten in Sabaneta zijn in de middag klassen verkregen (van 14.00-17.00). Dit waren alle meisjes die op dat moment een vrij uur hadden, zij werden in een apart lokaal gezet waarin een leraar een korte uitleg gaf over de vragenlijst en hoe deze ingevuld moest worden. Als er tijdens het invullen nog vragen waren, konden die altijd worden gesteld. Een aantal voorbeeldvragen zijn behandeld na aanleiding van veel vragen. Nadat ze alles hadden ingevuld, konden ze de vragenlijst inleveren en weggaan.

Alle 59 respondenten in Sosua zijn in de les benaderd, zij bleven in hun eigen klas zitten en vulden daar de vragen in, nadat zij een korte uitleg kregen en er wat voorbeeldvragen waren gegeven. De leraar bleef beschikbaar om vragen aan te stellen, 1 uur later werden de vragenlijsten weer opgehaald, maar lang niet iedereen was klaar, dus na nog een uur is nog een ronde gedaan om de resterende vragenlijsten op te halen.

Op de priveschool werd dezelfde procedure gevolgd als op de andere scholen, alleen moesten de meisjes na schooltijd de vragenlijst invullen en mochten pas weg als het af was. Eerst werd een korte uitleg gegeven over de vragenlijst en hoe je deze in moest vullen, 1 meisje gaf aan dat haar Spaans nog heel slecht was en dat ze de lijst niet in kon vullen.

In de buurten werden alle respondenten persoonlijk benaderd en gevraagd of ze mee wilden doen, daarna kregen ze een persoonlijke uitleg en werden een paar vragen voor gedaan. Veel mensen hadden moeite met de vragenlijst, dit bleek ook uit de grote hoeveelheid vragen die werden gesteld.

Aan alle respondenten is heel duidelijk gemaakt dat de vragenlijst anoniem is en dat de naam nergens vermeldt hoeft te worden, verder is er benadrukt dat het alleen om de eigen mening gaat en je het dus persoonlijk moet invullen, zonder hulp van anderen. Vooral in de wijken, moest nog wel eens worden ingegrepen, want het liefst hadden ze iedereen om hulp gevraagd.

De response rate was goed tot redelijk goed. 100% voor zowel de school in Sabaneta als in Sosua en voor de priveschool was dat 97%. Van de wijken had La Cienega de beste

response rate met 78%, gevolgd door Callejon de la Loma (71%) en als laagste Barrio Blanco (55%).

4. Resultaten

4.1 Omvang probleem

4.1.1 Respondenten

Tabel 5 laat een aantal demografische kenmerken zien van de steekproef.

Tabel 5

Demografische kenmerken

	n=202
Buurt	
School Sabaneta	28 (14%)
School Sosua	59 (29%)
Prive school	30 (15%)
La Cienega	37 (18%)
Callejon de la Loma	28 (14%)
Barrio Blanco	20 (10%)
Leeftijd	
Gemiddelde	17
Mediaan	17
Opleiding	
Klas 5	2 (1%)
Klas 6	6 (3%)
Klas 7	4 (2%)
Klas 8	10 (5%)
Klas 9	29 (14%)
Klas 10	31 (15%)
Klas 11	44 (22%)
Klas 12	68 (34%)
Onbekend	8 (4%)

Uit tabel 5 blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de respondenten 17 was. De jongste was hierbij 13 en de oudste 22. Verder bleek dat de overgrote meerderheid (85%) op het voortgezet onderwijs zit of heeft gezeten (klas 9 t/m 12). 34% daarvan zit in de laatste klas van het voortgezet onderwijs of heeft die afgerond, niemand heeft universitair niveau gedaan. Ook blijkt dat 11% van de meisjes alleen basisonderwijs heeft gehad.

4.1.2 Life-time prevalentie tienerzwangerschappen en vroege seksuele activiteit

Tabel 6 laat het aantal meisjes zien dat ooit zwanger is geweest en/of al moeder is. Daarbij laat het ook nog het percentage meisjes zien dat seksueel actief is

Tabel 6

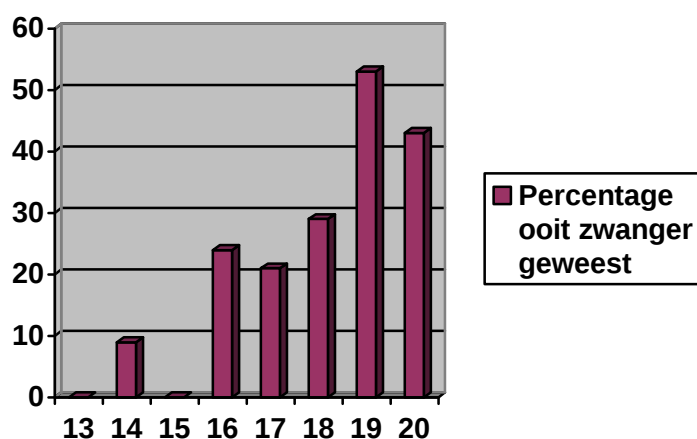
Seksuele activiteit en zwangerschapsprevalentie

	Alle meisjes (n=202)	Seksueel actief (n=116)
Zwanger geweest	51 (27%)	51 (45%)
Heeft al een kind	40 (20%)	36 (31%)
Seksueel actief	116 (57%)	116 (100%)
Afgelopen 4 weken		85 (73%)
Afgelopen 12 maand		106 (91%)
Aantal seksuele partners afgelopen 12 maand		
0	78 (41%)	5 (4%)
1	80 (42%)	78 (67%)
2	24 (13%)	23 (20%)
3 of meer	9 (5%)	9 (8%)

Uit tabel 6 blijkt dat 27% van alle meisjes al eens zwanger is geweest. Ook opvallend is dat 45% van de meisjes die seksueel actief zijn zwanger zijn geweest en bijna eenderde is daarvan al moeder. Seksueel actief zijn is hier dus een hele grote risicofactor voor een zwangerschap. In grafiek 1 is de relatie tussen leeftijd en het percentage zwangerschappen te zien.

Grafiek 1

Relatie tussen leeftijd en ooit zwanger geweest



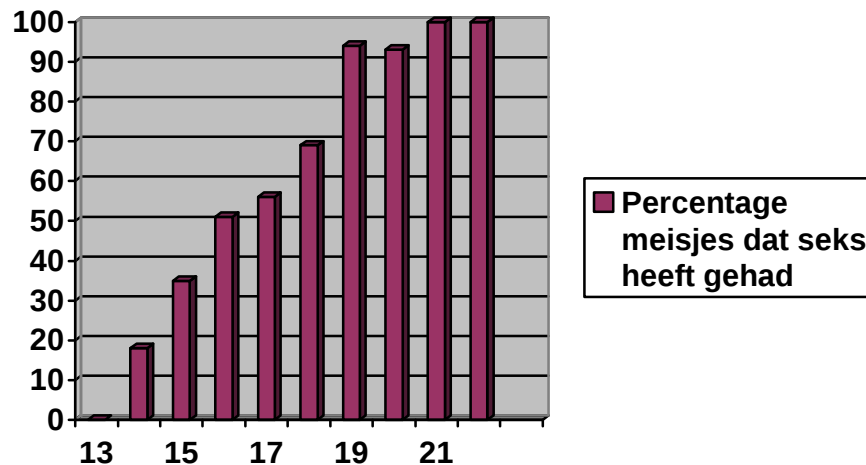
In grafiek 1 is te zien dat de meisjes steeds vaker zwanger raken vanaf hun 16e jaar. 24% van de 16-jarige meisjes is al eens zwanger geweest. Bij meisjes jonger dan 16 jaar lijkt een zwangerschap meer incidenteel te zijn. De balk bij 14-jarige meisjes geeft wel 9% aan, maar er zijn slechts 11 14-jarige meisjes, waarvan er 1 zwanger is geweest. Het percentage zwangerschappen stijgt ook van het 18^e naar het 19^e levensjaar. Hieruit is dus af te leiden dat

16 en 19 een soort van risicoleeftijden zijn, omdat het aantal zwangerschappen in deze leeftijden heel erg toeneemt.

In grafiek 2 is de relatie tussen leeftijd en seksuele activiteit te zien

Grafiek 2

Relatie tussen leeftijd en seksuele activiteit bij meisjes tussen 13 en 22 jaar (n=195)

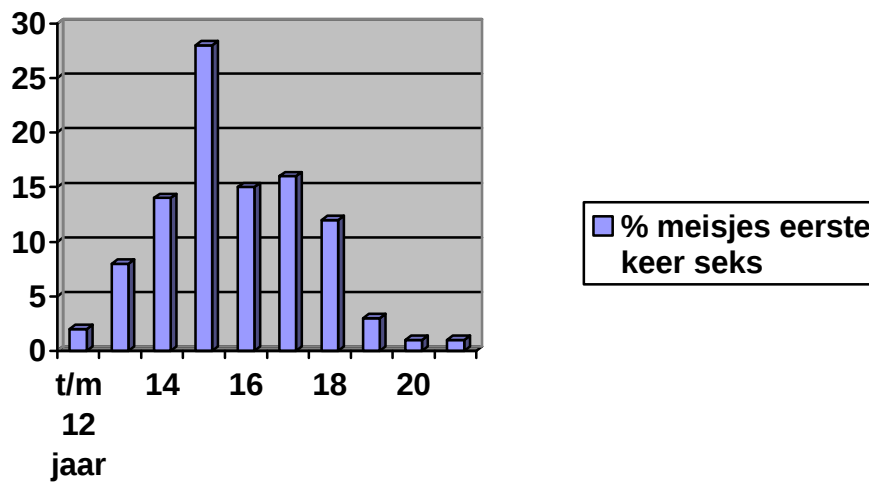


In grafiek 2 is te zien dat veel meisjes op hun 15^e al seks hebben gehad, op het 16^e levensjaar zijn er meer meisjes die seks hebben gehad dan geen seks. Die verschillen worden alleen maar groter naarmate de meisjes ouder worden. Ook blijkt dat er een grote toename is in het aantal meisjes dat seks heeft van het 15^e op 16^e levensjaar, wat kan verklaren waarom er ineens zoveel zwangerschappen zijn bij meisjes van 16 jaar. Ook blijkt uit de grafiek dat er bijna geen meisjes van 19 (en ouder) zijn die nog geen seks hebben gehad.

Grafiek 3 laat de leeftijd zien waarop de al seksueel actieve meisjes ontmaagd zijn.

Grafiek 3

Leeftijd eerste keer seks van Dominicaanse meisjes die zeggen al seks te hebben gehad



Grafiek 3 laat een zelfde soort plaatje zien als grafiek 2. Al ligt de leeftijd waarop wordt begonnen wel lager. Maar ook grafiek 2 laat zien dat er een grote toename is van meisjes die beginnen met seks op het 15^e levensjaar. Na hun 19^e zijn er nauwelijks nog meisjes die met seks beginnen. Het is ook mogelijk dat er nog een groep is die pas veel later seks heeft (en bijv. wacht op het huwelijk).

4.1.3 Anticonceptie gebruik

Tabel 7 laat het anticonceptie gebruik zien van de seksueel actieve meisjes

Tabel 7

Anticonceptie gebruik bij seksueel actieve meisjes, zowel samenwonend als niet samenwonend

	Seksueel actief (n=116)	Samenwonend (n=48)	Seksueel actief, niet samenwonend (n=65)
Pil gebruik laatste 4 weken			
Ja	33 (28%)	21 (44%)	11 (17%)
Ja, maar vergeet hem wel soms	10 (9%)	4 (8%)	6 (9%)
Nee	72 (62%)	23 (48%)	48 (74%)
Condoomgebruik laatste 4 weken			
Ja	25 (22%)	7 (14%)	18 (28%)
Ja, meestal	7 (6%)	1 (2%)	5 (8%)
Ja, soms	19 (16%)	9 (18%)	9 (14%)
Nee	54 (47%)	32 (65%)	22 (34%)
Onbekend	11 (10%)	0	11 (17%)
Condoomgebruik en pil tegelijktijd			
Ja, altijd	6 (5%)	1 (2%)	5 (8%)
Ja, meestal	2 (2%)	0 (0%)	2 (3%)
Ja, soms	21 (18%)	7 (14%)	14 (22%)
Nee	87 (75%)	41 (84%)	44 (68%)

In tabel 7 is te zien dat van de samenwonende meisjes 44% consequent de pil gebruikt. Van de niet samenwonende meisjes is dit slechts 17%. Voor consequent condoomgebruik liggen deze cijfers voor samenwonende meisjes op 14% en voor niet samenwonende op 28%. Samenwonende meisjes gebruiken dus iets vaker een anticonceptiemiddel (pil of condoom), namelijk 58%, terwijl bij niet samenwonende meisjes dat maar 45% is. Uit tabel 7 blijkt ook dat tegelijk gebruik van condoom en pil maar heel weinig voorkomt, bij niet samenwonende meisjes iets vaker dan samenwonende.

4.2 Culturele factoren

4.2.1 Samenwonen

Samenwonen is een belangrijke factor bij het aantal tienerzwangerschappen. In tabel 8 worden het aantal meisjes met een vriendje en het aantal dat met hun vriendje samenwoont weergegeven.

Tabel 8

Vriendjes en samenwonen

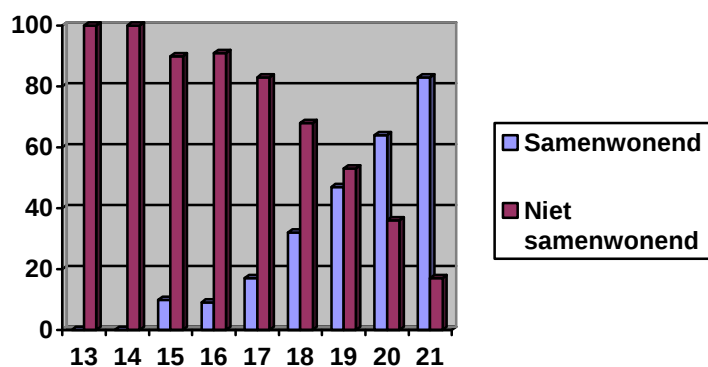
Achtergrond variabelen	Iedereen (n=202)	Seksueel actief (n=116)	Samenwonen (n=49)
Vriend			
Ja	126 (62%)	91 (79%)	49 (100%)
Nee	65 (32%)	23 (20%)	
Onbekend	11 (5%)	2 (1%)	
Samenwonen			
Ja	49 (24%)	49 (43%)	49 (100%)
Nee	142 (70%)	65 (56%)	
Onbekend	11 (5%)	2 (2%)	
Zwanger			
Ja	51 (25%)	51 (44%)	30 (61%)
Nee	140 (69%)	63 (54%)	18 (37%)
Onbekend	11 (5%)	2 (2%)	1 (2%)

Uit tabel 8 blijkt dat 61% van alle meisjes die samenwonen ooit zwanger is geraakt. Verder blijkt dat een groot deel van de meisjes een vriend heeft (62%), bij seksueel actieve meisjes is dat zelfs 79%. Ook zie je dat een groot deel van de meisjes al samenwoont, namelijk 24%, van meisjes die seks heeft is dat zelfs al 43%. Dit is een zeer hoog aantal in de leeftijdscategorie van 13 tot 22 jaar. In Nederland heeft slechts 13% van de meisjes onder de 20 ervaring met samenwonen (CBS, 2004)

In grafiek 4 is een verdeling te zien van het aantal meisjes dat samenwoont en niet samenwoont naar leeftijd.

Grafiek 4

Percentages samenwonende en niet samenwonende meisjes



In grafiek 4 is te zien dat meisjes in de Dominicaanse Republiek beginnen met samenwonen op hun 15^e jaar. Naarmate ze ouder worden loopt dit aantal steeds meer op. Tegen de tijd dat

ze 19 zijn woont bijna de helft van de meisjes al samen. Het samenwonen begint dus op vroege leeftijd en loopt heel snel op.

4.2.2 Kinderwens

Het is ook zeer aannemelijk dat een hoge kinderwens (op jonge leeftijd) het aantal tienerzwangerschappen in de hand werkt. Tabel 9 gaat over deze kinderwens.

Tabel 9

Kinderwens (n=197)

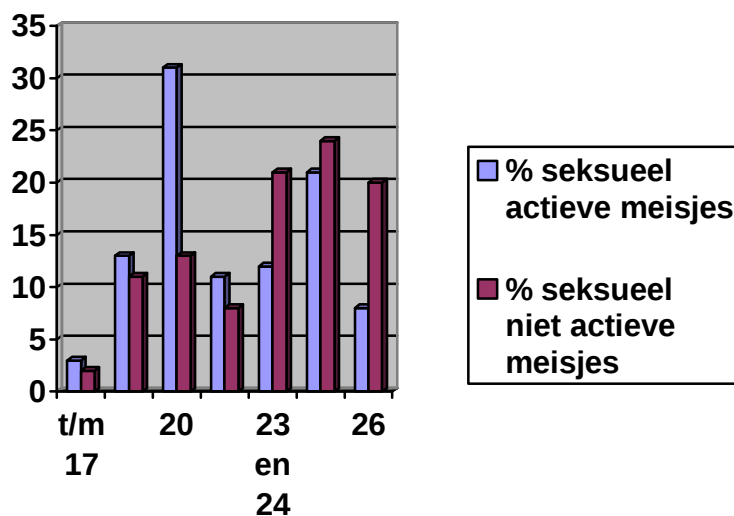
<i>Kinderwens</i>	<i>Aantal</i>
Heeft al een kind	40 (20%)
Wil nu een (ander) kind	13 (7%)
Wil over 2 jaar een (ander) kind	50 (25%)
Wil later een (ander) kind	93 (47%)
Wil nooit een (ander) kind	41 (20%)
Ideale aantal kinderen gem.	2,5
Mediaan	2,0
Min.	1
Max.	5
Std. deviatie	0,74

In tabel 9 is te zien dat 20% van de meisjes al een kind heeft, daarbij wil 7% nu onmiddellijk graag weer een (ander) kind. 25% van de meisjes wil over 2 jaar een (ander kind). Dit houdt in dat een derde van de meisjes binnen nu en 2 jaar een kind wil krijgen. Dat is erg veel als je bedenkt dat de gemiddelde leeftijd van deze meisjes op 17 ligt. Hieruit kan afgeleid worden dat in ieder geval een deel van de tienerzwangerschappen met opzet is.

Om nog iets dieper in te gaan op de kinderwens volgt hieronder in grafiek 5 informatie wat de ideale leeftijd is om een eerste kind te krijgen.

Grafiek 5

Ideale leeftijd voor het eerste kind



Uit grafiek 5 blijkt dat een klein aantal van de ondervraagde meisjes vindt dat de ideale leeftijd voor het eerste kind onder de 17 ligt. Ook laat grafiek 4 zien dat bij seksueel actieve meisjes de ideale leeftijd voor het eerste kind een stuk lager ligt dan bij seksueel niet actieve meisjes. 16% van de seksueel actieve meisjes vindt dat de ideale leeftijd om je eerste kind te krijgen voor je 20^{ste} ligt, tegenover 13% van de niet seksueel actieve meisjes. En zo is er bij seksueel actieve meisjes een heel duidelijke top bij de leeftijd van 20 jaar (31%) terwijl maar 13% van de niet seksueel actieve meisjes dit de beste leeftijd vindt. Voor het t/m het 22ste zijn er meer seksueel actieven die het de ideale leeftijd vinden. Terwijl je na het 23^{ste} jaar juist weer meer seksueel niet actieven ziet.

Er is in verschillende wijken en in verschillende scholen onderzoek gedaan, tabel 10 laat zien of er nog verschillen zijn dus de scholen en wijken onderling

Tabel 10

Kinderwens per buurt

Buurt	Heeft al een kind		Wil nu kinderen		Wil over 2 jaar kinderen		Wil later kinderen		Wil geen kinderen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
School Sabaneta	0	0	0	0	5	18	17	61	6	21
School Sosua	20	34	8	14	18	31	23	39	10	17
Prive school	0	0	0	0	9	30	16	53	5	17
La Cienega	3	8	0	0	3	9	22	67	8	24
Callejon	11	39	2	7	7	25	15	54	4	14
Barrio Blanco	6	30	2	10	8	40	5	25	5	25

Tabel 10 laat zien dat er grote verschillen zijn tussen de verschillende buurten. Niet alleen in de kinderwens, maar ook in het percentage dat al een kind heeft. Het hoogste percentage heeft de buurt Callejon de La Loma waar 39% van de meisjes al een kind heeft. Op de prive school en de school in Sabaneta hebben ze het laagste percentage (allebei 0). Verassend is wel dat er op de priveschool een vrij hoog percentage is dat over 2 jaar kinderen wil (30%). De hoogste kinderwens is er op de school in Sosua waar 45% binnen nu en 2 jaar een kind wil. Terwijl in La Cienega (1 van de armere wijken) juist weer de laagste kinderwens heerst. Waar deze verschillen door komen is niet duidelijk, maar het lijkt op basis van de gegevens onwaarschijnlijk dat economische omstandigheden er iets mee te maken hebben.

4.2.3 Communicatie patronen over het nu krijgen van kinderen

De kinderwens kan een belangrijke rol spelen in het hoge aantal tienerzwangerschappen. Maar hoe wordt er nou eigenlijk gecommuniceerd met de directe omgeving over het nu krijgen van kinderen. In tabel 11 staat hoe vaak moeder, zussen, vrienden en partner er regelmatig positief dan wel negatief over praten.

Tabel 11

Frequentie waarmee gecommuniceerd wordt over het nu krijgen van kinderen

	<i>Aantal dat regelmatig tot vaak communiceert</i>							
	Moeder		Zussen		Vrienden		Partner	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoe vaak wordt er gecommuniceerd over het nu krijgen van kinderen	60	30	45	22	60	30	76	38
Hoe vaak wordt er positief gecommuniceerd over het nu krijgen van kinderen	17	9	18	9	37	18	45	22
Hoe vaak wordt er negatief gecommuniceerd over het nu krijgen van kinderen	88	44	68	34	73	36	64	32

In tabel 11 vallen eigenlijk 3 dingen op. Ten eerste wordt er vaker negatief gesproken over het nu krijgen van kinderen dan positief. Dat geldt voor zowel de moeder, zussen, vrienden en partner. Ten tweede spreken de partners het meeste over het nu krijgen van kinderen (38%). Zij spreken het vaakste positief over het nu krijgen van kinderen (22%) en het minst vaak negatief over het nu krijgen van kinderen (32%). Ten derde spreken de moeders het minst vaak positief (9%) over het nu krijgen van kinderen en het vaakst negatief (44%).

4.2.4 Machismo

Machismo is een derde culturele variabele die invloed kan hebben op anticonceptie gebruik en daarmee tienerzwangerschappen. In tabel 12 worden daarom alle items uit de machismo schaal besproken en hoe er door de meisjes op gescoord is.

Tabel 12

Machismo onder Dominicaanse meisjes (n=182)

	Volledig mee oneens	Meen oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
	%	%	%	%	%
- Een vrouw moet stemmen zoals haar man wil	29	42	12	14	4
- De man moet alle belangrijke beslissingen nemen	34	39	9	12	7
- Het is beter voor een man om bevelen te geven dan ze te krijgen	11	22	16	36	15
- Een man moet kinderen hebben om een echte man te zijn	28	29	10	20	13
- Het is gevaarlijk voor een vrouw om veel of meer te weten over seks dan een man	24	31	21	14	11
- Een vrouw moet de consequenties dragen van het flirten	13	29	15	30	14
- Een man laat minder respect zien voor een vrouw als hij tegen haar over seks praat	12	24	17	29	18
- Het hebben van seksuele ervaringen voor het huwelijk is belangrijker voor een man dan voor een vrouw	9	20	16	31	25
- Het is schadelijk voor een man om seksueel opgewonden te zijn, maar niet klaar te komen	13	13	32	32	28

In tabel 12 zie je dat de meisjes behoorlijke machistische antwoorden geven. De machistische stelling waar de meeste meisjes het mee eens zei is; 'het is schadelijk voor een man om seksueel opgewonden te zijn, maar niet klaar te komen'. Daar is in totaal 60% het mee eens of zeer mee eens. Ook vinden de meeste (56%) dat seksuele ervaringen voor het huwelijk voor mannen belangrijker zijn dan voor vrouwen. 53% vindt dat het voor mannen beter is om bevelen te geven dan ze te krijgen. De meeste meisjes zijn het er niet mee eens (71%) dat een vrouw moest stemmen zoals haar man wil en dat de man alle belangrijke beslissingen moet nemen (73%)

Er wordt verondersteld dat machismo wel een relatie heeft met sociaal-economische status, daarom hieronder tabel 13 die de gemiddelde machismo score per buurt weer geeft.

Tabel 13

Machismo score in verschillende buurten

<i>Buurt</i>	<i>Gem. score</i>
Sabaneta	3,0
Sosua	2,8
La Cienega	3,0
Callejon de La Loma	2,9
Barrio Blanco	3,1
Prive school	2,5

Tabel 13 laat zien dat er wel verschillen zijn in de machismo score tussen de verschillende buurten, maar deze verschillen zijn relatief klein. Zo is de laagste score te vinden op de prive school met een score van 2,5 (met de hoogste sociaal economische status). De laagste scores zijn te vinden in Barrio Blanco (3,1) en La Cienega (3,0), de twee armste wijken.

4.2.5 Communicatie patronen over orale anti conceptie

Er wordt verwacht dat communicatie patronen met de nabije omgeving een belangrijke rol spelen in het gebruik van anticonceptie, tabel 13 laat zien hoe vaak er wordt gecommuniceerd met bepaalde personen uit de nabije omgeving over orale anticonceptie

Tabel 14

Frequentie waarmee gecommuniceerd wordt over orale anticonceptie

	<i>Aantal dat regelmatig tot vaak communiceert</i>							
	Moeder		Zussen		Vrienden		Partner	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoe vaak wordt er gecommuniceerd over orale anticonceptie	87	43	65	32	76	38	71	35
Hoe vaak wordt er positief gecommuniceerd over orale anticonceptie	80	40	71	35	80	40	74	37
Hoe vaak wordt er negatief gecommuniceerd over orale anticonceptie	23	11	25	13	31	15	32	16

In tabel 14 is te zien dat moeder het vaakst communiceert met haar dochter over orale anticonceptie, namelijk 43%. Dat wil echter ook zeggen dat 57% van de moeder niet of nauwelijks praat over orale anticonceptie. Moeders zijn ook het positiefste over orale anticonceptie (40% praat er geregeld over) en het minst negatief (11% praat er regelmatig negatief over). Vriendjes lijken er met 16% het vaakst negatief over te communiceren.

Het kan echter zo zijn dat het niet van belang is wie er precies over praat, maar wat de gewogen invloed van al die personen samen is. In tabel 15 volgt daarom wat informatie over de totale positieve groepsinvloed

Tabel 15

Hoogte groepsinvloed van positieve communicatie over orale anticonceptie

<i>Groepsinvloed positief</i>	<i>Gem. (score 0-9)</i>
Moeder	2,6
Zussen	1,9
Vrienden	2,1
Partner	2,1
Totaal (score 0-36)	8,7

In tabel 15 is weer te zien dat de moeder het meest positief is over orale anticonceptie, maar dat ze gemiddeld genomen maar licht positief is met een score van 2,6 van 0 tot 9. De totaalscore van alle invloeden samen kan variëren van 0 tot 36, maar is hier maar 8,7.

Behalve de positieve invloed is natuurlijk ook de negatieve invloed van belang. Deze wordt hieronder in tabel 16 besproken

Tabel 16

Hoogte groepsinvloed van negatieve communicatie over orale anticonceptie

<i>Groepsinvloed negatief</i>	<i>Gem. (score 0-9)</i>
Moeder	0,8
Zussen	0,6
Vrienden	0,8
Partner	0,7
Totaal (score 0-36)	2,9

Tabel 16 laat zien dat er maar heel licht negatief wordt gesproken over orale communicatie en dat er ook weinig verschillen tussen de verschillende personen. De totale score van negatieve communicatie is slechts 2,9.

4.3 Theory of planned behavior

Na de resultaten van de culturele factoren te hebben besproken, volgen nu de psychologische factoren. Te beginnen met de sociale cognities.

4.3.1 Attitude

De attitude speelt een belangrijke rol in de theory of planned behavior. Onder de attitude vallen de positieve en negatieve opvattingen die mensen over anticonceptie gebruik hebben. Welke opvattingen Dominicaanse meisjes precies hebben over orale anticonceptie staat beschreven in tabel 17

Tabel 17

Attitude over oraal anticonceptie gebruik (n=179)

Attitude vragen	Volledig mee oneens %	Mee oneens %	Neutraal %	Eens %	Volledig mee eens %
Naden van de pil					
- Ik denk dat de pil veel negatieve bijwerkingen heeft	9	19	16	38	18
- De pil maakt me dik	5	10	30	40	15
- De pil is slecht voor mijn gezondheid	9	21	31	26	13
- De pil vermindert mijn seksuele genot	25	30	29	12	3
- Ik neem de pil niet, omdat deze mij niet beschermst tegen SOA	22	28	16	20	14
- Het is slecht om anticonceptie te gebruiken	28	36	16	13	7
- Ik denk dat de pil mij onvruchtbaar maakt	12	18	26	31	13
Voordelen van de pil					
- Het is een voordeel voor mij dat je de pil in het geheim kunt nemen	15	32	24	18	11
- De pil helpt tegen acne	21	23	40	40	6
- Ik kan de pil innemen zonder dat mijn ouders dat weten	9	26	11	34	22

Uit tabel 17 blijkt dat er nog al wat negatieve opvatting over orale anticonceptie heersen onder de Dominicaanse meisjes. Zo denkt 56% dat de pil veel negatieve bijwerkingen heeft. 55% denkt dat de pil dik maakt. 39% denkt dat de pil slecht is voor de gezondheid en 44% denkt dat de pil je onvruchtbaar maakt. Er heersen dus nogal wat (onterechte) negatieve gedachten over orale anticonceptie. De attitude vragen waar de schaal uit bestaat zijn: ik denk dat de pil

veel bijwerkingen heeft, de pil is slecht voor mijn gezondheid, het is slecht om anticonceptie te gebruiken en ik denk dat de pil mij onvruchtbaar maakt.

De belangrijkste positieve opvatting met 56% is dat ze de pil kunnen innemen zonder dat ouders het weten. Er is echter maar een relatief klein deel (29%) dat het een voordeel vindt dat je de pil in het geheim kunt innemen. 46% is het er wel mee eens dat de pil kan helpen tegen acne.

4.3.2 Self efficacy

Self efficacy is een ander onderdeel van de Theory of Planned Behavior. Hierbij draait het erom in hoeverre de meisjes zichzelf in staat te achten om bepaald gedrag uit te voeren. In dit geval dus, of zijzelf denken of ze orale anticonceptie goed kunnen gebruiken. In tabel 18 is de self efficacy van de Dominicaanse meisjes betreffende orale anticonceptie te zien.

Tabel 18

Self efficacy van orale anticonceptie (n=192)

Self efficacy vragen	Volledig mee oneens %	Mee oneens %	Neutraal %	Mee eens %	Volledig eens %
- Ik kan de pil makkelijk krijgen	7	11	9	44	28
- De pil is voor mij moeilijk om te gebruiken	19	27	24	21	9
- Ik kan naar een winkel en zelf de pil kopen	9	11	9	41	30
- De pil is te duur	21	36	25	12	7
- Het is moeilijk voor mij om te onthouden de pil elke dag in te nemen	15	25	22	30	9
- Mijn partner zou boos worden als ik zou voorstellen om de pil te gebruiken	24	35	28	10	3
- Ik schaam me als ik de pil moet kopen	30	31	17	16	6

In tabel 18 is te zien tegen welke problemen een aantal Dominicaanse meisjes tegen zou kunnen komen als ze de pil zouden willen gebruiken. De vragen die in de vragenlijst zijn opgenomen zijn: Ik kan de pil makkelijk krijgen en ik kan naar een winkel en zelf de pil kopen. In tabel 18 is te zien dat 39% het moeilijk vindt om de pil elke dag in te nemen en 30% vindt de pil moeilijk om te gebruiken. Slechts 20% vindt de pil te duur en 72% kan de pil

makkelijk krijgen. Uit de resultaten wordt dus duidelijk dat eventuele problemen niet liggen aan de bereikbaarheid van de pil, maar aan moeilijkheden met het gebruik daarvan.

4.3.3 Sociale normen

Een ander onderdeel van de theory of planned behavior zijn de sociale normen over anticonceptie gebruik die in de omgeving heersen, in dit geval de partner, vrienden en ouders. In tabel 19 zie je de sociale normen die heersen over anticonceptie gebruik.

Tabel 19

Sociale normen over orale anticonceptie van partner, vrienden en ouders.

Sociale normen pil	Gem. score
Sociale normen van partner	3,5
Sociale normen van vrienden	3,5
Sociale normen van ouders	3,4

In tabel 19 zie je dat de sociale normen van partner, vrienden en ouders niet veel van elkaar schelen. Ze scoren allemaal een 3,5 op een score van 1-5. De sociale normen die heersen zijn dus licht positief.

4.3.4 Response efficacy, kwetsbaarheid en ernst

Als laatste van de sociale cognities dan nog response efficacy, kwetsbaarheid en ernst. Bij response efficacy gaat het erom of men denkt dat bepaald gedrag effectief is. Dus of men gelooft dat oraal anticonceptie gebruik ook daadwerkelijk helpt beschermd tegen zwangerschap. Bij kwetsbaarheid draait het erom of men gelooft dat men het risico loopt om zwanger te raken als het gedrag (anticonceptie gebruik) niet wordt uitgevoerd. Ernst gaat over de ernst van het zwanger raken, hecht men er zware negatieve consequenties aan of niet. In tabel 20 worden deze onderdelen besproken.

Tabel 20

Response efficacy van orale anticonceptie en kwetsbaarheid en ernst van zwangerschap (n=198)

Response efficacy, vulnerabilty en severity vragen	Volledig mee oneens %	Mee oneens %	Neutraal %	Mee eens %	Volledig mee eens %
Response efficacy					
- Wanneer ik de pil gebruik, raak ik niet zwanger	7	17	19	33	25
Kwetsbaarheid					
- Wanneer ik geen enkele vorm van anticonceptie gebruik (pil of condoom) dan loop ik een groot risico om zwanger te worden	4	7	4	37	48
- Ik maak me geen zorgen over zwanger worden, ook als ik geen anticonceptie gebruik	29	31	17	16	8
Ernst					
- Wanneer ik zwanger raak, heeft dat een grote positieve invloed op mijn leven	17	10	18	35	20
- Wanneer ik zwanger raak, heeft dat een grote negatieve invloed op mijn leven	22	27	20	18	13
- Zwanger raken vermindert mijn kans op een goede opleiding	15	16	8	30	30

In tabel 20 is te zien dat 24% van de meisjes niet gelooft dat de pil een zwangerschap doet voorkomen, dat is natuurlijk een heel hoog percentage. 85% is het er overigens wel mee eens dat ze een groot risico lopen om zwanger te worden als ze geen enkele vorm van anticonceptie gebruiken. Maar 24% geeft ook aan dat ze zich helemaal geen zorgen maken over zwanger worden óók als ze helemaal geen anticonceptie gebruiken. Uit de ernst van een zwangerschap blijkt dan ook dat 55% van de meisjes denkt dat een zwangerschap een positieve invloed op hun leven zal hebben, terwijl maar 31% denkt dat het een negatieve invloed zal hebben. Wel is de meerderheid (60%) het er mee eens dat een zwangerschap de kansen op een goede opleiding verkleint.

4.4 Kennis over orale anticonceptie

Dan de laatste psychologische factor is kennis. Voor een consequent en goed gebrek van de pil is er wel een bepaalde basiskennis nodig. Het was onbekend hoe het met die kennis onder Dominicaanse meisjes gesteld was. In tabel 21 is te zien hoe alle vragen zijn beantwoord.

Tabel 21

Score op de individuele kennisvragen

Kennisvragen	Aantal goed	Percentage goed	Percentage niet fout (bezoek arts/apotheek)
- Wat moet je doen als je de pil vergeet, maar dit minder dan 12 uur geleden is? (vergeten pil innemen)	116	57	2
- Moet je de pil elke dag innemen? (ja)	106	53	/
- Wat moet je doen als je de pil vergeet maar dit méér dan 12 uur geleden is? (extra voorzorgsmaatregelen nemen, zoals condoom gedurende 1 week)	94	47	4
- Wat moet je doen als je ziek bent (met overgeven of diarree) maar dit duurt minder dan 12 uur (extra pil innemen)	57	28	24
- Kun je de 7-daagse rust periode overslaan? (ja)	54	27	/
- Wat moet je doen als je ziek bent (met overgeven of diarree) maar dit duurt méér dan 12 uur (extra voorzorgsmaatregelen nemen gedurende 1 week)	44	22	30
Wat moet je doen als je antibiotica moet innemen samen met orale anticonceptie (extra voorzorgsmaatregelen nemen)	10	5	82

In tabel 21 is goed te zien hoe laag de kennis over de pil onder Dominicaanse meisjes is. Zo weet meer 53% dat je de pil elke dag in moet nemen. Als ze de pil minder dan 12 uur geleden vergeten zijn dan weet 57% nog dat ze de vergeten pil kunnen innemen en dat er dan niks meer aan de hand is. Bij overgeven en diarree weet maar een klein gedeelte wat er gedaan moet worden (28% als het korter duurt dan 12 uur en 22% als het langer duurt dan 12 uur). Maar een groot gedeelte geeft wel aan dat ze in dit geval naar de dokter of apotheek zouden gaan om advies te vragen. Dit is ook het geval als antibiotica tegelijkertijd met de pil moet worden ingenomen, 5% weet dan maar wat te doen, maar 82% zou hiervoor naar de apotheek of dokter gaan om advies te vragen.

In tabel 22 is te zien wat de kennis-score is van zowel meisjes die aan de pil zijn en die de pil niet gebruiken.

Tabel 22

Kennisscore van Dominicaanse meisjes over de orale anticonceptie

<i>Totaal aantal goed</i>	<i>Iedereen (n=202)</i>		<i>Gebruikt pil (n=44)</i>		<i>Gebruikt niet (n=147)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0	14	7	1	2	8	5
1	45	22	9	21	36	25
2	56	28	14	32	40	27
3	47	23	10	23	33	22
4	25	12	4	9	21	14
5	8	4	2	5	6	4
6	6	3	3	7	3	2
7	1	1	1	2	0	0

In tabel 22 is te zien dat de kennis over de pil erg slecht is, slechts 1 persoon heeft alle vragen goed beantwoord. 57% heeft 2 (of minder) vragen goed. Terwijl maar 20% de helft van de vragen of meer goed heeft beantwoord. De mensen die de pil gebruiken lijken iets meer kennis te hebben dan meisjes die de pil niet gebruiken, maar dat verschil is heel erg klein.

Hieronder in tabel 23 worden het aantal goede antwoorden per buurt nog eens vermeld, zo kan er gekeken worden of daar verschillen in zitten.

Tabel 23

Gemiddeld aantal goed beantwoorde vragen per buurt

<i>Buurt</i>	<i>Gem. aantal vragen goed</i>
Sabaneta school	2,2
Sosua school	2,1
Prive school	3,9
La Cienega	1,9
Callejon de La Loma	2,2
Barrio Blanco	2,4

In tabel 23 is heel duidelijk te zien dat er grote verschillen tussen de buurten zitten. Vooral met de priveschool waar ze gemiddeld 3,9 vragen goed beantwoorden en de andere buurten waarvan het gemiddelde ongeveer op 2,1 ligt. Opvallend is wel dat ze in Barrio Blanco (de allerarmste buurt) met 2,4 dan weer net iets beter scoren dan de andere buurten. Het zou kunnen komen doordat er in deze wijk veel Haitianen wonen en deze groep veel minder tienerzwangerschappen heeft dan Dominicanen.

4.5 Correlaties tussen culturele en psychologische factoren

Wat nu volgt in tabel 24 zijn de correlaties tussen de verschillende culturele en psychologische factoren

Tabel 24

Correlaties tussen culturele en psychologische factoren ten opzichte van orale anticonceptie

	<i>Machismo</i>	<i>Kinderwens</i>	<i>Kennis</i>	<i>Samenwonen</i>
Attitude	-0,21**	0,01	0,09	-0,03
Self efficacy	-0,06	-0,08	0,07	0,09
Response efficacy	-0,03	-0,03	0,10	-0,05
Sociale normen	-0,12	-0,16*	0,12	0,13
Kwetsbaarheid	0,02	0,04	0,03	-0,01
Ernst	0,06	-0,09	0,19**	-0,02
Intentie	0,04	0,12	0,00	0,08
Gebruik pil	-0,04	0,05	0,10	0,43**
Zwanger	-0,10	0,06	-0,03	0,47**
Machismo	/	/	/	-0,04
Kinderwens	0,08	/	/	0,15*
Kennis	-0,20**	-0,23**	/	0,02

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

In tabel 24 is te zien dat er maar een paar correlaties zijn. Namelijk die tussen machismo en attitude, naarmate machismo hoger wordt, wordt de attitude met betrekking tot orale anticonceptie lager. Dit geldt ook voor de kennis van de pil; hoe hoger de machismo score hoe lager de kennis. Verder heeft de kinderwens een negatieve invloed op zowel de sociale normen over orale anticonceptie als de kennis erover. Kennis heeft zelf dan weer een positief verband met de ernst van een zwangerschap. Als men meer kennis heeft over de pil, schat men een eventuele zwangerschap ernstiger in. Als laatste is er een groot positief verband tussen zowel samenwonen en het gebruik van de pil en samenwonen en zwangerschap. Als een meisje samenwoont, is de kans groter dat zij ook de pil gebruikt, maar de kans op een zwangerschap wordt ook groter. Dat lijkt tegenstrijdig, maar meisjes die samenwonen gebruiken vaker de pil, maar nog niet vaak genoeg, waardoor het risico op een zwangerschap voor hen toch groter is. Daarbij heeft samenwonen ook een positieve invloed op de kinderwens, meisjes die samenwonen hebben een hogere kinderwens dan meisjes die niet samenwonen.

In deze tabel staat 1 culturele variabele niet beschreven en dat is communicatie in tabel 25 volgt een uitgebreide beschrijving van de correlaties tussen communicatie en de sociale cognities.

Tabel 25

Correlaties tussen communicatie en sociale cognities tov orale anticonceptie

	<i>Attitude</i>	<i>Self efficacy</i>	<i>Response efficacy</i>	<i>Sociale normen</i>	<i>Kwetsbaarheid</i>	<i>Ernst</i>	<i>Intentie</i>
Communicatie met moeder	0,15*	0,22**	0,16*	0,28*	0,12	0,03	0,19**
Communicatie met zussen	0,12	0,23**	0,12	0,16*	0,12	0,04	0,07
Communicatie met vrienden	0,04	0,00	0,06	0,16*	0,14*	-0,09	-0,02
Communicatie met partner	0,11	0,10	0,07	0,19*	0,04	-0,03	0,09
Communicatie positief met moeder	0,20**	0,24**	0,14	0,24**	0,16*	0,05	0,21**
Communicatie positief met zussen	0,07	0,25**	0,07	0,12	0,12	0,01	0,11
Communicatie positief met vrienden	0,01	0,10	0,14*	0,17*	0,20*	-0,08	0,15*
Communicatie positief met partner	0,03	0,12	0,03	0,10	0,06	-0,14	0,17*
Communicatie negatief met moeder	-0,05	0,08	-0,04	0,09	-0,01	0,02	0,06
Communicatie negatief met zussen	-0,09	-0,04	-0,08	0,05	-0,13	0,01	-0,05
Communicatie negatief met vrienden	-0,12	0,11	-0,12	0,01	-0,07	0,02	-0,03
Communicatie negatief met partner	-0,20**	-0,00	-0,15*	0,01	-0,04	-0,01	0,06
Communicatie totaal positief	0,15*	0,20**	0,16*	0,24**	0,12	-0,02	0,19**
Communicatie totaal negatief	-0,10	0,09	-0,03	0,05	0,00	0,01	0,07

* p < 0,05

** p < 0,01

In tabel 25 is te zien is dat vooral de frequentie van de communicatie met de moeder en de frequentie van positieve communicatie van invloed is op de sociale cognities. Sociale normen lijken door alle personen beïnvloed te worden als het gaat om frequentie van de communicatie en frequentie van de positieve communicatie. Negatieve communicatie heeft bijna geen invloed. Met uitzondering van de negatieve communicatie van de partner op attitude. Deze bevinding impliceert dat alleen een toename van communicatie de sociale cognities over anticonceptie al verbetert. Maar dit betekent ook dat als er bijna niet over wordt gepraat de sociale cognities achteruit gaan.

In tabel 26 is te zien hoe de verschillende sociale cognities over oraal anticonceptie gebruik correleren met de intentie tot oraal anticonceptie gebruik en het orale anticonceptie gebruik

Tabel 26

Correlaties tussen de sociale cognities en intentie tot orale anticonceptie gebruik en oraal anticonceptie gebruik

	<i>Intentie tot oraal anticonceptie gebruik</i>	<i>Orale anticonceptie gebruik</i>
Attitude	-0,06	0,13
Self efficacy	0,43**	0,16*
Response efficacy	0,16*	0,09
Sociale normen	0,23**	0,12
Kwetsbaarheid	0,20**	0,06
Ernst	0,13	0,13

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Uit tabel 26 is af te leiden dat bijna alle sociale cognities een significante correlatie hebben met intentie tot pil gebruik. Opvallend is dat attitude hier niet bij hoort. Self efficacy en sociale normen en kwetsbaarheid lijken de belangrijkste rol te spelen. Wat inhoudt dat als de self efficacy, de sociale normen en kwetsbaarheid verhoogd worden de intentie tot pil gebruik waarschijnlijk ook hoger wordt. Met het echte pil gebruik heeft alleen self efficacy een significante relatie.

4.6 Effecten van communicatie patronen over orale anticonceptie en sociale cognities

In tabel 27 zie je de verschillende beta's van de frequentie van communicatie over de pil met de verschillende sociale cognities

Tabel 27

Regressie van frequentie communicatie over orale anticonceptie met verschillende personen en sociale cognities

	Attitude	Self efficacy	Response efficacy	Sociale normen	Kwetsbaarheid	Ernst	Intentie
Communicatie moeder	0,13	0,20*	0,14*	0,24**	0,07	0,06	0,22**
Communicatie zussen	0,05	0,19*	0,06	0,01	0,08	0,07	-0,01
Communicatie vrienden	-0,04	-0,14	-0,01	0,02	0,12	-0,13	-0,13
Communicatie partner	0,05	-0,02	-0,01	0,07	-0,07	-0,04	0,06
R square	0,03	0,08**	0,03	0,09**	0,03	0,02	0,05

* p <0,05

** p<0,01

Uit tabel 27 is af te leiden dat alleen de communicatie met de moeder een significante invloed heeft, en wel op alle sociale cognities behalve op attitude. Wel is te zien dat de R-square erg klein is. De frequentie van de communicatie met de moeder verklaart dus maar 3% (bij response efficacy) tot 9% (bij sociale normen) de verschillende sociale cognities.

4.7 Effecten van positieve communicatie patronen over orale anticonceptie en sociale cognities

Hieronder in tabel 28 zijn de verschillende beta's te zien van de frequentie van positieve communicatie over de pil met de verschillende sociale cognities

Tabel 28

Regressie van frequentie positieve communicatie over orale anticonceptie met verschillende personen en sociale cognities

	Attitude	Self efficacy	Response efficacy	Sociale normen	Kwets baarheid	Ernst	Intentie
Communicatie positief moeder	0,28**	0,15**	0,12	0,23*	0,10	0,11	0,19*
Communicatie positief zussen	-0,08	0,17	-0,03	-0,05	0,02	0,03	-0,05
Communicatie positief vrienden	-0,07	-0,04	0,14	0,11	0,19*	-0,06	0,04
Communicatie positief partner	0,00	0,01	-0,08	-0,02	-0,08	-0,16	0,10
R square	0,05	0,08**	0,03	0,07*	0,05*	0,03	0,06*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

In tabel 28 komt eigenlijk weer hetzelfde beeld naar voren als in tabel 25. Het is de positieve communicatie van de moeder die een significante invloed heeft. Nu is er echter wel een relatie met attitude en geen relatie met response efficacy. Verder heeft de positieve communicatie met vrienden ook een positieve relatie met de kwetsbaarheid.

4.8 Effecten van negatieve communicatie patronen over orale anticonceptie en sociale cognities

In tabel 29 komen de effecten van de frequentie van de negatieve communicatie met de verschillende personen naar voren op de sociale cognities over orale anticonceptie.

Tabel 29

Regressie van frequentie negatieve communicatie over orale anticonceptie met verschillende personen en sociale cognities

	Attitude	Self efficacy	Response efficacy	Sociale normen	Kwetsbaarheid	Ernst	Intentie
Communicatie negatief moeder	0,05	0,12	0,04	-0,03	0,10	0,01	0,13
Communicatie negatief zussen	-0,01	-0,19	0,00	0,09	-0,18	0,00	-0,15
Communicatie negatief vrienden	-0,06	0,17	-0,08	-0,01	-0,01	0,02	-0,05
Communicatie negatief partner	-0,20*	-0,04	-0,13	-0,01	0,01	-0,02	0,01
R square	0,05	0,04	0,03	0,00	0,02	0,00	0,02

* $p < 0,05$

In tabel 29 kun je zien dat negatieve communicatie bijna geen invloed heeft op de sociale cognities. Alleen als de partner er negatief over praat kan dat een negatief effect hebben op de attitude. Dit houdt dus in dat alleen de frequentie van de communicatie en de frequentie van de positieve communicatie invloed hebben. Negatieve communicatie heeft geen negatief effect.

4.9 Effecten van groepscommunicatie over orale anticonceptie en sociale cognities

In bovenstaande tabellen was te zien wat het effect was van de verschillende personen op de sociale cognities. Maar het kan natuurlijk ook zo zijn dat het niet van belang is wie wat zegt, maar wat het gemiddelde is van al die mensen bij elkaar. Tabel 30 laat daarom in de invloed zien van de positieve communicatie in een groep op de sociale cognities.

Tabel 30

Regressie van positieve groepsinvloed van orale anticonceptie en sociale cognities

	Attitude	Self efficacy	Response efficacy	Sociale normen	Kwetsbaarheid	Ernst	Intentie
Groep positief	0,15*	0,20**	0,16*	0,24**	0,12	-0,02	0,19**
R Square	0,02*	0,04**	0,03*	0,06	0,02	0,00	0,04

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

In tabel 30 is te zien dat de positieve communicatie in een groep een rol speelt bij alle sociale cognities.

In tabel 31 is ook nog de groepsinvloed van negatieve communicatie op de sociale cognities te zien.

Tabel 31

Regressie van negatieve groepsinvloed van orale anticonceptie en sociale cognities

	<i>Attitude</i>	<i>Self efficacy</i>	<i>Response efficacy</i>	<i>Sociale normen</i>	<i>Kwetsbaarheid</i>	<i>Ernst</i>	<i>Intentie</i>
Groep negatief	-0,10	0,09	-0,03	0,05	0,00	0,01	0,07
R square	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Net als bij de negatieve communicatie van verschillende personen is er in tabel 31 ook geen relatie te zien tussen negatieve communicatie in de groep en de sociale cognities.

4.10 Effecten van communicatie patronen over het krijgen van kinderen op sociale cognities van orale anticonceptie .

Het is mogelijk dat communicatie over het (nu) krijgen van kinderen van invloed is op de sociale cognities van oraal anticonceptie gebruik. In tabel 32 staat de invloed van de frequentie van communicatie over het nu krijgen van kinderen op de sociale cognities van orale anticonceptie beschreven.

Tabel 32

Regressie tabel van de frequentie van communicatie over het nu krijgen van kinderen en de sociale cognities over orale anticonceptie

	<i>Attitude</i>	<i>Self efficacy</i>	<i>Response efficacy</i>	<i>Sociale normen</i>	<i>Kwetsbaarheid</i>	<i>Ernst</i>	<i>Intentie</i>
Communicatie moeder	0,06	0,07	-0,09	0,20*	-0,08	0,06	0,11
Communicatie zussen	0,13	-0,02	0,01	0,10	-0,06	0,08	-0,11
Communicatie vrienden	-0,07	0,05	0,11	-0,29**	0,17	-0,01	-0,14
Communicatie partner	-0,05	-0,11	-0,02	-0,03	0,07	-0,01	0,09
R square	0,02	0,01	0,01	0,06*	0,02	0,01	0,03

* p < 0,05

** p < 0,01

In tabel 32 is te zien dat de frequentie van communicatie alleen invloed heeft op de sociale normen over orale anticonceptie. En dan in het bijzonder de frequentie van communicatie van de moeder en van vrienden. Het is overigens wel opvallend dat er bij de communicatie van de moeder een positief verband is van 0,20. Terwijl er bij de communicatie van vrienden een negatief verband is (-0,29).

In tabel 33 staat de invloed van de frequentie van positieve communicatie over het nu krijgen van kinderen op de sociale cognities van orale anticonceptie.

Tabel 33

Regressie tabel van de frequentie van positieve communicatie over het nu krijgen van kinderen en de sociale cognities over orale anticonceptie

	Attitude	Self efficacy	Response efficacy	Sociale normen	Kwetsbaarheid	Ernst	Intentie
Communicatie positief moeder	0,03	-0,01	0,18*	0,03	-0,04	-0,11	-0,08
Communicatie positief zussen	-0,05	-0,06	-0,17	0,12	-0,11	0,00	-0,03
Communicatie positief vrienden	-0,02	0,08	0,06	-0,10	0,06	-0,01	0,10
Communicatie positief partner	-0,06	-0,15	-0,03	-0,12	-0,02	0,08	-0,03
R square	0,01	0,02	0,03	0,03	0,01	0,01	0,01

* p < 0,05

In tabel 33 is te zien dat de frequentie positieve communicatie over het nu krijgen van kinderen weinig invloed heeft. Alleen de positieve communicatie van de moeder heeft een positieve relatie met response efficacy.

In tabel 34 staat de invloed van de frequentie van de negatieve communicatie over het nu krijgen van kinderen op de sociale cognities van orale anticonceptie

Tabel 34

Regressie tabel van de frequentie van negatieve communicatie over het nu krijgen van kinderen en de sociale cognities over orale anticonceptie

	Attitude	Self efficacy	Response efficacy	Sociale normen	Kwetsbaarheid	Ernst	Intentie
Communicatie negatief moeder	-0,15	-0,11	-0,01	-0,06	0,16	0,28**	0,00
Communicatie negatief zussen	0,21	0,33**	0,16	0,14	0,04	0,09	0,06
Communicatie negatief vrienden	-0,01	-0,20	-0,14	-0,12	-0,18	0,02	-0,19
Communicatie negatief partner	-0,19	0,11	0,12	-0,02	0,21*	-0,09	0,15
R square	0,05	0,06*	0,02	0,01	0,06*	0,10**	0,02

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

In tabel 34 zijn een aantal correlaties te zien. Als eerste de frequentie negatieve communicatie van de moeder over het nu krijgen van kinderen heeft een positieve (0,28) op de ernst van een zwangerschap. Dus hoe vaker een moeder negatief over het nu krijgen van kinderen praat, hoe ernstiger een meisje het vindt om zwanger te worden. Als tweede de positieve relatie tussen de frequentie negatieve communicatie van de zussen en self efficacy (0,33). Hoe vaker zussen negatief spreken over het krijgen van kinderen, hoe hoger de self efficacy wordt. En als derde de positieve relatie tussen de negatieve communicatie van de partner en de kwetsbaarheid voor een (tiener)zwangerschap.

4.11 Effecten van culturele en psychologische factoren en intentie tot anticonceptie gebruik

Als laatste regressietabel in tabel 31 worden alle culturele en psychologische factoren gebruikt om de intentie in pil gebruik te verklaren.

Tabel 35

Regressie tabel van alle culturele en psychologische factoren om intentie tot orale anticonceptie te verklaren

<i>Variabelen</i>	<i>Beta model 1</i>	<i>Beta model 2</i>
Groep communicatie positief	0,07	0,07
Positieve communicatie moeder	0,26*	0,13
Kinderwens	-0,15	-0,07
Kennis	-0,07	-0,09
Machismo	0,12	0,13
Attitude		-0,05
Self efficacy		0,28**
Response efficacy		0,04
Sociale normen		0,18*
Vulnerability		-0,01
Severity		0,11
R square	0,11**	0,23**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

In tabel 35 is te zien dat in het eerste model alleen de positieve communicatie met de moeder een significante beta heeft. In model 2 is deze kleiner en niet meer significant, wat betekent dat de invloed van de positieve communicatie indirect loopt via de sociale cognities. In model 2 is te zien dat alleen self efficacy en sociale normen significant zijn en deze verklaren samen 23% van de intentie.

Omdat alleen meisjes die seks hebben zwanger kunnen raken is het ook van belang om specifiek te kijken naar seksueel actieve meisjes en welke culturele en psychologische factoren bij hen een rol spelen. In tabel 36 is daarom te zien welke culturele en psychologische factoren van invloed zijn op de intentie tot oraal anticonceptie gebruik bij seksueel actieve meisjes.

Tabel 36

Regressie tabel van een aantal culturele en psychologische factoren om intentie tot orale anticonceptie te verklaren bij seksueel actieve meisjes

<i>Variabelen</i>	<i>Beta model 1</i>	<i>Beta model 2</i>
Groep communicatie positief	0,34**	0,23*
Kinderwens	-0,02	0,06
Kennis	0,12	0,11
Machismo	0,12	0,16
Self efficacy		0,23*
Sociale normen		0,24*
Ernst		0,12
R square	0,13*	0,24

* p <0,05

** p <0,01

In tabel 36 is eigenlijk hetzelfde beeld te zien. De positieve groepscommunicatie speelt een significante rol in zowel model 1 als 2. Waarbij de positieve groepscommunicatie 13% van de intentie verklaart in model 1. De rol van positieve groepscommunicatie is in model 2 wel kleiner en daardoor verloopt de invloed van de positieve groepscommunicatie waarschijnlijk via de sociale cognities; self efficacy en sociale normen. Ook bij de seksueel actieve meisjes spelen van de sociale cognities alleen self efficacy en sociale normen een significante rol. Samen voorspellen positieve groepscommunicatie, self efficacy en sociale normen 24% van de intentie.

4.12 Effecten van culturele en psychologische factoren op gebruik van orale anticonceptie en zwangerschap

De intentie tot oraal anticonceptie gebruik hoort volgens de theorie het feitelijke orale anticonceptie gebruik van meisjes te verklaren. In tabel 37 zijn daarom culturele en psychologische factoren samen met de intentie tot oraal anticonceptie gebruik, gebruikt om het orale anticonceptie gebruik te verklaren.

Tabel 37

Regressie tabel van culturele en psychologische factoren om het orale anticonceptie gebruik te verklaren

<i>Variabelen</i>	<i>Beta model 1</i>	<i>Beta model 2</i>	<i>Beta model 3</i>
Groep communicatie positief	0,15	0,10	0,08
Kinderwens	0,10	0,13	0,13
Kennis	0,18*	0,13	0,13
Machismo	-0,03	0,01	0,00
Attitude		0,19*	0,19*
Self efficacy		0,12	0,10
Response efficacy		0,05	0,04
Sociale normen		-0,04	-0,04
Vulnerability		-0,01	-0,01
Severity		0,09	0,09
Intentie			0,07
R square	0,06	0,11	0,12

* p < 0,05

In tabel 37 is een ander beeld te zien dan bij het verklaren van de intentie. Bij het feitelijke orale anticonceptie gebruik, blijkt van de culturele variabelen vooral kennis belangrijk te zijn. En deze verklaart 6% van het anticonceptie gebruik. De invloed van kennis werkt waarschijnlijk indirect via de sociale cognities, want de beta is in model 2 en 3 kleiner en niet meer significant. In model 2 en 3 is alleen de attitude van significante invloed. Opvallend is ook dat de beta van attitude in model 2 en 3 gelijk blijft. Wat een indirecte invloed via de intentie zou ontkrachten. Ook opvallend is dat de intentie geen significante verklarende rol heeft, wat volgens de Theory of Planned Behavior wel zou moeten. Culturele factoren en alle sociale cognities én de intentie verklaren samen 12% van het feitelijke anticonceptie gebruik. De culturele factoren en de sociale cognities zónder intentie verklaren 11% van het feitelijke anticonceptie gebruik.

Er zijn een aantal achtergrond variabelen bekend die van invloed zouden kunnen zijn op oraal anticonceptie gebruik. In tabel 38 zijn deze variabelen te zien en hun invloed op het feitelijke gebruik van orale anticonceptie

Tabel 38

Regressie tabel van achtergrond variabelen om het orale anticonceptie gebruik te verklaren

<i>Variabelen</i>	<i>Beta model 1</i>
Educatie niveau	0,13
Alcohol gebruik	0,03
Vriend	0,09
Samenwonen	0,37**
Aantal partners	0,17*
R square	0,25**

* p <0,05

** p<0,01

In tabel 38 is te zien dat samenwonen en het aantal partners in het afgelopen jaar een positieve invloed hebben op het oraal anticonceptie gebruik. Dit houdt in dat meisjes die samenwonen vaker orale anticonceptie gebruiken en ook meisjes met een hoger aantal partners. Deze 2 variabelen samen verklaren 25% van het anticonceptie gebruik.

In tabel 39 zijn dezelfde achtergrond variabelen gebruikt om het aantal tienerzwangerschappen te verklaren.

Tabel 39

Regressie tabel van achtergrond variabelen om tienerzwangerschappen te verklaren

<i>Variabelen</i>	<i>Beta model 1</i>
Educatie niveau	-0,11
Alcohol gebruik	-0,03
Vriend	-0,05
Samenwonen	0,44**
Aantal partners	0,23**
R square	0,27**

* p <0,05

** p<0,01

In tabel 39 is te zien dat dezelfde twee variabelen weer een belangrijke rol spelen; samenwonen en het aantal partners in het afgelopen jaar. Ook hier is de invloed positief. Dat lijkt tegenstrijdig, dezelfde twee factoren die een positieve relatie hebben met oraal anticonceptie gebruik hebben ook een positieve relatie met het aantal tienerzwangerschappen. Maar zoals eerder gezegd gebruiken meisjes die samenwonen ook vaker orale anticonceptie (maar minder condooms!) maar het risico dat zij lopen op een (tiener)zwangerschap is ook groter. Zij gebruiken niet meer orale anticonceptie in onvoldoende mate, waardoor samenwonen nog altijd een belangrijke variabele is. Voor het aantal partners in het afgelopen

jaar lijkt hetzelfde aan de hand te zijn, zij gebruiken vaker orale anticonceptie maar niet in voldoende mate, waardoor het risico op een zwangerschap alsnog groter wordt.

4.13 Sociale cognities over condoom gebruik

Tot nu toe is er alleen gesproken over oraal anticonceptie gebruik, maar het gebruik van condooms is natuurlijk ook heel goed mogelijk. Als is het uit het oogpunt van voorkoming van zwangerschap niet het meest ideaal.

Tabel 40

Beschrijving van sociale cognities over condoomgebruik

<i>Sociale cognities</i>	
Attitude	3,1
Self efficacy	3,4
Sociale normen	3,9
Intentie	3,2

In tabel 40 is te zien dat alle sociale cognities gem. iets positief zijn. De attitude over condooms ligt met 3,1 duidelijk hoger dan over de pil (1,9). De sociale normen over condoom gebruik (3,9) liggen ook iets beter dan bij orale anticonceptie (3,5). Self efficacy en de intentie zijn ongeveer gelijk met die bij het anticonceptie gebruik.

In tabel 41 worden de correlaties van de sociale cognities met het condoom gebruik gemeten, want volgens de theory of planned behavior voorspellen deze cognities de intentie tot condoom gebruik.

Tabel 41

Correlatie van sociale cognities met intentie en condoom gebruik

	<i>Intentie tot condoom gebruik</i>	<i>Condoom gebruik</i>
Attitude	0,10	-0,04
Self efficacy	0,08	-0,01
Sociale normen	0,19*	0,18

* $p < 0,05$

In tabel 41 is te zien dat alleen de sociale normen een significante relatie hebben met intentie tot condoom gebruik. Er is geen enkele significante correlatie als er wordt gekeken naar het echte condoom gebruik. Dit kan onder andere komen doordat men de vragen niet eerlijk heeft ingevuld of doordat ze de vragen (en antwoorden) niet helemaal goed begrepen.

Tabel 42 geeft de correlaties weer tussen de psychologische factoren en de culturele factoren

Tabel 42

Correlaties tussen culturele en psychologische factoren van condoom gebruik

	<i>Machismo</i>	<i>Kinderwens</i>	<i>Samenwonen</i>
Attitude	-0,45**	0,00	-0,06
Self efficacy	-0,29**	0,10	-0,03
Sociale normen	-0,01	0,02	-0,01
Intentie	0,08	-0,21**	0,03
Gebruik condoom	-0,07	-0,15	-0,24*

* p <0,05

** p<0,01

In tabel 42 is te zien dat machismo een grote negatieve invloed heeft op de attitude en self efficacy van condoom gebruik. De kinderwens heeft een negatieve invloed op de intentie tot condoom gebruik en lijkt ook een negatieve invloed te hebben op het condoom gebruik, maar deze relatie is niet significant. Samenwonen heeft een grote negatieve invloed op het echte condoom gebruik.

4.14 Communicatie patronen over condooms en sociale cognities

In tabel 43 zie je hoe vaak er wordt gecommuniceerd over condoom gebruik door de directe omgeving.

Tabel 43

Frequentie waarmee gecommuniceerd wordt over condooms

	<i>Aantal dat regelmatig tot vaak communiceert</i>							
	Moeder		Zussen		Vrienden		Partner	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoe vaak wordt er gecommuniceerd over condooms	26	13	29	14	37	18	47	23
Hoe vaak wordt er positief gecommuniceerd over condooms	40	20	35	17	51	25	41	20
Hoe vaak wordt er negatief gecommuniceerd over condooms	9	4	11	5	18	9	23	11

In tabel 43 is te zien dat er maar heel weinig gecommuniceerd wordt over condooms. Slechts 13% van de moeders communiceert regelmatig tot vaak met haar dochter over condooms en 20% communiceert positief over condooms. Zussen communiceren het minst vaak over

condooms met 14% en 17% positieve communicatie. De partner communiceert relatief veel (20% communiceert regelmatig tot vaak) positief over condooms, maar ook relatief vaak (11%) negatief over condooms. Er wordt opvallend minder gecommuniceerd over condooms dan oraal anticonceptie gebruik.

In tabel 44 zie je de culturele factor van communicatie patronen met de sociale cognities.

Tabel 44

Correlaties tussen communicatie patronen over condooms en sociale cognities

<i>Communicatie over condooms</i>	<i>Attitude</i>	<i>Self efficacy</i>	<i>Sociale normen</i>	<i>Intentie</i>	<i>Condoom gebruik</i>
Communicatie met moeder	0,07	-0,07	0,08	0,04	0,09
Communicatie met zussen	-0,04	0,13	0,15	-0,07	0,15
Communicatie met vrienden	-0,09	0,06	-0,07	-0,04	0,12
Communicatie met partner	-0,02	0,15*	0,06	0,07	0,09
Communicatie positief moeder	0,19*	0,06	0,12	-0,02	-0,08
Communicatie positief zussen	0,04	0,14	0,06	-0,08	0,07
Communicatie positief vrienden	-0,03	0,02	0,08	-0,01	0,06
Communicatie positief partner	-0,08	-0,03	0,12	0,00	0,13
Communicatie negatief moeder	-0,07	-0,16*	-0,02	-0,06	-0,05
Communicatie negatief zussen	-0,02	-0,08	0,07	-0,08	0,13
Communicatie negatief vrienden	-0,06	-0,16*	0,01	0,02	0,09
Communicatie negatief partner	-0,02	-0,03	0,09	0,00	-0,03
Communicatie totaal positief	0,00	0,07	0,11	-0,02	0,19
Communicatie totaal negatief	-0,09	-0,04	0,05	-0,01	-0,02

* p < 0,05

In tabel 44 is te zien dat er maar weinig correlaties zijn tussen communicatie patronen en de sociale cognities. De moeder speelt hier niet, zoals bij orale anticonceptie een belangrijke rol. Het is mogelijk dat er zo weinig correlaties zijn, omdat condooms meer betrekking hebben op jongens en orale anticonceptie meer betrekking op meisjes.

Tot slot is in tabel 45 een regressie tabel te zien waarin alle psychologische en culturele variabelen die van invloed kunnen zijn op de intentie tot condoomgebruik verwerkt.

Tabel 45

Regressie tabel van alle culturele en psychologische factoren om intentie tot condoom te verklaren

<i>Variabelen</i>	<i>Beta model 1</i>	<i>Beta model 2</i>
Groepscommunicatie positief	0,05	0,02
Groepscommunicatie negatief	-0,04	-0,04
Kinderwens	-0,15	-0,13
Machismo	0,13	0,21*
Attitude		0,18
Self efficacy		-0,01
Sociale normen		0,25**
R square	0,04	0,14

* p < 0,05

** p < 0,01

In tabel 45 is te zien dat in model 1 geen enkele culturele variabele een significante invloed heeft. Echter in tabel 2 zie je dat machismo en sociale normen significant zijn. Zij verklaren echter maar een klein deel (14%) van de intentie.

4.15 Middelen gebruik

In tabel 46 is te zien hoeveel Dominicaanse meisjes alcohol en marihuana gebruiken.

Tabel 46

Meisjes die marihuana of alcohol gebruiken

	Alcohol		Marihuana	
	n	%	n	%
Gebruikt vaak	8	4	0	0
Gebruikt soms	63	33	1	0,5
Gebruikt heel soms	76	39	1	0,5
Gebruikt niet	46	24	191	99

In tabel 46 is te zien dat maar 1% van alle meisjes marihuana gebruikt, dat is heel erg weinig. Alcohol gebruik komt veel vaker voor, hoewel maar 4% van de meisjes zegt het vaak te drinken. 24% van alle meisjes zegt helemaal nooit alcohol te drinken.

Hieronder volgt tabel 47 waarin de correlaties van middelen gebruik en anticonceptie gebruik en seksueel gedrag te zien zijn.

Tabel 47

Correlaties tussen middelengebruik en seksueel gedrag

	<i>Alcohol</i>
Seks	0,36**
Zwanger	0,06
Pil	0,14
Intentie pil	-0,08
Condoom	0,08
Intentie condoom	0,10

** p<0,01

In tabel 47 is er een duidelijke correlatie te zien, namelijk die van alcohol en seks met een correlatie van 0,36. Wat inhoudt des te meer seks iemand heeft des te meer diegene alcohol drinkt.

5. Conclusie

5.1 Onderzoeksvragen

5.1.1 *Tienerzwangerschappen en seksuele activiteit*

Uit dit onderzoek blijkt dat 27% van alle ondervraagde meisjes wel eens zwanger is geweest. Van de seksueel actieve meisjes was 45% een keer zwanger geweest. Verder blijkt ook dat tienerzwangerschappen op ongeveer 16^e jarige leeftijd beginnen. 24% van de 16-jarige meisjes is al eens een keer zwanger geweest. In eerder onderzoek onder Dominicaanse meisjes (Measure DHS, 2002) was dit 14%. Op 19-jarige leeftijd is het aantal meisjes dat zwanger is geweest opgelopen tot 53%. 16 en 19 lijken risico leeftijden te zijn waarin het aantal zwangerschappen erg toenemen. De gevonden gegevens verschillen overigens wel enigszins met de gegevens uit eerdere onderzoeken maar komen globaal overeen. Meisjes die samenwonen en die het afgelopen jaar meerdere partners hebben gehad lopen een hoger risico op een zwangerschap. De conclusie die kan worden getrokken is dat tienerzwangerschappen veel voorkomen in de Dominicaanse Republiek. Waarbij de helft van alle meisjes die seks hebben zwanger zijn geweest. Ook hebben meisjes die het afgelopen jaar meerdere seksuele partners hebben gehad, een grotere kans om tienermoeder te worden.

Dominicaanse meisjes uit dit onderzoek beginnen vrij vroeg met seks. Voor het 15^e jaar heeft 13% al seks gehad. In onderzoek van Measure DHS (2002) zit dit op 18%. Voor het 18^e levensjaar zijn er in dit onderzoek 48% seksueel actief, in eerder onderzoek was dit ook 48%. De seksuele activiteit van de steekproef komt dus goed overeen met eerder onderzoek. Verder blijkt ook nog dat van de meisjes die al seks heeft gehad, de meerderheid (51%) de eerste seksuele ervaring voor haar 16^e heeft gehad.

Er zijn dus veel tienerzwangerschappen onder Dominicaanse meisjes, dit wordt onder andere veroorzaakt door een hoge mate van seksuele activiteit op jonge leeftijd.

5.1.2 *Orale anticonceptie en condoom gebruik*

In dit onderzoek is het orale anticonceptie gebruik onder Dominicaanse meisjes is erg laag, slechts 17% gebruikt de pil consequent. In Nederland lag dat percentage in 2006 op 50% (CBS, 2007). Van alle seksueel actieve meisjes uit dit onderzoek is slechts 28% aan de pil. Bij samenwonende meisjes in de Dominicaanse Republiek was het pilgebruik wel hoger (44%) dan bij niet samenwonende seksueel actieve meisjes (17%). Vergeleken met eerder onderzoek in de Dominicaanse Republiek (Measure DHS, 2002) gebruiken ze de pil wel vaker, daar

lagen die getallen namelijk op 28% voor samenwonende meisjes en 11% op niet samenwonende maar wel seksueel actieve meisjes.

Met het condoomgebruik is het niet veel beter gesteld. 22% van alle seksueel actieve meisjes gebruikten altijd een condoom. Dit is 14% voor samenwonende meisjes en 28% voor niet samenwonende, maar wel seksueel actieve meisjes. Maar ook deze cijfers zijn beter dan uit vorig onderzoek (Measure DHS, 2002) waar slechts 2% van de samenwonende meisjes een condoom gebruikt en 13% van de niet samenwonende seksueel actieve meisjes. Het is mogelijk dat deze verschillen komen doordat er inmiddels 5 jaar verstreken. De afgelopen jaren is er vrij veel aandacht besteed aan HIV/AIDS-preventie en het stimuleren van condoomgebruik. Dit zou daarvan een resultaat kunnen zijn. Het is ook mogelijk dat de resultaten van dit onderzoek enigszins vertekend zijn, doordat alleen Dominicaanse meisjes uit de omgeving van Cabarete bij het onderzoek betrokken zijn. Dit is een toeristisch gebied en de mensen die hier wonen komen dus meer in aanraking met 'westerse' opvattingen over seks en anticonceptie.

Als we deze cijfers bij elkaar optellen blijkt dat 58% van de samenwonende meisjes de pil en/of condoom gebruikt en 45% van de niet samenwonende maar wel seksueel actieve meisjes. Een groot deel van de meisjes heeft dus onbeschermde seks en loopt daardoor een groot risico op zowel een zwangerschap, waarbij niet samenwonende meisjes nog een groter risico lopen dan samenwonende meisjes.

5.1.3 Invloed van culturele factoren op orale anticonceptie gebruik

Een doel van het onderzoek was om te kijken welke culturele factoren invloed hadden op orale anticonceptie. Hieronder worden achtereenvolgens de factoren; samenwonen, kinderwens en machismo besproken.

Samenwonen

Samenwonen is een belangrijke factor bij tienerzwangerschappen en anticonceptie gebruik. Uit dit onderzoek blijkt dat samenwonende meisjes veel vaker zwanger zijn geweest, maar zij gebruiken ook vaker orale anticonceptie. Dit lijkt tegenstrijdig, maar dat komt omdat hierbij twee verschillende factoren een rol spelen. Namelijk het samenwonen wat de kans op zwangerschap aanzienlijk vergroot (al dan niet gewenst) en anticonceptie gebruik, wat de kans op zwangerschap verkleint. Samenwonende meisjes gebruiken dus niet genoeg anticonceptie om het verhogende risico factor op zwangerschap op te heffen. Samenwonen

heeft ook een positieve relatie met de kinderwens. Meisjes die samenwonen hebben dus een hogere kinderwens dan meisjes die niet samenwonen.

Samenwonen doen Dominicaanse meisjes veel en vroeg. Vanaf hun 15^e (10%) beginnen ze al met samenwonen en die aantallen lopen snel op. 49% van alle meisjes woont op haar 19^e al samen. Deze aantallen komen globaal overeen met eerder onderzoek (Measure DHS, 2002) waarbij 10% van alle meisjes vóór haar 15^e al samenwoont en 56% voor haar 20^{ste}.

De gewoonte om vroeg samen te wonen is een belangrijke culturele factor. Er zijn een aantal redenen te noemen (die overigens in dit onderzoek niet onderzocht zijn) waarom meisjes zo vroeg gaan samenwonen. Een daarvan is dat het voor (maagdelijke) Dominicaanse meisjes vaak niet is toegestaan om seks te hebben als zij niet met de jongen samenwonen. Een andere reden waarom een aantal meisjes vroeg uit huis gaan, is omdat zij thuis slecht behandeld worden door vader of moeder (of allebei). Fysieke straffen komen in de Dominicaanse Republiek nog veel meer voor dan in Nederland. Samen met de uitzichtloze situatie waarin veel arme gezinnen zich bevinden creert dit een situatie waarin de kans op mishandeling aanzienlijk groter is dan bij een gemiddeld gezin in Nederland.

Samenwonen op zich heeft een positieve invloed op het orale anticonceptie gebruik, maar tegelijkertijd lopen zij ook een hoger risico op zwangerschap. Samenwonende adolescente meisjes lopen dan ook veel meer risico op een tienerzwangerschap.

Kinderwens

De kinderwens onder Dominicaanse meisjes is vrij hoog. Een derde van alle meisjes wil binnen nu en 2 jaar een (ander) kind. De ideale leeftijd voor het krijgen van het eerste kind ligt ook vrij laag. Bij seksueel actieve meisjes ligt deze leeftijd lager dan bij niet seksueel actieve meisjes. 16% van de seksueel actieve meisjes vindt de ideale leeftijd zelfs voor hun 20^{ste} liggen. 31% van deze meisjes zegt dat 20 de beste leeftijd is. De kinderwens heeft geen directe invloed op intentie om de pil te gebruiken of het echte pilgebruik, maar heeft wel een negatieve relatie met de sociale normen rond de pil. Ook heeft zij een negatieve relatie met de kennis die men heeft over orale anticonceptie.

Er kan dus worden geconcludeerd dat kinderwens geen belangrijke of directe invloed heeft op oraal anticonceptie gebruik of tienerzwangerschappen.

Machismo

In de Dominicaanse Republiek heerst er veel machismo zowel onder jongens als meisjes. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat machismo een negatieve invloed heeft op condoom gebruik en de sociale cognities rond condoom gebruik. Voor orale anticonceptie geldt dat echter veel minder. Machismo heeft alleen een negatieve relatie met de attitude rond orale anticonceptie. Daarbij heeft machismo een negatieve relatie met de kennis over orale anticonceptie.

Machismo is dus een culturele variabele die nauwelijks van invloed is op oraal anticonceptie gebruik.

5.1.4 Invloed van communicatie patronen op intentie van orale anticonceptie gebruik

Uit het onderzoek blijkt dat de moeder de belangrijkste factor is bij de communicatie patronen. Hoe vaak zij communiceert met haar dochter heeft als enige invloed op de intentie tot anticonceptie gebruik. De positieve communicatie van de moeder verklaart zelfs 11% van de intentie tot anticonceptie gebruik. Andere personen in de directe omgeving, zoals zussen, vriendinnen en de partner hebben geen meetbare invloed.

Ten tweede is de positieve communicatie veel belangrijker dan negatieve communicatie. Sterker nog, negatieve communicatie heeft geen negatieve invloed op de intentie tot oraal anticonceptie gebruik.

De R-square van alle regressie analyses is wel erg klein, maar een communicatie patroon is er moeilijk om te meten. De correlaties zijn daarom belangrijker dan het verklaringspercentage, want zo wordt wel een soort van patroon bewezen. Uit deze analyse is in ieder geval duidelijk geworden dat de mate van communicatie en positieve communicatie van de moeder een belangrijke rol speelt bij de sociale cognities. Ook de positieve communicatie in de groep als geheel is belangrijk

Uit aanvullende regressie analyses blijkt dat het effect van de communicatie van de moeder indirect loopt via de sociale cognities sociale normen en self efficacy.

5.1.5 Invloed van communicatie patronen over orale anticonceptie op de overige sociale cognities

De frequentie van communicatie over orale anticonceptie van de moeder heeft een positieve relatie met self efficacy, response efficacy en sociale normen. De frequentie van positieve communicatie over orale anticonceptie van de moeder heeft juist geen invloed op response efficacy, maar wel op attitude, self efficacy en sociale normen. Hieruit blijkt dat de moeder

een erg belangrijke rol speelt. Er kan misschien zelfs gesproken worden over een matrifocale cultuur, waarin de moeder erg belangrijk in het sociale netwerk en vooral binnenin het gezin. Zo is moederdag een belangrijke dag in de Dominicaanse Republiek, terwijl vaderdag niet of nauwelijks wordt gevierd. De moeder lijkt dus ook een belangrijke rol te spelen in de vorming van sociale normen over orale anticonceptie.

Alleen de negatieve communicatie over orale anticonceptie van de partner heeft een negatieve invloed op de attitude, alle overige negatieve communicatie heeft geen invloed.

De positieve groepsinvloed heeft op alle sociale cognities een positieve invloed; attitude, self efficacy, response efficacy en sociale normen. Terwijl de negatieve groepscommunicatie geen enkele invloed heeft. Dit betekent dat de (positieve) communicatie over orale anticonceptie een rol speelt in de tot standkoming van sociale normen over orale communicatie.

5.1.6 Invloed van de sociale cognities op intentie tot oraal anticonceptie gebruik

Attitude

De vragen die de attitude van de Dominicaanse meisjes het meest bepaalden, hadden te maken met bijwerkingen van de pil, zoals slecht voor de gezondheid, je wordt er steriel van en heeft veel bijwerkingen.. Attitude bleek echter geen invloed te hebben op de intentie tot pil gebruik of het pil gebruik.

Attitude bleek overigens wel als enige sociale cognities een verklarende rol te spelen in het feitelijke anticonceptie gebruik. De attitude verklaart 12% van het feitelijke anticonceptie gebruik. Dit klopt niet met de Theory of Planned Behavior waarin de sociale cognities de intentie voorspellen en de intentie op zijn beurt het feitelijke gebruik. Een duidelijke verklaring in het grote verschil tussen de intentie en het feitelijke gebruik is er niet. Een aantal mogelijke verklaringen zijn; het niet eerlijk invullen of het niet (goed) snappen van de vragen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de schalen van de verschillende cognities nog niet helemaal goed zijn.

Self efficacy

Voor de self efficacy ten op zichte van de pil bleek de beschikbaarheid van de pil van belang. Zoals 'ik kan de pil makkelijk krijgen' en 'ik kan zelf naar de winkel gaan en de pil kopen'.

Self efficacy heeft een positieve relatie met zowel intentie van pil gebruik als het pil gebruik. Self efficacy speelt samen met sociale normen een belangrijke rol in het verklaren van intentie tot pil gebruik.

Sociale normen

De sociale normen over orale anticonceptie zijn licht positief. De sociale normen hadden een sterke relatie met intentie tot pil gebruik. Sociale normen spelen samen met self efficacy een belangrijke rol in het verklaren van de intentie tot pil gebruik.

Response efficacy, kwetsbaarheid en ernst

Het blijkt dat bijna een kwart van de meisjes (24%) niet gelooft dat de pil hen beschermt tegen zwangerschap. Deze groep meisjes heeft waarschijnlijk geen enkele inclinatie om de pil te gaan gebruiken, zelfs al zouden ze zich willen beschermen tegen zwangerschap.

Verder is ook opvallend dat de meeste meisjes zich wel kwetsbaar achten voor een zwangerschap. Maar in de meeste gevallen zien ze een zwangerschap niet als negatief, ook al vind 60% wel dat een zwangerschap hun kansen op een goede opleiding verkleint. In 55% van de gevallen vinden ze zelfs dat een zwangerschap een positieve invloed op hun leven zal hebben.

Severity wordt positief beïnvloed door de kennis die iemand heeft over orale anticonceptie. Severity heeft verder geen invloed op intentie tot pil gebruik of pil. Alleen response efficacy en vulnerability hebben een relatie met intentie tot pil gebruik, maar zij spelen verder geen verklarende rol.

Conclusie

De Theory of Planned Behavior lijkt bij het verklaren van de intentie tot orale anticonceptie goed te werken. Maar de intentie verklaart het feitelijke orale anticonceptie gebruik niet goed. De belangrijkste conclusie die mag worden getrokken met betrekking tot de intentie is dat sociale normen en self efficacy de belangrijkste rol spelen in het verklaren van intentie tot pil gebruik. Via self efficacy en sociale normen werkt de invloed van de positieve communicatie van de moeder die op beiden een sterke invloed heeft. Samen verklaren ze 23% van de intentie tot pil gebruik.

De belangrijke conclusie die mag worden getrokken met betrekking tot het feitelijke gebruik van orale anticonceptie, is dat attitude een significante (positieve) rol speelt. De positieve invloed van kennis werkt indirect via de attitude.

5.1.7 Invloed van kennis op intentie orale anticonceptie gebruik

De kennis over orale anticonceptie onder Dominicaanse meisjes is heel erg slecht. Zelfs simpele vragen als 'moet je de pil elke dag innemen?' kan 57% niet goed beantwoorden. Nog

opzienbarender echter is dat er maar heel weinig verschil is in kennis tussen meisjes die de pil wel en de pil niet gebruiken. Een grote groep meisjes die de pil gebruikt, weet dus niet goed hoe ze die moet gebruiken. Kennis heeft alleen invloed op severity. Er is ook een negatief verband met zowel machismo als kinderwens. Kennis speelt verder geen verklarende rol bij de intentie tot het gebruik van orale anticonceptie.

Als men echter niet kijkt naar de intentie, maar het feitelijke orale anticonceptie gebruik, blijkt kennis wel een verklarende rol te spelen. Haar positieve invloed op orale anticonceptie loopt indirect via de attitude over orale anticonceptie.

5.1.8 Invloed van culturele factoren op condoom gebruik

Samenwonen

Van de meisjes die samenwonen gebruikt maar 14% een condoom, tegenover 28% van de meisjes die niet samenwonen. Samenwonen heeft dus een negatieve invloed op het condoomgebruik

Kinderwens

De kinderwens heeft een negatieve invloed op de intentie tot condoom gebruik, maar speelt bij de regressie geen verklarende rol bij de intentie tot condoomgebruik. Dus kinderwens is geen culturele factor van belang bij het voorspellen van de intentie tot condoom gebruik

Machismo

Machismo heeft een negatieve invloed op attitude en self efficacy, maar heeft geen correlatie met intentie tot condoom gebruik. Bij de regressie analyse gebeurt er echter iets vreemds. Machismo heeft dan ineens een significante positieve relatie op de intentie tot condoom gebruik. Dit geheel in strijd met de verwachting en ook in de strijd met de correlaties. De oorzaak van dit positieve significante verband is echter onbekend. Vermoedelijk is hier sprake van een interactie effect of is er nog een derde variabele die niet gemeten is.

5.1.9 Invloed van communicatie patronen op intentie tot condoom gebruik

Het valt op dat er veel minder over condooms wordt gecommuniceerd dan over orale anticonceptie. Slechts 20% van de moeders communiceert positief met haar dochter over condooms. Geen enkele vorm van communicatie heeft invloed op de intentie tot condoom gebruik. Het is mogelijk dat er zo weinig correlaties zijn, omdat condooms meer betrekking

hebben op jongens (het is iets wat jongens moeten doen). Terwijl orale anticonceptie juist meer betrekking heeft op meisjes, het is iets wat de meisjes moeten doen.

5.1.10 Invloed van communicatie patronen op de overige sociale cognities

Er zijn ook maar weinig relaties tussen communicatie en de andere sociale cognities. Negatieve communicatie van de moeder en vrienden hebben een negatief effect op self efficacy. Terwijl de frequentie van communicatie van de partner een positief effect heeft op de self efficacy op de self efficacy. Positieve communicatie van de moeder heeft weer een positief effect op de attitude. In de regressie analyse worden er geen verbanden aangetoond. Communicatie patronen over condoom gebruik spelen bij meisjes dus geen rol.

5.1.11 Invloed van sociale cognities op condoom gebruik

Alleen de sociale normen hebben een invloed op de intentie tot condoom gebruik. Attitude en self efficacy hebben geen invloed op de intentie tot condoom gebruik.

Sociale normen en machismo verklaren samen 14% van de intentie tot condoom gebruik, waarbij machismo een directe invloed heeft.

5.1.12 Middelen gebruik

Uit het onderzoek is gebleken dat er maar zeer weinig meisjes marihuana gebruiken (1%). Over de relatie met riskant seksueel gedrag kan met betrekking tot marihuana gebruik dus niets worden gezegd.

Alcohol werd vaker gebruikt (37% drinkt regelmatig). Meisjes die vaker alcohol gebruiken hebben vaker seks. Dit kan een leeftijdseffect zijn (naarmate de meisjes ouder worden gaan ze meer drinken en hebben ze ook meer seks). Maar bij nader onderzoek blijkt dat dit verband ook stand houdt als er alleen naar 16 of 17 jarigen wordt gekeken. Bij hele jonge (13/14) of oudere meisjes (18+) is van dit effect geen sprake meer. Er is geen verband tussen alcohol en zwangerschap te vinden of anticonceptie gebruik. Het problem syndrom behavior van Little & Rankin (2001) is bij Dominicaanse meisjes waarschijnlijk ook niet van toepassing met betrekking tot tienerzwangerschappen. Waarschijnlijk ook, omdat tienerzwangerschappen in de ogen van veel Dominicanen helemaal geen probleem is (55% vindt tenslotte dat een zwangerschap een positieve invloed op hun leven zal hebben).

5.1.13 Conclusie

Uit dit onderzoek komen een aantal belangrijke factoren naar voren die bijdragen aan het hoge aantal tienerzwangerschappen in de Dominicaanse Republiek.. Het is duidelijk dat het hoge aantal tienerzwangerschappen direct veroorzaakt wordt door het jong hebben van seks en het weinig gebruik maken van orale anticonceptie en het condoom. Er zijn echter dieper liggende factoren die meespelen. Deze factoren zijn eigenlijk in 3 niveau's in te delen, waarop men ook de voorlichting zou moeten aanpassen Als eerste het maatschappelijke niveau, waaronder het zeer jong samenwonen valt. Dit is de belangrijkste culturele factor die bijdraagt aan het hoge aantal tienerzwangerschappen. Preventie zou zich op maatschappelijk niveau moeten richten op het uitstellen van het samenwonen.

Ten tweede het community-niveau waarin de moeder een centrale rol speelt. De positieve communicatie van de moeder over orale anticonceptie speelt een erg belangrijke rol in bijna alle sociale cognities die meisjes over orale anticonceptie hebben. De sociale normen over orale anticonceptie lijken ook erg belangrijk te zijn en ook daar heeft de frequentie van positieve communicatie over orale anticonceptie een relatie mee. De moeder speelt dus een belangrijke bij de vorming van sociale normen over orale anticonceptie door er over te praten. Bij de preventie moet dus zeker de moeder betrokken worden. Zij moet worden gestimuleerd om meer met haar dochter (positief) te praten over orale anticonceptie.

Ten derde is er het individuele niveau van onder andere self efficacy. Dominicaanse meisjes moeten er meer vertrouwen in krijgen dat zij orale antinceptie goed kunnen gebruiken. De kennis over orale anticonceptie zou men ook moeten verbeteren. Uit dit onderzoek blijkt dan wel geen significant verband met de intentie tot oraal anticonceptie gebruik. Maar dit blijkt er wel te zijn met het feitelijke anticonceptie gebruik. Daarbij is de kennis over orale anticonceptie zeer laag onder de Dominicaanse meisjes. Terwijl het vrij gemakkelijk is om deze te verbeteren bijv. door middel van voorlichting op school.

Bij de intentie tot condoom gebruik speelt alleen de culturele variabele machismo een rol, al is deze rol tegen alle verwachting positief en strookt deze uitkomst ook niet met de correlaties. Van de psychologische factoren spelen alleen sociale normen een significante rol.

5.2 Discussie

5.2.1 Reflectie

Er zijn een aantal tekortkomingen en/of zwakke punten in het onderzoek. Ten eerste komen alle respondenten uit een vrij klein (en toeristisch) gebied van de Dominicaanse Republiek. Het is mogelijk dat toerisme de cultuur en sociale cognities in dit gebied heeft veranderd.

Ten tweede was de vragenlijst voor veel meisjes erg moeilijk. Alles is zo duidelijk mogelijk uitgelegd, maar veel meisjes hadden nog een 2^e of 3^e uitleg nodig. De manier van antwoorden vonden ze erg lastig. Meisjes die nog nooit seks hadden gehad vond het uberhaubt lastig om hun mening te geven over de pil en het condoom.

Ten derde zijn veel vragen erg persoonlijk. Het is de meisjes heel duidelijk dat alle vragenlijsten anoniem behandeld zouden worden. Maar het is toch maar de vraag hoe eerlijk zij alle antwoorden hebben ingevuld.

Ten vierde zijn in het onderzoek alleen meisjes betrokken. Terwijl jongens er eigenlijk ook betrokken bij moeten worden, omdat zij uiteindelijk de meisjes zwanger maken. Daarbij is er ook nog een grote groep jongens 'tienervader'.

5.2.2 Aanbevelingen

Voorlichting

Er zijn een aantal aanbevelingen te doen naar aanleiding van dit onderzoek. Als eerste op het gebied van voorlichting over orale anticonceptie is het erg belangrijk dat de moeder daarin wordt betrokken. Zij is de enige die invloed heeft op de sociale cognities van een meisje over orale anticonceptie. Er moet dan speciaal aandacht worden besteed aan de mate waarin zij positief met haar dochter communiceert over orale anticonceptie. Daarnaast moet er vooral aandacht worden besteed aan het verhogen van de self efficacy van de meisjes betreffende orale anticonceptie en de sociale normen die hiermee samenhangen. Het is ook belangrijk om het moment van samenwonen proberen uit te stellen.

Er zitten vrij grote verschillen in anticonceptie gebruik (zowel condoom als orale anticonceptie) tussen samenwonende en niet-samenwonende meisjes. Samenwonende meisjes kiezen vaker voor orale anticonceptie, terwijl niet samenwonende meisjes vaker voor het condoom kiezen. Orale anticonceptie is een van de beste manieren om je te beschermen tegen zwangerschappen, maar beschermt niet tegen SOA's. Condooms doen dit wel, maar zijn minder betrouwbaar als het gaat om het voorkomen van zwangerschap. Het risico op zwangerschap bij samenwonende meisjes groter is dan bij niet samenwonende meisjes. Terwijl mag worden aangenomen dat niet samenwonende meisjes een groter risico lopen op

SOA (door meer kans op wisselende contacten). Om deze redenen is het aan te bevelen om voor samenwonende en niet samenwonende meisjes een andere opzet te gebruiken. Waarbij bij samenwonende meisjes orale anticonceptie zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en bij niet samenwonende meisjes het condoom gebruik. Maar in beide gevallen moet er zoveel mogelijk voor worden gezorgd dat de ander niet wordt uitgesloten.

Vervolg onderzoek

Voor vervolg onderzoek is het aan te bevelen om ook in andere delen van de Dominicaanse Republiek onderzoek te doen en daarbij ook jongens te betrekken.

Ook is het van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan naar communicatie patronen. Dit is een erg ingewikkeld construct wat ook moeilijk te meten is, dus meer onderzoek hiernaar is wel gewenst. Ook naar de invloed van communicatie patronen op sociale cognities van oraal anticonceptie gebruik en condoom gebruik. Zijn er hierbij verschillen tussen mannen en vrouwen?

Ook naar de schalen van sociale cognities over oraal antinconceptie gebruik is meer onderzoek nodig. Daar bestonden nog geen vaste schalen voor. Daar is nu een begin mee gemaakt, maar verder onderzoek is nodig om betrouwbaardere schalen te krijgen.

Literatuurlijst

Advocates for Youth. A Comparison of Europe, the United States of America and South Carolina: what can we learn (2003)

http://www.teenpregnancysc.org/pdf/Adolescent_Sexual_Health.pdf

Geraadpleegd op: 15 juni 2006

Albsoul-Younes, A. M., Saleh, F. & El-Khateeb, W. (2003). Perception of efficacy and safety as determinants for use and discontinuation of birth control methods in Muslim Jordanian women. *European Journal of Contraception and Reproductive Healthcare*, 8 (3) 156

BBC News, *Teenage pregnancies: the picture worldwide* (1999)

http://news.bbc.co.uk/2/hi/special_report/1999/04/99/teen_pregnancy/319869.stm

Geraadpleegd op: mei, 2007

Belo, M. A. V., Pinto, J. L. & Silva (2004). Conhecimento, attitude e pratica sobre métodos anticoncepcionais entre adolescents gestantes. *Rev Saúde Pública*, 38 (4) 479

Berry, E. H., Shillington, A.M., Peak, T. & Hohman, M.M. (2000). Multi-ethnic comparison of risk and protective factors for adolescent pregnancy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17 (2) 79-96

Boer, H., & Westhoff, Y. (2006). The role of positive and negative signalling communication by strong and weak ties in the shaping of safe sex subjective norms of adolescents in South Africa. *Communication Theory*, 16, 75-90

Boer, H., & Mashamba, M.T. (2005). Psychosocial correlates of HIV protection motivation among black adolescents in Venda, South Africa. *Aids Education and Prevention*, 17, 590-602

Bull, S.S. (1998) Machismo/marianismo attitudes, employment, education and sexual behaviour among women in Ecuador and the Dominican Republic. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3 (1) 1

Burkman, R.T., Collins, J.A., Shulman, L.P. & William, J.K. (2001) Current perspectives on oral contraceptive use. *American Journal of obsetrics and gynecology*, 185

CBS, Gebruik medische voorzieningen (2007)

[http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7042mc&D1=381-389&D2=\(1-11\)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7042mc&D1=381-389&D2=(1-11)-l&DM=SLNL&LA=nl&TT=2)

Geraadpleegd op: 17 mei 2007

CBS, Uitstel van samenwonen (2004)

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2004/2004-k1-b-15-p028-art.htm>

Geraadpleegd op: 13 juni 2007-06-13

Coley, L., Lindsay, R. & Linsday, C.L. (1997) Adolescent Pregnancy and Parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*

Demographic and Health Surveys, Dominican Republic (2002)

http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=437&ctry_id=8&SrvyTp=country

Geraadpleegd op: 29 april 2006

Driscoll, A.K. & Biggs, M.A. (2001) Adolescent latino reproductive health: a review of the literature. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23 (3) 255

Fenelly, K. & Cornwell, G. (1992) A comparison of the fertility of Dominican, Puerto Rican and mainland Puerto Rican adolescents. *Family planning perspectives*, 24 (3) 107

Froese, G. (2002) *Marco Polo: Dominicaanse Republiek*. Van Reemst Uitgeverij, Houten

Gilliam, L.M., Warden, M., Goldstein, C. & Tapia, B. (2004) Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus group approach. *Contraception*, 70 (4) 299

Goodyear, R. K., Newcomb, M.D. & Allison, R.D. (2000) Predictors of Latino men's paternity in teen pregnancy: test of a mediational model of childhood experiences, gender role attitudes and behaviours. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1) 116-128

Guttmacher Institute, Teen Sex and Pregnancy (1999)

http://www.guttmacher.org/pubs/fb_teen_sex.html

Geraadpleegd op: 23 mei 2006

Hansen, T. & Skjeldestad, F.E. (2003) Communication about contraception and knowledge of oral contraceptives amongst Norwegian high school students. *Journal of Adolescence*, 26 (4) 481

Hofferth, S.L. & Reid, L. (2002) Early Childbearing and children's achievement and behaviour over time. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (1)

Iuliano, A. D., Speizer, I.S., Santelli, J. Kendall, C. (2006) Reasons for contraceptive nonuse at first sex and unintended pregnancy. *American Journal of Health Behavior*, 30 (1) 92

Karavus, M. Cali, S., Kalaca, S. & Cebeci, D. (2004) Attitudes of married individuals towards oral contraceptives : a qualitative study in Istanbul, Turkey. *Journal of Family Planning and Reproductive Healthcare*, 30 (2) 95

Kuijpers. D. & Eijssink, J (2005) Stigmatization, Knowledge and erroneous beliefs about AIDS influencing social cognitions and condom use among adolescents in the Dominican Republic.

Latzel, M. & Reiter, J. (1996) Insight compact guide: Dominican Republic. Langenscheidt Publishers

Levinson, R. A., Wan, C. K. & Beamer, L.J. (1998) The contraceptive self efficacy scale: analysis in four samples. *Journal of Youth and Adolescence*, 27 (6) 773

Little, C.B. & Rankin, A. (2001) Why do they start it? Explaining reported early-teen sexual activity. *Sociological Forum*, 16 (4) 703-729

Magnani, R. J., Sosler, S. M., McCann, H. G. & Speizer, L.S. (2001) Why the rise in adolescent fertility rates in the Dominican Republic in the 1990's? *Population Research and Policy Review*, 20 (6) 535-563

Makinson, C. (1985) The health consequences of teenage fertility. Family Planning Perspectives, 17 (3) 132-139

Marin, B. V., Gomez, C. A., Tschann, J.M. & Gregorich, S.E. (1997) Condom use in unmarried latino men: a test of cultural constructs. Health Psychology, 16, 458-467

The National Campaign to prevent Teen Pregnancy. Not just another single issue: Teen pregnancy (2002)

<http://www.teenpregnancy.org/resources/data/pdf/notjust.pdf>

Geraadpleegd op: 2 mei 2007

Regnerus, M.D. (2005) Talking about sex: religion and patterns of parent-child communication about sex and contraception. The Sociological quarterly: official Journal of the Midwest Sociological Society, 46 (1) 79

Romo, L.F., Berenson, A.B. & Segars, A. (2004) Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States. Contraception, 69 (3) 219-225

SOA AIDS Nederland, Seks onder je 25ste (2005)

<http://www.soaaid.nl/documenten/seksonderje25efs.pdf>

Geraadpleegd op: 13 juni 2007

Scholl, T.O., Hediger, M.L. & Belsky, D.H. (1994) Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. The Journal of Adolescent Health, 15 (6), 444-456

Shoveller, J.A., Johnson, J.L & Langille, D.B. et al (2004) Socio-cultural influences on young people's sexual development. Social Science & Medicine, 59 (3) 473-487

Sueyoshi, S., Ohtsuka, R. (2004) Ineffective contraceptive use and its causes in a natural fertility population in southern Jordan. Human Biology, 76 (5) 711

Teenage Pregnancy Unit, *Teenage Pregnancy* (1999)

http://www.dfes.gov.uk/teenagepregnancy/dsp_showDoc.cfm?FileName=teenpreg.pdf

Geraadpleegd op: 15 april 2007

Tessler, S.L., Peipert, J.F. (1997) Perceptions of contraceptive effectiveness and health effects of oral contraception. *Womens Health Issues*, 7, 400-406

Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., Boulamatsis, D. & Creatsas, G. (2004) Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age : a country-wide survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 116 (?)190

Vakantielanden.net, Dominicaanse Republiek

<http://www.vakantielanden.net/dominicaanserepubliek.htm>

Geraadpleegd op: 29 april 2006

Wikipedia, Teenage pregnancy (2007)

http://en.wikipedia.org/wiki/Teenage_pregnancy

Geraadpleegd op: 2 mei 2007

Whitley, B.E. & Schofield, J.W (1986) A meta-analysis of research on adolescent contraceptive use. *Population and environment*, 8 (3/4) 173-203

Wysocki, S. (1998) Improving patient success with oral contraceptives: the importance of counseling. *Nurse Practitioner*, 23 (4)

Bijlage 1: Spaanse vragenlijst

Esto es un cuestionario acerca de anticonceptivos, no hay mala o buena respuestas, porque es sobre tu opinion.

Con la mayoria de preguntas hay 5 posibilidades de respuestas

- 1- Completamente en desacuerdo
- 2- En desacuerdo
- 3- Neutral
- 4- De acuerdo
- 5- Completamente de acuerdo

Debes encerrar la respuesta que acuerde contigo. Llena las respuestas tu misma sin pedir que te ayuden. Por favor contesta todas las preguntas.

Todas las respuestas son anónima y no tienes que poner tu nombre

Muchas gracias

-Jostan Eijssink

	Completa mente en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Completa mente de acuerdo
Preguntas acerca del uso de condones					
1. Tener relaciones sexuales con condones es menos romantico	1	2	3	4	5
2. Usar condones en una interupcion que molesta	1	2	3	4	5
3. Usar condones reduce el places sexual de mi compañero	1	2	3	4	5
4. Usar condones reduce mi placer sexual	1	2	3	4	5
5. Usar condones hacer el sexo dificil	1	2	3	4	5
6. Usar condones hace el sexo embarazoso	1	2	3	4	5
7. Mi compañero actual piensa que deberiamos usar condón	1	2	3	4	5
8. Mis amigos piensan que yo deberia usar condón	1	2	3	4	5
9. Mis padres piensan que yo deberia usar condón	1	2	3	4	5
10. La opinión de mi compañero es importante para mi	1	2	3	4	5
11. La opinión de mis amigos es importante para mi	1	2	3	4	5
12. La opinión de mis padres es importante para mi	1	2	3	4	5
13. Es dificil para mi hablar de condón	1	2	3	4	5
14. Sería dificil para mi parar el sexo para poner un condón	1	2	3	4	5
15. Pienso que usar condones es dificil	1	2	3	4	5
16. Tengo miedo de decirle a mi compañero usemos condón	1	2	3	4	5
17. Mi compañero se pondria enoja si le propongo usar condón	1	2	3	4	5
18. En el futuro cuando no hay condón no tender sexo	1	2	3	4	5
19. En el futuro le dire a mi compañero que usemos condon, aunque el no quiera	1	2	3	4	5
20. En el futuro usaré condon siempre	1	2	3	4	5
Preguntas acerca anticonceptivos oral					
21. Cuando uso la píldora no quedo embarazada	1	2	3	4	5
22. Yo pienso que la píldora tiene mucho efectos secundarios malos	1	2	3	4	5
23. Es un ventaja para mi que tu pueda tomar la píldora en secreto	1	2	3	4	5

	Completa mente en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Completa mente de acuerdo
24. La píldora ayuda en contra del acnes	1	2	3	4	5
25. Puedo tomar la píldora sin que mis padres lo sepan	1	2	3	4	5
26. La píldora me pone gorda	1	2	3	4	5
27. La píldora es mala para mi salud	1	2	3	4	5
28. Usar la píldora reduce mi placeres sexual	1	2	3	4	5
29. No tomo la píldora porque no me protege contra enfermedades sexuales	1	2	3	4	5
30. Puedo conseguir la píldora muy facil	1	2	3	4	5
31. Es malo usar anticonceptivos	1	2	3	4	5
32. Creo que usar la píldora me pone esteril	1	2	3	4	5
33. Mi compañero actual piensa que debo usar anticonceptivos orales	1	2	3	4	5
34. Mis amigos piensan que debo usar anticonceptivos orales	1	2	3	4	5
35. Mis padres piensan que debo usar anticonceptivos orales	1	2	3	4	5
36. La píldora es dificil de usar para mi	1	2	3	4	5
37. Puedo ir an una tienda y comprar la píldora por mi misma	1	2	3	4	5
38. La píldora es demasiada cara	1	2	3	4	5
39. Es dificil para mi recorder tomar la píldora	1	2	3	4	5
40. Mi compañero se enojaria si le propusiero usar la píldora	1	2	3	4	5
41. Es embarazoso para mi comprar la píldora	1	2	3	4	5
42. En el futuro tomaré la píldora aunque mi compañero se enoje	1	2	3	4	5
43. En el futuro no tender relaciones sexuales sin tomar la píldora	1	2	3	4	5
44. En el futuro siempre usaré la píldora	1	2	3	4	5
45. Cuando no uso ninguna forma de anticonceptivos (condón o píldora) tengo un gran riesgo de embarazarme	1	2	3	4	5
46. No me preocupa quedar embarazada incluso cuando no uso anticonceptivo	1	2	3	4	5
47. Si quedo embarazada tengo un gran impacto positive en mi vida	1	2	3	4	5
48. Si quedo embarazada tengo un gran impacto negative en mi vida	1	2	3	4	5

	Completa mente en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Completa mente de acuerdo
49. Quedar embarazada reduce el chance de tener una buena educación	1	2	3	4	5
Preguntas acerca de como hombre y mujer deben áctuar					
50. Una mujer deberia votar de acuerdo a lo que quiera su marido	1	2	3	4	5
51. El marido deberia tomar todas las decisions importantes	1	2	3	4	5
52. Es mayor para un hombre dar ordenes que recibirlas	1	2	3	4	5
53. Un hombre necesita tener hijos para ser hombre de verdad	1	2	3	4	5
54. Es peligroso para una mujer saber tanto o más qye un hombre acerca del sexo	1	2	3	4	5
55. Una mujer debe pagar las consecuencias al coquetear con un hombre	1	2	3	4	5
56. Un hombre muestra menos respecto por una mujer si le habla acerca del sexo	1	2	3	4	5
57. Tener experiencias sexuales antes del matrimonio es más importante para un hombre que para una mujer	1	2	3	4	5
58. Es dañino para un hombre ser excitado sexualmente y no eyacular	1	2	3	4	5

Aqui hay unas preguntas de cuantas veces te comunicas con amigos y familiars acerca del condón (nunca, a veces, a menudo y muy a menudo). Enciera la respuesta correcta por cada persona.	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
59. Madre	1	2	3	4
60. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
61. Amigas	1	2	3	4
62. Novio	1	2	3	4
<u>Cuántas veces las siguientes personas hablan positivamente acerca del condón</u>				
63. Madre	1	2	3	4
64. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
65. Amigas	1	2	3	4
66. Novio	1	2	3	4
<u>Cuántas veces las siguientes personas hablan negativamente acerca del condón</u>				
67. Madre	1	2	3	4
68. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
69. Amigas	1	2	3	4
70. Novio	1	2	3	4
<u>Cuántas veces las siguientes personas hablan acerca de anticonceptivos oral</u>				
71. Madre	1	2	3	4
72. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
73. Amigas	1	2	3	4
74. Novio	1	2	3	4

Cuántas veces las siguientes personas hablan <u>positivamente</u> acerca de <u>anticonceptivos oral</u>				
75. Madre	1	2	3	4
76. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
77. Amigas	1	2	3	4
78. Novio	1	2	3	4
Cuántas veces las siguientes personas hablan <u>negativamente</u> acerca de <u>anticonceptivos oral</u>				
79. Madre	1	2	3	4
80. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
81. Amigas	1	2	3	4
82. Novio	1	2	3	4
Cuántas veces las siguientes personas hablan contigo acerca de tener hijos <u>ahora</u>				
83. Madre	1	2	3	4
84. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
85. Amigas	1	2	3	4
86. Novio	1	2	3	4
Cuántas veces las siguientes personas dicen que tener hijos <u>ahora es bueno</u>				
87. Madre	1	2	3	4
88. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
89. Amigas	1	2	3	4
90. Novio	1	2	3	4
Cuántas veces las siguientes personas dicen que tener <u>hijos ahora es malo</u>				
91. Madre	1	2	3	4
92. Hermanos/hermanas	1	2	3	4
93. Amigas	1	2	3	4
94. Novio	1	2	3	4

Aquí hay algunas preguntas acerca de como usar anticonceptivos oral, por cada pregunta selecciona la respuesta que tu crees correcta. Solo puedes seleccionar una.

95. Deberías tomar la pildora todos los días? (Sin contra la semana que paras de tomarla)

- ☐ Si
☐ No

96. Puedes dejar pasar por alto el 7mo día descanso?

- ☐ Si
☐ No

97. Si olvidas tomar la pildora pero hace menos de 12 horas que harías?

- ☐ Nada
☐ Tomar la pildora olvidado lo mas pronto que te acuerdes
☐ Usar precaucion extra (como el condón) por los proximos 7 días
☐ Otros (pon to respuesta aqui)

98. Si olvidas tomar la pildora, pero hace mas de 12 horas que harías?

- ☐ Nada
- ☐ Tomar la pildora olvidado lo mas pronto que te recuerdes
- ☐ Usar precaucion extra (como el condón) por los proximos 7 días
- ☐ Otros (pon tu respuesta aqui)

99. Qué harías si estuvieras enferma (con vomito o diarrea) por menos de 12 horas

- ☐ Nada
- ☐ Tomar una pildora extra cuando te mejores
- ☐ Usar precaucion extra (como el condón) por los proximos 7 días
- ☐ Otros (pon tu respuesta aqui)

99. Qué harías si estuvieras enferma (con vomito o diarrea) por mas de 12 horas

- ☐ Nada
- ☐ Tomar una pildora extra cuando te mejores
- ☐ Usar precaucion extra (como el condón) por los proximos 7 días
- ☐ Otros (pon tu respuesta aqui)

100. Qué harías si tuvieras que tomar antibioticos al mismo tiempo que tomar los anticonceptivos

- ☐ Nada
- ☐ Usar extra precaucion (como el condón)
- ☐ Preguntale a tu doctor por un consejo
- ☐ Preguntale a tu farmacéutico por un consejo
- ☐ Otros (pon tu respuesta aqui)....

Finalmente aqui hay unas preguntas acerca de ti

102. Ya tengo un niño ☐ Si ☐ No

103. Quiero un (otro) hijo ahora ☐ Si ☐ No

104. Quiero un (otro) hijo en 2 años ☐ Si ☐ No

105. Quiero un (otro) hijo despues ☐ Si ☐ No

106. No quiero (otro) hijos ☐ Si ☐ No

107. Cuál es la major cantidad de hijos hijos

108. Cuál es la major edad para tu primer hijoaños

109. Cuántos años tienesaños

110. A cuál nivel llegaste Nivel.....

111. Tomas alcohol?

☐ Si, muchas veces ☐ Si, a veces ☐ Si, muy poco veces ☐ No, nunca

111. Tomas marijuana?

☐ Si, muchas veces ☐ Si, a veces ☐ Si, muy poco veces ☐ No, nunca

113. Tienes compañero? ☐ Si ☐ No
114. Vives con el en una casa? ☐ Si ☐ No
115. Cuántos compañeros sexuales has tenido en los ultimos 12 meses?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o más
116. Usaste la pildora en las ultimas 4 semanas?
☐ Si ☐ Si pero a veces se me olvida ☐ No
117. Usaste condón en las ultimas 4 semanas? (si tuviste sexo)
☐ Si, siempre ☐ Si, la mayoría del tiempo ☐ Si, a veces ☐ No
118. Usaste los dos la pildora y el condón al mismo tiempo?
☐ Si, siempre ☐ Si, la mayoría del tiempo ☐ Si, a veces ☐ No
119. Has estado alguna vez embarazada? ☐ Si ☐ No
120. Has tenido sexo ☐ Si ☐ No
121. Si lo has hecho, cuál fue tu edad la primera vezaños
122. Has tenido sexo en las ultimas 4 semanas ☐ Si ☐ No
123. Has tenido sexo en los ultimos 12 meses ☐ Si ☐ No

Bijlage 2: Engelse vragenlijst

This questionnaire is about contraceptives. There are no good or bad answers, because it is about your opinion.

The majority of the questions have 5 answer possibilities:

- 1- Completely disagree
- 2- Disagree
- 3- Neutral
- 4- Agree
- 5- Completely agree

You have to circle the answer that applies to you the most. Fill out all the answers without asking for any help. Please answer all the questions.

All the answers are anonymous and you don't have to put your name anywhere

Thanks

- Jostan Eijssink

	Completely disagree	Disagree	Neutral	Agree	Completely agree
Questions about condom use					
1. Having sexual relationships with condoms is less romantic	1	2	3	4	5
2. Using condoms is an annoying interruption	1	2	3	4	5
3. Using condoms reduces the sexual pleasure of my partner	1	2	3	4	5
4. Using condoms reduces my sexual pleasure	1	2	3	4	5
5. Using condoms makes sex difficult	1	2	3	4	5
6. Using condoms makes sex embarrassing	1	2	3	4	5
7. My current partner thinks we should use condoms	1	2	3	4	5
8. My friends think I should use condoms	1	2	3	4	5
9. My parents think I should use condoms	1	2	3	4	5
10. The opinion of my partner is important to me	1	2	3	4	5
11. The opinion of my friends is important to me	1	2	3	4	5
12. The opinion of my parents is important to me	1	2	3	4	5
13. It's difficult for me to talk about condoms	1	2	3	4	5
14. It would be difficult for me to stop the sex and put on a condom	1	2	3	4	5
15. I think using condoms is difficult	1	2	3	4	5
16. I'm afraid to tell my partner we should use condoms	1	2	3	4	5
17. My partner will get angry when I propose to use condoms	1	2	3	4	5
18. In the future, I will not have sexual relations, where there is not the possibility of using condoms	1	2	3	4	5
19. In the future I will demand using condoms, even if my partner doesn't want to	1	2	3	4	5
20. In the future, I will always use a condom	1	2	3	4	5
Questions about oral contraceptives					
21. When I use the pill, I will not get pregnant	1	2	3	4	5
22. I think that the pill has a lot of bad side effects	1	2	3	4	5
23. It's an advantage for me that I can take the pill in secret	1	2	3	4	5

	Completey disagree	Disagree	Neutral	Agree	Completely agree
24. The pill helps against acne	1	2	3	4	5
25. I can take the pill without my parents knowing it	1	2	3	4	5
26. The pill makes me fat	1	2	3	4	5
27. The pill is bad for my health	1	2	3	4	5
28. The pill reduces my sexual pleasure	1	2	3	4	5
29. I don't take the pill, because it doesn't protect me against STD	1	2	3	4	5
30. I can get the pill very easy	1	2	3	4	5
31. It's bad to use contraceptives	1	2	3	4	5
32. I think that the pill can make me sterile	1	2	3	4	5
33. Mi partner thinks I should use oral contraception	1	2	3	4	5
34. My friends think I should use oral contraception	1	2	3	4	5
35. My parents think I should use oral contraception	1	2	3	4	5
36. The pill is difficult to use for me	1	2	3	4	5
37. I can go to a shop and by the pill by myself	1	2	3	4	5
38. The pill is too expensive	1	2	3	4	5
39. It's difficult for me to remember to take the pill every day	1	2	3	4	5
40. My partner will get angry if I propose to use the pill	1	2	3	4	5
41. It's embarrassing for me to buy the pill	1	2	3	4	5
42. In the future I will take the pill even if my partner gets angry	1	2	3	4	5
43. In the future I will not have sexual relations without taking the pill	1	2	3	4	5
44. In the future I will always use the pill	1	2	3	4	5
45. When I don't use any form of contraceptives (the pill or condom) I run a high risk of getting pregnant	1	2	3	4	5
46. I'm not worried about getting pregnant, even if I don't use any contraception	1	2	3	4	5
47. If I get pregnant it will have a big positive impact on my life	1	2	3	4	5
48. If I get pregnant it will have a big negative impact on my life.	1	2	3	4	5

	Completely disagree	Disagree	Neutral	Agree	Completely agree
49. Getting pregnant will reduces my chances of getting a good education	1	2	3	4	5
Questions about how a man and a woman should act					
50. A woman needs to vote like her husband wants her to	1	2	3	4	5
51. The man need to take all the important decisions	1	2	3	4	5
52. It's better for a man to give orders then to receive them	1	2	3	4	5
53. A man needs to have children to be a real man	1	2	3	4	5
54. It's dangerous for a woman to know a lot, or more about sex than a man	1	2	3	4	5
55. A woman has to pay the consequences of flirting with a man	1	2	3	4	5
56. A man shows less respect for a woman when he talks to her about sex	1	2	3	4	5
57. Having sexual experience before marriage is more important for a man then for a woman	1	2	3	4	5
58. It's harmfull for a man to be sexually aroused and not ejaculate	1	2	3	4	5

Here are some questions about how many times you communicate with friends a family about condoms (never, sometimes, often and very often). Circle the right answer for every person.	Never	Sometimes	Often	Very often
59. Mother	1	2	3	4
60. Brothers/sisters	1	2	3	4
61. Friends	1	2	3	4
62. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people talked to you <u>positively</u> about condoms				
63. Mother	1	2	3	4
64. Brothers/sisters	1	2	3	4
65. Friends	1	2	3	4
66. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people talked to you <u>negatively</u> about condoms				
67. Mother	1	2	3	4
68. Brothers/sisters	1	2	3	4
69. Friends	1	2	3	4
70. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people talked to you about oral contraception				
71. Mother	1	2	3	4
72. Brothers/sisters	1	2	3	4
73. Friends	1	2	3	4
74. Boyfriend	1	2	3	4

How many times have the next people talked to you <u>positively</u> about oral contraception				
75. Mother	1	2	3	4
76. Brothers/sisters	1	2	3	4
77. Friends	1	2	3	4
78. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people talked to you <u>negatively</u> about oral contraception				
79. Mother	1	2	3	4
80. Brothers/sisters	1	2	3	4
81. Friends	1	2	3	4
82. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people talked to you about getting children <u>now</u>				
83. Mother	1	2	3	4
84. Brothers/sisters	1	2	3	4
85. Friends	1	2	3	4
86. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people said that getting children <u>now is good</u>				
87. Mother	1	2	3	4
88. Brothers/sisters	1	2	3	4
89. Friends	1	2	3	4
90. Boyfriend	1	2	3	4
How many times have the next people said that getting children <u>now is bad</u>				
91. Mother	1	2	3	4
92. Brothers/sisters	1	2	3	4
93. Friends	1	2	3	4
94. Boyfriend	1	2	3	4

Here are some questions about how to use oral contraceptives. For every question select the answer that you think is right. You can only select 1 answer.

95. Do you have to take the pill everyday? (not counting the 7 day stopweek)

☐ Yes

☐ No

96. Can you skip the 7 day stopweek?

☐ Yes

☐ No

97. If you forget the pill, but its less than 12 hours ago, what would you do?

☐ Nothing

☐ Take the pill that you forgot as soon as you remember

☐ Use extra precaution (like condom) for the next 7 days

☐ Other (put your answer here).....

98. If you forget the pill, but its more than 12 hours ago, what would you do?

- ☐ Nothing
- ☐ Take the pill that you forgot as soon as you remember
- ☐ Use extra precaucion (like condom) for the next 7 days
- ☐ Other (put your answer here).....

99. What would you do if you were sick (with vomiting or diarrhea) for less than 12 hours

- ☐ Nothing
- ☐ Take an extra pill as soon as you get better
- ☐ Use extra precaucion (like condom) for the next 7 days
- ☐ Other (put your answer here).....

99. What would you di if you were sick (with vomiting or diarrhea) for more than 12 hours

- ☐ Nothing
- ☐ Take an extra pill as soon as you get better
- ☐ Use extra precaucion (like condom) for the next 7 days
- ☐ Other (put your answer here).....

100. What would you do, if you had to take antibiotics at the same time that you had to take oral contraceptives

- ☐ Nothing
- ☐ Use extra precaucion (like the condom)
- ☐ Ask your doctor for advice
- ☐ Ask your pharmacy for advice
- ☐ Other (put your answer here).....

Finally there are some questions about you

102. I have a child already ☐ Yes ☐ No

103. I want a(nother) child now ☐ Yes ☐ No

104. I want a(nother) child en 2 years ☐ Yes ☐ No

105. I want a(nother) child later ☐ Yes ☐ No

106. I don't want (other) children ☐ Yes ☐ No

107. Whats the best amount of children children

108. Whats the best age for your first childyears

109. How old are youyears

110. Whats your education Grade/school.....

111. Do you drink alcohol?

☐ Yes, often ☐ Yes, sometimes ☐ Yes, very sometimes ☐ No, never

111. Do you smoke marijuana?

☐ Yes, often ☐ Yes, sometimes ☐ Yes, very sometimes ☐ No, never

113. Do you have a boyfriend? ☐ Yes ☐ No
114. Do you live together with him? ☐ Yes ☐ No
115. How many sexual partners did you have in the last 12 months?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o más
116. Did you use the pill in the last 4 weeks?
☐ Yes ☐ Yes, but I sometimes forget ☐ No
117. Did you use a condom in the last 4 weeks (if you had sex)?
☐ Yes, always ☐ Yes, most of the time ☐ Si, sometimes ☐ No
118. Did you use the pill and a condom at the same time?
☐ Yes, always ☐ Yes, most of the time ☐ Si, sometimes ☐ No
119. Have you ever been pregnant? ☐ Yes ☐ No
120. Did you ever have sex? ☐ Yes ☐ No
121. If you did, what was the age of first sexual intercourseyears
122. Did you have sex in the last 4 weeks ☐ Yes ☐ No
123. Did you have sex in the last 12 months ☐ Yes ☐ No