

Een kwantitatief onderzoek naar het hulpzoekgedrag van Nederlandse moslims uit MENA-culturen

*Inzicht in de coping met psychische klachten en het
hulpzoekgedrag*

Mena Katab

Auteur: Mena Katab
Studentnummer: 332597
Opleiding: Toegepaste Psychologie te Saxion Deventer
Opdrachtgever: Saskia Lagerwaard
Organisatie: Stichting JIJ
Eerste begeleider: Frederieke Hermsen
Tweede begeleider: Laurens Ekkel
Datum: 03 juni 2019

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Een kwantitatief onderzoek naar het hulpzoekgedrag van Nederlandse moslims uit MENA-culturen'. Deze scriptie dient als afsluiting van de opleiding Toegepaste Psychologie – afstudeerrichting Klinische Psychologie te Saxion Deventer. Binnen deze opleiding heb ik mezelf zowel professioneel als persoonlijk kunnen ontwikkelen. Ik heb kunnen ontdekken waar mijn valkuilen en krachten liggen.

Daarnaast heb ik kunnen ontdekken waar mijn persoonlijke voorkeur naar uitgaat, met betrekking tot het bieden van hulp aan mensen. In mijn persoonlijke ervaring als vluchteling, zie ik nog erg veel mensen uit MENA-culturen lijden aan psychische klachten. Toch zoeken zij geen hulp voor deze klachten. Het is voor mij erg belangrijk dat de mensen uit mijn cultuur, de MENA-cultuur, adequate hulp en ondersteuning krijgen bij psychische klachten. Met dit onderzoek hoop ik een steentje te kunnen bijdragen aan een groter probleem; het stigma dat leeft binnen de islamitische gemeenschap in Nederland met betrekking tot psychische klachten en het hulp zoeken hierbij.

Met dank aan mijn begeleiders, Frederieke Hermsen en Laurens Ekkel, en de directeur van Stichting JIJ, Saskia Lagerwaard, heb ik een onderzoek kunnen uitvoeren waar mijn interesse naar uitgaat. Ook wil ik graag mijn collega, Suzanne Stoorvogel, bedanken voor de enorm leerzame ervaring bij Stichting JIJ.

Mena Katab

Den Haag, mei 2019

Samenvatting

Het omgaan met psychische klachten is cultureel gebonden. Binnen niet-westerse culturen hanteren leden van deze cultuur andere copingstrategieën en wordt er op een andere manier hulp gezocht bij psychische klachten. Daarbij speelt cultuur en religie een belangrijke rol. De opdrachtgever van dit onderzoek, Stichting JIJ, ervaart dat ze weinig aanmeldingen voor psychologische hulp krijgen van mensen uit MENA-culturen. Uit eerder onderzoek worden religieuze attributies, interne attributies, sociale factoren, schaamte en etnisch matching als mogelijke barrières genoemd.

Om te onderzoeken hoe mensen uit MENA-culturen hulp zoeken, is een kwantitatieve enquête opgesteld. De enquête is gebaseerd op de Cultural Formulation Interview (APA, 2014). De enquête onderzoekt de constructen coping en hulpzoekgedrag. De barrières voor het zoeken naar hulp en voorkeuren bij het ontvangen van hulp worden in kaart gebracht. Uit de resultaten blijkt er een verschil te zijn in het gebruik van 'standaard' en 'religieuze' copingstrategieën. Er wordt meer gebruik gemaakt van religieuze copingstrategieën. De respondenten hanteren geen passieve copingstijl. Het hulpzoekgedrag van de respondenten komt voornamelijk tot uiting binnen het sociale netwerk en de huisarts. Echter blijkt dat hoe groter de schaamte, des te minder er hulp wordt gezocht in het sociale netwerk. Ook blijkt dat respondenten die geloven dat alleen religie de oplossing is voor hun psychische klachten, minder hulp zouden zoeken bij de huisarts of een hulpverlener. Respondenten die de voorkeur hebben voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, zoeken daarnaast minder hulp bij de huisarts of een hulpverlener in de GGZ. Het verband tussen religieuze achtergrond en hulpzoekgedrag verschilt echter in aanwezigheid per opleidingsniveau. De voorkeuren van de respondenten bij het ontvangen van hulp gaan uit naar religieuze en culturele matching. Verder geven de respondenten de voorkeur aan een religieuze vorm van hulp. Ook hebben de respondenten een voorkeur voor professionele hulp, zoals de huisarts en een hulpverlener in de GGZ.

Ter discussie is gesteld in hoeverre deze resultaten representatief zijn voor de doelgroep. Dit heeft te maken met de grote ongelijke verhouding in geslacht en opleiding. Daarnaast komen discussiepunten aan bod die betrekking hebben op hulpverleners en hulpzoekenden als respondenten voor dit onderzoek. Het is aanbevolen aan Stichting JIJ om vrijwilligers in dienst te nemen met dezelfde religieuze en/of culturele achtergrond als de doelgroep. Ook wordt geadviseerd om te blijven doorgaan met het geven van voorlichtingen aan deze doelgroep.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
§1.1 Aanleiding van het onderzoek	6
§1.2 Doelstelling van het onderzoek.....	8
Hoofdstuk 2 Theoretische kader	9
§2.1 Coping en hulpzoekgedrag	9
§2.2 Hulpzoekgedrag, voorkeuren en barrières.....	11
§2.3 Conceptueel model en hypothesen.....	14
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign	16
§3.1 Onderzoeksmethode.....	16
§3.2 Onderzoeksdoelgroep.....	16
§3.3 Onderzoeksinstrument.....	18
§3.4 Procedure.....	21
§3.5 Analyses	22
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	24
§4.1 Uitvoering en respons.....	24
§4.2 Resultaten per deelvraag.....	25
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen	31
§5.1 Conclusie en discussie per onderzoeksvraag	31
§5.2 Aanbevelingen	37
Literatuurlijst.....	40
Bijlage 1 CFI	43
Bijlage 2 Enquête	49
Bijlage 3 Plan van aanpak	69
Bijlage 4 Eigen werkverklaring.....	75
Bijlage 5 Stellingen.....	76

Verklarende woordenlijst

Mensen met een niet-westerse migratieachtergrond (NWA)

Een persoon heeft een westerse achtergrond als hij, zij of één van de ouders in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië en Japan is geboren. Als een persoon, of één van de ouders, in een ander land is geboren, heeft deze persoon volgens de definitie van CBS een niet-westerse migratieachtergrond (CBS, 2016).

Mensen uit MENA-culturen

Mensen uit MENA-culturen zijn mensen die een niet-westerse migratieachtergrond hebben en zichzelf als moslim beschouwen. Dit is een achtergrond uit een van de landen uit het Midden-Oosten en Noord-Afrika. In dit onderzoek wordt er verwezen naar moslims met een niet-westerse migratieachtergrond, uit MENA-culturen, door de term 'mensen uit MENA-culturen'.

Attributie

Het toeschrijven van de oorzaken van gedrag aan interne (bijv. dit is mijn eigen schuld) of aan externe factoren (bijv. iets buiten mij heeft dit veroorzaakt).

SPSS

Een programma om statistische analyses uit te voeren en deze data te visualiseren.

CFI

Het Cultural Formulation Interview is een meetinstrument dat als bijlage wordt geleverd door de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5) van de American Psychiatric Association (APA). Tijdens een intake in de GGZ kan er via dit meetinstrument informatie worden verkregen over de manier waarop cultuur doorwerkt op essentiële aspecten van het klinische beeld dat een betrokkene presenteert en op de hulpverlening aan hem of haar.

DSM-5

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5) van de APA is internationaal het meest gebruikte classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen. Het biedt een geclusterde beschrijving van alle stoornissen op basis van symptomen.

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het belang en de relevantie van dit onderzoek beargumenteerd. Naar aanleiding van de probleemdefinitie van de opdrachtgever, wordt er onderzoek gedaan naar het hulpzoekgedrag binnen de islamitische gemeenschap in Nederland. Tevens worden de onderzoeksvragen beschreven.

§1.1 Aanleiding van het onderzoek

1.1.1 Aanleiding

De hulpvragen van mensen met een niet-westerse migratieachtergrond (NWA) en het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sluiten niet op elkaar aan (Knipscheer & Kleber, 2017). Alhoewel er de laatste jaren een toename heeft plaatsgevonden van cliënten met een NWA in de GGZ, betekent de toegenomen vraag niet dat het interculturele zorgaanbod geoptimaliseerd is (De Jong, 2010). In Nederland hebben mensen met een NWA twijfels of de hulp die aangeboden wordt aansluit bij hun behoeftes (Wakker, 2006). Dit kan een grote rol spelen bij het hulpzoekgedrag en uiteindelijke zorggebruik van mensen met een NWA.

Ook de opdrachtgever, Stichting JIJ, ervaart weinig aanmeldingen van mensen met een NWA. Stichting JIJ biedt, door middel van ervaringsdeskundigheid, hulp en ondersteuning aan mensen met eetproblemen of – stoornissen. Om meer aansluiting te vinden voor cliënten met een NWA heeft er eerder een onderzoek plaatsgevonden naar de specifieke hulpbehoeftes van Marokkaanse en Turkse mensen. Uit dit onderzoek (Boelrijk, 2016) komt naar voren dat de doelgroep behoefte heeft aan laagdrempelige interventies, zoals voorlichtingen, en aan hulpverleners met dezelfde etnische achtergrond. Om het interculturele zorgaanbod van de stichting te bevorderen heeft de stichting de aanbevelingen van het onderzoek van Boelrijk (2016) toegepast door een nieuw project voor deze doelgroep op te zetten; een cultuursensitieve benadering. Binnen dit project werd er aandacht besteed aan het interculturele hulpaanbod en het bereiken van deze doelgroep door middel van social media en andere mediums, zoals de website van de stichting, folders en brochures (Stichting JIJ, persoonlijke communicatie, 2018).

Het hulpaanbod van Stichting JIJ werd verbreed door 4 voorlichtingen te geven. Deze voorlichtingen waren gericht op de islamitische gemeenschap, die in Nederland voornamelijk bestaat uit mensen van MENA-culturen (SCP, 2013). Dit heeft gezorgd voor een kleine toename in het aantal aanmeldingen van deze doelgroep (Stichting JIJ, persoonlijke communicatie, 2019). Maar het blijkt voor de stichting nog steeds lastig te zijn om deze doelgroep te bereiken. Mensen

uit MENA-culturen lijken tot op heden geen hulp te zoeken bij Stichting JIJ. Het geringe aantal aanmeldingen kan te maken hebben met culturele factoren, zoals normen en waarden of met de invloeden van het sociale netwerk. Binnen niet-westerse culturen is er een groot taboe op het bespreken van psychische klachten (Hoffer, 2009). Dit kan een belemmering zijn bij het zoeken naar hulp. Morris (2015) stelt dat de houding ten opzichte van geestelijke gezondheidsproblematiek binnen islamitische gemeenschappen grotendeels erg negatief is. Dit heeft als gevolg dat het hulpzoekgedrag bij psychische klachten wordt verhinderd. Factoren zoals stigmatisering, sociale invloeden en attributies kunnen als barrière fungeren en spelen een grote rol bij het omgaan met psychische klachten (coping) en het hulpzoekgedrag van mensen uit MENA-culturen (Knipscheer & Kleber, 2017).

In de handleiding van het Cultural Formulation Interview (CFI), een bijlage van de DSM-5, wordt gesteld dat het belangrijk is om te kijken naar de manier waarop mensen uit andere culturen hulp zoeken (APA, 2014). Het CFI (APA, 2014) stelt dat coping, ofwel de omgang met psychische problemen, de mogelijke barrières bij het hulp zoeken en voorkeuren bij het ontvangen van hulp inzicht geven in het hulpzoekgedrag. Voor GGZ-instellingen en andere zorgaanbieders zijn dit essentiële factoren wanneer zij cliënten uit MENA-culturen willen bereiken en adequate zorgaanbod willen bieden. Daarom is dit onderzoek van groot belang; het hulpzoekgedrag in kaart brengen levert inzicht in het probleem van de opdrachtgever en is de eerste stap naar het bevorderen van het hulp zoeken bij Stichting JIJ, en andere hulpverlenende instanties, van deze doelgroep.

1.1.2 Onderzoeksvragen

Om de coping met psychische klachten en hulpzoekgedrag van mensen uit MENA-culturen in kaart te brengen is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Op welke manier zoeken mensen uit MENA-culturen hulp bij psychische klachten?

Met behulp van de volgende deelvragen kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag:

1. Hoe gaan mensen uit MENA-culturen om met psychische klachten (coping)?
2. Welke barrières belemmeren het zoeken naar hulp bij psychische klachten?
3. Welke voorkeuren hebben mensen uit MENA-culturen bij het ontvangen van hulp?

MENA-culturen

Cultuur is een door een gemeenschap gedeeld systeem van waarden, normen, ideeën, attitudes, gedragingen, communicatiemiddelen en de producten ervan, die van generatie op generatie worden overgeleverd (van Oudenhoven, 2012). Dit onderzoek zal zich richten op moslimgroeperingen met een NWA uit culturen van het Midden-Oosten en Noord-Afrika. Volgens Gregg (2005) vormen moslimgroeperingen uit dit gebied een homogeen cultuurgebied (Gregg, 2005). Door de homogeniteit kunnen de resultaten van dit onderzoek gegeneraliseerd worden voor dit cultuurgebied.

Coping

Coping verwijst naar het omgaan met problematiek (APA, 2014) en heeft betrekking op *technieken* die een individu gebruikt om een probleem op te lossen (Hwang et al., 2008, in Lewis-Fernández et al., 2016).

Hulpzoekgedrag

Hulpzoekgedrag is het actief zoeken naar hulp van andere mensen (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005). Dit gaat over communiceren met andere mensen om hulp te krijgen in termen van begrip, advies, informatie, behandeling en ondersteuning in reactie op een probleem of een verontrustende ervaring. Hulpzoekgedrag verwijst dus naar de specifieke manieren waarop een persoon hulp van anderen zoekt (Hwang et al., 2008, in Lewis-Fernández et al., 2016).

§1.2 Doelstelling van het onderzoek

Stichting JIJ zet zich in voor mensen met een eetprobleem of -stoornis. Sinds 2010 bieden zij via getrainde ervaringsdeskundigen op een positieve manier hulp en ondersteuning aan. Deze hulp bieden ze aan vanuit een veilige en privacy gewaarborgde omgeving. Ze bieden verschillende manieren van hulp aan. Zo bieden zij individuele begeleiding en groepsbegeleiding. Ook bieden zij verschillende activiteiten aan in het JIJ-huis. Dit is een inloophuis met een huiselijke sfeer waar verschillende activiteiten worden georganiseerd (Stichting JIJ, 2018).

Het doel van dit onderzoek is om de coping en het hulpzoekgedrag in kaart te brengen, evenals de barrières bij het hulp zoeken en voorkeuren bij het ontvangen van hulp van mensen uit MENA-culturen. Hierdoor kunnen er aanbevelingen worden gedaan voor het cliëntwervingsbeleid en diversiteitsbeleid binnen de stichting. Daarnaast levert het inzicht in de belemmeringen en voorkeuren bij het zoeken naar hulp de mogelijkheid, voor de stichting en andere hulpverlenende instanties, om zich aan te sluiten aan de wensen van de doelgroep en passende interventies te bedenken om de belemmeringen van het hulpzoekgedrag tegen te gaan.

Hoofdstuk 2 Theoretische kader

In dit hoofdstuk wordt de theorie over coping en het hulpzoekgedrag met behulp van relevante, actuele en wetenschappelijke literatuur verder uiteengezet. Het conceptueel model, die gebaseerd is op de theorie, geeft weer hoe de variabelen onderling samenhangen. Ook wordt er aangegeven welke hypothesen getoetst zullen worden.

§2.1 Coping en hulpzoekgedrag

Voordat iemand hulp zoekt voor psychische klachten, ontstaan er processen die ertoe leiden dat een individu psychische klachten ervaart en hier een betekenis aan geeft. Dit heeft betrekking op de cognitieve taxatie van de klachten; een periode vooraf waarin mensen zich bewust worden van onaangename klachten. De cognitieve taxatie van deze klachten leidt, volgens het 'Common Sense Model' (Leventhal et al., 2016; McAndrew et al., 2018), tot het in gang zetten van handelingen gericht op: (1) coping, ofwel, het omgaan met de klachten, (2) het al dan niet hulp zoeken (hulpzoekgedrag) en (3) de evaluatie van deze resultaten. Na cognitieve taxaties onderneemt een persoon pogingen om met de situatie om te gaan, oftewel coping. Het copingproces wordt binnen de cognitieve psychologie opgevat als een vorm van informatieverwerking waarbij het individu niet gestuurd wordt door structurele persoonlijkheidskenmerken, maar een dynamische interactie met de omgeving (Pieper & Van Uden, 2018). Coping is een cognitieve en gedragsmatige inspanning om de interne en/of externe eisen die door een stressvolle situatie worden veroorzaakt, onder de knie te krijgen, te verminderen of te tolereren (Folkman & Lazarus, 1980, in Pieper & Van Uden, 2018). Coping met psychische klachten of problemen verwijst dus naar het omgaan met deze problematiek (APA, 2014) en heeft betrekking op *technieken* die een individu gebruikt om een probleem op te lossen (Hwang et al., 2008, in Lewis-Fernández et al., 2016). Als de copingstrategieën onvoldoende hebben geholpen kunnen mensen beroep doen op het hulpzoekgedrag. Hulpzoekgedrag is het actief zoeken naar hulp van andere mensen (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005). Dit gaat over communiceren met andere mensen om hulp te krijgen in termen van begrip, advies, informatie, behandeling en algemene ondersteuning in reactie op een probleem of een verontrustende ervaring. Hulpzoekgedrag verwijst dus naar de specifieke manieren waarop een persoon hulp van anderen zoekt (Hwang et al., 2008, in Lewis-Fernández et al., 2016).

2.1.1 Interne en externe attributies over psychische klachten

Voordat er hulp kan worden gezocht, dient er aan de taxatie van psychische klachten een betekenis te worden gegeven. De betekenis die men hecht aan de psychische klachten, hangt af van de ziekterepresentaties. Bij ziekterepresentaties gaat het om de verschillende voorstellingen bij het probleem zoals welke oorzaken zij moeten worden toegeschreven en welke

mogelijkheden er worden gezien om er wat aan te doen, zelf of via professionals (Kleinman, 1978, in Knipscheer & Kleber, 2017). Ziekterepresentaties zijn vaak cultureel bepaald. Zo kunnen ze sterk verschillen met betrekking tot de oorzaak van het probleem. Ze kunnen betrekking hebben op het individu (lichamelijke dan wel psychologische kenmerken), de natuur (van het klimaat tot voedsel), de sociale wereld (als bron van stress, hekserij, of het boze oog) en de bovennatuurlijke wereld waar God en geesten worden verondersteld actief te zijn (Knipscheer & Kleber, 2017). De sociale en bovennatuurlijke klachtverklaringen zijn vaker dominant binnen MENA-culturen, vergeleken met de individuele en natuurlijke klachtverklaringen (Morris, 2015). Religieuze waarden en normen binnen deze cultuur bepalen welke symptomen deel uit maken van een psychische stoornis (Knipscheer & Kleber, 2017). Zo kan de overtuiging dat iemand door geesten is bezeten in MENA-culturen een normale verklaring zijn voor psychische klachten, terwijl die in de westerse cultuur als een symptoom van schizofrenie wordt gezien (Morris, 2015; Knipscheer & Kleber, 2017). De oorzaken van psychische klachten worden vaak toegeschreven aan interne attributies zoals schuldgevoelens, een consequentie van eigen falen en schaamte, of aan religieuze (externe) attributies zoals een vorm van straf van God. Deze attributies zijn de aanleiding voor de keuze van copingstrategieën, die ingezet kunnen worden om met psychische klachten om te gaan. Binnen deze kaders zou voor het herstel bepaalde rituelen van boetedoening, reiniging of verzoening vereist kunnen zijn (Knipscheer & Kleber, 2017). Dit kan dus een groot effect hebben op de coping en het hulpzoekgedrag, namelijk: geen hulp zoeken bij een hulpverlener en alternatieve manieren vinden voor het omgaan met deze klachten.

Mensen uit MENA-culturen zoeken de oorzaken vaker extern. Ze lijken minder vaak een psychische oorzaak te verbinden aan emotionele problemen, waardoor zij minder snel hulp zoeken in het professionele circuit (Vanheusden et al., 2008). Volgens verschillende onderzoeken zijn verschillen in zorggebruik terug te voeren op culturele verschillen (Hoberman, 1992; Cauce et al., 2002; Rickwood et al., 2005; Vanheusden et al., 2008). Cultuur zou van invloed zijn op de opvattingen over oorzaken van deze problemen, de mate waarin iemand open staat voor hulp, het vertrouwen en het uiteindelijke gebruik van hulpverlening (Hoberman, 1992; Cauce et al., 2002; Rickwood et al., 2005; Vanheusden et al., 2008).

§2.1.2 Coping

Na de bovengenoemde cognitieve taxaties onderneemt men pogingen om met de klachten om te gaan: de feitelijke coping (Pieper & Van Uden, 2018). Welke copingstrategieën men hanteert, hangt af van de culturele context. Mensen uit MENA-culturen hanteren vaker vermijdende, emotionele, indirecte en passieve copingstrategieën (Knipscheer & Kleber, 2017). Of deze

copingstrategieën een adequate manier zijn om met psychische klachten om te gaan, hangt ook samen met de culturele context. Zo wordt acceptatie en berusting in meer collectivistische culturen, waaronder de MENA-culturen (Greg, 2005), als een uiting van sociaal aanpassingsvermogen gezien. In moderne westerse culturen worden acceptatie en berusting juist als vermijding gezien (Knipscheer & Kleber, 2017). Door de nadruk op harmonieuze interpersoonlijke relaties binnen collectivistische culturen, zouden de leden van deze culturen meer onderdrukking van negatieve emoties vereisen dan individualistische culturen. Dit kan ertoe leiden dat mensen, uit MENA-culturen, niet openlijk spreken over psychische klachten en hiervoor geen hulp zoeken bij anderen (Knipscheer & Kleber, 2017). Schaamte voor psychische klachten binnen MENA-culturen kan er toe leiden dat men problemen verbergt of liever hulp zoekt in het land van herkomst (Knipscheer & Kleber, 2017). Het verbergen van psychische klachten door schaamte vormt mogelijk een barrière die het hulpzoekgedrag belemmert.

Mensen uit MENA-culturen, hechten veel waarde aan hun religie (Morris, 2015). Mensen die veel waarde hechten aan religie, wenden zich dan ook vaker tot hun religie, spiritualiteit en morele tradities om geestelijke gezondheidsproblematiek te begrijpen en hierop te kunnen reageren (Whitley, 2012, in Lewis-Fernández et al., 2015). Daarnaast vertrouwen mensen uit MENA-culturen, soms meer op het gebed en andere non-medische interventies dan professionele hulp (Sanderson, 2004). Bovendien wordt religie, door de Amerikaanse godsdienstpsycholoog Kenneth Pargament, gezien als een positieve kracht bij het te boven komen van fysieke en psychische tegenslagen (Pieper & Van Uden, 2018).

§2.2 Hulpzoekgedrag, voorkeuren en barrières

Als de ingezette copingstrategieën onvoldoende resultaat leveren, kan men hulp zoeken bij anderen. Bij het hulpzoekgedrag kunnen verschillende factoren een rol spelen, zoals verwachtingen die men van de gezondheidszorg heeft, het sociale netwerk, attributies over psychische klachten en de voorkeuren bij het ontvangen van hulp. Dit kan op verschillende manieren tot uiting komen. Zo kunnen ze invloed hebben op de actie zelf, maar ook of er hulp wordt gezocht binnen of buiten het eigen netwerk.

2.2.1 Hulpzoekgedrag binnen de hulpverlening

Afwegingen rond het inroepen van professionele hulp worden beïnvloed door de verwachtingen die men van de gezondheidszorg heeft. Zo leven er onder migranten specifieke misverstanden en vooroordelen over de GGZ. Er wordt vaker gedacht dat alleen ‘gekken’ en ‘gestoorden’ geestelijke hulp nodig hebben en dat hulpverleners zullen roddelen (Knipscheer & Kleber, 2017). Mensen uit MENA-culturen lijken weinig kennis over geestelijke (on)gezondheid en

geestelijke gezondheidszorg te hebben. Dit kan resulteren in weerstand tegen het spreken over persoonlijke problemen (Bak et al., 1999). Als de verwachtingen ten aanzien van gezondheidszorg zijn gebaseerd op het systeem in het land van herkomst, kan dat leiden tot verkeerde inschattingen en beslissingen in de Nederlandse situatie. Eveneens zouden mensen met een Nederlandse achtergrond beter weten tot wie ze zich kunnen wenden voor adequate hulp dan mensen uit MENA-culturen (Verhaak, Kamsma & Van der Niet, 2011). Het niet weten waar men hulp kan krijgen en misvattingen over de hulpverlening zijn mogelijke barrières voor het zoeken naar hulp binnen de GGZ.

Daarnaast lijken mensen uit MENA-culturen twijfels te hebben over de effectiviteit van de hulpverlening (Boelrijk, 2016). Zij hebben het gevoel dat professionals met een westerse achtergrond hun cultuur niet kennen, en daardoor geen rekening zullen houden met hun culturele opvattingen gedurende de hulpverlening (Boelrijk, 2016). Ook schijnt er een "religieuze kloof" te zijn tussen medici die zijn opgeleid in positivistische wetenschappelijke methoden en patiënten die holistische behandelingen zoeken (Lukoff, Turner & Lu, 1992, in Lewis-Fernández et al., 2015). Hierdoor komt het voor dat medici cliënten kleineren door geen waarde te hechten aan hun religieuze overtuigingen en praktijken (Lukoff, Turner & Lu, 1992, in Lewis-Fernández et al., 2015). Bij de behandeling van deze cliënten zouden behandelaars moeten uitgaan van de betekenis van religie in hun ziektebeleving. Vooral wanneer een religieuze gemeenschap ondersteuning biedt, dient er rekening te worden gehouden met deze voorkeur (Whitley, 2012, in Lewis-Fernández et al., 2015).

Uit andere onderzoeken blijkt dat 'etnisch matching' de voorkeur heeft bij etnische minderheden (Smith, 2011; Van Oudenhoven, 2012). Dat wil zeggen dat cliënten behandeld worden door een therapeut met dezelfde etnische achtergrond. Volgens het onderzoek van Smith (2011) wordt etnisch matching als positiever ervaren dan geen match. In het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2004) zijn er andere bevindingen gevonden dan bij het onderzoek van Smith (2011). De respondenten van dit onderzoek lijken geen voorkeur te hebben met betrekking tot etnisch matching. In dit onderzoek (Knipscheer & Kleber, 2004) zijn er patiënten gebruikt die reeds in de GGZ werden behandeld. Deze resultaten kunnen beïnvloed zijn door de (positieve) band die de patiënt heeft met de hulpverlener. Dit onderzoek geeft geen informatie over in hoeverre etnisch matching invloed heeft op het hulpzoekgedrag. In Nederland is dit nog onvoldoende onderzocht.

2.2.2 Hulpzoekgedrag bij het sociale netwerk

Onder Nederlandse moslims worden twee verklaringsmodellen vermengd met elkaar: de ene afkomstig uit de biomedische geneeskunde en de ander uit het islamitische volksgeloof (Hoffer, 2000, in Knipscheer & Kleber, 2017). Deze verklaringsmodellen geven een richting bij het beantwoorden van vragen of ze hulp moeten zoeken en bij wie ze hulp moeten zoeken. Dit kan gaan om hulp binnen het Nederlandse zorgsysteem zoals een arts of psycholoog of binnen het eigen netwerk zoals een islamitische genezer. Bij het beantwoorden van dergelijke vragen, wordt er gebruik gemaakt van het 'lekenverwijssysteem': het informele netwerk van vrienden, burens en verwanten, die de ziekterepresentaties kunnen ontkennen, bekrachtigen of transformeren (Kirmayar & Young, 1998, in Knipschaar & Kleber, 2017). Bij het inroepen van professionele hulp speelt voor mensen uit MENA-culturen dit lekenverwijssysteem een belangrijke rol: "deelt het de klachttaxatie en stemt het in met de aanname van de ziekenrol en alle bijhorende rechten en plichten?" (Knipscheer & Kleber, 2017, p.160). In deze context is het ervaren van klachten dus zowel een persoonlijke als sociale beslissing. Aan de hand daarvan beoordelen anderen binnen de gemeenschap de grens tussen normaal en abnormaal en gezondheid en ziekte. Maar volgens Bak et al. (1999) zouden mensen uit MENA-culturen sterk gericht zijn op familie en keren ze zich vaker naar hun eigen netwerk toe in plaats van professionele hulp. Daarnaast kan er een taboe bestaan over het wenden tot een psycholoog of psychiater. En als men al hulp zoekt, gebeurt het eerst in het zogenoemde cultuureigen circuit, zoals een islamitische genezer (Knipscheer & Kleber, 2017). Wel is er volgens Hoffer (2009) een groot taboe op het bespreken van psychische klachten. Er is een erg negatieve houding ten opzichte van psychische klachten binnen islamitische gemeenschappen. Deze negatieve houding beïnvloedt het hulpzoekgedrag (Morris, 2015). Door de collectiviteit van de cultuur kunnen leden van deze cultuur zich niet prettig voelen bij het hulp zoeken bij het sociale netwerk.

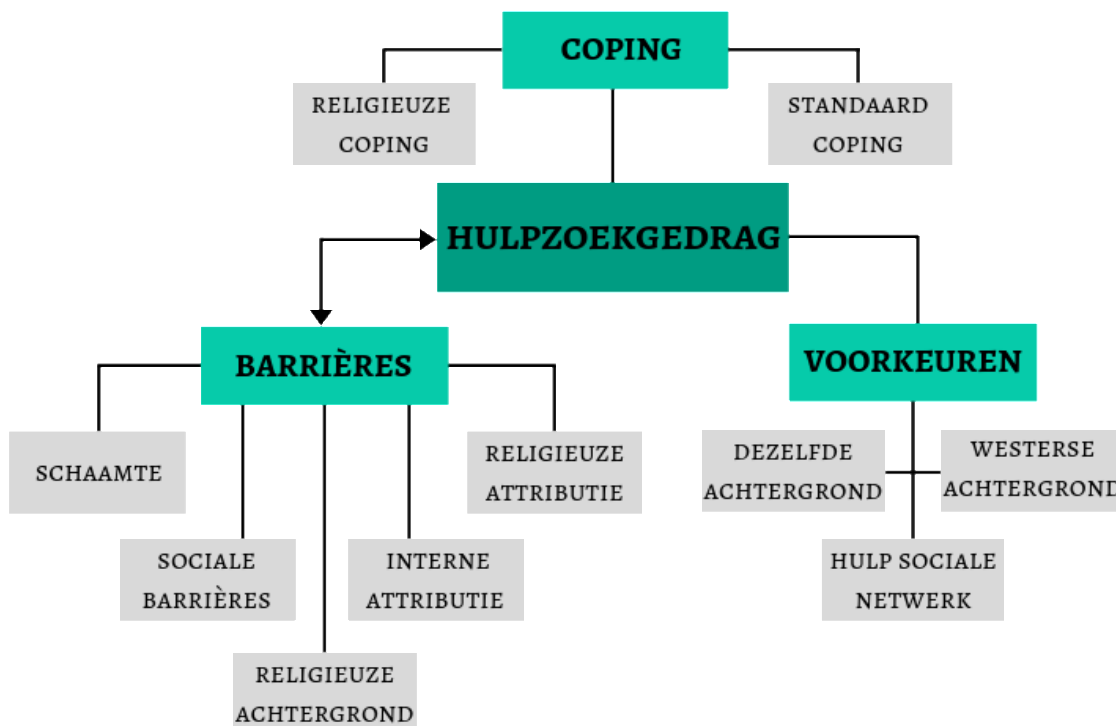
Psycholoog Ali Yalcin die werkzaam is bij I-Psy, een organisatie gericht op interculturele psychiatrie, geeft in een interview (EenVandaag, 2013) aan dat Turkse patiënten om verschillende redenen geen of erg laat hulp zoeken. Hij stelt dat het te maken zou kunnen hebben met de druk van de omgeving en de cultuur: "Ze leven in een wij-cultuur. Turkse mensen zijn bang dat leden van de groep gaan roddelen over dat ze 'gek' zijn. Dit tast de eer van deze mensen en hun familie aan en brengt schaamte met zich mee. De taboe is groot binnen deze groep." Daarnaast zouden mensen met een Turkse achtergrond bepaalde signalen van hun 'ziekte' niet serieus nemen en zouden deze eerder toeschrijven aan externe factoren die gangbaar zijn voor hun eigen (sub)cultuur. Dit leidt er dus toe dat ze geen hulp zoeken (EenVandaag, 2013).

§2.3 Conceptueel model en hypothesen

In de voorafgaande paragrafen zijn het hulpzoekgedrag, de bijhorende barrières en voorkeuren en coping met psychische klachten beschreven. Er is naar voren gekomen dat het omgaan met psychische klachten op verschillende manieren kan. Dit kan door copingstrategieën in te zetten of door hulp te zoeken bij anderen. Er twee copingstrategieën beschreven die mensen uit MENA-culturen kunnen hanteren: de passieve en religieuze copingstrategieën. Bij passieve copingstrategieën onderneemt men nauwelijks tot geen actie om iets aan de psychische klachten te doen. Religieuze copingstrategieën zijn religieuze handelingen die iemand in kan zetten om met het probleem om te gaan. Wanneer copingstrategieën onvoldoende resultaat geven, kan er hulp worden gezocht bij anderen. Dit kan binnen het sociale netwerk, bij professionele hulp of bij een religieuze hulpverlener. Bij het kiezen van de gewenste hulp spelen voorkeuren voor het ontvangen van deze hulp een rol, zoals de voorkeur voor iemand met dezelfde achtergrond of hulp van het sociale netwerk. Ook spelen verschillende barrières een rol bij het hulpzoekgedrag. De barrières kunnen het hulpzoekgedrag negatief beïnvloeden door het hulpzoekgedrag te belemmeren. Er is naar voren gekomen dat er voor deze doelgroep onduidelijkheden bestaan over het omgaan met psychische klachten en hoe zij hulp zoeken. Om deze variabelen in kaart te brengen en onderlinge verbanden te onderzoeken is er een conceptueel model opgesteld.

2.4.2 Conceptueel model

Figuur 1 geeft het conceptueel model weer.



Figuur 1. Het conceptueel model.

2.4.2 Hypothesen

Op basis van het conceptueel model zijn de hypothesen van dit onderzoek opgesteld. Met behulp van de hypothesen die bij de deelvragen 1 en 3 horen, kunnen coping met psychische klachten, het hulpzoekgedrag en de voorkeuren bij het ontvangen van hulp van de doelgroep onderzocht worden. De hypothesen van deelvraag 2 toetsen de verbanden tussen verschillende barrières en het hulpzoekgedrag.

Hoe gaan mensen uit MENA-culturen, om met psychische klachten?

H₁: De respondenten gebruiken passieve copingstrategieën wanneer zij psychische klachten ervaren.

H₂: Respondenten scoren hoger op religieuze copingstrategieën dan op andere copingstrategieën.

H₃: Respondenten zoeken vaker hulp bij familie en vrienden dan bij professionele of religieuze hulpverleners.

Welke barrières belemmeren het zoeken naar hulp bij psychische klachten?

H₄: Respondenten die hogere scores op het ervaren van een barrière door het sociale netwerk vertonen minder hulpzoekgedrag bij het sociale netwerk.

H₅: Respondenten die hogere scores op het item schaamte vertonen minder hulpzoekgedrag bij het sociale netwerk.

H₆: Respondenten die hogere scores op een religieuze attributie, interne attributie en barrières door het sociale netwerk vertonen minder hulpzoekgedrag bij professioneel hulp.

H₇: Respondenten die hogere scores op de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, vertonen minder hulpzoekgedrag bij professioneel hulp.

H₈: Er is een verschil waar te nemen in de samenhang van barrières en het hulpzoekgedrag tussen lager opgeleiden en hbo/wo opgeleiden.

Welke voorkeuren hebben mensen uit MENA-culturen, bij het ontvangen van hulp?

H₉: De respondenten geven vaker de voorkeur aan een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond dan een hulpverlener een westerse achtergrond.

H₁₀: De respondenten geven vaker de voorkeur aan een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond dan een hulpverlener een westerse achtergrond.

H₁₁: De respondenten geven vaker de voorkeur aan hulp binnen het sociaal netwerk dan professionele hulp.

H₁₂: De respondenten geven vaker de voorkeur aan een religieuze vorm van hulp dan professionele hulp.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode, doelgroep en het onderzoeksinstrument besproken. In de onderzoeksmethode wordt er uitleg gegeven over de gekozen methode. Daarnaast wordt de doelgroep en het gebruikte meetinstrument beschreven.

§3.1 Onderzoeksmethode

Om de coping en het hulpzoekgedrag van de doelgroep te onderzoeken wordt er een kwantitatief surveyonderzoek gedaan. Bij een kwantitatief onderzoek worden er cijfermatige gegevens verzameld. Deze gegevens worden vervolgens met behulp van statistische technieken geanalyseerd (Baarda, 2014). Dit onderzoek betreft een explorerend onderzoek waarbij frequenties, samenhangen en/of verschillen geëxploreerd en statistisch beschreven worden (Baarda, 2014). Met behulp van deze methode kunnen er verbanden worden gelegd tussen factoren die het hulpzoekgedrag beïnvloeden. Het geeft daarnaast ook de mogelijkheid om beschrijvende analyses uit te voeren. Dit betekent dat er uitspraken kunnen worden gedaan over coping en hulpzoekgedrag aan de hand van cijfermatige gegevens. Deze methode geeft daarnaast de mogelijkheid om respondenten te bereiken zonder face-to-face contact; dit is namelijk erg belangrijk voor de doelgroep vanwege de grote taboe op het spreken over psychische klachten (Hoffer, 2009). Eveneens geeft deze methode de mogelijkheid om een groter aantal respondenten te bereiken in vergelijking tot een kwalitatief onderzoek (Baarda, 2014). Voor het verzamelen van de cijfermatige gegevens is er een digitale enquête ontwikkeld. De enquête is gebaseerd op het CFI (APA, 2014). In paragraaf 3.3 wordt het meetinstrument uitgebreid beschreven.

§3.2 Onderzoeksdoelgroep

Binnen de minderheidsgroep 'mensen met een niet-westerse achtergrond' zijn er ongeveer 1 miljoen mensen die zichzelf als moslim beschouwen (CBS, 2016c). In Nederland is er nog weinig onderzoek gedaan naar de coping en het hulpzoekgedrag van deze doelgroep.

De onderzoekseenheden van dit onderzoek zijn moslims met een NWA uit culturen van het Midden-Oosten en Noord-Afrika (MENA-culturen). Dit zijn volwassenen van de eerste, tweede en derde generatie die de Nederlandse taal voldoende beheersen om de vragen van de enquête te beantwoorden. Volgens Gregg (2005) vormen moslimgroeperingen uit het Midden-Oosten en Noord-Afrika een homogeen cultuurgebied (Gregg, 2005). Door de homogeniteit kunnen de resultaten gegeneraliseerd worden voor dit cultuurgebied. De grootste groepen met een NWA uit deze MENA-cultuur zijn de Marokkanen waarvan 97% zichzelf als moslim beschouwt, Turken

waarvan 94 % zichzelf als moslim beschouwt (SPB, 2013), Syriërs waarvan 76% zichzelf als moslim beschouwt (SPB, 2018) en Irakezen waarvan 61% zichzelf als moslim beschouwt (SPB, 2013). De landen die behoren tot deze cultuurgebied en worden gebruikt in dit onderzoek (Deniz, & Dogruel, 2008) zijn voor het Midden-Oosten: Bahrein, Irak, Iran, Israël, Jemen, Jordanië, Koeweit, Libanon, Oman, Palestina, Qatar, Saoedi-Arabië, Syrië, Turkije, Verenigde Arabische Emiraten. In Noord-Afrika betreft het de volgende landen: Algerije, Egypte, Libië, Marokko, Sudan, Tunesië.

Omdat het niet mogelijk is alle mensen in de populatie te bevragen, werd er een steekproef getrokken. Het omvatte een selecte steekproef (N = 151) in de vorm van zelfselectie. Dit houdt in dat de respondenten er zelf voor konden kiezen om deel te nemen aan het onderzoek indien zij aan de voorwaarden voldeden. Er was een selectie aan Facebookgroepen gemaakt, waarin de enquête werd verspreid. Hierdoor maakten niet alle eenheden van de populatie even veel kans om te behoren tot de steekproef. De zelfselectie via social media geeft respondenten anonimiteit, wat als erg belangrijk wordt ervaren voor deze doelgroep.

De enquête werd digitaal verspreid via groepen op Facebook waarin bekend is dat de leden voornamelijk uit MENA-culturen komen. De onderzoeker heeft ervaring met de Facebookgroepen en kent deze groepen middels het eigen netwerk. Ook wordt de enquête via LinkedIn verspreid. In Tabel 3.1 is te zien om welke Facebookgroepen het gaat (Facebook, 2019).

Tabel 3.1

Facebookgroepen waarin de enquête gedeeld is

Groep	Leden
Basiskennis voor moslims	16.855
De Zuivere Islaam	9.290
Geneeskunde van de Fitrah (natuur)	48.355
Irakezen in Nederland	1.620
Islampsyche	3.620
Marokkanen Bijeen	156.030
Voor Mektab komt Sebab	16.330
Moslimstudenten NL/BE	3.600
Multiculturele.bijeen ®	128.690
Multiculturele.bijeen ®	169.800
Turken Bijeen	30.790

§3.3 Onderzoeksinstrument

Voor dit onderzoek is er een enquête opgesteld. De enquête is gebaseerd op het CFI en aanvullende modules van de DSM-5 (APA, 2014). Deze enquête werd digitaal aangeboden aan de respondenten via Qualtrics (zie paragraaf 3.4 voor meer informatie). De enquête meet hoe de respondenten omgaan met psychische klachten en op welke manier ze hulp zoeken hierbij. De enquête start met een introductie op het onderzoek (zie bijlage 2). Vervolgens zijn de demografische gegevens van de respondent gevraagd. In Tabel 3.2 zijn de demografische gegevens en de antwoordmogelijkheden weergegeven.

Tabel 3.2

Meetinstrument

Demografische gegevens	Antwoordmogelijkheden
Geslacht	Man, vrouw
Leeftijd	18-24, 25 – 34, 35 – 44, 45 – 54, 55 en ouder
Religie	Islam, anders
Generatie	Eerste, tweede, derde
Achtergrond	Midden-Oosten (incl. Turkije), Noord-Afrika, Anders
Hoogst genoten opleiding	Basisonderwijs, Lbo/vmbo, Havo/vwo, Mbo, Hbo/wo
Ik heb eerder psychische klachten ervaren	Ja, soms, nee, weet ik niet

3.3.1 Schalen van de enquête

Het CFI (APA, 2014) heeft vier schalen. Twee van de vier schalen brengen de coping en het hulpzoekgedrag in kaart: (1) *culturele factoren betreffende coping* en *vroeger hulpzoekgedrag* en (2) *culturele factoren betreffende huidig hulpzoekgedrag* (zie bijlage 1). In deze enquête zijn er een aantal subschalen van deze twee schalen gebruikt en ingedeeld. Binnen de eerste schaal zijn er drie subschalen: coping, eerder hulpzoekgedrag en barrières. Deze subschalen worden allen gebruikt in de enquête. Binnen de tweede schaal zijn er twee subschalen: voorkeuren en arts-patiëntrelatie. Alleen de subschaal *voorkeuren* wordt gebruikt in de enquête van dit onderzoek. De subschaal *arts-patiëntrelatie* vraagt naar de barrières in het huidig hulpzoekgedrag ten opzichte van hulpverlenende instanties. De subschaal arts-patiëntrelatie is daarom in deze enquête als item toegevoegd aan de schaal *barrières*. Omdat het CFI (APA, 2014) gericht is op patiënten/cliënten die al hulp zoeken bij een instelling of hulpverlener, zijn de vragen van dit interview vooral gebaseerd op eerder hulpzoekgedrag. Dit onderzoek richt zich op de gehele doelgroep en niet alleen op mensen die eerder hulp hebben gezocht. Om stellingen te

formuleren die het toekomstig hulpzoekgedrag meten zijn de vragen van de subschaal *eerder hulpzoekgedrag* in de toekomstige tijd geformuleerd. Daarnaast maken de aanvullende modules van het CFI (APA, 2014) onderscheid tussen hulpzoekgedrag binnen het sociale netwerk en hulpzoekgedrag buiten het sociaal netwerk. Deze onderscheid is ook in de enquête opgenomen. Echter, is de schaal hulpzoekgedrag buiten het sociale netwerk onderverdeeld in *professionele hulp* en *religieuze hulp* na de betrouwbaarheidsanalyse. In paragraaf 4.1.2 wordt dit verder beschreven. In Tabel 3.3 zijn alle schalen van de enquête weergegeven.

Tabel 3.3

De schalen van het meetinstrument

Schaal	Items
Coping	1-6
Eerder hulpzoekgedrag sociale netwerk	7-12
Eerder hulpzoekgedrag professionele hulp	13-16
Eerder hulpzoekgedrag religieuze hulp	17-20
Toekomstig Hulpzoekgedrag sociale netwerk	21-23
Toekomstig Hulpzoekgedrag professionele hulp	24,25
Toekomstig Hulpzoekgedrag religieuze hulp	26,27
Barrières	28-42
Voorkeuren	43-50
Totaal	50

3.3.2 Coping

De enquête onderzoekt de constructen *hulpzoekgedrag* en *coping*. Zoals eerder beschreven verwijst het begrip coping naar het omgaan met problematiek (APA, 2014) en heeft het betrekking op *technieken* die een individu gebruikt om een probleem op te lossen (Hwang et al., 2008, in Lewis-Fernández et al., 2016). Dit begrip is een eenvoudig homogeen begrip die in de enquête werd gemeten door 6 items (bijlage 2). Deze items meten de technieken en probleemoplossingsgedrag die verwijzen naar het hulp zoeken bij bronnen, zoals boeken of video's, religieuze activiteiten, natuurlijke middelen of een passieve copingstrategie. Er is een onderscheid gemaakt in 'religieuze coping' (items 2 en 3) en de 'standaard coping' (items 1,4-6). Religieuze coping meet het omgaan met psychische klachten met behulp van religie. De standaard coping meet de overige copingstrategieën die een persoon kan gebruiken volgens het CFI (APA, 2014). Met behulp van deze schaal wordt de deelvraag '*Hoe gaan mensen uit MENA-culturen om met psychische klachten?*' beantwoord. Om deze vraag te kunnen beantwoorden

wordt er ook gebruik gemaakt van de schalen die betrekking hebben op het toekomstig hulpzoekgedrag van de respondenten.

3.3.3 Hulpzoekgedrag

Het begrip hulpzoekgedrag is een complex heterogeen begrip. Dit betekent dat het begrip verschillende dimensies heeft die samen het begrip meetbaar maken. Deze dimensies zijn de schalen van het hulpzoekgedrag. Hulpzoekgedrag is het actief zoeken naar hulp van andere mensen (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005). Dit gaat over communiceren met andere mensen om hulp te krijgen in termen van begrip, advies, informatie, behandeling en algemene ondersteuning in reactie op een probleem of een verontrustende ervaring. Hulpzoekgedrag verwijst dus naar de specifieke manieren waarop een persoon hulp van anderen zoekt (Hwang et al., 2008, in Lewis-Fernández et al., 2016). Binnen dit begrip zijn barrières die dit gedrag kunnen belemmeren en voorkeuren bij het ontvangen van hulp opgenomen als dimensies van het hulpzoekgedrag.

Hulp kan worden gezocht bij het *sociale netwerk*, *professionele hulp* of *religieuze hulp*. De schalen 'eerder hulpzoekgedrag sociale netwerk' en 'toekomstig hulpzoekgedrag sociale netwerk', worden gemeten met 3 items; familie, vrienden en de geloofsgemeenschap. De geloofsgemeenschap zijn mensen die betrokken zijn bij religieuze activiteiten, zoals het gebed in de moskee of religieuze lezingen. Er zijn 2 items opgenomen om de schalen 'eerder hulpzoekgedrag professionele hulp' en 'toekomstig hulpzoekgedrag professionele hulp' te meten, namelijk; huisarts en hulpverlener binnen de GGZ. Voor de schalen 'eerder hulpzoekgedrag religieuze hulp' en 'toekomstig hulpzoekgedrag religieuze hulp' zijn voor elke schaal 2 items opgenomen die het hulpzoekgedrag meten; imam en een islamitische genezer.

Barrières

De schaal hulpzoekgedrag bevat mogelijke barrières die het hulpzoekgedrag beïnvloeden. De belemmerde barrières voor het hulpzoekgedrag zijn als items opgenomen in de enquête. Dit zijn 15 items die betrekking hebben op religieuze attributies, interne attributies, sociale factoren, schaamte en begrepen worden door instanties. De items die betrekking hebben op sociale barrières vormen samen een subschaal (vragen 30 – 34 en 40- 42). Met behulp van deze subschaal en de items wordt de deelvraag 'Welke barrières belemmeren het zoeken naar hulp bij psychische klachten?' beantwoord.

Voorkeuren

In de enquête zijn er 7 items opgenomen die de voorkeuren bij het ontvangen van hulp meten. Deze items zijn: de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde culturele, religieuze of westerse achtergrond, de voorkeur voor een religieuze vorm van hulp, professionele hulp of hulp van familie en vrienden, en de voorkeur voor een persoon van hetzelfde geslacht. Deze schaal geeft een antwoord op de deelvraag *‘Welke voorkeuren hebben mensen uit MENA-culturen, bij het ontvangen van hulp?’*.

3.3.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de enquête

Omdat de enquête gebaseerd is op de CFI van de APA (2014) lijkt de enquête op het eerste gezicht betrouwbaar en valide. Dit interview schijnt valide en betrouwbaar te zijn om opgenomen te worden in de DSM-5 als hulpmiddel voor klinici binnen de GGZ (APA, 2014). Alle stellingen die de coping en het hulpzoekgedrag meten zijn gebaseerd op de vragen van de CFI. De 3 stellingen met betrekking tot de voorkeur voor de achtergrond van de hulpverlener zijn gebaseerd op de theorie van dit onderzoek. In paragraaf 4.1 is te zien dat deze items bij de schaal voorkeuren kunnen worden opgenomen en de enquête in zijn geheel als betrouwbaar wordt geacht.

§3.4 Procedure

De vragenlijst is opgesteld via Qualtrics. Qualtrics is een enquêtetool die het mogelijk maakt een online survey samen te stellen. Deze tool geeft meerdere mogelijkheden betreffende structuur en data analyses. Daarnaast biedt deze tool de mogelijkheid om de weergavelogica van de vragen aan te passen. Dit betekent dat de onderzoeker ervoor kan kiezen bij welke antwoordkeuze de geselecteerde vraag weergegeven wordt aan de respondenten (Qualtrics, 2019). Voor deze enquête is er ook gebruikgemaakt van de weergavelogica. Deze is gebruikt voor de items 8, 10, 12, 14, 16, 18 en 20. Respondenten kregen deze stelling te zien indien zij bij de stelling ervoor een van de volgende antwoordmogelijkheden hebben gekozen; *sterk mee eens*, *mee eens* of *deels mee eens*, *deels mee oneens*, *deels mee eens*. Qualtrics verzamelt de data zodat de data vervolgens gedownload kan worden als SPSS-bestand.

Voor het delen van de enquête in de Facebookgroepen moet men eerst lid worden van deze groepen. De begeleidende tekst die samen met de enquête gedeeld was, was zoveel mogelijk aangepast aan de doelgroep. De groepen bestaan voornamelijk uit mensen met een islamitische achtergrond. Daarom is er gekozen voor de islamitische groet bij het delen van de enquête. In bijlage 2 is de begeleidende tekst weergegeven.

§3.5 Analyses

De verkregen data zijn geanalyseerd met behulp van het programma SPSS. Er zijn verschillende data-analyses uitgevoerd om de hypothesen te toetsen. Met behulp van frequentieanalyses zijn gegevens over de steekproef inzichtelijk gemaakt. Dit zijn gegevens als respons, geslacht, leeftijd, opleiding, achtergrond en generatie.

Met de Cronbach's Alpha is er gekeken in hoeverre de stellingen samenhangen om hetzelfde beoogde construct te meten en om ze in schalen te kunnen indelen. Hiermee wordt de betrouwbaarheid van de schalen gemeten (Baarda, 2018). De waarde hiervan ligt tussen de 0 en 1. De Cronbach's Alpha moet minimaal een waarde van 0.60 hebben om waardevol te zijn (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2011). Zie paragraaf 4.1 voor de Cronbach's Alpha van de vragenlijst.

Voor de hypothese 1, 3, 9 t/m 12 is er gebruik gemaakt van een frequentieanalyse. Deze hypothesen zijn van beschrijvende aard en behoeven geen toetsen. Het gemiddelde, de mediaan, modus, maximum en minimum zijn weergegeven om uitspraken te doen over de copingstijl, hulpzoekgedrag en de voorkeuren van de respondenten. De mediaan is de middelste waarde. Dit betekent dat de helft van de respondenten hoger scoort dan de mediaan en de andere helft lager. De modus geeft de waarde weer die het meest voorkomt (Baarda, 2018).

Voor hypothese 2 is de One-Sample T-test gebruikt. Deze toets wordt gebruikt om te testen of het gemiddelde van een groep significant afwijkt van een gegeven 'criterium' waarde μ_0 (UvA, 2014). Deze toets kan dus worden gebruikt om te testen of het gemiddelde van een variabele afwijkt van de standaard variabele. In het kader van dit onderzoek zijn de religieuze copingstrategieën van de doelgroep vergeleken met de 'standaard' copingstrategieën. Hierdoor kunnen de gemiddelden vergeleken worden. Dit geeft inzicht in hoeverre respondenten gemiddeld genomen religieuze copingstrategieën inzetten ten opzichte van de standaard copingstrategieën.

Voor hypothese 4 tot en met 8 is de Pearson correlation toets gebruikt. Deze toets wordt gebruikt om de mate van samenhang tussen twee variabelen te meten (UvA, 2014). Als de hoge score van de ene variabele samengaat met de hoge score van de andere variabele, spreken we van een positieve correlatie. Indien de hoge score van de ene variabele samengaat met een lage score op de andere variabele, dan is er sprake van een negatieve correlatie. Deze correlatie heeft een waarde tussen -1 en +1 (Universiteit Tilburg, 2019). Om hypothese 8 te toetsen is het data bestand gesorteerd op opleidingsniveau. Het bestand is 'gesplitst' door split file in SPSS. De split

file verdeelt de data in de gekozen variabele. Daarnaast is via de Pearson toets gekeken naar de verklarende waarde van barrières en religieuze matching met het hulpzoekgedrag per opleidingsniveau. De split file is gebruikt voor alle hypothesen, maar er is niet voor alle hypothesen een verschil waar te nemen. In de resultaten zijn de gevonden verschillen opgenomen.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. De uitvoering en respons zijn aan de hand van aantallen en percentages weergegeven. Vervolgens zijn de resultaten per deelvraag omschreven. In de beschrijving zijn de gebruikte toetsen en analyses beschreven en zijn de resultaten door middel van tabellen overzichtelijk gemaakt.

§4.1 Uitvoering en respons

4.1.1 Respons

In totaal hebben 151 respondenten de enquête ingevuld. In Tabel 4.1 en 4.2 zijn de demografische gegevens weergegeven. Van de respondenten zijn er 69 (45,7%) respondenten met een Midden-Oosterse achtergrond en 82 (54,3%) respondenten een Noord-Afrikaanse achtergrond. Hiervan zijn er 51 (33,8%) respondenten van de eerste generatie, 98 (64,9%) respondenten van de tweede generatie en 2 (1,3%) respondenten van de derde generatie. Van de 151 respondenten geeft 38% (58) aan eerder psychische klachten te hebben ervaren, 18% (27) geeft aan soms psychische klachten te ervaren geantwoord, 31% (46) geeft aan geen klachten te hebben ervaren en 13% (20) weet het niet.

Tabel 4.1

Steekproefomvang geslacht en opleiding (N=151)

Man	Vrouw	Lager opgeleiden	hbo/wo
41	110	45	106
27.2%	72.8%	29.8%	70.2%

Tabel 4.2

Steekproefomvang leeftijd (N=151)

18-24	35-44	35-44	45-54	55 en ouder
71	60	14	3	3
47%	39.7%	9.3%	2%	2%

4.1.2 Betrouwbaarheid

Het meetinstrument heeft schalen met een Cronbach's Alpha van hoger dan 0.60. Echter, heeft de schaal 'toekomstig hulpzoekgedrag sociaal netwerk' een matige betrouwbaarheidscoëfficiënt ($\alpha = 0.58$). Met deze waarde kunnen er wel uitspraken worden gedaan, maar zijn ze minder waardevol. Om de betrouwbaarheid van het begrip *hulpzoekgedrag* te meten zijn alle schalen

van het eerder en toekomstig hulpzoekgedrag meegenomen ($N = 14$; $\alpha = 0.77$), op 7 items (items 8,10,12,14,16,18,20) uit de schalen van het eerder hulpzoekgedrag na. Deze items meten het begrip *hulpzoekgedrag* niet betrouwbaar genoeg. De Cronbach's Alpha geeft dan een matige betrouwbaarheidscoëfficiënt weer ($N = 21$; $\alpha = 0.58$). Deze items zijn tevens niet meegenomen in de betrouwbaarheidsanalyse van de gehele vragenlijst. Dit komt omdat deze items niet tot 1 schaal kunnen toebehoren, die het hulpzoekgedrag meet. De enquête heeft een Cronbach's Alpha van -2.5 ($N = 50$) als deze items zijn toegevoegd. De betrouwbaarheid van de gehele enquête zonder deze items is goed ($N = 43$; $\alpha = 0.72$). Deze items zijn gebaseerd op de vragen van het CFI (APA, 2014) die meten of het eerder hulpzoekgedrag heeft geholpen bij de psychische klachten. Deze vragen zijn opgenomen in de enquête, maar zijn uiteindelijk niet gebruikt voor de analyses. De betrouwbaarheidscoëfficiënten van de schalen zijn in Tabel 4.3 weergegeven.

Tabel 4.3

De schalen van het meetinstrument

Schaal	Items	Cronbach's Alpha
Coping	1-6	0.61
Eerder hulpzoekgedrag sociaal netwerk	7-12	0.73
Eerder hulpzoekgedrag professioneel hulp	13-16	0.62
Eerder hulpzoekgedrag religieus hulp	17-20	0.62
Toekomstig Hulpzoekgedrag sociaal netwerk	21-23	0.58
Toekomstig Hulpzoekgedrag professioneel hulp	24,25	0.82
Toekomstig Hulpzoekgedrag religieus hulp	26,27	0.78
Barrières	28-42	0.83
Voorkeuren	43-50	0.62
Totaal	50	
Hulpzoekgedrag eerder + toekomstig	14	0.77
Hulpzoekgedrag alle schalen	43	0.72

§4.2 Resultaten per deelvraag

4.2.1 Hoe gaan mensen uit MENA-culturen om met psychische klachten?

In Tabel 4.4 is te zien dat het gemiddelde van het item 'actie ondernemen' laag is (gemiddelde = 2,40; SD = 1.06; $N = 151$), gezien de range een maximale score van 5 en een minimale van 1 heeft. De meeste respondenten geven aan hier niet mee eens te zijn; ruim de helft heeft een score van 2 of lager. Het gemiddelde van 'religie' en 'religieuze activiteiten', zijn het hoogst van deze schaal (gemiddelden = 4.07 en 4.15; SD = 0.94 en 0.97; $N = 151$). Meer dan de helft van de

respondenten geeft aan wel actie te ondernemen; ruim de helft van de respondenten heeft een score van 4 of hoger bij de items 'bronnen', 'religie' en 'religieuze activiteiten'. Gezien de range van 1 tot 5, is dit een hoge score.

Tabel 4.4

Coping met psychische klachten

Item	Gemiddelde	Mediaan	Max	Min	SD
Religieuze activiteiten	4.15	4	1	5	0.97
Religie	4.07	4	1	5	0.94
Bronnen	3.52	4	1	5	0.95
Natuurlijke middelen	3.02	3	1	5	1.16
Actie ondernemen	2,40	2	1	5	1.06
Verkrijgbare geneesmiddelen	2.17	2	1	5	1.12

Om het verschil te toetsen tussen religieuze copingstrategieën en andere copingstrategieën, is de schaal ingedeeld in de subschalen 'religieuze coping' en 'standaard coping'. De respondenten gebruiken gemiddeld genomen vaker religieuze copingstrategieën (gemiddelde = 4.11; SD = 0.85; N = 151) dan andere copingstrategieën (gemiddelde = 2.90; SD = 0.77; N = 151). Dit verschil is significant ($p < 0.001$).

Tabel 4.5

Copingstrategieën (N=151)

Schaal	Gemiddelde	P-waarde	SD
Religieuze coping	4.11	0.00*	0.85
Standaard coping	2.90	0.00*	0.77

* Correlatie is significant bij 0.01 (2-tailed)

In Tabel 4.6 is het gemiddelde, mediaan, minimum en maximum per item weergegeven. Hierin is te zien dat het gemiddelde van het item 'vriend(in)' het hoogst is (gemiddelde = 3,35; SD = 1.07; N = 151), vergeleken met overige items van de schaal hulpzoekgedrag. De meeste respondenten zouden hun psychische klachten bespreken met een vriend of vriendin; ruim de helft heeft een score van 4 of hoger. Gezien de range een maximale score van 5 en een minimale van 1 heeft, is dit een hoge score. Bij het gemiddelde van de items 'familielid' en 'huisarts' is er ook een hogere gemiddelde gevonden dan 3. De meest gekozen waarde bij deze items is 4 (modus). Het gemiddelde van de item 'imam' is het laagst (gemiddelde = 2.46; SD = 1.04; N = 151), vergeleken

met de rest van de gemiddelden. De meeste respondenten geven aan psychische klachten niet te bespreken met de imam; ruim de helft heeft een score van 2 of lager.

Voor deze deelvraag zijn er nauwelijks of geen verschillen gevonden in opleidingsniveau van de respondenten. Daarom zijn deze niet opgenomen in de resultaten.

Tabel 4.6

Toekomstig hulpzoekgedrag: Als ik psychische klachten ervaar, zoek ik hulp bij...

	Gemiddelde	Mediaan	Min	Max	SD
Vriend(in)	3.35	4	1	5	1.07
Familielid	3.13	3	1	5	1.22
Huisarts	3.05	3	1	5	1.25
Hulpverlener GGZ	2.70	3	1	5	1.24
Islamitische genezer	2.64	3	1	5	1.15
Geloofsgemeenschap	2.61	3	1	5	1.18
Imam	2.46	2	1	5	1.04

4.2.2 Welke barrières belemmeren het zoeken naar hulp bij psychische klachten?

In Tabel 4.7 zijn de correlaties weergegeven tussen de barrières en het hulpzoekgedrag. Tussen de subschaal 'sociale barrières' en de schaal 'hulpzoekgedrag netwerk' blijkt er een matige negatieve samenhang ($r = -0.49$; $p < 0.001$; $n = 151$) te zijn. Respondenten die worden belemmerd door het sociaal netwerk, zoeken in mindere mate hulp bij het sociale netwerk. Verder blijkt er een zeer zwakke negatieve samenhang ($r = -0.28$; $p < 0.01$; $n = 151$) te zijn tussen het item 'Als ik psychische klachten ervaar, biedt alleen mijn religie de oplossing' en de schaal 'hulpzoekgedrag professionele hulp'. Respondenten die belemmerd worden door de deze religieuze attributie, zoeken in mindere mate professionele hulp. Er blijkt geen significant verband ($r = 0.08$; $p > 0.05$; $n = 151$) te zijn tussen de barrière 'interne attributie' en 'hulpzoekgedrag bij professionals' en tussen de barrière 'sociale netwerk' en 'hulpzoekgedrag bij professionals' ($r = 0.08$; $p > 0.05$; $N = 151$). Echter, is er wel samenhang gevonden tussen het item 'Als ik psychische klachten ervaar, schaam ik mij hiervoor' en de schaal 'hulpzoekgedrag sociale netwerk'. De samenhang is zwak en negatief ($r = -0.31$; $p < 0.01$; $n = 151$). Respondenten die schaamte ervaren, scoren lager op het hulp zoeken bij professioneel hulp.

Tabel 4.7

Barrières van het hulpzoekgedrag

	Professionele hulp	Sociale netwerk
Sociale barrières	0.08	-0.49*
Religieuze attributie	-0.28*	
Interne attributie	0.08	
Schaamte		0.31*

* Correlatie is significant bij 0.01 (2-tailed)

Er zijn nauwelijks of geen verschillen gevonden met betrekking tot de verklarende waarde van barrières en het hulpzoekgedrag tussen opleidingsniveau van de respondenten. Voor het item 'Als ik psychische klachten ervaar, biedt alleen mijn religie de oplossing' is er wel een verschil waar te nemen. Tussen het item 'religieuze attributie' en de schaal 'hulpzoekgedrag professioneel hulp' blijkt er een zwakke negatieve samenhang ($r = -0.41$; $p < 0.01$; $n = 45$) te zijn voor lager opgeleiden en een zeer zwakke negatieve samenhang ($r = -0.24$; $p < 0.01$; $n = 106$) te zijn voor hbo/wo opgeleiden. Bij respondenten met een lagere opleiding is er een sterker verband waar te nemen.

Tabel 4.8

Barrières van het hulpzoekgedrag professioneel hulp per opleidingsniveau

Lager opgeleiden	Professioneel hulp	Sociaal netwerk
Interne attributie	0.06	
Religieuze attributie	-0.41*	
Schaamte		-0.19
Sociale barrières	0.0	-0.47*
Hbo/wo	Professioneel hulp	Sociaal netwerk
Interne attributie	0.09	
Religieuze attributie	-0.24*	
Schaamte		0.36*
Sociale barrières	0.11	-0.50*

* Correlatie is significant bij 0.01 (2-tailed)

Er is ook gekeken naar de correlatie tussen de voorkeuren voor een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond en/of religieuze achtergrond met het hulpzoekgedrag bij professioneel hulp. Tussen de culturele achtergrond van de hulpverlener en het hulpzoekgedrag bij professioneel hulp blijkt er geen significant verband ($r = -0.13$; $p > 0.05$; $N = 151$) te zijn. Er is

een redelijk groot verschil waar te nemen in opleidingsniveau met betrekking tot het item 'religieuze achtergrond'. Tussen 'religieuze achtergrond' van de hulpverlener en het 'hulpzoekgedrag professioneel hulp' is er voor lager opgeleiden een zwakke negatieve samenhang ($r = -0.44$; $p < 0.01$; $N = 45$) gevonden. Respondenten die hoger scoren op de voorkeur een hulpverlener van dezelfde religieuze achtergrond, scoren in mindere mate laag op hulp bij professionals. Er is significante samenhang gevonden bij respondenten met een hbo/wo opleiding ($r = -0.0$, $p > 0.05$; $N = 106$).

Tabel 4.8

Etnisch matching en het hulpzoekgedrag professioneel hulp per opleidingsniveau

Professioneel hulp	Religieuze achtergrond
Lager opgeleiden	-.44*
Hbo/wo	-0.00

* Correlatie is significant bij 0.01 (2-tailed)

Het item 'Als ik psychische klachten ervaar, zullen vele instanties mijn culturele of religieuze achtergrond niet begrijpen' heeft een gemiddelde van 3.29 ($N = 151$). De meest gekozen waarde is 4 (modus). Meer dan de helft van de respondenten geeft aan hier mee eens te zijn. Er blijkt geen verschil in opleidingsniveau te zijn bij dit item.

Tabel 4.9

Barrières instanties

	Gemiddelde	Mediaan	Modus	SD
Barrières instanties	3.29	3	4	1.23

4.2.3 Welke voorkeuren hebben mensen uit MENA-culturen, bij het ontvangen van hulp?

In Tabel 4.10 zijn de gemiddelden per item van de schaal 'voorkeuren' weergegeven. Voor deze deelvraag zijn er nauwelijks of geen verschillen gevonden tussen opleidingsniveau van de respondenten. Daarom zijn deze niet opgenomen in de resultaten. Het gemiddelde van de items 'culturele achtergrond', 'religieuze achtergrond' en 'religieuze vorm van hulp' zijn het hoogst (gemiddelden = 3.74; 3.51; 3.46; $SD = 1.15$; 1.06; 1.09), vergeleken met de overige items van de schaal. De meeste respondenten geven de voorkeur aan een hulpverlener met dezelfde culturele en/of religieuze achtergrond; ruim de helft heeft een score van 4 of hoger. Het gemiddelde van het item 'westerse hulpverlener' is het laagst (gemiddelde = 2,68).

Tabel 4.10
Voorkeuren bij het ontvangen van hulp

	Gemiddelde	Mediaan	Min	Max	SD
Religieuze achtergrond	3.74	4	1	5	1.15
Culturele achtergrond	3.51	4	1	5	1.06
Religieuze vorm van hulp	3.46	4	1	5	1.09
Vrienden	3.32	3	1	5	0.99
Familie	3.28	3	1	5	1.09
Professioneel hulp	3.14	3	1	5	0.99
Westerse achtergrond	2.68	3	1	5	0.91

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

Gebaseerd op de resultaten van het vorige hoofdstuk zijn de onderzoeksvragen beantwoord. De resultaten worden per deelvraag geïnterpreteerd, bediscussieerd en gekoppeld aan relevante literatuur. Aan deze conclusies worden aanbevelingen beschreven voor de opdrachtgever.

§5.1 Conclusie en discussie per onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de coping en het hulpzoekgedrag van mensen uit MENA-culturen. Hiervoor is de centrale vraag *‘Op welke manier zoeken mensen uit MENA-culturen, hulp bij psychische klachten?’* geformuleerd. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er 3 deelvragen geformuleerd. De conclusies zijn per deelvraag weergegeven en worden afgesloten met de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag.

5.1.1 Hoe gaan mensen uit MENA-culturen, om met psychische klachten?

Om deze deelvraag te onderzoeken zijn er 3 hypothesen geformuleerd. Bij H₁ *‘De respondenten ondernemen geen actie bij het ervaren van psychische klachten’* is er gekeken naar de mate van passiviteit van de doelgroep. Volgens de theorie uit hoofdstuk 2 hanteren mensen uit MENA-culturen vaker vermijdende, emotionele, indirecte en passieve copingstrategieën (Knipscheer & Kleber, 2017). Uit de resultaten is gebleken dat de meeste respondenten wel actie ondernemen bij het ervaren van psychische klachten; ze hanteren dus geen passieve copingstrategieën. H₁ kan daarom verworpen worden. Bij H₂ *‘Respondenten scoren hoger op religieuze copingstrategieën dan op andere copingstrategieën’* zijn de copingstrategieën vergeleken. Hieruit is gebleken dat respondenten gemiddeld genomen vaker religieuze copingstrategieën hanteren dan andere copingstrategieën. Dit sluit tevens aan bij het onderzoek van Whitley (2012, in Lewis-Fernández et al., 2015); mensen MENA-culturen wenden zich vaker tot religie, spiritualiteit en morele tradities om geestelijke gezondheidsproblematiek te begrijpen en hierop te kunnen reageren. Omgaan met de klachten wordt door de respondenten van dit onderzoek dus vooral gedaan door religieuze activiteiten te ondernemen. De respondenten geven daarbij aan veel baat te hebben bij religieuze activiteiten. H₂ kan worden aangenomen.

Daarnaast geven de meeste respondenten aan dat zij hun psychische klachten zouden bespreken met een vriend of vriendin. Echter, wordt er ook hulp gezocht bij familie of de huisarts. Eerder is beschreven dat mensen uit MENA-culturen zich voornamelijk tot het sociaal netwerk toe wenden. Uit dit onderzoek blijkt dat zij óók hulp zouden zoeken bij de huisarts, en dus niet alleen bij het sociale netwerk. Gemiddeld genomen zoeken de respondenten minder vaak hulp bij een hulpverlener in de GGZ, de geloofsgemeenschap en een islamitische genezer. Volgens

Knipscheer & Kleber(2017) zoeken mensen uit MENA-culturen eerder hulp bij een iemand in het culturele circuit, zoals een islamitische genezer, dan in het professionele circuit zoals een hulpverlener in de GGZ. Dit onderzoek laat zien dat er bij beide hulpverleners minder hulp wordt gezocht door deze doelgroep. De meeste respondenten zouden geen hulp zoeken bij de imam. H₃ *'Respondenten zoeken vaker hulp bij familie en vrienden dan bij professionele of religieuze hulpverleners'* kan dus aangenomen worden. Er is geen verschil gevonden in opleidingsniveau.

5.1.2 Welke barrières belemmeren het zoeken naar hulp bij psychische klachten?

Voor deze deelvraag zijn er 5 hypothesen geformuleerd om het verband te vinden tussen barrières en het hulpzoekgedrag. Morris (2015) stelde dat sociale barrières mogelijk invloed hebben op het hulpzoekgedrag. In dit onderzoek zijn de sociale barrière de stigma's die respondenten kunnen ervaren, het onbegrip en sociale druk vanuit de familie en gemeenschap. Er is een verband gevonden tussen sociale barrières en het hulpzoekgedrag bij het sociale netwerk. Dit betekent dat respondenten die een sociale barrière ervaren, geen hulp zoeken bij familie, vrienden of het geloofsgemeenschap zoeken. H₄ *'Respondenten die hoger scores op de barrière sociale netwerk vertonen minder hulpzoekgedrag bij het sociaal netwerk'* kan dus aangenomen worden. Schaamte zou hierbij een rol kunnen spelen. Schaamte voor psychische klachten binnen MENA-culturen kan ertoe leiden dat men problemen verbergt en dus geen hulp zoekt bij familie en vrienden (Knipscheer & Kleber, 2017). Er is een (zwak) verband gevonden tussen het ervaren van schaamte en het hulp zoeken bij het sociaal netwerk. H₅ *'Respondenten die hoger scores op het item schaamte vertonen minder hulpzoekgedrag bij het sociaal netwerk'* kan aangenomen worden. Echter heeft de schaal toekomstig hulpzoekgedrag sociaal netwerk een matige betrouwbaarheidscoëfficiënt (zie paragraaf 4.1.2). Bij het interpreteren van dit resultaat moet er rekening worden gehouden met de betrouwbaarheid van de resultaten. Vanwege de zwakke samenhang en de matige betrouwbaarheid van de schaal toekomstig hulpzoekgedrag sociaal netwerk, kan H₅ niet worden beantwoord.

In de theorie is een verband gelegd tussen attributies van het probleem en het hulpzoekgedrag bij professionele hulp. Mensen met schuldgevoelens zouden minder snel hulp zoeken en dit kan een mogelijke barrière zijn. Ook zouden sociale barrières een belemmering kunnen zijn voor het hulpzoekgedrag bij de huisarts en hulpverleners in de GGZ. In dit onderzoek is geen verband gevonden tussen de barrières door interne attributies en sociale barrières met het hulpzoekgedrag bij professionals zoals de huisarts of hulpverlener in de GGZ. Hierdoor kan H₆ *'Respondenten die hoger scores op de barrière religieuze attributie, interne attributie en sociaal netwerk vertonen minder hulpzoekgedrag bij professioneel hulp'* voor interne attributie en sociale

netwerk verworpen worden. Doordat mensen uit MENA-culturen de oorzaak vaker bij religie zoeken (Morris, 2015), zouden mensen uit MENA-culturen ook de attributie kunnen hebben dat religie de enige oplossing is. Er is wel een verband gevonden tussen de religieuze attributie en het zoeken naar hulp bij professionals. Respondenten die geloven dat alleen religie de oplossing is voor hun psychische klachten, minder hulp zouden zoeken bij de huisarts of een hulpverlener. Dit verschilt echter per opleidingsniveau. Voor lager opgeleiden, waarbij de hoogst genoten opleiding het mbo of middelbare school is, is een sterker verband gevonden tussen religieuze attributies en het hulpzoekgedrag bij professionals dan bij hoger opgeleiden. Voor respondenten met de hoogst genoten opleiding hbo/wo, is dit een kleiner verband. Voor de religieuze attributie is H_6 aangenomen.

Verder is er ook gekeken naar voorkeuren als mogelijke barrière. Er is een verband gevonden, bij lager opgeleiden, tussen de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond en het hulpzoekgedrag bij hulpverleners en de huisarts. Dit betekent dat respondenten die de voorkeur hebben voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, minder hulp zoeken bij professionals. Dit kan te maken hebben met de attributie dat instanties de culturele of religieuze achtergrond van de respondenten niet zullen begrijpen. Meer dan de helft van alle respondenten (hoger en lager opgeleid) geven aan dit gevoel te ervaren. Ook volgens Boelrijk (2016) hebben mensen uit MENA-culturen het gevoel dat professionals met een westerse achtergrond de MENA-cultuur niet kennen, en daardoor geen rekening zullen houden met hun culturele opvattingen gedurende de hulpverlening (Boelrijk, 2016). Om hier uitspraken over te kunnen doen, dient hier vervolgonderzoek naar te worden gedaan. Voor de getoetste hypothesen, blijken er aantal verschillen te zijn in opleidingsniveau. Er zijn verschillen gevonden in de resultaten. H_7 *'Respondenten die hoger scoren op de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, vertonen minder hulpzoekgedrag bij professioneel hulp'* is verworpen en H_8 *'Er is een verschil waar te nemen in de samenhang van barrières en het hulpzoekgedrag tussen lager opgeleiden en hbo/wo opgeleiden'* is aangenomen.

5.1.3 Welke voorkeuren hebben mensen uit MENA-culturen, bij het ontvangen van hulp?

Om deze deelvraag te beantwoorden zijn er 4 hypothesen geformuleerd. De meeste respondenten geven aan de voorkeur te hebben voor een hulpverlener van dezelfde religieuze achtergrond. Daarnaast gaat hun voorkeur ook uit naar een hulpverlener van dezelfde culturele achtergrond en een religieuze vorm van hulp. Respondenten van dit onderzoek geven dus de voorkeur aan een vorm van 'etnisch matching'; de religieuze matching. Dit sluit tevens aan bij de bevindingen van Smith over de voorkeuren van etnische minderheden voor etnisch matching (2011). Respondenten geven aan het minst voorkeur te hebben voor een hulpverlener met een

westerse achtergrond. Echter, heeft de helft van de respondenten wel de voorkeur voor een hulpverlener in de GGZ en hulp van familie en vrienden, maar is dit in mindere mate. De bevindingen over etnisch matching sluiten aan bij de theorie van Smith (2011), in tegenstelling tot de bevindingen van Knipscheer & Kleber (2004). In het onderzoek van Knipscheer & Kleber (2004) zijn er patiënten gebruikt die reeds in de GGZ behandeld worden. Deze resultaten kunnen beïnvloed zijn door de (positieve) band die de patiënt heeft met de hulpverlener. Dit onderzoek geeft geen informatie over in hoeverre etnisch matching invloed heeft op het hulpzoekgedrag. H_9 tot en met H_{12} zijn aangenomen. Voor deze deelvraag is er geen verschil gevonden in opleidingsniveau.

5.1.4 Centrale vraag: Op welke manier zoeken mensen uit MENA-culturen, hulp bij psychische klachten?

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat mensen uit MENA-culturen, wel hulp zoeken. Ze lijken geen passieve copingstrategieën te hanteren en zetten vooral religieuze copingstrategieën in. Hier gaat hun voorkeur naar uit. Respondenten zeggen veel baat te hebben bij religieuze activiteiten. Er wordt het meest hulp gezocht bij een vriend of vriendin. Daarnaast wordt er ook wel hulp gezocht bij familie of de huisarts. De meeste respondenten zoeken geen hulp bij de imam.

Er zijn een aantal barrières gevonden die het hulpzoekgedrag kunnen belemmeren. Morris (2015) stelde dat stigmatisering en andere sociale barrières mogelijk invloed hebben op het hulpzoekgedrag. Er is een verband gevonden tussen barrières door het sociale netwerk en het hulpzoekgedrag bij het sociaal netwerk. Dit betekent dat respondenten die een sociale barrière ervaren, minder hulp zoeken bij familie, vrienden of de geloofsgemeenschap. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het stigma binnen MENA-culturen, invloed heeft op het bespreekbaar maken van psychische klachten binnen het sociale netwerk van de respondenten. Daarnaast kan ook schaamte een rol spelen hierbij. Echter, kunnen er vanwege de zwakke samenhang en de matige betrouwbaarheid van de schaal toekomstig hulpzoekgedrag sociaal netwerk hier geen uitspraken over worden gedaan.

Doordat mensen uit MENA-culturen, de oorzaak vaker bij religie zoeken (Morris, 2015; Knipscheer & Kleber, 2017), zouden zij ook de attributie kunnen hebben dat religie de enige oplossing is. Het zoeken naar hulp bij de huisarts en een hulpverlener in de GGZ wordt bij de lager opgeleide respondenten sterker beïnvloed door de religieuze attributie dan hoger opgeleiden. Lager opgeleide mensen uit MENA-culturen die ervaren dat religie de enige oplossing is voor hun psychische klachten, zouden minder hulp zoeken bij de huisarts of een

hulpverlener in de GGZ. Voor hbo/wo opgeleide respondenten speelt dit minder een rol. Echter is er wel een verband gevonden, bij lager opgeleiden, tussen de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond en het hulpzoekgedrag bij hulpverleners en de huisarts. Dit betekent dat respondenten die de voorkeur hebben voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, minder hulp zoeken bij professionals.

De voorkeuren van mensen uit MENA-culturen bij het ontvangen van hulp gaat het meest uit naar een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond. Hierop volgend gaan de voorkeuren uit naar een hulpverlener met dezelfde culture achtergrond en een religieuze vorm van hulp. Respondenten geven aan het minst voorkeur te hebben voor een hulpverlener met een westerse achtergrond. Het zoeken naar hulp bij professionals wordt voor lager opgeleide respondenten tevens beïnvloed door de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond. Hoe sterker de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, hoe minder er hulp wordt gezocht bij de huisarts en hulpverleners. Een verklaring hier voor kan zijn dat de respondenten het gevoel hebben dat instanties hun culturele of religieuze achtergrond niet begrijpen. Meer dan de helft van alle respondenten (hoger en lager opgeleid) geven aan dit gevoel te ervaren.

Alhoewel in mindere mate, geeft de helft van de respondenten wel de voorkeur aan een hulpverlener in de GGZ en hulp van familie en vrienden. Ondanks dat de respondenten aangeven minder hulp te zoeken bij een hulpverlener in de GGZ, hebben de respondenten hier gemiddeld gezien wel een (matige) voorkeur voor.

5.1.5 Discussie over de betrouwbaarheid en bruikbaarheid

De enquête van dit onderzoek heeft een hoge betrouwbaarheid. Echter, is er voor een van de schalen een lagere betrouwbaarheidscoëfficiënt gevonden (zie paragraaf 4.1). Dit heeft invloed op de resultaten van de onderzochte barrières maar niet op de betrouwbaarheid van de vragenlijst (zie paragraaf 5.1.2). Het instrument is in zijn geheel betrouwbaar om het hulpzoekgedrag, de voorkeuren en de barrières te meten.

De resultaten zijn gebaseerd op 151 respondenten. Deze respondenten zijn in ongelijke waarde verdeeld in hoger (70%) en lager opgeleiden (30%). Dit geldt ook voor de verhouding van geslacht. Van de 2.2 miljoen niet-westerlingen in Nederland, hebben er 339 000 (15%) het hoogst behaalde niveau hbo of wo behaald (CBS, 2019b). Dit maakt de resultaten van het onderzoek minder representatief voor de gehele populatie en kunnen de resultaten niet generaliseerd worden. Alhoewel er 30 respondenten nodig zijn om uitspraken te kunnen doen

over de resultaten (Baarda, 2018), zijn de ongelijke verhoudingen tussen lager en hoger opgeleiden redelijk groot. De verschillen tussen opleiding kunnen hierdoor niet met elkaar vergeleken worden. Wel zouden de resultaten per opleidingsniveau los van elkaar geïnterpreteerd kunnen worden. Echter, is de steekproef van laagopgeleiden (45) een vrij kleine steekproef en zou dit de betrouwbaarheid kunnen aantasten. De resultaten zijn voor de hoogopgeleiden (106) mogelijk wel representatief voor de populatie hoogopgeleide mensen uit MENA-culturen.

Vanwege de ongelijke verhoudingen in geslacht en opleiding dient dit onderzoek te worden gedaan bij een representatieve steekproef voor de gehele populatie. Vanwege de steunende aard van de Facebookgroepen waarin de vragenlijst is gedeeld en interesse naar het onderzoek, hebben een groot aantal hulpverleners en hulpverleners in opleiding de enquête ingevuld. Dit is persoonlijk aan de onderzoeker doorgegeven en daardoor is het niet mogelijk geweest deze gegevens mee te nemen in het onderzoek. Dit geldt ook voor de rest van de leden in deze groep. Leden in deze groepen zoeken al hulp, hebben eerder hulp gezocht of zijn in behandeling. Het is mogelijk dat de resultaten hierdoor een vertekenend beeld geven.

De tijd die is besteed aan data verzameling was erg kort. Er zijn 5 dagen gebruikt om de data te verzamelen. Vanwege tijdgebrek was er geen ruimte om langer dan 5 dagen data te verzamelen. Hierdoor was het alleen mogelijk om via social media de enquête te verspreiden. Voor een representatiever steekproef wordt er voor vervolgonderzoek de aanbeveling gedaan om langer de tijd te nemen voor het verzamelen van de data. De vragenlijsten zouden ook schriftelijk kunnen worden ingevuld op straat maar ook via moskeeën, buurthuizen en andere verenigingen voor mensen uit MENA-culturen. Daarnaast is de validiteit van de vragenlijst niet onderzocht, omdat de enquête is gebaseerd op het gevalideerde CFI (APA, 2014). Voor vervolgonderzoek wordt dit wel aangeraden.

Bruikbaarheid

De resultaten van deelvragen 1 en 3 geven de meest betrouwbare resultaten weer voor alle respondenten. De resultaten zijn namelijk voor alle respondenten in de steekproef gelijk. In de resultaten van deelvraag 2 zijn er verschillen gevonden in opleidingsniveau. Echter, zijn deze verschillen niet groot. Door de ongelijke verhoudingen van geslacht en opleiding zijn de resultaten van het onderzoek minder representatief voor de gehele populatie. Er wordt geadviseerd om de barrières van het hulp zoeken nader te onderzoeken om de representativiteit van het onderzoek te vergroten.

Toch zijn deze resultaten bruikbaar voor Stichting JIJ en andere zorgaanbieders. We leven in een multiculturele samenleving waarin mensen met verschillende culturen verschillende hulpbehoefte hebben. Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de coping, het hulpzoekgedrag en welke voorkeuren en barrières mensen uit MENA-culturen hebben. Dit geeft Stichting JIJ inzicht in de mogelijke aanpassingen die dienen te worden gedaan bij hun cliëntwervingsbeleid en diversiteitsbeleid om aansluiting te vinden met deze doelgroep. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden door verschillende zorginstellingen en organisaties die met dezelfde vragen als Stichting JIJ kampen en die graag hun zorgaanbod willen aansluiten op verschillende groepen binnen de Nederlandse samenleving.

§5.2 Aanbevelingen

5.2.1 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Indien de representativiteit van de populatie verhoogd kan worden, is het raadzaam om de barrières van de doelgroep opnieuw te onderzoeken. Dit geeft mogelijk een betrouwbaarder beeld van de barrières van het hulpzoekgedrag.

Ondanks dat de respondenten aangeven minder hulp te zoeken bij een hulpverlener in de GGZ, hebben de respondenten hier gemiddeld gezien wel een (matige) voorkeur voor. Dit is tegenstrijdig met elkaar. Voor het vervolgonderzoek wordt er geadviseerd om te onderzoeken wat de reden hiervan is. Factoren die hierbij mogelijk een rol kunnen spelen zijn: etnisch matching en het gevoel hebben dat instanties de culturele of religieuze achtergrond niet begrijpen. Voor lager opgeleiden is er een verband gevonden tussen een vorm van etnisch matching, de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, en het hulpzoekgedrag bij hulpverleners in de GGZ en de huisarts. In vervolgonderzoek kan er gekeken worden in hoeverre etnisch matching invloed heeft op het hulpzoekgedrag bij professionele hulp voor de gehele doelgroep. Daarnaast komt in dit onderzoek naar voren dat respondenten het gevoel hebben dat instanties hun culturele of religieuze achtergrond niet begrijpen. Meer dan de helft van alle respondenten (hoger en lager opgeleid) geven aan dit gevoel te ervaren. Dit kan ook een rol spelen bij het zoeken naar hulp bij professionals zoals de huisarts of hulpverlener in de GGZ. Dit zou dus een factor kunnen zijn die een rol speelt bij het hulpzoekgedrag bij professionals.

5.2.2 Aanbevelingen opdrachtgever

Uit dit onderzoek is gebleken dat mensen uit MENA-culturen wel hulp zoeken bij psychische klachten. Echter, wordt er voornamelijk hulp gezocht bij religie, vrienden, familie en de huisarts.

Ze geven aan baat te hebben bij religieuze activiteiten. Hun voorkeuren gaan uit naar een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond, culturele achtergrond en religieuze vorm van hulp.

De opdrachtgever zou door middel van het aannemen van vrijwilligers met dezelfde religieuze en/of culturele achtergrond deze doelgroep kunnen bereiken. De doelgroep maakt ook veel gebruik van het lekenverwijssysteem (Kleber & Knipscheer, 2017). 'Mond-op-mond reclame' werkt goed voor deze doelgroep. Door de positieve ervaring van vrijwilligers met dezelfde religieuze en culturele achtergrond zou de aanmeldingen van deze doelgroep kunnen toenemen. Contact leggen met de huisarts is daar ook een belangrijk onderdeel van. Mensen uit MENA-culturen zoeken namelijk ook hulp bij de huisarts. De huisarts zou mensen uit MENA-culturen kunnen door verwijzen naar Stichting JIJ, of door middel van flyers en informatie bij de huisarts te plaatsen kan deze doelgroep ook bereikt worden. Om aan te tonen dat Stichting JIJ begrip heeft voor elke doelgroep binnen de samenleving, kunnen ze gebruik maken van flyers en folders waarop dit zichtbaar is. Dit kan bijvoorbeeld door in de flyers en folders mensen uit MENA-culturen af te beelden.

De resultaten van dit onderzoek hebben verder aangetoond dat mensen uit MENA-culturen een voorkeur hebben voor een religieuze vorm van hulp. Dit zou ook in de vorm van een voorlichting kunnen, waarbij de koppeling gemaakt wordt tussen religie en het zoeken naar hulp. Uit de theorie is gebleken dat de doelgroep de voorkeur geeft aan voorlichtingen (Boeldijk, 2016). De 4 voorlichtingen, beschreven in hoofdstuk 1, hebben een klein aantal mensen uit MENA-culturen kunnen bereiken (persoonlijke communicatie, Stichting JIJ, 2019). Het voortzetten van deze voorlichtingen kan alsnog een verschil kunnen maken voor de stichting. Om doelgroepgerichte voorlichtingen te geven wordt er geadviseerd religie en persoonlijke ervaring te betrekken. Zoals eerder is beschreven, heeft de doelgroep de voorkeur voor een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond. Het is daarom belangrijk om iemand van dezelfde religieuze achtergrond te zien spreken bij de voorlichting. Hiervoor kan er een ervaringsdeskundige uit een MENA-cultuur worden aangesteld. Ervaringsdeskundigen delen eigen ervaringen met herstel van een stoornis of het omgaan met chronische beperkingen. Hierdoor wordt de relatie gelijkwaardiger en eventuele schaamte bij de cliënt wordt vaak verminderd (Weerman, 2013).

Ervaringsdeskundigen uit MENA-culturen kunnen in een belangrijke rol spelen door eventuele vooroordelen te doorbreken en op deze manier de zorg toegankelijker te maken. Dit biedt ook herkenning, erkenning en begrip voor de eigen situatie en kan de moed geven om hulp te zoeken. Religie is de meest gebruikte copingstrategie voor deze doelgroep. Daarom is het

belangrijk religie in de voorlichting te betrekken. Dit kan het hulpzoekgedrag ook bevorderen. In bijlage 3 is er een opzet van de voorlichting en plan van aanpak beschreven.

5.2.3 De rol van de TP'er

De Toegepaste Psycholoog (TP'er) kan een bijdrage leveren aan de oplossing door de voorlichting op te zetten voor de stichting. Indien de TP'er ook past binnen het profiel van de voorlichter (dezelfde achtergrond en bereidheid persoonlijke ervaring te delen), kan de TP'er deze voorlichting ook geven. De respondenten hebben het gevoel dat instanties hun culturele of religieuze achtergrond niet begrijpen. Het is daarom ook zinvol om de medewerkers en vrijwilligers bij te scholen over het omgaan met mensen uit MENA-culturen. De TP'er kan hieraan ook een bijdrage leveren door training te geven over cultuurverschillen.

Literatuurlijst

- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Baarda, B., De Goede, M., & Van Dijkum, C. (2011) *Basisboek Statistiek met SPSS*. Groningen: Noordhoff Uitgevers bv
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (Vol. Tweede druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baarda, B. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (Vol. Vierde druk). Houten, Noordhoff Uitgevers BV.
- Bak, A. P., Berlo, W. T. M., Derksen, J. J. L., Diesfeldt, H. F. A., Everaerd, W. T. A. M., van den Hout, M. A., ... Vertommen, H. (1999). *Handboek Klinische Psychologie*. Houten-Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Boelrijk, K. (2016). *Eetstoornissen onder Turkse en Marokkaanse bevolking Zuid-Holland* [Bachelorthese]. Hogeschool Rotterdam
- Cauce, A.M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B.N., Shea, J.M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and Contextual influences in Mental Health Help Seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 44-55.
- CBS. (2002). *WIW - dienstbetrekkingen; geslacht, herkomstgroepering, 2e helft 2000*. Verkregen via <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37320wiw&D1=0&D2=0&D3&VW=T>
- CBS (2013). *Ondernemingsklimaat; menselijk kapitaal, arbeidsaanbod en -kosten 1990-2011*. Verkregen via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71156ned/table?ts=155153660070>
- CBS. (2016a). *Afbakening generaties met migratieachtergrond*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/47/afbakening-generaties-met-migratieachtergrond>
- CBS (2016b). *Termen allochtoon en autochtoon herzien*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/corporate/2016/43/termen-allochtoon-en-autochtoon-herzien>
- CBS. (2016c). *De religieuze kaart van Nederland*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2016/51/de-religieuze-kaart-van-nederland-2010-2015>
- CBS. (2017). *DBC-gefinancierde GGZ; personen per diagnose; migratieachtergrond*. Verkregen via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83710NED/table?dl=17B3A>
- CBS. (2018). *Bevolking; kerncijfers*. Verkregen via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37296ned/table?ts=155169119416>

CBS (2019a). *Ziekenhuisopnamen; diagnose, herkomst, geslacht en leeftijd, 1995-2010*. Verkregen via

<https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71540ned&D1=0-4&D2=1,2&D3=6&D4=0,1,2,3,4,5,6,7,8,9&D5=0,8,45,91&D6=0&D7=0,10,15&VW=T>

CBS (2019b). *Bevolking; hoogstbehaald onderwijsniveau en onderwijsrichting*. Verkregen via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82816NED/table?ts=1558378444550>

De Jong, J.T.V.M., & Colijn, S. (Red). (2010). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom

Deniz, Z. & Dogruel, A.S. (2008). *Disagregated Education Data and Growth: Some Facts from Turkey and MENA Countries*. Verkregen via <https://pdfs.semanticscholar.org/ba46/f3c87daf56a42fcaa6c30582611671fa53e0.pdf>

EenVandaag. (2013). *Aantal allochtone patiënten neemt toe*. Verkregen via <https://eenvandaag.avrotros.nl/binnenland/item/aantal-allochtone-patienten-neemt-toe/>

Gregg, G.S. (2005). *The Middle East: A Cultural Psychology*. New York: Oxford University Press
Hoberman, H. (1992) Ethnic Minority Status and Adolescent Mental Health Services Utilization. *The Journal of Mental Health Administration* 19:3.

Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Koninklijke van Gorcum

Hofstede, G. (2012). *Allemaal andersdenkenden*. Amsterdam: Business Contact

Knipscheer, J.W., & R.J. Kleber (2004). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 6, 543-554.

Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. Verkregen via: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/16761>

Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (Red). (2017). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom uitgevers

Leventhal, H., Phillips, L.A., & Burns, A. (2016). *The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management*. Verkregen via <https://rdcu.be/bwQAK>

Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N.K., Hinton, L., Hinton, D.E., Kirmayer, L.J. (2016). *DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington: American Psychiatric

Publishing

- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N.K., Bäärnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L.J., Weiss, M.G., ... Lu, F. (2015). Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5. *Psychiatry*. 2014; 77(2): 130–154. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.130
- McAndrew, L.M., Martin, J.L., Friedlander, M.L., Shaffer, K., Breland, J.Y., Slotkin, S., & Leventhal, H. (2018) The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 2016, 31:4, 497-512. doi: 10.1080/09515070.2017.1336076
- Morris, H. [Online Islamic University]. (2015). Breaking the Silence: Stop the Stigma - Sr.Hannah Morris [YouTube]. Geraadpleegd van <https://www.youtube.com/watch?v=V8bNlIRs4b0>
- Pieper, J., & Van Uden, R. (2018). *Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg*. Verkregen via <https://core.ac.uk/download/pdf/16156234.pdf>
- Qualtrics. (2019). Qualtrics support. Verkregen via https://www.qualtrics.com/support/?utm_medium=product&utm_source=help&utm_campaign=qualtrics%20support
- Rickwood, D.J., Deane F.P., Wilson C.J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*; 4: 218–251
- Sanderson, C.A. (2004). *Health psychology*. Londen: John Wiley & Sons
- SCP. (2013). *Moslim in Nederland*. Verkregen via https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Moslim_in_Nederland_2012
- SCP. (2018). *Syriërs in Nederland*. Verkregen via https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Syriërs_in_Nederland
- Smith, T.B. (2011). *Racial/Ethnic Matching of Clients and Therapists in Mental Health Services: A Meta-Analytic Review of Preferences, Perceptions, and Outcomes*. Brigham Young University. Verkregen via <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1079&context=facpub>
- Stichting JIJ. (2018). *Laagdrempelige, ervaringsdeskundige hulp voor iedereen met een eetprobleem*. Verkregen via <https://www.stichting-jij.nl/>
- Trimbos Instituut. (2008). *Multidisciplinair richtlijn Eetstoornissen*. Verkregen via <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/d3816f4d-28ac-4ecc-a3ac-06407b1c5642.pdf>
- Van Bakel, M., Van Rooijen, S., Boertien, D., Kamoschinski, J., Liefhebber, S., & Kluft, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid: beroepscompetentie*. Verkregen via <https://www.ggznederland.nl/publicaties/bestelling/ervaringsdeskundigheid>

- Van Oudenhoven, J.P. (2012). *Crossculturele psychologie: De zoektocht naar verschillen en overeenkomsten tussen culturen*. Bussum: Coutinho
- Vanheusden, K., Mulder, C.L., Ende, J. van der, Lenthe, F.J., Mackenbach, J.P., Verhulst, F.C. (2008) Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling*, 73.
- Universiteit van Amsterdam. (2014). *One-Sample T-test*. Verkregen via https://wiki.uva.nl/methodologiewinkel/index.php/One-Sample_T_test
- Verhaak, P.F.M., Kamsma, J.P.A. & Van der Niet, A.G. (2011). Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling, *Gz-Psychologie* (5), juli 2011
- Wakker, D.A. (2006). *Wederzijds onbegrip: je hoeft me niets te geven als je me maar begrijpt! Allochtonen en knelpunten in de zorg*. Tilburg: PON, Instituut voor advies, onderzoek- en ontwikkeling in Noord-Brabant
- Weerman, A. (2013). *Zes psychologische stromingen en één cliënt: Theorie en toepassing voor de praktijk*. Amsterdam: Boom Uitgeverij

Handleiding voor de interviewer

Bijlage 1 CFI

*Aanwijzingen voor de interviewer zijn gecursiveerd.
Aanvullende modules om de subdomeinen van het CFI uit te diepen
staan vermeld onder de betreffende kopjes.*

De volgende vragen zijn bedoeld om basissenmerken te verhelderen van het gepresenteerde klinische probleem vanuit het gezichtspunt van de betrokkene en leden van zijn of haar sociale netwerk (zoals familie, vrienden of anderen die betrokken zijn bij het huidige probleem). Dit omvat de betekenis van het probleem, potentiële hulpbronnen, en verwachtingen qua hulpverlening.

Inleiding voor de betrokkene:

Ik zou de problemen die u hier brengen graag willen begrijpen, zodat ik u beter kan helpen. Ik wil graag weten wat uw ervaringen en ideeën zijn. Daarom ga ik u een paar vragen stellen over wat er aan de hand is en hoe u daarmee omgaat. En vergeet u vooral niet: er zijn geen goede of foute antwoorden.

CULTURELE DEFINITIE VAN HET PROBLEEM

1. Explanatory Model (verklarend model);
2. Level of Functioning (niveau van functioneren)

Vraag hoe de betrokkene de belangrijkste problemen en grootste zorgen ziet.

Focus op hoe de betrokkene zelf het probleem begrijpt.

Gebruik de woorden, uitdrukkingen of korte omschrijving die als antwoord op vraag 1 zijn gegeven ter aanduiding van het probleem bij daaropvolgende vragen (bijvoorbeeld: 'uw conflict met uw zoon').

1 Wat is de reden van uw komst hier vandaag?

Als de betrokkene weinig details geeft of alleen symptomen of een medische diagnose noemt, vraag dan door:

Mensen begrijpen hun problemen vaak op hun eigen manier. Die kan overeenkomen met of verschillen van hoe een arts het probleem beschrijft. Hoe zou u uw probleem beschrijven?

Vraag hoe de betrokkene het probleem formuleert als hij of zij er met anderen uit het sociale netwerk over praat.

2 Soms hebben mensen verschillende manieren om hun problemen te beschrijven aan hun familie, vrienden of anderen in hun omgeving. Hoe zou u uw [probleem] aan hen beschrijven?

Focus op die aspecten van het probleem die de betrokkene het belangrijkste vindt.

3 Waar maakt u zich het meest zorgen om als het om uw [probleem] gaat?

CULTURELE PERCEPTIE VAN DE OORZAAK, CONTEXT EN STEUN

OORZAKEN

1. Explanatory Model (verklarend model); 3. Social Network (sociaal netwerk);
10. Older Adults (oudere volwassenen)

Deze vraag gaat over de betekenis die de betrokkene aan zijn of haar toestand geeft, hetgeen van belang kan zijn voor de klinische zorgverlening.

NB Mensen kunnen meerdere oorzaken aanwijzen, afhankelijk van het facet van de problematiek waaraan zij denken.

4 Waarom denkt u dat dit u overkomt? Wat is volgens u de oorzaak of wat zijn de oorzaken van uw [probleem]?

Vraag zo nodig door:

Sommige mensen leggen hun probleem uit als het gevolg van slechte dingen die in hun leven zijn gebeurd, van problemen met anderen, van een lichamelijke ziekte, van geesten of van allerlei andere oorzaken.

Handleiding voor de interviewer

Focus hier op de meningen van anderen uit het sociale netwerk van de betrokkene. Die kunnen divers zijn en verschillen van de mening van de betrokkene.

5 Wat is volgens anderen in uw familie, uw vrienden of anderen in uw omgeving de oorzaak van uw [probleem]?

STRESSOREN EN STEUNBRONNEN

3. Social Network (sociaal netwerk); 12. Caregivers (informele zorgverleners); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 6. Cultural Identity (culturele identiteit); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag)

Vraag de betrokkene naar de context waarin hij of zij leeft, en focus daarbij vooral op hulpbronnen, sociale steun van anderen en veerkracht. Eventueel ook doorvragen naar andere vormen van steun (zoals van collega's, of vanuit het geloof of andere vormen van spiritualiteit).

6 Is er in uw omgeving enige vorm van steun die helpt bij uw [probleem], zoals steun van familie, vrienden of anderen?

Focus op de stressvolle aspecten van de omgeving van de betrokkene. Daarbij kan ook doorgevraagd worden naar bijvoorbeeld relatieproblemen, problemen op het werk of op school, of discriminatie.

7 Zijn er dingen die uw [probleem] erger maken, zoals problemen met geld, of problemen in de familie?

DE ROL VAN CULTURELE IDENTITEIT

6. Cultural Identity (culturele identiteit); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 9. School-Age Children and Adolescents (kinderen en pubers)

Soms kan iemands achtergrond of identiteit zijn [probleem] verminderen of erger maken. Met **achtergrond of identiteit** bedoel ik bijvoorbeeld de groep waartoe u behoort, de talen die u spreekt, waar u of uw familie vandaan komen, uw etnische achtergrond, uw uiterlijk, het feit dat u man of vrouw bent, uw seksuele geaardheid, of uw geloof.

Vraag de betrokkene wat voor hem of haar de belangrijkste elementen van zijn of haar culturele identiteit zijn. Gebruik deze informatie om de vragen 9–10 waar nodig aan te passen.

8 Wat is voor u het belangrijkste van uw achtergrond of identiteit?

Vraag welke aspecten van de identiteit het probleem verergeren of verminderen.

9 Is er iets in uw achtergrond of identiteit wat van invloed is op uw [probleem]?

Vraag zo nodig door (bijvoorbeeld klinische verslechtering ten gevolge van discriminatie vanwege vluchtelingenstatus, etniciteit of seksuele geaardheid).

Handleiding voor de interviewer

Vraag zo nodig door (bijvoorbeeld over problemen die te maken hebben met de migratie, generatieconflicten, of conflicten die te maken hebben met de man-vrouwrolverdeling).

10 Is er iets in uw achtergrond of in wie u bent wat nog voor andere moeilijkheden of problemen zorgt?

CULTURELE FACTOREN BETREFFENDE COPING EN VROEGER HULPZOEKGEDRAG

COPING

7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 12. Caregivers (informele zorgverleners); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren)

Probeer helder te krijgen hoe de betrokkene omgaat met het probleem.

11 Soms hebben mensen verschillende manieren om met hun problemen, zoals uw [probleem], om te gaan. Wat heeft u zelf gedaan om met uw [probleem] om te gaan?

EERDER HULPZOEKGEDRAG

7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 12. Caregivers (informele zorgverleners); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 3. Social Network (sociaal netwerk); 8. Patient-Clinician Relationship (arts-patiëntrelatie)

Vraag naar verschillende bronnen van hulp (bijvoorbeeld medische hulp, ggz-behandeling, praatgroepen, hulpverlening op het werk, natuurgeneeswijzen, hulpverlening vanuit het geloof, andere vormen van traditionele of alternatieve geneeskunde).

Vraag waar nodig door (bijvoorbeeld 'Welke andere vormen van hulp heeft u geprobeerd?').

Probeer helder te krijgen wat de ervaringen van de betrokkene zijn, en hoe hij of zij eerdere hulp heeft ervaren.

12 Vaak zoeken mensen hulp op verscheidene plaatsen, zoals bij verschillende soorten artsen, mantelzorgers of genezers. Wat voor soort behandeling, hulp, adviezen of genezing heeft u tot nu toe gezocht voor uw [probleem]?
Als het nut van de ontvangen hulp niet wordt genoemd, vraag dan:
Wat voor soort hulp vond u het nuttigst? En welke hulp was niet bruikbaar?

BARRIÈRES

7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag); 5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities); 10. Older Adults (oudere volwassenen); 4. Psychosocial Stressors (psychosociale stressoren); 11. Immigrants and Refugees (immigranten en vluchtelingen); 3. Social Network (sociaal netwerk); 8. Patient-Clinician Relationship (arts-patiëntrelatie)

Probeer helder te krijgen hoe sociale barrières het moeilijk hebben gemaakt om hulp te zoeken, om toegang tot hulp te krijgen, en wat de problemen waren bij eerdere behandelingen.

Vraag waar nodig naar verdere details (bijvoorbeeld: 'Wat voor problemen kwamen ertussen?').

13 Is er iets wat het u moeilijk maakt de hulp te krijgen die u nodig heeft?
Vraag zo nodig:
Bijvoorbeeld geld, werk of familie-verplichtingen, stigmatisering of discriminatie? Of dat er geen instanties waren die uw taal of achtergrond begripen?

Handleiding voor de interviewer

CULTURELE FACTOREN BETREFFENDE
HUIDIG HULPZOEKGEDRAG

VOORKEUREN

3. Social Network (sociaal netwerk); 12. Caregivers (informele zorgverleners);
5. Spirituality, Religion, and Moral Traditions (spiritualiteit, geloof en morele tradities);
10. Older Adults (oudere volwassenen); 7. Coping and Help-Seeking (coping en hulpzoekgedrag)

<i>Probeer helder te krijgen wat voor hulp de betrokkene nu nodig denkt te hebben, en wat in brede zin zijn/haar verwachtingen zijn.</i>	Laten we nu nog wat verder praten over de hulp die u nodig heeft.
<i>Vraag door als de betrokkene maar één bron van hulp noemt (bijvoorbeeld 'Wat voor andere soorten hulp zouden u op dit moment kunnen helpen?').</i>	14 Wat voor soort hulp denkt u dat u nu het meest zou helpen bij uw [probleem]?
<i>Focus op de meningen van het sociale netwerk wat betreft het hulpzoekgedrag.</i>	15 Zijn er andere soorten hulp die uw familie, vrienden of anderen hebben voorgesteld die u nu zouden kunnen helpen?

ARTS-PATIËNTRELATIE

8. Patient-Clinician Relationship (arts-patiëntrelatie);
10. Older Adults (oudere volwassenen)

<i>Vraag naar mogelijke zorgen over de kliniek of de arts-patiëntrelatie, waaronder ook zorgen om vermeend racisme, taalproblemen of culturele verschillen, die de goede intenties, de communicatie of de hulpverlening in de weg kunnen staan.</i>	Soms begrijpen artsen en patiënten elkaar verkeerd omdat ze een verschillende achtergrond hebben, of verschillende verwachtingen.
<i>Vraag waar nodig naar verdere details (bijvoorbeeld 'Hoe dan?')</i>	16 Heeft u zich hier wel eens zorgen over gemaakt en is er iets wat wij kunnen doen om u de hulp te kunnen geven die u nodig heeft?
<i>Ga in op mogelijke barrières die de hulpverlening in de weg staan of op zorgen over de kliniek en de arts-patiëntrelatie die eerder werden genoemd.</i>	

© 2014 American Psychiatric Association, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam

Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5).

Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. All rights reserved.

Met dank aan Hans G.B.M. Rohlof, *psychiater*, drs. Rob C.J. van Dijk, *medisch antropoloog*, en drs. Simon Groen, *cultureel antropoloog*, voor het vertalen van het Cultural Formulation Interview.

Deze vragenlijst kan zonder toestemming worden gebruikt door klinici voor toepassing bij hun eigen cliënten. Elke andere toepassing, waaronder elektronisch gebruik, vergt schriftelijke toestemming van Boom uitgevers Amsterdam BV.

7 Coping en hulpzoekgedrag

Gerelateerde vragen van het CFI-basisinterview: 6, 11, 12, 14, 15.

Sommige van de basis-CFI-vragen worden hierna herhaald; deze zijn aangegeven met een asterisk (*). De CFI-vraag die herhaald wordt staat tussen haakjes.

Leidraad voor de interviewer

Deze module is bedoeld om helderheid te brengen in de manier waarop de persoon die hulp krijgt, omgaat met de problematiek. De patiënt heeft wellicht het probleem beschreven als symptoom, of een begrip of uitdrukking gebruikt (bijvoorbeeld ‘zenuwen’, ‘op het randje staan’, ‘bezetenheid’), of het als een situatie (bijvoorbeeld verlies van een baan) of een relatie beschreven (bijvoorbeeld conflict met anderen). In de volgende voorbeelden wordt [probleem] vervangen door de woorden van de persoon die hulp krijgt. Als er meerdere problemen zijn, bespreek dan ieder relevant probleem apart. De volgende vragen helpen om meer inzicht te krijgen in de betekenis van het probleem (begrip, ervaring) voor de persoon die hulp krijgt.

Introductie voor degene die wordt geïnterviewd

Ik zou graag meer willen weten over de problemen die u hier brengen, zodat ik u beter kan helpen. Ik ga u vragen stellen over de manier waarop u met uw problemen omgaat en hoe u hulp heeft gezocht.

Probleemoplossingsgedrag

- 1* Kunt u mij meer vertellen over de manier waarop u momenteel met uw [probleem] probeert om te gaan? Heeft die aanpak u geholpen? Zo ja, hoe? *[Gerelateerd aan CFI-vraag 11.]*
- 2 Kunt u mij meer vertellen over hoe u voorheen omging met uw [probleem] of met vergelijkbare problemen? Heeft die aanpak geholpen? Zo ja, hoe? *[Gerelateerd aan CFI-vraag 11.]*
- 3 Heeft u hulp gezocht voor uw [probleem] op internet, door boeken te lezen, door tv-programma's hierover te bekijken, of door audio- of video-opnames of andere bronnen te gebruiken? Zo ja, welke? Wat heeft u ervan opgestoken? Was dat behulpzaam?
- 4 Doet u zelf iets wat aansluit bij een spirituele, religieuze of morele traditie, dat u helpt om beter om te gaan met uw [probleem]? Bijvoorbeeld bidden, mediteren, of andere activiteiten die u zelf uitvoert?
- 5 Heeft u hulp gezocht voor uw [probleem] bij natuurlijke middelen of geneesmiddelen die u gebruikt onafhankelijk van een dokter, zoals vrij verkrijgbare medicijnen? Zo ja, welke natuurlijke middelen of geneesmiddelen? Hebben ze u geholpen?

Sociaal netwerk

- 6* Heeft u een familielid verteld over uw [probleem]? Hebben familieleden u geholpen beter om te gaan met uw [probleem]? Zo ja, hoe? Wat hebben zij u in dit verband aangeraden? Was dat behulpzaam? *[Gerelateerd aan CFI-vraag 15.]*
- 7* Heeft u een vriend(in) of een collega verteld over uw [probleem]? Hebben vrienden of collega's u geholpen om beter om te gaan met uw [probleem]? Zo ja, hoe? Wat hebben zij u in dit verband aangeraden? Was dat behulpzaam? *[Gerelateerd aan CFI-vraag 15.]*

Bijlage 2 Enquête

Begeleidende tekst bij social media

Assalumoe aleikum beste leden,

Voor mijn scriptie doe ik onderzoek naar coping met psychische klachten (omgaan met) en het hulpzoekgedrag van moslims uit MENA-culturen (Midden-Oosten en Noord-Afrika). Binnen verschillende culturen is er een groot taboe op psychische klachten en kan het een negatief effect hebben op deze klachten, namelijk: de klachten kunnen erger worden. Door inzicht te krijgen in hoe moslims uit MENA-culturen omgaan met psychische klachten en het hulpzoekgedrag hierbij, kan de Nederlandse hulpverlening wellicht een adequate manier vinden om deze doelgroep te helpen en meer aansluiting te vinden.

Daarom zou ik jullie graag willen vragen om mij hierbij te helpen door deze vragenlijst in te vullen! Het invullen van deze vragenlijst duurt **ongeveer 10 min** en is geheel anoniem.

Het onderzoek gaat om mensen van de eerste, tweede of derde generatie uit;

Midden-Oosten: Bahrein, Irak, Iran, Israël, Jemen, Jordanië, Koeweit, Libanon, Oman, Palestina, Qatar, Saoedi-Arabië, Syrië, Turkije, Verenigde Arabische Emiraten.

Noord-Afrika: Algerije, Egypte, Libië, Marokko, Sudan, Tunesië.

Mocht je verder nog vragen hebben, kan je mij een bericht sturen of een mailtje sturen naar menakatab@gmail.com

Alvast bedankt voor je deelname!

Start vragenlijst

Start van blok: Introductie

Beste deelnemer,

Deze anonieme enquête heeft betrekking op het omgaan met psychische klachten en het hulpzoekgedrag van mensen met een islamitische achtergrond uit het Midden-Oosten en Noord-Afrika. Dit betreft de volgende landen:

Midden-Oosten: Bahrein, Irak, Iran, Israël, Jemen, Jordanië, Koeweit, Libanon, Oman, Palestina, Qatar, Saoedi-Arabië, Syrië, Turkije, Verenigde Arabische Emiraten. **Noord-Afrika:** Algerije, Egypte, Libië, Marokko, Sudan, Tunesië.

Het invullen van deze enquête duurt **ongeveer 10 min.** Het is de bedoeling dat u uw mening over deze stellingen invult. Ik vraag u vriendelijk de **gehele** enquête in te vullen. De gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt en zullen niet verstreken worden aan derden. Alle antwoorden blijven **anoniem** en zullen zorgvuldig worden verwerkt.

Door op volgende te klikken gaat u **akkoord** met het gebruiken van uw gegevens voor dit onderzoek. Mocht u verder nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met mij via: menakatab@gmail.com

Alvast bedankt voor uw deelname!

Met vriendelijke groet,

Mena Katab

Einde blok: Introductie

Start van blok: Demografische gegevens

Geslacht:

☐ Man

☐ Vrouw

Leeftijd:

- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 34
- ☐ 35 - 44
- ☐ 45 - 54
- ☐ 55 en ouder
-

Religie:

- ☐ Islam
- ☐ Anders
-

Achtergrond:

- ☐ Midden-Oosten (incl. Turkije)
- ☐ Noord-Afrika
- ☐ Anders
-

Hoogst genoten opleiding:

- ☐ Basisonderwijs
 - ☐ Lbo/ vmbo
 - ☐ Havo/vwo
 - ☐ Mbo
 - ☐ Hbo/wo
-

Ik heb eerder psychische klachten ervaren.

- ☐ Nee
- ☐ Soms
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet

Einde blok: Demografische gegevens

Start van blok: Coping

Hieronder volgen er een aantal stellingen over hoe je om zou gaan met psychische klachten. Geef aan in hoeverre je het ermee eens bent.

Als ik psychische klachten ervaar...

	Sterk mee oneens	Oneens	Deels mee oneens, deels mee eens	Mee eens	Sterk mee eens
1. Zoek ik hulp bij verschillende bronnen zoals het internet, boeken, video's of programma's.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Zoek ik iets binnen mijn religie dat helpt om beter om te gaan met dit probleem.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Heb ik baat bij religieuze activiteiten zoals bidden of smeekgebeden verrichten.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Zoek ik hulp bij natuurlijke middelen.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Zoek ik hulp bij vrij verkrijgbare geneesmiddelen.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Onderneem ik geen actie om hier iets aan te doen.	☐	☐	☐	☐	☐

Einde blok: Coping

Start van blok: Eerder hulpzoekgedrag binnen eigen netwerk

Er volgen nu een aantal stellingen over hoe je eerder hebt gezocht naar hulp bij het ervaren van psychische klachten. Geef aan in hoeverre je het ermee eens.

7. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij mijn familie.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Deze vraag weergeven:

If Eerder_familie1 = Sterk mee eens

Or Eerder_familie1 = Mee eens

Or Eerder_familie1 = Deels mee oneens, deels mee eens

8. Mijn familie heeft mij geholpen beter om te gaan met psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

9. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij mijn vrienden.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens
-

Deze vraag weergeven:

If Eerder_vrienden1 = Sterk mee eens

Or Eerder_vrienden1 = Mee eens

Or Eerder_vrienden1 = Deels mee oneens, deels mee eens

10. Mijn vrienden hebben mij geholpen beter om te gaan met psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens
-

11. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij anderen uit mijn geloofsgemeenschap.

**Onder geloofsgemeenschap wordt verstaan: anderen die betrokken zijn bij religieuze activiteiten, zoals het gebed in de moskee of religieuze lezingen.*

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Deze vraag weergeven:

If Eerder_gemeenschap1 = Sterk mee eens

Or Eerder_gemeenschap1 = Mee eens

Or Eerder_gemeenschap1 = Deels mee oneens, deels mee eens

12. Anderen in mijn geloofsgemeenschap hebben mij geholpen beter om te gaan met psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Einde blok: Eerder hulpzoekgedrag binnen eigen netwerk

Start van blok: Eerder hulpzoekgedrag buiten eigen netwerk

13. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij de huisarts.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

Deze vraag weergeven:

If Eerder_huisarts1 = Sterk mee eens

Or Eerder_huisarts1 = Mee eens

Or Eerder_huisarts1 = Deels mee oneens, deels mee eens

14. De huisarts heeft mij geholpen beter om te gaan met psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

15. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Deze vraag weergeven:

If Eerder_hulpverlener1 = Sterk mee eens

Or Eerder_hulpverlener1 = Mee eens

Or Eerder_hulpverlener1 = Deels mee oneens, deels mee eens

16. De hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft mij geholpen beter om te gaan met psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

17. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij een islamitische genezer.

**Onder islamitische genezer wordt verstaan: iemand de islamitische geneeskunde volgt, zoals hijama en natuurlijke middelen.*

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee eens, deels niet mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

Deze vraag weergeven:

If Eerder_islamgenezer1 = Sterk mee eens

Or Eerder_islamgenezer1 = Mee eens

Or Eerder_islamgenezer1 = Deels mee eens, deels niet mee eens

18. De islamitische genezer heeft mij geholpen beter om te gaan met mijn psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

19. Ik heb eerder hulp gezocht voor psychische klachten bij een imam.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee eens, deels niet mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

Deze vraag weergeven:

If Eerder_imam1 = Sterk mee eens

Or Eerder_imam1 = Mee eens

Or Eerder_imam1 = Deels mee eens, deels niet mee eens

20. De imam heeft mij geholpen beter om te gaan met psychische klachten.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee eens, deels niet mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Einde blok: Eerder hulpzoekgedrag buiten eigen netwerk

Start van blok: Hulpzoekgedrag eigen netwerk

Er volgen nu een aantal stellingen over hoe je hulp zou zoeken als je psychische klachten ervaart. Geef aan in hoeverre je het ermee eens.

21. Als ik psychische klachten ervaar zou ik dit met een familielid bespreken.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee eens, deels mee oneens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

22. Als ik psychische klachten ervaar zou ik dit met een vriend(in) bespreken.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

23. Als ik psychische klachten ervaar zou ik dit met anderen in mijn geloofsgemeenschap bespreken.

**Onder geloofsgemeenschap wordt verstaan: anderen die betrokken zijn bij religieuze activiteiten, zoals het gebed in de moskee of religieuze lezingen.*

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Einde blok: Hulpzoekgedrag eigen netwerk

Start van blok: Hulpzoekgedrag buiten eigen netwerk

24. Als ik psychische klachten ervaar zou ik hulp zoeken bij de huisarts.

- ☐ Sterk mee oneens
 - ☐ Oneens
 - ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
 - ☐ Mee eens
 - ☐ Sterk mee eens
-

25. Als ik psychische klachten ervaar zou ik hulp zoeken bij een hulpverlener in de GGZ.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

26. Als ik psychische klachten ervaar zou ik hulp zoeken bij een islamitische genezer.

**Onder islamitische genezer wordt verstaan: iemand de islamitische geneeskunde volgt, zoals hijama en natuurlijke middelen.*

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

27. Als ik psychische klachten ervaar zou ik hulp zoeken bij een imam.

- ☐ Sterk mee oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Deels mee oneens, deels mee eens
- ☐ Mee eens
- ☐ Sterk mee eens

Einde blok: Hulpzoekgedrag buiten eigen netwerk

Start van blok: Barrières

Hieronder volgen er een aantal stellingen over mogelijke belemmeringen die je zou kunnen ervaren bij het zoeken naar hulp. Geef aan in hoeverre je het ermee eens bent.

Als ik psychische klachten ervaar...

	Sterk mee oneens	Oneens	Deels mee oneens, deels mee eens	Mee eens	Sterk mee eens
28. Weet ik niet waar ik hulp moet zoeken.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Schaam ik mij hiervoor.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Kan ik er met niemand over praten.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Heeft mijn familie geen begrip hiervoor.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Heeft mijn gemeenschap geen begrip hiervoor.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Mag ik er van mijn familie met niemand over praten.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Word ik gestraft door God.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Is het mijn eigen schuld.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Zullen veel instanties mijn culturele of religieuze achtergrond niet begrijpen.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Bied alleen mijn religie de oplossing.	☐	☐	☐	☐	☐

38. Is iets buiten mij
verantwoordelijk hiervoor.

☐☐☐☐☐

39. Alleen gekken en gestoorden hebben geestelijke hulp nodig.

☐ Sterk mee oneens

☐ Oneens

☐ Deels mee oneens, deels mee eens

☐ Mee eens

☐ Sterk mee eens

Pagina
einde

Hieronder volgen er een aantal stellingen over de invloed die mogelijke belemmeringen hebben op het omgaan met psychische klachten. Geef aan in hoeverre je het ermee eens bent.

Door de negatieve houding over psychische klachten binnen mijn gemeenschap...

	Sterk mee oneens	Oneens	Deels mee oneens, deels mee eens	Mee eens	Sterk mee eens
40. Zoek ik geen hulp.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Hou ik mijn psychische klachten geheim.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Vind ik het moeilijk om met mijn psychische klachten om te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐

Einde blok: Barrières

Start van blok: Voorkeuren

Hieronder volgen er een aantal stellingen over je voorkeuren bij het ontvangen van hulp. Geef aan in hoeverre je het er mee eens bent.

Mijn voorkeur gaat uit naar...

	Sterk mee oneens	Oneens	Deels mee oneens, deels mee eens	Mee eens	Sterk mee eens
43. Een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Een hulpverlener met dezelfde religieuze achtergrond.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Een hulpverlener met een westerse achtergrond.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Professionele hulp (GGZ).	☐	☐	☐	☐	☐
47. Een religieuze vorm van hulp.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Hulp van familie.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Hulp van vrienden.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Hulp van een persoon van hetzelfde geslacht.	☐	☐	☐	☐	☐

Einde blok: Voorkeuren

Bijlage 3 Plan van aanpak

Doel

Stichting JIJ heeft moeite met het bereiken van mensen uit MENA-culturen. Voor mensen uit MENA-culturen is het nog een taboe om hulp te zoeken bij de ggz, waardoor zij niet altijd de hulp krijgen die nodig is. Om hier verandering in te brengen wordt er geadviseerd om voorlichtingen te geven aan de doelgroep. Het doel van deze voorlichtingen is niet alleen gericht op het bevorderen van de kenbaarheid van de stichting onder de doelgroep, maar ook kennis overdracht. Dit heeft betrekking op misvattingen en het belang van hulp zoeken, en het hulp zoeken als onderdeel van de religie (islam). De toename van aanmeldingen is dan een positief gevolg voor deze voorlichting.

Uitvoering

Om deze doelgroep te kunnen bereiken is het van belang om zich aan te passen aan de doelgroep. Omdat de doelgroep graag religie betreft in het hulp zoeken, is het zinvol om de islam te betrekken binnen deze voorlichting. Daarnaast dient deze voorlichting gegeven te worden door een hulpverlener/vrijwilliger van dezelfde religieuze en/of culturele achtergrond als de doelgroep. Deze voorlichter dient kennis te hebben van het onderwerp als een affiniteit met de doelgroep. De Toegepast Psycholoog (TP'er) kan een bijdrage leveren aan de oplossing door de voorlichting op te zetten voor de stichting. Indien de TP'er ook past binnen het profiel van de voorlichter (dezelfde achtergrond en bereidheid persoonlijke ervaring te delen), kan de TP'er deze voorlichting ook geven. Een voorlichting gegeven door een ervaringsdeskundige kan erg zinvol zijn. Ervaringsdeskundigen van niet-westerse afkomst kunnen hierin een belangrijke rol spelen door eventuele vooroordelen te doorbreken en op deze manier de zorg toegankelijker te maken (Van Bakel et al., 2013).

Benodigheden en actieplan

Voor het geven van de voorlichting is er kennis nodig over het onderwerp. Op pagina 70 zijn is het presentatievoorbeeld weergegeven.

Actieplan

- Vrijwilliger met dezelfde religieuze of culturele achtergrond aannemen Kennis met betrekking tot het onderwerp opdoen
- Datums prikken
- Social media & contact met religieuze instellingen opnemen voor verspreiding van informatie

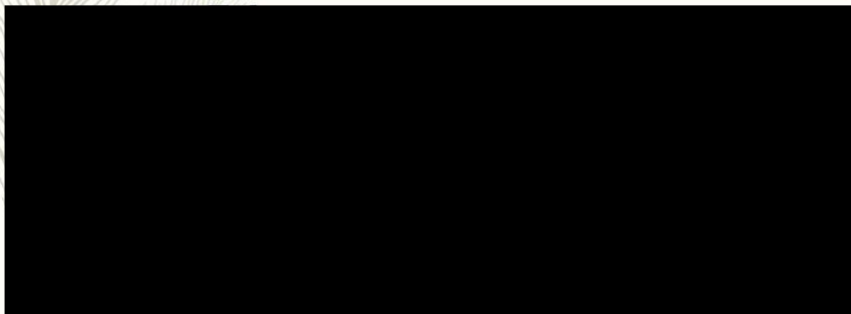
Presentatie en informatie



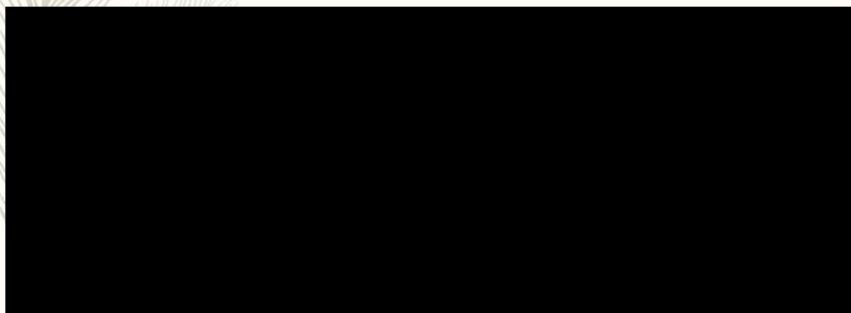
Wat is geestelijke gezondheid?



De taboe van het bespreken van psychische klachten

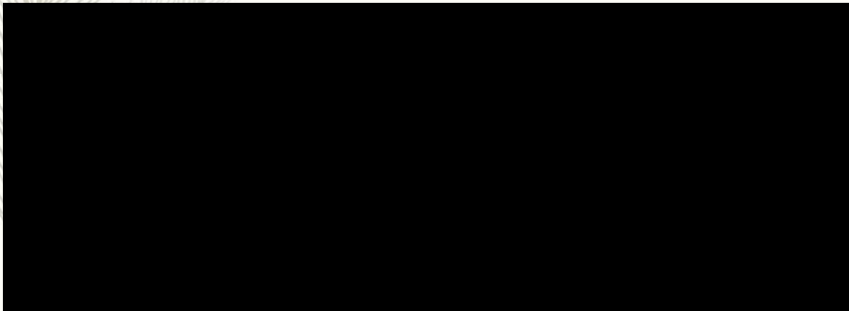


De taboe van het bespreken van psychische klachten

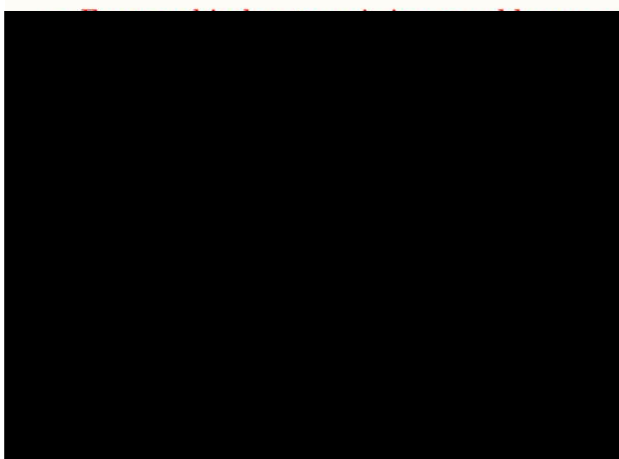




Een taboe komt indirect voort uit een sociaal stigma



Mythen en misvattingen die leiden tot stigma



andoening

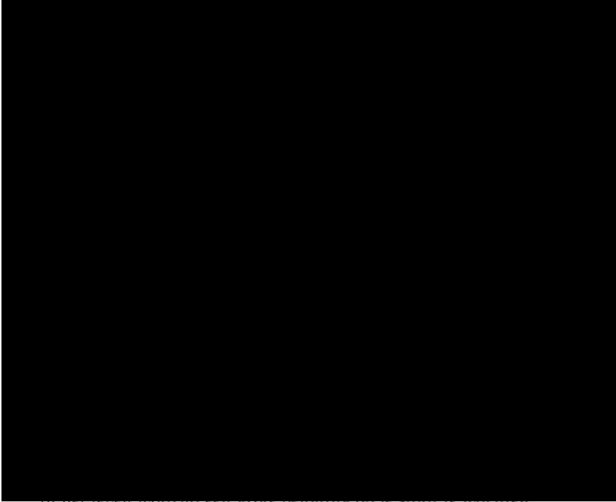
met een

en nooit

Mythen en misvattingen

gsfactoren

Gezondrijke mensen zijn er altijd, met of zonder psychische problemen



intelligent

ben op psychische en
geerde angststoornis,

niet
den

Mythen en misvattingen

in je hersenen.

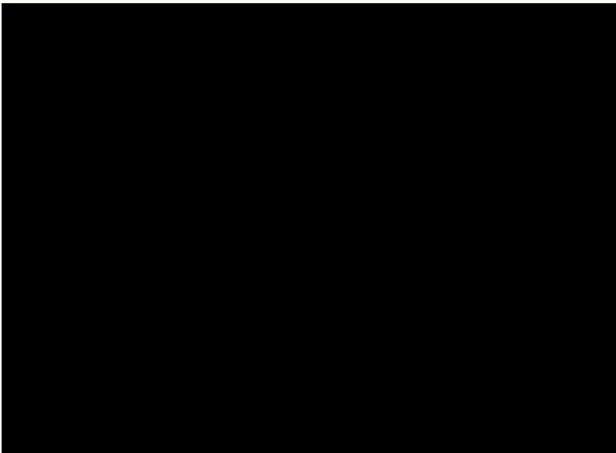
men betrokken

Karma

orden als een test

in het leven waarna een grote beloning op je staat te wachten.



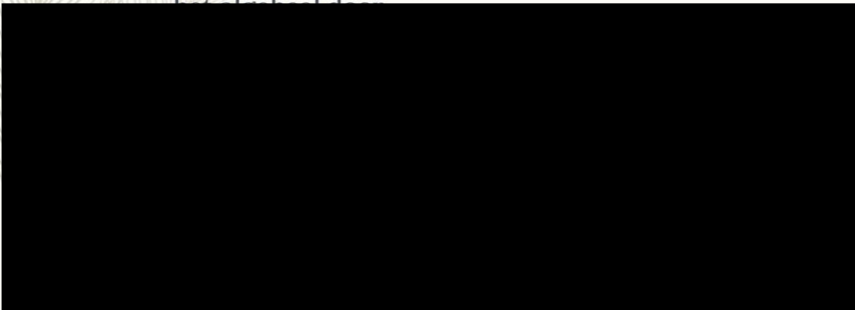


Mythen en misvattingen moslingeme enschap



Gevolgen van sociaal stigma

Leidt tot verergering van klachten en functioneren in
het dagelijks leven

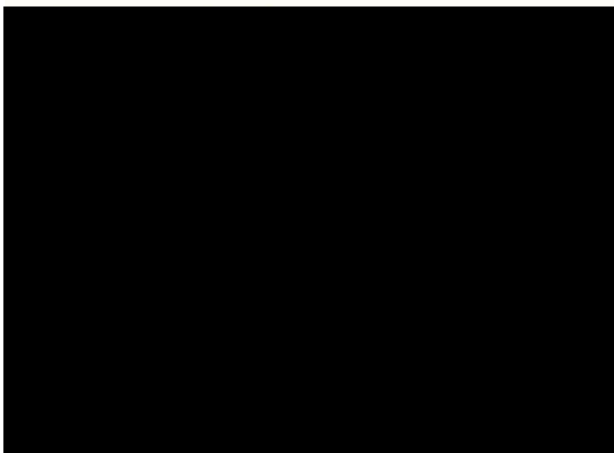




Gevolg: Zelfstigmatisering

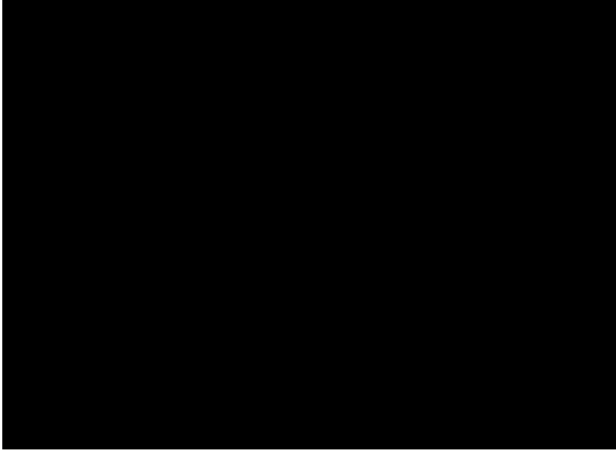


Wat zegt de islam over geestelijke gezondheid?



**Hadith &
Sunnah**

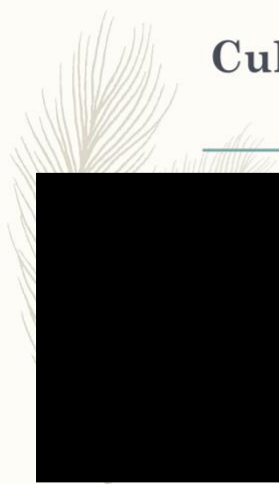
[YOUTUBE VIDEO](#)



Koran



Cultuur



Hoe is dit te verminderen?



Bijlage 4 Eigen werkverklaring

Ondergetekende: (Naam student)

Mena Katab

verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: **Den Haag**

Datum: **03-06-2019**

Handtekening:



.....

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.

Bijlage 5 Stellingen

Naam: Mena Katab
Studentnummer: 332597
Onderwerp scriptie: “Een kwantitatief onderzoek naar het hulpzoekgedrag van Nederlandse moslims uit MENA-culturen”

1. Mensen uit MENA-culturen zoeken geen hulp bij de GGZ omdat zij geen begrip ervaren voor hun religie en/of cultuur.
2. Mensen uit MENA-culturen ervaren een grote taboe bij het bespreken van psychische klachten.
3. De hulpverlening sluit niet aan bij de hulpbehoefte van mensen uit MENA-culturen.
4. De drempel om hulp te zoeken bij de GGZ is te hoog voor mensen uit MENA-culturen.
5. Hulpverleners dienen geschoold te worden in cultuurverschillen.