

Islamitische vrouwen en gynaecologische klachten

Een onderzoek naar wat islamitische vrouwen doen als zij gynaecologische klachten ervaren en wat zij nodig hebben om deze klachten bespreekbaar te maken

Frederike Loor en Frouwien Stavast

Hanzehogeschool, Academie voor Sociale Studies
Afstudeerrapport in het kader van de specialisatie
'Ambulante begeleiding in de thuissituatie'
Begeleider: Ruud Hemmen
Instelling: Informatie Centrum Gynaecologie
maart 2008, Groningen

Voorwoord

Een onderdeel van het laatste jaar van de studies 'Sociaal Pedagogische Hulpverlening' (SPH) en 'Maatschappelijk Werk en Dienstverlening' (MWD) aan de Hanzehogeschool bestaat uit het uitvoeren van een afstudeeronderzoek. Wij hebben ons afstudeeronderzoek binnen de specialisatie 'Ambulante begeleiding in de thuissituatie' uitgevoerd. Het onderzoek is tot stand gekomen in opdracht van en in samenwerking met het Informatie Centrum Gynaecologie.

In dit onderzoeksrapport wordt de hoofdvraag: '*Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?*' behandeld. Het lijkt eerder een onderzoek passend bij HBO-Verzorging dan bij SPH of MWD, omdat het hier om medische zaken gaat. Echter is dit onderwerp breed te trekken naar hulpverlening aan allochtone vrouwen. In ons toekomstig beroep als 'ambulante hulpverleners' hebben wij grote kans met cliënten van allochtone afkomst te zullen werken. Het bespreken van gevoelige onderwerpen of taboes is in de ambulante hulpverlening geen vreemd verschijnsel. Door de vele contacten met islamitische vrouwen en het stellen van vragen over gynaecologische klachten, hebben we meer kennis en inlevingsvermogen gekregen in het bespreken van gevoelige onderwerpen met islamitische vrouwen. We zijn dankbaar dat we de kans hebben gekregen om in het laatste jaar van onze studie hier zo intensief mee bezig te kunnen zijn.

Deze scriptie is tot stand gekomen met behulp van de begeleiding en ondersteuning van een aantal mensen, die wij hiervoor willen bedanken.

Als eerste de 22 islamitische vrouwen voor hun deelname aan ons interview, zonder hen kon ons onderzoek niet tot dit resultaat gekomen zijn. Ook Bea Buikema, directeur van het Informatie Centrum Gynaecologie (ICG), Esther Rill en Saïda el Battioui willen we heel erg bedanken voor hun belangstelling, hulp en hun tijd. Natuurlijk willen wij onze afstudeerbegeleider Ruud Hemmen bedanken voor zijn enthousiasme en interesse in dit onderzoek.

We zijn tevreden met het resultaat en hopen een informatieve bijdrage te kunnen leveren aan de praktijk.

Frederike Loor en Frouwien Stavast

Inhoud

Voorwoord	
Inhoudsopgave	
Samenvatting	
Inleiding	blz. 1
Hoofdstuk 1 Literatuurstudie	
§1.1 Het islamitische geloof	blz. 4
§1.2 Gynaecologie	blz. 7
§1.3 Islamitische vrouwen en hulpverleners	blz. 9
Hoofdstuk 2 Methode	
§2.1 Het type onderzoek	blz. 12
§2.2 Populatie respondenten	blz. 14
§2.3 Beschrijving en verantwoording meetinstrument	blz. 15
§2.4 Materiaalverzameling	blz. 16
§2.5 Analyse en verwerking van gegevens	blz. 18
Hoofdstuk 3 Onderzoeksresultaten	
§3.1 Het geslacht van de hulpverlener	blz. 20
§3.2 Islamitische vrouwen en niet gynaecologisch gerelateerde klachten	blz. 22
§3.3 Het handelen van islamitische vrouwen bij gynaecologische klachten	blz. 22
§3.4 Behoeftes islamitische vrouwen op het gebied van gynaecologische zorg	blz. 26
Hoofdstuk 4 Conclusie	blz. 29
Hoofdstuk 5 Discussie	
§5.1 Eigen mening	blz. 31
§5.2 Aanbevelingen	blz. 33
§5.3 Suggesties voor nader onderzoek	blz. 33
Literatuurlijst	blz. 34

Samenvatting

Door het lezen van deze samenvatting kan op een snelle wijze inzicht verkregen worden in het onderzoeksrapport. Het onderzoek wordt uitgevoerd ten behoeve van het Informatie Centrum Gynaecologie (ICG), die informatie en ondersteuning biedt bij gynaecologische klachten. Het ICG wil graag informatie die antwoord geeft op twee vragen. Zo is er meer inzicht in de doelgroep en hoe de doelgroep gynaecologische klachten beleefd. Met dit onderzoek wordt er een antwoord gegeven op de hoofdvraag: *‘Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?’* Daarnaast wordt er antwoord gegeven op de deelvraag: *‘Wat doen islamitische vrouwen als zij gynaecologische klachten hebben en waarom?’*

Het eerste hoofdstuk is de literatuurstudie, hiermee worden de begrippen uit de hoofdvraag gedefinieerd en beschreven, om duidelijker te maken waar het onderzoek zich op richt. Zo wordt in paragraaf 1.1 een korte beschrijving gegeven van de islam en de islamitische vrouw, om de doelgroep en haar geloof te leren kennen. Vervolgens wordt een stuk geschreven over de islam en hulpverlening. Zo wordt onder andere beschreven dat de opvatting van moslims over hulpverlening sterk kunnen verschillen met die van de westerse samenleving. Kortom paragraaf 1.1 staat in het teken van de doelgroep islamitische vrouwen en het islamitisch geloof dat daar bij hoort.

In paragraaf 1.2 wordt uitgelegd dat gynaecologie een specialisatie in de [geneeskunde](#) is die zich bezig houdt met [organen](#) en [ziekten](#) die specifiek zijn voor de vrouw. In paragraaf 1.3 wordt beschreven wat er gevonden is in de literatuur over islamitische vrouwen en hulpverleners. Ook wordt gedefinieerd wie in dit onderzoek worden bedoeld met hulpverleners. De vraag is immers wat islamitische vrouwen nodig hebben om gynaecologische klachten met hulpverleners te bespreken. Naar voren komt dat het woord ‘hulpverleners’ breed geïnterpreteerd wordt in dit onderzoeksrapport.

In hoofdstuk 2 wordt de methode, gebruikt om antwoord op de hoofdvraag en deelvraag te krijgen, beschreven. Zo wordt onder andere beschreven dat er gebruikt gemaakt is van een halfgestructureerd interview, die bij 22 islamitische vrouwen afkomstig uit zes verschillende landen, is afgenomen. De gegevens afkomstig uit deze interviews zijn geanalyseerd en verwerkt tot resultaten, die in hoofdstuk 3 beschreven staan.

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de deelvraag en hoofdvraag. Er wordt begonnen met het geven van antwoord op de deelvraag. De deelvraag is: “Wat doen islamitische vrouwen in Groningen als zij gynaecologische klachten ervaren en waarom?”. Uit ons onderzoek blijkt dat als islamitische vrouwen gynaecologische klachten ervaren een grote meerderheid (namelijk 73%) naar een hulpverlener gaan. De vrouwen geven als reden aan dat ze willen weten wat ze mankeren en hoe ze van hun klacht af kunnen komen, dit gaf 45% van de vrouwen aan. Een andere reden voor de islamitische vrouwen om met gynaecologische klachten naar de hulpverlener te gaan is dat ze hun hulpverlener vertrouwen, dit gaf 33% van de islamitische vrouwen aan. Aan de islamitische vrouwen is gevraagd, wat zij denken dat andere islamitische vrouwen doen als zij gynaecologische klachten ervaren. Hiervan denkt 73% dat andere islamitische vrouwen moeilijk naar de hulpverlener gaan, met als reden dat ze schaamte hebben voor een mannelijke hulpverlener. Verder wordt het geloof en de taalbarrière aangegeven als redenen dat andere islamitische vrouwen moeilijk naar de hulpverlener gaan. Met het geloof wordt bedoeld dat vrouwen alleen door vrouwen onderzocht mogen worden en mannen door mannen. Tot zover het antwoord op de deelvraag.

De hoofdvraag: *‘Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten te bespreken met hulpverleners?’* wordt hieronder beantwoord.

Als nummer één komt naar voren dat de meeste islamitische vrouwen een vrouw als hulpverlener nodig hebben om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken. Daarnaast hebben islamitische vrouwen een onbevooroordeelde hulpverlener en een aanwezige tolk nodig om gynaecologische klachten te bespreken. Verder worden voorlichtingen over de hulpverlening en het lichaam genoemd om zo de onwetendheid onder islamitische vrouwen te verminderen. Dit zouden ze nodig hebben om in staat te kunnen zijn om gynaecologische klachten te bespreken. Ook moeten islamitische mannen gerust gesteld worden wat over hulpverlening, zodat zij hun vrouwen eerder naar een hulpverlener zouden laten gaan om klachten te bespreken.

In de bijlage staat nog aanvullende informatie, zoals het halfgestructureerde interview, informatie over het ICG, informatie over gynaecologische klachten en een verantwoording van de individuele bijdrage van de onderzoeksters.

Inleiding

'Ik heb wel eens gynaecologische klachten gehad en ging toen naar de dokter. De dokter heeft me gelukkig doorverwezen, waardoor mijn klacht snel weer weg ging. Een aantal vriendinnen van mij hebben ook vrouwenklachten, maar andere dan ik. We praten er wel eens over, maar zij willen niet naar de dokter. Soms niet, omdat de dokter een man is en een andere zegt weer dat de dokter haar toch niet serieus neemt. Eén vriendin loopt al heel lang rond met klachten, maar laat er echt niks aan doen', aldus een islamitische vrouw. Dit is een citaat van een islamitische vrouw over haar persoonlijke ervaringen met gynaecologische klachten en de ervaringen van haar vriendinnen. In dit afstudeerrapport staan islamitische vrouwen en hun ervaringen met en rondom gynaecologische klachten centraal.

Voor u ligt het onderzoeksrapport in het kader van het afstudeeronderzoek, uitgevoerd voor het Informatie Centrum Gynaecologie (ICG). Het ICG is een informatiecentrum die informatie en ondersteuning biedt bij gynaecologische klachten, ingrepen en behandelingen en is gevestigd in de stad Groningen (zie bijlage VI voor meer informatie over het ICG). Wij, twee studenten aan de Academie voor Sociale Studies, hebben het ICG benaderd met het aanbod onderzoek te doen voor hen. De directeur van het ICG ging op dit aanbod in en heeft een onderzoeksonderwerp op tafel gelegd. Wij zijn hier gelijk enthousiast mee aan de slag gegaan.

De aanleiding voor dit onderzoek komt uit de praktijkervaring van de medewerksters van het ICG. De medewerksters van het ICG, die advies, ondersteuning en voorlichtingen geven aan vrouwen over gynaecologische klachten, behandelingen en ingrepen, komen in de praktijk tegen dat allochtone vrouwen moeite hebben gynaecologische klachten te bespreken met hen en andere hulpverleners. Autochtone vrouwen hebben hier ook moeite mee (zie hoofdstuk 1.2), echter wil de directeur van het ICG zich momenteel focussen op allochtone vrouwen. De directeur van het ICG gaf aan graag meer te willen weten over allochtone vrouwen en hoe zij met gynaecologische klachten omgaan. Daarnaast gaf ze aan graag informatie te willen hebben over wat allochtone vrouwen nodig hebben om gynaecologische klachten bespreekbaar te kunnen maken. Deze vragen zijn meteen geanalyseerd en uitgewerkt. Al gauw bleek de doelgroep 'allochtone vrouwen' te breed te zijn en is ervoor gekozen deze te specificeren tot 'islamitische vrouwen'. Dit is nog steeds een grote doelgroep, maar specifiek doordat er een belangrijke gemeenschappelijk factor is, namelijk 'het islamitische geloof'. Na overleg met de directeur van het ICG zijn de volgende deelvraag en hoofdvraag tot stand gekomen:

De deelvraag:

"Wat doen islamitische vrouwen in Groningen als zij gynaecologische klachten ervaren en waarom?"

De hoofdvraag is:

"Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?"

De hoofdvraag kan als volgt geoperationaliseerd worden:

- Islamitische vrouwen:
De islam is een monotheïstische godsdienst die naast alle profeten uit het jodendom en christendom ook Mohammed als zodanig erkent.
Vrouw: volwassen mens van het vrouwelijk geslacht.
Islamitische vrouwen zijn vrouwen die aanvaarden dat er één God is, Allah, en dat zijn profeet Mohammed is.
- Gynaecologie: dit is een specialisatie in de geneeskunde dat zich bezig houdt met organen en ziekten die specifiek zijn voor de vrouw. Deze specialisatie wordt uitgevoerd door een gynaecoloog, ook wel vrouwenarts genoemd.

- Gynaecologische klachten: Een klacht is letterlijk 'het lichamelijk of geestelijk niet in orde zijn' (Kramers) of een symptoom waarover men klaagt (Van Dale). Gynaecologische klachten zijn klachten aan de vrouwelijke voortplantingsorganen. De woorden 'gynaecologische klachten' beperken zich in dit onderzoek niet alleen tot de letterlijke klachten. Ook gynaecologische behandelingen en ingrepen vallen in dit onderzoek onder de noemer 'gynaecologische klachten'. Dit zijn gynaecologische zaken waarmee alle vrouwen te maken kunnen krijgen.
- Hulpverlener: dit is de algemene benaming voor een persoon die hulp verleent in bepaalde situaties. Er zijn hulpverleners op diverse gebieden. Zo zijn er hulpverleners bij psychische problemen, hulpverleners bij medische problemen, bij brand, bij kleine en grote rampen. Binnen dit onderzoeksrapport wordt het begrip hulpverleners breed opgevat. Er kan gedacht worden aan allerlei hulpverleners, zoals GGD medewerkers, huisartsen, gynaecologen, medewerkers van het ICG, medisch maatschappelijk werkers, noem maar op. In principe elke 'hulpverlener' die in gezondheidszorg in aanraking komt met islamitische vrouwen die gynaecologische klachten, handelingen of ingrepen hebben of ondergaan.

Met welk doel wordt dit onderzoeksrapport geschreven? Dit onderzoeksrapport is van puur informatieve aard. Er wordt in dit onderzoeksrapport als het ware een 'foto' gemaakt van de huidige situatie wat betreft islamitische vrouwen en wat zij nu zeggen nodig te hebben om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners. De foto van deze huidige situatie (informatie) biedt de medewerkers van het ICG een overzicht van kennis. Eventueel kan er vanuit het werkveld actie ondernomen worden naar aanleiding van de kennis beschreven in dit rapport, bijvoorbeeld een actie gericht op een nieuw aansluitend onderzoek.

In dit onderzoeksrapport worden de resultaten en de conclusie beschreven. Naar aanleiding van deze resultaten en vooral naar aanleiding van de conclusie, zullen er suggesties voor nader onderzoek worden gegeven. Daarnaast zou deze informatie doorgespeeld kunnen worden naar andere hulpverleners, waardoor de praktijk meer zicht krijgt op wat islamitische vrouwen nodig hebben om hun gynaecologische klachten bespreekbaar te maken.

Dit afstudeerrapport bestaat uit verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 1 worden de verschillende begrippen uit de hoofdvraag gedefinieerd op basis van een literatuurstudie. Dit hoofdstuk beoogt meer inzicht te geven in islamitische vrouwen, gynaecologische klachten en hoe deze twee zich tot elkaar kunnen verhouden, met als doel dat men begrijpt waar dit onderzoeksrapport over gaat.

In paragraaf 1.1 wordt beschreven wat 'het islamitische geloof' globaal inhoudt om op deze manier inzicht te krijgen in de gemeenschappelijk factor die de doelgroep bindt. Vervolgens wordt in deze paragraaf kort wat verteld over 'de islamitische vrouw'. Als laatste wordt beschreven wat er door de onderzoekers in de literatuur is gevonden over 'de islam en hulpverlening'. Hierin wordt onder andere beschreven hoe moslims ziekte en hulpverlening kunnen opvatten. In paragraaf 1.2 wordt vervolgens beschreven wat gynaecologie is, om op deze manier wat oppervlakkige inzichten te verschaffen in deze geneeskundige specialisatie. Ook wordt beschreven wat onder het terrein van de gynaecoloog valt. Dit wordt opgevolgd door een korte beschrijving van wat in dit onderzoeksrapport wordt verstaan onder gynaecologische klachten. Daarna wordt vluchtig ingegaan wat 'recente' ontwikkelingen in de gynaecologie zijn en wordt hierin een link gelegd met het doel van dit onderzoek. In dit onderzoeksrapport wordt steeds gesproken over hulpverleners. In paragraaf 1.3 wordt kort toegelicht wie er worden bedoeld als er wordt gesproken over hulpverleners. Hoofdstuk 1 wordt afgesloten met een stuk literatuur over islamitische vrouwen en hulpverleners.

Hoofdstuk 2 draait om de methoden die zijn gebruikt tijdens dit onderzoeksproces. Hierdoor wordt inzicht verschaft in hoe er aan de resultaten gekomen is. Dit is tevens een verantwoording voor de gekozen methoden.

Er wordt in paragraaf 2.1 begonnen met een uitleg van het proces van de totstandkoming van de hoofdvraag. Hieruit komt de verantwoording van het type onderzoek en wordt uitgelegd waarom dit een kwalitatief onderzoek is. In paragraaf 2.2 wordt aangegeven hoeveel respondenten zijn geïnterviewd, hoe we aan de respondenten zijn gekomen en wat de respons/non respons was. In paragraaf 2.3 wordt beschreven en verantwoord van welk meetinstrument gebruik is gemaakt. Daar komt bij dat wordt toegelicht welke databronnen en dataverzamelingstechnieken zijn geraadpleegd om aan informatie te komen die antwoord zou kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 2.4 verantwoord onder welke omstandigheden de gegevens zijn verzameld. Als laatste wordt in paragraaf 2.5 toegelicht hoe de verzamelde gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd.

Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksresultaten vanuit de interviews die we onder 22 islamitische vrouwen gehouden hebben. De resultaten zijn voor de onderzoekers soms verrassend, echter wordt in dit hoofdstuk daar geen oordeel over gegeven. Hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 5, de discussie. De resultaten zijn onderverdeeld in vier paragrafen. Paragraaf 3.1 zal aangeven of islamitische vrouwen belang hechten aan het geslacht van de hulpverlener en de redenen die zij hiervoor aandragen. Paragraaf 3.2 laat zien of islamitische vrouwen bij niet gynaecologisch gerelateerde klachten (zoals bijvoorbeeld bij pijn of griep) naar een hulpverlener gaan. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 aangegeven wat islamitische vrouwen doen als zij gynaecologische klachten hebben. Afsluitend wordt in paragraaf 3.4 beschreven wat islamitische vrouwen zeggen nodig te hebben om gynaecologische klachten te bespreken met hulpverleners.

Aan de hand van de resultaten zijn conclusies getrokken die direct antwoord geven op de hoofdvraag en deelvraag:

Tenslotte wordt dit onderzoeksrapport beëindigd met het hoofdstuk 'Discussie'. Naar aanleiding van de conclusie en onze ervaringen tijdens het onderzoek, wordt in de discussie beschreven wat onze eigen kritische kijk op het onderzoek is. In paragraaf 5.1 geven we onze eigen mening en wordt er begonnen met een beschrijving van wat tijdens het onderzoek anders ging dan in de opzet gepland was. Dit is belangrijke informatie, die in het achterhoofd gehouden moet worden bij het lezen van dit rapport. Vervolgens wordt beschreven hoe het onderzoek beter uitgevoerd had kunnen worden. Paragraaf 5.2 is bedoeld voor aanbevelingen op grond van de conclusie. Dit onderzoeksrapport heeft als doel het informeren van de medewerkers en vrijwilligers van het ICG. Op grond van de informatie, verkregen door middel van interviews, kunnen er geen concrete aanbevelingen gedaan worden aan het ICG. In 5.3 wordt afgesloten met een aantal suggesties voor nader onderzoek. Deze zijn gebaseerd op de ervaringen van de onderzoekers tijdens het onderzoeksproces.

Hoofdstuk 1 Literatuurstudie

Deze literatuurstudie definieert de begrippen die in de hoofdvraag gebruikt worden, om zo meer inzicht te verschaffen in de onderwerpen van dit onderzoek. De hoofdvraag is: 'Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?'. Hierbij valt op te merken dat er in dit onderzoeksrapport een specifieke doelgroep is onderzocht, namelijk islamitische vrouwen. Als eerste wordt het islamitische geloof beschreven, om zo te laten zien welke geloofsovertuiging islamitische vrouwen hebben. In deze paragraaf worden ook de islamitische vrouwen beschreven en toegelicht aan de hand van gevonden literatuur. Hierbij wordt duidelijk vermeld dat de doelgroep 'islamitische vrouwen' een hele uiteenlopende groep kan zijn. Er wordt niet gepretendeerd dat dit rapport volledige informatie bezit over islamitische vrouwen. Dit stuk is slechts bedoeld om een klein beeld van islamitische vrouwen te geven.

Naast een specifieke doelgroep, bezit de hoofdvraag ook het woord gynaecologische klachten. In paragraaf 2.1 wordt toegelicht wat voor soort klachten dit kunnen betreffen en wordt beschreven wat gynaecologie inhoudt. Vervolgens is de derde paragraaf op islamitische vrouwen en hulpverleners gericht. Hier wordt ook aangegeven wie bedoeld worden met de hulpverleners en verder wat er vanuit de literatuur bekend is over islamitische vrouwen en hulpverlening. De literatuur kan namelijk een tipje van de sluier geven over hoe islamitische vrouwen met gynaecologische klachten om zouden kunnen gaan. Met behulp van de informatie wordt beoogd duidelijk te maken waarover dit onderzoeksrapport gaat.

§1.1 Het islamitische geloof

De islam is een monotheïstische godsdienst, wat wil zeggen dat er wordt uitgegaan van het bestaan van één god, namelijk 'Allah'. De mensen die in Allah geloven heten moslims of islamieten. In Nederland is het percentage moslims ongeveer 5,3% van alle inwoners. Moslims komen voornamelijk uit de Molukken (Indonesië), Pakistan, Turkije, Marokko en Suriname. In het jaar 2006 zijn in er Nederland 6000 autochtone moslims. De islam baseert zich op de Koran, dit is het woord van God wat via de aartsengel Gabriel in 23 jaar is geopenbaard aan de profeet Mohammed. De Koran is oorspronkelijk in het Arabisch geschreven. Dit boek wordt door het overgrote deel van de moslims in het Arabisch gelezen. Ook als zij zelf een andere taal spreken. Naast de Koran kent de islam een verzameling heilige geschriften: de Hadith. Hierin zijn de heilige tradities beschreven en uitspraken en gedragingen van de profeet Mohammed opgenomen. Een islamiet probeert in zijn/haar leven zo veel mogelijk zowel innerlijk als uiterlijk het voorbeeld van de profeet Mohammed na te volgen. (Haselhof, 2001)

Je bent een moslim als je aanvaard hebt dat er één God (Allah) is en dat Mohammed zijn profeet is. De andere vier belangrijke punten in het leven van een moslim zijn:

- vijf maal per dag bidden met het gezicht gericht naar Mekka;
- aalmoezen, zorg voor armen en zwakken;
- vasten in de maand ramadan en
- de bedevaart naar Mekka één keer in het leven van een moslim.

De islam is behalve een godsdienst tegelijkertijd ook een wet, moraal, levensstijl en cultuur en wordt in verschillende landen anders nageleefd. Hindoeïstische moslims bijvoorbeeld richten zich vanuit de voorgeschiedenis op Pakistan, terwijl Turkse en Marokkaanse moslims zich op de islam in achtereenvolgens Turkije en Marokko richten. De regels van de islam worden per land en per groep anders geïnterpreteerd. Zo hoeven islamitische vrouwen in Indonesië geen sluier om, maar voor de vrouwen in Marokko en Iran is het een verplichting.

In hoeverre iemand zich aan alle voorschriften houdt, verschilt dus per afkomstig land en per moslimgroep (Bentum, van, 2000) en (Muhammad en Aziz, 2007).

In de Koran staat dat aan goede en rechtschapen vrouwen dezelfde positie wordt gegeven als aan goede en rechtschapen mannen. In de islamitische wet staat verder dat mannen en vrouwen complementair aan elkaar zijn. Het woord 'ondergeschikt' wordt toegepast vanuit een westers gezichtspunt. Volgens bepaalde koranverklaarders moeten de betreffende passages worden gelezen in de geest van de tijd, waarin vrouwen in de openbare ruimte beschermd moesten worden. Het zou daarmee duiden op het streven naar een gelijkwaardige positie tussen mannen en vrouwen. Respect voor de familie is binnen de islam is ook erg belangrijk. (Hartmann, 24-12-2007)

Verder staat het islamitische geloof in het teken van reinheid. Zo is na elk toiletbezoek een kleine wasbeurt nodig. Ook voor het gebed moet een moslim schoon zijn. Alles dat uit het lichaam komt, beschouwt een moslim als onrein. Voorbeelden van onreinheden uit het lichaam zijn menstratiebloed en witte vloed. Dit geeft al aan dat islamitische vrouwen hun lichaam en dan voornamelijk de vrouwelijke lichaamsdelen, als onrein zouden kunnen zien. Onrein kunnen we bestempelen als afwijkend van de norm. Immers wanneer iemand onrein is, mag hij/zij niet meedoen aan het gebed. Een vrouw die net bevallen is mag niet meedoen aan het gebed, omdat zij nog onrein is. (De Munnik, 1998)

De islamitische vrouw

Er is niet één bepaalde islamitische vrouw, net als er ook niet één bepaalde christelijke vrouw is. Islamitische vrouwen kunnen afkomstig zijn uit velerlei landen met allen hun eigen interpretatie van de Islam. Echter moet er toch een beschrijving komen van de eventuele gemeenschappelijkheden die deze vrouwen kunnen hebben op basis van het geloof, om op deze manier toch wat inzicht te geven in de islamitische vrouwen die onderwerp zijn van dit onderzoek.

Met de islamitische vrouw bedoelen wij de vrouwen in Nederland die het islamitisch geloof beoefenen. Zij aanvaarden dus dat er één God is, Allah, en dat zijn profeet Mohammed is. Islamitische vrouwen in Nederland komen vooral uit de Molukken (Indonesië), Pakistan, Turkije, Marokko en Suriname. Er is dus niet één soort islamitische vrouw, net als er ook niet één soort christelijke vrouw is.

Helaas is het zo dat het onrecht wat vrouwen wordt aangedaan (zoals bijvoorbeeld de vrouwenbesnijdenis) door sommige moslims en anders gelovigen toegeschreven wordt aan de islam. De sterke invloed van de middeleeuwse mediterrane cultuur, het gebrek aan algemene ontwikkeling en welvaart heeft zijn sporen achtergelaten in de wijze waarop sommige moslims uit armen landen denken over het recht van vrouwen. Eerder werd al benoemd dat de islam gebaseerd is op de Koran en de Hadith, hier staan onder andere de verhalen over het leven van de profeet Mohammed in en dat islamieten zoveel mogelijk willen leven naar het innerlijk en de gedragingen van de profeet Mohammed. (Haselhoef, 2001)

In de Koran en de Hadith staan vele rechten van de islamitische vrouw, in de koran wordt de islamitische vrouw als gelijkwaardig beschouwd aan de man. Zo heeft de profeet Mohammed gezegd dat bloed- en eerwraak verboden is, dat het zelfs voor een vrouw een verplichting is te zoeken naar kennis en te studeren vanaf de wieg tot het graf. De profeet heeft zelf het voorbeeld gegeven door te trouwen met een vrouw die geen maagd meer was. Een vrouw heeft ook wel degelijk zeggenschap over haar huwelijk, als de vrouw een echtscheiding wil, is dit volgens de Koran geoorloofd en wordt het huwelijk ontbonden. (de Koran)
Verder staat in de Koran dat het huishouden geen plicht voor de vrouw is, de man dient zorg te dragen dat het huishouden gebeurt. Evenmin is het zogen van een kind een verplichting

voor de vrouw. Het feit dat een vrouw kookt, zorgt voor de kinderen en echtgenoot is geen religieuze verplichting maar louter goedheid van haar. (de Koran)

Uit deze gegevens vanuit de Koran blijkt wel dat de islamieten de Koran verschillend interpreteren, aangezien er bijvoorbeeld in Nederland ook kwesties als eerwraak voorkomen. Ook zien we in Nederland ook islamitische vrouwen die vooral binnen zitten en waarbij de man het contact met de buitenwereld heeft. De vrouwen mogen hierbij van hun mannen niet naar buiten. Zij gedragen zich dan niet zoals de profeet Mohammed van islamieten wil dat zij zich qua innerlijk en uiterlijk gedragen. Behalve dat dit uit literatuur komt, is dit ook bevestigd vanuit de islamitische vrouwen die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek.

Bepaalde islamitische vrouwen zijn traditioneler in het geloof dan andere, een feit is wel dat de islamitische vrouwen in Nederland zich strenger houden aan hun interpretatie van de koran, dan de islamitische vrouwen die in het eigen land verblijven. Dit komt waarschijnlijk doordat de koran (eerst) hun enige veiligheid en houvast is in het voor hen dan nog vreemde land Nederland, terwijl in hun land van afkomst wel (westerse) hervormingen geaccepteerd en doorgevoerd worden. Hierdoor kan het dus zo zijn, dat de islamitische vrouwen in Nederland sowieso al traditioneler zijn dan de islamitische vrouwen in de voor hen oorspronkelijke landen.

De opvoeding van de islamitische vrouw staat in het teken van bescheidenheid, een islamitische vrouw bedekt haar lichaam zoveel mogelijk voor de buitenwereld. Het hebben van veel kinderen is belangrijk voor een islamitische vrouw. Men vindt het erg als een vrouw niet zwanger kan worden, soms krijgt de vrouw zelf de schuld van haar kinderloosheid. Vrouwen zijn niet gewend om voor zichzelf op te komen of over zichzelf te praten. (De Munnik, 1998)

Dit komt ook naar voren uit andere literatuur. Hier komt naar voren dat Islamitische vrouwen weinig tot niet over seksualiteit of seksueel geweld praten. Ze ervaren te veel schaamtegevoelens om hierover te praten. Dat wordt gevoeld doordat het taboe op seksualiteit in islamitische landen veel groter is dan in Nederland. In een islamitische gemeenschap heerst een 'schaamte-schande ethiek' en een bepaald eergevoel, waardoor het naar buiten brengen van taboes als hoogverraad wordt gezien. (Ter Hamsel, 1995)

Opvallend te noemen is dat jongere islamitische vrouwen vaker open zijn over taboe onderwerpen dan oudere islamitische vrouwen. Dit zou erop kunnen wijzen dat het taboe om over een taboe te praten kleiner wordt. (Cense, 2004)

Islamieten en hulpverlening

Dit onderzoeksrapport heeft als doel te weten te komen wat islamitische vrouwen in Groningen nodig hebben om gynaecologische klachten te bespreken met een hulpverlener. Indirect worden hier de onderwerpen islam en hulpverlening aangesneden. Af te vragen valt hoe de islam en hulpverlening in verhouding tot elkaar staan. Hieronder zal kort beschreven worden wat uit het boek 'Allochtonen in de multiculturele samenleving' (Werf, 2002) en 'Gesprekken zonder grenzen' (NIGZ, 2001) bekend is over de islam en hulpverlening. Andere bronnen hierover hebben we niet kunnen vinden.

Er bestaan in verschillende gebieden, verschillende interpretaties van het islamitische geloof. In de hulpverlening aan mensen met het islamitische geloof dient hier rekening mee gehouden te worden. Volgens het NIGZ (2001) kunnen de ervaringen en opvattingen van moslims over hulpverlening sterk verschillen van de wetenschappelijke westerse geneeskunde. Eén van de opvallendste verschillen betreft het feit dat ziekten in termen van persoonlijke oorzaken kunnen worden opgevat. Dit betekent dat een stoornis wordt gezien als het directe resultaat van een intentionele actie, al dan niet uit wraak of als straf voor een bepaalde overtreding, van een natuurlijke of bovennatuurlijke persoon. De zieke wordt

gezien als diens slachtoffer. Zo kunnen ziekten worden toegeschreven aan demonen, magie of het boze oog. Een bijkomende moeilijkheid is dat, wanneer een ziekte in deze termen wordt opgevat, men van mening is dat westerse medicijnen schadelijk zijn en dus moeten worden vermeden. Marokkaanse migranten kunnen dus met deze achtergrond bij de Nederlandse hulpverlening aankomen.

Ook zijn ze in de hulpverlening meer gericht op doelstellingen op de korte termijn. Zo zijn Marokkaanse mensen gewend dat de dokter ze een medicijn voorschrijft wanneer ze met een klacht komen. In Nederland is dit minder gebruikelijk, waardoor een Marokkaanse patiënt zich afgewezen kan voelen of de hulpverlening als 'slecht' beoordelen. Van specifiek belang in de context van dit onderwerp is dat Marokkanen het verliezen van hun gezondheid vaak toeschrijven aan de westerse samenleving: het zware werk, de harteloosheid van de samenleving en de zorgen om hun kinderen hebben hen ziek gemaakt. (De Munnik, 1998).

Het islamitische geloof schrijft ook voor dat er geen fysiek contact mag zijn tussen mannen en vrouwen die geen bloedverwanten zijn van elkaar of niet getrouwd zijn. Het is dus voor te stellen dat moslims moeite hebben met een medische behandeling door iemand van het andere geslacht. Dit geldt voor vrouwen én voor mannen. De ene moslim is hier echter pragmatischer in dan de andere moslim. Binnen de islam geldt ook de regel, nood breekt wet. In geval van een acute medische situatie zou een behandeling door een arts van het andere geslacht dan ook geen probleem moeten zijn. (Hartmann, 2007) (Kamerman en Rosenberg, 28-12-2007)

Eerder werd al beschreven dat reinheid een belangrijk onderwerp is binnen de islam. Alles dat uit het lichaam komt wordt gezien als onrein. Voor te stellen valt, dat inwendig of rectaal onderzoek dan ook als zeer onrein wordt ervaren door moslims. De overtuiging dat dit zeer onrein is, kan ervoor zorgen dat het islamitische vrouwen onprettig is om naar de gynaecoloog te gaan.

Afsluitend willen we benadrukken dat het islamitische geloof, dat de basis heeft in de Koran, door islamitische groepen verschillend geïnterpreteerd en nageleefd wordt. Er is dus niet één soort islamiet. Het geloof en/of de cultuur kan invloed hebben op de ziektebeleving en de verwachting van hulpverlening van de moslim. De hulpverlener die te maken krijgt met een islamitische patiënt dient er rekening mee te houden dat dit zou kunnen.

§1.2 Gynaecologie

Dit onderzoeksrapport heeft als onderwerp islamitische vrouwen en gynaecologische klachten. Concreet moet inzicht gegeven worden in wat islamitische vrouwen nodig hebben om gynaecologische klachten te bespreken. Ter ondersteuning is het prettig om meer te weten over gynaecologie, voordat de resultaten gepresenteerd worden.

Het woord gynaecologie is een ingewikkeld woord. Er wordt dan ook begonnen met een beschrijving van wat gynaecologie is en wat een gynaecoloog doet (Groen, 2007).

Vervolgens wordt beschreven wat in dit onderzoeksrapport bedoeld wordt met 'gynaecologische klachten' (Gynaecologie, 2007). Opvallend is dat alleen internetbronnen zijn gebruikt voor de omschrijving van gynaecologie. Literatuur met een duidelijke beschrijving over gynaecologie was moeilijk te vinden.

Als laatste komt een korte beschrijving van de ontwikkelingen binnen de gynaecologie. Hierin wordt ook de link gelegd naar de relevantie hiervan met het doel van dit onderzoek (Haes, de, 1996).

Gynaecologie

Wat is gynaecologie? Gynaecologie is een specialisatie in de geneeskunde dat zich bezig houdt met organen en ziekten die specifiek zijn voor de vrouw. Deze specialisatie wordt uitgevoerd door een gynaecoloog, ook wel vrouwenarts genoemd. De gynaecoloog werkt meestal in het ziekenhuis en behandelt vrouwen. Het vakgebied van de gynaecoloog is op te

delen in twee delen: de gynaecologie (de leer der vrouwenziekten) en de verloskunde. Het verloskundige deel houdt in dat de gynaecoloog de vrouw begeleid bij de zwangerschap en bevalling. Dit gebeurt vaker bij gecompliceerde zwangerschappen. Bij ongecompliceerde zwangerschappen wordt de zwangere vrouw vaak begeleid door een vroedvrouw of verloskundige (Groen, H).

Onder het gynaecologische terrein (dus niet de verloskunde) vallen alle vrouwenziekten. Dit betekent bijvoorbeeld dat ernstige ontstekingen van de vrouwelijke voortplantingsorganen door de gynaecoloog worden behandeld. Ook stoornissen van de menstruatiecyclus worden door de gynaecoloog behandeld. Daarnaast adviseert en behandelt de gynaecoloog paren die het (nog) niet lukt om kinderen te krijgen. De gynaecoloog onderzoekt zowel de man als de vrouw om achter de oorzaak te komen. Soms wordt deze niet gevonden of kan de oorzaak niet verholpen worden. De gynaecoloog heeft dan verschillende technieken tot zijn beschikking om te proberen een zwangerschap te bewerkstelligen. Ook het omgekeerde, het steriliseren van de vrouw, wordt door een gynaecoloog uitgevoerd. Kanker aan de voortplantingsorganen van de vrouw, bijvoorbeeld baarmoederhalskanker, eierstokkanker en baarmoederkanker, worden ook door de gynaecoloog behandeld (NVOG, 2007).

Een aantal vrouwen vinden het een onprettig idee om naar de gynaecoloog te gaan. Zoals uit de bovenstaande informatie te lezen valt, gaat het veelal om de vrouwelijke voortplantingsorganen. Zowel de uitwendige als de inwendige voortplantingsorganen worden onderzocht. Het feit dat iemand die je niet kent jou op dit soort plekken moet onderzoeken, is voor een aantal vrouwen een onprettig idee, ook al is dit de dagelijkse praktijk van de gynaecoloog. Onderstaand onderzoek bevestigt dit:

Eén op de zes vrouwen ziet op tegen een bezoek aan de gynaecoloog. Dit blijkt uit een enquête van het blad Libelle onder 3000 lezeressen en een steekproef van 1000 Nederlandse vrouwen:

'Ruim 40 procent van de ondervraagde vrouwen heeft last van schaamte voor het lichamelijk onderzoek en 39 procent vindt het vervelend om in de beugels te liggen. Vooral het gebruik van de 'eendenbek' (speculum), waarmee de vagina wordt geopend, ervaren ze als onplezierig. De meeste vrouwen vinden dat zij wel goed op hun gemak worden gesteld door hun gynaecoloog.

Hoewel je anders zou verwachten, maakt het de meeste vrouwen niet uit of de gynaecoloog een man of vrouw is (Bron: Algemeen dagblad).

Gynaecologische klachten

In dit onderzoeksrapport wordt steeds gesproken over gynaecologische klachten. Een klacht is letterlijk het lichamelijk of geestelijk niet in orde zijn (Kramers, 1998) of een symptoom waarover men klaagt (Van Dale, 2008). Gynaecologische klachten zijn klachten aan de vrouwelijke voortplantingsorganen. De vrouwelijke voortplantingsorganen zijn bijvoorbeeld de baarmoeder, de eierstokken, de vagina, of gewoon wat breder 'de onderbuik'. Ook de blaas wordt hiertoe gerekend, omdat dit in het gebied van de voortplantingsorganen zitten en het ook vaak de gynaecologen zijn die problemen aan de blaas verhelpen.

Het begrip 'gynaecologische klachten' wordt in dit onderzoeksrapport in de ruimste zin van het woord opgevat. Dit onderzoek beperkt zich niet alleen tot gynaecologische klachten, maar betreft ook het uitstrijkje en baarmoederverwijdering erbij, omdat dit gynaecologische zaken zijn waarmee vrouwen vaak te maken kunnen krijgen. In de bijlage staat een toelichting van deze gynaecologische onderwerpen. De onderwerpen die in deze bijlage beschreven worden zijn: myomen, baarmoederverwijdering, endometriose, eierstokproblemen, verzakkingen, abnormaal bloedverlies, incontinentie, vaginale afscheiding, het uitstrijkje en overgangsklachten. Voor uitleg over deze gynaecologische onderwerpen wordt u verwezen naar bijlage IV.

Ontwikkelingen binnen de gynaecologie:

Ruim 20 jaar geleden leek het alsof er binnen de gynaecologie sprake was van twee totaal verschillende werelden. De ene wereld was die van de (mannelijke) gynaecoloog, die de kwaliteit van het behandelen bijna uitsluitend leek af te meten aan het succes van up-to-date vaktechnisch en medicamenteus ingrijpen. De andere was die van de geëmancipeerde vrouw die kwaliteit van zorg wenst af te meten aan de aandacht die werd gegeven aan de beleving van de vrouw zelf en de aandacht voor de positie van de vrouw, in samenleving en gezin. Aandacht voor machtsverdeling tussen mannen en vrouwen in de samenleving was even belangrijk voor een kwalitatief goed handelen als de toepassing van de meest recente vaktechnische of farmaceutische kennis. In 1996, zo'n tien jaar later, is er een conferentie gehouden om te kijken hoe de zaken er toen voor stonden. Conclusie was dat er veel ten goede veranderd was, maar dat er nog hard aan de weg getimmerd moest worden om de gynaecologische zorg aan vrouwen te verbeteren. Zo werd gepleit voor meer informatieoverdracht tussen vrouwenhulpverlening en gynaecologen en er meer aandacht moet zijn voor de psychosociale kant van gynaecologie (Haes, de, 1996).

Het optimaliseren van gynaecologische zorg is binnen het ICG ook een punt van aandacht. In dit onderzoeksrapport, dat ten behoeve van het ICG wordt uitgevoerd, wordt geprobeerd aan te sluiten bij het optimaliseren van de kwaliteit van gynaecologische zorg aan vrouwen. Echter is er nu voor een specifieke doelgroep gekozen, namelijk 'islamitische vrouwen'. In dit onderzoeksrapport komt aan bod wat islamitische vrouwen doen als zij gynaecologische klachten ervaren, waardoor dit komt en wat ze nodig hebben om deze klachten te bespreken met hulpverleners. Deze informatie kan worden doorgespeeld naar partijen die te maken hebben met deze doelgroep. Deze partijen kunnen dan, als nodig, beter aansluiten bij de belevingswereld van deze doelgroep. Kortom er wordt geprobeerd door middel van dit onderzoeksrapport een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de gynaecologische zorg aan vrouwen.

§1.3 Islamitische vrouwen en hulpverleners

In het voorgaande hoofdstuk is uiteengezet wat gynaecologie is, wat de gynaecoloog zoal doet en worden er voorbeelden van gynaecologische klachten genoemd. Hieronder wordt beschreven wat vanuit de door ons gevonden literatuur bekend is over islamitische vrouwen en hulpverleners.

We zullen starten met een korte omschrijving van het woord 'hulpverleners'. Dit ter verduidelijking van de hulpverleners waarover gesproken wordt in dit onderzoeksrapport. Vervolgens zullen we beschrijven wat er in de literatuur is gevonden over islamitische vrouwen en het bespreekbaar maken van gynaecologische klachten. Immers, voordat bij een vrouw onderzoek wordt gedaan, zal de vrouw eerst enigszins moeten bespreken wat haar klachten zijn.

Hieronder worden verschillende visies uit de literatuur beschreven, waarmee aangegeven wordt dat er dus een verschil kan zijn binnen de islamitische gemeenschap met betrekking tot dit onderwerp. Dit stuk tekst is bedoeld ter verdieping in het onderwerp van het onderzoek, zodat de lezer van het onderzoek bekend is met het onderzoeksonderwerp, voordat hij tot de resultaten van het onderzoek komt. Opvallend uit de literatuur (NIGZ, 2001) (Forum, 2003) (Haes, de, 1996) (Hartmann, 2007) is dat er veel wordt geschreven over de knelpunten tussen hulpverleners en islamitische vrouwen en de positieve punten niet beschreven worden.

Hulpverleners

In de hoofdvraag wordt het woord hulpverleners genoemd. Hieronder worden een aantal korte beschrijvingen gegeven van het woord hulpverlener vanuit verschillende bronnen.

- Iemand die een beroep uitoefent in de professionele hulpverlening. Hulpverlening is de geïstitutionaliseerde zorg voor mensen in maatschappelijke en geestelijke nood (Van Dale).

- Iemand die in georganiseerd verband mensen in geestelijke of sociale nood bijstand verleent (Kramers).
- De algemene benaming voor een persoon die hulp verleent in bepaalde situaties. Er zijn hulpverleners op diverse gebieden. Zo zijn er hulpverleners bij psychische problemen, hulpverleners bij medische problemen, bij brand, bij kleine en grote rampen (hulpverlener, 2008).

De laatste omschrijving van 'hulpverlener' is het meest passend bij dit onderzoeksrapport, omdat deze omschrijving laat zien dat het begrip hulpverleners breed opgevat kan worden, in die zin dat er hulpverleners zijn die zowel psychisch als medisch hulpverleners. Binnen dit onderzoeksrapport wordt het begrip 'hulpverleners' ook breed opgevat, alleen niet zo breed als in de laatste beschrijving. Zo worden hulpverleners bij brand bijvoorbeeld uitgesloten. Er kan bij het begrip 'hulpverleners' in dit onderzoeksrapport gedacht worden aan hulpverleners zoals GGD medewerkers, huisartsen, gynaecologen, medewerkers van het ICG, medisch maatschappelijk werkers etc. In principe elke 'hulpverlener' die in gezondheidszorg in aanraking komt met islamitische vrouwen.

Islamitische vrouwen en hulpverleners:

In het boek 'gesprekken zonder grenzen; communiceren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst' wordt beschreven dat islamitische vrouwen in hun algemeenheid niet gewend zijn om over zichzelf te praten. Als zij aangeven dat 'de buurvrouw klachten heeft' zullen zij meestal zichzelf bedoelen. Als het om gynaecologische klachten gaat zijn islamitische vrouwen over het algemeen nog terughoudender. In het begin is het goed om het spel mee te spelen en in te gaan op de klachten van de buurvrouw. In een later fase, als er meer vertrouwen is, wordt het mogelijk om directer te praten (NIGZ, 2001).

In het boek 'Gynaecologie en vrouwenhulpverlening' wordt een onderzoek beschreven die betrekking heeft op Marokkaanse vrouwen (Marokkaanse vrouwen zijn vaak islamitisch, maar dat wil niet zeggen dat dit stuk representatief is voor alle islamitische vrouwen). In dit onderzoek kwam naar voren dat Marokkaanse vrouwen onderling veel met elkaar praten over onderwerpen als kinderen krijgen en anticonceptie. Zij hechten veel waarde aan de verhalen van elkaar, omdat deze gebaseerd zijn op ervaringskennis. Deze verhalen worden soms eerder geloofd dan de informatie die hulpverleners bieden. Marokkaanse vrouwen hebben daarbij een kennisachterstand op het gebied van anticonceptie, het functioneren en de anatomie van het lichaam. Verder is gebleken dat Marokkaanse vrouwen onderling graag praten over geboorteregeling en aanverwante zaken, zoals seksualiteit.

Verder zou volgens dit boek groepsvoorlichting een adequate manier zijn om deze vrouwen voor te lichten, omdat op deze manier zowel kennisoverdracht als attitudevorming plaats kan vinden.

Daarnaast geeft ditzelfde boek in een ander hoofdstuk aan dat voor veel vrouwen met een andere culturele achtergrond, gynaecologische klachten soms nog in de taboesfeer liggen. Ook verloopt door taalproblemen de communicatie met hulpverleners vaak moeizaam.

In het boek 'Wankele waarden' wordt beschreven dat bij een bepaald deel van de islamitische gemeenschap een enorm taboe ligt op onderwerpen als seksualiteit. Soms brengt het praten over seksualiteit alleen al een schande over de familie. De angst voor roddel kan het daardoor voor islamitische vrouwen moeilijk maken om hun problemen naar buiten te brengen. (Forum, 2003)

Als het praten over seksualiteit een enorm taboe is, is het voor te stellen dat het praten over aanverwante zaken, zoals gynaecologische klachten, ook problemen kan geven.

Verder blijkt uit verschillende bronnen (Forum, 2003), (NIGZ, 2001), (Werf, 2002) dat islamitische vrouwen bij het bespreken van gynaecologische klachten veel waarde hechten aan een vertrouwensrelatie.

Zo wordt in het boek 'gynaecologie en vrouwenhulpverlening' beschreven dat een bespreking van gynaecologische klachten in een professionele relatie alleen mogelijk blijkt te zijn als er tussen hulpverlener en de vrouw een vertrouwensrelatie bestaat, dat wil zeggen een relatie waarbij de vrouw het idee heeft als vrouw serieus te worden genomen. Obedijn (1992) geeft in een casus een aantal therapeutische uitgangspunten weer waaronder 'het serieus nemen van de vrouw in haar beleving, in haar emancipatieproces' en 'het niet interpreteren vanuit de eigen visie', dat wil zeggen niet interpreteren vanuit de eigen normen en waarden van de hulpverlener.

We sluiten af met een voorbeeld waarin naar voren komt dat de gebruiken bij een gynaecoloog (het ontkleden van het lichaam) in botsing kan komen met de socialisatie van een islamitische vrouw. Wanneer een vrouw bij een gynaecoloog komt, zal ze haar onderlijf moeten ontkleden, zodat de gynaecoloog haar kan onderzoeken. Een islamitische vrouw wordt veelal opgevoed met de boodschap dat bescheidenheid erg belangrijk is. Een vrouw bedekt haar lichaam zoveel mogelijk, vaak ook hun hoofd (Forum, 2003). Het lichaam van een vrouw mag dus niet zichtbaar zijn voor de buitenwereld. Daarnaast moet een islamitische vrouw, volgens de Sharia, door een vrouwelijke arts worden behandeld (Hartmann, 2007). Deze boodschappen, het geheel bedekken van het lichaam en alleen behandeld mogen worden door een vrouwelijke arts, kunnen voor problemen zorgen, vooral wanneer de gynaecoloog een man is en de moslims in kwestie de regels streng toepassen. Volgens de islam breekt nood de wet, echter wordt dit niet door iedere moslim zo gezien.

Onderstaand voorbeeld kan bevestigen dat het geslacht van de hulpverlener voor problemen kan zorgen bij hulpverleners aan islamitische vrouw:

Een Irakese vrouw wier bevalling niet op gang kwam, werd in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort binnengebracht. De dienstdoende gynaecoloog moest beslissen of het een bevalling met een vacuümpomp of een keizersnede moest worden. Nog voor hij de verloskamer in kon, stuitte hij op een agressieve echtgenoot. Die verbood hem naar de vrouw te gaan (Kamerman en Rosenberg, 28-12-2007).

We willen wel benadrukken dat dit niet altijd voor problemen zorgt, maar het komt wel degelijk voor.

Met het bovenstaande artikel willen we dit hoofdstuk afsluiten. In deze paragraaf is uiteengezet wat er gevonden is aan literatuur over gynaecologie en islamitische vrouwen. Zo kwam naar voren dat islamitische vrouwen vaak niet gewend zijn over zichzelf te praten. Als een islamitische vrouw spreekt over de buurvrouw kan het zo zijn dat ze zichzelf bedoeld. Verder kwam naar voren dat Marokkaanse vrouwen onderling veel met elkaar praten over onderwerpen als kinderen krijgen en anticonceptie. Opvallend hierbij is dat ze soms de verhalen van elkaar eerder geloven dan de verhalen van een hulpverlener. Daarnaast kwam in deze paragraaf naar voren dat voor veel vrouwen van een andere culturele achtergrond het bespreken van gynaecologische klachten nog in de taboesfeer kan liggen. Ook werd het belang van de vertrouwensrelatie benadrukt bij het bespreken van gynaecologische klachten. Daarnaast is het zo dat de gebruiken bij de gynaecoloog soms voor botsingen kunnen zorgen doordat de gebruiken van een islamitische vrouw daar niet bij aansluiten.

We willen nogmaals aangeven dat dit hoogstwaarschijnlijk niet een volledig beeld is. Ook willen we nogmaals benadrukken dat opvalt dat er veel informatie te vinden is over 'knelpunten' met betrekking tot islamitische vrouwen en hulpverlening. De positieve verhalen, die er hoogstwaarschijnlijk ook zijn, zijn niet aanwezig in de door ons gevonden literatuur. Om kennis te maken met het onderwerp is het echter belangrijk dat we wel weergeven wat we gevonden hebben in de literatuur met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek.

Hoofdstuk 2: Methode

Een praktijkgericht onderzoek is een onderzoek dat uitgaat van vragen en problemen van beroepsbeoefenaren in zorg en welzijn. Het is gericht op het genereren van toepasbare, bruikbare kennis en heeft als doel om met die kennis de praktijk van welzijn en zorg te verbeteren, aldus Migchelbrink (2006). Bij het schrijven van dit onderzoeksrapport is er dan ook veel tijd gaan zitten in het verantwoorden van methoden, die tijdens dit onderzoek gebruikt zijn om kennis te genereren. Er wordt duidelijk uitgelegd wat er is gedaan om antwoord te krijgen op de hoofdvraag "Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten te bespreken met hulpverleners?" Deze uitleg verschaft helderheid in de geldigheid van het onderzoek.

In paragraaf 2.1 wordt beschreven waarom dit onderzoek een inventariserend onderzoek is. Daarnaast komt in deze paragraaf de kwalitatieve aard van de gegevens ter sprake. De gegevens zijn namelijk verkregen door middel van het afnemen een halfgestructureerd interview bij islamitische vrouwen, waardoor tot diepere, niet van te voren vastgelegde, informatie (gegevens) is gekomen. De kwalitatieve aard van de gegevens verklaard waarom er in dit onderzoek 22 islamitische vrouwen (respondenten) zijn geïnterviewd. In paragraaf 2.2 wordt dan ook aangegeven hoeveel respondenten zijn geïnterviewd, hoe we aan de respondenten zijn gekomen en wat de respons/non respons was. In paragraaf 2.3 wordt beschreven en verantwoord waarom er gebruik is gemaakt van een halfgestructureerd interview. Daarnaast wordt in deze paragraaf toegelicht welke databronnen en dataverzamelingstechnieken zijn geraadpleegd om aan informatie te komen die antwoord zou kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 2.4 verantwoord onder welke omstandigheden de gegevens zijn verzameld. Zo wordt beschreven hoe de interviews zijn ingeleid en waar de interviews plaats hebben gevonden. Als laatste wordt in paragraaf 2.5 toegelicht hoe de verzamelde gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd.

Er zijn verschillende bronnen gebruikt voor het schrijven van dit hoofdstuk. Het meest is gebruik gemaakt van het boek 'Praktijkgericht onderzoek in de zorg en welzijn' van 'Ferdie Migchelbrink'. Daarnaast is gebruik gemaakt van het boek 'Basisboek Methoden en Technieken' van 'Baarda en De Goede' en van 'Van idee tot uitwerking' van 'Hugo Klip'.

§2.1 Het type onderzoek

Deze paragraaf zal het type onderzoek toelichten. Echter voordat hieraan begonnen wordt, moet eerst iets anders toegelicht worden, namelijk de hoofdvraag en doelstelling. Men kan namelijk pas beginnen met het nadenken over het hoe, waar en wanneer, als men weet wat (de hoofdvraag) men gaat onderzoeken en waarom (doelstelling). Er wordt begonnen met een korte toelichting van de doelstelling en een beschrijving van de keuze en afbakening van de doelgroep. Vervolgens wordt beschreven hoe de hoofdvraag tot stand is gekomen, omdat dit bepalend is voor het type onderzoek. Daarna wordt pas beschreven onder welk type onderzoek, het onderzoek beschreven in dit rapport, valt.

De directeur van het ICG gaf aan meer informatie te willen hebben over allochtone vrouwen. Concreet wilde ze weten wat allochtone vrouwen doen als ze gynaecologische klachten hebben en waarom. Daarnaast wilde ze weten wat allochtone vrouwen nodig hebben om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners. De doelstelling van dit onderzoek is dus het ICG informeren over de bovenstaande vragen.

De doelgroep, allochtone vrouwen, is gespecificeerd tot de doelgroep 'islamitische vrouwen', omdat allochtone vrouwen als doelgroep te breed is. Allochtone vrouwen zouden ook vrouwen uit Duitsland kunnen zijn, terwijl het niet de opzet van het ICG was om hier meer over te weten te komen. Verder is er gekozen voor islamitische vrouwen, omdat het ICG veel islamitische vrouwen tegenkomt bij hun voorlichtingen over gynaecologie. De doelgroep 'islamitische vrouwen' is nog steeds een brede doelgroep, maar specifiek, doordat er een gemeenschappelijke factor is, namelijk 'het islamitische geloof'. Daarnaast spelen cultuur,

land van herkomst en persoonlijke factoren ook een grote rol in dit onderwerp, waardoor de islamitische vrouwen nog wel veel van elkaar zouden kunnen verschillen. Toch is het islamitische geloof de binding tussen deze verschillende vrouwen. Er werd onderzocht hoe de vrouwen die als gemeenschappelijke factor het 'islamitische geloof' hebben, omgaan met gynaecologische klachten en wat zij nodig hebben om deze te bespreken met hulpverleners. De uitvoering van dit onderzoek was technisch gezien dus mogelijk op grond van deze gemeenschappelijke factor.

Na het bestuderen van de vraag van het ICG, is er een hoofdvraag tot stand gekomen. Naar aanleiding van de hoofdvraag zijn we tot de conclusie gekomen dat dit onderzoek een inventariserend onderzoek is. Waarom is dit onderzoek een inventariserend onderzoek? Bij een inventariserend onderzoek is het essentieel dat je nagaat wat er aan de hand is. Je brengt de 'huidige stand van zaken' in beeld. Dit is een inventariserend onderzoek, omdat onderzocht is hoe islamitische vrouwen in 2008 met gynaecologische klachten omgaan en wat zij nodig hebben om deze klachten te bespreken. Het gaat dus om de huidige stand van zaken als het gaat om handelen, wensen, motieven, gedachten en gevoelens van islamitische vrouwen.

Kenmerkend voor een inventariserend onderzoek is, dat er een inventarisatie en analyse van het probleem wordt gemaakt. In het geval van dit onderzoek is echter nog niet zeker of er sprake zal zijn van een probleem. Er wordt juist onderzocht of er sprake is van een probleem, naar aanleiding van signalen uit de praktijk. De directeur van het ICG heeft als signaal aangedragen dat haar medewerkers het idee hebben dat allochtone vrouwen moeilijk over gynaecologische klachten praten en ook moeilijk naar hulpverleners lijken te gaan om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken. Het begrip allochtone vrouwen is vervolgens gereduceerd tot islamitische vrouwen. Er is gekozen om te onderzoeken wat islamitische vrouwen doen als zij gynaecologische klachten hebben en wat zij nodig hebben om deze klachten bespreekbaar te maken.

Als hoofdvraag is uiteindelijk opgesteld: "Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?"

Als deelvraag is daar bij gekomen: "Wat doen islamitische vrouwen in Groningen als zij gynaecologische klachten hebben en waarom?"

Als naar aanleiding van dit onderzoek blijkt dat er een probleem is, kunnen er aanbevelingen volgen tot nader onderzoek of eventueel aanbevelingen tot handelen in de praktijk. De kennis van dit onderzoek heeft dus als doel de praktijk van welzijn en zorg te verbeteren, mits er sprake is van een probleem. Het is dus duidelijk dat dit onderzoek een inventariserend karakter heeft, gezien het feit dat nog niet is aangetoond of er daadwerkelijk een probleem is. Dat wordt geïnventariseerd in dit onderzoeksrapport.

Dit onderzoek is van kwalitatieve aard. Kwalitatief onderzoek verzamelt gegevens door, sociale settingen en de mensen die daarin leven, te onderzoeken. De onderzoeker gaat zelf naar de te onderzoeken leefwereld. Dit hebben wij gedaan door plaatsen op te zoeken waar islamitische vrouwen zich bevinden. Op deze plaatsen leven ze weliswaar niet, maar dit zijn wel plaatsen waar zij vaak samen komen en zich op hun gemak voelen.

De kwalitatieve onderzoeker stelt zich primair tot taak om inzicht te krijgen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, beleven en er betekenis aan geven. Dit inzicht hebben, is tijdens dit onderzoek verkregen door het afnemen van een halfgestructureerd interview en door doorvragen op de antwoorden van deze islamitische vrouwen. Hierdoor is tot diepgaande, niet van te voren vastgestelde informatie gekomen (Bij van te voren vastgestelde informatie, kan gedacht worden aan enquêtes die van te voren een keuzelijst geeft aan de respondenten).

§2.2 Populatie respondenten

Een groot deel van dit onderzoek heeft bestaan uit het in contact komen met en zoeken naar respondenten die informatie zouden kunnen geven om antwoord te geven op de hoofdvraag. Met respondenten wordt de doelgroep van dit onderzoek bedoeld. De doelgroep bestaat uit islamitische vrouwen in Groningen. Deze islamitische vrouwen zijn dus onmisbaar bij het verschaffen van informatie die de hoofdvraag zou kunnen beantwoorden. Hieronder zal dan ook beschreven worden hoe de islamitische vrouwen bereikt zijn en hoeveel islamitische vrouwen geïnterviewd zijn.

Via de directeur van het ICG hebben we sleutelfiguren gekregen, waarmee we in contact konden komen met de verschillende vrouwengroepen en zelforganisaties die Groningen heeft. Eén van die sleutelfiguren was een consultant integratie emancipatie van het MJD. Deze heeft ons een lijst met adressen en telefoonnummers gegeven van deze vrouwengroepen en zelforganisaties. Met een aantal van deze organisaties is telefonisch contact gezocht en is het onderzoek toegelicht met daarbij de vraag of er misschien een aantal vrouwen geïnterviewd mochten worden. Een aantal organisaties/vrouwengroepen reageerden erg enthousiast en gaven aan wel mee te willen werken en een aantal gaven aan niet geïnteresseerd te zijn. Daarnaast waren er organisaties die enthousiast waren, maar pas tijd hadden om aan het onderzoek mee te werken als het onderzoek al afgerond moest zijn, waardoor deze organisaties ook afvielen.

Deze verschillende vrouwenorganisaties die hebben meegewerkt zijn; Het Multicultureel Centrum Jasmijn, Marokkaanse Vrouwengroep Najah, Samenwerkingsverband Sultanes, Vrouwengroep Orchidee en Vrouwengroep Smaragd.

Met behulp van de vrouwenorganisaties zijn er in totaal 18 vrouwen geïnterviewd. Deze vrouwen waren allen islamitisch en kwamen oorspronkelijk niet uit Nederland. De oorsprong van deze vrouwen lag in vijf verschillende landen. In totaal kwamen er vier vrouwen oorspronkelijk uit Egypte, twee uit Indonesië, drie uit Irak, drie uit Iran en zes uit Marokko. Daarnaast is er in het netwerk van de onderzoekers gekeken, waardoor er nog vier vrouwen geïnterviewd konden worden, die oorspronkelijk uit Turkije kwamen. In totaal zijn er dus 22 islamitische vrouwen geïnterviewd afkomstig uit zes verschillende landen. Als er meer tijd was geweest, zouden er meer vrouwen geïnterviewd zijn, om zo misschien meer informatie te krijgen. Er was dan meer tijd geweest om met de verschillende vrouwengroepen contact te leggen. Daarnaast was er dan wellicht tijd geweest om het vertrouwen van deze vrouwen te winnen, waardoor er eventueel meer vrouwen hadden willen meewerken met het onderzoek. Ook voor het verwerken en analyseren van de gegevens zou meer ruimte zijn geweest als er meer tijd was voor de uitvoering van dit onderzoek.

Bij de vrouwengroepen zelf waren er islamitische vrouwen die geen behoefte hadden om aan het interview mee te werken. Dit had verschillende redenen, waarvan wij, als onderzoekers ze vast niet allemaal weten. Een aantal vrouwen hadden het Nederlands nog niet helemaal onder de knie, waardoor ze door de taalbarrière niet goed geïnterviewd konden worden. Hierdoor waren ze niet in staat zich tijdens het interview goed genoeg uit te drukken en was niet elk interview bruikbaar voor het onderzoek. Deze interviews hebben we niet meegerekend in het aantal beschreven respondenten hierboven. Verder veronderstellen wij dat het beladen onderwerp, gynaecologische klachten, ervoor gezorgd kan hebben dat niet iedereen mee wilde doen.

In totaal zijn er dus 22 islamitische vrouwen geïnterviewd, die oorspronkelijk uit zes verschillende landen kwamen. We denken te kunnen volstaan met een groep van 22 vrouwen, omdat de groep vrij homogeen is. Het zijn allemaal islamitische vrouwen tussen de leeftijd van 25 t/m 57 jaar oud. Dit aantal vrouwen is wenselijk, omdat de doelstelling niets te maken heeft met 'omvang', maar met inhoudelijke aspecten (diepgaande informatie). Diepgaande informatie kun je beter verkrijgen wanneer je een beperkt aantal mensen interviewt.

Dit maakt dat het onderzoek enig inzicht geeft in de doelgroep islamitische vrouwen met betrekking tot het onderwerp gynaecologische klachten. Echter spreekt dit onderzoek niet voor alle islamitische vrouwen in Groningen.

§2.3 Beschrijving en verantwoording meetinstrument

In deze paragraaf wordt beschreven waar de informatie, die nodig is om de hoofdvraag te beantwoorden, vandaan is gehaald en op welke wijze dit gebeurd is. Het begrip meetinstrument omvat dus een beschrijving van de databronnen (waar) en de dataverzamelingstechnieken (hoe). We beginnen hieronder met het beschrijven welke databronnen er volgens Migchelbrink (2003) bestaan en welke daarvan voor dit onderzoek zijn aangeboord en waarom. Vervolgens wordt toegelicht welke dataverzamelingstechnieken er volgens Migchelbrink (2003) bestaan en welke daarvan zijn geraadpleegd en waarom hiervoor gekozen is.

Databronnen:

Waar is de informatie vandaan gehaald die nodig was voor de beantwoording van de hoofdvraag: "Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om over gynaecologische klachten te praten?" Kortom, welke databronnen zijn aangeboord tijdens de uitvoering om op de bovenstaande vraag antwoord te geven?

Databronnen:

Er bestaan vijf verschillende databronnen:

- individuele personen
- documenten
- mediaproducten
- sociale werkelijkheid
- fysieke sporen

Van de bovenstaande databronnen zijn er in dit onderzoek twee gebruikt, namelijk mediaproducten en individuele personen. Er is begonnen met het zoeken naar mediaproducten, oftewel literatuur en artikelen, die meer konden vertellen over de verschillende onderwerpen die in onderzoek belangrijk zijn. Zo is in de literatuur gezocht naar informatie over de islam, islamitische vrouwen, islam en hulpverlening, gynaecologie, islamitische vrouw en hulpverlening en de 'recente' ontwikkelingen binnen de gynaecologie. Daarnaast is ook het internet, als mediaproduct geraadpleegd om informatie te zoeken over deze onderwerpen. Bij de dataverzamelingstechnieken hieronder wordt beschreven wat er is gedaan met de informatie uit de literatuur, internet en artikelen.

Daarnaast zijn er individuele personen geraadpleegd om meer informatie te krijgen. Deze individuele personen zijn 22 islamitische vrouwen. Deze vrouwen zijn geïnterviewd, om op deze manier informatie te krijgen die de hoofdvraag zou kunnen beantwoorden.

Dataverzamelingstechnieken:

Er zijn vele verschillende manieren om aan de informatie te komen die men nodig heeft voor een onderzoek. In het geval van dit onderzoek moest er informatie komen die antwoord zou geven op de hoofdvraag die hierboven beschreven is. Welke dataverzamelingstechnieken zijn gebruikt om aan deze informatie te komen?

Dataverzamelingstechnieken zijn onder te verdelen in drie hoofdgroepen:

- ondervragen
- observeren
- inhoudsanalyse

Van de bovenstaande dataverzamelingstechnieken zijn er twee gebruikt, namelijk de inhoudsanalyse en het ondervragen. Bij inhoudsanalyse gaat het in het geval van dit onderzoek om het bestuderen van mediaproducten, zoals literatuur, artikelen en internet. Deze inhoudsanalyse had als doel het verduidelijken van de begrippen in de hoofdvraag en

het verkrijgen van inzicht in het onderwerp van dit onderzoek. Deze inhoudsanalyse is deels verwerkt in hoofdstuk 1.

Bij ondervraging gaat het om kennis, opvattingen, houdingen, attitudes, en motieven. In dit onderzoeksrapport wordt deze dataverzamelingstechniek niet onder de noemer 'ondervragen' geplaatst, maar onder de noemer 'interviewen'. Ondervragen impliceert in onze ogen een ondervraging zoals bij de IND (immigratie en naturalisatiedienst) wordt gedaan. Dit is absoluut niet van toepassing op de interviews die bij de 22 islamitische vrouwen zijn afgenomen. De islamitische vrouwen zijn één op één geïnterviewd en in deze interviews zijn voornamelijk open vragen gesteld. Ze konden dus zelf antwoorden bedenken, deze waren niet van te voren opgesteld (zoals in een enquête veelal gebeurt).

Het interviewen is gedaan met behulp van het halfgestructureerde interview. Dit halfgestructureerde interview is afgenomen bij islamitische vrouwen van allerlei nationaliteiten en leeftijden.

Waarom is er in dit onderzoek gekozen voor een halfgestructureerd interview? Met behulp van een halfgestructureerd interview kan men de geïnterviewden uitnodigen om in eigen woorden, gedachten, opvattingen, gevoelens en ervaringen te vertellen. Via een halfgestructureerd interview kan daadwerkelijk inzicht verkregen worden in het eigen verhaal en de eigen belevingswereld van de geïnterviewden. Op deze manier wordt beoogd kwalitatieve informatie te krijgen van de islamitische vrouwen die bereid waren met dit interview mee te werken.

In dit halfgestructureerde interview is structuur aangebracht met behulp van een zogenaamd interviewschema of topiclijst. Dit is een van te voren vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die in de loop van het interview aan de orde moet komen. De volgorde van de onderwerpen, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden hoeven niet vast te liggen. In het schema staan de onderwerpen wel op volgorde, maar tijdens het interviewen bleek al dat de onderwerpen niet op een vaste volgorde aan bod kwamen. De vragen waren open van aard. Door het tonen van interesse, het doorvragen en de vragen om verduidelijking zijn we tot diepgaandere informatie gekomen.

Vragen die in het interview naar voren kwamen waren bijvoorbeeld:

- Denkt u dat islamitische vrouwen makkelijk of moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze vrouwenklachten ervaren?
- Heeft u in het verleden één of meerdere keren vrouwenklachten gehad?
- Wat deed u toen?
- Hoe lang duurde het voordat u actie ondernam?
- Waar lag dit aan?
- Wat zou u doen als u vrouwenklachten zou hebben?

Bij het opstellen van het interview is er rekening mee gehouden dat een aantal islamitische vrouwen de Nederlandse taal misschien niet goed zouden beheersen. Daarom is het halfgestructureerde interview in zoveel mogelijk begrijpelijke taal geformuleerd. Zo zijn bijvoorbeeld de woorden 'gynaecologische klachten' vervangen door 'vrouwen klachten'.

Kortom, door het interviewen van individuele personen en het toepassen van een inhoudsanalyse op mediaproducten werd beoogd zoveel mogelijk kwalitatieve informatie te krijgen.

§2.4 Materiaalverzameling

Bij het afnemen van een interview wordt beoogd zoveel mogelijk inzicht te krijgen in de gedachten, gevoelens, motieven en meningen van de respondent. De geïnterviewde moet zich echter wel vrij voelen om vrijuit zijn gedachten, gevoelens, meningen en motieven te bespreken aan de onderzoeker. Daarom wordt in deze paragraaf weergegeven onder welke

omstandigheden de gegevens (gedachtes, gevoelens, meningen, motieven) zijn verzameld. Ook zal aangegeven worden of de omgeving veilig genoeg was voor de geïnterviewden om vrij te zeggen wat ze vinden.

Zoals eerder benoemd zijn er interviews afgenomen bij 22 islamitische vrouwen in Groningen. Hiervan zijn 18 vrouwen geïnterviewd bij vrouwenorganisaties en vier bij de geïnterviewden thuis. Bij alle interviews geldt dat er is doorgevraagd op de antwoorden van de vrouwen, om zo zoveel mogelijk gedachtegangen te achterhalen.

Als eerste zijn we in contact gekomen met een medewerkster van 'Multicultureel Centrum Jasmijn'. Deze medewerkster heeft ons geadviseerd om bij 'De Marokkaanse vrouwengroep Najah' van 'Speeltuin Dip', langs te komen. Hier was de gelegenheid om een aantal islamitische vrouwen te interviewen. Van te voren werd het doel van het interview uitgelegd en werd benadrukt dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Daarnaast werd aangegeven dat als vrouwen onderling geen schaamte hoefde te zijn. Kortom, iedereen mocht vrij zijn om te zeggen wat zij wilde. Dit hebben we aangegeven om vertrouwen te scheppen, zodat de islamitische vrouwen zouden vertellen wat ze echt vonden, dachten en voelden. Vervolgens gaven we aan wat gynaecologische klachten zijn. Gynaecologische klachten hebben we vertaald naar 'vrouwen klachten'. Gynaecologie is namelijk een duur woord, waarvan men zich kan voorstellen dat niet iedereen dat woord kent. Daarnaast gaven we enkele voorbeelden van vrouwen klachten en lichtten wij deze kort toe. In bijlage IV staan de vrouwen klachten vermeld.

Na deze introductie hebben de interviews één op één plaatsgevonden. De plaats waar de interviews plaatsvonden waren wat achteraf in dezelfde ruimte waar de andere vrouwen zaten. Deze plekken waren niet geheel privé, wat een belemmering zou kunnen geven in het vrijuit bespreken van hun gedachtes. Er is gevraagd of de vrouwen ergens anders wilden gaan zitten, maar de vrouwen bleken dit niet te willen. Het feit dat de interviews plaatsvonden op een niet geheel private plek leek geen effect op ze te hebben. Ze waren namelijk open en vertelde veel privé/voelige informatie. Zo vertelden een paar vrouwen vrijuit welke gynaecologische klachten ze zelf hadden en wat dit met ze deed. Daarnaast vertelden ze dat ze gewend waren om als vrouwen onderling te praten over 'vrouwen klachten' en aangezien daar alleen vrouwen waren, was dit niet een nieuwe situatie voor ze.

Verder is er bij 'Samenwerkingsverband Sultanes' de gelegenheid geweest om een aantal islamitische vrouwen te interviewen. Dit kon tijdens de Nederlandse lessen, die één op één door de ruimte heen gegeven werden. Vooraf is dezelfde introductie gebruikt als bij de Marokkaanse vrouwengroep, echter bleek dat niet alle vrouwen de Nederlandse taal goed beheersten, waardoor niet alle vrouwen begrepen wat er gezegd werd. Dit was één van de redenen dat een aantal islamitische vrouwen niet geïnterviewd konden worden. Daarnaast wilde niet iedereen meewerken met het interview. Bij de onderzoekers ontstond het idee dat niet alle islamitische vrouwen stonden te springen om mee te werken, misschien door de gevoeligheid van het onderwerp.

De interviews vonden plaats in dezelfde ruimte waar één op één Nederlandse lessen gegeven werden, aan een aparte tafel. Hierdoor waren de plekken niet geheel privé. Er is echter gevraagd of ze op een meer afgelegen plek wilden zitten, maar dit wilden ze niet. De situatie was vrijwel gelijk aan de situatie bij de Marokkaanse vrouwengroep.

Verder is bij vrouwengroep Orchidee één islamitische vrouw te geïnterviewd, na een voorlichting over de werking van het lichaam. Vooraf is weer dezelfde introductie gebruikt als bij de Marokkaanse vrouwengroep. Dit interview kon na de voorlichting in een aparte ruimte plaatsvinden.

Als laatste zijn enkele vrouwen bij een bijeenkomst van 'Vrouwengroep Smaragd' geïnterviewd. Ook hier is weer dezelfde introductie gebruikt als bij de Marokkaanse vrouwengroep. Deze vrouwen wilden niet op een plekje achteraf geïnterviewd worden, maar

groepsgewijs. Ze gaven aan zich niet te schamen voor elkaar. Ze waren open over hun ervaringen, gedachtes en gevoelens, waardoor bij de onderzoekers werd bevestigd dat de vrouwen zich niet schaamden voor elkaar en deze plek dus veilig genoeg was. Op deze manier zijn dus groepsgewijs gegevens verzameld bij Vrouwengroep Smaragd.

Naast dat er beroep is gedaan op een aantal vrouwengroepen uit Groningen, is er ook in ons eigen netwerk gekeken. Eén van ons had nog contact met een oud klasgenoot van Turkse afkomst. Deze hebben we kunnen interviewen, zo ook zussen en vriendinnen van haar. Deze interviews hebben in huiselijke kring plaatsgevonden, zonder dat daar verder iemand anders bij was. Hierbij is ook weer een introductie gebruikt waarbij het doel van het onderzoek, de vertrouwelijkheid van de informatie en uitleg van gynaecologische klachten werden uitgelegd.

Samenvattend kan gezegd worden dat naar het idee van de onderzoekers, de wijze waarop de gegevens verzameld zijn correct is, ondanks dat er vaak niet op privé plekken geïnterviewd is. De islamitische vrouwen waren open, wat wij kunnen onderbouwen, omdat ze ons vertelden welke gynaecologische klachten ze gehad hadden. Als de situatie onveilig was, zouden deze vrouwen dit waarschijnlijk niet verteld hebben.

§2.6 Analyse en verwerking van gegevens

De verzamelde gegevens die door middel van het halfgestructureerde interview bij de 22 islamitische vrouwen zijn afgenomen, gaven in hun ruwe vorm nog geen antwoord op de hoofdvraag. De gegevens moesten worden geordend en gecodeerd/gelabeld, voordat er ook maar enig oordeel aan de gegevens toegekend kon worden. Hieronder wordt uitvoerig beschreven hoe de verzamelde gegevens geanalyseerd en verwerkt zijn tot resultaten.

Zoals al eerder aangegeven zijn de gegevens in dit onderzoek kwalitatief van aard. Het analyseren en verwerken van deze kwalitatieve gegevens bracht veel werk met zich mee. De geïnterviewden (islamitische vrouwen) konden immers open en vrij antwoorden op de vragen die hun gesteld werden, wat met zich meebracht dat er verschillende soorten antwoorden kwamen op de verschillende vragen.

Om de analyse en verwerking van de gegevens op een goede manier te doen zijn er verschillende stappen ondernomen. Er is begonnen met het checken of het materiaal compleet was, door alle interviews uit te printen en naast elkaar te leggen. Vervolgens zijn de interviews herhaaldelijk gelezen, om te kijken of op deze manier al bepaalde patronen te herkennen waren. Op deze manier werd opgemerkt dat veel antwoorden uit de interviews op elkaar leken. Hier is in eerste instantie nog niks mee gedaan. Dit was slechts een eerste oriëntatie op de verworven gegevens.

Vervolgens is er gekeken wat met deze gegevens gedaan kon worden om ze tot resultaten te verwerken. Het viel op dat de gegevens talig van aard waren. Er is gekozen om deze talige gegevens te gaan coderen/labelen, wat een veel gehanteerde werkwijze is bij het analyseren van kwalitatieve gegevens. Coderen kent twee verschillende startpunten waar uit gekozen kan worden. In dit onderzoek is gekozen om op grond van de hoofdvraag en het halfgestructureerde interview de gegevens te coderen. Het halfgestructureerde interview, die is gebruikt bij het verkrijgen van de gegevens, was opgesteld aan de hand van een topiclijst (zie bijlage). Deze topiclijst is gebruikt bij het toekennen van codes, omdat de topiclijst al zekere ordening in thema's bevatte, waarmee gestart kon worden bij het analyseren van het materiaal. Het opsporen van inhoudelijke thema's, structuren of patronen was hierdoor gemakkelijker. In dit onderzoek was bijvoorbeeld duidelijk te zien dat islamitische vrouwen bij vragen uit bepaalde 'topics' veel dezelfde soorten antwoorden gaven, die bijvoorbeeld weer onder te verdelen waren onder de code 'geslacht van hulpverlener'. Zo is er ook gevraagd naar redenen van de islamitische vrouwen, omdat we erachter wilden komen waarom ze er bepaalde denkwijzen op nahielden. Deze redenen konden worden gecodeerd, doordat een

aantal veel op elkaar leken. Zo gaven een aantal islamitische vrouwen aan dat ze het liefste een vrouwelijke arts wilde hebben. Vervolgens werd gevraagd waarom ze het liefst een vrouw als arts wilde hebben. De redenen hiervoor leken vaak erg op elkaar. We kregen bijvoorbeeld antwoorden als: "Ik schaam me voor een man als ik bloot moet, daarom wil ik liever een vrouw". Maar ook antwoorden als: "Ik vind het onprettig om me uit te moeten kleden voor een man". Deze antwoorden hebben we geschaard onder de code: "schaamte voor een man.". Op deze manier zijn de gegevens dus gecodeerd.

Vervolgens is er gekeken hoe deze redenen zich in percentages tot elkaar verhielden. Zo gaf bijvoorbeeld '54% van de vrouwen aan liever een vrouw als hulpverlener te hebben, doordat het geloof dat zo toeschrijft' en '46% van de vrouwen gaf aan zich gewoon meer op haar gemak te voelen bij een vrouw.'

De belangrijkste vragen en de daarbij behorende antwoorden zijn procentueel in grafieken verwerkt. Het belang van de vragen en antwoorden werden geselecteerd aan de hand van de hoofdvraag en deelvraag. De hoofdvraag luidt: "Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?". De deelvraag luidt: "Wat doen islamitische vrouwen in Groningen als zij gynaecologische klachten hebben en waarom?".

Er is gekeken welke antwoorden konden helpen bij het beantwoorden van de hoofdvraag en deelvraag. Ook is er gekeken naar de vragen en antwoorden die geen antwoord konden geven op de hoofdvraag en deelvraag, maar wel interessant waren om in het hoofdstuk resultaten te benoemen.

Deze antwoorden zijn vervolgens in tabellen gezet. De grafieken en percentages zijn toegelicht in woorden en er zijn zekere waardes toegekend aan deze gegevens. Als bijvoorbeeld 70% van de islamitische vrouwen aangaf naar een hulpverlener te zijn gegaan toen ze gynaecologische klachten had en 30% aangaf niks te hebben gedaan, werd aangegeven dat het grootste deel van de islamitische vrouwen dus een hulpverlener opzocht bij het ervaren van gynaecologische klachten.

Wat van belang is bij het lezen van de resultaten, is dat wanneer er gesproken wordt over 'islamitische vrouwen' er wordt gesproken over de vrouwen die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek. Er wordt dus niet gesproken namens alle islamitische vrouwen in Groningen. Er is gekozen om de gegevens op deze manier te verwoorden, omdat dit overzichtelijker te lezen is.

Kortom, er heeft veel werk gezeten in het analyseren van de ruwe, kwalitatieve gegevens. Er is begonnen met een check of het materiaal compleet was. Vervolgens zijn de gegevens meerdere malen gelezen en daarop volgend gecodeerd. Daarna is gekeken welke gegevens interessant zouden zijn om in de resultaten te verwerken en zijn er grafiekjes bij de resultaten gezet. Dit is in het kort een beschrijving van hoe de gegevens zijn geanalyseerd en verwerkt tot resultaten.

Hoofdstuk 3: Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk wordt vermeld welke resultaten uit de verworven en geanalyseerde gegevens zijn gekomen. De gegevens zijn afkomstig van islamitische vrouwen uit Groningen en zijn verworven door middel van het halfgestructureerde interview. De vrouwen komen oorspronkelijk uit verschillende landen en zijn geïnterviewd bij een aantal verschillende vrouwengroepen die Groningen kent. Daarnaast zijn er enkele vrouwen geïnterviewd uit ons eigen netwerk. De verschillende vrouwengroepen zijn: Marokkaanse Vrouwengroep Najah, Samenwerkingsverband Sultanes, Vrouwengroep Smaragd en Vrouwengroep Orchidee. In totaal zijn er 22 islamitische vrouwen geïnterviewd. Dit maakt dat het onderzoek enig inzicht geeft in de doelgroep islamitische vrouwen met betrekking tot het onderwerp gynaecologische klachten. Echter spreekt dit onderzoek niet voor alle islamitische vrouwen in de stad Groningen.

De resultaten moeten antwoord geven op de deelvraag en hoofdvraag. De deelvraag is: *‘Wat doen islamitische vrouwen in Groningen als zij gynaecologische klachten ervaren en waarom?’*

De hoofdvraag is: *‘Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?’*

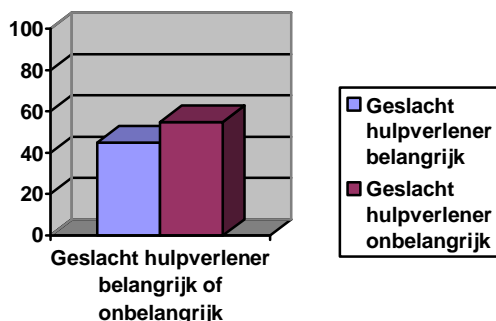
De resultaten uit de interviews zijn in dit hoofdstuk in verschillende paragrafen onderverdeeld. Paragraaf 3.1 zal aangeven of islamitische vrouwen belang hechten aan het geslacht van de hulpverlener en de redenen die zij hiervoor aandragen. Paragraaf 3.2 laat zien of islamitische vrouwen bij niet gynaecologisch gerelateerde klachten naar een hulpverlener gaan. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 aangegeven wat islamitische vrouwen doen als zij gynaecologische klachten hebben. Afsluitend wordt in paragraaf 3.4 beschreven wat islamitische vrouwen zeggen nodig te hebben om gynaecologische klachten te bespreken met hulpverleners.

§3.1 Het geslacht van de hulpverlener

1. Is het geslacht van de hulpverlener belangrijk voor een islamitische vrouw?

Voor 45% van de islamitische vrouwen is het geslacht van de hulpverlener belangrijk, zij willen het liefst een vrouw.

Voor 55% van de islamitische vrouwen is het geslacht van de hulpverlener onbelangrijk, zij maken het dus niet uit of het een mannelijke of een vrouwelijke hulpverlener is.



Figuur 1 Is het geslacht van de hulpverlener belangrijk voor een islamitische vrouw

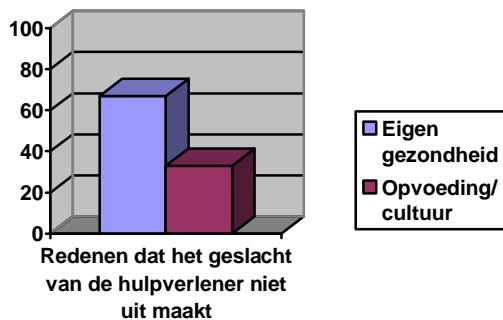
Uit de gegevens blijkt dat een meerderheid van de islamitische vrouwen het geslacht van de hulpverlener onbelangrijk vinden, namelijk 55 %. Het maakt hen niet uit of de hulpverlener

een man of een vrouw is. Bij 45% van de islamitische vrouwen is het geslacht van de hulpverlener wel belangrijk, zij willen het liefst een vrouwelijke hulpverlener.

2. Wat zijn de redenen van islamitische vrouwen dat het geslacht van de hulpverlener onbelangrijk is?

Van deze islamitische vrouwen geeft 67% aan dat het geslacht van de hulpverlener onbelangrijk is, omdat het om hun gezondheid gaat.

Van de islamitische vrouwen geeft 33% aan dat het geslacht van de hulpverlener onbelangrijk is, omdat ze dit zo hebben meegekregen in de opvoeding.



Figuur 2 Redenen van islamitische vrouwen dat het geslacht van de hulpverlener niet uitmaakt

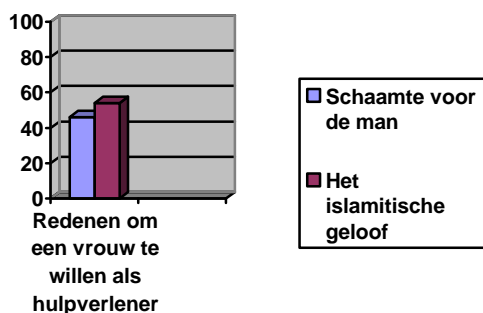
Een aantal islamitische vrouwen geeft aan dat het hun niet uitmaakt of hun hulpverlener een man of een vrouw is. Het overgrote deel hiervan, twee derde, geeft aan dit niet belangrijk te vinden, omdat wanneer het om hun gezondheid gaat, het geslacht van de hulpverlener er niet toe doet. Ze willen aan hun gezondheid geholpen worden door iemand die dit goed kan, het geslacht van de hulpverlener maakt dan niet uit.

Bij één derde van de islamitische vrouwen die het geslacht van de hulpverlener onbelangrijk vinden, ligt dit aan de opvoeding en de culturele achtergrond. Deze islamitische vrouwen geven te zijn opgevoed met de boodschap dat het geslacht van de hulpverlener er niet toe doet. Daarnaast geven ze aan vanuit hun oorspronkelijke land al bekend te zijn met mannelijke hulpverleners.

3. Wat zijn de redenen van islamitische vrouwen om het geslacht van de hulpverlener belangrijk te vinden en het liefst een vrouw als hulpverlener te willen?

Van de islamitische vrouwen die het liefst een vrouw willen als hulpverlener, geeft 54% als reden dat het islamitische geloof zegt dat je als vrouw alleen door een vrouw geholpen mag worden, tenzij het niet anders kan.

Van de islamitische vrouwen die het liefst een vrouw als hulpverlener hebben, geeft 46% als reden aan dat ze zich meer op hun gemak voelen bij een vrouw en dan ook minder schaamte hebben.



Figuur 3 Redenen van de islamitische vrouw om een vrouw te willen als hulpverlener

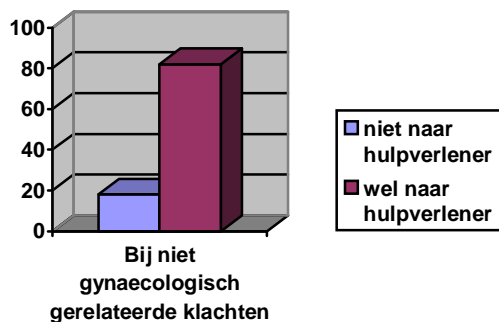
Uit figuur 3 wordt duidelijk dat iets meer dan de helft van de islamitische vrouwen het liefst een vrouw als hulpverlener heeft, omdat het islamitische geloof zegt dat je als vrouw alleen door een vrouw geholpen mag worden, tenzij het niet anders kan. Iets minder dan de helft van de islamitische vrouwen, 46%, geeft aan het liefst een vrouw als hulpverlener te hebben, omdat ze zich schamen voor een man.

§3.2 Islamitische vrouwen en niet gynaecologische gerelateerde klachten

4. Gaan islamitische vrouwen naar een hulpverlener als ze niet gynaecologische gerelateerde klachten hebben?

Van de islamitische vrouwen gaat 82% naar een hulpverlener als ze niet-gynaecologische gerelateerde klachten heeft (griep, hoofdpijn).

Van de islamitische vrouwen gaat 18% niet naar een hulpverlener als ze niet gynaecologisch gerelateerde klachten heeft.



Figuur 4 Bezoek hulpverlener bij niet gynaecologische gerelateerde klachten

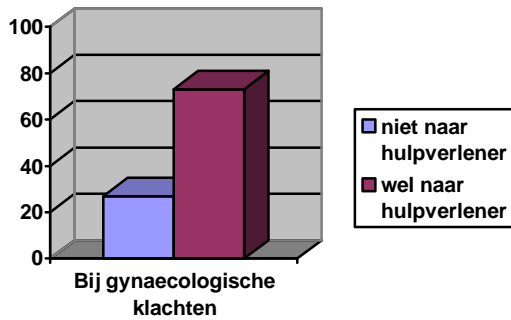
Uit deze gegevens valt op te maken dat het overgrote deel van de islamitische vrouwen een hulpverlener bezoeken bij ziekte en kwalen die niet gerelateerd zijn aan gynaecologische klachten.

§3.3 Het handelen van islamitische vrouwen bij gynaecologische klachten

5. Wat doen islamitische vrouwen als ze gynaecologische klachten ervaren?

Van de islamitische vrouwen geeft 73% aan naar een hulpverlener te zijn gegaan toen ze gynaecologische klachten had.

Van de islamitische vrouwen geeft 27% aan niets gedaan te hebben toen ze gynaecologische klachten had.



Figuur 4 Bezoek van islamitische vrouwen naar de hulpverlener bij gynaecologische klachten

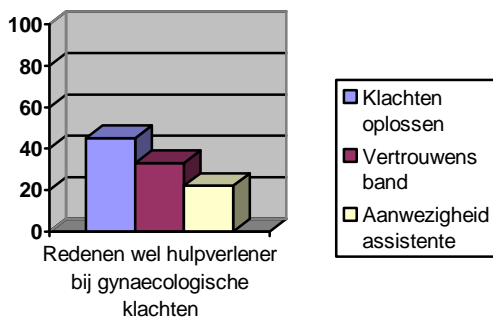
Uit figuur vier blijkt dat het merendeel van de islamitische vrouwen, namelijk 73%, aangeven naar een hulpverlener te zijn gegaan toen ze gynaecologische klachten hadden. Een minderheid van 27% heeft niets gedaan toen ze gynaecologische klachten hadden.

6. Wat zijn de redenen dat 73% van de islamitische vrouwen naar een hulpverlener gingen als ze gynaecologische klachten ervaren?

Van de islamitische vrouwen ging 45% naar een hulpverlener toen ze gynaecologische klachten had, omdat ze wilde weten wat er aan de hand was en ze wilden dat de klachten weg gingen.

Van de islamitische vrouwen ging 33% naar een hulpverlener toen ze gynaecologische klachten had, omdat ze hun hulpverlener vertrouwde.

Van de islamitische vrouwen ging 22% naar een hulpverlener toen ze gynaecologische klachten had, omdat de assistente haar dan hielp.



Figuur 5 Redenen van islamitische vrouwen om naar de hulpverlener te gaan bij gynaecologische klachten

Uit het bovenstaande figuur blijkt dat het grootste deel, 45%, van de islamitische vrouwen naar een hulpverlener gaan bij het ervaren van gynaecologische klachten, omdat ze willen weten wat er aan de hand is en ze willen weten hoe ze van hun klacht af kunnen komen. Een derde van de islamitische vrouwen die naar een hulpverlener gingen toen ze gynaecologische klachten hadden, gaven als reden aan dat ze hun hulpverlener vertrouwen en daarom voor allerlei klachten naar de hulpverlener gaan.

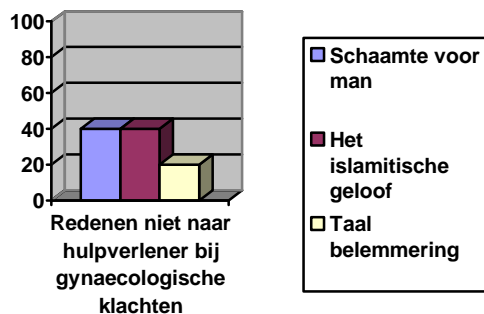
De aanwezigheid van de assistente is voor 22% van de islamitische vrouwen een reden om naar een hulpverlener te gaan bij het ervaren van gynaecologische klachten.

7. Wat zijn de redenen dat 27% van de islamitische vrouwen niets deden als ze gynaecologische klachten ervaren?

Van de islamitische vrouwen ging 40% niet naar de hulpverlener toen ze gynaecologische klachten hadden, omdat haar hulpverlener man is en ze zich schaamt bij een man.

Van de islamitische vrouwen ging 40% niet naar de hulpverlener, toen ze gynaecologische klachten hadden, vanwege het geloof. Ze gaven aan dat een vrouw niet door een man geholpen mag worden en hun hulpverlener was een man of ze waren bang om bij een mannelijke hulpverlener terecht te komen.

Van de islamitische vrouwen gaf 20% aan dat ze niet naar de hulpverlener gingen toen ze gynaecologische klachten hadden, omdat ze de taal nog niet goed spraken.



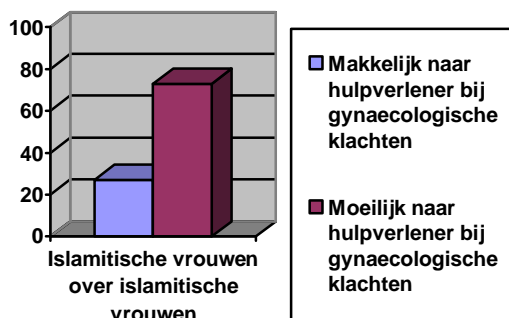
Figuur 6 Redenen van islamitische vrouwen om niet naar de hulpverlener te gaan bij gynaecologische klachten

Een minderheid van de islamitische vrouwen heeft dus niks gedaan toen ze gynaecologische klachten had, namelijk 27%. Hiervan zegt 40% van deze islamitische vrouwen dat dit kwam doordat ze zich schamen voor de mannelijke hulpverlener. Verder geeft 40% van deze islamitische vrouwen aan dat ze niet naar een hulpverlener zijn gegaan, omdat vrouwen door vrouwen geholpen moeten worden en mannen door mannen. Een kleine 20% van deze islamitische vrouwen gaf dat het door de taalbarrière kwam, dat ze niet naar een hulpverlener zijn gegaan, toen ze gynaecologische klachten hadden. Ze spraken nog niet goed genoeg Nederlands.

8. Denken islamitische vrouwen over andere islamitische vrouwen dat zij makkelijk of moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren?

Van de islamitische vrouwen denkt 73% dat islamitische vrouwen over het algemeen moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren

Van de islamitische vrouwen denkt 27% dat islamitische vrouwen over het algemeen makkelijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren



Figuur 7 Gaan andere islamitische vrouwen makkelijk of moeilijk naar een hulpverlener bij gynaecologische klachten

Uit figuur 7 blijkt dat het overgrote deel, namelijk 73%, van de islamitische vrouwen denkt dat andere islamitische vrouwen moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren.

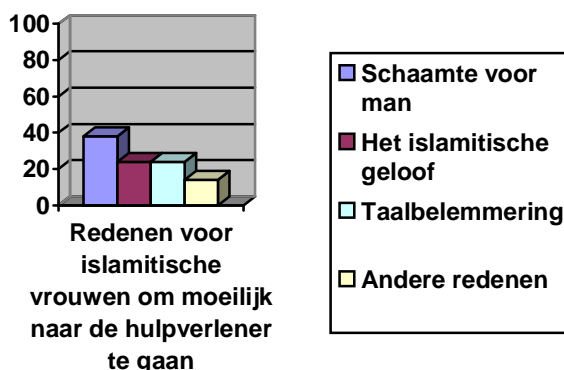
9. Waardoor denkt 73% van de islamitische vrouwen dat andere islamitische vrouwen over het algemeen moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten hebben?

Van deze islamitische vrouwen denkt 38% dat islamitische vrouwen over het algemeen moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren, doordat veel huisartsen mannen zijn en islamitische vrouwen zich makkelijk schamen voor mannelijke hulpverleners.

Van deze islamitische vrouwen denkt 24% dat dit komt door het islamitische geloof, waarin wordt gezegd dat vrouwen alleen door vrouwen geholpen mogen worden en mannen alleen door mannen.

Van deze islamitische vrouwen denkt 24% dat islamitische vrouwen moeilijk naar de huisarts gaan als ze gynaecologische klachten hebben, door de taalbelemmering. Ze spreken en begrijpen de Nederlandse taal (nog) niet (goed) en kunnen daardoor slecht duidelijk maken wat ze mankeren en gaan daardoor moeilijk naar de huisarts.

Van deze islamitische vrouwen geeft 14% andere redenen voor het moeilijk naar de hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren, dan de hierboven genoemde redenen.



Figuur 8 Redenen dat islamitische vrouwen moeilijk naar een hulpverlener gaan bij gynaecologische klachten

Uit figuur 8 blijkt dat het grootste deel van de islamitische vrouwen denkt dat islamitische vrouwen over het algemeen moeilijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten hebben, omdat deze islamitische vrouwen zich schamen voor een man.

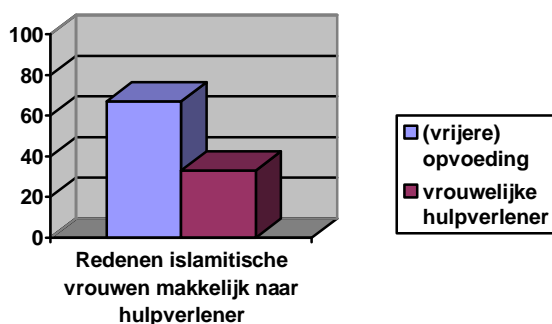
Er zijn verschillende 'andere redenen' opgegeven door een aantal vrouwen. Zo werd onder andere aangegeven dat veel islamitische vrouwen onwetendheid hebben over Nederlandse hulpverleners. Er wordt aangegeven dat sommige islamitische vrouwen de hulpverleners niet kunnen vinden en ook weten ze vaak niet dat er voor de gynaecologische klachten van hen een hulpverlener is.

Verder werd als reden aangegeven dat voor islamitische mannen een hulpverlener kan zijn bedreiging of dat deze mannen dat zo ervaren. Sommige vrouwen komen nooit/ niet vaak buiten, omdat hun man dat niet wil. In het islamitische geloof is het respect voor de familie belangrijk en met problemen kom je dan ook niet naar buiten.

10. Waardoor denkt 27% van de islamitische vrouwen dat islamitische vrouwen makkelijk naar een hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten hebben?

Van deze islamitische vrouwen denkt 67% dat andere islamitische vrouwen makkelijk naar een hulpverlener gaan, doordat ze vrijer zijn opgevoed.

Van deze islamitische vrouwen denkt 33% dat andere islamitische vrouwen makkelijk gaan, als de hulpverlener een vrouw is.



Figuur 9 Redenen van islamitische vrouwen om makkelijk naar de hulpverlener te gaan als ze gynaecologische klachten ervaren

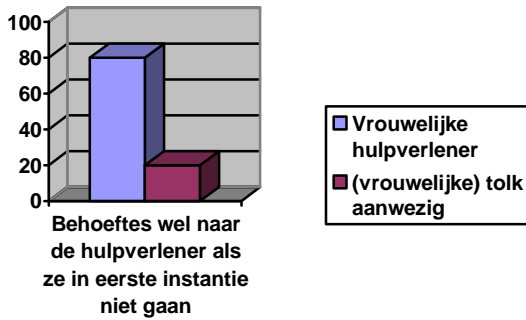
Van de islamitische vrouwen die denken dat andere islamitische vrouwen makkelijk naar de hulpverlener gaan, denkt het overgrote deel dat dit komt door hoe de vrouwen zijn opgevoed. Een kleiner deel geeft aan dat islamitische vrouwen makkelijk naar een hulpverlener gaan, als hun hulpverlener vrouw zou zijn.

§3.4 Behoeftes islamitische vrouwen op het gebied van gynaecologische zorg

11. Wat geven de islamitische vrouwen die niet naar de hulpverlener gingen, toen ze gynaecologische klachten hadden, aan nodig te hebben om wel te gaan?

Van de islamitische vrouwen die aangaven dat ze niet naar de hulpverlener gingen toen ze gynaecologische klachten hadden, gaf 80% aan wel te gaan als de hulpverlener een vrouw zou zijn geweest.

Van de islamitische vrouwen die aangaven niet naar de hulpverlener te zijn gegaan toen ze gynaecologische klachten hadden, gaf 20% aan de volgende keer wel te gaan als er een tolk bij zou zijn geweest.



Figuur 10 De behoeftes van islamitische vrouwen die niet naar de hulpverlener gingen toen ze gynaecologische klachten hadden, om wel te gaan.

Uit figuur 10 is op te maken dat de behoeftes van het overgrote deel van de islamitische vrouwen die niet naar de hulpverlener gaan toen ze gynaecologische klachten hadden, wel zouden gaan als de hulpverlener een vrouw is.

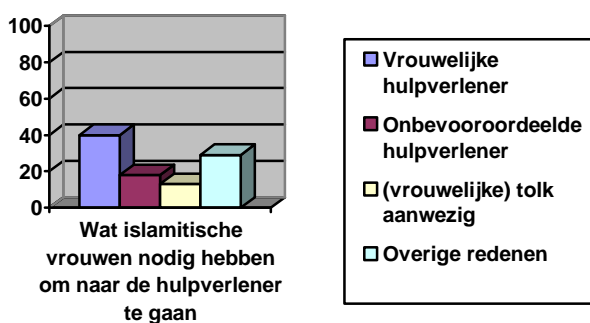
12. Wat denken islamitische vrouwen dat andere islamitische vrouwen nodig hebben om naar een hulpverlener te gaan als ze gynaecologische klachten ervaren?

Van de islamitische vrouwen denkt 40% dat islamitische vrouwen makkelijker naar een hulpverlener gaan bij het ervaren van gynaecologische klachten als de hulpverlener een vrouw is.

Van de islamitische vrouwen denkt 18% dat islamitische vrouwen makkelijker naar de hulpverlener gaan bij het ervaren van gynaecologische klachten als hulpverleners minder bevooroordeeld zouden zijn over islamitische vrouwen.

Van de islamitische vrouwen denkt 13% dat islamitische vrouwen makkelijker naar de hulpverlener gaan bij het ervaren van gynaecologische klachten als er een (vrouwelijke) tolk bij is.

Van de islamitische vrouwen geeft 29% verder nog andere redenen aan dan de hierboven genoemde, wat islamitische vrouwen nodig hebben om makkelijk naar de hulpverlener te gaan.



Figuur 11 Wat andere islamitische vrouwen nodig hebben om naar de hulpverlener te gaan

Uit figuur 11 kan opgemaakt worden dat het grootste deel van de islamitische vrouwen denken dat andere islamitische vrouwen wel naar een hulpverlener zouden gaan als de hulpverlener een vrouw is. Daarnaast zouden de aanwezigheid van een tolk en minder

vooroordelen over islamitische vrouwen er volgens een aantal islamitische vrouwen voor kunnen zorgen dat andere islamitische vrouwen wel naar een hulpverlener gaan met gynaecologische klachten.

Ook worden overige redenen genoemd door 29% van de vrouwen. Zo wordt door een paar islamitische vrouwen aangegeven dat islamitische vrouwen 'het Nederlands beter moeten leren' en 'verplichte Nederlandse lessen moeten volgen'. Hierbij hoort ook dat een enkele islamitische vrouw zegt dat een tolk waarschijnlijk niet zal helpen, omdat ze bij hen ook de gynaecologische klachten niet bespreekbaar maken.

Verder werd door een enkeling genoemd dat voorlichtingen of koffieochtenden ervoor zouden kunnen zorgen dat islamitische vrouwen makkelijker naar een hulpverlener gaan. Dit zijn dan voorlichtingen voor de islamitische vrouwen om hun onwetendheid over de hulpverlening en hun eigen lichaam te verminderen. Met de koffieochtenden werden koffieochtenden op basisscholen bedoeld. De vrouwen brengen namelijk altijd hun kinderen naar de basisschool, dus hier kun je de meeste islamitische vrouwen tegenkomen. Ook werd genoemd dat het organiseren van voorlichtingen voor islamitische mannengroepen, er uiteindelijk voor zou kunnen zorgen dat islamitische vrouwen makkelijker met gynaecologische klachten naar een hulpverlener gaan. Deze voorlichtingen zouden deze mannen gerust kunnen stellen. Op deze manier zouden de 'strengere' islamitische vrouwen met gynaecologische klachten beter te benaderen en te helpen zijn en zouden ze ook sneller naar een hulpverlener gaan. Simpelweg omdat haar man haar dan misschien niet zou verbieden te gaan. Dit wordt enkele malen genoemd. Als bijkomstigheid noemden ze daarbij dat de opvoeding van de volgende generatie moslims dan wellicht minder streng beïnvloedt wordt, waardoor de kinderen in de toekomst makkelijker met taboe klachten naar een hulpverlener zouden stappen.

Ook werd aangegeven dat een goede hulpverlener met veel ervaring wordt beschouwd als iets dat andere islamitische vrouwen nodig hebben om naar een hulpverlener te gaan. Enkele islamitische vrouwen gaven bijvoorbeeld aan dat in hun oorspronkelijke land de hulpverleners precies wisten wat ze moesten doen en wat ze moesten onderzoeken, ze deden dit ook meteen. In Nederland wordt men vaak weggestuurd met een paracetamol en moeten er eerst een paar boeken bij gepakt worden om erachter te komen wat er aan de hand zou kunnen zijn. Enkele islamitische vrouwen vinden de hulpverlening hier dus van mindere kwaliteit.

Hoofdstuk 4: Conclusie

Om een conclusie te geven van het onderzoek dat uitgevoerd is, zal er eerst per paragraaf geconcludeerd worden om van daaruit een conclusie op de deelvraag en uiteindelijk de hoofdvraag te realiseren. De paragrafen worden ontleend uit enkele paragrafen van hoofdstuk 3 die een antwoord geven op de hoofdvraag. Dit zijn de paragrafen 'Het handelen van islamitische vrouwen bij gynaecologische klachten' en 'Behoeftes islamitische vrouwen op het gebied van gynaecologische zorg'. De eindconclusie is, door middel van de conclusies van de hierboven genoemde paragrafen, een antwoord op de deelvraag en de hoofdvraag.

Het handelen van islamitische vrouwen bij gynaecologische klachten

Als islamitische vrouwen gynaecologische klachten ervaren, gaat een grote meerderheid van deze vrouwen, namelijk 73%, naar een hulpverlener. Een reden hiervoor is dat de vrouwen wilden weten wat er aan de hand was, ze wilden dat hun klachten weggingen (45%). Een andere reden is dat de vrouwen de hulpverlener vertrouwden en dat ze daardoor naar de hulpverlener gingen (33%). Tenslotte wordt het minst vaak genoemd als reden dat de islamitische vrouw naar de hulpverlener gaat met hun gynaecologische klachten, omdat de assistente aanwezig was en haar kon helpen (22%).

De islamitische vrouwen die niet naar de hulpverlener zijn gegaan, geven als reden dat ze een mannelijke hulpverlener hebben en ze zich schamen bij een man. Dit zijn 40% van de islamitische vrouwen. Ook een reden van de islamitische vrouwen om niet naar de hulpverlener te gaan als ze gynaecologische klachten ervaren, is dat ze een mannelijke hulpverlener hebben en vrouwen alleen door vrouwen geholpen mogen worden vanuit het islamitische geloof. Dit gaven ook 40% van de vrouwen aan. Van de islamitische vrouwen geeft 20% tenslotte als reden dat ze de Nederlandse taal nog niet goed spraken en begrepen en daardoor niet naar de hulpverlener te zijn gegaan met gynaecologische klachten.

De islamitische vrouwen zijn ook gevraagd over wat zij denken dat andere islamitische vrouwen zouden doen als ze gynaecologische klachten ervaren. Het overgrote deel, namelijk 73%, geeft aan dat ze denken dat andere islamitische vrouwen moeilijk naar de hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren. Hiervan wordt het vaakst als reden aangegeven, dat islamitische vrouwen schaamte hebben voor de mannelijke hulpverlener, namelijk 38%. Verder geeft 24% van deze islamitische vrouwen aan dat het door het islamitisch geloof komt dat de andere islamitische vrouwen niet naar de hulpverlener gaan. Voor 24% van de islamitische vrouwen komt het door de taalbarrière van de andere islamitische vrouwen, dat ze niet naar de hulpverlener gaan. Ze geven aan dat deze vrouwen niet kunnen uitleggen wat ze mankeren en ze begrijpen de Nederlandse taal niet goed genoeg om de hulpverlener te begrijpen.

De islamitische vrouwen die denken dat andere vrouwen makkelijk naar de hulpverlener gaan als ze gynaecologische klachten ervaren, geven als redenen dat deze vrouwen vrijer zijn opgevoed (67%) en dat de hulpverlener vrouwelijk is (33%).

Behoeftes islamitische vrouwen op het gebied van gynaecologische zorg

Van de islamitische vrouwen die bij het ervaren van gynaecologische klachten niet naar de hulpverlener gingen, geeft 40% aan dat ze wel naar een hulpverlener zouden zijn gegaan als de hulpverlener een vrouw was. Daarnaast gaf 20% aan dat ze wel naar de hulpverlener zou zijn gegaan als er een (vrouwelijke) tolk aanwezig was.

Van de islamitische vrouwen die denken dat andere islamitische vrouwen moeilijk naar een hulpverlener gaan als zij gynaecologische klachten hebben, denkt 40% dat deze vrouwen wel naar een hulpverlener zouden gaan als de hulpverlener een vrouw is. Verder denkt 18% van de islamitische vrouwen dat andere islamitische vrouwen wel naar een hulpverlener gaan als hulpverleners minder bevooroordeeld zouden zijn over islamitische vrouwen. Daarnaast denkt 13% van de islamitische vrouwen dat islamitische vrouwen wel naar een hulpverlener gaan als er een tolk aanwezig is.

De islamitische vrouwen geven het vaakst aan behoefte te hebben aan een vrouwelijke hulpverlener. Daarnaast komt naar voren dat er belang wordt gehecht aan een onbevooroordeelde vrouwelijke hulpverlener en een aanwezige tolk.

Eindconclusie

Om nu de deelvraag te beantwoorden, zal deze hieronder eerst geformuleerd worden, om daarna vanuit de bovenstaande conclusies deze te beantwoorden om uiteindelijk de hoofdvraag te beantwoorden.

Deelvraag:

“Wat doen islamitische vrouwen in Groningen als zij gynaecologische klachten ervaren en waarom?”

Uit de gegevens vanuit dit onderzoek komt naar voren dat een grote meerderheid van de islamitische vrouwen die geïnterviewd zijn naar een hulpverlener gaan als zij gynaecologische klachten ervaren. Hiertoe handelt het grootste deel van deze vrouwen, doordat ze willen weten wat ze mankeren en willen dat hun klachten weggaan. Ook is het vertrouwen in hun hulpverlener een grote reden om naar de hulpverlener te gaan bij gynaecologische klachten. Tenslotte is de aanwezigheid van de assistente een factor voor islamitische vrouwen om naar de hulpverlener te gaan als ze gynaecologische klachten ervaren.

Hoofdvraag:

“Wat hebben islamitische vrouwen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners?”

Islamitische vrouwen hebben verschillende zaken nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken met hulpverleners. Als nummer één komt naar voren dat de meeste islamitische vrouwen een vrouw als hulpverlener nodig hebben om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken. Daarnaast hebben islamitische vrouwen een onbevooroordeelde hulpverlener en een aanwezige tolk nodig om gynaecologische klachten te bespreken. Verder worden voorlichtingen over de hulpverlening en het lichaam genoemd om zo de onwetendheid onder islamitische vrouwen te verminderen. Dit zouden ze nodig hebben om in staat te kunnen zijn om gynaecologische klachten te bespreken. Ook moeten islamitische mannen gerust gesteld worden wat over hulpverlening, zodat zij hun vrouwen eerder naar een hulpverlener zouden laten gaan om klachten te bespreken.

Hoofdstuk 5: Discussie

§5.1 Eigen mening

Nadat een onderzoek is uitgevoerd hebben onderzoekers vaak een duidelijke mening over de verloop van het onderzoek, achteraf gezien. De onderzoekers hebben een overzicht van dit verloop en kunnen kijken naar wat tijdens het onderzoek onverwacht anders liep dan gepland en hoe het onderzoek de volgende keer beter zou kunnen. In deze paragraaf zal kritisch gekeken worden naar het onderzoeksproces.

Wat ging anders dan in de opzet gepland was:

Aantal respondenten:

Om te beginnen was het moeilijk om in een korte tijd aan islamitische vrouwen te komen die mee wilde werken aan dit onderzoek. In de planning lag, om naast de vrouwen benaderd bij de vrouwengroepen, ook islamitische vrouwen te interviewen die bij de voorlichtingen van het ICG kwamen. Deze voorlichtingen startten onverwachts later dan gepland, waardoor we deze vrouwen niet meer konden interviewen. Het onderzoeksrapport moest al af zijn ten tijde van de voorlichtingen. Hierdoor viel een grote groep potentiële interviewbare islamitische vrouwen af.

In eerste instantie lag het in de planning om ongeveer 30 islamitische vrouwen te interviewen, omdat het de verwachting was dat dit genoeg zou zijn om tot dieperliggende informatie te komen en ook genoeg zou zijn om het onderzoek representatief te laten zijn. We hebben 22 islamitische vrouwen kunnen interviewen, wat ons inziens nog wel genoeg is, gezien het feit dat het om kwalitatieve informatie gaat en niet om kwantitatieve informatie.

Respondenten samenstelling:

Waar de onderzoekers niet op voorbereid waren is dat de islamitische vrouwen die wilde meewerken aan het onderzoek over het algemeen vrij geëmancipeerd waren. Dat blijkt ook uit de cijfers, want het overgrote deel van deze vrouwen bezoekt bijvoorbeeld een hulpverlener als zij gynaecologische klachten heeft. Het is ook te verklaren dat vaak de meer geëmancipeerde vrouwen bereikt zijn. Ten eerste zijn de islamitische vrouwen die streng gelovig en minder geëmancipeerd zijn moeilijker te bereiken. Deze vrouwen komen bijvoorbeeld niet vaak bij vrouwengroepen terecht, komen minder buiten en hebben misschien een wat minder groot netwerk (bron: islamitische vrouw). Ten tweede kan men ervan uitgaan dat vrouwen die hun gynaecologische klachten niet bespreekbaar maken met een hulpverlener, vaak de islamitische vrouwen zijn die niet hebben willen meewerken aan dit onderzoek. Waarom zouden de islamitische vrouwen die niet naar hulpverleners gaan om gynaecologische onderwerpen te bespreken, dit wel met ons doen? Daarnaast kan men zich afvragen of de islamitische vrouwen die wel wilden meewerken aan het interview, zich helemaal 'bloot hebben gegeven' aan ons of dat ze sociaal wenselijke antwoorden zouden geven. Dit kunnen we ons slechts afvragen.

Echter een aantal islamitische vrouwen die niet naar een hulpverlener gingen met gynaecologische klachten, bespraken dit wel met ons. Waardoor dit precies komt, kunnen wij niet precies verklaren. Wel hebben we geprobeerd om een vertrouwensband op te bouwen en de tijd te nemen om naar de verhalen van deze vrouwen te luisteren, ook als deze niet over gynaecologische klachten gingen. Dit heeft er wellicht voor gezorgd dat de vrouwen die gynaecologische klachten niet met een hulpverlener bespreekbaar maken, dit wel met ons hebben gedaan. Daarnaast kwam al naar voren dat een aantal islamitische vrouwen niet naar de hulpverlener gingen met gynaecologische klachten, omdat deze hulpverlener een man is. Wij, de onderzoekers, zijn vrouwen, wat een verklaring zou kunnen zijn voor het feit dat ze deze klachten wel met ons besproken hebben.

Hoe zou het de volgende keer beter kunnen:

Meer afbakenen van de doelgroep:

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek kwamen we tot de ontdekking dat de doelgroep 'islamitische vrouwen' en erg brede doelgroep is. Islamitische vrouwen komen uit vele verschillende landen die elk weer zijn eigen cultuur heeft.

Dit onderzoek had zich wellicht beter op islamitische vrouwen uit één bepaald land kunnen richten eventueel nog binnen een bepaalde leeftijdsgroep. Op deze manier had er misschien ook onderscheid gemaakt kunnen worden tussen de invloed van 'cultuur' en 'geloof' op het omgaan met gynaecologische klachten. Het onderzoek zou dan ook representatiever kunnen zijn voor die bepaalde groep. Omdat het onderzoek nu erg breed is, kunnen we alleen maar zeggen dat de uitkomsten gelden voor een aantal islamitische vrouwen, maar dat dit niet dekkend is voor de gehele groep. Het is hierdoor een wat meer oppervlakkig te interpreteren onderzoek.

Tijd:

Het in contact komen met islamitische vrouwen is een hele klus. Er zijn vele verschillende zelforganisaties en vrouwengroepen. Het kostte in het geval van dit onderzoek aardig wat tijd om in contact te komen met deze groepen en een afspraak te maken. De interviews vonden bij deze afspraak, wat in principe het eerst contact is met de vrouwen, al gelijk plaats. Deze islamitische vrouwen kenden ons nog niet en voor het opbouwen van vertrouwen was weinig tijd, omdat de interviews die dag plaats moesten vinden. Wij verwachtten dat als er meer tijd is voor een dergelijk onderzoek als deze, er meer tijd is om vertrouwen op te bouwen met islamitische vrouwen in de verschillende groepen. Je kan als onderzoeker dan vaker langs komen en eerst wat oppervlakkiger praten met deze vrouwen, voordat een dergelijk gevoelig onderwerp aan de orde komt. We denken dat meer islamitische vrouwen hadden willen meewerken als we hier de mogelijkheid toe was. De literatuur (paragraaf 1.3) beschrijft ook een stuk over het belang van een vertrouwensrelatie.

Daarnaast denken we dat met meer tijd ook de moeilijker bereikbare vrouwen te bereiken zijn. De islamitische vrouwen die we hebben geïnterviewd gaven aan vriendinnen of burens te hebben die streng gelovig zijn en moeilijk naar hulpverleners gaan om gevoelig liggende onderwerpen, als gynaecologie, aan te snijden. Via de islamitische vrouwen die we geïnterviewd hebben, hadden we misschien dan in contact kunnen komen met deze islamitische vrouwen. Hier was nu echter de tijd niet voor.

Triangulatie:

Achteraf gezien had het onderzoek vollediger kunnen maken door middel van triangulatie. In de sector zorg en welzijn verstaan we hieronder: "op verschillende manieren onderzoeken van hetzelfde verschijnsel". Als goede bron hadden we hulpverleners kunnen vragen naar hun bevindingen op het gebied van islamitische vrouwen en gynaecologische klachten. Zij hebben wellicht een beeld van islamitische vrouwen als het gaat om het bespreken van taboe onderwerpen. Een gynaecoloog heeft wellicht wat inzicht in hoe lang sommige islamitische vrouwen hebben rondgelopen met gynaecologische klachten, voordat ze bij hem/haar terecht zijn gekomen. Hetzelfde geldt wellicht voor huisartsen.

Als we hulpverleners hadden gevraagd naar hun ervaringen was dit onderzoek wellicht vollediger geweest.

Notities:

We hebben niet genoteerd wat de islamitische vrouwen ons tussen de interviews door vroegen. Zo vroegen een aantal vrouwen ons om advies over hun klachten ("Het kan toch nooit goed zijn als ze plastic in mijn lichaam te stoppen, wat denk jij?" of "Ik heb veel last van mijn onderbuik, ook als ik niet ongesteld ben, wat zou dit kunnen zijn?") Dit soort uitspraken hebben we niet genoteerd per interview, waardoor we dit niet hebben kunnen meten. Hadden we dit wel gedaan, dan hadden we bepaalde waarden kunnen toekennen,

zoals 'het niet kennen van het eigen lichaam'. Het onderzoek zou hierdoor vollediger kunnen zijn.

§5.2 Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoeksrapport is informatie verschaffen aan het ICG, de instelling waarvoor dit onderzoek is uitgevoerd. De informatie geeft antwoord op twee vragen, namelijk: "Wat doen islamitische vrouwen als zij gynaecologische klachten ervaren en waarom?" en "Wat hebben islamitische vrouwen in Groningen nodig om gynaecologische klachten bespreekbaar te maken". De antwoorden op deze vragen zijn ter informatie van het ICG interessant om te lezen. Echter is het ook van groot belang dat de discussie (paragraaf 5.1) daarna ook gelezen wordt, omdat de conclusie hier nog eens kritisch bediscussieerd wordt.

Op grond van de conclusie kunnen er verder geen directe aanbevelingen gedaan worden aan het ICG.

§5.3 Suggesties voor nader onderzoek

Onderzoek onder hulpverleners:

Eerder werd beschreven dat hulpverleners wellicht ook bepaalde ervaringen hebben met islamitische vrouwen en gynaecologische klachten. Het woord 'wellicht' geeft al aan dat dit niet zeker is. Als suggestie voor nader onderzoek geven wij dan ook het volgende:

Onderzoek wat de ervaringen zijn van hulpverleners met islamitische vrouwen op het gebied van gynaecologie. Hoe lang lopen islamitische vrouwen rond met gynaecologische klachten, voordat ze bij een hulpverlener terecht komen? Verschilt dit dan ook met Nederlandse vrouwen? Waar valt dit uit te verklaren?

Eventueel zou het bovenstaande vanuit een andere invalshoek inzicht geven in islamitische vrouwen en gynaecologische klachten.

Onderzoek gericht op een bredere groep islamitische vrouwen uit één land:

Deze suggestie is gericht op het paragraaf 5.1 over de samenstelling van de respondenten.

Als suggestie voor nader onderzoek willen we dan ook geven om islamitische vrouwen afkomstig uit één land te interviewen i.p.v. alle soorten islamitische vrouwen. Daarnaast zou het ook een suggestie te zijn om islamitische vrouwen te interviewen die minder geëmancipeerd zijn dan de groep vrouwen die in dit onderzoek benaderd zijn. Dit is een lastige suggestie. Ten eerste, wanneer is een islamitische vrouw geëmancipeerd? Hoe zorg je voor een bredere soort islamitische vrouwen? Ondanks dat het lastig is deze suggestie duidelijk toe te lichten, willen we de suggestie toch doen.

Literatuurlijst

Gebruikte literatuur

- Baarda, D.B, MPM de Goede, *Basisboek Methoden en Technieken Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Stenfert Kroese, Groningen, 2001
- Coenders, H, *Kramers handwoordenboek Nederlands*, Zutphen, 1998
- Forum instituut voor multiculturele ontwikkeling, *wankele waarden*, Utrecht, 2003,
- Haes, de, W, e.a., *Gynaecologische zorg en vrouwenhulpverlening*, 1996, Rotterdam
- Kamerbeek, M. en Nieuwenhuizen, P, *Taboes bespreken Methodiek om taboeonderwerpen als huiselijk en seksueel geweld in allochtone kring bespreekbaar te maken*, FORUM, Utrecht, 2005
- Klip, H, *Van idee tot uitwerking*, Bussum, 2001
- Meijer, E. en Pereira, E, *Hulpverlening uit de crisis Methodische aanbevelingen voor hulpverlening aan allochtone vrouwen en meisjes in opvanginstellingen*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1991
- Migchelbrink, F, *Praktijkgericht onderzoek in de zorg en welzijn*, 8^e druk, Amsterdam, 2003
- Muhammad, M.H.S. en dr Z. Aziz, *Wat is de islam?*, Stichting Ahmadiyya Isha'at-i-Islam, Den Haag, 20-12-2007
- NIGZ, *gesprekken zonder grenzen; communiceren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst*, Nieuwegein, 2001
- Noot, B, *Schrijfvenderwijs in het HBO*, Uitgeverij Nelissen B.V., Soest, 2002
- Ter Harmsel, S, *Vrouwen over grenzen hulp na seksueel geweld aan vluchtelingen- en migrantenvrouwen*, 1995, Utrecht
- Terpstra, L, Dijke, van A., *Buitengesloten meiden vertellen over hun worstelingen met familie-eer*, Amsterdam, 2006
- Werf, W, *Allochtonen in de multiculturele samenleving*, Bussum, 2002

Internet

- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Hoofdpagina>, 2003 - 2007 Wikimedia Foundation, Inc. Verenigde-Statens, datum: 16-09-2007
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Sharia>, Hartmann, 24-12-2007
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gynaecoloog>, Groen, H., Wikipedia, gynaecoloog, 04-06-2007
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Hulpverlener>, 2008
- <http://www.nvog.nl>, Utrecht, 2007
- <http://www.leerkracht.nl/show?id=73617>, *Bentum-Gerich, S. van, Thema: Islam*, Uitgeverij Zwijsen Educatief B.V. , 2000
- <http://www.vvog.be/categorie?c=6>, VVOG © 2008, De Baene Luc, 23-12-2002
- <http://www.ad.nl/diagnose/article67291.ece>, Gommers, N, 24.11.05
- <http://www.icgynaecologie.nl>, Groningen, 2008
- <http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=>, 2008
- http://www.nrc.nl/binnenland/article863836.ece/In_Koran_heeft_geneesheer_geen_geslacht, Kamerman en Rosenberg, 18-12-2007
- <http://www.moslina.nl/vrouw/feministe.html>, A. Hasselhof, 24-04-2001

Geraadpleegde literatuur

- Angenent, H, *Weglopers*, 1993, Nijkerk
- Cense, M, e.a., *Mozaïek preventie en opvang huiselijk en seksueel geweld allochtone vrouwen basisinformatie*, 2004, Utrecht

- Meintser, N, Ontwikkelingen in vrouwenhulpverlening, Transact, Utrecht, 2000
- De Munnik, A, e.a., *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg*, Leuven, 1998
- Neef, C.E.J. de e.a., Seksueel geweld tegen vrouwelijke vluchtelingen rapport over de aard en gevolgen van seksueel geweld dat deze vrouwen elders hebben ondergaan, 1982, den Haag
- Stadskrant Groningen, november 2007